

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,  
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

**DAYANA LOUREIRO SEIBERT**

**HUMANIZAÇÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE COMO  
FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA  
INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS-ES**

**SÃO MATEUS  
OUTUBRO/2018**

DAYANA LOUREIRO SEIBERT

HUMANIZAÇÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE COMO  
FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA  
INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS-ES

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do  
Cricaré - FVC, como parte das exigências para  
obtenção do título de mestre em Ciência,  
Tecnologia e Educação.

Área de concentração: Ciência, Tecnologia e  
Educação.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira

SÃO MATEUS  
OUTUBRO/2018

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação  
Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

S457h

Seibert, Dayana Loureiro.

Humanização, segurança do paciente e qualidade como ferramentas de Comunicação estruturada e gestão da informação em hospitais do município de São Mateus - ES / Dayana Loureiro Seibert – São Mateus - ES, 2018.

72 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2018.

Orientação: prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira.

1. Humanização. 2. Qualidade. 3. Comunicação. 4. Paciente. 5. Hospitais. I. Nogueira, Guilherme Bicalho. II. Título.

CDD: 362.1068

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

**DAYANA LOUREIRO SEIBERT FIORINI**

**HUMANIZAÇÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE  
COMO FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E  
GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE  
SÃO MATEUS - ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovada em 29 de outubro de 2018.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



---

**Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**  
**Orientador**



---

**Profa. Dra. Luciana Barbosa Firmes**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



---

**Profa. Dra. Ana Paula Costa Velten**  
**Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)**

## RESUMO

SEIBERT, Dayana Loureiro. **Humanização, segurança do paciente e qualidade como ferramentas de comunicação estruturada e gestão da informação em hospitais do município de São Mateus – ES**, 2018. 77 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, Espírito Santo, 2018.

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS), após conquistas e lutas, conseguiu ampliar a cobertura e o acesso à assistência à saúde e, atualmente, volta sua atenção para um novo desafio que é a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Ações e estratégias estão sendo viabilizadas para melhorar o contato humano entre profissionais da Saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade; proporcionar qualidade e eficácia na atenção dispensada aos usuários e difundir uma nova filosofia de humanização na rede hospitalar brasileira credenciada pelo SUS. **Objetivos:** Esta pesquisa teve como objetivo contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente. **Metodologia:** É uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa e classificada como descritiva e explicativa. Quanto aos meios, realizou-se uma pesquisa de campo nos 03 hospitais selecionados, pesquisa documental por analisar documentos internos do hospital, e bibliográfica por pesquisar os temas nas literaturas clássicas e modernas. As informações foram obtidas através de dados secundários, sendo que em alguns momentos reportou-se a um profissional do hospital para o melhor entendimento de documentos que não demonstrava clareza. Com a autorização da direção de cada Unidade hospitalar, estabelecida por meio de um Termo de autorização buscou-se a análise e observação informações. Foram investigados dados relativos a Política de Humanização em saúde, segurança do paciente e qualidade. **Resultados:** Ao longo do estudo percebeu-se um nó crítico: a não conscientização dos profissionais inseridos no sistema quanto à importância de se comunicar efetivamente. Embora as instituições hospitalares estudadas, estejam longe do que é considerado adequado pelo Ministério da Saúde, pode-se observar um grande empenho das gestões e das equipes em melhorar os serviços. Percebeu-se um grande interesse em aplicar a Política de humanização em saúde. Instruções de trabalho (Its), protocolos, fluxogramas, entre outros instrumentos que padronizam as ações de humanização em saúde já estão sendo realidade nessas unidades hospitalares. O que causa um grande desconforto ao longo do estudo é perceber a inexistência de uma comissão de comunicação efetiva com seu respectivo protocolo. Então, como pensar em qualidade do serviço de saúde se a “comunicação efetiva” não é trabalhada adequadamente? Respondendo tal pergunta, a pesquisa traz como um produto final a confecção de uma instrução de trabalho de comunicação efetiva, objetivando a entrega a cada instituição hospitalar, afim de que se crie uma comissão e todos os funcionários sejam capacitados em relação ao tema, pois uma cultura organizacional com missão embasada em objetivos e estratégias com efetivas configurações de comunicação, refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Humanização. Qualidade. Comunicação. Paciente.

## ABSTRACT

SEIBERT, Dayana Loureiro. Humanization, patient safety and quality as tools for structured communication and information management in hospitals in the municipality of São Mateus - ES, 2018. 77 p. Dissertation (Professional Master in Science, Technology and Education) - Vale do Cricaré College, São Mateus, Espírito Santo, 2018.

Introduction: After the achievements and struggles, the Unified Health System (SUS) managed to expand coverage and access to health care, and nowadays it turns its attention to a new challenge that is the implementation of the National Humanization Program of Hospital Care (PNHAH). Actions and strategies are being made to improve the human contact between health professionals and users, professionals from each other, and the hospital with the community; to provide quality and effectiveness in the attention given to users and to spread a new humanization philosophy in the Brazilian hospital network accredited by SUS. Objectives: This research aimed to contribute to the sensitization of health professionals about the importance of effective communication for the patient safety process. Methodology: It is a research with a qualitative-quantitative approach and classified as descriptive and explanatory. As for the means, a field survey was carried out in the 03 selected hospitals, a documentary research for analyzing internal documents of the hospital, and a bibliography for searching the themes in classic and modern literatures. The information was obtained through secondary data, and in some moments it was reported to a hospital professional for the best understanding of documents that did not show clarity. With the authorization of the direction of each Hospital unit, established through an Authorization Term was sought the analysis and observation information. Data on Humanization Policy in health, patient safety and quality were investigated. Results: During the study a critical node was perceived: the non-awareness of the professionals inserted in the system on the importance of communicating effectively. Although the hospital institutions studied are far from what is considered adequate by the Ministry of Health, a great commitment of the managements and the teams in improving the services can be observed. There was great interest in applying the Humanization Policy in Health. Work instructions (Its), protocols, flowcharts, among other instruments that standardize the actions of humanization in health are already being realized in these hospitals. What causes a great deal of discomfort throughout the study is the realization that there is no effective communication committee with its protocol. So how can we think of health service quality if "effective communication" is not adequately addressed? Responding to this question, the research brings as a final product the preparation of an effective communication work instruction, aiming the delivery to each hospital institution, in order to create a commission and all the employees are trained in relation to the subject, since a organizational culture with mission based on objectives and strategies with effective communication configurations, will positively reflect on the care processes and, consequently, on the quality of services and patient safety.

**Keywords:** Humanization. Quality. Communication. Patient.

## LISTA DE SIGLAS

- ACCR-** Acolhimento com Classificação de Risco
- CIES-** Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
- FVC-** Faculdade Vale do Cricaré
- GTH-** Grupo Técnico de Humanização
- IT-** Instrução de trabalho
- JCI-** Joint Commission Internacional
- MS-** Ministério da Saúde
- NSP-** Núcleo de segurança do paciente
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- ONA-** Organização Nacional de Acreditação
- PAM-** Pressão Arterial Invasiva (PAM)
- PIC-** Pressão Intra Craniana
- PNEPS -** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNH-** Política Nacional de Humanização
- PNHAH-** Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- PNPS-** Programa Nacional de Segurança do Paciente
- PSF-** Programa Saúde da Família
- SUS-** Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Comparação entre os três hospitais de São Mateus sobre a Política de Humanização em Saúde.	<b>28</b>
<b>Tabela 2.</b> Comparação entre os três hospitais de São Mateus no que diz respeito à segurança do Paciente.	<b>38</b>
<b>Tabela 3.</b> Proposta do plano de segurança do paciente do hospital 1 para a formação da comissão de comunicação efetiva.	<b>40</b>
<b>Tabela 4.</b> Comparação entre os três hospitais de São Mateus no que diz respeito à Qualidade.	<b>42</b>
<b>Tabela 5.</b> Instrumento de gerenciamento de risco utilizado no hospital 2.	<b>50</b>



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Concepção hierárquica e piramidal das redes de atenção à saúde. **13**
- Figura 2.** Protocolo de Manchester. Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso. **34**
- Figura 3.** Fluxograma de funcionamento da equipe de educação permanente do hospital 1. **35**
- Figura 4.** Eventos adversos de janeiro a novembro do hospital 1. **48**
- Figura 5.** Eventos adversos por setor, de janeiro a novembro/ 2017 do hospital 1. **48**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1. Objetivos .....	3
1.1.1. Objetivo Geral .....	3
1.1.2. Objetivos Específicos.....	3
1.2. Justificativa.....	4
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
2.1. Política Nacional de Humanização (PNH) e Humanização em saúde .....	6
2.2. Acolhimento em Saúde e Vínculo.....	12
2.3. Educação Permanente em saúde.....	15
2.4. Comunicação estruturada e a Segurança do Paciente .....	18
2.5. A Gestão da informação .....	22
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
3.1. A vivência da pesquisadora nos estabelecimentos de saúde .....	25
3.2. Cenário da pesquisa.....	25
3.3. Tipo de pesquisa .....	25
3.4. Procedimento da coleta e registro dos dados .....	26
3.5. Aspectos Éticos da pesquisa.....	27
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
4.1. Em relação à Política de humanização em saúde (PHS).....	28
4.2. Em relação à Segurança do Paciente .....	36
4.3. Em relação à Qualidade .....	41
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITAL 1 .....	61

APÊNDICE B –TERMO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITAL 2 .....	62
APÊNDICE C –TERMO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITAL 3.....	63
APÊNDICE D- ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	64
APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	66
APÊNDICE F – INSTRUÇÃO DE TRABALHO .....	67
<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP .....	71

## 1 INTRODUÇÃO

Em diversas situações, percebem-se depoimentos de pessoas afirmando que a humanização em saúde não vai além de uma espécie de novo modismo ou conceito de ocasião, criado para nomear uma suposta óbvia vocação dos cuidados.

Desapontando tais opiniões, é importante o entendimento de que o esforço conceitual e as lutas por novas possibilidades de organização desses cuidados não são de forma alguma, novos no campo da saúde. Suas nuances marcam, entretanto, a historicidade não só dos argumentos e sentidos envolvidos, das tradições teóricas, mas das relações hierárquicas, estruturas e modelos de comportamento em que se inserem os personagens mais constantemente invocados: Profissionais e Pacientes (DESLANDES, 2014).

Neste contexto, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), abraçada pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2004, com o objetivo de discutir o reconhecimento da existência de nichos comunicativos no espaço público de saúde, capazes de fortalecer uma cultura de humanização (BRASIL, 2004)

O termo “humanização do atendimento em saúde” esteve na pauta de alguns movimentos e iniciativas relacionadas à saúde da criança em 1996. Nos últimos anos, ampliou-se para a melhoria da gestão hospitalar e atendimento oferecido à população, procurando contribuir para a construção de uma cultura de atendimento humanizada. Em 2002, o tema ganha relevância com a discussão das diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde, que ressaltou o papel do MS como agente das mudanças em prol da descentralização e da gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) (DESLANDES, 2014).

Brasil, (2004), destaca sua definição de humanização como a oposição à violência, superação da negação ao outro, reconhecimento da alteridade, capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Enfim, humanização passa a ser vista como melhoria das condições de trabalho do cuidador. A ampliação do processo comunicacional como condição básica à humanização torna-se evidente.

Ao longo do estudo, será necessário o entendimento entre os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo, pois há uma distinção e diferenças de escopo e abrangência. A humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente,

que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos ligados as formas imediatas de cuidado social e individual.

As últimas décadas têm presenciado um processo de transformação e de inovação tecnológica sem precedentes na área da saúde. Uma grande proporção das técnicas, instrumentos e recursos diagnósticos e terapêuticos são desenvolvidos e aprimorados a cada ano. Estes avanços devem incorporar condutas que visem analisar e transformar de modo consecutivo o próprio sistema de fornecimento destes conhecimentos e inovações à população, por meio de ações e decisões que visem à segurança, eficácia e efetividade nas necessidades do paciente e da família, tomando muito cuidado para que não seja substituído o modelo de cuidado humanizado pelo modelo de cuidado biomédico.

Neste contexto, a comunicação estratégica é um dos maiores desafios nas organizações dos modelos de saúde. Garantir que a mensagem correta chegue ao destinatário certo e ter a certeza que este compreendeu a mensagem é uma tarefa complexa, que nem sempre encontra êxito nos ambientes de trabalho.

FONSECA et al. (2014), mostra que em estudos sobre o tema, 70 a 80% dos erros médicos são provenientes de problemas interpessoais entre profissionais. Quando o profissional não consegue comunicar-se de modo eficiente com sua equipe, pacientes correm sérios riscos de morrer em salas cirúrgicas, ter os membros errados operados, ou sofrer com danos sérios provocados por medicamentos indevidamente administrados, o que vai de encontro à PNH.

Um relatório da *Joint Commission* – EUA, informa que a “comunicação está entre as quatro principais causas de eventos-sentinela que causaram perda permanente de função ou morte”. (FONSECA et al., 2014). A preocupação com este número ganhou voz e relevância em 1999, após a publicação do livro “To err Human”, errar é humano. E de acordo com este relatório, publicado pelo Instituto Americano de Medicina, um grupo de especialistas discutiu os principais componentes do sistema de saúde norte-americano que podem conduzir a eventos adversos, sendo que alguns se destacam como frequentes e potencialmente fatais. Estes afirmam que cerca de 44.000 a 98.000 pacientes morrem a cada ano naquele país devido às iatrogenias médicas, ou seja, efeito negativo sobre o paciente, resultante de qualquer procedimento, e que 7.000 delas estão relacionadas aos erros de medicação. (LEAPE, 2002).

Baseado nos déficits de comunicação apontados acima, e conseqüentemente, falhas no processo de humanização, surge um novo cenário: a importância da aplicação da gestão da informação nos estabelecimentos de saúde. Trataremos sobre modelos de Acreditação como um conjunto de padrões que visa melhorar a comunicação efetiva, desde a elaboração de indicadores que representam áreas críticas de monitoramento, quanto indicadores de resultados para processo, cujos dados devem ser fidedignos para a tomada de decisão baseada na informação.

Com a experiência no serviço público de saúde e com a percepção de maltrato e indiferença aos usuários do SUS, dedico-me a um tema, que no ponto de vista se torna um dos maiores problemas de saúde pública: COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO, sempre embasada pela PNH.

O estudo apresenta-se com o tema ATENDIMENTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO e foi desenvolvido mediante seguinte pergunta: De que forma as unidades hospitalares do município de São Mateus / ES trabalham a gestão da informação dentro de um atendimento humanizado?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo, contribuir para a melhora na comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar as ações da Política Nacional de Humanização (PNH) que são desenvolvidas pelas três unidades hospitalares estudadas;
- Pontuar as ações do núcleo de segurança do paciente que são desenvolvidas pelas três unidades hospitalares estudadas.
- Identificar as ações do serviço de qualidade que são desenvolvidas pelas três unidades hospitalares estudadas.

- Propor a elaboração de uma Instrução de trabalho (It) multiprofissional de Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Humanização surge como resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais da saúde quanto dos pacientes. Então, a humanização surge em resposta a esse enredo, sob a forma de ações localizadas, e vai se instituindo até chegar, hoje, à forma de uma política pública na área da saúde, na qual prevalece o respeito, o direito, a generosidade, a expressão subjetiva e dos desejos da pessoa, entre outros. O resultado esperado pela humanização é a valorização das pessoas em todas as práticas de atenção e gestão, a integração, o compromisso e a responsabilidade de todos com o bem comum. A pesquisa visa um trabalho de promoção da cidadania, na qual se aprende a promover o diálogo, através dos processos da comunicação estruturada e da gestão da informação, instrumentos que fazem com que a “mensagem” correta chegue ao destinatário certo, tendo a certeza que este compreendeu a mensagem. Esta é uma tarefa complexa, que nem sempre encontra êxito nos ambientes hospitalares e quaisquer falhas na comunicação podem levar a problemas graves, como complicações de pacientes ou mortes. A pesquisa, portanto, torna-se relevante, uma vez que os erros de comunicação não acontecem apenas porque os pacientes não entendem completamente o que um profissional está dizendo. Erros “ocorrem porque a informação é escura, mal orientada, nunca recebida, nunca mais recuperada ou ignorada.” Ao todo, estima-se que esses erros custem ao sistema de saúde \$ 1,7 bilhão, incluindo o preço de pagamentos de negligência pesadas para ferimentos graves ou morte (FONSECA, 2014). A pesquisa poderá contribuir para sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao estudar o tema Humanização em saúde, foram abordadas principalmente as ideias e as referências bibliográficas do Ministério da Saúde, pois este foi o grande idealizador da Política Nacional de Humanização.

As referências bibliográficas se apresentam em sua maioria, através dos manuais, pois todos se encontram inseridos via online na biblioteca virtual de saúde do próprio Ministério. Inúmeras são as publicações, todas do ano de 2003 até a presente data.

O MS é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Em sua história, o MS entende a humanização como resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes, diante de fatos e fenômenos que configuram o que chamamos de violência institucional na saúde (BRASIL, 2004a).

Positivamente, os hospitais tiveram grandes avanços técnicos nos últimos anos, principalmente com o desenvolvimento da medicina. Uma grande conquista da população com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o acesso da disponibilidade dos serviços, pelo qual ficaria mais fácil adentrar aos hospitais. Por outro lado, o hospital também se tornou um local de sofrimento. (BRASIL, 2004a).

O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos e disciplina autoritária, fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas não prevalecendo o respeito à sua autonomia e a solidariedade (RIOS, 2009).

Então, a humanização surge em resposta a esse enredo, sob a forma de ações localizadas, e vai se instituindo até chegar, hoje, à forma de uma política pública na área da saúde buscando-se nas ações humanizadas a recuperação não só da saúde física, mas principalmente do respeito, do direito, da generosidade, da expressão subjetiva e dos desejos das pessoas. Os hospitais públicos começam a recuperar os ideais do SUS e a prática da cidadania. (RIOS, 2009).



## 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

“Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Esta é uma conquista do povo brasileiro. E toda conquista se reflete no início de um novo processo. Em 1988, foi votada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com ele afirmou-se a universalidade, na qual o SUS existiria como direito de todos e dever do Estado; a integralidade, onde o paciente deveria ser visto como “um todo” e não de forma fragmentada, como o mecânico enxerga sua máquina; e a equidade, trabalhando as desigualdades sociais. Com ele também se aponta uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (BRASIL, 2004a).

Neste percurso de quase 30 anos de existência do SUS, existiram avanços, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência de reorganização do sistema. Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam. O acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas (BRASIL, 2004b).

A este cenário, pode-se citar a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços, frágil vínculo com os usuários e o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe (BRASIL, 2004b).

O cenário indicava, portanto, a necessidade de mudanças. Então, em 1996, oito anos após a criação do SUS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começa a pensar no termo humanização. A humanização é idealizada para a atenção para o parto e bebês de baixo peso em Unidades de Terapia Intensiva. Suas ações tiveram um impacto tão grande que logo o termo humanização torna-se referência para toda rede pública. No Brasil, a legitimidade da temática ganha ênfase em maio de 2000, quando o MS regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

Foi notória a percepção de que todos os serviços de saúde necessitavam de reestruturação e humanização urgentes. Então, em 2002, foi criado o Humaniza SUS, que é a Política Nacional de Humanização (PNH). A partir deste marco, a

humanização torna-se um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas de governo do SUS (BRASIL, 2002). Conforme o relatório da Oficina Nacional Humaniza SUS, do MS, intitulada: “Construindo a Política Nacional de Humanização”, o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país, e, em 1988, ganhou o *status* constitucional, garantindo o caráter constituinte do SUS, e permitindo a identificação dos problemas contemporâneos que acontecem na relação entre Estado e as políticas públicas. É esta relação que se quer problematizar com o projeto de uma PNH e retomar o que está na base da reforma da saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS. Neste período de construção, a humanização se apresenta como estratégia de interferência no processo de produção de saúde considerando que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar a realidade e a si próprios num único processo. É, então, necessário investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e coresponsável que está na base do SUS. Uma rede comprometida com a defesa da vida, uma rede humanizada porque constrói permanentemente e solidariamente laços de cidadania (BRASIL, 2004b).

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde (BRASIL, 2014b).

A partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o País (BRASIL, 2013).

De acordo com BRASIL, 2002, os objetivos da PNH são:

1. Conduzir um processo permanente de mudanças da cultura de atendimento à saúde;
2. Promover o respeito à dignidade humana;
3. Sensibilizar profissionais e usuários para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado;
4. Garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de atenção à saúde.

Dentro do contexto da PNH, Brasil, 2001 cita os parâmetros da PNHAH dos atendimentos aos usuários. Pontuam-se as seguintes:

**1- Condições de acesso e prestação dos serviços:**

- Sistema de marcação de consultas;
- Tempo de espera para atendimento;
- Acesso de acompanhantes e visitas;
- Sistema de internação;
- Sistema de marcação, realização e resultados de exames.

**2- Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:**

- Adequação e /ou criação de áreas de espera;
- Sinalização das áreas e serviços do hospital;
- Instalações físicas e aparência do hospital;
- Equipamento;
- Refeições;
- Meios para efetivação de queixas e sugestões;
- Espaço de recreação e convivência dos pacientes;
- Clareza das informações oferecidas aos usuários;
- Identificação dos profissionais;
- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;
- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;
- Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

**3- Qualidade da relação entre usuários e profissionais:**

- Eficiência,
- Gentileza, interesse e atenção;
- Compreensão das necessidades dos usuários;
- Informações aos usuários sobre o diagnóstico;
- Tratamento e encaminhamento;
- Privacidade no atendimento.

Em relação aos parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais, dentro do PNHAH destacam-se:

1. Gestão hospitalar e participação dos profissionais: oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados; oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários; manutenção de mecanismos de coleta de sugestões para a melhoria do trabalho; oportunidade de reconhecimento e resoluções de conflitos e divergências; e aplicação sistemática de normas de trabalho.
2. Condições de trabalho na instituição: áreas de conforto; segurança; equipamentos e materiais; higiene.
3. Condições de apoio aos profissionais: transporte; estacionamento e condições de acesso ao hospital; refeitório; área de descanso e convivência; atividades recreativas e/ou sociais; programas de atendimento as necessidades psicossociais dos profissionais; cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional; cursos ou treinamentos, etc.
4. Qualidade da comunicação entre os profissionais: canais de informação e resolução de problemas e necessidades; canais de informação oficiais da administração do hospital; canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.
5. Relacionamento interpessoal no trabalho: confiança; integração grupal; e cooperação.
6. Valorização do trabalho e motivação profissional: respeito; recolhimento; motivação; realização; e satisfação (BRASIL, 2001).

A humanização é hoje um tema frequente nos serviços públicos de Saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde Coletiva. Quando se pensa em humanização na saúde, logo se pensa: humanizar o quê? Já não somos humanos?

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, mas tem como efeito adverso o incremento à desumanização. O preço que se paga pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra,

que não pode ser reduzida, no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença, por exemplo. Quando se preenche uma ficha de histórico clínico, não se escuta a palavra (voz) do paciente. As informações são indispensáveis, porém o lado humano ficou excluído. O tecnicismo, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro (BRASIL, 2013).

A ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes quando se reduz a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Um hospital pode ser excelente do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles (BRASIL, 2013).

A dificuldade, muitas vezes, é o excesso de demanda causado por problemas que poderiam ter sido resolvidos em um primeiro atendimento. Outras vezes, é a procura exagerada de ofertas técnicas e tecnológicas, na busca voraz de lucros. Outras, ainda, são a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais, de gerência, de espírito de acolhimento. Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa carência geral ou específica de condições gerenciais, técnicas e materiais induz à desumanização, já que profissionais e usuários passam a se relacionar de forma desrespeitosa e impessoal, devido ao cansaço, ao descompromisso, ao acúmulo de irritações e desalentos ou ao terror do crônico fracasso das expectativas, em tudo piorando uma situação já precária. É importante lembrar que, mesmo em momentos e condições difíceis, pode-se ser polido e generoso. A voz cálida, o bom dia, os gestos de acolhimento demonstram nosso esforço em atenuar os problemas. Diante de circunstâncias adversas, sempre podemos nos questionar sobre o que fazer para melhorá-las (BRASIL, 2013).

O compromisso com o paciente pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Humanizar a assistência é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas

assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (BRASIL, 2013).

Rios (2009) descreve que há alguns anos, quando o assunto humanização chegou aos serviços de Saúde, a reação dos trabalhadores foi a mais variada possível. Algumas pessoas (que já trabalhavam com ações humanizadoras) sentiram-se finalmente reconhecidas e encontraram seus pares, mas a maioria (que não fazia a mínima ideia do que se tratava) reagiu com desdém ou indignação: não eram humanos, afinal? Humanizar os serviços soava como um insulto. Entretanto, tão logo se começava a discutir a humanização como o processo de construção da ética relacional que recuperava valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado, ficava claro a importância de trazer tal discussão para o campo da Saúde.

Brasil (2013) trouxe esse processo de humanização em forma de política. Conforme citado acima, essa política foi lançada em 2003 e surgiu com o objetivo de pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Humanizar passou a ser traduzida então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A humanização pode ser vista como uma Política transversal a permear todos os programas e formas de atendimento do sistema. Deslandes (2014), ao fazer uma análise sobre a Política Nacional de Humanização, proposta por Brasil (2004a), destaca sua definição representada pela oposição à violência, pela superação da negação do outro e pelo reconhecimento da alteridade, assim como pela capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando tecnologia e bom relacionamento. A autora acredita ainda, que humanização em saúde deve ser vista como melhoria das condições de trabalho do cuidador e que a comunicação é uma condição básica de humanização.

O objetivo da proposta de humanizar em saúde engloba a criação de uma nova cultura de atendimento, embasada na comunicação. O espaço da relação usuário e profissional de saúde, das relações entre profissionais generalistas e especialistas e

o espaço entre os diversos serviços diferenciados em termos de nível tecnológico e de especialidades seriam o lócus privilegiado desta cultura (DESLANDES, 2006).

## 2.2 ACOLHIMENTO EM SAÚDE E VÍNCULO

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/população. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (BRASIL, 2013).

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

Pode-se observar uma evidente superposição e uma estreita relação entre os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo.

Se, humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo, caracterizado em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como potencial, quando articulado a uma ideia de uma população adscrita e vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território. Essa equipe teria o papel de contribuir para o sentido de permanência, de constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo, a qual abrange a ideia de acolhimento (DESLANDES, 2014).

Teixeira (2003) traz uma ideia interessante sobre o acolhimento baseado em sua percepção como uma rede de conversações: “O acolhimento seria um complexo acolhimento-diálogo verificado no interior do cuidado”. O acolhimento corresponderia à disposição de promover uma escuta atenta e de acolher uma demanda de atendimento com direito moral e diálogo com a conversação envolvida na identificação e priorização das necessidades. O atendimento a essas necessidades pode se dar

por meio de alternativas de intervenções de tecnologias, subjetiva e social. A conversa apoia a percepção de acolhimento.

Para continuarmos a entender o raciocínio, faz-se necessário o entendimento do conceito de tecnologia em saúde e os seus tipos de tecnologia.

Tecnologia em saúde é definido de forma muito ampla e compreende todas as intervenções que podem ser utilizadas para promover a saúde, prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar ou cuidar de doenças em longo prazo.

Brasil (2010) classifica as tecnologias em saúde da seguinte forma: as 'tecnologias leves', que associam a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as 'tecnologias leveduras', que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e as 'tecnologias duras', quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

Mehry (2004) associa tecnologias leves a formas de funcionamento de trabalho e nos leva a concluir que acolhimento é o resultado de seu fortalecimento mediante as tecnologias duras. Poderíamos definir o espaço do cuidado clínico como um espaço mediado pela conversa e a tecnologia, onde a conversa é um meio para o saber tecnológico.

Com base na rede de serviços, um aspecto interessante para compreensão da visão acolhimento- diálogo é a possibilidade de desenhar a trajetória do paciente através de redes, levando em conta as formas diferenciadas de atendimento e serviços. Para entender o atendimento em rede, observe a figura abaixo:

**Figura 1.** Concepção hierárquica e piramidal das redes de atenção à saúde.



Fonte: <http://redehumanizasus.net/89795-redes-poliarquicas-de-atencao-a-saude>. Acesso em 19/09/2017 às 15:24 horas.



Com base na reflexão de Mehry (2004), a visão de acolhimento baseada na figura acima, o acolhimento se configura como uma relação comunicativa envolvendo serviços diferenciados, profissionais e especialidades na definição do fluxo de atendimento.

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010).

Podemos perceber então, que da definição operacional de redes adotada, fica claro que ela se aproxima, conceitualmente, da estrutura em redes que implica missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto e que se distancia da concepção de *networking* que conota interações informais fortemente impulsionadas pelas tecnologias de informação.

Retomando a noção de acolhimento dialogado e do vínculo, vale a pena ressaltar a natureza do processo comunicativo, que não deve ser compreendida segundo o modelo de transmissão de informações, mas segundo o modelo do

entendimento, se prioriza um fluxo recíproco. Echeverria (1997) afirma que é muito importante a forma que o receptor escuta sua informação, sem descaracterizar sua cultura. Desse processo surge o vínculo, sentimento este, que fará com que o profissional de saúde adentre a vida do paciente e compreenda todo o contexto de vida ao qual está inserido.

A partir da compreensão do vínculo como transferência de afeição, pode-se explorar algumas questões, como a relação entre a emoção e a linguagem trabalhada. Autores sustentam sobre o poder que tem a emocionalidade de gerar determinados tipos de julgamentos como classes linguísticas que abrem ou fecham possibilidades de ação. Isso se refere a possibilidade de modificar, a partir da conversa, emoções do paciente para criar uma atitude de menos impotência e dependência, um contexto de multiplicação dos apoios, trazendo como consequência maior autonomia. Até este momento, é fundamental a questão da confiança, pois a relação da confiança inerente ao vínculo positivo corresponde a um juízo linguístico que fazemos sobre o nível de confiança que o outro suscita. A confiança pode se expressar de tais formas: “Fulano de tal é um bom profissional”. Este tipo de juízo é um tipo de enunciado linguístico voltado para o futuro, que nos ajuda a restringir possibilidades futuras, que nos permite seguir com um determinado profissional e estabelecer com ele, uma relação de credibilidade e segurança, evitando assim as acriticidades. Essa relação ainda precisa ser fundamentada no passado, os fatos concretos de intervenção, seus atos linguísticos e compromissos derivados mostraram-se coerentes, consistentes, responsáveis e acertados (ECHEVERRIA, 1997).

### 2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e

entre atenção à saúde e controle social. A definição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi um desafio assumido pelo governo federal (BRASIL, 2004c).

Baseado na portaria ministerial número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, a Educação Permanente caracteriza-se como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A PNEPS explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento). Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações) (BRASIL, 2004c).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004c).

Neste ponto de vista, onde se entende que saúde é qualidade de vida e, portanto, encontra-se vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, à educação, à alimentação e ao lazer, entende-se que a escola é um espaço

onde se constituem os cidadãos desses direitos, por meio de práticas realizadas por sujeitos sociais críticos e criativos, capazes de construir conhecimentos, relações e ações que fortalecem a participação das pessoas na busca de vidas mais saudáveis. Na relação entre saúde e escola (Educação) surge a possibilidade de se construir juntos a Educação produzindo saúde (BRASIL, 2005).

Concretamente, a PNEPS colocou em ato uma prática rizomática de encontros e produção de conhecimento. “A disseminação dos Pólos e, por decorrência, de capacidade pedagógica descentralizada gerou novos atores para o SUS, para a sua construção política (e não programática), para a produção da saúde nos atos, nos pensamentos e nos desejos de protagonismo pelo SUS, compreendendo seus princípios e diretrizes em uma política de afirmação forte da vida”. Estes novos atores dos Pólos: tutores, facilitadores e operadores de Educação Permanente em Saúde, entre outros, estão distribuídos por todo o país. Estes atores não existiam e existem agora. A política que não existia, ineditamente existe, colocando a formação e o desenvolvimento como educação viva, em ato, na saúde. (CECCIM, 2005).

A PNEPS para o SUS, como já citado, foi instituída na portaria 198/GM/MS de fevereiro de 2004, para ser operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Porém, em 2007, o MS modifica a referida Portaria pela Portaria 1.996 GM/MS de 20 de agosto, ocorrendo uma mudança na operacionalização da PNEPS, ou seja, o Pólo de Educação Permanente passa a ser denominado de Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES). A CIES deve funcionar como instância interinstitucional e regional para a co-gestão dessa política, orientada pelo plano de ação regional para a área da Educação na Saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. A CIES pode ser considerada como outra instância do SUS porque está atrelada ao Pacto da Saúde e ao Pacto de Gestão Regional. Constitui-se um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e desenvolvimento na base territorial de sua abrangência, proporcionando uma gestão participativa e transparente (SANDRI, 2008).

## 2.4 COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Fermino e carvalho (2007) definem comunicação como uma prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala (aspecto verbal), escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes, toque (aspectos não verbais).

Nos serviços de saúde, os encontros entre os profissionais de saúde e os pacientes são intermediados pela comunicação. Muitas barreiras dificultam a comunicação, o que gera significados relevantes tanto para o profissional de saúde como para o usuário, sendo objeto de vários estudos que abordam essa temática. Essas dificuldades decorrem de problemas culturais, ou seja, linguagens e saberes diferenciados (ACQUA, et al., 1997).

Com a regulamentação do SUS, em 1988, novos arranjos na relação entre profissionais de saúde e população passaram a fazer parte da atenção à saúde, destacando-se a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação comunitária na organização e gestão dos serviços (BRASIL, 1997). Atualmente, muito se fala de segurança do paciente, programa criado pelo MS, sendo a comunicação efetiva um dos principais pilares para qualidade do serviço e saúde e satisfação do paciente.

De acordo com Brasil (1997), o ato comunicativo é destacado como processo de compartilhamento e ajuda entre o profissional de saúde e o paciente que está sendo assistido, de forma a estabelecer um processo de ajuda ao indivíduo e até mesmo a família, quando necessário. No contexto da assistência curativa, vários estudos abordaram essa temática com pacientes hospitalizados, emergindo nessa abordagem a comunicação como:

a) instrumento que propicia uma recuperação mais rápida, efetivada por meio das linguagens verbal e não verbal;

b) ferramenta que promove a humanização das relações por meio da troca de informações, validação das mensagens e interação com as famílias dos pacientes hospitalizados.

O processo comunicativo é definido como um ato caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal

como a não verbal (postura e gestos). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários (BRAGA; SILVA, 2007).

O ato de se comunicar possui diversas funções de acordo com os objetivos, aspirações e crenças dos partícipes. É utilizado para fornecer informações, persuadir, gerar mudanças de comportamento, ensinar, aprender e discutir os mais variados assuntos, sendo considerado um nó crítico para os trabalhadores de saúde. Existe a valorização do seu potencial terapêutico, embora se reconheçam as dificuldades no estabelecimento de uma relação dialógica, competente e eficaz (MOURÃO et al., 2009).

Como dito acima, ao se tratar da segurança do paciente, logo se busca informações sobre a presença de um Programa ou uma Política ministerial que embasa o assunto. Então, a segurança do paciente é descrita através de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

As ações de segurança do paciente também são embasadas pela resolução RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Esta Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. A resolução objetiva instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

A RDC 36 normatiza que todo estabelecimento de saúde deve ter formado um núcleo de segurança do paciente (NSP), onde a direção do serviço de saúde deve 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, podendo utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP o serviço de saúde deve disponibilizar:

- Recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;
- Um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

A RDC 36 ainda atribui as seguintes competências ao NSP:

- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Obrigatoriamente, todo NSP deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), este, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- 1- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- 2- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

### 3- Implementação de protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde:

- Higienização das mãos;
- Identificação do paciente;
- Segurança cirúrgica;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de úlceras por pressão;
- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- **Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;**
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro.

Estudos mostram que 70 a 80% dos erros médicos tem relação direta com problemas nas relações interpessoais entre os profissionais. Quando um enfermeiro falha em transmitir informações vitais sobre um paciente durante a passagem de plantão, pacientes correm sério risco de morrer em salas cirúrgicas, ter os membros errados operados, ou sofrer com danos sérios provocados por medicamentos indevidamente administrados (LO, 2011).

Em estudos de eventos sentinelas, compilados pela *Joint Commission Internacional (JCI)*, 63% das causas primárias estão diretamente ligadas à quebra da comunicação. Alguns estudos demonstram que metade destas falhas acontece justamente durante a troca de plantão das equipes, um momento delicado, em que a passagem correta de informações é crucial para garantir a continuidade do tratamento do paciente (CBA, 2010).

Um relatório da *JCI*, informa que a comunicação está entre as quatro principais



causas de eventos sentinela que causaram perda permanente de função ou morte. É a primeira causa nas subcategorias: cirurgias em local errado, paciente errado ou procedimento errado, atraso do tratamento e eventos relacionados a incêndio; e é a segunda maior causa nas subcategorias: morte materna, complicações pós-operatórias, ventos relacionados à contenção, perinatais, transferências de paciente, esquecimento de objetos no paciente em procedimento cirúrgico e suicídio. (CBA, 2010).

A preocupação com este tema ganhou importância em 1999, após a publicação do livro “TO ERR IS HUMAN”, nos Estados Unidos (EUA). Aqui, concluiu-se que os erros adversos preveníveis são as principais causas de morte nos EUA e que 98 mil pacientes morrem todos os anos devido a falhas médicas que poderiam ser evitadas. A estimativa foi de 01 evento adverso para cada 7 pacientes hospitalizados (KOHN, 2000).

Considerando as informações acima, relacionadas à falhas no processo de comunicação para segurança do paciente, trataremos a seguir da importância da gestão da informação nos estabelecimentos de saúde, ou seja, veremos que é possível através do processo comunicativo administrar tais problemas.

## 2.5 A GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Após o entendimento do conceito de humanização, discutiremos desafios para o atendimento humanizado, com a possibilidade de articular o melhor do saber tecnológico da clínica com um tipo de agir comunicativo capaz de produzir nexos intersubjetivos entre profissionais e pacientes.

A indústria de submarinos nucleares e as forças armadas dos Estados Unidos da América (EUA), depois de constatarem que a principal causa de acidentes aéreos envolvia falhas de comunicação entre pilotos no *cockpit*, desenvolveram uma técnica de comunicação chamada SBAR, que foi disseminada por companhias aéreas na década de 70. A preocupação com a segurança dos tripulantes e dos passageiros fez com que as companhias aéreas padronizassem uma série de *check lists* ao cotidiano dos pilotos antes das decolagens e dos pousos, contribuindo assim para a diminuição das falhas da comunicação, que, nesse ramo, costumam ser fatais. Em seguida, os padrões de *check list* passam a ser copiados e incorporados por diversas instituições

hospitalares, a exemplo do “*time out*”, protocolo internacional de cirurgia segura, recomendado pela organização mundial de saúde, que preconiza a realização de um *check list* entre os cirurgiões e a enfermagem antes de todas as cirurgias, como forma de prevenir falhas como cirurgias em pacientes errados ou a execução de procedimentos em membros errados (ACCREDITATION CANADA, 2012).

Os modelos internacionais de acreditação definem um conjunto de metas ou práticas de segurança obrigatória, que devem ser aplicadas integralmente nos hospitais como requisito básico de certificação. Uma prática exigida pela Accreditation Canadá é a transferência interna, a qual define como teste de conformidade a existência de um protocolo de transferência de informação do paciente e mecanismos que garantam que a informação seja transmitida em tempo adequado, considerando todos os pontos de transição. A meta de segurança exigida pela JIC é a técnica do *Read Back*, a qual deve ser definida pelo hospital para garantir que a prescrição médica verbal e o relato de valores críticos de exames laboratoriais, por exemplo, não impliquem em erros de comunicação e conseqüentemente, prejuízo para o paciente (ACCREDITATION CANADA, 2012).

Diversas literaturas definem um conjunto de padrão que visa melhorar a comunicação efetiva, desde a elaboração de indicadores que representam áreas críticas de monitoramento, quanto indicadores de resultado e processo, cujos dados devem ser fidedignos para tomada de decisão baseada em informação. Deve constar até a política de sigilo e preservação das informações acerca do paciente nos diferentes sistemas operacionais da assistência, seja eletrônico ou manual (ACCREDITATION CANADA, 2012).

O estudo YOUNG (2000), verificou que o estilo de comunicação entre médicos e enfermeiros era um fator determinante na mortalidade de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva. Por outro lado, outros estudos concluíram que uma boa colaboração entre a enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde tinha um impacto positivo na redução da mortalidade e na melhoria do quadro clínico dos pacientes.

A comunicação constitui um assunto bastante complexo. Um estudo da universidade da Califórnia mostra que 93% da efetividade da comunicação é determinada por pistas não verbais emitidas pelo emissor da mensagem. Quando transmitimos uma mensagem, 55% do impacto do que falamos está relacionada a

comunicação não verbal e 38% da nossa performance está ligada ao tom de voz e apenas 7%, as palavras que dizemos (YOUNG, 2000).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 A VIVÊNCIA DA PESQUISADORA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

Desde a graduação em enfermagem, sempre me identifiquei muito com o curso de enfermagem e sempre desempenhei com muita seriedade todas as propostas naquele momento a mim direcionadas.

Com o tempo adquiri algumas preferências, as políticas públicas de saúde e o Sistema Único de Saúde sempre me fascinaram e a partir daí desenvolvi um perfil de enfermeira voltado para saúde pública e conseqüentemente gerenciamento e administração em enfermagem.

Com minha experiência no serviço público de saúde e com minha indignação com o maltrato às pessoas doentes que procuram os serviços do SUS, resolvi me dedicar a um tema, que no meu ponto de vista se torna um dos maiores problemas de saúde pública: INFORMAÇÃO E ACOLHIMENTO, sempre embasada na Política Nacional de Humanização.

#### **3.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

O cenário de estudo foram os três hospitais do município de São Mateus/ES, sendo o primeiro, um hospital estadual, que será referenciado pelo número 1; o segundo, um hospital particular, que será referenciado pelo número 2 e o terceiro, um hospital filantrópico, que representará o número 3.

#### **3.3 TIPO DE PESQUISA**

A abordagem utilizada foi a pesquisa quali-quantitativa. A pesquisa quantitativa é caracterizada por uma classificação do método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo. Ela é realizada para compreender e enfatizar o raciocínio lógico e todas as informações que se possam mensurar sobre as experiências humanas. Já a pesquisa qualitativa procura ouvir o que a pessoa tem a nos dizer sobre o assunto relacionado, explorando suas ideias e preocupações sobre o entendimento do tema.

Em resumo, sua principal contribuição é entender sobre o fenômeno que é observado. Não há fórmulas ou receitas predefinidas para orientar os pesquisadores, assim a análise dos dados passa a depender muito da capacidade e do estilo do pesquisador (GIL, 2016).

De acordo com a metodologia de Gil (2016) a pesquisa será classificada como descritiva e explicativa. Descritiva, pois uma de suas principais características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Explicativa a partir da coleta e dados junto aos hospitais selecionados.

Quanto aos meios, foi realizada uma pesquisa de campo nos três hospitais selecionados, pesquisa documental por analisar documentos internos do hospital, e bibliográfica por pesquisar os temas nas literaturas clássicas e modernas (GIL, 2016).

### 3.4 PROCEDIMENTO DA COLETA E REGISTRO DOS DADOS

As informações puderam ser obtidas através de dados secundários.

Com a autorização da direção de cada Unidade hospitalar, estabelecida por meio de um Termo de Autorização (APÊNDICES A - C) buscou-se a análise e observação de informações, conforme pode ser observado no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D).

Em algumas situações houve necessidade da abordagem de um profissional do hospital, indicado pela direção, para que fossem esclarecidos alguns documentos e relatórios que no momento não apresentavam clareza. Foi assinado por cada informante um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E).

Foram investigados dados relativos à Política Nacional de Humanização, Segurança do Paciente e Qualidade.

Após a pesquisa de campo documental para observar documentos internos do hospital, foi possível a análise do processo de comunicação estruturada e a gestão da informação nas três unidades hospitalares do município de São Mateus / ES, que será discutido adiante na análise e discussão dos resultados.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A proposta de estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré e a coleta de dados foi realizada após a emissão do parecer consubstanciado (ANEXO A).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE (PHS)

Em 2002, foi criado o Humaniza SUS, que é a Política Nacional de Humanização (PNH). A partir deste marco, a humanização torna-se um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas de governo do SUS (BRASIL, 2002). A partir deste conceito, a pesquisa buscou entender como a Política é aplicada nos três hospitais do município de São Mateus-ES, através da análise das seguintes questões norteadoras:

**Questão 1** - Existe Grupo Técnico de Humanização (GTH) nomeado por portaria?

**Questão 2** - Existe acolhimento em classificação de risco de Manchester?

**Questão 3** - Existe equipe de educação permanente / educação em saúde nomeada por portaria?

**Questão 4** - Existem Instruções de trabalho (Its), protocolos, fluxogramas, entre outros, que padronizam as ações de humanização em saúde?

A tabela abaixo compara os três hospitais estudados em relação aos questionamentos colocados anteriormente:

**Tabela 1.** Descrição dos três hospitais de São Mateus sobre a Política de Humanização em Saúde.

Hospital			
Pergunta	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
<b>Questão 1</b>	SIM	NÃO	NÃO
<b>Questão 2</b>	SIM	SIM	NÃO
<b>Questão 3</b>	SIM	NÃO	NÃO
<b>Questão 4</b>	SIM	SIM	SIM

FONTE: próprio autor

Como pode ser observado na Tabela 1, com relação à existência de um GTH (Questão 1), foi constatado que no hospital 1 existe o grupo, e o mesmo é nomeado por portaria e apresenta regimento interno. O GTH do hospital 1 se configura como um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a

empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Já no segundo hospital não existe o GTH. O coordenador do serviço de qualidade explica que o hospital pertence a um grupo com sede em Cariacica. Nesta sede sim, existe GTH nomeado por portaria e os membros que os compõem são responsáveis em exercer atividades de humanização. Quando questionado quanto aos tipos de atividades que o GTH exerce, o mesmo relata treinamentos, porém sem cronogramas anuais.

No hospital 3, também não existe GTH. A enfermeira coordenadora do núcleo de segurança do paciente e comissão de prontuários refere que não existe grupo de humanização nomeado por portaria, porém se formou um grupo e iniciaram as discussões para sua formação.

BRASIL (2008) conceitua Grupo Técnico de Humanização (GTH) como um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS. Pode ser integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

Ainda para BRASIL (2008), a proposta do GTH não se restringe apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde, como hospitais, outras unidades de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF). Estende-se também ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), do MS e, também, das parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, etc).

Estes GTHs, obrigatoriamente devem ser nomeados como comitês de humanização e estendem a participação a outros atores envolvidos nas questões de saúde pública em múltiplos territórios. Qualquer indivíduo pode participar desses grupos: técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, desde que estejam implicados na construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das



equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo (BRASIL, 2008).

A ideia é que os GTHs façam alguma diferença e, portanto, entram como um tópico na análise e discussão dos dados, no que diz respeito à comunicação efetiva. Nesse sentido, espera-se que se torne uma estratégia no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.

A construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras.

Algumas vezes, o trabalhador da saúde está tão acostumado à sua rotina ou ao seu lugar institucional, que não consegue pensar, isoladamente, em alternativas diferentes. O trabalho em grupo, portanto, proporcionaria o encontro das diversidades subjetivas, provocando novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente.

Em relação ao ACCR (Questão 2 da Tabela 1), foi observado que no hospital 1 existe a classificação de risco e o atendimento é prestado por uma empresa terceirizada e funciona exatamente conforme fluxograma apresentando na Figura 2. Trata-se de Organização da Sociedade Civil constituída em 01 de novembro de 2003, uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que tem por objetivo realizar parcerias com o Poder Público Municipal, Estadual, Federal e com a Iniciativa Privada na execução de projetos e programas nas áreas de interesse público, mediante a participação e cooperação em atividades, mantendo a agilidade e efetividade no cumprimento de objetivos e metas, com sistema de avaliação constante pelos Parceiros Públicos e Privados.

O hospital 2, pensando em otimizar os processos de atendimento, de forma a criar métodos mais eficientes, ágeis e tentar diminuir os problemas de alta demanda,

que acabam gerando superlotação, optou por implantar o acolhimento através da triagem pelo Protocolo de Manchester ao inaugurar o hospital e dar início aos atendimentos. Segue o padrão recomendado, através do uso de cores, implantado em grande parte como uso de pulseiras de identificação para pacientes, que permitem definir rapidamente qual é a situação de cada paciente, resultando em atendimentos mais rápidos, evitando, assim, o caos no atendimento. Todo paciente que adentra o hospital, seja pelo pronto socorro adulto ou infantil, dirige-se ao balcão de atendimento para entregar os documentos e gerar o prontuário e em seguida é encaminhado à sala de triagem para realização do protocolo.

Já o hospital 3 não apresenta acolhimento com classificação de risco. Foi discutida a possibilidade, porém a implantação seria após sua ampliação. A enfermeira refere que o hospital consegue atender a demanda e que não existe superlotação. O hospital é porta aberta para gestante e todas que procuram atendimento são atendidas. É relatado também, a difícil adesão das unidades de saúde em referenciar, por este motivo, surge algumas intercorrências, tumultuando a porta de entrada.

Seguindo a tendência da última década, nos últimos anos, tem se presenciado uma franca expansão dos serviços médico-hospitalares, visando atender a grande demanda da população, tanto nos hospitais públicos quanto na rede privada. Com esse aumento da demanda, problemas relativos ao atendimento ocorrem, em geral, ligados à quantidade de pessoas no local aguardando atendimento.

O Protocolo de Manchester recebeu este nome por ter sido aplicado pela primeira vez na cidade de Manchester, em 1997. Hoje, vários países da Europa já utilizam o sistema de forma praticamente integral.

Ao chegar à unidade médica, o paciente é avaliado por um enfermeiro, que após uma breve avaliação irá encaminhar o paciente para um profissional de nível superior, como um enfermeiro chefe ou médico, que deve possuir boa capacidade de avaliação e comunicação, assim como agilidade, ética e com conhecimento clínico adequado. A classificação é realizada com base nos sintomas apresentados pelo paciente, assim como queixas, sinais vitais, saturação de O<sub>2</sub>, escala de dor, etc. Após essa avaliação inicial, o paciente recebe uma pulseira de identificação hospitalar com a cor correspondente ao seu quadro e segue para o atendimento ou aguarda o momento de ser atendido, de acordo com os critérios do Protocolo de Manchester.

No Brasil, o primeiro estado a implantar o Manchester foi Minas Gerais, com o propósito de organizar o fluxo de pacientes. Em março de 2011, a Prefeitura iniciou a utilização do Protocolo Manchester em 24 postos de saúde, em caráter de teste. O protocolo veio para corrigir algumas distorções existentes nos centros de saúde, relacionadas ao atendimento, citando, como vantagem do sistema a utilização de uma nomenclatura padrão no atendimento da rede. O Manchester é rápido, objetivo e reproduzível, tem alta precisão e não trabalha com diagnóstico, mas com sintomas dentro de um padrão internacional.

A implantação do Protocolo de Manchester permite que os atendimentos sejam realizados com mais eficiência, já que, em se tratando de saúde, tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente. Além disso, como o sistema prevê uma organização adequada das prioridades, pode-se encaminhar pacientes para outras unidades médicas, de maneira que a demanda pode ser compartilhada entre as unidades médicas próximas, se for o caso. Além disso, com a diminuição do risco clínico, evita-se o uso de recursos de urgência advindos da inobservância das condições do paciente antes do agravamento do quadro.

Com a implantação do Protocolo de Manchester, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de classificação de risco, eles estão assegurados que não correrão risco de vida, e além disso, ele terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso do Protocolo Manchester é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.

A Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) mostra-se como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e

consolidar o Sistema Único de Saúde. Visa estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS e será considerado um instrumento de humanização (BRASIL, 2002b).

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (BRASIL, 2002 b).

Ainda de acordo com a portaria ministerial 2048, de 05 de novembro de 2002, a classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado. A mesma deve: Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência; Humanizar o atendimento; Garantir um atendimento rápido e efetivo. Dentre os objetivos estão:

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

**Figura 2.** Protocolo de Manchester. Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso.



Fonte: BRASIL, 2002b

Em relação à equipe de educação permanente/educação em Saúde (Questão 3, Tabela 1), foi observado que no hospital 1 existe 01 professora enfermeira cedida pela Faculdade Vale do Cricaré (FVC) com carga horária de 20 horas semanais para apoiar o serviço de educação permanente. A mesma descentraliza suas ações em uma Instrução de trabalho (IT) que tem como objetivo desvelar sobre as ações da Educação Continuada que são norteadas através do *feedback* das necessidades de cursos, capacitações, treinamentos e afins, enviadas pelos atores envolvidos nos processos de trabalho. Para promover o desenvolvimento desses processos é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores possibilitando a capacitação profissional. A Educação continuada viabiliza a busca de parcerias que tenham como missão agregar valor aos serviços de saúde prestados à sociedade. A Figura 3 mostra o fluxograma de funcionamento da equipe de educação permanente no referido hospital.

**Figura 3.** Fluxograma de funcionamento da equipe de educação permanente do hospital 1.



FONTE: próprio autor

No hospital 2 não existe equipe de educação permanente/ educação em saúde nomeada por portaria. O coordenador do serviço de qualidade explica que o hospital pertence a um grupo com sede em Cariacica. Nesta sede sim, existe equipe de educação permanente nomeado por portaria e os membros que os compõem são responsáveis em repassar instruções de educação continuada ao setor de qualidade do hospital.

Já no hospital 3 existe a equipe, porém não nomeada por portaria. O objetivo central do serviço de educação permanente do hospital 3 é a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

Como citado anteriormente, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação

Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Em relação à presença de IT's, protocolos e fluxogramas, existe 01 professora enfermeira cedida pela Faculdade Vale do Cricaré (FVC) com carga horaria de 20 horas semanais para apoiar o serviço de Qualidade do hospital 1, uma vez que não existe equipe e nem comissão. É de responsabilidade desta, padronizar o processo de trabalho do hospital. O trabalho foi iniciado em marco de 2017 com a confecção das Instruções de trabalho (IT's), protocolos e fluxogramas de todos os setores.

Já no hospital 2, todos os documentos são padronizados. Os materiais são produzidos pelos setores, em seguida encaminhados ao setor de qualidade, onde avaliam e revisam o material, e em seguida encaminham a direção para aprovação. Assim que se dá a aprovação, o documento volta ao setor de qualidade. Uma cópia fica arquivada em forma de “cópia controlada” e outra é direcionada ao setor para que a equipe possa seguir as instruções. Segundo o profissional responsável pela equipe de qualidade, as instruções de trabalho, protocolos e fluxogramas são uma excelente forma de gestão da informação e de fato, é visível que todos os procedimentos são padronizados, não existindo falas do tipo: “eu aprendi assim”, “eu sempre fiz dessa forma”. A equipe de qualidade realiza “auditoria pela qualidade” em todos os setores de 3 em 3 meses para que possa ser gerado o relatório de não conformidades, quando necessário.

Já no hospital 3 estão sendo confeccionados IT's, protocolos e fluxogramas. Estão envolvidas no processo de confecção a presidente da comissão de controle de infecção hospitalar, núcleo de segurança do paciente e comissão de revisão de prontuários e a coordenação de enfermagem. Assim que for finalizado, a intenção é que sejam aprovadas, impressas e disponibilizadas aos setores.

#### 4.2 EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE

A partir da publicação do livro “To err Is Human”, pelo instituto de medicina dos EUA em 1999, surgiu o movimento internacional para a segurança do paciente. Até então a discussão sobre a segurança do paciente era vaga. Como o sistema de saúde brasileiro tornou-se mais complexo, a oportunidade para que o dano ocorra ficou mais frequente. Fonseca et al. (2014) complementa que para maior segurança, deve haver

um esforço excepcional combinado aos profissionais de saúde, das organizações de saúde, dos consumidores, dos fornecedores, dos governos, do sistema suplementar de saúde, das agências reguladoras e da política de mercado.

Precisamos romper a cultura da culpa, mas mais importante que isso é entender que se tem a obrigação sistemática de desenhar processos mais seguros para a assistência do paciente.

Fonseca et al. (2014) nos faz pensar em segurança do paciente partindo do princípio de que:

- Na década de 90, na América, houve alguns casos que repercutiram na imprensa, como o de Betsy Lehman, repórter do jornal Boston Globe, após morreu após overdose de quimioterápicos.
- Willie King, teve sua perna amputada;
- Bem Kolb, um garoto de oito anos de idade, faleceu após uma cirurgia por acidente anestésico.

Fonseca et al. (2014) cita dois grandes estudos, um conduzido em Colorado e Utah e outro em Nova Iorque, onde mostraram que eventos adversos ocorriam em torno de 2.9% a 3.7% em pacientes hospitalizados, respectivamente. Nos hospitais de Colorado e Utah, 6.6% dos eventos levaram a morte, comparados com 13.6% em Nova Iorque. Nos dois estudos, metade dos eventos adversos que resultaram em danos poderia ser sido prevenida.

Os eventos adversos geram custos enormes aos sistemas de saúde, com grandes desperdícios de recursos financeiros para tratá-los. Esses valores poderiam ser mais bem utilizados em um processo de melhoria para o próprio sistema. O dano ao paciente também aumenta os custos em termos de perda de confiança no sistema de saúde, diminuindo a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde. O sistema precisa incorporar fortes lideranças em segurança, uma cultura organizacional que reconheça e aprenda com os erros e colocar segurança do paciente como uma prioridade.

Baseado nas afirmações acima, o nosso objetivo foi caracterizar como se dá a cultura de segurança do paciente nas 03 unidades hospitalares estudadas (Tabela 2), a partir da observação dos seguintes critérios:

**Questão 1** - Existe núcleo de segurança do paciente?



**Questão 2** - No núcleo de segurança do paciente existe a comissão nomeada por portaria?

**Questão 3** - Existe plano de segurança do paciente?

**Questão 4** - Existe cronograma anual instituindo a periodicidade de reunião desta comissão?

**Questão 5** - Existe comissão de comunicação efetiva nomeada por portaria?

**Questão 6** - Existe protocolo de comunicação efetiva aprovado e revisado pela equipe de qualidade do hospital?

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (Brasil, 2017).

Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) tem como objetivo regulamentar as ações de segurança. Inclui o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados a especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como priorizar as estratégias e ações que previnam, minimizem ou mitiguem os riscos inerentes a esses processos. (ANVISA, 2010).

**Tabela 2.** Descrição dos três hospitais de São Mateus no que diz respeito à segurança do Paciente.

Hospital	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
Pergunta			
<b>Questão 1</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Questão 2</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Questão 3</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Questão 4</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Questão 5</b>	NÃO	NÃO	NÃO
<b>Questão 6</b>	NÃO	NÃO	NÃO

FONTE: próprio autor

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da

qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (BRASIL, 2017).

Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) tem como objetivo regulamentar as ações de segurança. Inclui o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como priorizar as estratégias e ações que previnam, minimizem ou mitiguem os riscos inerentes a esses processos. (ANVISA, 2010).

Como pode ser visto na Questão 1 da Tabela 2, os três hospitais possuem Núcleo de Segurança do Paciente. O núcleo de segurança do paciente do hospital 1 foi instituído em Agosto de 2016 por iniciativa dos servidores efetivos que realizaram o curso de qualidade em saúde de segurança do paciente da ENSP/FIOCRUZ e organizaram junto à direção sua composição e atribuições. O hospital 2 apresenta Núcleo de segurança do paciente. O núcleo foi criado em 2016 assim que foram iniciadas as atividades de funcionamento da unidade hospitalar. O hospital 3 também apresenta núcleo de segurança do paciente. As atribuições do NSP dos hospitais 1, 2 e 3 foram descritas conforme o art. 7 da RDC ANVISA 36/2013.

Em relação à existência de uma comissão (Questão 2, Tabela 2), o hospital 1 apresenta, nomeada por portaria. A comissão é composta por uma equipe multidisciplinar, onde é representada por 01 profissional da equipe de enfermagem, farmácia, médica, fisioterapia e auxiliar administrativo. Serão criados Grupos de Trabalho coordenados por membros do NSP para avaliar e adequar os protocolos de segurança do paciente obrigatórios do Ministério da Saúde.

Da mesma forma que o hospital 1, o hospital 2 apresenta comissão nomeada por portaria. A mesma é composta por: Analista da qualidade; Enfermeira do serviço de controle de infecção hospitalar; Médica infectologista; Enfermeira da agencia transfusional; Médico oncologista; Nutricionista; Atendente diagnóstico por imagem; Assistente de atendimento/ hotelaria; Enfermeira UTI.

O hospital 3 também apresenta esta comissão. A nomeação e a ordem de serviço se deu no ano de 2015. A mesma é composta pelos seguintes profissionais: Médica infectologista; Técnica de enfermagem; Representante do setor administrativo; Farmacêutico; Auxiliar administrativo.

De acordo com a existência de um Plano de segurança do paciente (Questão 3, Tabela 2) o hospital 1 apresenta. O plano de segurança do paciente é composto pelos seguintes tópicos: apresentação, termos e definições, objetivos geral e específicos, responsabilidades, princípios e diretrizes, atribuições, composição, ações do plano de segurança do paciente em serviço de saúde, cronograma de ações, mecanismos de identificação e monitoramento dos riscos e mecanismos de investigação dos eventos e divulgação dos resultados.

Já no hospital 2, todo o plano está contido no Regimento interno do núcleo de segurança do paciente. O mesmo foi criado em agosto de 2016 e é caracterizado por capítulos. Trata das finalidades, competências, da composição, da estruturação, do funcionamento, da ata e das considerações finais. O hospital 3 segue o mesmo modelo do hospital 1.

Em relação à existência de cronogramas (Questão 4, Tabela 2), o hospital 1 apresenta um instrumento anual com periodicidade instituída. As reuniões são mensais. No hospital 2, as reuniões acontecem mensalmente e todas estão registradas em ata e devidamente assinadas. O hospital 3 também apresenta cronogramas e as reuniões acontecem mensalmente. Todas as reuniões também estão devidamente registradas em ata.

No que diz respeito à existência de comissão de comunicação efetiva, o hospital 1 não apresenta, apesar de ter sido uma proposta do plano de segurança do paciente. O mesmo detalha a ação da seguinte maneira:

**Tabela 3.** Proposta do plano de segurança do paciente do hospital 1 para a formação da comissão de comunicação efetiva.

<b>Ação</b>	<b>Meta</b>	<b>Prazo de início</b>	<b>Responsável</b>
Comunicação efetiva	Mecanismos de investigação dos eventos e divulgação dos resultados	Setembro de 2017	NSP Núcleo de Qualidade Serviço Social Psicologia

FONTE: próprio autor

No hospital 2 e no hospital 3 não existem comissão de comunicação efetiva nomeada por portaria. Nenhum dos 03 hospitais apresenta protocolo de comunicação efetiva (Questão 06, Tabela 2).

### 4.3 EM RELAÇÃO À QUALIDADE

As transformações no cenário político mundial, a globalização, a crescente difusão de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação foram determinantes na mudança de comportamento dos usuários dos serviços, bem como no aumento da competitividade na maioria das organizações. Nesse contexto, os estabelecimentos prestadores de serviço de saúde tem se adaptado a esse novo cenário e incorporado estratégias capazes de atender o usuário, razão de ser dessas instituições.

Nogueira (1994) salienta que o atendimento eficiente e eficaz das necessidades e das expectativas dos usuários dos serviços de saúde deve ser questão norteadora dos pressupostos filosóficos e das bases metodológicas que orientam as ações dos estabelecimentos de saúde. Assim, o sistema de saúde brasileiro enfrenta, nas últimas décadas um novo imperativo: A busca pela qualidade e pela segurança nos serviços.

Para a conquista desta proposta, é fundamental a implementação de medidas que assegurem processos de trabalho confiáveis e eficazes. Atualmente o termo *Qualidade* tem sido usado das mais diferentes formas e em diversas situações, seja, em modelos gerenciais, na política de recursos humanos, na organização dos processos de trabalho e principalmente, no cuidado centrado no usuário. Nessa direção, a qualidade é um atributo inquestionável da política nacional de Humanização. Abaixo discutiremos critérios determinados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para garantia da Acreditação hospitalar e auditoria; Planejamento estratégico e gestão da informação e gerenciamento dos riscos buscando identificar excelência nos serviços de saúde do município de São Mateus, ES.

Nesta pesquisa, para as análises referentes à Qualidade, foram elaboradas 5 questões norteadoras. O resultado da comparação entre os três hospitais é apresentado na tabela 4.

**Questão 1** - A unidade cumpre os critérios determinados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para garantia da Acreditação hospitalar?

**Questão 2** - Existe um planejamento estratégico que caracterize a gestão da informação?

**Questão 3** - Existe um profissional auditor na unidade hospitalar?

**Questão 4** - É trabalhado a identificação e o gerenciamento dos riscos?

**Questão 5** - Existe algum instrumento padronizado pela instituição que trabalhe comunicação efetiva x satisfação do usuário?

**Tabela 4.** Comparação entre os três hospitais de São Mateus no que diz respeito à Qualidade.

Hospital	Hospital		
Pergunta	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
<b>Questão 1</b>	NÃO	NÃO	NÃO
<b>Questão 2</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Questão 3</b>	NÃO	SIM	NÃO
<b>Questão 4</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Questão 5</b>	NÃO	SIM	SIM

FONTE: próprio autor

No Brasil, em 1998, o Ministério da saúde instituiu o programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, dando origem em 1999, a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (FELDMAN *et al.*, 2005).

O processo de acreditação surge como uma das maneiras que podem contribuir para a avaliação da qualidade e garantir aos usuários e trabalhadores a segurança nos serviços de saúde. Essa iniciativa é voluntária e de cunho educativo, que pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar a população, aos gestores e fornecedores dos serviços de saúde um padrão de qualidade compatível com uma referência externa e sem a finalidade de fiscalização (BRASIL, 2012).

No intuito de adensar as medidas destinadas ao cuidar de forma segura, o Programa nacional de segurança do paciente instituiu seis protocolos a prevenção de eventos adversos. São eles: cirurgia segura, higiene das mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança medicamentosa e úlcera por pressão. Estes foram elaborados por meio da RDC nº 36 e sua implementação ficou sob responsabilidade dos núcleos de segurança do paciente de cada instituição (BRASIL, 2014).

Em relação à questão 1, o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital 1 trabalha os protocolos de prevenção de eventos adversos: cirurgia segura, higiene das mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança medicamentosa, com o apoio da comissão de farmácia e terapêutica e úlcera por

pressão, com apoio da comissão de integridade da pele, ambas nomeadas por portaria, funcionando, embora não tenha o selo de Acreditação Hospitalar.

O setor de controle de qualidade do hospital 2 não tem o selo de garantia de acreditação hospitalar, porém trabalha todos os critérios especificados por esta. O setor de controle de qualidade do hospital 2, com sede em Cariacica é responsável pela implementação e manutenção das certificações da organização. Atualmente o Hospital é Acreditado com Excelência (Nível 3) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e acreditado pelo método Internacional Canadense – único no estado com acreditação internacional.

Para o bom desenvolvimento dos sistemas de acreditação, o hospital 2 (sede) precisa manter uma equipe multidisciplinar alinhada e focada à gestão da qualidade. Para isso, conta com uma gerente, um médico, uma enfermeira, uma analista e uma assistente. Como atividades mais relevantes, tem-se o gerenciamento de protocolos clínicos, que visam monitorar pacientes de determinados perfis, em cada etapa do atendimento, da chegada até sua saída.

Atualmente o hospital 2 (sede) e o de São Mateus gerenciam os seguintes protocolos:

- AVC;
- Sepsis;
- Prevenção de Tromboembolismo Venoso (Referência do Projeto Safety Zone da Sanofi Aventis);
- Time de Resposta Rápida (Código Amarelo);
- Cirurgia segura;
- Prevenção de Pneumonia;
- Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea;
- Prevenção de Infecção de Trato Urinário.

O hospital 2 participa de programas de excelência em gestão como SINHA e Melhores Práticas Assistenciais. Participa ainda, do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, derivado do Programa Internacional “Salvar 5 milhões de Vidas”. Tudo isso para garantir assistência com resultados de excelência.

O hospital 3, por sua vez não cumpre nenhum dos critérios determinados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para garantia da Acreditação hospitalar.

Quanto ao um planejamento estratégico que caracterize a gestão da informação (Questão 2, Tabela 4), no hospital 1 existe sim, ambos partem do princípio que as comissões têm autonomia para tais ações. Atualmente existem funcionantes as seguintes comissões:

- Comissão de controle de infecção hospitalar;
- Núcleo de segurança do paciente;
- Comissão de revisão de prontuário;
- Comissão de ética médica;
- Comissão de ética de enfermagem;
- Comissão de revisão de óbitos;
- Comissão de farmácia e terapêutica;
- Comissão intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos;
- Comissão de terapia nutricional;
- Comitê transfusional;
- Grupo de trabalho de humanização;
- Comissão de integridade da pele;
- Comissão de estagio supervisionado.

O hospital 2 caracteriza as seguintes ações como planejamento estratégico e gestão da informação:

- Gerenciamento de riscos assistenciais.
- Sistematização da assistência de enfermagem (SAE), preenchido na internação pelo enfermeiro e compreende dados tais como: identificação do paciente, história de saúde, antecedentes familiares, hábitos sociais, moradia, protocolo de identificação do paciente: exame neurológico e sensorial, respiratório, cardiovascular, gastrintestinal, geniturinária, locomoção e mobilidade, integridade cutâneo –mucosa e escalas de avaliação.
- NURC (NUCLEO DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE). Este é considerado o principal agente de comunicação entre os clientes e o hospital. Estará sendo caracterizado abaixo.
- Instruções de trabalho. Existe um fluxo para criação e disponibilização das instruções de trabalho. E nela deve conter: código, data da revisão, título,

elaborado por, análise crítica, aprovado por objetivos, aplicação, materiais utilizados, definições, descrição, anexos e referências.

Após a entrega dos documentos assinados e dos arquivos digitais, os mesmos serão disponibilizados, pelo setor de qualidade através do sistema de gestão da qualidade (MV qualidade) e em ambiente de rede corporativo. Os colaboradores deverão ser treinados nas atividades descritas nas instruções de trabalho, e deverão ter acesso aos documentos para tirar dúvidas.

Já o hospital 3 caracteriza as seguintes ações como planejamento estratégico e gestão da informação:

- Instruções de trabalho, fluxogramas e protocolos (alguns ainda em construção);
- Comissões;
- Lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC);
- Ficha de identificação de eventos adversos;
- Pesquisa de satisfação (parto);
- Pesquisa de satisfação de internação.

Um planejamento tem várias dimensões. Duas delas são período de tempo e complexidade ou abrangência. Em geral, planos organizacionais complexos, que envolvam um longo período (3 - 10 anos), são chamados planos de longo alcance ou estratégicos. O planejamento estratégico, entretanto, pode ser feito uma ou duas vezes ao ano, em uma organização que muda com rapidez. No nível da unidade, qualquer planejamento com alcance futuro de seis meses pode ser considerado de longo alcance (MARQUIS, 2015).

O planejamento estratégico também prevê o sucesso futuro de uma organização, combinando e justapondo a capacidade de uma organização e suas capacidades externas, por exemplo, planejar o sucesso da organização (MARQUIS, 2015).

A *Operational Assessment in Strategic Planning*, 2012, diz que as organizações de atendimento à saúde precisam organizar minuciosamente suas competências e fraquezas, examinar sua preparação na mudança e identificar aqueles fatores cruciais para alcançar metas e objetivos futuros.

De acordo com Marquis (2015) um planejamento costuma incluir as seguintes etapas:



- 1- Definir com clareza o propósito da organização;
- 2- Estabelecer metas realistas e objetivos coerentes com a missão da organização;
- 3- Identificar os elementos externos que compõem a organização ou os que nela tem interesse e, em seguida, determinar sua avaliação dos propósitos e das operações de tal organização;
- 4- Comunicar com clareza as metas e os objetivos as pessoas que compõem a organização;
- 5- Desenvolver um senso de propriedade do plano;
- 6- Elaborar estratégias para atingir metas;
- 7- Garantir que se dê o uso mais eficiente aos recursos da organização;
- 8- Compor uma base a partir da qual o progresso possa ser medido;
- 9- Oferecer um mecanismo de mudança informada de acordo com a necessidade;
- 10- Compor um consenso sobre o rumo da organização.

Deve-se observar que, que alguns críticos defendem que o planejamento estratégico raramente é linear. Ainda assim, tampouco pode ser considerado estático. Ele desenvolve várias ações e reações parcialmente planejadas e parcialmente não planejadas.

Em relação à Questão 3 da Tabela 4, observa-se que no Hospital 1 e no hospital 3 não existe um profissional auditor. Já no hospital 2 existe um profissional auditor no serviço de faturamento. O mesmo trabalha gestão de qualidade e análise de indicadores.

Sobre o trabalho com identificação e o gerenciamento dos riscos (Questão 4, Tabela 4) foi possível observar a seguinte situação. No hospital 1, o gerenciamento de riscos se dá da seguinte forma:

- **Notificação espontânea:** Consiste em um método em que o profissional de saúde notifica qualquer evento adverso ocorrido em decorrência da assistência prestada. A notificação é feita a partir do preenchimento do formulário próprio disponível em cada setor. A confidencialidade das informações prestadas com retorno (feedback) é garantida a quem notificou.
- **Busca ativa:** A equipe do NSP acompanhará os pacientes hospitalizados através de visitas clínicas juntamente com a equipe multiprofissional a fim de

detectar possíveis eventos adversos que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas no processo de assistência.

Os dados são compilados para análise de causa raiz com objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos, conforme metodologia específica. Os métodos de identificação de risco, que serão utilizados conforme classificação do EA. A partir da identificação da causa raiz são implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção que através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida. Internamente, a comunicação dos eventos adversos será divulgada às lideranças, chefias e profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos. Externamente, a comunicação será realizada pela notificação do Evento à autoridade sanitária (NOTIVISA), conforme preconiza a legislação.

Para que seja possível criação de estratégias eficazes e fidedignas para o trabalho preventivo do núcleo de segurança do paciente no ano de 2018, 02 professoras do curso de enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré (FVC) fizeram através das notificações dos eventos adversos do ano de 2017, um compilado de dados, onde foi possível verificar quais foram os eventos adversos mais notificados e quais setores ocorrem maior incidência dos casos.

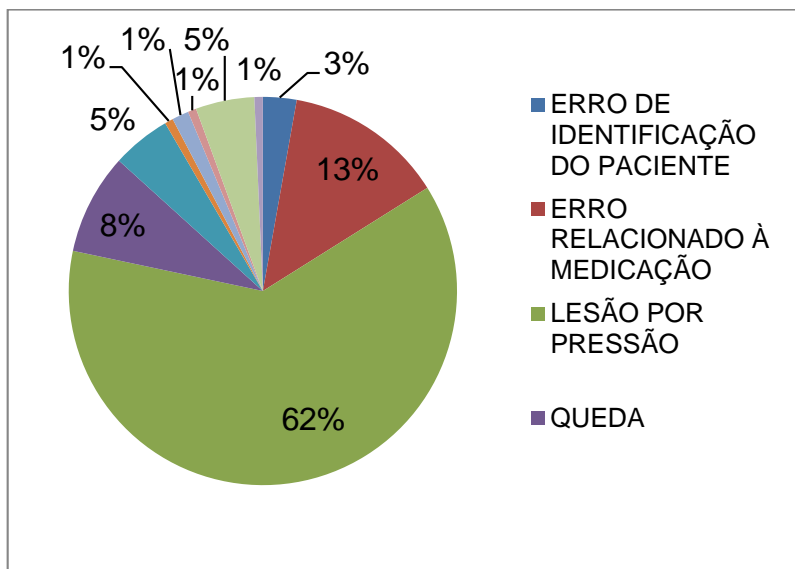
Para o compilado, foram utilizados dados de janeiro/ novembro de 2017.

O formulário de notificação utilizado compreende dados tais como: nome do paciente, data de nascimento, data da notificação e da ocorrência, horário, quarto/leito e setor. Além disso, devem ser preenchidas as informações sobre o evento adverso, como: erro relacionado à medicação, erro de identificação do paciente, erro em procedimento cirúrgico, perda acidental de cateter, sonda, dreno, tubo; evento adverso decorrente de defeito em equipamento (produto), queda, lesão por pressão, flebite, queimadura ou outros. As notificações podem ter observações, e fica a critério de quem notifica assinar ou não o instrumento.

Com intuito de caracterizar o trabalho de gerenciamento de risco do hospital 1, foram elaborados 02 gráficos (Figura 4 e Figura 5), onde podemos observar que de janeiro a novembro de 2017, o evento adverso mais frequente foi lesão por pressão, com 89 notificações, seguido de erro relacionado à medicação, notificado 19 vezes, e logo em seguida queda, com 12 notificações. Foram notificados ainda erros de identificação do paciente (4 vezes), falhas durante a assistência à saúde,

representando 7 dos eventos, flebite, com 7 casos, perda acidental de SNE com 2 casos, e perda acidental de cateter, perda acidental de SVD e procedimento não realizado, ambos com 1 caso cada, totalizando no período 143 adversos.

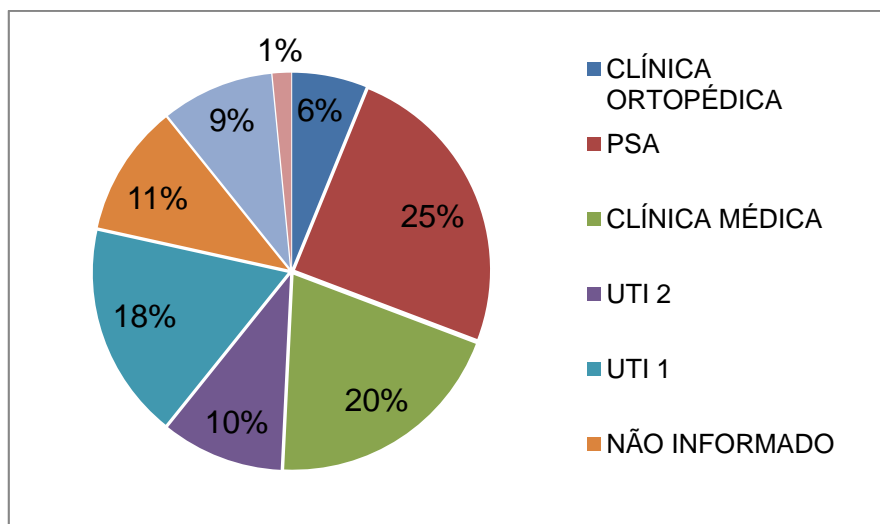
**Figura 4.** Eventos adversos de janeiro a novembro de 2017 do hospital 1.



FONTE: próprio autor

Com relação ao setor em que ocorreu com mais frequência notificações de eventos adversos, seguem listados abaixo: Pronto Socorro Adulto, com 32; Clínica Médica com 26; UTI 1 com 23; 14 dos eventos não tiveram o setor informado, 13 ocorreram na UTI 2; 12 na clínica cirúrgica; 8 na clínica ortopédica e 2 na clínica pediátrica.

**Figura 5.** Eventos adversos por setor, de janeiro a novembro/ 2017 do hospital 1.



FONTE: próprio autor

Mediante os dados coletados e demonstração gráfica do gerenciamento dos riscos, a comissão do núcleo de segurança do paciente chega à seguinte conclusão mediante ações propostas que deverão ser trabalhadas no ano de 2018:

- 1) Sensibilizar e capacitar todos os profissionais, acompanhantes e pacientes sobre a notificação correta de eventos adversos.
- 2) Instituir a escala de Braden em todos os setores, como uma rotina hospitalar.
  - Treinar os profissionais para aplicação da escala de Braden e de medidas preventivas para lesões por pressão.
  - Confeccionar instrumento visual para prevenção de lesões por pressão.
- 3) Reunião com a Comissão de Farmácia Terapêutica para estabelecer protocolos de rotina, com o objetivo de minimizar os erros relacionados à medicação.
- 4) Implantação da Escala de Morse e treinamento para os profissionais.
- 5) Elaboração do Protocolo de Identificação do Paciente, com posterior treinamento para os profissionais.

No hospital 2, o risco é identificado no momento da internação. Os riscos gerenciados são:

- Risco de queda;
- Risco de desenvolvimento de lesão por pressão;
- Flebite em acesso venoso periférico;
- Perda de sonda nasoentérica;
- Perda da monitorização da pressão intracraniana (PIC).
- Perda da monitorização da pressão arterial invasiva (PAM).

Estes riscos são sinalizados pelo enfermeiro na lacuna 1 da tabela abaixo. Se o risco está presente, obrigatoriamente é sinalizado o fator de risco que foi identificado, conforme descrito na lacuna 2.

A identificação do risco também é caracterizada por cores. Se o enfermeiro identifica na admissão ou na internação risco para alergia, fixa na pulseira de identificação do paciente, um adesivo vermelho, se risco de lesão por pressão, adesivo amarelo, risco de flebite, adesivo azul e risco de queda, adesivo verde. Os demais citados acima, são acompanhados por um instrumento padrão de gerenciamento de riscos assistenciais semelhante a tabela abaixo.

Os mesmos vão sendo gerenciados com estratégias individuais para cada risco e para cada tipo de paciente.

Se houver alguma intercorrência, o enfermeiro anota a data e o motivo na lacuna 3. A informação recebida que como o gerenciamento é feito com muita qualidade, raramente registra-se uma ocorrência. Uma vez identificado, devem ser seguidas as instruções de trabalho do setor da enfermagem (IT. ENF) disponibilizadas nos setores e notificar no sistema NOTIVISA

Na alta hospitalar, este gerenciamento é encerrado (através da sinalização dos resultados na lacuna 4), a secretaria de clínica deverá xerocar a ficha e guardar em pasta própria. O enfermeiro de cada unidade deverá tabular os dados mensalmente e apresentar os resultados a equipe. “Entende-se que ocorrência de evento adverso significa, equipe mal preparada”, fala do coordenador.

**Tabela 5.** Instrumento de gerenciamento de risco utilizado no hospital 2.

<b>Lacuna 1 Riscos (Internação ou admissão)</b>	<b>Lacuna 2 Fatores de risco</b>	<b>Lacuna 3 Data e motivo da ocorrência</b>	<b>Lacuna 4 Resultados (altas)</b>
<b>Queda</b> Não Sim, na admissão Sim, presente no período da internação Data:	<b>Se sim, quais fatores são observados:</b> Menor que 05 ou maior que 65 anos Histórico de queda Dependência parcial para cuidados Em preparo para exames ou cirurgias Agitado ou confuso Déficit sensitivo Distúrbios neurológicos Em uso ou após sedativos Em uso de medicamentos conforme tabela Uso de dispositivos como óculos, aparelho auditivo, bengala, muleta ou outros Dificuldade na marcha		<b>Paciente caiu durante a internação?</b> Não Queda sem ferimento Queda com ferimento leve Queda evoluindo para complicações/ sequela/ morte.
<b>Úlcera por pressão (UP)</b> Não tem risco Riscos na admissão UP Grau: ----na admissão Início de risco durante a internação	Se sim, qual a classificação nas escalas abaixo: <b>BRADEN</b> Mínimo Moderado Elevado <b>FUGULIN</b> Intensivo Semi intensivo Alta na dependência Intermediário		<b>Qual a condição da pele no momento da alta?</b> Pele integra UP grau I UP grau II UP grau III UP grause IV

Data:	Mínimo		
<b>Flebite em acesso venoso periférico</b> Não Risco presente na admissão Flebite presente na admissão Início de risco durante a internação Data:	<b>Se risco presente, quais fatores foram identificados?</b> Idade menor que 65 anos Múltiplas punções Infusão IV menor que 90 ml/min. Fragilidade capilar Esclerose venosa grave Drogas com ph menor que 6 ou maior que 8 Dificuldade de imobilização no local da punção Inserção de punção periférica de emergência Solução hipertônica: maior 375 Osm/l Risco de infecção sistêmica KCL 19.1 mEq/h Punção periférica no mesmo local por mais de 72 horas.		<b>Apresentou flebite em acesso venoso periférico?</b> Flebite grau I Flebite grau II Flebite grau III Flebite grau IV
<b>Perda de sonda nasoentérica</b> Não Risco presente durante a internação Início do risco durante a internação Data:	<b>Se risco presente, quais fatores foram identificados?</b> Agitado ou confuso Distúrbios neurológicos Dieta pastosa Sudorese intensa		<b>Paciente perdeu a sonda durante a internação?</b> Não Sim
<b>Perda de PIC</b> Não Risco presente na admissão Risco presente na internação Data:	<b>Se risco presente, quais fatores foram identificados?</b> Agitação psicomotora Manuseio inadequado do paciente no leito Transporte inadequado do paciente Posicionamento inadequado do membro puncionado		<b>Paciente perdeu PIC durante a internação?</b> Não Sim
<b>Perda de PAM</b> Não Risco presente na admissão Início do risco durante a internação Data:	<b>Se risco presente, quais fatores foram identificados?</b> Agitação psicomotora Déficit de perfusão do cateter Déficit de perfusão do membro puncionado Manuseio inadequado do paciente no leito Transporte inadequado do paciente Posicionamento inadequado do membro puncionado Infecção em sítio de inserção		<b>Paciente perdeu PAM durante a internação?</b> Não Sim

No hospital 3, também é trabalhado a identificação e o gerenciamento dos riscos. O mesmo foi implantado no mês de abril de 2018.

De acordo com o processo de trabalho do hospital 3, a equipe do NSP acompanhará os pacientes hospitalizados através de visitas clínicas juntamente com a equipe multiprofissional a fim de detectar possíveis eventos adversos que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas no processo de assistência.

Os dados também são compilados para análise de causa raiz com objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos, conforme metodologia específica. A partir da identificação da causa raiz são implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção que através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida. Internamente, a comunicação dos eventos adversos é divulgada às lideranças, chefias e profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos. Externamente, a comunicação é realizada pela notificação do Evento à autoridade sanitária (NOTIVISA), conforme preconiza a legislação.

Por fim, no que diz respeito à existência de instrumento padronizado sobre comunicação efetiva x satisfação do usuário (Questão 5, Tabela 4), os seguintes resultados foram obtidos:

No hospital 1 não existem instrumentos padronizados pela instituição que trabalhe comunicação efetiva x satisfação do usuário.

Os instrumentos utilizados pelo hospital 2 se caracterizam por:

- **Manual do paciente internado.** Este manual de internação foi criado para garantir a total satisfação do paciente durante o período em que estiver internado. Nele estão contidas orientações sobre serviços prestados no hospital e os esclarecimentos sobre a internação. Também é descrito informações importantes para acompanhantes. Considera-se relevantes os seguintes pontos: corpo clínico, horário de visitas, direitos e responsabilidades, normas para acompanhantes, refeições, contatos, proibições, reclamações e sugestões padrões de qualidade (site), missão, visão e valores.
- **Bloco de sugestões.** Aqui registra-se a crítica ou elogio do paciente e/ou acompanhante. Não se torna obrigatório, porém é de grande valia deixar registrado o nome, e-mail, telefone e data do preenchimento.
- **NURC (NUCLEO DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE).** É o principal agente de comunicação entre os clientes e o hospital. Por meio de pesquisa de satisfação e atendimento pessoal, registra-se críticas, sugestões e elogios dos clientes. O NURC atua visando a melhoria de atendimento e o bem-estar dos clientes do hospital 2. O

atendimento acontece de segunda a sexta, das 08 às 13 horas, pelo telefone ou pelo e-mail. Também existe um instrumento impresso para saída de itens esquecidos no hospital para doação.

- **Pesquisa de satisfação da unidade de internação (UI).** Instrumento impresso que engloba os seguintes dados:

1. Identificação;
2. Avaliação do atendimento;
3. Avaliação da assistência médica;
4. Avaliação da assistência de enfermagem;
5. Avaliação da higiene e limpeza;
6. Avaliação da alimentação ou dieta;
7. Avaliação da agência transfusional;
8. Avaliação da estrutura;
9. Outras sugestões/ considerações.

- **Pesquisa de satisfação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).** Instrumento impresso que engloba os seguintes dados:

1. Identificação;
2. Questionário com quesitos para marcar bom/ótimo; regular; ruim; não sei;
3. Opinião por escrito referente aos serviços prestados;
4. Sugestões de melhora.

- **Quadro de elogios.**

Já no hospital 3, existem os seguintes instrumentos:

- **Pesquisa de satisfação – Parto:**

1. O paciente assinala com um (X) se é paciente da rede SUS, convenio ou particular;
2. O paciente assinala com um (X) em uma escala de 1-10 a satisfação geral do atendimento prestada pela equipe durante o parto;
3. Se SUS, se houve alguma cobrança financeira;
4. Se indica o hospital 3 para outras pessoas;
5. Sugestão de melhoria no atendimento.

- **Pesquisa de satisfação – internação:**

1. O paciente assinala com um (X) se é paciente da rede SUS, convenio ou particular.
2. O paciente assinala com um (X) em uma escala de 1-10 a satisfação geral do atendimento prestada pela equipe durante o período de internação.



3. Se SUS, se houve alguma cobrança financeira.
4. Se indica o hospital 3 para outras pessoas.
5. Sugestão de melhoria no atendimento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização dos serviços de saúde representa mais do que um desejo, representa uma atitude de respeito ao “ser humano”, na sua singularidade, diversidade e cidadania. É através do respeito ao “ser humano” que se constrói o vínculo, sentimento apropriado para a produção da saúde.

Com a concretização do SUS, passou-se a exigir um profissional cada vez mais “humanizado”, profissional este, que seja capaz de enxergar sua humanidade no outro e que se propõe a seguir e acompanhá-lo, especialmente em seus momentos de maior vulnerabilidade. Além disso, é necessário repensarmos sobre as atitudes e habilidades utilizadas na assistência ao paciente, ou seja, é preciso uma reviravolta nas questões da assistência à saúde que agregam o uso de tecnologias leves como: a comunicação, acolhimento, respeito e valorização das experiências e necessidades individuais.

A mensagem que o profissional de saúde deve passar é a de que, por ser humano, ele deve ser capaz de entender o outro, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor. É apenas isso que ele deve estar preocupado em “por em comum”, resgatando a origem da palavra comunicação.

A comunicação na saúde, abre-se aos profissionais como um arsenal para que possa ser acionada em seu trabalho diário. É uma tecnologia leve, essencial no reconhecimento e na efetivação do profissional e do usuário como protagonistas na co-produção de saúde e na humanização do SUS.

Atualmente, ter qualidade e resultados positivos no setor da saúde é o que mais interessa para a gestão de processos de trabalhos coletivos. O trabalho em equipe é muito complexo, porém é considerado o impulsionador de transformações, sendo a comunicação efetiva o nó crítico.

Para uma cultura organizacional positiva, a comunicação efetiva representa um constante desafio pois requer avaliação permanente, além de serem pesados atributos como valores, hábitos, crenças, normas e experiências vivenciadas e compartilhadas pelos gestores e profissionais das instituições. Ao longo do estudo, pudemos perceber que o sistema de saúde tem indicado que a comunicação ineficaz

repercute em cuidado inseguro, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis.

Embora as instituições hospitalares, objetos do estudo, estejam longe do que é considerado adequado pelo Ministério da Saúde, pudemos observar um grande empenho das gestões e das equipes em melhorar os serviços. A falta de recursos financeiros e principalmente a falta de recursos humanos são unânimes em todas as falas.

Mas pudemos perceber o grande interesse em aplicar a Política de humanização em saúde, por exemplo. Instruções de trabalho (Its), protocolos, fluxogramas, entre outros instrumentos que padronizam as ações de humanização em saúde já são realidade nessas unidades hospitalares.

Quanto aos serviços de Qualidade, o que chama a atenção é a inexistência do cumprimento dos critérios determinados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para garantia da Acreditação hospitalar e a falta do profissional auditor em 02 instituições.

Pontos positivos para estas instituições hospitalares são o foco no planejamento estratégico que caracterize a gestão da informação e a identificação e o gerenciamento dos riscos.

Em relação à Segurança do Paciente, pudemos perceber de forma unânime também a atuação do núcleo de segurança do paciente, pensando-se todos os momentos fazer com que o paciente tenha uma assistência segura. Mas o que causa um grande desconforto ao longo do estudo é perceber a inexistência de comissão de comunicação efetiva nomeada por portaria e principalmente protocolo de comunicação efetiva. Como se pensar em qualidade do serviço se o nó crítico da saúde “comunicação efetiva” não é trabalhado?

Pensando em responder tal pergunta, o estudo traz como um produto final a confecção de uma instrução de trabalho de comunicação efetiva (APÊNDICE F), objetivando a entrega a cada instituição hospitalar, afim de que se crie uma comissão e todos os funcionários sejam capacitados em relação ao tema, pois uma cultura organizacional com missão embasada em objetivos e estratégias com efetivas configurações de comunicação, refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCREDITATION CANADA. **Required organizational practice**. 2012. Disponível em: [www.accreditation.ca/accreditation-programs/qmentum/requiredorganizational](http://www accreditation.ca/accreditation-programs/qmentum/requiredorganizational).

Acesso em 30/10//2017 as 20:34 horas.

ACQUA, M.C. Q.D. et al. **Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial**. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43-48, 1997.

ANVISA. RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010. **Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde**. MS. DOU: Brasil: 79 p. 2010.

BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. **Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Política nacional de humanização**. Documentos para Discussão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2001

BRASIL. **Política nacional de humanização**. (Versão preliminar). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). 2002b

BRASIL. **Política nacional de humanização**. Documentos para Discussão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004a.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria Nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004c.

BRASIL. **A Educação que produz saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1ª reimpressão. Brasília – DF 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde (MS). **Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 2. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de saúde.** Departamento de avaliação de políticas de saúde;2012.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea.** Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 1ª ed. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH).** 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília – DF 2013

BRASIL. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.** Disponível em [www. Ministério da saúde. gov.br](http://www.Ministério_da_saúde.gov.br)

BRASIL. Manual PNHNH. Disponível em: [www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza.../Manual %20Politica Humanizacao.doc](http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza.../Manual_%20Politica_Humanizacao.doc). Acesso em 28/10/2017 as 17 :23 min.

BRASIL. Programa de segurança do paciente. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>. Acessado em 11/12/2017 as 14:57 horas.

BRASIL. Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acessado em 25 de março de 2018.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: comunicação, saúde, educação. v.9, n.16, set. 2004/fev.2005.**

CBA - Consorcio Brasileiro de acreditação. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais.** 4º ed. Rio de Janeiro (RJ): CBA, 2010

DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 416 p.

DONABEDIAN A. **Evalución de la calidad de la atención médica.** In: White KL, Frank, J. (Orgs). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC: OPAS, 1992.

ECHEVERRIA, R. **Ontologia del lenguaje.** Santiago: Dolmen Esayo, 1997.

FELDMAN LB, GATTO MAF, CUNHA ICK. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** Acta Paul Enferm. 2005

FERMINO, T.Z.; CARVALHO, E.C. **A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de**

**estratégia educativa.** Cogitare Enfermagem, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

FONSECA, a. da S., et al. **Segurança do paciente.** São Paulo (SP): Martinari, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6º ed. – 7 reimpr. - São Paulo: Atlas, 2016.

LEAPE, L.L. Berwick, D.M. Bates, D.W. **What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety.** JAMA. 2002; 288(4):501-7.

KOHN, L.T, Corrigan JM, Donalson MS, editors. **TO er iss human: building a safer health system.** Washington (DC): National Academy Press, 2000.

LO, L. **Teamwork and comunication in healthcare: a literature review.** Ottawa: Canadian Patient safety; 2011.

MARQUIS, Bessie L. Administração e liderança: Terorias e práticas. 8º ed.- Porto Alegre: Artmed, 2015.

MEHRY, E. E. et al (org). **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São paulo: Hucitec, 2004.

MENDES, V.M. **As redes de atenção à saúde.** Revista Ciência & Saúde coletiva. vol.15, nº 5 . Rio de Janeiro / Aug. 2010.

MOURÃO, C.M.L. et al. **Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica.** Revista Rene, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009.

NOGUEIRA PN. **Perspectiva da qualidade em saúde.** Rio de janeiro: Qualitymark; 1994.

**Operational Assessment in Strategic Planning, 2012.** Disponível em: <https://www.hhnmaq.com/articles/6170-operational-assessment-in-strategic-planning>. Acessado em 22 de março de 2018 as 20:12 horas.

Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013 - Ministério da Saúde. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acessado em 31/10/2011 as 13:29 horas.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Ed. Áurea, 2009.

SANDRI, J.V.A.; SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A. **Construção de descritores para o proceso de Educação Permanente.** Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 5, p. 433-452, 2008.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de janeiro: IMS-Uerj, Abrasco, 2013.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. OMS. **World Alliance for patient safety.**  
Taxonomy: The concept framework for the international classification for patient safety – final technical report. Geneva: WHO, 2009/ 2011.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITAL 1



FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Allan Jacqueson Barbosa Lobo, diretor geral do hospital Dr. Roberto Arnizault Silveiras, RG Nº 299124022 SSPSP; CPF Nº 031.912.487.81 AUTORIZO a aluna Dayana Loureiro Seibert, RG 1692304 SSP ES e CPF 087.742.487-07 matriculada no mestrado com número de matrícula 004000388, a realizar coleta de dados, para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **ATENDIMENTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM 03 HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS/ ES** que tem por objetivo primário contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Mateus, 26 de março de 2018

(Carimbo e assinatura do diretor)

Allan Jacqueson Barbosa Lobo  
Diretor Geral - HPA/S  
Fone: +5579-33453100



## APÊNDICE B –TERMO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITAL 2



FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, José Fernandes Magnago de Jesus, vice presidente do Hospital Maternidade de São Mateus, CPF Nº 364.046.247.53 **AUTORIZO** a aluna Dayana Loureiro Seibert, RG 1692304 SSP ES e CPF 087.742.487-07 matriculada no mestrado com número de matrícula 004000388, a realizar coleta de dados, para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **ATENDIMENTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM 03 HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS/ ES** que tem por objetivo primário contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Mateus, 26 de março de 2018

  
(Carimbo e assinatura do diretor)

## APÊNDICE C –TERMO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITAL 3



FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, *Marilda de S. Venzel*, diretor (a) geral do Hospital Meridional de São Mateus, RG N° *4506 996*; CPF N° *48 660 015 15* AUTORIZO a aluna Dayana Loureiro Seibert, RG 1692304 SSP ES e CPF 087.742.487-07 matriculada no mestrado com número de matrícula 004000388, a realizar coleta de dados, para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **ATENDIMENTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM 03 HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS/ ES** que tem por objetivo primário contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Mateus, 26 de março de 2018

HOSPITAL MERIDIONAL SÃO MATEUS/ES  
*Marilda de S. Venzel*  
Superintendente Administrativa

(Carimbo e assinatura do diretor)

## APÊNDICE D- ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

### ATENDIMENTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM 03 HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO METEUS / ES

#### Bloco 1 - Em relação à Política de humanização em saúde – PHS:

- Existe grupo técnico de humanização - GTH nomeado por portaria?  
( ) sim ( ) não
- Existe acolhimento em classificação de risco de manchester?  
( ) sim ( ) não
- Existe equipe de educação permanente / educação em saúde nomeada por portaria?  
( ) sim ( ) não
- Existem Instruções de trabalho (Its), protocolos, fluxogramas, entre outros, que padronizam as ações de humanização em saúde?  
( ) sim ( ) não
- **Observações do pesquisador:**

#### Bloco 2- Em relação à Segurança do Paciente:

- Existe Núcleo de segurança do paciente?  
( ) sim ( ) não
- No núcleo de segurança do paciente existe a comissão nomeada por portaria? ( )  
sim ( ) não
- Existe plano de segurança do paciente?  
( ) sim ( ) não
- Existe cronograma anual instituindo a periodicidade de reunião desta comissão?

( ) sim ( ) não

- Existe comissão de comunicação efetiva nomeada por portaria?

( ) sim ( ) não

- Existe protocolo de comunicação efetiva aprovado e revisado pela equipe de qualidade do hospital?

( ) sim ( ) não

- **Observações do pesquisador:**

### **Bloco 3- Em relação à Qualidade**

- A unidade cumpre os critérios determinados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para garantia da Acreditação hospitalar?

( ) sim ( ) não

- Existe um planejamento estratégico que caracterize a gestão da informação?

( ) sim ( ) não

- Existe um profissional auditor na unidade hospitalar?

( ) sim ( ) não

- É trabalhado a identificação e o gerenciamento dos riscos?

( ) sim ( ) não

- Existe algum instrumento padronizado pela instituição que trabalhe comunicação efetiva x satisfação do usuário?

( ) sim ( ) não

- **Observações do pesquisador:**

## APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a): ATENDIMENTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA E GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM TRÊS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS / ES, conduzida por DAYANA LOUREIRO SEIBERT. Este estudo tem por objetivo contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação efetiva para o processo de segurança do paciente.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada e nem implicará em custos financeiros. Sua participação nesta pesquisa consistirá em esclarecer as dúvidas que surgirem durante a análise de documentos e relatórios apresentados pelo hospital, ao longo da etapa de coleta de dados.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Dayana Loureiro Seibert, enfermeira, residente na avenida Jones dos santos Neves, 896, bairro Sernamby, São Mateus, ES, [dayanaseibert@hotmail.com](mailto:dayanaseibert@hotmail.com), (27) 99601-6584.

Se dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da FVC: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, Bairro Universitário – São Mateus, ES, e-mail: cep@ivc.br - Telefone: (27) 3313-0037.


Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Espírito Santo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_

## APÊNDICE F – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

	<b>INSTRUÇÃO DE TRABALHO – IT</b>		
	<b>Faculdade Vale do Cricaré – FVC</b>		
	<b>Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência e pacientes/familiares</b>		
	Código :	Revisão:	Página: 67 / 82

### 1 OBJETIVOS

- Assegurar a efetividade da comunicação entre os profissionais que prestam atendimento ao paciente, minimizando prejuízos relacionados à falha de comunicação;
- Assegurar uma efetiva comunicação da equipe médica e de enfermagem com o paciente e seus familiares.

### 2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica a toda a unidade assistencial do Hospital, onde são atendidos pacientes ou que estes estejam internados.

### 3 REFERÊNCIAS

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Ministério da Saúde; 2013.p.19-27.

BRASIL, Conselho Regional de Enfermagem-COREN (BR-SP). Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo: COREN; 1996. BRASIL, Ministério da Saúde Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 2013.

Martino LC. De qual comunicação estamos falando? In: Hohlfeldt A, Martino LC, França VV, organizadores. Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências. 11ª ed. Porto Alegre (BR): Vozes; 2011. p.11-25.

Wolton D. Informar não é comunicar. Porto Alegre: Sulina; 2010. Mumby DK. Reflexões críticas sobre comunicação e humanização das organizações. In: Kunsch MMK, organizadora. A comunicação como fator de humanização nas organizações. São Caetano do Sul, SP: Difusão; 2010. p.19-39.

Oluborode O. Effective communication and teamwork in promoting patient safety. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria; 2012 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: <http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-Teamwork-in-Promoting-PatientSafety/Page1.html>

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions. 2007 [acesso em 2013 Mar 12];1:12-5. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/> Avelar AFM.

Soluções para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS, organizadores. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis Editora; 2009. p.197-214.

Silva AEBC, Cassiani SHB; Miasso AI, Optiz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação\* Acta Paul Enf 2007; 20(3): 272-6.

Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias Acta Paul Enferm. 2005;18(4):446-51.

## 4 EXIGÊNCIAS

A partir da capacitação dos profissionais, torna-se exigência:

- Que a passagem de plantão ocorra em cada turno de trabalho, em ambiente silencioso, com todos os membros da equipe de enfermagem envolvidos e concentrados nas informações que estão sendo repassadas;
- Que a informação transmitida seja clara, concisa, completa e uniforme;
- Que seja revalidada a assimilação das informações passadas através da leitura do que foi escrito ou da repetição verbal das informações transmitidas (“Read-back”);
- Que seja utilizada sistematicamente a metodologia SBAR (Situação, Background, Avaliação e Recomendação) na comunicação entre os membros da equipe. Nesta metodologia, quatro pontos são destacados: situação corresponde ao enunciado conciso do problema; background, à informação pertinente e breve acerca da situação/problema; avaliação, à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação à ação necessária/recomendada.
- Que as informações sejam registradas em instrumento padronizado pela instituição e que sejam realizadas auditorias sistemáticas e periódicas nos prontuários, pela comissão pertinente, identificando possíveis falhas no processo comunicacional e apontando estratégia para melhorá-lo;
- Que o registro no prontuário médico seja realizado por todos os profissionais envolvidos, a saber que:
  - 1- Coloque data e horário antes de iniciar o registro da informação.
  - 2- Registre as informações em local adequado, com letra legível e sem rasuras.
  - 3- Faça uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas, observando as que não devem ser utilizadas.
  - 4- Realize o registro de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais.
  - 5- Siga o roteiro de registro da informação estabelecido pela instituição.
  - 6- Coloque a identificação do profissional ao final de cada registro realizado.



## **5 RESPONSABILIDADE**

5.1 É de responsabilidade do técnico ou auxiliar de enfermagem, bem como do enfermeiro a identificação de toda medicação preparada.

5.2 É de responsabilidade do Enfermeiro da unidade de internação assegurar que as medicações sejam identificadas.

5.3 É de responsabilidade da Equipe Multiprofissional, conhecer e cumprir esta rotina, assim como, de suas respectivas lideranças de fazer cumpri-la orientando seus membros quanto à exigência da identificação correta para cada preparo de medicação.

## **6 DESCRIÇÃO DA ROTINA**

Assegurar que a comunicação seja clara, detalhada e precisa em todas as áreas assistenciais, tanto entre equipe assistencial, pacientes e familiares.

## **7 REVISÕES**

Esta IT deverá ser revisada anualmente ou sempre que necessário.

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP



Continuação do Parecer: 2.683.360

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1102568.pdf	23/04/2018 21:11:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.pdf	23/04/2018 21:08:23	DAYANA LOUREIRO SEIBERT FIORINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_teste.pdf	05/04/2018 17:48:55	DAYANA LOUREIRO SEIBERT FIORINI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	05/04/2018 17:19:22	DAYANA LOUREIRO SEIBERT FIORINI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO MATEUS, 29 de Maio de 2018

---

Assinado por:  
LILIAN PITTOL FIRME DE OLIVEIRA  
(Coordenador)