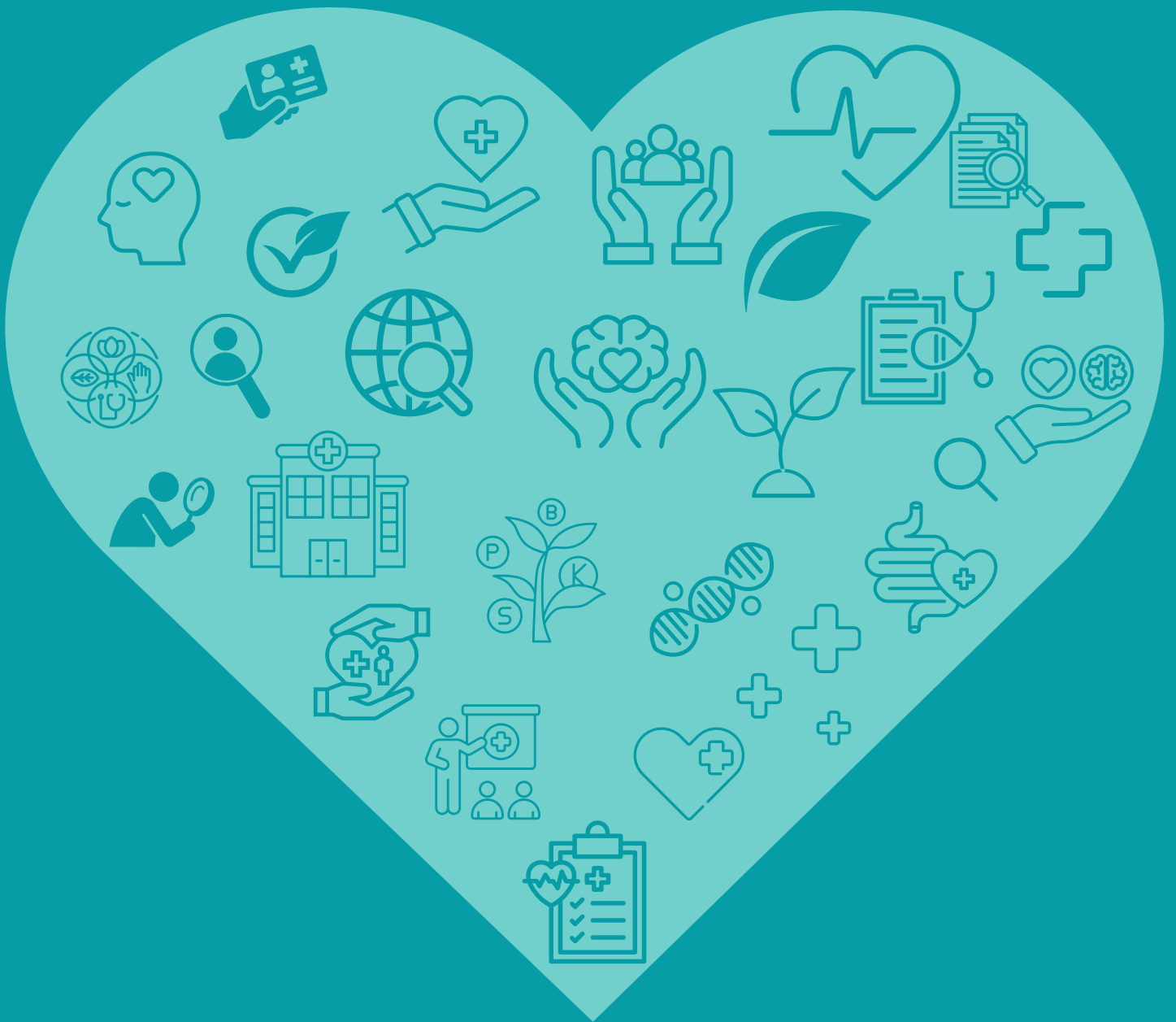


TecnoFatec

FATEC BARRETOS



Edição nº 1

Trabalhos de TCC

ÍNDICE

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA TELESSAÚDE EM HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA	3
A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PESSOAS LGBTQIAPN+	36
A INFLUÊNCIA DO CONSUMO DAS ISOFLAVONAS E SEU BENEFÍCIO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.	77
A INFLUÊNCIA DO CONSUMO DAS ISOFLAVONAS E SEU BENEFÍCIO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.	114
Contribuições da tecnologia da informação na gestão hospitalar: um estudo sobre a adoção do prontuário eletrônico.	177
DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA ROMPER COM AS BARREIRAS DA ACESSIBILIDADE FÍSICA EM HOSPITAIS	206
HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL	255
IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE GESTÃO DE AGENDAS NO SETOR DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO: otimização de vagas no sistema público de saúde	286
Injustiça no Ambiente de Trabalho do Ramo da Saúde	323
O Desempenho das Empresas Privadas De Saúde: Quais as perspectivas do Setor?	351
O PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR E DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO NA PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	369
TECNOLOGIAS DE GESTÃO DE ESTOQUE EM FARMÁCIAS HOSPITALARES ---	399

SEJA BEM-VINDO

TecnoFatec

A Revista Tecnofatec foi idealizada no ano 2024, com o objetivo de atender a demanda de artigos científicos frutos das pesquisas de professores e alunos da Fatec Barretos “Professora Édi Salvi Lima”

Missão: Publicação de artigos científicos, estudos de casos, resenhas que venham a contribuir para o ensino na área de Tecnologia em Gestão Hospitalar.

Objetivos: Usar o meio eletrônico e físico para disseminar conhecimentos e pesquisas realizadas nas áreas citadas, estimulando assim, o trabalho científico, impulsionando nossos alunos e professores a desenvolverem projetos de iniciação científica. Espera-se com isso aliar o ensino teórico e prático de nossas salas de aulas à pesquisa, requisito fundamental nas atuais formações profissionais.

Boa Leitura!
Equipe de Edição

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS-FATEC
Tecnologia em Gestão Hospitalar

Marcelo de Paula Sousa
Natalia Lucarelli Nunes de Farias Thomaz
Nathalia Santos Moreira

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA TELESSAÚDE EM
HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA**

BARRETOS
2024

Marcelo de Paula Sousa
Natalia Lucarelli Nunes de Farias Thomaz
Nathalia Santos Moreira

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA TELESSAÚDE EM
HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA**

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos – FATEC.

Orientador: Prof. Me. Leandro Gumieri

Coorientadora: Prof.^a Ma. Jéssica Peixoto de Araújo

BARRETOS

2024

Ficha Catalográfica
Desenvolvida pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima"

Sousa, Marcelo de Paula

S725a A Atuação da equipe multiprofissional na telessaúde em hospital oncológico de referência / Marcelo de Paula Sousa, Nathalia Lucarelli Nunes de Farias Thomas, Nathalia Santos Moreira. – Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima", 2024. 33 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) - Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima".
Orientador(a): Prof. Me. Leandro Gumieri.

1. Telemedicina. 2. Saúde Digital. 3. Oncologia. 4. Equipe Multiprofissional. I. Título.

Marcelo de Paula Sousa
Natalia Lucarelli Nunes de Farias Thomaz
Nathalia Santos Moreira

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA TELESSAÚDE EM HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos – FATEC.

Orientador: Prof. Leandro Guimieri

Coorientadora: Prof.^a Ma. Jéssica Peixoto de Araújo

Aprovado em: 24 de junho de 2024.

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Me. Leandro Gumieri
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof.^a Dra. Janaína Monteiro de Souza
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof.^a Ma. Joyce Costa Henrique
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

BARRETOS
2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos os envolvidos neste trabalho de graduação em Gestão Hospitalar. Primeiramente, agradeço ao meu orientador e à minha coorientadora pelo apoio inestimável, orientação cuidadosa e valiosas contribuições ao longo deste processo. Suas mentorias foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Também gostaria de agradecer aos meus colegas de turma pela troca de ideias, apoio mútuo e colaboração durante esta jornada acadêmica. Juntos, construímos algo especial e estou profundamente grato por fazer parte dessa equipe dedicada e talentosa. Obrigada a todos por tornarem esta experiência tão enriquecedora e gratificante.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a Deus por caminhar sempre ao meu lado, e a todos que tornaram possível este momento especial da minha vida. À minha família, pelo amor incondicional, paciência e apoio constante ao longo desta jornada. Aos meus professores, orientador e a coorientadora pela sabedoria compartilhada, orientação e incentivo que me ajudaram a alcançar meus objetivos acadêmicos. Aos meus amigos e colegas de classe, pela colaboração, amizade e momentos inesquecíveis compartilhados, as minhas parceiras de projeto pelo carinho, paciência e companheirismo. E, por último, mas não menos importante, à instituição de ensino FATEC Barretos, por proporcionar o ambiente propício para o meu crescimento pessoal e acadêmico. Sou imensamente grato a todos vocês por fazerem parte desta conquista. Obrigado!

RESUMO

Pacientes em tratamento oncológico enfrentam várias terapias, como radioterapia, quimioterapia, cirurgia e hormonioterapia, adaptadas ao tipo e estágio do câncer, requerendo acompanhamento constante. A humanização da assistência busca melhorar o bem-estar de pacientes, familiares e equipes de saúde. Equipes multidisciplinares especializadas desempenham papel crucial na personalização do tratamento. Foi realizado um estudo descritivo, com análise de dados de indicadores. Foram analisados os indicadores de atendimento multiprofissional de pacientes oncológicos pelo serviço de telessaúde. Os dados pertencem ao Departamento de Telessaúde de uma Instituição localizada na cidade de Barretos. A equipe multiprofissional desempenha um papel crucial na telessaúde, incluindo oncologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais de saúde. Foram disponibilizados para análise dados sobre consultas agendadas e consultas concluídas, foi selecionada para análise doze agendas, e destas observa-se que a enfermagem é a profissão mais presente dentre a telessaúde, sendo observada em diferentes atribuições, na urgência, na orientação pré-operatória, preparação para exames de imagem, triagem do paciente entre outras. Ao comparar o número de consultas agendadas com as concluídas constata-se que a psicologia e psiquiatria apresentaram diferença maior de 40% a menos de consultas concluídas perante as agendadas.

Palavras-chave: telemedicina, saúde digital, oncologia, equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Patients undergoing cancer treatment face various therapies, such as radiotherapy, chemotherapy, surgery, and hormone therapy, adapted to the type and stage of the cancer, requiring constant monitoring. The humanization of care seeks to improve the well-being of patients, families, and healthcare teams. Specialized multidisciplinary teams play a crucial role in personalizing treatment. A descriptive study was carried out, with analysis of indicator data. Indicators of multidisciplinary care for cancer patients using telehealth services were analyzed. The data belongs to the Telehealth Department of an Institution located in the city of Barretos. The multidisciplinary team plays a crucial role in telehealth, including oncologists, nurses, psychologists, social workers, nutritionists, and other healthcare professionals. Data on scheduled appointments and completed appointments were made available for analysis, twelve agendas were selected for analysis, and from these it was observed that nursing is the most present profession among telehealth, being observed in different assignments, in urgency, in pre-operative guidance, preparation for imaging exams, patient screening, among others. When comparing the number of scheduled consultations with those completed, it is found that psychology and psychiatry showed a greater difference of 40% fewer completed consultations compared to those scheduled.

Keywords: Telemedicine, Digital Health, Oncology, Multidisciplinary Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estimativa câncer para o ano de 2023	10
Figura 2 - Fluxo de atendimento, desde o agendamento até a realização da consulta.	16
Figura 3 – Total de atendimentos agendados versus concluídos de acordo com a agenda, Barretos. 2024.	19
Figura 4 - Demonstração gráfica dos atendimentos agendados e concluídos do serviço social, farmácia, fisioterapia, psiquiatria, nutrição, oficina ortopédica e psicologia.	20
Figura 5 - Demonstração gráfica dos atendimentos agendados e concluídos da enfermagem em diferentes áreas de atuação, preparo de exames, preparo pré-operatório, urgência, triagem por mês.	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva das agendas analisadas, Barretos, 2024.....	18
Tabela 2 – Análise da diferença entre as consultadas agendadas e as concluídas na totalidade dos dez meses de telessaúde, Barretos, 2024.	19

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Câncer	10
1.2 Inovação Digital - Telessaúde	11
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. METODOLOGIA.....	15
4.1 Delineamento do estudo	15
4.2 População e local do estudo	15
4.3 Aspectos éticos	15
4.4 Análise dos dados	15
5. RESULTADOS	16
5.1 Serviço de Telemedicina	16
5.2 Fluxo de atendimentos	16
5.3 Indicadores de atendimento	17
6. DISCUSSÃO	23
7. REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES.....	28
APÊNDICE A – Carta de autorização de consulta aos dados	28
APÊNDICE B – BANCO DE DADOS	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 Câncer

Câncer é o termo dado a um conjunto de mais de cem diferentes tipos de doenças malignas. Essas células cancerígenas podem se espalhar para outras partes do organismo, causando danos aos tecidos e órgãos adjacentes. Existem muitos tipos diferentes de câncer, cada um com características específicas. Fatores como genética, exposição a carcinógenos, idade e estilo de vida podem aumentar o risco de desenvolver câncer. Ele é caracterizado pelo crescimento desordenado das células, podendo infiltrar tecidos ou órgãos distantes. Outra particularidade é que devido a rápida divisão, as células tendem a ser incontroláveis e agressivas, determinando o desenvolvimento de tumores que podem se espalhar por diferentes regiões do corpo (Hausman, 2019).

Foi a partir da metade do século XX, que as preocupações com o câncer na sociedade brasileira passaram a se intensificar. Devido ao seu impacto epidemiológico, maior cobertura das ações, visando controle, prevenção e promoção da saúde, têm colocado o câncer como assunto mundial nas discussões públicas (Araújo *et al.*, 2017). Os tipos de câncer mais comuns são de pulmão, mama, colorretal, próstata, câncer de pele não-melanoma e estômago (Figura 1) (INCA, 2023).

Figura 1 – Estimativa câncer para o ano de 2023

Localização Primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização Primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%			Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e reto	21.970	9,2%			Cólon e reto	23.660	9,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%			Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%			Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Cavidade oral	10.900	4,6%			Glândula tireoide	14.160	5,8%
Esôfago	8.200	3,4%			Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%			Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%			Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%			Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%			Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2023.

O paciente oncológico passa por diversos tipos de tratamento, que variam de acordo com o tipo de câncer, localização, invasão e tamanho do tumor, podendo ser a radioterapia, a quimioterapia, cirurgia ou hormonioterapia. Todos esses tratamentos necessitam de acompanhamento (INCA, 2023).

Em função da crescente demanda dos casos oncológicos e do seu tratamento agressivo e dificuldades durante o curso da doença, a humanização da assistência a pacientes oncológicos se torna cada vez mais necessária. A utilização de técnicas e intervenções humanizadas no atendimento se torna cada vez mais relevantes, garantindo a valorização e o bem-estar dos pacientes, familiares e dos membros da equipe. Quanto à equipe multidisciplinar em oncologia, a humanização permite uma melhor qualidade no atendimento aos pacientes e seus familiares, tendo como característica um trabalho articulado e integrado, onde a troca de informações e saberes de suas diversas disciplinas é de fundamental importância, para que juntos, discutam e busquem a melhor forma de traçar um processo de tratamento para o paciente diante de suas necessidades e subjetividade (Macedo, 2019).

1.2 Inovação Digital - Telessaúde

Diariamente o mundo passa por evoluções tecnológicas que transformam a realidade em diferentes cenários. A inovação digital na área da saúde possibilitou a imersão digital em novas tecnologias capazes de auxiliar os procedimentos clínicos, como o uso de robôs cirúrgicos, aparelhos modernos e agora a telemedicina.

O termo telemedicina pode ser definido como o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) no setor da saúde para fornecer tele assistência de alta qualidade de forma eficiente. Com base nesta ferramenta tecnológica, pretende-se aumentar a concentração e cobertura dos serviços de saúde, apostando sempre na qualidade dos cuidados. (Celes *et al.*, 2018)

Esta nova dimensão do conceito de saúde nasce da condensação do conceito de telemedicina (que não se concentra apenas na área médica), que abrange todas as áreas da saúde (Nelson *et al.*, 2018), como enfermagem, fisioterapia, nutrição, entre outros. E muitos outros desenvolvimentos neste campo (Khoury, 2003). Não é apenas uma ferramenta para fornecer serviços de saúde de qualidade a todas as regiões e organizações, mas também uma ferramenta de educação continuada utilizada pelos profissionais de saúde para fins de investigação e avaliação (OMS, 1997).

Em meio a pandemia um hospital regional criou um projeto que abrange a inovação tecnológica e todas as dificuldades de isolamento social, adotando o método de telessaúde, que é uma plataforma de atendimento por meio de telecomunicação utilizada para consultas, onde a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros,

nutricionistas, entre outros) realizam suas avaliações, diagnósticos e até mesmo resultados de exames via celular ou computador.

A telessaúde permite que pacientes tenham acesso a serviços médicos, independentemente de sua localização geográfica. Isso é especialmente benéfico para pessoas que vivem em áreas remotas ou com poucos recursos médicos.

Consultas médicas virtuais economizam tempo e recursos, evitando deslocamentos longos e custos associados a viagens para consultas presenciais e podem ser agendadas com mais flexibilidade, tornando mais fácil para os pacientes encontrarem um horário conveniente para suas consultas. Pacientes com condições crônicas podem receber acompanhamento constante por meio da telessaúde, garantindo um cuidado mais consistente e melhor gerenciamento de suas condições, podem consultar especialistas de diversas áreas médicas sem a necessidade de se deslocarem para centros médicos específicos, o que ajuda a reduzir custos operacionais, como os associados a infraestrutura física.

2. JUSTIFICATIVA

O atendimento desse paciente oncológico é extenso. São diversas consultas de acompanhamento, monitoramento e até necessidade de consulta de intercorrência e algumas com necessidade de urgência. Uma vez que os centros especialistas em oncologia sejam poucos para o número de pacientes, pessoas de localidades distantes buscam o atendimento e acabam necessitando arcar com custos de deslocamento, alimentação e moradia durante o período de tratamento. Diante disso, implementar medidas que auxiliam na redução de desgaste físico, financeiro e psicológico que esses pacientes sofrem, atividades e serviços que corroboram positivamente para melhor adesão as consultas e atendimentos, atendendo as demandas dos pacientes oncológicos é uma ação benéfica para essa população.

Tais atos contribuem minimizando os transtornos ocorridos pela longa fila de espera, pelo deslocamento e pelos gastos necessários.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Demonstrar o serviço de telemedicina em um Hospital oncológico abordando os atendimentos multidisciplinares

3.2 Objetivos Específicos

- Demonstrar o fluxo de atendimento
- Demonstrar os indicadores de atendimento
- Demonstrar o programa

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com análise de dados quantitativos dos indicadores do serviço de Telessaúde de um Hospital oncológico.

4.2 População e local do estudo

Foram analisados os indicadores de atendimento multiprofissional da população oncológica pelo serviço de telessaúde. Os dados pertencem ao Departamento de Telessaúde do Hospital oncológico localizado na cidade de Barretos. A equipe multiprofissional desempenha um papel crucial na telessaúde, incluindo oncologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais de saúde.

4.3 Aspectos éticos

Este estudo envolve dados secundários de indicadores, nos quais não podem identificar nenhum participante. De acordo com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016,

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:
[...]

V - Pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e [...]

Dessa forma, após garantias pela resolução nº510, o presente estudo não necessita de avaliação e registro pelo Comitê de Ética em Pesquisa, apenas ciência e autorização do Departamento e Instituição onde serão utilizados os dados secundários. Apresentado no Apêndice A.

4.4 Análise dos dados

Todos os dados foram arquivados em um software de planilhas eletrônicas Excel 2023. Conforme a disposição dos dados, foram realizadas tabelas descritivas e representações gráficas.

5. RESULTADOS

5.1 Serviço de Telemedicina

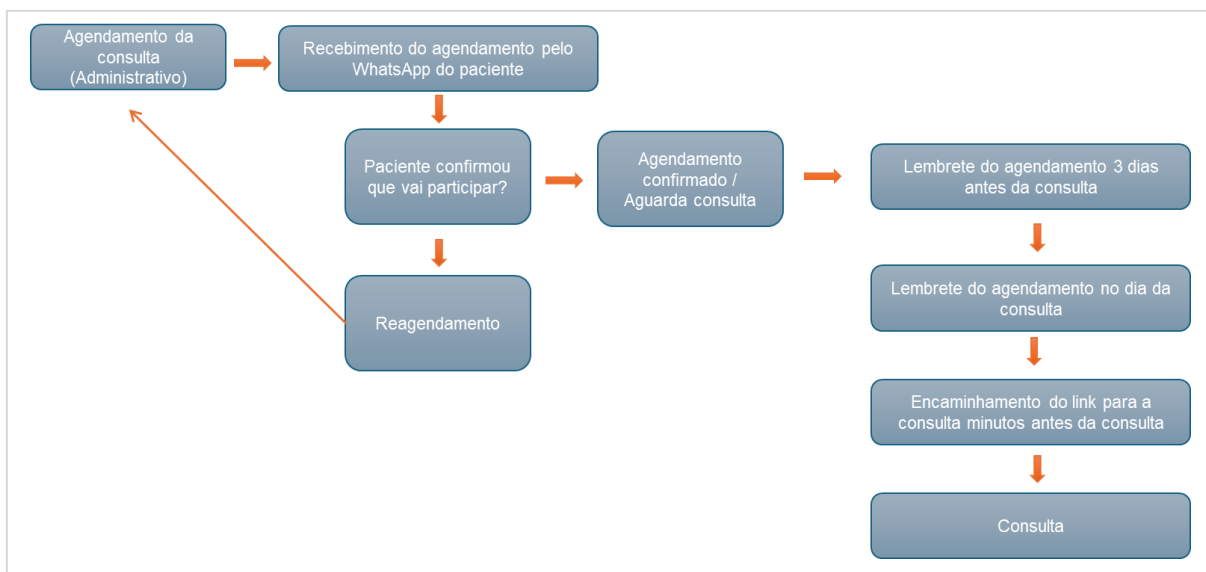
O serviço de Telemedicina foi implementado na Instituição em meados de 2020, em um ambiente restrito, contendo poucas máquinas para realizar o atendimento por vídeo chamada ou chamada de voz. O serviço em primeiro momento foi direcionado para a área médica, mas com o sucesso dos atendimentos, abrangeu-se a equipe multiprofissional.

O serviço computa uma equipe com profissionais direcionados para a realização do atendimento (Supervisor administrativo, Gerente de projetos, Administrativos, Enfermagem, assistente administrativo) e profissionais que executam os atendimentos (Médicos, Enfermeiros, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista, psicólogo).

5.2 Fluxo de atendimentos

Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas, os agendamentos das consultas são realizados na plataforma de prontuário digital, no qual encaminha para o paciente o dia e o horário estimado que será realizada a consulta. A figura demonstra o fluxo de atendimento, no qual inicia a partir do agendamento da consulta do paciente e finaliza na realização da consulta com necessidade ou não de reagendamento, medicações ou outras orientações.

Figura 2 - Fluxo de atendimento, desde o agendamento até a realização da consulta.



Fonte: Arquivos da pesquisa, 2024.

5.3 Indicadores de atendimento

Os dados disponibilizados pela Instituição, representam os atendimentos de diversos profissionais da área da saúde com ênfase em oncologia, a partir dos dados é possível analisar o número de atendimentos que foram agendados para aquele mês e o número de atendimentos que foram concluídos. A instituição categorizou os profissionais por nome de agenda, então existia-se algumas que se apresentavam em muitas áreas como a enfermagem (triagem, urgência, orientações, pré-operatório entre outros).

Foram analisados os indicadores dos consultados por telessaúde por um período de dez meses. Comparou-se consulta agendadas e as que foram concluídas. Por se tratar de muitas agendas, este estudo direcionou as análises apenas para aquelas agendas com mais informações, tentando abordar pelo menos uma área de cada profissão (Tabela 1). O banco de dados completo pode ser observado no Apêndice B.

Tabela 1 – Análise descritiva das agendas analisadas, Barretos, 2024.

		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro	
	meta	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A
Preparo exames	1000	1018	1032	1081	1093	1338	1366	1063	1077	1319	1320	1190	1190	1251	1252	1269	1292	1204	1209	1414	1415
Farmácia	20	15	18	12	16	20	20	16	18	6	14	32	34	19	20	40	47	27	27	27	29
Fisioterapia	300	49	77	113	122	149	285	111	111	0	0	190	0	72	72	0	0	69	69	282	0
Enfermagem Gineco pré-operatório	15	2	2	9	16	0	0	17	18	9	18	20	22	17	17	18	23	22	23	3	3
Nutrição	45	33	55	28	39	67	105	66	80	81	104	77	96	14	27	74	96	58	86	45	76
Oficina Ortopédica	25	18	26	17	33	22	29	2	10	8	19	7	12	16	0	6	6	15	15	0	0
Preparo exames CXP	400	417	427	474	497	580	642	479	530	584	636	556	589	551	580	593	617	621	626	635	667
Psicologia	35	24	35	24	44	14	22	27	37	49	59	29	45	34	52	23	40	47	84	63	105
Psiquiatria	15	4	6	7	7	7	10	0	0	5	11	9	13	9	11	6	12	10	15	8	14
Serviço Social	30	0	0	17	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	30	30	15	15	0	0
Enfermagem Urgência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	31	122	122	88	88	24	24	1	1	0	0
Enfermagem Triagem	0	59	136	76	88	270	272	305	308	96	96	100	100	141	141	96	96	0	0	0	0

Legenda: C: concluída; A: Agendadas

Foram analisadas doze agendas: Enfermagem - Preparo exames; Farmácia; Fisioterapia; Enfermagem Ginecologia pré-operatório; Nutrição; Oficina Ortopédica; Preparo exames câncer de cabeça e pescoço (CxP); Psicologia; Psiquiatria; Serviço Social; Enfermagem Urgência e Enfermagem Triagem conforme descrito na Tabela 1.

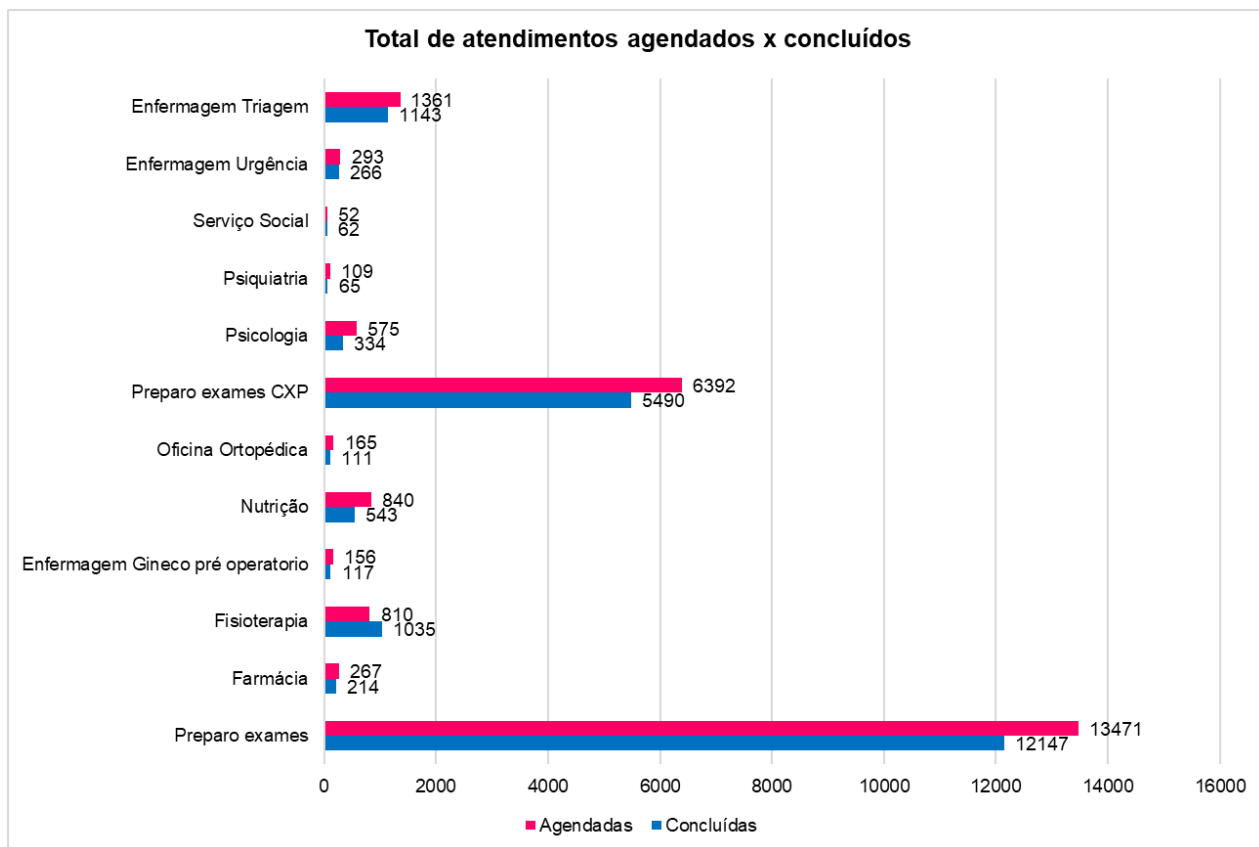
A fim de analisar o número de atendimento, realizou-se soma dos dez meses de cada agenda, para aquelas consultas agendadas e para aquelas consultas concluídas, e encontrou-se a diferença entre eles entre agendamento e consulta finalizada. Dentre todas as agendas, a que mais demonstrou consultas foi a enfermagem preparo de exames, seguida por enfermagem triagem e fisioterapia (Tabela 2 e Figura 3). Quando se compara agendadas e concluídas observa-se que as agendas Psicologia e Psiquiatria apresentavam uma queda de mais de 40% entre as consultas agendadas e as que foram realizadas, sendo estas as mais altas.

Tabela 2 – Análise da diferença entre as consultadas agendadas e as concluídas na totalidade dos dez meses de telessaúde, Barretos, 2024.

Agendas	Total		
	Agendadas	Concluídas	% dif
Preparo exames	13471	12147	-9,8
Farmácia	267	214	-19,9
Fisioterapia	810	1035	27,8
Enfermagem Gineco pré-operatório	156	117	-25,0
Nutrição	840	543	-35,4
Oficina Ortopédica	165	111	-32,7
Preparo exames CXP	6392	5490	-14,1
Psicologia	575	334	-41,9
Psiquiatria	109	65	-40,4
Serviço Social	52	62	19,2
Enfermagem Urgência	293	266	-9,2
Enfermagem Triagem	1361	1143	-16,0

Fonte: Arquivos da pesquisa.

Figura 3 – Total de atendimentos agendados versus concluídos de acordo com a agenda, Barretos. 2024.



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2024.

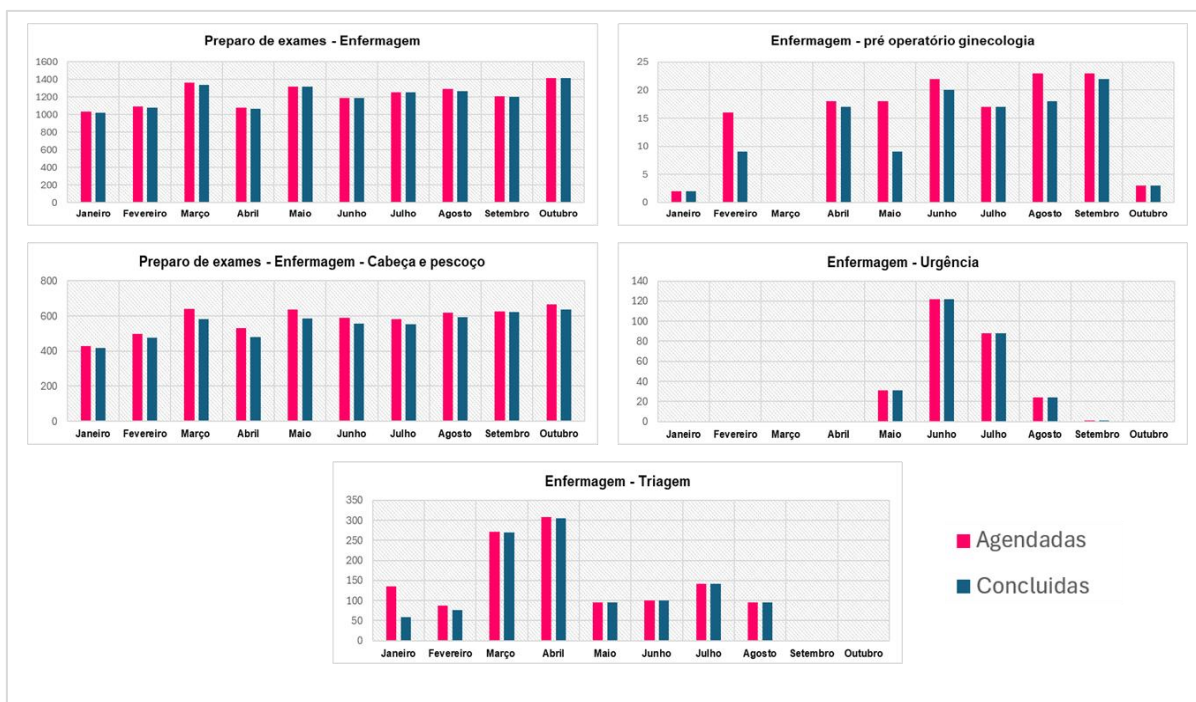
Para análise mensal de cada agenda, conforme observado na Tabela 1, realizou-se a projeção gráfica observada nas figuras 4 e 5. A figura 4, aborda as áreas: serviço social, farmácia, fisioterapia, psiquiatria, nutrição, oficina ortopédica e psicologia. A figura 5 representa as agendas de enfermagem, no qual observa-se que foi maior número em atendimentos e agenda.

Figura 4 - Demonstração gráfica dos atendimentos agendados e concluídos do serviço social, farmácia, fisioterapia, psiquiatria, nutrição, oficina ortopédica e psicologia.



Fonte: Arquivos da pesquisa, 2024.

Figura 5 - Demonstração gráfica dos atendimentos agendados e concluídos da enfermagem em diferentes áreas de atuação, preparo de exames, preparo pré-operatório, urgência, triagem por mês.



Fonte: Arquivos da pesquisa, 2024.

6. DISCUSSÃO

Este estudo buscou demonstrar o serviço de telemedicina em um Hospital oncológico abordando a atuação da equipe multidisciplinar. Ao analisar os dados disponibilizados pela Instituição, foram encontradas uma gama de atendimentos para a mesma área, atuação da enfermagem, psicologia, fisioterapia, farmácia, nutrição, serviço social, psiquiatria, entre outras.

Antes de falar da equipe multiprofissional em uma abordagem por telessaúde, é importante compreender sobre o cuidar. Cuidar abrange a harmonização das relações interpessoais, a transformação dos ambientes e o respeito pelas diversas diferenças socioeconômicas e culturais das pessoas. Além disso, envolve a expressão de sentimentos como compaixão, empatia, proteção e amor, tanto em relação ao ser cuidado quanto em relação a nós mesmos. Mas as formas de entregar o cuidado vem se modificando com implementação das tecnologias de informação e comunicação da área da saúde (Barbosa, Silva 2017).

Sabe-se que o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área da saúde não é tão atual, a primeira menção à telessaúde na literatura foi em 1950, quando imagens radiológicas foram transmitidas por telefone nos Estados Unidos da América. No entanto, a origem exata das primeiras tecnologias utilizadas é incerta, e o conceito pode remontar há séculos, se considerarmos as práticas remotas em medicina, como a transmissão de informações sobre a peste bubônica em toda a Europa por meio de heliógrafos, ou sinais de fumaça comunicando informações sobre guerra e fome. É plausível que o uso do telégrafo no início do século passado tenha incluído consultas médicas, e durante a Primeira Guerra Mundial, a comunicação por rádio foi estabelecida, sendo utilizada em áreas remotas como o Alasca e Austrália para transmitir informações médicas importantes. Nos anos 1980, o telefone também foi empregado no processo de comunicação médica. No entanto, um dos marcos mais significativos na superação das barreiras de tempo e distância foi a pesquisa e o desenvolvimento da telemetria, ou seja, o registro de dados à distância, realizada pela Aeronautics and Space Administration (NASA) em seu programa de voo espacial tripulado. Essas experiências visavam avaliar as funções fisiológicas dos astronautas no espaço. A partir desses esforços, sistemas de telecomunicações biomédicas sofisticados foram desenvolvidos para aplicações médicas (Zundel, 1996).

A prestação de assistência à distância está em ascensão em muitos países, impulsionada principalmente pela preocupação em reduzir os custos dos cuidados de

saúde e pelos desafios epidemiológicos atuais, como o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas e os riscos de doenças infecciosas. A implementação da telessaúde para a prestação de assistência da equipe multi, possibilita um maior acesso a população, mas como qualquer tipo de tecnologia apresenta limitações (Barbosa, Silva 2017; Balzer *et al.*, 2020).

No presente estudo encontra-se atendimento por telemedicina da equipe do serviço social, fisioterapia, farmácia, psicologia, nutrição, psiquiatria e enfermagem. Mas de todas as equipes, a enfermagem é responsável pela maior diversidade em atuação, observa-se atendimento no serviço de pronto atendimento online para os pacientes oncológicos, orientações sobre cuidados e dúvidas, preparação para realização de exames de imagem, orientações pré e pós-operatórias, triagem entre outras.

Em um estudo realizado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, encontra-se a opinião dos profissionais de enfermagem referente à Comunicação interpessoal no cuidado por telessaúde, os profissionais concordam que existam muitos benefícios e praticidades, mas relatam que tal prática já deveria ser implementada e estudada na graduação, favorecendo o desenvolvimento da competência da comunicação interpessoal (Barbosa, Silva 2017).

Um estudo de uma Instituição de São Paulo, demonstrou os serviços em telessaúde que são prestados, e todos corroboram com os achados do presente estudo, como Tele-ECG, Teleconsulta da psicologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, cada um com um programa de atendimento direcionado a um perfil de pacientes (Gundim *et al.*, 2023).

Os atendimentos por telessaúde não serão diferentes de uma consulta presencial, com certeza apresenta suas limitações e restrições, mas não impossibilita que o atendimento seja realizado, se o paciente se enquadra nos critérios de elegibilidade para o atendimento por telessaúde, além da economia em gastos de deslocamento, alimentação e desgastes físicos por ficar horas na sala de espera, o paciente evita se expor a um ambiente hospitalar.

A telemedicina representa uma revolução no campo da saúde, ao possibilitar o acesso a cuidados de qualidade de forma remota. Essa abordagem é especialmente útil em situações em que a distância física é um obstáculo para o acesso a serviços de saúde, como em áreas rurais ou em regiões com poucos recursos médicos. Com a telessaúde, pacientes podem receber orientações pré-clínicas, suporte em questões

de saúde, realizar consultas médicas por meio de videoconferência ou telefonia, além de terem seus casos monitorados à distância. Isso não só facilita o acesso aos cuidados de saúde, mas também permite uma resposta mais rápida em emergências ou necessidade de diagnóstico precoce. Além disso, pode ser uma ferramenta poderosa para a promoção da saúde preventiva, permitindo que profissionais médicos monitorem constantemente indicadores de saúde dos pacientes e intervenham precocemente em caso de problemas detectados. No entanto, é importante ressaltar que, apesar de suas vantagens, a telemedicina também enfrenta desafios, como questões de segurança de dados, regulação e garantia de qualidade dos serviços prestados. Mas, no geral, seu impacto positivo na acessibilidade e eficiência dos cuidados de saúde é inegável.

7 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Luiz Alves; TEIXEIRA, Luiz Antonio. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 12, p. 173-188, 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes da. Cuidado de enfermagem por telessaúde: qual a influência da distância na comunicação?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 928-934, 2017.
- BALZER, Edimara Rafaelli et al. Novas Perspectivas para as Profissões de Enfermagem e Farmácia na Telessaúde. **Revista Aproximação**, v. 2, n. 04, 2020.
- CELES, R. S. et al. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, e84, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.84.
- DE ARAUJO FARIA, Magda Guimarães; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Enfermagem e educação permanente à distância: o exemplo do projeto Telessaúde Brasil, núcleo Rio de Janeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 667-673, 2010.
- DM Hausman. O que é câncer? *Perspect Biol Med.*, 2019; 62(4):778-784. DOI: 10.1353/pbm.2019.0046. PMID: 31761807.
- DE OLIVEIRA SANTOS, Marceli et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, 2023.
- GUNDIM, Rosângela Simões; PASTORE, Carlos Alberto; CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro. TELEMEDICINA E TELESSAÚDE EM TRANSFORMAÇÃO NO INCOR HCFMUSP RELATO DE CASO. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 3, p. e1351-e1351, 2023.
- INCA. Tipos de Câncer. [online] Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos>. Acesso em: 20 de setembro de 2023. 2024
- INCA. Estatísticas de câncer. [online] disponível em <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>. Acesso em: 20 de setembro de 2023. 2024
- Khoury, 2003
- MACEDO, Grasielle dos Reis Silva. **Contribuições dos modelos de acreditação ONA e JCI para a segurança do paciente: estudo de caso do Centro de Combate ao Câncer**. 2019. Tese de Doutorado.
- OMS, 1997.
- PESSALACIA, Juliana Dias Reis. Telessaúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil e a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

SANTOS, M. de O.; LIMA, F. C. da S. de; MARTINS, L. F. L.; OLIVEIRA, J. F. P.; ALMEIDA, L. M. de; CANCELA, M. de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. e–213700, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em: 26 out. 2023.

ZUNDEL, Karen M. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. **Bulletin of the Medical Library Association**, v. 84, n. 1, p. 71, 1996.

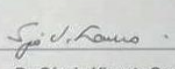
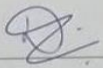
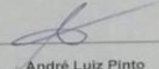
APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de autorização de consulta aos dados

Fatec
Barretos
FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS – FATEC

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Daniela Donadon de Oliveira Rodrigues**, Supervisora responsável pelo Departamento de Telessaúde Integrada do Hospital de Câncer de Barretos, declaro estar informada da metodologia (Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com análise de dados retrospectivo, a coleta de dados será por fontes secundários de indicadores de serviço. Serão rastreados dados mensais de janeiro 2023 a janeiro 2024 relacionadas as variáveis, número de consultas presencial, número de consulta telessaúde, especialidade de atendimento, equipe multiprofissional de atendimento. Todos os dados serão analisados utilizando o software SPSS, considerando tabelas de frequência, média, desvio padrão, mínimo e máximo para cada especialidade e profissão) na qual será desenvolvida a pesquisa intitulada **“Análise dos Indicadores de Atendimento e atuação da Equipe Multiprofissional na Telessaúde de um Hospital Oncológico”** sob orientação do Professor Ms. **Leandro Guimieri**, aos alunos: **Marcelo de Paula Sousa, Natalia Lucareli Nunes de Farias Thomaz e Nathalia Santos Moreira**, com objetivo acadêmico para o Trabalho de Conclusão de Curso, da Faculdade de Tecnologia de Barretos para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar. Ciente de que a metodologia e os dados serão tratados conforme a resolução CNS N°466/2012 e das demais resoluções complementares, autorizo a consulta ao arquivo dos indicadores de atendimento do Departamento de Telessaúde de janeiro de 2023 a janeiro de 2024. Todos os dados serão tratados de forma anônima, e somente os pesquisadores terão acesso a quaisquer informações que identifique a instituição, garantindo o direito da Lei Geral de Proteção de Dados, e por se tratar de um estudo que analisa indicadores, fica dispensado a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, garantido pela Lei 510/2016, que prevê que pesquisa com dados de indicadores não necessita de aprovação de um Comitê ético.

 Dr. Sérgio Vicente Serrano Diretor - Telessaúde Integrada - Hospital de Câncer de Barretos	 Daniela Donadon de Oliveira Rodrigues Supervisora - Telessaúde Integrada - Hospital de Câncer de Barretos	 André Luiz Pinto Supervisor de Dados - Hospital de Câncer de Barretos

Barretos, 15 de abril de 2024.

APÊNDICE B – BANCO DE DADOS

Agenda	META	Detalhe	Mês									
			Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Amb Preparo Anterior	1.000	Concluídas	1018	1081	1338	1063	1319	1190	1251	1269	1204	1414
		Agendadas	1032	1093	1366	1077	1320	1190	1252	1292	1209	1415
Cons Enf Torax	15	Concluídas	12	7	12	8	11	11	14	11	12	18
		Agendadas	14	8	15	15	16	11	14	11	12	0
Enf Oncogenetica		Concluídas	70	96	66	83	95	99	91	115	81	72
		Agendadas	103	125	94	103	118	117	115	136	94	84
Enf Cxp	70	Concluídas	41	42	45	31	44	18	36	34	26	27
		Agendadas	54	70	58	41	71	33	55	43	31	37
Enf Dig Alto	15	Concluídas	3	0	0	9	2	1	1	3	0	1
		Agendadas	4	1	1	15	5	2	2	7	11	6
Enf Dig Baixo	20	Concluídas	1	0	0	0	0	0	0	0	6	3
		Agendadas	1	0	0	0	0	0	0	0	9	4
Enf Eda Preparo	90	Concluídas	60	49	61	46	0	89	110	87	99	0
		Agendadas	75	74	82	67		34	110	87	99	0
Enf Oc Dig	15	Concluídas	3	4	12	0	0	5	12	13	9	14
		Agendadas	4	4	17	0		6	14	16	10	15
Enf Onco Uro Monit	15	Concluídas	2	7	12	17	7	19	0	11	22	27
		Agendadas	5	15	20	23	8	20	1	21	30	32
Enf Prep Op Mama		Concluídas	0	3	0	0	15	0	0	0	3	0
		Agendadas	0	3	0	0	18	0	0	3	3	0
Enf Uro Cir	0	Concluídas	0	0	0	0	0	9	6	5	0	0
		Agendadas					0	20	23	10	2	2

Enf Uro Dinamica	0	Concluídas	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
		Agendadas					5	0	0	0	0	0
Enf Iodo	20	Concluídas	11	27	25	22	0	27	23	0	15	15
		Agendadas	13	29	28	25	0	9	23	0	15	0
Enf Oc Mama	15	Concluídas	1	8	7	6	22	11	9	13	3	7
		Agendadas	2	15	10	8	28	12	12	16	7	14
Farmácia	20	Concluídas	15	12	20	16	6	32	19	40	27	27
		Agendadas	18	16	20	18	14	34	20	47	27	29
Fisio Pre Habili		Concluídas					0	0	0	0	0	0
		Agendadas					0	0	0	0	0	0
Fono		Concluídas					0	0	0	0	0	0
		Agendadas					0	0	0	0	0	0
Gineco Acolhimento		Concluídas	9	30	8	24	31	26	26	45	18	30
		Agendadas	20	49	17	46	64	41	42	58	29	68
Gineco Enf Pre Op	15	Concluídas	2	9	0	17	9	20	17	18	22	3
		Agendadas	2	16	0	18	18	22	17	23	23	3
Nutrição	45	Concluídas	33	28	67	66	81	77	14	74	58	45
		Agendadas	55	39	105	80	104	96	27	96	86	76
Ofic Ortopédica	25	Concluídas	18	17	22	2	8	7	16	6	15	0
		Agendadas	26	33	29	10	19	12	0	6	15	0
Preparao Cxp	400	Concluídas	417	474	580	479	584	556	551	593	621	635
		Agendadas	427	497	642	530	636	589	580	617	626	667
Preparo Oncogenetica	50	Concluídas	10	21	12	83	8	6	7	13	14	25
		Agendadas	11	23	14	103	8	17	12	15	25	26
Preparo Torax	80	Concluídas	104	88	112	36	120	109	86	71	115	132
		Agendadas	106	104	114	83	132	119	96	85	115	133

Psicologia	35	Concluídas	24	24	14	27	49	29	34	23	47	63
		Agendadas	35	44	22	37	59	45	52	40	84	105
Psiquiatria Triagem	15	Concluídas	4	7	7	0	5	9	9	6	10	8
		Agendadas	6	7	10	0	11	13	11	12	15	14
Preparo Radioterapia		Concluídas	70	92	19	0	0	0	0	0	0	0
		Agendadas	78	108	28	0	0	0	0	0	0	0
Preparo Assistência Medica		Concluídas					0	0	0	0	0	0
		Agendadas					0	0	0	0	0	0
Serviço Social Antenor	30	Concluídas	0	17	0	0	0	0	0	30	15	0
		Agendadas	0	0	2	0	0	0	0	30	15	0
Triagem Enf		Concluídas	59	76	270	305	96	100	141	96	0	0
		Agendadas	136	88	272	308	96	100	141	96	0	0
Fisio Reab Grup Mama	300	Concluídas	49	113	149	111	0	190	72	0	69	282
		Agendadas	77	122	285	111	0	0	72	0	69	0
Tele Cia		Concluídas	0	0	0	0	31	122	88	24	1	0
		Agendadas	0	0	0	0	31	122	88	24	1	0
Preparo Upc		Concluídas	0	0	0	0	0	0	0	24	69	21
		Agendadas	0	0	0	0	0	0	0	41	110	42
Enf 1ª Vez Oc Dig Baixo		Concluídas	0	0	0	0	0	0	0	13	8	11
		Agendadas	0	0	0	0	0	0	0	15	8	14
Enf 1ª Vez Dig Baixo		Concluídas	0	0	0	0	0	0	0	20	39	7
		Agendadas	0	0	0	0	0	0	0	21	53	10
Enf 1ª Vez Uro		Concluídas	0	0	0	0	0	0	0	13	33	24
		Agendadas	0	0	0	0	0	0	0	17	34	32
Enf 1ª Vez Oc Uro		Concluídas	0	0	0	0	0	0	0	15	10	45
		Agendadas	0	0	0	0	0	0	0	18	10	46
Preparo 1ªvez Uro/Dig		Concluídas	0	0	0	0	0	0	0	1	21	22

Agendadas	0	0	0	0	0	0	0	1	21	27

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS “Prof. Édi Salvi de Lima”
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

ANA PAULA DA SILVA
JULIANA GONÇALVES DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA PARA PESSOAS LGBTQIAPN+**

Barretos
2024

ANA PAULA DA SILVA
JULIANA GONÇALVES DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA PARA PESSOAS LGBTQIAPN+**

Trabalho de Graduação (TG) apresentado
como requisito para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a
Édi Salvi Lima”.

Orientadora: Prof.^a Me. Vanessa Cristina
Sossai Camilo
Coorientador: Prof. Me. Leandro Gumieri

BARRETOS
2024

Ficha Catalográfica
Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos Porfessora Édi Salvi Lima

S586i Silva, Ana Paula da.
A Importância da humanização no atendimento na atenção básica para pessoas LGBTQIAPN+/ Ana Paula da Silva, Juliana Gonçalves da Silva. – Barretos, 2024.
39 p. : il.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) – Faculdade de Tecnologia de Barretos “Professora Édi Salvi Lima”.

Orientador: Vanessa Cristina Sossaí Camilo

Coorientador: Leandro Gumieri

1. Pessoas LGBTQIAPN+. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Descoberta e Aceitação. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD – 362.10420981

ANA PAULA DA SILVA
JULIANA GONÇALVES DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA PARA PESSOAS LGBTQIAPN+**

Trabalho de Graduação (TG) apresentado
como requisito para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a
Édi Salvi Lima”.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Examinadora

Prof^ª. Dr^a. Vanessa Cristina Sossai Camilo
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima” Orientadora

Prof^ª Especialista Camila Nere Mazini
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Prof^ª. Dr^a Juliana Cristina Bassan
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho. Aos nossos pais, que sempre acreditaram em nós e nos apoiaram incondicionalmente, mesmo nos momentos mais desafiadores. Sua dedicação e amor foram fundamentais para que chegássemos até aqui. Aos nossos amigos, que estiveram ao nosso lado, oferecendo palavras de encorajamento e momentos de descontração, tornando essa jornada mais leve e divertida.

Aos professores e funcionários da Fatec Barretos, cuja sabedoria e orientação foram essenciais para nosso crescimento acadêmico e pessoal. Agradeço por compartilharem seus conhecimentos e por acreditarem no nosso potencial. Por fim, dedicamos este trabalho a todos os estudantes que sonham e lutam por seus objetivos. Que esta conquista inspire outros a persistirem em suas jornadas.

Obrigada a todos.

AGRADECIMENTOS

Eu Juliana, primeiramente quero agradecer a Deus por ter me dado forças para vencer minhas, dificuldades nesses três anos, não me permitindo enfraquecer, mesmo nos dias que acreditei que não suportaria e por inúmeras vezes pensei em desistir.

Aos meus pais, que me concederam o direito à vida e sempre me apoiaram, em especial minha querida mãe Joana, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, ao meu pai Milton (*in memoriam*) que de onde estiver está torcendo por mim.

As minhas queridas irmãs Luciana, Keila e Rafaela, pela ajuda e apoio nesses três anos de faculdade.

Em especial para a luz da minha vida, Guilherme, que me fez tornar o que sou hoje, em que Deus em sua infinita bondade me presenteou, com a joia mais rara e preciosa, agradeço filho por todo apoio e incentivo. Te amo filho do tamanho do céu.

Aos colegas de graduação pelo diálogo e companheirismo durante a nossa jornada, em especial aos meus amigos mais próximos, que enriqueceram minha vida com essa convivência, Alexandra, Adriana Isidoro, Ana Paula e Lailâne, parceiras desde o primeiro ano, minha gratidão. Essas amizades levarei para sempre. Ao motorista Djalma que teve toda paciência do mundo em me esperar nos dias de atraso.

Aos funcionários, Nádia, João e Paulo que proporcionaram condições para que o trabalho acadêmico acontecesse.

Aos queridos professores pelo comprometimento e compreensão, Juliana Bassan, Camila Nere, Francisco, Leandro Gumieri, em especial a minha renomada orientadora Vanessa Sossai e o coorientador Leandro Gumieri não existem palavras que definam minha gratidão, a vocês professores meu muitíssimo obrigada.

A todos que contribuíram de alguma forma na realização deste trabalho, porque agradecer a alguns é com certeza esquecer-se de muitos.

“Se o dinheiro for sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência.” Henry Ford

Eu, Ana Paula, agradeço a Deus por me guiar e dar forças nesta jornada de conhecimento, repleta de incertezas e medos. Sou grata pela direção em minhas escolhas e pela sabedoria, fé e força que recebi, especialmente nos momentos de desânimo.

Aos meus pais, Paulo Antônio da Silva (*in memoriam*) e Sonia Aparecida Roberti da Silva, pelos sábios conselhos que sempre foram meu alicerce e inspiração. Sou grata por cada sacrifício, ensinamento e por acreditarem em mim, mesmo nos momentos desafiadores. Amo vocês! Aos meus avós paternos e maternos (*in memoriam*), mas em especial meu vovô Alberto Roberti que sempre me colocou para cima e que dizia que tinha orgulho da sua neta.

A minha amada filha Ana Clara da Silva Oliveira é a razão pela qual busco sabedoria e conhecimento. Ela é a luz da minha vida e minha motivação para ser uma pessoa melhor a cada dia. Espero que este trabalho sirva como exemplo de perseverança e dedicação para você. Te amo! À minha irmã Alini e meu cunhado César e meus sobrinhos Paulo e Catarina, por confiarem em minha como madrinha do Paulo Cesar, e por acreditarem que eu era capaz de vencer. Que Deus os abençoe sempre.

Ao meu irmão Higino e minha cunhada Gislaine e sobrinha Julia, por acreditarem em mim e me dizerem “você é capaz”, obrigada sempre pelo carinho e atenção. Pela força que você nos dá como um pai, um amigo e um grande irmão, uma pessoa incrível e que Deus te abençoe sempre. Ao Cosme que foi sempre uma pessoa muito importante, que sempre me incentivou e acreditou também na minha capacidade. Ao meu amigo Leonardo Zangarini que foi meu líder e me incentivou com suas palavras e carinho, me dando seu apoio em todos os momentos. Ao meu irmão de coração Weverson e sua esposa Gisele (amiga) e meu sobrinho Pedro, o meu carinho e gratidão por me incentivar e acreditar na minha capacidade.

Aos meus amigos e colegas, e em especial Silvia Helena e Jaime, que sempre estiveram em momentos especiais na minha vida me acompanhando. Aos padres da minha paróquia, Padre José Antônio e Padre Costante, pessoas de fé e que me abençoaram muito na caminhada.

Agradeço imensamente aos meus amigos de turma, especialmente a Alexandra, Adriana, Emerson, Juliana e Lailâne, por fazerem parte da minha vida. Sou grata a Deus pela oportunidade de tê-los ao meu lado e levarei cada um deles em meu coração. Que continuemos unidos, sempre torcendo pelo sucesso de todos.

“Se Deus é por nós quem será contra nós”

Romanos 8:31-33

RESUMO

O estudo sobre “A Importância da Humanização no Atendimento na Atenção Básica para Pessoas LGBTQIAPN+” revela que a discriminação e o preconceito enfrentados por essa população no sistema de saúde têm sérias consequências para sua saúde física e mental. A Atenção Primária, como porta de entrada para o sistema, tem um papel crucial na mudança desse cenário, mas a falta de treinamento adequado dos profissionais impede um atendimento de qualidade e humanizado. Este estudo teve como objetivo principal identificar as principais barreiras que impedem o acesso adequado de pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde. Além disso, analisou-se as estratégias eficazes para capacitar os profissionais de saúde a oferecerem um atendimento humanizado e inclusivo, respeitando as diversas identidades de gênero e orientações sexuais. A pesquisa foi embasada em uma revisão bibliográfica da literatura, a fim de identificar as melhores práticas e evidências científicas que possam subsidiar a implementação das ações propostas como tratamentos, locais adequados, atendimento humanizados, profissionais capacitados e entre outros. As capacitações desses profissionais abordaram temas como direitos humanos, vulnerabilidades e necessidades específicas dessa comunidade, como também o impacto das ações de formação na mudança de atitudes e práticas dos profissionais. A pesquisa revelou que, mesmo com experiência profissional, uma parcela significativa dos profissionais demonstrava lacunas em seus conhecimentos sobre as necessidades específicas de saúde da população LGBTQIAPN+. A falta de sensibilidade e o preconceito foram identificados como fatores que contribuem para um atendimento inadequado. Os resultados evidenciam a necessidade urgente de implementar ações de capacitação continuada, visando promover um ambiente acolhedor e livre de discriminação nas unidades de saúde. Os resultados desta pesquisa evidenciam a importância crucial da humanização no atendimento à população LGBTQIAPN+. A falta de conhecimento e a discriminação enfrentados por esse grupo geram barreiras significativas para o acesso à saúde e impactam negativamente sua qualidade de vida. A implementação de programas de treinamento contínuo, que abordem temas como identidade de gênero, orientação sexual e direitos humanos, é fundamental para promover um atendimento mais acolhedor e humanizado. Além disso, é essencial criar políticas públicas que garantam o acesso equânime e a qualidade do cuidado para toda a população LGBTQIAPN+, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Pessoas LGBTQIAPN+, Acesso aos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde, Descoberta e Aceitação e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The study on “The Importance of Humanizing Primary Care for LGBTQIAPN+ People” reveals that the discrimination and prejudice faced by this population in the health system has serious consequences for their physical and mental health. Primary Care, as the gateway to the system, plays a crucial role in changing this scenario, but the lack of adequate training for professionals prevents quality, humanized care. The main aim of this study was to identify the main barriers that prevent LGBTQIAPN+ people from having adequate access to health services. In addition, it analyzed effective strategies for training health professionals to offer humanized and inclusive care, respecting diverse gender identities and sexual orientations. The research was based on a bibliographic review of the literature, to identify best practices and scientific evidence that could support the implementation of the proposed actions, such as treatments, suitable locations, humanized care, trained professionals and others. The training of these professionals covered topics such as human rights, vulnerabilities and the specific needs of this community, as well as the impact of the training actions on changing the attitudes and practices of the professionals. The survey revealed that, even with professional experience, a significant proportion of professionals showed gaps in their knowledge about the specific health needs of the LGBTQIAPN+ population. Lack of sensitivity and prejudice were identified as factors contributing to inadequate care. The results show that there is an urgent need to implement ongoing training actions to promote a welcoming and discrimination-free environment in healthcare facilities. The results of this study show the crucial importance of humanization in the care of the LGBTQIAPN+ population. The lack of knowledge and discrimination faced by this group create significant barriers to accessing healthcare and negatively impact their quality of life. The implementation of ongoing training programs, which address issues such as gender identity, sexual orientation and human rights, is fundamental to promoting more welcoming and humanized care. In addition, it is essential to create public policies that guarantee equal access and quality of care for the entire LGBTQIAPN+ population, helping to reduce health inequalities.

Keywords: LGBTQIAPN+ People, Access to Health Services, Unified Health System, Discovery and Acceptance and Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Folheto do PNH.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Agêneros, Pansexuais, Polisssexuais, Não Binários e entre outro
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
PL	Projeto de Lei
STF	Supremo Tribunal Federal
PEP	Pós Exposição para a População de Travestis e Transsexuais
PreEP	Profilaxia Pré Exposição
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library</i>
http	<i>Hype Text Tranfer Protocol</i>
FIAIB	Federação Internacional de Associações e Instituições Bibliotecárias
SRI	Serviço de Referência e Informação
SRID	Serviço de Referência e Informação Digital
TCP/IP	<i>Transmission Control Protocol /Internet Protocol</i>
TIC's	Tecnologias de Informação e Comunicação
URL	<i>Uniform Resource Locator</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivo Específico	17
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
4.1	Humanização no atendimento em saúde: um olhar histórico e as perspectivas do SUS	19
4.2	Definição e princípios da humanização	19
4.3	Importância da humanização no contexto da atenção básica	22
4.4	Objetivos e benefícios da humanização para todos os pacientes	23
4.5	Compreendendo A Diversidade: Perspectivas LGBTQIAPN+	24
4.5.1	Desconstruindo Preconceitos: A História e a Resistência LGBTQIAPN+	24
4.5.2	Representatividade em Luta: A Importância da Comunidade LGBTQIAPN+	26
4.5.3	Impactos da discriminação na saúde	27
4.5.4	Diversidade sexual e identidade de gênero nas organizações do século XXI: o legado da gestão de pessoas pelas diferenças	30
4.5.5	As cores do arco-íris: Um estudo sobre a diversidade a partir de diversos olhares na organização	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Ter um atendimento que valorize os usuários contribui para que eles se tornem seres autônomos, com capacidade de contribuir para a sociedade em que se encontram. Isso os faz se verem como ativos, capazes de participar do processo de diagnóstico e de compartilhar responsabilidades dentro de um ambiente que se assemelha ao conceito de atendimento humanizado, conceito, inclusive, que integra a Política Nacional de Humanização (PNH), implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2003).

Portanto, a PNH contribui para a transversalidade, reconhecendo que as diversas práticas dos profissionais, em conjunto com as experiências dos pacientes, resultam em uma melhor desenvoltura nos atendimentos humanizados. Isso auxilia na compreensão da dissociabilidade entre atenção e gestão, na qual tanto o profissional desempenha um papel importante na gestão e assistência à equipe de cuidados, quanto o usuário participa ativamente na tomada de decisões e nos cuidados relacionados a si. Assim, gera-se o protagonismo e a autonomia, pois o paciente deixa de ser apenas um objeto de estudo, e o profissional deixa de ser apenas um mediador do tratamento, tornando-se ambos colaboradores na obtenção dos mesmos resultados (Ministério da Saúde, 2023).

Dessa forma, compreende-se que a assistência em saúde interligada às ações de humanização é necessária para tornar o atendimento mais eficiente, alinhando-se a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e ao Ministério da Saúde que propõem fortalecer uma assistência respeitosa e um atendimento mais adequado a cada cenário e paciente, de forma mais qualificada (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2003).

A humanização não se restringe apenas ao tratamento com os pacientes, mas abrange abordagens mais amplas voltadas para o respeito à autonomia e integridade do paciente, contribuindo efetivamente para um bom atendimento. Assim, compreender que a atenção primária, vista como a porta de entrada para muitos quadros e início de tratamentos no sistema de saúde, permite que, desde o primeiro contato, seja possível aplicar e proporcionar essa humanização, contribuindo para a efetividade de um bom atendimento (Ferreira *et al.*, 2022).

A comunidade LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Travestis, Transgêneros, *Queer*, Intersexuais, Assexuais, Agêneros, Pansexuais, Polisssexuais, Não Binários e entre outros), enfrentou várias problemáticas (preconceito, agressões, segregações e entre outros) desde 1982, com a chegada da AIDS. Mesmo com a Constituição de 1988, que,

em seu artigo 196, assegurava a garantia da promoção da saúde para todos, isso não contribuiu para a efetiva aplicabilidade da humanização no atendimento. O SUS entrou em pauta com a proposta do Programa Brasil Sem Homofobia, que começou a ser elaborado desde 1988, mas foi somente em 2004 que surgiu um comitê apoiando os movimentos LGBTQIAPN+. Em 2011, o programa foi aprovado como um plano operativo de caráter amplo e integral no campo da saúde, tornando-se um marco importante para a população LGBTQIAPN+, sendo a primeira política com essa magnitude (Ferreira, 2022).

O Ministério de Saúde e a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 apontam a importância da saúde por meio de suas diretrizes, contribuindo para destacar essa relevância no cenário da atenção básica, que é o ponto inicial de todo protocolo de atendimento. O HumanizaSUS enfatiza essa importância nas modificações dos moldes de atendimento, pois a PNH estimula a comunicação entre os profissionais, promovendo a colaboração em processos coletivos que geram autonomia e maior participação ativa do paciente (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2003).

Assim, o atendimento deve ser adequado para contribuir com a melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, resultando em melhores índices de satisfação, diagnóstico e cura. Por isso, a importância dos veículos terapêuticos é fundamental para estabelecer a compreensão do paciente como um agente ativo em seu cuidado (Ministério da Saúde, 2003).

O atendimento humanizado e a comunicação como estabelecimento de confiança, utilizam abordagens sensíveis e respeitadas, proporcionando conforto ao paciente, mesmo diante de barreiras que podem dificultar essa confiança, como a falta de recursos ou o suporte inadequado de ambientes e equipamentos específicos, conforme as necessidades individuais do paciente (Ministério da Saúde, 2003).

O acolhimento de forma humanizada ao usuário dos serviços de saúde, transforma essa prática em uma importante ferramenta para o sistema de saúde. Enfatiza-se a importância dos profissionais e da infraestrutura do ambiente para que o atendimento se torne verdadeiramente humanizado, ressaltando a relevância da capacitação como um dos fatores para a melhoria na prestação de serviços, contribuindo para a participação dos usuários por meio de avaliações dos serviços de saúde (Da Silva *et al.*, 2021).

A promoção de relações de confiança e empatia entre as equipes de saúde e os pacientes, em ambientes inclusivos e acolhedores, são abordadas por Juca *et al.* (2022) e Vieira *et al.* (2021). Isso demonstra a importância da capacitação dos profissionais, pois entender essas

circunstâncias e aprender a aplicá-las em situações reais torna o atendimento humanizado efetivo e significativo.

Magalhães (2021) enfatiza essa importância, onde em seu estudo se descreve relatos focados em crianças trazendo estratégias de suporte e apoio familiar, o que também abre espaço para novas abordagens em outros tipos de pacientes, como o atendimento a idosos, no qual o apoio familiar e social é crucial, além de ser relevantes em outras doenças.

O enfrentamento vivido pelas pessoas LGBTQIAPN+ está associado a dificuldades visuais, falas ou gestos. Mesmo com datas e movimentos contra a LGBTfobia, além de ações e leis que amparam esse grupo de pessoas, relatos de preconceito continuam a inserir essa problemática na saúde. Muitos enfrentam problemas nesse ambiente, incluindo a falta de atenção e a marginalização de pessoas transexuais e travestis, utilização do nome de registro no lugar do nome social e abordagens distintas entre as pessoas LGBTQIAPN+, onde estigmas e preconceitos predominam, contribuindo para um atendimento não humanizado. Além dessas dificuldades, o preconceito também impacta negativamente o cuidado oferecido às pessoas LGBTQIAPN+ (Ramos *et al.*, 2020; Da Costa Borges; Passos, 2021). Aqui adentra o problema advindo da AIDS, mencionado anteriormente, muitas pessoas deixaram de procurar um tratamento devido ao preconceito existente.

As pessoas LGBTQIAPN+, devem ser considerados em sua condição de vulnerabilidade, sobretudo em situações de atendimento inadequado marcadas por discriminação. Essa realidade frequentemente dificulta o acesso a esses serviços, resultando em um agravamento de sua saúde (Ramos *et al.*, 2020).

Ao nos depararmos com relatos e perspectivas de pessoas LGBTQIAPN+, podemos trazer à luz a diversidade e a promoção de um cuidado eficaz e inclusivo por meio da humanização, que envolve práticas cercadas de benefícios, como a qualidade no atendimento na assistência básica LGBTQIAPN+ (Da Costa Borges; Passos, 2021)

A drástica piora na saúde dessas pessoas é muito preocupante, pois embora muitos profissionais se sintam aptos a atender a população LGBTQIAPN+, poucos têm conhecimento aprofundado sobre a saúde dessa comunidade. A atenção primária e a saúde da comunidade LGBTQIAPN+ ainda são temas insuficientemente abordados, demonstrando a importância de incluir esses estudos e práticas nos planos pedagógicos dos cursos relacionados a área da saúde (Caetano, 2023).

Diante de toda essa necessidade emergente, o cuidado e a preparação de atendimentos humanizados para a comunidade LGBTQIAPN+ tornam-se nosso objeto de estudo,

evidenciando a necessidade de abordagens sensíveis e inclusivas nos serviços de atendimento à saúde, minimizando danos físicos e mentais e promovendo o cuidado como um direito de todos de forma acolhedora.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este projeto teve como objetivo principal analisar a importância da humanização no atendimento à saúde para indivíduos LGBTQIAPN+, destacando a necessidade de um cuidado sensível, inclusivo e respeitoso para essa comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os serviços de saúde, qual a importância de ambientes mais acolhedores, acessíveis, respeitosos e concentrados no paciente, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo, suas necessidades e contextos sociais, culturais e emocionais;
- Identificar relatos de discriminação ou desigualdade enfrentadas por indivíduos LGBTQIAPN+ nas interações e atendimentos pelos profissionais de saúde e evidenciar as inconsistências no tratamento e diagnóstico médico decorrentes de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Para atingir os objetivos desta pesquisa, foi realizado uma revisão bibliográfica do tipo narrativa qualitativa.

3.2 Período da pesquisa

O levantamento de dados para a revisão de literatura e seleção dos dados, foi realizado no período de março de 2024 a setembro de 2024, estabelecendo como critério de inclusão documentos entre 1990 a 2024, disponíveis no idioma português do Brasil.

3.3 Pergunta norteadora

Para a realização do presente trabalho, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: “Quais são as práticas e estratégias que podem ser implementadas na Atenção Básica para garantir um atendimento humanizado e equitativo às pessoas LGBTQIAPN+, considerando as barreiras enfrentadas por essa população no acesso aos serviços de saúde?”

3.4 Bases de dados

Utilizou-se as bases de dados *on-line* como *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), e PubMed que é uma base de livre acesso desenvolvida e mantida pela *National Center of Biotechnology information*, na *National Library of Medicine* (NLM) localizado na *National Institutes of Health* (NIH), e Google Acadêmico. Os descritores usados foram: Pessoas LGBTQIAPN+, Acesso aos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde, Descoberta e Aceitação e Atenção Primária à Saúde.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

A inclusão dos artigos selecionados ocorreu por trabalhos que abordavam o tema e a exclusão dos artigos ocorreu por escritas que se apresentava fora da temática deste trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

Inicialmente, foram identificados 35 (trinta e cinco) documentos sendo, 19 (dezenove) artigos da SciELO e 16 (dezesesseis) documentos do Google Acadêmico, dos quais 13 (treze) eram artigos, 1 (uma) tese e 2 (duas) dissertações. Dentre esses, foram selecionados 35 (trinta e cinco) documentos, limitando a 14 (quatorze) documentos, sendo 12 (doze) artigos, 1 (uma) dissertação e 1 (uma) tese.

4.2 Discussão

4.2.1 Humanização no atendimento em saúde: um olhar histórico e as perspectivas do SUS

Para entender a humanização no atendimento em saúde, é importante analisarmos os contextos. Para isso, é necessário observar que, dentro do que entendemos como saúde, houve indícios no século XVIII, de que esses recursos como equipamentos hospitalares, medicamentos, locais, tratamentos e entre outros, eram escassos notando que, possivelmente, o atendimento médico estava voltado apenas para os ricos e casos de epidemias (sarampo, gripe, peste bubônica, malária, difteria, tifo e cólera). Somente na República Velha (1889-1930) foram implementadas as primeiras políticas de saúde, juntamente com a reforma de 1892. Porém, foi somente em 1988, após um histórico de má qualidade na saúde, que foi promulgada a Constituição de 1988, contribuindo para o surgimento do movimento sanitário, liderado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Essas instituições foram fundadas após a promulgação da Constituição e, por meio delas, foi elaborado o documento “Pelo Direito Universal à Saúde”, afirmando a saúde como um direito do cidadão e um dever de o Estado promovê-la. Além disso, a Constituição incorporou a maioria das propostas das organizações e dos especialistas da saúde (Ivas; Vassoler 2023).

Complementado essa análise, Da Silva *et al.* (2021) apontam que foi nesta constituição que surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, ainda havia a necessidade de mudanças nessa implementação, devido à má qualidade no atendimento e nas práticas de saúde, se fazendo necessário a implementação do Plano Nacional de Humanização (PNH) em 2003.

Essa iniciativa surgiu com a denominação de HumanizaSUS, parte das práticas regulamentadas (Brasil, 1988; Ministério da Saúde 2003; Ministério da Saúde, 2021) visando

mudar o histórico e os futuros cenários relacionados com à saúde, enfatizando um atendimento humanizado e integrador nos tratamentos e diagnósticos dos pacientes.

4.2.2 Definição e princípios da humanização

Os princípios da humanização na atenção básica de saúde vêm se destacando e marcando realmente o que são os valores de cada pessoa envolvida na produção de saúde, cabendo ao funcionário e ao paciente, a corresponsabilidade, os vínculos solidários e a participação coletiva. Práticas de humanização é importante na área da saúde permitindo eficácia do tratamento, satisfação dos pacientes, credibilidade da instituição, influenciando positivamente a rotina produtiva de todos e fazendo com que os seus pacientes se sintam respeitados e acolhidos em relação às suas necessidades de saúde (Ministério da Saúde, 2023).

O Ministério da Saúde tem trabalhado com o HumanizaSUS como uma política que permeia as diferentes ações e instâncias do SUS, englobando os diversos níveis e dimensões da atenção e da gestão, apresentando uma assistência igualitária e para todos (Ministério da Saúde, 2003).

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado pela política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde (Ministério da Saúde, 2003).

Para que possamos entender melhor o que é a humanização, precisamos olhar para o seu projeto, para sua definição e a intenção de sua implementação na saúde Ministério da Saúde (2003):

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção da saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. (Ministério da Saúde, 2003)

Um atendimento humanizado, focado no bem-estar do paciente e na eficácia do tratamento, contribui significativamente para a satisfação dos usuários dos serviços de saúde, incentivando seu retorno sempre que necessário e garantindo uma experiência positiva, independentemente do momento pelo qual estejam passando (Ministério da Saúde, 2003).

A atenção básica é também considerada um espaço privilegiado de ensino-aprendizagem e campo de práticas como alas cirúrgicas, recepção, triagem, áreas psiquiátricas entre outras, que tem sido transformado a partir de experiências concretas, incluindo a formação

em diversos níveis educacionais (ensino técnico, graduação e pós-graduação). O estreitamento das relações entre ensino e serviço é fundamental, pois esta articulação auxilia tanto a rede de saúde quanto as instituições formadoras. Tal proposta é respaldada pela Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde 2003).

Apesar desses avanços, o SUS ainda enfrenta inúmeros desafios para consolidar seus princípios e avançar como política pública universal e equânime. Nesse contexto, o modo que a atenção básica pode atender às demandas da comunidade, leva em consideração as necessidades dos trabalhadores da saúde e de seus gestores e trabalha os anseios e expectativas de todos os envolvidos, que se comunicam, trocam experiências e buscam respostas continuamente são situações centrais que precisam ser trabalhadas nas políticas públicas, entre o Governo Federal e o Ministério da Saúde (Teixeira, 2005)

Portanto, a construção da humanização visa valorizar, em conjunto com a autonomia, um tratamento capaz de transformar a saúde e compartilhar a responsabilidade entre todos os envolvidos nesse processo. Compreendemos que a saúde é um esforço colaborativo de todas as partes para alcançar um resultado de excelência, conforme previsto pela Constituição de 1988 (Brasil, 1988).

Esse ponto é ressaltado por Vieira *et al* (2021), que afirma que a humanização é entendida como um conjunto de princípios, deve estar presente em cada prática para promover trocas de experiências, entendimento das responsabilidades entre os participantes e comunicação durante todo o percurso.

A comunicação é um elemento fundamental na humanização, pois influência de maneira efetiva o empoderamento na assistência e auxilia nos cuidados necessários para a sua aplicação (Venâncio; Lima, 2021).

Os princípios destacados por Venâncio e Lima (2021) e Vieira *et al* (2021) são parte dos fundamentos estabelecidos pelo HumanizaSUS, incluindo a transversalidade – que reconhece que as múltiplas experiências do profissional, somadas à vivência cotidiana do paciente, podem auxiliar no tratamento, distanciando-se da hierarquização médico-paciente; a dissociabilidade, que destaca a importância igual de profissionais e pacientes no tratamento; e o protagonismo, que torna o paciente um ser ativo durante todo o processo, ao contrário da postura passiva que muitas vezes prevalece, o que pode comprometer o tratamento.

Dessa forma, a humanização na atenção básica emerge como um componente fundamental para a transformação e a melhoria contínua dos serviços de saúde, envolvendo

gestores, profissionais e usuários em um processo colaborativo de cuidado. A valorização da autonomia dos pacientes, o fortalecimento de vínculos entre os envolvidos e a promoção de práticas solidárias refletem o compromisso do SUS em oferecer um atendimento que respeita as individualidades e promove a equidade. Ao abordar a humanização não apenas como um ideal, mas como uma política concreta e integrada às práticas de saúde, o sistema público reforça seu papel como agente de inclusão e de apoio à qualidade de vida. Esse compromisso exige constante adaptação e aprimoramento, reafirmando a saúde como um direito universal e uma responsabilidade compartilhada, conforme os princípios estabelecidos pela Constituição de 1988 e pelas diretrizes do HumanizaSUS.

4.2.3 Importância da humanização no contexto da atenção básica

O atendimento humanizado tem como objetivo melhorar e compreender o sistema de saúde como um todo, reconhecendo que ele vai além de etapas como a prescrição de medicamentos ou o diagnóstico. Trata-se de adotar uma visão integral do paciente, considerando-o como um ser humano completo, e não apenas como um objeto de estudo. Cada paciente é fundamental para que se obtenha o melhor direcionamento em relação ao local, aos tratamentos, às condutas e às práticas aplicadas (Silva; Cardoso; Linhares, 2020).

Da Silva *et al.* (2021) também enfatizam a falta de humanização nos atendimentos, especialmente em relação às classes minoritárias, como idosos, mulheres, negros e LGBTQIAPN+. Partindo do Relatório Técnico nº3/2023 do SUS (Agenda mais SUS, 2023) que pontua:

Em 2019, pela primeira vez, a Pesquisa Nacional de Saúde incluiu uma pergunta sobre a orientação sexual dos entrevistados, mas os dados podem estar subnotificados devido ao estigma e o preconceito da sociedade, que podem levar ao desconforto e insegurança em declarar a orientação sexual (Agenda mais SUS, 2023, p. 2)

Portanto, observamos que somente em 2019 o olhar para a comunidade LGBTQIAPN+ foi analisada, reconhecendo-a como um grupo importante que deve participar. Assim, a importância da representatividade se torna evidente, quando tais minorias são vistas de forma excludente, isso contribui para que o estigma amplie ou permaneça, tornando os atendimentos menos humanizados (da Silva *et al.*, 2021).

Esse é outro fator que torna a humanização essencial para a saúde. Trazer informações e representatividade é fundamental para que os atendimentos sejam mais adequados e respeitosos, pois cada minoria tem suas necessidades e políticas específicas (Lima; Peixoto, 2024).

4.2.4 Objetivos e benefícios da humanização para todos os pacientes

Diante dos assuntos abordados, podemos identificar os benefícios e os objetivos da humanização na saúde. Perante pesquisas fora identificado essa abordagem como uma forma de promover inovações no sistema de saúde, reconhecer a diversidade, oferecer tratamento adequado à população sem discriminação, mapear e interagir com a população, estabelecer vínculos e qualificar o ambiente e entre outros. Todos esses benefícios têm como objetivo melhorar a condução do atendimento, tornando os diagnósticos muito mais eficazes (Ministério da Saúde, 2023).

Outro benefício que merece destaque é a capacitação dos profissionais de saúde, que promove melhorias em diversos aspectos do atendimento. A qualificação adequada contribui para um atendimento mais eficaz, enquanto a atualização constante possibilita a adoção de novas práticas e uma compreensão mais profunda do atendimento humanizado (da Silva, 2021).

A qualificação estabelece elos para tratamentos específicos, trazendo possibilidades para os grupos minoritários, que recebem diagnósticos ou tratamentos que não correspondem à sua realidade (Lazaro *et al.*, 2020; da Costa Borges; Passos, 2021).

A capacitação evita diagnósticos preconceituosos, proporcionando diagnósticos precisos e adequados. A humanização traz autonomia ao paciente, representatividade, em seu papel como paciente, o vinculando ao tratamento, trazendo para o momento suas vivências e não a exclusão do que já vivenciou anteriormente que muitas vezes eram desconsideradas (Vieira *et al.*, 2021).

O conhecimento sobre os cuidados está diretamente relacionado ao diálogo, portanto para auxiliar no cuidado, é fundamental compreender a importância do diálogo e como conduzi-lo, pois, esse é a porta de vários diagnósticos, além do contato e das observações corporais (Venâncio, 2021; Silva; Cardoso; Linhares, 2020).

Esse fator contribui para gerar espaços mais acolhedores, outro aspecto crucial da humanização. O espaço físico e a criação de ambientes seguros são fundamentais para a humanização, pois não são apenas as palavras que garantem um ambiente seguro. Ter um local físico apropriado para receber pacientes, onde eles não sintam violados ou inseguros, é parte essencial desse processo (Oliveira, 2022). Todos esses pontos estão alinhados com o que foi proposto na Constituição de 1988 por Brasil (1988), em conjunto com o HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2023), e são fundamentais para padronizar e orientar as práticas de humanização na saúde.

4.2.5 Compreendendo A Diversidade: Perspectivas LGBTQIAPN+

“O avanço na preservação de culturas, memórias e patrimônios de minorias sociais apagadas e/ou silenciadas parte do presente ao passado buscando potencializar as vozes dos esquecidos da história” (Vanin; Sales, 2024). Por meio dessa citação, podemos analisar que a luta da comunidade LGBTQIAPN+ para a obtenção de leis e tratamentos legais persiste ao longo de anos.

Portanto, para a compreensão desse grupo, é necessário entender que seus membros, por meio de movimentos sociais, estão criando dinâmicas e formas diferentes de combater qualquer tipo de opressão, exploração, preconceito e a disseminação de desinformação. Essas são algumas das amarras que perpetuam e intensificam a separação e o preconceito. Logo, esses são alguns dos fatores que, por meio da história, dos movimentos sociais e das leis, contribuem para a mudança de uma perspectiva pessimista e preconceituosa, buscando um futuro mais igualitário (Oliveira, 2023).

A última parte que fora pontuado posteriormente, mostra que muito desse movimento e busca por mudanças, mencionadas pela comunidade, decorrem de preconceitos velados que a sociedade trata de forma banal, muitas vezes como uma brincadeira, sendo perpetuados em rodas de amigos e familiares (Lima; Peixoto, 2024).

4.2.5.1 Desconstruindo Preconceitos: A História e a Resistência LGBTQIAPN+

A sigla LGBTQIAPN+ reflete exatamente a representatividade desse grupo minoritário, que por meio dela, através de movimentos sociais contra a desigualdade, a violência e pelos direitos básicos. Porém, infelizmente por mais que essa sigla abarque muitas pessoas, trata-se de letras, por si só, não conseguem contemplar toda a diversidade de indivíduos que, por sua vez, possuem características únicas. A sua representatividade, através de outras formas, contribui para sua afirmação e reconhecimento histórico (Santana; Souza, 2024).

Logo, mesmo que sejam grupos heterogêneos, com elementos únicos e lutas individuais em alguns momentos, há também lutas coletivas. Essas lutas são evidenciadas em movimentos como as Paradas da Diversidade, que ocorrem em diversas cidades, geralmente no mês do orgulho: junho. Essas manifestações servem como forma de protesto e de união dos grupos, para lutarem em prol da causa (Santana; Souza, 2024).

Portanto, pode-se compreender que a definição e os conceitos permeiam e se constituem mutuamente. LGBTQIAPN+ é uma representação por meio de siglas das letras que identificam cada grupo minoritário. “L” representa as lésbicas; “G” os gays; “B” os bissexuais; “T”

contempla os transexuais, travestis e transgêneros; “Q” constitui os queers; “I” contempla os intersexuais; “A” representa os assexuais e agêneros; “P” inclui os pansexuais e polisssexuais; “N” refere-se aos não binários; e por fim, o “+” abarca as demais minorias. Sendo assim, essa é a definição da sigla, mas também carrega o significado de representatividade e a luta pela igualdade (Santana; Souza, 2024).

De acordo com Miskolci (2022) e Ferreira, Nascimento (2022), essa luta está presente desde o século XX. Infelizmente, esse período coincidiu com o aumento de casos de AIDS, o que resultou na ampliação e no início de pautas voltadas para a comunidade LGBTQIAPN+, porém de forma discriminatória, associando a doença exclusivamente a esse grupo, o que se sabe hoje não é verdade.

Na Constituição de 1988, foi decretada a lei que fortalece o direito à saúde, garantindo a todos o acesso e a utilização desse serviço com qualidade, que se encontra na Seção II, da saúde:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Em 1990, quase 100 anos depois, os movimentos LGBTQIAPN+ tiveram um fortalecimento, e entre 1990 e 2000 foi o período em que mais se conquistaram pautas voltadas para esse grupo (Ferreira; Nascimento, 2022).

Em 2004, houve o lançamento do programa de combate à violência e à discriminação intitulado “Brasil Sem Homofobia”, juntamente com um comitê constituído na Portaria nº 2227, focado na atenção integral à saúde dessas populações (Ferreira; Nascimento 2022). Em 2007, ocorreram várias deliberações e discussões:

[...] acesso equânime, respeitoso e de qualidade ao SUS; sensibilização dos profissionais de saúde a respeito dos direitos desse público e da implantação de grupos de promoção à saúde dos próprios; direitos à intimidade e à individualidade; protocolo de atenção contração a violência; recomendação explícita de revogação da portaria da Agências Nacional de Vigilância Sanitária que proibia LGBT de doarem sangue [...] (Ferreira e Nascimento, 2022, p. 4)

Juntamente com todos esses fatores, houve a aprovação da criminalização da LGBTfobia por meio da PL 122/06 onde Ferreira, Nascimento (2022) apontam que, em 2010, a diversidade de gênero tornou-se pauta na política, sendo alvo de críticas da bancada evangélica. Entretanto,

mesmo diante desse cenário, em 2011 foi aprovado um plano operativo que estava organizado em:

Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde; Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. (Ferreira, Nascimento, 2022, p. 4)

Durante quase 10 anos, mais medidas e ações ganharam força, mas também surgiram empecilhos. Contudo, em 2019, houve um marco importante para a comunidade: a criminalização da LGBTfobia pelo STF. Entretanto, na área da saúde, poucos recursos foram destinados. Ainda assim, nesse mesmo ano, algumas políticas contribuíram, como a produção de medicamentos relacionados à Pós Exposição Para a população de travestis e transexuais (PEP) e à Profilaxia Pré Exposição (PreEP) (Ferreira; Nascimento, 2022).

No entanto, grande parte das dificuldades deve-se à aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os investimentos na área da saúde por 20 anos, cujos reflexos são visíveis até hoje. Durante a pandemia de 2020, essa situação se agravou, sendo marcada por inúmeras formas de preconceito e restrições que intensificaram a LGBTfobia, como a dificuldade de acesso aos serviços públicos, violência familiar e a ausência de uma proteção institucional (Ferreira; Nascimento, 2022).

Eu, Leandro Aparecido Fonseca Missiatto, durante muito tempo, vivi sob os julgamentos moralistas da sociedade heterossexual e experimentei na pele o que significa a discriminação sexual. Desde a infância, tive contato com a violência humana em sua forma mais cruel: a rejeição e a deveria passar por isso. Fui desumanizado, tratado como um animal, rotulado de “viado” ou bicha”. Tornei-me alvo de risadas e zombarias para muitos. Em diversas ocasiões, testemunhei em rostos alheios expressões de ódio, desprezo, nojo e incompreensão. Cada uma dessas experiências de violência me causou profundo sofrimento (Missiatio, 2021).

Walleria Suri, uma mulher trans e ativista de direitos humanos, relata que frequentemente enfrenta dificuldades significativas ao buscar serviços de saúde. Ela destaca que a falta de preparo dos profissionais resulta em experiências negativas, em que muitas vezes não há compreensão sobre as necessidades específicas da população trans. Suri enfatiza que a maioria das unidades de saúde não está adequadamente equipada para atender pessoas trans, levando a situações em que é necessário ter um acompanhante para ser atendida, o que agrava ainda mais a exclusão e o estigma enfrentados por essa comunidade (Monteiro, 2024).

4.2.5.2 Representatividade em Luta: A Importância da Comunidade LGBTQIAPN+

Muitos dos desafios enfrentados na sociedade também refletem em outras áreas, como a da saúde, onde ainda existem profissionais que adotam condutas e falas preconceituosas e estigmatizantes. Isso contribui para que a comunidade se sinta reprimida, levando a um afastamento e à desinformação em relação às políticas públicas e às necessidades dessa população (IESP; UMANE; Instituto Veredas, 2023).

Um desses desafios foi enfrentado com a inclusão da comunidade LGBTQIAPN+ como público-alvo em pesquisas da saúde, como a Pesquisa Nacional da Saúde, que permitiu mapear e quantificar essa população, contribuindo para a resolução de casos e compreensão de números relacionados a essa comunidade (IESP; UMANE; Instituto Veredas, 2023).

Por meio dessa pesquisa, constatou-se que o Brasil é o país com mais homicídios de pessoas LGBTQIAPN+ no mundo, com uma morte a cada 34 horas. Desse total, 52,34% das mortes correspondem a pessoas gays, seguidas por 42,96% de pessoas transexuais e travestis. Esse mapeamento também permitiu identificar que cerca de 4608 casos de violência contra pessoas LGB chegam ao sistema de saúde, enquanto 4070 casos são de violência contra as pessoas T, totalizando 8678 casos anuais (IESP; UMANE; Instituto Veredas, 2023).

Entre 2013 e 2018, várias solicitações e recomendações foram feitas à área da saúde, mas nenhuma delas foi implementada. Isso se torna evidente ao analisarmos o Relatório Técnico nº 3/2023, que reforça inúmeras vezes a importância da inclusão dessa temática e a necessidade de identificar e promover ações adequadas. O relatório destaca a importância de capacitar os profissionais de saúde, para que possam estar melhor preparados para lidar com as demandas da comunidade LGBTQIAPN+ (IESP; UMANE; Instituto Veredas, 2023).

Portanto, diante desses desafios, nota-se a importância dos movimentos sociais na luta por melhoria e na resistência contra práticas discriminatórias, reivindicando políticas que contemplem as necessidades da comunidade LGBTQIAPN+.

4.2.5.3 Impactos da discriminação na saúde

Os processos discriminatórios a que a população LGBTQIAPN+ está exposta não se restringem exclusivamente às questões de saúde, mas que nela refletem a questão de preconceitos e outros marcadores sociais como cor/etnia, classes sociais, escolaridade, são determinantes no sofrimento dessa população marginalizada e tem influência direta no processo saúde-doença, vem sendo imposta há muito tempo, a sociedade ainda não consegue compreender (Silva *et al.*, 2020).

A acessibilidade diz respeito a possibilidade de identificação de um serviço ou ação em saúde disponível e que tenha impacto na saúde, influenciando pela transparência e publicidade dos serviços e ações promovidas. Está relacionada com a capacidade de percepção dos usuários quanto as suas necessidades em saúde, as quais dependem do grau de conhecimento e as crenças relativas ao processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 2023).

O preconceito por parte de profissionais e a imposição de padrões heteronormativos no atendimento são fatores que dificultam o acesso à saúde para a população LGBTQIAPN+. Esses problemas refletem-se em falhas na oferta de serviços, constrangimentos e na recusa, por parte dessa população, em buscar atendimentos médico. Nota-se que muitos profissionais ainda se sentem desconfortáveis ao realizar esse tipo de atendimento, o que gera desconforto tanto para o paciente quanto para o próprio atendente (Souza; Mendes, 2019).

Essa realidade também pode ser observada em diversos contextos sociais, como ambientes universitários, corporativos, esportivos, familiares, entre outros. Nesses espaços, verifica-se um aumento de problemas relacionados à saúde mental, o que tem impulsionado debates sobre a necessidade de programas assistenciais de saúde mental, especialmente em universidades (Assis; Oliveira, 2010). Considerando a vulnerabilidade dos estudantes universitários ao adoecimento mental e os prejuízos que isso acarreta em suas vidas a curto e longo prazo, a criação de políticas e iniciativas de apoio é essencial (Penha; Oliveira; Mendes, 2020).

No caso da população LGBTQIAPN+, sabe-se que a violência e discriminação afetam diretamente a saúde mental como em contextos das relações rurais como a não aceitação e a falta de respeito a essa população, em que por meio de comentários e ações preconceituosas geram uma violência velada contribuindo para o número de casos relacionada a saúde mental. Dada a magnitude de seus efeitos, este tem sido um dos principais objetos de interesse na produção científica no campo da saúde (Abade; Chaves; Silva, 2020).

O projeto de Melo; Silva; Mello (2019) dialoga com as questões supracitadas, portanto, atuou-se no contexto local da universidade na promoção de atenção à saúde mental à comunidade universitária LGBTQIAPN+. O objetivo é ampliar a atenção a esse grupo, que comumente esconde suas vivências relativas à identidade de gênero e sexualidade e não pode contar com apoio familiar, fundamental para a saúde mental dessa população.

O Subfinanciamento crônico da saúde é identificado como um dos maiores obstáculos do SUS, refletindo um mal atendimento nos serviços, além de limitar sua ampliação. A falta de recursos impõe também limitação técnica, já que não possui pessoal especializado no

atendimento de pessoas LGBTQIAPN+, nem pessoal suficiente, o que afeta a disponibilidade de serviços (Paim, 2018).

Foi realizado um estudo conduzido por Almeida e Costa (2021) em que se destaca que “o acesso à saúde é limitado para a população LGBTQIAPN+, especialmente para aqueles que não se identificam com os gêneros binários”.

Com isso, vem buscando a inclusão e o respeito à diversidades dentro da saúde, uma pesquisa aponta que as barreiras econômicas também desempenham um papel significativo na limitação do acesso à serviços adequados (Almeida; Costa, 2021, p. 79).

De acordo com uma pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2022), muitos entrevistados relataram histórias de tratamento inadequado em serviços de saúde. Atitudes hostis e falta de empatia são frequentemente citadas como motivos dessas experiências negativas. Isso pode gerar um sentimento de desconfiança na população, fazendo com que alguns indivíduos hesitem em procurar assistência médica quando necessário.

As políticas públicas precisam ser adaptadas para incluir as necessidades específicas da população LGBTQIAPN+. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) enfatiza que “a Psicologia brasileira não será instrumento de promoção do sofrimento, do preconceito, da intolerância e da exclusão” como forma garantir um atendimento respeitoso e adequado (Conselho Federal de Psicologia, 2023).

Com uma atenção após o professor observar como seus alunos brancos tratavam os colegas negros, sem assimilar o impacto das próprias agressões. O conceito surge em 1970, nos Estados Unidos, no contexto da luta racial. Desde 2016, o conceito se expandiu para outras minorias, entre as quais, as sexuais e de gênero, e passou a figurar em mais estudos, principalmente da área da saúde (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Devido às pesquisas foram confirmados os impactos das micro agressões na saúde de pessoas que compõem minorias sexuais e de gênero, com o aumento de sintomas ansiosos e depressivos, levando as outras consequências como a dificuldade de aprendizado e o consequente abandono escolar”, alerta Lucas Cunha (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Visando um atendimento humanizado e respeitoso ao público LGBTQIAPN+, foi intensificada a capacitação dos profissionais, reconhecendo que o acesso à Justiça é essencial para o exercício da cidadania. Nesse contexto, a formação continuada dos servidores do Poder Judiciário desempenha um papel fundamental na promoção e garantia dos direitos sociais de toda a população, incluindo o respeito à personalidade de cada indivíduo (Conselho Nacional de Justiça, 2024).

Para aprofundar os conhecimentos nos fundamentos e pressupostos que envolvem a temática da população LGBTQIAP+, o Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Servidores do Poder Judiciário do Conselho Nacional de Justiça (CeaJud/CNJ) oferta 100 vagas para inscrição no curso (Conselho Nacional de Justiça, 2024).

Tendo assim consciência das necessidades que alguns quadros têm origem na infância, a conduta clínica e, quando necessário, medicamentosa, podem ser beneficiadas no que se refere à aplicação de estratégias específicas para cada população. Sabemos que muitas vezes o trabalho em saúde mental é solitário e encontrar nossa rede de colegas pode ser um grande auxílio para encaminhamentos, partilhas e networking (InserePsi, 2024).

4.2.5.4 Diversidade sexual e identidade de gênero nas organizações do século XXI: o legado da gestão de pessoas pelas diferenças

Ressaltemos que, embora um mergulho histórico-teórico não seja o foco, é importante situar o contexto em que o fenômeno ocorre dentro das organizações. Na gestão de pessoas, por exemplo, destacam-se aspectos como as características individuais, a estrutura organizacional, os processos internos e diversas outras variáveis essenciais (Chiavenato, 2002).

A gestão de pessoas passou por grandes transformações ao longo do tempo, deixando de se limitar ao enfoque na “mão de obra” para abranger aspectos relevantes da organização, incluindo questões estratégicas (Oliveira, 2014).

No atual cenário, sob o ponto de vista das organizações, busca-se no mercado de trabalho um time de alta performance, capaz de rápida adaptação às mudanças, resiliência para encarar as adversidades e capacidade de aprender. Buscando uma melhoria contínua significa rever continuamente processos, ferramentas, comunicação, colaboração, gestão do conhecimento, dependências externas e todos os aspectos que afetam a eficiência e eficácia das equipes (Magalhães; Garrido, 2021, p. 132).

Diante disso, como é possível pensar em uma política interna de diversidade nas organizações? Como o mercado reagiria à recepção de colaboradores LGBTQIAPN+ de uma maneira mais estruturada nas companhias? Que benefícios as empresas teriam ao incluir “pessoas diferentes” em seus negócios? Tais perguntas são oportunas para a administração, mesmo que este trabalho não tenha a responsabilidade de respondê-las, de maneira imediata (Magalhães; Garrido, 2021),

Entretanto, gerenciar equipes não é tão simples. Cada membro tem suas particularidades, vivências, crenças e cultura. Certamente, não podemos tratar de maneira diferenciada, pois isso

seria um erro. Liderar equipes de qualquer nível é sempre um desafio, e sua implementação prática é bastante complexa, pois compreende o relacionamento entre pessoas que sempre demonstram individualidades e contextos próprios (Mandelli, 2017).

As singularidades de cada indivíduo transformam o gerenciamento de equipes numa tarefa árdua. Quando temos pessoas de gênero, culturas, etnias, religiões e sexualidades diferentes, é preciso que haja um grande esforço para que possam convergir para o mesmo propósito, levar em consideração cada característica dos integrantes da equipe, e respeitá-las. Quando isso ocorre, há condições mais dignas e possíveis de sucesso organizacional (Mandelli, 2017).

Para mobilizar e utilizar plenamente as pessoas em suas atividades, as organizações estão mudando os seus conceitos e alterando as suas práticas gerenciais. Estão investindo nas pessoas que entendem deles e que sabem como criá-los, desenvolvê-los e melhorá-los. Em vez de investirem diretamente nos clientes, investem nas pessoas que os atendem e os servem e que sabem como satisfazê-los e encantá-los. As pessoas passam a constituir o elemento básico do sucesso empresarial (Chiavenato, 2010).

O investimento em comunicação e treinamento também trazem bons frutos quanto ao fomento da diversidade e respeito às minorias. Esclarecer cada dúvida para a sociedade como um todo demonstra sensibilidade em se tratar de questões que ainda atuam como barreira em boa parte da sociedade. Quando trazemos à tona a realidade das pessoas LGBTQIAPN+ nas organizações, evidenciamos a mudança de comportamento cultural e a maneira como são discutidas as diversas formas de inclusão que podem ser adotadas, visando uma melhoria no convívio entre colaboradores e, assim, as boas práticas de gestão de pessoas (Chiavenato, 2010).

Dessa forma, a necessidade de enfrentar o preconceito e a discriminação fez com que as comunidades gays ganhassem representatividade na reivindicação de um espaço onde pudessem viver plenamente sua própria identidade sexual que dentro dessa dinâmica existente no ambiente corporativo reflete os movimentos sociais. Essa colocação reforça a importância da mudança de pensamento estratégico das empresas atualmente, tendo em vista a diversidade cultural (orientação sexual e identidade de gênero) na sociedade brasileira (Magaldi, 2018, p. 23).

Estimular o trabalho em equipe e outras formas de aprendizado para criar o capital humano de que a empresa precisa, depende do talento individual é imprescindível, mas após o expediente encerram suas funções. As equipes interdisciplinaridade detêm, formalizam e acumulam o talento, compartilhando-o e apropriando-se, tornando-o não apenas o capital de

uma pessoa ou de um grupo seletivo de pessoas, pois assim, mesmo quando os membros do grupo vão embora, o conhecimento permanece, porque não depende de sexualidade, e sim dos seus conhecimentos. A empresa será a maior beneficiária da aprendizagem, mesmo que algumas ideias “vazem” para outras empresas (Stewart 1998, *apud*. Oliveira, 2014, p. 28).

O processo de revelação da orientação sexual, ou seja, a pessoa assumir sua orientação sexual e/ou identidade de gênero diante das pessoas com quem convive, ganhou um termo *coming out*, forma abreviada de *coming out of the closet*, traduzindo-se para a língua portuguesa como “sair do armário”. O termo, que ganhou notoriedade na sociedade brasileira, virou alvo que se direcionava aos homens e/ou mulheres que se assumiam homossexuais etc. Os que detinham modos de se vestir, falar, andar ou se comportar de maneira diferente do padrão estabelecido, e que negavam a prática homossexual, eram taxados como “gays enrustidos” (Ferreira; Siqueira, 2007).

4.2.5.5 As Cores Do Arco-Íris: Um Estudo Sobre A Diversidade A Partir De Diversos Olhares Na Organização

Siqueira (2021) dissertou em seu mestrado em administração, desenvolvida na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, analisa o programa de diversidade implementado em uma filial brasileira de uma grande multinacional, voltado para colaboradores LGBTQIAPN+. O estudo busca compreender o programa a partir da perspectiva dos diversos atores que compõem o comitê de diversidade da organização, avaliando tanto o impacto dessa ação afirmativa para os integrantes da empresa quanto os benefícios gerados para a organização ao promover uma cultura inclusiva (Siqueira, 2021).

Neste caso pode ser fonte de *stress* para pessoas gays, à medida em que outras pessoas de seu convívio não aceitariam a orientação sexual revelada. De acordo com (Humphrey, 1999, p. 138), as razões que levam o indivíduo a decidir pela revelação de sua orientação sexual estão ligadas à honestidade e integridade pessoal, aos benefícios de se construir relacionamentos abertos e à necessidade de se educar os colegas sobre as minorias sexuais” *apud* (Ferreira; Siqueira, 2007, p. 4). Segundo os autores, quando a pessoa opta pelo *coming out*, passa por muitas barreiras, mesmo que situação seja analisada, planejada e programada, não é fácil. A revelação de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero vem acompanhada de uma enxurrada de julgamento e, por vez, represália. No ambiente profissional, ainda ocorrem piadas (“homofobia recreativa”) e outros tipos de hostilidades relacionadas à sexualidade e ao gênero dos sujeitos (Ferreira; Siqueira, 2007, p. 4).

Nesse caso com tantos sofrimentos de violência por amigos, colegas de trabalho, familiares etc., faz com que algumas pessoas tentam, de toda forma, manter-se dentro do convívio social, suprimindo a própria escolha e renegando tudo de bom que a revelação poderia acarretar. Resumindo, para se inserir nos grupos sociais aos quais convivem e/ou necessitem estar, muitos sujeitos LGBTQIAPN+ acabam se enquadrando na heteronormatividade, segundo a qual a pessoa pode ser o que quiser, desde que não aparente, não “choque”, desde que mantenha o padrão dito “normal”, “natural”, convencional. Quanto mais “heterossexual” for na manifestação comportamental, mais bem-vinda a pessoa será nos grupos sociais e equipes de trabalho (Ferreira; Siqueira, 2007, p. 4).

No caso da infância, segundo a maioria das crianças e adolescentes, em busca da aceitação e da sobrevivência, ou aceita ou se deixa moldar pelas demandas educacionais, cujo conteúdo normativo violento (currículo oculto), muitas vezes não é reconhecido nem mesmo pelos educadores como algo a ser questionado ou discutido. Trazendo essa afirmação para o meio empresarial, nota-se que o comportamento, buscando aceitação, da sexualidade nas empresas e por esse Brasil afora (Miskolci, 2012).

Em contrapartida, atualmente, é muito grande o número de organizações que implementam diretrizes contra o preconceito arraigado na cultura, defender a tolerância e receptividade são necessidades práticas urgentes. Hoje as empresas vêm tomando como um enorme desafio, com as questões a respeito da discriminação no ambiente de trabalho, tornando-se um diferencial competitivo pelas empresas. Isso ocorre porque as instituições visam atender a diversos públicos (Hill, 2011).

Diante do percurso semântico das políticas de diversidade é claramente marcado pelo descompasso entre o discurso e a prática. Essa afirmação tem como a ideia de que ainda temos um longo caminho a percorrer enquanto sociedade. O preconceito ainda dificulta o aprofundamento do tema e fortalece práticas que deveriam ser completamente extintas do convívio social. Diante disso, é possível aludir que a inércia das organizações, que muitas vezes não atuam de maneira positiva em relação à diversidade, e tampouco com políticas verdadeiramente inclusivas para pessoas LGBTQIAPN+ (Catho, 2023).

Contribuindo para a demora na evolução do cenário, quando implementadas essas questões, as corporações ganham uma imagem de empresas socialmente responsáveis, que fomentam a luta contra preconceitos, e que atuam fortemente para a extinção, por que não dizer, das práticas intolerantes em seu negócio. O benefício de tais ações perante a sociedade, vai

muito além de valores econômicos, o que não quer dizer que esse não seja o principal retorno buscando (Diniz *et al.*, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

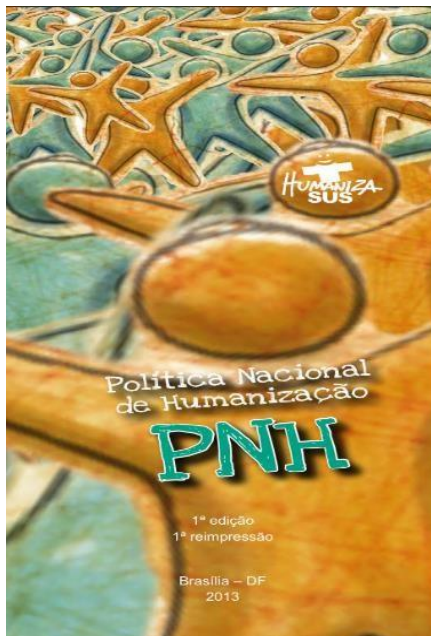
A humanização no atendimento na Atenção Básica é um elemento fundamental para garantir que as pessoas LGBTQIAPN+ recebam cuidados de saúde adequados, respeitosos e sensíveis às suas necessidades específicas. Este trabalho evidenciou que a promoção de um ambiente acolhedor e livre de discriminação não apenas melhora a experiência do paciente, mas também impacta positivamente os resultados em saúde dessa população historicamente marginalizada.

Ao longo da pesquisa, ficou claro que a implementação de práticas humanizadas requer uma abordagem multidimensional, que inclua a formação contínua dos profissionais de saúde sobre diversidade sexual e de gênero, a criação de políticas públicas inclusivas e o envolvimento da comunidade na construção de serviços mais acessíveis e respeitosos. A educação em saúde é uma ferramenta poderosa para desmistificar preconceitos e promover uma cultura de respeito e empatia, essencial para o atendimento à população LGBTQIAPN+.

Além disso, a articulação entre os serviços de saúde e outras esferas sociais é crucial para enfrentar as iniquidades que essa comunidade enfrenta. A colaboração entre profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e ativistas pode resultar em iniciativas que não apenas melhorem o acesso aos serviços, mas também promovam a dignidade e os direitos humanos.

Por fim, este trabalho reafirma que a humanização no atendimento não é apenas uma questão ética, mas uma necessidade urgente para garantir a equidade na saúde. Ao priorizar o respeito à diversidade e a inclusão nas práticas de saúde, estamos contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, onde todas as pessoas, independentemente de sua identidade ou orientação sexual, possam ter acesso ao cuidado que merecem. A continuidade dos esforços nesse sentido é essencial para avançar em direção a uma sociedade mais inclusiva e saudável.

ANEXOS

Figura 1 – Folheto da Política Nacional de Humanização (PNH).

Fonte: www.saude.gov.br/humanizausus

REFERÊNCIAS

- ABADE, E. A. F.; CHAVES S. C. L.; Silva, G. C. O. Saúde da população LGBT: uma análise dos agentes, dos objetos de interesse e das disputas de um espaço de produção científica emergente. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 1-31, 2020.
- AGENDA MAIS SUS. **Relatório Técnico nº3/2023 Saúde da População LGBTQIA+**. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br/wp-content/uploads/2023/06/ieps-boletim03-saude-populacao-LGBTQIA.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2024.
- AGENDA MAIS SUS. **Gestão e Financiamento do Sistema da Saúde no Brasil**. [?] disponível em: <https://agendamaissus.org.br/evidencias>. Acesso em: 12 nov. 2024.
- ALMEIDA, J.; COSTA, M. Acesso à saúde da população LGBTQIAPN+: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 2, p. 75-85
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília:DF. Presidência da República. [2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 nov. 2024
- BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília:DF. Presidência da República, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 16 out. 2024.
- BRASIL. **LEI Nº 14.758, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2023**. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília:DF. Presidência da República, 19 dez.2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20232026/2023/lei/L14758.htm. Acesso em: 16 out. 2024.
- CAETANO, C. R. L. **População LGBT nos serviços odontológicos: nível de informação e capacitação dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica do município de Natal/RN**. 2023. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.
- CATHO**. Comunidade LGBTQIA+ no mercado de trabalho e seus desafios. *Catho comunicação*, 2023. Disponível em: <https://www.catho.com.br/carreira-sucesso/comunidade-lgbtqia-mercado-de-trabalho/>. Acesso em: 24 mai. 2024.
- CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+**

[recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — Brasília: CFP, 2023. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/RT_LGBT_crepop_Web.pdf. Acesso em: 07 nov.2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Curso aprofunda conhecimentos do Judiciário para melhor atender a população LGBTQIAP**. 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/curso-aprofunda-conhecimentos-do-judiciario-para-melhor-atender-populacao-lgbtqiap/>. Acesso em: 04 nov. 2024.

DA COSTA BORGES, M.; PASSOS, M. A. N. A importância do atendimento humanizado da equipe de enfermagem no cuidado de pacientes trans. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 4, n. 8, p. 12-22, 2021.

DA SILVA, Á. M. B. *et al.* A aplicabilidade da humanização no atendimento aos usuários do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 4912-4912, 2021.

DE OLIVEIRA, I. M. B. O Atendimento Humanizado Oferecido pela ONG “Filhas do Boto Nunca Mais” Às Vítimas de Violência Doméstica na Divisão de Flagrantes da Polícia Civil da Capital. **Revista da Escola Superior da Advocacia de Rondônia – ESA/RO**, v.5, p. 1-10, 2022.

DINIZ, A. P. R. *et al.* Políticas de diversidade nas organizações: as relações de trabalho comentadas por trabalhadores homossexuais. **Revista Economia & Gestão**, v. 13, n.31, 93-114, 2013.

FERREIRA, R. C. **O gay no ambiente de trabalho: análise dos efeitos de ser gay nas organizações contemporâneas**. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2007. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/3329/1/2007_RenataCostaFerreira.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

FERREIRA, B. de O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825-3834, 2022.

FERREIRA, E. R. *et al.* A humanização do atendimento na atenção primária à saúde/The humanized assistance in primary health care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1680-1693, 2022.

FERREIRA, M. G. *et al.* Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde Interprofissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, p. 1-9, 2022.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Normas de apresentação tabular**. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

HILL, N. **Quem pensa enriquece**. São Paulo: Editora Fundamento Educacional, 2011.

HUMPRHEY, J. C., Organizing sexualities, organized inequalities: lesbian and gay men in public service occupations. **Gender, Work and Organization**, v. 6, n. 3, p. 134 -151, jul. 1999.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IESP). **Saúde da População LGBTQIA+** (2023). Disponível em: <https://ieps.org.br/ieps-veredas-e-umane-divulgam-relatorios-tecnicos-sobre-saude-de-grupos-vulnerabilizados/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

INSERE. **Capacitação para o atendimento da comunidade LGBTQIA+**. Disponível em: <https://inserepsi.com.br/capacitacao-para-o-atendimento-da-comunidade-lgbtqia/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

IVAS, H. A.; VASSOLER, M. C. Histórico da implementação do sistema único de saúde no Brasil como direito fundamental. **Revista Científica Sophia**, v.15, p. 1- 10, 2023.

JESUS, M. K. M. R. de *et al.* Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. 220369, 2023.

LIMA, A. C. G.; PEIXOTO, I. V. P. A discriminação enfrentada pela população LGBTQIA+ em um ambiente público em Belém/Pará relato de experiência: *The discrimination faced by the LGBTQIA+ population in a public environment in Belém/Pará: experience report*. **Revista Cocar**, v. 20, n. 38, p. 1-14, 2024.

MAGALDI, S. **Gestão do amanhã: tudo o que você precisa saber sobre gestão, inovação e liderança para vender na 4ª revolução industrial**. São Paulo: Editora Gente, 2018.

MAGALHÃES, F.; GARRIDO, M. **RH Ágil - Mais humanos e menos recursos: O desafio da gestão de pessoas nas organizações do século XXI**. São Paulo: K21, 2021.

MAGALHÃES, G. Q. **A influência de práticas lúdicas para humanização do atendimento à criança: revisão integrativa**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - à Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO, 2021.

MANDELLI, P. **Liderando para alta performance: conceitos e ferramentas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

MARIN, A. J. **Educação continuada**. In: CONGRESSO ESTADUAL PAULISTA SOBRE FORMAÇÃO DE EDUCADORES, 1., 1990, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: UNESP, 1990. p. 114-188.

MELO, D. S.; SILVA, B. L.; MELLO, R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 27, n. 1, p. 1-8, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 05 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização-PNH**, 1 ed. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 24 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do HumanizaSUS** (2021). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/principios-do-humanizasus>. Acesso em: 05 set. 2024.

MISKOLCI, R. *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3815-3824, 2022.

MISSIATTO, L. F. **Colonialidade Normativa**. Curitiba: Appris, 2021.

MONTEIRO, D. **Comunidade LGBTQIA+ sofre com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Informe ENSP**. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/53188>. Acesso em: 02 dez. 2024.

NICARETTA, R. J. *et al.* Itinerário terapêutico de idosos vivendo com HIV/Aids: perspectivas da história oral. **Physis: Revista de saúde Coletiva**, v. 33, p. 1-22, 2023.

OLIVEIRA, E. A. Z. de. **Gestão de pessoas**. Londrina: UNOPAR, 2014.

OLIVEIRA, R.; SILVA, T.; PEREIRA, L. Experiências no atendimento à saúde: relatos da população LGBTQIAPN+. **Caderno de Saúde Pública**, v. 3, p. 99-110, 2022.

OLIVEIRA, T. M. de. **Do orgulho extramuros ao armário intramuros: análise discursiva dos relatos de pessoas LGBTQIA+ a custodiadas no Centro de Ressocialização do Agreste de Canhotinho (PE)**. 2023. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, p.1723-1728, 2018.

PENHA, J. R. L.; OLIVEIRA, C. C.; MENDES, A. V. S. Saúde mental do estudante universitário: revisão integrativa. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 369–395, 2020.

RAMOS, L. S. *et al.* A humanização da atenção básica a saúde brasileira no atendimento de travestis e transsexuais: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, p. 2770-2770, 2020.

RIBAS, S. M. **Redução de danos como estratégia de cuidado à saúde: um estudo sobre atendimento a mulheres transexuais e travestis**. 2022. 63 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

RIBEIRO JUNIOR, D. I. **Agentes inteligentes como mediadores na recuperação da informação**. 2001. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Marília, 2001.

SILVA, C. S.; CARDOSO, M. A.; LINHARES, E. O. S. Humanização na saúde com ênfase no atendimento ao idoso prestado pelos profissionais de Enfermagem. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2020.

SIQUEIRA, C. B. C. **As cores do arco-íris: um estudo sobre a diversidade a partir de diversos olhares na organização**. 2021. Dissertação (Mestrado em Administração). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Administracao_CristianaBatistaCarnevalliSiqueira_19149_Textocompleto.pdf. Acesso em: 09 jun. 2022.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** [online]. 2ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 268 p

STEWART, T. A. **Capital intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas**. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

VANIN, L. F.; de SALES, R. Organização das memórias e patrimônios culturais LGBTQIAPN+ de Florianópolis-SC sob a perspectiva da desclassificação. **Em Questão**, v. 30, p.1-25, 2024.

VASCONCELOS, L. D. de. **O cuidado em saúde mental da população LGBT+: relato de experiência no ambulatório do projeto PROTEAS**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2023.

VENÂNCIO, D. L. Comunicar em saúde com foco na humanização do atendimento à gestante e puérpera. **Pensar Acadêmico**, v. 19, n. 2, p. 392-406, 2021.

VIEIRA, M. J. *et al.* Acolhimento na Faculdade de Odontologia da UFMG: humanização no atendimento dos pacientes. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1691-1691, 2021.

WHITAKER, F. **Temos muito caminho para andar**. In: CALDERÓN, A.; CHAIA, V. (Orgs.). *Gestão municipal: descentralização e participação popular*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 35-43.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ M.G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, p.721-731, 2018.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS - FATEC
Tecnologia em Gestão Hospitalar

ALINE FERNANDA SIBIONI

**A INFLUÊNCIA DO CONSUMO DAS ISOFLAVONAS E SEU BENEFÍCIO NA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.**

BARRETOS

2024

ALINE FERNANDA SIBIONI

**A INFLUÊNCIA DO CONSUMO DAS ISOFLAVONAS E SEU BENEFÍCIO NA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.**

Trabalho de Graduação apresentado como
requisito para a obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar
apresentado à Faculdade de Tecnologia
de Barretos – FATEC.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina
Bassan.

BARRETOS

2024

Ficha Catalográfica
Desenvolvida pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima"

Sibioni, Aline Fernanda
S563i A Influência do consumo das Isoflavonas e seu benefício na
prevenção do câncer de mama / Aline Fernanda Sibioni. –
Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima", 2024
36 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) -
Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima"
Orientadora: Juliana Cristina Bassan

1. Isoflavonas . 2. Soja. 3. Oncologia. 4. Câncer de Mama. I.
Título.

ALINE FERNANDA SIBIONI

**A INFLUÊNCIA DO CONSUMO DAS ISOFLAVONAS E SEU BENEFÍCIO NA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.**

Trabalho de Graduação apresentado como
requisito para a obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar
apresentado à Faculdade de Tecnologia
de Barretos – FATEC.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina Bassan

Aprovado em: 25/06/2024

AVALIADORES

Profa. Dra. Juliana Cristina Bassan
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Profa. Dra. Janaína Monteiro de Souza
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof. Ms. Leandro Gumieri
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

BARRETOS

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para minha mãe, minha filha e ao meu companheiro de vida. Se cheguei até aqui foi por vocês, que me deram forças para continuar.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à Deus, por ter me ajudado a concluir este sonho.

Agradeço a minha mãe Nice que nunca me deixou desistir dos meus sonhos e sempre batalhou por mim; a minha filha Anny que se espelha em minha dedicação e disciplina e ao meu companheiro Caio que me manteve de pé por várias vezes.

Agradeço meus amigos que torceram por mim, e vibraram com a finalização deste trabalho, a minha família e a minha orientadora Profa. Dra. Juliana Bassan, por não ter desistido nenhum momento se quer e por ter tido calma e paciência em momentos tempestuosos que eu passei.

RESUMO

Os hábitos saudáveis de alimentação, sempre tiveram impacto positivo na qualidade de vida da população mundial, bem como, os hábitos inadequados também impactam, porém de forma negativa, estando diretamente relacionado ao desenvolvimento de doenças, dentre elas podemos destacar o câncer. O crescente aumento de casos de câncer é evidenciado através de levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde e também através dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) que demonstram que o câncer de mama atinge em sua maior parte mulheres acima dos 40 anos. Diante desse quadro preocupante, o objetivo desse trabalho foi apresentar os benefícios das isoflavonas presentes na soja e sua relação com o câncer de mama e elaborar um folder com informações simples para nosso público alvo para que tenham conhecimento de que a soja é uma aliada na prevenção desta doença. Para elucidar os benefícios das isoflavonas foi realizada uma revisão narrativa da literatura a partir da busca de artigos em bases de dados *on line* como Pubmed e Scielo. Os resultados obtidos mostram uma relação positiva entre o consumo de soja e seus derivados, ou seja, as isoflavonas presentes nessa leguminosa parecem exercer um importante papel preventivo contra o câncer de mama, quando seu consumo está associado principalmente a estilos de vida saudáveis. Entretanto, ainda se faz necessário realizar estudos mais abrangentes com grupos controle e grupos testes para evidenciar as ações mecânicas que as isoflavonas exercem no organismo humano.

Descritores: isoflavonas, soja, oncológico, mama, benefício, consumo, câncer.

ABSTRACT

Healthy eating habits have always had a positive impact on the quality of life of the world's population, while inadequate habits also have a negative impact, being directly related to the development of diseases, including cancer. The growing number of cancer cases is evidenced by epidemiological surveys carried out by the Ministry of Health and also by the Population-Based Cancer Registries (RCBP), which show that breast cancer mostly affects women over the age of 40. In view of this worrying situation, the aim of this work was to present the benefits of the isoflavones present in soy and their relationship with breast cancer and to prepare a folder with simple information for our target audience so that they are aware that soy is an ally in the prevention of this disease. In order to elucidate the benefits of isoflavones, a narrative literature review was carried out by searching for articles in online databases such as Pubmed and Scielo. The results obtained show a positive relationship between the consumption of soya and its derivatives, i.e. the isoflavones present in this legume seem to play an important preventive role against breast cancer, when their consumption is mainly associated with healthy lifestyles. However, it is still necessary to carry out more comprehensive studies with control groups and test groups in order to demonstrate the mechanical actions that isoflavones exert on the human body.

Keywords: isoflavones, soy, oncology, breast, benefit, consumption, cancer.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1.....	18
Folder.....	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. METODOLOGIA.....	15
4.1 Tipo de Pesquisa	15
4.2 Período de Pesquisa.....	15
4.3 Métodos	15
4.3.1 Elaboração da pergunta norteadora	15
4.3.2 Bases de dados	15
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5.1 Aspectos gerais sobre o câncer de mama	17
5.2 Prevalência por regiões brasileiras	17
5.3 Fatores de Risco	18
5.4 Linha do tempo dos grandes marcos nacionais relacionados ao câncer de mama	20
5.5 Práticas Políticas para o controle do câncer de mama	21
5.6 Tipos de Tratamentos	22
5.6.1 Cuidados Paliativos	23
5.7 Nutrição alinhada à saúde e ao câncer de mama	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de tumor mais comum entre as mulheres no Brasil, ficando atrás do câncer de pele não-melanoma. Esta patologia é causada pela multiplicação de células anormais (cancerígenas) formando o tumor (inicialmente nódulo) podendo espalhar para outros órgãos (INCA, 2022).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o espectro de normalidades proliferativas nos lóbulos e ductos incluem: *i) Hiperplasia*: aumento benigno do tecido devido a multiplicação das células; *ii) Hiperplasia Atípica*: crescimento excessivo com desordem nos tamanhos, formas e aparências; *iii) Carcinoma In Situ*: é a forma mais precoce do câncer, considerado o estágio zero; *iv) Carcinoma Invasivo*: tipo histológico mais comum, originando nos ductos mamários percorrendo até os mamilos; este tipo compreende entre 80% e 90% do total de casos (BRASIL, 2022)..

No que se refere ao câncer de mama, os sintomas podem variar, porém os mais comuns são: aparecimento de nódulo mamário; caroços mamários indolores; edema cutâneo semelhante a casca de laranja; retração cutânea; inversão do mamilo; hiperemia (congestão sanguínea); descamação ou ulceração do mamilo; secreção papilar (em condição normal temos a lactação, em mulheres com a patologia temos a saída do líquido pelo mamilo); geralmente sua coloração é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada; podem surgir linfonodos palpáveis nas axilas (BRASIL, 2022).

Não existe uma causa única para o desenvolvimento da doença, segundo INCA (2022) existem fatores que podem aumentar a probabilidade de aparecimento desse tipo de câncer, como: idade; fatores endócrinos; história reprodutiva; fatores comportamentais; fatores ambientais; fatores genéticos; fatores hereditários (BRASIL, 2022).

As taxas mais altas de incidência de câncer de mama estão localizadas nas regiões Sul e Sudeste totalizando 50.560 casos confirmados. O Estado de São Paulo é o que concentra o maior número de casos (20.470 casos) com um cenário não muito favorável para 2023, onde o INCA estimou que 100 mil mulheres poderão desenvolver essa patologia (BRASIL, 2022).

Em virtude desses dados alarmantes é importante destacar as ações que visam a melhoria da saúde da mulher, além de controlar a doença e seus agravos. Entre essas ações tem-se a ampliação ao acesso à informação e as práticas preventivas que podem contribuir de forma positiva na qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2022).

A detecção precoce do Câncer de mama, é uma das estratégias que aumentam o sucesso no tratamento, pois o diagnóstico precoce e o rastreamento contribuem na cura dessa patologia (BRASIL, 2022).

O tratamento pode variar de acordo com o estágio em que a doença se encontra e suas características biológicas, bem como suas condições físicas. Quando a doença é diagnosticada em estágio inicial, as chances de tratamento e cura tendem a ser positivas, em contrapartida quando o paciente já está com metástase, o tratamento será capaz apenas de prolongar a sobrevida e de melhorar a qualidade de vida dessa paciente (BRASIL, 2022).

Quanto ao tratamento do câncer de mama temos dois tipos de intervenção o :tratamento local que compreende a intervenção cirúrgica para retirada do nódulo e radioterapia ou o tratamento sistêmico que se utiliza da quimioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica (BRASIL, 2022).

Em situações onde a doença se torne incurável, cuidados paliativos, apesar do termo ser de uma conotação negativa, possibilitam realizar um conjunto de práticas de assistência, tratamento e abordagem individualizada para cada paciente, alinhando o bem-estar juntamente com o controle da dor, além de uma equipe especializada como psicólogas, nutricionistas, médicos e enfermagem paliativistas para que seja tomada sempre a melhor decisão para o paciente e seus familiares (BRASIL, 2022).

O Serviço de Nutrição e Dietética (SND), tem por como objetivo cuidar da dietoterapia de pacientes internados bem como seus acompanhantes, seguindo as Normas de Boas Prática da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), acompanhando a evolução e prescrevendo dietas voltadas para os cuidados nutricionais com planejamento individual e adequado para cada paciente e sua patologia. No caso do câncer de mama, a dietoterapia com a presença de soja (isoflavonas) aliada com uma alimentação saudável e oferecida de forma regular,

podem colaborar na redução do crescimento de células cancerígenas em mulheres, pois a mesma tem uma composição semelhante ao hormônio natural feminino chamado estrogênio, além disso, se consumida durante o tratamento, os efeitos colaterais negativos do tratamento podem ser amenizados, e com isto, pode-se ter uma melhora no quadro clínico do paciente (BRASIL, 2022).

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo consiste em analisar e verificar a relação das isoflavonas presentes no grão da soja com a redução do crescimento de células cancerígenas através da inibição de receptor de estrogênio para mulheres com diagnóstico de câncer de mama, bem como sua relação na prevenção desta patologia. Estudos indicam que as isoflavonas se ingeridas ao longo da vida sob a gramagem ideal, podem auxiliar na redução de 30% de chances do não desenvolvimento da doença, e se, consumidas durante o tratamento oncológico, as isoflavonas contribuem na redução dos efeitos negativos do tratamento, melhorando o prognóstico e consequentemente a qualidade de vida das pacientes (ZAHO, et al,2019; WEI, et al, 2020).

Nesse sentido a importância desse levantamento podem trazer contribuições significativas no que tange a realização de adequações no cardápio para este público específico em ambiente domiciliar e também para na inserção da soja nos cardápios elaborados e oferecidos por Serviços de Nutrição e Dietética Hospitalares. Essa simples abordagem poderá trazer além de benefícios para qualidade de vida e bem-estar das pacientes, como também está alinhado as condutas de humanização para este tipo de tratamento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar através de uma revisão narrativa os benefícios das isoflavonas para a prevenção e/ou tratamento do câncer de mama e desenvolver materiais educativos sobre o consumo de soja e sua relação com esta patologia.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura especializada os benefícios das isoflavonas na prevenção/tratamento do câncer de mama.
- Destacar a importância do Serviço de Nutrição e Dietética Hospitalar no processo educação alimentar para pacientes com câncer de mama como uma iniciativa de humanização do atendimento.
- Elaborar um folder informativo para pacientes com câncer de mama que seja de fácil entendimento ressaltando que as isoflavonas presentes na soja são aliadas na prevenção desta doença.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

O presente trabalho abrangeu duas etapas onde a primeira tratou-se de uma revisão narrativa descritiva/qualitativa sobre a relação do consumo de soja e suas implicações na prevenção e tratamento de câncer de mama, bem como a diminuição dos efeitos negativos para este tipo de tratamento, além da importância do Serviço de Nutrição e Dietética como veículo de informações educativas nutricionais principalmente sobre o a inserção e consumo de soja (isoflavonas) na dieta. Na segunda etapa foi elaborado um folder educativo com o objetivo de levar informações sobre a relação entre o consumo de soja e o câncer de mama para pacientes oncológicos e população geral.

4.2 Período de Pesquisa

O levantamento de dados para a revisão de literatura, tabulação dos dados e elaboração de folder educativo, foi realizado no período de agosto (2023) a maio (2024).

4.3 Métodos

4.3.1 Elaboração da pergunta norteadora

Este projeto de graduação, foi elaborado a partir das seguintes perguntas norteadoras: “Como a soja está relacionada a diminuição do desenvolvimento do câncer de mama e como pode auxiliar na diminuição dos efeitos no tratamento oncológico?” Qual o papel das iniciativas em educação alimentar praticadas por um Serviço de Nutrição e Dietética Hospitalar?” “Como poderemos expandir informações de cunho nutricional para este grupo em específico?”

4.3.2 Bases de dados

Foram utilizadas as bases de dados *on-line* como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed que é uma base de livre acesso desenvolvida e mantida pela *National Center of Biotechnology information*, na *National Library of Medicine* (NLM), localizado na *National Institutes of Health* (NIH). Os descritores usados serão: isoflavonas, soja, câncer, mama, oncológico, tratamento, benefício, consumo e suas

respectivas versões em inglês: *isoflavones, soy, oncology, breast, benefit, consumption, câncer, treatment*.

4.3.3 Critérios de Inclusão e exclusão

Para inclusão os artigos foram selecionados entre os anos 1991 a 2023, dando a preferência para artigos com estudos clínicos evidenciados e artigos relacionados com o tema onco-mama, isoflavonas, alimentação saudável, fatores de risco e conhecimentos sobre a soja.

Como critérios de exclusão foram descartados os artigos de estudos realizados *in vitro* ou com animais e estudos fora da temática deste trabalho.

4.3.4 Análise dos dados

Após a coleta dos dados da literatura, foi realizada uma leitura crítica dos artigos para verificar a relação entre o consumo de soja e seus efeitos na prevenção e tratamento do câncer de mama.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Aspectos gerais sobre o câncer de mama

O câncer de mama é caracterizado pelo crescimento desordenados de células cancerígenas (INCA, 2022). Esta patologia pode ter seu desenvolvimento rápido, ou em outros casos mais lento, mas de forma geral quando diagnosticado e tratado adequadamente, a paciente apresenta um bom prognóstico e assim, aumentando suas chances de cura, bem como, apresenta melhor resultado estético (INCA, 2022).

Os sintomas mais comuns deste tipo de câncer são o aparecimento de nódulos(s) que geralmente são indolores, rígidos e de tamanho irregular e há tumores que são de uma consistência branda e bem definidos. Além desses sintomas que podem ser palpáveis, existem outros sinais como por exemplo, a alteração na pele do seio, como uma aparência de casca de laranja. Algumas vezes a mulher pode sentir dor local, inversão do mamilo unilateral e em outros casos pode haver a secreção papilar, onde sua coloração geralmente é transparente, podendo ser também rosada ou avermelhada (estágio mais avançado da doença) (INCA, 2022).

5.2 Prevalência por regiões brasileiras

No Brasil e no mundo, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente em mulheres (SUNG *et al.*, 2021; INCA, 2022), ficando atrás apenas do câncer de pele não-melanoma (INCA, 2022), sendo considerado a principal causa de morte por câncer entre as mulheres (SUNG *et al.*, 2021).

De acordo com o Quadro 1, as regiões mais desenvolvidas como Região Sul e Sudeste são as que mais apresentam casos confirmados em números absolutos em comparação as demais regiões. Entretanto com relação a prevalência que se refere a razão entre número de casos existentes de uma doença em um dado momento e o número de pessoas da população no mesmo período vezes 100, mostra que a região Norte possui a maior prevalência para cada 100 habitantes, ou seja, ~0,06%. Seguido pelas regiões Sul e Sudeste, ambas com ~0,04% e as Regiões Centro-Oeste e Nordeste com ~0,03%.

Quadro 1. Número de casos confirmados de câncer de mama por região do Brasil no ano de 2022.

<u>Região</u>	<u>Estados</u>	<u>Casos Confirmados</u>	<u>População Média</u>	<u>Prevalência (%)</u>
Sul	Paraná; Rio Grande do Sul; Santa Catarina	11.230	29.975.984 habitantes	~0,04
Sudeste	Espírito Santo; Minas Gerais; Rio de Janeiro e São Paulo	39.330	88.371.433 habitantes	~0,04
Centro-Oeste	Distrito Federal; Goiás; Mato Grosso e Mato Grosso do Sul	4.950	16.297.074 habitantes	~0,03
Nordeste	Alagoas; Bahia; Ceará; Maranhão; Paraíba; Pernambuco; Rio Grande do Norte e Sergipe	15.690	53.081.950 habitantes	~0,03
Norte	Acre; Amapá; Amazonas; Pará; Rondônia; Roraima e Tocantins	2.410	3.853.575 habitantes	~0,06

Fonte: INCA, 2022; IBGE, 2023.

As informações sobre incidências de câncer de mama, podem ser obtidas através dos Registros De Câncer de Base Populacional (RCBP) e através das estimativas de novos casos de cânceres publicados pelo INCA há cada três anos.

5.3 Fatores de Risco

O câncer é uma doença multifatorial, ou seja, não existe um único fator causador desta enfermidade e sim uma junção de vários fatores que podem aumentar o risco de desenvolvimento do câncer. Para o câncer de mama podemos citar: idade, fatores endócrinos, história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genéticos/hereditários (ADAMI *et al.*; 2008; ŁUKASIEWICZ *et al.*, 2021).

O sexo feminino é um dos principais fatores de risco, predominantemente devido à estimulação hormonal elevada e à maior vulnerabilidade do tecido mamário à disfunção do equilíbrio estrogênio-progesterona (GIORDANO, 2018).

Os fatores endócrinos ou a história reprodutiva da mulher, está relacionado com a idade da primeira menstruação (considerado precoce antes dos 12 anos); menopausa tardia (considerada após os 55 anos); primeira gravidez (considerado tardia após os 30 anos), uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona) e em alguns casos, mulheres que fazem a terapia hormonal pós-menopausa (Silva e Silva, 2005; WHO, 2018; IARC, 2021).

Os fatores comportamentais/ambientais incluem a ingestão de bebida alcoólica; sobrepeso e obesidade; inatividade física (sedentarismo) e exposição à radiação ionizante (INUMAR *et al.*, 2011; AROTHAISINTAWEE *et al.*, 2013; WHO, 2018; WCRF/A ICR, 2018; INCA, 2020; IARC, 2021a e b.). A exposição a determinadas substâncias tóxicas, além de campos eletromagnéticos; campos magnéticos e gases contendo poluentes orgânicos altamente tóxicos, podem estar associados ao aumento do desenvolvimento do câncer de mama. Podemos destacar algumas profissões onde o nível de exposição é considerado preocupante como: cabelereiras, operadoras de rádio e telefone, enfermeiras e técnicas de enfermagem, comissárias de bordo, mulheres que desenvolvem sua jornada de trabalho no período noturno, além de operadoras em indústria de borrachas e plástico, indústria química, refinaria de petróleo, mulheres expostas à radiação ionizante, sendo doses altas ou moderadas, principalmente em tratamento de radioterapia no tórax em idade jovem ou mesmo baixas doses e frequentes (ocorre em mulheres que fazem dezenas de exames de mamografia), esses fatores pode contribuir para o desenvolvimento da doença (ADAMI *et al.*, 2008).

Cabe ressaltar que câncer de mama de caráter hereditário corresponde apenas de 5 a 10% do total de casos (ADAMI *et al.*;2008).

Para os fatores genéticos foram relacionados à presença de mutações em determinado genes, dentre eles os genes *BRCA1* e *BRCA2*, mas também podem ser frequentes nos genes *PALB2*, *CHEK2*, *BARD1*, *ATM*, *RAD51C*, *RAD51D* e *TP53*. (Breasts Cancer Association Consortiom, 2021; GARBER *et al.*,1991).

5.4 Linha do tempo dos grandes marcos nacionais relacionados ao câncer de mama

O Brasil, teve seu marco histórico para saúde da mulher por volta dos anos 80, ao ser incluído no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984).

Em 1986, o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde passou a ter a Coordenação de Programas de Controle de Câncer, onde seu segmento básico eram o levantamento de informações e campanhas educativas sobre os cânceres com mais incidência, dentre os quais o câncer de mama (ABREU, 1997).

No final dos anos 90, com o Programa Viva Mulher, as ações foram voltadas para a formulação de diretrizes e a estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do câncer de mama e em alguns anos após, foram propostas novas diretrizes técnicas para o controle desta doença no Brasil (BRASIL, 1994).

No ano de 2005 com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), tiveram como destaques o controle de cânceres de colo de útero e de mama sendo o componente importante dos planos estaduais e municipais de saúde (INCA, 2005).

Neste mesmo ano foi elaborado o Plano de Ação para o Controle de Cânceres de Colo de Útero e de Mama 2005-2007, propondo seis diretrizes entre as quais: i) aumento de cobertura da população-alvo; ii) garantia de qualidade; iii) fortalecimento do sistema de informação; iv) desenvolvimento de capacitações; v) estratégias de mobilização social; vi) desenvolvimento de pesquisas (INCA, 2005).

Em 2006 foi reafirmado através do Pacto pela Saúde, a inclusão de indicadores na pactuação de metas, envolvendo os Estados e seus municípios para alavancar a qualidade do desempenho das ações prioritárias da Agenda Sanitária Nacional. (BRASIL, 2006).

No ano de 2009 o INCA promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, tendo como objetivo conhecer experiências de programas bem-sucedidos na Europa, Canadá e Chile (INCA, 2009). No mesmo ano, foi implantado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), estimulando o aumento de mamografias como prevenção sendo uma iniciativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

Em 2010/2011, o INCA lançou o folder “Recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil”, que foi sendo atualizado nos anos seguintes, com quatorze recomendações para o cuidado dessa neoplasia. Em meados de março de 2011, o Plano Nacional reafirmou o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pela Presidência da República, onde todas as propostas foram incorporadas ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, estando vigente de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011).

Em maio de 2013 a PNAO foi atualizada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e neste mesmo ano, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) (BRASIL, 2013).

No ano de 2014 foi publicada a Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014, onde se estabelece incentivos financeiros de custeio e de investimento para a implantação de serviços de referência de diagnóstico de câncer de mama, além disso essa portaria determinou critérios para habilitação de Unidades de Saúde, além do *rol* mínimo de exames para o diagnóstico final (BRASIL, 2014). Já em 2015, foram lançadas novas diretrizes nacionais para a detecção precoce do câncer de mama em âmbito nacional. (INCA,2015).

Por fim, no ano de 2021, foram lançados parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama no Brasil e ainda no mesmo ano, foi atualizado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, projetando as novas metas para a próxima década 2021-2030 (BRASIL, 2021).

5.5 Práticas Políticas para o controle do câncer de mama

A conscientização e o controle desta doença devem abranger ações em todos os níveis, que se inicia desde campanhas para a promoção da saúde até o oferecimento dos cuidados paliativos (INCA,2022).

Para se ter melhor o controle sobre esta doença, destacam-se ações intersetoriais que visam ampliar o acesso a informação bem como as práticas preventivas, sendo uma delas, elucidar definitivamente sobre a importância de hábitos saudáveis na vida do indivíduo. Nos últimos anos, a Política Nacional de Promoção à

Saúde, tem intensificado o incentivo ao aumento de práticas saudáveis como forma de promover a qualidade de vida populacional (BRASIL, 2018).

5.6 Tipos de Tratamentos

Grandes avanços aconteceram nos últimos anos, principalmente nas cirurgias, onde houve a diminuição das mutilações do seio, assim como a individualização do tratamento (STEDGE *et al.*, 2014).

O tratamento pode variar de acordo com o estágio da doença, assim como, suas características biológicas, bem como da paciente (idade, *status* menopausal, comorbidades). Quando a doença é diagnosticada no início, as chances de cura são maiores, porém se o diagnóstico for tardio e com metástases, o tratamento terá como objetivo de prolongar a sobrevida e a melhorar a qualidade de vida dessa paciente (INCA, 2022).

Os tratamentos podem ser divididos em: **tratamento local** com cirurgia e radioterapia e reconstrução mamária, se necessário e também o **tratamento sistêmico** com quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica. Existem 4 (quatro) estágios da doença e são classificados de acordo com os exames clínicos para diagnóstico definitivo.

- **Estágios I e II** : conduta habitual com cirurgia, com a retirada apenas do tumor, ou mastectomia completa, seguida da reconstrução mamária. Após a cirurgia, é indicado como tratamento complementar a radioterapia (Giuliano *et al.*, 2011). Nestes estágios, os tratamentos sistêmicos serão avaliados com o risco de recorrência como por exemplo, idade, tamanho tumoral, assim como das características do tumor, será através dessas análises que o médico define a conduta terapêutica mais apropriada. (HAMMOND *et al.*, 2010).

- **Estágio III**: são pacientes com tumores maiores, em sua maioria. Inicia-se o tratamento sistêmico (quimioterapia) para a diminuição do tumor e caso a paciente responda positivamente a este tratamento, segue-se com o tratamento local com a cirurgia e radioterapia (CORTAZAR *et al.*, 2014).

- **Estágio IV**: nesse estágio, é fundamental buscar o equilíbrio entre a resposta ao tratamento, e o possível prolongamento da sobrevida dessa paciente (CARDOSO *et al.*, 2014).

5.6.1 Cuidados Paliativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) definido em 1990 e atualizado em 2002, determina que:

“Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais;” (WHO,2002).

No que diz respeito aos cuidados paliativos para o câncer de mama, segue-se os mesmos princípios dos Cuidados Paliativos gerais, dentre eles são:

- Fornecer alívio para a dor e outros sintomas estressantes;
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais ao aspecto clínico da doença;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Oferecer suporte para a família lidar com a doença do paciente;
- Oferecer suporte para os pacientes viverem ativamente até sua morte;
- Utilizar uma abordagem aos pacientes e familiares, como a inclusão de aconselhamento e suporte ao luto.

A taxa de mortalidade por câncer de mama foi em média de 11,84 óbitos para cada 100.000 mulheres em 2020, sendo as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul com 12,64 e 12,79 óbitos para cada 100.000 mulheres (INCA, 2022).

5.7 Nutrição alinhada à saúde e ao câncer de mama

O padrão alimentar ocidental, caracterizado pelo alto consumo de carne vermelha processada e gordura, e pela ingestão limitada de alimentos à base de plantas, pode estar associado ao aumento do risco de câncer de mama (PEJCIC, *et al.* 2023).

Ter uma alimentação equilibrada, harmoniosa e completa (rica em nutrientes) é essencial para a prevenção de doenças, e quando aliada as práticas de atividades físicas regulares e controle de gordura corporal, é possível reduzir o risco de desenvolvimento de doenças, inclusive do câncer de mama (INCA,2020).

Nas últimas décadas, pesquisadores tem buscado nos alimentos, os possíveis potenciais benéficos que uma dieta rica pode auxiliar no controle de doenças. Nesse

sentido podemos citar o caso das isoflavonas ou isoflavonóides que são compostos químicos da classe dos fenólicos e que pertencem a classe dos fitoestrógenos encontrados em vegetais, sendo a soja o mais representativo dos vegetais. Entre as isoflavonas da soja temos maiores proporções de genisteína, daidzeína e gliciteína, que podem sofrer alterações nas concentrações de acordo com tipos de processos que o grão poderá se submetido como fermentação ou mesmo quaisquer outros processos industriais (SETCHELL, 1998).

5.8 Isoflavonas

Em meados dos anos 90, os pesquisadores expressam maior interesse com a farmacologia e fisiologia das isoflavonas, principalmente de como se comportam no sistema biológico (SETCHELL, 1998). As isoflavonas são um subgrupo importante de flavonoides, que são uma grande classe de compostos fenólicos de ocorrência natural com grande diversidade estrutural e funcional. As agliconas genisteína, daidzeína e gliciteína, e seus glicosídeos genistina, daidzina e glicitina são considerados os representantes mais importantes das isoflavonas (PEJCIC, *et al.* 2023).

A maior concentração dessas moléculas estão nos fitoestrógenos, que são compostos difenólicos não esteroidais, originados ou derivado do metabolismo *in vivo*, de determinadas plantas. As principais classes de isoflavonas e concentrações estão na soja (isoflavonas), linhaça (lignanas) e ervilha (cumestanos). Estes fitoestrógenos possuem ação anticancerígenas, antioxidantes, diminuindo a inflamação das células e protegendo-as dos radicais livres (SETCHELL, 1998).

As evidências de que as isoflavonas protegem contra algumas doenças, é baseada em estudo experimentais e epidemiológicos que também evidenciaram que essas moléculas podem prevenir a perda óssea na pós-menopausa (BRANDI, 1997).

5.8.1 Fisiologia das isoflavonas no metabolismo

As isoflavonas frequentemente, aparecem na forma de glicosídeos (ligada a moléculas de carboidratos). No corpo humano, durante o seu metabolismo, elas são transformadas em agliconas eficazes (forma livre e ativa), como a daidzeína (7-hidroxi-3-(4-hidroxifenil)-4H-1-benzopirano-4-ona) e genisteína (5,7-di-hidroxi-3-(4-

hidroxifenil)-4H-1-benzopirano-4-ona) e gliciteína (7-hidroxi-3-(4-hidroxifenil)-6-metoxi-4H-1-benzopirano-4-ona) (PEJCIC, *et al.*, 2023).

A isoflavonas livres (ausência de molécula de açúcar ligada à sua estrutura) denominadas de *agliconas*, são a forma como as isoflavonas podem ser absorvidas pelo organismo humano. As enzimas hidrolíticas excretadas por bactérias que vivem no nosso intestino, são as responsáveis por estas reações internas hidrolisando ou convertendo as isoflavonas gliconas (ligadas a açúcares) em suas formas absorvíveis livres tornando-as fisiologicamente ativas. No lúmen intestinal, as bactérias endógenas transformam grande parte dessas *agliconas* em outras moléculas, como por exemplo, moléculas de antociadinas e somente dessa forma, sem a molécula de açúcar, as *agliconas* são absorvidas pela barreira epitelial do intestino (ANDERSON, 1997; GARNER, 1997; SZEJA; GRYNKIEWICZ; RUSIN, 2017; KIM, 2021).

Após a absorção intestinal, essas moléculas modificadas são incorporadas aos quilomícrons para serem transferidas pelo sangue ao longo dos linfonodos e entregues a todas as células do corpo e todas as células que contenham receptores para os estrógenos podem ser influenciadas por estas moléculas (ANDERSON, 1997 ; GARNER, 1997; MIADOKOVÁ, 2009; VITALE *et al.*, 2013).

Quando as isoflavonas alcançam o fígado, são armazenadas na forma de glucuronídeo ou sulfato e em seguida parte delas são liberadas para o intestino delgado através da ação da bile para circulação no trato gastrointestinal. Quando a circulação termina, as isoflavonas são excretadas principalmente através da urina onde aproximadamente a metade é excretada dentro de 12h e o restante após dois dias (ANDERSON,1997; GARNER,1997; RICE-EVANS, 2004).

Os efeitos benéficos das isoflavonas podem variar de tecido para tecido; onde a diferença da absorção está na afinidade dos receptores específicos.Com isso, os estudos demonstram que as isoflavonas possuem mecanismos gerais de ação, visto que, pode haver interferências no metabolismo de muitos nutrientes, isto inclui os efeitos estrogênicos, regulação da atividade de proteínas, regulação do ciclo celular e efeitos antioxidantes; sugerindo que, as isoflavonas, mais especificamente a genisteína e a daidzeína, ambas desempenham um papel crucial na prevenção de doenças crônicas como a osteoporose, diabetes e câncer, com ênfase para os cânceres de mama, colón e próstata (KURZER, 1997 ; XU, 1997).

5.8.2 Câncer x Isoflavonas

Estudos epidemiológicos demonstram que populações que consomem uma dieta rica em soja e seus derivados, tendem a ter uma incidência menor de determinados tipos de cânceres (próstata, cólon e mama, principalmente) se compararmos com as populações que não consomem e/ou não ingerem a quantidade ideal deste alimento, além de que, as isoflavonas veem sendo relatadas em estudos do tipo metanálises possuírem propriedades anti-carcinogênese, antioxidativas, efeitos anti-estrogênicos e anti-proliferativos, onde estas mesmas moléculas podem agir de diferentes formas mas sobretudo em promover a inibição do câncer (MOLTENI *et al.*, 1995).

Entre as isoflavonas, a genisteína, tem atraído a atenção principalmente porque inibe várias enzimas que estão envolvidas nos processos de carcinogênese somada as propriedades antioxidantes da genisteína que também são os responsáveis pelo efeito anti-carcinogênese (LAMARTINIERE *et al.*, 1995). A atividade antioxidante das isoflavonas está bem evidenciada na literatura e essa capacidade de sequestrar radicais livres depende em grande parte de sua estrutura (KRÓL-GRZYMAŁA; AMAROWICZ, 2020; RIZZO, 2020; KIM, 2021).

Os polifenóis como os flavonoides, classe que pertencem às isoflavonas, podem ser considerados valiosos antioxidantes naturais que reduzem radicais livres através de vários mecanismos, entre eles a doação de elétrons. Os radicais livres são moléculas que podem danificar outras biomoléculas, criar novos radicais e afetar adversamente a funcionalidade celular, o que está relacionado a diferentes processos metabólicos e reações no corpo humano, entre eles a carcinogênese (FRAGA *et al.*, 2019), além de outras doenças crônicas (POMPELLA, 1997).

Esse agente antioxidante mencionado acima, tem como objetivo de proteger as células contra os radicais livres e assim fortalecer nosso sistema de defesa (SIES, 1993).

Devido as isoflavonas serem estruturalmente similares ao 17- β -estradiol e se ligarem aos receptores de estrogênio (ER α e ER β) desempenham um papel na regulação dos efeitos do estrogênio no corpo humano. Quando o estrogênio é insuficiente, as isoflavonas desempenham as funções do estrogênio, e quando o estrogênio é excessivo, as isoflavonas bloqueiam os receptores de estrogênio, atuando assim como uma molécula antagonista. Em particular, a atividade antagonista

do estrogênio é importante na mama, endométrio e próstata, e tal atividade antagonista suprime a ocorrência de câncer (KIM, 2021).

Entre as isoflavonas, a genisteína, uma boa ação como supressores em cânceres receptores de estrogênio-positivo (ER+), incluindo câncer de mama. Ela suprime a função de enzimas como tirosina quinase de proteínas, quinase ativada por mitógenos e DNA polimerase II, inibindo assim a proliferação celular e induzindo apoptose, devido a esse mecanismo a genisteína desponta como a isoflavona mais biologicamente ativa e promissora para prevenção do câncer.

Outro estudo importante demonstra que, a genisteína é absorvida pelo intestino e apesar dos níveis sanguíneos não serem suficientes para inibir o crescimento de um tumor mamário, estas mesmas células que são absorvidas, são suficientes para regular a proliferação de células cancerígenas, tendo efeito quimiopreventivo no organismo humano, pois sua ação anula as células que poderiam desenvolver o tumor somado ao fato de que e as isoflavonas que são componentes naturais presentes na soja o dano causado seria zero, diferente de uma introdução quimioterápica (BARNES *et al.*; 1996).

Um estudo recente examinou a associação entre a ingestão de isoflavonas e o risco de câncer de mama por subtipo molecular em 1.709 mulheres coreanas com alto risco de câncer de mama hereditário (ou seja, portadoras de mutações BRCA1/2 e não portadoras com histórico familiar de câncer de mama de início precoce). O estudo indicou que a alta ingestão de isoflavonas nessa população pode atuar como fator preventivo, particularmente no câncer de mama luminal A do tipo BRCA2 mutado e no câncer de mama triplo-negativo do tipo BRCA1 mutado (SIM, *et al.*, 2020).

5.8.3 Consumo mundial de isoflavonas e câncer de mama

Em países com populações orientais foi observado uma baixa incidência para o diagnóstico positivo de câncer de mama, fator que tem uma possível relação com o consumo por esta população onde é cerca de 28-80 mg de genisteína por dia; países como China e Austrália juntos somam 310.094 (China 296.082 e Austrália 14.012) de casos positivos em mulheres no ano de 2024 (WHO,2024).

Em contrapartida, a ingestão diária de genisteína nos Estados Unidos da América (EUA) não ultrapassam a gramagem de 1-3 mg/dia (WEI *et al.*; 1995). A Organização Mundial da Saúde (WHO) estimou que serão diagnosticados 1,950

milhões de casos positivos com projeção de ocorrência de 609.820 mortes para o ano de 2024 (WHO, 2024).

Nos EUA, além do consumo das isoflavonas, também foi avaliada a prática de atividade física regular e foi possível observar que a junção da prática de atividade física e com uma dieta rica em soja, exerceu um efeito protetor para a neoplasia maligna de mama (Peter et al.; 2014).

Na Alemanha em um estudo de caso-controle com mais de 5.000 (cinco mil) mulheres, foi possível evidenciar que a prática de atividade física regular, pelo menos 3 (três) vezes na semana, alinhado com o consumo de uma dieta rica e variada em nutrientes, pode blindar o organismo para o não desenvolvimento do câncer de mama. As mulheres deste estudo apresentavam 50 (cinquenta) anos ou mais e já estavam na fase de pré-menopausa; outros países como Polônia e Japão também foram aplicados este estudo e em ambos a incidência de câncer é menor para os habitantes que consomem as isoflavonas em quantidades ideais, além de executar práticas de exercícios físicos regulares (SCHIMIDT *et al.*; 2019).

5.8.4. A importância da educação alimentar em hospitais

Na sociedade atual, a busca por alimentos benéficos para a saúde humana vem aumentando cada vez mais, e entre esses alimentos temos a soja, a qual apresenta características químicas e nutricionais que trazem benefícios comprovados a saúde, entre eles atuando diretamente na prevenção do câncer de mama (BEHRENS et al.; 2001).

Com a gama de informações disponíveis atualmente sobre os alimentos e suas propriedades, o Serviço de Nutrição e Dietética Hospitalar (SNDH), tem como objetivo aproveitar desses conhecimentos e utilizá-los para cuidar e acompanhar a dietoterapia de pacientes internados e de seus acompanhantes, prescrevendo dietas individualizadas conforme o tratamento e características dos pacientes o que possibilita desenvolver planos de cuidados nutricionais visando recuperação dentro dos preceitos do atendimento humanizado (BRASIL, 2022).

Entretanto a aceitação da soja não só em ambiente hospitalar, mas também em nosso País, sempre esteve abaixo do consumo ideal, pois suas características palatáveis não agrada a maioria do público que normalmente é assimilada como gosto de feijão cru. Devido a esse sabor, os pacientes que se encontram internados e em

tratamento oncológico hospitalar em junção com a inapetência alimentar que o paciente desenvolve pelos efeitos colaterais do tratamento e a pouca aceitação do sabor, as unidades hospitalares acabam não ofertando esse tipo de produto aos pacientes, e como agravante a soja não carrega nenhum componente afetivo, o que acaba sendo nula a inclusão da soja em uma dieta hospitalar (BEHRENS; DA SILVA, 2004). Entretanto essa pouca aceitação sensorial da soja pode ser minimizada aplicando técnicas gastronômicas na elaboração de um cardápio hospitalar.

Para a elaboração de um cardápio hospitalar, o nutricionista responsável deve levar em consideração a biodisponibilidade dos alimentos, o equilíbrio e harmonia nas preparações, a aceitação dos pacientes, a sazonalidade pontual dos alimentos, e além de cumprir as exigências higiênico-sanitária para a manipulação dos alimentos (BRITO, 2019).

Com todos os estudos que aqui foram levantados, principalmente com relação a importância do consumo de soja para a prevenção do câncer de mama, elaboramos um folder com informações sobre os benefícios das isoflavonas na prevenção do câncer de mama, para que, esta informação chegue ao maior número possível de pacientes e para a população em geral, para que tenham conhecimento de que a soja é uma aliada na prevenção desta doença. Iniciativas como essa mostram que entre as funções de um SNDH, há a de realizar campanhas educativas para possibilitar ao paciente e sociedade em geral o acesso a informações sobre dieta e alimentação que são fundamentais para sua saúde e bem-estar da população. Campanhas educativas como a iniciação de uma alimentação saudável em escolas para crianças e adolescentes em desenvolvimento alimentar, customizando a soja em uma preparação que possibilite ser manipulada pelos próprios alunos à fim de se tornar algo humanizado e criar laços afetivos com os alimentos. Conscientizar os nutricionistas quanto a inclusão da soja em cardápio hospitalar, sendo servido no mínimo quatro vezes na semana, onde estas preparações com a soja seja de forma agradável para os pacientes, ressaltando o bem estar e o equilíbrio hormonal em que as isoflavonas exercem no organismo humano, alinhando a prevenção de doenças, bem como diminuição dos efeitos colaterais em pacientes que já estão em tratamento oncológico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos mencionados neste trabalho, podemos inferir que uma dieta a base de soja e consequentemente, composta por isoflavonas, pode ser benéfica para prevenção do câncer, principalmente o de mama. Somado a isso, estudos mostraram que, conciliar a ingestão das isoflavonas e a prática de exercícios físicos, aumentam ainda mais o bem-estar de mulheres que estão entrando na fase de pré-menopausa. No entanto percebe-se que ainda são necessários estudos com humanos mais abrangentes com grupos controle e grupo teste para elucidar os mecanismos de ação das isoflavonas no organismo humano, sobretudo com relação ao câncer de mama.

As maiores evidências dos benefícios do consumo de soja (isoflavonas) com relação a prevenção do câncer de mama estão no fato de que populações orientais que são grandes consumidoras dessa leguminosa apresentarem as menores incidências desse tipo de câncer, lançando a hipótese dessa relação positiva. Entretanto pelo câncer ser uma patologia de causa multifatorial, assim como sua prevenção temos que explorar de forma muito cuidadosa essa relação para não gerarmos um entendimento equivocado e sobretudo trabalharmos sobre evidências concretas, fatores que impulsionam ainda mais a realização de estudos mais específicos que considerem a influência do maior número de variáveis, como variáveis ambientais, alimentares e de estilo de vida para de fato chegar a respostas mais conclusivas sobre alimentação e câncer.

Mesmo com a necessidade de mais estudos, fica claro que o consumo de soja dentro de uma dieta equilibrada dificilmente traria prejuízos a saúde, ao contrário, poderia contribuir para nosso bem-estar e prevenção de doenças crônicas como o câncer.

Diante da importância nutricional dessa leguminosa e pelo fato do Brasil ser referência mundial na produção de soja, poderíamos através de projetos educativos em saúde pública apoiados pelo Governo Federal e Ministério da Saúde, disseminar informações simples, seguras e de fácil entendimento sobre os benefícios nutricionais dessa leguminosa para a saúde humana e também de que a soja é uma aliada na prevenção do câncer de mama que é tão prevalente em nosso país, ressaltando a

importância da inclusão da soja em escolas para crianças e adolescentes à fim de obter laços afetivos com esta leguminosa e já iniciar o consumo deste alimento no qual sempre foi abaixo do ideal.

Através de campanhas de conscientizações para aumentar o consumo da soja e seus derivados em nosso país, sendo elaborado um Manual *On-line* de receitas tendo como principal alimento a soja e ensinar receitas saborosas e muito rica em nutrientes, melhorando os hábitos alimentares da nossa população em geral poderíamos além de proporcionar uma dieta mais variada valorizando a produção agrícola local, ainda contribuiríamos para a prevenção do câncer de mama em nossa população contribuindo para que a soja seja inclusa em nossa cultura nacional.

ANEXOS

Anexo 1. Folder ilustrativo.

Fonte: Autoria própria, 2024.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, J.J.B., GARNER, S.C. Phytoestrogens and human function. **Nutrition Today**, v.32, n.6, p.232-239, 1997.
Disponível: <https://www.scielo.br/j/rn/a/8qSMxnJJS5fr75WpDtJRnGf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.
- BARNES, S., SFAKIANOS, J., COWARD, L. Soy isoflavonoids and cancer prevention. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v.401, p.87-100, 1996.
Disponível: <https://www.scielo.br/j/rn/a/8qSMxnJJS5fr75WpDtJRnGf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.
- BEHRENS, J.H.; ROIG, S.M.; DA SILVA, M.A.A.P. Aspectos de Funcionalidade, de Rotulagem e de Aceitação de Extrato Hidrossolúvel de Soja Fermentado e Culturas Lácteas Probióticas. **Boletim SBCTA**, v.34, n.2, p.99-106, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cta/a/CYDdGKvVvWM8DRqdhHHLLKj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2024.
- BEHRENS, J.H; DA SILVA, M.A.A.P. Atitude do consumidor em relação à soja e produtos derivados. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, v.24, p.431-439, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cta/a/CYDdGKvVvWM8DRqdhHHLLKj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2024.
- BERMUDIL, P. M. M., et al. Padrão espacial da mortalidade por câncer de mama e colo do útero na cidade de são paulo. **Revista de Saúde Pública** v. 54, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6TXpLKyKwmJZRNmvLfYF4hD/?format=pdf&lang=pt#:~:text=No%20munic%C3%ADpio%20de%20S%C3%A3o%20Paulo,primeiro%20c%C3%A2ncer%20e%20estabilidade%20do> . Acesso em: 29 ago. 2023.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Dados e números sobre câncer de mama**. Publicado em: Brasília Setembro/2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-de-mama-relatorio-anual-2022>. Acesso em: 29 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Publicado em: Brasília 04/06/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama> . Acesso em: 29 ago. 2023.
- BRASIL. Sociedade Brasileira de Mastologia. **Inca lança a estimativa da incidência de câncer de mama no brasil**. Publicação: 01/10/2020. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/inca-lanca-estimativa-da-incidencia-de-cancer-de-mama-no-brasil/> . Acesso em: 29 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de nutrição e dietética**. Publicação: 15/07/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/saude/areas-de-apoio-e-de-diagnostico/servico-de-nutricaoedieteticasnd#:~:text=%C3%89%20um%20servi%C3%A7o%20que%20objet>

iva,para%20indiv%C3%ADduos%20sadios%20ou%20enfermos. Acesso em: 15 maio 2024.

BRITO, L.F.; Bezerra, V.M. Avaliação Qualitativa Das Preparações Do Cardápio De Uma Unidade De Alimentação E Nutrição Hospitalar De Vitória Da Conquista, Ba. **Alim Nutr.**, v.24, p.153-158, 2019. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/153/2419>. Acesso em 13 maio 2024.

ESTEVES, E.A; MONTEIRO, J.B.R. Efeitos benéficos das isoflavonas em doenças crônicas. **Rev. Nutr.** v 14, p. 43-52, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/8qSMxnJJS5fr75WpDtJRnGf/#>. Acesso em: 29 ago. 2023.

GANEPÃO. ISOFLAVONAS DE SOJA E RISCO DE CÂNCER DE MAMA. **Congresso de Nutrição da América Latina**. v. 56, p. 556-562, 2022. Disponível em: <https://ganepao.com.br/isoflavonas-de-soja-e-risco-de-cancer-de-mama/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

GIORDANO, S.H. *et al.* Clinical and biological characterization of male breast cancer (BC) EORTC 10085/TBCRC 029/BOOG 2013-02/BIG 2-07: baseline results from the prospective registry. **Cancer Research**, v.78, p. 5–9, 2017. Disponível em: https://aacrjournals.org/cancerres/article/78/4_Supplement/P5-23-01/632832/Abstract-P5-23-01-Clinical-and-biological. Acesso em 21 maio 2024.

GRYNKIEWICZ, G.; SZEJA, W. Synthetic glycosides and glycoconjugates of low molecular weight natural products. **Curr. Pharm. Des.**, v.22, p.1592-1627, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26654591/>. Acesso em: 21 maio 2024.

KANG, X.; ZHANG, Q.; WANG, S.; HUANG, X.; JIN, S. Effect Of Soy Isoflavones On Breast Cancer Recurrence And Death For Patients Receiving Adjuvant Endocrine Therapy. **CMAJ.**, v.182, p.1857–1862. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30382332/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

KANG, H.B.; ZHANG, Y.F.; YANG, J.D.; LU, K.L. Study On Soy Isoflavone Consumption And Risk Of Breast Cancer And Survival. **ASIAN PAC J CANCER PREV.**, v.13, p.995–998, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30382332/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

KIM, S.; SOHN, I.; LEE, Y.S.; LEE, Y.S. Hepatic gene expression profiles are altered by genistein supplementation in mice with diet-induced obesity. **J. Nutr.**, v.135, p.33-41, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15623829/>. Acesso em: 21 maio 2024.

KURZER, M.S.; XU, X. Dietary phytoestrogens. **ANNUAL REVIEW OF NUTRITION**, v.17, p.353-381, 1997. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9240932/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

KRÓL, A.; AMAROWICZ, R.; WEIDNER, S. Changes in the composition of phenolic compound and antioxidant properties of grapevine roots and leaves (*Vitis vinifera* L.) under continuous of long-term drought stress. **Acta Physiol. Plant.**, v.36, p.1491–

1499, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11738-014-1526-8>. Acesso em: 21 maio 2024.

LAMARTINIERE, C.A. *et al.* Neonatal genistein chemopreventives mammary cancer. **PROCEEDINGS OF THE SOCIETY FOR EXPERIMENTAL BIOLOGY AND MEDICINE**, v.208, p.120-123, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7892285/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

MIADOKOVA, E. *et al.* Antimutagenic potential of homoisofl avonoids from *Muscari racemosum*. **J Ethnopharmacol.**, v.81, p.381–386, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12127240/>. Acesso em: 21 maio 2024.

MOLTENI, A.; BRIZIO-MOLTENI, L.; PERSKY, V. In Vitro Hormonal Effects Of Soybean Isoflavones. **JOURNAL OF NUTRITION**, v.125, p.751-756, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7884561/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

PEJČIĆ, T. *et al.* The Role of Isoflavones in the Prevention of Breast Cancer and Prostate Cancer. **Antioxidants**, v.12, 1-21, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9952119/pdf/antioxidants-12-00368.pdf>. Acesso em: 21 maio 2024.

POMPELLA, A. Biochemistry and histochemistry of oxidant stress and lipid peroxidation. **International Journal of Vitamin and Nutrition Research**, v.67, n.5, p.289-297, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/bzHBTqBfJr8jmJn3ZXx9nMs/>. Acesso em: 16 maio 2024.

RIZZO, G.; BARONI, L. Soy, Soy Foods and Their Role in Vegetarian Diets. **Nutrients**, v.10, p. 1-51, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5793271/pdf/nutrients-10-00043.pdf>. Acesso em: 21 maio 2024.

RISE-EVANS, CATHERINE. Flavonoids and Isoflavones (Phytoestrogens): Absorption, Metabolism, and Bioactivity. Free **Radical Biology and medicine**, v. 36, p. 827 – 828, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891584903008608?via%3Dihub>. Acesso em: 21 maio 2024.

RUSIN, A. *et al.* Unsaturated genistein disaccharide glycoside as a novel agent affecting microtubules. **Bioorg. Med. Chem. Lett.**, v.19, p.4939-4943, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Aluno/Downloads/Szeja,2017.pdf>. Acesso em: 21 maio 2024.

SIES, H. Strategies of antioxidant defence. Review. **European Journal of Biochemistry**, Berlin, v.215, n.2, p.213-219, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/bzHBTqBfJr8jmJn3ZXx9nMs/>. Acesso em: 16 maio 2024

SUNG H, SIEGEL RL, ROSENBERG PS, JEMAL A. Emerging cancer trends among young adults in the USA: analysis of a population-based cancer registry. **Lancet Public Health**. 2019; v.4, p. e137-e147, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960894X09010464>. Acesso em: 21 maio 2024.

SZEJA, W. *et al.* An approach to C-glycosidic conjugates of isoflavones. **Heterocycl. Commun.**, v.19, p.133-138, 2013.

VITALE, D.C.; PIAZZA, B.; MELILLI, F.; DRAGO, F.; SALOMONE, S. Isoflavones: estrogenic activity, biological effect and bioavailability. **Eur J Drug Metab Pharmacokinet**, v.38, p.15–25, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23161396/> Acesso em: 21 maio 2024.

WEI, Y. *et al.* Soy Intake and Breast Cancer Risk: A Prospective Study Of 3000,000 Chinese Women and A Dose-Response Meta-0analyses. **European Journal of Epidemiology**, v.35, p. 567-578, 2020.

WEI, H.; BOWEN, R.; CAI, Q. Antioxidant and antipromotional effects of the soybean isoflavone genistein. **PROCEEDINGS OF THE SOCIETY FOR EXPERIMENTAL BIOLOGY AND MEDICINE**, v.208, p.124-130, 1995.
Disponível:<https://www.scielo.br/j/rn/a/8qSMxnJJS5fr75WpDtJRnGf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.

WHO, 2024. INTERNACIONAL AGENCY FOR RESERCH ON CANCER. **CANCER TODAY**. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/maps-most-common-sites?mode=cancer&key=total&sexes=2&cancers=20&age_start=7&age_end=13. Acesso em: 16 maio 2024.

ZHAO, T.T. *et al.* Dietary isoflavones or isoflavone-rich food intake and breast cancer risk: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Clinical Nutrition**. v. 38, p. 136-145, 2017.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS “Prof. Édi Salvi de Lima”
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

Daniel Aquilino Oliveira

Compliance na Jornada do Paciente ao Diagnóstico: uma revisão sistemática

Barretos
2024

Daniel Aquilino Oliveira

Compliance na Jornada do Paciente ao Diagnóstico: uma revisão sistemática

Trabalho de Graduação (TG) apresentado como requisito para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.

Orientadora: Profa. Me. Joyce Costa Henrique.
Coorientador: Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges.

Barretos
2024

Ficha Catalográfica
Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos Porfessora Édi Salvi Lima

O48c Oliveira, Daniel Aquilino.
Compliance na Jornada do Paciente ao Diagnóstico : uma revisão
sistemática / Daniel Aquilino Oliveira. – Barretos, 2024.
61 p. : il., tabs.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) – Faculdade
de Tecnologia de Barretos “Professora Édi Salvi Lima”.

Orientador: Joyce Costa Henrique

Coorientador: Rafael dos Santos Borges

1. Governança. 2. Saúde Pública. 3. Compliance. 4. Transparência
Diagnóstico. 5. Jornada do Paciente. I. Título.

CDD – 658.12

Daniel Aquilino Oliveira

Compliance na Jornada do Paciente ao Diagnóstico: uma revisão sistemática

Trabalho de Graduação (TG) apresentado como requisito para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Examinadora

Prof.^a. Me. Joyce Costa Henrique.
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”
Orientadora

Prof.^a.Dr.^a. Juliana Cristina Bassan
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Prof. Me. Leandro Gumieri
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Barretos
2024

Dedico este trabalho a todos àqueles que me ajudaram e apoiaram nessa trajetória, aos meus colegas de turma e àqueles que estiveram comigo no desenvolvimento do conhecimento necessário para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir trilhar um caminho de vitórias, com saúde e ao lado de minha família. Aos professores e funcionários da FATEC Barretos, por terem sido essenciais na realização de muitos dos meus sonhos, especialmente o de concluir essa segunda graduação, na qual me empenhei com dedicação e a utilizei como uma base sólida para meus estudos futuros.

Agradeço profundamente à minha esposa, cuja persuasão e apoio me incentivaram a seguir adiante nessa jornada, e ao meu filho, que compartilhou comigo cada etapa desse percurso.

Aos meus pais, expresso minha eterna gratidão pela participação decisiva na formação do meu caráter e por me ensinarem a encarar a vida com perseverança e resiliência, nunca desistindo dos meus sonhos.

Aos meus pais, pela educação que me proporcionaram, pela formação do meu caráter e pelo apoio incondicional em todos os momentos. Vocês me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos e a sempre acreditar no meu potencial.

Aos meus orientadores, por toda paciência e dedicação ao longo desse percurso, no qual sou imensamente grato por toda confiança. A expertise e incentivo de ambos, foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À Fatec Barretos, por oferecer uma estrutura e um corpo docente excepcionais, que me permitiram realizar uma segunda graduação com a qual me identifiquei profundamente. A todos os professores e funcionários que, com seu trabalho, contribuíram para o meu aprendizado e crescimento pessoal, meu sincero agradecimento.

"O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem
perder o entusiasmo."
(WINSTON CHURCHILL, 1941, p. 65)

RESUMO

Este estudo analisa o papel do compliance na jornada do paciente em busca de diagnóstico no sistema público de saúde brasileiro, destacando desafios e oportunidades de gestão. Por meio de uma Revisão Bibliográfica Sistemática, foram revisados sessenta artigos, selecionados com base na relevância, rigor metodológico e publicação em periódicos de alto impacto nas áreas de Medicina, Saúde Pública e Gestão em Saúde. A pesquisa utilizou descritores específicos e combinações booleanas para refinar os resultados e assegurar a pertinência dos dados analisados. Os resultados evidenciam que práticas de Compliance, aliadas a ferramentas de gestão e tecnologias móveis como o aplicativo InvestSUS, integrado à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), são fundamentais para identificar gargalos, otimizar processos e promover a equidade no acesso aos serviços. O estudo destaca ainda o uso de ferramentas de controladoria, como indicadores-chave de desempenho (*KPI*) e planejamento orçamentário, para reforçar a governança e mitigar riscos de corrupção e negligência. Conclui-se que o Compliance, aliado à adesão a protocolos clínicos e à integração entre setores público e privado, é essencial para oferecer um atendimento mais humanizado, eficiente, transparente e ético. Além de melhorar a experiência do paciente, essas práticas promovem a sustentabilidade e a integridade do sistema de saúde, apontando caminhos para a transformação digital e a gestão estratégica da saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: Governança. Saúde Pública. Compliance. Transparência Diagnóstico. Jornada do Paciente.

ABSTRACT

This study analyzes the role of compliance in the patient's journey toward diagnosis within the Brazilian public healthcare system, highlighting management challenges and opportunities. Through a Systematic Literature Review, sixty articles were reviewed, selected based on relevance, methodological rigor, and publication in high-impact journals in the fields of Medicine, Public Health, and Healthcare Management. The research utilized specific descriptors and Boolean combinations to refine results and ensure the relevance of the analyzed data. The findings demonstrate that Compliance practices, combined with management tools and mobile technologies like the InvestSUS app integrated with the National Health Data Network (RNDS), are essential for identifying bottlenecks, optimizing processes, and promoting equity in service access. The study also emphasizes the use of management tools, such as Key Performance Indicators (KPIs) and budget planning, to strengthen governance and mitigate risks of corruption and negligence. It concludes that Compliance, combined with adherence to clinical protocols and integration between public and private sectors, is crucial to providing more humane, efficient, transparent, and ethical healthcare. In addition to improving the patient experience, these practices foster the sustainability and integrity of the healthcare system, paving the way for digital transformation and strategic public health management in Brazil.

Keywords. Governance. Public Health. Compliance. Transparency Diagnostics. Patient Journey.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 Compliance na Gestão Pública de Saúde.....	15
2.2 Desafios e Ferramentas de Compliance	21
2.3 Jornada do Paciente	28
3 METODOLOGIA	33
3.1 Tipo de pesquisa	33
3.1.1 Período de pesquisa	33
3.2. Método	33
3.2.1 Referencial teórico	34
3.2.2 Fase Exploratória – Levantamento de Dados.....	34
3.3 Seleção e Análise dos estudos	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	36
5 CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS.....	60

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Compliance tem se tornado fundamental nas organizações, sendo essencial para garantir a eficácia e integridade dos serviços, tanto em esferas públicas quanto privadas. Compliance refere-se a um conjunto de regras e práticas que asseguram o cumprimento das normas legais, éticas e regulatórias, promovendo uma cultura de transparência e responsabilidade (Coutinho, 2018).

Com a promulgação da Lei nº 12.846/2013 (Brasil, 2013), conhecida como Lei Anticorrupção, o Compliance passou a ser uma diretriz primordial para as instituições brasileiras, responsabilizando-as por atos lesivos à administração pública (Duarte; Deus, 2017).

A gestão pública de saúde enfrenta uma série de desafios que impactam diretamente a jornada do paciente, especialmente em relação à eficácia no diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, o Compliance surge como um mecanismo essencial para mitigar riscos, aumentar a transparência e promover a integridade na administração pública de saúde. Desafios como a escassez de recursos, a fragmentação do sistema e a corrupção tornam a implementação de práticas de Compliance ainda mais urgente (Magno *et al.*, 2020; Saad-Diniz, 2019). A corrupção, que representa uma parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, reforça a necessidade de uma abordagem robusta para garantir a eficiência no uso dos recursos públicos (Araújo, 2019).

A jornada do paciente, que abrange desde o reconhecimento dos sintomas até a recuperação, é crucial para entender a experiência vivida dentro do sistema de saúde. Compreender essa trajetória é vital para identificar pontos críticos e oportunidades de melhoria na prestação de serviços (Hirai *et al.*, 2018). Este estudo propõe-se a analisar como as práticas de Compliance podem ser implementadas eficazmente na gestão pública de saúde, com foco na jornada do paciente em busca de diagnóstico.

Este trabalho explora o conceito de Compliance na gestão pública de saúde, enfatizando os desafios e oportunidades que emergem na jornada do paciente em busca de diagnóstico. A implementação de práticas de Compliance pode contribuir para mitigar os riscos de corrupção, melhorando o acesso equitativo aos serviços de saúde e promovendo a integridade do sistema de saúde pública.

O objetivo deste estudo foi realizar uma Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS), para ressaltar a importância atual da gestão pública de saúde e as questões relacionadas à conformidade, em relação aos desafios enfrentados na garantia da jornada do paciente por diagnóstico, através das práticas de Compliance.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico foi elaborado para direcionar o estudo e fornecer embasamento teórico sobre o tema, visando realizar conexões relevantes na análise dos resultados. Este capítulo de fundamentação teórica está dividido em três seções.

A primeira seção trata do Compliance na Gestão Pública de Saúde, abordando a definição de Compliance, sua história de implementação no Brasil e sua importância. Além disso, apresenta as entidades e atores envolvidos na gestão, como o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com destaque para as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

A segunda seção exibe os desafios e ferramentas de Compliance, incluindo regulamentação e controle sanitário, regulação dos planos de saúde, pesquisa e desenvolvimento (P&D), gestão dos hospitais universitários, retenção e atração de talentos científicos, além do aprimoramento e utilização da tecnologia na assistência.

A terceira seção aborda a jornada do paciente e os desafios e oportunidades dos serviços públicos de saúde, explorando como o Compliance pode influenciar positivamente a experiência do paciente e a eficiência dos serviços de saúde.

O processo começa com a busca por atendimento devido a sintomas como dores e desconfortos, seguido por consultas médicas e a realização de exames especializados. Essa trajetória inclui o diagnóstico da condição de saúde, seja ele positivo ou negativo, e abrange também as necessidades sociais e psicológicas do paciente, como o enfrentamento de medos, incertezas, aceitação da doença e adesão ao tratamento (Domenico, 2016).

O acesso à tecnologia no momento adequado é crucial para antecipar diagnósticos, melhorar o prognóstico e elevar a qualidade de vida. Para isso, são indispensáveis recursos como insumos, equipamentos, e profissionais qualificados, comprometidos com o restabelecimento da saúde pública. Além disso, é essencial que o processo seja conduzido de forma ética, com fluxos de atendimento menos burocráticos e uma comunicação mais eficaz, assegurando um cuidado mais eficiente e humanizado (Iriart *et al.*, 2019).

Estudar a jornada do paciente é crucial para compreender as dinâmicas e desafios do sistema de saúde, abrangendo desde a identificação de um problema de saúde até o diagnóstico, tratamento, acompanhamento e recuperação (Chamberlain; Craig, 2017).

Analisar essa jornada detalhadamente é essencial para identificar gargalos, otimizar processos, melhorar a experiência do paciente, reduzir custos e promover a eficiência no sistema de saúde. Este conceito é particularmente importante para este estudo, pois oferece uma

visão holística das interações dos pacientes com diferentes setores do sistema de saúde, permitindo identificar dificuldades individuais e impactos sociais e financeiros mais amplos (Hirai *et al.*, 2018).

2.1 Compliance na Gestão Pública de Saúde

Segundo a Febraban (2009), o termo "Compliance" deriva do verbo em inglês "to comply", que se traduz como cumprir, executar, satisfazer ou realizar o que foi estabelecido. Portanto, é possível compreender o Compliance como a observância das normas estabelecidas pela organização, sejam elas regulamentações internas ou externas. Nesse sentido:

Compliance é um conjunto normativo que assegura o cumprimento de regras de determinado setor. O significado tem como objetivo identificar possibilidades de infrações, falta de cumprimento de uma norma legal ou atividades que se configurem como atos de corrupção (Antonik, 2016, p. 50).

O sistema de Compliance, é a prática que assegura a conformidade das organizações com suas obrigações fiscais, jurídicas, administrativas, previdenciárias, ambientais e éticas. Trata-se da capacidade de alinhar grandes grupos de pessoas a padrões estabelecidos de conduta, promovendo uma cultura de integridade e responsabilidade (Araújo, 2019).

Estar em Compliance significa seguir rigorosamente todas as obrigações legais e financeiras, garantindo que a organização opere dentro das normas regulamentares. Esse conceito envolve também o compromisso com a saúde, segurança e bem-estar de todos os envolvidos nos processos organizacionais. A adoção de práticas de Compliance permite estabelecer uma cultura organizacional mais eficiente, especialmente no que diz respeito às burocracias, proporcionando um crescimento sustentável. Em termos econômicos, o Compliance previne que a empresa enfrente problemas administrativos que poderiam resultar em multas, sanções ou publicidade negativa (Antonik, 2016).

Além disso, o Compliance é essencial para manter a credibilidade das organizações. Ao seguir rigorosamente as normas legais e financeiras, ele minimiza os riscos de impactos adversos que possam comprometer sua reputação e integridade no mercado (Duarte, 2017).

A prática de Compliance teve seu surgimento nas instituições financeiras, principalmente com a criação do Banco Central Americano, no início do século XX, visando estabelecer um sistema financeiro mais estável e seguro. Embora tenha suas origens nesse ambiente, o conceito de Compliance transcende o setor financeiro, buscando conformidade ética tanto individual quanto coletiva. A Lei nº 12.846/2013 (Brasil, 2013), conhecida como

Lei Anticorrupção, marcou a significância do termo no Brasil, estabelecendo a responsabilidade das pessoas jurídicas por atos lesivos à administração pública, nacional ou estrangeira, com implicações para sucessores, administradores e dirigentes (Duarte; Deus, 2017).

A integridade no sistema público de saúde é um ponto crucial, especialmente diante dos desafios enfrentados pela gestão pública, onde a peregrinação do paciente por um diagnóstico precoce e tratamento rápido ganha relevância. Esse processo torna-se ainda mais crucial em casos de doenças graves, como o câncer e as doenças raras, onde o tempo de espera pode significar a diferença entre a vida e a morte da pessoa (Magno *et al.*, 2020).

No Brasil, a integridade e a eficiência na gestão pública têm sido impulsionadas pela implementação de mecanismos eficazes de governança e pela adoção de políticas anticorrupção (Coutinho, 2018). A Lei Anticorrupção, em vigor desde 2014, responsabiliza empresas por atos corruptos contra o governo, incentivando a implementação de programas de Compliance, que são fundamentais para evitar associações com corrupção e garantir a integridade nas relações comerciais, especialmente em empresas estatais (Araújo, 2019).

A corrupção, que causa enormes prejuízos aos cofres públicos brasileiros, tem sido alvo de atenção, com relatórios indicando que ela representa uma parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Globalmente, estima-se que a corrupção represente uma quantia de 5% substancial do PIB mundial (Araújo, 2019).

No quesito específico da saúde, tanto no Brasil como em países desenvolvidos, o Compliance tem se tornado essencial no combate à corrupção. Empresas que adotam programas eficazes de Compliance têm vantagens competitivas e são preferidas em contratos, tais como as Leis: *Sarbanes-Oxley Act* nos EUA e o *UK Bribery Act* no Reino Unido, que fortalecem esses programas (Araújo, 2019). No entanto, a eficácia desses programas está intrinsecamente ligada à governança eficiente, especialmente no setor público de saúde, onde a interação entre os setores público e privado, como no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, desempenha um papel crucial (Coutinho, 2018; Araújo, 2019).

Nas esferas acadêmicas, a governança assume significados diversos, sobretudo no contexto de gestão e políticas públicas, fornecendo uma perspectiva analítica vital para compreender as mudanças na tomada de decisões e na implementação de políticas (Albuquerque, 2018).

A complexidade das relações entre administração pública e política pública, destacando-se as diferenças e semelhanças entre os modelos adotados no Brasil e em outros países, como o Reino Unido, é evidente. Enquanto o SUS busca garantir o acesso universal à saúde de forma gratuita, o sistema de saúde do Reino Unido, conhecido como *National Health Service* (NHS),

também se destaca por seu caráter público e universal. Contudo, no Reino Unido, assim como no Brasil, os desafios são enfrentados em garantir um desempenho consistente e de alta qualidade nos cuidados prestados aos pacientes (Furnival, 2018; Araujo, 2019).

Variações inexplicáveis no desempenho das prestações de serviços, têm sido uma preocupação significativa, levando à introdução ou fortalecimento de sistemas de supervisão e regulação da saúde. No entanto, as agências reguladoras enfrentam críticas de que seus métodos de avaliação podem não ser precisos o suficiente para diagnosticar e melhorar efetivamente o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde (Furnival, 2018).

Para lidar com essas críticas, algumas agências reguladoras estão buscando além da simples garantia da qualidade dos cuidados por meio de inspeções e avaliações diretas. Elas estão implementando programas destinados a fortalecer as características organizacionais subjacentes das instituições de saúde, incentivando-as a desenvolver e sustentar seus próprios programas de melhoria. Isso é referido como "capacidade de melhoria", que se baseia na ideia de que as organizações de saúde devem ser capazes de usar abordagens, métodos e práticas de melhoria de forma sistemática e intencional para aprimorar seu desempenho (Furnival, 2018).

No Reino Unido, são seis agências reguladoras que supervisionam o sistema de saúde, e várias delas estão incorporando alguma avaliação da capacidade de melhoria em seus processos de inspeção e supervisão. No entanto, há uma lacuna na literatura em relação a como essas agências podem efetivamente avaliar essa capacidade dentro das organizações de saúde (Furnival, 2018).

Já no Brasil, para supervisionar e regular tanto a saúde pública quanto o setor privado de saúde, foram instituídas duas agências reguladoras, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que promove a proteção da saúde da população através do controle sanitário, autorização e regulamentação de produtos e serviços destinados a saúde e submetidos a vigilância sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cujo propósito é garantir um mercado mais organizado e competitivo, mantendo padrões de qualidade e protegendo os interesses dos consumidores (Ministério da Saúde, 2018).

A regulação da saúde, com a governança e a transparência são pilares essenciais para garantir a integridade e eficiência na gestão pública. No Reino Unido, onde seis agências reguladoras supervisionam o sistema de saúde, e no Brasil, onde a regulação é realizada pela ANVISA e ANS, a comunicação transparente entre essas agências reguladoras emerge como uma estratégia fundamental para fortalecer a supervisão e prevenir a corrupção (Furnival, 2018).

Essas dinâmicas complexas exigem uma análise aprofundada sobre como diferentes interesses e poderes influenciam a governança do sistema de saúde. No Brasil, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) desempenham um papel crucial nesse contexto, mas enfrentam desafios que destacam a necessidade contínua de aprimoramento e pesquisa (Albuquerque, 2018).

Embora as CIRs tenham sido gradualmente implementadas em todo o país, sua eficácia é afetada por uma série de desafios, incluindo conflitos de interesse, falta de coordenação técnica e escassez de recursos, o que destaca a necessidade contínua de aprimoramento e pesquisa para compreender melhor seu funcionamento e contribuição para a política de saúde regional. Essas dinâmicas complexas exigem uma análise aprofundada sobre como diferentes interesses e poderes influenciam as CIRs, transcendendo os meros representantes governamentais nelas envolvidos (Albuquerque, 2018).

Diante dessa esfera, a governança e a política anticorrupção emergem como pilares essenciais para a integridade e eficiência da gestão pública, especialmente no contexto da saúde. A promoção da transparência, da integridade e da eficiência não apenas fortalece a confiança da população nas instituições públicas, como também a todos atores envolvidos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, impactando diretamente na jornada do paciente, desde o diagnóstico até o tratamento (Albuquerque, 2018).

No contexto da gestão pública de saúde, o Compliance envolve a articulação de diversos atores, entidades e órgãos que atuam em diferentes níveis de governo, buscando assegurar a conformidade com as obrigações legais, regulatórias e éticas. Esses atores desempenham papéis fundamentais na governança e na alta gestão, garantindo a implementação eficiente das políticas públicas de saúde (PPS) e o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Carrapato *et.al*, 2019).

No âmbito federal, o Ministério da Saúde (MS) é a entidade responsável pela formulação, planejamento, coordenação e execução das políticas públicas de saúde. Composto por diversos secretários e departamentos especializados, como a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o MS é liderado pelo Ministro da Saúde. Sua função principal é traçar as diretrizes gerais do sistema de saúde, que serão executadas em todo o país, promovendo o acesso equitativo e integral aos serviços de saúde (Brasil, 2022).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) desempenha um papel essencial no controle social das políticas de saúde. Composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do SUS, o CNS tem como função monitorar, avaliar e

participar da formulação das PPS. Esse órgão assegura que a sociedade tenha uma voz ativa na construção e aperfeiçoamento do sistema de saúde, promovendo a transparência e a inclusão (Conass, 2022).

Em nível estadual, os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) cumprem uma função semelhante ao CNS, porém no âmbito dos estados. Com a participação de representantes do governo estadual, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do SUS, os CES acompanham a execução das PPS e garantem o controle social sobre as ações de saúde estadual. Sua atuação é crucial para a adaptação das políticas nacionais às realidades locais, respeitando as especificidades de cada estado (Brasil, 2022).

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) são lideradas por um Secretário Estadual de Saúde e possuem a responsabilidade de executar as PPS no estado. As SES coordenam as ações de saúde, incluindo a vigilância sanitária, o planejamento, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde. Elas também trabalham na regulação e fiscalização das atividades de saúde pública no estado, garantindo a conformidade com as normas estabelecidas pelo MS e os conselhos (Conass, 2022).

No nível municipal, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) seguem o modelo dos conselhos nacional e estadual, atuando diretamente na formulação e monitoramento das PPS. Formados por representantes do governo municipal, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do SUS, os CMS promovem o controle social e garantem a participação da população local na definição das prioridades de saúde no município (Conasems, 2022).

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), lideradas pelo Secretário Municipal de Saúde, são responsáveis por implementar as políticas de saúde no nível mais próximo do cidadão. Elas coordenam as ações de atenção básica, vigilância em saúde e outros serviços de saúde pública dentro do município. Seu papel é fundamental na garantia do acesso aos serviços de saúde, especialmente nas áreas mais remotas e carentes de infraestrutura (Conasems, 2022).

As Comissões Intergestores atuam como espaços de pactuação e coordenação entre os diferentes níveis de gestão. São compostas por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em três instâncias (Albuquerque, 2018):

- Tripartite: responsável pela articulação de diretrizes nacionais entre o MS, CONASS e CONASEMS.
- Bipartite: envolve representantes das SES e SMS, pactuando políticas e diretrizes a nível estadual.

- Regionais: compostas por representantes das SES e SMS, focam na integração e coordenação das ações de saúde a nível regional.

Outras entidades complementam o sistema de governança em saúde, sendo fundamentais para o Compliance na gestão pública de saúde (Garcia; Libânio, 2021):

- Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária): responsável pela regulamentação e controle sanitário no país.

- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar): regula os planos de saúde, garantindo a cobertura de serviços e proteção dos consumidores.

- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): um dos principais centros de pesquisa e desenvolvimento em saúde, atuando também na assistência à saúde.

- EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares): responsável pela gestão dos hospitais universitários federais, promovendo assistência de qualidade e ensino na área da saúde.

Essas entidades e órgãos atuam em conjunto para assegurar a implementação eficaz e equitativa das políticas de saúde pública, garantindo o acesso universal e integral à saúde para toda a população brasileira, formando os três pilares do SUS, ilustrado na figura 1. Compliance em saúde, nesse sentido, envolve a cooperação entre todas essas instâncias para que as diretrizes sejam cumpridas de forma transparente, eficiente e ética (Carrapato *et al.*, 2019).

Figura 1 – Pilares do SUS

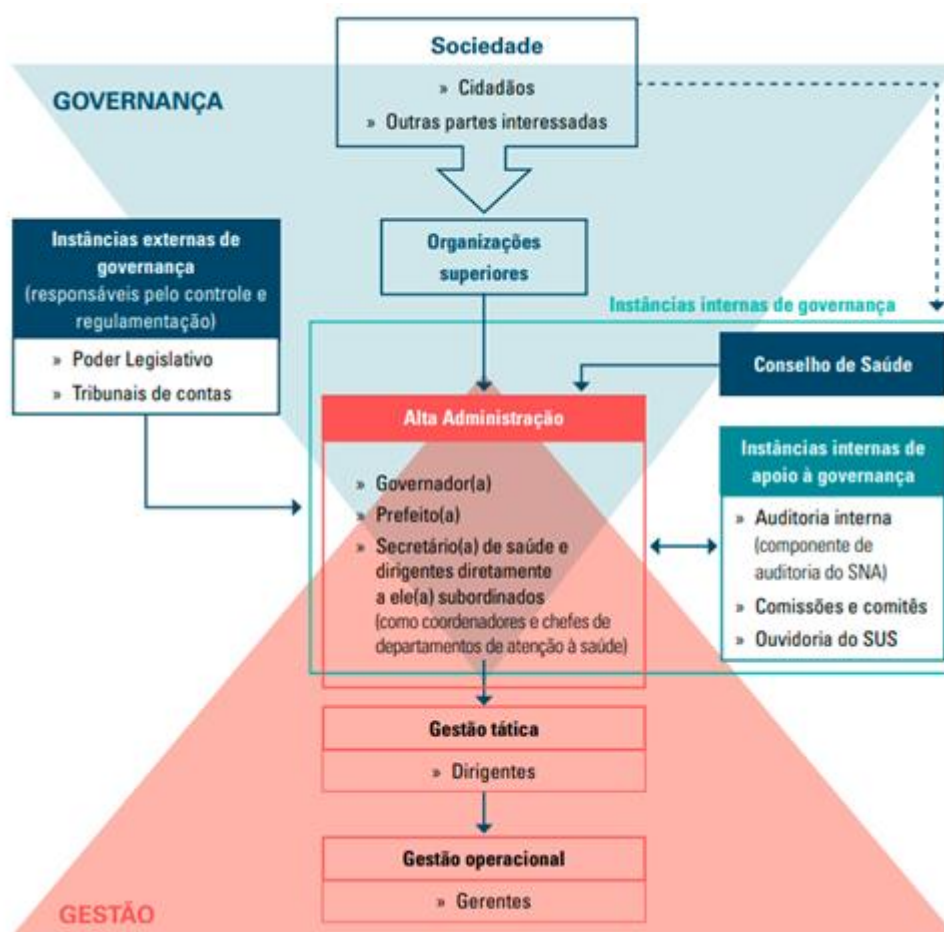


Fonte: Adaptado de Carvalho *et al.*, 2023.

2.2 Desafios e Ferramentas de Compliance

O Sistema de Governança e a Auditoria Interna do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos cruciais para garantir a eficiência, transparência e responsabilidade na gestão de recursos públicos destinados à saúde. Conforme detalhado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), e ilustrado na figura 2, o modelo de governança é estruturado em padrões internacionais e visa assegurar que as políticas e estratégias do SUS estejam alinhadas aos interesses públicos (Brasil, 2018).

Figura 2 – Modelo de Governança



Fonte: Guia de Governança e Gestão em Saúde (2018, p.26).

As instâncias internas de governança incluem o Conselho de Saúde e a Alta Administração, composta por governadores, prefeitos, secretários de saúde e seus subordinados diretos. Esses grupos são responsáveis pela definição, avaliação e monitoramento das políticas e estratégias de saúde. A sua atuação vai além da mera formulação de diretrizes, devendo também identificar e agir em casos de desvios, para garantir que as políticas e a sua implementação realmente atendam às necessidades da população (Carvalho *et.al*, 2023).

No contexto da auditoria interna, o SUS conta com o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que abrange todas as três esferas do governo (federal, estadual e municipal). O SNA foi instituído pelo Decreto nº 1651/1995 e tem como função verificar a aplicação correta dos recursos financeiros destinados à saúde. No nível federal, o foco está na fiscalização dos recursos repassados a estados e municípios, bem como na execução de ações e serviços de saúde que abrangem todo o território nacional (Brasil, 2018). No nível estadual, o SNA verifica a aplicação dos recursos estaduais e a gestão dos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados ou conveniados. Já no nível municipal, a auditoria se concentra em acompanhar as ações e serviços previstos no plano municipal de saúde e a gestão dos consórcios intermunicipais de saúde (Conass, 2022).

O papel de órgão central do SNA é desempenhado pela AudSUS, estabelecida pela Lei nº 8689/1993 e regulamentada pelo Decreto nº 11.098/2022 (Brasil, 2022). Ela coordena a auditoria interna e orienta estados, municípios e o Distrito Federal na implementação de políticas de controle, avaliação e auditoria, visando alcançar os objetivos do SUS de forma eficiente e integrada em todas as esferas de governo.

Assim, o sistema de auditoria e governança do SUS trabalham como um mecanismo de fiscalização e aprimoramento constante, uma ferramenta de Compliance para garantir que os recursos sejam aplicados assertivamente e que os serviços de saúde ofertados à população sejam de qualidade e acessíveis, conforme o interesse público (Brasil, 2022).

O presente trabalho, reflete a necessidade de explorar a implementação de práticas de Compliance para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades em melhorar a gestão da saúde pública, com foco especial na jornada do paciente desde o diagnóstico até o tratamento.

A jornada do paciente é um aspecto crucial para entender os desafios enfrentados pelos serviços públicos de saúde. A experiência do paciente, que abrange todas as ocorrências durante o atendimento, é um indicador vital da qualidade dos serviços prestados (Wolf *et al.*, 2014). De acordo com Granjeia *et al.* (2021), a jornada do paciente é complexa e multifacetada, envolvendo desafios como tempo de espera, comunicação deficiente, burocracia e a necessidade de humanização do atendimento.

Os desafios na gestão pública de saúde no Brasil são significativos e impactam diretamente a jornada do paciente. Estes desafios incluem a falta de transparência e comunicação ineficiente entre os diferentes agentes do sistema de saúde, gestão inadequada dos recursos e desigualdades no acesso a diagnósticos e tratamentos (Araujo *et al.*, 2019).

A ineficiência do sistema de saúde brasileiro, atribuída ao modelo de remuneração por serviços utilizados pelo SUS, resulta em uso excessivo de recursos e dificuldade em garantir a eficiência dos cuidados (Furnival *et al.*, 2018).

Além dos problemas estruturais, a falta de acesso a tratamentos específicos e a distribuição desigual de recursos e profissionais de saúde contribuem para disparidades significativas no atendimento (Interfarma, 2018). Nesse contexto, a utilização de ferramentas de mapeamento de processos, como o SIPOC (*Supplier-Input-Process-Output-Customer*), pode ser extremamente útil. A ferramenta SIPOC permite identificar os atores, materiais, informações e atividades envolvidas em um processo, possibilitando a análise e a busca por melhorias e otimizações. Esse processo pode ser enriquecido com o uso de outras ferramentas de qualidade, como fluxogramas e diagramas (Marra, 2018). Segundo Furnival (2018), políticas públicas e programas de conscientização são fundamentais para a prevenção e o diagnóstico precoce, reduzindo a sobrecarga no sistema de saúde. Nesse cenário, a integração de ferramentas de qualidade, como o SIPOC, ajuda a mapear processos e identificar oportunidades de melhoria. Além disso, outras ferramentas de gestão aliadas a tecnologia, como o *Mobile Government*, promovem maior comunicação entre gestores, com transparência e acessibilidade, otimizando a jornada do paciente (Granjeira *et al.*, 2021; Reis *et al.*, 2022).

A disseminação de dispositivos móveis impulsionou o acesso a serviços por meio da tecnologia *mobile*. O uso de dispositivos habilitados para Internet já superou o de computadores pessoais em diversos países, e até 2020, o número de assinaturas móveis excederia o de linhas fixas em todo o mundo. Esses usuários utilizam seus dispositivos móveis por diversas razões, incluindo a comunicação com o governo (Reis *et al.*, 2022).

No setor público, o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) evoluiu, formando a base do governo digital. Essa evolução levou ao crescimento da inserção móvel no ambiente governamental, fortalecendo a conectividade entre governo e população. As tecnologias móveis abriram caminho para que os governos forneçam informações e serviços transacionais de forma rápida e eficiente para os cidadãos (Reis *et al.*, 2022).

Assim, as pessoas passaram a acessar serviços públicos por meio de dispositivos móveis, criando um modelo de prestação e utilização desses serviços, conhecido como governo móvel (*m-government* ou *m-gov*) (Andrade *et al.*, 2020).

Organizar, financiar e gerir um sistema de saúde universal em um país continental como o Brasil, com mais de 200 milhões de habitantes, é um desafio enorme. Desde 1988, o Brasil possui o maior sistema de cobertura universal de saúde do mundo, inspirado no NHS do Reino Unido. O SUS coordena vigilância em saúde, dados epidemiológicos, farmacovigilância,

pesquisas, hemocentros e transplantes, além de administrar hospitais. O DATASUS, responsável pela coleta e processamento de dados, criou a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) para facilitar a gestão e promover eficiência (Andrade *et.al*, 2020).

Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), é uma plataforma nacional de interoperabilidade de dados em saúde, criada pelo DATASUS. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020, a RNDS faz parte do programa Conecte SUS, que visa a transformação digital da saúde no Brasil (DATASUS, 2020).

A principal função da RNDS é promover a troca de dados entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, tanto no setor público quanto no privado, facilitando a continuidade e a transição do cuidado (Brasil, 2020).

A RNDS é a rede que conecta os atores e dados de saúde em todo o país, estabelecendo o conceito de uma Plataforma Nacional de Inovação, Informação e Serviços Digitais em Saúde. Ela não é apenas um sistema de informação, mas também uma plataforma que permite a integração de qualquer sistema de informação (Andrade *et.al*, 2020).

A plataforma traz uma série de benefícios para o sistema de saúde. Primeiramente, ao conectar informações, ela contribui no combate a pandemias, oferecendo maior controle sobre os dados relacionados a surtos, o que fortalece a resposta do sistema de saúde. Além disso, permite comprovar o ciclo vacinal dos cidadãos, possibilitando o monitoramento e a gestão da saúde populacional em tempo real. Ferramentas de engajamento ativo são disponibilizadas, incentivando o cidadão a participar do controle de epidemias (Brasil, 2020).

No que diz respeito à melhoria do atendimento, a RNDS proporciona acesso facilitado às informações de saúde, promovendo maior transparência e registrando todos os atendimentos. Isso leva a uma melhor oferta dos serviços de saúde, colocando o cidadão como protagonista em seu próprio cuidado (DATASUS, 2020).

Quanto ao acompanhamento do paciente, a rede auxilia no registro de toda a trajetória do indivíduo dentro do sistema de saúde, o que contribui para diagnósticos mais precisos e maior resolutividade dos casos. A continuidade do cuidado é garantida, evitando que o paciente perca o acompanhamento de sua condição (Brasil, 2020).

Em termos de eficiência na gestão dos recursos públicos, a RNDS organiza as informações de forma estratégica, permitindo mapear as necessidades da população e planejar ações de saúde mais efetivas. Ela também amplia o monitoramento das atividades, combate fraudes e oferece suporte na tomada de decisões importantes para a gestão (DATASUS, 2020).

No campo da inovação em saúde, a rede facilita o uso de telessaúde e de inteligência artificial, além de integrar tecnologias emergentes e a internet das coisas. A qualidade dos dados

é valorizada, para buscar tomadas de decisões mais informadas e eficazes (CONNECTSUS, 2020).

Além dessas ferramentas, é essencial mencionar o papel das práticas de Compliance nas organizações, especialmente quando integradas a setores como controladoria, governança, recursos humanos (RH) e outros departamentos estratégicos. A criação e internalização de um setor de Compliance é fundamental para assegurar que as normas e regulamentos sejam seguidos, promovendo um ambiente ético e transparente. Esse setor, junto com a governança e a controladoria, desempenha um papel crucial na preservação da integridade organizacional, identificando e prevenindo riscos (Rodrigues; Pereira, 2021).

O RH, em colaboração com o Compliance, assume uma responsabilidade vital na promoção de uma cultura organizacional que vai além do simples cumprimento de regras. O setor de RH também atua no cuidado com o bem-estar psicológico e comportamental dos colaboradores, garantindo um ambiente de trabalho que favorece o crescimento profissional e pessoal. Ao proporcionar condições para que os colaboradores se desenvolvam, não apenas em suas carreiras, mas também em suas habilidades interpessoais e emocionais, as empresas conseguem criar um clima organizacional eficaz e harmonioso (Louzada *et al.*, 2021).

Esse ambiente positivo reflete diretamente na produtividade e no engajamento dos funcionários, além de fortalecer a comunicação interna e a colaboração entre diferentes setores. A sinergia entre Compliance, governança, controladoria e RH promove, assim, um ciclo virtuoso de confiança, desenvolvimento e progresso contínuo, resultando no sucesso organizacional (Pereira, 2020).

No contexto da controladoria, o termo *accountability* é essencial para garantir a responsabilidade e a transparência na gestão das informações e na tomada de decisões dentro das organizações. A controladoria, como uma evolução da contabilidade gerencial, desempenha um papel crucial ao assegurar que todas as informações financeiras e gerenciais sejam precisas, completas e transparentes, facilitando a tomada de decisões estratégicas baseadas em dados confiáveis (Oliveira *et al.*, 2017).

Além disso, a controladoria é responsável pela implementação de práticas de Compliance e governança corporativa, garantindo que a empresa esteja em conformidade com leis e regulamentos, e prevenindo fraudes e irregularidades (Nunes *et al.*, 2016).

Através do planejamento orçamentário e do controle financeiro, a controladoria promove a eficiência e a eficácia na utilização dos recursos da empresa, alinhando-os aos objetivos estratégicos da organização (Mucci *et al.*, 2016). Portanto, *accountability* na controladoria é sobre garantir que todas as ações e decisões sejam justificáveis e que a empresa

opere de maneira ética e transparente, promovendo a responsabilização dos funcionários e gestores públicos para proporcionar confiança entre todos os *stakeholders* (Virani *et al.*, 2023).

De acordo com Angnes e Studzinski (2022), os modelos e ferramentas identificados no artigo e apresentados no quadro 1 – Ferramentas e Práticas de Controladoria, são amplamente utilizados para garantir a eficiência e a eficácia dos processos de gestão, proporcionando informações cruciais para a tomada de decisões. A implementação de um departamento de controladoria, com o uso dessas ferramentas, aumenta a confiabilidade e a assertividade no planejamento e controle das operações, reduzindo os riscos inerentes aos negócios.

Quadro 1 – Ferramentas e Práticas de Controladoria

Práticas de Controladoria	Ferramentas de Controladoria
Análise da cadeia de valor	Sistemas de informação gerencial, Sistemas de inteligência de negócio e mercado
Análise Custo-Volume-Lucro (CVL)	Relatórios gerenciais e contábeis, Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil
Análise da Externalização (Outsourcing)	Controles administrativos internos, Auditoria
Análise do Retorno do Investimento (ROI)	Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil, Relatórios gerenciais e contábeis
Análise do Valor Presente Líquido	Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil
Avaliação de Desempenho	Indicadores Chave de Desempenho (KPI), <i>Balanced Scorecard</i> (BSC)
Balanced Scorecard (BSC)	Balanced Scorecard, Relatórios gerenciais e contábeis
Controle Interno na Proteção de Ativos	Controles administrativos internos, Auditoria
Custeio ABC	Controles financeiros e contábeis, Relatórios gerenciais e contábeis
Custeio Direto	Controles financeiros e contábeis, Relatórios gerenciais e contábeis
Custeio Kaizen	Controles de qualidade, Relatórios gerenciais e contábeis
Custeio Meta	Controles financeiros e contábeis, Relatórios gerenciais e contábeis
Custeio Padrão	Controles financeiros e contábeis, Relatórios gerenciais e contábeis
Custeio por Absorção	Controles financeiros e contábeis, Relatórios gerenciais e contábeis
Custeio Variável	Controles financeiros e contábeis, Relatórios gerenciais e contábeis

Fonte: Adaptado de Angnes; Studzinski (2022).

Quadro 1 – Ferramentas e Práticas de Controladoria - Continuação

Práticas de Controladoria	Ferramentas de Controladoria
Gestão Baseada em Valor (VBM)	Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil, Relatórios gerenciais e contábeis
Gestão Inter organizacional de Custos (GIC)	Sistemas de informação gerencial, Sistemas de inteligência de negócio e mercado
Indicadores Chave de Desempenho (KPI)	Indicadores Chave de Desempenho (KPI), Relatórios gerenciais e contábeis
<i>Open Book Accounting (OBA)</i>	Relatórios gerenciais e contábeis, Auditoria
Orçamento de Capital	Planejamento orçamentário, Relatórios gerenciais e contábeis
Orçamento Operacional	Planejamento orçamentário, Relatórios gerenciais e contábeis
Planejamento Tributário	Planejamento e controle tributário, Relatórios gerenciais e contábeis
Preço de Transferência	Planejamento e controle tributário, Relatórios gerenciais e contábeis
Processo Orçamentário	Planejamento orçamentário, Relatórios gerenciais e contábeis
Sistema de Gestão Econômica (GECON)	Sistemas de informação gerencial, Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil
Teoria das Restrições	Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil, Relatórios gerenciais e contábeis
Valor Econômico (EVA)	Ferramentas de avaliação econômica/financeira/contábil, Relatórios gerenciais e contábeis

Fonte: Adaptado de Angnes; Studzinski (2022).

A adoção de modelos e ferramentas de controle é essencial para os profissionais de controladoria, pois permite a escolha adequada dos meios para a execução dos controles internos. A controladoria não se restringe apenas à contabilidade gerencial, abrangendo também funções de planejamento, elaboração e interpretação de relatórios gerenciais (Angnes; Studzinski, 2022). Além disso, a controladoria contribui para a redução dos riscos em governança corporativa e fornece suporte à formulação e execução de estratégias empresariais (Nunes *et al.*, 2016).

2.3 Jornada do Paciente

A jornada do paciente é um processo multifacetado que começa com a identificação de um problema de saúde e se estende até o tratamento e acompanhamento contínuo. Esse caminho pode ser árduo e cheio de incertezas, principalmente para pacientes que enfrentam doenças complexas como o câncer e condições raras. Nessas situações, a combinação de fatores como a dificuldade diagnóstica, a escassez de tratamentos específicos e a necessidade de cuidados especializados torna a trajetória ainda mais desafiadora (Chamberlain; Craig, 2017).

A jornada do paciente é tipicamente estruturada em diversas etapas: conscientização, busca por informações, consulta médica, exames, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Cada fase é crucial para o desfecho do tratamento, e os desafios associados a cada uma delas são amplificados quando se trata de doenças como o câncer e doenças raras (Camargo, 2023). No estágio inicial, muitos pacientes precisam lidar com a falta de informações precisas sobre sua condição, o que muitas vezes resulta em consultas e exames desnecessários, atrasando o diagnóstico correto.

Além disso, pacientes com doenças raras ou câncer frequentemente enfrentam longos períodos de espera até a obtenção de um diagnóstico conclusivo. A raridade dessas condições e a complexidade do diagnóstico podem levar a um ciclo prolongado de consultas e testes, muitas vezes sem resultados definitivos. Isso é agravado pela falta de profissionais especializados e a limitação de recursos, especialmente em sistemas públicos de saúde ou em regiões menos favorecidas, onde o acesso a tecnologias avançadas e testes genéticos é restrito (Chamberlain; Craig, 2017).

Nas últimas décadas, os avanços na genética e genômica revolucionaram a abordagem ao diagnóstico e tratamento de condições como o câncer e doenças raras. Testes genéticos agora permitem a identificação de mutações específicas que são determinantes para o desenvolvimento dessas doenças. Com essas informações em mãos, médicos podem personalizar o tratamento, ajustando-o às necessidades únicas de cada paciente. Esse tipo de medicina personalizada aumenta significativamente as chances de sucesso terapêutico, proporcionando tratamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais (Camargo, 2023).

Um exemplo claro dessa transformação é a recente promulgação de uma normativa federal que promove a colaboração entre laboratórios privados e o sistema público de saúde, facilitando o acesso a testes genéticos e genômicos. Essa medida visa democratizar o acesso a diagnósticos de alta precisão e tratamentos personalizados, ampliando as possibilidades terapêuticas para pacientes com câncer e doenças raras (Forésti; Oliveira, 2021).

No Brasil, políticas públicas como a Lei nº 14.238/21, conhecida como o Estatuto da Pessoa com Câncer, têm sido fundamentais para garantir os direitos e a proteção de pessoas que enfrentam essa doença. Essa legislação estabelece diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, além de reforçar a necessidade de políticas públicas eficazes que promovam o acesso a tratamentos de qualidade (Brasil, 2021).

Além disso, a Portaria nº 199/2014 institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir cuidados abrangentes e especializados para esses pacientes. No entanto, a implementação dessa política ainda enfrenta barreiras, como o financiamento insuficiente e a falta de capacitação de profissionais de saúde, o que limita a oferta de serviços adequados (Brasil, 2014).

Para superar essas barreiras, é fundamental aumentar o financiamento, promover a capacitação de profissionais de saúde e fortalecer a rede de atendimento com mais centros de referência e integração com a atenção básica (Chamberlain; Craig, 2017).

Em todas as fases da jornada do paciente, na adesão a protocolos e diretrizes, o Compliance é fundamental para garantir o sucesso do tratamento. No início do processo, o cumprimento rigoroso das orientações para exames e biópsias é essencial para um diagnóstico preciso, evitando erros que possam atrasar o início do tratamento. Em casos de câncer, o estadiamento e planejamento terapêutico dependem da correta aplicação de protocolos clínicos, assegurando que a abordagem seja a mais apropriada para cada paciente. O uso de terapias combinadas, como quimioterapia e radioterapia, deve seguir recomendações padronizadas para maximizar a eficácia e minimizar os efeitos adversos (Camargo, 2023).

Esse princípio de adesão rigorosa também é de extrema importância no tratamento de doenças raras, que frequentemente não dispõem de protocolos tão bem definidos quanto os do câncer. A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR) desempenha um papel vital na garantia de um cuidado integral para esses pacientes, mas a falta de conhecimento específico sobre essas condições, tanto por parte dos profissionais quanto da população em geral, continua sendo um obstáculo significativo. Para que esses pacientes tenham acesso a cuidados de qualidade, é crucial que diretrizes claras e aplicáveis sejam seguidas (Iriart *et al.*, 2019).

Após o término do tratamento, o Compliance continua a ser essencial na fase de acompanhamento. Pacientes com câncer e doenças raras precisam aderir a calendários rigorosos de consultas e exames periódicos para monitorar sua recuperação e identificar precocemente qualquer recidiva ou complicação. Essa vigilância pós-tratamento é indispensável para a

detecção precoce de novos episódios da doença, o que pode influenciar diretamente na taxa de sucesso do tratamento subsequente (Camargo, 2023).

As soluções inovadoras para otimizar o fluxo da jornada do paciente dentro de um estabelecimento de saúde, conforme ilustrado na figura 3, podem ser desenvolvidas a partir da integração de tecnologia, gestão eficiente e humanização no atendimento. Ferramentas como sistemas de e-prontuário e plataformas de agendamento online são fundamentais para reduzir o tempo de espera, simplificar processos e melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. Além disso, o uso de *chatbots* e centrais de relacionamento oferece suporte ágil, tornando a experiência mais acessível e fluida (Melo, 2023).

Figura 3 – Fluxo do compliance na Jornada do Paciente



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A capacitação das equipes de saúde também desempenha um papel essencial. Treinamentos voltados para práticas humanizadas e a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências garantem que os atendimentos sejam conduzidos com qualidade e empatia. Simultaneamente, a desburocratização de processos administrativos, aliada à criação de centros de referência regionais para casos mais complexos, como doenças raras ou câncer, facilita o acesso a recursos especializados e tratamentos personalizados, ampliando a eficiência do sistema de saúde (Pereira; Santos, 2023).

Dessa forma, garantir que todos os envolvidos na jornada do paciente, médicos, enfermeiros, gestores de saúde, além dos próprios pacientes e suas famílias, compreendam a importância dos protocolos, onde o Compliance é fundamental para otimizar os resultados. Esse

enfoque integrado melhora a qualidade do atendimento, promove uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde e tem um impacto positivo nos desfechos terapêuticos, tanto para pacientes oncológicos quanto para aqueles com doenças raras (Iriart *et al.*, 2019).

A crescente incidência de doenças oncológicas é um fenômeno global, influenciado tanto por fatores de risco não controláveis, como a longevidade e a herança genética, quanto por fatores controláveis, como o tabagismo, consumo de álcool, exposição a substâncias carcinogênicas e obesidade. Esses fatores impactam diretamente na saúde pública, criando desafios para a prevenção e o controle dessas doenças. No Brasil, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Portaria nº 874 de 2013, reforça a necessidade de cuidados integrais e interdisciplinares no tratamento de pacientes oncológicos, com foco na assistência às pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Domenico, 2016).

O cuidado ao paciente com câncer demanda um projeto terapêutico complexo e de longo prazo, envolvendo profissionais de diversas formações. A articulação dessas demandas exige uma gestão contínua e retroalimentada por sistemas de monitoramento de qualidade e eficiência. Além disso, é imprescindível o fomento à educação continuada qualificada dos profissionais de saúde, tanto nas perspectivas técnico-científica quanto social-humanística. O diagnóstico de câncer, embora ainda esteja associado ao estigma de gravidade e letalidade, tem suas taxas de sobrevivência aumentadas em muitos contextos, especialmente onde há infraestrutura adequada e profissionais capacitados (Chamberlain; Craig, 2017).

A *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) recomenda, para o cuidado dos sobreviventes de câncer, ações que incluem a avaliação contínua dos riscos e das necessidades psicossociais, informações sobre fertilidade, efeitos colaterais persistentes e rastreamento de outros tipos de câncer. Isso reflete a crescente preocupação com a qualidade de vida dos pacientes sobreviventes, um desafio ainda maior para países em desenvolvimento (Domenico, 2016).

A jornada do paciente com câncer ou de doenças genéticas raras é repleta de desafios complexos que exigem soluções inovadoras, políticas públicas eficazes e um compromisso com a adesão a protocolos clínicos. O avanço da genética e da genômica trouxe novas oportunidades para personalizar o tratamento e melhorar as chances de sucesso. Entretanto, a implementação dessas tecnologias e práticas ainda depende de esforços conjuntos entre o setor público e privado, além de uma forte estrutura de Compliance para garantir que todos os pacientes recebam cuidados apropriados e eficazes. O futuro do tratamento de doenças complexas está

diretamente ligado à capacidade de integrar avanços científicos com práticas clínicas baseadas em evidências, garantindo, assim, um cuidado mais humanizado e eficiente (Iriart *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Este estudo é classificado nas áreas de Ciências Sociais Aplicadas e Ciências da Saúde, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tendo relevância para políticas de pesquisa e financiamento de recursos (GIL, 2022). Trata-se de uma pesquisa básica e estratégica, com foco em preencher lacunas de conhecimento, além de propor soluções práticas para a aplicação do Compliance na jornada do paciente. A pesquisa é exploratória, utilizando levantamento bibliográfico sistemático para analisar os desafios e oportunidades relacionados à qualidade dos serviços prestados, à transparência e integridade dos serviços públicos de saúde. O objetivo é identificar as ferramentas de controle, as políticas públicas anticorrupção na saúde e a promoção do acesso ao diagnóstico preventivo.

3.1.1 Período de pesquisa

A pesquisa foi realizada entre fevereiro e setembro de 2024, com a análise de publicações dos últimos 10 anos (2014-2024), garantindo que as informações estejam atualizadas e relevantes para o contexto atual da gestão pública de saúde, os desafios enfrentados na jornada do paciente e as práticas de Compliance.

3.2. Método

Para alcançar os objetivos deste estudo, utilizou-se a Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS), com a aplicação da ferramenta PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), que assegura a transparência e a qualidade da revisão. A RBS foi empregada para reunir e analisar estudos que tratam da aplicação do Compliance na jornada do paciente, com foco nos desafios enfrentados pelos pacientes e pela gestão pública na busca pelo diagnóstico e pelo tratamento de doenças raras e oncológicas.

A revisão seguiu um protocolo estruturado, com critérios de inclusão e exclusão definidos com base nos objetivos da pesquisa. A busca foi realizada em diversas bases de dados científicas, incluindo a *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *ScienceDirect* (Elsevier), *Journal Storage* (JSTOR), *Google Scholar*, *Cochrane Library*, Biblioteca Virtual em Saúde MS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a base de livre acesso PubMed, desenvolvida e mantida pelo *National Center of Biotechnology Information* (NCBI) na *National Library of Medicine* (NLM), localizada nos *National Institutes of Health*

(NIH). Utilizaram-se descritores como “Compliance”, “Jornada do paciente”, “Saúde pública”, “Governança” e “Diagnóstico”, tanto em português quanto em inglês. Apenas os estudos que atendiam aos critérios de qualidade e relevância foram incluídos na análise.

3.2.1 Referencial teórico

A construção do referencial teórico foi estruturada em três eixos principais: conceitos sobre Compliance na gestão pública de saúde, desafios e ferramentas de Compliance, e a jornada do paciente em busca de diagnóstico e tratamento. O estudo iniciou com a análise do conhecimento científico existente, abrangendo o estado da arte do tema. Para isso, foram consultadas bases de dados, artigos, documentos científicos e normativas federativas do Brasil. Esses materiais foram utilizados na revisão bibliográfica sistemática, com a aplicação da ferramenta PRISMA, que orientou a seleção dos estudos.

3.2.2 Fase Exploratória – Levantamento de Dados

A fase exploratória buscou compreender como as práticas de Compliance podem melhorar a jornada do paciente no diagnóstico e nos serviços de saúde, com foco na implementação eficiente dessas práticas na gestão pública de saúde, garantindo integridade e transparência ao longo dessa jornada. A pesquisa iniciou-se com uma busca abrangente, seguida de refinamento por meio da combinação de palavras-chave, filtros e critérios de exclusão. Inicialmente, foram considerados documentos de diferentes tipos e idiomas, não se limitando apenas a artigos acadêmicos, com palavras-chave selecionadas com base nos tópicos e títulos das publicações.

A RBS seguiu critérios de inclusão que priorizaram termos como "jornada do paciente", "governança" e "Compliance", além de modelos teóricos e definições relevantes. Artigos que não abordaram esses aspectos foram descartados durante a leitura. Somente artigos que tratavam do tema central (Compliance, jornada do paciente e diagnóstico) e apresentavam palavras-chave essenciais foram incluídos na análise, como "gestão pública de saúde", "diagnóstico", "negligência", "transparência", "governança", "jornada do paciente", "peregrinação", "acesso à saúde" e "demora na conduta", além de suas versões em inglês.

O método de busca adotado foi iterativo, com ciclos contínuos de aprimoramento das buscas, incluindo buscas cruzadas com referências citadas nos artigos encontrados, conforme recomendado por Costa, Politano e Pereira (2014). Foram realizadas buscas com os termos “Compliance AND Jornada do paciente OR Diagnóstico AND Peregrinação na saúde” e outras

combinações como “Governança AND Saúde pública”, em português e inglês. Após a busca, foi realizada uma triagem para excluir artigos fora do período de interesse (2014-2024), com menor relevância ou que não abordassem os temas essenciais. Na etapa seguinte, foram refinadas as palavras-chave, ajustando novas combinações como “Negligência AND Transparência”. O modelo *PRISMA* foi utilizado para garantir a qualidade e completude da revisão.

3.3 Seleção e Análise dos estudos

Na etapa de seleção dos estudos, seguiu-se o fluxo *PRISMA* 2020 para garantir transparência e rigor. Inicialmente, registros foram identificados nas bases de dados, com a remoção de duplicatas e a exclusão de documentos inadequados por filtros automáticos e outros critérios. Em seguida, os registros foram avaliados quanto à elegibilidade, excluindo-se os que não atendiam aos critérios estabelecidos. A seleção priorizou publicações nas áreas de Medicina, Saúde Pública e Gestão em Saúde, incluindo artigos acadêmicos, teses, dissertações, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas, políticas públicas e documentos normativos.

A busca foi realizada em bases de dados como *PubMed*, *Google Scholar*, *JSTOR* e *Science Direct*, utilizando cinco descritores principais. O processo resultou em 60 documentos alinhados aos objetivos da pesquisa, usados no referencial teórico. A triagem inicial foi automatizada para agilizar o processo, enquanto a filtragem final e exclusão de documentos não relevantes foram feitas manualmente, assegurando a qualidade dos resultados.

A combinação de ferramentas automatizadas e revisão manual garantiu maior precisão na seleção dos estudos, priorizando artigos com revisão por pares, metodologia robusta, evidências sólidas e relevância para a prática de governança na saúde pública. A documentação detalhada do fluxo *PRISMA* proporcionou transparência e reprodutibilidade, consolidando os resultados nos temas centrais de governança, saúde pública, compliance e jornada do paciente.

A pesquisa das palavras-chave utilizou os descritores *MeSH* (*Medical Subject Headings*) e *DeCS* (Descritores em Ciências da Saúde), nos idiomas português e inglês. Antes da aplicação do fluxo *PRISMA*, foram realizadas buscas preliminares com e sem filtros, explorando combinações de termos relacionados aos temas do estudo, como Governança, Saúde Pública, Compliance, Transparência, Jornada do Paciente, Diagnóstico e Negligência. Esses descritores garantiram a inclusão de publicações relevantes no contexto internacional e nacional, considerando a terminologia técnica e as especificidades de cada idioma.

Os resultados indicaram uma ampla cobertura dos tópicos propostos. A combinação estratégica dos descritores captou estudos sobre a jornada do paciente e questões relacionadas à governança em saúde, incluindo revisões sistemáticas, diretrizes clínicas, políticas públicas e estudos sobre diagnóstico. A inclusão de termos como Compliance e Peregrinação na Saúde refinou as buscas, ampliando o escopo e gerando um número significativo de registros para análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

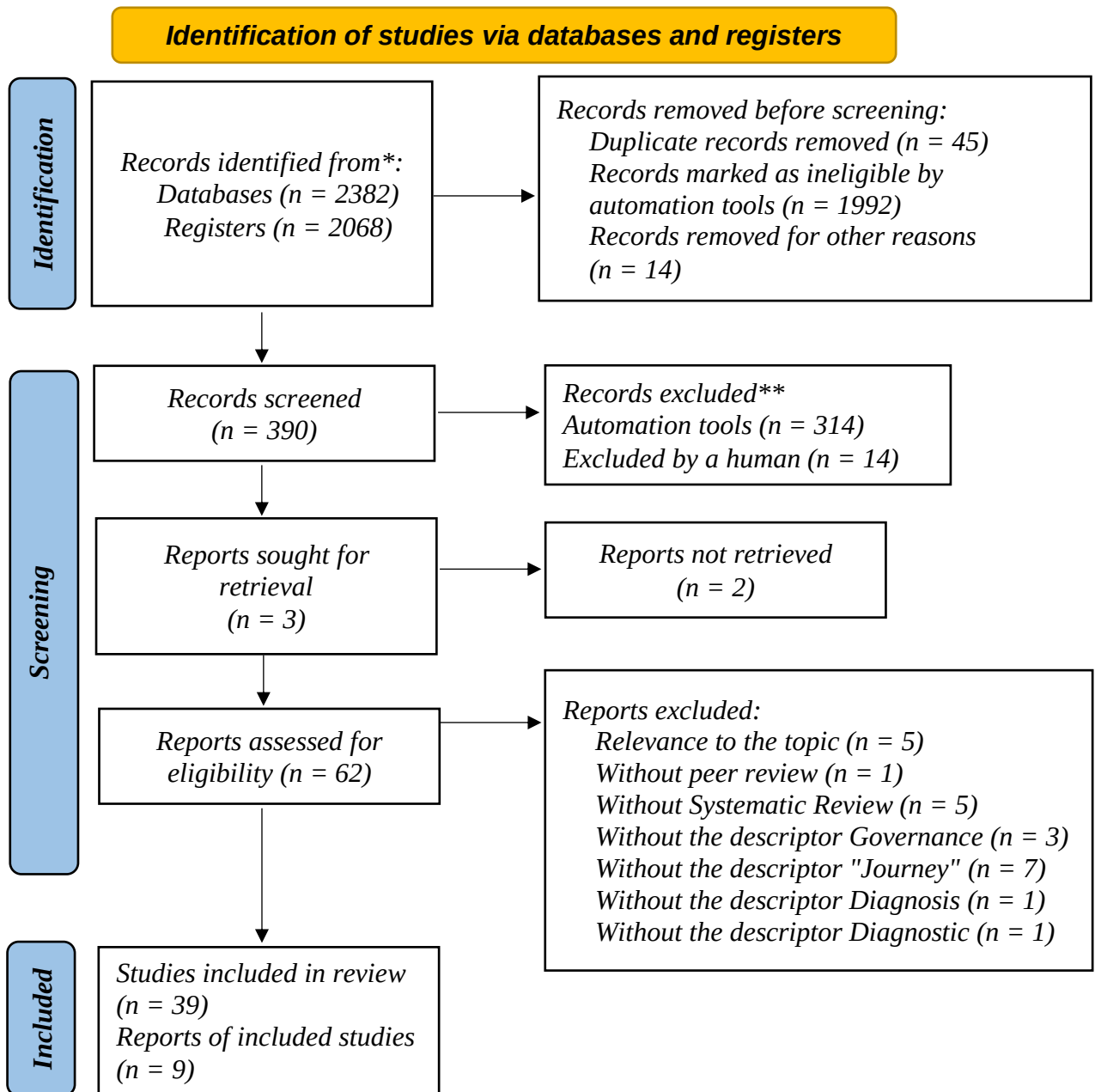
Inicialmente, os registros foram coletados a partir de bases de dados e registros adicionais, totalizando 4.450 documentos. Após a remoção dos 45 registros duplicados, 1.992 registros foram automaticamente excluídos por ferramentas de automação, e outros 14 registros foram eliminados por motivos diversos, como critérios previamente definidos pelos autores.

Na etapa de triagem, os 390 registros restantes foram revisados para avaliação inicial. Ferramentas automatizadas permitiram a exclusão de 314 registros, enquanto 14 registros foram excluídos após revisão manual. Como resultado, 62 relatórios avançaram para a avaliação de elegibilidade. Neste momento, uma análise criteriosa foi conduzida para assegurar a relevância dos estudos incluídos. Relatórios foram excluídos por motivos como irrelevância ao tema principal (5), ausência de revisão por pares (1), e não se tratarem de revisões sistemáticas (5). Além disso, verificou-se a ausência de descritores essenciais como governança (3), jornada (7), diagnóstico (1) e diagnóstico relacionado (1).

Ao final do processo de elegibilidade, 39 estudos e 9 relatórios foram incluídos na revisão. Esse fluxo sistemático evidencia o rigor metodológico aplicado para garantir a qualidade e a relevância dos dados utilizados no estudo. A utilização de ferramentas automatizadas em conjunto com a revisão manual demonstrou eficácia na exclusão de materiais fora do escopo e na seleção de publicações diretamente alinhadas aos objetivos da pesquisa.

O processo de seleção descrito na Figura 4 ilustra claramente as etapas de identificação, triagem e inclusão dos estudos no trabalho.

Figura 4 – Fluxo PRISMA.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Fonte: Adaptada de Page MJ, et al., 2021.

Na Tabela 1, foi apresentado os resultados obtidos das buscas, nos idiomas português e inglês, com e sem filtros aplicados, antes da aplicação do fluxo *PRISMA*.

Tabela 1 – Busca nas Bases de Dados – Descritores: Governança, Saúde Pública, Compliance, Peregrinação na Saúde e Jornada do Paciente

Termo	Base de Dados	Resultados em português sem filtros	Resultados em português com filtros	Resultados em inglês com filtros
Governança na Saúde Pública	<i>Scielo</i>	18	12	63
	<i>Science Direct</i>	19	8	2.209
	JSTOR	69	10	101.103
	<i>Google Scholar</i>	34.000	1.690	74.400
	<i>Cochrane Reviews</i>	469	20	1.657
	LILACS	291	64	19
	PUBMED	10	2	47.240
Compliance	<i>Scielo</i>	3.799	243	NA
	<i>Science Direct</i>	434.404	25.152	NA
	JSTOR	128.721	79.636	NA
	<i>Google Scholar</i>	26.000	2.400	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	3.061	37	NA
	LILACS	8.660	121	NA
	PUBMED	121.208	42.714	NA
Peregrinação na saúde	<i>Scielo</i>	57	45	NA
	<i>Science Direct</i>	2	2	NA
	JSTOR	120	0	NA
	<i>Google Scholar</i>	30.900	925	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	1	1	NA
	LILACS	62	17	7
	PUBMED	1	1	NA
Jornada do paciente	<i>Scielo</i>	56	17	NA
	<i>Science Direct</i>	1.460	125	NA
	JSTOR	1.128	38	NA
	<i>Google Scholar</i>	370.000	590	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	1	1	NA
	LILACS	0	0	NA
	PUBMED	3	3	NA

NA: Não realizado busca em inglês. Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A busca inicial resultou em um volume significativo de artigos, com muitos resultados provenientes das bases já mencionadas. Esses resultados incluem tanto artigos em português quanto em inglês, com ou sem filtros aplicados.

Na Tabela 2, são apresentados os resultados refinados, com a aplicação de filtros mais específicos e a utilização de buscas booleanas (*AND*, *OR*, *NOT*), com o objetivo de afunilar mais a seleção e obter os artigos mais pertinentes ao estudo.

Tabela 2 – Busca nas Bases de Dados utilizando Buscas Booleanas dos Descritores: Governança, Saúde Pública, Compliance, Transparência Diagnóstico e Jornada do Paciente

Termo	Base de Dados	Resultados em português sem filtros	Resultados em português com filtros	Resultados em inglês com filtros
Governança AND Saúde Pública	<i>Scielo</i>	89	41	NA
	<i>Science Direct</i>	26	1	NA
	JSTOR	399	16	3
	<i>Google Scholar</i>	1.630	1.500	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	266	2	NA
	LILACS	454	46	7
	PUBMED	1.095	37	37
Governança AND Compliance	<i>Scielo</i>	68	7	NA
	<i>Science Direct</i>	28	13	3
	JSTOR	78	5	NA
	<i>Google Scholar</i>	226	218	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	4	0	NA
	LILACS	56	13	3
	PUBMED	7.943	342	342
Governança AND Negligência	<i>Scielo</i>	4	2	NA
	<i>Science Direct</i>	2	1	NA
	JSTOR	49	4	NA
	<i>Google Scholar</i>	136	122	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	0	0	NA
	LILACS	0	0	NA
	PUBMED	1.815	12	12

NA: Não realizado busca em inglês. Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Na continuação da tabela 2, foi possível com aplicação do filtro automático e do fluxo PRISMA, já mostrado anteriormente, a seleção dos documentos contabilizados na RBS.

Tabela 2– Busca nas Bases de Dados utilizando Buscas Booleanas – Continuação.
Descritores: Governança, Saúde Pública, Compliance, Transparência Diagnóstico e Jornada do Paciente

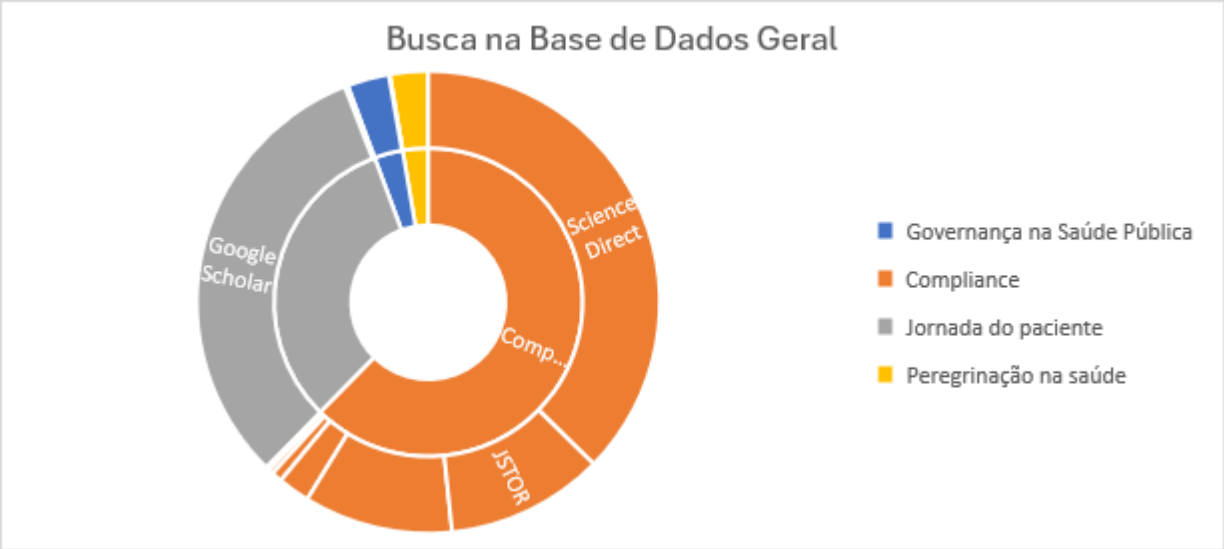
Termo	Base de Dados	Resultados em português sem filtros	Resultados em português com filtros	Resultados em inglês com filtros
Compliance AND Transparência AND Journey	<i>Scielo</i>	0	0	NA
	<i>Science Direct</i>	3	0	NA
	JSTOR	20	2	1
	<i>Google Scholar</i>	432	8	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	0	0	NA
	LILACS	0	0	NA
	PUBMED	7	4	4
Governança AND Compliance AND Diagnostic OR Diagnosis	<i>Scielo</i>	0	0	NA
	<i>Science Direct</i>	0	0	NA
	JSTOR	5	3	2
	<i>Google Scholar</i>	5	4	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	0	0	NA
	LILACS	0	0	NA
	PUBMED	1.479	36	36
Compliance AND Diagnostic OR Diagnosis AND Negligência	<i>Scielo</i>	0	0	NA
	<i>Science Direct</i>	17	3	NA
	JSTOR	8	1	NA
	<i>Google Scholar</i>	15	13	NA
	<i>Cochrane Reviews</i>	0	0	NA
	LILACS	0	0	NA
	PUBMED	77	2	2

NA: Não realizado busca em inglês. Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Para melhor visualização do resultado, no Gráfico 1 – Busca de Dados na Base Geral, observa-se que os dois maiores resultados da buscas na forma exploratória, estavam voltados para os descritores “Compliance” e “Jornada do paciente”. Em seguida por “ Governança na saúde pública” e “ Peregrinação na saúde”.

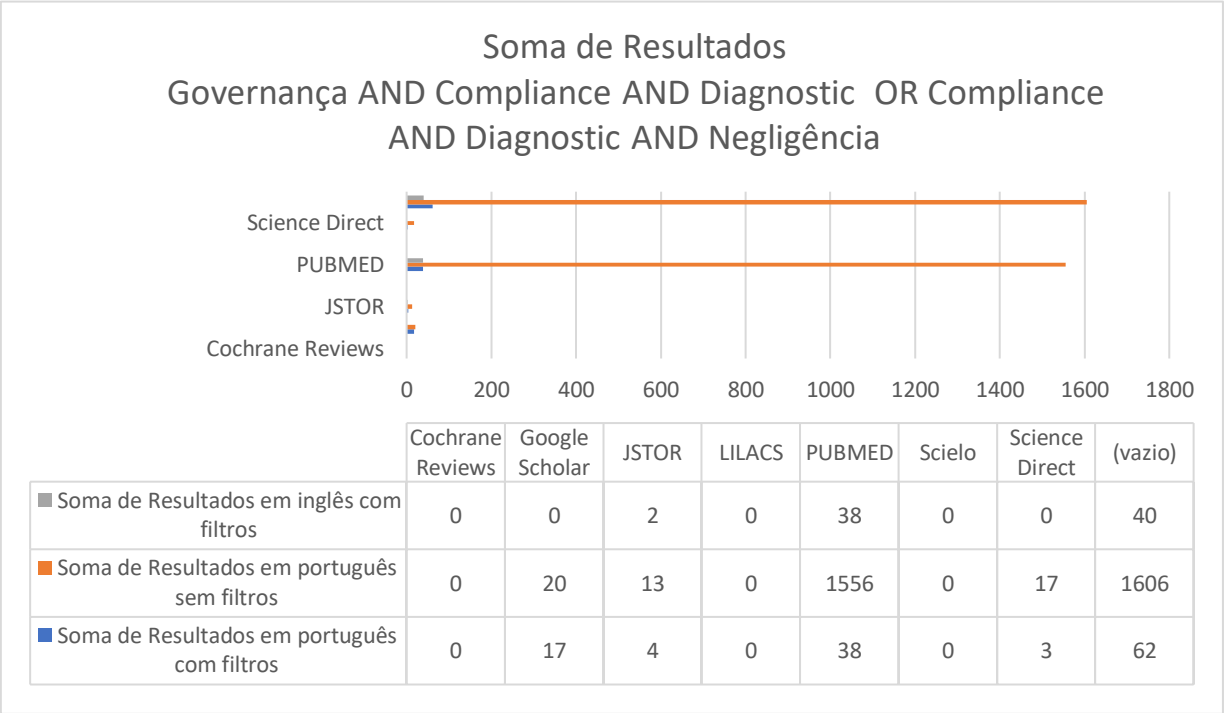
E no Gráfico 2 – Soma de Resultados Obtidos com 5 descritores, observa-se que o resultado da busca se concentraram nas bases de dados *PUBMED*, *Google scholar*, *JSTOR* e *Science Direct*, totalizando em no mínimo 60 documentos que estiveram alinhados ao objetivo da pesquisa.

Gráfico 1 - Busca de Dados na Base Geral



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Gráfico 2 – Soma de Resultados Obtidos com 5 descritores



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Acerca dos resultados obtidos com as buscas das palavras-chaves “governança” e “saúde pública” obteve-se uma quantidade considerável de publicações, refletindo um interesse crescente na interseção entre políticas de saúde e práticas de governança. As publicações abrangem uma variedade de contextos, desde a implementação de políticas específicas até análises comparativas entre diferentes sistemas de saúde.

De modo geral, os estudos frequentemente abordam temas como a importância da transparência, a eficácia das políticas públicas, a participação da comunidade e a responsabilidade dos gestores de saúde. Por exemplo, há publicações como Albuquerque (2018), Araújo (2019) e Virani *et al.* (2023), que discutem como a governança influencia a qualidade do atendimento ao paciente e o acesso aos serviços de saúde.

A literatura sugere que uma boa governança é essencial para melhorar os resultados em saúde. Estudos como o da implementação da Iniciativa HEARTS no Peru demonstram que a governança estruturada e o apoio político são fundamentais para o sucesso de programas de saúde pública (Saavedra; Jiménez, 2022). Isso indica que a governança não é apenas uma questão administrativa, mas um fator crítico para a eficácia das intervenções em saúde.

Muitos estudos também identificam desafios na implementação de práticas de governança eficazes. Questões como corrupção, falta de recursos e resistência à mudança são frequentemente mencionadas como barreiras que dificultam a melhoria dos sistemas de saúde. A análise das tensões entre diferentes setores (como saúde e economia) durante crises, como a pandemia de COVID-19, também é um tema recorrente (Tobar, 2022).

As publicações utilizam de abordagens metodológicas, com análises qualitativas e quantitativas. Essa abordagem permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas envolvidas na governança da saúde pública e suas implicações práticas.

A pesquisa em governança na saúde pública não se limita a um contexto nacional; muitos estudos fazem comparações internacionais que ajudam a identificar melhores práticas e lições aprendidas em diferentes países (Junior *et al.*, 2015). Isso é especialmente relevante em um mundo globalizado onde desafios de saúde transcendem fronteiras.

Assim, tem-se que os estudos encontrados nas bases de dados sobre "Governança AND Saúde Pública" revelam um campo dinâmico e em crescimento que explora as complexidades da governança na melhoria dos sistemas de saúde. A relevância dos temas abordados, juntamente com os desafios identificados e as diversas abordagens metodológicas utilizadas, contribui para um entendimento mais abrangente do papel da governança na promoção da saúde pública. Esses *insights* são cruciais para formuladores de políticas e gestores que buscam implementar mudanças eficazes nos sistemas de saúde ao redor do mundo.

No que se refere às buscas referentes aos termos “governança” e “Compliance” a literatura sobre Compliance no setor de saúde tem crescido significativamente, refletindo uma crescente conscientização sobre a importância de práticas éticas e transparentes nas organizações de saúde. O aumento das regulamentações, como a Lei Anticorrupção (Lei 12.846/2013) e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), tem impulsionado essa pesquisa (Silva, 2021).

Muitos estudos destacam a interconexão entre governança e Compliance, enfatizando que uma boa governança é fundamental para a implementação eficaz de programas de Compliance. A governança corporativa é vista como um pilar essencial para garantir que as instituições de saúde operem dentro das normas legais e éticas (Duarte, Alencar, 2024; Porta, 2022).

Os artigos frequentemente discutem os desafios enfrentados pelas organizações de saúde na implementação de práticas de Compliance, como a resistência à mudança cultural e a complexidade das regulamentações (Silva, 2021). No entanto, também são identificadas oportunidades para melhorar a eficiência operacional e fortalecer a reputação institucional através da adoção de programas robustos de Compliance.

A transparência nas operações e a promoção de uma cultura ética são temas recorrentes nos estudos. As publicações destacam que práticas transparentes não apenas melhoram a confiança do público nas instituições de saúde, mas também são essenciais para prevenir fraudes e corrupção (Faria, 2018; Silva, 2021).

Os estudos utilizam uma variedade de metodologias, incluindo análises qualitativas que exploram percepções de gestores e profissionais da saúde sobre Compliance, bem como análises quantitativas que medem o impacto das práticas de Compliance nos resultados organizacionais (Lima; Figueiredo, 2022; Pereira; Santos, 2020; Silva, 2021).

A pesquisa sobre governança e Compliance na saúde não se limita ao contexto nacional; dois artigos fazem comparações internacionais, analisando como diferentes países abordam esses temas (Meyer; Schmid, 2020; Kraus; Reschke, 2023). Isso permite identificar melhores práticas que podem ser adaptadas a contextos locais.

Ademais, com o avanço da tecnologia, muitos estudos abordam como as inovações digitais estão influenciando as práticas de Compliance no setor da saúde. O uso de tecnologias para monitoramento e conformidade está se tornando uma tendência importante, ajudando as organizações a se manterem atualizadas com as regulamentações (Lima; Figueiredo, 2022; Pereira; Santos, 2020; Silva, 2021).

Dessa forma, os estudos encontrados nas bases de dados sobre "Governança AND Compliance" revelam um campo dinâmico que explora as complexidades da governança corporativa na saúde e sua relação com práticas éticas. A interseção entre governança e Compliance é um tema recorrente nos estudos e fundamental para garantir que as organizações operem com integridade em um ambiente regulatório cada vez mais rigoroso. Os desafios identificados nas publicações oferecem oportunidades valiosas para melhorias contínuas nas práticas do setor, contribuindo para um sistema de saúde mais transparente e responsável (Faria, 2018; Meyer; Schmid, 2020; Silva, 2021). Um bom programa de Compliance não só assegura que as instituições cumpram as normas legais, mas também estabelece um ambiente propício para a prevenção da negligência. As organizações que implementam programas robustos de Compliance tendem a ter melhores práticas de governança e menores taxas de incidentes relacionados à negligência (Brenan, Solomon, 2020; Oliveira *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2023; Kraus *et al.*, 2023).

No que se refere às buscas realizadas com a intersecção “governança AND negligência”, é possível afirmar que a literatura sobre o tema no setor de saúde tem crescido, refletindo uma preocupação com a qualidade do atendimento e a segurança do paciente. A governança é vista como um fator crucial para prevenir a negligência, uma vez que práticas de gestão eficazes podem reduzir erros e melhorar os resultados clínicos (Cunha *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2023).

Quatro estudos indicam que uma governança sólida pode levar a melhorias significativas na qualidade do atendimento ao paciente. Por exemplo, práticas de governança que promovem a transparência e a responsabilidade são fundamentais para mitigar riscos de negligência. A implementação de protocolos claros e a capacitação contínua dos profissionais são estratégias frequentemente discutidas para evitar casos de negligência (Brenan; Solomon, 2020; Oliveira *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2023; Kraus *et al.*, 2023). A interseção entre governança e Compliance é fundamental para garantir que as instituições operem com integridade e responsabilidade.

Apesar dos benefícios potenciais, três artigos abordam os desafios enfrentados na implementação de práticas eficazes de governança. A resistência à mudança organizacional e a falta de recursos são barreiras frequentemente citadas. Além disso, a complexidade das regulamentações pode dificultar a adoção de medidas que previnam a negligência (Toledo, 2024; Faria, 2018; Meyer; Schmid, 2020).

Muitos artigos incluem estudos de caso que ilustram como falhas na governança podem levar à negligência. Esses estudos frequentemente analisam incidentes específicos em hospitais

ou clínicas onde práticas inadequadas resultaram em danos aos pacientes (Kraus *et al.*, 2023). Tais análises são cruciais para entender como as lições aprendidas podem ser aplicadas para evitar recorrências.

Assim, percebe-se que os estudos encontrados nas bases de dados sobre "governança AND negligência" revelam um campo importante que explora como práticas eficazes de governança podem prevenir casos de negligência no setor da saúde. Apesar dos desafios identificados na implementação dessas práticas, as oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento são significativas. As lições aprendidas com casos práticos oferecem *insights* valiosos para futuras pesquisas e políticas no campo da saúde.

Acerca da intersecção “Compliance AND transparência AND *journey*” é importante destacar que a literatura sobre Compliance e transparência na jornada do paciente tem crescido nos últimos anos, refletindo uma crescente preocupação com a qualidade do atendimento e a experiência do paciente. Estudos indicam que a transparência nas práticas de saúde é fundamental para promover a confiança dos pacientes nas instituições de saúde (Pinho; Silva; Costa, 2021).

Os artigos frequentemente discutem como práticas de Compliance eficazes podem melhorar a jornada do paciente. A conformidade com normas regulatórias e éticas não apenas garante a segurança do paciente, mas também contribui para uma experiência mais positiva ao longo da jornada de cuidados (Silva, Ferreira, Nascimento, 2021). Isso sugere que a implementação de programas robustos de Compliance pode levar a melhores resultados clínicos e maior satisfação do paciente.

Outro aspecto fundamental discutido nos estudos é a transparência nas operações. A promoção de uma cultura ética dentro das instituições de saúde é essencial para prevenir a negligência. Quando os colaboradores se sentem seguros para relatar problemas ou irregularidades, há uma maior probabilidade de que questões críticas sejam abordadas antes que se tornem incidentes graves (Oliveira *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2023). Apesar dos benefícios reconhecidos, muitos estudos apontam para desafios na implementação de práticas transparentes nas instituições de saúde. A resistência à mudança cultural e a falta de recursos são barreiras frequentemente mencionadas (Lima; Pereira; Oliveira, 2022). Além disso, a complexidade das informações que precisam ser comunicadas aos pacientes pode dificultar a transparência efetiva.

Outro fator que desempenha um papel importante na promoção da transparência e no suporte à jornada do paciente é a tecnologia. Muitos estudos exploram como plataformas digitais podem facilitar o acesso à informação e permitir que os pacientes acompanhem seu

tratamento, contribuindo para uma experiência mais informada e engajada (Melo; Santos; Almeida, 2023). Essa digitalização pode ser um fator chave para melhorar a conformidade com as expectativas dos pacientes em relação à transparência.

Os artigos revisados frequentemente enfatizam a importância de resultados práticos que possam ser aplicados nas organizações de saúde. Muitas publicações buscam não apenas descrever problemas relacionados à falta de Compliance ou transparência, mas também oferecer soluções viáveis que possam ser implementadas para melhorar a jornada do paciente (Fernandes; Lima; Silva, 2021).

De igual modo às outras intersecções realizadas com palavras-chaves, a pesquisa sobre Compliance, transparência e jornada do paciente não se limitam ao contexto nacional; muitos artigos fazem comparações internacionais que ajudam a identificar melhores práticas em diferentes sistemas de saúde. Isso é especialmente relevante em um mundo globalizado onde os desafios da saúde são comuns (Kraus *et al.*, 2023).

Assim, os estudos encontrados nas bases de dados sobre "Compliance AND Transparência AND *Journey*" revelam um campo dinâmico que explora as complexidades da governança na saúde e sua relação com a experiência do paciente. A interseção entre Compliance, transparência e jornada do paciente é fundamental para garantir que as instituições operem com integridade e responsabilidade. Apesar dos desafios identificados na implementação dessas práticas, as oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento são significativas.

No tocante à literatura sobre governança e Compliance no contexto do diagnóstico médico, esta tem crescido, refletindo a necessidade de garantir que as práticas diagnósticas estejam alinhadas com normas éticas e legais. Estudos indicam que a governança eficaz é crucial para a implementação de protocolos de diagnóstico que assegurem a qualidade e a segurança dos pacientes (Silva; Ferreira; Nascimento, 2021).

Autores destacam que uma governança sólida pode levar a melhorias significativas na precisão e na confiabilidade dos diagnósticos. A transparência nos processos de governança ajuda a identificar falhas e a implementar melhorias contínuas nos serviços de saúde (Pereira; Silva; Costa, 2020; Lima; Pereira; Oliveira, 2022; Melo; Santos; Almeida, 2023). Isso é especialmente relevante em contextos em que erros de diagnóstico podem ter consequências graves para os pacientes.

Apesar dos benefícios reconhecidos, muitos estudos apontam desafios na implementação de práticas de Compliance relacionadas ao diagnóstico. A resistência à mudança organizacional e a falta de treinamento adequado para os profissionais são barreiras

frequentemente mencionadas (Lima; Pereira; Oliveira, 2022). Além disso, a complexidade das regulamentações pode dificultar a adoção de medidas que assegurem a conformidade.

Acerca disso, a literatura sugere que práticas de Compliance eficazes não apenas garantem a conformidade legal, mas também promovem um ambiente seguro para o diagnóstico e tratamento dos pacientes. A implementação de sistemas de monitoramento e auditoria é frequentemente discutida como uma estratégia para prevenir erros (Melo; Santos; Almeida, 2023).

Ademais, dois artigos incluem estudos de caso que ilustram como falhas na governança podem levar a erros diagnósticos. Esses estudos são cruciais para entender como as lições aprendidas podem ser aplicadas para evitar recorrências (Silva; Ferreira; Nascimento, 2021; Melo; Santos; Almeida, 2023). A análise desses casos proporciona *insights* valiosos sobre a importância da governança na melhoria da qualidade do diagnóstico.

A pesquisa sobre governança, Compliance e diagnóstico não se limita ao contexto nacional; outros artigos fazem comparações internacionais que ajudam a identificar melhores práticas em diferentes sistemas de saúde. Isso é especialmente relevante em um mundo globalizado onde os desafios da saúde são comuns (Fernandes; Lima; Silva, 2021).

Assim como as demais intersecções realizadas na busca de dados, os estudos encontrados nas bases de dados sobre "Governança AND Compliance AND *Diagnostic*" revelam um campo importante que explora como práticas eficazes de governança podem melhorar os processos diagnósticos no setor da saúde. A interseção entre governança, Compliance e diagnóstico é fundamental para garantir que as instituições operem com integridade e responsabilidade, minimizando riscos para os pacientes.

De igual modo, a literatura sobre Compliance em relação ao diagnóstico e à negligência no setor de saúde tem crescido significativamente. Este aumento reflete uma preocupação crescente com a qualidade do atendimento e a segurança do paciente. Estudos indicam que a implementação de práticas de Compliance adequadas pode reduzir a incidência de negligência nos diagnósticos (Silva; Ferreira; Nascimento, 2021).

A governança eficaz é destacada como um fator crucial na prevenção da negligência. Artigos discutem como sistemas de governança bem estruturados podem garantir que os protocolos diagnósticos sejam seguidos corretamente, minimizando erros e melhorando os resultados para os pacientes (Pereira; Silva; Costa, 2020). Isso sugere que a integração entre governança e Compliance é essencial para a segurança do paciente.

Apesar da relevância, muitos estudos apontam desafios significativos na implementação de práticas de Compliance relacionadas ao diagnóstico. A resistência à mudança organizacional

e a falta de treinamento adequado para os profissionais são barreiras frequentemente mencionadas (Lima; Pereira; Oliveira, 2022). Além disso, a complexidade das regulamentações pode dificultar a adoção de medidas eficazes.

De acordo com a literatura, práticas de Compliance eficazes não apenas garantem a conformidade legal, mas também promovem um ambiente seguro para o diagnóstico e tratamento dos pacientes. A implementação de sistemas de monitoramento e auditoria é frequentemente discutida como uma estratégia para prevenir erros (Melo; Santos; Almeida, 2023).

Dois artigos incluem estudos de caso que ilustram como falhas na governança podem levar a erros diagnósticos. Esses estudos são cruciais para entender como as lições aprendidas podem ser aplicadas para evitar recorrências (Kraus *et al.*, 2023; Fernandes; Lima; Silva, 2021). A análise desses casos proporciona *insights* valiosos sobre a importância da governança na melhoria da qualidade do diagnóstico.

Entretanto, a pesquisa sobre Compliance, diagnóstico e negligência não se limitam ao contexto nacional; outros artigos fazem comparações internacionais que ajudam a identificar melhores práticas em diferentes sistemas de saúde. Isso é especialmente relevante em um mundo globalizado onde os desafios da saúde são comuns (Fernandes; Lima; Silva, 2021).

De igual modo às demais intersecções realizadas com as palavras-chaves selecionadas, os estudos encontrados nas bases de dados sobre "Compliance AND Diagnostic AND Negligência" revelam um campo importante que explora como práticas eficazes de governança e Compliance podem melhorar os processos diagnósticos no setor da saúde. A interseção entre governança, Compliance e negligência é fundamental para garantir que as instituições operem com integridade e responsabilidade, minimizando riscos para os pacientes.

Percebe-se, portanto, que os dados das tabelas destacam a interconexão entre governança, Compliance, transparência, negligência, jornada do paciente e diagnóstico na área da saúde. A implementação eficaz de práticas de governança e Compliance não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também contribui para uma experiência mais segura e satisfatória para os pacientes.

Alguns pontos em comuns foram evidenciados entre as referências bibliográficas, tais como:

1. Necessidade de Melhorar a Eficiência e Qualidade dos Serviços de Saúde: Furnival *et al.* (2018), Duarte (2017), Granjeira *et al.* (2021), e Flores *et al.* (2018), destacam a importância de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. Todos eles apontam que os sistemas atuais têm falhas que afetam a entrega de serviços de qualidade e sugerem a

adoção de modelos ou ferramentas de gestão e qualidade que possam contribuir para essa melhoria.

2. Importância da Transparência e Melhora na Gestão: Araujo *et al.* (2019), Duarte (2017), e Albuquerque (2018), mencionam a falta de transparência como um desafio significativo que afeta a gestão eficiente dos recursos no sistema de saúde. A proposta comum é que o aumento da transparência poderia resultar em uma melhor alocação de recursos e redução das desigualdades regionais. Isso poderia ser realizado através de práticas e ferramentas de controladorias.

3. Propostas de Implementação de Práticas de Compliance: Interfarma (2018), Araujo *et al.* (2019), e Albuquerque (2018), sugerem a implementação de modelos de Compliance como uma solução para melhorar a equidade, gestão dos recursos, e a integridade do sistema de saúde. A ideia comum é que o Compliance pode ajudar a mitigar a falta de transparência e melhorar a eficiência.

4. Foco na Capacitação e Descentralização: Santos (2020) e Flores *et al.* (2018), destacam a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde e a descentralização da gestão como estratégias cruciais para enfrentar os desafios de transparência e ineficiência, além de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.

Contudo, foram encontrados pontos diferentes e que podem contribuir significativamente com a jornada do paciente em busca dos serviços de saúde pública, tais como:

a) Uso de Ferramentas Específicas para Melhoria de Processos:

Granjeira *et al.* (2021), foi o único artigo que mencionou especificamente o uso de ferramentas de qualidade, como o SIPOC, para melhorar a jornada do paciente e a eficiência dos serviços de saúde. Essa abordagem prática e focada em processos não foi abordada diretamente pelos outros autores.

b) Alinhamento de Governança com Motivações dos Trabalhadores:

Virani *et al.*, (2023), apresenta uma perspectiva única ao propor um modelo causal interacional para alinhar o design de governança com as motivações dos trabalhadores. Esse enfoque na governança e motivação dos profissionais é distinto dos outros artigos, que focam mais em questões de gestão, Compliance e eficiência.

c) Impacto do PMAQ-AB e Necessidade de Investimento:

Flores *et al.* (2018), foi o único a destacar o impacto positivo de um Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a necessidade de mais investimentos e capacitação contínua para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Nenhum

outro artigo mencionou um programa concreto ou a necessidade de aumento de investimentos de forma tão direta.

A tabela 3, mostra um resumo das principais questões abordadas, com propostas ou sugestões:

Tabela 3 - Análise dos Dados de Levantamentos Bibliográficos

Autor e Ano	Principais Questões Abordadas	Propostas ou Sugestões
Furnival <i>et al.</i> (2018)	Necessidade de modelos de remuneração mais eficientes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.	Implementação de modelos de remuneração mais eficazes para aumentar a qualidade do atendimento.
Interfarma (2018)	Escassez de profissionais especializados e desafios na equidade do atendimento.	Sugere a implementação de modelos de Compliance para melhorar a equidade na saúde, através da educação continuada do profissional.
Araujo <i>et al.</i> (2019)	Falta de transparência e desigualdades regionais como principais desafios.	Sugere que o Compliance pode melhorar a gestão dos recursos e reduzir desigualdades regionais.
Duarte (2017)	Ineficiência do sistema de saúde devido à falta de transparência e má alocação de recursos (Dimensão do país, corrupção, gestão ineficaz e escassez de recursos).	Recomenda maior transparência e melhor alocação de recursos para enfrentar as ineficiências.
Albuquerque (2018)	Desafios relacionados à clareza legislativa e governança regional.	Propõe a introdução de práticas de Compliance e controles internos para melhorar a integridade e a eficiência do sistema de saúde.
Granjeira <i>et al.</i> (2021)	Sugere que a utilização de ferramentas de qualidade pode melhorar a eficiência dos serviços de saúde e a jornada do paciente.	Indica o uso de ferramentas como o SIPOC para otimizar processos e melhorar a eficiência.
Flores <i>et al.</i> (2018)	Impacto positivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a necessidade de mais investimentos e capacitação contínua.	Defende o aumento do investimento e da capacitação contínua dos profissionais de saúde para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.
Santos (2020)	Desafios de transparência e ineficiência na gestão da saúde, com ênfase na importância da descentralização e capacitação dos servidores.	Enfatiza a necessidade de uma gestão descentralizada e da capacidade dos servidores para enfrentar os desafios mencionados.
Virani <i>et al.</i> (2023)	Propõe um modelo causal interacional para alinhar o design de governança com as motivações dos trabalhadores.	Sugere a otimização dos regimes de desempenho através do alinhamento entre governança e as motivações dos trabalhadores.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

No Quadro 2 - Comparação dos Aspectos dos Estudos na Literatura, observa-se a relevância de boas práticas e governança na gestão pública, ilustradas por exemplos internacionais e ferramentas como *SIPOC* e *Balanced Scorecard*, além de autores e anos que

embasam essas análises. A utilização dessas práticas fortalece a ética, a transparência e a eficiência na administração pública.

Quadro 2. Comparação dos Aspectos dos estudos na literatura

Aspecto	Compliance na Administração Pública.
Descrição	Adoção de mecanismos para garantir conformidade com a legislação e práticas de governança.
Exemplos Internacionais	EUA: Políticas internas contra fraudes e corrupção. Alemanha: Medidas rigorosas de transparência.
Ferramentas e Boas Práticas	Políticas públicas bem-sucedidas, melhorias na jornada do paciente, uso de recursos tecnológicos.
Autores/Ano:	Chamberlain (2017), Brenan (2020), Lima (2022), Kraus (2023)
Aspecto	Importância das Boas práticas de governança.
Descrição	Fortalece a confiança pública, promove ética e integridade.
Exemplos Internacionais	Canadá: Baseado em modelos de riscos. <i>UK: NICE</i> EUA: <i>DRG & P4P</i> & Controles internos. Alemanha: Código, Lei de Governança Corporativa e Transparência.
Ferramentas e Boas Práticas	<i>SIPOC</i> e <i>Balanced Scorecard</i> . <i>Mobile Government</i> .
Autores/Ano:	Furnival (2018), Santos (2020), Granjeia (2021), Angnes (2022), Reis <i>et al.</i> (2022), Virani <i>et al.</i> (2023)
Aspecto	Resultados Significativos na gestão de saúde
Descrição	Melhoria na gestão pública e eficiência, fortalecimento da imagem do serviço público.
Exemplos Internacionais	O Canadá usa modelos baseados em risco e o <i>UK</i> adota o <i>NICE</i> para transparência em saúde.
Ferramentas e Boas Práticas	Ferramentas como <i>SIPOC</i> e <i>Balanced Scorecard</i> , além de auditorias e gestão de riscos, promovem eficiência e transparência.
Autores/Ano:	Furnival (2018), Santos (2020), Granjeia (2021), Angnes (2022), Melo (2023)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Quadro 2. Comparação dos Aspectos dos estudos na literatura – Continuação.

Aspecto	Desafios na Gestão Pública de Saúde no Brasil.
Descrição	Mudanças demográficas e epidemiológicas, encarecimento da tecnologia, fragmentação da atenção à saúde, burocracia.
Exemplos Internacionais	No Japão, a gestão lida com uma população envelhecida e altos custos de tecnologia; na França, enfrenta-se a fragmentação e coordenação dos cuidados.
Ferramentas e Boas Práticas	Políticas públicas bem-sucedidas, melhorias na jornada do paciente, uso de recursos tecnológicos.
Autores/Ano:	Baptista (2015), Antonik (2016), Albuquerque (2018), Araújo (2019)
Aspecto	Oportunidades para implementação do Compliance.
Descrição	Melhoria na transparência, eficiência nos processos, participação social efetiva da sociedade na formação e fiscalização de políticas públicas em saúde.
Exemplos Internacionais	Canadá: Participação pública em <i>Health Technology Assessment</i> (HTA). Europa: Processos robustos de avaliação de tecnologias.
Ferramentas e Boas Práticas	Protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, centros de referência regionais.
Autores/Ano:	Carrapato (2019), Santos (2020), Silva (2021), Virani <i>et al.</i> (2023), Kraus (2023)
Aspecto	Plano de Integridade do Ministério da Saúde.
Descrição	Medidas para promover ética e integridade, identificar riscos e tratar denúncias.
Exemplos Internacionais	O NHS no Reino Unido implementa códigos de conduta e sistemas de denúncia; o Canadá utiliza auditorias regulares e treinamentos para promover a integridade no setor público.
Ferramentas e Boas Práticas	Capacitação contínua, ações de detecção e punição em relação a fraudes e corrupção, canais de denúncia.
Autores/Ano:	Furnival (2018), Flores (2018), Albuquerque (2018), Araújo (2019), Coutinho (2018), Santos (2020), Lima (2022), Melo (2023), Brasil, (2024), CONASEMS (2024), CONASS (2024).

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Quadro 2. Comparação dos Aspectos dos estudos na literatura – Continuação.

Aspecto	Jornada do paciente na saúde.
Descrição	Diagnóstico, estadiamento, tratamento, seguimento.
Exemplos Internacionais	Na Alemanha, a jornada do paciente é coordenada por centros de especialidade com foco em uma abordagem integrada; nos EUA, o modelo de <i>Patient-Centered Medical Home</i> , enfatiza a continuidade e a coordenação dos cuidados.
Ferramentas e Boas Práticas	Implementação de sistemas de prontuário eletrônico para rastreamento contínuo e coordenação de cuidados, e protocolos de referência para garantir a continuidade e qualidade no tratamento.
Autores/Ano:	Wolf et al. (2014), Domenico (2016), Furnival (2018), Hirai (2018), Meyer; Schmid (2020), Fóresti (2021)
Aspecto	Profissionais envolvidos na assistência da saúde pública.
Descrição	Gestor, administrador, servidor público, equipe multidisciplinar, agentes de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, população, comunidade.
Exemplos Internacionais	Sistemas de saúde integrados como o modelo NHS no Reino Unido e a abordagem <i>one health</i> da OMS.
Ferramentas e Boas Práticas	Plataformas de coordenação multidisciplinar e ferramentas de gestão de saúde comunitária para melhorar a colaboração e eficiência no atendimento.
Autores/Ano:	Louzada et al. (2021), Reis et al. (2022), Oliveira (2023)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR) e os centros de referência descentralizados enfrentam desafios como subfinanciamento, precarização do sistema e credenciamento insuficiente, o que impacta a qualidade do atendimento. Exemplos internacionais incluem os Centros de Excelência em Doenças Raras na Europa, como a Rede Europeia de Referência (ERNs), e os centros de câncer nos EUA, como o NCI e o Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Ferramentas essenciais incluem registros nacionais de doenças, diretrizes clínicas padronizadas e parcerias público-privadas. A implementação eficaz exige financiamento sustentado, parcerias estratégicas e regulamentações claras para credenciamento. Conforme mostra na continuação do quadro 1 abaixo, Iriart et al. (2019) discutem esses desafios e a necessidade de colaboração internacional.

Quadro 2. Comparação dos Aspectos dos estudos na literatura – Continuação.

Aspecto	Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), Oncologia, DSTs e Doenças Crônicas
Descrição	Centros de referência descentralizados.
Exemplos Internacionais	Modelos de referência como os Centros de Excelência em Doenças Raras na Europa como a Rede Europeia de Referência (ERNs) e os programas integrados de oncologia nos EUA, como <i>National Cancer Institute (NCI)</i> e os centros de câncer designados pelo NCI, como o <i>Memorial Sloan Kettering Cancer Center</i> e o <i>MD Anderson Cancer Center</i> .
Ferramentas e Boas Práticas	Uso de registros nacionais de doenças, diretrizes clínicas padronizadas e redes internacionais de colaboração para otimizar o tratamento e a gestão. Centros de referência, capacitação de profissionais e educação médica contínua.
Autores/Ano:	Domenico (2016), Iriart <i>et al.</i> (2019), Magno <i>et al.</i> (2020), Fóresti (2021), Tobar, (2022), Camargo (2023)
Aspecto	Desafios na implementação da PNAIPDR e outros centros de referência.
Descrição	Subfinanciamento, precarização do sistema, credenciamento e financiamento insuficiente.
Exemplos Internacionais	A implementação no Brasil de modelos de redes europeias para doenças raras com financiamento adequado e parcerias público-privadas.
Ferramentas e Boas Práticas	Mecanismos de financiamento sustentado, parcerias estratégicas e regulamentações claras para credenciamento de centros.
Autores/Ano:	Iriart <i>et al.</i> (2019)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Foi realizada a comparação dos modelos de remuneração em saúde em países desenvolvidos, organizada de maneira a oferecer uma visão abrangente e detalhada de cada sistema, destacando suas características principais e os impactos na gestão pública de saúde. O quadro 3 é composto por duas colunas e quatro linhas, apresentando de forma objetiva as características, vantagens, desvantagens e exemplos práticos/impactos na gestão pública de saúde. Essa estrutura permite uma análise comparativa clara, auxiliando na identificação de

práticas que podem ser adaptadas ao contexto brasileiro, especialmente no aprimoramento do SUS.

Quadro 3. Comparação entre Modelos de Remuneração (*Fee-for-Service*, DRG, P4P)

Modelo: <i>Fee-For-Service</i> (F4F)	
Características	Pagamento baseado no número e tipo de serviços prestados.
Vantagens	Incentivo para aumento de volume de serviços, fácil de implementar e entender.
Desvantagens	Pode levar à realização de procedimentos desnecessários (over utilização), aumento de custos.
Exemplos práticos/ Impactos na Gestão Pública de Saúde	Nos EUA, contribuiu para o aumento dos custos de saúde. No Brasil, pode gerar excesso de procedimentos no SUS.
Modelo: <i>Diagnosis-Related Group</i> (DRG)	
Características	Pagamento baseado no diagnóstico do paciente, com um valor fixo para cada grupo de diagnóstico.
Vantagens	Incentivo para eficiência, pode reduzir a permanência hospitalar.
Desvantagens	Risco de <i>upcoding</i> (envolve a classificação indevida de casos mais complexos), comprometendo a alocação de recursos e reduzindo a qualidade do atendimento.
Exemplos práticos/ Impactos na Gestão Pública de Saúde	Nos EUA, ajudou a controlar custos hospitalares, mas pode levar à redução de qualidade se mal implementado. Na Europa, usado em vários países para otimizar custos.
Modelo: <i>Pay-for-Performance</i> (P4P)	
Características	Pagamento baseado em indicadores de desempenho e qualidade.
Vantagens	Incentivo à melhoria da qualidade, pode alinhar interesses com melhor resultados para pacientes.
Desvantagens	Complexo de implementar, pode focar apenas em métricas mensuráveis, deixando de lado aspectos qualitativos.
Exemplos práticos/ Impactos na Gestão Pública de Saúde	No UK, o sistema NHS usa P4P para melhorar a qualidade dos cuidados primários. No Brasil, pode ser usado para incentivar qualidade em unidades de saúde do SUS.

Fonte: Adaptado de Berenson *et al.*, 2016; Li, *et al.*, 2023.

A tabela sobre modelos de remuneração em saúde fornece uma análise detalhada dos principais sistemas utilizados em diferentes contextos, como *Fee-for-Service* (FFS), *Diagnosis-Related Group* (DRG) e *Pay-for-Performance* (P4P). Esses modelos foram comparados com base em suas características, vantagens, desvantagens e impactos práticos na gestão pública de saúde, destacando sua relevância para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da

saúde suplementar no Brasil. A primeira linha identifica o modelo de pagamento, enquanto as demais detalham aspectos específicos de cada sistema. Essa estrutura demonstra as oportunidades e desafios envolvidos na adoção de diferentes abordagens de remuneração, enfatizando práticas internacionais e seus potenciais benefícios e limitações.

No Brasil, o modelo FFS é amplamente utilizado na saúde suplementar e parcialmente no SUS, especialmente em contratos com prestadores terceirizados. Apesar de sua facilidade de implementação, o FFS está associado a *over* utilização de serviços e aumento de custos, exigindo controle rigoroso (Furnival *et al.*, 2018). Por outro lado, o modelo DRG, que paga com base no diagnóstico, promove eficiência ao reduzir custos e permanência hospitalar. Esse sistema está sendo testado no SUS em programas-piloto e hospitais universitários, mas ainda enfrenta barreiras para adoção mais ampla na saúde suplementar. Já o P4P, baseado em indicadores de desempenho, incentiva a qualidade, sendo parcialmente aplicado no SUS por meio de programas como o Previne Brasil, que avalia metas de qualidade na atenção primária, e em algumas operadoras de saúde suplementar, com foco em melhorias nos resultados clínicos (Silva, 2021; Virani *et al.*, 2023).

A comparação com exemplos internacionais revela como países como EUA, Alemanha, Reino Unido e Canadá integram esses modelos para otimizar seus sistemas de saúde. Nos EUA, o FFS impulsionou custos elevados, enquanto o DRG ajudou a controlar despesas hospitalares. No Reino Unido, o P4P, usado pelo sistema *National Health Service* (NHS), demonstrou avanços na qualidade do atendimento primário. Na Alemanha, códigos de governança e transparência têm sido fundamentais para a implementação bem-sucedida de modelos híbridos (Furnival *et al.*, 2018; Santos, 2020; Virani *et al.*, 2023).

No Brasil, o avanço desses modelos depende de iniciativas de Compliance, como treinamento contínuo, auditorias regulares e modernização de normas e procedimentos (Mendes, 2014; MS, 2021). Essas medidas visam promover ética, eficiência e alinhamento entre os sistemas público e privado. A integração de ferramentas tecnológicas, como registros eletrônicos e indicadores de desempenho, pode acelerar a transição para modelos baseados em valor, incentivando a sustentabilidade e a equidade no sistema de saúde.

Portanto, a adoção de modelos como o DRG e o P4P, combinada com práticas de Compliance e a modernização do SUS, oferece caminhos promissores para aprimorar a gestão pública de saúde no Brasil, garantindo maior eficiência, controle de custos e qualidade no atendimento, fortalecendo a jornada do paciente (Mendes, 2014; Silva, 2021; Bittar, 2021).

5 CONCLUSÕES

A gestão pública de saúde no Brasil enfrenta desafios críticos que comprometem a eficiência, equidade e transparência do sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza um modelo de remuneração por serviços que incentiva o uso excessivo de recursos, já que os prestadores são remunerados pela quantidade de procedimentos realizados, sem considerar a eficiência ou a real necessidade dos pacientes. Para mitigar essa ineficiência, alternativas como os modelos DRG (Pagamento por Mix de Diagnósticos) e P4P (Pagamento por Performance) são recomendadas, visando remunerar os prestadores de forma mais justa e eficiente, assegurando acesso necessário aos tratamentos sem desperdício de recursos.

Outro desafio significativo é a falta de acesso a diagnósticos modernos tratamentos específicos, como a radioterapia, agravada pela carência de profissionais especializados em diversas regiões do Brasil. Esta situação contribui para disparidades no atendimento, principalmente em áreas remotas, onde a infraestrutura é inadequada e a concentração de especialistas é insuficiente. A distribuição desigual de recursos e profissionais de saúde agrava a falta de equidade no sistema, concentrando especialistas em grandes centros urbanos e negligenciando regiões rurais.

A revisão da literatura também revela a falta de transparência nas decisões de vigilância sanitária e na incorporação de novas tecnologias em saúde, o que agrava a desconfiança da população no sistema de saúde. A participação social limitada nas decisões de saúde pública, mesmo com mecanismos formais como consultas públicas, é outro obstáculo. Esse cenário resulta em desigualdades no acesso a tratamentos inovadores e em dificuldades operacionais para a implementação de novas tecnologias no diagnóstico.

Para enfrentar esses desafios, a implementação de programas de Compliance na saúde pública é vista como uma estratégia promissora. A adoção de modelos de reembolso que promovem transparência e eficiência, podem melhorar a utilização dos recursos, incentivando os prestadores a oferecerem serviços de qualidade de forma mais eficaz. Políticas de Compliance também podem promover a formação e distribuição equitativa de profissionais de saúde, através da criação de novas vagas de residência para especialidades em *déficit* e planos de carreira que atraiam profissionais para regiões carentes. Além disso, a promoção de programas de conscientização sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce é essencial para a melhoria da saúde da população e para a redução da sobrecarga no sistema de saúde.

A adaptação de práticas internacionais ao contexto brasileiro pode contribuir significativamente para a melhoria da gestão pública de saúde. Nos Estados Unidos, o P4P (Pagamento por Performance), um modelo de remuneração médica que tem por objetivo recompensar os prestadores pela adequação de atendimento ao paciente e pela alta qualidade prestada pelos sistemas de saúde suplementares, tem promovido eficiência e qualidade nos serviços de saúde; na Alemanha, medidas rigorosas de Compliance garantem transparência e integridade; no Canadá, a participação pública nas agências de avaliação de tecnologias em saúde é bem estruturada, como visto no *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) do Reino Unido, que assegura um processo robusto de avaliação de tecnologias com ampla participação pública.

No contexto brasileiro, práticas de governança e políticas de integridade, como treinamentos contínuos sobre ética e conformidade, auditorias internas e canais seguros para denúncias anônimas de irregularidades, são cruciais. A análise comparativa de práticas de Compliance destaca que, mesmo em face de múltiplos desafios, a implementação dessas boas práticas pode transformar a gestão pública de saúde, promovendo um sistema mais transparente, eficiente e equitativo. Ferramentas como o SIPOC (*Suppliers, Inputs, Process, Outputs, Customers*), análise SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*), *Benchmarking* e *Workflow Analysis* podem ser usadas para mapear a jornada do paciente, identificando gargalos e oportunidades de melhoria.

Tecnologias móveis como o aplicativo InvestSUS já demonstraram capacidade de aumentar a transparência, melhorar a governança e facilitar o acesso a serviços públicos de forma eficiente. A adoção de tais tecnologias, aliada à capacitação contínua e uso de dados para decisões informadas, pode ser um diferencial na melhoria da gestão pública de saúde, promovendo maior transparência e controle social.

Embora os desafios sejam muitos e complexos, a implementação estratégica de práticas de Compliance e o uso de ferramentas modernas de gestão e tecnologia podem oferecer soluções viáveis e sustentáveis para a melhoria da jornada do paciente e a eficiência da gestão pública de saúde no Brasil.

Como continuidade deste estudo, recomenda-se investigar o impacto prático da aplicação de modelos de Compliance em unidades-piloto do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na análise de indicadores de eficiência, transparência e equidade. Estudos futuros poderiam explorar a efetividade da adaptação dos modelos DRG e P4P em diferentes realidades regionais brasileiras, avaliando como a diversificação das práticas de remuneração influencia a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. Além disso, seria relevante examinar o papel de

tecnologias emergentes, como inteligência artificial e big data, no aprimoramento da gestão pública de saúde, bem como no fortalecimento da transparência e na redução das desigualdades no atendimento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3151-3161, 2018.
- ANGNES, D. L.; STUDZINSKI, E. Modelos e ferramentas da controladoria empresarial brasileira. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 13, n. 2, p. 42-57, 2022.
- ANTONIK, L.R. **Compliance, ética, responsabilidade social e empresarial: Uma visão prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Alta Books, 2016.
- ARAÚJO, V. S.; SANTOS, B. B. A.; XAVIER, L. V. *Compliance* na administração pública brasileira. **A&C – R. de Dir. Adm. Const.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 77, 247-272, 2019.
- BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 378 p. ISBN 978-85-7541-459-0.
- BRASIL. **Lei n.º 12.846, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 ago. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm. Acesso em: 27 jun. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021**. Estatuto da Pessoa com Câncer. Diário oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 nov. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14238.htm. Acesso em: 29 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **Conecte SUS**. (2020). Publicações: informações e dados sobre políticas públicas de saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/conecte-sus/>. Acesso em: 29 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **Rede Nacional de Dados em Saúde**. (2020). A RNDS é a plataforma nacional de interoperabilidade em saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020, com o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/rnds/>. Acesso em: 29 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **ROBIS – Risk of Bias in Systematic Reviews: ferramenta para avaliar o risco de vies em revisões sistemáticas: orientações de uso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 52 p.
- BRASIL. **Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. 112 p., il.

BRENAN, N.; SOLOMON, J. F. Corporate governance and healthcare: The role of transparency and accountability in improving patient care outcomes. *Health Policy*, v. 124, n. 3, p. 321-328, 2020.

CAMARGO CANCER CENTER. **Jornada do Paciente**. 2023. Disponível em: <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/materiais/jornada-do-paciente>. Acesso em: 29 set. 2024.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Governance na saúde: os desafios da operacionalização. *Saúde e Sociedade*, v. 28, p. 66-79, 2019.

CARVALHO, F. F. B.; AKERMAN, M.; COHEN, S. C. A promoção da saúde na atenção básica: o papel do setor saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 37, n. 109, 2023.

CHAMBERLAIN, P.; CRAIG, C. *Design for Health: Reflections from the Editors*. *Design for Health*, v. 1, n. 1, p. 3 – 7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/24735132.2017.1296273>. Acesso em: 29 set. 2024.

CHURCHILL, W. S. **Memórias da Segunda Guerra Mundial**. 1. ed. São Paulo: HarperCollins, 2019. 1174 p. ISBN 978-85-9508-101-7.

CONASEMS. **Estrutura, funções e desafios enfrentados pelas Secretarias Municipais de Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br>. Acesso em: 28 out. 2024.

CONASS. **Estrutura, funções e desafios enfrentados pelas Secretarias Estaduais de Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br>. Acesso em: 28 out. 2024.

COSTA, E. P.; POLITANO, P. R.; PEREIRA, N. A. Exemplo de aplicação do método de Pesquisa-ação para a solução de um problema de sistema de informação em uma empresa produtora de cana-de-açúcar. *Gestão & Produção*, v. 21, p. 895-905, 2014.

COUTINHO, M.L. **Compliance Anticorrupção – A Lei das Estatais e a Defesa do Estado Democrático de Direito**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. 188 p. ISBN 978-85-519-0736-8.

CUNHA, M.A. *et al.* Transparência governamental eletrônica para *Accountability*. In: PINHO, J.A.G. **Artefatos digitais para mobilização da sociedade civil: perspectivas para avanço da democracia** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 119-139.

DANTAS, J. S.; OLIVEIRA, L. M.; CUNHA, M. E.; ALMEIDA, R. P. Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental: uma análise comparativa entre dez países. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. e00012321, 2023.

DOMENICO, E. B. L. D. A complexidade do cuidado em oncologia: desafios atuais e futuros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 3-5, 2016.

DUARTE, C. T. P., ALENCAR, M. de A. Trajetória de Compliance no Brasil e sua importância para o Ministério Público brasileiro. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, n. 91, p. 47-68, 2024.

DUARTE, S.G.O; DEUS, C.F. *Compliance: Uma Abordagem Geral*. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT**. n. 2, p. 11, 2017. Itapeva, São Paulo: ISSN 1806-6933. Disponível em: https://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/55nyFspteNR2VKP_2020-8-21-18-4-44.pdf. Acesso em: 27 mar. 2024.

FARENHOF, H. A.; FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: Método SSF. **Revista ACB**, v. 21, n. 3, p. 550–563, 2016.

FARIA, A. A. M. Compliance como método de controle da corrupção em hospitais públicos brasileiros: uma estratégia viável? **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 5, 1090-1107, 2018.

FERNANDES, R.; LIMA, J.; SILVA, M. Práticas de Compliance no Setor da Saúde: Desafios e Oportunidades. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 85, p. 1-10, 2021.

FLORES, G.M.S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FORÉSTI, T.; OLIVEIRA, B. F. D. *Design em serviços de saúde: a jornada do paciente*. In: NUNEZ, G. J. Z.; OLIVEIRA, G. G. D. (org.). **Design em pesquisa**. Porto Alegre: Marcavisual, v. 4, p. 260-273, 2021.

FURNIVAL, J; BOADEN, R; WALSHE, K. *Assessing improvement capability in healthcare organisations: a qualitative study of healthcare regulatory agencies in the UK*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 9, p. 715–723, 2018.

GARCIA, R. A.; LIBÂNIO, C. D. S. A gestão de Compliance em instituições de saúde. **Reuna**, Belo Horizonte – MG, v. 26, n.1, p. 22 – 42, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri: Atlas, 2022.

GRANJEIA, G. D. S., *et al.* Aplicação da ferramenta SIPOC para análise e compreensão da jornada do paciente. **Anais eletrônicos do XXIX Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP**, Campinas, 2021.

HIRAI, S. *et al.* **A jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros**. Idealizado pela INTERFARMA. Elaboração: IQVIA. Apoio: SBOC e Oncoguia. Projeto gráfico e diagramação: Nebraska Composição Gráfica. Nebraska, 2018. Disponível em: [cancer-no-brasil-n-a-jornada-do-paciente-no-sistema-de-saude-e-seus-impactos-sociais-e-financeiros-interfarma.pdf](#). Acesso em: 19 abr. 2024.

IRIART, J. A. B. *et al.* Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3637-3650, 2019.

JUNIOR, A. G. D. S. *et al.* Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. 2015. In: ALMEIDA, P. F. D.; SANTOS, A. M. D.; SOUZA, M. K. D. (orgs.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. DGO-Digital original, p. 65–88. SciELO – EDUFBA, 2015. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788523218768.7>. Acesso em: 24 ago. 2024.

KRAUS, S.; RESCHKE, C. International comparisons of Compliance in healthcare: Lessons from Germany and the US. **Health Policy**, v. 127, n. 1, p. 45-53, 2023.

KRAUS, S. *et al.* The impact of governance structures on healthcare quality: A comparative analysis of Germany and the USA. **International Journal of Health Services**, v. 53, n. 2, p. 215-230, 2023.

LIMA, A. R.; FIGUEIREDO, J. S. Metodologias de pesquisa em Compliance: uma análise das práticas no setor de saúde. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 24, n. 1, p. 45-63, 2022.

LIMA, T.; PEREIRA, A.C.; OLIVEIRA, R. Transparência em Saúde: Barreiras e Oportunidades para Melhoria da Qualidade do Atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 1-12, 2022.

LOUZADA, I. F. *et al.* A utilização do Compliance como ferramenta da governança corporativa em organizações. **Multi-Science Research (MSR)**, v. 4, n. 1, p. 88-97, 2021.

MAGNO, L. *et al.* Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3355-3364, 2020.

MELO, R.; SANTOS, F.; ALMEIDA, P. A Digitalização da Saúde: Impacto na Jornada do Paciente e na Transparência das Informações. **Journal of Health Informatics**, v. 29, n. 3, p. 45-60, 2023.

MEYER, C. B.; SCHMID, A. The role of governance in the implementation of Compliance programs in healthcare organizations: A comparative study. **International Journal of Healthcare Management**, v. 13, n. 2, p. 120-130, 2020.

MOHER, D. *et al.* THE PRISMA GROUP. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLOS Med**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em: 07 set. 2024.

MUCCI, D. M.; FREZATTI, F.; DIENG, M. As múltiplas funções do orçamento empresarial. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 20, n. 3, p. 283-304, 2016.

OLIVEIRA, Z. *et al.* A implementação do programa de Compliance na saúde: desafios e estratégias para conformidade legal e proteção de dados. **Revista Tópicos**, v. 15, n. 1, p. 45-62, 2023.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **British Medical Journal**, v. 372, n. 71, 29 mar. 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PEREIRA, A.C.; SILVA, L.; COSTA, D. A Importância da Governança na Qualidade do Diagnóstico: Uma Revisão Crítica. **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3500-3510, 2020.

PEREIRA, R. C.; SANTOS, M. A. Impacto das práticas de Compliance na eficiência organizacional: uma abordagem quantitativa. **Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 78-92, 2023.

PINHO, A.C.; SILVA, L.; COSTA, D. A Importância da Transparência na Governança da Saúde: Uma Revisão Crítica. **Ciências da Saúde Coletiva**, 2021.

PORTA, A. A evolução na divulgação de práticas de Compliance por companhias brasileiras durante a operação Lava Jato. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 24, n. 1, p. 123-145, 2022.

REIS, M. C. A. D. *et al.* Aplicativo InvestiSUS: Uma Abordagem Qualitativa Sobre *Mobile Government*. **JISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 19, p. e202219010, 2022.

RODRIGUES, E. D. S.; PEREIRA, S. C. Compliance na administração pública: boas práticas de governança e políticas de integridade na gestão pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 12, n. 5, p. 26-42, 2021.

SAAD-DINIZ, E. **Ética negocial e Compliance Entre a Educação executiva e a interpretação judicial**. 1. ed. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2019. 224p.

SAAVEDRA, J. H.; JIMÉNEZ, V. P. *Political will and governance: keys to Implementing HEARTS in Peru*. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 46, p. e85, 2022.

SANTOS, V. D. S. Compliance na Administração Pública: um grande desafio para o gestor público. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, v. 1, n. 195, 2020. DOI: 10.35265/2236-6717-semanaacademica-v1n195-1.

SILVA, J.; FERREIRA, M.; NASCIMENTO, E. Compliance na Saúde: Impactos na Qualidade do Diagnóstico e Segurança do Paciente. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 78, n. 2, p. 123-130, 2021.

SILVA, A. P. G. Compliance na área da saúde? **Revista de Direito Sanitário**, v. 21, p. e0013-e0013, 2021.

TOBAR, S. Governança nacional e coordenação federativa na resposta à Covid-19 na Argentina: contenção inicial e fadiga social. In: MACHADO, C. V., PEREIRA, A. M. M., FREITAS, C. M., (eds). **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições** [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora

Fiocruz, 2022, pp. 265-294. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-129-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0010>. Acesso em: 4 out. 2024.

TOLEDO, G. M. Implementando a governança corporativa em hospitais: passos para uma gestão transparente. **Revista Brasileira de Gestão em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 120-135, 2024.

VIRANI, A.; WAL, Z. V. D. *Enhancing the Effectiveness of Public Sector Performance Regimes: A Proposed Causal Model for Aligning Governance Design with Performance Logics*. **Perspectives on Public Management and Governance**. v.6, n.1, p. 54–65, 2023.

WOLF, J. A. *et al.* Defining Patient Experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, n. 1, p. 7-19, 2014.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS “PROFª. ÉDI SALVI DE LIMA”
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

Ellen Santos Orácio
Natalia Rafaela Candido
Tatiane Silva Coelho

Contribuições da tecnologia da informação na gestão hospitalar:
um estudo sobre a adoção do prontuário eletrônico.

Barretos
2024

Ellen Santos Orácio
Natalia Rafaela Candido
Tatiane Silva Coelho

Contribuições da tecnologia da informação na gestão hospitalar:
um estudo sobre a adoção do prontuário eletrônico.

Trabalho de Graduação (TG) apresentado como requisito para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.

Orientadora: Prof^a Ma. Vanessa Cristina Sossai
Camilo

Barretos
2024

Ficha Catalográfica
Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos Porfessora Édi Salvi Lima

O63c Orácio, Ellen Santos.
Contribuições da tecnologia da informação na gestão hospitalar : um estudo sobre a adoção do prontuário eletrônico / Ellen Santos Orácio, Natalia Rafaela Candido, Tatiane Silva Coelho. – Barretos, 2024.
29 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) – Faculdade de Tecnologia de Barretos “Professora Édi Salvi Lima”.
Orientadora: Vanessa Cristina Sossaí Camilo

1. Prontuário Eletrônico. 2. Gestão Hospitalar. 3. Tecnologia da InformaçãoI. Título.

CDD – 658.4038

Ellen Santos Orácio
Natalia Rafaela Candido
Tatiane Silva Coelho

Contribuições da tecnologia da informação na gestão hospitalar:
um estudo sobre a adoção do prontuário eletrônico.

Trabalho de Graduação (TG) apresentado
como requisito para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela
Faculdade de Tecnologia de Barretos
“Prof.^a Édi Salvi Lima”.

Aprovado em: 10/12/12

Comissão Examinadora

Prof.^a. Ma Vanessa Cristina Sossai Camilo
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”
Orientador(a)

Getora Hospitalar Aline Fernanda Sibioni
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Prof. Paulo Eduardo Cardoso Andrade
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Barretos
2024

"Porque dele, e por ele, e para ele são todas as coisas; a ele seja a glória para sempre. Amém!"

(Romanos 11:36)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua infinita graça, me chamou para viver coisas grandes e novas quando eu ainda estava tomada pela depressão e a ansiedade. Um Deus tão grande viu potencial em mim que eu ainda não enxergava. Ele tem sido fiel em cada uma de suas promessas com alguém tão inconstante como eu, mas, ainda sim, eu o louvarei com tudo que eu tenho e com tudo o que sou, pois tua misericórdia dura para sempre.

À minha família: meu pai, minha mãe e meu irmão que sonharam todos os meus sonhos comigo, me apoiaram em cada decisão importante. Vocês têm sido minha motivação todos dias. Desde quando eu acordo até adormecer, eu peço para que Deus recompense cada um de vocês, pois não sei se eu seria capaz. Cada conselho, cada renúncia e cada oração carregarei para sempre comigo. Espero sempre orgulhar vocês.

À Tatiane e a Natalia que se tornaram mais do que colegas de sala ao longo do curso, agradeço pelo apoio e companherismo.

À minha orientadora que acolheu o meu grupo de TG e abraçou a ideia do nosso projeto de forma tão humanizada. A todos meu muito obrigada!

Ellen Santos Orácio

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Primeiramente, agradeço à minha orientadora pelo apoio incondicional e pelas valiosas orientações durante todo o processo. Sou especialmente grata à minha família e ao meu marido que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a seguir em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores. Sem o apoio de todos vocês, este trabalho não teria sido possível. Destaco também a Ellen e a Tatiane, que se tornaram mais do que colegas de sala muito obrigada!

Natalia Rafaela Candido Nazário

Primeiramente agradeço a Deus, aos meus filhos, que foram minha maior fonte de inspiração e motivação. A paciência, o amor e o apoio incondicional que vocês me ofereceram foram fundamentais para que eu pudesse superar os desafios e dedicar tempo a este projeto. Vocês me lembraram da importância de sonhar grande e de lutar pelos meus objetivos.

Agradeço também aos meus professores e colegas, que compartilharam conhecimentos e experiências valiosas ao longo do curso. Cada um de vocês deixou uma marca importante na minha formação e crescimento pessoal.

Por fim, agradeço à minha família e minhas amigas Natalia e Ellen, que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a seguir em frente. Sem o apoio de todos vocês, este trabalho não seria possível.

Tatiane Silva Coelho

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Neste momento tão especial, gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão à nossa orientadora, Me. Vanessa Cristina Sossai Camilo, cuja orientação e apoio foram fundamentais para a realização deste trabalho. Seu comprometimento e dedicação nos guiaram em cada etapa deste processo, nos motivando a buscar sempre a excelência e um olhar crítico. Agradecemos por acreditar em nosso potencial e por nos incentivar a superar os desafios.

Estendemos nossos agradecimentos à nossa Profa. Dra. Juliana Cristina Bassan, que compartilhou conosco seu conhecimento e experiência com paciência. Seus valiosos apontamentos e *feedbacks* contribuíram imensamente para aprimorar nossa pesquisa e nos ajudaram a desenvolver competências essenciais para nossa formação acadêmica.

Queremos agradecer à nossa faculdade, FATEC/Barretos, que desde os primeiros anos nos proporcionou um ambiente acolhedor e rico em aprendizado, onde pudemos crescer academicamente. E o corpo docente que sempre esteve disposto para contribuir durante as aulas, com novas ideias e fazendo com que desenvolvessemos pensamento crítico, preparando-nos para os desafios futuros.

A todos vocês, nosso sincero obrigado. Este trabalho é resultado do esforço coletivo e da colaboração que encontramos ao longo do caminho. Estamos imensamente gratos por cada ensinamento e apoio recebidos.

“[...] o mundo era grande. Mas tudo ainda era muito maior quando a gente ouvia contada, a narração dos outros, de volta de viagens.”

João Guimarães Rosa (1972, p. 12)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a adoção do prontuário eletrônico nas instituições de saúde, visando verificar sua eficácia operacional, excelência no atendimento e segurança dos pacientes. A pesquisa é qualitativa e exploratória, fundamentada em uma revisão bibliográfica abrangente que inclui artigos publicados entre 2013 e 2024. Os resultados indicam que a tecnologia da informação tem o potencial de transformar a gestão hospitalar, melhorando a comunicação entre profissionais de saúde e facilitando o acesso às informações clínicas. Contudo, a implementação enfrenta desafios, como resistência dos profissionais e questões de interoperabilidade e segurança dos dados. O trabalho conclui que uma abordagem estratégica e colaborativa é essencial para maximizar os benefícios dos sistemas eletrônicos de prontuário, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Prontuário Eletrônico. Gestão Hospitalar. Tecnologia da Informação.

ABSTRACT

This study aims to analyze the adoption of electronic medical records in healthcare institutions to assess their operational effectiveness, excellence in patient care, and safety. The research is qualitative and exploratory, based on a comprehensive literature review that includes articles published between 2013 and 2024. The results indicate that information technology has the potential to transform hospital management by improving communication among healthcare professionals and facilitating access to clinical information. However, the implementation faces challenges such as resistance from professionals and issues related to data interoperability and security. The study concludes that a strategic and collaborative approach is essential to maximize the benefits of electronic medical record systems, contributing to the continuous improvement of healthcare service quality.

Keywords: Electronic Medical Records. Hospital Management. Information Technology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPF	Cadastro de Pessoa Física
ICP	Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras
ICP-Brasil	Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira
IMIA	International Medical Informatics Associations
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
NGS1	Nível de Garantia de Segurança 1
NGS2	Nível de Garantia de Segurança 2
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PM	Prontuário Médico
RG	Registro Geral
SEP	Sistema Eletrônico do Prontuário
SISAB	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica
S-RES	Sistema de Registro Eletrônico
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de Pesquisa	17
3.2 Período da Pesquisa	17
3.3 Métodos	17
3.3.1 Pergunta Norteadora.....	17
3.3.2 Base de Dados.....	17
3.3.3 Análise de Dados	18
4 RESULTADO E DISCUSSÕES	19
4.1 A Era Digital: A Transição do Prontuário em Papel para o Eletrônico.....	19
4.2 Do Papel ao Digital: A Transição do Prontuário Médico no Brasil e suas Barreiras.....	21
4.3 A Evolução do Prontuário Médico: Desafios e Oportunidades na Digitalização da Saúde	22
4.4 Transformação Digital na Saúde: O Impacto da Gestão do Prontuário Eletrônico nas Organizações Hospitalares	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A introdução e a adoção de modelos tecnológicos ou sistemas informatizados de saúde é uma ferramenta importante no âmbito da saúde mundial e vem se tornando cada vez mais utilizadas. Seu objetivo é melhorar o acesso a saúde, gerando mudanças significativas devido a sua capacidade de amplificar informações (Sudré *et al.*, 2020). A tecnologia de Informatização desenvolve-se de forma relevante ao ser usada como recurso para amparar a gestão de produção geral das instituições de saúde, assim sua implementação se destaca pela integração e prestabilidade ao reestruturar as organizações de saúde.

A demanda por um documento destinado ao registro das informações sobre o histórico de saúde do indivíduo não é algo recente. Portanto, a criação do prontuário surge como um documento de suma importância no atendimento à saúde do paciente, pois contém informações essenciais e indispensáveis para garantir a continuidade do tratamento oferecido (Silva, 2021). No final do século XIX, uma clínica nos Estados Unidos percebeu que o registro cronológico único das consultas dificultava o acesso às informações dos pacientes. Em 1907, passou a utilizar um registro individual para cada paciente, o que melhorou a organização e o arquivamento dos prontuários. Já em 1920, a clínica padronizou o conteúdo dos prontuários, estabelecendo um conjunto mínimo de dados a serem registrados. Seu resultado foi tão positivo que desde 1980, quase todos os norte-americanos que tinham sido atendidos em algum hospital possuíam um prontuário. E então na década de 70, os primeiros Prontuários Eletrônicos dos Pacientes (PEPs) foram desenvolvidos como resultado dos esforços para criar estruturas básicas para o registro de informações médicas ambulatoriais (Silva, 2021).

O surgimento dos prontuários eletrônicos na saúde se torna um catalisador fundamental para a modernização e aprimoramento dos serviços médicos em todo mundo. Sua devida utilização promete melhorar a eficiência na comunicação entre profissionais, reduzir o tempo gasto em tarefas administrativas e aumentar o tempo dedicado ao atendimento direto ao paciente. Nesse contexto, os Sistemas Eletrônicos de Prontuário (SEP) emergem como uma ferramenta essencial, promovendo a integração e acessibilidade das informações clínicas. No entanto, sua implementação enfrenta desafios relacionados à aceitação, interoperabilidade e segurança dos dados (Igarashi; Rodrigues; Ricci, 2022). Como mencionado por (Macedo *et al.*, 2021), “é necessário considerar a constituição dessas redes, descrevê-las e entendê-las como fenômenos sociais a serem compreendidos”.

Como parte do SEP, foi criado o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com o objetivo de organizar a agenda, sistematizar o histórico clínico dos pacientes e gerar relatórios para o planejamento local. Além disso, o Ministério da Saúde permite a implantação de prontuários eletrônicos próprios, desde que compartilhem informações com o Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que faz parte da estratégia e-SUS (Macedo *et al.*, 2021).

O uso da Tecnologia da Informação em Saúde, especialmente o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) assemelhando-se ao PEC, o mesmo tem se mostrado promissor nas instituições de saúde, facilitando não apenas a assistência, mas também a educação e a gestão. Esses sistemas não apenas suprem os antigos registros em papel, mas também oferecem uma gama de recursos e funcionalidades que revolucionam a prática clínica e a gestão hospitalar. Desde a simplificação dos processos administrativos até a melhoria da qualidade do atendimento e a promoção da pesquisa médica, os SEP desempenham um papel multifacetado e crucial no cenário da saúde contemporânea (Bombarda; Joaquim, 2022).

Ao suprir os antigos papéis, os mesmos não são simplesmente descartados, pois as instituições devem respeitar a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Onde o Art. 6 diz que “Decorrido o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, os prontuários em suporte de papel e os digitalizados poderão ser eliminados” (Brasil, 2018).

Entre os benefícios da implantação de sistemas eletrônicos, temos o acesso rápido e preciso às informações clínicas, permitem uma tomada de decisão mais informatizada por parte dos profissionais de saúde, resultando em diagnósticos mais precisos, planos de tratamento mais eficazes e uma experiência globalmente melhorada para o paciente (Rangel; Struchiner, 2021).

No entanto, apesar dos custos elevados de implementação e a resistência dos profissionais de saúde, o prontuário eletrônico é reconhecido como uma ferramenta facilitadora. Ele contribui para a padronização e organização das informações, facilitando a comunicação entre os profissionais e garantindo uma visão integral do cuidado prestado (Bombarda; Joaquim, 2022).

Portanto, é essencial que as instituições de saúde adotem uma abordagem estratégica e colaborativa para superar esses desafios e maximizar os benefícios dos SEP para profissionais de saúde, pacientes e gestores hospitalares.

Por meio desta revisão, esperamos não apenas fornecer uma visão abrangente dos SEP's, mas também destacar a importância de uma abordagem integrada e colaborativa na

implementação e utilização desses sistemas, visando aprimorar continuamente a qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

Nesta seção, apresentamos os objetivos que orientam nossa pesquisa. O objetivo geral é compreender a problemática em questão. Para isso, estabelecemos objetivos específicos que buscam descrever e analisar aspectos relevantes, investigar fatores envolvidos e avaliar resultados obtidos. Esses objetivos visam proporcionar uma análise detalhada e contribuir para uma compreensão mais aprofundada do assunto.

2.1 Objetivo Geral

Analisar a implementação e o impacto do prontuário eletrônico em instituições de saúde, com o propósito de verificar a eficácia operacional, a excelência no atendimento e a garantia da segurança dos pacientes.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão bibliográfica abrangente sobre os prontuários eletrônicos na área da saúde, destacando suas vantagens, desafios e melhores práticas de implementação.
- Analisar os dados coletados para identificar os principais benefícios e desafios associados à adoção do prontuário eletrônico, propondo recomendações para otimizar sua utilização e mitigar possíveis problemas.
- Contribuir para o avanço do conhecimento na área de saúde digital, fornecendo *insights* e informações relevantes sobre a implementação e os impactos do prontuário eletrônico em contextos clínicos.

3 METODOLOGIA

Os processos metodológicos adotados na presente pesquisa encontram-se descritos a seguir.

3.1 Tipo de Pesquisa

Os métodos utilizados para realizar esta revisão foram fundamentados na pesquisa de artigos científicos relacionados ao impacto dos Sistemas Eletrônicos de Prontuário (SEP) na gestão hospitalar de forma qualitativa exploratória. A fim de obter uma visão abrangente e atualizada sobre o tema, foram consultadas diversas fontes de informação, priorizando artigos do período de 2013 á 2024, publicados fornecendo *insights* importantes sobre o desenvolvimento e evolução dos SEP's ao longo dos anos, baseado no período de abrangência da revisão.

3.2 Período da Pesquisa

O período de busca dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro e setembro de 2024, onde foram selecionados e discutidos trabalhos publicados nos últimos 11 anos.

3.3 Métodos

3.3.1 Pergunta Norteadora

Este projeto de graduação, foi elaborado a partir da busca de informações em plataformas virtuais apropriadas à questão norteadora: “Que contribuições a tecnologia da informação gera para o gestor hospitalar dentro das instituições de saúde com base na adoção do prontuário eletrônico?”.

3.3.2 Base de Dados

Utilizou-se a base de dados *on-line* como *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e PubMed que é uma base de livre acesso desenvolvida e mantida pela *National Center of Biotechnology information*, na *National Library of Medicine* (NLM) localizado na *National Institutes of Health* (NIH), e Google Acadêmico. Os descritores usados serão: Prontuário Eletrônico, Evolução do Prontuário Eletrônico, Gestão do Prontuário Eletrônico, Prontuário Eletrônico em Hospitais, Cibersegurança dentro dos Hospitais, Primeiro Prontuário

Eletrônico, tecnologia da informação na saúde, *hospital management, medical records, electronic medical record, information system.*

3.3.3 Análise de Dados

Após a coleta dos dados da literatura e posteriormente uma leitura crítica dos artigos para verificar a relação aos propósitos do trabalho. Sendo realizado a pesquisa entre Fevereiro e Setembro de 2024, foram lidos o título e o resumo de 200 artigos que abordavam o assunto, porém foram separados 48 para serem lidos na íntegra pois estavam relacionados com o objetivo do estudo e por fim 19 foram selecionados para compor o trabalho.

Como critérios de inclusão das publicações foram adotados: artigos disponíveis nas fontes de dados supradito, nos idiomas português e inglês publicados entre o ano de 2013 e 2024, sendo considerado 11 anos de pesquisa necessários. O critério de exclusão utilizados foram: publicações que retratam temas que estão fora da temática deste trabalho. Considerando o conhecimento disponibilizado nas publicações analisadas, apresentase, a seguir, os resultados e a discussão sobre as mesmas.

4 RESULTADO E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos no presente trabalho encontram-se elencados a seguir.

4.1 A Era Digital: A Transição do Prontuário em Papel para o Eletrônico

A tecnologia da informação tem avançado significativamente, ultrapassando o simples processamento de dados e aprimorando funções administrativas em diversas organizações, como gestão de recursos humanos, folha de pagamento e contabilidade. A informação se tornou uma ferramenta essencial para qualquer organização, permitindo o controle sobre múltiplos parâmetros que influenciam seus processos. Em muitas empresas, a TI é considerada um recurso vital para a tomada de decisões, exigindo uma rede de informações que abranja aspectos administrativos, econômicos, legais, ambientais e políticos. É importante ressaltar que a adoção de modelos tecnológicos tem crescido em vários setores, possibilitando a criação e implementação de sistemas mais ágeis que apoiam a tomada de decisões (Cunha *et al.*, 2020).

A informação é o principal elemento de poder na era tecnológica, quanto maior o acesso à informação, maiores são as oportunidades de escolha, possibilidades de decisões e garantia de melhores condições de vida (Santos; Marin, 2018).

A era da informação não deixou a área da saúde à margem, portanto a junção da Tecnologia da Informação (TI) ao setor da saúde é evidenciado, devido ao aumento dos dados e informações decorrentes da evolução científica, sendo desenvolvido e implantados recursos para ter a garantia do uso devido e a gestão da informação (SUDRÉ *et al.*, 2020). A tecnologia da informação desempenha um papel fundamental no cuidado ao paciente, abrangendo desde a interpretação de eletrocardiogramas até a gestão de escalas de trabalho, prescrições médicas, relatórios de resultados e sistemas de prevenção. Portanto, o gerenciamento eficaz dessas tecnologias torna-se um componente crítico nos processos de atendimento ao paciente, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde (Longaray; Castelli, 2020).

Perante isto a adoção aos modelos tecnológicos ou sistemas de informatização na saúde se torna cada vez mais utilizadas, não apenas em uma região, mas em âmbito mundial na saúde, se tornando assim, cada vez mais utilizadas. Melhorando o acesso a saúde, proporcionando mudanças importantes devido a sua capacidade de amplificar informações (Sudré *et al.*, 2020).

Através da junção da TI ao setor de saúde, a demanda por um documento que registre as informações do histórico de saúde de um paciente não é recente. Portanto, o desenvolvimento do prontuário surge como um documento importante no atendimento à saúde do paciente ou cliente, nele contém informações indispensáveis para garantir a continuidade do tratamento ofertado (Silva, 2021a).

A palavra prontuário origina-se do latim *promptuarium* e significa “manual que contém informações úteis” ou “ficha com os antecedentes de uma pessoa” (“Prontuário”, [s.d.]).

Torna-se importante mostrar um pouco sobre a história do prontuário até os dias atuais, inicialmente em 1880, William Mayo fundou juntamente com um grupo de amigos médicos a Clínica Mayo nos Estados Unidos e nesta clínica os médicos registravam ou faziam suas anotações referente as consultas dos pacientes em forma cronológica em apenas um documento, ou seja, não havia a separação adequada das informações de cada paciente e isto dificultava o acesso as estas informações, devido a esta dificuldade, as informações começaram a ser arquivadas de forma separada, cada paciente tinha o seu, melhorando assim a organização e o arquivamento das informações (Silva, 2021).

Logo em 1920 a clínica passou a padronizar um conjunto mínimo de informações que deveriam ser registradas, melhorando o conteúdo dos prontuários. Esta conduta foi positiva, evoluiu bem e quase todos os norte-americanos que passaram por algum atendimento possuíam um prontuário. E então na década de 70, os primeiros Prontuários Eletrônicos dos Pacientes (PEPs) foram desenvolvidos como resultado dos esforços para criar estruturas básicas para o registro de informações médicas ambulatoriais (Silva, 2021).

Em 1979, na primeira conferência da *International Medical Informatics Association* (IMIA), foram estabelecidos cinco aspectos fundamentais para os sistemas clínicos: a centralidade no paciente, o suporte ao uso clínico, a promoção da educação em tempo real, a consideração do fator humano no uso das tecnologias e a avaliação do desempenho clínico. Vinte anos depois, a IMIA ressaltou que, para melhorar a qualidade na saúde, é crucial que os profissionais de saúde interajam de maneira eficaz e eficiente com os Sistemas de Informação em Saúde (Motta; Poncetti; Esteves, 2019).

No Brasil, o uso do prontuário começou por iniciativa da professora doutora Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano de 1944, depois de estudos especializados nos Estados Unidos da América, onde fora estudar sistemas de arquivo e classificação de observações médicas em um processo de consolidação dessa proposta em nível nacional. Logo o sistema foi adotado pelo Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, a inclusão da obrigatoriedade da elaboração de prontuários individuais no Código de Ética Médico (CEM) (Santos; Marin, 2018).

Além disso o Ministério da Saúde introduz em 1999 uma proposta para um conjunto mínimo de informações incluídas em prontuários eletrônicos, promovendo a integração entre os diversos sistemas e fortalecendo sua implementação afim de estabelecer à nível nacional um sistema padronizado de coleta e processamento de dados clínicos e administrativos originados em cada contato com o sistema de atendimento. Anos depois, em 2002, o Conselho Federal de Medicina (CFM) validou o prontuário eletrônico como um método legítimo para o armazenamento de dados dos pacientes (Almeida *et al.*, 2016).

4.2 Do Papel ao Digital: A Transição do Prontuário Médico no Brasil e suas Barreiras

Embora o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) tenha sido validado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio das Resoluções 1.638 e 1.639 de 2002, sua adoção ainda não se divulgou amplamente nas instituições de saúde do Brasil. Em diversas unidades onde o PEP é utilizado, a substituição total dos prontuários em papel ainda não foi concretizada. Apesar de a informatização das rotinas administrativas já ser uma realidade em nível nacional, a implementação do PEP ainda encontra barreiras e resistência (Silva, 2021).

Conforme definido pela Resolução nº 1.638/2002, Art. 1º, o Prontuário Médico (PM) foi previsto, e em julho de 2007, o CFM aprovou normas técnicas para a digitalização e uso de sistemas informatizados para armazenar e manusear os prontuários dos pacientes (Silva, 2021b). Segundo o Conselho Federal de Medicina brasileiro, o prontuário pode ser entendido como, um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (“Prontuário De Paciente”, [s.d.]).

Assim, a definição do PM foi ampliada para incluir não apenas o formato tradicional em papel, mas também o registro em suporte eletrônico, se apresentando como um documento legal que deve ser preenchido de forma completa e integral pela equipe multiprofissional (Silva, 2021b). Os dados do prontuário de um paciente podem ser descartados permanente por médicos e instituições de saúde, porém o mesmo deve ficar arquivado durante um período de 20 anos, antes de ser descartado. O serviço de arquivamento do hospital é responsável por

conservar esses documentos por um período mínimo de 20 anos conforme a legislação (Brasil, 2018).

4.3 A Evolução do Prontuário Médico: Desafios e Oportunidades na Digitalização da Saúde

Atualmente, com a evolução tecnológica dentro dos hospitais, a área da saúde tem se tornado um alvo de ataques cibernéticos, possibilitando acesso as informações confidenciais em curto espaço de tempo expondo informações dos pacientes, sendo de responsabilidade das unidades de saúde a preservação a integridade física e moral de seus dados (Alanazi; Butler-Henderson; Alanazi, 2019).

Entretanto, outros desafios foram encontrados na implementação do Protuário Eletrônico como: as dificuldades dos profissionais de saúde em manusear o PEP e entender cada ferramenta disponível no mesmo. Os colaboradores resistentes a implementação da nova tecnologia, usaram alguns argumentos oportunos para o estudo do caso. Uma das alegações foi que: levaria muito tempo no acesso de cada prontuário e a complexidade para adicionar informações pertinente de cada paciente, a falta de treinamento e acesso a internet evidenciou mais ainda a impraticabilidade da operacionalização quando comparado a um número superior de pacientes atendidos em um mesmo dia (Macedo *et al.*, 2021).

Estudos realizados em 2023 aponta que cerca de 96% dos colaboradores consideram a segurança de dados dentro dos hospitais crítica, alertando quanto a importância da segurança desses dados, sendo de responsabilidade da gestão a escolha do sistema que irá atuar em sua unidade de modo a transmitir segurança em não expor dados, custos desse sistema para a instituição ao longo dos anos (Alanazi; Butler-Henderson; Alanazi, 2019).

A Lei Geral de Proteção Dados (LGPD), sancionada em 2018 em vigor desde 2020, criada com o intuito de proteger a privacidade e os direitos do cidadão, a mesma estabelece norma rigorosas sobre o processamento de dados em solo brasileiro, a unidades de saúde como hospitais públicos ou privados onde o acesso a dados e a interação dos pacientes com ele é de forma constante, a conformidade com lei é algo crucial a ser trabalhado. A legislação impõe regras específicas como: a indispensação do consentimento explícito por parte do paciente ou responsável para coleta de dados, evidenciar o processo de coletas, conceder ao cliente de saúde o acesso a esses dados caso ele queira corrigir ou eliminar essa informação. Em caso de ataque cibernético ao sistema de saúde de uma unidade, a mesma passa por consequência severas como: multas em valores altos ou suspensão do acesso e tratamento dos dados até que a unidade esteja apta, tais consequência pode acabar afetando sua reputação (Brasil, 2020).

4.4 Transformação Digital na Saúde: O Impacto da Gestão do Prontuário Eletrônico nas Organizações Hospitalares

A transição do prontuário de papel para o prontuário eletrônico (PEP) surge com a informatização, impulsionada pela introdução de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em setores administrativos e, posteriormente, em áreas de diagnóstico e registros clínicos. O prontuário médico, uma das principais fontes de informação no sistema de saúde, se tornou uma ferramenta mais abrangente ao incorporar dados de diversas fontes, incluindo informações dos profissionais sobre os diagnósticos e outras áreas (Brasil, 2015).

Inicialmente, essa transição encontrou obstáculos para demonstrar plenamente seus benefícios, uma vez que seu sucesso dependia de diversos fatores, como a adaptação dos profissionais de saúde, a capacitação em novas tecnologias e o desenvolvimento de infraestrutura adequada. No entanto, a informatização mostrou-se uma evolução necessária para a gestão dos dados de saúde (Gambi; Ferreira; Galvão, 2013).

A principal ferramenta de Tecnologia da Informação utilizada por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em suas atividades diárias, seja em clínicas, consultórios, centros de diagnóstico ou hospitais, é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), facilitam o acesso rápido às informações importantes dos pacientes, como dados pessoais, histórico familiar, doenças anteriores, alergias, uso de medicamentos controlados dentre outros, contribuindo na redução de erros médico e melhorar a continuidade do cuidado (Campara *et al.*, 2014).

O prontuário individual é uma importante fonte de dados para o sistema de saúde de um país. Comparando as duas formas de registro, o prontuário em papel apresenta desvantagem significativa: falta de uniformidade nos registros, perda de informações, dificuldades no acesso rápido e seguro aos dados, complexidade no armazenamento, escassez de regulamentação e vulnerabilidade dos documentos físicos. Por outro lado, o papel oferece algumas vantagens, como baixo custo, simplicidade de uso e autonomia no registro.

Durante o processo de informatização, surgiram também desafios, como a necessidade de atualização contínua dos dados, o que reduziu o tempo de interação com o paciente. No entanto, ao longo do tempo, o prontuário eletrônico revelou-se um facilitador e um otimizador para a tomada de decisões, permitindo o cruzamento eficiente de dados, aprimorando a qualidade do cuidado e oferecendo maior segurança e proteção de dados sensíveis. Assim, apesar das dificuldades iniciais, a transição para o prontuário eletrônico representa um avanço essencial para a modernização e a eficiência dos serviços de saúde (Gambi; Ferreira; Galvão, 2013).

A Resolução nº 1.821/2007, de 11 de julho de 2007, no artigo 2º, estabelece que as instituições de saúde, independentemente de sua natureza, são as responsáveis pelo armazenamento e pela comunicação dos dados sensíveis dos pacientes. Esses dados, incluindo prontuários em papel e eletrônicos, devem estar disponíveis sempre que solicitados pelo próprio paciente ou por seu representante legal. Após a digitalização dos prontuários, é permitido o descarte completo do prontuário em papel, desde que seguidas normas rigorosas de segurança no Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2) (Almeida *et al.*, 2016).

A regulamentação para armazenamento, manejo e arquivamento de dados sensíveis passou por diversas etapas até chegar ao modelo atual. De acordo com as normas vigentes, prontuários eletrônicos e microfilmagens devem ser preservados indefinidamente. Prontuários em papel que não foram digitalizados precisam ser arquivados por 20 anos, a contar do último registro, e mantidos em condições adequadas de preservação (Brasil, 2018).

O processo de digitalização é guiado pelo manual de certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) do Conselho Federal de Medicina (CFM), que classifica os níveis de segurança em dois níveis: NGS1 e NGS2. O NGS1, aplicado aos sistemas eletrônicos de saúde, não requer certificação digital, o que exige a manutenção do prontuário em papel e a impressão para assinatura manuscrita. Já o NGS2 inclui todos os requisitos do NGS1 e adiciona a exigência de assinatura digital conforme a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), o que torna possível o descarte do prontuário físico após digitalização (Admin; Schäfer; Flores, 2013).

Um estudo realizado analisou o uso do sistema informatizado aos olhos dos gestores hospitalares, essa pesquisa foi feita afim de verificar mais afundo a satisfação, a utilidade e facilidade do sistema, levado em conta os prós e contras como: idade, destreza tecnológica, treinamentos, investimentos, recursos tecnológicos em quantidade adequada, falta de recursos financeiros, melhor aceitação entre os profissionais. Foi constatado que as vantagens superam as desvantagens, sendo mais pertinente a colaboração dos profissionais, é importante mencionar que fatores como o processo de implantação e estruturação continua, traçando um plano de ação, escolha do sistema correto, útil, prático e com inovações acessíveis de fácil acesso a todos profissionais se mostraram presentes no estudo realizado (Santos; Marin, 2018).

As instituições de saúde necessitam de um constante avanço tecnológico para assegurar um atendimento eficaz e sensível às necessidades dos pacientes. A adoção e manutenção de tecnologias inovadoras potencializam os benefícios, impactando diretamente a segurança e a qualidade dos serviços prestados. Nesse cenário cada vez mais complexo, a Tecnologia da Informação (TI) se estabelece como uma ferramenta essencial na gestão da

saúde, promovendo a integração de dados e superando a fragmentação anterior. A TI transforma esses dados em informações valiosas que apoiam as decisões dos gestores, melhorando tanto a eficiência quanto a qualidade do atendimento oferecido (Longaray; Castelli, 2020).

Entretanto, a implantação de novas tecnologias exige adaptação dos processos de trabalho e investimentos em equipamentos e capacitação de profissionais. É essencial que esse processo seja conduzido de forma inclusiva e colaborativa, levando em conta o bem-estar dos profissionais, oferecendo capacitação adequada e garantindo que as mudanças sejam implementadas com o mínimo de transtornos, promovendo um ambiente de trabalho mais eficiente e harmonioso (Garcia, 2020).

A adoção de tecnologias de informação na gestão hospitalar é impulsionada pela necessidade de reduzir custos, aumentar a eficiência, garantir a segurança do paciente e cumprir exigências regulatórias. Com a crescente complexidade dos sistemas de saúde, essas tecnologias também promovem uma coordenação mais eficaz entre profissionais de diferentes departamentos como emergências, laboratórios e enfermarias, otimizando o tempo de resposta, aumentando a eficiência, facilitam a tomada de decisões, reduzindo erros e proporcionando um atendimento mais integrado e personalizado (Ferreira *et al.*, 2024).

Com a inserção do PEP, foi necessário um estudo ético e legal sobre as precauções com os dados pessoais dos pacientes. É evidente os benefícios do Prontuário Eletrônico do Paciente, mas quando a unidade de saúde lida com informações tão sigilosas como: nome, data de nascimento, cadastro de Pessoa Física (CPF), Registro Geral (RG) em larga escala. É necessário que a gestão reavalie o sistema e a proteção de dados de seus pacientes. Já que na área médica existe um acordo de confidencialidade entre médico e paciente (Almeida *et al.*, 2016a).

Entretanto com o fácil acesso o PEP as informações ficam vulnerável comparado com o prontuário físico, uma vez que o usuário possui conhecimento da rede informação e acesso ao sistema, essa confidencialidade pode se comprometer por inteiro, trazendo danos incalculáveis (Almeida *et al.*, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa analisou, a implementação e o impacto dos SEP's nas instituições, destacando sua relevância para a modernização da assistência em saúde e a gestão hospitalar. Evidenciando, que a adoção dos prontuários não facilita somente o acesso as informações clínicas, mas também aprimora a comunicação dos profissionais dentro das unidades, resultando na agilidade dos processos internos, precisão dos diagnósticos e atendimento mais eficaz ao paciente. Demonstrando que apesar dos desafios encontrados, como a resistência a mudança e a necessidade de garantir a segurança de dados, os benefícios da implementação dos prontuários eletrônicos superam as dificuldades, se mostrando como uma ferramenta essencial para padronização das informações e para melhoria da qualidade do atendimento na saúde.

A análise histórica da evolução do prontuário, desde os registros em papel transicionando para os sistemas digitais, ilustra uma trajetória de inovação contínua que reflete as necessidades crescentes das instituições.

Para maximizar os benefícios dos Sistemas Eletrônico de Prontuário é crucial que os gestores adotem uma abordagem estratégica e colaborativa na sua implantação. Isso inclui treinamento adequado para os profissionais de saúde e investimento na infraestrutura tecnológica.

Em síntese este estudo contribui para o avanço do conhecimento na área da saúde digital, e mostra a necessidade de continuidade nas pesquisas sobre os sistemas eletrônicos de prontuário, devido a demanda crescente por inovações tanto na área da saúde, quanto na área da Tecnologia de Informações que estão interligadas quando o assunto é Prontuário Eletrônico. -

REFERÊNCIAS

- ADMIN, A.; SCHÄFER, M. B.; FLORES, D. A digitalização de documentos arquivísticos no contexto brasileiro. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 6, n. 2, 2013.
- ALANAZI, B.; BUTLER-HENDERSON, K.; ALANAZI, M. R. The Role of Electronic Health Records in Improving Communication Between Health Professionals in Primary Healthcare Centres in Riyadh: Perception of Health Professionals. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 264, p. 499–503, 21 ago. 2019.
- ALMEIDA, M. J. G. G. et al. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 521–527, set. 2016a.
- BRASIL, C. G. DA I. NO. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: Tics saúde 2013 = Survey on the use of information and communication technologies in brazilian health care facilities: Ict in health 2013**. [s.l.] Comitê Gestor da Internet no Brasil - CGI.BR, 2015.
- BRASIL. **LEI Nº 13.787, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2018 (Art. 6)**. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília:DF. Presidência da República, 27 dez, 2018. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/213445342/artigo-6-da-lei-n-13787-de-27-de-dezembro-de-2018>>. Acesso em: 27 nov. 2024.
- BRASIL. **LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Brasília:DF. Presidência da República, 14 ago.2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm>. Acesso em: 28 ago. 2024.
- BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. **Cadernos Saúde Coletiva**, 10 jun. 2022.
- CAMPARA, M. et al. Implantação do Prontuário Eletrônico de Paciente. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, 24 jan. 2014.
- FERREIRA, V. A. DE L. et al. IMPLEMENTAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR: IMPACTOS NA EFICIÊNCIA E QUALIDADE ASSISTENCIAL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 4, p. 2504–2512, 1 abr. 2024.
- GAMBI, E. M. F.; FERREIRA, J. B. B.; GALVÃO, M. C. B. A transição do prontuário do paciente em suporte papel para o prontuário eletrônico do paciente e seu impacto para os profissionais de um arquivo de instituição de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 7, n. 2, 2013.
- GARCIA, S. **Gestão 4.0 em Tempos de Disrupção**. [s.l.] Editora Blucher, 2020.
- IGARASHI, M. K. W.; RODRIGUES, M. S.; RICCI, G. P. Contribuições do prontuário eletrônico para a assistência de enfermagem sob a ótica da auditoria da qualidade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e89111436001–e89111436001, 20 out. 2022.

LONGARAY, A. A.; CASTELLI, T. M. Avaliação do desempenho do uso da tecnologia da informação na saúde: revisão sistemática da literatura sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4327–4338, nov. 2020.

MACEDO, A. S. D. et al. IMPLEMENTATION OF AN ELECTRONIC MEDICAL RECORD IN LIGHT OF THE ACTOR-NETWORK THEORY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. e20200123, 2021.

MOTTA, K. F.; PONCETTI, A. F. U.; ESTEVES, R. Z. O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, p. 93–102, 18 jul. 2019.

Prontuário. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/prontuario/>>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SANTOS, M. C. DOS; MARIN, H. DE F. Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 1–6, fev. 2018.

SILVA, C. R. DA. História do Prontuário Médico: Evolução do Prontuário Médico Tradicional ao Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e28510918031–e28510918031, 26 jul. 2021.

SUDRÉ, G. A. *et al.* Estudo da Implantação das Tecnologias de Informação na área da Saúde em Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **Journal of Health Informatics**, v. 12, n. 1, 30 mar. 2020.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS “PROF^a. ÉDI SALVI DE LIMA”
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

ALEXANDRA DA SILVA MAGRINI FERREIRA
LAILANE FERNANDES ALVES

**DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA ROMPER COM AS BARREIRAS DA
ACESSIBILIDADE FÍSICA EM HOSPITAIS**

ALEXANDRA DA SILVA MAGRINI FERREIRA
LAILANE FERNANDES ALVES

**DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA ROMPER COM AS BARREIRAS DA
ACESSIBILIDADE FÍSICA EM HOSPITAIS**

Trabalho de Graduação (TG) apresentado como requisito para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina Bassan

Coorientadora: Profa. Dra. Janaína Monteiro de Souza

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos Porfessora Édi Salvi Lima

F383d Ferreira, Alexandra da Silva Magrini.
Desafios e soluções para romper com as barreiras da acessibilidade física em hospital / Alexandra da Silva Magrini Ferreira, Lailane Fernandes Alves. – Barretos, 2024.
49 p. : il., tabs.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) – Faculdade de Tecnologia de Barretos “Professora Édi Salvi Lima”.

Orientador: Juliana Cristina Bassan

Coorientador: Janaína Monteiro de Souza

1. Acessibilidade. 2. Arquitetura Hospitalar. 3. Evolução. 4. Pessoas com Deficiência. I. Título.

CDD – 725.5

ALEXANDRA DA SILVA MAGRINI FERREIRA
LAILANE FERNANDES ALVES

**DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA ROMPER COM AS BARREIRAS DA
ACESSIBILIDADE FÍSICA EM HOSPITAIS**

Trabalho de Graduação (TG)
apresentado como requisito para
obtenção do título de Tecnólogo em
Gestão Hospitalar pela Faculdade de
Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi
Lima”.

Aprovado em: 09/12/2024

Comissão Examinadora

Prof.^a. Dr.^a. Juliana Cristina Bassan
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”
Orientadora

Prof. Dr. Paulo Sérgio Jorge
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Barretos
2024

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, pela força, sabedoria e inspiração concedidas ao longo de toda esta jornada.
À nossa orientadora, Prof.^a. Dra. Juliana Cristina Bassan.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Juliana Cristina Bassan, e co-orientadora Janaina Monteiro de Souza, minha profunda gratidão por suas orientações, paciência e inspiração ao longo desta jornada acadêmica. A dedicação de vocês foi essencial para a concretização deste trabalho.

De forma especial, dedico à minha Mãe, essa pessoa extraordinária, que é meu exemplo de determinação e força. Sua confiança em mim, expressa nas palavras “você é capaz, você consegue,” foi fundamental para que eu acreditasse em meu próprio potencial e alcançasse este momento.

Ao meu esposo Luiz Cezar e à minha filha, Ana Luiza, por todo o apoio incondicional, paciência e compreensão nos momentos em que minha ausência foi necessária. Vocês foram meu alicerce e minha maior motivação.

Aos meus irmãos e sobrinhos, que também contribuíram para tornar este momento possível, oferecendo apoio, carinho e palavras de incentivo ao longo da jornada. A todos os meus familiares e amigos, em especial minha Tia Maria Helena, minha querida Tia Nena, que vibrou quando disse que iria realizar o meu sonho de cursar uma faculdade, me apoiou incondicionalmente.

À minha parceira de jornada, Lailane Fernandes Alves, pela amizade genuína, pela parceria incansável e pelo apoio constante ao longo deste processo. Sua presença tornou este desafio mais leve, significativo e realizável. Você foi essencial em cada etapa.

Aos amigos que a vida me presenteou ao longo dessa jornada, em especial aos queridos Juliana, Ana Paula, Gisele e Emerson. Com vocês, compartilhei momentos únicos, dividimos desafios, dificuldades e celebramos juntos cada vitória conquistada. Quero também dedicar um espaço especial àqueles que, por razões diversas, não puderam concluir o curso, mas que deixaram um pedaço de si e deram o seu melhor enquanto estiveram ao nosso lado. A presença de cada um marcou profundamente essa caminhada, tornando-a ainda mais especial e significativa.

À Fatec, minha tão querida faculdade, onde tive a alegria de realizar um grande sonho. A cada pessoa que fez parte dessa jornada, meu mais sincero agradecimento. Ao diretor Paulo, ao coordenador Rafael, à nossa querida Nadya e ao João, vocês são pilares que sustentam esta instituição com tanto carinho e dedicação.

Aos professores Leandro, Camila, Francisco, Áurea, Evandro, Ary, William, Vanessa, Janaína e Juliana, meu profundo reconhecimento por todo o empenho e compromisso em transmitir não apenas conhecimento, mas também inspiração e motivação. Vocês realmente fazem a diferença, moldando a Fatec como uma instituição de ensino de excelência.

Minha gratidão transborda por cada um de vocês, que tornaram essa caminhada possível e transformaram minha experiência acadêmica em algo tão significativo e inesquecível.

A todos vocês, dedico este trabalho com carinho e reconhecimento por suas contribuições inestimáveis.

Alexandra da Silva Magrini Ferreira

Agradeço sinceramente a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Primeiramente a Deus, aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e me proporcionaram o suporte necessário para alcançar meus objetivos, meus familiares e amigos pelo apoio incondicional e incentivo ao longo de toda a minha jornada acadêmica. Em especial, quero expressar minha gratidão à minha parceira de TG, Alexandra Da Silva Magrini Ferreira, pela colaboração, dedicação e apoio mútuo durante todo o processo de pesquisa e escrita. Agradeço também à minha orientadora, Profa. Dra. Juliana Cristina Bassan, e co-orientadora Janaina Monteiro de Souza, minha profunda gratidão por suas orientações pela orientação valiosa e paciência em me guiar neste processo. À Faculdade de Tecnologia de Barretos, por proporcionar um ambiente de aprendizado enriquecedor. Por fim, agradeço a todos os profissionais da instituição que colaboraram com suas experiências e conhecimentos, tornando este trabalho possível.

Lailâne Fernandes Alves

“A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor, nem o contribuinte, nem o médico, nem a enfermeira, nem o secretário; a individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida, o enfermo”.

GOLDWATER.

“A deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos”.

(World Report on Disability - OMS 2011)

RESUMO

A história e evolução dos hospitais mostram uma progressão contínua e ajustes significativos na forma de “fazer” saúde ao longo dos séculos, melhorando progressivamente práticas que garantem acessibilidade e inclusão, beneficiando não apenas as pessoas com deficiência física, mas toda a comunidade hospitalar. Diante disso o objetivo do trabalho foi buscar na literatura as propostas de acessibilidade física na arquitetura hospitalar ao longo da história com foco na inclusão social com acesso equânime aos serviços de saúde. Para atingir os objetivos desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo narrativa descritiva. No estudo foram compilados artigos, livros, leis e resoluções que analisam os desafios e soluções que abordam as adequações e mudanças relacionados ao tema "Desafios e Soluções para Romper com as Barreiras da Acessibilidade Física em Hospitais". Como resultados há uma clara necessidade de se enfrentar os desafios atuais e implementar soluções inovadoras, promovendo a inclusão e eliminando barreiras que possam impedir a participação plena e igualitária das pessoas com deficiência física, assim estamos avançando na direção de uma sociedade mais justa e inclusiva, onde todos tenham oportunidades equitativas e possam desfrutar plenamente de seus direitos, independentemente de suas habilidades ou limitações. O cumprimento da legislação específica também desempenha um papel crucial nesse processo, buscando garantir a igualdade de direitos e oportunidades para as pessoas com deficiência física. Assim, é fundamental que continuemos a promover iniciativas que garantam a acessibilidade em ambientes hospitalares, assegurando que todos os cidadãos possam acessar os cuidados de saúde necessários sem enfrentar obstáculos. A construção de um futuro mais inclusivo depende do comprometimento coletivo em transformar as práticas existentes e criar um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades de todos.

Palavras-chave: Acessibilidade, Setor hospitalar, Evolução, Inclusão, Pessoas com deficiência, Arquitetura hospitalar

ABSTRACT

The history and evolution of hospitals show a continuous progression and significant adjustments in the way of “doing” healthcare over the centuries, progressively improving practices that guarantee accessibility and inclusion, benefiting not only people with physical disabilities but the entire hospital community. This study aimed to search the literature for proposals for physical accessibility in hospital architecture throughout history, focusing on social inclusion and equal access to health services. To achieve the objectives of this research, a descriptive narrative literature review was carried out. The study compiled articles, books, laws, and resolutions that analyze the challenges and solutions that address adjustments and changes related to the theme “Challenges and Solutions for Breaking Down Physical Accessibility Barriers in Hospitals”. As a result, there is a clear need to address current challenges and implement innovative solutions, promoting inclusion and eliminating barriers that may prevent the full and equal participation of people with physical disabilities. In this way, we are moving towards a fairer and more inclusive society, where everyone has equal opportunities and can fully enjoy their rights, regardless of their abilities or limitations. Compliance with specific legislation also plays a crucial role in this process, seeking to guarantee equal rights and opportunities for people with physical disabilities. It is therefore essential that we continue to promote initiatives that guarantee accessibility in hospital environments, ensuring that all citizens can access the healthcare they need without facing obstacles. Building a more inclusive future depends on a collective commitment to transform current practices and establish a healthcare system that addresses the needs of all individuals.

Keywords: Accessibility, Hospital sector, Evolution, Inclusion, People with disabilities, Hospital architecture

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivo Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de Pesquisa	17
3.2 Período de Pesquisa	17
3.3 Elaboração da pergunta norteadora	17
3.4 Bases de dados.....	17
3.5 Critérios de inclusão e exclusão	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4.1 Resultados	19
4.2 Discussão	20
4.2.1 Principais leis relacionadas à acessibilidade	20
4.2.2 Dados Estatísticos Sobre Deficiência	27
4.2.3 Exemplos de práticas e experiências sobre políticas de acessibilidade em unidades hospitalares	31
4.2.4 Propostas de gestão para superar os desafios para a melhoria da acessibilidade física em hospitais	44
5 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

Ao se abordar sobre a acessibilidade é inevitável falarmos sobre arquitetura hospitalar e, para isso, é necessário conhecer um pouco sobre a evolução dos hospitais. A origem dos hospitais remonta a períodos muito antigos da história da humanidade. Embora os hospitais modernos, como os conhecemos hoje, tenham suas raízes mais claramente definidas na Idade Média europeia, as primeiras formas de cuidados de saúde organizados tiveram início nas civilizações antigas, como na Mesopotâmia, Egito, Índia, Grécia e Roma, que adotavam uma combinação de práticas antigas de cura com técnicas mais contemporâneas a época, ocorrendo uma integração entre saberes antigos e tratamentos modernos contribuindo para as instituições de cuidados contemporâneos (Brasil,1965).

Durante a idade média na Europa, os primeiros hospitais cristãos começaram a surgir, geralmente estabelecidos por ordens religiosas como os beneditinos e franciscanos. Esses hospitais eram utilizados para uma variedade de propósitos, incluindo o tratamento de doentes, cuidados para os pobres e peregrinos, e abrigos temporários para viajantes, desempenhando um papel crucial na prestação de cuidados de saúde em uma época em que não havia um sistema médico formalizado (Brasil,1965).

No final do século IV, com a chamada "segunda revolução médica" ocorreu a fundação, por Basílio de Cesareia (Império Bizantino), do primeiro hospital cristão e em poucas décadas esses hospitais se tornaram onipresentes na sociedade bizantina (Jonson; Albert, 2000).

A partir do século V até o século XV, os hospitais se desenvolveram significativamente nas sociedades bizantina, medieval europeia e islâmica. Com a era das explorações europeias, esses estabelecimentos médicos foram levados para as colônias da América do Norte, África e Ásia. Um exemplo notável desse progresso é o Hôtel-Dieu, fundado em 1443 por Nicolas Rolin e Guigone de Salins, que é considerado o hospital mais antigo ainda em funcionamento (Jonson; Albert, 2000).

Com o Renascimento e a Idade Moderna, houve um aumento no interesse pela medicina e ciência médica, levando ao desenvolvimento de hospitais e instituições médicas mais sofisticados. Nesse período, a medicina começou a se tornar mais baseada em evidências e menos associada a práticas supersticiosas (Martire Junior, 2013).

No que tange a mudanças na arquitetura, o grande incêndio do Hôtel-Dieu, em Paris, em 1772, marcou uma mudança crucial na antiga estrutura hospitalar, promovendo mudanças significativas na arquitetura e planejamento dos estabelecimentos de saúde. Após o incêndio, surgiram conceitos inovadores, como a divisão por blocos, pavilhões separados, setorização e a limitação a no máximo três pavimentos, visando à acessibilidade. O Hôtel-Dieu, que na época era um hospital de grande porte com capacidade para 2.500 leitos, apresentava diversos problemas de contaminação e disseminação de doenças. Em resposta a esses desafios, foi criada uma comissão para realizar pesquisas arquitetônicas e implementar melhorias no hospital (Góes, 2011).

Nos tempos contemporâneos os hospitais continuaram a evoluir, incorporando avanços tecnológicos, desenvolvendo especialidades médicas e adaptando-se às necessidades devido as constantes mudanças da sociedade e da medicina. Hoje, os hospitais são centros complexos de cuidados de saúde que oferecem uma ampla gama de serviços médicos, desde cuidados de emergência e cirurgia até tratamento de doenças crônicas, cuidados paliativos, educação e pesquisa, e prevenção de doenças para comunidades em todo o mundo. Com uma história longa e complexa, foram evoluindo ao longo dos séculos para se tornarem os complexos de saúde que conhecemos hoje. No entanto, apesar dos avanços significativos ao longo dos séculos, os desafios persistem, especialmente no que diz respeito à acessibilidade e inclusão de pacientes com deficiência física. Ao examinar a história e a evolução dos hospitais, podemos compreender melhor os desafios atuais e buscar soluções inovadoras para promover uma saúde mais equitativa e inclusiva para todos os pacientes, destacando os marcos históricos importantes e como eles moldaram a forma como os hospitais funcionam hoje (Brasil,1965).

A acessibilidade e a inclusão social são dois aspectos fundamentais que estão recebendo cada vez mais atenção e impulso. A crescente consciência da importância da acessibilidade e da inclusão social reflete uma mudança significativa na forma como os hospitais são concebidos e operados. Ao longo das últimas décadas, tem havido uma evolução notável na compreensão de que a saúde é um direito humano fundamental e que todos devem ter acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de suas capacidades ou condições (Brasil,1965).

A acessibilidade física hospitalar tem sido uma área de foco crescente, com esforços para eliminar barreiras físicas, sensoriais e cognitivas, que é crucial para

garantir que as pessoas com deficiência possam acessar os cuidados de saúde sem impedimentos. Isso inclui a implementação de infraestrutura física adequada, como rampas para cadeiras de rodas, corredores espaçosos, banheiros acessíveis e sinais claros para orientação. Além disso, a acessibilidade também se estende aos serviços de saúde, com a promoção de comunicação acessível, disponibilidade de tecnologias assistivas e o treinamento adequado para os profissionais de saúde, assegurando que todos os pacientes recebam o atendimento necessário de maneira eficiente e inclusiva (Clemente *et al.*, 2022)

A arquitetura hospitalar enfrenta desafios relacionados à assistência médica, que podem exigir soluções criativas para que a construção seja executada com sucesso. Esses fatores incluem assistência ininterrupta ao paciente (no caso de obras de ampliação), controle de infecções, instalações especiais para equipamentos e acessibilidade, entre outros. As obras hospitalares estão entre as mais complexas da construção civil. De acordo com Dionyzio Klavdianos, vice-presidente de área e presidente da Comissão de Materiais, Tecnologia, Qualidade e Produtividade (COMAT) da Câmara Brasileira da Indústria da Construção (CBIC) “as construções hospitalares demandam uma série de instalações especiais, sendo que cada uma possui sua peculiaridade para a preservação da saúde humana”. E a gestão de um hospital desempenha um papel fundamental no planejamento e execução das construções e adequações acessíveis e inclusivas, garantindo que o ambiente atenda às normas de acessibilidade e às necessidades de todos os pacientes e funcionários (ConcreteShow, 2020).

Criar um ambiente acolhedor e respeitoso para pacientes de todas as origens e habilidades, incluindo aqueles com deficiência física, garante que suas necessidades sejam adequadamente reconhecidas e atendidas. Isso envolve a contratação de uma equipe diversificada, a promoção de sensibilização sobre inclusão, a implementação de políticas de não discriminação e a realização de adaptações específicas para pessoas com deficiência.

Neste contexto, este trabalho busca explorar e abordar questões essenciais da acessibilidade física em ambientes hospitalares, ressaltando a importância de garantir que todos tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde, independentemente de suas capacidades físicas, sensoriais ou cognitivas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão narrativa da literatura sobre os desafios de acessibilidade física na arquitetura hospitalar ao longo da história, e as medidas para promover a inclusão social com acesso equânime aos serviços de saúde.

2.2 Objetivo Específicos

- Analisar as políticas e legislações existentes relacionadas à acessibilidade física e inclusão social nos serviços de saúde.
- Identificar os desafios e analisar as práticas para garantir uma experiência inclusiva para todos os usuários, com destaque para as pessoas com deficiência física.
- Propor estratégias de gestão para melhorar a acessibilidade física e atendimento humanizado nos hospitais.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Para atingir os objetivos desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo narrativa qualitativa. No estudo foram compilados artigos e livros que analisaram os desafios e soluções para acessibilidade e as leis, decretos e resoluções que determinam as adequações e mudanças relacionados ao tema "Desafios e Soluções para Romper com as Barreiras da Acessibilidade Física em Hospitais". A revisão bibliográfica narrativa permitiu identificar, avaliar e sintetizar as principais contribuições teóricas e práticas sobre a acessibilidade física em hospitais, fornecendo uma base sólida para compreender as barreiras existentes e as estratégias eficazes para superá-las.

3.2 Período de Pesquisa

O levantamento bibliográfico para revisão da literatura foi realizado entre os meses de fevereiro e dezembro de 2024 a partir de documentos que se enquadravam ao tema, dando preferência para os últimos 25 anos.

3.3 Elaboração da pergunta norteadora

Para a condução desse trabalho foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras:

- I. Como as iniciativas de integração da acessibilidade e inclusão social nos hospitais estão transformando a prestação de cuidados de saúde?
- II. Qual é o impacto dessas mudanças na promoção da equidade e justiça na saúde para todos os membros da sociedade?

3.4 Bases de dados

A metodologia empregada neste estudo consisti em uma análise narrativa descritiva, com a busca de informações em plataformas virtuais pertinentes à problemática "Desafios e Soluções para Romper com as Barreiras da Acessibilidade Física em Hospitais". As plataformas e/ou bases de dados consultadas foram: Portal do Governo Federal do Brasil (gov.br), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Public and Updated Biomedical Literature* (PubMed), Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). As fontes utilizadas viabilizaram uma investigação ampla, assegurando a incorporação de uma variedade

de pontos de vista e pesquisas relacionadas ao assunto da acessibilidade física em instituições hospitalares.

No período entre fevereiro e setembro de 2024, foram concluídas as primeiras fases do levantamento bibliográfico com o estabelecimento de descritores que foram selecionados baseando-se no DeCS/MeSH-Descritores em Ciências da Saúde para ampliar a pesquisa bibliográfica. Os descritores utilizados são apresentados no Quadro 1 em português e sua versão em inglês.

Quadro 1. Descritores utilizados para realização da revisão bibliográfica.

Descritores utilizados para busca bibliográfica	
Português	Inglês
Pessoas com Deficiência, Acessibilidade, Inclusão, Pessoa com Deficiência física	<i>People with Disabilities, Accessibility, Inclusion, People with Physical Disabilities</i>
Setor hospitalar, Arquitetura Hospitalar, Evolução dos Hospitais, Gestão Hospitalar	<i>Hospital sector, Hospital Architecture, Evolution of Hospitals, Hospital Management</i>
Normas, Políticas de Saúde, Leis*	-----

*não apresentam versão em inglês por serem normas vigentes no Brasil. **Fonte:** Elaboração própria, 2024.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Para o levantamento bibliográfico, foram considerados artigos, livros, leis, decretos e documentos publicados principalmente nos últimos 25 anos, abrangendo o período de 2000 a 2024. A pesquisa focou em documentos que abordaram questões relacionadas à problemas e melhorias da acessibilidade física na gestão da saúde. Documentos que não se enquadraram nesses critérios foram excluídos da análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

As publicações identificadas foram selecionadas e organizadas em arquivos por eixo temático para facilitar a leitura e apresentação dos resultados e discussões. Em seguida, os estudos duplicados foram eliminados e a análise de elegibilidade foi feita através da leitura dos títulos e resumos. Foram descartadas as publicações que não tratavam do tema pesquisado ou que não cumpriam os critérios de seleção. Esses critérios incluem: estudos publicados principalmente entre 2000 e 2024, disponíveis em texto integral e que tratassem do tema "Desafios e Soluções para Ultrapassar os Obstáculos da Acessibilidade Física em Hospitais. A Figura 1 detalha mais esse percurso e os resultados alcançados.

Figura 1. Detalhamento dos passos para a seleção de documentos para a confecção da revisão narrativa.



Fonte: Elaboração própria, 2024.

Nesta revisão, foram analisadas 35 publicações, das quais 24 (69%) correspondem a artigos e 02 (5%) são compostas por livros e 09 (26%) por leis. É importante destacar que muitas das publicações incluídas nesta revisão não se tratam de artigos convencionais.

4.2 Discussão

4.2.1 Principais leis relacionadas à acessibilidade

No quadro 2 são apresentados os documentos relacionados a evolução histórica dos hospitais e as respectivas leis, decretos e normativas relacionadas a acessibilidade.

Quadro 2. Identificação dos documentos relacionados a evolução histórica dos hospitais e as respectivas leis, decretos e normativas relacionadas a acessibilidade. e seus principais apontamentos.

Título	Autor	Ano	Principais apontamentos
História e Evolução dos Hospitais	Brasil	1965	Este material é uma contribuição importante para a compreensão da organização e administração hospitalar no Brasil, destacando a importância do paciente como a figura central nas instituições de saúde.
Basílio de Cesareaia e a segunda revolução médica no Império Bizantino	Jonson, A.	2000	Refere a um marco histórico importante na história da medicina e dos hospitais, destacando o surgimento dos primeiros hospitais cristãos no Império Bizantino
História da Medicina	Martire Junior, L.	2013	Destaca as transformações na medicina e nos hospitais durante o Renascimento e a Idade Moderna, marcando uma transição importante no conhecimento médico e na organização dos cuidados de saúde.
Manual prático de arquitetura hospitalar	Góes, de R.	2011	O manual aborda desde conceitos essenciais de arquitetura hospitalar até as normas técnicas e regulatórias que precisam ser seguidas no Brasil. Detalha aspectos importantes para projetar ambientes funcionais e seguros, como fluxos de circulação para pacientes e profissionais, acessibilidade, ergonomia, controle de infecções, além de requisitos específicos de cada área do hospital.
Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo	Clemente et al.,	2022	Os usuários dos serviços de saúde apontaram várias barreiras que dificultam o acesso e a qualidade do atendimento, incluindo comunicação ineficaz entre profissionais e pacientes, limitações financeiras, atitudes negativas, escassez de serviços, além de barreiras organizacionais e de transporte. Por sua vez, os prestadores de serviços destacaram a falta de treinamento adequado para os profissionais, falhas no sistema de saúde, barreiras físicas nas instalações, escassez de recursos e tecnologia, e dificuldades de comunicação devido a barreiras de idioma. Essas dificuldades evidenciam a necessidade urgente de melhorias na acessibilidade e inclusão nos serviços de saúde.

Quadro 2. Identificação dos artigos documentos relacionados a evolução histórica dos hospitais e as respectivas leis, decretos e normativas relacionadas a acessibilidade. e seus principais apontamentos (continuação).

Título	Autor	Ano	Principais Apontamentos
Arquitetura e Engenharia hospitalar; o que saber e quais normas seguir	ConcreteShow	2020	Discute sobre os desafios intrínsecos relacionados a construção de projetos de edifícios hospitalares, bem como as dificuldades técnicas, cumprimento de prazos e controle de orçamentos.
Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.	Brasil	2009	Este decreto reforça a necessidade de adaptação dos Estados para garantir acessibilidade e não discriminação, abrangendo diversas áreas como saúde, educação e trabalho.
Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro De 2004	Brasil	2004	Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Obs: - Art. 23 foi modificado pelo Decreto 9.404 de 2018; Art. 38 foi modificado pelo Decreto 10.014 de 2019
Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência.	Brasil	2016	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.
Associação Brasileira de Normas Técnicas -NBR 9050	ABNT	2020	A Norma ABNT-NBR-9050 que trata sobre Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos e estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade. Que visa promover a inclusão e a igualdade de acesso, refletindo a importância da acessibilidade como um direito fundamental.
Censo demográfico de 2020 e o mapeamento de pessoas com deficiência no Brasil	Brasil	2020	Este documento, elaborado pelo Ministério da Saúde, destaca a importância de promover e assegurar os direitos das pessoas com deficiência, conforme estabelecido pela Convenção Internacional.
Acessibilidade de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida nos Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde	Massuia, Soares, Ribas	2016	Possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos.
Desenho Universal: um conceito para todos	Gabrilli	2007	O Desenho Universal é um conceito que propõe a criação de espaços com uso democrático, garantindo condições igualitárias em sua qualidade de uso. O objetivo principal do Desenho Universal é permitir o uso de todos na sua máxima extensão possível, sem a necessidade de adaptações.
Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.	Brasil	2000	Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. OBS: foi regulamentada pelo Decreto nº 5.296 de 2004
Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023	Brasil	2023	Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida e a doadores de sangue e reserva de assento em veículos de empresas públicas de transporte e de concessionárias de transporte coletivo nos dois primeiros casos.
Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.	Brasil	2000	Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. OBS: foi regulamentada pelo Decreto nº 5.296 de 2004.
Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.	Brasil	2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Quadro 2. Identificação dos artigos documentos relacionados a evolução histórica dos hospitais e as respectivas leis, decretos e normativas relacionadas a acessibilidade. e seus principais apontamentos (continuação).

Título	Autor	Ano	Principais Apontamentos
Emenda Constitucional nº 12 de 17 de setembro de 1978	Brasil	1978	Altera a Constituição Federal assegurando aos deficientes a melhoria de sua condição social e economia especialmente mediante: I - educação especial e gratuita; II - assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica e social do país; III - proibição de discriminação inclusive quanto a admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; IV - possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.
Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.	ANVISA	2002	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde

Fonte: Elaboração própria, 2024.

A acessibilidade é um direito garantido por lei que se destina a implementar, gradualmente, medidas para a remoção de barreiras físicas, arquitetônicas, de comunicação e de atitudes, com o objetivo de promover o acesso com segurança e autonomia, de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2009).

O direito a acessibilidade é um mandamento constitucional, previsto na Legislação Brasileira, ou seja, a Decreto nº 5.296, 2 de dezembro de 2004, onde acessibilidade é definida como:

Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transportes e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. (Brasil, 2004).

Com relação ao atendimento em serviços e promoção da acessibilidade para pessoas com deficiência, o Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 foi responsável por regulamentar as leis n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000 (Brasil, 2000) (alterada pela Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023), que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências e a lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (Brasil, 2000), que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (Brasil, 2004; Brasil, 2023).

A partir dessas premissas, a acessibilidade é um direito fundamental para todas as pessoas, independentemente de sua condição física ou cognitiva, e

desempenha um papel importantíssimo na promoção da igualdade e inclusão. Com as mudanças que vêm transformando a acessibilidade desde 1981 por meio da “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, pela Organização das Nações Unidas (ONU), pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi necessário estabelecer novas leis, normas e decretos nos níveis federal, estadual e municipal, onde todas as pessoas com algum tipo de deficiência ou mobilidade reduzida têm seus direitos assegurados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 (Brasil, 2009).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo teve como objetivo, promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente (Brasil, 2016).

Para garantir com efetividade os direitos das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, temos a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI (Estatuto da Pessoa com Deficiência), de nº 13.146, de 06 de julho de 2015, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Essa lei foi criada para cumprir com as definições assinadas pelo Brasil na Convenção Internacional da ONU de 2007, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. A Lei Brasileira de Inclusão torna obrigatória a acessibilidade digital em sites, obrigando que todos eles sejam acessíveis (Brasil, 2015; Brasil, 2016).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência estabelece que pessoas com deficiência são aquelas que possuem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015).

Quando se trata de acessibilidade aos ambientes hospitalares no Brasil, os mesmos ainda não são integralmente acessíveis para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, pois muitos deles devido ao momento de sua construção, não foram planejados para esse atendimento. Dessa forma as construções e adaptações

desses estabelecimentos de saúde são atualmente, extremamente necessárias, pois devem dar condições à acessibilidade, proporcionando ao usuário e as equipes de saúde autonomia para sua locomoção de acordo com o estabelecido pela NBR 9050 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020).

Os projetos de construções, adaptações e reestruturações na Arquitetura Hospitalar, são de responsabilidade dos engenheiros e arquitetos que buscam as melhores alternativas, com base nas normas técnicas previstas na Resolução-RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (ANVISA, 2002) e NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020), entre outros órgãos reguladores, para proporcionar condições de inclusão as pessoas com deficiência e mobilidade reduzidas.

Segundo a NBR 9050/2020 , o termo Acessibilidade é “possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção”. Nas instituições de saúde, a acessibilidade é essencial para assegurar o direito a saúde, garantindo o acesso universal e igualitário. Além de garantir o bem-estar dos pacientes que estão passando por algum tratamento acondicione a algumas necessidades especiais, o que torna a necessidade de acessibilidade ainda maior. Isso significa incluir a pessoa com deficiência na participação de atividades como o uso de produtos, serviços e informações, conforme as definições aplicadas NBR 9050/2020 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020).

De acordo com a necessidade de acessibilidade equânime, torna-se importante se considerar e conhecer e diferenciar algumas definições como:

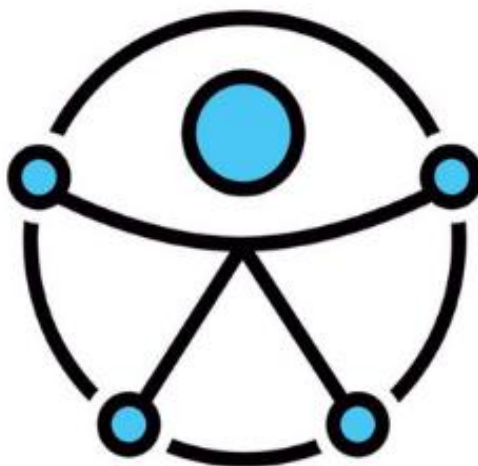
- **Acessibilidade:** Possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos.
- **Acessível:** Espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida. O termo acessível implica tanto acessibilidade física como de comunicação.

- Adaptado: Espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento cujas características originais foram alteradas posteriormente para serem acessíveis.
- Deficiência: Redução, limitação ou inexistência das condições de percepção das características do ambiente ou de mobilidade e de utilização de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos, em caráter temporário ou permanente.

Pessoa com mobilidade reduzida: Aquela que, temporária ou permanentemente, tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo. Entende-se por pessoa com mobilidade reduzida, a pessoa com deficiência, idosa, obesa, gestante entre outros (Massuia, Soares, Ribas, 2016).

Além das leis e regulamentações, foi criado o símbolo universal de acessibilidade que se trata de uma figura de uma pessoa com os braços abertos, que representa a inclusão para todos os tipos de deficiência. A Figura 2 representa a 'A Acessibilidade' que foi criada pelo Departamento de Informações Públicas da Organização das Nações Unidas.

Figura 2: Símbolo que representa a 'A Acessibilidade'.



Fonte: Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, 2015.

Os hospitais, no entanto, em sua grande maioria não são acessíveis para pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida. Há um despreparo, principalmente por se entender que as únicas barreiras encontradas são as físicas, porém, acessibilidade não é só construir rampas. As barreiras enfrentadas pelas

peças com deficiência se iniciam antes mesmo de se adentrar no ambiente hospitalar, deve-se enfrentar a barreira nos transportes, na falta de transporte público adaptado; a barreira urbanística da cidade que não prevê suas necessidades nas vias e nos espaços públicos e privados; nas barreiras nas comunicações e da informação quando não se tem interpretes de Libras ou falta de sinalização sonora; as barreiras tecnológicas e as barreiras atitudinais que impedem ou prejudiquem a participação social (Gabrilli, 2007). Uma iniciativa foi a criação do “Desenho Universal: como aplicar a acessibilidade para todos” representado na Figura 3.

Figura 3: Símbolo ‘Desenho Universal’.



Fonte: Florenzano Arquitetura e Engenharia, 2016.

O Desenho Universal foi desenvolvido pelo arquiteto norte-americano Ronald Mace, que, sendo cadeirante e usuário de um respirador artificial, tinha como missão integrar todas as pessoas e facilitar o acesso a diversas situações da vida. Em 1985, Mace introduziu o termo "Universal Design", propondo uma mudança na percepção sobre projetos que visam a utilização universal. Essa abordagem busca garantir que todos, independentemente de suas capacidades de locomoção, altura ou tipo físico, possam utilizar produtos e ambientes sem enfrentar barreiras (Gabrilli, 2007).

A ideia cresceu entre os profissionais da área de Arquitetura, e se esparramou pelo mundo. Ronald Mace, e um grupo de arquitetos, da Universidade da Carolina do Norte, nos EUA, desenvolveram os sete princípios do desenho universal, adotados internacionalmente para qualquer tipo de programa de acessibilidade, são eles (Gabrilli, 2007; Massuia, Soares, Ribas, 2016).

1. Igualitário: Uso equiparável, são espaços, objetos e produtos que podem ser utilizados por pessoas com diferentes capacidades, tornando os ambientes iguais para todos.
2. Adaptável: Uso flexível, a criação de produtos ou espaços que favoreça pessoas com diferentes habilidades e diferentes preferências, sendo adaptáveis para qualquer uso.
3. Óbvio: Uso simples e intuitivo, fácil de entender e compreender independente de sua experiência, conhecimento, habilidades de linguagem, ou nível de concentração.
4. Conhecido: Informação perceptível, comunica eficazmente a informação necessária, seja ela uma pessoa estrangeira, com dificuldade de visão ou audição.
5. Seguro: Tolerante ao erro, previsto para minimizar os riscos e possíveis consequências de ações acidentais ou não intencionais.
6. Sem esforço: Com pouca exigência de esforço físico.
7. Abrangente: Tamanho e espaço para o acesso e o uso.

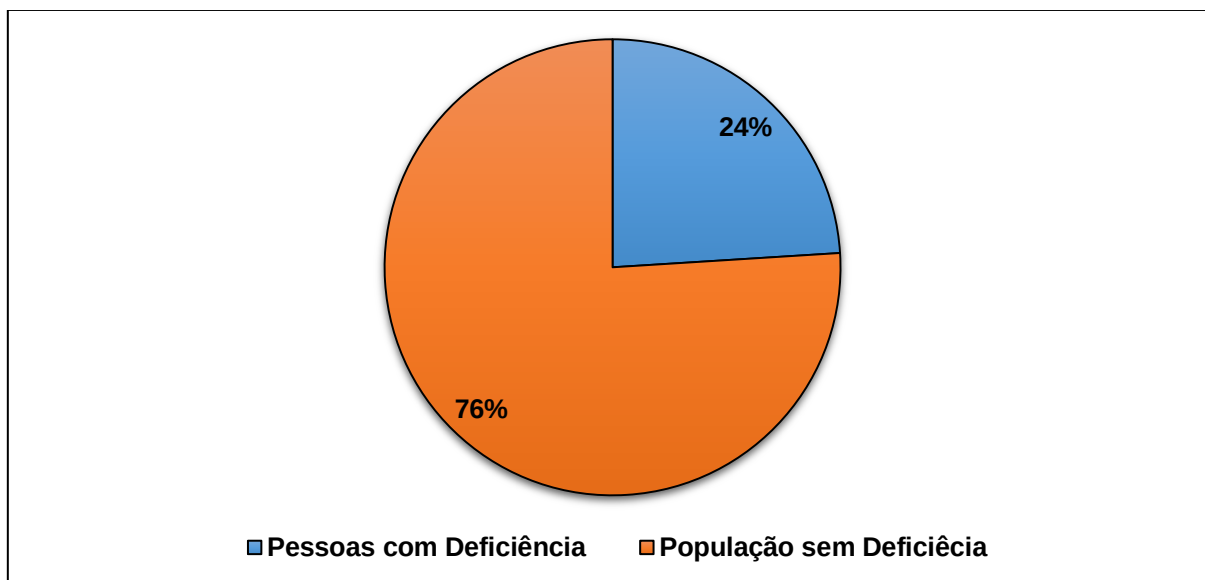
O desenho universal defende um mundo de acessos universais, sem separações, alcançando uma extensa proporção de habilidades individuais e sensoriais. Incluindo todos os usuários, idosos, obesos, grávidas, mães com bebês, pessoas com mobilidade reduzida, crianças e pessoas com deficiência. Possibilitando a utilização com autonomia e segurança dos diversos lugares, produtos e objetos de forma que tenham sido projetados para o uso de todos e que suas necessidades temporárias ou definitivas sejam atendidas (Gabrilli, 2007; Massuia, Soares, Ribas, 2016).

4.2.2 Dados Estatísticos Sobre Deficiência

De acordo com Brasil (2020), com base no Censo Demográfico de 2010, no Brasil há cerca de 45,6 milhões de brasileiros que declararam ter pelo menos uma

deficiência ou mobilidade reduzida, o que equivale a quase 24% da população (Gráfico 1).

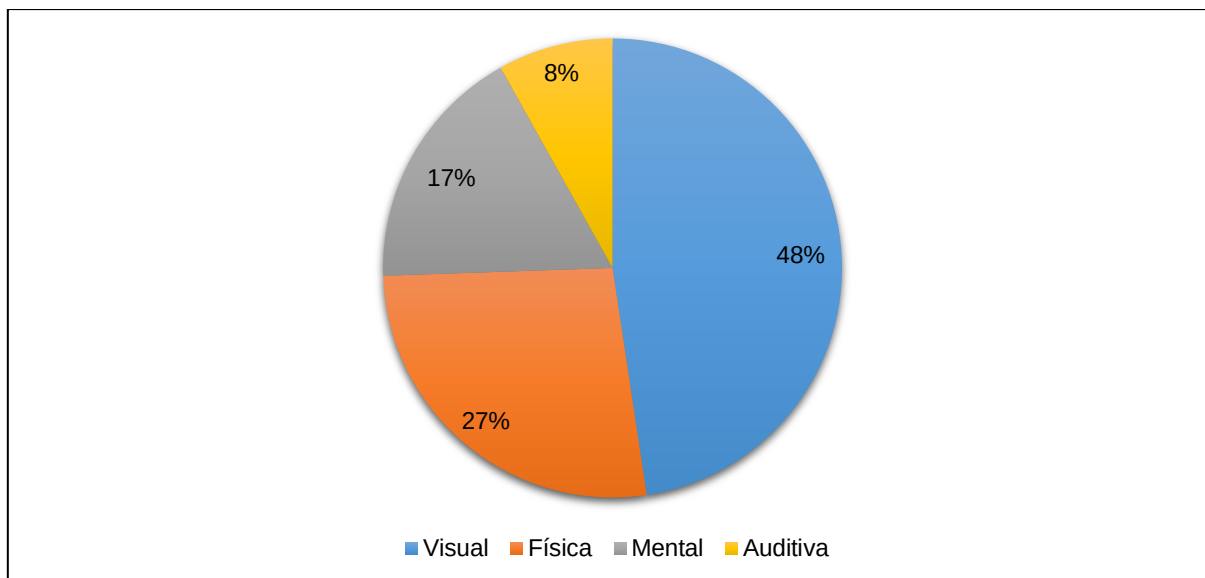
Gráfico 1. População com deficiência ou mobilidade reduzida no Brasil em 2010.



Fonte: Brasil, 2020.

Desses, 35.791.488 apresentam problemas visuais, 13.273.969 dificuldade motora, 9.722.163 perda auditiva e 2.617.025 deficiência mental/intelectual (Gráfico 2). Essa realidade mostra que a inclusão de pessoas com deficiência é uma preocupação e deve acontecer em todos os lugares, inclusive nos hospitais (IBGE, 2010). É importante salientar que o censo de 2010 foi a última pesquisa realizada com um módulo específico sobre pessoas com deficiência, e os números podem ter mudado desde então, inclusive terem aumentado. Como pode ser visto no gráfico abaixo, em 2010, a deficiência visual estava em 48,10%, da população brasileira, a deficiência física em 27,10%, a deficiência mental / intelectual em 27,10%, e a deficiência auditiva em 8,20%.

Gráfico 2. Distribuição brasileira por tipo de deficiência em 2010.

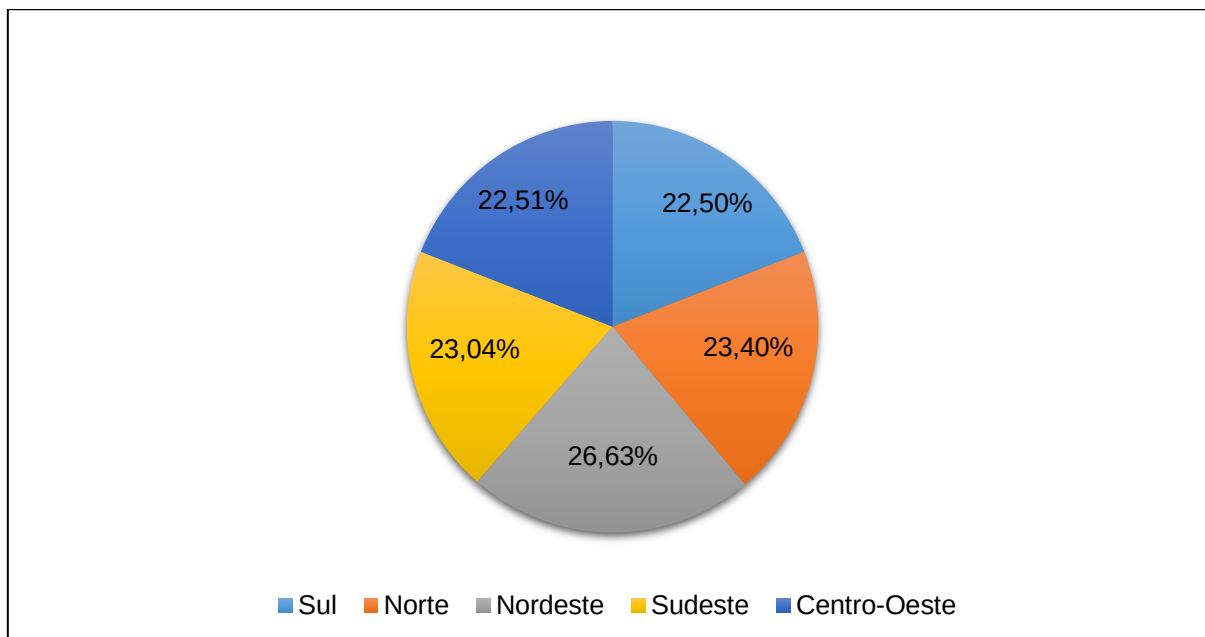


Fonte: Brasil, 2020.

No Gráfico 3, temos a representação da proporção da população com deficiências por regiões do Brasil.

A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências, de 26,3%, tendência que foi mantida desde o Censo de 2000, quando a taxa foi de 16,8% e a maior entre as regiões brasileiras. As menores incidências ocorreram nas regiões Sul e Centro Oeste, 22,5% e 22,51%, respectivamente.

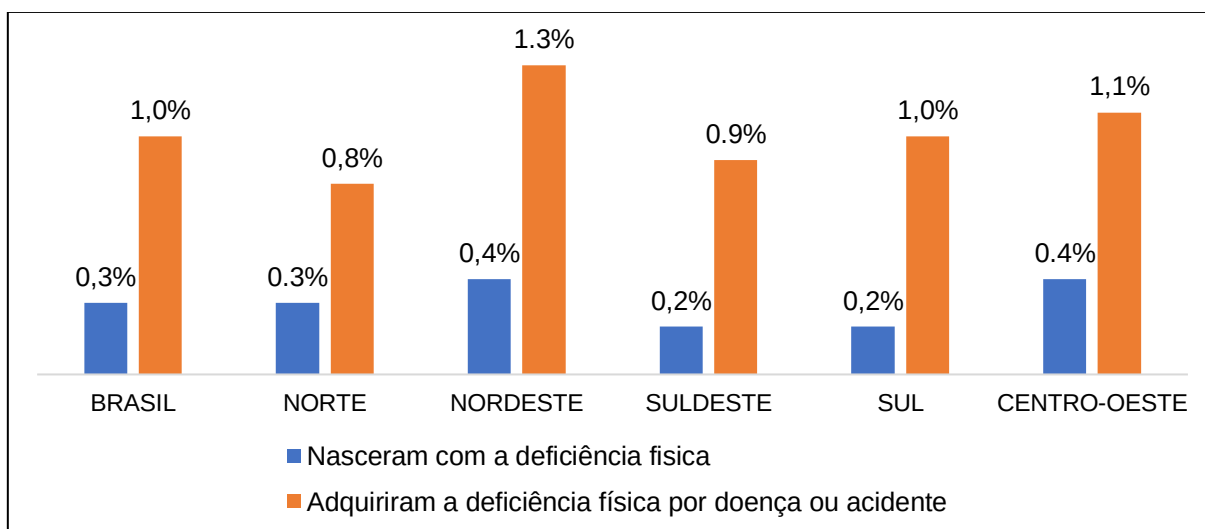
Gráfico 3. Proporção da população brasileira com deficiência por regiões do Brasil.



Fonte: Brasil, 2020.

Com relação especificamente a deficiência física prevalência de 1,3%, o Gráfico 4 mostra a proporção de pessoas que nasceram com a deficiência é de 0,3% (congenita) e a proporção de pessoas com deficiência física adquirida ao longo da vida devido a doenças, acidentes ou outros eventos é de 1,0% (adquirida).

Gráfico 4. Proporção (%) de brasileiros com deficiência física congênita ou adquirida em 2010.



Fonte: Brasil, 2020.

Como podemos observar nos Gráficos 3 e 4 notamos que entre as regiões que apresentam os maiores índices de deficiência temos a Região Nordeste, que inclusive apresenta os maiores índices de deficiência física congênita e adquirida.

4.2.3 Exemplos de práticas e experiências sobre políticas de acessibilidade em unidades hospitalares

No Quadro 4 são apresentadas as publicações que relatam a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro.

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Aragão, 2004.	Dissertação	Acessibilidade Da Pessoa Portadora De Deficiência Física Aos Serviços Hospitalares: Avaliação Das Barreiras Arquitetônicas Fortaleza	Avaliar a acessibilidade de pessoas com de deficiência e as condições arquitetônicas afetas o acesso as hospital.	Quatro hospitais localizados em Sobral-CE, foram mapeados sobre condições de acessibilidade onde as barreiras arquitetônicas foram avaliadas em relação as adequações estabelecidas pela legislação onde foi detectado a necessidade de grandes adequações estruturais.	Os hospitais precisam de um melhor planejamento estrutural e organizacional para acessibilidade física.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Vasconcelos, 2006	Artigo	Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde.	Mapear barreiras arquitetônicas para o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde e avaliar a conformidade com os padrões de acessibilidade da NBR9050.	Após análise de adequação quanto a acessibilidade de 12 unidades de saúde em município de médio porte, foi detectado que os espaços públicos precisam ser melhor projetados para acessibilidade, no entanto a maioria possuía rampas de acesso com corrimão e corredores com largura adequada.	A maioria das unidades de saúde carece de condições ideais de acessibilidade, onde o cumprimento das leis de acessibilidade é essencial para a adequação dos serviços de saúde
Pagliuca, Aragão, Almeida, 2007	Artigo	Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará.	Identificar barreiras arquitetônicas para deficientes físicos e avaliar a conformidade com a legislação de acessibilidade em ambientes hospitalares	Quatro hospitais de Sobral-CE apresentaram apenas 50% das escadas com corrimão; 97% das fontes de água e telefones estavam inacessíveis; das rampas e escadas com corrimão, 50% não estavam em conformidade; 100% das áreas de circulação interna tinham obstáculos; etc.	Os quatro hospitais estudados devem cumprir as leis de acessibilidade, pois as mesmas estavam sendo desconsideradas.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Aragão <i>et al.</i> , 2008.	Artigo	Instalações sanitárias, equipamentos e áreas de circulação em hospitais: adequações aos deficientes físicos.	Avaliar instalações sanitárias e condições hospitalares de acessibilidade para pessoas com deficiência física em hospitais de Sobral, Ceará.	Dos quatro hospitais estudados, apenas 50% apresentaram instalações sanitárias acessíveis para ambos os sexos; todos os hospitais não possuíam barras de apoio horizontais para transferências de cadeiras de rodas; faltavam sinais de acessibilidades nas instalações hospitalares.	Os hospitais não têm acessibilidade adequada para pessoas com deficiência, sendo necessário planejamento estrutural e organizacional, além de educação e conscientização para promoção da inclusão.
Girondi; Santos, 2011	Artigo	Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura	Conhecer estudos sobre acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de atenção básica a saúde, no período de 1998 a 2008.	Foi detectado um aumento de publicações sobre acessibilidade física entre os anos 2004 e 2008, onde foram identificadas lacunas legislativas na implementação da acessibilidade. Além disso ficou clara a necessidade de uma integração dos serviços de saúde para idosos com deficiência com recomendações de melhoria na acessibilidade e inclusão social.	O Brasil tem uma legislação forte e abrangente sobre os direitos das pessoas com deficiência, no entanto necessita de uma melhor implementação, inclusive para sanar problemas de acessibilidade que afetam idosos com deficiências físicas.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Leão e Silva <i>et al.</i> , 2011	Artigo	Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde.	Conhecer a percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre os fatores que dificultam a acessibilidade à Estratégia Saúde da Família	Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada junto a 27 profissionais e 16 usuários de 4 Unidades com Estratégia Saúde da Família. O estudo identificou cinco subcategorias de problemas de acessibilidade: território, localização da unidade, estrutura física, treinamento profissional e violência.	Os problemas de acessibilidade decorrem de fatores geográficos e organizacionais, e o conhecimento dos profissionais por si só não garante um cuidado efetivo.
Amaral <i>et al.</i> , 2012	Artigo	Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS	Avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência e restrição de mobilidade permanente ao SUS em João Pessoa (PB)	O estudo envolveu 523 pessoas com deficiências ou restrições de mobilidade. 63,9% relataram meios insuficientes para reduzir obstáculos físicos; 41,7% notaram falta de adaptações nos locais dos serviços de saúde.	A acessibilidade para pessoas com deficiência é insuficiente em João Pessoa, onde os direitos legais não são totalmente respeitados havendo necessidade de melhorias ambientais e de transporte.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Ferreira; Raffo, 2012	Artigo	O uso dos sistemas de informação geográfica (SIG) no estudo da acessibilidade física aos serviços de saúde pela população rural: revisão da literatura	Utilizar sistemas de informação geográfica (SIG) para análise de acessibilidade a serviços de saúde rurais.	A revisão da literatura destaca os fatores de separação espacial que afetam o acesso aos serviços de saúde rurais como: disponibilidade, a acessibilidade (física), a acomodação, o custeio e a aceitação.	As metodologias SIG aprimoram a análise do acesso aos serviços de saúde, demonstrando que fatores geográficos afetam a acessibilidade aos serviços de saúde para populações rurais.
Martins, 2015	Dissertação	Acessibilidade de pessoas com deficiência física e sensorial em Unidades de Saúde da Família	Analisar a acessibilidade para pessoas com deficiência em unidades de saúde e garantir cidadania efetiva e vida social para deficientes.	O estudo foi realizado em 90 prédios que compõem as Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB). Constatou-se falta de acessibilidade em quase todos os itens analisados nas unidades, onde os principais foram: 85,6% não tinham nenhuma faixa de pedestres; 65,6% não apresentavam calçada rebaixada; 98,9% não tinham sinais indicando caminho até a instituição, entre outros.	A acessibilidade para pessoas com deficiência foi extremamente insuficiente, demonstrando que as políticas públicas não atendem às necessidades das pessoas com deficiência sendo necessárias reformas e adequações urgentes.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Araújo <i>et al.</i> , 2018	Artigo	Pessoas com deficiência e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde: revisão integrativa	Analisar os tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde enfrentadas por pessoas com deficiências entre anos 2003 e 2013.	Os principais tipos de barreiras elencados para a afetiva acessibilidade foram barreira arquitetônicas, organizacionais e atitudinais.	As barreiras de acessibilidade podem influenciar negativamente na busca das PCDs (pessoas com deficiências) aos serviços de saúde. A inclusão requer adaptação e apoio de instituições e espaços públicos enfatizando a necessidade de reflexão crítica sobre acessibilidade.
Carvalho <i>et al.</i> , 2020	Artigo	A acessibilidade nos serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa com deficiência, Recife-PE	Analisar as condições de acessibilidade aos serviços de saúde, vivenciadas por pessoas com deficiência, predominantemente nas Unidades Básicas de Saúde no Estado de Pernambuco	Foram entrevistados 12 usuários que apontaram que as barreiras de acessibilidade incluíam desafios físicos e atitudinais dando ênfase a importância de ouvir pessoas com deficiência para ações de saúde.	Limitações de acessibilidade foram relatadas pelos entrevistados com relação a aspectos físicos e atitudinais corroborando com a necessidade de políticas públicas de saúde inclusivas

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Clemente <i>et al.</i> , 2022	Artigo	Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo	Analisar as barreiras que pessoas com deficiência enfrentam para acessar serviços de saúde, categorizando essas barreiras a partir das perspectivas tanto dos usuários quanto dos provedores.	O estudo aponta diversas barreiras ao acesso à saúde enfrentadas por pessoas com deficiência, incluindo problemas de comunicação com profissionais de saúde e limitações financeiras significativas. Além disso, questões atitudinais e comportamentais, a escassez de serviços disponíveis, e barreiras organizacionais e de transporte também dificultam o acesso aos cuidados. Os prestadores de serviços frequentemente carecem de treinamento e recursos adequados para atender essa população, e há diferenças nas perspectivas entre usuários e profissionais de saúde em relação às barreiras enfrentadas.	Pessoas com deficiência enfrentam diversas barreiras ao acesso à saúde, incluindo dificuldades de comunicação, questões financeiras e desafios de transporte, com usuários e provedores apresentando opiniões distintas sobre essas dificuldades. A falta de treinamento adequado para profissionais de saúde agrava os problemas de acesso. O artigo sugere que estudos futuros explorem o papel da tecnologia na melhoria do acesso à saúde e ressalta a necessidade de abordar a escassez de pesquisa qualitativa sobre as experiências dos usuários.

Quadro 4: Identificação e caracterização de documentos extraídos literatura sobre a evolução temporal das práticas e experiências relacionadas a acessibilidade física em diferentes hospitais do território brasileiro (continuação).

Autor/ ano	Tipo de Documento	Título	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
Pereira <i>et al.</i> , 2024	Artigo	Neuroarquitetura e acessibilidade: uma revisão no projeto do novo hospital de emergência de Macapá-AP	Desenvolver espaços mais humanizados e acessíveis a todos; revisar o projeto do novo hospital de emergência em Macapá-AP	O trabalho discute a revisão do projeto do novo hospital de emergência em Macapá-AP, com foco em neuroarquitetura, acessibilidade e humanização no <i>design</i> hospitalar proporcionando um maior conforto e dignidade ao paciente, reduzindo o tempo de recuperação.	O estudo enfatiza a necessidade e importância da integração da acessibilidade e humanização como requisitos primordiais para oferecimento de conforto e acolhimento ao paciente.
Cruz, 2024	Informativo	Políticas públicas para a inclusão de pessoas com deficiência	Destacar as políticas públicas existentes para a inclusão de pessoas com deficiência e promover ações antidiscriminação em organizações públicas.	Promover ações antidiscriminação em organizações públicas, implementar iniciativas governamentais voltadas para a inclusão de pessoas com deficiência e desenvolver projetos que busquem aumentar a empregabilidade são medidas essenciais para garantir um ambiente mais justo e igualitário.	Iniciativas bem-sucedidas devem ser compartilhadas para ampliar seu impacto, especialmente considerando que a legislação recente tem como objetivo melhorar a inclusão de pessoas com deficiência (PCD) e que o governo lançou projetos específicos para apoiar a empregabilidade desse grupo.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

A avaliação das condições de acessibilidade em quatro hospitais de Sobral, Ceará no ano de 2004, revela sérias deficiências que comprometem o acesso aos

serviços de saúde, evidenciadas pela ausência de sinalização adequada com símbolos de acessibilidade, falta de rampas e corrimãos, calçadas obstruídas e inadequadas para cadeiras de rodas, além da inexistência de travessias seguras para pedestres, o que aumenta os riscos de acidentes. Essas barreiras arquitetônicas não apenas desrespeitam as normas legais vigentes, mas também destacam a necessidade urgente de um planejamento eficaz para promover melhorias estruturais que garantam a inclusão e segurança dos usuários com deficiência física (Aragão, 2004).

A análise das condições de acessibilidade em 12 Unidades de Saúde em município de médio porte do Ceará representando um terço do total de Unidades de Saúde, revelam uma realidade alarmante, onde nenhum espaço apresentava calçadas livres de obstáculos, dez locais tinham terrenos irregulares que dificultavam o acesso, e a maioria carecia de corrimãos nas escadas, evidenciando uma falta de infraestrutura adequada. Além disso, apenas um local possuía uma porta deslizante compatível, enquanto nove não atendiam aos requisitos de largura de circulação, e apenas metade utilizava piso antiderrapante, resultando em sérias dificuldades de mobilidade para pessoas com deficiência física. Esses resultados ressaltam a urgente necessidade de que os espaços públicos sejam projetados com foco na acessibilidade, garantindo assim um ambiente mais inclusivo e seguro para todos (Vasconcelos, 2006).

A avaliação das condições de acessibilidade em quatro hospitais do município de Sobral localizado no Estado do Ceará revela um cenário misto, onde, embora 100% dos locais possuíssem rampas de acesso e portas que atendem aos requisitos de largura ideal, metade das escadas carece de corrimãos e todas as portas duplas apresentam a falta de painéis de visibilidade; além disso, a presença de obstáculos nas áreas de circulação interna compromete a mobilidade dos usuários, mesmo com 100% dos pisos sendo antiderrapantes; é preocupante que apenas 50% das rampas e escadas tenham corrimãos, os quais não estão em conformidade, e que 97% das fontes de água e telefones sejam inacessíveis, indicando a necessidade urgente de melhorias para garantir um ambiente verdadeiramente acessível e seguro para todos os pacientes e visitantes (Pagliuca; Aragão; Almeida, 2007).

Ainda sobre a análise das instalações sanitárias sobre os quatro hospitais de Sobral mencionados acima, em dois deles foi constatado que, embora ambos possuam banheiros acessíveis para todos os gêneros, apenas um deles está

estrategicamente localizado próximo às principais áreas de circulação, o que pode dificultar o acesso para alguns usuários. Somado a isso, foi detectada a ausência de barras de apoio horizontais para transferências de cadeiras de rodas e a falta de sinalização adequada em várias áreas hospitalares indicam deficiências significativas na infraestrutura, mesmo que as instalações atendam parcialmente aos requisitos da ABNT-NBR 9050/2020. Esses fatores ressaltam a necessidade urgente de melhorias nas condições de acessibilidade, garantindo que todos os pacientes e visitantes possam usufruir dos serviços de forma segura e independente (Aragão *et al.*, 2008).

Quanto a acessibilidade para idosos com deficiência física no Brasil, foi realizado um levantamento no período de 1998 a 2008 sobre acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de atenção básica a saúde. A partir dos resultados obtidos foi verificado a existência de uma legislação robusta que garante os direitos dessas pessoas, mas que ainda carece de melhor implementação. Além disso, foi enfatizada a importância da integração dos serviços de saúde para o cuidado adequado dos idosos e apontou que muitos estudos tenderam a tratar a deficiência como um problema biológico, revelando lacunas significativas na pesquisa sobre acessibilidade e cuidados voltados para essa população (Girondi; Santos, 2011).

Em 2011 foi realizado um trabalho sobre as percepções de usuários e profissionais de saúde quanto a acessibilidade ao serviço de saúde onde foi apontado que os problemas de acessibilidade são influenciados por fatores geográficos (localização da unidade de saúde e características geográficas locais) e organizacionais (delimitação inadequada do território de abrangência do atendimento), ressaltando que acessibilidade não se restringe somente ao interno, mas também em como chegar até o local de assistência e também quanto ao conhecimento dos profissionais, que embora importante, não é suficiente para garantir um cuidado efetivo, até mesmo porque foi apontada a falta e o despreparo dos profissionais. Além disso, a violência urbana tem um impacto significativo na acessibilidade, e as percepções tanto dos usuários quanto dos profissionais são fundamentais para aprimorar o acesso aos serviços de saúde (Leão e Silva *et al.*, 2011).

Em João Pessoa, a acessibilidade para pessoas com deficiência foi considerada inadequada em um estudo realizado entre agosto de 2007 e dezembro de 2008 e publicado no ano de 2012. Essa inadequação foi resultado das dificuldades encontradas para acessar serviços de saúde, que não respeitavam plenamente os

direitos legais dessa população. Das 523 pessoas que entrevistadas e que eram deficientes ou possuíam restrição permanente de mobilidade, 63,9% afirmaram que de suas residências aos locais onde recebiam atendimento à Saúde não haviam meios suficientes e apropriados para diminuir os obstáculos físicos e 41,7% que não existiam adaptações nos locais de atendimento. Para reduzir o isolamento, são necessárias melhorias no ambiente e no transporte, uma vez que barreiras arquitetônicas dificultam o acesso ao tratamento de reabilitação. Além disso, a maioria das pessoas com deficiência prefere utilizar os serviços primários de saúde para atender às suas necessidades (Amaral *et al.*, 2012).

Para populações rurais, foi demonstrado que os fatores geográficos impactam a acessibilidade aos serviços de saúde após o emprego de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) como sistema de análise. A separação espacial influencia tanto a distribuição dos serviços quanto o acesso dos pacientes, sendo que modelos gravitacionais são eficazes na medição da acessibilidade espacial. Além disso, as medidas de acessibilidade variam em complexidade onde a aplicação do SIG permite uma melhor compreensão de como a distância e o tempo de viagem afetam o acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais, como também a análise da disponibilidade do serviço e a avaliação da relação custo-eficácia na prestação de serviços de saúde. Foi demonstrado que a aplicação do SIG reduz potencialmente o tempo de viagem de pacientes e profissionais de saúde. Ao analisar a organização das redes rodoviárias e a dinâmica das viagens, o SIG pode ajudar no planejamento e otimização de rotas para um melhor acesso aos cuidados de saúde. Por fim, enfatiza-se a importância de estudos empíricos para compreender a acessibilidade real aos serviços de saúde (Ferreira; Raffo, 2012).

Um estudo sobre “Acessibilidade de pessoas com deficiência física e sensorial em Unidades de Saúde da Família” foi finalizado em 2015 onde foi realizada uma abordagem quantitativa sobre condições de acessibilidade em 90 prédios que compõem as unidades de saúde da família do município de João Pessoa – Paraíba. Os resultados mostraram falta de acessibilidade em quase todos os itens analisados nas unidades. Com relação à estrutura física no percurso casa/instituição de saúde foram detectadas a ausência de faixa de pedestre (85,6%); rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos (65,6%); semáforos munidos de botoeiras (96,7%); estacionamento privativo para pessoa com deficiência (97,8%); percurso livre de obstáculos da vaga de estacionamento até a entrada da instituição (81,1%) , etc. No

que se referia às áreas internas das instituições de saúde, os resultados mostraram que, das 56,7% unidades onde há rampas, apenas 30,0% têm inclinação máxima de modo a minimizar esforços da pessoa com deficiência; em 32,2%, o piso é antiderrapante. Sobre mobiliários e instalações sanitárias, 60,0% não possuíam sanitários adequados para pessoas com deficiência, e 92,2% não estão devidamente sinalizados pelo símbolo internacional de acesso. Diante disso ficou evidente a urgência de adequações na acessibilidade dos serviços de saúde para garantir que essa população tenha acesso adequado e igualitário aos cuidados necessários (Martins, 2015).

Através de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de se analisar os tipos de barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde entre os anos de 2003 e 2013, foi possível apontar a existência de diversas barreiras de acessibilidade enfrentadas por pessoas com deficiência, destacando que as barreiras arquitetônicas, atitudinais e organizacionais comprometiam o acesso aos serviços de saúde. Através desse levantamento ficou claro a necessidade da construção e adequação para se conseguir ambientes acessíveis e inclusão, pois são requisitos fundamentais para aumentar a autonomia e a mobilidade de pessoas com deficiência. Além disso, foi constado que os profissionais de enfermagem têm um papel essencial na promoção de um cuidado inclusivo, ressaltando a importância de uma reflexão crítica sobre a acessibilidade para melhorar as condições de atendimento (de Araújo *et al.*, 2018).

Em estudo mais recente, foram entrevistados doze usuários dos serviços de saúde do município de Recife-PE com algum tipo de deficiência sensorial ou física. Os entrevistados relataram diversas limitações de acessibilidade, que incluem barreiras físicas e atitudinais. O estudo destaca a importância de ouvir as pessoas com deficiência para orientar as ações de saúde, ressaltando que a atenção primária à saúde é crucial para enfrentar esses desafios. Além disso, enfatiza a necessidade de implementar políticas de saúde inclusivas que atendam às demandas dessa população (Carvalho *et al.*, 2020).

No artigo “Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo” publicado em 2022 foi estabelecida a seguinte pergunta norteadora: “Quais são as principais barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam no acesso a serviços de saúde?”. Como resposta para essa pergunta foram usados 96 artigos sobre a temática onde verificou-se que pessoas com deficiência enfrentam diversas barreiras ao acesso à saúde, incluindo

dificuldades de comunicação entre profissionais e paciente/cuidador, questões atitudinais/comportamentais, questões financeiras e desafios de transporte, além de uma falta de evidência de treinamento adequado para profissionais de saúde que agrava esses problemas. O trabalho ainda destaca que usuários e provedores têm percepções diferentes sobre essas dificuldades. Para melhorar a situação, é necessário que estudos futuros explorem o papel da tecnologia no acesso à saúde e abordem a escassez de pesquisa qualitativa sobre as experiências dos usuários (Clemente *et al.*, 2022).

Recentemente foi publicado no X Encontro Nacional de Ergonomia do Ambiente Construído e XI Seminário Brasileiro de Acessibilidade Integral que aconteceram entre os dias 11 e 13 de setembro de 2024 o trabalho intitulado “Neuroarquitetura e Acessibilidade: Uma Revisão no Projeto do Novo Hospital de Emergência de Macapá-AP”. Como próprio título sugere, objetivo da revisão é dar suporte para que se possa aprimorar a acessibilidade e a humanização no hospital com foco no aumento do conforto e favorecendo positivamente experiências de recuperação do paciente. Entre as revisões foram incluídas a análise de acessibilidade dos banheiros conforme a NBR 9050 onde identificaram deficiências nos projetos de banheiros para pessoas com deficiência, como por exemplo espaço necessário para o giro de 360° e os mobiliários adequados não foram previstos no projeto para uso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida apresentando apenas portas com abertura para fora. Ao fim da revisão do projeto, o estudo destacou a importância de integrar a acessibilidade desde a concepção do projeto, evidenciando que melhorias estéticas podem coexistir com a funcionalidade hospitalar (Pereira *et al.*, 2024).

Outro exemplo importante de políticas de acessibilidade foi o projeto realizado pelo Hospital das Clínicas de São Paulo, que reestruturou sua infraestrutura para ter rampas e elevadores acessíveis, além de banheiros adaptados. Essas mudanças ocorreram após avaliar as necessidades dos pacientes e como resultado verificaram um aumento significativo no número de pacientes com deficiência que usam os serviços do hospital. Essa iniciativa ressalta a importância da adaptação física-estrutural como forma de melhorar a experiência do usuário (Cruz, 2024).

Outro caso de destaque é o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, que lançou um programa de capacitação contínua para sua equipe médica e administrativa. A capacitação aborda temas como a interação com pacientes surdos e a utilização adequada de dispositivos de mobilidade. Essa iniciativa aprimorou o

atendimento e sensibilizou os profissionais sobre a importância da inclusão, criando um ambiente mais acolhedor para todos os pacientes (Cruz,2024).

Esse último estudo mesmo não fazendo referência a acessibilidade física, mostra uma grande tendência e foco no que tange a melhorias na inclusão e acessibilidade em unidades hospitalares que é oferecer treinamento aos colaboradores assistenciais e administrativos para que possam melhorar aspectos atitudinais e de comunicação em relação aos pacientes com deficiência, incluindo a deficiência física. Foi possível observar com os estudos apresentados que desde surgimento das principais leis e decretos relacionados a acessibilidade que ocorreram na década de 2000, entre os anos de 2004 e 2007 haviam problemas relacionados a falta de planejamento estrutural e organizacional, além da falta de adequação e cumprimento das leis de acessibilidade, o que permanece até os dias atuais. Entretanto a partir de 2008, percebe-se que fatores como educação e conscientização para a promoção da acessibilidade e inclusão, além de questões atitudinais e de comunicação efetiva por parte dos colaboradores, começam a aparecer como pontos de atenção para a efetiva implantação e promoção da acessibilidade sendo um importante indicador para melhorias na assistência de pessoas com deficiência que devem ser parte das metas de qualidade da gestão hospitalar.

4.2.4 Propostas de gestão para superar os desafios para a melhoria da acessibilidade física em hospitais

A melhoria da acessibilidade física em hospitais é uma questão essencial para garantir que todos os pacientes, independentemente das suas limitações, tenham acesso pleno aos serviços de saúde. Propostas de gestão que visam essa melhoria devem considerar tanto a adaptação da infraestrutura quanto a capacitação da equipe. Segundo a Lei Brasileira de Inclusão, Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. 13 “é dever do Estado e da sociedade assegurar às pessoas com deficiência o direito à acessibilidade, em todos os aspectos da vida” (Brasil, 2015). Isso implica que os hospitais devem realizar adequações físicas, como a instalação de rampas, elevadores e banheiros adaptados, além de promover um ambiente que respeite e atenda às necessidades dos usuários.

Além das adaptações físicas, é fundamental implementar um plano de acessibilidade que inclua a capacitação contínua através de treinamento e a sensibilização dos profissionais de saúde. A formação deve abranger temas como

comunicação com pacientes com deficiência, bem como o uso correto de tecnologias assistivas, já que profissionais bem treinados conseguem identificar e atender às necessidades específicas dos pacientes, proporcionando um atendimento mais humanizado e eficaz. Essa capacitação não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também contribui para a construção de uma cultura organizacional inclusiva.

Por fim, o monitoramento e a avaliação das políticas inovadoras são essenciais para garantir sua eficácia. A realização de auditorias periódicas nas instalações e a coleta de *feedback* dos usuários permitem identificar áreas que serão detectadas de melhorias. Como afirmado por (Instituto Paradigma, 2006), “o monitoramento contínuo é vital para garantir que as políticas de acessibilidade atendam eficazmente às necessidades dos usuários”. Assim, ao integrar adaptações físicas, capacitação da equipe e principalmente um sistema robusto de monitoramento, os hospitais podem avançar significativamente na promoção da acessibilidade física.

Além disso percebe-se na literatura uma certa escassez de trabalhos que abordem a temática na prática, principalmente sobre o ponto de vista do usuário com deficiência, pois já está estabelecido que uma das formas de se implementar mudanças em serviços hospitalares vem do *feedback* que o cliente de saúde pode oferecer quanto a qualidade da assistência, ou seja, são necessários estudos mais abrangentes, inclusive partindo da gestão hospitalar, sobre a qualidade da acessibilidade física em hospitais para que se tenham argumentos mais concretos sobre as adequações que devem ser implementadas nos ambientes e na prestação de serviços hospitalares.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a acessibilidade física em hospitais é um aspecto fundamental para garantir que todas as pessoas, independentemente de suas condições físicas, possam usufruir de cuidados de saúde adequados e dignos. Ao longo da pesquisa, foi possível identificar que, apesar dos avanços significativos na legislação e nas práticas arquitetônicas, ainda existem barreiras físicas, atitudinais e organizacionais que dificultam o acesso pleno às instalações hospitalares.

A análise das políticas existentes revela a necessidade de uma implementação mais rigorosa das normas de acessibilidade, bem como um compromisso contínuo por parte das instituições de saúde em promover ambientes inclusivos. A formação de profissionais capacitados e a sensibilização sobre a importância da acessibilidade são essenciais para transformar a experiência dos pacientes com deficiência.

Além disso, este trabalho ressaltou que a inclusão social não se limita apenas à eliminação de barreiras físicas, mas também envolve a criação de um ambiente acolhedor e respeitoso. A gestão hospitalar desempenha um papel crucial nesse processo, devendo ser proativa na adoção de medidas que garantam o atendimento humanizado e equitativo.

Por fim, é imperativo que as instituições continuem a buscar inovações e melhores práticas para assegurar que todos os cidadãos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde. A construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo não é apenas uma responsabilidade legal, mas uma questão ética que deve ser priorizada para o benefício de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, F. L. J. D. S. *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1833–1840, jul. 2012.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50 de 21/02/2002**. Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, anexo a esta Resolução, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada. Brasília: DF. Presidência da República. 21 fev. 2002. Disponível em: <https://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/26871>. Acesso em: 25 jun.2024.

ARAGÃO, A. E. D. A. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física aos serviços hospitalares: avaliação das barreiras arquitetônicas. 2004.Dissertação(Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal do Ceara-UFC, Fortaleza,2004.

ARAGÃO, A. E. D. A. *et al.* Instalações sanitárias, equipamentos e áreas de circulação em hospitais: adequações aos deficientes físicos. **Rev Rene**, v. 9, n. 1, p. 36–44, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TECNICAS-NBR 9050. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/NBR9050_20.pdf. Acesso em: 25 jun.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Breve Notícia Histórica sobre os Hospitais em Geral. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1965. p. 7-46. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 02 fev.2024.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 12, de 17 de outubro de 1978. Assegura aos Deficientes a melhoria de sua condição social e econômica. **Diário Oficial da União**, [Brasília], 17 out. 1978. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc12-78.htm. Acesso em: 25 jun.2024.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília: DF. Presidência da República. 08 nov. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10048.htm. Acesso em: 25 jun.2024.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: DF. Presidência da República. 19 dez. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 25 jun.2024.

BRASIL. **Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece

normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: DF. Presidência da República, 2 dez. 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em 13 maio 2023.

BRASIL. **Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: DF. Presidência da República. 25 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF. Presidência da República. 6 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Brasília, DF. Presidência da República. 2016. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf>. Acesso em 13 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.404, de 11 de junho de 2018.** Altera o Decreto nº 5.296, de 2 dezembro de 2004, para dispor sobre a reserva de espaços e assentos em teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares para pessoas com deficiência, em conformidade com o art. 44 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: DF. Presidência da República. 11 jun. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9404.htm. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 10.014, de 6 de setembro de 2019.** Altera o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Brasília: DF. Presidência da República. 6 set. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d10014.htm. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento de pessoas com deficiência no Brasil.** Brasília, DF.: [s. n.], 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/cinthia-ministerio-da-saude>. 04 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023.** Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida [...]. Brasília, DF. Presidência da República. 19 jul. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14626.htm. Acesso em: 23 nov.2024.

CARVALHO, M. E. L. D. *et al.* A acessibilidade nos serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa com deficiência, Recife - PE. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 1, p. e1767, 13 jan. 2020.

CRUZ, C. **Políticas Públicas para a inclusão de pessoas com deficiência.** 16/04/2024. Disponível em: <https://clp.org.br/politicas-publicas-para-a-inclusao-de-pessoas-com-deficiencia/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

CLEMENTE, K. A. P. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 1 jul. 2022.

CONCRETESHOW. **Arquitetura e engenharia hospitalar: o que saber e quais normas seguir**, 05 nov.2020. Disponível em: <https://digital.concreteshow.com.br/materiais-de-download/white-paper-arquitetura-e-engenharia-hospitalar-o-que-saber-e-quais-normas-seguir/>. Acesso em: 10 set. 2024.

DE ARAÚJO, L. M. *et al.* Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 549–557, 2 abr. 2018.

FERREIRA, R. V.; RAFFO, J. D. G. O uso dos sistemas de informação geográfica (SIG) no estudo da acessibilidade física aos serviços de saúde pela população rural: revisão da literatura. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 8, n. 15, p. 177–189, 21 dez. 2012.

FLORENZANO ARQUITETURA E ENGENHARIA. **Desenho Universal: Acessibilidade Para Todos**, 2016. Disponível em: <https://florenzanoarq.com.br/blog/desenho-universal.html>. Acesso em: 03 mar. 2024.

GABRILLI, M. **Desenho Universal: um conceito para todos**, 2007. Disponível em: https://maragabrilli.com.br/wp-content/uploads/2016/01/universal_web-1.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

GIRONDI, J.B.R.; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.32, p.378-84, 2011.

GÓES, R. **Manual Prático de Arquitetura Hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Blucher, 2011.

INSTITUTO PARADIGMA. Caderno 04 Brasil Acessível - **Implementação de Políticas Municipais de Acessibilidade**. 2006. Disponível em:

<https://iparadigma.org.br/biblioteca/gestao-publica-caderno-04-brasil-acessivel-implementacao-de-politicas-municipais-de-acessibilidade/>. Acesso em: 04 nov. 2024.

JONSON, A. A Short History of Medical Ethics. 1.ed. New York: Oxford University Press, 2000. Disponível em: [https://morphology-online.ru/ysn/calibrelibrary/Albert%20R.%20Jonsen/A%20Short%20History%20of%20Medical%20Ethics%20\(7562\)/A%20Short%20History%20of%20Medical%20Ethics%20-%20Albert%20R.%20Jonsen.pdf](https://morphology-online.ru/ysn/calibrelibrary/Albert%20R.%20Jonsen/A%20Short%20History%20of%20Medical%20Ethics%20(7562)/A%20Short%20History%20of%20Medical%20Ethics%20-%20Albert%20R.%20Jonsen.pdf). Acesso em: 21 abr. 2024.

LEÃO E SILVA, L. O. *et al.* Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, 22 dez. 2011.

MARTINS, K. P. Acessibilidade de pessoas com deficiência física e sensorial em unidades de saúde da família. 2015 (Dissertação em Enfermagem). Universidade Federal Da Paraíba-UFPB, João Pessoa, 2015.

MATIRE JUNIOR, L. História da Medicina. **Revista Ser Médico**, p.36-38, 2013. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=673>. Acesso em: 26 maio 2024.

MASSUIA, D. R.; SOARES, L. M. C. DE A.; RIBAS E. Acessibilidade de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida nos Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. **BEPA**, v.13, p.31-38, 2016.

PAGLIUCA, L. M. F.; ARAGÃO, A. E. D. A.; ALMEIDA, P. C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 581–588, dez. 2007.

PEREIRA, J. V. V. *et al.* **Neuroarquitetura e Acessibilidade: Uma Revisão no Projeto do Novo Hospital de Emergência de Macapá-AP**. Blucher Design Proceedings. **Anais...** Em: X ENCONTRO NACIONAL DE ERGONOMIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO E XI SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ACESSIBILIDADE INTEGRAL. Maceió, Brasil: Editora Blucher, ago. 2024. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/neuroarquitetura-e-acessibilidade-uma-revisao-no-projeto-do-novo-hospital-de-emergencia-de-macap-ap-39624>>. Acesso em: 14 nov. 2024.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L.M.F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física e serviços básicos de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v.10, p.494-500, 2006.

UFSM. Universidade Federal de Santa Maria. **Novo símbolo da Acessibilidade**. 2015. Disponível em: <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prograd/caed/2015/09/22/novo-simbolo-da-acessibilidade>. Acesso em: 07 fev. 2024.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS - FATEC

TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

**ENAILE CATARINA DA SILVA
LENISE MORAIS BANDEIRA FLORESTO
ROSIMEIRE MARTINS MESQUITA**

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

BARRETOS

2024

**ENAILE CATARINA DA SILVA
LENISE MORAIS BANDEIRA FLORESTO
ROSIMEIRE MARTINS MESQUISTA**

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Trabalho de Graduação apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos–FATEC.

Orientadora: Profa. Dra. Janaina Monteiro de Souza

**BARRETOS
2024**

Ficha Catalográfica
Desenvolvida pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

S586h Silva, Enaile Catarina da
Humanização hospitalar na pandemia da Covid-19 / Enaile
Catarina da Silva, Lenise Moraes Bandeira Floresto, Rosimeire
Martins Mesquita. – Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a
Édi Salvi Lima”, 2024.
31 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) -
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.
Orientadora: Prof.^a Dra. Janaína Monteiro de Souza

1. Hospital. 2. Humanização. 3. Acolhimento. 4. Atendimento
hospitalar. 5. Covi-19. 6. Profissionais de Saúde. 7.
Pandemia. I. Título.

**ENAILE CATARINA DA SILVA
LENISE MORAIS BANDEIRA FLORESTO
ROSIMEIRE MARTINS MESQUITA**

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA DA COVID-19

Trabalho de Graduação apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos –FATEC.

Orientadora: Profa. Dra. Janaina Monteiro de Souza

Aprovado em: 25/06/2024

AVALIADORES

Prof. Dra. Janaina Monteiro de Souza
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Enf. Esp. Neli Aparecida Feeltrim

Faculdade Barretos

BARRETOS

2024

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossa mais profunda gratidão a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a conclusão deste trabalho.

*Primeiramente, agradecemos a nossa querida orientadora/professora **Janaina Monteiro**, pela sua orientação sábia, incentivo constante e valiosas sugestões que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.*

Nossos sinceros agradecimentos aos nossos amigos e familiares que nos apoiaram incondicionalmente ao longo desta jornada acadêmica. Suas palavras de encorajamento e apoio emocional foram essenciais para superarmos os desafios encontrados.

Por fim, gostaríamos de agradecer a todas as fontes de inspiração, referências bibliográficas e instituições que disponibilizaram seus recursos para a realização deste estudo.

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração e apoio de todos vocês. Somos imensamente gratas por fazerem parte desta conquista.

Muito obrigada.

RESUMO

A pandemia da Covid-19 transformou profundamente os procedimentos habituais dos sistemas de saúde em todo o mundo. O cotidiano de trabalho tornou-se extremamente exigente tanto fisicamente quanto emocionalmente para os profissionais de saúde. Apesar de enfrentarem novos desafios e situações estressantes, eles mantiveram inabalável o compromisso com a qualidade da assistência e o atendimento humanizado aos pacientes durante o período de internação. Foi analisado a importância do atendimento hospitalar humanizado durante a pandemia da Covid-19 e destacado o papel crucial dos gestores de saúde na manutenção dessa qualidade de atendimento. A metodologia foi revisão bibliográfica descritiva e qualitativa. Concluindo que apesar do impacto adverso da Covid-19 no sistema de saúde, os profissionais conseguiram fornecer um atendimento humanizado bem-sucedido, mesmo diante dos desafios de segurança impostos pelos protocolos hospitalares de saúde referente a doença. Esse atendimento desempenhou um papel fundamental na mitigação dos efeitos negativos causados pelo Corona vírus.

Palavras-chave: Hospital; Humanização; Acolhimento; Atendimento hospitalar; Covid-19; Profissionais de Saúde, Pandemia.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has profoundly transformed the usual procedures of healthcare systems around the world. Daily work has become extremely demanding both physically and emotionally for healthcare professionals. Despite facing new challenges and stressful situations, they remained unwaveringly committed to the quality of care and humanized care for patients during their hospitalization period. The importance of humanized hospital care during the Covid-19 pandemic was analyzed and the crucial role of health managers in maintaining this quality of care was highlighted. The methodology was a descriptive and qualitative bibliographic review. Concluding that despite the adverse impact of Covid-19 on the health system, professionals managed to provide successful humanized care, even in the face of the safety challenges imposed by hospital health protocols regarding the disease. This service played a fundamental role in mitigating the negative effects caused by the Corona virus.

Keywords: Hospital; Humanization; Reception; Hospital care; Humanized; Covid-19; Health professionals.

LISTA DE ABREVIACÕES

SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
EPI	Equipamento de proteção individual
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
VOI	Variantes de interesse
VOC	Variantes de preocupação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de Pesquisa	16
4.2 Período de Pesquisa	16
4.3 Pergunta norteadora	16
4.4 Fonte de informação	16
4.5 Critérios de Elegibilidade	17
4.5.1 Critérios de Inclusão	17
4.5.2 Critérios de Exclusão	17
4.6 Coleta de dados	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.1 Pandemia de Covid-19	18
5.2 Humanização: um trajeto histórico e político	20
5.3 Internações hospitalares por Covid-19	22
5.4 Suspensão das visitas hospitalares	24
5.5 A tecnologia como recurso de humanização	24
6 CONCLUSÃO	26
7 REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) está vinculada a infecções causadas por vírus da família *Coronaviridae*, cuja descrição remonta a 1965. Os aspectos da infecção, a estrutura do agente patogênico, os mecanismos envolvidos na patogênese, o curso clínico, os métodos de tratamento e as perspectivas de prognóstico são amplamente documentados na literatura científica da área da saúde. Um exemplo notável é o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que, apesar de sua descoberta e caracterização em linfócitos cultivados em 1984, representou um dos maiores desafios de saúde pública moderna. No entanto, avanços substanciais em tratamentos medicamentosos tornaram-se possíveis graças ao conhecimento atual sobre a doença (LIMA, 2020).

No final de 2019, surgiu na China uma variante da corona vírus. Que apresentou uma capacidade especial de disseminação. Diante disso e devido às características do mundo moderno, como o crescimento populacional, o deslocamento e o acesso à informação, entre outros fatores, contribuem para a propagação de doenças sem precedentes, rapidamente sobrecarregou o sistema de saúde e desencadeou o pânico global na população. Os governos tomaram então medidas para ajudar as pessoas infectadas e conter a propagação da doença. Com o grande número de pessoas infectadas que precisa de assistência, o número de leitos hospitalares ultrapassou o número de leitos disponíveis e surgiram os hospitais de campanha. Seu único objetivo foi centralizar os pacientes da Covid-19 e aliviar a pressão nas redes hospitalares tradicionais, para que possa continuar a fornecer serviços não relacionados com a Pandemia de Covid-19 (SOARES et al., 2021).

Para reduzir a propagação da doença, a principal medida, e muito questionada, foi o isolamento físico das pessoas, com o objetivo de manter os pacientes com o vírus longe de pessoas não infectadas para evitar novas infecções e interromper o ciclo da doença (OLIVEIRA et al., 2020).

Ao longo do tempo, foi observado que as principais estratégias empregadas para controle e tratamento se centravam predominantemente no isolamento e nos cuidados físicos, visando mitigar a propagação do vírus tanto na comunidade quanto nos ambientes hospitalares. Em meio a um contexto de pânico generalizado, dimensões sem precedentes de grandiosidade e conflitos de narrativas que permeavam o cenário político nacional e internacional, as medidas iniciais foram

direcionadas para garantir a segurança física dos infectados, uma realidade mais tangível e mensurável por meio de dados clínicos e equipamentos médicos. A partir desse ponto, tornou-se evidente, especialmente nos hospitais, que a recuperação física se tornava o foco principal durante a internação dos pacientes com Covid-19 (SEIXAS et al., 2020).

Embora tais medidas possam oferecer proteção em relação à propagação da doença, é crucial considerar que as consequências de uma pandemia podem ser mais amplas do que apenas o número de mortes que ela causa. Isso se deve ao fato de que as medidas implementadas têm impactos significativos na prestação de cuidados aos pacientes, afetando não apenas os familiares e os profissionais de saúde, mas também a gestão hospitalar como um todo (FARO et al., 2020).

A suspensão das visitas pessoais transformou, em certa medida, os leitos em enfermaria e ambiente isolado, apenas para cuidado e controle dos pacientes por conta da transmissão viral, produzindo na população em geral e motivada pela mídia noticiosa, à ideia era de que quando ficava hospitalizados já estava para morrer. Este medo foi intensificado pelo próprio julgamento internação; uma vez informado que o paciente teria necessidade de intervenção hospitalar, seus bens eram recolhidos e o contato direto com sua rede de apoio cortado. Nada por perto era do seu conhecimento e passou a ser atendido por profissionais de diversas quantidades de equipamentos de proteção individual (EPI), de maneira que só era possível visualizar os olhos através da barreira de máscaras acrílicas “Face Shields”, ouvir a voz abafada pela máscara, e o toque, quando acontecia, era intermediado pelo uso das luvas (PORTELA et al., 2022).

Quanto à rede de apoio aos pacientes hospitalizados, como medida de proteção, as visitas aos hospitais foram suspensas e a permanência dos acompanhantes totalmente impossíveis. Mesmo para quem tem esse direito previsto em lei, citando o Estatuto dos idosos, crianças e adolescentes e aqueles referentes às pessoas com transtornos físicos, mentais, intelectual ou sensorial (NUNES et al., 2020).

Além disso, o contato entre os profissionais de saúde e a rede de apoio do paciente passou a ser realizada por contato telefônica o que tornou mais difícil e ao mesmo tempo, mais importante criar a ligação e a confiança entre equipe e família na transmissão de informações sobre o estado de saúde do paciente (PANCIERI, 2023).

Tal conexão tinha que ser forte o suficiente para transmitir a verdadeira imagem e desmistificar as interpretações de erros, criados principalmente pela distância, relacionados a fantasias resultantes de informações da má gestão das autoridades públicas.

A Lei nº 10.741/2003 - Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Cabendo ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

A Lei 8.069/1990 - Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016.

A Lei 13.146/2015 - Art. 22. À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral. § 1º Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito. § 2º Na ocorrência da impossibilidade prevista no § 1º deste artigo, o órgão ou a instituição de saúde deve adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal.

Assim, com os inúmeros limites e incertezas trazidos pelo contexto e mudanças na forma de cuidar, destacou que todas as categorias profissionais da linha de frente enfrentaram dilemas físicos, emocionais e éticos diante de um cenário sem precedentes. Foram esses fatores que puderam ser observados através do peso da peça, da intensidade do trabalho, as incertezas relacionadas à Covid-19, o esgotamento emocional enfrentado pelo contato com o sofrimento excessivo, morte e más notícias (SANTOS e LOPES, 2021).

A pandemia da Covid-19 teve um impacto significativo na vida da população, sendo modificados os costumes, comportamentos e formas organizacionais,

incluindo importantes rituais culturais, como funerais. Os cuidados de saúde também foram afetados por esta realidade.

O debate sobre a humanização, embora tenha nascido em meados do século XX em diferentes regiões, principalmente no movimento feminista da década de 1960, ganhou importância especialmente na década de 1970 (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Este período foi marcado por uma “crise sanitária” global, caracterizada por a influência dominante do modelo médico centrado na tecnologia e caro, que não leva em conta enfrentar bem o complexo processo de saúde, doença e cuidado, o tratamento de sociedade, acumulação de problemas de saúde, desigualdade na prestação de serviços médicos que estava muito aquém das exigências da população e do descontentamento geral com esta situação (MENDES, 1996; BORGES, 2007).

Portanto, independentemente dos estágios da saúde global, é essencial, considerar que o andamento do debate e a importância dada à humanização no campo de saúde são diferentes de acordo com o sistema de saúde, o regime político, a situação socioeconômica e cultural de cada pessoa e país. É necessário, portanto, considerar essas diferenças quando se fala em humanização no campo saúde, reconhecendo que não existe uma abordagem única e universalmente aplicável (RANZI et al., 2013)

No Brasil, por exemplo, apesar da humanização presente nas décadas anteriores, somente em 2003 foi criada a política nacional de humanização no SUS como elemento importante estratégias para promover a humanização dos serviços de saúde e combater práticas desumanas e hierárquicas. Com princípios como acolhimento, conexão, participação, corresponsabilidade e valorização do trabalho em saúde, a PNH visa reconfigurar relações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, visando um melhor cuidado inclusivo, respeitoso e focado nas necessidades e desejos dos indivíduos (Ranzi et al., 2013).

A pandemia Covid-19 revelou as fraquezas e vulnerabilidades do sistema modelo biomédico que ainda não foi superado no contexto hospitalar a importância das práticas humanizadas e da participação ativa dos usuários no processo de saúde. Neste contexto, a efetiva implementação da PNH, torna-se ainda mais importante para abordar os desafios apresentados pela crise sanitária, que

procuram salvar a autonomia, a participação e a dignidade dos indivíduos no âmbito dos cuidados de saúde

Diante desse cenário, a Política Nacional de Humanização (PNH), sendo uma das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) mais próximas do que queremos analisar, será utilizado como ferramenta teórica e política para este estudo. Como objetivo de contribuir e promover mudanças nos problemas encontrados no sistema de saúde, incentivar comunicação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, a PNH apresenta-se como uma abordagem global e fundamental para a promoção da humanização no contexto da assistência hospitalar, especialmente em tempos de desafios como os impostos pela pandemia da Covid-19.

Nesse sentido, o objetivo do trabalho identifica, por meio de uma revisão bibliográfica, desafios enfrentados por usuários, profissionais e familiares durante as internações relacionadas à Covid-19 e compreender as implicações desses desafios nas práticas de humanização. A partir daí, foram analisadas as ações tomadas e as possíveis alternativas a serem adotadas em cenários de crise sanitária.

2 JUSTIFICATIVA

A qualidade de qualquer serviço é fundamental, principalmente quando se trata de saúde. Desde a Segunda Guerra Mundial, vários estudos foram realizados para avaliar a qualidade de serviços na área da saúde. Esta preocupação sempre existiu e ganhou destaque atualmente com ênfase no planejamento e nas atividades operacionais para se desenvolverem estratégias e abordagens que visam atender às necessidades específicas de cada cliente (MENDES, 2012).

Contudo, para prestar serviços de qualidade, é necessário que o profissional esteja apto a exercer suas funções e possuir boas condições de trabalho. Atendimento inadequado e com má qualidade podem resultar em danos à sociedade e à vida do paciente. Um atendimento humanizado cria um ambiente positivo, com baixo índice de estresse e ansiedade nos clientes, estabelecendo confiança, melhorando a comunicação, com isto facilita a adesão ao tratamento e aumentando a eficácia dos cuidados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os desafios enfrentados nas internações hospitalares no período da Pandemia do Covid-19 e o impacto que gerou nas práticas de cuidados humanizados propostos pelo Sistema de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os aspectos de qualidade no atendimento dos pacientes de Covid-19;
- Constatar os fatores que comprometeram o atendimento das internações hospitalares;
- Investigar de que forma o atendimento humanizado aos pacientes de Covid-19 ocorreu durante a pandemia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo é caracterizado por revisão bibliográfica com natureza qualitativa, sendo um estudo narrativo. O desenvolvimento da pesquisa qualitativa não se prende fixamente na mensuração dos eventos, muito menos preocupa-se necessariamente como produto de fato, mas sim como desenvolvimento da investigação, a captação de focos que possuem o poder de transformar um caminho até então único, em possibilidades. A reunião dos detalhes nos permite o avanço na compreensão e diagnóstico da problemática (SANTOS e PARRA FILHO, 2012).

4.2 Período de Pesquisa

O levantamento de dados e redação do trabalho foi realizado no período de agosto de 2023 a maio de 2024.

4.3 Pergunta norteadora

Para o desenvolvimento da pergunta norteadora, utilizou-se o Acrônimo PICOS. A metodologia PICOS é uma estrutura utilizada em revisões para formular perguntas de pesquisa de maneira clara e sistemática. Ela define a População ou Problema estudado, a Intervenção ou tratamento avaliado, a Comparação com outra intervenção ou condição, os *Outcome* ou desfechos que serão medidos e o tipo de *Study Design* ou desenho do estudo incluído na revisão. Essa abordagem ajuda a garantir que a pesquisa seja organizada, focada e capaz de fornecer resultados robustos e comparáveis. Diante da metodologia PICOS, a questão norteadora ficou:

“Quais foram os desafios enfrentados nas internações hospitalares que afetaram a qualidade do cuidado humanizado envolvendo profissionais, usuários e familiares, durante crise sanitária que foi a pandemia de Covid-19?”

Após elaborar a pergunta norteadora, foram extraídas as palavras-chaves do estudo: Hospital; Humanização; Acolhimento; Atendimento hospitalar; Covid-19; Profissionais de Saúde, Pandemia.

4.4 Fonte de informação

Este trabalho é uma revisão bibliográfica narrativa, de pesquisa online nas bases: *SCIELO* (Biblioteca Eletrônica Científica Online), Portal Hospitais Brasil, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde.

4.5 Critérios de Elegibilidade

4.5.1 Critérios de Inclusão

Como critério de inclusão, a busca bibliográfica foi direcionada em publicações de atendimento humanizado durante a crise sanitária ocorrida de 2020 a 2022, em decorrência da disseminação do vírus da Covid-19 no Sistema de Saúde Único- SUS. Foi considerado como período pesquisa das publicações, de janeiro de 2019 ao mês de março de 2024.

4.5.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas publicações duplicadas, que não permitiram acesso gratuito ao texto completo *on-line*.

4.6 Coleta de dados

Após a revisão bibliográfica, foram selecionados os artigos e estes analisados na íntegra.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Pandemia de Covid-19

Em 31 de dezembro de 2019, a China comunicou à Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre diversos casos de pneumonia de origem desconhecida identificados na cidade de Wuhan, situada na província de Hubei. Meramente sete dias depois, em 07 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas oficializaram a descoberta de uma nova estirpe de Coronavírus (SARS-CoV-2). Ao findar o mesmo mês, a OMS proclamou que a propagação do novo Coronavírus configurava uma Emergência de Saúde Pública de Relevância Global, de acordo com a OPAS/OMS em 2020. A partir dessa época, o curso da narrativa global sofreu modificações e iniciativas práticas nas diretrizes de saúde começaram a ser implementadas de imediato visando a minimização dos impactos gerados pela Pandemia da Covid-19, oficialmente reconhecida pela OMS em 11 de março de 2020 (NETO, 2021).

O primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil foi diagnosticado em 26 de fevereiro de 2020. Segundo o ex-Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, foi declarado que a situação se tratava de uma gripe e que a estratégia seria enfrentá-la com base na ciência, visando nos prepararmos da melhor maneira, mas com a ressalva de mantermos a calma. Em meio à propagação global da doença, as declarações das autoridades de saúde assumiram grande importância, resultando na implementação das medidas necessárias para lidar com a situação pelo país, sua população e o sistema de saúde. O que não se previa era que, no primeiro trimestre de 2020, o coronavírus já havia se espalhado pelos cinco continentes, com centenas de casos em alguns países e milhares em outros, principalmente quando março se aproximava. A rápida disseminação da doença e sua alta capacidade de transmissão passaram a ser acompanhadas pelo alarmante e assustador número de mortos, evidenciando uma estatística inimaginável. Entre os serviços de saúde, a solidão dos enfermos em seus momentos finais, a ausência de cerimônias fúnebres e despedidas, os sepultamentos em massa, a pista de patinação convertida em local de mortos, e a destruição dos abrigos de idosos (MARQUES et al., 2020).

Mesmo com o pedido de calma feito pelo Ministro na época, não havia tempo de sobra para os preparativos. Os primeiros dois casos de Covid-19 no Brasil foram registrados na 9ª semana epidemiológica (23 a 29/02/2020), com mais de 100 casos

na 11ª semana (08 a 14/03/2020) e ultrapassando 1.000 casos 12ª semana epidemiológica (15 a 21/03/2020) (BASTOS et al., 2020).

Após a confirmação do primeiro óbito, em 18 de março, a Câmara dos Deputados, por meio do Projeto de Lei (PDL) 88/20, o estado de calamidade pública em que o país se encontrava e aprovando os gastos, para lidar com a pandemia (MATTA et al., 2021).

O Secretário da Saúde apoiou a recomendação apresentada pela OMS e as práticas internacionais mais difundidas, tanto institucionalmente através de normas técnicas e ferramentas regulatórias, como politicamente em diálogo com os governadores e o Ministro da Saúde, com isto teve a harmonização com a realidade brasileira; parlamentares, empresas, instalações médicas privadas e outros, mesmo com tudo isto a doença tomou conta. Diante das pressões decorrentes da radicalização do discurso e dos conflitos políticos, o Ministro Mandetta foi demitido e substituído por Nelson Teich, mas renunciou ao Departamento após se recusar a assinar o Protocolo da Hidroxicloroquina, após trabalhar para o Departamento por um mês e foi substituído em 16 de maio de 2020, general interino da divisão, Eduardo Pazuello quatro dias depois, após o Sr. Eduardo Pazuello assumir a pasta, o Ministério emitiu o Edital nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS. O conteúdo serve como orientação para o manejo medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de infecção pelo novo Covid-19. Isso incluiu a recomendação do uso de hidroxicloroquina em casos leves, caso o médico decida e o paciente assine o consentimento informado (BRASIL, 2020).

Um fator que influenciou fortemente o surgimento da incerteza, da desconfiança e do declínio acentuado do sentido de comunidade que dificultou o combate à pandemia foram as notícias falsas, que observam ser caracterizadas da seguinte forma: Uma questão mediática multifacetada, afirmações falsas ou enganosas que podem ser divulgadas através de canais oficiais e não oficiais e que têm como objetivo enganar (MISKOLCI, 2023)

Geralmente são apresentadas como notícias genuínas que promovem a divulgação, são sempre planejadas e visam atingir um propósito específico, principalmente por curiosidade por constituir um fenômeno sociopolítico, atingindo um número expressivo de indivíduos (MISKOLCI, 2023).

Além de uma crise sanitária, a pandemia trouxe novas crises nos domínios político, social, económico, empresarial e educacional. Este cenário exige a adoção

de medidas que vão além da contenção imediata da propagação do vírus (FORTUNA et al., 2022).

5.2 Humanização: um trajeto histórico e político

A PNH (Política Nacional de Humanização) propõe uma abordagem ampla e integrada, que envolve não apenas a qualidade técnica dos serviços de saúde, mas também as relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários, a gestão participativa e a valorização do trabalho em equipe (BRASIL, 2020).

Entre os princípios fundamentais da PNH estão a autonomia dos sujeitos, a transversalidade das ações de humanização em todos os níveis do sistema de saúde, o acolhimento com classificação de risco, a valorização do trabalho em equipe, o estímulo à participação social e a democratização das relações de poder;

Para promover esses princípios, a PNH propõe diversas estratégias e diretrizes, como a implantação de Núcleos de Humanização, o estímulo à comunicação e ao diálogo entre profissionais, pacientes e familiares.

Durante a pandemia da Covid-19, a PNH ganhou ainda mais relevância, uma vez que os desafios impostos pela crise sanitária exigiram uma resposta rápida e eficaz do sistema de saúde. Nesse contexto, a PNH desempenhou um papel fundamental ao promover valores como empatia, solidariedade, acolhimento e cuidado integral, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

A pandemia de Covid-19 não apenas testou os limites dos sistemas de saúde em todo o mundo, mas também destacou a importância da humanização hospitalar em meio a circunstâncias tão desafiadoras. Enquanto os profissionais de saúde se viam sobrecarregados e enfrentavam uma carga emocional sem precedentes, a necessidade de manter o cuidado integral e compassivo aos pacientes tornou-se mais premente do que nunca.

A humanização hospitalar durante a pandemia de Covid-19 vai muito além do tratamento clínico. Envolve um conjunto de práticas e valores que visam preservar a dignidade, o respeito e o bem-estar dos pacientes, mesmo em meio a condições adversas. Isso inclui não apenas o tratamento médico adequado, mas também a atenção às necessidades emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e de seus familiares.

Um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia foi conciliar as demandas clínicas com as restrições impostas pelas

medidas de segurança. O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a necessidade de distanciamento físico criaram barreiras na comunicação e no contato humano, tornando ainda mais crucial à busca por estratégias que promovessem proximidade entre pacientes e profissionais, nesse contexto, a tecnologia desempenhou um papel fundamental ao possibilitar a comunicação remota entre pacientes internados e seus familiares, proporcionando conforto e apoio emocional mesmo à distância. Além disso, iniciativas como cartas, desenhos e mensagens de encorajamento enviadas pelos familiares foram recebidas com gratidão pelos profissionais de saúde, fortalecendo os laços de humanidade em meio à crise.

Os gestores de saúde desempenharam um papel essencial na promoção da humanização hospitalar durante a pandemia. A implementação de políticas e protocolos que priorizassem o cuidado integral e a empatia, assim como o apoio psicossocial aos profissionais de saúde, foram medidas cruciais para manter a qualidade do atendimento em um momento de extrema pressão (BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que a humanização hospitalar não é apenas uma questão de conforto ou cortesia, mas sim um componente essencial da prática médica ética e eficaz.

Na pandemia da Covid-19 medidas drásticas, como o isolamento de pacientes e as restrições de visita em hospitais, foram implementadas em uma escala sem precedentes para conter a propagação do vírus. Isso significou que, uma vez hospitalizados, os pacientes foram separados de suas famílias. Nesse contexto, observam que persistia uma sensação de incerteza sobre se essa separação era temporária ou um prelúdio para uma despedida definitiva. Enquanto isso, do lado de fora dos hospitais, familiares aguardavam ansiosamente por atualizações (DUAN e ZHU, 2020).

Em alguns casos, devido à exposição aos pacientes, eles eram colocados em quarentena, enfrentando sentimento de culpa e ansiedade por sua possível contribuição involuntária para a propagação da doença. Essa separação traumática também deixava pacientes e familiares vulneráveis a uma variedade de transtornos, como estresse, depressão e ansiedade. No entanto, reconhecendo que tais sintomas poderiam persistir mesmo após o término da pandemia, tornou-se imperativo oferecer apoio psicológico tanto virtual quanto presencial durante e após a internação hospitalar (DUAN e ZHU, 2020).

Globalmente, essa crise exigiu uma reformulação dos sistemas de saúde, colocando a humanização do atendimento em primeiro plano, para trazer de volta o paciente como foco central dessas organizações. Isso implica considerar integralmente o indivíduo e proteger tanto sua saúde física quanto psicológica, além de promover seu bem-estar social.

5.3 Internações hospitalares por Covid-19

Os dados obtidos quanto a pandemia e seus aspectos revelam informações importantes sobre o impacto da pandemia de Covid-19 nas internações hospitalares e taxas de mortalidade por doenças respiratórias não relacionadas à Covid-19 no Brasil. Durante o período de março 2015 a dezembro de 2020, o número total dessas internações foi de 5.764.727, enquanto o número de óbitos foi de 482.193. Em relação aos procedimentos realizados em 2019 e 2020, o total foi de 102.504.443, com uma divisão entre 132.593 procedimentos hospitalares e 102.371.850 procedimentos ambulatoriais. Observa-se uma redução significativa nas internações por doenças respiratórias agudas, crônicas e outras doenças não relacionadas à Covid-19. A extensão dessa redução não foi especificada, mas os dados indicam uma mudança nas tendências de atendimento e tratamento de doenças respiratórias (ALBUQUERQUE et al., 2023).

Os resultados refletem o impacto significativo da pandemia no sistema de saúde brasileiro, com uma mudança nas tendências de atendimento e tratamento de doenças respiratórias. Esses dados devem ser considerados no contexto mais amplo da resposta à pandemia de Covid-19 e seu efeito nas práticas médicas. Além disso, os achados destacam a importância de continuar monitorando e ajustando as políticas de saúde pública para responder de forma eficaz a crises futuras.

O Brasil foi um dos países mais afetados pela pandemia de Covid-19, com mais de 16 milhões de casos confirmados e 454.429 mortes confirmadas até 26 de maio de 2021. O início de 2021 foi marcado por uma segunda onda do vírus, que teve características diferentes da primeira onda, com surtos simultâneos e explosivos de casos em diferentes regiões do país, que acrescentaram enorme pressão a um sistema de saúde já sob pressão após um ano de pandemia. Essa segunda onda foi contemporânea à descoberta, expansão e domínio de variantes de interesse (Vol) e variantes de preocupação (VoC) no Brasil (GUAN et al., 2020).

Anteriormente, caracterizamos as primeiras 250 mil internações hospitalares por Covid-19 no Brasil, incluindo uso de recursos e mortalidade intra-hospitalar de pacientes (BEHAN, 2020). Comparamos agora a carga, a gravidade (número de pacientes com hipoxemia), o uso de recursos (admissão em unidade de terapia intensiva e suporte respiratório) e a mortalidade hospitalar de pacientes hospitalizados com COVID-19 entre a primeira e a segunda ondas.

Do banco de dados de vigilância nacional brasileiro para infecções respiratórias agudas graves, (*Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe*), extraímos 1.217.332 internações hospitalares por Covid-19 de 16 de fevereiro de 2020 a 24 de maio de 2021 (ou seja, semana epidemiológica 8 de 2020 até a semana epidemiológica 21 de 2021) (BRASIL, 2024).

A dinâmica de internamentos apresentou um segundo aumento após a semana epidemiológica 43 de 2020, definida pelo menor valor por semana de casos internados (GUAN et al., 2020)

Comparando a primeira vaga com a segunda vaga (ou seja, comparando o período das semanas 8 a 43 em 2020 *versus* o período da semana 44 em 2020 à semana 21 em 2021), os valores médios por semana aumentaram 59% para as admissões, para pacientes com hipoxemia em 72%, para ventilação não invasiva em 74% e para ventilação mecânica invasiva em 53% (Tabela 1).

Tabela 1 – Motivo de internação comparação da 8° a 43° semana de 2020 com 44° a 21° semana 2022.

Variáveis	Período		% de aumento
	8° semana 2020 a 43° semana 2020	44° semana 2020 a 21° semana 2022	
Hipóxia	8606	14845	72
Ventilação Não invasiva	6746	11773	74
Ventilação Mecânica Invasiva	2452	3747	53

Fonte: Adaptado BRASIL, 2024.

Todos estes números retratam o colapso que entrou o Sistema de Saúde Público do país, com a quantidade de pacientes internados e o risco de aumentar o contágio, levando a medidas de isolamento e suspensão de visitas e acompanhamento hospitalares.

5.4 Suspensão das visitas hospitalares

A humanização consiste em um dos principais procedimentos realizados ao longo da pandemia, uma vez que algumas práticas ou rotinas hospitalares precisaram ser ajustadas para um melhor atendimento dos pacientes (SOARES et al., 2021). A prática, conduzida por uma equipe interprofissional, é uma resposta à necessidade de mitigar o isolamento social causado pelas medidas de contenção da pandemia e proporcionar um suporte emocional tanto para os pacientes quanto para suas famílias.

Um dos principais aspectos discutidos por Soares et. al. (2021) é o uso da tecnologia para manter a conexão entre pacientes hospitalizados com Covid-19 e suas famílias. As visitas virtuais e o monitoramento telefônico são estratégias que promovem a continuidade do contato humano, fortalecendo a relação entre pacientes e familiares, além de oferecer suporte emocional.

No entanto, o autor também destaca alguns desafios enfrentados, como dificuldades de acesso à internet e à tecnologia necessária para realizar as visitas virtuais. Esse obstáculo reflete a desigualdade de acesso a recursos tecnológicos, que pode impactar a qualidade do cuidado em saúde. A equipe conseguiu superar esses desafios por meio de doações e estratégias alternativas, evidenciando a importância de flexibilidade e criatividade na implementação de práticas humanizadas em saúde.

5.5 A tecnologia como recurso de humanização

O cuidado humanizado requer o reconhecimento da individualidade, singularidade, autonomia e história pessoal do paciente. Identificar a condição médica e as necessidades e preferências dos pacientes é importante, mas não suficiente. Compreender a dor e o sofrimento requer empatia. Os prestadores de saúde devem construir um vínculo relacional baseado no respeito, na confiança, no apoio, no carinho, nos princípios morais e éticos para estabelecer uma ponte de comunicação (GALVIN et al., 2018).

As medidas de proteção e de distanciamento social constituem barreiras para os sentidos humanos – tato, visão, audição e olfato – e podem afetar o exame físico e a comunicação com os pacientes. Às vezes, os pacientes não conseguem expressar seus sintomas em palavras ou gestos intencionais. Para estabelecer uma ponte de comunicação, os profissionais de saúde devem utilizar a comunicação verbal e não

verbal como parte dos recursos para acolher os pacientes e, por vezes, seus familiares, visando alcançar a humanização na assistência à saúde.

A expressão da comunicação não verbal é natural e intuitiva; sua fluência é fortemente influenciada pelo ambiente cultural. E é ainda mais importante quando o paciente é imaturo ou tem alguma dificuldade cognitiva (BEHAN, 2020). Um exemplo interessante de atendimento humanizado durante a pandemia de Covid-19 foi a técnica das “mãos de amor”, em que luvas de látex foram preenchidas com água morna e ajustadas nas mãos do paciente entubado.

A pandemia de Covid-19 reforçou a importância de melhorar o acesso à informação para a população em geral. Houve um aumento exponencial da tecnologia da telemedicina e todo o sistema de saúde tem utilizado tecnologias para minimizar a carga nos hospitais (PRIEDE et al., 2021). Existem amplos canais de comunicação disponíveis e a informação científica está a chegar a mais pessoas no mundo. Os profissionais do futuro não devem ser aqueles que negam informações sob o pretexto de evitar interpretações erradas, mas sim aqueles que esclarecem a todos as informações disponíveis sobre a sua área profissional.

As pessoas que produzem propositalmente informações falsas, especialmente nas ciências da saúde, devem ser severamente punidas, pois colocam em risco a saúde das pessoas. Os prestadores de cuidados de saúde demonstrariam compromisso e competência ao alargar os canais de comunicação para a promoção da saúde, prevenção e monitorização do tratamento (GALVIN et al., 2018). A tecnologia da informação também é útil para armazenamento de dados e discussão com pares.

A distribuição de recursos deve ser planeada estrategicamente para enfrentar eficazmente as ameaças globais. A concentração de conhecimento, tecnologia e recursos naturais em poucos países não é razoável e tem se mostrado ineficiente e cara (MIRZAEI et al., 2021). Este processo transformador deve ser desenvolvido com base na sustentabilidade, respeitando os princípios sociais, ambientais e económico.

6 CONCLUSÃO

Este estudo analisou os impactos da pandemia de Covid-19 no sistema de saúde, destacando a importância da humanização no cuidado hospitalar. As medidas de contenção do vírus, como o isolamento de pacientes e as restrições de visitação, geraram solidão e incerteza entre pacientes e familiares, evidenciando a necessidade de estratégias para promover o contato humano e a comunicação à distância. Profissionais de saúde enfrentaram desafios físicos, emocionais e éticos, incluindo sobrecarga de trabalho e barreiras na comunicação devido ao uso de equipamentos de proteção. O estudo ressalta a necessidade de desenvolver estratégias para manter o cuidado integral e compassivo aos pacientes durante a pandemia.

Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) desempenhou um papel fundamental ao promover valores como empatia, solidariedade, acolhimento e cuidado integral, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. A implementação de políticas e protocolos que priorizassem o cuidado humanizado e a valorização do trabalho em equipe foram cruciais para manter a qualidade do atendimento em meio à crise.

A política de visitas online e chamadas de vídeo emergiu como uma resposta criativa e eficaz para mitigar os desafios impostos pelas restrições de visitação durante a pandemia de Covid-19. Com o objetivo de garantir a continuidade do contato entre pacientes e seus entes queridos, bem como entre profissionais de saúde e familiares, as instituições de saúde implementaram essas soluções virtuais como parte integrante de suas estratégias de cuidado. Essa política não apenas permitiu que os pacientes se conectassem com seus familiares e amigos, mas também facilitou a comunicação entre os membros da equipe de saúde e os familiares, fornecendo atualizações sobre o estado de saúde do paciente e promovendo um senso de transparência e colaboração. Além disso, as chamadas de vídeo e visitas online foram essenciais para atender às necessidades emocionais dos pacientes, fornecendo apoio social e reduzindo os sentimentos de solidão e isolamento que podem surgir durante a hospitalização, especialmente em tempos de distanciamento físico.

Embora as visitas online e chamadas de vídeo tenham sido inicialmente adotadas como uma medida temporária em resposta à pandemia, muitas instituições de saúde reconheceram os benefícios contínuos dessas práticas e optaram por incorporá-las permanentemente em suas políticas de visitação. Essa mudança não apenas demonstra a adaptabilidade e inovação do setor de saúde diante de desafios

sem precedentes, mas também destaca o reconhecimento crescente da importância do contato humano e da comunicação eficaz no processo de cura e cuidado.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. D. A. R. D. et al. Internações hospitalares e taxas de mortalidade por doenças respiratórias não COVID-19 no sistema público de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19: um estudo observacional nacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 49, p. e20220093, 2023. ISSN 1806-3756.

BASTOS, L. S. et al. **COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020**. Cadernos de Saúde Pública. 36: e00070120 p. 2020.

BEHAN, C. The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. **Irish journal of psychological medicine**, v. 37, n. 4, p. 256-258, 2020. ISSN 0790-9667.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface-Comunicação, Saúde, Educação: SciELO Public Health. 9: 389-394 p. 2005.

BORGES, C. C. **O construcionismo social no contexto da estratégia saúde da família: articulando saberes e práticas**. 2007.

BRASIL, G. F. SRAG 2021 a 2024 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19. 2024. Disponível em: < <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/srag-2021-e-2022> >. Acesso em: 10 maio.

BRASIL, M. D. S. Nota Informativa No 9/2020-SE/GAB/SE/MS. In: SAÚDE, M. D. (Ed.), 2020.

BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Dispõe sobre a Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília. DF. Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. DF. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília. DF. Diário Oficial da União, 2003.

DE OLIVEIRA SOARES, V. F. et al. VISITA VIRTUAL: STRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE COVID-19 HOSPITALAR. **Gep News**, v. 5, n. 1, p. 367-372, 2021. ISSN 2526-7523.

DUAN, L.; ZHU, G. **Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic**. The lancet psychiatry. 7: 300-302 p. 2020.

FARO, A. et al. **COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado**. Estudos de psicologia. 37: e200074 p. 2020.

FORTUNA, C. M. et al. Analyzers of support practices in humanization and permanent health education. **Paidéia**, v. 32, p. e3208, 2022. ISSN 0103-863X.

GALVIN, I. M. et al. Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. **Can J Anaesth**, v. 65, n. 12, p. 1348-1371, Dec 2018. ISSN 0832-610x.

GUAN, W. J. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **N Engl J Med**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, Apr 30 2020. ISSN 0028-4793 (Print) 0028-4793.

LIMA, C. M. A. D. O. **Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19)**. Radiologia Brasileira: SciELO Brasil. 53: V-VI p. 2020.

MARILIA SANTINI DE OLIVEIRA; ALINE DA ROCHA MATOS; SIQUEIRA, M. M. **Parte I—A doença e suas circunstâncias 5. Conhecendo o Sars-CoV-2 e a Covid-19**. Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho [online]. FIOCRUZ: 69-82 p. 2020.

MARQUES, R. D. C.; SILVEIRA, A. J. T.; PIMENTA, D. N. A pandemia de Covid-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. **Coleção história do tempo presente**, v. 3, p. 225-249, 2020.

MATTA, G. C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. 2021.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. **Coleção Saúde em Debate, Editora Hucitec, São Paulo**, 1996.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012. ISSN 8579670780.

MIRZAEI, H. et al. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. **AIDS Behav**, v. 25, n. 1, p. 85-92, Jan 2021. ISSN 1090-7165 (Print) 1090-7165.

MISKOLCI, R. **Muito além do negacionismo: desinformação durante a pandemia de Covid-19**. Sociologias. 25: e-soc123090 p. 2023.

NETO, B. R. D. S. **Saúde Coletiva e Saúde Pública: highlights da Pandemia de Covid-19**. 2021. ISBN 978-65-5706-791-8. Disponível em: < <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/saude-coletiva-e-saude-publica-highlights-da-pandemia-de-covid-19> >. Acesso em: 19 de maio de 2024.

NUNES, T. N. et al. **Visitas virtuais: possibilidades de participação das famílias nas UTIs frente à pandemia**. Revista Cadernos de Psicologias. Paraná 2020.

PANCIERI, F. **Humanização em tempos de crise sanitária: uma análise dos desafios enfrentados nas internações hospitalares por COVID-19**. 2023

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. D. C.; LIMA, S. M. L. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**: Série Informação para ação na Covid-19| Fiocruz 2022.

PRIEDE, A. et al. Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. **Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)**, v. 14, n. 2, p. 83-89, Apr-Jun 2021. ISSN 2173-5050.

RANZI, D. V.; MARQUES, H. R.; DE MADRI, C. **O Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização em Nova Alvorada do Sul–MS–Brasil**. Revista Vozes dos Vales. 3 2013.

SANTOS, A. D. O.; LOPES, L. T. Acesso e cuidados especializados. In: (Ed.). **Acesso e cuidados especializados**, 2021. p.342-342.

SANTOS, J. A.; PARRA FILHO, D. **Metodologia científica**: Cengage Learning São Paulo, Brazil 2012.

SEIXAS, C. T. et al. **A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 25: e200379 p. 2020.

SOARES V.F.O et al. VISITA VIRTUAL: STRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE COVID-19 HOSPITALAR. **Gep News**, v. 5, n. 1, p. 367-372, 2021. ISSN 2526-7523.

FACULDADE DE TECNOLOGIA PROF.^a ÉDI SALVI LIMA – FATEC BARRETOS
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

LEONARDO SALVI ZANGARINI

**IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE GESTÃO DE AGENDAS NO
SETOR DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO:
otimização de vagas no sistema público de saúde**

BARRETOS
2024

LEONARDO SALVI ZANGARINI

**IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE GESTÃO DE AGENDAS NO
SETOR DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO:
otimização de vagas no sistema público de saúde**

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia Prof.^a Édi Salvi Lima – FATEC BARRETOS.

Orientadora: Prof^a. Ms. Joyce Costa Henrique.

**BARRETOS
2024**

Ficha Catalográfica
Desenvolvida pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima"

Z29i Zangarini, Leonardo Salvi
Implementação do fluxo de gestão de agendas no setor de radioterapia de um hospital oncológico : otimização de vagas no sistema público de saúde / Leonardo Salvi Zangarini. – Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima", 2024.
37 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) - Faculdade de Tecnologia de Barretos "Prof.^a Édi Salvi Lima".
Orientadora: Joyce Costa Henrique

1. Gestão de Agenda. 2. Sistema Único de Saúde - SUS. 3. Câncer. 4. Otimização de Vagas. 5. Absenteísmo. I. Título.

LEONARDO SALVI ZANGARINI

**IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE GESTÃO DE AGENDAS NO
SETOR DE RADIOTERAPIA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO:
otimização de vagas no sistema público de saúde**

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia Profa. Édi Salvi Lima – FATEC Barretos.

Orientadora: **Prof^a. Ms.** Joyce Costa Henrique

Aprovado em: 24/06/2024

AVALIADORES

Prof^a Orientadora: Joyce Costa Henrique
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof^a: Juliana Cristina Bassan
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof^a: Camila Neri
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

**BARRETOS
2024**

Este trabalho é dedicado a todos pacientes oncológicos que convivem com uma doença que não escolheram tê-la, mas não desistem de vencê-la. Vocês são uma inspiração de vida e de luta, que nos mostram o valor de apreciar bons e simples momentos, vivendo da melhor forma que a situação proporciona.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a **DEUS**, pelo dom da vida e por permitir compreender minha missão enquanto minha existência.

A minha família, em especial minha mãe Elza e minha filha Letícia, que me impulsionam e dão todo o suporte para que eu consiga realizar meus sonhos e projetos de vida.

Aos meus amigos de jornada da I Turma de Gestão Hospitalar da FATEC Barretos que não soltaram a minha mão enquanto enfrentávamos juntos os desafios da implantação deste curso.

Ao Hospital de Amor, em especial ao setor de Radioterapia que me permitiu realizar este trabalho.

A minha orientadora professora mestre Joyce Costa, que me incentivou e me fez acreditar que eu era capaz, não me deixando desistir deste importante projeto.

RESUMO

O aumento constante de casos de neoplasia tem modificado o perfil epidemiológico da população, resultado da maior exposição a fatores cancerígenos, do envelhecimento da população e do avanço das tecnologias diagnósticas, levando também a um aumento nos índices de óbitos relacionados ao câncer. A quantidade de vagas ofertadas para saúde no sistema público é pequena perante a alta demanda de pacientes que necessitam do serviço. Apesar dos esforços direcionados à integração dos serviços de saúde e ao comprometimento dos gestores, é possível identificar lacunas na logística de atendimento aos usuários do sistema. A ausência frequente em consultas acaba prejudicando os pacientes, resultando no aumento das filas de espera e na subutilização dos recursos previamente alocados para atender à demanda agendada que não comparece. Além disso, o reagendamento das consultas gera custos adicionais para a instituição. O presente estudo teve como objetivo descrever a implementação e análise de um fluxo de gestão de agenda utilizado em um hospital oncológico de referência. Trata-se de um estudo descritivo, abordando o desenvolvimento e implementação do fluxo de gestão de agenda, no serviço de radioterapia, em um hospital oncológico de referência. Implementado o projeto de intervenção do fluxo de gestão de agenda via aplicativo multiplataforma de envio de mensagens instantâneas e chamadas para smartphones, chamado WhatsApp, reduziu-se o absenteísmo em consultas oncológicas de 23,17% para 9,37%, evidenciando eficácia na comunicação e realocação de vagas. Após a realização deste estudo na população especificada, compreende-se que o uso de um fluxo de gestão de agenda, com comunicação via aplicativo de mensagens, reduziu o absenteísmo em consultas oncológicas, mostrando eficácia na realocação de vagas e na melhoria do atendimento.

Palavras-chave: Gestão de Agenda; Sistema Único de Saúde - SUS; Câncer; Otimização de Vagas; Absenteísmo.

ABSTRACT

The constant increase in cases of neoplasia has modified the epidemiological profile of the population, as a result of greater exposure to carcinogenic factors, the aging of the population and the advancement of diagnostic technologies, also leading to an increase in cancer-related death rates. The number of health vacancies offered in the public system is small given the high demand from patients who need the service. Despite efforts aimed at integrating health services and the commitment of managers, it is possible to identify gaps in the logistics of providing care to system users. Frequent absence from appointments ends up harming patients, resulting in increased waiting lists and underutilization of resources previously allocated to meet scheduled demand that does not show up. Furthermore, rescheduling appointments generates additional costs for the institution. The present study aimed to describe the implementation and analysis of an agenda management flow used in a reference cancer hospital. This is a descriptive study, addressing the development and implementation of the agenda management flow in a reference oncology hospital in the radiotherapy service. Implementing an agenda management flow via a multiplatform application for sending instant messages and calls to smartphones, called WhatsApp, absenteeism in oncology consultations was reduced from 23.17% to 9.37%, demonstrating effectiveness in communication and reallocation of vacancies. After carrying out this study in the specified population, it is understood that the use of an agenda management flow, with communication via messaging application, reduced absenteeism in oncology consultations, showing effectiveness in reallocating vacancies and improving service.

Keywords: Agenda Management; Health Unic System; Cancer; Vacancy Optimization; Absenteeism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Taxas brutas de incidência estimadas para 2023, segundo sexo e localização primária.....	16
Figura 02 – Fluxo de direcionamento do atendimento para radioterapia antes da gestão de agenda.....	28
Figura 03 – Novo fluxo de direcionamento do atendimento da radioterapia	29

LISTA DE QUADROS

Tabela 01 – Análise da ferramenta 5W2H	26

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 01 – Representação gráfica da porcentagem de absenteísmo.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Análise da taxa de absenteísmo antes e depois da implementação do fluxo de gestão da agenda.	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Câncer	15
2.2 O paciente oncológico.....	16
2.3 Oferta de vagas e absenteísmo	17
2.4 Estratégias para reduzir o absenteísmo.....	18
3. JUSTIFICATIVA	20
4. OBJETIVOS	22
4.1 Objetivo geral	22
4.2 Objetivos específicos	22
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Delineamento do estudo	23
4.2 População e local de estudo	23
4.2.1 Aspectos éticos.....	24
4.3 Coleta e análise de dados.....	24
5. RESULTADOS	26
5.1 ANÁLISE 5W2H.....	26
5.2 Desenvolvimento do fluxo	27
5.3 INDICADORES	30
6. DISCUSSÃO.....	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
8. REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

O câncer representa uma das maiores preocupações de saúde global, sendo a segunda principal causa de morte em todo o mundo. Em 2018, ele foi responsável por 9,6 milhões de mortes, com uma em cada seis mortes sendo atribuída à doença. Notavelmente, cerca de 70% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda (INCA, 2018).

O envelhecimento da população, juntamente com as mudanças nos comportamentos e no ambiente, incluindo alterações estruturais que afetam a mobilidade, o lazer, a alimentação e a exposição a poluentes, contribuem para o aumento da incidência e da mortalidade por câncer (AVELINO, MOURA, 2018).

A quantidade restrita de vagas na área da saúde no sistema público não consegue suprir a crescente demanda dos pacientes que dependem desses serviços. Apesar dos esforços para integrar os diferentes setores da saúde e do compromisso dos gestores, ainda existem falhas na logística de atendimento aos usuários do sistema. Um exemplo claro disso é o mau uso dos recursos, especialmente evidente nas frequentes ausências às consultas médicas agendadas (FERREIRA, *et al.*, 2023; VIACAVA *et al.*, 2018).

Essas ausências têm impactos significativos tanto nos serviços de saúde, em termos financeiros e operacionais, quanto nos pacientes, contribuindo para o aumento das filas de espera e prolongando os prazos para remarcação de consultas. Essa realidade dificulta o planejamento da saúde, que busca otimizar os recursos disponíveis para garantir um atendimento eficaz aos pacientes (CARVALHO *et al.*, 2023; COUTINHO *et al.*, 2017).

O problema se intensifica com o aumento dos atendimentos nas unidades de emergência e a incapacidade de atender adequadamente às necessidades de saúde. O absenteísmo nos atendimentos prejudica diretamente os resultados da assistência aos pacientes, influenciando negativamente as demandas e os procedimentos necessários ao longo do tratamento. Essa discrepância entre a demanda e a capacidade dos serviços de saúde afeta negativamente a qualidade e a eficiência do atendimento, criando desafios adicionais para o sistema de saúde como um todo (CARVALHO *et al.*, 2023; OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Considerando, portanto, uma alta demanda de atendimentos e recursos restritos, como por exemplo, poucos profissionais, é importante investir em estratégias

que auxiliem no enfrentamento do absenteísmo em consultas e tratamentos oncológicos. Dessa forma, a questão que norteou essa pesquisa foi acerca de averiguar se uma proposta de intervenção, através um novo fluxo de gestão de agenda, poderia contribuir positivamente na redução das taxas de absenteísmo dos pacientes em tratamento.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Câncer

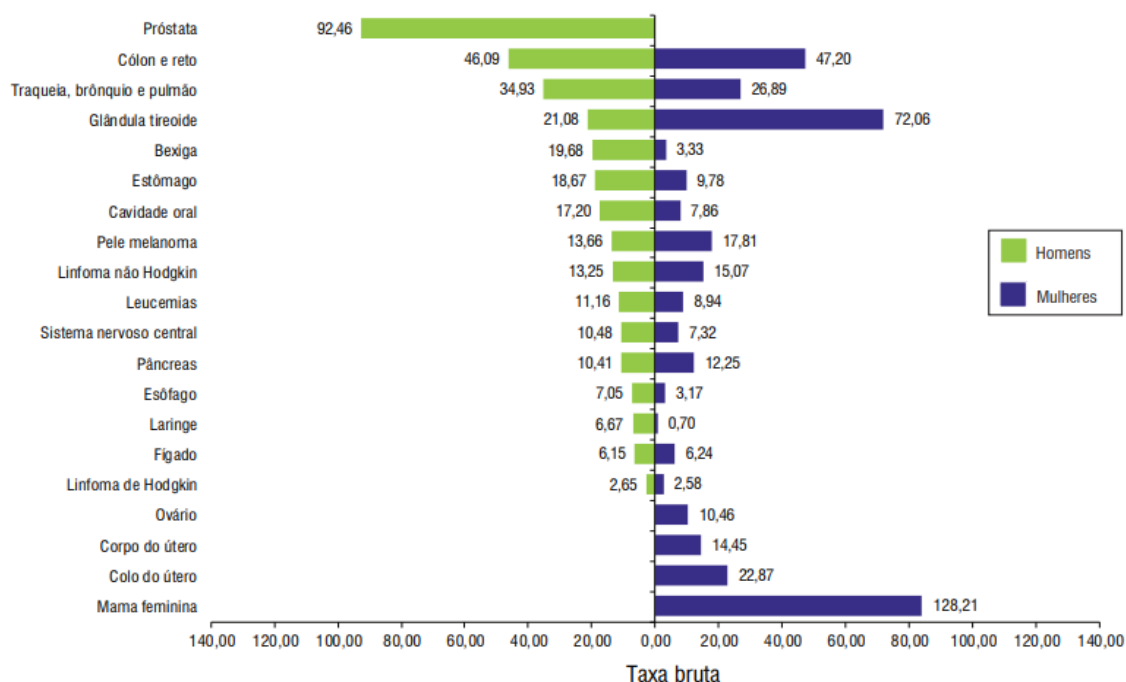
O câncer é definido como um conjunto de mais de 100 doenças, caracterizadas pelo crescimento desordenado de células com capacidade de se espalhar entre os tecidos e órgãos próximos à área inicialmente afetada no corpo humano. Representando um desafio de saúde pública, o câncer é uma preocupação central para o sistema de saúde brasileiro devido à sua abrangência epidemiológica, social e econômica. O crescimento contínuo dos casos de neoplasia tem alterado o perfil epidemiológico da população. Esse fenômeno resulta da maior exposição a fatores cancerígenos, do envelhecimento populacional e dos avanços nas tecnologias de diagnóstico, o que também contribui para o aumento nos índices de mortalidade relacionados ao câncer (BATISTA, MATTOS, 2015).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), essa neoplasia é classificada como um problema de saúde pública. O impacto do câncer no mundo, em 2020, baseado nas estimativas do *Global Cancer Observatory (Globocan)*, elaboradas pela *International Agency for Research on Cancer (Iarc)*, aponta que ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo (18,1 milhões, se forem excluídos os casos de câncer de pele não melanoma), onde um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (FERLAY *et al.*, 2021; SUNG *et al.*, 2021).

Os dez principais tipos de câncer segundo o INCA são: pele não melanoma, mama, colorretal, próstata, pulmão, estômago, útero, cavidade oral, esôfago e sistema nervoso central e eles representam mais de 60% do total de casos novos. O câncer de mama feminino é o mais incidente no mundo, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, seguido pelo câncer de pulmão, com 2,2 milhões (11,4%); cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); próstata, com 1,4 milhão (7,3%); e pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de casos novos (INCA, 2023).

No Brasil, para o triênio 2023 a 2025, estima-se 704 mil novos casos de câncer. O mais incidente é o câncer de mama com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%). A Figura 1, representa os casos oncológicos estimados em taxas brutas para o ano de 2023 no estado de São Paulo, de acordo com informações do INCA (INCA, 2022).

Figura 01 - Taxas brutas de incidência de cânceres estimadas para 2023, segundo sexo e localização primária



Fonte: INCA, 2023.

2.2 O paciente oncológico

A cada ano o número de pacientes oncológicos aumenta, assim como expresso nas estimativas do INCA e *IARC (International Agency for Research on Cancer)*. O paciente oncológico passa diariamente por diversos atendimentos, desde o diagnóstico, tratamento, alta e seguimento. O percurso percorrido pelo paciente com câncer passa por consulta diagnóstica, exames complementares, tratamento oncológico (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, reabilitação multiprofissional), acompanhamento e alta, em cada uma das etapas enfrentada por esse indivíduo existem uma ampla quantidade de atendimento que por diferentes motivos não são realizados (INCA, 2023).

2.3 Oferta de vagas e absenteísmo

A quantidade de vagas ofertadas em saúde no sistema público é pequena perante a alta demanda de pacientes que necessitam do serviço. Apesar dos esforços direcionados à integração dos serviços de saúde e ao comprometimento dos gestores, é possível identificar lacunas na logística de atendimento aos usuários do sistema. Um exemplo disso é a utilização inadequada dos recursos, evidenciada pelas ausências nas consultas médicas agendadas. Essas faltas geram prejuízos significativos tanto para os serviços de saúde, seja no aspecto financeiro ou individual, quanto para os pacientes, aumentando as filas de espera e prolongando o tempo necessário para remarcação de consultas (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Baptista *et al.* (2021), menciona um estudo realizado em Secretarias de Saúde do Estado de São Paulo, em que se observou que os principais motivos para a falta dos pacientes às consultas foram a falta de transporte (29%), esquecimento da data da consulta (23,5%) e dificuldades financeiras (16,3%). Tais resultados destacam a importância de estratégias de gestão em saúde que visem melhorar o acesso e a adesão dos pacientes aos serviços de saúde.

Tais situações impactam diretamente no planejamento da saúde, que buscam otimizar os recursos para garantir o atendimento eficiente aos pacientes. Essa realidade está associada ao crescimento do número de atendimentos nas unidades de emergência e à falta de resolução das necessidades de saúde. O absenteísmo nos atendimentos afeta os resultados da atenção aos pacientes, influenciando as demandas e etapas do percurso do paciente, que são elevadas em relação ao que o serviço tem a oferecer (SILVEIRA *et al.*, 2010).

O termo absenteísmo possui diversos significados e varia de acordo com o contexto em que é empregado. Na área da saúde pública, ele tem sido utilizado para descrever o comportamento dos usuários que faltam a consultas ou exames agendados nos serviços de saúde. Entende-se que o absenteísmo é um fenômeno complexo que envolve fatores relacionados aos serviços de saúde, aos usuários e à gestão desses serviços (BATISTA *et al.*, 2021; GRASSI RODRIGUES *et al.*, 2020; PORTO, PAULA, 2010).

A taxa de absenteísmo em consultas médicas varia consideravelmente, oscilando de 5% a 55% entre vários países, sistemas de saúde e diferentes contextos

clínicos. A média global geral de absenteísmo em consultas é de aproximadamente 23%. Nos serviços públicos de saúde no Brasil, são observadas taxas variadas, como até 52% em São Paulo, 48,3% em João Pessoa, 32,17% no Ceará, 34,4% em Florianópolis e 38,6% no Espírito Santo (GRASSI RODRIGUES *et al.*, 2020).

Como resultado do absenteísmo, é comum observar uma circulação excessiva dos usuários entre diferentes unidades de saúde e o surgimento de novas filas de espera, causadas por fatores como esquecimento. A ausência do usuário em compromissos de saúde tem consequências negativas, incluindo perda financeira para o sistema de saúde, desperdício de recursos, ocupação de vagas que poderiam ser utilizadas por outros usuários e interrupção da continuidade do cuidado. Além disso, a ausência frequente em consultas prejudica outros pacientes, resultando no aumento das filas de espera e na subutilização dos recursos previamente alocados, gerando custos adicionais para a instituição devido ao reagendamento das consultas (BATISTA *et al.*, 2021; GRASSI RODRIGUES *et al.*, 2020; PORTO, PAULA, 2010).

Para mitigar as ausências dos pacientes nos serviços de saúde, evitando prejuízos no tratamento, uso inadequado de recursos e equipamentos, assim como perdas financeiras significativas, é fundamental empregar métodos e estratégias de monitoramento e avaliação dos serviços. Dentre as estratégias de otimização do uso destas vagas é ter a gestão de agendas como ferramenta de administração, que se realizada de forma sistemática, rápida e consciente pode diminuir as filas de atendimento principalmente na média e alta complexidade (PORTO, PAULA, 2010; BATISTA *et al.*, 2021; GRASSI RODRIGUES *et al.*, 2020).

2.4 Estratégias para reduzir o absenteísmo

Reduzir o absenteísmo em consultas é essencial para garantir aos pacientes acompanhamento e tratamento adequados durante sua jornada contra o câncer. Para abordar esse desafio, é necessário implementar estratégias específicas que considerem as necessidades e desafios únicos enfrentados por esses pacientes. Uma das estratégias fundamentais é estabelecer uma comunicação proativa com os pacientes, fornecendo lembretes regulares por meio de diferentes canais, como telefone, mensagem de texto ou e-mail. Isso ajuda a garantir que os pacientes estejam cientes de suas consultas e consequentemente redução do risco de faltas por esquecimento ou desorganização (GRASSI *et al.*, 2020).

Além disso, oferecer flexibilidade nos horários de consulta é essencial, reconhecendo que os pacientes oncológicos podem enfrentar dificuldades imprevistas relacionadas ao tratamento. Permitir que os pacientes reagendem facilmente suas consultas, sem penalidades, demonstra sensibilidade às suas necessidades e facilita o acesso ao cuidado (PINTO *et al.*, 2022).

Estudos abordam que o suporte emocional também desempenha um papel importante na redução do absenteísmo. Os pacientes em tratamento de câncer frequentemente lidam com estresse e ansiedade, o que pode impactar sua capacidade de comparecer às consultas. Oferecer serviços de aconselhamento, grupos de apoio e recursos *online* ajuda a fornecer o suporte necessário para lidar com esses desafios emocionais. Por fim, a educação contínua dos pacientes sobre a importância do acompanhamento médico regular é essencial. Fornecer materiais educacionais claros e acessíveis ajuda os pacientes a entenderem a importância de suas consultas e a obter informações sobre seu tratamento (GRASSI *et al.*, 2022; PINTO *et al.*, 2022).

Diante das razões apresentadas nesta revisão, foi realizado o projeto de Implementação do Fluxo de Gestão de Agendas em um Hospital Oncológico de referência: otimização de vagas no Sistema Público De Saúde.

3. JUSTIFICATIVA

As diretrizes do SUS garantem acesso a saúde de forma universal, integral e com equidade, porém a alta demanda de usuários faz com que estas diretrizes fiquem na teoria. Na realidade, o SUS é um sistema sobrecarregado, com filas de espera imensas, principalmente no atendimento da média e alta complexidade. As vagas são ofertadas e agendadas, na maioria das vezes, com muita antecedência e de forma limitada, onde a data e horário de atendimento é encaminhado sem a participação do paciente na data da escolha, de forma unilateral (BATISTA *et al.*, 2021; GRASSI RODRIGUES *et al.*, 2020).

O agendamento de consultas é uma das principais funções da gestão de agenda em saúde. É importante manter um sistema de agendamento eficiente para garantir que os pacientes recebam atendimento no momento adequado. A gestão de agenda deve garantir um equilíbrio entre a demanda de consultas e a capacidade de atendimento. Isso envolve a definição de quantas consultas podem ser atendidas por dia e a adaptação da agenda conforme necessário para evitar sobrecarga ou ociosidade excessiva. Muitas condições de saúde requerem consultas de acompanhamento, portanto é importante garantir que os pacientes tenham acesso a datas futuras para retornar e continuar seu tratamento.

Dessa forma, justifica-se compreender e desenvolver um fluxo para monitoramento e gestão da agenda, que pode influenciar positivamente na redução do absenteísmo e possivelmente otimizar o número de vagas disponibilizadas aos pacientes do sistema único de saúde. Uma gestão eficiente de agenda pode vir a otimizar as operações hospitalares, e contribuir para um ambiente mais organizado, eficaz e capaz de proporcionar uma melhor qualidade de atendimento aos pacientes.

A gestão de agenda pode otimizar tempo, vaga e recursos, desde sala de exames, equipamentos e pessoal, pois a utilização de recursos para consultas, exames e procedimentos de forma adequada podem evitar uma superlotação desnecessária nos hospitais ou um subaproveitamento de recursos disponíveis. A gestão de agenda pode vir a contribuir para a melhoria da satisfação e da experiência de pacientes em condições já debilitadas e seus respectivos familiares, pois pode reduzir atrasos e esperas. Para os profissionais vinculados, a gestão de agenda pode vir a evitar ou reduzir uma sobrecarga dos profissionais, além de permitir uma melhor análise de desempenho e melhorias estratégicas para a organização de saúde em

questão, além de contribuir como referência para outros estudos de organizações de saúde como exemplo em eficiência operacional e utilização de recursos, bem como servir a outros estudos acadêmicos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Apresentar um fluxo de gestão de agenda implementado em um hospital oncológico de referência como boas práticas para reduzir o absenteísmo no tratamento de radioterapia e melhorar a assistência aos pacientes.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever um fluxo de gestão de agenda que utiliza um aplicativo de mensagens instantâneas para *smartphones*;
- Comparar os indicadores de absenteísmo antes e após a implementação do fluxo de gestão de agenda;
- Enfatizar a melhoria do acolhimento aos pacientes pela adoção de ferramentas de gestão;
- Contribuir como base para outros objetos de estudo, tanto em nível organizacional quanto acadêmico.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Segundo Gil (2022), as pesquisas podem ser classificadas segundo a área de conhecimento, a finalidade, o nível de explicação e métodos adotados. Outras formas de classificação do estudo são quanto aos métodos empregados, segundo a natureza dos dados, a pesquisa pode ser classificada em quantitativa ou qualitativa, pesquisa de campo ou de laboratório, quanto ao ambiente, experimental e não experimental, quanto ao grau de controle.

Segundo a área de conhecimento, a presente pesquisa se enquadra principalmente na área de ciências da saúde, pois está relacionada à melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Quanto à finalidade, pode ser classificada como uma pesquisa básica estratégica, preenchendo uma lacuna de conhecimento com vistas à solução de reconhecidos problemas práticos, como o absenteísmo em consultas e tratamentos. Quanto ao propósito, realizou-se um estudo descritivo, identificando possíveis relações entre variáveis, em que a implementação de uma ferramenta de gestão de agenda impacta no absenteísmo de pacientes e na eficiência operacional do hospital.

No delineamento deste estudo, quanto à natureza, a pesquisa pode ser considerada como qualiquantitativa. Qualitativa ao descrever o fluxo de gestão de agenda implementado e quantitativa ao mensurar os indicadores de eficiência operacional antes e depois da ferramenta implementada.

4.2 População e local de estudo

A população do estudo foram os dados de indicadores do atendimento de radioterapia relacionados ao absenteísmo e fluxo de gestão de um hospital oncológico. O local do estudo foi o Departamento de Radioterapia em um Hospital Oncológico de referência no interior do Estado de São Paulo. Visando encontrar artigos científicos, revisões e trabalhos acadêmicos relacionados ao tema, foram realizadas buscas em bases de dados acadêmicas, como PubMed, Scopus, Portal de Periódicos CAPES e *Google Scholar*, utilizando as palavras-chave identificadas (absenteísmo, vagas sistema público, gestão de agenda) com o cuidado da credibilidade das fontes.

4.2.1 Aspectos éticos

De acordo com Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, estudos que não envolvam a participação direta, ou envolvimento de dados que identifiquem os participantes, não necessitam de submissão e apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O pesquisador assume a responsabilidade pelos dados demonstrados no presente estudo e a análise e tratamento dos dados, bem como os resultados foram autorizados e de ciência pelo Departamento de Radioterapia do hospital objeto do estudo.

4.3 Coleta e análise de dados

A fim de identificar as principais questões do absenteísmo, utilizou-se a ferramenta 5W2H que é uma técnica de gestão e de qualidade amplamente utilizada para planejamento e resolução de problemas. O nome deriva das iniciais de sete perguntas em inglês que começam com "W" e "H". Aqui está o que cada uma representa: *What* (O quê?): Qual é o problema ou ação específica que precisa ser abordada? *Why* (Por quê?): Qual é a justificativa ou razão para abordar esse problema ou realizar essa ação? *Where* (Onde?): Onde essa ação será realizada ou onde o problema ocorre? *When* (Quando?): Qual é o cronograma ou a linha do tempo para essa ação? *Who* (Quem?): Quem é responsável por executar essa ação? *How* (Como?): Como essa ação será realizada? *How much* (Quanto?): Qual é o custo estimado ou recursos necessários para realizar essa ação? Ao responder a essas sete perguntas, você pode criar um plano de ação claro e detalhado (MELÔNIO, 2023; NAKAGAWA, 2014; PASELLO, 2013.).

Os dados do presente estudo foram coletados dos indicadores administrativos do departamento de radioterapia por um período de 6 meses antes da implementação do fluxo, arquivados e analisados por um *software* de planilhas eletrônicas Excel 2023. Para apresentação dos resultados foram utilizados tabelas e gráficos com a frequência em porcentagem que ocorreram as faltas dos pacientes ao agendamento das sessões de tratamento.

Para interpretação e correlação com a literatura, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, na qual teve por objetivo buscar as implicações práticas, lacunas no conhecimento e sugestões para futuras pesquisas na área. Para o rastreamento dos

estudos utilizou-se os descritores validados no idioma inglês *MeSh Terms* para a base de dados Pubmed ((absenteeism[Title/Abstract]) AND (Cancer[Title/Abstract])). No idioma português utilizou-se descritores da plataforma Biblioteca Virtual de Saúde ((Absentéismo OR Absentismo OR Abstencionismo OR Ausentismo OR Ausência) AND (câncer)). Na literatura cinzenta, buscou-se por absentéismo clínico, absentéismo oncológico.

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISE 5W2H

Os resultados da análise pela ferramenta 5W2H podem ser observados no quadro 1. A análise consistiu em desenvolver uma estratégia para minimizar o absenteísmo de pacientes atendidos no serviço de radioterapia.

Quadro 01 – Análise ferramenta 5W2H

O que?	Implementar um novo fluxo de gestão de agendas para otimizar o uso das vagas disponíveis no sistema público de saúde para pacientes oncológicos no setor de radioterapia.
Por quê?	Garantir que os pacientes recebam atendimento oportuno e adequado, reduzindo os tempos de espera, melhorando os resultados de tratamento e otimizando possíveis vagas ociosas no sistema público de saúde.
Onde?	No departamento de agendamento da radioterapia e no hospital oncológico de referência que atende 100% SUS.
Quando?	Iniciar a implementação do novo fluxo de gestão de agendas dentro de um mês após a aprovação do plano.
Quem?	Equipe multidisciplinar composta por médicos oncologistas, enfermeiros, pessoal administrativo do hospital, especialistas em tecnologia da informação.
Como?	- Realizar uma análise detalhada do fluxo de pacientes existente para identificar gargalos e áreas de melhoria; - Implementar um sistema de triagem para priorizar os pacientes com maior urgência com base em critérios médicos estabelecidos; - Treinar a equipe de agendamento e os profissionais de saúde sobre o novo processo e o uso eficaz do fluxo de agendamento; - Estabelecer canais de comunicação eficientes com os pacientes para garantir uma alocação adequada e equitativa das vagas;

	- Monitorar continuamente o desempenho do novo fluxo e realizar ajustes conforme necessário.
Quanto?	Estimar os custos associados ao desenvolvimento e implementação do novo fluxo de gestão de agendas, incluindo despesas com tecnologia, treinamento de equipe e possíveis custos operacionais adicionais.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na pesquisa aplicada, 2023.

5.2 Desenvolvimento do fluxo

Após compreender as medidas necessárias, foi estabelecido juntamente a equipe da gestão, o desenvolvimento de um fluxo de direcionamento, demonstrando a ordem e atitude para cada atividade.

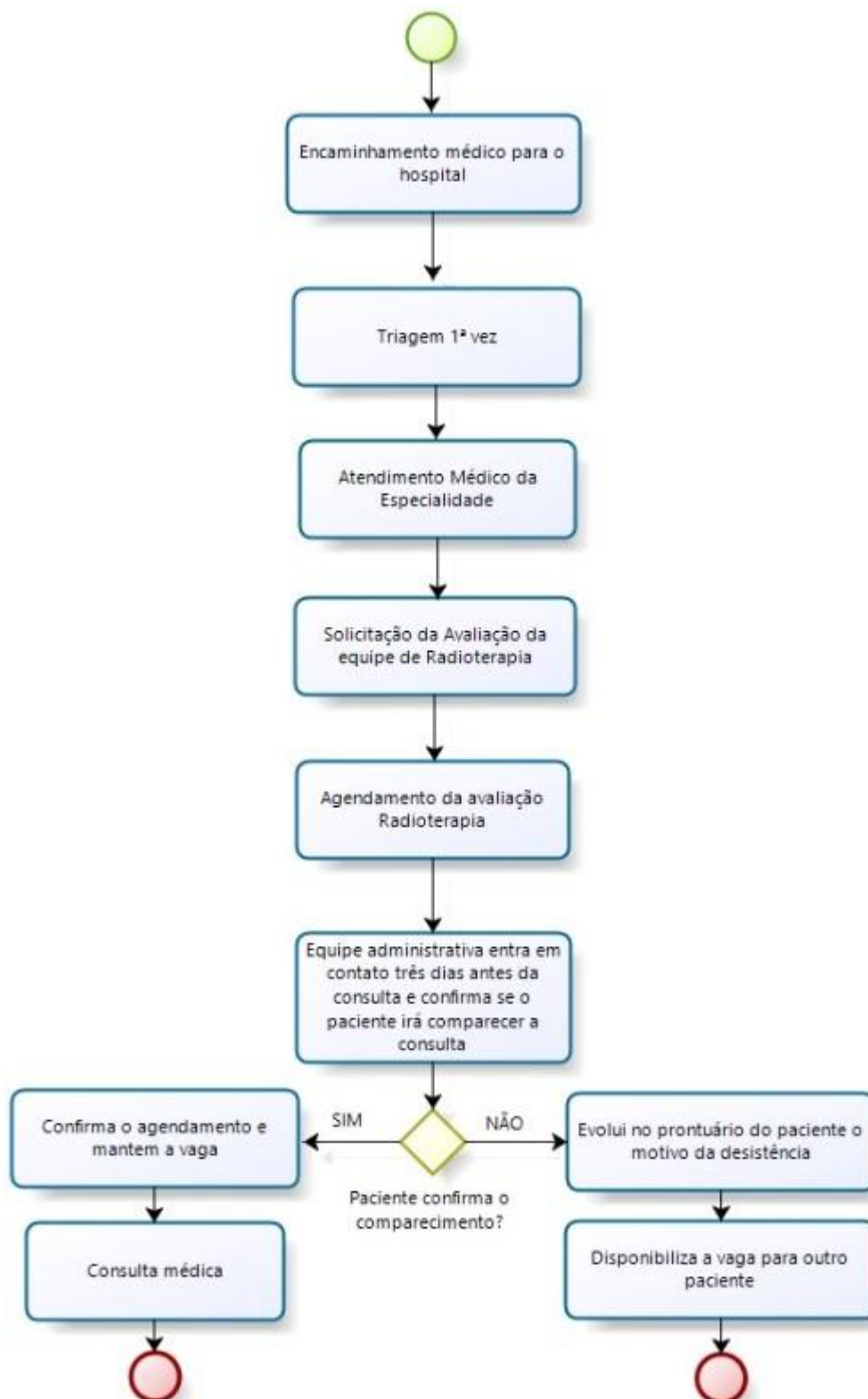
Foram realizadas reuniões semanais para determinação das etapas do processo de agendamento e acompanhamento dos atendimentos de radioterapia. A figura 02 demonstra como era o fluxo dos pacientes antes da gestão de agenda. O novo fluxo de direcionamento pode ser observado na figura 03, na qual inicia o processo quando o paciente é encaminhado pelo médico do posto de saúde, para triagem com a especialidade podendo ser neurologia, mastologia, cabeça e pescoço, pediatria entre outras. A partir desse atendimento o paciente é direcionado para o agendamento com a equipe da radioterapia, em primeiro momento para avaliação e segundo para realização do tratamento. Foi determinado como protocolo, que a confirmação da presença deveria acontecer com até três dias de antecedência, e a partir da resposta de comparecimento do paciente, realizava-se a confirmação da consulta ou a substituição da vaga.

Figura 02 – Fluxo de direcionamento do atendimento para radioterapia antes da gestão de agenda.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 03 – Novo fluxo de direcionamento do atendimento da radioterapia



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

5.3 INDICADORES

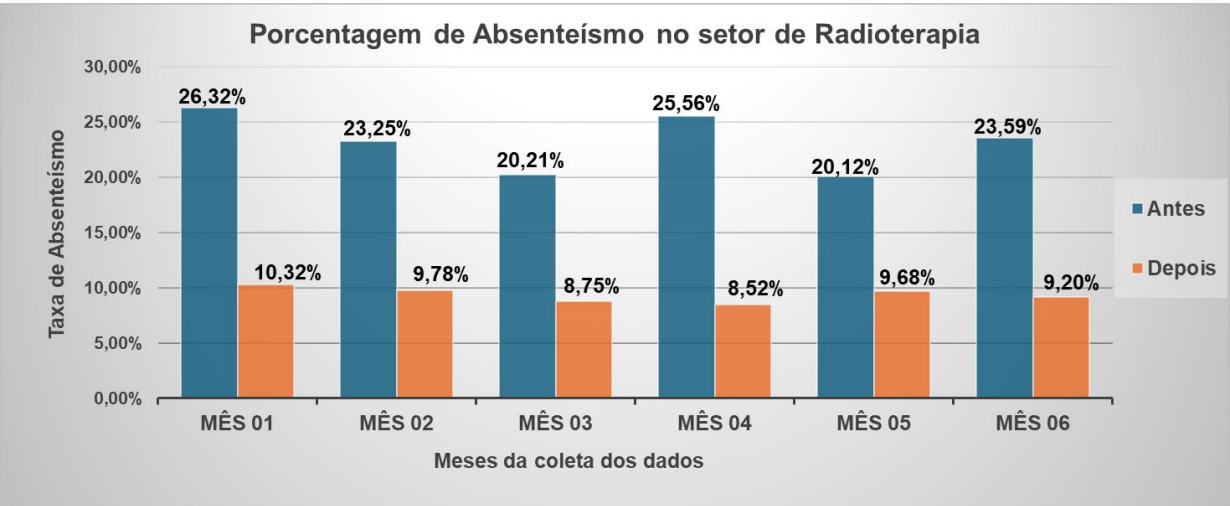
A implementação do fluxo foi realizada ao final de outubro de 2022. A Tabela 01, demonstra a porcentagem da taxa de absenteísmo durante 6 meses antes da implementação do fluxo e 6 meses após a implantação. Os dados foram coletados mês a mês. O gráfico 01 evidencia a queda significativa da taxa de absenteísmo.

Tabela 01 – Análise da taxa de absenteísmo antes e depois da implementação do fluxo de gestão da agenda.

	Antes (%)	Depois (%)	Diferença (%)
Mês 1	26,32	10,32	16
Mês 2	23,25	9,78	13,47
Mês 3	20,21	8,75	11,46
Mês 4	25,56	8,52	17,04
Mês 5	20,12	9,68	10,44
Mês 6	23,59	9,20	14,39
Média	23,17	9,37	13,8

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024.

Gráfico 01 – Representação gráfica da porcentagem de absenteísmo



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024.

Conforme observado no gráfico 01, compreende-se que o período analisado antes da implementação do fluxo apresentava uma taxa média de 23,17% de absenteísmo, comparado a taxa após implementação 9,37%. A maior taxa foi de

26,32% antes e a maior após foi de 10,32% correspondendo ao primeiro mês da implementação. Esses dados indicam uma redução substancial tanto na média quanto na taxa de absenteísmo, sugerindo uma melhora considerável após a implementação do fluxo.

6. DISCUSSÃO

O câncer é uma das principais causas de morte globalmente, especialmente em países de baixa e média renda. O aumento da incidência e da mortalidade está ligado ao envelhecimento da população e mudanças no estilo de vida. Além disso, o sistema de saúde enfrenta desafios, como a falta de vagas e lacunas na logística de atendimento, resultando em absenteísmo às consultas médicas. Isso impacta tanto os serviços de saúde, com aumento de custos e filas de espera, quanto os pacientes, comprometendo a eficácia do tratamento. A resolução desse problema é crucial para melhorar a qualidade e a eficiência do atendimento oncológico.

Segundo Pinto *et al.*, (2022), a redução das perdas decorrentes do absenteísmo provavelmente requer uma abordagem estratégica mista. Isso envolve a implementação de sistemas de lembretes adaptados às necessidades da população atendida, juntamente com a facilitação de cancelamentos quando necessário. Além disso, é crucial priorizar a qualidade da comunicação, levando em consideração as perspectivas de todos os envolvidos no processo, não apenas as do sistema de saúde.

O presente estudo demonstrou taxa média de absenteísmo de 23,17% antes da implementação do fluxo. A literatura demonstra que a taxa de absenteísmo em consultas médicas varia significativamente entre países, sistemas de saúde e diferentes contextos clínicos, oscilando de 5% a 55% (BELTRAME *et al.*, 2019; SILVEIRA, *et al.*, 2018). Em média, globalmente, o absenteísmo em consultas é de aproximadamente 23%. Após a implementação do fluxo de agendamento, a taxa média de absenteísmo baixou para 9,37%, demonstrando uma queda de 13,8%. Os dados ainda precisam de mais tempo para serem acompanhados, mas nos primeiros seis meses do novo fluxo já se observa uma redução significativa.

Este estudo buscou demonstrar o desenvolvimento de um fluxo de gestão de agenda. O fluxo foi elaborado a partir de reuniões periódicas, determinando uma sequência de atividades e tarefas a serem realizadas conforme o paciente fosse ultrapassando as etapas do tratamento oncológico. Ao chegar no agendamento do atendimento da radioterapia, o profissional de saúde entrava em contato com o paciente por meio de mensagens de texto ou ligações telefônicas, verificando se o paciente iria comparecer à consulta, caso o paciente declarasse que iria se ausentar, a vaga era cedida a um novo paciente, não deixando a vaga ociosa.

A literatura demonstra alguns estudos que se apropriaram da comunicação por *whatssapp*, para realizar um lembrete ao paciente, considerando que ele teria a consulta agendada naquele dia e horário. O estudo de Grassi e seus colaboradores (2020), analisou consultas da população pediátrica, e encontrou diferenças entre o grupo que recebeu o lembrete comparado ao que não recebeu. Já o estudo de Bueno *et al.*, (2018) realizou um total de 238 intervenções: sendo elas 35,7% por contato telefônico, 32,8% por mensagem de texto (*WhatsApp*) e 31,5% sem nenhum contato adicional, onde este estudo também demonstrou que o uso de novas ferramentas, como o aplicativo *WhatsApp*, pode reduzir o absenteísmo, diminuir a possibilidade de abandono do acompanhamento e melhorar o desfecho do tratamento infantil.

Ao rastrear a literatura, sobre estudos que abordavam a temática, foi observado um número baixo de estudos, nas bases de dados, principalmente quando falamos de pacientes oncológicos. Dentre os achados, o estudo de Mazza e seus colaboradores (2019), realizado em um hospital da cidade de Ribeirão Preto, com pacientes oncológicos, demonstrou que a taxa de absenteísmo na primeira consulta no ambulatório de oncologia é muito alta (47%), e os problemas do acontecimento estavam relacionados ao não contato com o paciente, por número de telefone incorreto, paciente relatava que já havia consultado em outro local, ou falta de comunicação sobre outros compromissos. Dessa forma, pode-se observar que o fluxo de gestão da agenda associado ao lembrete que a equipe administrativa realizava no hospital oncológico estudado está em consonância com as principais queixas dos estudos da literatura para o absenteísmo em saúde.

Os resultados descritos por esta proposta de intervenção na gestão de filas da radioterapia do hospital objeto de estudo, evidenciam que os objetivos foram atendidos. Verificou-se que as medidas adotadas para um novo fluxo na gestão de agenda, adotadas no setor da radioterapia, foi efetivo reduzindo 13,8 pontos percentuais na ausência de pacientes nas consultas, levando à otimização do horário dos profissionais de saúde e redução do tempo de espera na fila de agendamento dos pacientes. Em média, 33 pacientes por mês ocuparam vagas que seriam perdidas por ausências. Por se tratar de um estudo qualiquantitativo, não podemos afirmar os benefícios clínicos aos pacientes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência crescente do câncer e os desafios enfrentados pelo sistema de saúde para fornecer um atendimento eficaz tornam o combate ao absenteísmo em consultas médicas uma prioridade. Este estudo apresentou um fluxo de gestão de agenda, desenvolvido para otimizar o agendamento e reduzir o absenteísmo em consultas oncológicas. Por meio de comunicação proativa via aplicativo de mensagens instantâneas, o fluxo possibilitou a realocação de vagas e minimizou o desperdício de horários ociosos.

A abordagem estratégica mista adotada, combinando sistemas de lembretes personalizados e facilidade de cancelamento, reflete a importância de considerar as necessidades e perspectivas dos pacientes, além dos aspectos operacionais do sistema de saúde.

Os resultados deste estudo são encorajadores, mostrando uma redução significativa na taxa de absenteísmo após a implementação do novo fluxo de gestão de agenda. No entanto, é importante continuar acompanhando os dados para avaliar a sustentabilidade e o impacto a longo prazo dessa abordagem.

Em última análise, a redução do absenteísmo em consultas médicas é essencial para melhorar a qualidade e eficiência do atendimento oncológico, garantindo que os pacientes recebam o cuidado necessário no momento adequado. Essa iniciativa contribui para a otimização dos recursos do sistema de saúde e, o mais importante, para o bem-estar e a saúde dos pacientes em sua jornada de tratamento contra o câncer.

Para futuros estudos, é fundamental aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam o absenteísmo em consultas médicas oncológicas, explorar estratégias de comunicação mais personalizadas, realizar avaliações a longo prazo da eficácia das intervenções e investigar a generalização das abordagens desenvolvidas para outros contextos médicos e populações de pacientes. Essas pesquisas têm o potencial de aprimorar significativamente as intervenções para reduzir o absenteísmo, garantindo que os pacientes recebam o cuidado necessário no momento certo.

8. REFERÊNCIAS

- AVELINO, D.P.B.C.H; DE MOURA VILLELA, D.E.F. **Epidemiologia Analítica: Exposição e Comparação**. Epidemiologia sem Mistérios: Tudo Aquilo que Você Precisa Saber! Paco Editorial. 2018.
- BATISTA, D.R.R. *et al.* Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.
- BAPTISTA, S.C.P.D; *et al.* Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20200380, 2021.
- BELTRAME, S.M *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, 2019.
- BUENO, N.S *et al.* Como as novas tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo em consulta pediátrica? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, p. e2018313, 2020.
- BITTAR, O.J.N.V. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.
- CESÁRIO, I.R. *et al.* **A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no SUS**: a experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro. 2022. 110 p. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro 2022.
- COUTINHO, G.K.B. *et al.* Sistema de Gerenciamento de Consultas. Anais do I Simpósio de Inovação em Engenharia Biomédica-SABIO 2017, p. 62.
- CARVALHO, C.A. *et al.* Satisfação dos pacientes em relação ao atendimento do sistema único de saúde no município de Juiz de Fora–MG. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 9, p. 27468-27480, 2023.
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- DA SILVEIRA BENDER, A.; MOLINA, L.R.; DE MELLO, A.L.S.F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.
- DE OLIVEIRA SANTOS, M. *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, p. e-213700, 2023.
- FERREIRA, G.S.A.; DOS SANTOS, J.S.; COSTA, A.L. Processo de acesso a organizações de saúde de média complexidade do Sistema Único De Saúde. **Revista Foco**, v. 16, n. 5, p. e1890-e1890, 2023.
- FERLAY, J. *et al.* Cancer statistics for the year 2020: An overview. **International journal of cancer**, v. 149, n. 4, p. 778-789, 2021.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Barueri: Atlas, 2022.

GRASSI RODRIGUES, J. *et al.* Impacto de los mensajes de texto para reducir el absentismo en consultas especializadas: un estudio aleatorio. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, v. 31, n. 3, p. e1566, 2020.

INCA. **Tipos de Câncer**. Instituto Nacional de Câncer, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos>. Acesso em: 05 de setembro de 2023.

INCA. **Estatísticas de câncer**. Instituto Nacional de Câncer, 2023. Disponível em <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>. Acesso em: 10 de agosto de 2023.

MAZZA, T. *et al.* Fatores do absenteísmo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um hospital universitário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 52, n. 1, p. 24-33, 2019.

MORENO, R.C.B.; DE ASSIS, S.F.M. Utilização dos alertas de controle como ferramenta para a fidelização da clientela de pediatria em um ambulatório público. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 94-105, 2015.

MELÔNIO, E.P.M. **Ferramenta 5w2h: a importância do plano de ação para tomadas de decisão no empreendedorismo**. 2023. 23 p. Educação Profissional e Tecnológica. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba Campus Cabedelo. 2023

NAKAGAWA, M. **Ferramenta 5W2H: plano de ação para empreendedores**. SEBRAE, 2014. Disponível em: <https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/5W2H.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

PINTO, Rejane Brandão *et al.* Estratégias Para Enfrentamento do Absenteísmo de Pacientes em Consultas e Exames Agendados Pelos Sistemas de Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Epitaya E-books*, v. 1, n. 12, p. 127-150, 2022.

PORTO, D.R.; DE PAULA, N.V.K. Estratégias de recursos humanos relacionados ao absenteísmo em profissionais de enfermagem. **Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 3, p. 365-670, 2010.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

SIQUEIRA, U.B.G. **Análise do impacto da fila de espera na probabilidade de absenteísmo em exames e consultas**. 2018. 33 p. Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco – Vitória, 2018.

SILVEIRA, G.S *et al.* Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018.

SILVA, M.T.F. *et al.* **Avaliação da redução do absenteísmo às consultas marcadas em um serviço de referência em diabetes**. 2013. 35 p. Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo. 2013.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS-FATEC
Tecnologia em Gestão Hospitalar

Lucas Pinheiro De Azevedo

Leonardo Miranda Bucher

Ricardo Souza Da Silva

Injustiça no Ambiente de Trabalho do Ramo da Saúde

BARRETOS

2024

Lucas Pinheiro de Azevedo

Leonardo Miranda Bucher

Ricardo Souza da Silva

Injustiça no Ambiente de Trabalho do Ramo da Saúde

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos – FATEC.

Orientador(a): Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges

BARRETOS

2024

Ficha Catalográfica
Desenvolvida pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

A994i Azevedo, Lucas Pinheiro de
Injustiça no ambiente de trabalho do ramo da saúde / Lucas
Pinheiro de Azevedo, Leonardo Miranda Bucher, Ricardo Souza
da Silva. – Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi
Lima”, 2024.
28 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) -
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.
Orientador: Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges

1. Injustiça. 2. Saúde. 3. Comportamento Organizacional. 4.
Justiça Organizacional. I. Título.

Lucas Pinheiro de Azevedo

Leonardo Miranda Bucher

Ricardo Souza da Silva

Injustiça no Ambiente de Trabalho do Ramo da Saúde.

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos – FATEC.

Orientador(a): Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges

Aprovado em: 24/06/2024

AVALIADORES

Prof. Dr. Rafael dos Santos Borges
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Profª. Dra. Mariana Ducatti Horiagini de Almeida
Faculdade Barretos

Profª. Ma. Áurea Fabrícia Amâncio Quirino Silva
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

BARRETOS

2024

RESUMO

A economia capitalista passou por mudanças significativas, com a prestação de serviços, especialmente na saúde, ganhando maior valor agregado, com isso trouxe uma pressão constante para desempenho e produtividade que leva à auto exploração e problemas de saúde mental, como depressão e burnout. A percepção de justiça nas organizações é crucial para o comprometimento e satisfação dos funcionários, influenciando diretamente seu comportamento e produtividade podendo até prejudicar a qualidade do atendimento ao paciente, destacando a necessidade de um ambiente ético e justo. O presente estudo pretende-se evidenciar um panorama organizacional a fim de trazer a luz a cultura de injustiça e colaborar para a construção de um ambiente de trabalho saudável. A pesquisa adotou uma metodologia quantitativa descritiva, utilizando questionários eletrônicos para coletar dados de 54 participantes. Foi constatado uma prevalência de situações de injustiça que afetam negativamente o bem-estar dos colaboradores e evidenciar a urgência em se investir em um ambiente ético, justo, com respeito aos funcionários e a as regras, promovendo uma cultura de justiça e um ambiente de trabalho saudável e motivador.

Palavras-chave: Injustiça. Saúde. Comportamento Organizacional. Justiça Organizacional.

ABSTRACT

The introduction points out that the capitalist economy has undergone significant changes, with the provision of services, especially in health, gaining greater added value, thus bringing constant pressure for performance and productivity that leads to self-exploitation and mental health problems, such as depression and burnout. It is justified that the perception of justice in organizations is crucial for employee commitment and satisfaction, directly influencing their behavior and productivity and may even harm the quality of patient care, highlighting the need for an ethical and fair environment. This study aims to highlight an organizational panorama in order to shed light on the culture of injustice and collaborate in the construction of a healthy work environment. The research adopted a descriptive quantitative methodology, using electronic questionnaires to collect data from 54 participants. A prevalence of situations of injustice was found that negatively affect the well-being of employees and highlight the urgency of investing in an ethical, fair environment, with respect for employees and rules, promoting a culture of justice and a healthy and motivating work environment.

Keywords: Injustice. Health. Organizational Behavior. Organizational Justice.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. JUSTIFICATIVA.....	7
3. OBJETIVOS.....	7
3.1. Objetivo Geral	7
3.2. Objetivos Específicos	7
4. METODOLOGIA	7
4.1. Tipo de Pesquisa.	7
4.2. Local da Pesquisa.....	7
4.3. População e Amostra.....	8
4.4. Metodologia.....	8
4.5. Instrumentos a serem utilizados.....	8
4.6. Considerações éticas.....	8
5. PREVISÃO DE CUSTOS.....	9
6. DISCUSSÃO E RESULTADOS	9
7. CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	18
Anexo 1 – Questionário estruturado adaptado.....	21

1. INTRODUÇÃO

A economia e a sociedade capitalista passaram por transformações consideráveis nas formas de acúmulo, agregação e circulação de riqueza. Antigamente nas estruturas industriais se agregavam valor com o trabalho e o emprego de tecnologia, as grandes corporações industriais geravam emprego, atualmente com a mundialização da economia, a diminuição das plantas industriais, a mecanização do campo, a diminuição da mortalidade infantil e o avanço da expectativa de vida faz com que a circulação de riqueza e geração de emprego e renda esteja mais fluído na prestação de serviços, dentre eles, os de saúde tem o maior valor agregado (PEDROSO, AMILAIK, 2012). Apesar disso, os trabalhadores são os principais agentes de produção de riqueza na economia de prestação de serviço, contudo, em grande medida são exauridos ao ponto de tal sociedade ser descrita como a “Sociedade do Cansaço” (HAN, 2015).

As relações entre empresa e funcionários passaram de simples relação de troca de força de trabalho por remuneração. Vinculado a este desenvolvimento, trouxe uma competição não só externo as organizações, mas internamente também. O ambiente competitivo é uma realidade crescente para empresas e organizações atualmente (OLIVEIRA et al., 2020).

Para entender sobre estas relações, pode-se explorar o universo do comportamento organizacional, sendo este fundamental para entender como os funcionários se comportam em ambientes competitivos (ROBBINS, 2006).

Nesse contexto, a percepção da justiça organizacional torna-se ainda mais importante. Greenberg (1990), sugere que as percepções de justiça organizacional podem influir o comprometimento e a satisfação no trabalho e em um ambiente competitivo, a percepção de justiça pode ser um fator determinante para o sucesso ou fracasso de uma organização.

Justiça corporativa pode ser dividida em duas dimensões: justiça distribuída e justiça processual. A justiça distribuída refere-se à distribuição de recompensas e punições. A justiça processual, por outro lado, refere-se aos processos usados para tomar decisões e implementar políticas em uma organização. A percepção de justiça distributiva e processual está diretamente relacionada ao comportamento dos funcionários na organização. (CROPANZANO; AMBROSE, 2001)

A teoria da justiça é apresentada como responsabilidade, que sugere que as percepções de justiça organizacional estão associadas a uma sensação de que as decisões e ações da organização são explicáveis e defensáveis. Além disso, a confiança é um fator importante na promoção da equidade organizacional. Funcionários que confiam na organização tendem a ser mais positivos sobre a distribuição de recompensas e políticas da organização (FOLGER, CROPANZANO, 2001; COLQUITT, SCOTT, LEPINE, 2007).

Por outro lado, a injustiça no trabalho pode ter efeitos negativos no comportamento dos funcionários e na produtividade da organização. A injustiça percebida pode levar a um menor comprometimento e satisfação no trabalho junto ao aumento da intenção de sair da organização. No ambiente da saúde, este tema precisa de uma atenção especial, pois, os impactos negativos que afetam os funcionários e o trabalho, prejudicam a prestação do serviço e a qualidade do atendimento, ou seja, atingem diretamente o paciente, podendo afetar em seu tratamento (GREENBERG, 1990).

O conceito de justiça é multifacetado e abrange diversas dimensões, desde a justiça distributiva, que se preocupa com a alocação equitativa de recursos, até a justiça processual, que trata da imparcialidade e transparência dos processos decisórios. No contexto organizacional, a justiça assume uma importância crítica, pois influencia diretamente a moral, o engajamento e a produtividade dos colaboradores. A justiça organizacional refere-se à percepção dos funcionários sobre a equidade dos procedimentos, das interações e da distribuição de resultados dentro de uma empresa. Quando os trabalhadores percebem justiça, tendem a mostrar maior satisfação no trabalho, comprometimento e desempenho. Por outro lado, a injustiça organizacional, que pode manifestar-se quando os funcionários sentem que são tratados de forma desigual, sem respeito ou consideração, pode levar a sentimentos de ressentimento, diminuição da motivação e até comportamentos contraproducentes. (ASSMAR; FERREIRA; SOUTO, 2005)

Nos últimos anos, estudos têm explorado essas dimensões da justiça organizacional e suas implicações como a necessidade de estudos que explorem os antecedentes e os efeitos da justiça no ambiente de trabalho, além da relação entre justiça organizacional, resiliência e percepção de desenvolvimento profissional, sugerindo que a percepção de justiça pode influenciar positivamente a resiliência e o desenvolvimento na carreira e indicando que a justiça interpessoal e distributiva são

preditores significativos da exaustão emocional dos trabalhadores. (JESUS; ROWE, 2014)

A literatura também tem se debruçado sobre a injustiça organizacional e suas consequências. A percepção de injustiça pode resultar em uma variedade de respostas negativas, incluindo estresse, insatisfação no trabalho e intenções de deixar a organização. Um estudo investigou a influência da injustiça organizacional na motivação para cometer crimes cibernéticos, ressaltando a importância de entender como a percepção de injustiça pode levar a comportamentos prejudiciais dentro das organizações. Estas pesquisas sublinham a complexidade do conceito de justiça e a necessidade de abordagens que considerem as nuances e os múltiplos fatores que influenciam a percepção de justiça e injustiça no ambiente organizacional. A compreensão desses conceitos é vital para a criação de ambientes de trabalho mais justos e produtivos, onde os colaboradores se sintam valorizados e respeitados. (GUIMARÃES; PORTO; BORGES-ANDRADE, 2022; SCHUSTER; BATTISTELLA; DIAS, 2012).

Cabe ainda ponderações das deontologias contemporâneas sobre justiça, que a filosofia crítica vem construindo (CIOTOLA, 2018):

Justiça Universalista	Justiça Relativista	Justiça Radical
J. Rawls (2008)	M. Sandel (2020)	I. Young (2014)
Tradição liberal, considera o princípio da liberdade anterior e superior ao princípio da igualdade. ... Tais princípios exercem o papel de critérios de julgamento sobre a justiça das instituições básicas da sociedade, que regulam a distribuição de direitos, deveres e demais bens sociais.	Em a Justiça o que é fazer a coisa certa? E a Tirania do Mérito Busca uma filosofia da realidade, faz com que o interesse seja despertado em mais pessoas.	A Justiça depende da democracia e democracia das diferenças, por isso das Teoria Feminista e de outras Minorias sobre a visão da política de dominação. Travou grandes debates com Foucault e Habermas sobre Ética e assuntos internacionais; Gênero, Raça e Políticas Públicas (Brigas de família).
Equidade do Estado de Bem Estar Social	Sociedade Justa, as vidas são essencialmente vividas – O Estado Distributivo	Contra o papel distributivo do Estado, pois esquece de desigualdades radiculares reais, como a de gênero.

Só se limita a liberdade se ela não for universal e se ela for incompatível gerando colisão de liberdades	Sobre a propriedade está a liberdade, uma posse não pode privar o outro. Sobre a liberdade está a igualdade, base da justiça...	Justiça é eliminação da opressão e dominação institucionalizadas e asseguradas pelo Estado.

Byung-Chul Han (2015) explora como a sociedade contemporânea está marcada por doenças neuronais como depressão e Síndrome de Burnout. Estas condições são vistas como resultantes do excesso de positividade e da pressão para o desempenho constante. Na sociedade atual, os indivíduos são vistos como empresários de si mesmos, sempre buscando maximizar sua produtividade e desempenho. Isso leva a uma auto exploração que pode ser mais eficiente, mas também mais destrutiva, pois coincide com a liberdade e resulta em uma violência sistêmica que produz infartos psíquicos. A pressão para o desempenho e a consequente auto exploração afetam profundamente os trabalhadores, levando-os a um estado de exaustão e esgotamento mental que compromete sua saúde e bem-estar.

No contexto da área da saúde, o fenômeno do esgotamento surge como uma combinação complexa de jornadas de trabalho incessantes, pressões constantes e a sensação iminente de exaustão empática. Em um cenário marcado por horários exaustivo, complexidade do trabalho, carga emocional, os profissionais que atuam na saúde estão sujeitos a diversos prejuízos no que diz respeito a sua integridade emocional. É evidente a necessidade de abordar de forma séria a preservação do bem-estar emocional dessas pessoas que estão na linha de frente.

A fadiga emocional é o componente do Burnout que mostra uma relação mais consistente com as instituições que têm condições de trabalho menos favoráveis. Essas condições englobam a falta de autonomia, o suporte insuficiente por parte da organização e a ausência de controle no ambiente de trabalho. Em outras palavras, a fadiga emocional parece ser mais intensa em locais de trabalho que não oferecem autonomia, apoio adequado da organização e onde os funcionários têm pouco controle sobre as circunstâncias ao redor. Esses fatores adversos podem desempenhar um papel significativo no desenvolvimento do Burnout, especialmente no que se refere à fadiga emocional (NOGHEIRA et al., 2018).

2. JUSTIFICATIVA

A complexidade das relações pessoais e interpessoais nas instituições é um tema de constante relevância no ambiente corporativo. Associado a isto, a necessidade de tornar os ambientes mais justos e acolhedores é uma preocupação crescente quando o assunto é comportamento organizacional.

Assim, mensurar o nível de injustiça é imprescindível para entender o panorama de uma empresa e junto a isto verificar as relações de injustiça acometidas e como estes aspectos moldam a cultura da organização e os efeitos que eles têm sob os colaboradores.

Dest forma, pretendeu-se evidenciar um panorama organizacional a fim de contribuir para as empresas do ramo da saúde a construir um ambiente saudável a seus colaboradores.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a cultura corporativa em relação a normalização das situações de injustiça praticadas e presenciadas e como isto pode afetar o desempenho e bem-estar dos colaboradores da saúde através da compreensão da cultura.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos colaboradores;
- Mensurar a justiça organizacional;
- Mensurar a percepção de injustiça;
- Identificar fatores que alteram a percepção de injustiça.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa.

O trabalho será desenvolvido através de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa.

4.2. Local da Pesquisa.

A pesquisa foi realizada no ambiente virtual, em seu principal, em redes sociais para todos os participantes trabalhadores em instituições de saúde que desejam ingressar. O participante poderá responder de vivência atual ou de experiência prévia.

4.3. População e Amostra.

O cálculo amostral foi realizado a partir da quantidade total de profissionais que atuam em serviços de saúde, sendo de 4.730.000 (IESS, 2022). A amostra foi calculada como base no Intervalo de Confiança (IC90%) para a proporção acerca dos indivíduos atuantes na saúde. Para tanto, foi realizado um cálculo amostral independente considerando uma margem de erro de 18% e utilizando a tabela de Fonseca e Martins (1996) que resultou em 106 participantes, porém com a limitação do alcance das redes de contato e pelo tempo de disponibilização da pesquisa, foi possível a coleta de 54 respostas.

4.4. Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida por meio de um questionário estruturado e adaptado com questões quantitativas, distribuído via *survey* através da plataforma *Google Forms* para um público geral de trabalhadores da saúde. Foi realizada uma publicação por dia dos perfis dos pesquisadores nas seguintes redes: *Facebook*, *Instagram*, *Whatsapp* e *LinkedIn* durante os sete primeiros dias de recrutamento. Logo após foi realizada uma publicação a cada semana, também pelos pesquisadores. O questionário foi disponibilizado na plataforma *SurveyCircle* para que pudesse captar uma amostra heterogênea. Não foi utilizado de impulsionamento destas publicações.

4.5. Instrumentos a serem utilizados.

Para esta pesquisa, foi desenvolvido um questionário estruturado e adaptado para esta pesquisa (Anexo 1) com perguntas fechadas. O questionário inclui 9 perguntas sobre o perfil do participante, 18 afirmações baseadas na matriz de Justiça Organizacional criada por Siqueira (2008) e 11 perguntas referentes à injustiça no ambiente de trabalho, formuladas especificamente para este estudo.

4.6. Considerações éticas.

O tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18). A base de dados ficará armazenada na

nuvem dos serviços Google e seu acesso será exclusivo pelos pesquisadores por meio de chave de segurança e login de identificação.

Foi realizado uma consulta ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) na qual foi orientado que o presente estudo não necessita de apreciação ética uma vez que se entende que não haverá interação direta com o indivíduo e a coleta do dado será realizada virtualmente e não coletara dados sensíveis ou que permitam a sua identificação ou exponha ou fere a individualidade do participante.

5. PREVISÃO DE CUSTOS

O presente trabalho não contou com fomento público ou privado e não apresentou custos significativos, uma vez que utilizou de formulários eletrônicos, coleta de dados em bases abertas e análise de dados pelos autores para sua execução, houve apenas um custo de itens de papelaria para a apresentação em banca e entrega definitiva de trabalho de graduação estimados em R\$ 80,00.

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS

A pesquisa atual coletou 54 respostas no período de 06/06/2023 a 31/10/2023. Os resultados serão exibidos por meio de uma sequência de estatísticas descritivas, incluindo a frequência de todas as variáveis.

Tabela 1. Idade dos participantes

Idade dos participantes	
Média	34,22
Mediana	34
Moda	35
Mínima	20
Máxima	64

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observou-se que a idade média dos participantes foi de 34,22 anos, com a menor sendo 20 anos e a maior de 64 anos.

Essa informação evidencia o desafio das empresas em estabelecer um ambiente de trabalho diversificado, que acomode três gerações com valores e perspectivas distintas. A idade média identificada está próxima à média de idade dos empregados registrada no último censo do IBGE, que corresponde a 40 anos (Dos Santos et al., 2021).

Tabela 2. Características dos participantes

Características dos participantes		
Variável	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	31	57.4
Masculino	22	40.7
Ausente	1	1.9
Pais aonde trabalha		
No Brasil.	53	98.1
No exterior.	0	0.0
Ausente	1	1.9
Característica demografica da cidade aonde trabalha		
Capital	7	13.0
Interior	44	81.5
Litoral	3	5.6
Região metropolitana		
Porte da empresa		
Microempresa (até 19 funcionários)	1	1.9
Pequeno porte (entre 20 e 99 funcionários)	4	7.4
Médio porte (entre 100 e 499 funcionários)	3	5.6
Grande porte (500 ou mais funcionários)	46	85.2
Modelo da empresa		
Familiar	12	22.2
Multinacional	5	9.3
Nacional	28	51.9
Regional	5	9.3
Repartição pública	1	1.9
Ausente	3	5.6
Tempo de trabalho na empresa		

De 0 a 1 ano	3	5.6
De 2 a 5 anos	24	44.4
De 6 a 10 anos	16	29.6
De 11 a 20 anos	9	16.7
21 anos ou mais	2	3.7

Faixa salarial		
De R\$0,01 a R\$2.000,00	7	13.0
De R\$2.000,01 a R\$4.000,00	24	44.4
De R\$4.000,01 a R\$6.000,00	13	24.1
De R\$6.000,01 a R\$10.000,00	5	9.3
De R\$10.000,01 a R\$20.000,00	4	7.4
R\$20.000,01 ou mais	1	1.9

Ocupa cargo de liderança		
Não	35	64.8
Sim	19	35.2

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao examinar o gênero dos participantes, nota-se uma predominância de mulheres respondentes, que compõem 57,4% do total, em comparação com 40,7% de homens respondentes. Em um estudo, Wermelinger et al. (2010) também constataram que, de cada 10 profissionais nos campos da educação e saúde, 8 são do sexo feminino. Porém, em comparação ao estudo atual, demonstrou-se uma maior inserção de profissionais masculinos neste ramo.

Este estudo foi divulgado em diversas plataformas globais e para públicos variados, porém não obteve respondentes de outros países. Um aspecto relevante para análise é a região onde os participantes trabalham onde a maioria dos participantes, 81,5%, mora em cidades do interior, enquanto 13% estão em capitais. Apesar de muitos residirem no interior, há uma tendência de 85,2% dos participantes atuarem em grandes empresas. Adicionalmente, 51,9% trabalham em empresas nacionais, seguidos por 22,2% demonstrando perfis diferentes de respondentes.

Quanto à duração do emprego, observa-se que 44,4% dos participantes têm entre 2 e 5 anos de experiência seguido de 29,6% entre 6 e 10 anos revelando um público com exposição considerável a cultura da empresa. A faixa salarial com maior expressividade foi de R\$2.000,01 a R\$4.000,00 com 44,4% dos respondentes, seguido por R\$4.000,01 a R\$6.000,00 com 24,1%, representando uma média salarial maior do que a média nacional de R\$1.848,00 segundo IBGE (2023). Finalizando o perfil dos respondentes temos a posição hierárquica, aonde 64,8% não ocupam cargos de liderança e relação a 35,2% que atuam como líderes.

Quadro 1. Matriz de justiça organizacional - Recompensas.

Matriz organizacional Porcentagem/Score	Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo levemente	Nem concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente	Ausente	Score
Sou recompensado, de maneira justa, por minha responsabilidade no trabalho.	29.6%	5.6%	22.2%	9.3%	11%	13%	9.3%	0%	3.4
Sou recompensado, de maneira justa, por minha experiência profissional.	29.6%	5.6%	16.7%	16.5%	9.3%	13%	9.3%	0%	3.5
Sou recompensado, de maneira justa, por meus esforços no trabalho.	33.3%	7.4%	14.8%	13%	16.7%	3.7%	11.1%	0%	3.3
Sou recompensado, de maneira justa, pela qualidade do trabalho que apresento.	24.1%	14.8%	14.8%	11.1%	13%	11.1%	11.1%	0%	3.5
Sou recompensado, de maneira justa, pelo estresse a que sou submetido durante o meu trabalho.	40.7%	16.7%	11.1%	11.1%	7.4%	9.3%	3.7%	0%	2.7

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na matriz de recompensa percebeu-se uma frequência nos respondentes em que informaram que não concordam com a maneira em que são compensados. Isto reflete uma considerável insatisfação com as recompensas recebidas em relação às responsabilidades assumidas no trabalho. Evidenciou-se uma parcela considerável de respondentes insatisfeitos com as recompensas recebidas em relação às responsabilidades assumidas no trabalho, ressoa com as conclusões do trabalho Oliveira et al. (2018) que destacam a importância da percepção de equidade nas recompensas e como as disparidades neste âmbito podem influenciar diretamente a motivação dos trabalhadores. Provazi (2007) destaca a relação entre esforço e recompensa, locus de controle e qualidade de vida no trabalho, evidenciando que líderes, devido ao acúmulo de responsabilidades, enfrentam maior carga de trabalho, o que pode refletir em desequilíbrios percebidos nas recompensas. Isso é paralelo à percepção de desvalorização profissional evidenciada no estudo sobre recompensas justas, sugerindo uma complexa interação entre as responsabilidades assumidas e a percepção de equidade nas recompensas.

Por outro lado, Silva e Ferreira (2023) examinam a adaptabilidade de carreira e sua influência na satisfação no trabalho, mediada pela relevância social do trabalho e pelo relacionamento intraorganizacional, encontrando que as recompensas têm um papel significativo na capacidade de adaptação às mudanças profissionais. Esta descoberta reforça o vínculo entre a valorização do trabalho, através de recompensas adequadas, e a motivação para enfrentar transições na carreira, refletindo as conclusões sobre a importância de uma correspondência positiva entre experiência profissional e recompensas.

A matriz de recompensa pontuou um score médio de 3,4 o que significa que a cultura de recompensa é negativa e precisa de ações e necessidade crítica de

políticas de recompensa equitativas e sensíveis ao contexto e às contribuições individuais, para fomentar ambientes de trabalho justos e motivadores.

Quadro 2. Matriz de justiça organizacional - Regras.

Matriz organizacional x Porcentagem/Score	Discor do totalme nte	Discordo moderada mente	Discor do leveme nte	Nem conco rdo nem discor do	Concor do leveme nte	Concordo moderada mente	Concor do totalme nte	Ause nte	Sco re
A empresa onde trabalho utiliza regras bem-definidas.	16.7%	9.3%	14.8%	20.4%	13%	14.8%	11%	0%	3.9
A empresa onde trabalho utiliza as mesmas regras para todos os empregados.	44.4%	5.6%	13%	11%	13%	5.6%	7.4%	0%	2.9
A empresa onde trabalho possui regras que impedem que as pessoas responsáveis pelas decisões levem vantagens pessoais.	27.8%	9.3%	14.6%	20.4%	11.1%	5.6%	9.3%	1.9%	3.3
A empresa onde trabalho possui regras que foram definidas a partir de informações precisas.	22.2%	7.4%	18.5%	24.1%	7.4%	14.8%	5.6%	0%	3.5
A empresa onde trabalho permite a participação dos empregados na formulação das regras.	31.5%	20.4%	16.7%	9.3%	16.7%	1.7%	3.7%	0%	2.8
A empresa onde trabalho possui regras que foram elaboradas com base em padrões éticos.	13%	5.6%	14.8%	18.5%	24.1%	13%	11%	0%	4.2

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando a matriz de regras vemos que verificar resultados negativos em relação as regras das empresas, com resultados expressivos como 66% dos respondentes não concordam que as empresas utilizam as mesmas regras para todos os empregados e 68,6% dos participantes discordam que a empresa permite a participação dos funcionários na formulação dessas regras. Embora as empresas tenham regras baseadas em padrões éticos, a aplicação prática muitas vezes diverge do que está registrado no papel. Isso pode levar a uma cultura organizacional que interpreta e aplica essas regras de maneira seletiva, dependendo de quem está envolvido.

Crozatti (1998) e Srour (2000) discutem a interação entre o modelo de gestão e a cultura organizacional, enfatizando como os princípios adotados pelos líderes moldam a cultura e, conseqüentemente, a aplicação das regras além de que as práticas baseadas em valores morais nas organizações levam a conseqüências perceptíveis na cultura e satisfação e como a cultura ética impacta a conformidade com as regras.

A matriz de regras também pontuou um score médio de 3,4 o que significa que a aplicação seletiva das regras e a cultura organizacional podem ser desafios para as empresas. O modelo de gestão ideal deve alinhar-se à cultura desejada e enfrentar

os desafios do ambiente de negócios. A eficácia do sistema empresa depende dessa harmonia entre regras formais e cultura real.

Quadro 3. Matriz de justiça organizacional - Liderança.

Matriz justiça organizacional x Porcentagem/Score	Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo levemente	Nem concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente	Ausente	Score
Ao se relacionar com os subordinados, o meu chefe consegue superar os favorecimentos pessoais.	20.4%	3.7%	9.3%	16.6%	18.5%	16.7%	14.8%	0%	4.2
O meu líder, supervisor ou gerente se preocupa com os meus direitos.	14.8%	1.9%	14.8%	13%	16.6%	13%	25.9%	0%	4.6
Ao tomar as decisões, o meu chefe considera o meu ponto de vista.	14.8%	9.3%	11%	13%	9.3%	27.8%	14.8%	0%	4.4
O meu líder, supervisor ou gerente usa o tempo que for necessário para me explicar as decisões tomadas e as consequências das mesmas.	18.5%	7.4%	11.1%	13%	18.5%	20.4%	11.1%	0%	4.1
O meu líder, supervisor ou gerente me trata com sinceridade e franqueza.	16.7%	3.7%	7.4%	18.5%	14.8%	11.1%	25.9%	1.9%	4.5
O meu líder, supervisor ou gerente fornece-me informações acerca do modo como eu estou desempenhando as minhas funções, permitindo-me fazer melhor o meu trabalho.	14.8%	3.7%	14.8%	14.8%	18.5%	16.7%	16.7%	0%	4.4
O meu líder, supervisor ou gerente fornece justificativas sobre as decisões que são relacionadas ao meu trabalho.	14.8%	3.7%	14.8%	22.2%	11.1%	20.4%	13%	0%	4.2

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação a matriz de liderança podemos notar uma melhor percepção de concordância e aceitação das ações dos líderes por seus liderados. Com um escore médio de 4,3 sendo a melhor pontuação do estudo, percebemos um equilíbrio na formação dos líderes. Quando se trata de justiça organizacional, os líderes têm um impacto significativo na forma como os funcionários percebem as práticas e políticas da empresa.

Schein (2009) e Porto Jr. e Pacheco (2023) destacam como os líderes criam a cultura à medida que criam grupos e organizações e a importância da liderança na formação da cultura.

Tabela 3. Injustiça.

Injustiça x Porcentagem	Sim	Não	Prefiro não responder
Você já presenciou situações de injustiça?	83.3%	14.8%	1.9%
Já foi vítima de situações de injustiça?	62.3%	37.7%	0.0%
Se presenciou, você tomou alguma ação para ajudar a pessoa?	61.4%	36.3%	2.3%
Se foi vítima, foi tomada alguma ação para lhe ajudar?	30.0%	67.5%	2.5%
Você já presenciou retaliação após alguém questionar uma situação de injustiça?	54.2%	41.7%	4.1%
Você já sofreu retaliação após questionar uma situação de injustiça?	37.8%	60.0%	2.2%
Você considera que as situações de injustiça é frequente?	62.8%	37.2%	0.0%
Você considera que as lideranças tomam ações coerentes em casos de injustiça?	27.1%	70.8%	2.1%
Você considera que a alta administração/gerente tomam ações coerentes em casos de injustiça?	21.8%	78.2%	0.0%
Você considera "normal" as injustiças cometidas?	11.8%	88.2%	0.0%
Você considera que seus colegas "aceitam" as injustiças cometidas?	47.0%	53.0%	0.0%

Fonte: Elaborado pelo autor.

As respostas obtidas nas 11 perguntas propostas revelam insights valiosos sobre a prevalência, reações e percepções relativas a injustiças no ambiente corporativo.

1. Presenciar situações de injustiça: Uma ampla maioria dos entrevistados, 83,3% afirmaram ter presenciado situações de injustiça no ambiente de trabalho, sugerindo que tais situações são relativamente comuns. Apenas 14,8% (n=25) dos participantes negaram ter presenciado injustiças, enquanto 1,9% preferiram não responder, o que pode indicar hesitação em discutir o assunto abertamente.

2. Vítima de injustiça: Mais da metade dos respondentes, 32,3% relataram ter sido vítima de injustiça no trabalho, destacando a gravidade do problema. Enquanto 37,7% não se consideraram vítimas.

3. Tomou ação para ajudar a pessoa que presenciou ser injustiçada: Dos que presenciaram injustiças, 61,4% tomaram alguma atitude para ajudar a pessoa afetada, enquanto 36,3% não tomaram nenhuma ação. Notavelmente, 2,3% preferiram não responder, o que pode indicar medo de retaliação ou conflito.

4. Ajuda recebida quando sofreu injustiça: Apenas 30% dos que foram vítimas de injustiça receberam alguma forma de auxílio, contrastando com os 67,5% que não receberam ajuda. 2,5% optaram por não responder a esta questão.

5. Retaliação presenciada após questionar injustiça: Aproximadamente metade dos entrevistados, 54,2% presenciaram retaliações após alguém questionar uma situação de injustiça, enquanto 41,7% não presenciaram tal retaliação. 4,1% preferiram não responder.

6. Retaliação sofrida após questionamento: Entre os respondentes, 37,8% sofreram retaliação após questionarem uma situação de injustiça, e 60% não sofreram retaliação. Um grupo de 2,2% não respondeu à pergunta.

7. Frequência de situações de injustiças: Boa parte dos participantes, 62,8%, considera que as situações de injustiça são frequentes, enquanto 37,2% não consideram.

8. Ações coerentes das lideranças em casos de injustiça: Uma maioria de 70,8% dos entrevistados acredita que as lideranças não tomam ações coerentes em casos de injustiça, contrastando com 27,1% que acreditam no contrário. Há 2,1% de abstenções.

9. Ações coerentes da alta administração em casos de injustiça: Similarmente, 78,2% dos participantes consideram que a alta administração/chefias não tomam ações coerentes, enquanto 21,8% pensam o oposto.

10. Normalização das Injustiças: A esmagadora maioria, 88,2%, não considera normais as injustiças cometidas, refletindo um forte senso de justiça entre os participantes, porém uma pequena quantidade 11,8% veem as injustiças como normais, o que gera uma preocupação.

11. Aceitação das Injustiças pelos Colegas: Um pouco a mais da metade dos entrevistados, 53%, acredita que seus colegas não aceitam as injustiças cometidas, enquanto 47% pensam que sim, demonstrando que os colaboradores percebem a injustiça através de seus colegas.

Estes resultados sugerem que injustiças no ambiente de trabalho são uma preocupação significativa entre os participantes, com muitos expressando desapontamento com a resposta (ou falta dela) das lideranças frente a essas situações. A normalização de tais práticas é amplamente rejeitada, apontando para a necessidade de ações mais efetivas e coerentes por parte das organizações para abordar e prevenir a injustiça no local de trabalho.

7. CONCLUSÃO.

A pesquisa conduzida forneceu um entendimento detalhado acerca da percepção de equidade organizacional entre os trabalhadores da saúde e suas consequências para o bem-estar e eficácia profissional. Os resultados obtidos indicaram uma

ocorrência notável de casos de desigualdade, que impactam de forma adversa o engajamento e contentamento dos empregados, elevando a probabilidade de eles considerarem a saída da empresa. Percebeu-se que a injustiça sentida está intimamente ligada à conduta dos colaboradores e ao rendimento da empresa, afetando a excelência do atendimento e, por conseguinte, a assistência ao paciente.

A análise enfatizou a importância de políticas de remuneração justas e a aplicação uniforme das normas da empresa. Ademais, foi enfatizado o papel essencial dos líderes na fomentação de um clima de equidade, aonde a clareza, o respeito pelos direitos dos empregados e a valorização de suas opiniões são essenciais para estabelecer um ambiente laboral positivo e estimulante.

Os achados sugerem a necessidade imediata de medidas efetivas por parte dos estabelecimentos de saúde para lidar com as disparidades no ambiente de trabalho. Aconselha-se a criação de programas de capacitação que priorizem a equidade organizacional, a adoção de métodos de avaliação imparciais e o incentivo ao diálogo franco entre equipe e administração. Tais esforços podem ajudar significativamente na diminuição da exaustão dos profissionais, aprimorando o bem-estar dos colaboradores e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado ao paciente.

O estudo realça a relevância de uma gestão hospitalar integrada, na qual a equidade organizacional é considerada um elemento essencial para o êxito e a perenidade dos serviços de saúde. Implementando práticas equitativas e reforçando a cultura da empresa, é viável criar um ambiente de trabalho mais justo e produtivo, favorecendo tanto os trabalhadores da saúde quanto os pacientes.

REFERÊNCIAS

- ASSMAR, E. M. L.; FERREIRA, M. C.; SOUTO, S. DE O. **Justiça organizacional: uma revisão crítica da literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 18, n. 3, p. 443–453, dez. 2005.
- COLQUITT, J. A.; SCOTT, B. A.; LEPIE, J. A. **Trust, trustworthiness, and trust propensity: A meta-analytic test of their unique relationships with risk taking and job performance**. Journal of Applied Psychology, [s. l.], n. 4, ed. 92, p. 909-927, 2007.
- CIOTOLA, Marcello. **Relativismo, Universalismo e Justiça Distributiva: Um estudo sobre Michael Walzer e John Rawls**. Almedina Brasil, 2018.
- CROZATTI, J. A. **Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações**. Revista de Administração, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 45-58, set. 1998.
- CROPANZANO, R.; AMBROSE, M. L. **Procedural and distributive justice are more similar than you think: A monistic perspective and a research agenda**. Advances in organizational justice, Stanford, CA, p. 119-151, 2001.
- DOS SANTOS, E., et al. Perfil demográfico dos trabalhadores do setor público municipal por município brasileiro. REFAS: Revista FATEC Zona Sul, v. 8, n. 2, p. 6. 2021.
- FOLGER, R.; CROPANZANO, R. **Fairness theory: Justice as accountability**. Advances in organizational justice, Stanford, CA, p. 1-55, 2001.
- IESS, INSTITUTO DE ENSINO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde**. São Paulo: IESS, jun. 2022. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2022-09/RECS_Jun22Brasil.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- FONSECA, J.S; MARTINS. G. A. **Curso de Estatística**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- GUIMARÃES, L. N.; PORTO, J. B.; BORGES-ANDRADE, J. E. **Justiça Organizacional - Um Panorama da Produção Científica Brasileira**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 38, p. e38518, 7 nov. 2022.
- GREENBERG, J. **Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow**. Journal of Management, [s. l.], v. 16, ed. 2, p. 399-432, 1990.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015. 80 p.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD Contínua**. 2023.
- JESUS, R. G. D.; ROWE, D. E. O. **Justiça Organizacional Percebida Por Professores Dos Ensinos Básico, Técnico E Tecnológico**. RAM. Revista de Administração Mackenzie, v. 15, n. 6, p. 172–200, dez. 2014.

NOGUEIRA, L. DE S. et al. **Burnout and nursing work environment in public health institutions.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 2, p. 336–342, abr. 2018.

OLIVEIRA, B. B. et al. **A gestão da informação como ferramenta para o compliance: uma perspectiva preliminar no contexto da diminuição de riscos e aumento de competitividade nas organizações brasileiras do setor da saúde.** Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, [s. l.], v. 31, n. 2, ed. 1487, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377665620013>. Acesso em: 21 maio 2023.

OLIVEIRA, L. L.; BARBOSA, M. A. C.; LEVINO, N. D. A. **Quando a grama do vizinho é mais verde do que a sua: motivação e equidade de recompensas na percepção dos servidores e comissionados no tribunal de contas de alagoas.** 2018. REA-Revista Eletrônica de Administração, v. 17, n. 2, p. 284 a 304.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. **Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2757-2772, 2012.

PÔRTO JR., G.; PACHECO, F. A. M. **Liderança, cultura organizacional e inovação.** Palmas, TO: Observatório Edições, 2023.

PROVAZI, L. N. T. **Qualidade de vida, locus de controle e equilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho em profissionais de uma empresa de tecnologia da informação.** Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2007.

RAWLS, J. Uma teoria da justiça. 3ª Ed. – São Paulo, 2008.

ROBBINS, S. P. **COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL.** 11. ed. rev. São Paulo: Pearson. 463, 2006.

SANDEL, M. J. **A tirania do mérito: o que aconteceu com o bem comum?.** Editora José Olympio, 2020.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança.** São Paulo: Editora Atlas, 2009.

SCHUSTER, M. S; BATTISTELLA, L. F.; DIAS, V. V. **Análise da evolução do tema Justiça Organizacional: um estudo bibliométrico.** FACESI EM REVISTA, Ano 4, v. 4, n. 2, 2012.

SILVA, L. I.; FERREIRA, D. M. **Efeitos da Adaptabilidade de Carreira na Satisfação no Trabalho: uma olhadinha no dia a dia dos profissionais da contabilidade.** Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (REPeC), v. 17, n. 4, 2023

SIQUEIRA, M. M. M. **MEDIDAS DO COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL:** Ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed Editora S.A, 2008. 344 p.

SROUR, R. H. **Ética empresarial.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

WERMELINGER, M. et al. **A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização.** Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70. 2010.

YOUNG, I. M. **Desafios ativistas à democracia deliberativa.** Revista Brasileira de Ciência Política, p. 187-212, 2014.

Anexo 1 – Questionário estruturado adaptado.

A frustração e a injustiça no ambiente de trabalho do ramo da saúde.	
Prezado(a) participante, Sua participação é voluntária e totalmente anônima. Caso opte por participar, suas respostas serão tratadas com sigilo, apenas para a finalidade deste estudo e seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18). Tempo de preenchimento: 5 minutos.	
Informações pessoais e profissionais.	
1	Qual a sua idade?
2	Qual o seu sexo?
a)	Feminino
b)	Masculino
c)	Intersexual
d)	Prefiro não dizer
3	Você trabalha:
a)	No Brasil.
b)	No exterior.
4	A cidade em que você trabalha pode ser considerada:
a)	Interior
b)	Capital
c)	Região metropolitana
d)	Vila
e)	Outros
5	Qual o porte da empresa que trabalha?
a)	Microempresa (até 19 funcionários)
b)	Pequeno porte (entre 20 e 99 funcionários)
c)	Médio porte (entre 100 e 499 funcionários)
d)	Grande porte (500 ou mais funcionários)
6	Qual o modelo da empresa que trabalha?
a)	Familiar
b)	Regional
c)	Nacional
d)	Multinacional
e)	Outros
7	Quantos anos trabalha na empresa?
a)	De 0 a 1 ano
b)	De 2 a 5 anos
c)	De 6 a 10 anos
d)	De 11 a 20 anos
e)	21 anos ou mais

8	Qual sua faixa salarial?
a)	De R\$0,01 a R\$2.000,00
b)	De R\$2.000,01 a R\$4.000,00
c)	De R\$4.000,01 a R\$6.000,00
d)	De R\$6.000,01 a R\$10.000,00
e)	De R\$10.000,01 a R\$20.000,00
f)	R\$20.000,01 ou mais
9	Ocupa cargo de liderança?
a)	Não
b)	Sim
Justiça Organizacional. A justiça organizacional é a percepção de equidade nas ações, decisões e processos da empresa, impactando satisfação e desempenho dos funcionários.	
Para as seguintes perguntas responda com base na escala: 1 = Discordo totalmente 2 = Discordo moderadamente 3 = Discordo levemente 4 = Nem concordo nem discordo 5 = Concordo levemente 6 = Concordo moderadamente 7 = Concordo totalmente Nesta sessão, caso opte por não responder a pergunta, deixe-a em branco.	
11	Sou recompensado, de maneira justa, por minha responsabilidade no trabalho.
12	Sou recompensado, de maneira justa, por minha experiência profissional.
13	Sou recompensado, de maneira justa, por meus esforços no trabalho.
14	Sou recompensado, de maneira justa, pela qualidade do trabalho que apresento.
15	Sou recompensado, de maneira justa, pelo estresse a que sou submetido durante o meu trabalho.
16	A empresa onde trabalho utiliza regras bem-definidas.
17	A empresa onde trabalho utiliza as mesmas regras para todos os empregados.
18	A empresa onde trabalho possui regras que impedem que as pessoas responsáveis pelas decisões levem vantagens pessoais.
19	A empresa onde trabalho possui regras que foram definidas a partir de informações precisas.
20	A empresa onde trabalho permite a participação dos empregados na formulação das regras.
21	A empresa onde trabalho possui regras que foram elaboradas com base em padrões éticos.
22	Ao se relacionar com os subordinados, o meu chefe consegue superar os favorecimentos pessoais.
23	O meu líder, supervisor ou gerente se preocupa com os meus direitos.
24	Ao tomar as decisões, o meu chefe considera o meu ponto de vista.
25	O meu líder, supervisor ou gerente usa o tempo que for necessário para me explicar as decisões tomadas e as consequências das mesmas.

26	O meu líder, supervisor ou gerente me trata com sinceridade e franqueza.
27	O meu líder, supervisor ou gerente fornece-me informações acerca do modo como eu estou desempenhando as minhas funções, permitindo-me fazer melhor o meu trabalho.
28	O meu líder, supervisor ou gerente fornece justificativas sobre as decisões que são relacionadas ao meu trabalho.
Injustiça no ambiente de trabalho.	
Para as seguintes perguntas responda com:	
a) Sim	
b) Não	
c) N/A	
d) Prefiro não responder	
No seu trabalho:	
29	Você já presenciou situações de injustiça?
30	Já foi vítima de situações de injustiça?
31	Se presenciou, você tomou alguma ação para ajudar a pessoa?
32	Se foi vítima, foi tomada alguma ação para lhe ajudar?
33	Você já presenciou retaliação após alguém questionar uma situação de injustiça?
34	Você já sofreu retaliação após questionar uma situação de injustiça?
35	Você considera que as situações de injustiça é frequente?
36	Você considera que as lideranças tomam ações coerentes em casos de injustiça?
37	Você considera que a alta administração/gerente tomam ações coerentes em casos de injustiça?
38	Você considera “normal” as injustiças cometidas?
39	Você considera que seus colegas “aceitam” as injustiças cometidas?

O Desempenho das Empresas Privadas De Saúde: Quais as perspectivas do Setor?

The Performance of Private Healthcare Companies: What are the Sector's prospects?

- Área temática: 12 - Consumo e Produção Responsáveis

LOURENÇO, William Dias
Graduando em Gestão Hospitalar na Fatec Barretos
william.lourenco@fatec.sp.gov.br

HOFT, Felipe
Graduando em Gestão Hospitalar na Fatec Barretos
felipe.hoft@fatec.sp.gov.br

RESUMO

A presente pesquisa teve início em indagações dos autores que são alunos do curso de Gestão Hospitalar da FATEC Barretos Professora Édi Salvi Lima, durante as aulas da disciplina Custo, Faturamento e Orçamento Hospitalar ministradas no 6º e último ciclo do mencionado curso tecnológico. Tais indagações recaíram sobre o desempenho econômico e financeiro de organizações privadas de saúde. Na busca de respostas, os autores pesquisaram os dados fornecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar e efetuaram análises sobre as demonstrações financeiras de quatro organizações de saúde de segmentos diferentes para a tentativa de abranger o todo composto pelas empresas privadas vinculadas a ANS – Agência Nacional de Saúde e que possuem ações na B3 – Brasil, Bolsa Balcão (Bolsa de Valores do Brasileira). Como resultado dessas pesquisas, constatou-se que, de uma forma geral, o setor privado de saúde apresentou resultados positivos em 2023, indicando boas perspectivas para os próximos anos e se transformando em uma boa opção de investimento. Comparativamente, foram examinadas nas mesmas bases, empresas do varejo que, inversamente mostraram desempenhos não satisfatórios. A escolha de empresas do varejo foi em razão do notório reconhecimento das marcas pelo público em geral; bem como, apesar de segmentos diferentes, p que se espera de uma empresa e em especial daquela que possui ações negociadas em bolsas de valores é que apresentem um lucro líquido suficiente para a remuneração dos acionistas e reinvestimento nela própria. Portanto, os bons números do setor privado de saúde não podem ser atribuídos exclusivamente ao crescimento conjuntural da econômica brasileira. Outros fatores podem ter contribuído para tanto e merecem ser investigados em trabalhos futuros para identificar as suas causas e quais poderão ser as contribuições para outros setores da economia.

Palavras-chave: Setor de Saúde, Saúde Privada, ANS, Bolsa de Valores, Demonstrações Financeiras.

ABSTRACT

This research began with questions from the authors who are students of the Hospital Management course at FATEC Barretos, Professor Édi Salvi Lima, during classes in the Cost, Billing and Hospital Budget discipline taught in the 6th and final cycle of the aforementioned technological course. Such questions focused on the economic and financial performance of private health organizations. In search of answers, the authors researched data provided by ANS – National Complementary Health Agency and carried out analyzes of the financial statements of four health organizations from different segments in an attempt to cover the whole made up of private companies linked to ANS – Agência Nacional de Saúde and which have shares in B3 – Brasil, Bolsa Balcão (Brazilian Stock Exchange). As a result of these researches, it was found that, in general, the private health sector presented positive results in 2023, indicating good prospects for the coming years and becoming a good investment option. Comparatively, retail companies were examined on the same basis, which, conversely, showed unsatisfactory performance. The choice of retail companies was due to the brands' notable recognition by the general public; as well as, despite different segments, what is expected of a company and especially one that has shares traded on stock exchanges is that they present a net profit sufficient to remunerate shareholders and reinvest in itself. Therefore, the good numbers in the private health sector cannot be attributed exclusively to the cyclical growth of the Brazilian economy. Other factors may have contributed to this and deserve to be investigated in future work to identify their causes and what the contributions could be to other sectors of the economy.

Keywords: *Health Sector, Private Health, ANS, Stock Exchange, Financial Statements.*

1 INTRODUÇÃO

Parte dos Autores da presente pesquisa integra o curso de Gestão Hospitalar da FATEC Barretos Professora Édi Salvi Lima, e durante as aulas da disciplina Custo, Faturamento e Orçamento Hospitalar ministrada no 6º e último ciclo do mencionado curso de tecnologia, foi despertada a curiosidade sobre o desempenho econômico e financeiro de entidades privadas de saúde. Assim, foram escolhidas quatro organizações de capital aberto e que por serem sociedades anônimas, com ações negociadas na B3 – Bolsa de Valores, publicam regularmente as suas demonstrações financeiras, facilitando a coleta de dados para a realização das análises.

Durante as pesquisas, buscou-se escolher empresas que atuassem em segmentos diferentes dentro do setor privado de saúde e que concomitantemente fossem de capital aberto, ou seja, que negociassem ações na B3 (Bolsa de Valores) para facilitar o acesso às suas respectivas demonstrações financeiras e obtenção dos dados necessários para a realização das análises apresentadas em 4 - Resultados e Discussão. Foram identificadas e selecionadas as seguintes empresas: a) Rede D'Or São Luiz S.A.; b) Fleury S.A.; c) Odontoprev S.A. e d) Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos. S.A. Portanto, as análises recaíram sobre o desempenho de cada uma delas durante o ano de 2023. Ainda, para que fossem realizados exames comparativos com empresas de outro segmento, foram escolhidas aleatoriamente quatro companhias do varejo que são: a) Grupo Casas Bahia S.A.; b) Magazine Luiza S.A.; c) Americanas S.A. e d) Guararapes Confeções S.A. (Riachuelo). Todas as quatro também são sociedades por ações com ações negociadas na B3, cujas marcas são amplamente reconhecidas pelo público.

Adicionalmente, foi examinado o Painel Econômico-Financeiro publicado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar com os dados de 2023.

Os resultados das análises realizadas foram inseridos em 4 – Resultados e Discussão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O arcabouço teórico utilizado para dar apoio para as análises realizadas em 4 – Resultados e Discussão estão contidos a seguir.

2.1. Breve Histórico das Empresas Selecionadas

2.1.1. Rede D'or São Luiz

Fundada em 1977 no Rio de Janeiro como Cardiolab, a Rede D'Or é a maior rede integrada de cuidados em saúde no Brasil, com presença nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Bahia, Maranhão, Sergipe, Ceará, Paraná, Paraíba, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Pará e no Distrito Federal. Gerencia

Trabalho aprovado e apresentado no XXV Encontro de Pesquisadores: Desenvolvimento, Políticas Públicas e Dinâmicas Territoriais da Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca. Franca-SP em 08 de novembro de 2024.

Coautores: Carmem Lúcia Silva; Francisco José Pereira de Carvalho; Francisco José Pereira de Carvalho Filho e Paulo Eduardo Cardoso Andrade.

diferentes marcas, tendo presença mais marcante no Rio de Janeiro, com a marca “D’Or”; em SP, com “São Luiz”; em PE, com “Esperança”; no DF, com “Santa Luzia” e “Santa Helena”; no MA, com “UDI”; na BA, com “São Rafael”; em SE, com “São Lucas”; no PR, com “Santa Cruz”; em MG, com “Biocor”, em MS, com “Proncor”, em PB, com “Nossa Senhora das Neves”, em CE com “São Carlos”, além da marca premium “Star” nos estados do RJ, SP e DF. Com foco no atendimento humanizado, na qualificação da equipe, na adoção de novas tecnologias e na expansão do atendimento, a Rede D’Or é referência em qualidade técnica e conta com 71 hospitais próprios em operação, 3 hospitais administrados, e 55 clínicas oncológicas, além de atuar em serviços complementares como banco de sangue, diálise e ambulatórios de diversas especialidades.

2.1.2. Fleury

Fundado em 1926 por Gastão Fleury da Silveira como um pequeno laboratório de análises clínicas em São Paulo, destacou-se na década de 90 como a primeira empresa a disponibilizar resultados de exames médicos pela internet. Abriu o capital em 2009 e passou a compor o índice Bovespa 2018.

2.1.3. Odontoprev

A Odontoprev é uma plataforma de saúde bucal e cuidamos de mais de 8 milhões de sorrisos. Nosso propósito é, por meio de diferentes marcas e produtos, trazer um novo olhar para o cuidado com a boca e, assim, impulsionar a odontologia de qualidade aos quatro cantos do Brasil. Possui a maior rede de dentistas do país. São mais de 27 mil profissionais credenciados que, diariamente, oferecem assistência odontológica de qualidade para você, sua família e empresa.

Atuando desde 1987, é considerada líder em planos odontológicos na América Latina e ao longo dos anos vimos a expansão acontecer de forma natural. O portfólio da Odontoprev é formado por marcas com atendimento exclusivamente odontológico, além de produtos odontológicos, tais como Odontoprev, Bradesco Dental, Prívian, Odonto System, Mogidonto e Dental Partner.

2.1.4. Oncoclínicas

A Oncoclínicas pode ser considerada como o resultado de uma iniciativa pioneira em gestão e administração de serviços oncológicos. Fundada pelo oncologista clínico Bruno Ferrari em 2010, na cidade de Belo Horizonte, ao longo destes anos acumulou grandes conquistas em tratamentos para o câncer e, hoje, é considerado um dos maiores e mais respeitados grupos de oncologia, hematologia, radioterapia e genômica da América Latina.

2.1.5. Casas Bahia

Com mais de seis décadas de atuação, a marca Casas Bahia tem uma forte conexão com todos os brasileiros. Fundada na cidade de São Caetano do Sul, no estado de São Paulo, iniciou suas atividades vendendo itens de cama, mesa e banho. Posteriormente, passou também a vender eletrodomésticos e, atualmente, seu portfólio conta com mais de 40 milhões de produtos disponíveis nas lojas físicas, no app e no site da marca, como: pneus, produtos de limpeza e até produtos alimentícios, que contam com entrega em até 2 horas, em diversas cidades do país.

2.1.6. Magazine Luiza

O Magazine Luiza representa o sonho do casal de vendedores Luiza e Pelegrino Donato de constituir um comércio que gerasse emprego para toda a família em Franca, interior de São Paulo, fez nascer a rede de varejo Magazine Luiza S.A. Para escolher um novo nome para a loja de presentes adquirida por eles em 16 de novembro de 1957, os fundadores criaram um concurso cultural numa rádio local, convidando os clientes a participar com sugestões. E, como Luiza era uma vendedora muito popular na cidade, os ouvintes escolheram o seu nome. Assim surgiu o Magazine Luiza.

2.1.7. Americanas

A Americanas foi fundada em maio de 1929 e a sua primeira unidade abriu as portas em Niterói/RJ. Com o *slogan* “Nada além de 2 mil réis”, de primeira, o estabelecimento não fez o sucesso esperado. Foi então que a loja adotou uma estratégia diferenciada e bastante pioneira para a época: empregando várias mulheres, uma forma de atrair mais donas de casa para o negócio. Ao final do seu primeiro ano de existência, a Lojas Americanas já contava com quatro unidades, sendo três no Rio de Janeiro e uma em São Paulo. Em 1940, a empresa realizou a abertura de seu capital na Bolsa de Valores, uma forma de captar dinheiro para o lançamento de novas unidades da Lojas Americanas e expandir ainda mais a marca. Em 1982, os principais acionistas do Banco Garantia, Jorge Paulo Lemann, Marcel Telles e Alberto Sicupira adquiriram o controle acionário da Lojas Americanas.

2.1.8. Riachuelo

Em 3 de outubro de 1947, Nevaldo Rocha fundou, ao lado de seu irmão, Newton Rocha, o Grupo Guararapes. O início foi através da loja de tecidos “A Capital”, em Natal, no Rio Grande do Norte. Quatro anos depois, foi inaugurada uma pequena confecção, em Recife, e adquiridos novos pontos de venda. Em outubro de 1956, Nevaldo e Newton, nomearam oficialmente a Guararapes e, dois anos mais tarde, realocaram a matriz para Natal, onde ela é mantida até hoje. Em 1979, eles adquiriram as cadeias de lojas Riachuelo e Wolens, expandindo sua atuação para o varejo têxtil.

2.2. Índices e Quocientes utilizados

2.2.1. Capital de Giro Líquido

O Capital de Giro Líquido, também chamado de Capital Circulante Líquido, resulta da subtração do Total do Passivo Circulante do Total do Ativo Circulante. A fórmula é a seguinte:

CGL = AC - PC onde:

CGL = Capital de Giro Líquido

AC = Ativo Circulante

PC = Passivo Circulante

Portanto, o Capital de Giro Líquido é a importância de recursos financeiros disponíveis para uma entidade operar e expandir seus negócios, após cobrir os passivos.

2.2.2. Liquidez Corrente

Indica que para cada R\$ 1,00 de dívida de curto prazo, a empresa possui R\$ X de curto prazo, para saldá-la. O Ativo Circulante concentra os bens e direitos de curto prazo, como por exemplo, caixa, contas bancárias, contas a receber e estoques. O Passivo Circulante congrega as obrigações de curto prazo, como por exemplo, contas a pagar, fornecedores, empréstimos bancários etc. A fórmula é a seguinte:

$$\text{Liquidez Corrente: L.C.} = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

A Liquidez Corrente é uma medida financeiro que indica a capacidade de uma empresa para pagar suas obrigações de curto prazo. É uma das métricas mais importantes para avaliar a saúde financeira de uma organização no seu horizonte próximo.

2.2.3. Margem Bruta

Os índices de rentabilidade são utilizados para avaliar projetos e investimentos e a performance de uma entidade por um determinado período. A fórmula da Margem Bruta é a seguinte:

$$\text{Margem Bruta} = \left(\frac{\text{Lucro Bruto}}{\text{Receita Líquida de Vendas}^*} \right) \times 100$$

* Receita Líquida de Vendas = Vendas Brutas – Devoluções e Cancelamentos – Tributos Incidentes sobre Vendas.

A Margem Bruta é o primeiro nível de rentabilidade da entidade (primeira linha

Trabalho aprovado e apresentado no XXV Encontro de Pesquisadores: Desenvolvimento, Políticas Públicas e Dinâmicas Territoriais da Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca. Franca-SP em 08 de novembro de 2024.

Coautores: Carmem Lúcia Silva; Francisco José Pereira de Carvalho; Francisco José Pereira de Carvalho Filho e Paulo Eduardo Cardoso Andrade.

de lucro), quanto maior for o percentual de margem bruta, maior será a eficiência da empresa, lembrando que o Lucro Bruto terá que ser o suficiente para cobrir todas as despesas operacionais e financeiras e ainda propiciar retorno aos sócios ou acionistas.

2.2.4. Margem Operacional

É o segundo nível de rentabilidade (segunda linha de lucro) e o percentual de margem operacional indica se a operação da empresa é eficiente ou não; bem como qual a proporção ou representatividade do Lucro Operacional sobre as Receita Líquida de Vendas. A fórmula da Margem Operacional é a seguinte:

$$\text{Margem Operacional} = \left(\frac{\text{Lucro ou Resultado Operacional}}{\text{Receita Líquida de Vendas}} \right) \times 100$$

Resumidamente, a Margem Operacional é um índice financeiro que mede a porcentagem de lucro que uma empresa obtém em relação às suas atividades operacionais. Ela é calculada dividindo o lucro operacional pela receita líquida e multiplicando o resultado por 100.

Na presente pesquisa a Margem Operacional foi denominada de Margem Operacional Ajustada em razão de se considerar somente as despesas com vendas e as despesas gerais e administrativas, não se contando os gastos não desembolsáveis como depreciação e amortização, equivalência patrimonial e outras despesas ou receitas operacionais e não operacionais e os resultados financeiros (receitas financeiras menos as despesas financeiras).

2.2.5. Margem Líquida

É o terceiro e último nível de rentabilidade (terceira linha de lucro) e o percentual da margem líquida indica se a operação, em seu resultado líquido é eficiente ou não. Se o retorno final é adequado e de acordo com as expectativas dos sócios ou acionistas; bem como o de proporcionar recursos para o próprio reinvestimento na empresa. A fórmula da Margem Líquida é a seguinte:

$$\text{Margem Líquida} = \left(\frac{\text{Lucro ou Resultado Líquido}}{\text{Receita Líquida de Vendas}} \right) \times 100$$

Resumidamente, a Margem Líquida é um índice financeiro que representa a porcentagem de lucro líquido que uma entidade atinge em relação às suas receitas

2.3. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde sendo o responsável por normatizar, regular, controlar e fiscalizar o setor de planos de saúde no Brasil. As principais funções da ANS são:

- a) Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde
- b) Regular as operadoras de planos de saúde, incluindo as relações com prestadores e consumidores
- c) Contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país
- d) Garantir os direitos dos usuários

A ANS regulamenta o setor de planos de saúde por meio de Resoluções e Instruções Normativas, que definem as obrigações das operadoras e os direitos dos beneficiários.

2.4. Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

O Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar é um instrumento utilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que divulga dados sobre o desempenho das Operadoras de Planos de Saúde (OPS). O Painel é uma junção do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e do Painel Contábil da Saúde Suplementar. As informações que constam nos painéis são obtidas de diversos documentos, como o Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP), o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), e as Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP). Portanto, o Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar é uma ferramenta importante para profissionais e gestores de saúde, pois ajuda a entender as dinâmicas financeiras das operadoras e a se adaptar às mudanças no mercado de saúde suplementar.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho foi desenvolvido com base em análises comparativas sobre os relatórios e demonstrações contábeis referentes ao ano de 2023, publicadas por entidades hospitalares e redes de varejo, isto é, foi empregado o método comparativo que compreende em estabelecer paralelos entre dois ou mais objetos de estudo, para avaliar semelhanças e/ou diferenças. Portanto, é um método para comprovar ou rejeitar teorias e hipóteses que se baseia em comparações.

A presente pesquisa foi iniciada pelas indagações dos autores que são alunos do curso de Gestão Hospitalar da FATEC Barretos Professora Édi Salvi Lima, durante as aulas da disciplina Custo, Faturamento e Orçamento Hospitalar ministradas no 6º e último ciclo do mencionado curso tecnológico. Tais indagações recaíram sobre o desempenho econômico e financeiro de organizações privadas de saúde. Na busca de respostas, os autores pesquisaram os dados fornecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar.

A escolha por empresas do varejo e não da indústria ou serviços foi em razão de serem notadamente conhecidas pelo público em geral e de também serem de capital aberto, com ações negociadas e com razoável e com demonstrações financeiras publicadas. Foram elas: a) Grupo Casas Bahia S.A; b) Magazine Luiza S.A.; c) Americanas S.A. e d) Guararapes Confecções S.A. (Riachuelo). Todas as quatro também são sociedades por ações com ações negociadas na B3.

Em relação a possibilidade de diferentes resultados para diferentes segmentos ou ramos de atuação, é necessário esclarecer que toda empresa privada, em especial as de capital aberto e que integram bolsas de valores, é imprescindível para a sua continuidade que obtenha lucro, notadamente o lucro líquido demonstrado na última linha de sua respectiva DRE 0 Demonstração de Resultado do Exercício para a remuneração de seus acionistas e para o reinvestimento nela própria.

Adicionalmente, a coleta de dados, foram realizadas e apresentadas em 4 – Resultados e Discussão as avaliações que serviram como base para as conclusões sobre o desempenho de cada uma das companhias. Assim, o trabalho poderá ser entendido como um processo metodológico quantitativo, descritivo e bibliográfico.

Os autores pesquisaram os dados fornecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Complementar e efetuaram análises sobre as demonstrações financeiras de quatro organizações de saúde de segmentos diferentes para a tentativa de abranger o todo composto pelas empresas privadas vinculadas a ANS – Agência Nacional de Saúde e que possuem ações na B3 – Brasil, Bolsa Balcão (Bolsa de Valores do Brasileira).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa procurou identificar os principais aspectos que envolveram o desempenho de empresas privadas de saúde conforme disposto nas análises a seguir.

4.1. Desempenho Geral das Organizações de Saúde Vinculadas à ANSP em 2023

De acordo com a ANS e seu Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, os números agregados por segmento, os resultados líquidos no ano de 2023 foram positivos para todos: as administradoras de benefícios registraram lucro de R\$ 406,4 milhões; as operadoras exclusivamente odontológicas, de R\$ 652,8 milhões; e as médico-hospitalares, de R\$ 1,93 bilhões. Ao todo, conforme o Lucro Líquido total das empresas vinculadas à ANS em 2023 foi superior a R\$ 2,9 bilhões conforme mostra o Quadro 1 – Resultados Consolidados da ANS em 2023 a seguir.

Quadro 1 – Resultados Consolidados da ANS em 2023

2023		Demonstrações Contábeis (acumulado no ano)		ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar	
ATIVO	Valor Final	PASSIVO	Valor Final	DRE	Valor Final
1 - ATIVO	R\$248.008.337.782,23	2 - PASSIVO	R\$248.008.337.782,30	31 - RECEITAS COM OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$286.064.596.008,27
12 - ATIVO CIRCULANTE	R\$126.282.305.125,38	21 - PASSIVO CIRCULANTE	R\$84.690.805.799,15	32 - (-) TRIBUTOS DIRETOS DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	-R\$3.769.272.499,19
121 - DISPONÍVEL	R\$3.599.836.762,08	211 - PROVISÕES TÉCNICAS DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$9.459.800.201,39	33 - OUTRAS RECEITAS OPERACIONAIS	R\$16.053.246.889,78
122 - APLICAÇÕES FINANCEIRAS	R\$50.225.694.203,17	213 - DÉBITOS DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$4.016.029.682,65	34 - (-) TRIBUTOS DIRETOS DE OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	-R\$303.102.048,61
123 - CRÉDITOS DE OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$16.318.159.436,14	214 - DÉBITOS COM OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO RELACIONADAS COM PLANOS DE SAÚDE DA OPERADORA	R\$1.321.593.510,85	35 - RECEITAS FINANCEIRAS	R\$16.992.928.786,45
124 - CRÉDITOS DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO RELACIONADOS COM PLANOS DE SAÚDE DA OPERADORA	R\$2.484.179.725,16	215 - PROVISÕES	R\$477.112.670,37	36 - RECEITAS PATRIMONIAIS	R\$3.826.351.287,91
125 - DESPESAS DIFERIDAS	R\$1.939.195.822,64	216 - TRIBUTOS E ENCARGOS SOCIAIS A RECOLHER	R\$5.094.374.221,14	37 - RECEITAS ADMINISTRATIVAS	R\$348.728.404,06
126 - CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS E PREVIDENCIÁRIOS	R\$3.504.658.052,01	217 - EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A PAGAR	R\$2.292.261.392,42	4 - DESPESAS	R\$11.963.564.783,19
127 - BENS E TÍTULOS A RECEBER	R\$7.620.851.323,76	218 - DÉBITOS DIVERSOS	R\$11.715.905.841,27	41 - EVENTOS INDENIZÁVEIS LÍQUIDOS / SINISTROS RETIDOS	R\$240.883.081.946,19
128 - DESPESAS ANTECIPADAS	R\$478.718.801,46	219 - CONTRA-CORRENTE DE COOPERADOS	R\$213.728.322,06	43 - DESPESAS DE COMERCIALIZAÇÃO	R\$3.406.554.565,76
129 - CONTA-CORRENTE COM COOPERADOS	R\$110.973.398,96	23 - PASSIVO NÃO CIRCULANTE	R\$141.653.758.882,80	44 - OUTRAS DESPESAS OPERACIONAIS	R\$23.871.724.084,55
13 - ATIVO NÃO CIRCULANTE	R\$121.726.032.656,85	231 - PROVISÕES TÉCNICAS DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$8.464.332.611,51	45 - DESPESAS FINANCEIRAS	R\$5.703.488.739,80
131 - REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	R\$50.439.415.477,88	235 - PROVISÕES	R\$13.948.141.316,46	46 - DESPESAS ADMINISTRATIVAS	R\$28.618.908.008,89
132 - INVESTIMENTOS	R\$25.850.159.278,41	236 - TRIBUTOS E ENCARGOS SOCIAIS A RECOLHER	R\$3.898.690.530,24	47 - DESPESAS PATRIMONIAIS	R\$3.329.807.438,00
133 - IMOBILIZADO	R\$28.644.801.185,52	237 - EMPRÉSTIMOS E	R\$5.052.818.639,91	6 - CONTAS DE DESTINAÇÃO/A PURAÇÃO DE RESULTADO	R\$4.204.578.290,75
134 - INTANGÍVEL	R\$16.786.622.715,04				
				Resultado Líquido	R\$2.985.333.554,73

Fonte: ANS - Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (2024)

Conforme demonstra o Quadro 1 – Resultados Consolidados da ANS em 2023, o Lucro Líquido anual apresentado pelo total das 1.032 empresas de saúde que enviaram suas demonstrações financeiras para a mencionada entidade foi de R\$ 2.985;333;554,73.

As 1032 empresas atuam em modalidades diferentes, conforme mostra o Quadro 2 – Modalidades das Empresas de Saúde a seguir.

Quadro 2 – Modalidades das Empresas de Saúde

Registro	Razão Social	Modalidade
352 331	Caixa BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO	Autogestão
5711	BRADESCO SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada em Saúde
6246	SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada em Saúde
301949	ODONTOPREV S/A	Odontologia de Grupo
359017	NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	Medicina de Grupo
343889	UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica
323080	GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	Autogestão
701	UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	Seguradora Especializada em Saúde
477	SUL AMÉRICA SEGURADORA DE SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada em Saúde
368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	Medicina de Grupo
312126	FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ	Autogestão
335614	SAMEDIL SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A	Medicina de Grupo
352501	UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA.	Cooperativa Médica

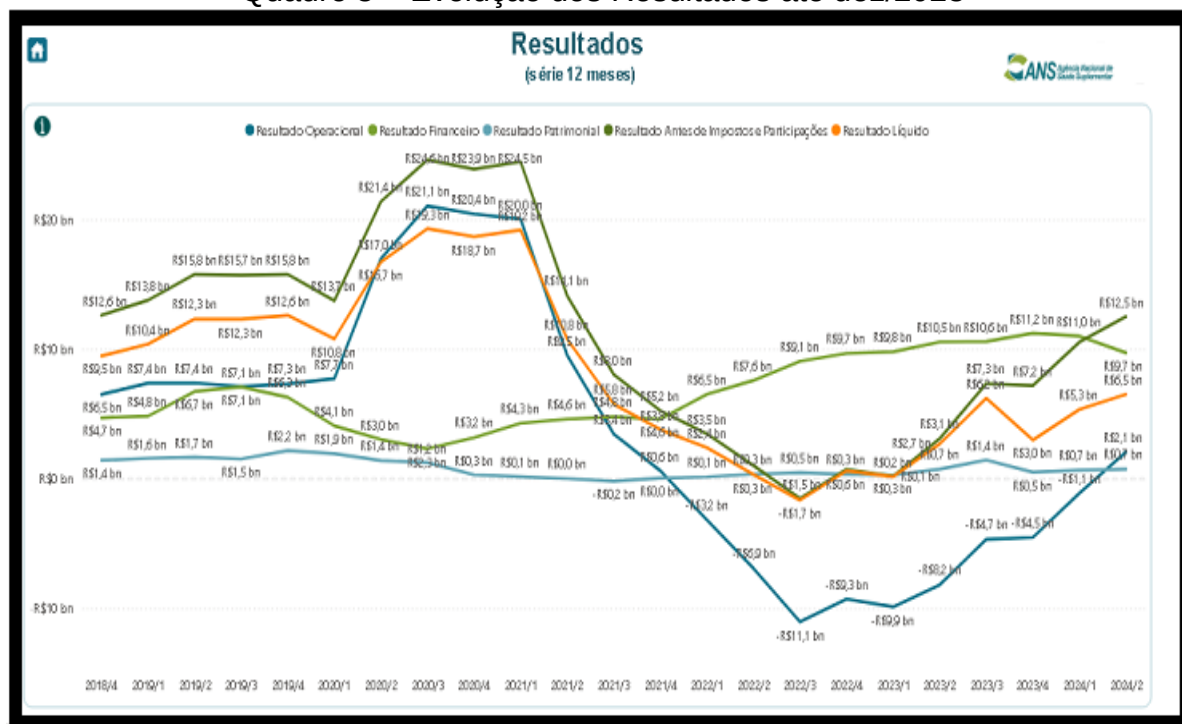
Fonte: ANS - Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (2024)

O Quadro 2 – Modalidades das Empresas de Saúde mostra as diferentes modalidades, como por exemplo; medicina de grupo; autogestão; odontologia de grupo etc.

4.2. Tendência de Crescimento do Segmento

Após análise das informações de 2023, os exames sobre os dados do primeiro e do segundo trimestre de 2024, mostram a tendência de crescimento dos resultados obtidos pelas organizações de saúde vinculadas à ANS, conforme mostra o Quadro 3 – Evolução dos Resultados até dez/23 apresentado a seguir.

Quadro 3 – Evolução dos Resultados até dez/2023



Fonte: ANS - Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (2024)

Conforme o Quadro 3 – Evolução dos Resultados até dez/2023, nota-se que após uma queda no 3º trimestre de 2022, existe uma tendência de crescimento nos resultados pelo conjunto das 1032 empresas. A única exceção está no Resultado Financeiro que é obtido pela dedução das despesas financeiras dos resultados financeiros.

4.3. Desempenho das Empresas Seleccionadas

Foram seleccionadas as seguintes empresas para a realização das análises:

- Rede D'Or São Luiz S.A.** - presta serviços médicos e hospitalares, além de administrar clínicas e complexos hospitalares.
- Fleury S.A.** - oferece serviços médicos e de medicina diagnóstica.
- Odontoprev S.A.** - oferece planos odontológicos e atua como uma plataforma de saúde bucal.
- Oncoclínicas do Brasil Serviços. Médicos. S.A.** - grupo de oncologia, hematologia, radioterapia e genômica.

Portanto, a opção foi por empresas de saúde e de capital aberto que atuam em áreas diferentes da medicina para abranger o mercado da saúde como um todo e não apenas um segmento específico do setor. O Quadro 4 – Desempenho em 2023 das

Empresas Seleccionadas permite identificar a rentabilidade e a capacidade financeira das quatro selecionadas.

Quadro 4 – Desempenho em 2023 das Empresas Seleccionadas

	Empresas de Saúde			
	Valores expressos em milhaes de Reais			
Contas	Rede D'Or São Luiz S.A.	Fleury S.A.	Odontoprev S.A	Oncodínicas do Brasil S.M. S.A.
Ativo Circulante	15.844.315	1.701.015	451.215	952.475
Passivo Circulante	5.154.730	1.047.041	614.528	543.858
Capital de Giro Líquido	10.689.585	653.974	- 163.313	408.617
Liquidez Corrente	3,1	1,6	0,7	1,8
Receita Líquida	13.099.959	4.005.986	2.058.108	417.663
Custos (CSP ou CMV)	9.051.184	2.834.409	1.430.696	226.292
Lucro Bruto	4.048.775	1.171.577	627.412	191.371
Margem Bruta	30,9%	29,2%	30,5%	45,8%
Despesas com Vendas e Administrativas	790.712	452.810	47.645	125.719
Resultado Operacional Ajustado	3.258.063	718.767	579.767	65.652
Margem Operacional Ajustada	24,9%	17,9%	28,2%	15,7%
Resultado Líquido	2.040.720	423.758	511.394	223.618
Margem Líquida	15,6%	10,6%	24,8%	53,5%

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024)

Por meio do Quadro 4 – Desempenho em 2023 das Empresas Seleccionadas, é possível verificar que as quatro entidades realizaram operações lucrativas, conforme mostram as margens de lucro bruto, lucro operacional e em especial as margens de lucro líquido, todas acima de 10%, enquanto o IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo (índice oficial de inflação) foi de 4,62% em igual período.

Em relação a capacidade de solvência ou liquidez corrente, isto é, as condições de honrarem seus compromissos no curto prazo, também apresentaram números positivos; excetuando-se a Odontoprev S.A. com um Capital de Giro Líquido negativo equivalente a R\$ 163 milhões e com uma Liquidez Corrente de 0,7 indicando que para cada R\$ 1,00 em dívidas de curto prazo a mencionada empresa tinha somente R\$ 0,70 para pagá-las. Todavia, as margens de lucro da Odontoprev foram positivas.

Portanto, os dados contidos no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e as análises realizadas sobre as quatro empresas indicam que o

segmento provado de saúde mostrou bons resultados em 2023 e as expectativas para os próximos anos também são positivas.

4.4. Desempenho de Outro Setor – o Varejo

Objetivando a realização de uma análise comparativa com outro setor da economia durante o ano de 2023, optou-se por quatro empresas conhecidas do varejo brasileiro, todas de capital aberto e com ações transacionadas na B3 (bolsa de valores). Foram selecionadas as seguintes empresas:

- a) Grupo Casas Bahia S.A;
- b) Magazine Luiza S.A.;
- c) Americanas S.A. e
- d) Guararapes Confecções S.A. (Riachuelo).

O Quadro 5 – Desempenho em 2023 das Quatro Empresas Varejistas Selecionadas apresenta a seguir os respectivos dados e desempenho.

Quadro 5 – Desempenho em 2023 das Quatro Empresas Varejistas Selecionadas

	Empresas do Varejo			
	Valores expressos em milhaes de Reais			
Contas	Grupo Casas Bahia S.A	Magazine Luiza S.A.	Americanas S.A. -	Guararapes Confec. S.A. (Riachuelo)
Ativo Circulante	13.136.000	15.309.714	9.880.000	1.145.770
Passivo Circulante	18.873.000	13.913.627	50.104.000	494.268
Capital de Giro Líquido	- 5.737.000	1.396.087	- 40.224.000	651.502
Liquidez Corrente	0,7	1,1	0,2	2,3
Receita Líquida	28.702.000	30.097.635	14.160.000	1.045.200
Custos (CSP ou CMV)	20.154.000	22.436.918	10.154.000	825.821
Lucro Bruto	8.548.000	7.660.717	4.006.000	219.379
Margem Bruta	29,8%	25,5%	28,3%	21,0%
Despesas com Vendas e Administrativas	7.320.000	6.524.688	6.656.000	84.721
Resultado Operacional Ajustado	1.228.000	1.136.029	- 2.650.000	134.658
Margem Operacional Ajustada	4,3%	3,8%	-18,7%	12,9%
Resultado Líquido	- 2.625.000	- 979.104	- 2.272.000	- 34.260
Margem Líquida	-9,1%	-3,3%	-16,0%	-3,3%

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024)

O Quadro 5 – Desempenho em 2023 das Quatro Empresas Varejistas Selecionadas, diferentemente do que retrata o Quadro 4 - Desempenho em 2023 das Empresas Selecionadas, mostra que no mesmo ano de 2023, as quatro grandes varejistas apresentaram prejuízos com margens líquidas negativas e duas delas, a

Trabalho aprovado e apresentado no XXV Encontro de Pesquisadores: Desenvolvimento, Políticas Públicas e Dinâmicas Territoriais da Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca. Franca-SP em 08 de novembro de 2024.
Coautores: Carmem Lúcia Silva; Francisco José Pereira de Carvalho; Francisco José Pereira de Carvalho Filho e Paulo Eduardo Cardoso Andrade.

Casas Bahia e a Americanas com capital de giro líquido e liquidez corrente desfavoráveis e no Quadro 6 – Análise Comparativa das 8 Empresas, colocando-as lado a lado, conforme a seguir.

Quadro 6 – Análise Comparativa das 8 Empresas

Contas	Empresas de Saúde				Empresas do Varejo			
	Valores expressos em milhares de Reais				Valores expressos em milhares de Reais			
	Rede D'Or São Luiz S.A.	Fleury S.A.	Odontoprev S.A	Oncoclínicas do Brasil S.M. S.A.	Grupo Casas Bahia S.A	Magazine Luiza S.A.	Americanas S.A. -	Guararapes Confec. S.A. (Riachuelo)
Ativo Circulante	15.844.315	1.701.015	451.215	952.475	13.136.000	15.309.714	9.880.000	1.145.770
Passivo Circulante	5.154.730	1.047.041	614.528	543.858	18.873.000	13.913.627	50.104.000	494.268
Capital de Giro Líquido	10.689.585	653.974	163.313	408.617	- 5.737.000	1.396.087	- 40.224.000	651.502
Liquidez Corrente	3,1	1,6	0,7	1,8	0,7	1,1	0,2	2,3
Receita Líquida	13.099.959	4.005.986	2.058.108	417.663	28.702.000	30.097.635	14.160.000	1.045.200
Custos (CSP ou CMV)	9.051.184	2.834.409	1.430.696	226.292	20.154.000	22.436.918	10.154.000	825.821
Lucro Bruto	4.048.775	1.171.577	627.412	191.371	8.548.000	7.660.717	4.006.000	219.379
Margem Bruta	30,9%	29,2%	30,5%	45,8%	29,8%	25,5%	28,3%	21,0%
Despesas com Vendas e Administrativas	790.712	452.810	47.645	125.719	7.320.000	6.524.688	6.656.000	84.721
Resultado Operacional Ajustado	3.258.063	718.767	579.767	65.652	1.228.000	1.136.029	- 2.650.000	134.658
Margem Operacional Ajustada	24,9%	17,9%	28,2%	15,7%	4,3%	3,8%	-18,7%	12,9%
Resultado Líquido	2.040.720	423.758	511.394	223.618	- 2.625.000	- 979.104	- 2.272.000	- 34.260
Margem Líquida	15,6%	10,6%	24,8%	53,5%	-9,1%	-3,3%	-16,0%	-3,3%

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024)

O Quadro 6 – Análise Comparativa das 8 Empresas mostram que o bom desempenho das empresas de saúde não foi um fator conjuntural e sim, que o sucesso pode ter vindo de ações específicas e produzidas pelo próprio setor e que merecem uma melhor investigação em futuros trabalhos para a identificação dos fatores que contribuíram para esse sucesso.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os levantamentos efetuados em 4 – Resultados e Discussão, ficou evidente que o setor privado da saúde que compreende os hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios particulares, planos e seguros de saúde, quando composto por organizações bem administradas podem trazer bons retornos aos seus acionistas e investidores de uma maneira geral. As quatro empresas selecionadas, inclusive de ramos diferentes, com apoio adicional das informações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar por meio de seu Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar evidenciam o bom desempenho do setor privado de saúde e em seus diferentes ramos demandam futuros trabalhos que investiguem os fatores positivos e suas causas para o bom desempenho mostrado em 2023 e as boas perspectivas para os próximos anos.

REFERÊNCIAS

AMERICANAS S.A. Disponível em: <https://ri.americanas.io/informacoes-aos-investidores/central-de-resultados/>. Acesso em 23.set.2024.

B3 S.A. BRASIL, BOLSA. Disponível em: <https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/5fd7b7d8-54a1-472d-8426-eb896ad8a3c4/faebdab6-ba32-1f7c-f9b4-f02b01ebfa61?origin=1>. Acesso em: 18. set. 2024.

BRAGANTIN, Leonardo Ferreira; CARVALHO, Francisco José Pereira de; LOPES, Juliano de Jesus. O EVA REFLETE A MESMA TENDENCIA DO EBITDA? Um estudo sobre as duas metodologias aplicadas em 5 das maiores companhias do varejo brasileiro com ações na B3. In: **XXII Encontro de Pesquisadores: Interdisciplinaridade para o Desenvolvimento Regional. Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca**. Franca-SP, 04 e 05 de novembro de 2021. Franca: Unifacef, 2021. v. 1, p. 595-609. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://eventos.unifacef.com.br/encpesq/2021/files/XXIENCPEsq_Ebook_v2.pdf> Acesso em 20.set.2024.

BRASIL Ministério da Saúde. ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-relativos-ao-4o-trimestre-de-2023#:~:text=Nos%20n%C3%BAmeros%20agregados%20por%20segmento,R%24%201%2C93%20bilh%C3%B5es..> Acesso em 23.set.2024,

BRASIL Ministério da Saúde. **ANS**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMjM4YTYyMDEtMmRjMS00NWZhLWFKMTEtMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em 23.set.2024.

CARVALHO, Francisco José Pereira de; CARVALHO, Nádia de Castro; SATURI, Evandro Morales; SOUZA, Daniel Gonçalves de. A CIRCULARIZAÇÃO COMO PROCEDIMENTO DE AUDITORIA PARA COMBATER FRAUDES. **XXIV Encontro de Pesquisadores -Uni-FACEF: Ciência, Inovação e Desenvolvimento, Franca**, v. 1, n. 1, p. 33-47, 10 nov. 2023. Anual.

CARVALHO FILHO, Francisco José Pereira de; CARVALHO, Francisco José Pereira de; CARVALHO, Nádia de Castro. O Ponto de Equilíbrio para a Recuperação da Americanas. XVIII Fórum de Estudos Multidisciplinares: **VXIII Congresso de Iniciação Científica Uni-FACEF, Franca**, v. 1, n. 1, p. 1-150, 22 maio 2024. Anual.

Trabalho aprovado e apresentado no XXV Encontro de Pesquisadores: Desenvolvimento, Políticas Públicas e Dinâmicas Territoriais da Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca. Franca-SP em 08 de novembro de 2024.
Coautores: Carmem Lúcia Silva; Francisco José Pereira de Carvalho; Francisco José Pereira de Carvalho Filho e Paulo Eduardo Cardoso Andrade.

CONJUR - Consultor Jurídico. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2023-jun-16/controversias-juridicas-fraude-contabil-lojas-americanas-possiveis-implicacoes-penais>. Acesso em: 10. set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Disponível em: <https://cfc.org.br/tecnica/normas-brasileiras-de-contabilidade/nbc-ta-de-auditoria-independente/>. Acesso em: 10. set. 2024.

COSTA, Vitor Gustavo da; CARVALHO, Francisco José Pereira de; CARVALHO, Nádia de Castro. O Papel da Auditoria Independente no Caso Americanas S.A. **XVIII Fórum de Estudos Multidisciplinares Uni-FACEF**: VXIII Congresso de Iniciação Científica, Franca, v. 1, n. 1, p. 1-150, 22 maio 2024. Anual.

FLEURY S.A. Disponível em: <https://ri.fleury.com.br/informacoes-financeiras-e-apresentacoes/central-de-resultados/>. Acesso em 25.set.2024.

GRUPO CASAS BAHIA S.A. Disponível em: <https://ri.grupocasasbahia.com.br/informacoes-financeiras/central-de-resultados/>. Acesso em 25.set.2024.

GUARARAPES CONFECÇÕES S.A. RIACHUELO. Disponível em: <https://ri.riachuelo.com.br/informacoes-financeiras/central-de-resultados/>. Acesso em 25.set.2024.

MAGAZINE LUISA S.A. Disponível em: <https://ri.magazineluiza.com.br/>. Acesso em 25.set.2024.

ODONTOPREV S.A. Disponível em: <https://ri.odontoprev.com.br/informacoes-aos-acionistas/central-de-resultados/>. Acesso em 25.set.2024.

ONCOCLÍNICAS DO BRASIL SERVIÇOS MÉICOS S.A. Disponível em: <https://ri.grupooncoclinicas.com/informacoes-financeiras/central-de-resultados/>. Acesso em 25.set.2024.

REDE D'OR SÃO LUIZ S.A.
Disponível em: <https://ri.rededorsaoluiz.com.br/informacoes-financeiras/central-de-resultados/>. Acesso em 25.set.2024.

SEBRAE. **Saúde em alta**. Disponível em: <https://agenciasebrae.com.br/cultura-empreendedora/saude-em-alta-abertura-de-empresas-na-area-cresceu-em-2023/>. Acesso em 24.set.2024

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS “PROFª. ÉDI SALVI DE LIMA”
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

EMERSON GREGÓRIO DA SILVA
GISELE ALVES DE SOUSA

**O PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR E DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO
IDOSO NA PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

EMERSON GREGÓRIO DA SILVA
GISELE ALVES DE SOUSA

**O PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR E DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO
IDOSO NA PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

Trabalho de Graduação (TG) apresentado
como requisito para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a
Édi Salvi Lima”.

Orientadora: Prof.^a Dra. Janaína Monteiro de
Souza

Coorientadora: Prof.^a Dra. Juliana Cristina
Bassan

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos Porfessora Édi Salvi Lima

S586p Silva, Emerson Gregório da.
O Papel do gestor hospitalar e dos Centros de Convivência do Idoso na promoção de um envelhecimento saudável/ Emerson Gregório da Silva, Gisele Alves de Sousa. – Barretos, 2024.
30 p. : il.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) - Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”.

Orientador: Janaína Monteiro de Souza

Coorientador: Juliana Cristina Bassan

1. Idoso. 2. Gestão Hospitalar. 3. Envelhecimento. 4. Centro de Convivência. 5. Política Pública. I. Título.

CDD – 362.6

EMERSON GREGÓRIO DA SILVA
GISELE ALVES DE SOUSA

**O PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR E DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO
IDOSO NA PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

Trabalho de Graduação (TG) apresentado
como requisito para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a
Édi Salvi Lima”.

Aprovado em: 10/12/2024

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Janaina Monteiro de Souza
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”
Orientadora

Prof.^a Me. Áurea Fabrícia Amâncio Quirino Silva
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

Prof.^a Me. Vanessa Cristina Sossai Camilo
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, primeiramente a Deus por ter dado forças para vencer minhas dificuldades nesses três anos, não permitindo eu enfraquecer, mesmo nos dias que acreditei que não suportaria e por inúmeras vezes pensei em desistir.

Aos meus pais, que me concederam o direito à vida e sempre me apoiaram, em especial minha querida mãe Sebastiana, que sempre me desejou o melhor, ao meu estimado pai Mario, que com certeza lá do céu também me deu forças para chegar até aqui.

A minha querida irmã Elaine, pela ajuda e apoio nesses três anos de faculdade.

A minha sogra Marta, quando iniciei a jornada estava conosco me dando força, mas hoje ela já dorme nos braços do Senhor.

A minha esposa Jaqueline, pela paciência e sempre entende a minha ausência em vários momentos de nossa vida, seu apoio constante e sua compreensão foram de grande valia nesta jornada.

Agradeço às minhas filhas Laura e Isadora pelo apoio que me deram para que eu não desistisse deste sonho. Amo minhas filhas do tamanho do céu.

Aos colegas da graduação pelo diálogo e companheirismo durante a nossa jornada, em especial aos meus amigos mais próximos, que enriqueceram minha vida com essa convivência, Alexandra, Lailane, Gisele, Juliana e Marciel, que com certeza vou levar eles para sempre no meu coração.

Aos queridos professores pelo comprometimento e compreensão, Leandro Gumieri, Francisco José, Áurea Fabrícia, Camila Neri, Ari, Evandro, Rafael, Emerson, Wiliam, Valmir, Vanessa, Joice, Janaína Monteiro e Juliana Bassan não existem palavras que definam minha gratidão, a vocês professores meu muitíssimo obrigado.

E a todos que contribuíram de alguma forma na realização deste sonho que é ser um Gestor Hospitalar.

Emerson Gregório da Silva

Eu, Gisele, dou graças e louvor à Deus, por permitir e direcionar, esta caminhada cujo meu objetivo foi tornar-me uma profissional melhor e através dessa formação agregar conhecimento e vivenciar experiências que me fez evoluir para uma pessoa melhor e ter um olhar mais amplo para o mundo.

Ao meu amado esposo, Luciano, que compartilho a minha vida à 18 anos, que proporciona apoio, compreensão, colaboração e proteção para que eu possa alcançar sucesso nos meus objetivos pessoais.

Aos meus pais, Manoel e Dalira, que foram os formadores do meu caráter, ensinaram o que era certo e errado e direcionaram com sua sabedoria por quais caminhos que deveria percorrer.

Com muito carinho, aos meus sogros, Osvaldo e Benedita, que me acolheram como filha e cuidaram de mim principalmente durante esses últimos três anos.

Aos meus irmãos, Emerson, Diogo, Mariela, Jéssica e Fabricio, que também inclui os meus cunhados Camila e Thiago, como meus irmãos, pela torcida expressas em palavras e gestos e também meus concunhados que torceram por mim.

Com alegria agradeço aos meus colegas de graduação pelo compartilhamento de seus conhecimentos, experiências, sorrisos, apoio, em momentos que renovaram minhas forças nessa luta. E especialmente ao Daniel e Emerson, que adquirimos experiências e conhecimentos durante a elaboração dos Projetos Interdisciplinares e nessa última fase em que o Emerson e eu permanecemos com o mesmo interesse.

Pelo conhecimento, incentivo, encorajamento e empatia, que meus professores proporcionaram durante esse período, levando-os como exemplo de profissionais e pessoas. Juntamente com meu colega e amigo Emerson, agradecemos nossa orientadora Prof. Janaina, pela dedicação, empenho e, em momentos de aflição, apoio durante o desenvolvimento de nosso trabalho.

A nossa coorientadora Prof. Juliana Cristina Bassan pelo incentivo, compreensão e apoio durante essa etapa tão desafiadora do nosso curso.

E por último a nossa Instituição FATEC Barretos, nas pessoas do nosso querido Diretor Prof. Paulo, nosso estimado Coordenador do Curso Prof. Rafael, nosso abalizado Diretor Acadêmico João Augusto, nossa “torcedora” e preciosa Nádyá do Apoio Acadêmico, nossa querida Aline Assessora Administrativa, nossa empenhada bibliotecária Barbara, nossa estimada Diretora de Serviços Administrativos Amanda Leticia, nossos benquistos Jéssica e Marco Antônio agentes técnicos e nossa eterna gratidão pelo zelo e proteção das equipes de

Serviços Gerais e Controladores de Acesso, que pelo trabalho em equipe nos proporcionaram um ambiente totalmente colaborativo para a conclusão de nosso curso.

Gisele Alves de Sousa

“[...] Durante toda a minha vida, ensinaram-me a morrer como um cristão, mas ninguém me ensinou como deveria viver os anos que precedem a morte.”

Billy Graham

RESUMO

O envelhecimento humano é um processo gradual e irreversível, que se torna cada vez mais relevante devido ao aumento da expectativa de vida. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca a importância do planejamento nos serviços de saúde para prevenir doenças comuns entre os idosos, como câncer e diabetes. A inserção em grupos de convivência, especialmente nos Centros de Convivência do Idoso (CCI), é uma estratégia fundamental para combater a exclusão e promover a socialização, contribuindo para a saúde e autoestima dos idosos. A expectativa de vida no Brasil aumentou significativamente, passando de 45 anos em 1940 para 76 anos em 2020, refletindo melhorias nas condições de saúde e políticas públicas. O envelhecimento ativo é promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma forma de garantir que a longevidade seja acompanhada pela qualidade de vida. Desde a década de 1990, políticas públicas como a política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso têm sido inovadoras para garantir os direitos e a dignidade dos idosos. O programa “São Paulo Amigo do Idoso” busca garantir os direitos e promover a inclusão social dos idosos por meio de ações em saúde, educação e lazer, incluindo os CCIs, que oferecem um espaço seguro para atividades sociais e recreativas. O papel do gestor hospitalar é essencial nesse contexto, pois deve planejar e integrar serviços voltados ao envelhecimento saudável, promovendo a prevenção, capacitação da equipe de saúde e autonomia dos idosos. Os gestores podem desenvolver estratégias que considerem as especificações da população idosa, integrando diferentes níveis de atendimento à saúde e promovendo práticas preventivas, educativas e inclusivas. A capacitação contínua da equipe de saúde e o envolvimento da comunidade são essenciais para garantir um atendimento qualificado e distintivo. Concluindo que uma gestão eficaz, aliada a políticas públicas robustas e à promoção da convivência social nos CCIs, é necessário para garantir um envelhecimento digno e saudável no Brasil.

Palavras-chave: Idoso, gestão hospitalar, envelhecimento, centro de convivência, política pública.

ABSTRACT

Human aging is a gradual and irreversible process that is becoming increasingly important as life expectancy increases. The Pan American Health Organization (PAHO) emphasizes the importance of planning health services to prevent diseases common among the elderly, such as câncer and diabetes. Inclusion in social groups, especially in Centros de Convivência do Idoso (CCI), is a fundamental strategy to combat exclusion and promote socialization, contributing to the health and self-esteem of the elderly. Life expectancy in Brazil has increased significantly, from 45 years in 1940 to 76 years in 2020, reflecting improvements in health conditions and public policies. Active aging is promoted by the World Health Organization (WHO) as a way to ensure that longevity is accompanied by quality of life. Since the 1990s, public policies such as the National Policy for the elderly and the Statute of the Elderly have been innovative in guaranteeing the rights and dignity of the elderly. The “São Paulo Friend of the Elderly” program seeks to guarantee the rights and promote the social inclusion of the elderly through actions in the areas of health, education and leisure, including the CCIs, which provide a safe space for social and recreational activities. The role of the hospital manager is essential in this context, as he or she must plan and integrate services aimed at healthy aging, promoting prevention, health team training and the autonomy of the elderly. Managers can develop strategies that take into account the specifications of the elderly population, integrate different levels of health care, and promote preventive, educational, and inclusive practices. Continuous training of the health care. In conclusion, effective management, allied to robust public policies and the promotion of social interaction in CCIs, is necessary for dignified and healthy ageing in Brazil.,

Keywords: Elderly, Hospital Management, Aging, Community Center, Public Policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Evolução da Expectativa de Vida do Idoso	14
1.2 Políticas Públicas para o idoso	14
1.2.1 Esfera Federal.....	14
1.2.2 Esfera Estadual: São Paulo Amigo do Idoso	16
1.3 A importância do gestor no planejamento, integração e produção de serviços para o envelhecimento saudável.....	18
2 OBJETIVO.....	20
2.1 Objetivos específicos.....	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1 Levantamento Bibliográfico	21
3.2 Definição de critérios de inclusão e exclusão	22
3.3 Seleção dos estudos	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5 CONCLUSÕES	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O ser humano passa por diferentes fases na vida, sendo a infância, a adolescência, a fase adulta e a velhice. Destacando a fase da velhice, o envelhecimento é visto como um processo que ocorre de forma singular para cada indivíduo, sendo gradual, universal e irreversível, devido ao fato de que não se envelhece de uma hora para outra, pois todas as pessoas passarão por esta fase da vida desde que não ocorra óbito precoce (Nahas, 2001).

O envelhecimento está cada vez mais se propagando devido, de modo geral, ao aumento da expectativa de vida, portanto, é preciso que se estudem condições que favoreçam um bom envelhecimento, com qualidade de vida e bem-estar. Já que atualmente as condições físicas e cognitivas possam transformar a velhice em um processo produtivo deixando suas características iniciais para uma evolução no modo de ser, agir, pensar e sentir (Duarte; Moreira, 2016).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) avalia que com o crescimento da população idosa, as mortes em países em desenvolvimento, estarão associadas a doenças ligadas ao processo de envelhecimento, tais como: câncer, diabetes, doenças do aparelho circulatório, depressão e demência. Através desses dados, é importante haver um planejamento por parte dos serviços de saúde que devem incrementar projetos com o objetivo de prevenir ou retardar o surgimento dessas doenças (Brasil, 2006).

Um dos meios de proporcionar uma vida positiva ao idoso, é sua inserção em grupos de convivência para terceira idade que tem por objetivo acabar com o preconceito que existe em relação à população do idoso perante a sociedade, podendo-se destacar melhoria na saúde, autoestima, estabelecimento de amizades o que torna um meio de socialização e de escapar do isolamento (Rizzoli; Surdi, 2010). Além disso, é importante que a família auxilie o idoso em todos os momentos, fazendo com que o mesmo se sinta amado, respeitado e útil, dando suporte que for necessário para que o mesmo enfrente as situações de perda que são inevitáveis nesta fase da vida. O apoio social, principalmente da família, é de extrema relevância no processo de um envelhecimento bem-sucedido (Gonçalves *et al.*, 2024).

Todas as estratégias de organização da atenção à saúde têm como objetivo a universalidade e integralidade do atendimento aos idosos, garantindo o direito à saúde, sem discriminação ou exceção (Rodrigues *et al.*, 2007).

No Brasil, a população idosa cresce de maneira acentuada devido a dois fatores que são respectivamente baixa fecundidade das mulheres e redução nas taxas de mortalidade. O

envelhecimento populacional traz significativas mudanças nas áreas econômicas, políticas, sociais, ambiental e da saúde, bem como desafios para seu enfrentamento, dentre os quais citam-se a oferta de serviços de saúde adequada às necessidades de cada idoso, sejam de prevenção, promoção ou reabilitação, fornecimento dos medicamentos necessários, rede de atendimento e cuidado compartilhado, que envolva a família e os serviços públicos, já que a configuração familiar foi modificada na contemporaneidade também, acrescenta-se a necessidade de serem criadas políticas públicas monetárias para equidade de acesso aos bens e serviços diversos (Duarte; Moreira, 2016).

1.1 Evolução da Expectativa de Vida do Idoso

A expectativa de vida no Brasil tem aumentado significativamente nas últimas décadas. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1940, a expectativa de vida ao nascer era de apenas 45 anos, enquanto em 2019 esse número saltou para 76 anos (IBGE, 2019). Este crescimento reflete não apenas melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida, mas também avanços nas políticas públicas voltadas para a saúde da população idosa. O aumento da longevidade traz desafios importantes, especialmente no que diz respeito à saúde e ao bem-estar dos idosos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o envelhecimento ativo como o processo que busca melhorias nas oportunidades para a saúde, participação e segurança na vida dos idosos. Essa abordagem é fundamental para garantir que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado por uma melhoria na qualidade de vida (OMS, 2005).

1.2 Políticas Públicas para o idoso

Considera-se que o envelhecimento se transformou em uma problemática, onde deve ter atenção econômica, social, cultural e política. Diante disso, torna-se necessário direcionar esforços para aprimorar a qualidade de vida dos idosos nesta fase, por meio das políticas públicas já condicionais, que garantam seus direitos conforme o Estatuto do Idoso. Além disso é fundamental que a família, a comunidade e o poder público assumam um compromisso ativo com os idosos (Duarte; Moreira, 2016).

1.2.1 Esfera Federal

A implementação de políticas públicas expostas para os idosos começou a ganhar destaque no Brasil a partir da década de 1990. Em 1994, foi criada a Política Nacional do Idoso, que estabelece diretrizes para a promoção dos direitos e do bem-estar dessa população (Brasil,

1994). Essa política visa garantir o acesso à saúde, à educação e à assistência social, reconhecendo os idosos como sujeitos de plenos direitos. Em 2003, o Estatuto do Idoso foi promulgado, consolidando os direitos dos cidadãos com 60 anos ou mais e estabelecendo responsabilidades para o Estado na promoção do envelhecimento saudável (Brasil, 2003). Este marco legal é um passo importante na luta contra a discriminação e na promoção da dignidade dos idosos. Abaixo é apresentada a Linha do Tempo das Políticas Públicas.

- 1998 – Constituição Federal: Estabelece o direito universal à saúde e a responsabilidade do Estado, da sociedade e da família no cuidado dos idosos;
- 1990 - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080): Cria o Serviço Único de Saúde (SUS), garantido acesso à saúde para todos os cidadãos, incluindo os idosos;
- 1994 - Política Nacional do Idoso (PNI): Instituída pela Lei nº 8.842, visa garantir os direitos sociais dos idosos e promover sua autonomia e participação na sociedade;
- 1997 – Plano Integrado de Ação Governamental: Implementa ações preventivas e promocionais para a saúde dos idosos, envolvendo vários órgãos governamentais;
- 1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI): Define diretrizes para promover a saúde e prevenir a perda da capacidade funcional dos idosos;
- 2003 - Promulgação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741): é a principal legislação brasileira que protege os direitos dos idosos. Ele define direitos essenciais como acesso prioritário a serviços públicos, proteção contra violência e garantias de saúde e assistência social;
- 2006 – Pacto pela Vida: Reforçou a gestão pública por resultados no SUS, estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários prioritários que foram pactuados e implementados de forma tripartida. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS para garantir o alcance das metas condicionais. Onde as prioridades estaduais, regionais ou municipais poderiam ser integradas às prioridades nacionais por meio de acordo locais, permitindo que estados e municípios pactuassem as ações possíveis para atingir os objetivos gerais, como: promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral, estímulo às ações intersetoriais (saúde, assistência social, educação, etc), qualidade da atenção à saúde, participação e controle social, formação e educação permanente e divulgação e informação. Assim elevou a atenção à saúde do idoso a uma posição de destaque, contribuindo com a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.;
- 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 19 de outubro: Regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.528, busca promover a autonomia e independência

dos idosos. Estabeleceu que uma pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos. Para implementação das diretrizes, conta com o apoio do SUS através das equipes de Saúde da Família, Hospitais Gerais e Centros de Referência (Torres *et al*, 2020). Integrando ações específicas para a saúde da pessoa idosa, visa promover e garantir os direitos da população idosa em todo o Brasil, envolvendo uma cooperação entre União, estados e municípios para implementar ações que melhorem a qualidade de vida dos idosos. Uma das diretrizes é a preservação da sua capacidade funcional e cognitiva (Pinheiro; Areosa, 2019);

- 2012 – Transição entre Pacto pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP): Ausência dos indicadores específicos para monitorar as condições de atendimento da população idosa, ocasionando a perda na priorização da saúde do idoso. O COAP buscou redefinir responsabilidade coletivas por resultados sanitários, mas não conseguiu manter o foco necessário nas necessidades específicas dos idosos. Essa mudança evidenciou a importância de estabelecer indicadores claros e específicos que possam orientar as ações e garantir que as políticas voltadas para os idosos sejam eficazes e atendam às demandas crescentes dessa população em envelhecimento;
- Atualmente: Desafios persistentes na implementação efetiva das políticas públicas, exigindo ações intersetoriais e monitoramento contínuo para atender às necessidades crescentes da população idosa (Torres *et al.*, 2020).

A eficácia das políticas públicas precisa ser avaliada continuamente, com monitoramento constante do impacto das iniciativas na qualidade de vida dos idosos, ajustando as estratégias sempre que necessário (Pinheiro; Areosa, 2019).

Essas políticas têm se mostrado essenciais para promover um envelhecimento ativo e saudável, garantindo que os idosos tenham acesso aos serviços necessários para manter sua autonomia e qualidade de vida e garantido o envelhecimento ativo e saudável (Duarte; Moreira, 2016).

1.2.2 Esfera Estadual: São Paulo Amigo do Idoso

O programa tem como objetivo principal garantir os direitos dos idosos e promover sua inclusão social, saúde, educação e lazer (São Paulo, 2012). Ele se baseia em quatro pilares estratégicos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que incluem:

- Participação: Incentivar a participação ativa dos idosos na vida comunitária e nas atividades econômicas;
- Saúde: Promover ações voltadas à saúde física e mental dos idosos;
- Segurança: Garantir a segurança e proteção dos direitos dos idosos;

- Educação: Oferece oportunidades de aprendizagem contínua para os idosos; O programa abrange diversas ações que visam melhorar a vida dos idosos, incluindo:
- Centros Dia: Espaços destinados ao acolhimento de idosos semidependentes, onde são oferecidos serviços como alimentação, atividades recreativas e assistência médica. Esses centros têm como objetivo evitar o isolamento social e proporcionar um ambiente seguro durante o dia (São Paulo, 2014);
- Centros de Convivência do Idoso (CCI): Locais onde os idosos podem socializar, participar de atividades culturais e recreativas, promovendo um envelhecimento ativo e saudável;
- Cartão Amigo do Idoso: Um benefício financeiro destinado a idosos com mais de 80 anos que possuem renda mensal limitada. Este cartão oferece uma bolsa mensal para ajuda nas despesas diárias (São Paulo, 2014);
- Selo Amigo do Idoso: Um reconhecimento aos municípios que implementam boas práticas em políticas públicas externas para os idosos. Existem diferentes níveis de selo (Inicial, Intermediário e Pleno), que incentivam ações estruturadas em prol da população idosa (São Paulo, 2014).

O programa envolve a adesão de municípios, com 637 cidades já participando das iniciativas propostas. Os municípios devem aprovar um Termo de Adesão e comprometer-se a implementar as ações possíveis para obter os selos correspondentes. Essa mobilização busca criar uma rede de apoio abrangente para os idosos em todo o estado.

Além das ações práticas, o programa também se preocupa com a avaliação contínua das políticas inovadoras. A Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social realiza diagnósticos regulares sobre as condições dos idosos nos municípios participantes, permitindo ajustes nas estratégias conforme necessário.

A formulação das atividades, nos CCI, deve se orientar pelos seguintes principais eixos:

- Fortalecimento do Convívio Familiar e Comunitário: este eixo enfatiza a importância das relações familiares e da integração social dos idosos;
- Mobilização para a Cidadania e Participação Social: busca garantir que os idosos não apenas tenham acesso aos seus direitos, mas também possam exercer seus ativos;
- Envelhecimento Ativo, Autonomia e Protagonismo: é fundamental para garantir que os idosos vivam com dignidade e independência.

1.3 A importância do gestor no planejamento, integração e produção de serviços para o envelhecimento saudável

O papel do gestor hospitalar é essencial no contexto do envelhecimento saudável, especialmente diante do crescimento global da população idosa. O cenário atual demanda que gestores adotem uma abordagem proativa e integrada para atender às necessidades dessa faixa etária, com base nas diretrizes da política "São Paulo Amigo do Idoso". Malagón – Londoño *et al.*, (2019, p. 438) afirmam que, sem comprometer suas atividades tradicionais, as instituições de saúde podem dar uma importante cooperação para a promoção da saúde do idoso. A seguir, destacam-se os principais pontos sobre como esses gestores podem promover um envelhecimento saudável tanto no presente quanto no futuro:

- **Planejamento estratégico:** os gestores devem desenvolver um planejamento estratégico que considere as especificidades da população idosa. Isso inclui a implementação de políticas públicas que promovem a saúde e o bem-estar dos idosos, garantindo acesso a serviços de saúde adequados e de qualidade (Chaves, 2015). Um planejamento deve incluir a análise das necessidades locais e a mobilização de recursos para atender essas demandas;
- **Integração de serviços:** a promoção do envelhecimento saudável requer a integração de diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até serviços especializados (Veras *et al.*, 2013). Os gestores devem articular uma rede de cuidados que permita um fluxo contínuo e coordenado de serviços, facilitando o acesso dos idosos a tratamentos e prevenções facilitadas. Essa integração é crucial para evitar lacunas no atendimento e garantir que os idosos recebam cuidados adequados em todas as fases do envelhecimento;
- **Foco na Prevenção:** os gestores devem promover práticas de prevenção, promovendo atividades que estimulem um estilo de vida saudável entre os idosos. Isso inclui programas de educação em saúde baseado na realidade da pessoa idosa. (Mallmann *et al.*, 2015). A prevenção deve ser vista como uma prioridade para reduzir a incidência de doenças crônicas que afetam essa população;
- **Capacitação da equipe:** A formação contínua da equipe de saúde é essencial para garantir um atendimento qualificado aos idosos. Os gestores devem promover treinamentos e capacitações focadas nas necessidades específicas dessa faixa etária, abordando temas como geriatria, cuidados paliativos e manejo de doenças crônicas (Chaves, 2015). Uma equipe bem treinada pode oferecer um cuidado mais humanizado e eficiente;
- **Promoção da Autonomia:** os gestores devem implementar estratégias que promovam a autonomia dos idosos, permitindo que eles participem ativamente das decisões sobre sua saúde

e bem-estar (São Paulo, 2014). Isso pode incluir a criação de grupos de apoio onde os idosos possam compartilhar experiências e tomar decisões coletivas sobre suas atividades e cuidados;

- **Envolvimento da comunidade:** a colaboração com a comunidade é vital para o sucesso das iniciativas inovadoras para o envelhecimento saudável. Os gestores devem promover parcerias com organizações não governamentais, universidades e grupos comunitários para desenvolver programas que atendam às necessidades dos idosos (Moura; Veras, 2017). O envolvimento da comunidade pode enriquecer as atividades oferecidas nos Centros de Convivência do Idoso (CCIs) e aumentar a participação social dos idosos;
- **Monitoramento e avaliação:** é fundamental que os gestores estabeleçam mecanismos de monitoramento e avaliação das políticas inovadoras. Isso permitirá identificar o impacto das ações na qualidade de vida dos idosos e ajustar as estratégias conforme necessário (Veras *et al.*, 2013; Chaves, 2015). A coleta de dados sobre a saúde e o bem-estar dos idosos deve ser uma prática contínua para garantir que os procedimentos sejam eficazes.

De acordo com Malagón – Landoño *et al.* (2019, p. 438), os pacientes são a essência do sistema de saúde, sendo, portanto, o foco principal das iniciativas e atividades assistenciais. Promover a saúde dos pacientes envolve estruturar a atenção à saúde com uma perspectiva focada neles, priorizando suas necessidades em vez das abordadas nos serviços. Isso requer a inclusão dos pacientes e seus familiares em todos os aspectos oferecidos pelo sistema.

2 OBJETIVO

Analisar a importância do gestor hospitalar na implementação de serviços que promovam um envelhecimento saudável e ativo, através de revisão bibliográfica integrativa para identificar estratégias e desafios no atendimento da população idosa.

2.1 Objetivos específicos

- Observar a evolução da expectativa de vida dos idosos no Brasil e suas implicações para a gestão hospitalar;
- Verificar as políticas públicas constituídas para os idosos, com foco na Política Nacional do Idoso e no programa São Paulo Amigo do Idoso;
- Identificar as principais práticas gerenciais que favorecem a saúde e o bem-estar dos idosos em ambientes hospitalares e nos CCI;
- Avaliar como os CCI podem servir como exemplo para outras instituições de saúde em termos de promoção de saúde e envelhecimento saudável;
- Indicar sugestões para gestores hospitalares sobre a integração das práticas dos CCI em suas estratégias de atendimento aos idosos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho apresenta uma revisão bibliográfica integrativa, este método, combina dados tanto da literatura empírica quanto da teórica, o que ajuda a definir conceitos, identificar lacunas nas áreas de estudo, revisar teorias e analisar a metodologia dos estudos sobre um determinado assunto.

3.1 Levantamento Bibliográfico

Para a realização da revisão, foram incluídos artigos, livro e documentos relevantes publicados entre 1994 e 2024 que abordam temas relacionados a Gestão Hospitalar, idosos, políticas públicas e CCI.

O levantamento bibliográfico foi realizado através da base de dados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) devido diversas vantagens que a tornam uma ferramenta valiosa para pesquisadores e profissionais da saúde. A seguir, estão algumas das principais vantagens de utilizar a BVS:

- Acesso a conteúdo especializado: A BVS disponibiliza uma vasta coleção literatura científica e técnica na área da saúde, incluindo artigos, teses, dissertações e documentos técnicos, facilitando o acesso a informações relevantes e atualizadas.
- Integração de fontes: a BVS integra informações de diversas bases de dados, como Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), *Medical Literature Analysis and retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), permitindo que os usuários realizem buscas em múltiplas fontes simultaneamente, aumentando a abrangência da pesquisa;
- A possibilidade de utilizar descritores padronizados: a plataforma utiliza descritores do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), que são termos controlados e padronizados, facilitando a busca por temas específicos e garantido que os resultados sejam mais relevantes e precisos;
- Interface amigável: a BVS possui interface intuitiva que facilita a navegação e a busca por informações, tornando-a acessível mesmo para usuários com menos experiência em pesquisa acadêmica;
- Recursos de filtragem: A BVS oferece opções de filtragem abrangentes que permitem aos usuários refinarem suas buscas por tipo de documentos, ano de publicação, idioma e outros critérios, ajudando a encontrar exatamente os que precisa;

- Atualização continua: a plataforma é constantemente atualizada com novas publicações e recursos, garantindo que os usuários tenham acesso às informações mais recentes no campo da saúde;
- Suporte à pesquisa colaborativa: a BVS promove a colaboração entre pesquisadores e instituição de saúde, permitindo o compartilhamento de conhecimentos e experiências por meio de sua rede;
- Promoção da saúde pública: ao disponibilizar acesso gratuito à informação científica, a BVS contribui para a promoção da saúde pública e para a formação de profissionais mais bem informados e capacitados.

Essas vantagens fazem da BVS uma ferramenta essencial para aqueles que buscam realizar pesquisas fundamentais na área da saúde. Para este trabalho foram utilizados os descritores relacionados ao tema, como “gestão hospitalar”, “envelhecimento saudável”, “idoso”, “Centro de Convivência de Idoso”, “políticas públicas para idosos” e “qualidade de vida”.

O acesso ao BVS foi realizado no mês de setembro do ano de 2024.

3.2 Definição de critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para seleção das fontes bibliográficas foram:

- Artigos e livros publicados nos últimos 30 anos;
- Estudos revisados por pares que abordem diretamente a gestão hospitalar e o envelhecimento saudável;
- Documentos oficiais que tratem das políticas públicas voltadas para os idosos.

Os critérios de exclusão incluíram;

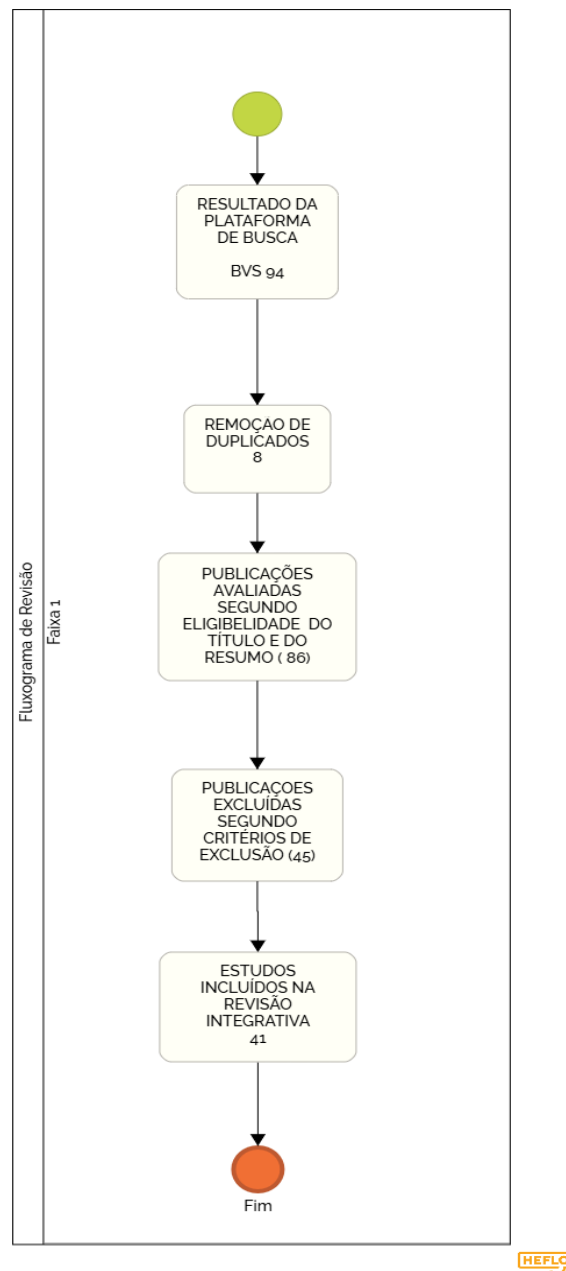
- Publicações que não estejam disponíveis em texto completo;
- Estudos que não apresentem relevância direta para o tema proposto;
- Artigos excluídos levando em consideração a leitura do título e resumo, por não ser pertinente com o tema.

3.3 Seleção dos estudos

Os resultados foram filtrados mediante critérios de inclusão e exclusão. O processo de seleção foi documentado em um fluxograma, conforme recomendado pelas diretrizes PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page *et al.*, 2022).

A ferramenta utilizada para elaboração do fluxograma de revisão é o Heflo®, um software que ajuda a automatizar processos de negócios e funcionar na nuvem. Ele usa a notação BPMN 2.0, que é a forma padrão de desenho de processos.

Figura 1 – Fluxograma das etapas da revisão.

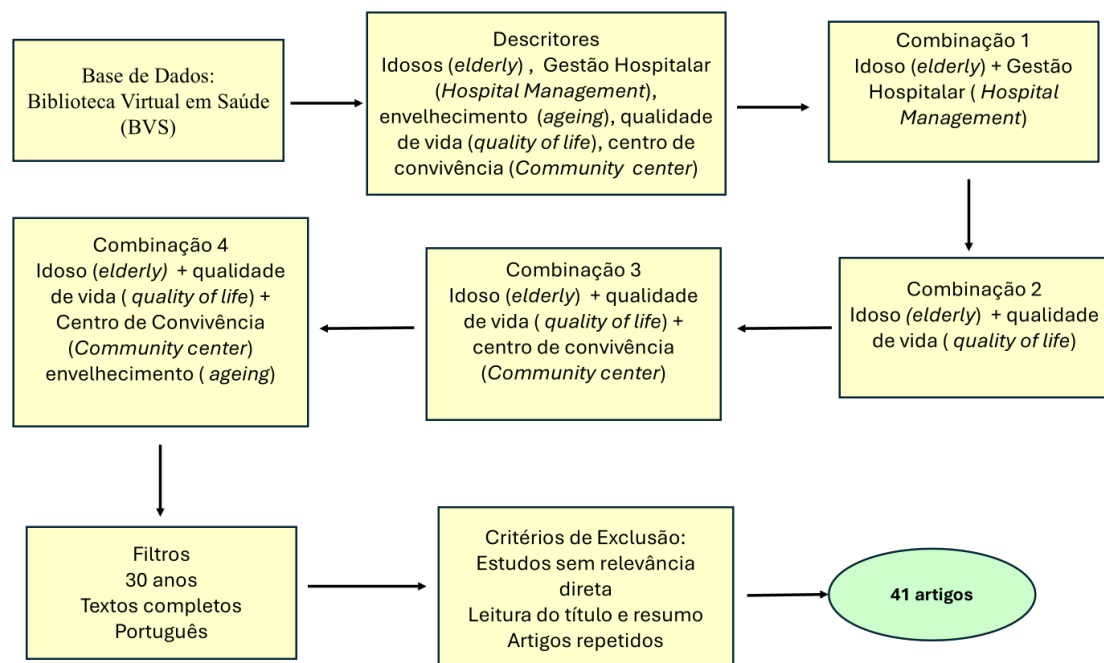


Fonte: Autores, 2024.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em categorias temáticas para facilitar a apresentação das informações. As publicações duplicadas foram eliminadas e foi feita a leitura dos títulos e resumos para análise de elegibilidade. Após, foram descartadas as publicações que não abordavam o tema de interesse ou que não atendiam aos critérios de seleção estabelecidos.

Figura 1: Descrição dos passos para a seleção de documentos para a elaboração da revisão bibliográfica integrativa



Fonte: Autores, 2024.

Neste trabalho, buscamos analisar a importância do gestor hospitalar no planejamento e na integração de serviços voltados para o envelhecimento saudável. A análise dos dados coletados revelou que uma gestão eficaz não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também promove um ambiente mais acolhedor e singular para os idosos. Sendo que, o envelhecimento é descrito como um fenômeno complexo que envolve mudanças físicas, psicológicas, sociais e econômicas, impactando a capacidade funcional dos idosos (Silva *et al*, 2020).

Gonçalves *et al.* (2024), destaca que os gestores têm adotado práticas diversificadas, como a educação em saúde, o mapeamento das vulnerabilidades e a organização de grupos de apoio comunitário. Essas ações visam, não apenas melhorar a qualidade do atendimento, mas também promover a autonomia e o bem-estar dos idosos, assim, ao conhecer as particularidades do envelhecimento e desenvolver estratégias, para atender a singularidade da pessoa idosa, os

gestores podem efetivamente contribuir para um envelhecimento saudável e ativo, minimizando as disparidades no acesso aos serviços de saúde.

O CCI é um exemplo emblemático de como a gestão eficaz pode promover o envelhecimento saudável por meio da integração de serviços e políticas públicas. Os gestores, ao implementarem políticas voltadas para a saúde do idoso, podem utilizar o CCI como espaços estratégicos para a promoção de atividades sociais, educativas e de saúde (Gonçalves *et al.*, 2024). Ao reconhecer a importância dos CCI na gestão de saúde do idoso, os gestores podem efetivamente contribuir para um envelhecimento ativo e saudável, alinhando-se às diretrizes das políticas públicas que visam à promoção da autonomia e bem-estar dessa população.

No CCI são utilizadas práticas como educação em saúde e a organização de grupos de apoio para fortalecer a rede de suporte aos idosos, para promover a socialização e a interação, mas também garantem que os recursos sejam utilizados de forma mais eficaz, facilitando o acesso dos idosos a cuidados integrados, evitando a fragmentação dos serviços. Nessa mesma lógica, ao promover capacitações para cuidadores e familiares, e oferecer suporte emocional e físico, o gestor consegue otimizar o uso dos recursos disponíveis, assegurando que as necessidades dos idosos sejam atendidas de maneira holística (Gonçalves *et al.*, 2024).

Os CCIs também podem ser utilizados como plataformas, aproveitando os grupos comunitários, que incentivam a socialização e o suporte emocional, para mobilizarem recursos comunitários e parcerias com outras instituições, trazendo dinamismo para as necessidades imediatas dos idosos e aumentando a eficiência na alocação de recursos (Chaves, 2015).

Veras (2022), enfatiza que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o ponto de partida para a oferta de cuidados integrados e acessíveis. Isso se alinha com o papel dos gestores, que são responsáveis por articular políticas públicas que promovam o envelhecimento ativo que devem garantir que os serviços oferecidos sejam não apenas abrangentes, mas também adaptados às especificidades dos idosos, considerando suas condições de saúde, limitações funcionais e necessidades sociais. A educação em saúde, por exemplo, é uma estratégia essencial que permite aos idosos e seus cuidadores entenderem melhor as condições de saúde e as opções disponíveis promovendo assim uma maior autonomia e qualidade de vida.

Estudo realizado por Maia *et al.* (2020), evidência que a prevalência de idosos na atenção primária é satisfatória, mas dos 1.750 participantes, entre 60 e 79 anos, da pesquisa apenas 48,7% foram considerados robustos, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido, nos seguintes fatores: autopercepção positiva da saúde, prática de dança, realização de caminhadas, ausência de comprometimento cognitivo, não apresenta sintomas depressivos e independência nas atividades diárias.

É possível supor que os idosos não considerados robustos, podem encontrar nos CCIs, atividades para o aumento de sua autopercepção positiva da saúde, condição física, para aumentar sua cognição, diminuir sintomas depressivos e de sua dependência nas atividades diárias.

Uma ferramenta que pode ser utilizada na promoção de um sistema organizacional que integra redes de serviços assistenciais e educacionais por meio de relação interprofissionais e coparticipativas entre seus componentes é o apoio matricial (AM), trazendo uma estratégia inovadora, envolvendo a reestruturação teórica e conceitual da metodologia de trabalho interdisciplinar em saúde entre a atenção primária e secundária e os serviços que compõem a rede do SUS (Maia *et al.*, 2021).

No dizer de Chaves (2015), destaca-se a articulação entre diferentes níveis de atenção sendo muito importante para garantir um atendimento contínuo e eficaz. Ao adotar o CCI para uma abordagem centrada no idoso, os gestores podem efetivamente contribuir para uma vivência ativa na maturidade.

O estudo confirma que ações de matriciamento podem contribuir para articulação de modelos de cuidado mais eficazes na atenção à saúde do idoso apresentando melhorias significativas em várias dimensões avaliadas, incluindo atividades de vida diária, cognição, humor e mobilidade, causando um efeito positivo na saúde dos idosos (Maia *et al.*, 2021).

Ruoco *et al.* (2015) revela que muitos idosos não se identificam com a condição de “idoso” e estão envolvidos em diversas atividades e com interesses e capazes de participarem ativamente da vida social. Utilizando-se do olhar do idoso, para melhorar e desenvolver estratégias que promovam a autonomia e a inclusão, os gestores podem indicar o CCI para participarem de oficinas culturais, grupos de atividades física e eventos sociais, para fortalecer seu engajamento e bem-estar, que valorizem a experiência e os interesses dos idosos. Ao integrar prática gerenciais discutidas nos artigos, é possível criar um modelo assistencial eficaz com a colaboração de diferentes setores da saúde e a promoção do envelhecimento ativo são fundamentais para garantir que os idosos não apenas recebam cuidados adequados, mas também tenham voz ativa nas decisões que afetam suas vidas. Assim, ao utilizar o olhar do idoso como guia na formulação de políticas públicas e estratégias de gestão, podemos avançar na construção de uma sociedade mais inclusiva e respeitosa com seus idosos.

5 CONCLUSÕES

Na conjuntura atual, pode-se afirmar que há recursos, através das políticas públicas na esfera federal e estadual, em que o gestor hospitalar possa utilizar para transformar o atendimento da pessoa idosa, através de um olhar mais abrangente dos serviços de saúde.

Neste cenário, o estudo realizado com idosos em diferentes contextos, instituição de longa permanência e de centro de convivência, revela a complexidade e a subjetividade desse conceito. Os resultados indicam que a qualidade de vida é percebida de maneira distinta por aqueles que frequentam grupos de convivência em comparação com aqueles que residem em instituições de longa permanência, ressaltando a importância de promover inclusão social e o fortalecimento das redes de apoio aos idosos, que não apenas prolongam a vida, mas também garantem um envelhecimento saudável e ativo (Vieira *et al.*, 2012).

Assim, é fundamental que as políticas públicas sejam desenvolvidas para ampliar as oportunidades de interação social e acesso a recursos que favoreçam o bem-estar dos idosos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida em suas diversas dimensões (Vieira *et al.*, 2012). Diante dessas afirmações, o gestor hospitalar pode-se utilizar, das políticas públicas, para desenvolver estratégias que atendam várias perspectivas do envelhecimento saudável.

Borini e Cintra (2002), consideraram que a velhice é uma etapa de oportunidades, onde a participação dos idosos em centro de convivências faz eles se sentirem mais saudáveis, não pela inexistência de enfermidade, mas pela autonomia trazidas pelas atividades de lazer e assumindo uma percepção melhor de buscar o bem-estar.

Portanto, cabe ao gestor hospitalar buscar compreender as necessidades das pessoas idosas, para oferecer um atendimento que estimulem a promoção da saúde e bem-estar, recorrendo dos centros de convivências como meio para promoção, educação e prevenção da saúde da pessoa idosa.

Para isso propomos a utilização do AM como ferramenta para integrar os serviços da APS, atenção secundária e serviços de apoio como o CCI, nas seguintes ações:

- Integração de Serviços: promovendo a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde, facilitando a comunicação e a colaboração entre equipes da APS, profissionais do CCI e especialistas da atenção secundária. Isso resulta em um fluxo mais eficiente de informações e encaminhamentos, garantindo que os idosos recebam o cuidado necessário em tempo hábil. No estudo realizado Maia *et al.* (2021), o grupo sob intervenção não apresentou incontinência urinária, sem polifarmácia, sem duas ou mais quedas no último ano, sem internação nos últimos seis meses e aumentos de idosos independentes.

- **Apoio à Gestão do Cuidado:** Ao implementar o AM, os gestores hospitalares podem capacitar as equipes de saúde a identificarem e gerenciar melhor as necessidades dos idosos. Isso inclui formação contínua dos profissionais para que possam trabalhar de maneira interdisciplinar, abordando não apenas condições clínicas, mas também os aspectos sociais e emocionais do envelhecimento.
- **Redução da Fragilidade:** O apoio matricial pode levar a melhorias significativas nas dimensões de fragilidade dos idosos, como mobilidade, cognição e atividades da vida diária. Isso é crucial para reduzir a necessidade de internações hospitalares e consultas frequentes, aliviando a pressão sobre os serviços de saúde.
- **Promoção do Envelhecimento Ativo:** O AM também incentiva a participação dos idosos em atividades de convivência e lazer. Assim os CCIs podem ser utilizados como espaços para desenvolver programas que integram cuidados de saúde com atividades sociais, contribuindo para o bem-estar geral dos idosos.
- **Monitoramento Contínuo:** A metodologia do matriciamento permite um acompanhamento contínuo das condições de saúde dos idosos, facilitando intervenções precoces quando necessário. Isso é especialmente importante em ambientes onde os idosos podem apresentar múltiplas comorbidades e fragilidades.
- **Desenvolvimento de Protocolos Compartilhados:** O trabalho colaborativo entre as equipes permite a elaboração conjunta de diretrizes clínicas e sanitárias adaptadas às necessidades específicas da população idosa. Isso pode garantir que todos os profissionais envolvidos estejam alinhados em relação ao cuidado oferecido.
- **Eficiência no Uso de Recursos:** Com uma abordagem integrada, é possível otimizar o uso de recursos disponíveis na rede SUS, evitando duplicidade de esforços e promovendo uma gestão mais eficiente do sistema de saúde.

Portanto, cabe ao gestor hospitalar buscar compreender as necessidades das pessoas idosas, para oferecer um atendimento que estimulem a promoção da saúde e bem-estar, recorrendo dos centros de convivências como meio para promoção, educação e prevenção da saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- BORINI, M. L. O.; CINTRA, F. A. Social Representações Sociais da Participação em Atividades de Lazer em Grupos de Terceira Idade, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 568-574, set-out. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/dcvF3DvCSzypHzhLZ9Y4Yns/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 out. 2024.
- BRASIL, **Lei nº 10. 741 de 1 de outubro de 2003**. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília:DF. Presidência da República, 01 ago.2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 31 out. 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 8. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em 31 out. 2024.
- BRASIL. **Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 jan.1994. Seção 1, p. 1-3 Acesso em: 31 out. 2024.
- CHAVES, J. C. **O papel do gestor em saúde no envelhecimento ativo**. 2015. Curso de Especialização (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, Picada Café, 2015. Disponível em https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15618/TCCE_GOPS_EaD_2015_CHAVES_JULIANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 31 out. 2024.
- DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política Nacional De Saúde Da Pessoa Idosa: Integralidade E Fragilidade Em Biopolíticas Do Envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54631>. Acesso em: 31 out. 2024.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos**. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 12 out. 2024.
- GONÇALVES, J. L. *et al.* Estratégias de gestores no cuidado com idosos dependentes em domicílio no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. 1-8, 2024.
- MALAGÓN-LONDOÑO; G.; LAVERDE, G.P.; LONDOÑO, J.R. **Gestão Hospitalar: para uma administração eficaz**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 418 p.
- MAIA, L. C. *et al.* Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-11, 2020.
- MAIA, L. C. *et al.* Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1-11, 2021.

MALLMANN, D. G. *et al.* Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763–1772, 2015.

MORALES, M. **Cartão Amigo do Idoso deve beneficiar população acima de 80 anos de todo o Estado a partir de maio**. Disponível em:

<<https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/cartao-amigo-do-idoso-deve-beneficiar-populacao-acima-de-80-anos-de-todo-o-estado-a-partir-de-maio/>>. Acesso em: 14 nov. 2024

MOURA, M. M. D. D.; VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 19–39, 2017.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. – Florianópolis:Ed. do Autor, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7685/envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28/10/2024.

PAGE, M. J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. 1-20, 2022.

PINHEIRO, O. D. D.; AREOSA, S. V. C. A IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS. **Revista Baru - Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, v. 4, n. 2, p. 183–193, 2019.

RIZZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 225–233, 2010.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 536–545, 2007.

RUOCO, M. *et al.* Quem falou que idosa só fica em casa? **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 693–698, 2015.

SÃO PAULO (Estado) **Guia de Orientações Técnicas Centro de Convivência do Idoso** - «Centro Conviver / Secretaria de Desenvolvimento Social. - São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014. 22 p. 1.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 58.047, de 15 de maio de 2012**. Institui o Programa Estadual "São Paulo Amigo do Idoso", e o "Selo Amigo do Idoso", e dá providências correlatas. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2012/decreto-58047-15.05.2012.html>>. Acesso em: 31 out. 2024.

SILVA, S. G. M. D.; ASSUNÇÃO, A. N. D.; PORTO, V. F. D. A. Perfil fonoaudiológico de idosos participantes de grupos de convivência desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 32, n. 2, p. 245–258, 2020.

TORRES, K. R. B. D. O. *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-22, 2020.

VERAS, R. P. *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 385–392, 2013.

VIEIRA, K. F. L. *et al.* Representações sociais da qualidade de vida na velhice. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 540–551, 2012.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE BARRETOS-FATEC

Tecnologia em Gestão Hospitalar

ANDERSON MARTINS DA SILVA

ANDRÉIA SILVA MARTINS

THAIS APARECIDA RIBEIRO DE OLIVEIRA

TECNOLOGIAS DE GESTÃO DE ESTOQUE EM FARMÁCIAS HOSPITALARES

BARRETOS

2024

ANDERSON MARTINS DA SILVA
ANDRÉIA SILVA MARTINS
THAIS APARECIDA RIBEIRO DE OLIVEIRA

TECNOLOGIAS DE GESTÃO DE ESTOQUE EM FARMÁCIAS HOSPITALARES

Trabalho de Graduação apresentado como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar apresentado à Faculdade de Tecnologia de Barretos – FATEC.

Orientadora: Prof. Dra. Janaina Monteiro de Souza

BARRETOS

2024

Ficha Catalográfica
Desenvolvida pela Biblioteca da Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”

S586t Silva, Anderson Martins da Silva
Tecnologias de gestão de estoque em farmácias hospitalares /
Anderson Martins da Silva, Andreia Silva Martins, Thais Aparecida
Ribeiro de Oliveira. – Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a
Édi Salvi Lima”, 2024
39 p.

Trabalho de Graduação (Tecnologia em Gestão Hospitalar) -
Faculdade de Tecnologia de Barretos “Prof.^a Édi Salvi Lima”
Orientadora: Janaína Monteiro de Souza

1. Gestão Hospitalar . 2. Estoque Farmácia Hospitalar. 3.
Tecnologia Farmácia Hospitalar. I. Título.

ANDERSON MARTINS DA SILVA
ANDRÉIA SILVA MARTINS
THAIS APARECIDA RIBEIRO DE OLIVEIRA

TECNOLOGIAS DE GESTÃO DE ESTOQUE EM FARMÁCIAS HOSPITALARES

Trabalho de Graduação apresentado
como requisito para a obtenção do título
de Tecnólogo em Gestão Hospitalar
apresentado à Faculdade de Tecnologia
de Barretos – FATEC.

Orientadora: Prof. Dra. Janaina
Monteiro de Souza

Aprovado em: 24 de junho de 2024

AVALIADORES

Prof. Dra. Janaina Monteiro de Souza
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof. Esp. Leandro Gumieri
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

Prof. Esp^a: Cristina Parisoto
Faculdade de Tecnologia de Barretos-FATEC

BARRETOS

2024

DEDICATÓRIA

Agradecemos este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui hoje, reunidos, desfrutando juntos, deste momento tão importante.

Aos meus familiares pelo esforço, dedicação e compreensão, por todos os momentos desta tão grande caminhada e das que estão por vir.

A todos os amigos que direta ou indiretamente nos ajudaram a persistir, incentivar e mostrar o quanto é importante lutar por nossos objetivos por mais que sejam árduos e principalmente a nossas famílias que são base para toda conquistas.

RESUMO

A gestão de medicamentos e materiais em ambiente hospitalar é crucial na organização institucional, com gastos significantes em suas atividades, as quais devem ser aplicadas de maneira eficaz e econômica. Para utilização do capital financeiro de uma empresa, deve-se ter como fundamento processos de logística como ferramenta indispensável, aplicada juntamente com o estoque, observando a relação entre a necessidade de compra e o desperdício. Nesse sentido, utiliza-se de várias ferramentas para o gerenciamento de estoque, como por exemplo os softwares de estoque que oferece subsídio para o setor de farmácia hospitalar. O objetivo deste estudo, é analisar as estratégias de gestão capazes de otimizar a utilização do estoque de medicamentos para evitar gastos desnecessários e manter a disponibilidade de medicamentos. A metodologia aplicada foi revisão bibliográfica dedutiva e análise de trabalho com estudos de casos para mostrar a eficiência na aplicação de sistemas tecnológicos. Concluindo que a tecnologia é indispensável para qualquer ramo de atuação na sociedade contemporânea e não seria diferente no ramo hospitalar. A tecnologia nos processos de gestão é realizada com mais rapidez e confiabilidade. Evidenciado que é possível reduzir custos com a informatização da farmácia, através de um controle na aquisição e na distribuição de materiais e medicamentos. O uso do sistema informatizado, permite integrar a farmácia a outros setores do hospital viabilizando um fluxo de informações entre os diversos setores.

Palavra chaves: gestão hospitalar; estoque farmácia hospitalar, tecnologia farmácia hospitalar.

ABSTRACT

The management of medicines and materials in a hospital environment is crucial in the institutional organization, with significant expenses in its activities, which must be applied effectively and economically. To use a company's financial capital, logistics processes must be based as an indispensable tool, applied together with stock, observing the relationship between the need to purchase and waste. In this sense, several tools are used for inventory management, such as inventory software that offers subsidies for the hospital pharmacy sector. The objective of this study is to analyze management strategies capable of optimizing the use of medication stocks to avoid unnecessary expenses and maintain medication availability. The methodology applied was a deductive bibliographic review. Concluding that technology is indispensable for any field of activity in contemporary society and it would be no different in the hospital field. Technology in management processes is carried out faster and more reliably. It is evident that it is possible to reduce costs with the computerization of the pharmacy, through control over the acquisition and distribution of materials and medicines. The use of the computerized system allows the pharmacy to be integrated with other sectors of the hospital, enabling a flow of information between the different sectors.

Keywords: hospital management; hospital pharmacy stock, hospital pharmacy technology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição metodológica dos estudos incluídos nesta revisão.....	13
Tabela 2: Comparativo entre dado, informação e conhecimento. KIRCHHOF, L. T. 2024	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVOS.....	11
3.1	Objetivo geral	11
3.2	Objetivos específicos.....	11
4	METODOLOGIA	11
4.1	Tipo de pesquisa	11
4.2	Período de pesquisa.....	12
4.3	Métodos.....	12
4.3.1	Elaboração da pergunta norteadora	12
4.3.2	Bases de dados e Critérios de inclusão e exclusão	12
5	ANÁLISE DOS DADOS	16
5.1	Gestão hospitalar	16
5.2	Farmácia hospitalar	19
5.3	Gestão de estoque em farmácia	20
5.4	Técnicas tradicionais de gestão de estoque em farmácia hospitalar ..	22
6	TECNOLOGIA	24
6.1	Tecnologia da informação.	25
6.1.1	Sistema de informação	26
6.2	Análise de casos referente a relação de tecnologia de otimização de estoque e a eficiência na redução de custo	28
6.3	Sistemas de Automação Hospitalar	29
6.4	Sistema de gestão de farmácias	31
6.4.1	Sistema colmeia.....	31
6.4.2	Sistema TASY.....	31
6.4.3	Totvs Saúde Hospitais e Clínicas	33
	CONCLUSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

As questões de gestão, em uma empresa são sempre discutíveis, pois é por meio delas que se fundamenta o bom desenvolvimento e crescimento empresarial. Estando a gestão administrativa diretamente ligada ao setor de estoque em medicamentos e sua funcionalidade (FARIAS e ARAUJO 2017. p. 23).

De acordo com o Dicionário Aurélio o termo gestão significa ato ou efeito de gerir, administração, gerência, ou seja, a gestão por processos trata-se de um sistema adotado pelas empresas que estabelece o foco nos processos geradores de valor (FERREIRA, 2018 p.1).

A gestão em processos, no caso de farmácia hospitalar, utiliza tanto da presença humana (enfermeiras, médicos e farmacêuticos) quanto o uso de tecnologias (softwares) que permite a agilidade do setor farmacêutico (LEITE, et. al. 2021. p. 13).

A farmácia é parte integrante da gestão hospitalar, responsável por prestar assistência farmacêutica, produção, armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos aos setores que necessitam desse produto, portanto, necessita de um sistema que organize de forma eficaz os critérios terapêuticos combinados com redução dos custos que evitariam o prejuízo a instituição (SOARES, 2021. p. 22).

Ao passo que os hospitais passaram a se atualizar com a adoção de tecnologias nas áreas administrativas, tais técnicas também foram aplicadas nas farmácias com a utilização de softwares que auxiliam na logística desse setor, pois além de realizar a dispensação de medicamentos o farmacêutico hospitalar tinha a responsabilidade de organizar toda a estrutura, pois cada medicamento tem suas particularidades, modo de estoque e durabilidade diversas, o que pode dificultar o planejamento do ressuprimento de controle (MOTTA, et. al. 2019. p. 24).

Sendo necessário uma gestão de medicamentos eficiente, uma vez que os processos de programação, aquisição, armazenamento e distribuição interna devem ser constantemente avaliados. Essas avaliações são o que garante a qualidade e segurança para os pacientes e conseqüentemente uma melhoria no desempenho da farmácia hospitalar (BRASIL, 2009).

Na década de 30 ocorreu o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade da organização dos hospitais, porém somente no 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões ocorrido em 1951 que foram

estabelecidos os componentes do prontuário médico, bem como algumas normas gerais para a organização do hospital, indispensáveis ao bom funcionamento do setor (FARIAS e ARAUJO 2017. p. 23).

No início, toda a gestão hospitalar era realizada de modo manual, isto é, uma pessoa ou um grupo era responsável por administrar todo o ambiente hospitalar, desde os assuntos mais simples até os mais complexos, o que na maioria das vezes resultava em falhas. A utilização dos sistemas veio para suprir as necessidades do setor e garantir um serviço de qualidade (AZEVEDO, et al. 2020. p. 44).

Nesse sentido, para conseguir ofertar um serviço de qualidade os métodos computadores passaram a ser aplicados no âmbito hospitalar, visto que a tecnologia se tornou constante e indispensável para o desenvolvimento da Saúde.

Contudo, apesar de toda busca de aliar saúde à tecnologia, ainda existe no Brasil unidades de saúde que não possuem acesso à internet e nem computadores, o que remete a precariedade de tempos remotos (TIC SAÚDE, 2021. p. 125).

No início de sua aplicação, os sistemas hospitalares foram aplicados somente para atender as necessidades administrativas, ou seja, parte financeira, folha de pagamento e contabilidade. Somente tempos depois que as preocupações com a automação das rotinas passaram a ser alvo do sistema de informações hospitalares formando assim os módulos e subsistemas que formam os sistemas integrados atualmente conhecidos (AZEVEDO, et al. 2020. p. 44).

Portanto, o presente trabalho tem a intenção de discutir a respeito da importância da aplicação dos sistemas informatizados para garantir a boa gestão hospitalar e concomitantemente a funcionalidade da gestão da farmácia inserida dentro do ambiente hospitalar.

2 JUSTIFICATIVA

A tecnologia está presente no cotidiano de todos os setores da sociedade contemporânea, sendo uma ferramenta na área da saúde. Atualmente os hospitais são empresas que buscam oferecer um serviço de qualidade, otimizado com baixos custos, e, é nesse cenário que a tecnologia veio para auxiliar o processo de gestão, tendo em vista que a grande maioria dos hospitais são divididos em setores interligados contendo área administrativa e clínica.

Os sistemas tecnológicos são utilizados pelos hospitais para auxiliar o controle dos medicamentos inseridos no centro de abastecimento farmacêutico, ou seja, evitam que haja divergências entre o estoque físico e o estoque registrado, o que pode resultar em compras desnecessárias, falta ou vencimento de medicamentos.

Portanto, é de livre escolha da administração dos hospitais escolher se vai adotar a aplicação dos sistemas informatizados e qual o sistema de gestão que melhor se adeque as suas necessidades, levando em consideração as particularidades de cada empresa, visto que um estoque bem gerenciado contribui para agilidade na dispensação dos medicamentos, evitando atrasos e proporcionando um atendimento ao paciente mais eficiente. Nesse contexto, constata-se a relevância de estudos, na implantação de estratégias de gestão, para otimização do estoque de medicamentos em farmácias hospitalares exigindo a necessidade de reorganização estrutural física e de trabalho Inter setorial, demonstrando o interesse e as vantagens na adequação e redução de custos com os estoques farmacêuticos objetivando qualidade na segurança dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as estratégias de gestão em estoque de medicamentos em instituições de saúde hospitalares, visando a redução de custos, garantia de qualidade e atendimento segura aos pacientes.

3.2 Objetivos específicos

- Elencar na literatura existente modelos de otimização aplicáveis a farmácias hospitalares.
- Analisar os métodos atuais de gerenciamento de estoque de medicamentos;
- Identificar os principais desafios enfrentados pelas farmácias;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O desenvolvimento do trabalho foi uma Revisão bibliográfica pelo método dedutivo que apresenta um tipo de estrutura de raciocínio lógico, para chegar a uma conclusão específica, utilizando-se uma ideia generalista.

4.2 Período de pesquisa

Esse trabalho foi realizado no período de março de 2023 a junho de 2024, com a entrega do trabalho final.

4.3 Métodos

4.3.1 Elaboração da pergunta norteadora

Como a tecnologia pode auxiliar na gestão de farmácias hospitalares.

4.3.2 Bases de dados e Critérios de inclusão e exclusão

Foi realizado um levantamento bibliográfico preliminar a fim de justificar a escolha do tema. A seleção do material foi processada por meio de leitura sistemática dos resumos *on-line*, sendo esta orientada pelos seguintes critérios:

Como critério de inclusão, a busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: *LILACS* (Literatura Internacional em Ciências e Saúde), *SCIELO* (Biblioteca Eletrônica Científica Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foi realizado também um levantamento de sites que ofereciam serviços em tecnologias para gestão de farmácia hospitalares. As publicações contemplam o período de 2013 a 2023.

Como critérios de exclusão, foi utilizado: publicações anteriores ao ano de 2013, referências que não permitiram acesso gratuito ao texto completo *on-line*, os estudos que não forneceram dados referentes aos objetivos traçados e que não atendessem aos critérios de inclusão.

Após a revisão bibliográfica, foram selecionados 12 artigos e estes analisados na íntegra. Sendo adotado as palavras-chave: gestão hospitalar; estoque farmácia hospitalar, tecnologia farmácia hospitalar. Segue abaixo os artigos selecionados:

Tabela 1: Descrição metodológica dos estudos incluídos nesta revisão

	AUTOR	TITULO	A N O	OBJEIVO	CONCLUSÃO
1	Vasconcelos, Jaqueline Cruz de; Hamer, Erica Ripoll.	Indicadores de qualidade para otimização da qualidade em farmácia hospitalar	2023	Identificar, a partir de publicações científicas, indicadores de qualidade para a otimização da gestão em farmácia hospitalar.	As ferramentas de gestão da qualidade mais frequentemente reportadas foram as relacionadas com a definição da causa raiz. Os indicadores de qualidade utilizados para monitorar os resultados foram, principalmente, satisfação da equipe de trabalho, tempo gasto na execução das atividades e redução de erros e custos.
2	Rodrigues, Cássio Alexandre Oliveira; Paiva, Vaneska Silveira de	Redução de custos hospitalares após implementação de ferramentas informatizadas na logística de um serviço de farmácia hospitalar	2022	Avalia os impactos que um processo de informatização da rastreabilidade e o uso de ferramentas informatizadas proporcionaram a um serviço de farmácia hospitalar, com o objetivo de descrever os impactos financeiros após a implementação dessas ferramentas.	Percebe-se que a informatização da rastreabilidade e o uso de ferramentas informatizadas para suporte no processo de trabalho logístico permitem contribuir significativamente para reduzir custos hospitalares.
3	Leite, Maria Beatriz dos Santos; El-Hassani, Maurício Puertas; Abreu, Clézio Rodrigues de Carvalho.	A importância da farmácia clínica no contexto hospitalar	2021	Descrever a importância e a contribuição da farmácia clínica na promoção em saúde dentro de uma organização hospitalar, destacando os consensos sobre esta temática na literatura científica especializada	A farmácia clínica hospitalar apresenta importância para a saúde pública de uma forma geral e o farmacêutico clínico torna-se uma peça chave dentro da equipe multiprofissional hospitalar
4	Pereira, Laura M. V; Abramovicius, Alexandra C; Ungari, Andrea Q; Oliveira, Heloisa B. D; Aragon, Davi C; Costa, Andre L; Forste, Aldaisa C.	Descrição de prática para a gestão da farmácia hospitalar	2017	Demonstrar a aplicabilidade, no contexto da saúde hospitalar, de um sistema de medição de desempenho da farmácia.	A abordagem de gestão baseada em processos foi eficaz para a farmácia hospitalar. A premissa adotada é que as mudanças administrativas (interferências), com foco na melhoria dos processos e seleção e acompanhamento de indicadores, têm influência sobre os

					processos, reduzindo a variabilidade e melhoria da qualidade (AU)
5	Azevedo, Sâmia Jamylle Santos de; Moura, Larissa Kelly Silva de; Nascimento, Camila Matias; Costa, Theo Duarte da; Salvador, Pétala Tuani Candido de Oliveira	Percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde	2 0 2 0	descrever as percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde.	verificou-se que os gestores relacionaram a qualidade à resolutividade do atendimento aos usuários, bem como a um bom relacionamento entre profissionais e à consequente melhoria no processo de trabalho.
6	Almeida, Talita Dias de.	Erros de medicação: buscando fragilidades e detectando barreiras para aumentar a segurança da terapia medicamentosa no ambiente hospitalar	2 0 1 9	identificar publicações cujo tema central seja erros de medicação e/ou barreiras para evitar/diminuir esses erros, resumindo as evidências disponíveis sobre a eficácia e o efeito dessas intervenções podendo auxiliar na prevenção de erros de medicação de uma equipe multiprofissional em ambiente hospitalar	incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o uso de medicamento
7	Soares, Suellen de Abreu.	Manual para otimização da aquisição de medicamentos no âmbito hospitalar	2 0 2 1	O objetivo deste estudo foi identificar as principais causas de desabastecimento de medicamentos em uma unidade de saúde e desenvolver um manual para otimização da aquisição de medicamentos.	Com o manual espera-se otimizar a gestão logística de medicamentos e reduzir a incidência de problemas com desabastecimento, gerando um impacto positivo na assistência ao paciente
8	Zunkowski, Tania Maria Tacca; Trindade, Letícia de Lima; Andrigue, Karen Cristina Kades; Martins, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; Amestoy, Simone Coelho; Lutinski, Junir Antonio; Ribeiro, Olga Maria Pimenta Lopes.	Uso de tecnologias de informação e comunicação: estudo quantitativo com enfermeiros gestores hospitalares	2 0 2 2	Analisar a percepção da utilidade das tecnologias de informação e comunicação na gestão hospitalar por enfermeiros	O uso das tecnologias de informação e comunicação entre enfermeiros gestores hospitalares requerem observar o perfil, investir em sua formação e considerar as características do contexto de trabalho.
9	Carvalho, Michelle Lúcia Teixeira de; Marreiro,	Tecnologia da informação e	2 0	Compreender como as tecnologias	Conclui-se que o sistema AGHU, da

	Liliane Agnelly dos Anjos; Carvalho, Gyl Dayara Alves de; Albuquerque, Saemmy Grasiely Estrela de; Santos, Sérgio Ribeiro dos.	comunicação: impactos na gestão de enfermagem	2 1	informação e comunicação influenciam o processo de tomada de decisão de enfermeiros gestores em um hospital universitário.	forma como se encontra estruturado, não está sendo utilizado de maneira coesa, tendo repercussão negativa na qualidade dos serviços prestados à gestão de saúde. (AU)
10	Motta, Kaio Feroldi; Poncetti, Angélica; Ferreira Urdiales; Esteves, Roberto Zonato.	O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar	2 0 1 9	o presente relato de experiência busca discorrer a respeito do impacto da Tecnologia da Informação (TI) junto à gestão hospitalar, visando demonstrar que os gastos inerentes à mesma não devem ser tidos como custo, mas um investimento, uma vez que o setor auxilia nas tomadas de decisão, gerando benefícios tanto na assistência prestada ao paciente quanto na Administração da Entidade.	foi possível concluir que investimentos na área tecnológica e informacional nem sempre precisam estar condicionados a grandes aportes financeiros. (AU)
11	Santos, Marlene Cristina dos; Marin, Heimar de Fátima.	Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares	2 0 1 8	Analisar o uso de um sistema informatizado pelos gestores hospitalares, avaliando a satisfação quanto à utilidade e facilidade de uso do sistema.	Os gestores demonstraram maior satisfação com a utilidade do sistema quando comparada com a facilidade de uso, devido às características do sistema e da instituição.
12	Farias, Diego Carlos; Araújo, Fernando Oliveira de	Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais.	2 0 1 7	Propõe a realizar uma revisão da literatura científica referente aos temas de gestão hospitalar e projetos que vêm sendo aplicados no contexto hospitalar.	Investigadores em procurar uma administração mais vertical e horizontalmente dialógica, melhor definição dos processos de trabalho, ferramentas tecnológicas inovadoras de apoio ao processo de gestão e por fim a possibilidade de aplicação de metodologias de gestão de projetos em colaboração com a gestão hospitalar

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Gestão hospitalar

A gestão hospitalar é um mecanismo de administrar um hospital e seus setores específicos no caso desse trabalho, foi realizado uma análise das estratégias tecnológicas na gestão de farmácias hospitalares.

Referente ao ambiente hospitalar, os pesquisadores Azevedo et. al. (2020 p.24) ressaltaram a importância de um modelo de gestão partindo da premissa de que o paciente é o centro das disposições, motivo que a empresa se propõe a definir suas diretrizes e focar suas ações, ou seja, o principal produto do hospital é o cuidado dos pacientes.

A grande parte dos bens e serviços de saúde estão vinculado a pessoa e, só se concretizam no momento em que atende às necessidades de saúde do paciente ou de seu familiar. Para atingir essa finalidade são utilizados uma gama de recursos, materiais, equipamentos, instalações e tecnologia.

Atualmente existem métodos de automatizar os processos relacionados à gestão hospitalar, o que torna mais eficiente e evita prejuízos para a administração. Um desses processos automatizados é a utilização dos softwares que em sua grande maioria conseguem organizar todos os setores do hospital formando um sistema integrado (MOTTA et. al. 2019. p.44).

Para um hospital conseguir implementar de maneira correta novos sistemas de gestão é necessário fazer análise dos custos, equilíbrio do desenvolvimento profissional dos funcionários e o estabelecimento de atendimento humanizado aos pacientes. Nesse sentido, é importante a utilização de um sistema de gestão hospitalar apropriado que possa criar, desenvolver e aplicar conceitos que visam a melhoria do seu serviço (MOTTA et. al. 2019. p.44).

De acordo com Vasconcelos e Hamer (2023. p.25), uma das atuações da gestão hospitalar está vinculada ao setor da farmácia, mais propriamente dito na gestão de medicamentos, um dos departamentos mais importantes de uma organização hospitalar, pois o risco de vir a faltar algum medicamento ou a realização de compras desnecessárias pode colocar em risco a administração da empresa.

Além disso, um programa e/ou métodos de controle adequado também favorece a organização da farmácia, facilitando a localização e armazenamento dos

medicamentos com uma resposta mais rápida e precisa às demandas dos profissionais de saúde.

Contudo, o assunto estoque está diretamente relacionado com a logística da empresa, uma vez que é por meio da logística que se organizam os produtos em seus devidos lugares. Sendo relevante e necessário para melhorar a gestão de estoque, reduzir custos, garantir a disponibilidade dos medicamentos, aumentar a segurança dos pacientes e melhorar a qualidade do atendimento prestado (VASCONCELOS e HAMER. 2023. p. 51).

Entretanto, a busca por um serviço de qualidade começou com a necessidade de implementar alguns planos de recuperação após a segunda Guerra Mundial, um deles foi o Total Quality Management (TQM) que visava auxiliar na retomada do mercado competitivo. A partir desse momento a qualidade do serviço passou a ser encarada como uma estratégia competitiva mostrando que a preocupação com a satisfação de toda cadeia competitiva (FARIAS e ARAÚJO. 2017. p.22).

Deste modo, a gestão de qualidade passou a ser um diferencial não somente para o setor industrial como também para todas as empresas prestadoras de serviços, focando na prevenção de possíveis falhas desde o processo de desenvolvimento do produto.

Para se atingir a qualidade nos cuidados à saúde há necessidade de se observar alguns atributos desejáveis.

Segundo os autores Farias e Araújo, (2017. p. 23), esses atributos são sete, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia pode ser mensurada pelo benefício produzido por sua aplicação, ou seja, a obtenção da melhoria sobre um problema específico, aplicado na população definida, com conhecimento já existentes, observando os resultados obtidos.

A eficiência está relacionada com a otimização dos recursos, onde se busca realizar as tarefas de forma eficaz e econômica, isto é, a eficiência na gestão hospitalar visa executar a mesma tarefa, porém com menos tempo e menos recursos financeiros e materiais aplicados sem comprometer a qualidade do serviço prestado (FARIAS e ARAÚJO. 2017. p.23).

A efetividade vai além dos dois pilares citados acima, pois concentra seu trabalho na entrega de um serviço de qualidade, em menor espaço de tempo e material aplicado, contudo com a garantia do resultado real e positivo. Trata-se das estratégias aplicada pela gestão hospitalar a fim de garantir não somente os

resultados satisfatórios, porém buscando aprimorar continuamente os métodos aplicados para garantir uma prestação de serviço da melhor qualidade. Nesse sentido, é crucial as avaliações periódicas para conseguir a efetividade da gestão hospitalar, pois garante a confiabilidade dos pacientes e consolida reputação perante a concorrência (FARIAS e ARAÚJO. 2017. p.24).

A otimização da gestão concentra-se no tempo, ou seja, economizar tempo com atividades desnecessárias e aprimorar o tempo dedicado às tarefas essenciais.

Sua importância está na necessidade de constantemente os processos internos dever ser ajustados de acordo com a necessidade e a pretensão do serviço prestado, aprimorando a qualidade e garantindo o direcionamento dos recursos nas áreas preferências (FARIAS e ARAÚJO. 2017. p.24).

O Pilar da aceitabilidade refere-se a autonomia do paciente e suas expectativas em relação ao atendimento. Nesse contexto, a qualidade não está apenas associada a resultados clínicos, mas também à satisfação do paciente e à valorização de sua opinião (FARIAS e ARAÚJO. 2017. p. 25).

Atualmente para se classificar um serviço de qualidade é importante criar um ambiente onde o enfermo sinta-se respeitado, informado e envolvido no seu próprio cuidado, contribuindo para a eficácia, eficiência e efetividade do tratamento (FARIAS e ARAÚJO. 2017.p. 25).

De acordo com a gestão em saúde, o pilar da legitimidade é alcançado quando existe a qualidade do serviço prestado, isto é, quando a instituição hospitalar se torna referência em seu campo de atuação, ofertando as melhores práticas e padrões de qualidade, não somente para os pacientes, mas a todos os profissionais que fazem parte do processo administrativo (FARIAS e ARAÚJO. 2017.p.25).

Por fim, o último Pilar da gestão em saúde é o da equidade e refere-se à manutenção da qualidade na prestação do atendimento assistencial para todos os indivíduos, sem distinção de raça, de credo ou socioeconômica (FARIAS e ARAÚJO. 2017. p.25).

Assim, ao analisar o processo de gestão hospitalar fica evidente que a preocupação da administração deve ser atender a toda relação entre o paciente e o serviço ofertado, uma vez que a finalidade é proporcionar um serviço de qualidade com investimentos de recursos específicos.

5.2 Farmácia hospitalar

Para entender o tema proposto será demonstrado alguns conceitos de farmácia hospitalar.

Segundo Leite, et.al. (2021. p.56),

À Farmácia Hospitalar é o serviço por meio do qual se pode executar, dentro do hospital, a farmácia clínica e demais atividades relacionadas à assistência farmacêutica.

De acordo com a Anvisa farmácia seria:

Estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica (BRASIL. 2009. p.8)

Nesse sentido, pode se entender que é o local onde se manipula, comercializa e armazena todos os produtos que têm o objetivo de atender pacientes e clientes via medicamentos ou produtos complementares (SANTOS, 2021. p.43). Os medicamentos são as drogas mais conhecidas pela sociedade, e é difícil identificar desde quando as substâncias são utilizadas para curar o corpo do ser humano.

A farmácia hospitalar pode ser dividida em farmácia Central e farmácia satélite. A farmácia Central tem o objetivo de receber, armazenar, estocar, controlar e distribuir o estoque os medicamentos e materiais para as farmácias satélites do hospital. As farmácias satélites ficam responsáveis em separar e enviar os medicamentos de forma individual demonstrando mais agilidade na distribuição de materiais (LEITE, et al. 2021. p.41)

Esse setor age de acordo com a estrutura e serviços oferecidos pela administração hospitalar demonstrando sua principal atenção as necessidades dos pacientes e seus medicamentos. As características específicas da farmácia hospitalar estão diretamente relacionadas com a forma com que a administração é instaurada, pois suas atividades garantem a segurança do tratamento terapêutico (AZEVEDO, et. al. 2020. p. 88).

Seguindo os ensinamentos de Motta et. al. (2019. p. 25), a infraestrutura e o sistemas tecnológicos implementados são primordiais para um funcionamento eficaz

das atividades, possibilitando o funcionamento correto dos produtos farmacêuticos sendo eles seleção; programação; aquisição; armazenamento; distribuição e dispensação.

Deste modo, a seleção se trata do processo de escolha do medicamento de acordo com as necessidades de tratamento das doenças prevalentes. A programação está diretamente relacionada com o sistema de abastecimento e acesso aos medicamentos disponibilizando as quantidades necessárias de acordo com solicitado. A etapa de aquisição é constituída pelo processo de compra dos medicamentos, que deve seguir uma programação estabelecida com quantidade, qualidade e segurança (VASCONCELOS e HAMER, 2023. p. 88).

O processo de armazenamento, tem a finalidade de garantir as condições corretas do estoque, garantindo a eficácia do produto. A etapa de distribuição consiste na organização que garante rapidez e segurança na entrega. A última fase é etapa de dispensação que o oferece aos pacientes os medicamentos de acordo com a receita prescrita pelo profissional médico (SOARES, 2021. p. 65).

5.3 Gestão de estoque em farmácia

Para a empresa ter uma organização de seu material e bens existe a necessidade de desenvolver um controle de estoque, local onde esse material fica armazenado (ABREU, 2021. p. 30).

Existe várias classificações de estoque que leva em consideração a função a ser exercida, Estoque de segurança; Estoque de ciclo; Estoque de desacoplamento; Estoque de antecipação e Estoque de distribuição (ABREU, 2021. p. 30).

Segundo Silva (2018. p. 30), a finalidade do estoque é manter o equilíbrio entre a necessidade de produção com a distribuição do produto, ou seja, a compra e a distribuição devem se manter equilibradas.

O objetivo principal da gestão de estoques de uma organização é adequar o investimento em estoques aumentando o uso eficiente dos meios internos da empresa, minimizando as necessidades do capital investido. Para atingir os objetivos na execução das funções descritas, o responsável pela gestão de estoques desenvolve, cotidianamente, as atividades de definição dos materiais a serem estocados análise do comportamento de cada item de estoque estabelecendo níveis adequados de estoques, classificação de materiais de estoque emissão de pedido de compra, registro de movimentações de materiais, identificação de materiais obsoletos,

realização periódicas de inventários físicos de estoques e emissão de relatórios de acompanhamento (SILVA, 2018. p. 30)

Nesse sentido, o controle de estoque exerce um papel de destaque dentro de uma empresa, pois guarda todos os produtos que a empresa necessita para seu bom funcionamento e o mau uso dos materiais armazenados podem vir a causar grandes prejuízos na administração.

Portanto, dentro de um ambiente hospitalar o setor farmacêutico é responsável pelo armazenamento dos medicamentos e, portanto, deve exercer o controle de estoque de maneira eficaz (RODRIGUES e PAIVA. 2022. p. 54).

Contudo, existem classificações de estoque onde se levam em consideração o produto e a forma de armazenamento. Dentre as classificações disponíveis encontram-se: PEPS e UEPS, Custo médio, Just In Time e a Curva ABC que serão analisadas no decorrer do trabalho.

Ressaltando que existe dois grandes problemas que podem acontecer caso o estoque das farmácias, não seja feito de maneiras correta. Primeiro, não ter o medicamento disponível para uso no momento em que for necessária aplicação. Segundo, o acúmulo de medicamentos devido compras desnecessárias (LEITE, et.al. 2021. p. 21)

Nesse sentido a organização do estoque visa facilitar o desenvolvimento do setor de modo com que a localização dos itens esteja com fácil acesso e que os medicamentos que precisam de uma estocagem especial não sejam danificados ou inutilizados por estar fora de alcance ou por falta de manuseio adequados.

A realização do inventário periódico fundamenta-se no segundo problema, uma vez que, para considerar o estoque eficaz deve-se manter a contagem de medicamentos atualizado. O inventário rotativo pode ser feito em determinado período definido ou realizados de acordo com a necessidade (PEREIRA, et. al. 2017. p. 44)

Outro ponto muito importante na organização do estoque são as compras dos itens e as quantidades de cada produto, pois nem todo medicamento tem sua utilização recorrente, é nesse ponto que o inventário rotativo é utilizado, pois é por meio deste que se obtém a realidade do estoque (PEREIRA, et al. 2017. p. 45)

De certo modo é complicado garantir uma padronização nas farmácias hospitalares, uma vez que, cada hospital tem a liberdade de escolher o modo com que será realizado a organização do seu estoque de medicamentos. O que deve ser mantido é uma organização em seus estoques a fim de que possam garantir um

atendimento de qualidade a todos os seus pacientes que necessitam de seus medicamentos no momento adequado (PEREIRA, et al. 2017. p. 45)

5.4 Técnicas tradicionais de gestão de estoque em farmácia hospitalar

A gestão da farmácia dentro de um hospital é responsável pelo bom desenvolvimento do setor, ou seja, garante que todos os atos administrativos sejam realizados de modo com que os recursos financeiros da instituição não sejam desperdiçados (LEITE, et.al. 2021. p. 55)

De acordo com Vasconcelos e Hamer (2022. p. 89) é possível identificar algumas técnicas para a gestão dos estoques em farmácia.

Na classificação da PEPS e UEPS “Primeiro a entrar, primeiro a sair”. Nesse método os itens em estoque são identificados por data de recebimento e por esse motivo, os que entrarem primeiro devem sair antes dos que chegarem depois. Já no método UEPS defende o contrário: “último a entrar, primeiro a sair”. Nele, os produtos que entraram mais recentemente no estoque devem ser os primeiros a sair

De acordo com a classificação de custo médio ou, média ponderada móvel, busca ponderar os valores do estoque cada vez que um novo item é acrescido. Para isso, consideram-se os valores dos itens mais antigos e dos novos, dividindo o total pelo número de itens em estoque

Contudo, na classificação Just In Time, onde na tradução seria “na hora certa”, é observado o estoque com o mínimo de itens possível. A principal vantagem desse sistema é reduzir custos com armazenamento e manutenção. Assim sendo, os materiais só são entregues quando seu uso ou envio for imediato. Para a aplicação desse método é necessário que o responsável pelos pedidos tenha amplo conhecimento em gestão de estoque e tenha um contato com fornecedores que entreguem sob demanda, pois o descuido com organização do estoque pode causar uma falta no abastecimento.

O modelo de estoque de curva ABC, onde consiste em separar os materiais em três classes de acordo com o grau de importância dentro do estabelecimento, permitindo identificar qual o produto, demanda mais atenção devido a sua rotatividade e importância financeira Para se conseguir aplicar a classificação ABC em produtos farmacêuticos a necessidade de se conhecer quais são os medicamentos da curva A, os da curva B e da curva C. Os medicamentos da curva A são todos aqueles que necessitam de compra constante, uma vez que o giro de estoque é muito alto. Já os medicamentos da curva B são os intermediários e compõem cerca de 35% do estoque. Por fim os produtos da curva C são os que necessitam de compras

esporádicas, já que seu consumo é menor (SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. 2022. p. 1)

Entretanto, as farmácias hospitalares carecem de uma logística mais complexa para se administrar o material estocado, pois é necessário determinar a quantidade de itens, determinar quando abastecer e reabastecer, levando em consideração determinado período, E para isso, a realização de inventários periódico é de suma importância, para se obter uma resposta mais efetiva (RODRIGUES e PAIVA. 2022. p. 55).

Devido ao avanço tecnológico na área hospitalar, foram desenvolvidos alguns mecanismos para auxiliar o processo de gestão farmacêuticas com a finalidade de evitar erros e garantir uma maior segurança aos pacientes.

Segundo Rodrigues e Paiva (2022. p. 72) um dos mecanismos adotado foram criação do prontuário eletrônico do próprio paciente que reúne todas as informações prescritas contendo as substâncias e as possíveis reações alérgicas. Outra ferramenta utilizada são os softwares de logística de farmácia melhorar a eficiência do controle de estoque; reduzir falhas relacionadas à falta de medicamentos; diminuir os desperdícios; e promover a dispensação correta do medicamento para o paciente.

Todavia, com a utilização da tecnologia nas farmácias hospitalares despertou a necessidade de uma regulamentação do assunto, por esse motivo o Governo Nacional instituiu a Lei 11903/ 2009, que dispõe sobre o rastreamento da produção e do consumo de medicamentos por meio de tecnologia de captura, armazenamento e transmissão eletrônica de dados Sistema Nacional de Controle de Medicamentos – SNCM (MOTTA, et. al. 2019. p.112).

Contudo, somente com a RDC nº 157, de 11 de maio de 2017 que os prazos para implementação do sistema estabelecido.

Já existem alguns métodos de rastreamento de produtos definidos no mercado, seja código de barra, QR Code, infravermelho ou até mesmo RFID (Radio-Frequency Identification), métodos que quando conectadas a sensores consegue as informações em tempo real ou não. Além de poder ser utilizado ao longo da cadeia de suprimento desde a necessidade de distribuição de medicamentos para as farmácias até o monitoramento da entrega e a qualidade do produto (SANTOS e MARIN. 2017. p.85).

Nesse sentido, para que todos os recursos de rastreamentos funcionem efetivamente necessita-se da aplicação da tecnologia, e, portanto, essa ferramenta será analisada no próximo tópico.

6 TECNOLOGIA

Atualmente a utilização da tecnologia se mostrou indispensável para a sociedade contemporânea, pois está presente no dia a dia de todas as pessoas seja em casa, no trabalho, escola ou até mesmo na rua, o que força as pessoas aprender a lidar com essa ferramenta cada vez mais cedo.

No século XXI, o acesso à tecnologia ficou mais alcançável o que proporcionou uma transformação em seu uso, pois garantiu uma maior interação entre as pessoas, troca de informações e conhecimento (KARASINSKI, 2013. p. 90).

O mundo digital está presente no cotidiano da sociedade, todavia o acesso à tecnologia não garante que a pessoa esteja inserida na sociedade de informação, para que isso ocorra é necessário saber utilizar tais tecnologias e selecionar as que melhor auxiliam nas soluções de problemas, na compreensão de mundo e suas mudanças ambientais.

O avanço tecnológico também foi outro fator que influenciou diretamente no modo das pessoas se interagir, formando uma linguagem eletrônica configurada numa nova sociedade, cujo acesso à informação e conhecimento estão fora do espaço e do tempo (REZENDE, 2002. p. 88).

De acordo com o Karasinski (2013. p. 90), a tecnologia seria o uso de técnicas e do conhecimento adquirido para aperfeiçoar e/ou facilitar o trabalho com a arte, a resolução de um problema ou a execução de uma tarefa específica.

Graças a tecnologia o acesso à informação foi ampliada e por esse modo passou a ser conhecida como tecnologia da informação, ou seja, um conjunto de recursos computacionais para manipulação e geração de informações/conhecimentos (REZENDE, 2002. p. 88)

Hoje em dia, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) representam uma força determinante do processo de mudança social, surgindo como a trave-mestra de um novo tipo de sociedade, a sociedade de informação. Estas tecnologias referem-se a três domínios distintos embora interligados entre si: (i) o processamento, armazenamento e pesquisa de informação realizados pelo computador; (ii) o controle e automatização de máquinas, ferramentas e processos, incluindo, em particular, a robótica; e (iii) a comunicação, nomeadamente a transmissão e circulação da informação. (REZENDE, 2002. p. 87)

É indiscutível que a tecnologia trouxe inovações nos métodos de relacionamento entre as pessoas.

6.1 Tecnologia da informação.

As empresas no passado trabalhavam de forma manual o que demandava muito tempo e trabalho humano. Contudo, graças a utilização das tecnologias, as atividades que demandavam muitas horas de trabalho para ser finalizadas passaram a ser executadas por sistemas informatizados, com máquinas que realizam todo o trabalho braçal com mais velocidade e precisão.

A tecnologia também influencia no modo que as empresas atuam frente a sua concorrência. A utilização do sistema de informação correto pode agilizar as atualizações e na criação do plano estratégico mais preciso e organizado.

Segundo Santos e Marin (2018. p. 97).

Uma empresa deve se destacar da sua concorrência. Para ser bem-sucedida, deve se identificar e se promover como a melhor fornecedora de atributos que sejam importantes para os clientes-alvo.

Nesse sentido, as empresas necessitam observar a necessidade de aplicação dos níveis hierárquicos da informação, onde os dados são transformados em informação, as informações geram conhecimento e o conhecimento gera as estratégias a ser aplicadas no processo de gestão da empresa (CARVALHO, et. al. 2021. p. 56)

Os softwares, são organizados e estruturados para cada empresa, levando em consideração o campo de atuação e a necessidade de cada uma.

No caso das empresas farmacêutica existe a necessidade de aplicação de um banco de dados onde são inseridos os medicamentos ofertados para tratamento.

O banco de dados são sistemas organizados e na maioria dos casos informatizados. As formas de se obter um banco de dados são as mais diversas sendo diferenciadas pelo que se motiva a criação do mesmo. Talvez o ponto crítico no que concerne a forma de constituição dos dados seja o trato dos perfis armazenados. Há uma preocupação acerca dos dados contidos no banco de dados, por ser uma importante fonte de informação. Em regra, os itens contidos em um determinado banco de dados não são de livre acesso (MOTTA, et. al. 2019. p. 86).

Nesse contexto é importante observar que realizará a gestão de tal sistema e a gestão deve ser “[...] a posseção dos sistemas informáticos onde se armazenam os dados e a possibilidade de concordar os mesmos para sua consulta e atualização. (SANTOS e MARIN. 2018. p. 53)”

6.1.1 Sistema de informação

Uma parte importante da tecnologia da informação seria os sistemas aplicados a ela, isto é o sistema de informação que nada mais é do que um mecanismo que auxiliam os usuários a analisar problemas e visualizar soluções.

Segundo Laudon (2014. p.66), sistema de informação seria

[...] tecnicamente como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam (ou recuperam), processam, armazenam e distribuem informações destinadas a apoiar a tomada de decisões, a coordenação e o controle em uma organização.

Nesse sentido, compreende-se que o sistema de informação, ou softwares, contém determinados dados referente a pessoas, locais, produtos ou qualquer outra informação que possa vir analisada e organizada.

De acordo com o dicionário Aurélio (2004. p. 46),

[...] dado é o ponto de partida em que se assenta uma discussão, ou, como alternativa, o princípio ou base para se entrar no conhecimento de algum assunto. Dados no plural, é registrado como o conjunto de material (=informação) disponível para análise.

Com a apreciação da tabela abaixo, pode-se observar a diferenciação entre dados e informação.

Tabela 2: Comparativo entre dado, informação e conhecimento.

DADO	INFORMAÇÃO	CONHECIMENTO
Simple observação sobre o estado do mundo. ■ Facilmente estruturado. ■ Facilmente obtido por máquinas. ■ Frequentemente quantificado. ■ Facilmente transferível.	Dados dotados de relevância. ■ Requer unidade de análise. ■ Exige consenso em relação ao significado. ■ Exige necessariamente a mediação humana.	Informação valiosa da mente humana. Inclui reflexão, síntese e contexto. ■ De difícil estruturação. ■ De difícil captura em máquinas. ■ Frequentemente tácito. ■ De difícil transferência.

Fonte: KIRCHHOF, L. T. 2024

Resumindo, por meio da figura abaixo pode-se observar que as informações têm níveis hierárquicos, ou seja, os dados geram informações, que geram o conhecimento, que geram resultados.

Nesse sentido, os sistemas de informações ainda podem ser divididos em quatro categorias levando em consideração o nível de atuação sendo sistema de informação em nível operacional, em nível de conhecimento, nível administrativo ou nível estratégico (CARVALHO, et. al. 2021. p. 81).

Os sistemas de informação operacionais são responsáveis por monitorar as atividades básicas e comerciais da empresa com as questões rotineiras e o fluxo das transações. O sistema de informação de conhecimento são os que prestam suporte aos funcionários responsáveis pelas análises de dados da empresa. Já o sistema de informação do nível administrativo é responsável pelo monitoramento, controle e as tomadas de decisões pode tirar por fim o sistema de informação em nível estratégico analisam as atividades de planejamento ao longo prazo administradores (CARVALHO, et. al. 2021. p. 81).

Deste modo, os sistemas de informação ou softwares, estão presentes em todas as áreas da empresa e não seria diferente das empresas de cunho farmacêutico, uma vez que auxiliam na tomada de decisões, planejamento, suporte a funcionários e até mesmo na criação de novas ideias mostrando os pontos que a empresa poderá ver a traçar para alcançar o objetivo final.

6.2 Análise de casos referente a relação de tecnologia de otimização de estoque e a eficiência na redução de custo

As empresas estão adotando diferentes sistemas para otimizar sua gestão de estoque, sempre levando em consideração suas necessidades primárias, baseando nisso houve a necessidade de identificar alguns estudos que apontam a eficiência da aplicação da tecnologia para a obtenção do maior interesse de uma empresa, a obtenção de lucro com a redução de custos.

De acordo com estudo realizado por Silva e Silva (2019 p.15) referente a tecnologia utilizada na empresa Sotreq, que desde de 2016 faz uso de tecnologia na gestão de armazenamento de seus produtos com o sistema SAP (XXXXX), porém operava com números baixos na sua produção gerando atrasos na guarda e abastecimento. Em 2019, a gestão da empresa optou na troca do sistema SAP pelo WMS (Warehouse Management System) para gerir seu estoque, com a utilização do WMS houve acréscimos de 1000%, entre os itens recebidos, 150% entre os itens recolhidos e 177% de itens movimentados. Em contrapartida, houve o decréscimo de 85% de atraso das pendências de abastecimento e 87% na guarda, finalizando o resultado mais importante o da entrega de mercadoria ao cliente final. Assim, observou-se que apesar do alto investimento, houve excelência de resultados no controle e gestão de estoque.

Em pesquisa realizada por Neto (2022) na rede de supermercado Pai e Filho, localizada nas cidades de Conde e Alhandra no primeiro momento já foi identificado impactos negativos gerados pela falta da gestão de estoque, responsável por comprometer o orçamento da empresa. Como forma de solucionar os problemas identificados, foi indicado a utilização do método de classificação ABC para gestão do estoque, além modificações que deveriam ser feitas de forma manual e tecnológica. De forma manual, observar o local onde o produto estava armazenado e escolher a melhor forma de layout para o produto ser empilhado. De forma tecnológica a empresa deverá adotar softwares auxiliares para sua gestão, Supplier Relationship Management (SRM) que permite uma comunicação eficaz com seus fornecedores, aumentando a eficiência dos processos associados à aquisição de bens e serviços, gestão de inventário e materiais de processamento, reduzindo custos de produção e promovendo uma maior qualidade e do preço do produto final.

Rodrigues, (2016. p. 57) realizou pesquisa na empresa de materiais para construção Dicico que emprega o sistema integrado ECR SAP que engloba todos os departamentos da empresa. Um dos setores da empresa é o centro de distribuição que juntamente ao SAP realiza um controle total em relação às rupturas de estoque, diminuindo o ciclo de pedido de compra, reduzindo os níveis de estoque e potencializando o processo de compra, reduzindo as devoluções e eliminando o erro humano. A gestão da Dicico utiliza da curva ABC como instrumento para identificar os itens que merecem atenção e tratamento adequados para administração. Nesse sentido, a empresa analisada utiliza do sistema integrado SAP que proporcionam o eficiente de controle de reposição, que evita rupturas e excesso de produtos, oferece uma visão total com controle de volume de recebimento baseando na venda, ou seja, o SAP é uma metodologia de gestão de estoque, venda abastecimento e controle que possibilita a inserção de Novos Produtos ou modificação de produtos já inseridos. Assim, a gestão da empresa demonstrou que a utilização conjunta curva ABC combinada com o sistema SAP oferece a administração uma gestão de estoque eficiente atendendo as necessidades da empresa.

6.3 Sistemas de Automação Hospitalar

O hospital nada mais é do que uma empresa especializada na área da saúde, e, portanto, tem a tecnologia inserida em toda sua administração, principalmente no que se refere a técnicas de prevenir, tratar e curar doenças (SANTOS e MARIN. 2018 p. 46). Contudo, para o desenvolvimento desse trabalho será detalhado até tecnologia aplicada na gestão de estoque de medicamentos, pois graças a esse sistema é possível cadastrar itens no estoque, realizar baixas e entradas, suprir as necessidades das farmácias satélites e os demais setores que utilizam de medicamentos (ANDREOLI, et al., 2014. p. 23).

A utilização da tecnologia se mostrou numa nova realidade para as empresas médicas que buscam um serviço de qualidade e uma competitividade no mercado, uma vez que é um instrumento facilitador dos recursos materiais, humano e financeiro (SANTOS e MARIN. 2018. p. 46).

Com o uso da tecnologia houve a necessidade de se instaurar um sistema que faz uso de técnicas computadorizadas cujo objetivo é dinamizar e otimizar os

processos produtivos e na maioria das vezes sem ou com a mínima interferência humana.

Automação hospitalar refere-se à utilização de tecnologias para uma execução automática de tarefas, por meio de sistemas inteligentes e equipamentos modernos, ou seja, mais uma aplicação da tecnologia nos hospitais (ZUNKOWSKI. 2022. p. 41)

Os sistemas de informações possibilitam a automação hospitalar com a garantia de vários benefícios da aplicação da automação hospitalar, entre eles a redução de custo, facilitação no agendamento de consulta, segurança nas informações, otimização no atendimento (CARVALHO, et. al. 2021. p.66).

Atualmente, na gestão de um hospital existem vários sistemas informatizados aplicados para o desenvolvimento de cada setor.

A principal finalidade do uso da tecnologia nos hospitais é a possibilidade de se obter um sistema integrado que implementaria a automação, isto é, uma plataforma que concentraria todas as informações necessárias para uma gestão hospitalar, cruzando informações de todos os setores automáticos (SANTOS e MARIN. 2018. p. 46)

Esse modelo de sistema integrado de gestão é conhecido por ERP, HIS e RIS/PACS, tornam-se ferramentas fundamentais e basicamente visa reunir em uma única ferramenta as diferentes áreas da organização, possibilitando uma visão geral de todo o desenvolvimento hospitalar (SANTOS e MARIN, 2018. p. 46)

A utilização do prontuário eletrônico foi uma das grandes modificações adotadas pelos grandes hospitais graças à tecnologia. Consiste na utilização de um software que permite armazenar, recuperar e analisar todos os dados clínicos de um paciente desde sua internação até a sua saída evitando assim a possibilidade de perda de alguma informação (MOTTA, et. al. 2019. p. 58).

Outra mudança possibilitada pelo uso da tecnologia foi o desenvolvimento da telemedicina, amplamente aplicada após o período da pandemia do Covid 19, período em que os restos hospitais foram restritos. A telemedicina são as aplicações da área médica utilizada com as estruturas de telecomunicação, ou seja, as informações são utilizadas praticamente para esclarecimento de dúvidas via teleconferência e até pequenas consultas (AZEVEDO, et. al. 2020. p. 80)

A utilização dessa tecnologia nos hospitais possibilitou uma fluidez no atendimento da demanda, pois de maneira remota o médico consegue consultar o paciente, observar imagens e oferecer o diagnóstico solicitando a presença física

somente em casos específicos, reduzindo assim a presença desnecessária do paciente no ambiente hospitalar (ZUNKOWSKI, 2022. p. 42).

6.4 Sistema de gestão de farmácias

No tocante aos sistemas operacionais utilizados pelos hospitais para gerir seus estoques de medicamentos alguns foram selecionados para ser analisados com detalhes.

6.4.1 Sistema colmeia

O sistema Colmeia é um dos sistemas de gestão hospitalar disponível no mercado e gerencia todos os processos administrativos, operacionais e clínicos de maneira segura. Sua organização é composta por células operacionais o que faz com que o hospital tenha as informações centralizadas de todos os setores integrados.

Referente as prescrições eletrônicas de pacientes, o sistema permite que sejam externas ou internas, dependendo do estado do enfermo sendo que nas prescrições externas é possível criar modelos de prescrições por patologia, pesquisar medicamentos no D.E.F. (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas) e até criar bancos de medicamentos genéricos, comerciais e manipulados. Já nas prescrições internas possível realizar uma prescrição com a solicitação de materiais e medicamentos diretamente para a farmácia, gerando uma requisição automática e integrada.

Nesse sentido, a gestão de estoque farmacêutico realizado pelo sistema Colmeia além de controlar o estoque, entradas de NF, fornecedores, consumo, dispensações, entradas e saídas, devoluções, perdas, também faz a rastreabilidade das dispensações cumprindo as normas estabelecidas pela ANVISA, disponibilizando as movimentações por meio de relatórios de consumo, gráficos e controle e alerta de vencimentos e quantidades mínimas do produto (SISTEMA COLMEIA. 2024. p.1)

6.4.2 Sistema TASY

O Tasy é o principal software de gestão hospitalar disponível no mercado e contempla diferentes áreas, englobando questões administrativas e assistenciais.

Unifica processos dentro de um único sistema. Esta plataforma de gestão, comercializada pela empresa multinacional Philips.

Foi desenvolvido pela primeira vez no Brasil há mais de 20 anos por uma pequena equipe de especialistas clínicos e operacionais que reconheceram a necessidade de consolidação de dados. Atualmente, está em uso em mais de 990 instituições públicas e privadas, incluindo clínicas, centros de diagnóstico e hospitais generalistas e especializados (MAKOWSKI, 2019. p. 1).

O sistema de gestão em saúde Tasy se sobressai graças a seu escopo abrangente, atuando na administração do paciente, o gerenciamento do ciclo de receitas, operações clínicas e financeiras e relatórios corporativos.

Segundo o sistema Tasy, Entendida como uma unidade completa, pois abrange ações desde a produção, armazenamento, controle, dispensação, distribuição de medicamentos até a atividades de revisão de prescrição e orientação aos pacientes.

Referente à gestão de estoque farmacêutico, o sistema garante que o medicamento necessário esteja previamente disponível para quando o paciente necessitar. Envolvendo a padronização, cadastro de materiais e medicamentos até a fixação sua logística, impactando positivamente na ação do médico com a prescrição eletrônica do medicamento (MAKOWSKI, 2019. p. 1).

Segundo o sistema Tasy, os parâmetros de estoque máximo mínimo são essenciais, uma vez que permite automatizar a solicitações de compra, reduzir os estoques da instituição e, conseqüentemente, reduzir custos com a armazenagem.

Tal sistema possibilita várias configurações diferentes desde a implementação de sistemas mais simples, até os mais complexos como a dispensação de dose unitária individuada por horário.

De acordo com a gestora do sistema Tasy,

é capaz de suportar toda esta cadeia, inclusive permitindo que farmacêuticos clínicos tenham uma ferramenta específica para a gestão dos planos terapêuticos dos pacientes (Gestão dos Planos Terapêuticos) o que promove maior agilidade na revisão de prescrições, uma vez que agrupa todas as prescrições em vigência para o paciente e auxilia na identificação de medicamentos com doses não recomendadas prescritas, interações medicamentosas, medicamentos de uso próprio do paciente, identificação de medicamentos não padronizados, dentre outros, facilitando o registro de reconciliação medicamentosa e a documentação de demais intervenções realizadas, além de outros benefícios (MAKOWSKI, 2019. p.1).

A apresentação para o médico dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente no momento da prescrição também pode auxiliar na garantia de que os medicamentos que o paciente necessita sejam de fato prescritos, uma vez que existe uma considerável quantidade de pacientes que faz uso de poli medicação e por isso há o risco de algum deles ser esquecido (MAKOWSKI, 2019. p. 1).

O Tasy ainda possui o diferencial de poder integrar-se a diferentes automatizações como armários eletrônicos e outras soluções em automatização extremamente complexas que vão desde o armazenamento, unitarização e dispensação de medicamentos de acordo com o que foi prescrito para o paciente (MAKOWSKI, 2019. p. 1).

Outro diferencial do sistema é que ele pode englobar diferentes automações tipo armários eletrônicos, armazenamento, e dispensação de medicamento, obtendo assim a implementação dos 9 acertos (paciente certo, medicamento certo, via de administração certa, hora certa, dose certa, registro correto da administração do medicamento, orientação correta ao paciente quanto ao que está sendo administrado, indicação, dose e frequência, forma farmacêutica certa e resposta certa) (MAKOWSKI, 2019. p. 1).

Nesse sentido, o sistema Tasy garante na farmácia hospitalar a possibilidade de uma rastreabilidade de materiais e medicamentos, controle correto do estoque, maior segurança e menor possibilidade de erros resultando satisfação do paciente e qualidade do serviço.

6.4.3 Totvs Saúde Hospitais e Clínicas

Esse sistema atua de acordo com as legislações do setor e em conformidade com as práticas contratuais dos planos de saúde e todas as ferramentas garantidas pela Lei de Proteção de Dados (BRASIL, 2018. p. 1).

Segundo tal sistema, é possível realizar relatórios customizados de acordo com os indicadores exigidos de cada instituição oferecendo assim um plano estratégico dinâmico possibilitando a melhora na qualidade de tomada de decisões reduzindo e/ou controlando os custos do hospital (TOTVS, 2024. p.1).

Referente à farmácia hospitalar o sistema Totvs, permite uma administração ágil e eficiente em todos os processos, ou seja, no recebimento de prescrições, no

estoque e dispensação de medicamentos e no controle do rastreio de entregas (TOTVS, 2024. p.1).

Por meio desse sistema, o próprio farmacêutico pode analisar as prescrições médicas sugerindo possíveis mudanças caso necessário. Seus dados são integrados aos outros módulos de forma automática o que possibilita a integridade das informações.

CONCLUSÃO

Graças a observação de alguns artigos que trazem a análise de estudos de caso prático referente a relação da tecnologia de otimização de estoque e a eficiência da redução de custo, foi possível concluir que por mais que precise de investimento financeiro para aplicação dos sistemas informatizados na gestão do estoque, esse investimento, ao longo prazo se torna ínfimo em relação as vantagens e benefícios que trazem na sua aplicação. Foi possível observar ainda, que em alguns casos, a empresa chegou a apresentar um acréscimo de mais de 200% na entrega dos produtos.

Os hospitais sempre desempenharam um papel de destaque na sociedade, pois são os grandes responsáveis pelo tratamento das enfermidades da população. No decorrer dos anos, essas grandes instituições passaram a ter uma preocupação além do que somente tratar as doenças, começaram a exigir de sua gestão um serviço de excelência e qualidade.

Atualmente existem vários softwares cuja finalidade é gerar um sistema integrado de gestão hospitalar, onde alguns são gratuitos e outros são sistemas pagos e utilizam os métodos de análise de mercadorias de acordo com a necessidade de cada instituição.

O controle de estoque hospitalar farmacêutico, em muitas instituições ainda é realizado de modo manual, o que pode acarretar erros quantitativos, as ocorrências errôneas em estoques são frequentes, e no caso de um hospital, esta situação pode ocasionar falta de medicamentos, falha de controle de validade, possibilitando não conformidade nos tratamentos levando até o óbito.

Nesse sentido, o uso da tecnologia é uma ferramenta que colabora com diminuição de possíveis erros, gerando uma maior segurança em menor tempo. No caso da farmácia hospitalar a tecnologia permite relatórios frequentes, com dados

mais precisos e que podem ser acessados com mais facilidade, integrando informações dos estoques em quantidade, validação e distribuição.

Os softwares ou sistemas integrados tem a capacidade de organizar o processo de gestão, reunindo em um aplicativo todos os setores do hospital facilitando a vida do gestor e de todos os outros funcionários da instituição.

Uma das funções dos sistemas informatizados é a gestão da farmácia hospitalar, pois é o setor responsável pelo suprimento e distribuição de toda carga medicamentosa que o hospital necessita para ofertar o tratamento para o paciente.

Dependendo do tamanho da instituição o setor farmacêutico pode ser dividido em áreas contendo uma grande farmácia Central que reúne grande parte das medicações e distribui, conforme a necessidade, para as demais farmácias satélites.

Baseando nessas informações, conclui que existe a necessidade de o gestor estabelecer um olhar crítico para o setor da farmácia hospitalar e para isso necessita de uma ferramenta adequada capaz de realizar a administração eficiente e eficaz, planejar e organizar todo o processo de controle de medicamentos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. D. **Erros de medicação: buscando fragilidades e detectando barreiras para aumentar a segurança da terapia medicamentosa no ambiente hospitalar.** Rio de Janeiro; s.n; 2019

AZEVEDO, S. J. S. de; et. al. **Percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde.** Rev. enferm. UFSM; 10: e95. 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** RDC nº 44, 17 de agosto de 2009: Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: < www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf >. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** RDC nº 44, 17 de agosto de 2009.

BRASIL. **Lei nº 11.903, de 14 de janeiro de 2009.** Rastreamento da produção e do consumo de medicamentos por meio de tecnologia de captura, armazenamento e transmissão eletrônica de dados. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/92500/lei-11903-09>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: <<http://planalto.gov.br>>. Acesso em: 22 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **RDC Nº 157, DE 11 DE MAIO DE 2017.** Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2724161/RDC_157_2017_COMP.pdf/77b0d9b1-8473-4c74-b075-99ec098152b0?version=1.0. Acesso em: 5 jun. 2024

CARVALHO, LF. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp 1973.

CARVALHO, M. L. T. de; et. al. Tecnologia da informação e comunicação: impactos na gestão de enfermagem. Revista de Enfermagem Ufpe On Line, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-11, 11 jan. 2021. **Revista de Enfermagem, UFPE Online.** Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246304/37545>. Acesso em: 25 mai. 2024.

CASTRO, A. A. Curso de Revisão Sistemática e Metanálise. **Rev. Colégio Brasileiro de Cirurgiões.** v. 34, n. 6, 2007. [on line] Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/_COLMEIA - **Software Hospitalar.** Disponível em: <https://www.sistemacolmeia.com.br>. Acesso em: 24 mai.2024

CONTANDRIOPOULOS A. P., et al. **Saber preparar uma pesquisa.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. 215p.

DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.** Epub. 2016.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. de. **Gestão hospitalar no Brasil:** revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. Revisão • Ciênc. saúde colet. 22 (6) • Jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/m8TqBZKSrC3PTzjQYwKvdSN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mai. 2024.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. 3 Curitiba: Editora Positivo, 2004.

KARASINSKI, L. **O que é Tecnologia.** Disponível em: <http://www.tecmundo.com.br/tecnologia/42523-o-que-e-tecnologia-.htm#ixzz2tWcL8DF8>. Acesso em: 16 mai. 2024.

KIRCHHOF, L. T. **Dado, Informação e Conhecimento.** Disponível em: <https://lisianegc.wordpress.com/2011/04/17/dado-informacao-e-conhecimento/>. Acesso em: 05 jun. 2024.

LAUDON, J. P; LAUDON, K. C. **Sistemas de informação gerenciais.** 11^a ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil. 2014.

LEITE, M. B. dos S.; et. al. **A importância da farmácia clínica no contexto hospitalar.** REVISA (Online) / Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. 2021.

MAKOWSKI, T. **Como o Tasy contribui na implementação de processos Lean na Farmácia Hospitalar?.** Philips - United States. 2019. Disponível em:

https://www.philips.com/c-dam/b2bhc/br/about/e_book_tasy_na_farmacia.pdf. Acesso em: 5 mai. 2024.

MOTTA, K. F.; et. al. O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar. **Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]**. Disponível em <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/235> 2019. Acesso em: 4 jun. 2024.

NASCIMENTO NETO, João Almeida do. **Aplicação de técnicas logísticas para melhoria no controle estoque de uma microempresa no setor de varejo**. 2022. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Engenharia de Produção Mecânica, Departamento de Engenharia de Produção Mecânica, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/26843>. Acesso em: 8 jul. 2024.

PEREIRA, L. M. V; et. al. Descrição de prática para a gestão da farmácia hospitalar. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2017. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/135045>. Acesso em: 4 jun. 2024.

REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. **Tecnologia da Informação aplicada a Sistemas de Informação Empresariais**. São Paulo: Atlas, 2000.

RODRIGUES, C. A. O.; PAIVA, V. S. de. **Redução de custos hospitalares após implementação de ferramentas informatizadas na logística de um serviço de farmácia hospitalar Hospital**. Jornal brasileiro de economia da saúde (Online). 2022. Disponível em: <http://www.jbes.com.br/br/>. Acesso em: 4 jun. 2024.

SANTOS, M. C. dos; MARIN, H. de F. **Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares. Escola Paulista de Enfermagem**. Universidade Federal de São Paulo. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/6WFPvdsqxpJvtrdbQ9m84S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2024.

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Você conhece a curva abc para controle de estoque?**. Disponível em: <https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/voce-conhece-a-curva-abc-para-controle-de-estoque.5524ef559dc9e710VqnVCM100000d701210aRCRD>. 2022. Acesso em 22 nov. 2023.

SILVA, M. H. da; SILVA, B. E. da. **A nova tecnologia no controle de estoque: Estudo de caso na Sotreq de São Gonçalo do Rio Abaixo-MG**. FACULDADE DOCTUM DE JOÃO MONLEVADE. INSTITUTO ENSINAR BRASIL – REDE DOCTUM DE ENSINO. 2019. Disponível em: <https://dspace.doctum.edu.br/bitstream/123456789/2221/1/A%20NOVA%20TECNOLOGIA%20NO%20CONTROLE%20DE%20ESTOQUE.pdf>. Acesso em: 8 de jul.2024.

SISTEMA COLMEIA. **Sistema de Gestão Completo**. Disponível em: <https://www.sistemacolmeia.com.br>. Acesso em:15 mai.2024.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS PUCRJ. **Operadores booleanos**. 2015. Site. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/wordpress/?p=116>. Acesso em: 25 mai. 2024.

SOARES, S. de A. **Manual para otimização da aquisição de medicamentos no âmbito hospitalar. Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/unirio/13281>. Acesso em: 15 mai.2024.

TIC SAÚDE. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros** [livro eletrônico]: TIC Saúde 2021: edição COVID-19: metodologia adaptada. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. 1. ed. -- São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2021.

TOTVS. **Sistema de Gestão Completo**. Disponível em: <https://www.totvs.com>. Acesso em: 4 mai. 2024.

VASCONCELOS, J. C. de; HAMER, E. R. **Indicadores de qualidade para otimização da qualidade em farmácia hospitalar**. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. 2023.

ZUNKOWSKI, T. M. T; et. al. **Uso de tecnologias de informação e comunicação: estudo quantitativo com enfermeiros gestores hospitalares**. Revista Brasileira Online de Enfermagem / Grupo de Atividades de Enfermagem (Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem). 2022. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>. Acesso em: 4 mai. 2024.