

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

JORGE LORENZETTI

**“PRAXIS”:
TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO
HOSPITALARES**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

JORGE LORENZETTI

**“PRAXIS”:
TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO
HOSPITALARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
final para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem – Área de Concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em
Saúde.

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lorenzetti, Jorge
"PRAXIS" : tecnologia de gestão de unidades de
internação hospitalares / Jorge Lorenzetti ; orientadora,
Francine Lima Gelbcke - Florianópolis, SC, 2013.
265 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Unidades de Internação. 3. Gestão em
Saúde. 4. Gestão de ciência, tecnologia e inovação em
saúde. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Gelbcke,
Francine Lima . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

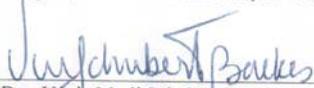
JORGE LORENZETTI

**“PRAXIS”:
TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO
HOSPITALARES**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 05 de julho de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Francine Lima Gelbecke
Presidente



Dra. Raquel Rapone Gaidzinski
Membro



Dra. Maria Henrique Luce Kruse
Membro



Dra. Lygia Paim
Membro



Dr. Mauro A. Pires Dias Silva
Membro



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro

Dedicatória

À dona **Dozolina**, *in memoriam*. Mãe de 14 filhos. Quase um século de vida. Período de grandes transformações em que com humildade e grande sabedoria soube entender os novos tempos e preservar valores de justiça, integridade e amor ao próximo, em especial, aos mais necessitados.

AGRADECIMENTOS

A produção desta tese de doutorado é resultado de muitas e diversificadas contribuições. Gostaria muito de agradecer e dar um abraço pessoalmente a todas e todos, mas talvez isto não seja possível, tantos são os envolvidos de alguma maneira. Assim, faço o registro dos seguintes agradecimentos, desde já, pedindo perdão por inevitáveis esquecimentos:

À equipe de enfermagem da unidade de clínica médica em que o PRAXIS está em funcionamento. Sem o apoio de vocês seria impossível chegar até aqui. O PRAXIS deixou de ser do professor para ser do time unido e comprometido da unidade.

À direção anterior e atual do Hospital Universitário da UFSC.

À enfermeira Jaçany Borges Prudente pelas contribuições e disponibilidade para colocar em prática esta tecnologia.

Ao João Luiz Bielinski Giamatthey, amigo e profissional de informática, pela parceria para encontrarmos as melhores soluções para o aplicativo e cumplicidade nos momentos difíceis.

À acadêmica Lara Vandresen pelo entusiasmo e dedicação enquanto bolsista de apoio ao PRAXIS.

À equipe de informática do HU, Renato, Lapa, Vilmar, Josie, Magnos, Felipe Cruz, Marcos, Felipe Ferreira, Fabiano, Tayrine, Ricardo, Nilson, Alexandre, Sérgio, Lielison, Jacson e Dario, que assumiram o projeto PRAXIS com responsabilidade e compromisso profissional institucional.

À enfermeira e Dr^a Francine Lima Gelbcke, minha competente orientadora e que aceitou a tarefa, mesmo estando sobrecarregada, obrigado pela confiança no momento do meu retorno para a academia.

Aos membros da banca examinadora que tanto me honram pela respeitabilidade acadêmica e profissional: Raquel Rapone Gaidzinski, Maria Henriqueta Luce Kruse, Lygia Paim, Mauro Antônio Pires dias da Silva, Alacoque Lorenzini Erdmann, Eliane Matos e Selma Andrade.

Às enfermeiras Helga Bresciani, Melissa Honório e Julieta Oro pela realização do qualificado trabalho de avaliação externa do PRAXIS.

Ao nominar o professor Jonas Spricigo gostaria de agradecer a todos os colegas docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC, em especial, a grande maioria, que tão bem me acolheram na minha volta após longo afastamento e me apoiaram na realização das atividades e no doutorado.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação e aos colaboradores e bolsistas que sempre me atenderam com carinho e dedicação.

Aos membros do grupo PRAXIS pelo companheirismo e oportunidade de crescimento e formação integral, em especial, à Elaine Forte pelo interesse do sucesso deste trabalho.

Aos colegas da minha turma do doutorado, pelos momentos de aprendizagem coletiva, alegria compartilhada e solidariedade.

Aos formandos do Curso de Graduação em Enfermagem de 2013.1, que muito me honram como afilhados e aos acadêmicos da 7ª fase, que percebem no PRAXIS uma contribuição para a profissão.

Aos amigos e amigas que formam uma segunda família, a do coração: Reinaldo e Lúcia, João e Li, Odilon e Kázia, Edson e Elô, Jadete, Eliane Matos, Silvana Pereira, Lee e Carolina, Oswaldo e Cleusa, Arthur e Marlete, Eurides e Eliane Schimtd. A solidariedade que recebi é incomensurável.

Àqueles amigos da CUT e PT que não se deixaram levar pelas injustiças e ataques pessoais da mídia conservadora e estreitaram a amizade e solidariedade.

Ao nominar o meu irmão Silvestre Lorenzetti, agradeço aos meus familiares, irmãos, sobrinhos, primos e tios que sempre me trataram com carinho e deferência.

À minha filha Gerusa, ao Rica meu genro e ao Arthur meu neto, pela alegria e satisfação que me proporcionam.

À minha filha Natália e ao Maurício, pelo carinho de sempre e a dedicação à causa de um Brasil melhor e mais justo e solidário.

À Mari Lucia, mãe da Gerusa e da Natália, pelo apoio e permanente preocupação com este doutorado.

Ao Stéfano, filho, grande parceiro do cotidiano e incentivador dos meus estudos.

À Denise Pires, companheira de jornada da vida há 30 anos e principal motivadora deste doutorado. Seu afeto, amor e visão de mundo são âncoras para mim.

LORENZETTI, Jorge. “**PRAXIS**”: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 265p.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

RESUMO

Estudo de abordagem quase experimental com objetivo de construir e testar uma tecnologia de gestão de unidades de internação que facilite a coordenação do trabalho da enfermagem e propicie bases para melhoria da qualidade da assistência. As unidades de internação são espaços assistenciais de grande importância no resultado da atenção hospitalar. Estima-se a existência de 15 mil unidades de internação nos hospitais brasileiros. E, em 2012 ocorreram mais de 18,5 milhões de internações hospitalares no Brasil. A enfermagem tem um papel determinante no desempenho das unidades de internação, assumindo a responsabilidade pelos cuidados nas 24 horas do dia, os 7 dias da semana e os 365 dias do ano, além de zelar pelo ambiente terapêutico e o suprimento dos materiais necessários. As enfermeiras são as gestoras das unidades de internação e esta administração carece de uma ferramenta que integre processos assistenciais e administrativos destes espaços de atenção à saúde. A tecnologia PRAXIS constitui-se em um *software* desenvolvido em parceria com o Hospital Universitário da UFSC e que está em experimentação em uma unidade clínica do referido hospital. O aplicativo PRAXIS foi orientado pelos princípios da gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica, na perspectiva de propiciar benefícios para usuários e trabalhadores das unidades de internação. Os resultados foram estruturados em três artigos. O primeiro faz uma apresentação geral da tecnologia, focando os seus componentes: Planejamento Participativo da Unidade (PPU), Sistema Diário de Classificação dos Pacientes (SDCP), Gestão de Pessoas da Equipe de Enfermagem (GPEN), Gestão de Materiais (GMAT), Gestão da Qualidade (GQUALI) e Painel eletrônico no posto de enfermagem (*dashboard*). As informações relevantes dos componentes do PRAXIS são organizadas e disponibilizadas de forma atualizada no painel eletrônico da unidade (TV de 50”) para visibilidade

e comunicação aos membros da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, usuários, acompanhantes, familiares e visitantes. O segundo artigo tem como objetivo retratar os resultados experimentais do PRAXIS nos aspectos de Planejamento e Qualidade da Assistência. A equipe de enfermagem produziu um PPU para o ano de 2013, que contém planos de trabalho para oito questões prioritárias selecionadas. Os resultados da implementação, em percentuais, de cada plano de trabalho, de janeiro a trinta de abril de 2013, foram: sistema diário de classificação dos pacientes / carga de trabalho (90%), manual de procedimentos (35%), política de acompanhantes (08%), capacitação (30%), qualidade de vida no trabalho (07%), gestão de materiais (51%), práticas de sustentabilidade (09%) e excelência da assistência (64%). Em relação a qualidade assistencial os resultados em abril foram: 97,95% dos pacientes consideraram a assistência de enfermagem da unidade como ótima ou boa, a taxa de cobertura da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi de 51,49%, a de realização dos exames externos previstos foi de 86,21%, a taxa de infecção hospitalar foi de 36,07%, a de ocupação da unidade foi de 85,87%, a média de permanência de 10,56 dias e de pacientes dia de 21,47 pacientes para 25 leitos de capacidade e não houve notificação de eventos adversos. O terceiro artigo tratou dos aspectos, contemplados na tecnologia PRAXIS, de gestão da assistência e gestão de pessoas da equipe de enfermagem da unidade. A aplicação do SDCP no mês de abril de 2013 apresentou os seguintes resultados: média diária de 9,77 pacientes com cuidados mínimos, 5,11 intermediários, 6,18 de alta dependência e 0,41 semi intensivo. No GPEN, evidencia-se a informatização da escala mensal de trabalho da unidade e o dimensionamento da equipe de enfermagem que mostrou, para o mês de abril de 2013, uma carga média diária de trabalho de enfermagem na unidade de 143,74 horas. Esta carga média diária exigiria a lotação de uma equipe com 12 enfermeiros e 35 técnicos ou auxiliares de enfermagem, sendo que a existente é de 07 enfermeiros e 25 técnicos e auxiliares de enfermagem. A avaliação do *software* pelos profissionais de enfermagem da unidade e pela comissão externa de avaliação confirmou a relevância, utilidade, inovação e atendimento dos objetivos do mesmo. Conclui-se que a consolidação da tecnologia PRAXIS exige tempo e um processo de maturação. Trata-se de um recurso valioso e inovador a ser desenvolvido a partir desta primeira versão (1.0), para ser adaptado às diversas realidades hospitalares. A expectativa é que a multiplicação do uso da tecnologia e o seu aperfeiçoamento gerem uma massa crítica capaz de significar uma

melhoria substantiva no desempenho das unidades de internação que possa ser caracterizado como um novo padrão. Enfim, um processo e esforço coletivo de longo prazo, talvez, um horizonte de 10 anos.

Palavras-chave: Unidades de Internação; Gestão em Saúde; Gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Informática em enfermagem

LORENZETTI, Jorge. “**PRAXIS**”: management technology for inpatient care units. Thesis (Doctorate in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 265p.

ABSTRACT

This study was performed using a quasi-experimental approach with the purpose to design and test management technology specifically for inpatient care units to facilitate the work of the nursing team, thus promoting improvements to the quality of care. Inpatient care units are health care facilities that have a considerable effect on hospital care outcome. It is estimated that there are 15,000 inpatient care units in Brazil. And, at 2012, had more of 18,5 millions inpatients in Brazil. Nursing plays a determining role on the performance of inpatient care units, as the nursing team is responsible for care 24 hours a day, seven days a week, during the 365 days of the year, besides looking over the therapy area and handling supplies. Nurses are the managers responsible for the inpatient care units, and such management requires a tool that would integrate the health care and administrative processes of those units. PRAXIS technology refers to software developed through a partnership with the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), which is currently being tested at a clinical unit of the refereed hospital. The PRAXIS application is guided by the principles of participative management, continuous improvement of performance, and technological innovation from the perspective of benefiting patients and workers of the inpatient care unit. The results were structured into three papers. The first makes an overall presentation of the technology, focusing on its components: Participative Planning of the Unit (PPU), Daily Patient Classification System/Sistema Diário de Classificação de Pacientes (DPCS/SDCP), Nursing Staff Management/Gestão de Pessoas da Equipe de Enfermagem (NSM/GPEN), Material Management/Gestão de Materiais (MATM/GMAT), Quality Management/Gestão da Qualidade (QUALIM/GQUALI) and Electronic dashboard at the nursing post (dashboard). The relevant information of the PRAXIS is organized, and the updated content is presented by the unit's dashboard (50" TV), which is available to be seen by nursing staff and all other health care professionals, patients, patient companions, family members, and visitors. The objective of the second paper was that of reporting the experimental results of the PRAXIS in terms of the aspects of Health Care Planning and Quality. The nursing team produced a PPU for the year 2013, containing the working plans for eight priority issues selected. The outcomes of the implementation of each working plan, from January to

April 30, 2013 were: daily patient classification system/work load (90%), procedure manual (35%), patient companion policy (08%), training (30%), quality of life at work (07%), material management (51%), sustainability practices (09%) and excellence of health care (64%). As regard the quality of health care, the outcomes in April were: 97.95% of patients referred to the nursing care at the unit as being excellent or good; the cover rate of Nursing Care Systematization/Sistematização da Assistência de Enfermagem (NCS/SAE) was 51.49%; the performance rate of predicted off-site examinations was 86.21%; the hospital infection rate was 36.07%; unit occupation rate was 85.87%; mean length of stay was 10.56 days; and the rate of day patients was 21.47 patients for a capacity of 25 beds; and there were no reports of adverse events. The third paper addressed the aspects contemplated by the PRAXIS technology regarding the management of care and of the nursing staff at the unit. The application of the DPCS/SDCP in April of 2013 presented the following outcomes: daily average of 9.77 patients of minimal care, 5.11 intermediate, 6.18 of high dependency and 0.41 semi intensive. The NSM/GPEN reveals the computerization of the monthly work schedule of the unit and the staffing of the nursing team showed that for April of 2013, a mean daily workload of the nursing staff at the unit was 143.74 hours. This mean workload would demand a team comprised of 12 nurses and 35 nursing technician or nursing aides, while the current team consists of 07 nurses and 25 nursing technicians and nurses' aides. The nursing workers and an external committee evaluated the software confirming its relevance, utility, innovation and that it meets the goals it proposed. In conclusion, consolidation of the PRAXIS technology requires time and a maturation process. It is a valuable and innovating resource to be developed from this first version (1.0), and adapted to the various hospital settings. It is expected that the multiplication of technology use and its enhancement will generate critical-thinking individuals, capable of causing a significant improvement of performance at inpatient care units, which would be characterized as a new standard. That is, a long-term process and collective effort; perhaps a 10-year horizon.

Keywords: Inpatient Care Units; Health Management; Health Sciences, Technology and Innovation Management; Quality of Health Care; Nursing Informatics.

LORENZETTI, Jorge. “**PRAXIS**”: tecnología de gestión de unidades de internación hospitalaria. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 265p.

RESUMEN

Estudio con abordaje casi-experimental con el objetivo de construir y probar una tecnología de gestión de las unidades de internación hospitalaria que facilite la coordinación del trabajo de Enfermería y propicie las bases para la mejoría de la calidad en la asistencia. Las unidades de internación hospitalaria son espacios de asistencia de gran importancia en el resultado de la atención hospitalaria. Se estima la existencia de 15 mil unidades de hospitalización en los hospitales brasileños. En año 2012, ocurrieron más de 18,5 millones de internaciones hospitalarias en Brasil. La Enfermería tiene un papel determinante en el desempeño de las unidades de hospitalización, asumiendo la responsabilidad por los cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, además de celar y resguardar el medio ambiente terapéutico y el suministro de los materiales necesarios. Las enfermeras son las gestoras de las unidades de hospitalización y esta administración carece de una herramienta que integre los procesos asistenciales y administrativos de estos espacios de atención a la salud. La tecnología PRAXIS se constituye en un software desarrollado en asociación con el Hospital Universitario de UFSC y que está en experimentación en una unidad clínica del referido hospital. El software PRAXIS fue orientado por los principios de gestión participativa, la mejoría continua del desempeño e innovación tecnológica, en la perspectiva de proporcionar beneficios a los usuarios y a los trabajadores de las unidades de hospitalización. Los resultados fueron estructurados en 3 artículos. El primero hace una presentación general de la tecnología, enfocándose en sus componentes: Planeamiento Participativo de la Unidad (PPU), Sistema Diario de Clasificación de los Pacientes (SDCP), Gestión de Personas del Equipo de Enfermería (GPEN) Gestión de Materiales (GMAT), Gestión de Calidad (GQUALI) y Panel electrónico en el puesto de enfermería (*dashboard*). Las informaciones relevantes de los componentes de PRAXIS, son organizados y disponibles de una forma actualizada en el panel electrónico de la unidad (TV 50”) para la visualización y la comunicación con los miembros del equipo de Enfermería y demás profesionales de la salud, usuarios, acompañantes, familiares y

visitantes. El segundo artículo tiene como objetivo interpretar los resultados experimentales de PRAXIS en los aspectos de Planeamiento y Calidad de Asistencia. El personal de Enfermería produjo un PPU para el año 2013 que contiene los planos de trabajo para ocho asuntos prioritarios seleccionados, con los siguientes porcentajes de avance en abril 2013: sistema diario de clasificación de los pacientes/carga de trabajo (90%), manual de procedimientos (35%), la política de acompañantes (08%), la capacitación (30%), la calidad de vida en el trabajo (07%), gestión de materiales (51%), las practicas de sostenibilidad (09%) y la excelencia de la atención (64%). En cuando a la calidad de los resultados de atención en abril fueron: 97,9%5 de los pacientes consideran la atención de Enfermería de la unidad como excelente o buena, la tasa de cobertura del Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) fue de 51.49%, la realización del conjunto de exámenes externos era 86.21%, la tasa de infección hospitalaria fue de 36.07%, la ocupación de la unidad fue de 85,87% , la estancia media fue de 10,56 días y la media de pacientes por día fue de 21,47 pacientes, para una capacidad de 25 camas en la unidad y no hubo informes de eventos adversos. El tercer articulo se trató sobre los aspectos contemplados en la tecnología PRAXIS, de gestión de asistencia y de los profesionales de Enfermería de la unidad. La aplicación de SDCP en el mes de abril presentó los siguientes resultados: promedio diario de 9,77 pacientes con cuidados mínimos, 5,11 pacientes con cuidados intermedios, 6,18 pacientes de alta dependencia y 0,41 pacientes semi-intensivos. En el componente GPEN, se destaca la informatización de la escala mensual de trabajo y con relación al dimensionamiento del equipo de Enfermería se encontró que para el mes de abril de 2013, existió un promedio diario de carga de trabajo de enfermería en la unidad de 143,74 horas. Esta carga media diaria de trabajo exigiría la lotación de un equipo de 12 enfermeras y 35 técnicos y auxiliares de Enfermería, siendo que en la actualidad se cuenta con 07 enfermeras y 25 técnicos y auxiliares de enfermería. La evaluación del software por parte de los profesionales de Enfermería y por parte de la comisión de evaluación externa, confirma la relevancia, utilidad, innovación y el alcance de los objetivos. Se concluye que la consolidación de la tecnología PRAXIS exige tiempo y un proceso de maduración. Se trata de un recurso valioso e innovador para ser desarrollado a partir de esta primera versión (1.0), para ser adaptado a las diferentes realidades hospitalarias. La expectativa es que la multiplicación del uso de la tecnología y su perfeccionamiento genere

una masa crítica, capaz de significar una mejora sustancial en el desempeño de las unidades de internación que pueda ser caracterizado como un nuevo estándar. En fin, un proceso de esfuerzo colectivo y de largo plazo, tal vez, un horizonte de 10 años.

Palabras clave: Unidades de Internación; Gestión en Salud; Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Informática Aplicada a la Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEA	Comissão Externa de Avaliação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DIT/UFSC	Departamento de Inovação Tecnológica da UFSC
EHR	Electronic Health Records
GP	Gestão Participativa
HIS	Hospital Information System
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
JCI	Joint Commission International
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Picture Archiving and Communication System

PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Planejamento Participativo
PPU	Planejamento Participativo da Unidade
QIPP	Quality, Innovation, Productivity and Prevention
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SGEP	Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TICS	Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade de Internação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ilustração do ciclo PDCA.	65
Figura 2 – Fases de desenvolvimento de <i>software</i>	80

ARTIGO 1

Figura 1 – Fases de desenvolvimento do PRAXIS	91
Figura 2 – Tela de Acesso	96
Figura 3 – Tela de Seleção da Instituição	96
Figura 4 – Tela Inicial	96
Figura 5 – Tela do PPU	97
Figura 6 – Tela do Instrumento de Classificação de Pacientes	99
Figura 7 – Painel Eletrônico.....	103
Figura 8 – Visão Geral do PRAXIS	104

ARTIGO 2

Figura 1 – Tela das Necessidades ou Problemas do PPU	121
Figura 2 – Tela dos Planos de Atividades do PPU	121
Figura 3 – Gráficos de desempenho da unidade.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes por graus de cuidados. Abril de 2013.....	143
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de precaução de infecção. Abril de 2013.	146

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	23
LISTA DE FIGURAS	25
LISTA DE TABELAS.....	27
1 INTRODUÇÃO	31
2 PROBLEMA DE PESQUISA, OBJETIVOS E TESE.....	39
2.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	39
2.2 OBJETIVOS	39
2.2.1 Objetivo Geral	39
2.2.2 Objetivos Específicos.....	39
2.3 TESE	39
3 BASES TEÓRICAS	41
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRABALHO E ORIGENS DA GERÊNCIA.....	41
3.2 A ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA	42
3.3 ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS EM GESTÃO	44
3.4 GESTÃO EM SAÚDE.....	47
3.4.1 Caminhos para a gestão em saúde	51
3.5 GESTÃO EM ENFERMAGEM	55
3.6 AVANÇOS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR.	57
4 PRINCÍPIOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO PRAXIS	61
4.1 GESTÃO PARTICIPATIVA	61
4.2 MELHORIA CONTÍNUA DO DESEMPENHO	64
4.2.1 Planejamento participativo	65
4.2.2 Classificação do grau de cuidados	66
4.2.3 Gestão de pessoas	67
4.2.4 Gestão de materiais	68
4.2.5 Gestão da qualidade	69
4.3 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA.....	71
4.3.1 Novas tecnologias e saúde	73
4.3.2 PRAXIS: inovação tecnológica de processo	75
5 METODOLOGIA	77
5.1 TIPO DE ESTUDO: QUASE EXPERIMENTAL	77
5.2 LOCAL DE ESTUDO	78
5.3 DESENVOLVIMENTO DO <i>SOFTWARE</i> PRAXIS	79

5.4 EXPERIMENTAÇÃO DO <i>SOFTWARE</i> PRAXIS	81
5.5 AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO <i>SOFTWARE</i> PRAXIS.....	82
5.6 REGISTRO DO PRAXIS	83
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	83
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
6.1 ARTIGO 1 – “PRAXIS”: TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES.....	85
6.2 ARTIGO 2 – TECNOLOGIA “PRAXIS”: PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES	111
6.3 ARTIGO 3 – TECNOLOGIA “PRAXIS”: GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DE PESSOAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES	134
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS.....	163
APÊNDICES	183
ANEXOS.....	253

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui-se em um bem ou valor que ocupa o topo da pirâmide de prioridades das pessoas em todo o mundo, ficando atrás, em algumas situações ou países, apenas de questões econômicas da sobrevivência como desemprego e renda insuficiente para custear as necessidades básicas da vida (WHO, 2010). Isto parece confirmar o senso comum das pessoas de que tendo saúde todo o resto da vida dá-se um jeito.

Esta relevância da saúde faz com que a política, as ações e os serviços de saúde assumam cada vez mais importância na agenda das sociedades contemporâneas. Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), é essencial avançar na promoção, proteção e recuperação da saúde com a estratégia de cobertura universal para atender às expectativas das populações.

A saúde tornou-se uma das principais questões internas nos Estados Unidos da América, onde os gastos com saúde já alcançam 16% do Produto Interno Bruto (PIB) (OCDE, 2009).

De acordo com o IBGE, em 2009, o setor saúde no Brasil respondia por 4,5% dos postos de trabalho no país, correspondendo a 4,3 milhões de ocupações. E, naquele ano, os gastos em saúde atingiram 8,8% do PIB (Produto Interno Bruto), 283,6 bilhões de reais, sendo 43,7% gastos públicos e 56,3% despesas das famílias com medicamentos, planos e seguros de saúde e pagamentos diretos de despesas com saúde (IBGE, 2012).

Destaca-se no Brasil, que a expectativa e insatisfação da população com os serviços de saúde cresceram de tal forma que em 2010 passou a aparecer como queixa ou problema número um (WESTIN, 2010). Em março de 2013, pesquisa de avaliação do governo do Brasil, confirmou que a saúde é a área pior avaliada pela população, sendo que 67% dos entrevistados desaprovaram as políticas e ações de saúde e apenas 32% aprovaram as mesmas (CNI, 2013).

No Brasil a partir do fim dos anos 1980, com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações e serviços de saúde foram institucionalizados como política de relevância pública e a saúde estabelecida como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde, a cobertura universal de serviços de saúde constitui-se na maior prioridade da área em todo o

mundo. Nenhum país, independente da sua riqueza, alcançou a capacidade de garantir a todas as pessoas acesso imediato a todas as tecnologias e ações que podem melhorar a saúde e prolongar a vida. E, nos países mais pobres há poucos serviços de saúde disponíveis para todos. A iniquidade é agravada em muito com a diferença de acesso aos serviços de saúde entre as pessoas de maior e menor renda. A eliminação desta diferença de cobertura entre ricos e pobres poderia, em 49 países com baixa renda, até 2015, salvar a vida de 700 mil mulheres e de mais de 16 milhões de crianças até 05 anos (WHO, 2010).

Esta consideração da OMS reforça a importância da existência do SUS no Brasil. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em setembro de 2012, 48,6 milhões de brasileiros possuíam planos de saúde. Portanto, considerando que o censo do IBGE de 2010 contabilizou a existência de pouco mais de 190,7 milhões, temos mais de 142 milhões (74,4%) de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS (ANS, 2013).

Diversas análises e diagnósticos realizados no Brasil apontam para relevantes fragilidades no processo de gestão no setor saúde no país. O avanço e consolidação do Sistema Único de Saúde exigem o enfrentamento do aspecto de gestão como uma das prioridades maiores, concomitante ao financiamento das necessidades.

As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da existência de inúmeros estabelecimentos com grande fragilidade gerencial, longe de atenderem às exigências de uma atenção hospitalar resolutive, adequada e eficaz. “No que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe” (BRASIL, 2004, p. 47).

O SUS é uma grande conquista da luta democrática no Brasil, porém não está consolidado. O SUS consolidado significa o cumprimento no cotidiano de sua missão de assegurar uma atenção de saúde para todos, de forma universal, integral, equânime, descentralizada, resolutive, gratuita, de qualidade e com controle social. Não se trata de uma utopia, mas de um objetivo estratégico a ser perseguido pelos e para os brasileiros (LORENZETTI, 2011).

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde e enfermagem ainda está bastante ancorada em métodos e estratégias tradicionais oriundas da era da administração científica de Taylor, da teoria clássica de Fayol e da teoria burocrática de Weber. Da mesma forma, vários estudos apontam para o desafio de construir novas formas

de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos do processo de atenção à saúde (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Enquanto professor da área de gestão em saúde e enfermagem intrigou-me a crise ou fragilidade de gestão na saúde do Brasil e passei a questionar-me na perspectiva de um entendimento mais profundo que pudesse traduzir este diagnóstico de precariedade ou crise, para além de generalidades. Quais os gargalos importantes? Que aspectos influenciam mais esta situação? Em que espaços a situação de gestão é mais frágil? Ao refletir sobre estas questões, ficou claro que as dificuldades e desafios estão em todos os níveis, ou seja, desde a gestão eficaz e eficiente da rede nacional de serviços, até o âmbito dos cuidados diretos.

Neste itinerário de busca de detalhamento, aparece com clareza dois pólos organizacionais relevantes nas ações dos serviços de saúde, ou seja, a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. Com isto, surge a preocupação com a gestão das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Internação, como espaços onde uma melhoria significativa da gestão poderia gerar impactos positivos na atenção aos usuários dos serviços de saúde como um todo. Para fins dos meus estudos de doutorado decidi priorizar as Unidades de Internação. Esta escolha deveu-se à relevância destes espaços assistenciais para os usuários dos serviços de atenção hospitalares, a importância da atuação da enfermagem nestas unidades e por serem os locais onde tenho mais experiência e atuação.

As enfermeiras¹ ocupam cargos de direção nos diversos níveis das instituições de saúde, desde a direção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), funções em nível central das esferas municipal, estadual e federal, bem como direção de órgãos de enfermagem em instituições hospitalares e coordenação de unidades assistenciais neste nível de atenção.

As unidades de internação são os locais onde se produzem os serviços necessários às pessoas portadoras de necessidades de saúde que exigem internação hospitalar. Portanto, são *locus* relevantes no resultado do atendimento de saúde à população. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Brasil possuía, em julho de 2013, 502.476 (quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e seis) leitos (BRASIL, 2013). Desta forma, pode-se estimar a existência de

¹ Para referir-se aos enfermeiros e enfermeiras será utilizado sempre o feminino, em consideração à ampla maioria de mulheres na composição desta força de trabalho, sem com isto, ignorar a contribuição de ambos os gêneros para a profissão.

mais de 15 mil unidades de internação. E, em 2012, ocorreram mais de 18,5 milhões de internações hospitalares no Brasil (ANS, 2013; BRASIL, 2013). A coordenação/direção/chefia de unidades de internação são exercidas por enfermeiras.

As unidades de internação equivalem nos hospitais ao “chão de fábrica” das indústrias ou a “sala de aula/laboratório” na educação. Portanto, é um espaço privilegiado e determinante no resultado da atenção hospitalar. Constitui-se no ambiente em que usuários e profissionais de saúde se encontram para buscar cumprir a missão do hospital, enquanto uma unidade de saúde integrada na rede dos demais serviços.

Observa-se que o trabalho da enfermagem nas unidades de internação ainda está baseado, predominantemente, na divisão técnica e parcelar do trabalho, com ausência ou pouco planejamento global, ausência ou pouca coordenação do conjunto, ausência ou pouca avaliação dos resultados, além da baixa comunicação e participação coletiva (PIRES, 2008; PIRES; GELBKE; MATOS, 2004).

Há uma efetiva carência de uma tecnologia voltada para a gestão de unidades de internação, que contribua para enfrentar esta situação, aplicando práticas gerenciais que ampliem a resolubilidade, promovam processos participativos e a humanização, que integrem responsabilização e incentivo ao cuidado integral e interdisciplinar e a inclusão do usuário como cidadão/família/comunidade protagonista no processo de recuperação da saúde, gerando impacto positivo na qualidade da assistência.

O processo histórico e o desenvolvimento tecnológico mostram uma permanente mudança e desenvolvimento das concepções e ferramentas de administração/gestão. Esses avanços têm sido incorporados de forma muito lenta e tardia pelas instituições de saúde e pela enfermagem no manejo da sua prática profissional em gestão.

Ressalta-se a quase ausência de estudos e pesquisas, no Brasil, que abordam a gestão das unidades de internação no seu todo, ou seja, como uma unidade assistencial identificada como o espaço privilegiado do cuidado direto e da realização de grande parte da finalidade de uma instituição hospitalar. No Brasil, um estudo com objetivo de melhoria da qualidade do trabalho de enfermagem em unidades de internação identificou os seguintes “focos de atenção”: prática da enfermeira distante do paciente, dificuldade na especialização e individualização da assistência, dificuldade na manutenção de clima motivacional e dificuldades em manter a dinâmica de produção e resultados. E, as ações

implementadas como “foco de ação” foram: reestruturação organizacional do Serviço de Enfermagem, revisão dos processos de trabalho, capacitação técnica científica dos profissionais, formação de grupos de estudo, divisão das unidades por especialidades médicas, revisão da divisão do trabalho, revisão dos treinamentos admissionais, utilização de grupos focais para avaliação do trabalho e produção de planos estratégicos por unidade. O referido estudo recomendou a realização de programas de capacitação em gerenciamento e informação e a revisão do papel da enfermeira coordenadora, entre outras (SIQUEIRA, 2004).

Na Inglaterra, referência mundial em serviços de saúde, desde a criação do National Health Service (NHS) em 1948, as unidades de internação tem se constituído em motivo de preocupação e alvo de iniciativas relevantes nos últimos anos. A busca da melhoria da eficiência e da qualidade da assistência encontrou nas unidades de internação um local privilegiado de atuação, a partir do seguinte diagnóstico da situação das unidades de internação hospitalar do país (CRYSTAL, 2009):

- Unidades caóticas e desorganizadas;
- Ambiente barulhento e estressante;
- Equipamentos obsoletos e quebrados;
- Equipe sobrecarregada e pouco valorizada;
- Enfermeiras correndo ao redor tipo “*headless chickens*”;
- Falta de tempo para uma adequada interação com o paciente;
- Falta de educação e treinamento em serviço de forma continuada;
- Pouca efetividade na comunicação e
- Documentação inadequada sobre o cuidado.

Assim, as unidades de internação tinham uma realidade que poderia ser considerada como aborrecida, desatualizada e desordenada (CRYSTAL, 2009).

Projetos e iniciativas foram implementadas para modificar esta situação, onde se destaca o Programa Nacional, coordenado pelo Instituto de Inovação e Desenvolvimento do NHS (*National Health Service, Institute for Innovation and Improvement/NHS*), denominado de “*The Productive Ward*”. Este programa foi concebido em 2005, lançado em 2007 e possui metas até 2014. A concepção adota princípios da busca da qualidade do setor industrial e está dentro de um contexto do “*High Quality Care for All*” e do grande programa “*Quality, Innovation, Productivity and Prevention*” (QIPP), cuja meta é até 2014,

economizar 20 bilhões de Libras com eficiência, para reinvestimento destes recursos na linha de frente dos cuidados à população.

O “*The Pruductive Ward*” visa apoiar as enfermeiras para promover mudanças nos processos de trabalho e ambiente físico das unidades de internação para melhorar a qualidade da assistência e elevar o nível de segurança para pacientes e trabalhadores.

Os benefícios demonstrados no programa são:

- Melhor satisfação da equipe;
- Melhor experiência para os pacientes;
- Redução de eventos adversos;
- Redução de reinternações;
- Redução do tempo de internação;
- Redução das doenças e absenteísmo da equipe;
- Redução dos estoques de produtos de uso na assistência.

Dentre os impactos medidos com o desenvolvimento do programa destaca-se o aumento de 41,6% no tempo dedicado aos cuidados diretos aos pacientes, desde o seu lançamento até o final de 2010 (ENGLAND, 2011).

Neste contexto, a presente pesquisa foi construída para produzir e aplicar uma proposta integrada e informatizada de gestão de unidades de internação que possibilite avanços através da utilização de um instrumento inovador e participativo de gestão. A construção dessa proposta pode ser entendida como uma moeda de duas faces, incluindo forma e conteúdo. Um esforço de união entre teoria e prática. Considero os termos gestão e administração como sinônimos e com a compreensão de que trata dos conhecimentos e habilidades voltadas para o manejo das organizações e instituições da sociedade (CHIAVENATO, 2009). E o termo coordenação, como as competências necessárias para a condução, de forma participativa, de uma área, setor ou unidade das organizações e instituições.

Este estudo de doutorado compreende a produção de um aplicativo para gestão de unidades de internação denominado “PRAXIS”. O nome PRAXIS expressa a ambição deste projeto, ou seja, a partir de uma reflexão sobre a prática de gestão nas unidades de internação construir e aplicar uma tecnologia de gestão que busca transformar, positivamente, a prática vigente. Busca estabelecer um padrão de gestão de unidades de internação com foco em uma assistência de enfermagem com abordagem integral, humanizada e de qualidade. E, trata-se de uma ferramenta a ser manejada sob a coordenação das enfermeiras responsáveis pela direção das unidades de

internação.

O termo PRAXIS passa a ser usado para identificar o sistema informatizado de gestão para unidades de internação, tecnologia objeto desta tese de doutoramento.

2 PROBLEMA DE PESQUISA, OBJETIVOS E TESE

2.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O desenvolvimento de uma tecnologia de gestão de unidades de internação pode constituir-se em um instrumento facilitador da coordenação do trabalho da enfermagem e propiciar bases para a melhoria dos cuidados prestados aos usuários?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

Construir e testar uma tecnologia de gestão de unidades de internação que facilite a coordenação do trabalho da enfermagem e propicie bases para melhoria da qualidade da assistência.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Produzir um aplicativo (*software*) para gestão de unidades de internação que integre aspectos assistenciais e administrativos;
- Experimentar o *software* em uma unidade de internação hospitalar;
- Realizar a avaliação preliminar da tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares.

2.3 TESE

Um sistema informatizado de gestão de unidades de internação, fundamentado numa concepção de gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica é um instrumento que

pode contribuir para facilitar a coordenação do trabalho da enfermagem nestes espaços e propiciar dispositivos para a melhoria dos cuidados aos usuários.

3 BASES TEÓRICAS

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRABALHO E ORIGENS DA GERÊNCIA

A trajetória do ser humano na terra é marcada por um movimento de mudanças e transformações que impactam as diversas dimensões da vida das pessoas. A busca de soluções para problemas práticos e da vida em sociedade, assim como de respostas para as questões existenciais, move a humanidade desde os seus primórdios.

O filósofo Karl Marx (1818-1883) em sua obra para decifrar o capitalismo produziu reflexões sobre o trabalho e a sociedade que são válidas e relevantes até os dias de hoje. Pelo trabalho os seres humanos buscam o atendimento de suas necessidades, transformando recursos em coisas ou formas úteis à vida. No processo de trabalho estão envolvidos: a) a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, b) o objeto de trabalho, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho e c) os meios de trabalho, os instrumentos utilizados pelos trabalhadores. O modo de produção da vida material interfere na vida social e política nas diversas épocas históricas (MARX, 1982).

Na luta pela sobrevivência e melhores condições de vida, os seres humanos organizaram certa especialização das atividades, tais como, caçar, pescar, tecer, construir abrigos, produzir armas e utensílios, lavrar a terra, domesticar animais, cuidar do espírito e dos males do corpo. O desenvolvimento da agricultura e o avanço da vida em vilas e cidades, associado ao aumento da população e, portanto, da escala das necessidades, permitiu o surgimento de um conjunto de trabalhos especializados denominados de ofícios como ferreiro, tecelão, carpinteiro, pedreiro, curtidor, lavrador, moleiro, oleiro, vidreiro, sapateiro, boticário, cirurgião-barbeiro, dentre outros. Essa divisão do trabalho em especialidades produtivas tem sido chamada de divisão do trabalho social (BRAVERMAN, 1981).

Na produção artesanal, típica dos ofícios, os trabalhadores detinham a concepção e o controle do conjunto do processo de trabalho. As guildas eram unidades de produção, de formação e de comercialização dos produtos ou prestação de serviços. Nestes espaços já se percebia a dimensão de gestão do trabalho, inerente ao processo de produção de bens e serviços, incluindo o provimento de matéria prima e de instrumentos de trabalho, controle de estoque, organização e divisão

de tarefas, controle de custos (BRAVERMAN, 1981; MARX, 1982).

O capitalismo promoveu uma profunda ruptura naquele modo de produzir bens e serviços ao reunir trabalhadores e meios de produção em amplos espaços centralizados e fragmentar os processos de trabalho, dividindo-os em tarefas pormenorizadas, desmembrando o trabalho em operações especializadas, hierarquizadas e atribuídas a diferentes agentes, de modo que os produtos resultam do trabalho coletivo. Esta fragmentação e divisão técnica ou parcelar do trabalho foram orientadas pela ótica permanente do capitalista de reduzir custos, baratear produtos e obter o máximo de retorno financeiro nos seus empreendimentos (BRAVERMAN, 1981). A viabilização destas transformações nos processos de trabalho foi impulsionada pela emergência da chamada administração científica. Desde então, a administração/gestão tornou-se um campo de conhecimentos cada vez mais importante até os dias de hoje.

Na sociedade capitalista, no atendimento a necessidades humanas, bens e serviços passaram a ser produzidos, predominantemente, por organizações. Vivemos em um mundo de organizações de diversos tipos, tamanhos e complexidades, como empresas privadas industriais e de serviços, instituições públicas e organizações sem fins lucrativos (ONG), de micro e pequeno porte, médias, grandes, multinacionais e globais.

A forma de produção dos bens e serviços, mesmo no interior do capitalismo, tem se alterado constantemente e estas mudanças têm sido objeto de estudos, polêmicas, reflexões, propostas e teorias diversas. O funcionamento das fábricas, hospitais, escolas e instituições em geral, passou por significativas transformações nos últimos 200 anos e tudo indica que este movimento deve continuar.

A expressão gestão/administração diz respeito ao planejamento, organização coordenação, operacionalização e avaliação dos processos de trabalho para o alcance dos resultados/produtos e pode ser entendida como a ciência ou o campo de conhecimento que tem como foco a forma de produção de bens e serviços pelas organizações ou, como realizar a melhor maneira de produzir bens e serviços (TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2010).

3.2 A ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA

As formas de produção dos bens e serviços pelas organizações

são retratadas nas chamadas teorias da administração. Neste trabalho de tese não será realizada uma revisão destas teorias, mas serão destacados aspectos e escolhas teóricas que contribuíram para embasar a construção da Tecnologia de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares.

A Administração Científica surgiu e difundiu-se nos países líderes da industrialização no final do século XIX e consolidou-se como paradigma de gestão na primeira metade do século XX. O engenheiro mecânico norte americano Frederick W. Taylor (1856 – 1915) foi o baluarte desta escola de administração e seus livros a “Gerência de Oficina” e principalmente “*The Principles of Scientific Management*” (1911) constituíram-se em referência e o taylorismo, sua doutrina, passou a ser conhecida em todo o mundo. Em 2011, “*The Principles of Scientific Management*” fez 100 anos e a teoria de gestão formulada por Taylor ainda influencia, significativamente, os diversos setores da produção incluindo a saúde (SOUZA, 2012).

A chamada administração científica, hoje tida como concepção tradicional, articula quatro vertentes:

a) Taylorismo - é considerada a mais importante porque sistematizou a quebra da unidade do processo de trabalho, implantando a separação entre concepção e execução dos processos de trabalho e a separação entre “trabalho intelectual” e “trabalho manual”. A gerência constitui-se no mecanismo pelo qual o capitalista assume a responsabilidade pela concepção e controle da produção e os trabalhadores cumprem tarefas específicas e passam a ser tratados como mercadoria que deve render o máximo ao menor custo. A administração torna-se um campo de conhecimento especializado, nova profissão e atividade de escritório, espaço de planejamento, coordenação e controle do processo produtivo (DIAS, 2008).

b) Fordismo - implantado e desenvolvido por Henry Ford (1863 – 1947), a partir da fundação da sua fábrica de automóveis nos Estados Unidos da América (EUA). O fordismo radicalizou a concepção taylorista de divisão do trabalho com a criação das linhas de produção ou linhas de montagem. O fordismo também propagava a ampliação do consumo com melhores salários e democratização do acesso ao crédito (DIAS, 2008);

c) Na mesma época, o engenheiro francês Jules Henri Fayol (1841 – 1925) desenvolveu a chamada Teoria Clássica da Administração, apresentada em seu livro “*Administration Industrielle et Générale*” (1916). Baseia-se nos mesmos princípios do taylorismo e tornou-se referência pela sistematização das funções da empresa e das funções da administração/administrador, o célebre planejar, organizar,

comandar, coordenar e controlar (DIAS, 2008);

d) Naquele mesmo período, o jurista e sociólogo alemão Max Weber (1864 – 1920) ao analisar a racionalidade capitalista desenvolveu a chamada Teoria da Burocracia, apresentada em seu famoso livro “*Die Protestantische Ethic und der ‘Geist’ des Kapitalismus*” (1904/05). Esta teoria, amplamente difundida, reconhece e valoriza a hierarquia e o poder legal e racional do técnico burocrata, de onde decorre a identidade de aparato administrativo, definido por regras escritas e impessoais (WEBER, 2001).

O taylorismo ampliado pelo Fordismo, a Teoria Clássica da Administração e a Teoria da Burocracia tornaram-se os pilares iniciais da administração e orientaram as práticas de gestão nas organizações em geral, de forma praticamente exclusiva, até os anos 1930. Estes pilares iniciais da administração representaram, na época, uma grande inovação no modo de estruturar e conduzir as organizações, mas ao mesmo tempo, trouxeram enormes consequências negativas. Entre tais consequências estão a super exploração e desumanização do trabalho, o autoritarismo nas relações de trabalho com formas rígidas e estratificadas de organização e a supervalorização da dimensão racional e física do trabalhador, ignorando ou tentando eliminar a subjetividade (“homem máquina”).

Muito das teorias iniciais aqui identificadas ainda estão bastante presentes nas organizações contemporâneas e muito já foi superado e transformado. Este terreno pode ser caracterizado como um campo de embates permanentes entre as teorias iniciais, que podem ser chamadas de abordagens tradicionais e outras teorias, práticas e, principalmente, combinações de teorias que podem ser identificadas como novas abordagens em gestão.

3.3 ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS EM GESTÃO

A partir dos anos 1930, novas teorias e abordagens de administração foram formuladas e experimentadas, tanto no sentido de modificações, revisões, ou mesmo, oposição e superação das abordagens iniciais.

A Teoria das Relações Humanas patrocinada por Elton Mayo (1880 – 1949) inaugurou um processo de contrapontos e contestações às teorias iniciais, que continuou de forma intensa até a atualidade. O

contexto econômico, social, político e geográfico influencia o ambiente das organizações em geral e, portanto a forma de gestão das empresas e instituições (TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2010).

Desde o surgimento e afirmação da administração como um campo de conhecimento voltado para o manejo das organizações, cerca de um século, o mundo mudou significativamente. Ocorreram duas guerras mundiais, várias guerras regionais, a bomba atômica foi produzida e utilizada, a chamada “guerra fria” produziu um grau de armamento atômico capaz de destruir várias vezes o planeta, revoluções socialistas e comunistas aconteceram como na Rússia e China e novas revoltas restauraram o capitalismo, simbolizadas na queda do muro de Berlim em 1989. A partir dos anos 1970 a eletrônica e a micro eletrônica aceleraram as inovações tecnológicas com forte impacto na produção de bens e serviços pelas empresas e instituições (PIRES, 2008).

Neste mesmo período, na economia em geral, a agricultura perdeu força para a indústria e depois a indústria perdeu força com o crescimento do setor de serviços na geração de riqueza e postos de trabalho (PIRES, 2008). As empresas multinacionais e o capital financeiro assumiram um papel protagonista excepcional, muitas vezes subjugando os interesses dos países e suas populações, em um fenômeno ou movimento identificado como globalização. No entanto, as desigualdades econômicas e sociais permanecem e estratificam o mundo e a destruição da natureza apresenta-se como mais uma das faces negativas promovidas pelos seres humanos (SANTOS, 2002).

O início do século XXI está marcado por crises econômicas que disseminam um maior questionamento das teses e práticas neoliberais e mais amplamente, do próprio modelo de produção e reprodução da vida humana. Ganha força o paradigma da sustentabilidade enquanto uma perspectiva de caminho para um modelo que desenvolva e aplique um equilíbrio entre os resultados econômicos (lucro), a responsabilidade (justiça) social e a recuperação e proteção ambiental (SANTOS, 2002).

Em meio a estas transformações, dinâmicas e incertezas, como ficam as concepções e práticas de gestão das empresas e organizações em geral? As organizações não são ilhas na sociedade, a razão de ser das mesmas é atender necessidades das pessoas, caso contrário, perdem sentido, deixam de existir e são substituídas (CHIAVENATO, 2009). A gestão das organizações é um permanente campo de busca de inovações, soluções criativas e um terreno competitivo e de constante comparação e até espionagem inter organizacional. Tanto, que uma das ferramentas de gestão mais difundidas é o chamado *Benchmarking*. Trata-se de pesquisar quem, como e por que realiza melhor determinados processos

e alcança melhores resultados, no intuito de copiar, aprender, adaptar ou incorporar (BELO, 2010).

Destaco, a seguir, alguns aspectos que considero relevantes nas abordagens contemporâneas de gestão:

a) As organizações passam a ser entendidas como sistemas abertos, complexos, adaptativos e que necessitam aprender permanentemente e buscar criar e inovar sistematicamente para estar em condições de sobreviver num mundo cada vez mais dinâmico, competitivo e tomado de incertezas (MARIOTTI, 2010).

b) As organizações necessitam muito mais do que planejamento estratégico. Avança a tendência de valorização das pessoas e de processos participativos, da consideração dos trabalhadores como sujeitos dotados de razão e emoção, do estímulo à escolaridade e à educação e capacitação permanente. E o desenvolvimento da liderança em todos os níveis torna-se uma agenda cotidiana. A gestão de pessoas ganha status de política estratégica que deve ocupar um papel de destaque na direção das organizações (CAPRA, 2005). Nesse sentido, para De Masi (2012), na sociedade pós industrial, 70% da força de trabalho responderia pelo trabalho intelectual e apenas 30% atuariam em trabalho ditos manuais.

c) A inovação e a melhoria contínua da qualidade tornaram-se mantras organizacionais e são questões que estão se consolidando como focos estratégicos que devem envolver as organizações, empresas e instituições em todas as suas ações e prioridades (MORAIS, 2012).

d) O capital intangível, em especial, a imagem e reconhecimento social das organizações, ganha um peso e espaço sem precedentes, que deve inclusive superar os ativos tangíveis. O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) já inclui critérios intangíveis em suas análises de risco para as maiores empresas financiados pelo banco estatal. Considera como critérios intangíveis o capital intelectual, socioambiental e os investimentos em reputação da marca. A qualidade da gestão passa a constituir-se em um ativo intangível (PALHANO, 2012).

Estes aspectos não são excludentes, mas ao contrário, complementares e componentes dos enormes desafios colocados para a gestão das organizações no presente e no futuro. Adicione-se o fato de que estas características convivem, ainda, com toda uma herança das abordagens tradicionais de gestão. Neste processo, a governança corporativa das cadeias produtivas e as iniciativas no sentido da sustentabilidade tendem a ser cada vez mais enfatizadas e valorizadas

nas teorias e práticas de gestão (ALMEIDA, 2012).

Neste contexto, ser gestor, em todos os níveis, representa o exercício de uma arte difícil de fazer com que as coisas funcionem bem e cada vez melhor. As organizações precisam considerar os resultados esperados e a centralidade das pessoas, suas necessidades e seu bem estar, bem como o compromisso com um mundo mais digno, justo, solidário e com a natureza respeitada e preservada.

3.4 GESTÃO EM SAÚDE

A valorização do direito à saúde pela sociedade, a maior expectativa de vida para as pessoas e o crescimento dos gastos em saúde geram uma pressão legítima sobre a gestão em saúde no Brasil e no contexto internacional em geral.

A eficácia, eficiência e qualidade do desempenho dos serviços de saúde torna-se agenda relevante para o setor saúde em si, para os diversos agentes envolvidos na formulação, execução e avaliação de políticas públicas e para a própria população que reclama acesso e melhores serviços de saúde. A OMS estima que 20% a 40% do gasto total em saúde é desperdiçado por diversas formas de ineficiência (WHO, 2010).

Trata-se aqui, não de um estudo sobre a gestão em saúde na sua enorme dimensão e complexidade, mas da identificação de aspectos da gestão em saúde que podem ser úteis para a construção do objeto desta tese de doutoramento.

A gestão/administração em saúde pode ser compreendida como a produção e aplicação de conhecimentos no manejo do conjunto das organizações de saúde, abrangendo a gerência de redes, SUS, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde.

De acordo com Cecílio (2009), a gestão em saúde pode ser estruturada em três grandes dimensões altamente complexas: a) integração dos serviços em redes que envolvam os diversos níveis de atenção para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente das necessidades de saúde da população (gestão de redes ou sistemas de serviços); b) as diversas organizações de saúde em si (gerência de cada uma das instituições de saúde) e c) os espaços dos cuidados diretos, singulares e multiprofissionais (gestão do cuidado/assistência/clínica).

A situação e os desafios da gestão em saúde constituem-se em objeto relevante e foco crescente de atuação de estudiosos, gestores e instituições públicas e privadas.

O trabalho em saúde é muito especial e deve ser tratado no nível de expectativa, relevância e magnitude que a saúde representa para as pessoas. A saúde está cada vez mais correlacionada com bem estar e qualidade de vida. Vários produtos e serviços disponíveis na sociedade, muitas vezes, não atendem às expectativas e necessidades das pessoas, mas, nestes casos o cliente ou consumidor, mesmo indignado ou insatisfeito, acaba de alguma forma contornando o problema.

A saúde faz parte do setor de serviços na economia, atividade com características bem diferentes da agricultura e indústria. Destaca-se nestas características a intangibilidade, não é uma coisa material; a inseparabilidade, consumido ao mesmo tempo que é produzido; e a variabilidade, um serviço pode ser prestado de maneiras diversas, mesmo pela mesma pessoa (MORAES, 2012). Cresce na sociedade os auto serviços (*self services*), assim como na saúde há um estímulo ao auto cuidado e um movimento de empoderamento dos sujeitos/usuários.

No ciclo vital das pessoas haverá sempre momentos em que a atuação oportuna e humana dos serviços de saúde é indispensável, em especial, nas situações de dor, sofrimento, dificuldades de comunicação, traumas, transtornos físicos e mentais e condições diversas de mal estar biopsicosocial, manifestas em condições agudas e crônicas de agravos à saúde. A não atuação adequada dos serviços de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis.

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados (OPAS, 2010, p.15).

Aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde são evidenciados pelo isolamento e incomunicabilidade dos serviços, a não responsabilização pela população adstrita, desarticulação entre os níveis de atenção e serviços de apoio, com conseqüente incapacidade de

continuidade no atendimento à população, tornando-a reativa e episódica (OPAS, 2010).

A organização dos serviços de saúde em redes constitui-se na proposta renovada de superação dos modelos fragmentados e na qual se inspira e se baseia o projeto do SUS. Nesta lógica, a atenção à saúde é concebida como

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010, p. 17).

E, a efetividade dos sistemas de saúde em rede pode ser vislumbrada na busca por um sistema de governança único para os diversos contextos, a gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico, com ênfase no gerenciamento de pessoas, visando garantir o número de trabalhadores suficiente, competentes e valorizados (OPAS, 2010).

A atenção à saúde nesta referência de redes integradas torna inadequada a classificação vertical de níveis de baixa, média e alta complexidade do SUS. Isto, reforça um sistema hierarquizado e um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que o nível da Atenção Básica é menos complexo do que os demais. Nas redes, esta concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, evidenciando uma orientação horizontalizada de redes de atenção com distintas densidades tecnológicas, mas sem grau de importância entre os diversos tipos de serviços (MENDES, 2011).

Das instituições contemporâneas, o hospital é percebido como um dos mais impermeáveis à mudança devido ao baixo grau de interação entre as profissões e departamentos, fragmentação da prática clínica, grande subordinação por parte do usuário dos serviços e pouco governo sobre a atuação das corporações. Em síntese,

o hospital poderia ser considerado a Esfinge das teorias gerenciais modernas, já que, até o momento, não foi devidamente desvendada sua lógica de reprodução e apontados caminhos alternativos para uma reformulação desta tradição (CAMPOS, 2009, p. 23).

O hospital e as instituições de saúde em geral podem ser considerados como organizações do tipo “burocracias profissionais”, conforme a Teoria Organizacional de Mintzberg (2006). Nestas organizações o “núcleo operacional” compõe-se de profissionais bem formados e treinados que detêm considerável controle sobre seu trabalho e gozam de relativa autonomia decorrente de seu saber especializado e da complexidade do trabalho. Há nestas instituições um duplo sistema de autoridade, de um lado, a administração, envolvendo o pessoal administrativo e de apoio, com um rígido esquema hierárquico, autoritário e centralizado, e de outro, o núcleo operacional assistencial, onde os profissionais de saúde atuam com autonomia, em especial, os médicos que podem confrontar a administração e são os profissionais com efetiva autonomia (LIMA; BINSFELD, 2003).

A fragmentação da atenção à saúde e dos serviços de saúde pode ser identificada como um dos principais problemas a ser superado. Para as pessoas e populações a fragmentação gera barreiras de acesso, descontinuidade da atenção, atendimento em lugar não apropriado, com conseqüente desorientação, baixa resolutividade e falta de protagonismo na assistência às suas necessidades.

Esta fragmentação sistêmica se reproduz nos modelos de atenção no interior das organizações, cada profissional com seu pedaço, impedindo ou restringindo a abordagem integral, a consideração do usuário como sujeito e favorecendo os riscos e eventos adversos, configurando uma assistência que carece de humanização e qualidade.

Pesquisa com gestores das esferas do SUS e de hospitais que aparecem com destaque no Brasil revelou um consenso de que a gestão na saúde pode ser colocada no topo dos problemas e a sua transformação um desafio prioritário. As principais fragilidades apontadas foram o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e de novos processos de organização do trabalho e de gestão. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais que gera descontinuidade e permanentes recomeços e a desmotivação dos profissionais e trabalhadores. E, que a superação destas fragilidades passa por um esforço nacional intenso e permanente na capacitação e/ou profissionalização da gestão em saúde. Foram citadas também, a necessidade de uma forte modernização através do uso de tecnologias eletrônicas de comunicação e informação, bem como,

a redução da instabilidade e rotatividade dos gestores na área pública, decorrente das implicações político partidárias, consolidando-se o setor saúde como uma política de estado, com financiamento estável e gestão profissionalizada (LORENZETTI et al., 2012).

Enfim, cabe ressaltar que a gestão em saúde sofre forte influência do tipo de modelo de sistema de saúde vigente no país, se público como o NHS da Inglaterra, se privado como o dos USA ou misto como o do Brasil.

3.4.1 Caminhos para a gestão em saúde

Diante do reconhecimento de um certo anacronismo e fragilidades importantes da gestão em saúde no Brasil, quais os caminhos que estão sendo trilhados para o enfrentamento desta situação e busca da sua superação?

É possível identificar dois caminhos, duas ênfases e que, em certas análises e posicionamentos, podem ser consideradas duas tendências, concepções ou pólos que demarcariam escolhas excludentes. Prefiro trabalhar com o entendimento de dois campos com suas respectivas ênfases, mas que não são excludentes e possuem pontes e aspectos comuns, apesar de finalidades bem distintas.

O campo polarizado pelo setor privado, hospitalar e de apoio diagnóstico, concentrado no sudeste do Brasil, está vivenciando uma grande dinamização de gestão. Há uma incorporação de conhecimentos e instrumentos de gestão, utilizados em outras organizações produtoras de bens e serviços com práticas de gestão consideradas avançadas ou atualizadas, como a indústria automobilística.

Este campo procura converter para a área da saúde práticas de gestão das empresas mais reconhecidas, pautadas por padrões internacionais e que visam o lucro, acima de tudo, mas não desconsideram a questão da sustentabilidade, enquanto uma agenda contemporânea importante. Alguns elementos deste movimento, a título de confirmação e não de aprofundamento, podem ser destacados:

- a) Ênfase na profissionalização da gestão com gestores que não são profissionais da área da saúde (ESCRIVÃO, 2012);
- b) Investimento em capacitação em gestão dos profissionais de saúde que atuam com a administração;
- c) Adoção da acreditação e certificação, considerados selos de qualidade e excelência, de referência internacional como a *Joint*

Comission International (JCI);

d) Uso de conceitos consagrados na área industrial como o pensamento *LEAN* (enxuto), desenvolvido pela empresa japonesa Toyota e atualmente, disseminado para os diversos setores de produção de bens e serviços (JOINT COMMISSION, 2013; ARAGÃO, 2012; TOUSSAINT; GERARD, 2012);

e) Incorporação de instrumentos de planejamento estratégico e gestão da qualidade, típicos do mercado privado não de saúde, como o *Balanced Score Card* (BSC) e o *Benchmarking*;

f) Dinamismo na utilização de novas tecnologias, em especial, de intervenção terapêutica e apoio diagnóstico.

O segundo campo está polarizado pelo setor público, o SUS, com o apoio de estudos, propostas e experiências de gestão formuladas pela produção de instituições públicas de ensino e pesquisa.

Há que se ressaltar que os desafios de gestão do SUS são enormes, em função de aspectos, entre outros, que destacamos a seguir:

a) O tamanho continental do Brasil e sua população de cerca de 192 milhões de pessoas, com grande diversidade regional e cultural;

b) A necessidade de dar conta de todas as dimensões da gestão em saúde, desde a construção e operação de redes de serviços descentralizados, a gerência das diversas instituições específicas e a gestão dos cuidados diretos nos diversos pontos de atendimento à população;

c) A convivência de dois subsistemas de serviços, público e privado, onde o SUS assume as atribuições de prevenção, promoção e atendimento de baixa complexidade para toda a população e presta serviços de média e alta complexidade para cerca de 75% dos brasileiros que não possuem planos privados de saúde e dependem exclusivamente do SUS;

d) A Constituição vigente no Brasil (1988) estabelece que o SUS, deve assegurar atendimento das necessidades de saúde para todos os brasileiros e que o sistema privado deve ser complementar, porém, o setor público detém, apenas, 35% dos leitos hospitalares (2009) e 6,4% dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico do país (2010) e em 2008, o SUS pagou 67% das internações hospitalares do Brasil (PAIM et al., 2011);

e) A coordenação das diversas esferas de governo, federal, estadual e municipal, concomitante a compra de serviços privados, apresenta grandes dificuldades devido às diversidades político regionais, de interesses e a alta rotatividade dos gestores do setor público. Uma

política estável (de Estado) para gestão da saúde, que exige integração por razões técnicas, econômicas e de garantia de qualidade para todos, torna-se uma engenharia altamente desafiadora. A experiência de outros países com sistemas de saúde públicos e universais mostra que isto é possível e segundo a OMS, cada vez mais necessário;

f) O controle social do SUS nas suas diversas instâncias (conferências, conselhos...) é um grande diferencial positivo que também exige uma dedicação e consideração especial da gestão em saúde no Brasil.

Iniciativas recentes de gestão que podem ser salientadas no âmbito do SUS:

a) O decreto número 7.508 (2011) que regulamenta a Lei 8080 (1990) estabelece diretrizes relevantes de gestão do SUS, entre outras, Regiões de Saúde, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Planejamento da Saúde, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (BRASIL, 2011);

b) A constituição e esforço de implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a indução de diversas medidas de gestão na dimensão das organizações de saúde e no desenvolvimento dos cuidados diretos. Propõe a interação entre gestores, trabalhadores e usuários em torno de referências, tais como, Gestão Participativa (Cogestão), Acolhimento, Clínica Ampliada e Compartilhada, Interdisciplinaridade, Valorização do Trabalho e do Trabalhador, Defesa dos Direitos dos Usuários e incentivo aos Conselhos Locais de Saúde (BRASIL, 2010);

c) A implantação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (2012), como uma avaliação geral do SUS através da mensuração de indicadores nas áreas de atenção básica, ambulatorial, hospitalar e emergência. Utiliza uma escala de atribuição de notas de 0 a 10 e a média nacional da primeira edição do IDSUS foi de 5,4, atestando que somente 1,9% dos brasileiros que vivem em 347 municípios estão com serviços com nota acima de 7,0. O IDSUS será atualizado a cada três anos, permitindo um histórico e radiografia detalhada do desempenho do SUS (BRASIL, 2012);

d) Cartão Nacional de Saúde obrigatório, buscando avançar na perspectiva da construção de um Prontuário Único Nacional para os brasileiros. Esta iniciativa, Registro Eletrônico de Saúde (RES), bem avançada e agenda relevante em diversos países, é considerada uma medida de extrema importância para a melhoria da eficácia, eficiência e qualidade dos serviços de saúde, portanto, uma ferramenta chave para a

gestão em saúde. O RES é um instrumento indispensável para uma efetiva integração dos serviços de saúde em redes e a operacionalidade da referência e contra referência.

Do ponto de vista da gestão, estes dois campos, apreciados acima, têm pontos em comum, sendo forte, a preocupação com a eficácia, eficiência e qualidade dos serviços de saúde dispensados à população. É o que mostra a criação do IDSUS no setor público e a mobilização de acreditação em padrão internacional pelo setor privado.

Um fenômeno que ocorre na gestão em saúde em geral, nos últimos anos, como forma da busca por serviços de qualidade e com mais eficiência, é o movimento da gestão para abranger não apenas os aspectos institucionais de fornecimento dos recursos para o trabalho assistencial dos profissionais de saúde, infraestrutura, leitos, salas de cirurgia, equipamentos e pessoal, mas o domínio da gestão da assistência propriamente dita, dos processos assistenciais (BOHMER, 2012).

A agenda da qualidade dos serviços não é monopólio do setor privado e passa a ser relevante em diversas iniciativas do setor público, como a certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Isto também pode ser observado em nível internacional. O sistema público de saúde da Inglaterra (NHS) tem várias iniciativas que incorporam ferramentas de gestão típicas do setor industrial privado, com destaque para o mencionado pensamento LEAN. Estas iniciativas estão abrigadas em um amplo programa nacional denominado “*Quality, Innovation, Productivity and Prevention*” (QIPP) e conta com o suporte de um instituto nacional especialmente criado para fomentar tais iniciativas, o NHS *Institute for Innovation and Improvement* e de outros centros de estudos e pesquisas, como o *Centre for Innovation in Health Management*, da Universidade de Leeds (ENGLAND, 2013).

Ações na área da sustentabilidade ainda parecem bastante distantes do cotidiano das instituições de saúde no Brasil e representa um grande campo a ser desenvolvido e praticado. Há um amplo espaço para programas de economia de materiais, água, energia, gestão do lixo e resíduos, inserção em cadeias de reciclagem, reuso e recuperação de bens, bem como, inserção comunitária em atividades sociais e educacionais sustentáveis.

Um debate que permeia todo este cenário é a profissionalização da gestão em saúde, a capacitação específica dos profissionais de saúde para a gestão e a amplitude da autonomia dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, na realização de suas atividades.

A estima da saúde pelas pessoas, a variabilidade das possibilidades de abordagem terapêutica, a produção intensa de novos conhecimentos na saúde, a disponibilidade permanente de novas tecnologias, a quase irrestrita autonomia cultural dos médicos e os custos crescentes dos serviços, faz com que a gestão em saúde seja de uma grandeza e complexidade única.

Diante destas alternativas, dilemas, fragilidades, desafios e complexidade da gestão em saúde, optei por compor aspectos destes dois campos para a construção da tecnologia de gestão de unidades de internação, o PRAXIS, como descrito no próximo capítulo.

3.5 GESTÃO EM ENFERMAGEM

As atividades de gestão são constitutivas da prática da enfermagem, em especial da enfermeira, desde a institucionalização da profissão, em meados do século XIX. Durante estes mais de 150 anos, a organização do ambiente terapêutico é parte importante do trabalho da enfermagem.

A enfermagem enquanto profissão surge no espaço do hospital, durante o processo de transformação do mesmo, de um lugar para exclusão dos indesejáveis na sociedade para ser um local privilegiado de cura de doenças. A nova finalidade do hospital atende a necessidade de prover mão de obra para o desenvolvimento do capitalismo, ainda emergente. Neste mesmo processo a medicina passa a desenvolver seu saber e prática no ambiente hospitalar (PIRES, 1989). E, nesse encontro da enfermagem com a medicina, sua prática subordina-se à medicina no aspecto terapêutico, mas a enfermagem preserva certa autonomia, em especial, no que diz respeito à organização e manutenção do ambiente terapêutico.

A enfermagem emerge como profissão já demarcada pela divisão técnica do trabalho, as *'lady nurses'* focadas nas atividades de coordenação e supervisão e as *'nurses'* responsáveis pelos cuidados diretos aos pacientes (ALMEIDA; ROCHA, 1989; PIRES, 1989).

Da mesma forma que o hospital é considerado um repositório das abordagens tradicionais de gestão, a enfermagem também recebe muitas críticas como reprodutora de práticas tradicionais de gestão. Na enfermagem, em geral, predominam os princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, tais como a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, o fazer em detrimento do pensar, a forte

preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas e escalas de distribuição de tarefas, proporcionando, entre outras coisas, a fragmentação da assistência aos usuários (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

A enfermagem constitui-se no maior contingente dos profissionais de saúde no Brasil, 1.856.683 (hum milhão, oitocentos e cinquenta e seis mil e seiscentos e oitenta e três) (COFEN, 2012). Está presente na grande maioria das unidades do sistema de saúde, na atenção básica, na atenção hospitalar, na assistência domiciliar, nas unidades de atendimento de urgência e emergência, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e em diversos espaços da sociedade como escolas, empresas e outros.

Na atualidade, a consolidação da enfermagem como profissão tem avanços e desafios. No Brasil constata-se um grande crescimento dos programas de pós-graduação, movimento importante para a construção de um saber próprio da enfermagem na condução de sua prática. Em relação ao papel específico da enfermagem na interdisciplinaridade e trabalho multiprofissional e interdependente em saúde, uma reorientação profissional no sentido de compromisso com o bem estar das pessoas em todo o seu ciclo vital, nos processos de saúde e doença, parece ser uma missão finalística muito importante para a enfermagem, fonte de reconhecimento e maior autonomia profissional. A dimensão da gestão ocupa um papel relevante na atuação profissional da enfermagem nesta perspectiva, num contexto de valorização da saúde sem precedentes na sociedade contemporânea.

O trabalho profissional das enfermeiras costuma ser retratado em três grandes áreas: os cuidados diretos aos usuários, a gestão/administração e a educação e pesquisa (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2009). A gestão da assistência de enfermagem, entendida como o planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação do trabalho de toda a equipe de enfermagem configura-se no núcleo dominante do papel profissional das enfermeiras, constando como atividade privativa das mesmas na lei do exercício profissional vigente (BRASIL, 1986).

A atuação da enfermagem no desempenho dos serviços de saúde é de grande relevância, estando ao encargo da enfermagem, em geral, a organização, manutenção e coordenação das operações de funcionamento dos diversos ambientes terapêuticos. Exerce a articulação do trabalho dos diversos profissionais de saúde e tem forte responsabilidade na disponibilização dos materiais assistenciais

necessários. Realiza o acolhimento dos usuários no acesso aos serviços de saúde e acompanha e assiste os mesmos nos seus itinerários terapêuticos, bem como, tem substantiva atuação em todas as ações e medidas vinculadas à prevenção e papel da atenção básica ou assistência primária de saúde.

O médico não atua sozinho, a enfermagem tem um papel especial no planejamento do sistema operacional, na gestão do desempenho cotidiano e na melhoria de curto e longo prazo nos serviços de saúde (BOHMER, 2012).

Diante dos desafios da gestão em saúde na atualidade podemos afirmar que a enfermagem é parte importante dos problemas de gestão e necessariamente, parte importante da solução e enfrentamento dos mesmos.

A partir do diagnóstico das fragilidades, defasagem e inadequação da gestão em saúde e da sua relevância para a melhoria dos serviços de saúde, tem crescido significativamente os estudos e pesquisas nesta temática. A enfermagem acompanha este movimento e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) registra a existência de 83 Grupos de Pesquisa com o foco de gestão em enfermagem, do total de 573 grupos de enfermagem em geral (BRASIL, 2013).

As pesquisas e estudos da enfermagem em gestão ainda estão concentradas no ambiente hospitalar, em decorrência da cultura hospitalocêntrica e forte presença da enfermagem na atenção hospitalar (57,2% dos postos de trabalho das enfermeiras e 70,7% e 73,3%, dos técnicos e auxiliares, (IBGE, 2005), mas já há bastante visibilidade da atenção básica, bem como, preocupação com a dinâmica das teorias administrativas e suas repercussões na enfermagem.

No ambiente hospitalar o campo das pesquisas e estudos é amplo, envolvendo, entre outros, planejamento, gestão de pessoas, sistema de classificação de pacientes, dimensionamento de pessoal, liderança, processos de trabalho, sistematização da assistência, informatização, saúde dos trabalhadores de enfermagem, condições de trabalho, subjetividade no trabalho, gestão de materiais, segurança e qualidade da assistência.

3.6 AVANÇOS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR

O cuidado das pessoas vai se afirmando como objeto

epistemológico da enfermagem e torna-se foco especial da produção de conhecimentos para a profissão. Isto repercute na prática com os esforços de uma maior autonomia na assistência, representada pela organização e implantação dos processos assistenciais de enfermagem, também conhecidos como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE constitui-se em um instrumento do trabalho profissional da enfermagem que possui uma forte dimensão de gestão porque implica uma organização da assistência que adota uma metodologia baseada nas referências de planejamento, execução e avaliação e, constitui-se em dispositivo que estrutura o trabalho da equipe de enfermagem. É uma ferramenta importante de reorientação da prática para a perspectiva de ser usuário centrado, quando aplicada de forma a não ser apenas mais uma rotina (GARCIA; CUBAS, 2012).

A SAE substantiva, completa e com registro integral no prontuário do paciente, eletrônico ou não, ainda é uma prática amplamente minoritária nos serviços de saúde do Brasil, mas consiste em importante instrumento para a afirmação profissional e seu compromisso com as necessidades de saúde da população. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), dada a relevância da aplicação da SAE, estabelece uma regulamentação específica (COFEN, 2009). Portanto, a sua implementação é uma agenda relevante e prioritária para os gestores da enfermagem nos serviços de saúde.

A adoção dos “cuidados integrais” na organização do trabalho da equipe de enfermagem em contraposição aos “cuidados funcionais”, expressa iniciativa no enfrentamento e superação da forma taylorista-fordista de trabalho e componente que pode agregar valor na afirmação da integralidade e não fragmentação da assistência (ORO; MATOS, 2011).

Nesta mesma linha, faz-se digna de registro as experiências de “enfermeiro de referência” como medida de gestão assistencial focada na valorização da consideração da integralidade dos usuários. Nesta metodologia, todo usuário ao ser internado para atenção hospitalar recebe a designação de um enfermeiro que o acompanhará em todo o seu tratamento durante a internação, articulando as diversas necessidades assistenciais, reduzindo a fragmentação, melhorando a orientação e acolhimento e uma adequada preparação e continuidade dos cuidados na contra referência (SILVA, 2011; BARBOSA, 2011).

A concepção e experiências de gestão participativa na saúde têm influenciado a enfermagem, promovendo iniciativas, entre outras, de

planejamento participativo, humanização e trabalho em equipe (GELBCKE et al., 2006; LIMA; HADDAD, 2008).

A área de gestão de pessoas tem tido um forte dinamismo na enfermagem, com estudos, pesquisas e experiências práticas. Podem-se destacar as temáticas do dimensionamento de pessoal, liderança, educação permanente e saúde e segurança dos trabalhadores de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011; CARDOSO, 2011; LOPES, 2007; EBLILNG; CARDOSO, 2010).

A questão da avaliação e qualidade da assistência que tem assumido grande relevância na gestão em saúde também envolve a enfermagem. Crescem os estudos e iniciativas no contexto do movimento pela “segurança do paciente”. No setor privado hospitalar, em especial, a enfermagem está engajada nos processos de acreditação/certificação e programas voltados para a qualidade da assistência (OPAS, 2011; KNODEL, 2011; BETTA; ARRIERO; BAPTISTA, 2011; DENSER, 2011).

As Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) estão promovendo fortes mudanças no setor saúde e constituem-se em aposta para um grande avanço da gestão em saúde. A enfermagem tem participado deste processo, talvez ainda de forma tímida, mas que tende a merecer uma atenção crescente e destacada (HUMMEL, 2012; PRADO; PERES; LEITE, 2011).

4 PRINCÍPIOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO PRAXIS

A construção do sistema de gestão PRAXIS fundamenta-se em três (3) princípios orientadores relevantes e articulados entre si: Gestão Participativa, Melhoria Contínua do Desempenho e Inovação Tecnológica.

A opção pela Gestão Participativa (GP) expressa uma convicção filosófica de que esta concepção de gestão é a que melhor responde às características do trabalho em saúde e na enfermagem.

A Melhoria Contínua do Desempenho significa a incorporação da visão da necessidade de preocupação permanente com a qualidade da assistência. E, que esta preocupação deve ter centralidade e presença efetiva na gestão dos processos assistenciais em todos os serviços de saúde, tanto públicos, quanto privados.

A Inovação Tecnológica, como o uso de ferramentas de tecnologia de informação e comunicação e a informatização de processos, traduz o uso de recursos tecnológicos atuais e inovadores para implementar melhorias na gestão. Estes recursos podem ser muito úteis para o trabalho da enfermagem e favorecerem uma prática com maior autonomia profissional e usuário centrado.

4.1 GESTÃO PARTICIPATIVA

A Gestão Participativa (GP) constitui-se em concepção de gestão que vem ganhando uma ampla adesão no mundo das organizações e serve de referência para vários instrumentos da administração contemporânea.

No Brasil, o SUS adotou a GP como diretriz geral e o Ministério da Saúde (MS) possui uma Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e uma Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) (BRASIL, 2009). O MS instituiu o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS visando premiar e divulgar experiências exitosas de GP (BRASIL, 2007). A GP é também um dos eixos centrais da Política Nacional de Humanização no SUS (BRASIL, 2010).

O caráter institucional, regular e deliberativo das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde em nível nacional, estadual e municipal, bem demonstram o compromisso com a

concepção de gestão participativa.

As características do trabalho em saúde, interdisciplinar, multiprofissional e de inclusão do usuário, comunidade e sociedade como protagonistas indicam e reforçam a GP como a concepção necessária, porém, observa-se que este princípio tem grande aceitação teórica, mas ainda, uma baixa aplicação no setor saúde.

Isto fortalece a importância desafiadora de elaboração e aplicação de instrumentos que favoreçam a GP como pretende o PRAXIS.

A GP pode ser entendida como a consideração das pessoas enquanto sujeitos protagonistas nos processos de gestão, com poder deliberativo em todos os ciclos em que estão envolvidas. Possibilita um fazer consciente e responsável no sentido individual, coletivo e comunitário.

A GP é o modo de gestão mais coerente com a visão contemporânea de administração que valoriza as pessoas enquanto talentos que fazem a diferença nas organizações, que dá uma re significação institucional da subjetividade e da qualidade de vida no trabalho e, que eleva ao máximo o valor da liderança legítima como processo essencial para a formação e mobilização de grupos/equipes para o alcance de determinada missão.

A GP na prática cotidiana depende muito da aplicação concreta de uma concepção de liderança coerente com a participação efetiva dos membros de um grupo de trabalho e de uma dinâmica substantiva de cooperação e trabalho em equipe. Constitui-se em um modo de gestão compartilhada que incorpora o desafio da contribuição para o desenvolvimento de sujeitos mais livres, autônomos e satisfeitos no trabalho. Mas, que ao mesmo tempo, através do incentivo coletivo à responsabilização não negligencia os resultados e a qualidade do trabalho.

A liderança tem sido objeto de grande atenção na gestão e considerada um diferencial relevante no sucesso das organizações. A liderança democrática e o trabalho em equipe são elementos chaves e componentes indispensáveis para uma gestão participativa.

Na gestão compartilhada os processos de trabalho necessários para o alcance de determinados resultados são pensados, organizados, executados e avaliados de forma cooperativa, em que a liderança cumpre um papel de coordenação baseada na confiança, motivação, credibilidade, parceria, apoio, conhecimentos e habilidades sobre o trabalho a ser desenvolvido e os objetivos a serem alcançados.

Na ótica da GP a liderança desejada envolve muito mais do que a

capacidade de inspirar e motivar pessoas na direção de um propósito comum e implica, dentre outros, nos seguintes aspectos adicionais: Dinâmica de trabalho com a construção de acordos coletivos que devem ser respeitados; Planejamento participativo aglutinador e com uma sistemática de avaliação, ajustes e replanejamento; Comprometimento com objetivos comuns; Valorização de instâncias coletivas decisórias regulares; Implementação de um ambiente de respeito e consideração pelas pessoas como sujeitos singulares; Criação de mecanismos de desenvolvimento profissional e pessoal dos membros do grupo e; Nos serviços de saúde, o fomento de uma cultura assistencial centrada no usuário e nos princípios do SUS.

Neste sentido, a liderança participativa deve prevalecer como a concepção de liderança desejada, prática em que o líder está sempre em interação dinâmica com o grupo e que resulta em um processo de transformação contínua para ambos, grupo e líder e o líder não é compreendido em uma posição externa ao grupo (NETO, 2010).

O trabalho em grupo ou em equipe é parte essencial da dinâmica operacional da gestão participativa. O trabalho em equipe na perspectiva de “equipe integração” e não “equipe agrupamento”. No sentido formulado por Peduzzi, Silva e Lima (2013) a “equipe agrupamento” é a justaposição de ações e profissionais e a “equipe integração” a articulação das ações e a interação comunicativa em ação para o alcance de um projeto comum.

O trabalho em grupo enquanto uma alternativa ao modelo taylorista-fordista de organização do trabalho baseado no indivíduo, no posto de trabalho, tem sido proposto e praticado nas organizações empresariais de forma significativa a partir da segunda guerra mundial (1939 – 1945). Neste campo destaca-se a abordagem sócio-técnica das organizações que implementou sistemas de produção com grupos semi-autônomos e fundamentou experiências como a democracia industrial na Escandinávia, nas décadas de 1960 e 1970. O trabalho em grupo nas empresas, através dos chamados grupos semi-autônomos ou grupos auto-geridos vem ganhando importância na gestão das organizações, inclusive no Brasil. E, é componente importante no difundido “modelo japonês” de gestão ou Sistema Toyota de Produção. Esta concepção de organização do trabalho propugna uma maior autonomia no planejamento, organização, execução e avaliação do trabalho, incentivando a cooperação e solidariedade para a consecução dos objetivos do grupo e da organização (MARX, 2010).

Muitas experiências em “trabalho enriquecedor” realizaram incentivos aos trabalhos integrados e equipes autogeridas, mas a Toyota

“encontrou uma maneira especial de equilibrar a eficiência da divisão do trabalho com a mágica do artesanato” (LIKER; FRANZ, 2013, p. 21).

Enfim, a Gestão Participativa pode ser um recurso relevante na reorientação do modelo assistencial de saúde, na perspectiva de tornar-se usuário centrado, prática da integralidade, com redução dos efeitos da fragmentação dos cuidados e promoção de uma assistência segura e de qualidade.

O PRAXIS pretende disponibilizar um sistema de gestão de unidades de internação que facilita e organiza a Gestão Participativa neste importante espaço de cuidados. O Planejamento Participativo, componente do PRAXIS, constitui-se no instrumento fundamental para a viabilização da GP nas unidades de internação.

4.2 MELHORIA CONTÍNUA DO DESEMPENHO

O desenvolvimento do capitalismo impulsionou um processo permanente de mudanças no mundo das empresas com reflexos nas organizações em geral da sociedade. Estas mudanças quase sempre estiveram orientadas para o alcance de maior lucratividade e competitividade no contexto dos mercados.

Inovações tecnológicas materiais e de gestão são as faces mais visíveis destes processos, baseadas em conhecimentos e aplicações da tecnociência.

A melhoria da performance, da eficácia e da eficiência tem sido um desafio cotidiano para empresas e organizações. Na atualidade as questões da qualidade, da inovação, da governança corporativa e da sustentabilidade tem sido agenda prioritária, embora as desigualdades ainda sejam as marcas identitárias da humanidade.

Nesta trajetória, um conceito criado há mais de 80 anos continua sendo uma referência de gestão e configura-se como uma metodologia amplamente utilizada para a análise e solução de problemas nas organizações. Constitui-se em um método sistemático de solução de problemas, um passo a passo em direção à excelência. Trata-se do ciclo PDCA ou PDSA, sigla do inglês *Plan, Do, Check/Study e Act* (LIKER; FRANZ, 2013; TOUSSAINT; GERARD, 2012).

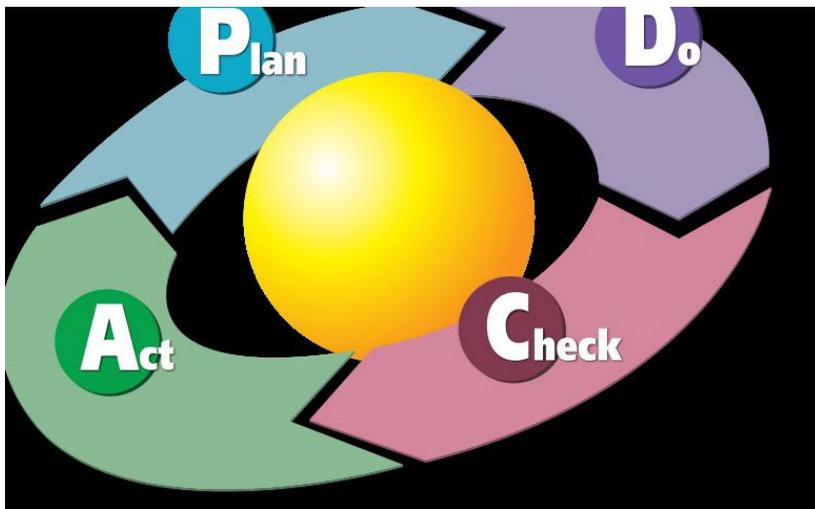


Figura 1 – Ilustração do ciclo PDCA.

Fonte:

Adaptado

de

<<http://focotreinamentoedesenvolvimento.blogspot.com.br/2012/02/usando-o-pdca-para-solucionar-problemas.html>>.

Possibilita uma sistemática de melhoria contínua do desempenho através do uso permanente do planejar, implementar, verificar os resultados, promover ajustes, correções e replanejamento, retomando sempre o ciclo *num continuum*.

O sistema PRAXIS adota esta metodologia PDCA na busca de uma melhoria contínua do desempenho e performance das unidades de interação.

O PDCA no PRAXIS está concebido para uma integração de processos assistenciais e administrativos, onde o Planejamento Participativo conforma-se como uma verdadeira âncora de todo o sistema de gestão.

A seguir, algumas indicações teóricas dos processos assistenciais e administrativos que estão integrados no PRAXIS.

4.2.1 Planejamento participativo

“Os homens não improvisam, fazem, geralmente, um cálculo que

precede e preside a ação” (MATUS, 1989, p. 24). O planejamento é uma mediação entre o conhecimento e a ação para o alcance de objetivos em uma determinada situação. O planejamento precede e preside a ação e na concepção participativa o ator que realiza a ação é o ator que planeja (MATUS, 1989).

A prática sistemática e contínua do planejamento participativo em todo o contexto do SUS e, principalmente, em todas as unidades de saúde da rede ainda é um grande desafio e objetivo a ser alcançado.

A Enfermagem vem realizando iniciativas de planejamento participativo na gestão de unidades de internação e das instâncias diretivas da enfermagem nas instituições de saúde. O desafio parece ser tornar estas iniciativas eventuais em prática consolidada.

Gelbcke et al. (2006, p. 520), em relato de experiência do Planejamento Estratégico Participativo da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC, menciona:

... pretendeu-se, então, romper com certa apatia que parecia estar presente, imobilizando os trabalhadores à participação, à reflexão, que levava a um fazer rotineiro, sem motivação, para um processo que favorecesse olhar o cotidiano, buscar novas perspectivas, ter esperanças, com solidariedade, responsabilidade e liberdade. Esperanças na descoberta de suas próprias possibilidades de mudança.

A concepção adotada de PP é de uma diretriz ou um guia que envolve uma ordenação de ações planejadas, previstas com antecedência e ações emergentes, não previstas, a serem desenvolvidas ao longo do tempo para alcançar a missão de cuidar de pessoas. Consiste em decidir com antecedência o que é necessário fazer para mudar as condições que são insatisfatórias no presente e evitar que as condições que são satisfatórias se deteriorem no futuro. E, ser sempre um processo flexível e dinâmico que incorpora as mudanças cotidianas emergentes com novas ações não previstas (ANDRADE; AMBONI, 2010).

4.2.2 Classificação do grau de cuidados

Cuidados de enfermagem adequados, seguros e de qualidade exigem uma organização do trabalho em que a centralidade seja o

usuário. A gestão da assistência deve propiciar mecanismos, práticas e dispositivos que favoreçam e facilitem uma assistência de enfermagem focada no usuário, no sentido individual e coletivo.

O desenvolvimento da metodologia de classificação dos pacientes cumpre um papel de destaque nesta perspectiva, pois permite que a assistência de enfermagem seja orientada pelas necessidades de cuidados requeridos pelo paciente com agravo à sua saúde.

O Sistema de Classificação dos Pacientes (SCP) é um sistema que possibilita a identificação e classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidados que expressam os esforços necessários de atendimento de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

O SCP sistemático e diário é um recurso valioso para a gestão da assistência por disponibilizar, permanentemente, um quadro da estimativa de necessidades de cuidados de enfermagem para cada paciente e por constituir-se em indicador básico para o planejamento e provimento dos profissionais de enfermagem necessários em determinada realidade de atenção à saúde.

O SCP é parte importante do método de dimensionamento de profissionais de enfermagem que “possibilita realizar a projeção de um quadro de pessoal para os serviços de saúde a serem implantados, permitindo também avaliar o quantitativo e o qualitativo de profissionais para unidades já em funcionamento” (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011, p. 214) Dada a relevância desta prática o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) prolatou resolução específica, que visa estabelecer os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde (COFEN, 2004).

4.2.3 Gestão de pessoas

As visões contemporâneas de Gestão/Administração avaliam as organizações em geral como sistemas vivos em que as pessoas são valorizadas como um capital capaz de fazer a diferença no mundo competitivo e globalizado de hoje. Ganha importância a noção de que as instituições/empresas devem ser capazes de aprender e gerar conhecimento contínuo. A subjetividade é reconhecida, a criatividade incentivada e o papel da liderança destacado. As pessoas deixam de ser recursos para serem talentos que devem ser desenvolvidos e mantidos

para o sucesso de qualquer organização (MARIOTTI, 2010; CORTELLA, 2009; LASELVA; COSTA, 2011).

O setor saúde no Brasil ainda está distante de praticar esta visão da gestão de pessoas. A enfermagem tem uma importância enorme no resultado do trabalho assistencial em saúde, mas ainda convive com más condições de trabalho e pouca valorização em geral (CAMPOS; MALIK, 2011).

Neste projeto, a gestão participativa enquanto referência de concepção, busca incluir a valorização das pessoas neste contexto mais contemporâneo. Assim, a gestão de pessoas deve procurar ir além do tradicional, incentivando a participação substantiva, a motivação, o enfrentamento negociado dos conflitos, o desenvolvimento técnico e pessoal e incluindo na agenda a melhoria permanente das condições de trabalho combinada com responsabilidade profissional.

O sistema PRAXIS adota estas orientações na gestão da equipe de enfermagem e concentra-se na informatização da elaboração e gestão da escala mensal de trabalho da equipe da unidade, na escala de distribuição diária dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem pelos pacientes internados, tendo como referência o SCP, nas atividades de educação permanente e na avaliação de desempenho dos membros da equipe de trabalho da unidade. Além disso, o PRAXIS organiza, processa e disponibiliza informações relevantes do funcionamento da unidade, favorecendo a participação substantiva dos membros da equipe.

4.2.4 Gestão de materiais

Os materiais são instrumentos de trabalho importantes para os serviços de saúde bem realizarem a sua missão de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. A OMS estabelece que o hospital enquanto uma entidade voltada para o manejo de eventos agudos e críticos deve dispor de utilização exclusiva de possibilidades terapêuticas e de densidade tecnológica compatível com a sua complexidade, além de oferecer um ambiente agradável e amigável aos usuários e profissionais (BRASIL, 2004).

A enfermagem utiliza uma enorme quantidade e diversidade de instrumentos e de materiais na realização de seu trabalho, especialmente em hospitais, daí a necessidade de contemplar a gestão de recursos materiais nas suas atividades de administração. Nesta perspectiva, um

estudo descreve uma iniciativa considerada inovadora da enfermagem em um hospital universitário, em que a atuação da enfermagem nesta área passou a ser reconhecida e institucionalizada através da implantação de uma Comissão Permanente de Materiais de Assistência, a qual gerencia cerca de 400 tipos de materiais assistenciais, envolvendo a especificação, padronização, aquisição e controle quantitativo e qualitativo (HONÓRIO; ALBUQUERQUE, 2005).

As condições do ambiente físico, infraestrutura e manutenção são também atribuições que ocupam o trabalho da enfermeira coordenadora de uma unidade de internação e dão sustentação para uma assistência de qualidade e livre de riscos.

4.2.5 Gestão da qualidade

A avaliação dos resultados do trabalho de uma instituição é uma necessidade indispensável e permanente, em articulação com o planejamento, estrutura e práticas organizacionais. Nas análises sobre as fragilidades da gestão em saúde no Brasil aparece com força a ausência ou incipiente cultura de avaliação dos resultados dos serviços de saúde.

Vários países, em especial os mais desenvolvidos, estão introduzindo quadros de referência e indicadores de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. A maioria das iniciativas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde ainda é relativamente recente. Porém, a qualidade vem ganhando terreno e sendo considerada estratégica na maioria dos países, independente do nível de desenvolvimento e do tipo de sistema de saúde adotado. Entre as razões para a necessidade de avaliação sistemática dos serviços de saúde pode-se destacar: a) não adequada segurança dos sistemas de saúde; b) a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; c) a insatisfação dos usuários; d) o acesso desigual aos serviços de saúde; e) longas listas de espera; f) o desperdício inaceitável advindo da escassa eficiência (SERAPIONI, 2009).

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, multiprofissional e que requer uma abordagem interdisciplinar, trata-se de um serviço, consumido no ato da sua produção. Área complexa, que amplia os desafios para a implementação de políticas de avaliação.

O sistema público de saúde da Inglaterra, *National Health System* (NHS), criou o conceito de Governança Clínica em 1997 para indicar a prioridade da melhoria contínua da qualidade dos serviços na busca da

excelência no atendimento em saúde.

A Organização Mundial da Saúde, OMS, propõe que o conceito de Governança Clínica englobe 04 aspectos principais:

- * Desempenho dos profissionais (qualidade técnica);
- * Adequada utilização dos recursos (eficiência);
- * Gestão do risco (prevenção e redução contínua dos eventos adversos e erros);
- * Satisfação dos usuários com a atenção recebida (OSMO, 2011, p.132).

A enfermagem tem tido uma participação efetiva neste processo de valorização da qualidade enquanto um componente estratégico e prioritário na gestão em saúde. Está atuante nos processos de acreditação e no movimento mundial pela segurança do paciente. Porém, faz-se necessário uma internalização no cotidiano das unidades assistências e o PRAXIS pretende ser uma ferramenta que facilita e sustenta a preocupação com a qualidade assistencial de enfermagem no dia a dia das unidades de internação hospitalares.

A enfermagem, pelo fato de estar e cuidar do usuário de forma permanente e contínua, tem um papel determinante na qualidade da assistência hospitalar. Estudos mostram evidências de uma correlação direta entre quantidade e qualidade do pessoal de enfermagem com a melhoria do atendimento ao usuário (JOINT COMMISSION RESSOURCES, 2008).

O entendimento do que é qualidade tem particularidades na área da saúde devido às especificidades dos serviços de saúde, que cuidam de seres humanos nos processos de saúde e doença durante o ciclo vital. Não é suficiente e diretamente aplicável a compreensão de qualidade como ausência de defeitos. A qualidade implica a noção de avaliação e um julgamento se o serviço ou bem está cumprindo com aquilo a que se destinou originalmente. Envolve tomada de decisões, estabelecimento de critérios e subjetividade. No caso da saúde deve incluir os usuários, profissionais de saúde e gestores, bem como considerar os agentes reguladores e financiadores (MALIK, 2010).

A aplicação sistemática de gestão da qualidade em saúde e enfermagem é um desafio pela sua complexidade, mas uma exigência contemporânea para o oferecimento de bons serviços aos usuários e atendimento da valorização do papel da saúde na sociedade atual. Os processos assistenciais e administrativos de enfermagem, de grande importância nos resultados dos serviços de saúde, precisam de

avaliação, inclusive, para uma maior valorização e visibilidade da relevância social da profissão.

A qualidade em saúde e enfermagem pode ser entendida como o grau de conformidade com padrões desejados e estabelecidos previamente, que podem estar desdobrados em metas colocadas para um período de tempo em cada realidade concreta. Os instrumentos de verificação do grau de conformidade em dado contexto são os indicadores. O indicador é uma medida usada para descrever a situação existente e avaliar mudanças ou tendências diante das ações de saúde e/ou enfermagem executadas (BOHOMOL, 2010).

O PRAXIS incorpora alguns instrumentos e indicadores de avaliação e qualidade da assistência de enfermagem nas unidades de internação, que serão descritos posteriormente.

4.3 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

O presente trabalho de doutoramento, focado na gestão de unidades de internação hospitalares, tem a pretensão de disponibilizar uma tecnologia inovadora que tenha impacto positivo no manejo destas unidades assistenciais. Desta forma, este desafio insere-se no amplo e valorizado campo da inovação tecnológica.

A inovação e a inovação tecnológica são consideradas uma exigência para o sucesso e mesmo sobrevivência das organizações no mundo hodierno, tão complexo e mutante. Constitui-se em uma agenda prioritária para todos os setores, público e privado e, está diretamente associada ao desafio de aprendizagem organizacional contínua.

Neste início de século XXI pode-se dizer que vivemos sob o império da tecnologia e que a vida em geral tornou-se tremendamente dependente da mesma, gerando transformações permanentes, rápidas e intensas no modo de produzir e viver dos seres humanos.

Do ponto de vista da filosofia, técnica e tecnologia podem ser consideradas como inerentes à vida humana em sociedade. Tecnologia pode ser compreendida como saberes decorrentes das técnicas utilizadas pelos seres humanos para ampliar e melhorar a sua sobrevivência, tanto em relação à natureza, quanto nas relações entre si. Hoje em dia, o termo tecnociência expressa a forte relação entre ciência e tecnologia. “A tecnologia tanto produziu teorias científicas que a explicam e sustentam - ciência pura - quanto deriva da ciência pura que produz conhecimentos aplicáveis - ciência aplicada” (LORENZETTI et al., 2012).

Tecnologia pode ser entendida como a antiga técnica com base científica, materializada em uma ampla variedade de produtos, processos e serviços desenvolvidos e disponibilizados na sociedade visando atender necessidades das pessoas. A compreensão de tecnologia envolve “coisas” materiais, tangíveis e “coisas” não materiais, intangíveis. As tecnologias materiais são bem visíveis, tipo, *notebooks, tablets, smart phones*, TVs, tomógrafos, oxímetros, dentre outros. As tecnologias não materiais são pouco visíveis, tipo, processos de trabalho, metodologias organizacionais, competências e etc. (LORENZETTI et al., 2012).

O economista e cientista político Joseph Schumpeter (1883-1950) foi um pioneiro na formulação teórica sobre inovação. Criou o conceito de “destruição criadora” em que a inovação é o motor do desenvolvimento econômico, num processo dinâmico em que as novas tecnologias substituem as antigas. Segundo Schumpeter, as inovações podem ser “radicais” quando engendram rupturas mais intensas e “incrementais” quando continuidade de um processo de mudança. Em 1934, classificou as inovações em cinco tipos: Introdução de novos produtos; Introdução de novos métodos de produção; Abertura de novos mercados; Desenvolvimento de novas fontes provedoras de matérias primas e outros insumos e Criação de novas estruturas de mercado em uma indústria (OCDE/FINEP, 2006).

As tecnologias e as inovações tecnológicas podem ser admitidas como meios de trabalho, elementos mediadores da relação do homem com a natureza e o ambiente social. Assim, são parte do complexo das relações sociais e guardam articulação com intenções e finalidades. Estão incluídas nos espaços de disputas sociais e uma mesma tecnologia ou inovação tecnológica pode ter diferentes tipos de uso (VELOSO, 2011).

A Lei nº 10.973/2004, que trata da inovação no Brasil, define inovação como “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços (BRASIL, 2004). E, a lei nº 11.196/2004, que dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica no Brasil considera a inovação tecnológica como “a concepção de novo produto ou processo de fabricação, bem como a agregação de novas funcionalidades ou características ao produto ou processo, que implique melhorias incrementais e efetivo ganho de qualidade ou produtividade...” (BRASIL, 2005).

A Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE), tendo como referência o mundo das empresas privadas,

considera inovação como a “implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou um processo, ou um novo método de marketing, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas”. A OCDE coloca a inovação num campo mais amplo e as inovações tecnológicas num espectro mais restrito das inovações de produto e processo, denominadas de inovações tecnológicas em produtos e processos (TPP) (OCDE/FINEP, 2006). O IBGE usa esta mesma referência da OCDE na sua Pesquisa de Inovação Tecnológica (IBGE, 2010).

Na trajetória da humanidade, para o bem e para o mal, a informação sempre foi considerada uma necessidade estratégica. A informação está diretamente relacionada a todos os tipos de embates e ao desenvolvimento técnico, científico, tecnológico, econômico e social das sociedades humanas.

A informação permeia grande parte das inovações tecnológicas tendo recebido uma identidade própria, Tecnologia da Informação (TI) e mais recentemente, com a integração entre informática e telecomunicações, a modalidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

As TICs podem ser definidas como

o conjunto de dispositivos, serviços e conhecimentos relacionados a uma determinada infraestrutura, composta por computadores, *softwares*, sistemas de redes etc., os quais teriam a capacidade de produzir, processar e distribuir informações para organizações e sujeitos sociais (VELOSO, 2011, p. 49).

As TICs vêm ganhando uma larga aplicação na saúde e representam um recurso de grande importância para a gestão em saúde.

4.3.1 Novas tecnologias e saúde

A saúde é um território onde novas tecnologias e inovações tecnológicas têm forte concentração de produção e destino. O setor saúde agrega cerca de 25% da despesa mundial em inovação e o maior esforço em pesquisa em conjunto com a área militar e armamentística (GADELHA, 2012).

A saúde e sua correlação com bem estar e qualidade de vida tem recebido, através dos tempos, uma crescente preocupação e valorização pela sociedade humana. Esta tendência está refletida na dedicação, destinação de recursos e investimentos em pesquisas e descobertas e aplicações de novas tecnologias na área.

Mesmo antes da emergência da medicina moderna e da institucionalização da profissão de enfermagem foram desenvolvidas tecnologias de impacto como a quarentena nas epidemias e a reorganização dos hospitais promovida por *Florence Nightingale*. A partir de meados do século XIX os avanços das ciências da saúde promovem um processo permanente de descobertas e aplicações de novas tecnologias, desde a anestesia para a realização de cirurgias, a radiografia, a identificação de agentes patológicos microscópicos, a descoberta e o uso de penicilina, até os robôs cirúrgicos, tecnologias avançadas de apoio diagnóstico e os novos medicamentos dos dias de hoje.

As TICs estão conformado um amplo campo de desenvolvimento e aplicação na área da saúde, onde pode-se destacar três pólos: suporte à gestão em saúde, empoderamento dos usuários e a possibilidade de itinerários terapêuticos integrados e atualizados, com impacto positivo na proteção, prevenção, promoção, recuperação da saúde e maior longevidade e melhor qualidade de vida na convivência com os agravos crônicos. As TICs na saúde já recebem uma ampla identidade de saúde eletrônica, *eHealth*, com sub áreas como, *mHealth (mobile)*, *TeleHealth*, *Telemonitoring*, *ePatient*, *eDoctor*, *HIS (hospital information system)*, *PACS (picture archiving and communication system)* e *EHR (eletronic health record)*.

As TICs na saúde devem ser vistas como ferramentas que podem impulsionar a democratização do acesso e serviços de qualidade em grande escala, desde que, haja um sistema de saúde efetivamente comprometido com as necessidades da população e que a saúde ocupe a prioridade merecida. O que, na visão deste pesquisador, só é possível com um sistema público nacional como o projeto do SUS. As TICs e as inovações e tecnologias em saúde apresentam novas possibilidades e oportunidades de atuação profissional para a enfermagem.

Reflexões sobre a interface da enfermagem com a compreensão e o significado da tecnologia têm sido produzidas e já acumulam um razoável acervo (MENDES et al, 2002; NIETSCHKE, 2000; NIETSCHKE et al, 2005; PAIM et al, 2009; PRADO; PERES; LEITE, 2011). O desafio, na atualidade, é a formulação, construção e implementação de

tecnologias que favoreçam a prática de cuidados seguros e de qualidade para as pessoas.

A informação está na agenda prioritária das políticas de saúde em todo o mundo. Um foco relevante neste campo é a construção de Registros Eletrônicos de Saúde (RES), prontuários eletrônicos individuais e de uso integrado em todos os serviços e acessível aos respectivos usuários. O RES (EHR) é considerado um recurso estratégico para a qualidade e segurança dos cuidados, facilitador chave para a integração dos diversos serviços, empoderamento dos usuários que podem interagir em tempo real com suas necessidades e atendimentos e fator de maior eficiência e produtividade para os sistemas de saúde. Uma questão essencial a ser equacionada é a preservação da confidencialidade e segurança das informações.

4.3.2 PRAXIS: inovação tecnológica de processo

O aplicativo PRAXIS enquadra-se perfeitamente como uma inovação tecnológica de processo. O propósito do PRAXIS é gerar um impacto de melhoria do desempenho das unidades de internação num sentido amplo, ou seja, para a assistência aos usuários e para o trabalho da equipe de enfermagem. Armazena, organiza, processa e disponibiliza informações, muitas em tempo real, para os profissionais e equipes de trabalho, integrando processos que possibilita a melhoria da finalidade das unidades de internação. Para tanto, integra tecnologias materiais e não materiais em um sistema informatizado (*software*), envolvendo a formulação de novas metodologias e a estruturação de saberes em modalidades inovadoras de uso.

Do ponto de vista geral uma grande novidade é a construção e operação de um sistema de informação que procura dar conta dos processos de gestão de uma unidade de internação como um todo, incorporando metodologias e processos antes dispersos e fragmentados.

Os dispositivos materiais envolvidos no *software* são computador, *tablet* e um painel eletrônico (TV 50").

Os dispositivos não materiais mais importantes desenvolvidos e incorporados no *software* são: metodologia de planejamento participativo específico para as unidades de internação; sistema diário de classificação dos pacientes para organização da assistência e subsídio para o dimensionamento da equipe necessária; informação e monitoramento da realização da SAE; informação e monitoramento dos

exames de apoio diagnóstico; informação e monitoramento dos tipos de precaução (isolamento) necessárias para cada quarto da unidade; informatização e visualização eletrônica da escala mensal de trabalho da equipe de enfermagem; informatização e visualização eletrônica das atividades e eventos de educação permanente; informatização da avaliação de desempenho dos membros das equipes de enfermagem; registro e monitoramento dos estoques de materiais e necessidades de manutenção e melhorias do ambiente físico da unidade; introdução da sistemática de registro das ocorrências de eventos adversos com os usuários; introdução da sistemática de coleta do grau de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem recebida e visualização eletrônica atualizada de indicadores de desempenho e grau de satisfação dos usuários com os cuidados recebidos.

A visualização no painel eletrônico de informações instantâneas e relevantes (*dashboard*) do cotidiano da unidade significa a incorporação de uma tecnologia avançada no processo de gestão (TURBAN et al., 2009; TURBAN; VOLONINO, 2013).

A criação e aplicação, pela enfermagem, deste tipo de inovação tecnológica podem beneficiar a atuação profissional e melhorar a visibilidade e valorização da profissão, tão essencial na atenção hospitalar e em outros serviços de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO: QUASE EXPERIMENTAL

O propósito desse projeto é a construção, experimentação e avaliação preliminar de uma Tecnologia para a Gestão de Unidades de Internação, conforme explicitado nos objetivos.

A realização do estudo aconteceu através de dois percursos bem definidos, ou seja, uma trajetória para a construção do sistema ou *software*, que se constitui na tecnologia inovadora em si, e outro, a experimentação da tecnologia em uma realidade concreta, uma unidade de internação de um hospital universitário.

Este desenho metodológico tem na pesquisa quase experimental a melhor identidade, pois, a pesquisa quase-experimental

embora não apresentando distribuição aleatória dos sujeitos nem grupos de controle, são desenvolvidas com bastante rigor metodológico e aproximam-se bastante das pesquisas experimentais” e permite “observar o que ocorre, quando ocorre, a quem ocorre, tornando-se possível, de alguma forma, a análise de relações causa-efeito (GIL, 1999, p. 68).

Os estudos ou pesquisas quase experimentais foram introduzidos para permitir certa flexibilização em relação aos estudos experimentais puros, mas são considerados válidos e bastante utilizados para testar a efetividade de uma intervenção (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

O delineamento quase experimental requer bastante conhecimento prévio sobre a temática, não há alocação aleatória dos participantes e o pesquisador intervém na característica que está sendo investigada (CARNEIRO, 2002).

O método quase experimental foi descrito e popularizado pelos pesquisadores norte americanos Campbell e Stanley, a partir de um livro publicado em 1963 (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2002).

No caso específico deste projeto o delineamento quase experimental está bem caracterizado devido ao fato de que a experimentação da tecnologia foi com um grupo de participantes, profissionais de enfermagem de uma unidade de internação, por escolha intencional, não aleatória, onde o grupo estava esclarecido sobre as

justificativas e objetivos do projeto e se colocou disponível para a sua aplicação.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo é uma unidade de internação de clínica médica para adultos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Inaugurado em 1980 o HU/UFSC atende exclusivamente aos usuários do SUS, com foco na média e alta complexidade e tem a missão de ser centro de ensino e pesquisa na área da saúde. É um hospital geral de grande porte, possuindo, atualmente, 208 leitos.

O HU/UFSC participa do projeto Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), do Ministério da Educação, que objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os 46 hospitais universitários de sua rede. A utilização do AGHU vai proporcionar que os hospitais aprimorem seus processos de atendimento, estendendo aos pacientes de todo o país inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele relacionados. Além disso, com o AGHU o MEC passará a dispor de indicadores padronizados entre todos os integrantes da rede, o que facilitará a implantação de melhorias e a divulgação transparente de dados para o público. Para desenvolver este trabalho, o MEC utiliza como base o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A tecnologia PRAXIS, objeto desta pesquisa, tem correlação com esta iniciativa AGHU e se propõe ser um produto a ser disponibilizado para os hospitais universitários, dentre outros.

A unidade de internação onde o PRAXIS foi aplicado de forma experimental é uma Clínica Médica do HU/UFSC. Esta unidade de clínica médica conta com 12 quartos, totalizando 25 leitos. Os leitos estão distribuídos de maneira diferente entre os quartos: seis quartos com dois leitos, três quartos com quatro leitos e um quarto com um leito, sendo este, geralmente, um quarto de Isolamento de Contato. Os leitos são divididos por especialidade médica, sendo nove para Oncohematologia, seis para Clínica Médica Geral, cinco para Neurologia, quatro para Cardiologia e um para Endocrinologia.

A estrutura física da unidade conta, ainda, com uma sala para realização de curativos e procedimentos, uma sala para preparação de

medicação, uma sala para passagem de plantão, uma rouparia, um expurgo, dois banheiros (um para uso de funcionários e outro para visitantes e acompanhantes), uma sala de almoxarifado, um posto de enfermagem, uma sala de repouso da enfermagem e uma copa.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por trinta e três funcionários, sendo uma enfermeira chefe, sete enfermeiras assistenciais, vinte e quatro técnicos e auxiliares de enfermagem, um auxiliar de saúde e ainda, dois bolsistas responsáveis por atividades de escrituração.

O trabalho na unidade está organizado em cinco sub equipes, turno matutino (07:00 - 13:00 horas), turno vespertino (13:00 - 19:00 horas), noturnos um, dois e três (19:00 - 07:00 horas). Nos finais de semana e feriados o regime diurno é de 12 horas (07:00 - 19:00 horas). Cada equipe atua com a seguinte composição: matutino, duas enfermeiras e cinco técnicos ou auxiliares de enfermagem; vespertino, uma enfermeira e quatro técnicos ou auxiliares de enfermagem; noturnos, uma enfermeira e três técnicos ou auxiliares de enfermagem. A enfermeira chefe faz turnos variados e os bolsistas da escrituração fazem um pela manhã com quatro horas e um a tarde com a mesma jornada.

A equipe multiprofissional é composta por profissionais da medicina, serviço social, nutrição, odontologia, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia.

5.3 DESENVOLVIMENTO DO *SOFTWARE* PRAXIS

O percurso para construção do sistema de gestão de unidades de internação PRAXIS envolveu o trabalho de uma equipe técnica por um período de 18 meses, outubro de 2011 a março de 2013. A equipe técnica contou com a participação de um analista de sistemas, escolhido pelo pesquisador, dois programadores e uma bolsista. Os programadores e a bolsista foram cedidos pelo HU/UFSC.

O desenvolvimento do PRAXIS usou como referência a Norma NBR ISO/IEC 12207, Tecnologia da Informação – Processos de Ciclo de Vida de *Software* tendo como princípio básico as fases mostradas na Figura 2 e definidas a seguir:

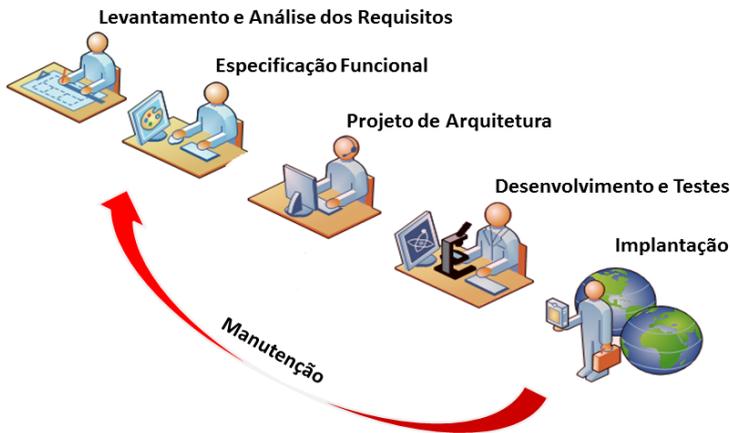


Figura 2 – Fases de desenvolvimento de *software*.
 Fonte: GIAMATTEY, 2013.

Levantamento e Análise de Requisitos – Primeira fase do processo de desenvolvimento do *software*. Nesta fase foram feitas as reuniões da equipe técnica do PRAXIS para que se tivesse a visão e o aprendizado sobre os processos que seriam automatizados e as funcionalidades que deveriam constar do *software* a ser desenvolvido.

Especificação Funcional – Fase onde foi produzido um completo detalhamento dos conteúdos e da funcionalidade do *software*. Através de reuniões foram realizadas a validação do levantamento e a análise dos requisitos que orientariam as próximas fases do processo de desenvolvimento do *software* (Apêndice A).

Projeto de Arquitetura – Fase onde foram definidas as propriedades de arquitetura, considerando o ambiente e modelo operacional, a modelagem e o banco de dados, a linguagem de programação, as interfaces com outros *softwares*, os recursos de *hardware* e os recursos de conectividade.

Desenvolvimento e Testes – Fase de transformação das especificações funcionais detalhadas pelo projeto de arquitetura em código. A fase de testes foi a parte do processo de desenvolvimento do *software* voltada para a avaliação da qualidade da aplicação. Teve como atributos a avaliação da funcionalidade, confiabilidade, usabilidade, eficiência, manutenibilidade e da portabilidade do *software*.

Implantação – Fase que correspondeu textualmente à passagem

do *software* para a produção. Após a conclusão das fases anteriores, da capacitação dos usuários, revisão e conclusão da documentação, o *software* desenvolvido é considerado pronto para ser utilizado.

Manutenção – Fase de melhoria e otimização do *software*. Envolve, além de reparos de eventuais inconsistências do processo de desenvolvimento não identificadas na fase de testes, a automação de novas funcionalidades, rotinas e processos, resultando em novas versões do *software*.

O processo de desenvolvimento do PRAXIS, após a composição da equipe técnica, iniciou com reuniões para o pesquisador expor o projeto e a organização do trabalho para a realização das fases acima identificadas. Definiu-se uma dinâmica em que as partes ou módulos do PRAXIS seriam descritas na forma detalhada de requerimentos de informática, pelo analista de sistemas, para que os programadores realizassem o processo de desenvolvimento. Para tanto, o pesquisador preparou um sumário descritivo das necessidades do PRAXIS (APÊNDICE B). A produção parcial foi sendo avaliada e testada pelo analista de sistemas em conjunto com o pesquisador. Definições, ajustes e alterações foram encaminhadas em reuniões do conjunto da equipe.

O software foi desenvolvido para ambiente web podendo ser utilizado através dos navegadores *Internet Explorer*, *Mozilla Firefox* e *Google Chrome* em *desktops*, *notebooks* e *tablets*. A plataforma operacional, baseada em ferramentas livres, é composta pelo sistema operacional *Linux Debian*, gerenciador de aplicativo *Tomcat*, gerenciador de banco de dados *PostgreSQL*, linguagem de programação JAVA com utilização do *framework Jaguar* e serviços de controle de autenticação e autorização JAAS (*Java Authentication and Authorization Service*). Os recursos de *hardware* onde o *software* está instalado fazem parte da infraestrutura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

O PRAXIS desenvolvido é uma versão inicial (1.0), estando previstas novas versões e adaptações para a realidade de cada hospital a ser aplicado. O detalhamento do aplicativo PRAXIS está contemplado nos resultados, especificamente, no primeiro artigo.

5.4 EXPERIMENTAÇÃO DO SOFTWARE PRAXIS

A aplicação experimental do sistema PRAXIS foi realizada de acordo com o seguinte processo:

1. Obtenção do consentimento e apoio da instância diretiva da enfermagem e do hospital para o projeto.
2. Escolha da unidade de internação para a aplicação.
3. Aprovação do projeto no comitê de ética da instituição.
4. Informação, sensibilização e consentimento da equipe de enfermagem da unidade de internação escolhida para envolvimento na realização da experiência.
5. Preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos participantes da unidade de internação.
6. Realização de oficinas de grupos de discussão com a equipe da unidade de internação para elaboração do Planejamento Participativo da Unidade (PPU) e capacitação sobre o sistema como um todo.
7. Lançamento das informações da unidade no sistema PRAXIS.
8. Implantação e funcionamento do *software* na unidade.
9. Realização de ajustes necessários durante o processo de implantação.
10. Avaliação preliminar do *software*

5.5 AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO *SOFTWARE* PRAXIS

A avaliação preliminar da Tecnologia de Gestão de Unidades de Internação envolveu as seguintes iniciativas:

Avaliação pela equipe da unidade de internação onde o sistema está implantado e funcionando, mediante preenchimento de formulário próprio (Apêndice C)

Produção de parecer por uma Comissão Externa de Avaliação (CEA), constituído por três (3) enfermeiras que possuem formação e experiência em gestão em enfermagem, sendo dois (2) do hospital do local da experimentação e um (1) de hospital da região geográfica próxima. Este Comitê recebeu um conhecimento prévio do PRAXIS e um roteiro de pontos indicativos para a avaliação (Apêndice D). Este roteiro foi validado pela análise crítica de uma enfermeira gestora de divisão do HU/UFSC. Ao final, a Comissão Externa de Avaliação forneceu ao pesquisador um Parecer de Avaliação do PRAXIS. Neste processo, foi priorizada uma avaliação concentrada nos usuários do PRAXIS, a ótica da profissão de enfermagem, sem abranger uma metodologia e *experts* em avaliação da qualidade tecnológica do *software* PRAXIS.

5.6 REGISTRO DO PRAXIS

O Departamento de Inovação Tecnológica da UFSC (DIT/UFSC) recomendou o registro e futuro licenciamento do *software* deste projeto. Enquanto o *software* não estivesse concluído e o processo de registro encaminhado o DIT aconselhou que as atividades públicas fossem realizadas sob sigilo, com os presentes assinando um termo de confidencialidade. Esta medida foi realizada no momento da qualificação do projeto em novembro de 2011.

Com o apoio do DIT/UFSC toda a documentação necessária para registro do PRAXIS foi providenciada e no dia 01 de novembro de 2012 o Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) aceitou o pedido de registro com o protocolo nº 017120001370 (ANEXO A).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta deste estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e teve sua aprovação confirmada pelo Certificado nº 2401 (ANEXO B).

Durante todo o processo de pesquisa foram obedecidos os preceitos contidos na Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os estabelecidos na Portaria MS nº 2.048/2009, que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Adotaram-se os seguintes compromissos: a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos envolvidos e das instituições (APÊNDICE E); ponderação de/sobre riscos e benefícios; previsão de procedimentos que assegurem a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem; o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com o projeto para as pessoas envolvidas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Instrução normativa do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC determina que os resultados nas teses de doutorado sejam apresentados no formato de artigos. Em atendimento a este dispositivo os resultados deste trabalho foram estruturados nos seguintes artigos:

Artigo 01: “PRAXIS”: TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES.

Artigo 02: TECNOLOGIA “PRAXIS”: PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES.

Artigo 03: TECNOLOGIA “PRAXIS”: GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DE PESSOAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES.

6.1 ARTIGO 1 – “PRAXIS”: TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

“PRAXIS”: TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

Jorge Lorenzetti
Francine Lima Gelbcke

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar o processo de desenvolvimento da tecnologia denominada de PRAXIS, para a gestão de unidades de internação hospitalares, bem como a avaliação da sua experimentação. O Brasil possui cerca de 15 mil unidades de internação nos seus hospitais. E, em 2012, ocorreram mais de 18,5 milhões de internações hospitalares no Brasil. Inexiste um software que faça o suporte da gestão para estes importantes espaços assistenciais de saúde. O Aplicativo PRAXIS integra processos assistenciais e administrativos das unidades de internação e fundamenta-se na gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica. Tem como finalidade favorecer uma assistência de enfermagem segura e de qualidade aos

usuários e facilitar o trabalho dos profissionais de enfermagem. O sistema foi desenvolvido em parceria com o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, está em funcionamento em uma unidade clínica do referido hospital e adotou-se a abordagem metodológica quase experimental. O *software* foi registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). Descrevem-se os componentes estruturais do PRAXIS: Planejamento Participativo da Unidade (PPU), Sistema Diário de Classificação dos Pacientes (SDCP), Gestão de Pessoas da Equipe de Enfermagem (GPEN), Gestão de Materiais (GMAT) e Gestão da Qualidade (GQUALI). As informações relevantes destes módulos do *software* são organizadas e disponibilizadas de forma atualizada no painel eletrônico da unidade (TV de 50") para visibilidade e comunicação aos membros da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, usuários, acompanhantes, familiares e visitantes. O sistema PRAXIS foi avaliado por experts e equipe de enfermagem, que concluíram que o mesmo é positivo para a melhoria da gestão e qualidade da assistência. A expectativa é que a multiplicação do uso da tecnologia e o seu aperfeiçoamento gerem uma massa crítica capaz de significar uma melhoria substantiva no desempenho das unidades de internação que possa ser caracterizada como um novo padrão, num processo e esforço coletivo de longo prazo.

INTRODUÇÃO

A demanda por serviços adequados de saúde está na agenda contemporânea das comunidades e países e a estratégia de acesso universal evidencia-se como uma prioridade internacional (WHO, 2010). O atendimento dos anseios da sociedade por serviços de saúde universais, seguros e de qualidade e a disponibilidade permanente de novas tecnologias alimentam custos crescentes no setor e exigem práticas de gestão inovadoras e apropriadas. A formação de redes e a integração dos serviços afirmam-se como uma necessidade, mesmo nos países com opção política por sistemas privados de saúde. Desta forma, as questões do financiamento e da gestão em saúde se destacam como grandes desafios para a área da saúde em geral.

Tradicionalmente, a gestão em saúde esteve focada na organização institucional para que os profissionais de saúde, em especial os médicos, pudessem exercer o trabalho assistencial com grande autonomia (MINTZBERG, 2006). Na atualidade, no contexto de um

movimento por eficácia, qualidade e eficiência na saúde, a gestão tem ampliado de forma significativa a sua abrangência de atuação, institucionalizando a integração dos diversos serviços e seus respectivos processos assistenciais (BOHMER, 2012). Nesta perspectiva, o sistema de saúde é responsável pelo padrão de atenção disponibilizada à população e as diversas organizações de saúde são responsáveis pela eficácia, qualidade e eficiência dos serviços que estão na missão das mesmas. Esta mudança traz grandes implicações, porque os processos assistenciais deixam de ser da autonomia absoluta dos profissionais de saúde e passam a ser finalidade institucional, materializados em padrões e protocolos esperados, em permanente desenvolvimento e atualização (TOUSSAINT; GERARD, 2012).

A atuação da enfermagem no desempenho dos serviços de saúde é de grande relevância, estando, em geral, ao seu encargo, a organização, manutenção e coordenação das operações de funcionamento dos diversos ambientes terapêuticos. Exerce a articulação do trabalho dos diversos profissionais de saúde e tem forte responsabilidade na disponibilização dos materiais assistenciais necessários. Realiza o acolhimento dos usuários no acesso aos serviços de saúde e acompanha e assiste os mesmos nos seus itinerários terapêuticos, tendo assim, substantivo papel em todas as ações de proteção, prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

As unidades de internação são os locais onde se produz os serviços necessários às pessoas portadoras de necessidades de saúde que exigem internação hospitalar. Portanto, são *locus* relevantes no resultado do atendimento de saúde à população. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Brasil possuía, em julho de 2013, 502.476 (quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e seis) leitos (BRASIL, 2013). Desta forma, pode-se estimar a existência de mais de 15 mil unidades de internação. E, em 2012, ocorreram mais de 18,5 milhões de internações hospitalares no Brasil (ANS, 2013; BRASIL, 2013). A coordenação/direção/chefia de unidades de internação são exercidas por enfermeiras².

Observa-se que o trabalho da enfermagem nas unidades de internação ainda está baseado, predominantemente, na divisão técnica e parcelar do trabalho, com ausência ou pouco planejamento global, coordenação do conjunto, avaliação dos resultados, além da baixa comunicação e participação coletiva (PIRES, 2008). Há uma efetiva

² Para referir-se aos enfermeiros e enfermeiras será utilizado sempre o feminino, em consideração à ampla maioria de mulheres na composição desta força de trabalho, sem com isto, ignorar a contribuição de ambos os gêneros para a profissão.

carência de uma tecnologia voltada para a gestão de unidades de internação, que contribua para enfrentar esta situação, aplicando práticas gerenciais que ampliem a resolutividade, promovam processos participativos e a humanização, que integrem responsabilização e incentivo ao cuidado integral e interdisciplinar e a inclusão do usuário como cidadão/família/comunidade protagonista no processo de recuperação da saúde, gerando impacto positivo na qualidade da assistência.

Ressalte-se ainda, a quase ausência de estudos e pesquisas que abordem a gestão das unidades de internação no seu todo, ou seja, enquanto uma unidade assistencial identificada como o espaço privilegiado do cuidado direto e da realização de grande parte da finalidade de uma instituição hospitalar. No Brasil, um estudo com o objetivo de melhoria da qualidade do trabalho de enfermagem em unidades de internação identificou os seguintes “focos de atenção”: prática da enfermeira distante do paciente, dificuldade na especialização e individualização da assistência, dificuldade na manutenção de clima motivacional e dificuldades em manter a dinâmica de produção e resultados. E, as ações implementadas como “focos de ação” foram: reestruturação organizacional do Serviço de Enfermagem, revisão dos processos de trabalho, capacitação técnico-científica dos profissionais, formação de grupos de estudo, divisão das unidades por especialidades médicas, revisão da divisão do trabalho, revisão dos treinamentos admissionais, utilização de grupos focais para avaliação do trabalho e produção de planos estratégicos por unidade. O referido estudo recomendou a realização de programas de capacitação em gerenciamento e informação e a revisão do papel da enfermeira coordenadora, entre outras (SIQUEIRA, 2004).

Na Inglaterra, referência mundial em serviços de saúde, desde a criação do *National Health Service* (NHS) em 1948, as unidades de internação tem se constituído em motivo de preocupação e alvo de iniciativas relevantes nos últimos anos. O NHS, em 2007, lançou um programa nacional com foco nas unidades de internação denominado “*The Productive Ward*”, que visa apoiar as enfermeiras a promover mudanças nos processos de trabalho e ambiente físico das unidades de internação com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e elevar o nível de segurança para pacientes e trabalhadores. Os benefícios demonstrados no programa são: melhor satisfação da equipe; melhor experiência para os pacientes; redução de eventos adversos; redução de reinternações; redução do tempo de internação; redução das doenças e

absenteísmo da equipe e redução dos estoques de produtos de uso na assistência. Dentre os impactos medidos com o desenvolvimento do programa evidenciou-se o aumento de 41,6% no tempo dedicado aos cuidados diretos aos pacientes, desde o seu lançamento até o final de 2010 (ENGLAND, 2011).

A grande responsabilidade da enfermagem no conjunto do trabalho desenvolvido nas unidades de internação, a relevância desses espaços no atendimento de saúde à população e a ausência de um padrão apropriado de gestão para estas unidades assistenciais motivaram a decisão da construção de uma tecnologia de gestão para unidades de internação.

Trata-se de uma proposta integrada e informatizada de gestão de unidades de internação que possibilite avanços através da utilização de um instrumento inovador e participativo de gestão. A construção dessa proposta pode ser entendida como uma moeda de duas faces, incluindo forma e conteúdo. Um esforço de união entre teoria e prática, compreendendo a produção de um aplicativo ou *software* para gestão de unidades de internação denominado “PRAXIS”. O nome PRAXIS expressa a ambição deste projeto, ou seja, a partir de uma reflexão sobre a prática de gestão nas unidades de internação construir e aplicar uma tecnologia de gestão que busca transformar, positivamente, a prática vigente. Pretende estabelecer um padrão de gestão de unidades de internação com foco em uma assistência de enfermagem com abordagem integral, humanizada e de qualidade. E, trata-se de uma ferramenta a ser manejada sob a coordenação das enfermeiras responsáveis pela direção das unidades de internação. O termo PRAXIS passa a ser usado para identificar o sistema informatizado de gestão para unidades de internação.

O objetivo do presente artigo é apresentar o processo de construção e os componentes que integram a tecnologia PRAXIS desenvolvida para a gestão de unidades de internação, bem como a avaliação preliminar da sua experimentação.

METODOLOGIA

A tecnologia PRAXIS foi desenvolvida em dois grandes percursos, o primeiro de construção da tecnologia e o segundo de experimentação da tecnologia em uma realidade concreta de uma unidade de internação em um hospital universitário. Para o processo completo destes percursos foi utilizada a concepção metodológica de pesquisa quase experimental.

Desenvolvimento do Software PRAXIS

A tecnologia PRAXIS foi desenvolvida em colaboração com o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O HU/UFSC participa do projeto Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), do Ministério da Educação, que objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os 46 hospitais universitários de sua rede. A utilização do AGHU vai proporcionar que os hospitais aprimorem seus processos de atendimento, estendendo aos pacientes de todo o país inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele relacionados. Além disso, com o AGHU o MEC passará a dispor de indicadores padronizados entre todos os integrantes da rede, o que facilitará a implantação de melhorias e a divulgação transparente de dados para o público. Para desenvolver este trabalho, o MEC utiliza como base o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O PRAXIS tem correlação com esta iniciativa AGHU e se propõe ser um produto a ser disponibilizado para os hospitais universitários, dentre outros.

O percurso para construção do sistema de gestão de unidades de internação PRAXIS envolveu o trabalho de uma equipe técnica por um período de 18 meses, outubro de 2011 a março de 2013. A equipe técnica contou com a participação de um analista de sistemas, escolhido pelo pesquisador, dois programadores e uma bolsista. Os programadores e a bolsista foram cedidos pelo HU/UFSC.

O desenvolvimento do PRAXIS usou como referência a Norma NBR ISO/IEC 12207, Tecnologia da Informação – Processos de Ciclo de Vida de Software tendo como princípio básico as fases mostradas na Figura 1 e definidas a seguir:

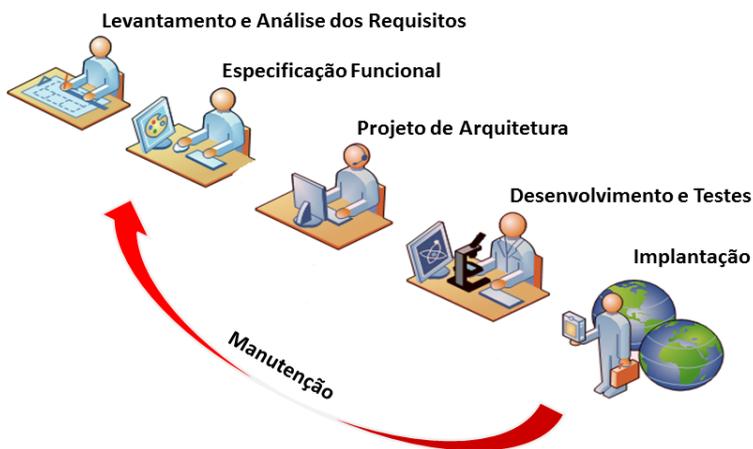


Figura 1 – Fases de desenvolvimento do PRAXIS
 Fonte: GIAMATTEY, 2013.

Levantamento e Análise de Requisitos – Primeira fase do processo de desenvolvimento de *software*. Nesta fase foram feitas as reuniões da equipe técnica do PRAXIS para que se tivesse a visão e o aprendizado sobre os processos que seriam automatizados e as funcionalidades que deveriam constar do *software* a ser desenvolvido.

Especificação Funcional – Fase onde foi produzido um completo detalhamento dos conteúdos e da funcionalidade do *software*. Através de reuniões foram realizadas a validação do levantamento e a análise dos requisitos que orientariam as próximas fases do processo de desenvolvimento do *software*.

Projeto de Arquitetura – Fase onde foram definidas as propriedades de arquitetura, considerando o ambiente e modelo operacional, a modelagem e o banco de dados, a linguagem de programação, as interfaces com outros *softwares*, os recursos de *hardware* e os recursos de conectividade.

Desenvolvimento e Testes – Fase de transformação das especificações funcionais detalhadas pelo projeto de arquitetura em código. A fase de testes foi a parte do processo de desenvolvimento de *software* voltada para a avaliação da qualidade da aplicação. Teve como atributos a avaliação da funcionalidade, confiabilidade, usabilidade, eficiência, manutenibilidade e da portabilidade do *software*.

Implantação – Fase que correspondeu textualmente à passagem do software para a produção. Após a conclusão das fases anteriores, da capacitação dos usuários, revisão e conclusão da documentação, o *software* desenvolvido é considerado pronto para ser utilizado.

Manutenção – Fase de melhoria e otimização do *software*. Envolve, além de reparos de eventuais inconsistências do processo de desenvolvimento não identificadas na fase de testes, a automação de novas funcionalidades, rotinas e processos, resultando em novas versões do *software*.

O processo de desenvolvimento do PRAXIS, após a composição da equipe técnica, iniciou com reuniões para o pesquisador expor o projeto e a organização do trabalho para a realização das fases acima identificadas. Definiu-se uma dinâmica em que as partes ou módulos do PRAXIS seriam descritas na forma detalhada de requerimentos de informática, pelo analista de sistemas, para que os programadores realizassem o processo de desenvolvimento. Para tanto, o pesquisador preparou um sumário descritivo das necessidades do PRAXIS. A produção parcial foi sendo avaliada e testada pelo analista de sistemas em conjunto com o pesquisador. Definições, ajustes e alterações foram encaminhados em reuniões do conjunto da equipe. O *software* foi desenvolvido para ambiente web podendo ser utilizado através dos navegadores *Internet Explorer*, *Mozilla Firefox* e *Google Chrome* em *desktops*, *notebooks* e *tablets*. A plataforma operacional, baseada em ferramentas livres, é composta pelo sistema operacional *Linux Debian*, gerenciador de aplicativo *Tomcat*, gerenciador de banco de dados *PostgreSQL*, linguagem de programação JAVA com utilização do framework *Jaguar* e serviços de controle de autenticação e autorização *JAAS (Java Authentication and Authorization Service)*. Os recursos de *hardware* onde o *software* está instalado fazem parte da infraestrutura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

O PRAXIS desenvolvido é uma versão inicial (1.0), estando previstas novas versões e adaptações para outras realidades em que o mesmo possa ser aplicado.

Registro do PRAXIS

O Departamento de Inovação Tecnológica da UFSC (DIT/UFSC) recomendou o registro e futuro licenciamento do *software* PRAXIS. Com o apoio do DIT/UFSC toda a documentação necessária para registro do PRAXIS foi providenciada e no dia 01 de novembro de 2012

o Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) aceitou o pedido de registro com o protocolo nº 017120001370 (ANEXO A).

Experimentação do *Software* PRAXIS

O aplicativo PRAXIS foi experimentado em uma unidade de internação de clínica médica do HU/UFSC e está em operação na mesma desde janeiro de 2013.

Avaliação Preliminar do *software* PRAXIS

A avaliação da Tecnologia de Gestão de Unidades de Internação envolveu as seguintes iniciativas: a) Apreciação do aplicativo pela equipe da unidade de internação onde o sistema está implantado e funcionando, mediante preenchimento de formulário próprio; b) Produção de parecer por uma Comissão Externa de Avaliação (CEA), constituído por três (3) enfermeiros que possuem formação e experiência em gestão em enfermagem, sendo dois (2) do hospital do local da experimentação e um (1) de hospital da região geográfica próxima. Este Comitê recebeu uma orientação prévia acerca dos componentes do PRAXIS e seu funcionamento e um roteiro de pontos indicativos para a avaliação. Este roteiro foi validado pela análise crítica de uma enfermeira gestora de divisão do HU/UFSC.

Aspectos Éticos

A proposta deste estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e teve sua aprovação confirmada pelo Certificado nº 2401.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui sistematizados dizem respeito ao conjunto dos componentes do PRAXIS, seus fundamentos orientadores, suas metodologias estruturadas, funcionalidades e processos informatizados. E, uma síntese da avaliação preliminar da tecnologia realizada pela Comissão Externa de Avaliação (CEA) e pela equipe da unidade de internação em que o sistema está em operação.

Princípios Orientadores do PRAXIS

O PRAXIS foi concebido tendo como referência três princípios orientadores relevantes e articulados entre si: gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica.

A gestão participativa (GP) é reconhecida como a melhor opção

para a administração em saúde, porém, observa-se que esta orientação tem grande aceitação teórica, mas ainda, uma baixa aplicação sistemática na área da saúde, em especial, nos hospitais.

No Brasil, o SUS adotou a GP como diretriz geral e o Ministério da Saúde (MS) possui uma Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e uma Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) (BRASIL, 2007). A GP é também um dos eixos centrais da Política Nacional de Humanização no SUS (HumanizaSUS) (BRASIL, 2010).

O planejamento participativo, a liderança democrática e o trabalho em equipe são recursos que viabilizam a GP e a tecnologia PRAXIS prevê o uso e desenvolvimento destes processos na gestão de unidades de internação.

A melhoria contínua do desempenho constitui-se em um conceito criado há mais de 80 anos e continua sendo uma referência de gestão, configurando-se como uma metodologia amplamente utilizada para a análise e solução de problemas nas organizações. Trata-se do ciclo PDCA, sigla do inglês *Plan, Do, Check e Act*. (CARVALHO; PALADINI, 2012). Possibilita uma sistemática de melhoria contínua do desempenho através do uso permanente do planejar, implementar, verificar os resultados, promover ajustes, correções e replanejamento, retomando sempre o ciclo *num continuum*.

O sistema PRAXIS adota esta metodologia PDCA na busca de uma melhoria contínua do desempenho e performance das unidades de internação. O PDCA no PRAXIS está concebido como uma integração de processos assistenciais e administrativos, onde o Planejamento Participativo conforma-se como uma verdadeira âncora de todo o sistema de gestão.

A saúde e sua correlação com bem estar e qualidade de vida tem recebido, através dos tempos, uma crescente preocupação e valorização pela sociedade humana. Esta tendência está refletida na destinação de recursos e investimentos em pesquisas e descobertas, assim como, de aplicações de novas tecnologias na área.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), tendo como referência o mundo das empresas privadas, considera inovação como a “implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou um processo, ou um novo método de marketing, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas” (OCDE/FINEP, 2005). A OCDE

coloca a inovação num campo mais amplo e as inovações tecnológicas num espectro mais restrito das inovações de produto e processo, denominadas de inovações tecnológicas em produtos e processos (TPP).

O aplicativo PRAXIS enquadra-se perfeitamente como uma inovação tecnológica de processo. O propósito do PRAXIS é gerar um impacto de melhoria do desempenho das unidades de internação num sentido amplo, ou seja, para a assistência aos usuários e para o trabalho da equipe de enfermagem. Armazena, organiza, processa e disponibiliza informações, muitas em tempo real, para os profissionais e equipes de trabalho, integrando processos que possibilitam atingir a finalidade das unidades de internação em um patamar superior de qualidade. Para tanto, combina tecnologias materiais e não materiais em um sistema informatizado (*software*), envolvendo a formulação de novas metodologias e a estruturação de saberes em modalidades inovadoras de uso.

Do ponto de vista geral, uma grande novidade é a construção e operação de um sistema de informação que procura dar conta dos processos de gestão de uma unidade de internação como um todo, incorporando metodologias e processos antes dispersos e fragmentados. Os dispositivos materiais envolvidos no *software* são computador, *tablet* e um painel eletrônico (TV 50"). Os dispositivos não materiais mais importantes desenvolvidos e incorporados no *software* são: metodologia de planejamento participativo específico para as unidades de internação; sistema diário de classificação dos pacientes para organização da assistência e subsídio para o dimensionamento da equipe necessária; informação e monitoramento da realização da SAE; informação e monitoramento dos exames de apoio diagnóstico; informação e monitoramento dos tipos de precauções (isolamento) necessárias para cada quarto da unidade. E, também incorpora a informatização e visualização eletrônica da escala mensal de trabalho da equipe de enfermagem; informatização e visualização eletrônica das atividades e eventos de educação permanente; informatização da avaliação de desempenho dos membros das equipes de enfermagem; registro e monitoramento dos estoques de materiais e necessidades de manutenção e melhorias do ambiente físico da unidade. Abrange ainda, a sistemática de registro das ocorrências de eventos adversos com os usuários; sistemática de coleta do grau de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem recebida e visualização eletrônica atualizada de indicadores de desempenho e grau de satisfação dos usuários com os cuidados recebidos.

A visualização em painel eletrônico de informações instantâneas

e relevantes (*dashboard*) do cotidiano da unidade significa a incorporação de uma tecnologia avançada nos processo de gestão (TURBAN et al., 2009).

Estrutura do PRAXIS: PPU, SDPC, GPEN, GMAT, GQUALI

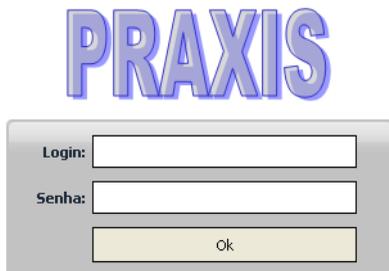


Figura 2 – Tela de Acesso

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.



Figura 3 – Tela de Seleção da Instituição

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.



Figura 4 – Tela Inicial

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

PPU: planejamento participativo da unidade

O planejamento é uma diretriz ou guia de orientação que visa o alcance de determinado propósito (missão) e compreende uma ordenação de atividades planejadas e emergentes desenvolvidas ao longo do tempo. No planejamento participativo o grupo responsável pela execução é também responsável pela elaboração, gestão e avaliação do planejamento.

Em um planejamento é importante considerar o ambiente institucional e geral, evitando ênfase em focos que a equipe possui pouca ou nenhuma governabilidade. Outro aspecto relevante é considerar o planejamento uma diretriz ou guia da ação cotidiana, que envolve flexibilidade efetiva para incorporar novas questões emergentes durante a execução. Daí, a importância do monitoramento e avaliações parciais para que o plano seja, realmente, a referência, que aglutina a equipe.

O PPU pretende ser uma ferramenta que ajuda a evitar o abandono dos planejamentos, tão comum em nosso meio. Busca ainda, colocar em prática uma importante recomendação da Política Nacional de Humanização que é a gestão democrática em saúde (BRASIL, 2010).

O sistema PRAXIS adota uma metodologia de planejamento participativo adaptada e organizada pelo autor. Neste sentido o PRAXIS maneja o PPU sempre em seis (6) campos articulados entre si: Missão e Princípios Orientadores, Necessidades ou Problemas, Resultados Esperados, Objetivos, Plano de Atividades e Resultados Alcançados. Com base nestes campos foi desenvolvido o PPU da unidade de internação no qual o PRAXIS está alocado.



Figura 5 – Tela do PPU
Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

SDCP: sistema diário de classificação dos pacientes

O SDCP é um sistema que possibilita a identificação e classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidados que expressam os esforços necessários de atendimento de enfermagem. Consiste em um recurso valioso para a gestão da assistência por disponibilizar, permanentemente, um quadro da estimativa de necessidades de cuidados de enfermagem para cada paciente e por constituir-se em indicador básico para o planejamento e provimento dos profissionais de enfermagem necessários para uma adequada assistência de enfermagem na unidade (FUGULIN; GAIZINSKI, 2011).

No sistema PRAXIS, para formulação e aplicação do SDCP, adotou-se o estabelecido pela resolução do Cofen com as adaptações e o instrumento de classificação validado por Fugulin (2002, 2005).

O SDCP classifica os pacientes em cinco (5) categorias de cuidados, de acordo com a complexidade assistencial dos pacientes. Para classificar os pacientes a enfermeira responsável aplica o instrumento de classificação com o uso de um *tablet*, a beira do leito, ou de computador de mesa, que atribui pontos para cada um dos aspectos de necessidade de cuidado. O PRAXIS faz a somatória dos pontos e pelo *score* lança os pacientes em cada uma das cinco categorias, diretamente no painel eletrônico (TV 50") no posto de enfermagem.

As cinco categorias são identificadas por cores: vermelho para cuidados intensivos e semi intensivos, amarelo para alta dependência, azul para intermediários e verde para cuidados mínimos.

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares
Hospital: Hospital Universitário Professor Edson de Sá, Itajaí
Unidade: Unidade Clínica Nódulo 2

PPU SDCP GPEN GMAF QUALI Categoria de Cuidado Panel Eletrônico Panel Escala Mensal SIF

Instrumento de Classificação de Pacientes

Quarto: 324 Letto: A Pronto-atendimento: 459205 Paciente: LOURDES GLORIA SO-METT RAUQUE

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciência <input type="checkbox"/>	Períodos de inconsciência <input type="checkbox"/>	Períodos de desorientação no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>	Orientação no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador e pressão ou a volume) <input type="checkbox"/>	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio <input type="checkbox"/>	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio <input type="checkbox"/>	Não depende de oxigênio <input type="checkbox"/>
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 4 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 6 horas <input type="checkbox"/>	Controle de rotina <input type="checkbox"/>
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Limitação de movimento <input type="checkbox"/>	Movimenta todos os segmentos corporais <input type="checkbox"/>
Desambulação	Restrito ao leito <input type="checkbox"/>	Locomoção através de cateter de rodar <input type="checkbox"/>	Necessidade de auxílio para desambular <input type="checkbox"/>	Autônomo <input type="checkbox"/>
Alimentação	Através de cateter central <input type="checkbox"/>	Através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Por boca com auxílio <input type="checkbox"/>	Autossuficiente <input type="checkbox"/>
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral <input type="checkbox"/>	Autossuficiente <input type="checkbox"/>
Eliminação	Encenação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese <input type="checkbox"/>	Uso de comadre ou eliminação no leito <input type="checkbox"/>	Uso de vaso sanitário com auxílio <input type="checkbox"/>	Autossuficiente <input type="checkbox"/>
Terapêutica	Uso de drogas vasopressoras para manutenção do P.A. <input type="checkbox"/>	E.H. contínua ou através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	E.H. intermitente <input type="checkbox"/>	I.H. ou V.O. <input type="checkbox"/>

CATEGORIA DE CUIDADO D

Fonte: Instrumento de Classificação de Pacientes de Pugglin et al. (2002, 2005)

Praxi - Versão 1.0 Hora login: 13:22 Tempo sessão: 30:00 Seta bem-estar, Jorge

Figura 6 – Tela do Instrumento de Classificação de Pacientes

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

GPEN: gestão da equipe de enfermagem

O módulo GPEN do PRAXIS está focado na facilitação da elaboração e gestão da escala mensal de trabalho da equipe da unidade, na escala de distribuição diária dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem pelos pacientes internados tendo como referência o SDCP, nas atividades de educação permanente e a avaliação de desempenho dos membros da equipe de trabalho da unidade.

O PRAXIS contém a informatização da escala mensal e sua execução, permitindo um relatório mensal da sua execução, individualizando as ocorrências, bem como, o total de horas disponíveis/mês de enfermeiros e técnicos e auxiliares e o total de horas efetivamente realizadas. Os profissionais técnicos e auxiliares terão sua distribuição diária de pacientes visualizada no painel eletrônico (TV no Posto de Enfermagem). A agenda de atividades de educação permanente está organizada e o aproveitamento da participação registrado nos respectivos instrumentos de avaliação de desempenho dos profissionais. O PRAXIS tem uma biblioteca para temas atuais e aspectos de interesse do trabalho da enfermagem na unidade. Os instrumentos de avaliação de desempenho individual foram incorporados e as avaliações estão

registradas. Há uma lista de e-mails de toda a equipe para a comunicação eletrônica. Aniversários das pessoas da equipe, atividades de educação permanente e datas comemorativas ou eventos de interesse são destacadas no painel eletrônico do PRAXIS na unidade.

As visões contemporâneas de Gestão/Administração avaliam as organizações em geral como sistemas vivos em que as pessoas são valorizadas como um capital capaz de fazer a diferença no mundo competitivo e globalizado de hoje. Ganha importância a noção de que as instituições/empresas devem ser capazes de aprender e gerar conhecimento contínuo. A subjetividade é reconhecida, a criatividade incentivada e o papel da liderança destacado. As pessoas deixam de serem recursos para serem talentos que devem ser desenvolvidos e mantidos para o sucesso de qualquer organização (MARIOTTI, 2010; CORTELLA, 2009; LASELVA; COSTA, 2011).

A enfermagem concentra o maior grupo de trabalhadores de um hospital e as unidades de internação abrigam boa parte do contingente de enfermagem. Observa-se que há muitas queixas por parte da enfermagem sobre as condições de trabalho em unidades de internação, que acarretam insatisfação e absenteísmo, entre outros problemas. O PRAXIS incorpora processos que podem propiciar uma melhor gestão deste desafio. Destaca-se a sistemática de aferição da carga de trabalho da unidade, que permite uma análise consistente desta variável fundamental na determinação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem requerido.

GMAT: gestão de materiais e ambiência da unidade

No sistema PRAXIS, nesta versão inicial, a gestão de materiais está concentrada no registro dos relatórios mensais de conferência (inventário) dos materiais assistenciais, visando evitar desperdícios com materiais vencidos e sem controle e o registro e resultados de todas as solicitações de consertos ou serviços de manutenção em geral (lista de solicitações e status da situação). Estas operações são de responsabilidade do escriturário ou equivalente, com supervisão da enfermeira coordenadora/chefe da unidade.

A gestão das unidades de internação envolve o manejo de uma grande quantidade de materiais, indispensáveis para a assistência e para a segurança dos cuidados e profissionais, além de impacto nos custos hospitalares. Constitui-se em crescente atenção da enfermagem, em especial, da coordenação da unidade (HONÓRIO; ALBUQUERQUE, 2005).

GQUALI: gestão da qualidade

O sistema PRAXIS incorporou alguns instrumentos e indicadores de avaliação e qualidade da assistência de enfermagem nas unidades de internação. Os gráficos do desempenho da unidade em relação a estes indicadores estão sempre sendo visualizados no painel eletrônico do posto de enfermagem e os seus registros em relatórios para a análise da equipe. Os gráficos no painel eletrônico mostram os resultados dos últimos três meses. Estes indicadores são: **1 - Satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem:** os pacientes, no momento da alta da unidade, são convidados a preencher um formulário específico de avaliação da assistência recebida na unidade (APÊNDICE F); **2 - Taxa de cobertura da SAE:** o PRAXIS registra as realizações da SAE e gera os gráficos com os percentuais de pacientes que tiveram SAE efetivada; **3 - Taxa de realização de exames e procedimentos externos:** registro do percentual de êxito na realização de exames e procedimentos previstos para os pacientes e que necessitam ocorrerem fora da unidade, gera gráfico do percentual de êxito e registra em relatório específico os motivos da não realização de exames previstos; **4 - Taxa de infecção hospitalar da unidade:** fornecida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o PRAXIS transforma em gráfico para visualização no painel eletrônico; **5 - Taxa de ocupação da unidade:** o PRAXIS processa e fornece os gráficos de percentual de ocupação da unidade; **6 – Média de permanência:** expressa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados na unidade; **7 – Média de pacientes/dia:** representa o número médio de pacientes na unidade; **8 – Eventos adversos:** demonstra o número de eventos adversos cadastrados em formulário próprio na unidade. Os eventos adversos indicados para registro são quedas de pacientes, úlceras por pressão, erros de medicações, soromas e flebites (APÊNDICE G).

A qualidade da atenção à saúde e a mitigação dos riscos e eventos adversos tornou-se uma agenda mundial prioritária da área (WHO, 2008). No contexto deste movimento, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estabelece entre outras medidas, a criação e funcionamento de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde e a sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes através de notificações (BRASIL, 2013).

As unidades de internação são espaços chaves de preocupação com a segurança dos pacientes e o PRAXIS aplica ferramentas que viabilizam esta necessidade básica de qualidade assistencial.

Painel Eletrônico

O Painel Eletrônico, uma TV de 50", instalada no Posto de Enfermagem, constitui-se em recurso relevante e um aspecto essencial na criação e significado do sistema PRAXIS. O Painel Eletrônico está dividido em quatro (4) áreas, uma faixa na parte superior mostra de forma dinâmica a Missão e Princípios Orientadores da Unidade, uma faixa superior maior reproduz a distribuição dos leitos da unidade com a identificação permanente dos respectivos pacientes usuários dos leitos. O quadro de cada leito fica colorido conforme a classificação do paciente promovida pelo SDCP e em cada leito existem ícones coloridos de indicação da cobertura da SAE, da realização de exames fora da unidade, os tipos de precaução de contato para cada quarto e os nomes dos profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem responsáveis pelos cuidados. A parte inferior do Painel está dividida em dois campos, sendo um para atividades do GPEN e PPU e o outro, GQUALI, para estatísticas de desempenho da unidade. A escala mensal de trabalho da equipe de enfermagem da unidade, parte do GPEN, fica oculta na tela do painel e sempre que alguém da equipe deseja visualizá-la faz um toque no ícone específico e a escala será disponibilizada. Após a consulta o profissional aciona o ícone e a escala volta a ficar oculta.

O Painel Eletrônico é um instrumento de visualização instantânea de indicadores importantes para a assistência de enfermagem e um recurso de comunicação que valoriza o planejamento participativo e fornece elementos para um padrão profissional de gestão de unidades de internação, recurso avançado em uso nas aplicações da denominada tecnologia *Business Intelligence* (BI) (TURBAN et al., 2009).

A tecnologia PRAXIS integra a gestão de processos assistenciais e administrativos necessários em unidades de internação e combina o uso de tecnologias materiais e não materiais, como demonstrado na figura a seguir.

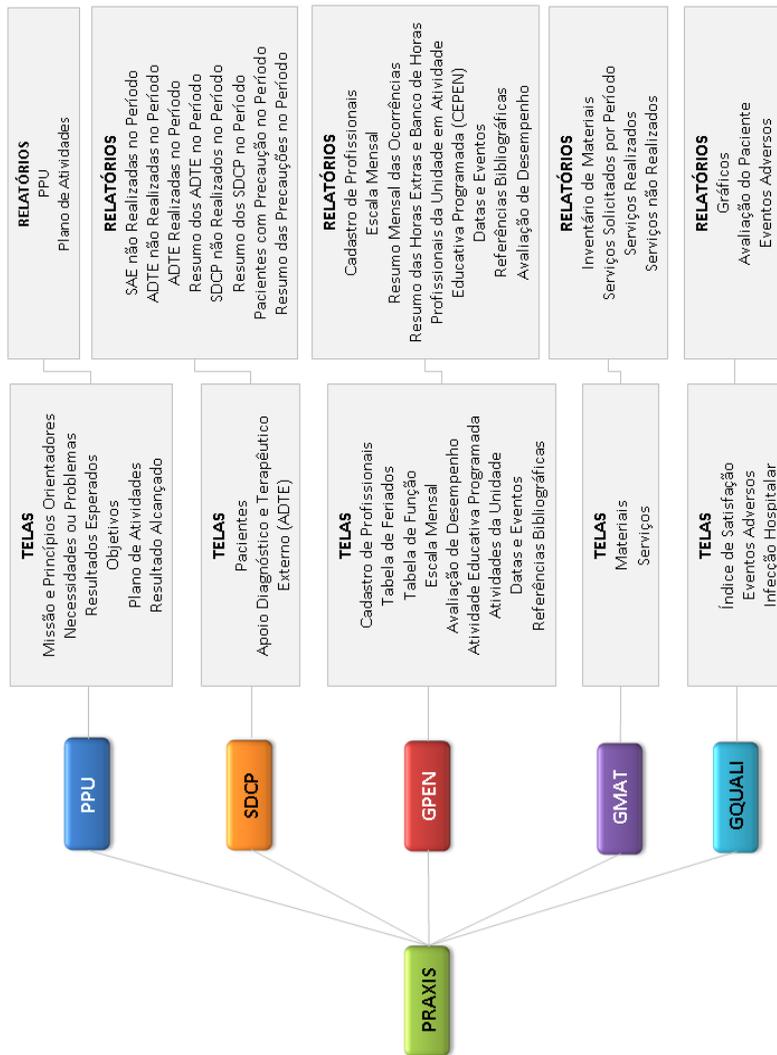


Figura 8 – Visão Geral do PRAXIS
Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

Avaliação Preliminar do PRAXIS

Conforme previsto, a Comissão Externa de Avaliação (CEA) emitiu um parecer sobre a tecnologia PRAXIS (ANEXO C). A avaliação preliminar realizada no âmbito da enfermagem é bastante positiva e destaca-se a conclusão de que “o instrumento apresentado à Unidade de Internação demonstrou coerência com o objetivo proposto na medida em que a tecnologia foi introduzida, aplicada e avaliada, atendendo o propósito de inovação na gestão em enfermagem, buscando transformar positivamente a atual assistência realizada”. Enquanto desafio a CEA considerou “importante além do **investimento financeiro** para que o projeto seja expandido, por conta da necessidade de equipamentos necessários para a implantação nas unidades, do desafio de ampliação de recursos humanos. Coloca-se isto, pois, atualmente, grande parte do trabalho de alimentação de dados vem sendo feito por uma bolsista do projeto, dificultando a continuidade destas atribuições com a saída da mesma”. Em relação a este último aspecto, também salientado na avaliação da equipe da unidade, há que se registrar que na unidade em que o PRAXIS está implantado e em funcionamento não existe escriturário ou agente administrativo, o que já prejudica o andamento dos trabalhos, mesmo sem o PRAXIS. Faz-se necessário nas unidades de internação a atuação de assistentes administrativos para que a enfermagem possa focar seu trabalho na assistência e na gestão do cuidado.

A apreciação do PRAXIS pela equipe da unidade contou com a participação de sete enfermeiras e sete técnicos de enfermagem, conformando uma abrangência da totalidade dos membros do Colegiado Gestor da Unidade (COGEU) (APÊNDICE H). Dentre os resultados pode-se destacar que 100% dos enfermeiros e 85,7% dos técnicos de enfermagem consideraram o PRAXIS necessário e pertinente e 85,7% dos enfermeiros e técnicos afirmaram que o PRAXIS facilita a organização do trabalho da enfermagem na unidade e propicia bases para a melhoria da assistência aos usuários, entre os motivos: “Algo que vem colaborar imensamente com a profissão...” (E6); “Auxilia e viabiliza o andamento da unidade como um todo” (E1); “Melhoria da qualidade da assistência dos pacientes, agregar dados e registros para implementar a SAE, bem como o número de profissionais necessários” (TE1); “Atualmente não alterou nada as nossas funções” (TE6). Os componentes do PRAXIS apontados como mais importantes são: identificação da carga de trabalho da enfermagem na unidade (92,8%), classificação diária dos pacientes por grau de cuidado (85,7%), pesquisa sobre a satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem

recebida (71,45), planejamento participativo (57,1%), painel eletrônico (57,1%) e informação dos tipos de precaução de infecção hospitalar para cada paciente (57,1%). Na atribuição de uma nota geral para o PRAXIS, de 0 a 10, tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem conferiram uma nota média de 8,0. Em relação à fragilidade do PRAXIS, houve um consenso como sendo a instabilidade da infra estrutura da rede de informática que gera quedas frequentes no sistema, prejudicando a sua finalidade. Estas avaliações privilegiaram uma ótica profissional da enfermagem, em função do momento experimental do PRAXIS. No entanto, no futuro, faz-se necessário uma avaliação da qualidade do *software* tendo como referência a norma NBR ISSO/IEC 14598-6 (PEREIRA et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo faz uma apresentação sintética da tecnologia PRAXIS para a gestão de unidades de internação. A melhoria do desempenho destes importantes espaços assistenciais certamente trará benefícios estruturais para os serviços de saúde, com ganhos relevantes para os usuários, razão de ser destes serviços.

O aperfeiçoamento e a difusão da aplicação da tecnologia PRAXIS poderá ser um veículo que possibilita a melhoria de desempenho da missão das unidades de internação hospitalares e um exemplo para desenvolvimento de tecnologias apropriadas para a gestão de outras unidades assistenciais, como as unidades básicas de saúde.

A iniciativa do NHS de criar e desenvolver um programa nacional de melhoria da performance das unidades de internação na Inglaterra mostra que o PRAXIS pode ser gerador de um programa nacional voltado para a valorização da prática assistencial nas unidades de internação.

A efetividade do PRAXIS ainda necessita de uma trajetória de aplicação e desenvolvimento, mas constitui-se em uma base sobre a qual o foco das unidades de internação pode merecer a devida atenção para um impacto positivo na qualidade e segurança do atendimento aos usuários e satisfação e motivação dos profissionais de enfermagem.

O processo de aplicação e desenvolvimento do PRAXIS é que poderá assegurar o alcance de seus benefícios potenciais. Dentre os benefícios que a aplicação desta tecnologia poderá propiciar estão: a disponibilização de uma ferramenta para a prática da gestão participativa; sua contribuição para uma dinâmica de trabalho voltada

para a melhoria contínua do desempenho; modernização tecnológica da gestão favorecendo a coordenação das atividades; possibilidade do uso permanente da sistemática de planejamento participativo; produção e disponibilização de informações instantâneas (*at glance*) sobre a situação e necessidades dos pacientes. A tecnologia criada contribui ainda para a organização geral das unidades de internação e do trabalho das equipes; para a melhoria do processo de comunicação entre os profissionais de enfermagem e de saúde; e para a incorporação de indicadores de qualidade na prática cotidiana da equipe.

Cabe registrar que a criação de uma tecnologia já consiste em si em um grande desafio, repleto de dificuldades. Destaca-se como dificuldades e limites: os custos envolvidos; a sensibilização da instituição e dos profissionais de enfermagem; a pouca governabilidade acerca de fatores envolvidos no processo de desenvolvimento; incerteza sobre as possibilidades de aplicação em outros cenários institucionais; e sua característica típica de um projeto interdisciplinar. Dificilmente um profissional de saúde dispõe dos conhecimentos técnicos requeridos para a construção de uma tecnologia de informação e comunicação, assim como é difícil esperar que um profissional da área de informática conheça os múltiplos aspectos envolvidos na gestão de unidades de internação.

A criação e aplicação, pela enfermagem, deste tipo de inovação tecnológica podem beneficiar a atuação profissional e melhorar a visibilidade e valorização da profissão, tão essencial na atenção hospitalar e em outros serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Mapa Assistencial da Saúde Suplementar - Abril 2013**. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

BOHMER, Martin. **Arquitetura e Planejamento na Gestão da Saúde**. Porto Alegre: Bookmann, 2012. 274 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: trabalhos premiados e menções honrosas – resumos**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2007. 168p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. **Consulta Leitos**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 30 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIS/SUS)**. Internações Hospitalares do SUS - período 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=2&id=697&assunto=2939>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 70p.

_____. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 02 abr. 2013. Seção I, p. 43. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=02/04/2013&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=120>>. Acesso em: 06 abr.2013.

CARVALHO, Marly Monteiro de; PALADINI, Edson Pacheco (Orgs.). **Gestão da qualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CORTELLA, Mário Sérgio. **Qual é a tua obra?** Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 141p.

ENGLAND. National Health Service. Institute for Innovation and

Improvement. **Rapid Impact Assessment of The Productive Ward:** Releasing time to care. England, Executive Summary, 2011.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem:** avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2002.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem:** ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 214- 222.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan/fev. 2005.

HONÓRIO, Maria Terezinha; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. A gestão de materiais em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 4, n. 3, p. 259-168, set/dez. 2005.

LASELVA, Cláudia Regina; COSTA, Maria Luiza Monteiro. Retenção dos membros da equipe. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem:** ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 214-222.

MARIOTTI, Humberto. **Pensando diferente:** como lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão. São Paulo: Atlas, 2010. 302p.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes:** estruturas em cinco configurações. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 334p.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); AGÊNCIA BRASILEIRA DE INOVAÇÃO (FINEP). **Manual de Oslo**: Proposta de diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. 3. ed. 2006. Disponível em: <http://download.finep.gov.br/imprensa/manual_de_oslo.pdf>. Acesso em: 01 abr 2013.

PEREIRA, Irene Mari et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: avaliação de um software. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1600-1605, 2011.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008. 253p.

SIQUEIRA, Ivana Lúcia Correa Pimentel de. **Avaliação de um modelo empírico de gestão implantado em unidades de internação de um hospital privado**. 2004. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

TOUSSAINT, John; GERARD, Roger A. **Uma transformação na saúde**: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Tradução de Raul Rübenich. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

TURBAN, Efraim et al. **Business Intelligence**: um enfoque gerencial para a inteligência do negócio. Tradução de Fabiano Bruno Gonçalves. Porto Alegre: Bookman, 2009. 256 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Financing**: the path to universal coverage. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Joint commission for patient safety**. World Alliance for Patient Safety 2008 Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

6.2 ARTIGO 2 – TECNOLOGIA “PRAXIS”: PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

TECNOLOGIA “PRAXIS”: PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

Jorge Lorenzetti
Francine Lima Gelbcke

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar os aspectos de planejamento e qualidade assistencial, enquanto componentes de uma tecnologia de gestão de unidades de internação denominada PRAXIS. Esta tecnologia está materializada em um *software* desenvolvido em parceria com o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e está em funcionamento em uma unidade clínica do referido hospital. O *software* foi registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). No processo de desenvolvimento e experimentação do PRAXIS adotou-se a abordagem metodológica quase experimental. Em relação ao planejamento, a equipe de enfermagem produziu um Planejamento Participativo da Unidade (PPU) envolvendo oito questões prioritárias. Em abril de 2013, os planos de trabalho do PPU apresentavam os seguintes percentuais de realização: sistema diário de classificação dos pacientes / carga de trabalho (90%), manual de procedimentos (35%), política de acompanhantes (08%), capacitação (30%), qualidade de vida no trabalho (07%), gestão de materiais (51%), práticas de sustentabilidade (09%) e excelência da assistência (64%). Em relação à qualidade assistencial, os resultados em abril foram: 97,95% dos pacientes consideraram a assistência de enfermagem da unidade como ótima ou boa, a taxa de cobertura da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi de 51,49%, a de realização dos exames externos previstos foi de 86,21%, a taxa de infecção hospitalar foi de 36,07%, a de ocupação da unidade foi de 85,87%, a média de permanência de 10,56 dias e de pacientes/dia de 21,47 pacientes para 25 leitos de

capacidade e não houve notificação de eventos adversos. As informações relevantes sobre o PPU e os indicadores da qualidade assistencial da unidade estão disponibilizados para comunicação contínua, no painel eletrônico (*dashboard*) no posto de enfermagem. O estudo conclui que planejamento e qualidade assistencial são fundamentais para a gestão de unidades de internação. Trata-se de instrumentos complexos que o sistema PRAXIS incorpora, entre outros componentes, com vistas a possibilitar mudanças estruturais positivas no desempenho destes espaços assistenciais, beneficiando usuários e profissionais de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A saúde está no topo das prioridades das pessoas, traduzido no ditado popular de que com saúde todo o resto da vida dá-se um jeito. A saúde constitui-se em um direito humano básico e, portanto, atribuição do Estado no seu compromisso de atender as expectativas da Nação. As políticas de saúde e a atuação dos serviços estão na agenda cotidiana de atores públicos, privados, instituições sociais e meios de comunicação. No Brasil a saúde aparece como principal problema para os brasileiros (CNI/ IBOPE, 2011).

A valorização da saúde pela população e a transição demográfica com a ampliação do número de pessoas com mais de 60 anos pressionam os gastos em saúde e os investimentos e usos da tecnociência na área. Serviços de saúde que garantam acesso universal e atenção integral das necessidades de saúde, de forma segura e com qualidade, torna-se um paradigma social contemporâneo. Assim, o financiamento da saúde e a gestão em saúde emergem como macro aspectos dos desafios para o alcance dos anseios da sociedade com a saúde.

Financiamento suficiente e gestão apropriada são premissas fundamentais para a viabilização de serviços de saúde universais, seguros e de qualidade. A gestão em saúde possui uma complexidade especial. Trata-se do manejo de um serviço que lida com a vida das pessoas, um bem de valor único, em que os acertos e erros ou omissões têm um significado ontológico diferenciado.

No ciclo vital das pessoas haverá sempre momentos em que a atuação oportuna e humana dos serviços de saúde é indispensável, em especial, nas situações de dor, sofrimento, dificuldades de comunicação, traumas, transtornos físicos e mentais e condições diversas de mal estar

biopsicosocial, manifestas em condições agudas e crônicas de agravos à saúde. A não atuação adequada dos serviços de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis.

A enfermagem constitui-se no maior contingente dos profissionais de saúde no Brasil, 1.856.683 (hum milhão, oitocentos e cinquenta e seis mil e seiscentos e oitenta e três) (COFEN, 2012). Está presente na grande maioria das unidades do sistema de saúde, na atenção básica, na atenção hospitalar, na assistência domiciliar, nas unidades de atendimento de urgência e emergência, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e em diversos espaços da sociedade como escolas, empresas e outros.

As enfermeiras³ ocupam cargos de direção nos diversos níveis das instituições de saúde, desde a coordenação de equipes e direção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), funções em nível central das esferas municipal, estadual e federal, bem como direção de órgãos de enfermagem em instituições hospitalares e coordenação de unidades assistenciais neste nível de atenção, em especial, as unidades de internação.

A enfermagem possui um papel determinante no desempenho das unidades de internação nos hospitais. Assume a responsabilidade pelos cuidados nas 24 horas do dia, nos 07 dias da semana e nos 365 dias do ano. Exerce ainda a articulação para o trabalho dos demais profissionais de saúde, zela pelo ambiente terapêutico e assegura os suprimentos e materiais assistenciais necessários nestes espaços assistenciais.

Na prática, observam-se carências significativas de gestão nas unidades de internação, tais como, ausência ou planejamento precário, falta de mecanismos eficientes de comunicação, formas arcaicas de registro das atividades, processos de trabalho que não favorecem a centralidade no usuário e a abordagem integral, assim como ausência ou pouca ênfase na avaliação da qualidade e na excelência da assistência.

Esta situação, combinada com a importância das unidades de internação nos resultados da atenção hospitalar desafiaram a construção de uma tecnologia que pudesse preencher estas lacunas e propiciar um padrão apropriado de gestão para estes espaços assistenciais. Pode-se estimar a existência de cerca de dez mil unidades de internação hospitalares no país (BRASIL, 2013).

A tecnologia PRAXIS foi desenvolvida com a pretensão de disponibilizar um instrumento inovador e participativo de gestão para as

³ Para referir-se aos enfermeiros e enfermeiras será utilizado sempre o feminino, em consideração à ampla maioria de mulheres na composição desta força de trabalho, sem com isto, ignorar a contribuição de ambos os gêneros para a profissão.

unidades de internação, tendo como referência uma assistência de enfermagem com abordagem integral, humanizada e de qualidade. Consiste em um sistema informatizado, software, que integra a gestão de processos assistenciais e administrativos na perspectiva de um padrão de administração destes espaços, com benefícios para os usuários e profissionais de enfermagem. A construção do sistema de gestão PRAXIS fundamentou-se em três (3) princípios orientadores relevantes e articulados entre si: Gestão Participativa, Melhoria Contínua do Desempenho e Inovação Tecnológica.

O aplicativo PRAXIS constitui-se em uma inovação tecnológica de processo, armazena, organiza, processa e disponibiliza informações, muitas em tempo real, para profissionais e equipes de trabalho, integrando processos que possibilita a melhoria do alcance da finalidade das unidades de internação. Envolve tecnologias materiais e não materiais, incluindo a formulação de novas metodologias e a estruturação de saberes em modalidades inovadoras de uso.

O presente artigo tem por objetivo analisar os primeiros resultados da aplicação da tecnologia PRAXIS em uma unidade de internação, nos aspectos de planejamento participativo e qualidade da assistência.

METODOLOGIA

A criação da tecnologia PRAXIS envolveu dois momentos sucessivos: o primeiro de desenvolvimento do *software* e o segundo de experimentação em uma unidade clínica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). A abordagem metodológica escolhida foi a de pesquisa quase experimental.

Desenvolvimento do Software PRAXIS

O percurso para construção do sistema de gestão de unidades de internação PRAXIS envolveu o trabalho de uma equipe técnica por um período de 18 meses, de outubro de 2011 a março de 2013. A equipe técnica contou com a participação de um analista de sistemas, escolhido pelo pesquisador dois programadores e uma bolsista. Os programadores e a bolsista foram cedidos pelo HU/UFSC. O processo de desenvolvimento do PRAXIS, após a composição da equipe técnica, iniciou com reuniões para o pesquisador expor o projeto e definiu-se uma dinâmica em que as partes ou módulos do PRAXIS seriam descritas na forma detalhada de requerimentos de informática, pelo

analista de sistemas, para que os programadores realizassem o processo de desenvolvimento. Para tanto, o pesquisador preparou um sumário descritivo das necessidades do PRAXIS. A produção parcial foi sendo avaliada e testada pelo analista de sistemas em conjunto com o pesquisador. Definições, ajustes e alterações foram encaminhados em reuniões do conjunto da equipe. O *software* foi desenvolvido para ambiente web podendo ser utilizado através dos navegadores *Internet Explorer, Mozilla Firefox e Google Chrome em desktops, notebooks e tablets*. A plataforma operacional, baseada em ferramentas livres, é composta pelo sistema operacional *Linux Debian*, gerenciador de aplicativo *Tomcat*, gerenciador de banco de dados *PostgreSQL*, linguagem de programação JAVA com utilização do *framework Jaguar* e serviços de controle de autenticação e autorização JAAS (*Java Authentication and Authorization Service*). Os recursos de hardware onde o *software* está instalado fazem parte da infraestrutura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

O PRAXIS desenvolvido é uma versão inicial (1.0), estando previstas novas versões e adaptações para outras realidades em que o mesmo possa ser aplicado. E, com o apoio do Departamento de Inovação Tecnológica da UFSC (DIT/UFSC) foi encaminhado o registro junto ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), que em dezembro de 2012 forneceu o protocolo nº 017120001370.

Experimentação do PRAXIS

O aplicativo PRAXIS foi implantado em uma unidade de internação de clínica médica do HU/UFSC e os resultados aqui apresentados e analisados foram coletados do sistema em funcionamento no mês de abril de 2013.

Planejamento participativo

O planejamento participativo (PP) no PRAXIS é um dos módulos importantes do sistema e recebeu a denominação de Planejamento Participativo da Unidade (PPU).

O PPU no sistema PRAXIS está estruturado em seis (6) campos articulados entre si: Missão e Princípios Orientadores, Necessidades ou Problemas, Resultados Esperados, Objetivos, Planos de Atividades e Resultados Alcançados.

O processo de elaboração do PPU pela equipe de enfermagem da unidade de internação do HU/UFSC, onde o PRAXIS está implantado, desenvolveu-se de acordo com a seguinte trajetória: a) escolha pelas equipes dos turnos de trabalho de dois representantes cada, dois manhã,

dois tarde, dois noturno1, dois noturno 2 e dois noturno 3, para compor um grupo coordenador da elaboração do PPU; b) coleta e sistematização, junto a todos da equipe de enfermagem da unidade, das necessidades e ou problemas que deveriam merecer atenção para uma melhoria do desempenho da unidade; c) realização de duas oficinas do grupo coordenador para elaboração do PPU; d) disponibilização do planejamento elaborado para a equipe e definição do engajamento dos membros nas atividades previstas; e) consolidação final do PPU e início da sua implementação. Desta forma, o grupo coordenador ficou composto por 10 representantes dos turnos, sendo cinco enfermeiras e cinco técnicos ou auxiliares de enfermagem, mais a enfermeira chefe da unidade, de um total de 33 profissionais, adicionado pela assessoria do pesquisador e o apoio de uma bolsista.

A primeira oficina foi realizada no dia 24 de outubro de 2012. No primeiro momento debateu-se o sistema PRAXIS e a estrutura do PPU. Fez-se uma reflexão para entendimento dos conceitos de planejamento participativo e das partes do PPU, com apoio de um texto de suporte. O grupo aprovou, por consenso, a metodologia e os seguintes conceitos básicos: 1 - **Missão**: Declaração concisa que expressa o propósito e responsabilidades da unidade. Responde a razão de ser da unidade, o que faz e para quem. Meta maior. 2 - **Princípios Orientadores**: Refletem as convicções, crenças e valores que aglutinam os membros da equipe e influenciam e orientam suas ações cotidianas. 3 - **Necessidade/Problema**: Condição ou situação insatisfatória que precisa ser modificada na perspectiva da situação ideal. Situação satisfatória relevante que deve ser mantida. 4 - **Resultado Esperado**: O que se pretende alcançar para superação da necessidade ou problema. Descreve a situação desejada ou a ser mantida com o planejamento e deve ser formulado para cada necessidade ou problema. 5 - **Objetivo**: Situação futura que se deseja alcançar. Traduz a mudança ou manutenção da situação enquanto propósito do planejamento. 6 - **Plano de Atividades**: Conjunto de operações ou tarefas a serem realizadas para o alcance de determinado objetivo. 7 - **Avaliação/Resultado Alcançado**: Monitoramento, verificação e avaliação dos resultados dos planos de atividades.

No segundo momento, após uma dinâmica de grupo, o coletivo aprovou a missão e os princípios orientadores da unidade. Em um terceiro momento o grupo analisou a lista de necessidades ou problemas selecionados pelo conjunto dos profissionais de enfermagem e através de um consenso progressivo chegou a oito (8) questões prioritárias a

serem enfrentadas em 2013.

A segunda oficina foi realizada no dia 29 de outubro de 2012 e o grupo, num primeiro momento, fez a descrição de cada uma das oito (8) necessidades ou problemas e definiu os respectivos resultados esperados e objetivos. Em seguida, construiu um plano de ação para cada um dos objetivos, tendo como referência a possibilidade de realização das atividades até dezembro de 2013. Para cada questão prioritária foi escolhido um líder e as atividades dos planos de cada objetivo foram distribuídas de forma a envolver o máximo de pessoas do grupo todo.

Em novembro e dezembro de 2012 o PPU foi complementado com os participantes das atividades e lançado no sistema informatizado PRAXIS que oferece um suporte de gestão. O PRAXIS disponibiliza relatórios atualizados do andamento do PPU.

O sistema inclui a operação de um painel eletrônico, TV de 50', instalado no posto de enfermagem e em operação permanente, que transmite informações atualizadas sobre as atividades do PPU.

Qualidade da assistência

O sistema PRAXIS incorporou alguns instrumentos e indicadores relevantes de avaliação e qualidade da assistência de enfermagem nas unidades de internação. Os gráficos do desempenho da unidade em relação a estes indicadores estão sempre sendo visualizados no painel eletrônico do posto de enfermagem e os seus registros em relatórios para a análise da equipe. Os gráficos no painel eletrônico mostram os resultados dos últimos três meses. Estes indicadores são: **1 - Satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem:** os pacientes, no momento da alta da unidade, são convidados a preencherem ou responderem um formulário específico de avaliação da assistência recebida na unidade. **2 - Taxa de cobertura da SAE:** o PRAXIS registra as realizações da SAE e gera os gráficos com os percentuais de pacientes que tiveram SAE efetivada. **3 - Taxa de realização de exames e procedimentos externos:** registro do percentual de êxito na realização de exames e procedimentos previstos para os pacientes e que necessitam ocorrerem fora da unidade, gera gráfico do percentual de êxito e registra em relatório específico os motivos da não realização de exames previstos. **4 - Taxa de infecção hospitalar da unidade:** fornecida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o PRAXIS transforma em gráfico para visualização no painel eletrônico. **5 - Taxa de ocupação da unidade:** o PRAXIS processa e fornece os gráficos de percentual de ocupação da unidade. **6 - Média de permanência:** expressa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados na

unidade. **7 – Média de pacientes/dia:** representa o número médio de pacientes na unidade. **8 – Eventos adversos:** demonstra o número de eventos adversos cadastrados em formulário próprio na unidade. Os eventos adversos indicados para registro são quedas de pacientes, úlceras por pressão, erros de medicações, soromas e flebites.

O desempenho da unidade com estes indicadores fica demonstrado de forma permanente no painel eletrônico com uma alternância de visualização dos indicadores. Além disso, os relatórios de desempenho dos indicadores da unidade estão sempre disponíveis.

Colegiado Gestor da Unidade (COGEU)

A unidade de clínica médica constituiu um Colegiado Gestor da Unidade para avaliação periódica do desempenho da unidade, análise e aprovação de ajustes do PPU e outras medidas de gestão que estão ancoradas no sistema PRAXIS. O colegiado gestor é presidido pela enfermeira coordenadora da unidade e composto pelas oito enfermeiras líderes dos planos das questões prioritárias do PPU e três representantes dos técnicos e auxiliares de enfermagem. O COGEU é assessorado pelo pesquisador e uma bolsista.

Aspectos Éticos

A proposta deste estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e teve sua aprovação confirmada pelo Certificado nº 2401.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Planejamento no PRAXIS

A adoção da concepção de planejamento participativo no PRAXIS é o desdobramento lógico da aplicação do princípio da gestão participativa como uma das bases orientadoras do aplicativo. O PRAXIS disponibiliza um sistema de gestão de unidades de internação que facilita e organiza a Gestão Participativa neste importante espaço de cuidados. O Planejamento Participativo da Unidade, PPU, componente do PRAXIS, constitui-se no instrumento fundamental para a viabilização da GP nas unidades de internação, com foco na equipe de enfermagem.

Metodologia do PPU

A metodologia PPU constitui-se em um subproduto do PRAXIS

que, eventualmente, pode ser utilizado em separado, como já acontece em outras unidades assistenciais do Hospital Universitário em que o sistema não foi implantado. A estrutura foi organizada no *software* em seis campos, Missão e Princípios Orientadores, Necessidades ou Problemas, Resultados Esperados, Objetivos, Planos de Atividades e Resultados Alcançados. Esta sistematização foi concebida pelo autor e aceita, de forma consensual, pela equipe da unidade de clínica médica em que o PRAXIS está sendo experimentado. Trata-se de uma formulação original que se diferencia da estrutura dos planejamentos estratégicos em geral. Está focada para atender um espaço operacional, mais centrada na necessidade de melhoria contínua do desempenho, tipo ciclo Planejamento-Execução-Verificação-Ajuste (PDCA) (LIKER; FRANZ, 2013). E, não se baseia apenas na solução de problemas, pois envolve a adoção de necessidades ou carências presentes na realidade das unidades de internação e não deixa de contemplar a construção coletiva da missão e princípios orientadores. Constitui-se numa tentativa de buscar superar o fato de que os processos de planejamento participativo tendem a ter uma grande aceitação teórica na saúde, mas uma baixa aplicação no cotidiano das organizações, em especial, nos hospitais públicos. Historicamente, no Brasil, o planejamento é um instrumento de gestão com forte aplicação nas esferas públicas federativas de saúde e nos espaços da atenção básica, tornando-se inclusive obrigatório (TEIXEIRA, 2010; BRASIL, 2009; 2010). Muitas vezes, os processos de planejamento participativo conseguem uma grande força de mobilização e motivação na sua elaboração e depois vão sendo desvalorizados na etapa de execução e o replanejamento acaba sendo abandonado (LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006; BERNARDES et al., 2012). Outro aspecto é que a metodologia não deve ser um fim em si mesmo, mas de fato, um caminho que possibilita o alcance do sentido do planejamento que é uma reflexão que precede a ação, um guia para a prática diária, flexível, uma intenção de intervenção sobre uma realidade, que considera a dimensão teleológica e que incorpora as modificações nesta realidade durante a execução do plano. Além disso, deve ter uma operacionalidade que facilite a sua utilização (RIVERA; ARTMANN, 2003; CAMPOS, 2000; PAIM; TEIXEIRA, 2006; GALLO, 2009).

A concepção do PPU é de uma diretriz ou um guia que envolve uma ordenação de ações planejadas, previstas com antecedência e ações emergentes, não previstas, a serem desenvolvidas ao longo do tempo para alcançar a missão de cuidar de pessoas. Consiste em decidir com antecedência o que é necessário fazer para mudar as condições que são

insatisfatórias no presente e evitar que as condições que são satisfatórias se deteriorem no futuro. E, ser sempre um processo flexível e dinâmico que incorpora as mudanças cotidianas emergentes com novas ações não previstas (ANDRADE; AMBONI, 2010).

Um aspecto relevante da metodologia PPU é a exigência de um acompanhamento permanente do desenvolvimento do planejamento participativo, facilitado pela informatização e geração de relatórios de seu andamento, suporte fornecido pelo PRAXIS. Neste sentido, a criação e funcionamento regular do Colegiado Gestor da Unidade exerce uma função chave para que o PPU cumpra o seu papel.

PPU da Unidade de Clínica Médica

A equipe de enfermagem da unidade em que o PRAXIS está operando, como resultado das oficinas, produziu o PPU para ser implementado no ano de 2013. A seguir, destacamos alguns aspectos do mesmo. **Missão:** prestar cuidados de enfermagem de excelência aos usuários da unidade; **Princípios orientadores:** valorização da integralidade na assistência, respeito à singularidade dos usuários, compromisso com a qualidade profissional no cotidiano de trabalho, valorização da cooperação e da comunicação inter profissional, promoção da integração dos serviços na perspectiva de fortalecimento do SUS e cumprimento do código de ética profissional.

A partir do levantamento das necessidades ou problemas indicados por toda a equipe de enfermagem da unidade, o grupo coordenador da elaboração do PPU definiu os seguintes problemas ou necessidades prioritárias para o planejamento 2013: Sistema Diário de Classificação dos Pacientes (SDCP) / carga de trabalho, manual de procedimentos, política de acompanhantes, capacitação, qualidade de vida no trabalho, gestão de materiais, práticas de sustentabilidade e excelência da assistência.

Para cada uma destas necessidades ou problemas prioritários foi formulado um resultado esperado e o respectivo plano de atividades com a escolha do seu líder ou responsável pela coordenação, conforme pode ser visto nas telas do PRAXIS e no PPU completo (APÊNDICE I).

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares
Hospital Hospital Universitário Paulista Escola de São Paulo
Unidade Unidade Clínica Próxia 2

PPU SOCOP IPEN QMAT GQUALI Categoria de Cuidado Painel Eletrônico Painel Escala Mensal Ser

Ano: 2013 [Limpar] [Novo] [Gravar]

Ordem	Tipo	Descrição
1	Planejada	SOC/CARGA DE TRABALHO: Atualiza de um sistema diário de classificação dos pacientes como facilitador da org
2	Planejada	MANUAL DE PROCEDIMENTOS: Investência de um manual atualizado dos procedimentos de enfermagem nos m
3	Planejada	CAPACITAÇÃO: Desenvolvimento de um programa semestral sistemático de educação permanente e capacitação
4	Planejada	POLITICA DE ACOMPANHANTES: Política para os acompanhantes dos usuários da unidade pouco clara para a equi
5	Planejada	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: Programa de qualidade de vida no trabalho com ênfase na saúde, condiçõ
6	Planejada	GESTÃO DE MATERIAIS: Atenção insuficiente para o controle de materiais assistenciais, bem como, a conservação
7	Planejada	PRÁTICAS DE SUSTENTABILIDADE: Práticas de sustentabilidade na CMQ voltadas para a prevenção do desperdício
8	Planejada	EXCELENCIA DA ASSISTÊNCIA: Ausência de uma sistemática de registro, análise e prevenção de eventos advers;

Próx - Verde 1.0 Hora login: 9:45 Tempo sessão: 30.0m Seta bem-vindo, Jorge

Figura 1 – Tela das Necessidades ou Problemas do PPU

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares
Hospital Hospital Universitário Paulista Escola de São Paulo
Unidade Unidade Clínica Próxia 2

PPU SOCOP IPEN QMAT GQUALI Categoria de Cuidado Painel Eletrônico Painel Escala Mensal Ser

Ano: 2013 [Limpar] [Novo] [Gravar]

Necessidades ou Problemas

SOC/CARGA DE

Objetivos

Implantar e man

Ordem	Descrição	Responsável	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Início Previsto	Início Real	Final Previsto	Final Real	% Realizado	Comentário
1	Validar a infraestrutura eletrônica necessária	Jacary A. B. Prudente	Lara Vandresen				01/10/2012		31/12/2013		100,00	
2	Capacitar a equipe para a aplicação do instrumento de classificação	Jacary A. B. Prudente	Lara Vandresen				11/01/2013		31/12/2013			

Figura 2 – Tela dos Planos de Atividades do PPU

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

O colegiado gestor da unidade (COGEU) na sua reunião de maio de 2013 apreciou o relatório do PRAXIS sobre o avanço do PPU que apresentava os seguintes percentuais de resultados alcançados em cada plano de atividades das questões prioritárias: Sistema Diário de

Classificação dos Pacientes (SDCP)/carga de trabalho: 90%; manual de procedimentos: 35%; capacitação: 30%; política de acompanhantes: 08%; qualidade de vida no trabalho: 07%; gestão de materiais: 51%; práticas de sustentabilidade: 09% e excelência da assistência: 64%.

A média geral do andamento dos planos de atividades foi de 36,75%, nos primeiros 04 meses do ano, o que pode ser considerado bem positivo. Principalmente, porque a prática do planejamento ainda não está incorporada na cultura cotidiana do trabalho e porque o hospital passa por um período de transição de gestão, padecendo da falta de reposição dos profissionais que se aposentaram e ou se desligaram da instituição. Isto, fortalece uma das grandes barreiras para a consolidação da sistemática do planejamento que é a atenção diária para as urgências da agenda e a perda ou dificuldade para combinar o tratamento das pressões do dia a dia com a manutenção do foco nas questões importantes e estratégicas previstas no planejamento. Neste sentido, o PRAXIS pode ser um instrumento valioso ao solicitar, permanentemente, um olhar para o PPU, dar visibilidade constante para a missão e princípios orientadores, bem como, para as atividades dos planos no painel eletrônico da unidade.

A Gestão Participativa pode ser um recurso relevante na reorientação do modelo assistencial de saúde, na perspectiva de tornar-se usuário centrado, prática da integralidade, com redução dos efeitos da fragmentação dos cuidados e promoção de uma assistência segura e de qualidade. O SUS adotou a GP como diretriz geral e o Ministério da Saúde (MS) possui uma Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e uma Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) (BRASIL, 2009). A GP é também um dos eixos centrais da Política Nacional de Humanização no SUS (HumanizaSUS) (BRASIL, 2010). E, o planejamento participativo um dispositivo essencial para a viabilização da gestão participativa e compartilhada em todos os níveis das organizações de saúde (COELHO, 2008).

O PPU confirma-se como uma importante ferramenta de gestão para as unidades de internação e um componente relevante do PRAXIS. A expectativa é que possa consolidar-se como uma metodologia viável e duradoura na prática, realizando o sentido do planejamento. De acordo com Matus (1989) “Os homens não improvisam, fazem, geralmente, um cálculo que precede e preside a ação” (MATUS, 1989, p. 24). O planejamento é uma mediação entre o conhecimento e a ação para o alcance de objetivos em uma determinada situação.

Gelbcke et al. (2006, p. 520), em relato de experiência do Planejamento Estratégico Participativo da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC, menciona:

... pretendeu-se, então, romper com certa apatia que parecia estar presente, imobilizando os trabalhadores à participação, à reflexão, que levava a um fazer rotineiro, sem motivação, para um processo que favorecesse olhar o cotidiano, buscar novas perspectivas, ter esperanças, com solidariedade, responsabilidade e liberdade. Esperanças na descoberta de suas próprias possibilidades de mudança.

Qualidade Assistencial no PRAXIS

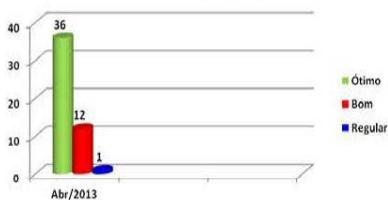
O módulo no PRAXIS que trata da qualidade assistencial em uma unidade de internação, com foco na assistência de enfermagem, foi denominado de Gestão da Qualidade – **GQUALI**.

Vários países estão introduzindo quadros de referência e indicadores de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. A maioria das iniciativas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde ainda é relativamente recente. Porém, a qualidade vem ganhando terreno e sendo considerada estratégica na maioria dos países, independente do nível de desenvolvimento e do tipo de sistema de saúde adotado. Entre as razões para a necessidade de avaliação sistemática dos serviços de saúde pode-se destacar: a) não adequada segurança dos sistemas de saúde; b) a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; c) a insatisfação dos usuários; d) o acesso desigual aos serviços de saúde; e) longas listas de espera; f) o desperdício inaceitável advindo da escassa eficiência (SERAPIONI, 2009).

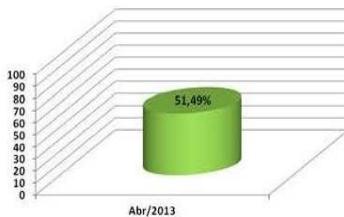
A enfermagem tem tido uma participação efetiva neste processo de valorização da qualidade enquanto um componente estratégico e prioritário na gestão em saúde. Está atuante nos processos de acreditação e no movimento mundial pela segurança do paciente. Porém, faz-se necessário uma internalização no cotidiano das unidades assistências e o PRAXIS pretende ser uma ferramenta que facilita e sustenta a preocupação com a qualidade assistencial de enfermagem no dia a dia das unidades de internação hospitalares.

O PRAXIS adotou oito indicadores de avaliação e qualidade da assistência. A seguir, apresentamos os resultados para o mês de abril de 2013:

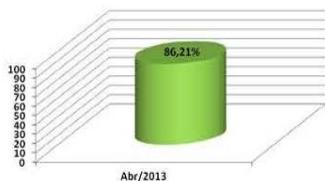
Satisfação dos Usuários com a Assistência de Enfermagem



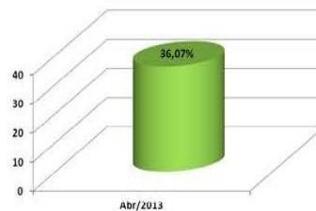
Taxa de Cobertura da SAE



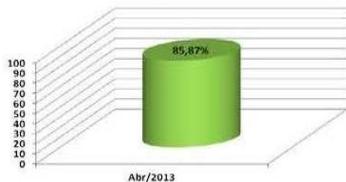
Taxa de Realização de Exames e Procedimentos Externos



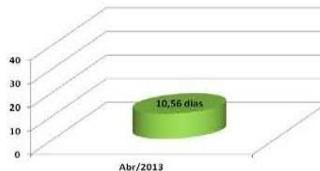
Taxa de Infecção Hospitalar



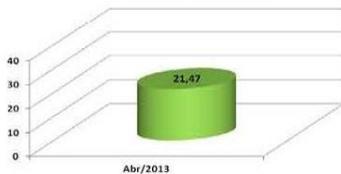
Taxa de Ocupação da Unidade



Média de Permanência



Média de Pacientes/Dia



Eventos Adversos



Figura 3 – Gráficos de desempenho da unidade
Fonte: GIAMATTEY, 2013.

Chama a atenção a elevada satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem recebida na unidade e a não notificação de eventos adversos. A satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem, bem como, a visibilidade da mesma para a equipe de saúde e usuários da unidade, tem sido fator de motivação e satisfação profissional para a equipe de enfermagem. Em abril de 2013, 100% dos pacientes que tiveram alta da unidade preencheram ou responderam ao formulário de satisfação do usuário com a assistência de enfermagem, excluídos os óbitos e transferências internas. Impressiona a percepção altamente positiva dos usuários com a assistência de enfermagem na unidade. 97,95% dos pacientes consideraram a assistência de enfermagem recebida como ótima ou boa e nenhum paciente afirmou ser ruim, sendo que apenas um paciente avaliou como regular. Os mesmos índices foram consignados para o acolhimento na unidade e a realização dos cuidados de enfermagem com delicadeza e perícia. A respeito de motivos de insatisfação com os cuidados de enfermagem foram citados, isoladamente: “a falta de enfermeiros”, “desconforto de acomodação para os acompanhantes”, “insensibilidade no atendimento de um enfermeiro do noturno”, “falta de orientação sobre o funcionamento da unidade”, “tratamento com indiferença”, “demora para trocar fralda”, “tratamento mal educado com acompanhante”, “demora para atendimento nas chamadas” e “banheiros pouco limpos”. E, como motivos de satisfação: “paciência em lidar comigo”, “Atendimento 10”, “limpeza boa”, “atenciosos”, “diálogo no dia a dia”, “cuidados bem feitos”, “me sinto com se estivesse em casa”, “tudo maravilhoso”, “bom humor e alegria é muito bom para quem está nesta situação com câncer”, “equipe humana e respeitosa”, “muito carinhosos, só faltava pegar no colo” “atendimento rápido nas urgências”, “prestativos”, “as enfermeiras são uns amores”, “sabedoria e o tratamento aqui é VIP”, “bem competentes e pediam desculpas quando necessário” e “rapidez e boa vontade”. Os nomes de profissionais de enfermagem foram lembrados, mas a maioria preferiu generalizar o atendimento como muito positivo. E, parece que os usuários utilizam a designação enfermeiro ou enfermeira para referir-se ao conjunto da equipe (PAIVA; GOMES, 2007)

A medição sistemática da satisfação dos usuários com os serviços de saúde é considerada um indicador indispensável nos processos de avaliação e qualidade dos resultados assistenciais. O sistema público de saúde da Inglaterra, *National Health System* (NHS), criou o conceito de Governança Clínica em 1997 para indicar a prioridade da melhoria contínua da qualidade dos serviços na busca da excelência no

atendimento em saúde. A Organização Mundial da Saúde, OMS, propõe que o conceito de Governança Clínica englobe 04 aspectos principais: desempenho dos profissionais (qualidade técnica); adequada utilização dos recursos (eficiência); gestão do risco (prevenção e redução contínua dos eventos adversos e erros); satisfação dos usuários com a atenção recebida (OSMO, 2011).

O registro e prevenção de eventos adversos ainda é um processo sistemático a ser conquistado. Há um efetivo receio de que este mecanismo resulte em práticas punitivas e não educativas e preventivas. Cada vez mais as instituições deveriam tratar os erros como problemas organizacionais e não individuais, o que já ocorre em algumas realidades (TOUSSAINT; GERARD, 2012). No entanto, faz-se necessário um processo de médio e longo prazo desta política para um efetivo convencimento dos trabalhadores.

O gerenciamento de eventos adversos visando a sua prevenção e redução de danos aos usuários dos serviços tornou-se uma agenda mundial e indicador muito importante na avaliação da qualidade da atenção à saúde (OMS, 2004). Historicamente, as infecções hospitalares aparecem como o lado mais visível dos eventos adversos na atenção à saúde e possuem uma ampla política de ação, no sentido preventivo, educativo e de redução dos danos. Recente-mente, no contexto do movimento pela segurança do paciente, outros riscos de eventos adversos passaram a fazer parte da preocupação nas políticas de saúde. A orientação do PRAXIS para a melhoria contínua do desempenho das unidades de internação abraça o combate aos eventos adversos com a perspectiva de uma centralidade na busca de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Em 2013, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estabelece entre outras medidas, a criação e funcionamento de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde e a sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes através de notificações (BRASIL, 2013).

O sistema de saúde da Inglaterra (NHS) desenvolve um trabalho de grande alcance no sentido de enfrentar eventos adversos para além das infecções hospitalares. Instituiu o programa *Harmfree care* com foco na redução das quedas, úlceras de pressão, infecções urinárias por sonda e tromboembolias. Refere que naquele país mais de 200 mil pessoas, por ano, são submetidas a estes danos e que o NHS possui um gasto anual, associado a estes danos, de mais de 430 milhões de libras esterlinas. As condutas do programa envolvem registros, notificações, auditorias, relatórios e um sistema de acompanhamento denominado de

NHS Safety Thermometer (ENGLAND, 2011).

A taxa de infecção hospitalar da unidade parece alta, mas não é possível fazer uma apreciação conclusiva porque não há dados disponíveis para uma comparação de realidades equivalentes. O panorama do controle da infecção hospitalar no Brasil, divulgado pela ANVISA, apresenta uma taxa geral de 9%, porém o universo de notificantes foi de apenas 182 hospitais, em um cenário de mais de cinco mil hospitais (BRASIL, 2011). Para a OMS, 5% a 10% dos pacientes internados em hospitais, adquirem uma ou mais infecções (HINRICHSEN, 2012). O PRAXIS, além de divulgar no painel eletrônico a taxa de infecção da unidade insere, para cada paciente, o tipo de precaução prescrita, como forma de apoiar e incentivar as medidas apropriadas no cotidiano do trabalho.

O hospital universitário da UFSC adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desde os anos 1980, em que são realizadas três fases do processo de enfermagem e registradas no prontuário eletrônico. A realização diária da SAE contribui para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, nesse sentido, o PRAXIS contribui, pois mostra no painel eletrônico a situação da SAE de cada paciente, se realizada no dia ou não, sendo este um fator incentivador para a realização e para a valorização da metodologia da assistência. A taxa de cobertura da SAE poderia ser mais elevada se as evoluções de admissão e alta fossem realizadas no sistema eletrônico. Neste caso, no mês de abril, subiria para 71,49%.

A taxa de realização de exames e procedimentos fora da unidade foi um indicador criado pelo PRAXIS devido ao fato de que, em geral, precisam de preparo, orientação específica e jejum e, muitas vezes, são suspensos trazendo desconfortos, prejuízos aos pacientes e prováveis perdas financeiras. A prevenção destas suspensões faz-se necessária para a melhoria do atendimento ao usuário internado. Além disso, representam uma carga de trabalho da enfermagem com pouca visibilidade. O volume destas atividades no mês de abril de 2013 foi de 116 exames, com uma taxa de realização de 86,21 %, sendo que o relatório do PRAXIS mostra que os principais motivos de não realização foram: a pedido do médico assistente, paciente dirigiu-se ao serviço e o exame não foi realizado, falha de comunicação e paciente recusou o exame. A visualização e comunicação permanente e instantânea da agenda de exames ou procedimentos externos de cada paciente, no painel eletrônico, constitui-se em fator facilitador da realização dos mesmos.

Em relação à questão da qualidade em saúde e enfermagem, cabe

ainda registrar a importância de considerar as particularidades da área. A qualidade implica a noção de avaliação e um julgamento se o serviço ou bem está cumprindo com aquilo a que se destinou originalmente. Envolve tomada de decisões, estabelecimento de critérios e subjetividade. No caso da saúde deve incluir os usuários, profissionais de saúde e gestores, bem como considerar os agentes reguladores e financiadores (MALIK, 2010).

A enfermagem, pelo fato de estar e cuidar do usuário de forma permanente e contínua, tem um papel determinante na qualidade da assistência hospitalar. Estudos mostram evidências de uma correlação direta entre quantidade e qualidade do pessoal de enfermagem com a melhoria do atendimento ao usuário (JOINT COMMISSION RESSOURCES, 2008).

Pesquisa realizada com 61.168 enfermeiras e 131.318 pacientes de 12 países da Europa e Estados Unidos, identificou uma correlação direta entre o ambiente de trabalho e a relação enfermeiras por paciente com a qualidade da atenção hospitalar (AIKEN et al., 2012).

A aplicação sistemática de gestão da qualidade em saúde e enfermagem é um desafio pela sua complexidade, mas uma exigência contemporânea para o oferecimento de bons serviços aos usuários e atendimento da valorização do papel da saúde na sociedade atual. Os processos assistenciais e administrativos de enfermagem, de grande importância nos resultados dos serviços de saúde, precisam de avaliação, inclusive, para uma maior valorização e visibilidade da relevância social da profissão.

O GQUALI do PRAXIS combina a percepção dos usuários com a assistência recebida e medidas técnicas e organizacionais para cuidados seguros. Os resultados e indicadores ficam disponibilizados no painel eletrônico da unidade para uma interação constante com os profissionais atuantes na mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como foco os primeiros resultados dos aspectos de planejamento e qualidade assistencial na tecnologia PRAXIS de gestão de unidades de internação. A mudança positiva no padrão de gestão de unidades de internação é um processo de médio e longo prazo. Na situação atual, em geral, a gestão de unidades de internação não utiliza recursos e instrumentos de administração desejáveis e necessários de forma permanente e sistemática. Entre estes

recursos, pode-se destacar o planejamento e indicadores da qualidade assistencial.

A aplicação do PRAXIS em uma unidade de internação já demonstra a preocupação e envolvimento efetivo dos profissionais de enfermagem em adotar estas ferramentas e buscar uma melhoria do desempenho da unidade como um todo.

Faz-se necessário reconhecer que o sucesso de uma mudança positiva na gestão da unidade de internação que adotou o PRAXIS ainda precisa ser confirmado com o tempo e a consolidação da sua execução. Mas, a aceitação inicial é muito animadora. O dispositivo do painel eletrônico no posto de enfermagem com informações em tempo real e sobre o trabalho e o desempenho da unidade parece constituir-se num achado extraordinário de motivação e incentivo à manutenção dos esforços de gestão, inclusive, mobilizando o interesse dos demais profissionais de saúde que atuam na unidade. É importante ressaltar o papel da enfermeira coordenadora da unidade no sucesso desta iniciativa inovadora. A liderança dela no processo como um todo é fundamental para o alcance de ganhos efetivos e duradouros. Manter o sistema atualizado e ativo, produzir os relatórios com os resultados, exercer a comunicação interpessoal permanente e, principalmente, realizar reuniões participativas regulares com a equipe para compartilhar o desempenho e promover os ajustes e atualizações necessárias. Daí, a importância da criação e funcionamento regular do Colegiado Gestor da Unidade. Com isto, a prática sistemática do planejamento participativo e da excelência da assistência de enfermagem indicam um caminho para outra cultura de trabalho nas unidades de internação.

Cabe destacar que o PPU já produziu um impacto relevante no âmbito da Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC ao tornar-se a metodologia de planejamento que está sendo adotada em outras unidades.

O planejamento e a preocupação com a qualidade assistencial são instrumentos complexos e desafiantes que o sistema PRAXIS disponibiliza como uma possibilidade de mudanças estruturais na gestão de unidades de internação.

REFERÊNCIAS

AIKEN, Linda H et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, London, 344, 1717,

2012.

ANDRADE, Rui Otávio Bernardes de; AMBONI, Nério. **Estratégias de gestão: processos e funções do administrador**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BERNARDES, Andrea et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Rev. Latinoam enferm.** v. 20, n. 6. 10 telas, nov/dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 70p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. Brasília: GGES/Anvisa, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. **Consulta Leitos**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 02 abr. 2013. Seção I, p. 43. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=02/04/2013&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=120>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, jul/set. 2000.

COELHO, Celso Dias. **A gestão em saúde e as ferramentas gerenciais**: a experiência com o SISPLAN do Instituto Nacional do Câncer. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 287p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).

Enfermagem em dados – 2012. Disponível em:

<<http://novo.portalcofen.gov.br/planejamento-estrategico-2>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). **Pesquisa CNI – IBOPE**: retratos da sociedade brasileira: segurança pública. Brasília: CNI, 2011.

ENGLAND. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement. **Rapid Impact Assessment of The Productive Ward**: Releasing time to care. England, Executive Summary, 2011.

GALLO, Eduardo. **Gestão pública e inovação**: tecnologias de gestão e a reinvenção do cotidiano organizacional. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. 286p.

GELBCKE, Francine Lima et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 515-520, jul/set. 2006.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos**. Rio de Janeiro: Medbook, 2012. 352p.
JOINT COMMISSION RESSOURCES. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 182p.

LIKER, Jeffrey K.; FRANZ, James K. **O modelo Toyota de melhoria contínua**. Porto Alegre: Bookman, 2013. 482p.

LIMA, Juliano de Carvalho; FAVERET, Ana Cecília; GRABOIS, Victor. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 631-641, mar. 2006.

MALIK, Ana Maria. Qualidade e Avaliação nos Serviços de Saúde. In: D'INNOCENZO, Maria. (Org.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde** 2. ed. v. I. São Paulo: Martinari, 2010. p. 21-36.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo**. Recife: Litteris, 1989. 204p.

OSMO, André Alexandre. Processo gerencial. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2011. p.132.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde**

Pública, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PAIVA, Sônia Maria Alves de; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Rev. Latinoam enferm.**, v. 15, n. 5, set/out. 2007.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 312p.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Lisboa, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

TEIXEIRA, Hélio Janny; SALOMÃO, Sérgio Mattoso; TEIXEIRA, Clodine Janny. **Fundamentos da administração: a busca do essencial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 351 p.

TOUSSAINT, John; GERARD, Roger A. **Uma transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**. Tradução de Raul Rübenich. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

6.3 ARTIGO 3 – TECNOLOGIA “PRAXIS”: GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DE PESSOAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

TECNOLOGIA “PRAXIS”: GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DE PESSOAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

Jorge Lorenzetti
Francine Lima Gelbcke

RESUMO

Pesquisa tipo quase experimental utilizada para a produção de uma tecnologia de gestão de unidades de internação denominada PRAXIS. Resultou em um sistema informatizado desenvolvido em parceria com o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, está em funcionamento em uma unidade clínica do referido hospital e foi registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). Este artigo tem por objetivo analisar os resultados da aplicação da tecnologia, em relação aos aspectos de gestão da assistência e de pessoas contidos no aplicativo PRAXIS. Destaca-se nos aspectos de gestão da assistência a aplicação do Sistema Diário de Classificação dos Pacientes (SDCP), que no mês de abril de 2013, apresentou os seguintes resultados: média diária de 9,77 pacientes com cuidados mínimos, 5,11 intermediários, 6,18 de alta dependência e 0,41 semi intensivo, para uma média diária de 21,47 pacientes nos 25 leitos disponíveis na unidade. No componente de Gestão de Pessoas da equipe de enfermagem da unidade (GPEN), evidencia-se a informatização da escala mensal de trabalho da unidade e o dimensionamento da equipe de enfermagem que mostrou, para o mesmo mês de abril de 2013, uma carga média diária de trabalho de enfermagem na unidade de 143,74 horas. Esta carga média diária exigiria a lotação de uma equipe com 12 enfermeiras e 35 técnicos ou auxiliares de enfermagem, sendo que a existente é de 07 enfermeiras e 25 técnicos ou auxiliares. A distribuição dos pacientes da unidade está reproduzida em um painel eletrônico (TV) instalado no posto de enfermagem e a situação de todos em relação ao grau de cuidados requeridos está demonstrada, de forma permanente e atualizada, por cores nos ícones dos respectivos leitos, juntamente com outros aspectos assistenciais, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), exames externos e tipo de precaução de infecção hospitalar.

Conclui-se que a própria enfermagem não tem conseguido sistematizar a complexidade e relevância da sua atuação de gestão nas unidades de internação e, que esta tecnologia pode contribuir para a melhoria e valorização destes espaços tão importantes na atenção à saúde da população.

INTRODUÇÃO

A garantia de serviços de saúde universais com acesso ao atendimento de todas as necessidades, promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, exige financiamento suficiente e gestão adequada do sistema de saúde. A construção e operação de sistemas integrados de saúde, onde os diversos serviços necessários funcionam de forma sinérgica, com cada um cumprindo bem o seu papel e interagindo adequadamente com os demais, constitui-se em um desafio grandioso e obrigatório da gestão em saúde. Daí, a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sua consolidação para assegurar a prática dos seus princípios para todos os brasileiros.

Os aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde são evidenciados pelo isolamento e incomunicabilidade dos serviços, a não responsabilização pela população adstrita e desarticulação entre os níveis de atenção e serviços de apoio. Esta fragmentação leva à incapacidade de continuidade no atendimento à população, tornando-a reativa e episódica (OPAS, 2010).

Até recentemente, a gestão em saúde esteve focada no fornecimento de recursos para o trabalho dos profissionais. Na cultura hospitalocêntrica buscava-se garantir leitos, salas de cirurgia, apoio diagnóstico, pessoal de apoio e equipamentos e materiais, deixando a assistência em si sob a responsabilidade e autonomia dos profissionais de saúde, em especial, dos médicos. A pressão dos custos, a necessidade de integração dos serviços, resolutividade, expectativa de qualidade pela população e exigências legais, entre outros, levou a gestão em saúde a incorporar, de forma institucional, os processos assistenciais. A gestão passa a assumir a governança do conjunto dos aspectos da atenção à saúde (BOHMER, 2012). No contexto deste movimento é que avançam tecnologias para operação de redes, as iniciativas de acreditação/certificação dos serviços de saúde, aplicação institucional de protocolos e diretrizes assistenciais e itinerários terapêuticos ou redes de cuidados, bem como, a introdução de indicadores de qualidade para os serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Assim, a gestão passa a incorporar os processos assistenciais como atribuição organizacional e para tanto, utiliza-se dos conhecimentos oriundos da saúde baseada em evidências, entre outros, para atualização permanente das diretrizes terapêuticas e das práticas de gestão industrial para reorganizar itinerários e rever práticas gerenciais, na ótica do alcance de eficácia, qualidade e eficiência (BOHMER, 2012; TOUSSAINT; GERARD, 2012). Agrega-se a isto o incentivo para a cooperação interprofissional, trabalho em equipe e interdisciplinar, ferramentas da gestão participativa, bem como a abordagem integral e humanizada do usuário (BRASIL, 2010). A hospitalização passa a ser indicada para o manejo de eventos agudos e críticos que exigem densidade tecnológica própria de hospital. A atenção básica e pré hospitalar é valorizada e a pessoa, potencial usuário, estimulada para práticas saudáveis de vida e considerada como sujeito com direito a acesso a informações sobre sua saúde e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

Diversas análises e diagnósticos realizados no Brasil apontam para relevantes fragilidades no processo de gestão no setor saúde no país. As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da existência de inúmeros estabelecimentos com grande fragilidade gerencial, longe de atenderem às exigências de uma atenção hospitalar resolutiva, adequada e eficaz. “No que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe” (BRASIL, 2004, p. 47). A OMS estima que 20% a 40% do gasto total em saúde são desperdiçados por diversas formas de ineficiência (WHO, 2010).

Pesquisa com gestores das esferas do SUS e de hospitais que aparecem com destaque no Brasil revelou um consenso de que a gestão na saúde pode ser colocada no topo dos problemas e a sua transformação um desafio prioritário (LORENZETTI et al., 2012). As principais fragilidades apontadas foram o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e de novos processos de organização do trabalho e de gestão. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais que gera descontinuidade e permanentes recomeços, assim como desmotivação dos profissionais e trabalhadores. A superação destas fragilidades passa por um esforço nacional intenso e

permanente na capacitação e/ou profissionalização da gestão em saúde. Foram citadas também, a necessidade de uma forte modernização através do uso de tecnologias eletrônicas de comunicação e informação, bem como, a redução da instabilidade e rotatividade dos gestores na área pública, decorrente das implicações político partidárias, consolidando-se o setor saúde como uma política de estado, com financiamento estável e gestão profissionalizada (LORENZETTI et al., 2012).

As unidades de internação são locais de destaque no âmbito dos cuidados diretos aos usuários da atenção hospitalar. Constitui-se no ambiente, onde usuários e profissionais de saúde se encontram para buscar cumprir a missão do hospital, enquanto uma unidade de saúde integrada na rede dos demais serviços. O papel determinante da enfermagem no conjunto do trabalho desenvolvido nas unidades de internação e a relevância desses espaços no atendimento de saúde à população alavancaram o desafio da construção de uma tecnologia que pudesse integrar processos assistenciais e administrativos nestes importantes espaços assistenciais, na perspectiva do alcance de um padrão avançado de gestão dos mesmos. As unidades de internação são dirigidas por enfermeiras⁴.

A partir disto, desenvolveu-se a tecnologia denominada de PRAXIS, pela intenção de junção entre teoria e prática na atuação da enfermagem nas unidades de internação. O horizonte orientador foi a busca de um instrumento inovador de gestão para as unidades de internação, tendo como referência uma assistência de enfermagem com abordagem integral, humanizada e de qualidade. Produziu-se um sistema informatizado, *software*, de gestão de unidades de internação, fundamentado numa concepção de gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica, na perspectiva de constituir-se em um instrumento que contribua para facilitar a coordenação do trabalho da enfermagem nestes espaços e ofereça dispositivos para a melhoria dos cuidados aos usuários.

A tecnologia PRAXIS, para o alcance de seus objetivos, abrange macro aspectos, tais como, Planejamento Participativo, Classificação dos Pacientes, Equipe de Enfermagem, Materiais, Qualidade Assistencial e uso de ferramenta de *Business Intelligence (BI)*, o *dashboard*, em Painel Eletrônico. O presente artigo tem por objetivo analisar os primeiros resultados da aplicação da tecnologia PRAXIS, em relação a dois relevantes aspectos: a gestão de processos assistenciais e a

⁴ Para referir-se aos enfermeiros e enfermeiras será utilizado sempre o feminino, em consideração à ampla maioria de mulheres na composição desta força de trabalho, sem com isto, ignorar a contribuição de ambos os gêneros para a profissão.

gestão da equipe de enfermagem em unidades de internação.

METODOLOGIA

A produção da tecnologia PRAXIS foi realizada em duas fases, ou seja, a de criação e montagem do *software* e a de aplicação prática em uma unidade de internação de um hospital universitário. A concepção metodológica foi a de pesquisa quase experimental.

Desenvolvimento do Software PRAXIS

A tecnologia PRAXIS foi desenvolvida em parceria com o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O processo para construção do sistema de gestão de unidades de internação PRAXIS envolveu o trabalho de uma equipe técnica por um período de 18 meses, outubro de 2011 a março de 2013. Esta equipe contou com a participação de um analista de sistemas, escolhido pelo pesquisador dois programadores e uma bolsista. Os programadores e a bolsista foram cedidos pelo HU/UFSC. O percurso de desenvolvimento do PRAXIS iniciou com reuniões para o pesquisador expor o projeto e definiu-se uma dinâmica em que as partes ou módulos do PRAXIS seriam descritas na forma detalhada de requerimentos de informática, pelo analista de sistemas, para que os programadores realizassem o processo de desenvolvimento. Para tanto, o pesquisador preparou um sumário descritivo das necessidades do PRAXIS. A produção parcial foi sendo avaliada e testada pelo analista de sistemas em conjunto com o pesquisador. Definições, ajustes e alterações foram encaminhados em reuniões do conjunto da equipe. O *software* foi desenvolvido para ambiente *web* podendo ser utilizado através dos navegadores *Internet Explorer*, *Mozilla Firefox* e *Google Chrome* em *desktops*, *notebooks* e *tablets*. A plataforma operacional, baseada em ferramentas livres, é composta pelo sistema operacional *Linux Debian*, gerenciador de aplicativo *Tomcat*, gerenciador de banco de dados *PostgreSQL*, linguagem de programação JAVA com utilização do *framework Jaguar* e serviços de controle de autenticação e autorização JAAS (*Java Authentication and Authorization Service*). Os recursos de *hardware* onde o *software* está instalado fazem parte da infraestrutura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

O PRAXIS desenvolvido é uma versão inicial (1.0), estando previstas novas versões e adaptações para outras realidades em que o

mesmo possa ser aplicado. O registro do PRAXIS foi encaminhado e no dia 01 de novembro de 2012 o Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) aceitou o pedido com o protocolo nº 017120001370.

Experimentação do PRAXIS

A partir de uma preparação e capacitação da equipe de enfermagem, bem como, da instalação de toda a infra estrutura tecnológica, o *software* foi implantado em uma unidade de internação clínica do HU/UFSC e os resultados aqui apresentados e analisados foram coletados no mês de abril de 2013. O PRAXIS continua em funcionamento na referida unidade de internação.

Gestão da Assistência de Enfermagem no PRAXIS

Os processos assistenciais contemplados no PRAXIS são: classificação diária dos pacientes para identificação do grau de cuidado necessário e subsídio para a organização e dimensionamento da equipe, informação e monitoração da realização diária da SAE, informação e monitoração dos exames externos e informação sobre isolamento e precauções de infecção hospitalar. Todas estas informações estão disponíveis em tempo real no painel eletrônico (*dashboard*) do posto de enfermagem para visualização e atuação da equipe assistencial e o PRAXIS disponibiliza relatórios a qualquer tempo para o gerenciamento destes processos.

Sistema Diário de Classificação dos Pacientes – SDCP

O PRAXIS permite a realização da classificação dos pacientes utilizando o instrumento de Fugulin et al. (2002, 2005), que analisa a situação do paciente tendo como referência nove (9) áreas de cuidados: Estado Mental, Oxigenação, Sinais Vitais, Motilidade, Deambulação, Alimentação, Cuidado Corporal, Eliminação e Terapêutica. Em cada uma destas áreas de cuidados há uma gradação em quatro níveis (1 a 4), correspondente à intensidade crescente da necessidade assistencial. A soma dos valores parciais forma o score que indica a categoria em que o paciente foi classificado, da seguinte forma: De 09 a 14 pontos para cuidados Mínimos, de 15 a 20 Cuidados Intermediários, de 21 a 26 Cuidados de Alta Dependência, de 27 a 31 Cuidados Semi Intensivos e acima de 31 pontos Cuidados Intensivos. No PRAXIS, a enfermeira responsável pela classificação é solicitada a avaliar se a classificação indicada de fato corresponde à definição da categoria, podendo assim, confirmar ou refazer a classificação, seguindo o indicado em estudo feito por Tsukamoto (2010). O sistema incorporou, também, a conduta

adotada pela referida autora de que determinadas alterações nas áreas de cuidado relativas ao Estado Mental e Oxigenação do paciente são compulsórias para a classificação na categoria de Alta Dependência e Intensivo. Quando o Estado Mental indicar a necessidade de vigilância constante por parte da enfermagem a classificação será compulsória para Alta Dependência. E, quando o paciente estiver com suporte de ventilação mecânica a classificação será compulsória para Alta Dependência, em caso de ausência de possibilidades terapêuticas e, Cuidados Intensivos se tiver possibilidades terapêuticas (TSUKAMOTO, 2010). Assim, sempre que a enfermeira que estiver fazendo a classificação do paciente avaliar o estado mental como grau 2, ou seja, períodos de desorientação no tempo e no espaço (confuso e risco de suicídio p. ex.) o PRAXIS alertará a enfermeira de que este paciente está indicado para classificação compulsória em Alta Dependência de Enfermagem. Da mesma forma, os pacientes em que a oxigenação exige ventilação mecânica, grau 04, indicará a classificação para Alta Dependência em caso de pacientes em cuidados paliativos ou Intensivo em caso de pacientes com possibilidades terapêuticas. Nestes casos, o PRAXIS abrirá uma janela e perguntará se o paciente está em cuidados paliativos, se positivo indicará a classificação para Alta Dependência, se negativo, indicará para Cuidados Intensivos. As enfermeiras da unidade realizam a classificação diária dos pacientes utilizando dispositivos eletrônicos, o computador ou *tablet*, sendo que o *tablet* pode ser usado a beira do leito. O formulário é preenchido eletronicamente e o PRAXIS processa a classificação sendo que o resultado é lançado no painel eletrônico do posto de enfermagem. O Painel eletrônico reproduz a distribuição dos pacientes da unidade e os mesmos são identificados, assim como os leitos aparecem coloridos de acordo com a seguinte classificação: vermelho para intensivo e semi intensivo, amarelo para alta dependência, azul para intermediário e verde para mínimo.

Realização diária da sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

O PRAXIS incorpora uma sistemática de incentivo e monitoramento da realização diária da SAE. Há um ícone específico da SAE em cada leito da unidade no painel eletrônico e sempre a meia noite os ícones são coloridos de vermelho  e para cada SAE realizada, no sistema específico do HU, o PRAXIS importa esta

informação e muda a coloração da SAE naquele leito para amarelo 😊. Em qualquer período a enfermeira coordenadora da unidade pode acessar um relatório que registra as SAE não realizadas. A informação colorida no painel da unidade auxilia os profissionais a visualizarem os leitos sob sua responsabilidade e a situação da SAE.

Apoio diagnóstico e terapêutico externo - ADTE

O PRAXIS incorpora uma sistemática de informação e monitoramento da realização de exames e procedimentos, em geral mais complexos, que ocorrem fora da unidade ou do hospital. Quando o paciente tem agendado este tipo de exame a enfermeira coordenadora da unidade ou seu assistente administrativo lança no PRAXIS as informações através do módulo **ADTE**. O respectivo exame ou procedimento passa a aparecer no painel eletrônico, instalado no posto de enfermagem, com a identificação do exame e o tipo de dieta ou jejum a ser orientado. Há um ícone específico para o ADTE que aparece como

negativo 🖐️ antes do exame e positivo 👍 após a sua realização. Quando os exames são cancelados ou suspensos a enfermeira coordenadora é convidada a fazer um registro do motivo para que estes casos apareçam nos relatórios e possam ser evitados no futuro, tornando-se um indicador de qualidade assistencial. A informação colorida no painel da unidade auxilia os profissionais a visualizarem os leitos sob sua responsabilidade e incentiva os cuidados necessários aos exames.

Precauções de infecção hospitalar

O PRAXIS possui um ícone específico, denominado de precaução no painel eletrônico para todos os pacientes internados. De acordo com a situação do paciente a enfermeira lança no PRAXIS e o ícone recebe a coloração correspondente: amarelo para precaução padrão 🦠, laranja contato 🦠, azul respiratória 🦠 e verde imunossuprimido ou de isolamento protetor 🦠.

Gestão da Equipe de Enfermagem no PRAXIS - GPEN

O módulo GPEN do PRAXIS está focado na facilitação da elaboração e gestão da escala mensal de trabalho da equipe da unidade, na escala de distribuição diária dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem pelos pacientes internados tendo como referência o SDCP,

nas atividades de educação permanente e a avaliação de desempenho dos membros da equipe de trabalho da unidade.

O PRAXIS contém a informatização da escala mensal de trabalho da equipe da unidade e sua execução, permitindo um relatório mensal da sua realização, individualizando as ocorrências, bem como, o total de horas disponíveis/mês de enfermeiras, técnicos e auxiliares e o total de horas efetivamente realizadas. Os profissionais técnicos e auxiliares têm sua distribuição diária de pacientes visualizada no painel eletrônico. A agenda de atividades de educação permanente está organizada e o aproveitamento da participação (declaração a ser apresentada pelo participante) é registrado nos respectivos instrumentos de avaliação de desempenho dos profissionais. O PRAXIS possui uma biblioteca para temas atuais e aspectos de interesse do trabalho da enfermagem na unidade. Os instrumentos de avaliação de desempenho individual foram incorporados e as avaliações estão registradas. Há uma lista de e-mails de toda a equipe para a comunicação eletrônica. Aniversários das pessoas da equipe, atividades de educação permanente e datas comemorativas ou eventos de interesse são destacadas no painel eletrônico do PRAXIS na unidade. A partir dos dados do SDCP e da escala mensal informatizada é possível uma análise consistente da adequação da equipe de enfermagem da unidade, tanto em termos quantitativos quanto do nível de qualificação necessários. A escala mensal de trabalho informatizada está disponível para consulta pela equipe de enfermagem no painel eletrônico através de um ícone de abertura da mesma.

Colegiado Gestor da Unidade (COGEU)

A avaliação do desempenho da unidade é realizada por um Colegiado Gestor da Unidade, através de reuniões periódicas. Este Colegiado Gestor é presidido pela enfermeira coordenadora da unidade e composto pelas oito enfermeiras líderes dos planos das questões prioritárias do Planejamento Participativo da Unidade (PPU) e três representantes dos técnicos e auxiliares de enfermagem e, assessorado pesquisador e uma bolsista.

Aspectos Éticos

A proposta deste estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e teve sua aprovação confirmada pelo Certificado nº 2401.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação Diária dos Pacientes

Coerente com o propósito do PRAXIS, de integrar processos assistenciais e administrativos de unidades de internação em um suporte informatizado e que incorpora inovação tecnológica relevante, a gestão da assistência de enfermagem constituiu-se em componente específico importante e articulado com os demais. O módulo que concentra aspectos de gestão da assistência de enfermagem em unidades de internação foi denominado de Sistema Diário de Classificação dos Pacientes – SDCP.

O SDCP na unidade de internação do HU/UFSC começou a ser realizado em janeiro de 2013 e em abril deste ano, com o PRAXIS já operando de forma consistente, informou a seguinte distribuição dos pacientes, por graus de cuidados:

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes por graus de cuidados. Abril de 2013.

Grau de Cuidado	SDCPs realizados	Distribuição Percentual dos Pacientes	Média Diária de Pacientes	Leitos da Unidade
Mínimo	282	45,42	9,77	25
Intermediário	148	23,83	5,11	25
Alta Dependência	179	28,82	6,18	25
Semi intensivo	12	1,93	0,41	25
Intensivo	00	00	00	25
Total	621	100,00	21,47	25

A distribuição dos pacientes da unidade nas categorias de cuidados requeridos está com um perfil semelhante ao encontrado nos estudos de Fugulin (2005, 2010) para uma unidade de clínica médica de um hospital universitário: 45,9 e 45,79% para pacientes de cuidados mínimos, 24,8% e 26,08% para cuidados intermediários e 29,2% e 25,79% para cuidados de alta dependência. Estes estudos chamam a atenção para a significativa incidência de pacientes com alta dependência da enfermagem em unidades clínicas de alta complexidade. Desta forma, a realidade das clínicas médicas aponta para a importância do grau de alta dependência, que está ausente na resolução 293/2004 do COFEN. O que sugere a necessidade de revisão da mesma, como bem apontado por Fugulin (2010).

Cuidados de enfermagem adequados, seguros e de qualidade exigem uma organização do trabalho em que a centralidade seja o usuário. A gestão da assistência deve propiciar mecanismos, práticas e dispositivos que favoreçam e facilitem uma assistência de enfermagem focada no usuário, no sentido individual e coletivo. O desenvolvimento da metodologia de classificação dos pacientes cumpre um papel de destaque nesta perspectiva, pois permite que a assistência de enfermagem seja orientada pelas necessidades de cuidados requeridos pelo paciente com agravo à sua saúde.

O Sistema de Classificação dos Pacientes (SCP) é um sistema que possibilita a identificação e classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidados que expressam os esforços necessários de atendimento de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

O SDCP sistemático e diário é um recurso valioso para a gestão da assistência por disponibilizar, permanentemente, um quadro da estimativa de necessidades de cuidados de enfermagem para cada paciente e por constituir-se em indicador básico para o planejamento e provimento dos profissionais de enfermagem necessários em determinada realidade de atenção à saúde. O SDCP disponibiliza uma importante referência permanente para a organização diária da assistência de enfermagem (foco no usuário) e indicação para todos os profissionais que atuam na unidade, especialmente, devido ao dispositivo inovador do PRAXIS do uso de um painel eletrônico, que permite uma visualização e comunicação instantânea da situação do grau de cuidados requeridos por cada paciente internado. Além disso, o PRAXIS terá um registro de todas as classificações, o que permitirá um histórico da unidade ao longo do tempo, possibilitando uma ferramenta essencial para o planejamento das necessidades de pessoal de enfermagem e gestão da dinâmica de funcionamento da unidade.

Estes dados permitiram uma análise preliminar do quantitativo e qualitativo da equipe de enfermagem da unidade, que está retratada no aspecto de gestão da equipe de enfermagem.

Realização Diária da SAE

No mês de abril de 2013 o relatório de realização diária da SAE na unidade de clínica médica, fornecido pelo PRAXIS, registrou uma cobertura de 51,49% dos pacientes.

A enfermagem do hospital universitário em que o PRAXIS está operando já adota a sistemática da SAE desde os anos 1980, atualmente,

institucionalizada em três fases do processo preconizado por Wanda Horta, histórico, prescrição e evolução, registradas no prontuário eletrônico (HORTA, 1979). A SAE atende uma resolução específica do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009). Na verdade, a taxa de realização da SAE na unidade poderia ser mais elevada do que o resultado apresentado porque o PRAXIS capta, automaticamente, este dado no momento em que as enfermeiras assistenciais realizam as evoluções diárias, o que normalmente não acontece no dia da admissão e no dia da alta dos pacientes. Assim, estes dias são captados pelo PRAXIS como não realizadas. Excluindo-se os dias das admissões e altas temos um acréscimo de 20%. A equipe da unidade já está sensibilizada para a realização, no prontuário eletrônico do HU, dos registros de admissão e alta.

À medida que o cuidado das pessoas vai se afirmando como objeto epistemológico da enfermagem e torna-se foco especial da produção de conhecimentos para a profissão, isto repercute na prática com os esforços de uma maior autonomia na assistência, representada pela organização e implantação dos processos assistenciais de enfermagem, também conhecidos como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE constitui-se em um instrumento do trabalho profissional da enfermagem que possui uma forte dimensão de gestão porque implica uma organização da assistência que adota uma metodologia baseada nas referências de planejamento, execução e avaliação. É uma ferramenta importante de reorientação da prática para a perspectiva usuário centrada, quando aplicada de forma a não ser apenas mais uma rotina. A SAE substantiva, completa e com registro integral no prontuário do paciente, eletrônico ou não, ainda é uma prática amplamente minoritária nos serviços de saúde do Brasil, mas consiste em importante instrumento para a afirmação profissional e seu compromisso com as necessidades de saúde da população (GARCIA; CUBAS, 2012).

O PRAXIS, ao disponibilizar informação colorida e atualizada no painel eletrônico da unidade, auxilia os profissionais a visualizarem a situação da SAE nos leitos sob sua responsabilidade e estimula a realização da mesma.

Realização de Exames e Procedimentos Externos

O relatório do PRAXIS sobre a situação dos exames externos na unidade apresentou que foram previstos 116 exames e destes 100 (86,2%) foram realizados, no mês de abril de 2013. As causas das não realizações mais frequentes foram: a pedido do médico assistente, erro

de comunicação, paciente compareceu ao serviço, mas não foi atendido e, paciente recusou a realização.

Os exames mais complexos que, geralmente são realizados fora da unidade ou mesmo fora do hospital, exigem um preparo adequado do paciente e a sua não realização acarreta prejuízos variados aos mesmos, além de ineficiência na gestão assistencial. O registro e análise deste processo assistencial permitem um esforço permanente no sentido da prevenção de cancelamento dos mesmos. Além disso, a disponibilização prévia da agenda destes procedimentos no painel eletrônico auxilia no devido preparo e fornece uma comunicação instantânea desta necessidade.

Precauções de Infecção Hospitalar

No mês de abril de 2013 os pacientes internados na clínica médica apresentaram a seguinte distribuição de necessidades de precaução de infecção hospitalar:

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de precaução de infecção. Abril de 2013.

Tipo de Precaução	Percentual de Pacientes	Média Diária de Pacientes
Padrão	57,82	13,13
Contato	16,77	03,81
Respiratória	0,79	00,18
Isolamento Protetor	24,62	05,59
Total	100,00%	22,71 Pacientes

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE, 2013.

A segurança dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde exige a observância de padrões de isolamento e precauções de infecção hospitalar. A incidência de infecções hospitalares na unidade, muitas por bactérias multi resistentes, reforça a importância deste dispositivo do PRAXIS que informa as necessidades de precaução de forma permanente e instantânea para todos da unidade. Destaca-se ainda, neste caso, que 36% dos leitos da unidade são destinados para pacientes da área onco hematológica, com uso frequente de terapias imunossupressoras que exigem cuidados rigorosos de precaução protetora. A tabela de distribuição dos pacientes por tipo de precaução demonstrou esta realidade.

Gestão da Equipe de Enfermagem da Unidade

Dimensionamento da Equipe

As informações de um mês, abril de 2013, fornecidas pelo PRAXIS, permitiram a análise do dimensionamento da equipe de enfermagem da unidade. A resolução do Cofen sobre dimensionamento é de grande importância e um marco para o cálculo de estimativas das necessidades de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais. Porém, neste estudo, utilizou-se as orientações e passos propostos por Fugulin e Gaidzinski (2011), descritos a seguir. Estes passos e orientações adotam a resolução 293 do Cofen, porém, acrescentam outras variáveis como, por exemplo, a categoria de cuidado de alta dependência, de grande relevância em unidades clínicas como a que está em experimentação o *software* PRAXIS.

1 – Carga média de trabalho da unidade. Com os dados do mês do SDCP e as horas requeridas para cada grau de cuidado, chegou-se ao seguinte resultado para a carga de trabalho de enfermagem da unidade: 9,77 pacientes com cuidados mínimos vezes 3,8 horas de enfermagem; somado a 5,11 pacientes com cuidados intermediários vezes 5,6 horas, somado a 6,18 pacientes com cuidados de alta dependência vezes 12,0 horas e somado a 0,41 pacientes com cuidados semi intensivos vezes 9,4 horas. Assim, temos uma carga média diária de 143,74 horas requeridas de enfermagem, em abril de 2013.

2 – Tempo efetivo de trabalho. Para verificar o tempo efetivo de trabalho adotou-se o percentual de 85% do tempo disponível da jornada dos profissionais para exercício das atividades relacionadas ao trabalho e 15% para as atividades relacionadas às necessidades pessoais, tais como, pausas, alimentação e necessidades fisiológicas. Assim, com uma jornada de 6 horas diárias o tempo efetivo de trabalho considerado para cada profissional foi de 5,1 horas.

3 - Quantitativo de profissionais de enfermagem necessários por dia. Para a obtenção deste quantitativo dividiu-se a carga média diária de trabalho pelas horas de trabalho diário efetivo. Assim, dividindo-se 143,74 por 5,1 temos uma necessidade diária de 28,18 profissionais de enfermagem na unidade em foco.

4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem. Pelas características da unidade adotou-se o critério de 25% de enfermeiros e 75% de técnicos e auxiliares de enfermagem. Desta forma, temos que a unidade comportaria 7 enfermeiros e 21 técnicos e auxiliares de enfermagem.

5 – Índice de segurança técnica (IST). Refere-se ao acréscimo de pessoal necessário para a cobertura de ausências previstas, folgas, férias e feriados e, as não previstas, faltas, licenças e absentismo em geral.

Conforme a referência adotada nestes passos, optou-se pelo IST de 65%, recomendado para situações com jornada de trabalho de 30 horas semanais. Assim, a unidade necessitaria de uma equipe de 47 profissionais de enfermagem, sendo 12 enfermeiros e 35 técnicos e auxiliares de enfermagem.

Considerando que a unidade possuía, na sua escala de trabalho para o mês de abril, 7 enfermeiras assistenciais e 25 técnicos e auxiliares de enfermagem, conclui-se que a unidade em foco estava com um déficit presumido de 5 enfermeiros e 10 técnicos e auxiliares de enfermagem. A enfermeira gestora da unidade não foi incluída no cálculo, tendo-se computado apenas os profissionais assistenciais. Das 143,74 horas dia requeridas de enfermagem, foram disponibilizadas 81,6 horas de segunda a sexta feira e 71,4 horas nos sábados e domingos. Assim, a diferença de 32 profissionais assistenciais existentes para os 47 necessários a diferença é de 32%, enquanto a diferença entre horas requeridas e disponibilizadas é de mais de 45%.

Em relação à distribuição dos profissionais nas categorias de enfermeiras e técnicos e auxiliares de enfermagem, na unidade e no mês estudado, os resultados corroboram com os achados e conclusões de Fugulin (2010). No quadro atual da unidade encontramos um percentual de 22% de enfermeiras, dentro da recomendação para a realidade brasileira atual, de 20 a 25%, indicada para o grupo de cuidados mínimos, intermediários e de alta dependência (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011). Porém, confirmando uma realidade muito abaixo da estipulada na resolução 293 do Cofen, que prevê para cuidados mínimos e intermediários, um intervalo de 33 a 37% de enfermeiras. Em geral, encontra-se menos horas de enfermeiras do que seria desejável para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, o que se constitui em importante “desafio para a enfermagem brasileira” (FUGULIN, 2010).

Temos na unidade a quantia de 0,28 enfermeiros por leito e 1 técnico ou auxiliar de enfermagem por leito. Em 40 hospitais considerados de ponta no Brasil, registra-se a existência, em 2011, de 0,66 enfermeiros por leito e 2,25 técnicos e auxiliares de enfermagem. Não se trata de fazer uma comparação direta, pois, no caso destes hospitais privados, refere-se ao total do pessoal de enfermagem da instituição e não aos diretamente assistenciais, mas significa uma referência para reflexão (ANAHP, 2012).

Outro aspecto a ser considerado e que merece uma reflexão mais aprofundada, pelo impacto no dimensionamento das equipes, é o

absenteísmo do pessoal de enfermagem, que no caso do hospital deste estudo está, de acordo com a Diretoria de Enfermagem, próximo de 17%. Este indicador da gestão de pessoas, nestes hospitais privados, é de uma taxa anual, em 2011, de 3%. (ANAHP, 2012). Outra realidade que pode ser colocada para análise e reflexão é do sistema de saúde público da Inglaterra (NHS), que tem como um dos seus objetivos a redução a taxa de absenteísmo de cerca de 6% para 4% anual. A enfermagem constitui-se no grupo profissional mais expressivo nos hospitais, em torno de 40% do total, portanto, força de trabalho de grande importância no resultado assistencial global. O absenteísmo elevado é um indicador importante das condições de trabalho, gerador de sobrecargas e desgastes para o conjunto das equipes, que por sua vez agrava ainda mais estas condições, criando um círculo vicioso perverso. A gestão de pessoas da enfermagem hospitalar deveria priorizar a satisfação e qualidade de vida no trabalho, na perspectiva de olhar o absenteísmo como consequência de uma situação que exige prevenção e cuidados estruturais (TODARO JÚNIOR, 2011).

A operação regular e permanente do PRAXIS em unidades de internação trará dados, ao longo do tempo, que permitirão uma indicação de dimensionamento de pessoal que responda às características das realidades concretas e aos objetivos de qualidade assistencial das instituições.

O dimensionamento da equipe de enfermagem constitui-se em preocupação destacada para os gestores da enfermagem, e com razão, pois os estudos mostram evidências de uma correlação direta entre quantidade e qualidade do pessoal de enfermagem e a melhoria do atendimento ao usuário (JOINT COMMISSION RESSOURCES, 2008; AIKEN et al., 2012).

Informatização da escala mensal de trabalho

As enfermeiras gestoras das unidades relatam a elaboração e gerenciamento da escala mensal de trabalho como uma das suas atividades complexas e difíceis. E que, canaliza diversos aspectos de liderança para a geração de um ambiente harmônico e colaborativo. O desenvolvimento, validação e uso regular de um sistema de escala eletrônica mensal para o trabalho da enfermagem em unidades de internação é um processo complexo e que poderia merecer uma dedicação exclusiva (RANGEL, 2010; ROSSETTI; CARQUI, 2009).

A informatização da escala mensal de trabalho da equipe da unidade pode ser um mecanismo que facilita e agiliza este desafio. Assim, o PRAXIS incluiu no seu componente GPEN a escala eletrônica,

que está em experimentação, e neste período, operada em paralelo com a prática manual vigente.

Escala diária de trabalho

O painel eletrônico (*dashboard*), dispositivo do PRAXIS para visualização e comunicação de processos da unidade mostra-se um recurso de valor para a melhoria do desempenho. Permite a visualização da situação do grau de cuidados de todos os pacientes internados, facilitando a distribuição diária do trabalho entre a equipe, com foco no usuário. A identificação nominal diária do profissional responsável pelos cuidados integrais para cada paciente, pode ser um recurso para promover a humanização, comunicação e valorização dos profissionais e usuários. No entanto, a equipe de enfermagem da unidade, na sua avaliação do PRAXIS, não deu destaque para este aspecto específico, o que sugere a espera de um tempo maior de experimentação para uma análise mais conclusiva.

Educação permanente

O PRAXIS estimula e valoriza o desenvolvimento de um programa contínuo de capacitação/educação permanente. Neste mesmo sentido, o PRAXIS, possibilita a organização de uma biblioteca virtual de textos, artigos e notícias de interesse da unidade. O conteúdo da biblioteca e outras comunicações podem ser disponibilizadas para a equipe, por meio eletrônico, através de dispositivo específico do PRAXIS. O pouco tempo de aplicação do sistema na unidade ainda não permitiu uma avaliação efetiva deste aspecto do GPEN, mas o fato de a capacitação ser uma questão prioritária no PPU prevê um processo positivo para esta função.

Avaliação de desempenho

A enfermagem da instituição onde o PRAXIS está sendo experimentado possui uma sistemática de avaliação anual do desempenho dos seus profissionais. Trata-se de uma medida importante da gestão de pessoas nas organizações. O PRAXIS informatizou os formulários de avaliação, permitindo um registro permanente, sempre disponível e onde o avaliador pode registrar todas as ocorrências, favoráveis ou desfavoráveis, no cotidiano, facilitando em muito o momento da avaliação em si. Durante este período de funcionamento do PRAXIS este recurso ainda não foi utilizado porque não houve avaliação de desempenho.

Datas e eventos

Datas e eventos de interesse da equipe e relacionadas à saúde e enfermagem aparecem diariamente no painel eletrônico, além dos nomes dos aniversariantes do mês, como mecanismo de integração, informação e valorização dos profissionais.

Em relação à gestão de pessoas, cabe ainda considerar, que as visões contemporâneas de Gestão/Administração avaliam as organizações em geral como sistemas vivos em que as pessoas são valorizadas como um capital capaz de fazer a diferença no mundo competitivo e globalizado de hoje. Ganha importância a noção de que as instituições/empresas devem ser capazes de aprender e gerar conhecimento contínuo. A subjetividade é reconhecida, a criatividade incentivada e o papel da liderança destacado. As pessoas deixam de ser recursos para serem talentos que devem ser desenvolvidos e mantidos para o sucesso de qualquer organização (MARIOTTI, 2010; CORTELLA, 2009; LASELVA; COSTA, 2011).

No PRAXIS, a gestão participativa é um dos princípios orientadores, referência de concepção de gestão e, coerente com isto, inclui a valorização das pessoas nesta visão contemporânea. Desta forma, a gestão da equipe de enfermagem da unidade busca superar o tradicional, incentivando a participação substantiva, a motivação, o enfrentamento negociado dos conflitos, o desenvolvimento técnico e pessoal e incluindo na agenda a melhoria permanente das condições de trabalho combinada com responsabilidade profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo retratou processos assistenciais e administrativos que o sistema PRAXIS integrou para a gestão de unidades de internação. A visualização no painel eletrônico da unidade, com informações relevantes sobre os pacientes e sobre a organização e atividades da equipe de enfermagem, mostrou-se um achado diferenciado para promover a melhoria do desempenho das unidades de internação.

A classificação diária dos pacientes para identificação e comunicação instantânea do grau de cuidados requeridos e os registros destes resultados para análise e subsídio ao dimensionamento da equipe, são processos estruturais que o PRAXIS permite manejar de forma integrada e permanente. Consiste em fonte de informação atualizada para a organização diária do trabalho e da equipe, além de suporte para a tomada de decisões fundamentadas sobre o adequado quadro dos

profissionais necessários para a assistência.

As enfermeiras gestoras das unidades de internação costumam relatar, com razão, de que o manejo das suas equipes e as respectivas escalas de trabalho são tarefas das mais difíceis na sua atuação. O exercício da liderança democrática combinada com a responsabilização por cuidados seguros e de qualidade e manutenção e promoção de um ambiente harmonioso e de satisfação no trabalho, espelha o maior e permanente desafio. Informações fidedignas e de conhecimento de todos sobre a realidade da unidade é um fator fundamental na busca deste patamar. Em geral, a impressão que se tem é que o ambiente nas unidades de internação está distante disso. O PRAXIS é uma ferramenta, um instrumento, que por si só, não irá superar esta situação. Porém, é um recurso que pode contribuir à medida que estimula a gestão participativa, organiza, armazena, processa e disponibiliza informações relevantes sobre o desenvolvimento e a articulação de processos assistenciais e administrativos nas unidades de internação.

A própria enfermagem não tem conseguido sistematizar a complexidade e relevância da sua atuação de gestão nas unidades de internação e, a partir disso, desenvolver iniciativas que demonstrem as dimensões destas necessidades e auxiliem na conquista das condições correspondentes para o reconhecimento e consolidação deste significativo papel na atenção à saúde da população. O PRAXIS espera ser uma destas iniciativas, na certeza de que somente cumprirá um papel positivo nesta perspectiva, se de fato for assumido pela enfermagem nas unidades de internação.

REFERÊNCIAS

AIKEN, Linda H et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, London, n. 344, p. 1717, 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. Observatório ANAHP. **Gestão de pessoas**. Desempenho Institucional. Ed. 04/2012. Disponível em: <www.anahp.com.br>. Acesso em: 06 mai. 2013.

BOHMER, Martin. **Arquitetura e planejamento na gestão da saúde**. Porto Alegre: Bookmann, 2012. 274 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especial à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 70p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CORTELLA, Mário Sérgio. **Qual é a tua obra?** Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 141p.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares:** análise da resolução Cofen n.º. 293/04. 2010. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem:** ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 214- 222.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan/fev. 2005.

GARCIA, Telma Ribeiro; CUBAS, Márcia Regina (Orgs.). **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem:** subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: Epu, 1979.

JOINT COMMISSION RESSOURCES. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem:** enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008. 182p.

LASELVA, Cláudia Regina; COSTA, Maria Luiza Monteiro. Retenção dos membros da equipe. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem:** ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 214- 222.

LORENZETTI, Jorge et al. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012 (Relatório de Pesquisa).

MARIOTTI, Humberto. **Pensando diferente: como lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão**. São Paulo: Atlas, 2010. 302p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

RANGEL, Alexandre Leite. **Avaliação de Software para a elaboração automática de escala de trabalho da enfermagem**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ROSSETTI, Ana Cristina; CARQUI, Lucio Mauro. Implantação de sistema informatizado para planejamento, gerenciamento e otimização das escalas de enfermagem **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, n.1, jan/fev, 2009.

TODARO JÚNIOR, Ary Antonio. O desafio do controle do absentismo médico da enfermagem do Hospital e Maternidade Brasil. In: PALOCCI, Pedro Antônio (Org.). **Melhores práticas em gestão de pessoas – Experiências dos Hospitais ANAHP**. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. 194p.

TOUSSAINT, John; GERARD, Roger A. **Uma transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**. Tradução de Raul Rübenich. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

TSUKAMOTO, Rosângela. **Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS)**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de

Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Financing: the path to universal coverage**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2012.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização dos estudos de doutorado, no caso deste projeto, significa mais um ponto de partida do que um ponto de chegada. Ponto de partida porque o PRAXIS é um sistema construído e em experimentação em uma unidade de internação, e que carece de uma maturação para sua consolidação e alcance dos benefícios esperados.

Como visto, pode-se estimar a existência de cerca de quinze mil unidades de internação nos hospitais brasileiros. E, em 2012, ocorreram mais de 18,5 milhões de internações hospitalares no Brasil. Este exercício dá uma idéia da relevância e impacto que pode ter iniciativas de melhoria do desempenho de unidades de internação e das unidades assistenciais hospitalares como um todo. A criação e desenvolvimento pelo sistema de saúde da Inglaterra (NHS) de um programa nacional de melhoria do desempenho das unidades de internação (*Productive Ward*), bem demonstra a relevância e prioridade desta preocupação na atenção à saúde das pessoas. Esta iniciativa do NHS reforça que programas deste tipo possam ser gestados e implementados no Brasil. O PRAXIS poderá ser um embrião ou um indutor de um programa nacional de melhoria do desempenho das unidades de internação no Brasil.

A criação do PRAXIS foi originada pela constatação de que as fragilidades de gestão em saúde no Brasil exigem uma análise mais pormenorizada destas debilidades e a necessidade de se combinar soluções mais amplas, como o Prontuário Eletrônico Único Nacional ou Registro Eletrônico de Saúde (RES), com soluções e iniciativas inovadoras para os espaços dos cuidados diretos aos usuários, como as unidades de internação e as unidades básicas de saúde. Daí, a opção de desenvolver uma tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. A saúde acompanha a tendência atual do setor de serviços da economia, de buscar oferecer atendimento de necessidades humanas com qualidade, personalização e preços acessíveis. As tecnologias de informação e comunicação são o eixo central da viabilização desta tendência. Na saúde, materializa-se em acesso e monitoramento cada vez maior das informações pelos usuários das suas condições de saúde, dos serviços disponíveis e necessários, bem como da qualidade de atenção desejada como um direito. O PRAXIS incorpora esta tendência ao valorizar a assistência integral e humanizada, a interação com os usuários enquanto sujeitos e a preocupação com a qualidade dos cuidados.

A enfermagem exerce um papel destacado no desempenho das

unidades de internação e, observa-se que esta enorme responsabilidade não é acompanhada da devida valorização e visibilidade do seu trabalho nestes espaços assistenciais. A própria enfermagem não tem conseguido sistematizar a complexidade e relevância da sua atuação de gestão nas unidades de internação e, a partir disso, desenvolver iniciativas que demonstrem as dimensões destas necessidades. Assim como, auxiliem na conquista das condições correspondentes para melhoria, reconhecimento e consolidação deste significativo papel da profissão na atenção à saúde da população.

A gestão das unidades de internação vai muito além da garantia da realização da assistência de enfermagem em si, de grande relevância, por ter sob sua responsabilidade os cuidados aos usuários internados às 24 horas do dia, os sete dias da semana e os 365 dias do ano. As unidades de internação são os locais privilegiados da produção da atenção de saúde direta aos necessitados de internação hospitalar. A gestão destes espaços envolve a mobilização da atuação dos diversos profissionais de saúde em um processo de trabalho interdependente e de uma grande quantidade de recursos materiais, além da manutenção de um ambiente agradável e seguro para todos. A gestão das unidades de internação, exercida pelos enfermeiros, exige “dar conta”, adequadamente e com qualidade, de todas estas necessidades para os usuários e profissionais de saúde.

A concepção de gestão participativa valoriza a descentralização e o fortalecimento de equipes com capacidade autogestora nas diversas áreas, no contexto do alcance cotidiano da missão da organização e do aprendizado organizacional contínuo. Neste sentido, é que as unidades de internação devem ser consideradas como unidades produtivas relevantes nos hospitais e sua gestão valorizada para o cumprimento da missão do hospital de uma atenção com abordagem integral, humanizada, segura e de qualidade aos usuários. A realidade encontrada nas unidades de internação no Brasil, salvo ilhas de exceção, parece estar longe desta situação desejada. Carecem de planejamento participativo continuado, de informações diversas e registros para a tomada de decisões instantâneas e de médio e longo prazo, de processos permanentes de avaliação da performance e satisfação dos usuários e trabalhadores e de ferramentas ágeis e modernas como dispositivos informatizados e *dashboards*. Enfim, carecem de uma maior capacitação e profissionalização da gestão, na perspectiva de configurar um padrão necessário de operação destes importantes espaços assistenciais. A enfermeira ou enfermeiro responsável por uma unidade de internação

deveria receber a consideração de um gestor relevante nos hospitais. Constitui-se em um gestor chave para o resultado assistencial na atenção hospitalar.

A tecnologia PRAXIS procura responder e preencher estas carências. Propõe um padrão de gestão para as unidades de internação tendo como alvo os seguintes benefícios potenciais: Disponibilização de ferramenta para a prática da gestão participativa; Contribuição para uma dinâmica de trabalho voltada para a melhoria contínua do desempenho; Modernização tecnológica da gestão favorecendo a coordenação das atividades; Possibilidade do uso permanente da sistemática de planejamento participativo; Produção e disponibilização de informações instantâneas (at glance) sobre a situação e necessidades dos pacientes, organização do trabalho da equipe, eventos e performance da unidade; Melhoria do processo de comunicação destacando a centralidade no usuário/paciente; Estímulo para uma melhor organização geral das unidades; Incorporação de indicadores de qualidade na prática cotidiana do trabalho da equipe e Criação de uma estrutura que favorece uma melhor experiência para usuários e trabalhadores no espaço das unidades de internação.

A construção da tecnologia PRAXIS e a sua experimentação inicial em uma realidade concreta de uma unidade de internação clínica não foi uma trajetória tranquila. As dificuldades foram grandes e os desafios de maturação do produto ainda são grandiosos. Considerando o início do insight da idéia até a sua concretização foram cinco (5) anos de dedicação para atender às características deste produto, de forte interação teoria e prática, de forma e conteúdo. A parceria com a área de informática para definição das tecnologias materiais, instalação da infra estrutura e desenvolvimento e implantação operacional do *software* foi uma caminhada rica em aprendizagem e exercício de negociação e marcada por muitos momentos de tensão e incerteza. O detalhamento das idéias e metodologias a serem adotadas para a linguagem informatizada exigiu grande concentração e aprofundamento sobre cada uma das necessidades a serem definidas como componentes do PRAXIS. Do início dos testes na unidade até a elaboração destas considerações foram oito (8) meses de intenso trabalho. A unidade não possuía rede sem fio de internet que permitisse o uso de tablets à beira do leito para a classificação do grau de cuidados requeridos, diariamente, pelos pacientes. Após a instalação inicial o sinal era insuficiente no interior dos quartos. Ao final, conseguiu-se equacionar, mas certa instabilidade da rede ainda prejudica este processo. O contraponto positivo é que esta rede vai permitir que usuários e

acompanhantes possam acessar a internet e serviu de base para a disponibilização desta necessidade nas outras unidades do hospital. A operação estável, ainda insuficiente, do *software* e do painel eletrônico do PRAXIS também foi um percurso que exigiu forte interação cotidiana com a equipe de informática. O *software* foi desenvolvido para operar em integração com o sistema de gestão do hospital universitário, evitando retrabalhos e superposições e, já direcionado para a perspectiva de integração com sistemas de gestão de outras realidades hospitalares e do padrão Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), programa nacional de modernização informacional do Ministério da Educação.

Em relação às metodologias do PRAXIS, merece destaque o fato de que a metodologia do Planejamento Participativo da Unidade (PPU) já foi adotada pela Diretoria de Enfermagem como metodologia do planejamento para outras unidades do hospital.

A mudança de cultura em qualquer realidade é sempre um processo complexo, de avanços e recuos, de apoios e resistências e, principalmente, exige persistência e um tempo de maturação para sua consolidação. Há processos contínuos de movimentos em todas as áreas da nossa sociedade, sendo que alguns podem ser caracterizados como radicais e outros como incrementais. A tecnologia PRAXIS não representa a mudança em si da situação da gestão nas unidades de internação. Pretende ser um veículo facilitador, um recurso, um instrumento ou um dispositivo em que o papel fundamental, o ator principal da mudança é a enfermeira gestora e os profissionais da equipe de enfermagem.

A experimentação inicial do PRAXIS está confirmando que a enfermeira gestora de uma unidade de internação precisa ser reconhecida, valorizada e, acima de tudo, ter condições adequadas para o exercício desta função. Isto significa que a enfermeira gestora de uma unidade de internação deveria ter o uso do seu tempo majoritariamente para a gestão e minoritariamente para a assistência direta aos usuários. Não que deva estar distante da assistência, mas ter uma relação com os usuários através de um olhar de gestor, orientado pela qualidade da assistência, prevenção de eventos adversos, dedicação ao planejamento da unidade e análise do seu desempenho, prática da liderança democrática, ambiente amigável e seguro, necessidades materiais atualizadas, entre outros. Deveria ter uma remuneração financeira diferenciada para uma dedicação ampla, ou seja, das exigências 24 horas do dia, 7 dias da semana e 365 dias do ano, próprias de uma unidade

de internação. E ainda, deveria ter um assistente administrativo permanente para delegação e compartilhamento de algumas atividades.

O processo e o tempo de maturação da tecnologia PRAXIS constitui-se em futuro ainda não bem delineado e que depende de diversos fatores. O PRAXIS foi concebido, desde o início, como um recurso que seria desenvolvido a partir desta primeira versão, denominada 1.0, e que pudesse ser convertido para atender as especificidades de outros hospitais. A expectativa é que a multiplicação do uso da tecnologia e o seu aperfeiçoamento, gere uma massa crítica capaz de significar uma melhoria substantiva no desempenho das unidades de internação que possa ser caracterizado como um novo padrão. Trata-se de um processo e esforço coletivo de longo prazo, talvez, um horizonte de 10 anos.

O desenvolvimento da pesquisa em gestão na saúde e enfermagem é outra dimensão de grande potencial com o uso da tecnologia PRAXIS. Os registros sobre processos assistenciais, administrativos e sobre as dinâmicas da equipe de enfermagem, possibilitam um acúmulo de dados, em uma linha do tempo, de grande importância para o alcance de melhorias sustentáveis e são fontes para um amplo e permanente processamento e análise destas informações para a produção de conhecimentos e publicações sobre a vida das unidades de internação. Este desenvolvimento deve ser uma mescla de aplicação tecnológica com capacitação mais ampla e aprofundada em gestão para as unidades de internação, quem sabe, estruturado em um programa de especialização em gestão de unidades de internação. Para tanto, faz-se necessário construir e implementar uma equipe de suporte com competências focadas nas seguintes áreas aplicadas às unidades de internação: Planejamento Participativo (PP); Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e gestão da clínica de enfermagem; Gestão de pessoas, com destaque para trabalho em equipe, dimensionamento, escala eletrônica e educação permanente; Gestão de materiais e ambiência e, Qualidade da assistência nas unidades de internação.

Conforme previsto foi realizada uma avaliação preliminar da tecnologia PRAXIS mediante a aplicação de um questionário específico para a equipe de enfermagem da unidade e, a realização de um parecer por uma comissão externa de avaliação (CEA). Tanto a CEA quanto a equipe de enfermagem, na sua ampla maioria, consideraram o PRAXIS uma iniciativa necessária, relevante e inovadora, e que na sua aplicação está cumprindo o seu objetivo de facilitar a organização do trabalho da enfermagem na unidade e propiciar bases para a melhoria da assistência aos usuários. Cabe ressaltar que os aspectos do PRAXIS considerados

mais importantes pela equipe da unidade foram a identificação da carga de trabalho da enfermagem, a classificação diária dos pacientes pelo grau de dependência de cuidados, a pesquisa da satisfação dos usuários com a assistência e o planejamento participativo. A equipe demonstrou auto estima e satisfação profissional com o fato de que mesmo com déficit de horas de profissionais para o atendimento necessário conseguem um elevado nível de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem. Esta avaliação confirmou a tese proposta para este estudo de doutorado.

A trajetória da tecnologia PRAXIS até aqui permite concluir que trata-se de uma iniciativa de grande potencial. Mas, é forçoso adicionar que a concretização do seu propósito maior de uma transformação positiva da situação atual da gestão das unidades de internação exigirá mobilização e motivação profissional, em especial, das enfermeiras e enfermeiros líderes e comprometidos com a missão social da enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro: ANS, 2013.

_____. **Mapa Assistencial de Saúde Suplementar** - Abril 2013. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

AIKEN, Linda H et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, London, 344, 1717, 2012.

ALMEIDA, Fernando. **Desenvolvimento sustentável, 2012-2050: visão, rumos e contradições.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 255p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan S. Yaslle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 449p.

ANDRADE, Rui Otávio Bernardes de. AMBONI, Nério. **Estratégias de gestão: processos e funções do administrador.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ARAGÃO, Marianna. Hospital ‘importa’ gestor para melhorar eficiência. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 09 ago. 2012. Folha Mercado, Caderno 8, p. 13.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. Observatório ANAHP. **Gestão de pessoas.** Desempenho Institucional. Ed. 04/2012. Disponível em: <www.anahp.com.br>. Acesso em: 06 mai. 2013.

BARBOSA, Maria Alcina S. Relatos de experiência – histórias que a prática conta. In: BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 7-18.

BELO, R. **Benchmarking e melhorias de eficiência no sector público**. Gabinete de planeamento, estratégia, avaliação e relações internacionais ministério das finanças e da administração pública de Portugal, 2010. Disponível em: <<http://www.gpeari.min-financas.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/2010/dezembro-de-2010/artigos/artigo-8-benchmarking-e-melhorias-de-eficiencia-no>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

BERNARDES, Andrea et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Rev. Latinoam enferm.** v. 20, n. 6, 10 telas, nov/dez. 2012.

BETTA, Cristina Aparecida; ARRIERO, Glaucia Dias; BAPTISTA, Maria Aparecida de Camargo Souza. Resultado Assistencial de Enfermagem. In: NISHIO, Elizabeth Akemi; FRANCO, Maria Teresa Gomes. **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 221-253.

BOHMER, Martin. **Arquitetura e Planejamento na Gestão da Saúde**. Porto Alegre: Bookmann, 2012. 274 p.

BOHOMOL, Elena. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO Maria. (Org.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2. ed. v. I. São Paulo: Martinari, 2010. p. 99-115.

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil**. Disponível

em: <<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 29 jun. 2011. Seção I, p. 1. Disponível em:

<http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jun.11/Iels120/U_DC-7508_280611.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção I, p. 18055-60. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

_____. Lei nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 03 dez. 2004. Seção I, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm>. Acesso em: 06 jan 2013.

_____. Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005. Institui o Regime Especial de Tributação para a Plataforma de Exportação de Serviços de Tecnologia da Informação - REPES, o Regime Especial de Aquisição de Bens de Capital para Empresas Exportadoras - RECAP e o Programa de Inclusão Digital; dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica; altera os decretos anteriores; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 22 nov. 2005. Seção I, p. 2. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111196.htm>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/96**, versão 2012. Aprova

as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa**: trabalhos premiados e menções honrosas – resumos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 168p.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 04 set. 2009. Seção I, p. 1. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. **Consulta Leitros**. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 30 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIS/SUS)**.

Internações Hospitalares do SUS - período 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=2&id=697&assunto=2939>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especial à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 70p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde**. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.

_____. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 02 abr. 2013. Seção I, p. 43. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=02/04/2013&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=120>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação**

do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar,1981.

CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Gestão de pessoas em hospitais. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2011. p. 132.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Prefácio: reforma do modelo de gestão no Hospital Municipal Odilon Behrens. In: ARAÚJO, Gilvan Ferreira de; RATES, Susana Maria Moreira. (Orgs.). **Cogestão e humanização na saúde pública**. Ijuí: UNIJUI, 2009. p. 23-24.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, jul/set. 2000.

CAPRA, Fritjof. A vida e a liderança nas organizações humanas. In: CAPRA, Fritjof. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2002. p. 109-139.

CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira. Liderança *coaching*: exercício na enfermagem. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 483- 492.

CARNEIRO, Mariângela. Estudos epidemiológicos na avaliação de efetividade do programa de controle da doença de chagas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 5, n. 1, p. 129-141, abr. 2002.

CARVALHO, Marly Monteiro de; PALADINI, Edson Pacheco (Orgs.). **Gestão da qualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v.13, suppl.1, p. 545-55, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **História da administração**: entendendo a administração e sua poderosa influência no mundo moderno. São Paulo: Saraiva, 2009. 230p.

COELHO, Celso Dias. **A gestão em saúde e as ferramentas gerenciais**: a experiência com o SISPLAN do Instituto Nacional do Câncer. 2008. 287p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). **Pesquisa CNI – IBOPE**: retratos da sociedade brasileira: segurança pública. Brasília: CNI, 2011.

_____. **Pesquisa CNI – IBOPE**: avaliação do governo – (março 2013). Brasília: CNI, 2013. 29p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em dados** – 2012. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/planejamento-estrategico-2>>. Acesso em 20 mar. 2013.

_____. **Resolução Cofen 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 01 abr. 2013.

_____. **Resolução Cofen 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da

Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CORTELLA, Mário Sérgio. **Qual é a tua obra?** Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 141p.

CRYSTAL, Fox. **Developing Practice to Improve Ward Culture: Back to Basics.** Foundation of Nursing Studies Dissemination Series, v. 5, n. 4, p. 01-04, 2009.

DE MASI, Domenico. **O Brasil está crescendo sem autocrítica.** SEBRAE-MG com você blog. [S.l.], 17 ago. 2012. Disponível em: <<http://sebraemgcomvoce.com.br/2012/08/17/o-brasil-esta-crescendo-sem-autocritica/>>. Acesso em: 20 set. 2012.

DENSER, Carla Patrícia Amaral Carvalho. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 91-110.

DIAS, Reinaldo. **Sociologia das organizações.** São Paulo: Atlas, 2008. 273p.

EBLILNG, Sabrina Schmalfuss; CARDOSO, Leticia Silveira. Enfermagem e Saúde do Trabalhador: uma revisão da literatura científica nacional de 2000-2010. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 4, n. 1, p. 01-12, 2010.

ENGLAND. National Health Service. Department for Health. Quality, Innovation, **Productivity and Prevention**” (QIPP). Disponível em:

<<http://www.improvement.nhs.uk/Default.aspx?alias=www.improvement.nhs.uk/qipp>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

_____. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement. **Rapid Impact Assessment of The Productive Ward: Releasing time to care.** England, Executive Summary, 2011.

ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro. Profissionalização da gestão na área de saúde tornou-se uma necessidade. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 09 ago. 2012. Folha Mercado, Caderno 8, p. 13.

FOCO T&D. **Foco Treinamento e Desenvolvimento.** Foco T&D blog. [S.l.], 3 fev. 2012. Disponível em: <<http://focotreinamentoedesenvolvimento.blogspot.com.br/2012/02/usando-o-pdca-para-solucionar-problemas.html>>. Acesso em: 20 set. 2012.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem:** avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares:** análise da resolução Cofen n°. 293/04. 2010. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem:** ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 214- 222.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes:

identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan/fev. 2005.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Desenvolvimento e saúde. **Valor Econômico**, São Paulo, 21, 22 e 23 set. 2012. Caderno Eu & fim de semana, p. 14.

GALLO, Eduardo. **Gestão pública e inovação: tecnologias de gestão e a reinvenção do cotidiano organizacional.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. 286p.

GARCIA, Telma Ribeiro; CUBAS, Márcia Regina (Orgs.). **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GELBCKE, Francine Lima et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 15, n. 3, p. 515-520, jul/set. 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos.** Rio de Janeiro: Medbook, 2012. 352p.

HONÓRIO, Maria Terezinha; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. A gestão de materiais em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 4, n. 3, p. 259-168, set/dez. 2005.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: Epu, 1979.

HUMMEL, Guilherme S. eHealth: revolução chega ao Brasil... com atraso. **eHealth_Innovation**, São Paulo, SP, ano 1, n. 1, p. 14, jul/ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Conta satélite de Saúde Brasil – 2007 a 2009. **Consumos de bens e serviços de saúde chega a 8,8% do PIB**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2070&id_pagina=1&titulo=Consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-chega-a-8,8%-do-PIB>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Coordenação de Indústria. **Pesquisa de inovação tecnológica**: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 164p.

_____. Estatística da Saúde. **Assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

JOINT COMMISSION RESSOURCES. **O pensamento lean na saúde**: menos desperdício e filas e mais qualidade e segurança para o paciente. Porto Alegre: Bookman, 2013. 106p.

_____. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem**: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008. 182p.

KNODEL, Linda J. **Nurse to nurse**: administração em enfermagem. Tradução de Denise Rodrigues. Porto Alegre: Artmed, 2011. 210p.

LASELVA, Cláudia Regina; COSTA, Maria Luiza Monteiro. Retenção dos membros da equipe. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 214- 222.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan/abr. 2001.

LIKER, Jeffrey K.; FRANZ, James K. **O modelo Toyota de melhoria contínua**. Porto Alegre: Bookman, 2013. 482p.

LIMA, Juliano de Carvalho; BINSFELD, Luciane. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 1, p. 98-103, jan/abr. 2003.

LIMA, Juliano de Carvalho; FAVERET, Ana Cecília; GRABOIS, Victor. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 631-641, mar. 2006.

LIMA, Suzianne Vizentin; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; SARDINHA, Denise da Silva S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 7, Supl. 1, p. 138-144, 2008.

LOPES, Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LORENZETTI, Jorge. **A enfermagem e os desafios para a saúde no Brasil**: propostas para o período 2011-2015. 2011. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/thumbs/file/documentoenfermagem.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2012.

LORENZETTI, Jorge et al. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012 (Relatório de Pesquisa).

_____. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr/jun. 2012.

MALIK, Ana Maria. Qualidade e Avaliação nos Serviços de Saúde. In: D'INNOCENZO, Maria. (Org.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde** 2. ed. v. I. São Paulo: Martinari, 2010. p. 21-36.

MARIOTTI, Humberto. **Pensando diferente: como lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão**. São Paulo: Atlas, 2010. 302p.

MARX, Karl. **O capital**. 8. ed. v. 1. Livro 1: O processo de produção do capital. São Paulo: Difel Difusão Editorial, 1982.

MARX, Roberto. **Trabalho em grupo e autonomia como instrumento de competição**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 168p.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo**. Recife: Litteris, 1989. 204p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 32-49.

MENDES, Isabel Amélia Costa et al. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 5, p. 556-561, 2002.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 334p.

MORAES, Joysi. **Qualidade em serviços de saúde em consultório**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

MORAIS, Luís. **Liderança e estratégia: casos de inovação nas organizações de saúde**. Lisboa: Escolar, 2012. 303p.

NETO, João Augusto Mattar. **Filosofia e ética na administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2010. 329p.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Unijuí, 2000. 360p.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, mai/jun., 2005.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a glance 2009**: Released on December 8. 2009. Disponível em: <<http://www.dohc.ie/press/releases/2009/20091208.html>>. Acesso em: 22 maio 2012.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); AGÊNCIA BRASILEIRA DE INOVAÇÃO (FINEP). **Manual de Oslo**: Proposta de diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. 3. ed. 2006. Disponível em: <http://download.finep.gov.br/imprensa/manual_de_oslo.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

_____. **Enfermería y seguridad de los pacientes.** Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORO, Julieta; MATOS, Eliane. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 137-140, mai. 2011.

OSMO, André Alexandre. Processo Gerencial. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2011. p.132.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro. In: VICTORA, Cesar Gomes et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 36-69.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PAIM, Lígia et al. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 542-548, jul/set., 2009.

PAIVA, Sônia Maria Alves de; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Rev. Latinoam enferm.**, v. 15, n. 5, set/out. 2007.

PALHANO, André. Livro discute outra forma de avaliação. **Folha de**

S. Paulo, São Paulo, 25 set. 2012. Folha Mercado, Caderno 8, p. 13.

PEDUZZI, Marina; SILVA, Adriana Marques da; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivali.

Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole, 2013. p. 217-243.

PEREIRA, Irene Mari et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: avaliação de um software. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1600-1605, 2011.

PIRES, Denise Elvira Pires de. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set/out. 2009.

_____. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008. 253p.

PIRES, Denise Elvira Pires de; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 2, p. 311-325, set. 2004.

PRADO, Cláudia; PERES, Heloísa Helena Ciqueto; LEITE, Maria Madalena Januário. **Tecnologia da informação e da comunicação em enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2011. 163p.

RANGEL, Alexandre Leite. **Avaliação de Software para a elaboração**

automática de escala de trabalho da enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 312p.

ROSSETTI, Ana Cristina; CARQUI, Lucio Mauro. Implantação de sistema informatizado para planejamento, gerenciamento e otimização das escalas de enfermagem **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, n.1, jan/fev. 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A globalização e as ciências sociais.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002. 572p.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Lisboa, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SHADISH, Willian R.; COOK, Thomas D.; CAMPBELL, Donald T. **Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference.** New York: Houghton Mifflin Company, 2002.

SILVA, Lúcia Marta Giunta da et al. Modelo assistencial – um papel em evolução: o (a) enfermeiro (a) como líder do cuidado. In: BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 7-18.

SIQUEIRA, Ivana Lúcia Correa Pimentel de. **Avaliação de um modelo empírico de gestão implantado em unidades de internação de um hospital privado.** 2004. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SOUZA, César. **A Neoempresa: o futuro da sua carreira e dos negócios no mundo em reconfiguração.** São Paulo: Integrare, 2012. 253p.

SOUZA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 502-507, mai/jun. 2007.

TEIXEIRA, Hélio Janny; SALOMÃO, Sérgio Mattoso; TEIXEIRA, Clodine Janny. **Fundamentos da administração: a busca do essencial.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 351 p.

TODARO JÚNIOR, Ary Antonio. O desafio do controle do absenteísmo médico da enfermagem do Hospital e Maternidade Brasil. In: PALOCCI, Pedro Antônio (Org.). **Melhores práticas em gestão de pessoas – Experiências dos Hospitais ANAHP.** Rio de Janeiro: Medbook, 2011. 194p.

TOUSSAINT, John; GERARD, Roger A. **Uma transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador.** Tradução de Raul Rübenich. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

TSUKAMOTO, Rosângela. **Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS).** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TURBAN, Efraim et al. **Business Intelligence: um enfoque gerencial para a inteligência do negócio.** Tradução de Fabiano Bruno Gonçalves. Porto Alegre: Bookman, 2009. 256 p.

TURBAN, Efraim; VOLONINO, Linda. **Tecnologia da informação para gestão: em busca do melhor desempenho estratégico e**

operacional. Tradução de Aline Evers. 8. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013. 468p.

VELOSO, Renato. **Tecnologias da Informação e comunicação: desafios e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2011.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Martin Claret, 2001. 224p.

WESTIN, Ricardo. O que esperam os brasileiros. **Folha de São Paulo**, Caderno Especial Pelo País. São Paulo, 22 de setembro de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Financing: the path to universal coverage**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Joint commission for patient safety**. World Alliance for Patient Safety 2008 Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESPECIFICAÇÃO MÓDULO PPU

1. Introdução

O módulo PPU (Planejamento Participativo da Unidade) é uma diretriz ou guia de orientação que visa o alcance de determinado propósito (missão) e compreende uma ordenação de atividades planejadas e emergentes desenvolvidas ao longo do tempo. No planejamento participativo o grupo responsável pela execução é também responsável pela elaboração, gestão e avaliação do planejamento.

2. Requisitos

a. Modelo de Entidades e Relacionamentos

Instituição: banco de dados de instituição (n instituições)

Unidade: banco de dados de unidade (n unidades para cada instituição)

Período: banco de dados de ano a que se refere o planejamento (n anos para cada unidade)

Missão: banco de dados de missão da unidade para cada ano (uma por ano)

Princípios Orientadores: banco de dados de princípios orientadores da unidade para cada ano (n por ano)

Necessidades ou Problemas: banco de dados de necessidades ou problemas da unidade para cada ano (n por ano)

Resultados Esperados: banco de dados de resultados esperados para cada necessidades ou problemas (um para cada necessidades ou problemas)

Objetivos: banco de dados de objetivos para cada necessidades ou problemas (n para cada necessidades ou problemas)

Plano de Atividades: banco de dados de plano de atividades para cada objetivos (n para cada objetivos)

Resultado Alcançado: banco de dados de resultado alcançado para cada objetivos (um para cada objetivos)

b. Telas

b.1 Menu

A tela menu do módulo PPU deverá apresentar todas as opções de navegação do módulo possibilitando, através de um clique com o botão direito do mouse, o direcionamento para o conteúdo desejado.

b.2 Missão e Princípios Orientadores

Inclusão

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a inclusão dos dados referentes à Missão e Princípios Orientadores, para um Ano ainda não cadastrado;

Para a inclusão dos dados referentes ao Ano ainda não cadastrado, deverá ser criada uma opção “Novo”; ao clicar com o botão direito do mouse sobre a opção, serão liberados os campos Ano, Missão, Ordem e Princípios Orientadores para inclusão dos dados;

Com base no descrito no item Entidades e Relacionamentos, para cada Ano poderá ser cadastrada uma única Missão e vários Princípios Orientadores; deverá ser prevista uma opção “Novo” de modo a possibilitar a inclusão dos Princípios Orientadores de um Ano.

Alteração

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a alteração dos dados referentes à Missão e Princípios Orientadores, para um Ano já cadastrado;

O Ano deverá ser informado; clicando com o botão direito do mouse em qualquer lugar da tela deverão

surgir os conteúdos dos campos referentes à Missão e Princípios Orientadores, anteriormente cadastrados, para o Ano solicitado;

A alteração poderá ser procedida diretamente sobre o conteúdo do campo desejado.

Exclusão

Deverá ser prevista a possibilidade de exclusão “lógica” de um ou mais Princípios Orientadores.

Obrigatoriedade

É obrigatória a existência de Missão e, pelo menos, um Princípios Orientadores para cada Ano.

Gravação e Limpeza

Criar opção de “Gravar” os dados incluídos, alterados e excluídos; criar opção de “Limpar” o conteúdo dos campos.

b.3 Necessidades ou Problemas

Inclusão

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a inclusão dos dados referentes às Necessidades ou Problemas de um Ano;

Para a inclusão dos dados referentes ao Ano desejado, deverá ser dada possibilidade de seleção no próprio campo; deverá ser criada uma opção “Novo”; ao clicar com o botão direito do mouse sobre a opção, serão liberados os campos Ordem, Tipo e Descrição para inclusão dos dados;

Com base no descrito no item Entidades e Relacionamentos, para cada Ano poderão ser cadastradas várias Necessidades ou Problemas; deverá ser prevista uma opção “Novo” de modo a possibilitar a inclusão das Necessidades ou Problemas de um Ano.

Alteração

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a alteração dos dados referentes às Necessidades ou Problemas para um Ano já cadastrado;

Deverá ser dada a opção de seleção do Ano no próprio campo; ao selecionar o Ano deverão surgir todas as Necessidades ou Problemas, anteriormente cadastrados, referentes ao Ano solicitado;

A alteração poderá ser procedida diretamente sobre o conteúdo do campo desejado.

Exclusão

Deverá ser prevista a possibilidade de exclusão “lógica” de uma ou mais Necessidades ou Problemas.

Obrigatoriedade

É obrigatória a existência de, pelo menos, uma Necessidades ou Problemas para cada Ano.

Gravação e Limpeza

Criar opção de “Gravar” os dados incluídos, alterados e excluídos; criar opção de “Limpar” o conteúdo dos campos.

b.4 Resultados Esperados

Inclusão

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a inclusão dos dados referentes aos Resultados Esperados para as Necessidades ou Problemas de um Ano;

O Ano deverá ser informado; automaticamente deverá ser preenchido o campo Necessidades ou Problemas, com os dados anteriormente cadastrados, para o Ano informado;

Com base no descrito no item Entidades e

Relacionamentos, para cada Ano poderão ser cadastradas várias Necessidades ou Problemas e para cada Necessidades ou Problemas deverá ser prevista a possibilidade de inclusão de um Resultados Esperados.

Alteração

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a alteração dos dados referentes aos Resultados Esperados de cada Necessidades ou Problemas de um Ano;

O Ano deverá ser informado; automaticamente deverá ser preenchido o campo Necessidades ou Problemas, com os dados anteriormente cadastrados, para o Ano informado; ao ser selecionada a Necessidades ou Problemas cujo Resultados Esperados se quer alterar, os campos correspondentes deverão ser preenchidos para que a alteração possa ser realizada;

A alteração poderá ser procedida diretamente sobre o conteúdo do campo Resultados Esperados.

Obrigatoriedade

É obrigatória o preenchimento do campo Resultados Esperados para cada Necessidades ou Problemas, para cada Ano.

Gravação e Limpeza

Criar opção de “Gravar” os dados incluídos ou alterados; criar opção de “Limpar” o conteúdo dos campos.

b.5 Objetivos

Inclusão

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a inclusão dos dados referentes aos Objetivos de cada Necessidades ou Problemas, de um Ano;

Para a inclusão dos dados referentes ao Ano desejado, deverá ser dada possibilidade de seleção no próprio campo; deverá ser criada uma opção “Novo”; ao clicar com o botão direito do mouse sobre a opção, serão liberados os campos Ordem, Descrição, Líder e Plano para inclusão dos dados;

Com base no descrito no item Entidades e Relacionamentos, para cada Ano poderão ser cadastradas várias Necessidades ou Problemas e, para cada Necessidades ou Problemas deverá ser prevista a possibilidade de inclusão de vários Objetivos.

Alteração

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a alteração dos dados referentes aos Objetivos de uma Necessidades ou Problemas de um Ano;

O Ano deverá ser informado; automaticamente deverá ser preenchido o campo Necessidades ou Problemas, com os dados anteriormente cadastrados, para o Ano informado; ao ser selecionada a Necessidades ou Problemas cujo Objetivos se quer alterar, os campos correspondentes deverão ser preenchidos para que a alteração possa ser realizada;

A alteração poderá ser procedida diretamente sobre o conteúdo do campo desejado.

Exclusão

Deverá ser prevista a possibilidade de exclusão “lógica” de um ou mais Objetivos.

Obrigatoriedade

É obrigatória a existência de, pelo menos, um Objetivo para cada Necessidades ou Problemas de cada Ano.

Gravação e Limpeza

Criar opção de “Gravar” os dados incluídos,

alterados e excluídos; criar opção de “Limpar” o conteúdo dos campos.

b.6 Plano de Atividades

Inclusão

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a inclusão dos dados referentes ao Plano de Atividades para cada Objetivo, de uma Necessidades ou Problemas de um Ano;

Para a inclusão dos dados referentes ao Plano de Atividades desejado, deverá ser dada possibilidade de seleção no próprio campo; deverá ser criada uma opção “Novo”; ao clicar com o botão direito do mouse sobre a opção, serão liberados os campos Necessidades ou Problemas, Objetivos, Ordem, Descrição, Responsável, Participantes, Início Previsto, Início Real, Final Previsto, Final Real, % Realizado e Comentário, para inclusão dos dados;

Com base no descrito no item Entidades e Relacionamentos, para cada Ano poderão ser cadastrados vários Planos de Atividades; deverá ser prevista uma opção “Novo” de modo a possibilitar a inclusão dos vários Planos de Atividades.

Alteração

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a alteração dos dados referentes ao Plano de Atividades de um Ano;

O Ano deverá ser informado; automaticamente deverão ser preenchidos os campos Necessidades ou Problemas e Objetivos, com os dados anteriormente cadastrados, para o Ano informado; ao ser selecionada a Necessidades ou Problemas cujo Objetivos se quer alterar, os campos correspondentes deverão ser preenchidos para que a alteração possa ser realizada;

A alteração poderá ser procedida diretamente sobre o conteúdo do campo desejado.

Exclusão

Deverá ser prevista a possibilidade de exclusão “lógica” de um ou mais Plano de Atividades.

Obrigatoriedade

É obrigatória a existência de, pelo menos, um Plano de Atividades para um Ano, Necessidades ou Problemas e Objetivo.

Gravação e Limpeza

Criar opção de “Gravar” os dados incluídos, alterados e excluídos; criar opção de “Limpar” o conteúdo dos campos.

b.7 Resultado Alcançado

Inclusão

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a inclusão dos dados referentes ao Resultado Alcançado para cada Objetivo de uma Necessidades ou Problemas de um Ano;

Com base no descrito no item Entidades e Relacionamentos, para cada Ano poderão ser cadastradas várias Necessidades ou Problemas e vários Objetivos devendo ser prevista a possibilidade de inclusão de um Resultado Alcançado para cada Objetivo.

Alteração

Ao clicar com o botão direito do mouse sobre a descrição correspondente na tela menu, deverá ser aberta uma tela que possibilite a alteração dos dados referentes ao Resultado Alcançado de cada Objetivos de uma Necessidades ou Problemas de um Ano;

O Ano deverá ser informado; automaticamente deverão ser preenchidos os campos Necessidades

ou Problemas, Resultados Esperados e Objetivos com os dados anteriormente cadastrados, para o Ano informado; ao ser selecionada a Necessidades ou Problemas cujo Objetivos se quer alterar, os campos correspondentes deverão ser preenchidos para que a alteração possa ser realizada;

A alteração poderá ser procedida diretamente sobre o conteúdo do campo Resultado Alcançado.

Obrigatoriedade

É obrigatória o preenchimento do campo Resultado Alcançado para cada Necessidades ou Problemas e Objetivo para cada Ano.

Gravação e Limpeza

Criar opção de “Gravar” os dados incluídos ou alterados; criar opção de “Limpar” o conteúdo dos campos.

c. Relatórios

c.1 PPU

O relatório PPU, relatório completo do planejamento participativo da unidade, será emitido com base nos seguintes critérios de seleção:

- Se não forem informados os campos Ano e Tipo, deverá ser impresso o relatório completo, de acordo com layout anexo, para o ano corrente;
- Se for informado o campo Ano e não for informado o campo Tipo, deverá ser impresso o relatório completo, de acordo com o layout anexo, para o Ano informado;
- Se for informado o campo Ano e o campo Tipo, deverá ser impresso o relatório completo, de acordo com o layout anexo, de acordo com os critérios informados.

c.2 Plano de Atividades

O relatório Plano de Atividades, relatório referente às atividades do planejamento participativo da unidade, poderá ser emitido com base nos seguintes critérios de seleção:

- Dia/Mês/Ano – é obrigatório informar Dia/Mês/Ano; uma vez informado e não informado Tipo, deverá ser impresso o relatório plano de atividades de acordo com layout anexo, incluindo todas as atividades com Data de Início Prevista igual à informada considerando todos os Tipos; se for informado Tipo deverá ser impresso o relatório plano de atividades, incluindo todas as atividades com Data de Início Prevista igual à informada considerando o Tipo informado;
- Mês/Ano - é obrigatório informar Mês/Ano; uma vez informado e não informado Tipo, deverá ser impresso o relatório plano de atividades de acordo com layout anexo, incluindo todas as atividades com início no Mês/Ano igual ao informado considerando todos os Tipos; se for informado Tipo deverá ser impresso o relatório plano de atividades, incluindo todas as atividades com início no Mês/Ano igual ao informado considerando o Tipo informado;
- Período (de / até) - é obrigatório informar Período (de / até); uma vez informado e não informado Tipo, deverá ser impresso o relatório plano de atividades de acordo com layout anexo, incluindo todas as atividades com início previsto no intervalo informado considerando todos os Tipos; se for informado Tipo deverá ser impresso o relatório plano de atividades, incluindo todas as atividades com início previsto

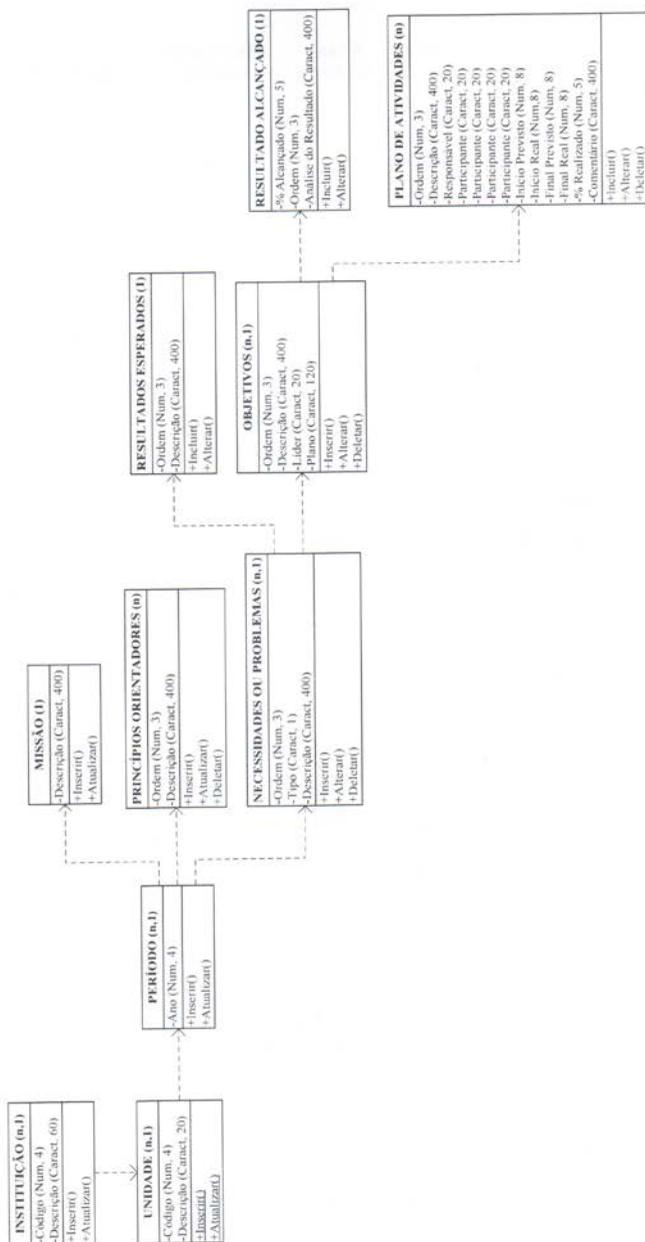
no intervalo informado considerando o Tipo informado.

- c.3 Os relatórios do módulo PPU deverão ter a opção de impressão em HTML e PDF.

3. Anexos

- a. Modelo de Entidades e Relacionamentos
- b. Elementos de Telas
- c. Telas
- d. Relatórios

PRAXIS – SISTEMA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES
 MODELO DE ENTIDADES E RELACIONAMENTO - MÓDULO PPU



NOME	Nº DE CARACTERES	CARACTERES MÁXIMO	VALOR PADRÃO	DOMÍNIO	REGRAS DE FORMAÇÃO
Cabeçalho					
Hospital	60	60		Alfanumérico	
Unidade	20	20		Alfanumérico	
Missão e Princípios Orientadores					
Ano	4	4		Numérico	Informado pelo usuário Obrigatório
Missão	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário Obrigatório
Ordem	3	3		Numérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Princípios Orientadores	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Necessidades ou Problemas					
Ano	4	4			Combo Obrigatório
Ordem	3	3		Numérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Tipo	1	1	P ou E	Alfabético	Combo Obrigatório
Descrição	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Resultados Esperados					
Ano	4	4			Combo Obrigatório
Necessidades ou Problemas					Combo Obrigatório
Ordem	3	3		Numérico	Informado pelo usuário Obrigatório

Descrição	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário Obrigatório
Objetivos					
Ano	4	4			Combo Obrigatório
Necessidades ou Problemas	400	400			Combo Obrigatório
Ordem	3	3		Numérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Descrição	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Líder	20	20		Alfanumérico	Informado pelo usuário
Plano	120	120		Alfabético	Informado pelo usuário
Plano de Atividades					
Ano	4	4			Combo Obrigatório
Necessidades ou Problemas	400	400			Combo Obrigatório
Objetivos	400	400			Combo Obrigatório
Ordem	3	3		Numérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Descrição	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Responsável	20	20		Alfabético	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)
Participante (1)	20	20		Alfabético	Informado pelo usuário Obrigatório (pelo menos um)

Participante (2)	20	20		Alfabético	Informado pelo usuário
Participante (3)	20	20		Alfabético	Informado pelo usuário
Participante (4)	20	20			
Início Previsto	8	8			Combo Obrigatório (pelo menos um)
Início Real	8	8			Combo
Final Previsto	8	8			Combo Obrigatório (pelo menos um)
Final Real	8	8			Combo
%Realizado	5	5		Numérico	Informado pelo usuário 3 inteiros e 2 decimais
Comentário	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário
Resultado Alcançado					
Ano	4	4			Combo Obrigatório
Necessidades ou Problemas	400	400			Combo Obrigatório
Resultados Esperados	400	400			Combo Obrigatório
Objetivos	400	400			Combo Obrigatório
%Alcançado	5	5			Calculado com base na fórmula abaixo ⁽¹⁾ 3 inteiros e 2 decimais
Ordem	3	3		Numérico	Informado pelo usuário
Análise Comparativa	400	400		Alfanumérico	Informado pelo usuário

$\Sigma\%$ Realizado = ao somatório dos %Realizado de cada atividade planejada para cada objetivo e N° de Atividades = ao número de atividades planejadas para cada objetivo.

Menu

Praxis - Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares Nome da Instituição Identificação da Unidade
PPU

Planejamento Participativo da Unidade Missão e Princípios Orientadores Necessidades ou Problemas Resultados Esperados Objetivos Plano de Atividades Resultado Alcançado Relatórios PPU
PRAXIS – Versão 1.0 Hora Login: xx:xx Temo de Sessão: xx,xx Seja bem vindo, usuário

Missão e Princípios Orientadores

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares	
Nome da Instituição Identificação da Unidade	
<input type="button" value="Novo"/> <input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Limpar"/>	
Ano	<input type="text"/>
Missão	<input type="text"/>
	<input type="button" value="Novo"/>
Princípios Orientadores	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
PRAXIS – Versão 1.0 Hora Login: xx:xx Tem de Sessão: xx,xx Seja bem vindo, usuário	

Necessidades ou Problemas

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares	
Nome da Instituição	
Identificação da Unidade	
<input type="button" value="Novo"/> <input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Limpar"/>	
Ano	
<input type="text" value="▼"/>	
	<input type="button" value="Novo"/>
Descrição	
<input type="text"/>	<input type="text" value="▼"/> <input type="text"/>

PRAXIS – Versão 1.0 Hora Login: xx:xx Temo de Sessão: xx,xx Seja bem vindo, **usuário**

Resultados Esperados

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares	
Nome da Instituição	
Identificação da Unidade	
<input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Limpar"/>	
Ano	<input type="text" value="▼"/>
Necessidades ou Problemas	<input type="text" value="▼"/>
Descrição	<input type="text"/>
PRAXIS – Versão 1.0	
Hora Login: xx:xx Tem de Sessão: xx,xxm Seja bem vindo, usuário	

Objetivos

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares	
Nome da Instituição Identificação da Unidade	
<input type="button" value="Novo"/> <input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Limpar"/>	
Ano	<input type="text" value="▼"/>
Necessidades ou Problemas	<input type="text" value="▼"/>
	<input type="button" value="Novo"/>
Descrição	<input type="text"/>
Líder	<input type="text"/>
Plano	<input type="text"/>

PRAXIS – Versão 1.0 Hora LogIn: xx:xx TemO de Sessão: xx,xxm Seja bem vindo, usuário

Plano de Atividades

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares				
Nome da Instituição Identificação da Unidade				
<input type="button" value="Novo"/> <input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Limpar"/>				
Ano <input type="text" value="v"/>				
Necessidades ou Problemas <input type="text" value="v"/>				
Objetivos <input type="text" value="v"/>				
<input type="button" value="Novo"/>				
Descrição <input type="text"/>				
Responsável <input type="text"/>		Participantes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Início <input type="text"/>	Início Real <input type="text"/>	Final <input type="text"/>	Final Real <input type="text"/>	
% <input type="text"/>				
Comentário <input type="text"/>				
<small>PRAXIS – Versão 1.0</small>				
<small>Hora LogIn: xx:xx Tema de Sessão: xx,xx Seja bem vindo, usuário</small>				

Resultado Alcançado

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares	
Nome da Instituição Identificação da Unidade	
<input type="button" value="Gravar"/> <input type="button" value="Limpar"/>	
Ano	<input type="text" value="v"/>
Necessidades ou Problemas	<input type="text" value="v"/>
Resultados	<input type="text" value="v"/>
Objetivos	<input type="text" value="v"/>
%	<input type="text"/>
Análise Comparativa: Resultado Esperado x Resultado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relatório Plano de Atividades

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares		
Nome da Instituição		
Identificação da Unidade		
<input type="button" value="Imprim"/> <input type="button" value="Limpar"/>		
<input type="text"/>	<input type="text" value="▼"/>	
Mês/Ano		
<input type="text"/>	<input type="text" value="▼"/>	
Período	Período	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="▼"/>

PRAXIS – Versão 1.0 Hora Login: xx:xx Tema de Sessão: xx,xm Seja bem vindo, usuário

APÊNDICE B - SUMÁRIO EXECUTIVO PARA DESENVOLVIMENTO DO SOFTWARE

SISTEMA PRAXIS DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO SUMÁRIO EXECUTIVO PARA DESENVOLVIMENTO DO SOFTWARE

PRAXIS – consiste em um sistema de gestão que integra diversos instrumentos para manejo informatizado de unidades de internação. Permite a elaboração, execução e avaliação de um plano de trabalho anual, orientado por uma missão a ser perseguida e por princípios orientadores.

Traduz uma concepção flexível de planejamento, estruturando-se em objetivos e atividades planejadas e emergentes durante o período de execução, incorporando um processo de replanejamento permanente.

Busca estabelecer um padrão de gestão de unidades de internação com foco numa assistência de enfermagem com abordagem integral, humanizada e de qualidade.

Localiza-se no nível operacional das atividades fins de um hospital, mas pode estar articulado com qualquer processo mais amplo de planejamento estratégico institucional.

Além do instrumento de planejamento participativo, integra outros recursos relevantes, tais como, classificação diária das necessidades assistenciais dos pacientes, aspectos essenciais da gestão da equipe de enfermagem da unidade, materiais e ambiência e indicadores de desempenho da unidade de internação.

O sistema PRAXIS constitui-se em uma ferramenta de gestão sob a responsabilidade e pilotagem da enfermeira coordenadora/chefe da unidade de internação. A primeira versão (1.0) será de teste e validação, estando previsto o desenvolvimento permanente do *software* para seu aperfeiçoamento e difusão do seu uso.

ESTRUTURA: PPU, SDGP, GPEN, GMAT, GQUALI.

PPU: Planejamento Participativo da Unidade

Planejamento Participativo: O planejamento é uma diretriz ou guia de orientação que visa o alcance de determinado propósito (missão) e compreende uma ordenação de atividades planejadas e emergentes desenvolvidas ao longo do tempo. No planejamento participativo o grupo responsável pela execução é também responsável pela elaboração, gestão e avaliação do planejamento.

MPO: Missão e princípios orientadores

Missão: Declaração concisa que expressa o propósito e responsabilidades da unidade. Responde a razão de ser da unidade, o que faz e para quem. Meta maior.

Exemplo: Ser uma unidade que presta cuidado de enfermagem de excelência e com abordagem integral e humanizada aos usuários.

Princípios Orientadores: Refletem as convicções, crenças e valores que aglutinam os membros da equipe e influenciam e orientam suas ações cotidianas.

Exemplo: Valorização da integralidade, respeito ao pluralismo cultural, étnico e religioso e excelência no exercício profissional.

Demais Componentes do Planejamento Participativo da Unidade: Necessidades ou problemas relevantes, resultados esperados, objetivos, plano de atividades e resultados alcançados.

Necessidade/Problema: Condição ou situação insatisfatória que precisa ser modificada na perspectiva da situação ideal. Situação satisfatória relevante que deve ser mantida.

Exemplo: Inexistência de classificação diária do grau de necessidades de cuidados de enfermagem aos pacientes internados na unidade.

Resultado Esperado: O que se pretende alcançar para superação da necessidade ou problema. Descreve a situação desejada ou a ser mantida com o planejamento e deve ser formulado para cada necessidade ou problema.

Exemplo: Unidade com sistema de classificação diário de necessidades de cuidados de enfermagem implantado, funcionando e servindo de referência para a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde.

Objetivo: Situação futura que se deseja alcançar. Traduz a mudança ou manutenção da situação enquanto propósito do planejamento.

Exemplo: Implantar e manter um sistema de classificação diário do grau de necessidades de cuidados de enfermagem aos pacientes internados na unidade.

Plano de Atividades: Conjunto de operações ou tarefas a serem realizadas para o alcance de determinado objetivo.

Exemplo de uma atividade: Realizar a classificação diária dos pacientes internados utilizando o instrumento e as diretrizes estabelecidas.

Avaliação/Resultado Alcançado: Monitoramento, verificação e avaliação dos resultados dos planos de atividades.

Instrumentos de avaliação: Relatórios mensais e anuais que indicam o grau

de realização das atividades e os resultados alcançados, permitindo a comparação entre os resultados esperados e os resultados alcançados, bem como, os ajustes no planejamento durante sua execução e subsídios para o replanejamento anual.

Fatores relevantes a serem observados: Em um planejamento é importante considerar o ambiente institucional e geral, evitando ênfase em focos que a equipe possui pouca ou nenhuma governabilidade. Outro aspecto relevante é considerar o planejamento uma diretriz ou guia da ação cotidiana, que envolve flexibilidade efetiva para incorporar novas questões emergentes durante a execução. Daí, a importância do monitoramento e avaliações parciais para que o plano seja, realmente, a referência, que aglutina a equipe.

Pretende ser uma ferramenta que ajuda a evitar o abandono dos planejamentos, tão comum em nosso meio. Busca ainda, colocar em prática uma importante recomendação da Política Nacional de Humanização que é a gestão democrática em saúde.

No sistema PRAXIS adotou-se uma metodologia de planejamento adaptada especialmente para ele, a partir do conhecimento e experiência do autor.

Processo Operacional: A elaboração do PPU será feita através da realização de oficinas de trabalho com a equipe de enfermagem da unidade. Nestas oficinas, numa primeira etapa, os participantes serão convidados a refletirem e formularem a missão e os princípios orientadores do seu trabalho, a partir de textos e ou exemplos. Em outra etapa, será solicitado aos membros da equipe a seleção do que consideram os principais problemas ou necessidades da unidade. A partir da eleição destas necessidades ou problemas será formulado um resultado esperado para cada necessidade ou problema e um objetivo ou mais para o alcance do resultado. E então, para cada objetivo será elaborado um planos de atividades com detalhamento de prazos e responsáveis. Os resultados alcançados serão medidos nos relatórios mensais mediante avaliação do desempenho de cada atividade, indicando-se um percentual de sucesso da respectiva atividade. Antes de imprimir o relatório mensal do PPU a enfermeira coordenadora da unidade ou líder do plano de trabalho fará o lançamento do percentual de avanço de cada uma das atividades. O percentual médio de sucesso do conjunto das atividades relacionadas com uma necessidade ou problema será calculado pelo PRAXIS e este indicador servirá para a enfermeira coordenadora da unidade fazer uma comparação entre o resultado esperado e o resultado alcançado em cada uma das necessidades ou problemas. O balanço periódico permitirá os ajustes no PPU para assegurar sua flexibilidade e incorporação de eventuais necessidades ou problemas emergentes ou mesmo, adequação dos planos de atividades. O relatório

anual do PPU conterà um consolidado de avaliação dos resultados esperados que servirá de base para a elaboração do PPU do ano seguinte e, assim, sucessivamente.

O sistema PRAXIS adotará esta metodologia de planejamento participativo adaptada e organizada pelo autor, assim, o PRAXIS maneja o PPU sempre nestes seis (6) campos articulados entre si: Missão e Princípios Orientadores, Necessidades ou Problemas, Resultados Esperados, Objetivos, Planos de Atividades e Resultados Alcançados.

SDCP: Sistema Diário de Classificação dos Pacientes

O SDCP é um sistema que possibilita a identificação e classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidados que expressam os esforços necessários de atendimento de enfermagem. Consiste em um recurso valioso para a gestão da assistência por disponibilizar, permanentemente, um quadro da estimativa de necessidades de cuidados de enfermagem para cada paciente e por constituir-se em indicador básico para o planejamento e provimento dos profissionais de enfermagem necessários para uma adequada assistência de enfermagem na unidade (FUGULIN; GAIZINSKI, 2011).

Dada a relevância desta prática o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) estabeleceu uma resolução específica, de número 293, em 2004.

No sistema PRAXIS, para formulação e aplicação do SDCP, adotou-se o estabelecido pela resolução do Cofen com as adaptações e o instrumento de classificação validado por Fugulin et al. (2002,2005).

O SDCP classifica os pacientes em cinco (5) categorias de cuidados, de acordo com a complexidade assistencial dos pacientes. Para classificar os pacientes utiliza-se um instrumento de classificação específico que atribui pontos para cada um dos aspectos de necessidade de cuidado. O PRAXIS faz a somatória dos pontos e pelo score lança os pacientes em cada uma das cinco categorias.

As cinco categorias são:

Cuidados Intensivos: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de Enfermagem e médica permanentes e especializadas;

Cuidados Semi-Intensivos: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de Enfermagem e médica permanentes e especializadas;

Cuidados de Alta Dependência: pacientes crônicos que requeiram

avaliações médicas e de Enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de Enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Intermediários: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de Enfermagem, com parcial dependência de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Mínimos: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de Enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Instrumento de Classificação: Fugulin et al. (2002,2005)

Processo operacional: No sistema PRAXIS, diariamente, no momento da realização das evoluções pelas enfermeiras assistenciais ou quando o paciente modificar a sua situação, pela enfermeira assistencial do momento, realizar-se-á a classificação dos pacientes da unidade em um recurso eletrônico, tablet ou computador de mesa e o PRAXIS fará o score e lançará a classificação atualizada num painel eletrônico (TV) no posto de enfermagem, distinguindo as categorias em cores distintas, ou seja, vermelho para intensivo e semi intensivo (espera-se que os pacientes com necessidade de cuidados intensivos estejam alocados na UTI, daí o uso da mesma cor), amarelo para alta dependência, azul para intermediário e verde para mínimo. Com isto, ter-se-á uma visão geral atualizada da situação dos pacientes da unidade.

O sistema PRAXIS realizará a classificação dos pacientes utilizando o instrumento de Fugulin et al. (2002, 2005), que analisa a situação do paciente tendo como referência nove (9) áreas de cuidados: Estado Mental, Oxigenação, Sinais Vitais, Motilidade, Deambulação, Alimentação, Cuidado Corporal, Eliminação e Terapêutica. Em cada uma destas áreas de cuidados há uma gradação em quatro níveis (1 a 4), correspondente à intensidade crescente da necessidade assistencial. A soma dos valores parciais forma o score que indica a categoria em que o paciente foi classificado, da seguinte forma: De 09 a 14 pontos para cuidados Mínimos, de 15 a 20 Cuidados Intermediários, de 21 a 26 Cuidados de Alta Dependência, de 27 a 31 Cuidados Semi Intensivos e acima de 31 pontos Cuidados Intensivos. No PRAXIS, a enfermeira responsável pela classificação será solicitada a avaliar se a classificação indicada de fato corresponde à definição da categoria, podendo assim, confirmar ou refazer a classificação (Tsukamoto, Rosângela, 2010). O sistema incorporou também

a conduta de que determinadas alterações nas áreas de cuidado do Estado Mental e Oxigenação do paciente são compulsórias para a classificação na categoria de Alta Dependência e Intensivo. Quando o Estado Mental indicar a necessidade de vigilância constante por parte da enfermagem a classificação será compulsória para Alta Dependência. E, quando o paciente estiver com suporte de ventilação mecânica a classificação será compulsória para Alta Dependência, em caso de ausência de possibilidades terapêuticas e, Cuidados Intensivos se tiver possibilidades terapêuticas (TSUKAMOTO; ROSÂNGELA, 2010). Assim, sempre que a enfermeira que estiver fazendo a classificação do paciente avaliar o estado mental como grau 2, ou seja, períodos de desorientação no tempo e no espaço (confuso e risco de suicídio p. ex.) o PRAXIS alertará a enfermeira de que este paciente está indicado para classificação compulsória em Alta Dependência de Enfermagem. Da mesma forma, os pacientes em que a oxigenação exige ventilação mecânica, grau 04, indicará a classificação para Alta Dependência em caso de pacientes em cuidados paliativos ou Intensivo em caso de pacientes com possibilidades terapêuticas. Nestes casos, o PRAXIS abrirá uma janela e perguntará se o paciente está em cuidados paliativos, se positivo indicará a classificação para Alta Dependência, se negativo, indicará para Cuidados Intensivos.

O SDCP disponibilizará uma importante referência permanente para a organização diária da assistência de enfermagem (foco no usuário) e indicação para todos os profissionais que atuam na unidade. Além disso, o PRAXIS terá um registro de todas as classificações que permitirá um histórico da unidade ao longo do tempo, possibilitando uma ferramenta essencial para o planejamento das necessidades de pessoal de enfermagem e gestão da dinâmica de funcionamento da unidade.

O relatório mensal e acumulado do SDCP fará parte do relatório periódico de desempenho da unidade.

GPEN: Gestão de Pessoas da Equipe de Enfermagem

No sistema PRAXIS as pessoas da equipe de enfermagem são consideradas talentos, o valor que faz a diferença. A enfermagem tem uma importância enorme no resultado do trabalho assistencial em saúde, mas ainda convive com baixas condições de trabalho e, em geral, pouca valorização. A gestão participativa, enquanto concepção adotada no PRAXIS busca estimular a participação substantiva, a motivação, o desenvolvimento técnico e pessoal e a melhoria das condições de trabalho combinada com a responsabilidade profissional.

O módulo GPEN do PRAXIS está focado na facilitação da elaboração e gestão da escala mensal de trabalho da equipe da unidade, na escala de

distribuição diária dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem pelos pacientes internados tendo como referência o SDGP, nas atividades de educação permanente e a avaliação de desempenho dos membros da equipe de trabalho da unidade.

Processo operacional: O PRAXIS conterá a informatização da escala mensal e sua execução, permitindo um relatório mensal da sua execução, individualizando as ocorrências, bem como, o total de horas disponíveis/mês de enfermeiros e técnicos e auxiliares e o total de horas efetivamente realizadas. Os profissionais técnicos e auxiliares terão sua distribuição diária de pacientes visualizada no painel eletrônico (TV no Posto de Enfermagem). A agenda de atividades de educação permanente estará organizada e o aproveitamento da participação (declaração a ser apresentada pelo participante) será registrado nos respectivos instrumentos de avaliação de desempenho dos profissionais. O PRAXIS terá uma biblioteca para temas atuais e aspectos de interesse do trabalho da enfermagem na unidade. Os instrumentos de avaliação de desempenho individual serão incorporados e as avaliações estarão registradas. Haverá uma lista de e-mails de toda a equipe para a comunicação eletrônica. Aniversários das pessoas da equipe, atividades de educação permanente e datas comemorativas ou eventos de interesse serão destacadas no painel eletrônico do PRAXIS na unidade.

Exemplos de datas comemorativas ou eventos de interesse:

- * Dia do enfermeiro, técnico e auxiliar e de outros profissionais de saúde;
 - * Semana Brasileira de enfermagem;
 - * Dia Mundial da Saúde;
 - * Dias nacionais de campanhas sanitárias
- ETC.....

O relatório mensal do GPEN fará parte do relatório periódico de desempenho da unidade.

GMAT: Gestão de Materiais e Ambiente da Unidade

A enfermagem utiliza uma enorme quantidade e diversidade de instrumentos e de materiais na realização de seu trabalho, especialmente em hospitais, daí a necessidade de contemplar a gestão de recursos materiais nas suas atividades de administração.

As condições do ambiente físico, infraestrutura e manutenção são também atribuições que ocupam o trabalho da enfermeira coordenadora de uma unidade de internação.

No sistema PRAXIS, nesta versão inicial, a gestão de materiais estará concentrada no registro dos relatórios mensais de conferência (inventário)

dos materiais assistenciais, visando evitar desperdícios com materiais vencidos e sem controle e o registro e resultados de todas as solicitações de consertos ou serviços de manutenção em geral (lista de solicitações e status da situação). Estas operações serão de responsabilidade do escriturário ou equivalente, com supervisão da enfermeira coordenadora/chefe da unidade. O relatório mensal do GMAT fará parte do relatório periódico de desempenho da unidade.

GQUALI: Gestão da Qualidade

Nas análises sobre as fragilidades da gestão em saúde no Brasil aparece com força a ausência ou incipiente cultura de avaliação dos resultados dos serviços de saúde.

Porém, a preocupação com a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes e profissionais tem se tornado, progressivamente, uma agenda relevante da gestão dos serviços de saúde.

Uma Tecnologia de Gestão de Unidades de Internação, objeto deste projeto, não poderia deixar de considerar relevante o aspecto da avaliação/qualidade da assistência.

Neste sentido, o sistema PRAXIS incorpora alguns instrumentos e indicadores de avaliação e qualidade da assistência de enfermagem nas unidades de internação.

Indicadores mensais:

- 1 - Satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem: os pacientes, no momento da alta da unidade, são convidados a preencherem um formulário específico de avaliação da assistência recebida na unidade;
- 2 - Taxa de cobertura da SAE: o PRAXIS registra as realizações da SAE e gera os gráficos com os percentuais de pacientes que tiveram SAE efetivada;
- 3 - Taxa de realização de exames e procedimentos externos: registro do percentual de êxito na realização de exames e procedimentos previstos para os pacientes e que necessitam ocorrerem fora da unidade, gera gráfico do percentual de êxito e registra em relatório específico os motivos da não realização de exames previstos;
- 4 - Taxa de infecção hospitalar da unidade: fornecida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o PRAXIS transforma em gráfico para visualização no painel eletrônico;
- 5 - Taxa de ocupação da unidade: o PRAXIS processa e fornece os gráficos de percentual de ocupação da unidade;
- 6 - Média de permanência: expressa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados na unidade;
- 7 - Média de pacientes/dia: representa o número médio de pacientes na

unidade;

8 – Eventos adversos: demonstra o número de eventos adversos cadastrados em formulário próprio na unidade. Os eventos adversos indicados para registro são quedas de pacientes, úlceras por pressão, erros de medicações, soromas e flebitas.

Processo Operacional:

A enfermeira chefe e o escriturário ou equivalente são os responsáveis pela disponibilização do formulário e convite aos usuários e ou acompanhantes freqüentes e familiares para preenchimento da avaliação.

Ao finalizar a realização da SAE de cada paciente o sistema do hospital deverá enviar ou o PRAXIS captar esta finalização e registrar no painel eletrônico a mudança de cor, da vermelha para a amarela. O PRAXIS fará o registro diário para o relatório mensal do índice de cobertura da SAE;

Os pacientes com exames externos previstos terão uma indicação no painel eletrônico, de negativo e após a realização do exame o escriturário ou equivalente ou a enfermeira chefe efetuará a mudança para positivo. O PRAXIS fará o registro diário para o relatório mensal do índice da realização de exames externos e a sistematização dos motivos de não realização de exames previstos;

O registro de eventos adversos na assistência aos pacientes terá como finalidade a sua prevenção e melhoria da qualidade da assistência, enquanto responsabilidade coletiva e institucional, não estando voltado para punições e ou responsabilizações individuais. A responsabilidade do preenchimento dos formulários de ocorrências será da enfermeira assistencial que presenciou ou tomou conhecimento do evento.

O painel eletrônico do PRAXIS terá um espaço próprio para registro e visualização dos indicadores do GQUALI;

Observação: Será encaminhada a viabilidade de que o sistema de chamadas de atendimento pelo usuário (campaíha) forneça um relatório com o número de chamadas/dia e o tempo de desligamento da campainha. Estes indicadores serão incorporados, no futuro, ao GQUALI.

O relatório mensal do GQUALI fará parte do relatório periódico de desempenho da unidade.

Painel Eletrônico

O Painel Eletrônico, uma TV de 50", instalada no Posto de Enfermagem, constitui-se em recurso relevante e um aspecto essencial na criação e significado do sistema PRAXIS. O Painel Eletrônico estará dividido em quatro (4) áreas, uma faixa na parte superior mostrará de forma dinâmica a Missão e Princípios Orientadores da Unidade, uma faixa superior maior reproduzirá a distribuição dos leitos da unidade com a identificação

permanente dos respectivos pacientes usuários dos leitos. O quadro de cada leito será colorido conforme a classificação do paciente promovida pelo SDCP e em cada leito haverá ícones coloridos de indicação de realização da SAE, da marcação e realização de exames fora da unidade, dos tipos de precaução de infecção hospitalar para cada leito e os nomes dos profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem responsáveis pelos cuidados integrais. A parte inferior do Painel será dividida em dois campos, sendo um para atividades do PPU, capacitação e eventos e no outro para estatísticas de desempenho da unidade (GQUALI). A escala mensal de trabalho dos profissionais da unidade estará disponível no painel eletrônico em mecanismo oculto para visualização quando necessário.

O Painel Eletrônico será um instrumento de visualização instantânea de indicadores importantes para a assistência de enfermagem e um recurso de comunicação que valoriza o planejamento participativo e fornece elementos para um padrão profissional de gestão de unidades de internação.

Colegiado Gestor da Unidade (COGEU)

A gestão participativa é a concepção de gestão do sistema PRAXIS para unidades de internação e, coerente com isto, será proposto a criação e implantação de um colegiado gestor da unidade (COGEU). O propósito deste Colegiado Gestor é, através de reuniões periódicas, analisar o andamento do trabalho da unidade como um todo e aprovar medidas de atualização do planejamento e outras medidas para melhoria do desempenho da unidade, tendo como âncora o sistema PRAXIS.

Florianópolis, outubro de 2011
Jorge Lorenzetti/Pesquisador

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PRAXIS PELA EQUIPE

“PRAXIS”: UMA TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Avaliação da Versão 1.0 em Operação na Unidade de Clínica Médica do HU/UFSC

Opinião de Profissionais de Enfermagem da Unidade

Prezado/a profissional de enfermagem:

O PRAXIS consiste em um sistema informatizado de gestão de unidades de internação que tem como propósito inovar e integrar processos assistenciais e administrativos destes espaços assistenciais com a finalidade de facilitar o trabalho participativo e a melhoria do desempenho, propiciando bases para uma assistência de enfermagem segura e de qualidade, com resultados positivos para os usuários e profissionais de enfermagem.

O PRAXIS começou a ser implantado na unidade em outubro de 2012 e em abril de 2013 conseguiu-se uma operação estável e efetiva do sistema.

Os profissionais de enfermagem da unidade são participantes relevantes deste processo e é muito importante a sua avaliação desta versão inicial em experimentação na unidade.

Assim, você está convidado/a à responder este questionário sobre a tecnologia PRAXIS:

1 – Dados de identificação:

Enfermeiro/a () Técnico de enfermagem ()

Auxiliar de enfermagem () Auxiliar de saúde ()

Tempo de trabalho profissional na enfermagem:anos.

Tempo de trabalho na unidade:(anos e/ou meses).

2 – Você considera que é necessário e pertinente a criação, desenvolvimento e aplicação prática de um sistema como o PRAXIS?

Sim () Não () Em parte ()

Por quê?

.....

3 – Dentre os aspectos componentes do PRAXIS, listados abaixo, assinale os que você considera mais importantes:

() Planejamento Participativo da Unidade;

() Sistema de Classificação Diária dos Pacientes;

() Possibilidade de identificação da carga de trabalho da enfermagem na

- unidade para análise do quantitativo de pessoal de enfermagem necessário;
- () Pesquisa e divulgação do grau de satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem;
- () Pesquisa, análise e divulgação das ocorrências de eventos adversos na unidade;
- () Organização e comunicação da SAE realizadas no dia a dia;
- () Organização e visualização da agenda de exames e procedimentos realizados fora da unidade;
- () Visualização da distribuição do trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem;
- () Visualização dos tipos de precaução indicados para cada paciente;
- () Organização e divulgação de datas interessantes para a saúde, eventos, aniversariantes e oportunidades de capacitação profissional;
- () Informatização da escala mensal de trabalho da unidade;
- () Suporte para a gestão de materiais;
- () Processamento e divulgação de outros indicadores de desempenho da unidade, tais como, taxa de infecção hospitalar, de cobertura da SAE, de realização de exames e procedimentos externos, de ocupação da unidade e do tempo médio de internação e média de pacientes/dia;
- () Existência do painel eletrônico, TV, no posto de enfermagem com uma reprodução da distribuição dos pacientes, seus respectivos graus de dependência da enfermagem, missão e princípios orientadores formulados pela equipe e demais informações;

4 – Com base nos componentes assinalados anteriormente, comente sobre aspectos positivos e negativos do PRAXIS:

.....

5 – Qual a sua opinião sobre a criação e funcionamento do Colegiado Gestor da Unidade (COGEU)?

.....

.....

6 – Na sua avaliação o PRAXIS facilita a organização do trabalho da enfermagem na unidade e propicia bases para a melhoria da assistência aos usuários?

Sim () Não () Em parte () Por quê?

.....

.....

6 – Considerando este período de funcionamento do PRAXIS, que nota, de 0 a 10, você daria, tendo como referência o propósito do sistema para a melhoria da gestão de unidades de internação:

Assinale com um X a nota escolhida:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Justifique sua nota:

.....
.....

7 – Indique possíveis fragilidades, lacunas ou pontos negativos do PRAXIS ou aspectos que deveriam melhorar:

.....
.....

Obrigado pela participação!!!

Florianópolis, maio de 2013,

Professor Jorge Lorenzetti

APÊNDICE D – ROTEIRO INDICATIVO DE AVALIAÇÃO DO PRAXIS PELA CEA

“PRAXIS”: UMA TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Avaliação da Versão 1.0 em Operação na Unidade de Clínica Médica do HU/UFSC

Comissão Externa de Avaliação (CEA): enfermeiras Helga Bresciani, Julieta Oro e Melissa Honório.

Roteiro indicativo para a avaliação

1 – Fundamentos do PRAXIS:

* Considerando-se a importância das unidades de internação na atenção hospitalar, avaliar a relevância e pertinência de uma tecnologia como o PRAXIS;

* Considerar a adequação dos fundamentos orientadores do PRAXIS: Gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica;

2 – Componentes do PRAXIS:

* Avaliar se as competências essenciais da gestão de unidades de internação estão contempladas nos cinco módulos do PRÁXIS: PPU, SDCP, GPEN, PMAT e GQUALI;

* Avaliar a importância do painel eletrônico (TV) no Posto de Enfermagem como inovação para a organização, melhoria contínua, comunicação e visibilidade do trabalho da enfermagem em unidades de internação.

3 – Operacionalidade do PRAXIS:

* Appreciar aspectos de funcionalidade, usabilidade e eficácia do sistema PRAXIS.

4 – Benefícios, desafios e limitações do PRAXIS:

* Identificar e indicar benefícios do aplicativo, entre outros, se facilita a coordenação e organização do trabalho da enfermagem e propicia bases para a melhoria da assistência aos usuários. Neste período experimental na unidade já foi possível verificar algum impacto positivo? Qual/quais?

* Identificar e indicar possíveis limitações, lacunas e fragilidades do sistema;

* Avaliar se o PRAXIS, como tecnologia já patenteada, constitui-se em uma inovação que deve ser aperfeiçoada e disponibilizada para uso em unidades de internação;

* Identificar e analisar desafios e entraves para a consolidação e difusão da aplicação do PRAXIS;

Florianópolis, abril de 2013.

Professor Jorge Lorenzetti

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Pesquisador: Doutorando Jorge Lorenzetti

Orientadora: Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A tese de doutoramento do professor Jorge Lorenzetti, “TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO”, tem como objetivo construir e testar uma tecnologia de gestão de unidades de internação, que integre as dimensões assistências e administrativas, coerente com a concepção de administração participativa, que facilite a coordenação do trabalho da enfermagem e propicie bases para melhoria da qualidade da assistência.

Para viabilização da pesquisa, gostaria de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação.

Os profissionais de enfermagem envolvidos serão informados de forma detalhada sobre em que consiste esta tecnologia de gestão de unidades de internação e como se dará a sua participação.

Trata-se de um projeto com desenho metodológico quase experimental que realiza a aplicação de um *software* desenvolvido como uma ferramenta que integra, numa concepção de gestão participativa, as dimensões de gestão da assistência e gestão administrativa de uma unidade de internação.

Sua participação ocorrerá por meio de oficinas de elaboração do Planejamento Participativo da Unidade e de oficinas de avaliação, bem como do envolvimento na aplicação prática da tecnologia na unidade de internação. A técnica de Grupos de Discussão será o instrumento a ser utilizado em todas as oficinas e momentos coletivos de desenvolvimento do projeto.

A tecnologia será registrada como inovação tecnológica junto ao Departamento de Inovação Tecnológica da UFSC (DIT/UFSC) e após a sua

validação poderá ser disponibilizada para reaplicação em outras unidades de internação e instituições. Os resultados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Informo que esta pesquisa não trará riscos à sua pessoa, e poderá contribuir na construção de melhores práticas e relações na equipe de enfermagem e de saúde.

V. Sa. tem a liberdade de recusar participar desta iniciativa, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Será considerado o respeito aos sujeitos e a instituição participante em todo processo investigativo. Serão respeitadas as condições de:

- Consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo.
- Garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional.
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.
- Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos.
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.
- Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador, em seu setor de trabalho, na UFSC. Somente o pesquisador terá acesso a eles.

O autor do projeto, Jorge Lorenzetti, coloca-se à disposição para sanar quaisquer dúvidas no decorrer do estudo pelo telefone: (48) 99120006 e/ou pelo e-mail: jorgelorenzetti@hotmail.com ou pessoalmente.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando ao autor do projeto a propriedade intelectual das informações e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante:

RG do Participante:

CPF do Participante:

Assinatura do Participante:

Assinatura do pesquisador:

Data: ___ / ___ / ____.

APÊNDICE F - FORMULÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO DO PACIENTE/PRAxis

AVALIAÇÃO DO PACIENTE SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Prezado (a) Sr./Sr^a, familiares e ou acompanhantes:

Um atendimento de saúde de qualidade e humanizado é um direito de todos os brasileiros e um dever de todos os serviços de saúde.

A equipe de enfermagem da Clínica Médica 2 do HU da UFSC gostaria muito da sua opinião sincera sobre a assistência de enfermagem recebida para que possamos melhorar nossos cuidados com as pessoas internadas. Assim, convidamos o (a) senhor (a) e/ou seus familiares e acompanhantes para responder as perguntas abaixo especificadas. O sigilo da sua identificação será assegurado.

Agradecemos sua colaboração.

Por favor, leia todas as questões antes de responder e se tiver dúvidas peça esclarecimento.

1 - Data de entrada:

Data de Saída:

Dias de internação:

2 – Sentiu-se acolhido no momento da chegada para a internação e informado e esclarecido sobre a unidade e seu funcionamento (dependências, regras sobre visitas e acompanhantes, objetos pessoais, horários de alimentação e uso da campainha para chamadas e etc.?)

Sim () Não () Em parte () O que poderia melhorar?

.....

3 – Durante o período de internação, como foram as informações e orientações sobre cada cuidado de enfermagem, antes, durante e depois dos procedimentos.

Insatisfatórias () Satisfatórias () Em parte () O que poderia melhorar?

.....

4 – Sente-se orientado e esclarecido sobre os cuidados e continuidade do tratamento após a alta hospitalar?

Sim () Não () Não se aplica () O que sentiu falta?

.....

5 – Na sua avaliação, os cuidados e procedimentos de enfermagem executados durante a sua internação foram:

- () nunca realizados com delicadeza e perícia;
- () as vezes realizados com delicadeza e perícia;
- () sempre realizados com delicadeza e perícia.

6 – Indique dois (2) motivos de insatisfação com os cuidados de enfermagem:

.....
.....

7 – Indique dois (2) motivos de satisfação com os cuidados de enfermagem:

.....
.....

8 – Em geral, como classificaria a assistência de enfermagem recebida?

Ruim () Regular () Boa () Ótima ()

9 – Cite os nomes de profissionais de enfermagem que lhe prestaram cuidados e que estão na sua lembrança:

.....
.....

Data e Local:

Nome do responsável pelas respostas (opcional):

.....

Condição: Paciente () Familiar () Acompanhante () Sexo: (M) (F)

Se familiar: grau de parentesco com o paciente:

APÊNDICE G - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

1 – Identificação do Paciente

Nome:

Sexo: (M) (F) Idade: ____ anos Peso: ____ Kgs

Admissão na Unidade: ____/____/____

Quarto/leito: _____ Acompanhante: Sim () Não ()

Motivo da internação (CID 10):

2 – Eventos Adversos

2.1 – Erro de Medicação: Dispensação () Prescrição ()

Administração ()

a) Características: Paciente errado () Hora errada () Via errada ()

Medicamento errado () Dosagem/quantidade errada ()

Velocidade de infusão errada () Não administrado ()

Não dispensado () Não prescrito () Outros:.....

b) Nome(s) do(s) medicamento(s):

2.2 – Quedas

a) Características:

Própria altura () Leito () Poltrona ()

Cadeira: Rodas () Banho () Comum ()

Outros:

b) Local do evento:

Quarto () Banheiro () Corredor ()

Outros:

c) No momento do evento o paciente estava:

Acompanhado () Desacompanhado ()

Com grades no leito () Sem grades no leito ()

Com restrição () Sem restrição ()

Nenhum dos itens se aplica ()

d) O evento foi presenciado por alguém?

Não () Sim () Quem?.....

2.3 Outros Eventos

Tipo: Úlcera por pressão () Soromas () Flebite ()

Com materiais () Com equipamentos ()

3 – Descrição do Evento:

O evento afetou o paciente Não () Sim ()

Importante: Descreva o evento como aconteceu incluindo data e horário (com foco no processo e não nas pessoas) e o possível dano causado ao paciente.

.....
.....

4 – Possíveis Causas: Analise todo o processo e descreva os fatos que possam ter levado ao evento adverso.

.....

Data: ____/____/____

Coordenadora/Chefe da Unidade:

APÊNDICE H - SISTEMATIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO PRAXIS PELA EQUIPE DA UNIDADE

SISTEMATIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO PRAXIS PELA EQUIPE DA UNIDADE

Avaliação que envolveu 07 enfermeiros e 07 técnicos de enfermagem, preenchendo um formulário específico para esta avaliação. Todos os membros do Colegiado Gestor da Unidade (COGEU) participaram.

A seguir, uma síntese das principais questões.

1 – Você considera o PRAXIS necessário e pertinente?

A - Enfermeiros (07): Sim 100%.

Por quê?

“Algo que vem colaborar imensamente com a profissão...” (E6);

“Para melhor visualizar a totalidade da unidade” (E3);

“Para melhorar a qualidade da assistência, fornecer dados para subsidiar propostas de melhoria profissional/ambiental” (E2);

“Auxilia e viabiliza o andamento da unidade como um todo” (E1).

“Com objetivo de capacitar e executar práticas para uma assistência de qualidade” (E7).

B – Técnicos de Enfermagem (07): 06 sim e 01 em parte.

Por quê?

“Melhoria da qualidade da assistência dos pacientes, agregar dados e registros para implementar a SAE, bem como o número de profissionais necessários” (TE1);

“Pela facilidade do sistema, dados fornecidos, comprovação estatística, fácil manejo e visualização” (TE3);

“Atualmente não alterou nada as nossas funções” (TE6).

“Para melhor visualização da demanda de trabalho na unidade e melhor planejamento da assistência” (TE7)

2 – O PRAXIS facilita a organização do trabalho da enfermagem na unidade e propicia bases para a melhoria da assistência aos usuários?

A – Enfermeiros (07): Sim 06 e em parte 01

Em parte: “SDCP traz mais sobrecarga de trabalho” (E5)

B – Técnicos de Enfermagem (07): Sim 06 e em parte 01

Em parte: “Não vi mudanças na prática” (TE6).

3 – Componentes do PRAXIS considerados mais importantes:

Componentes	Sinalizados: Enfermeiros	Sinalizados: Técnicos	Total
PPU	04	04	08
SDCP	06	06	12
Identificação da Carga de trabalho	07	06	13
Pesquisa satisfação Usuários	04	06	10
Pesquisa eventos adversos	03	03	06
SAE	03	02	05
Exames Externos	01	04	05
Distribuição dos TEs e Aux pelos pacientes	01	03	04
Tipos de Precaução	02	06	08
Datas eventos e capacitação	01	03	04
Informatização escala mensal	03	02	05
Gestão de materiais	03	02	05
Outros indicadores	03	04	07
Existência painel eletrônico	03	05	08

4 – Nota de 0 a 10 de avaliação do PRAXIS pela equipe, considerando o período experimental e o propósito de melhoria da gestão da unidade:

	Enfermeiros	Técnicos	Média geral
Notas médias	8,00	8,00	8,00

Justificativas:

“É um instrumento de gestão absolutamente completo, abrangendo todos os itens necessários para gerir a unidade” (E6);

“Até o momento nos foi apresentado alguns dados de carga de trabalho (em reunião) porém em relação a gestão ainda desconheço os dados” (E5);

“O trabalho é ótimo e com certeza será extremamente útil no setor” (E4);

“Devido a fase de implementação falhas ocorrem (pequenas)” (E3);

“Ainda pode melhorar, acho que quando conseguirmos executar as suas funções a nota passará para 10” (E2);

“Está em crescimento e adaptação, vai dar certo, mas precisa de ajustes” (E1);

“Ainda em fase de adaptação, uso de apenas parte do sistema” (E7).

“O sistema tem um conteúdo importante, porém na rotina de trabalho não senti diferença (TE6);

“O sistema é ótimo porém fica “fora do ar” praticamente todo o tempo” (TE5);

“Muito bom o funcionamento do práxis, falta nós da enfermagem nos acostumarmos e utiliza-lo consultando-o” (TE4);
“Dentro do sistema atendeu a necessidade corrigindo apenas as quedas dos sistema” (TE3);
“Porque está bem avançado do que começou” (TE2);
“Necessita de maior participação dos profissionais envolvidos” (TE1).
“Porque o sistema não funciona continuamente devido internet. Porque não tem funcionários suficientes” (TE7)

5 – Avaliação sobre a criação funcionamento do Colegiado Gestor da Unidade (COGEU):

Todos os respondentes consideraram positivo e importante:

“fundamental” “importante” “muito bom” “de grande valia” “Para consolidar o compromisso da unidade com o aperfeiçoamento e incentivo para melhoria do processo de trabalho” (E7).

“Ponto positivo pois discutirá o que acontece dentro da unidade visando as melhorias do trabalho e funcionamento do setor” (TE7)

6 – Fragilidades, lacunas ou pontos negativos:

75% dos profissionais consideraram negativo as quedas do sistema, gerando períodos “fora do ar” e ainda, mais tempo de aplicação para consolidação e maior divulgação. Grande demanda de atividades na unidade não permite tempo necessário aos enfermeiros para uso do sistema.

Florianópolis, maio de 2013.

Síntese realizada pelo pesquisador

APÊNDICE I – PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA - HU Período dezembro de 2012 à dezembro de 2013

Relatório do processo de elaboração do PPU/2013

Apresentação

O processo de elaboração do Planejamento Participativo da Unidade (PPU) de internação Clínica Médica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago (UFSC) desenvolveu-se de acordo com a seguinte metodologia: a) escolha pelas equipes dos turnos de trabalho de representantes para compor um Grupo Coordenador do PPU; b) coleta e sistematização, junto a todos da equipe de enfermagem da unidade, das necessidades e ou problemas que deveriam merecer a atenção para uma melhoria do desempenho da unidade, c) realização de duas oficinas do grupo coordenador para elaboração do PPU, d) disponibilização do planejamento elaborado para a equipe e definição do engajamento dos membros nas atividades previstas e e) consolidação final do PPU e início da sua implementação.

A primeira oficina foi realizada no dia 24 de outubro de 2012. Após uma exposição, esclarecimentos e aprovação da metodologia a ser adotada e sua articulação com o projeto PRAXIS, o grupo deu conta da formulação da Missão da unidade, definição dos Princípios Orientadores, apreciação dos necessidades e ou problemas apontados pela equipe e sintetização de oito (8) questões a serem priorizadas.

A segunda oficina foi realizada no dia 29 de outubro de 2012 e o grupo, num primeiro momento, fez a descrição de cada uma das oito (8) necessidades ou problemas e definiu os respectivos resultados esperados e objetivos. Em seguida, construiu um plano de ação para cada um dos objetivos, tendo como referência a possibilidade de realização das atividades até dezembro de 2013.

Planejamento Participativo da Unidade - PPU

Missão: Prestar cuidados de Enfermagem de excelência aos usuários da clínica médica II.

Princípios Orientadores:

- Valorização da Integralidade na assistência;
- Respeito à singularidade dos usuários;
- Compromisso com a qualidade profissional no cotidiano de trabalho;
- Valorização da cooperação e da comunicação interprofissional;

- Promoção da integração dos serviços na perspectiva de fortalecimento do SUS;
- Cumprimento do código de ética profissional;

Necessidades e/ou Problemas, Resultados Esperados e Objetivos

1) SDCP/ CARGA DE TRABALHO

Necessidade e/ou Problema

1 - Ausência de um sistema diário de classificação dos pacientes como facilitador da organização da assistência e subsídio para a identificação da carga de trabalho requerida, bem como, o dimensionamento da equipe assistencial adequada para a unidade.

Resultado Esperado

1 - Unidade com um SDCP rodando diariamente e os seus dados sendo utilizados para a organização da assistência e dimensionamento da equipe necessária para a unidade.

Objetivo

1 - Implantar e manter um sistema diário de classificação do grau de cuidados dos pacientes (SDCP) internados com demonstração instantânea para a equipe assistencial e registro para subsidiar a organização da assistência de enfermagem e o dimensionamento de pessoal de enfermagem da unidade.

2) MANUAL DE PROCEDIMENTOS

Necessidade e/ou Problema

2 - Inexistência de um manual atualizado dos procedimentos de enfermagem mais importantes realizados na unidade e que oriente o desenvolvimento das atividades no cotidiano do trabalho.

Resultado Esperado

2 - Unidade dotada de um manual atualizado dos procedimentos de enfermagem mais importantes e que seja conhecido e aplicado pela equipe de enfermagem.

Objetivo

2 - Elaborar, aprovar e aplicar um manual dos procedimentos de enfermagem mais importantes para a unidade.

3) CAPACITAÇÃO

Necessidade e/ou Problema

3 - Desenvolvimento de um programa semestral sistemático de educação permanente e capacitação profissional para os membros da equipe de enfermagem da unidade.

Resultado Esperado

3- Unidade com programa semestral de educação permanente e capacitação profissional planejado, executado e com avaliação dos seus efeitos e atualizado para cada semestre.

Objetivo

3- Planejar, realizar e avaliar um programa, atualizado semestralmente, de educação permanente e capacitação profissional para equipe de enfermagem da unidade.

4) POLÍTICA DE ACOMPANHANTES

Necessidade e/ou Problema

4 - Política para os acompanhantes dos usuários da unidade pouco clara para a equipe de enfermagem e para os próprios usuários e acompanhantes.

Resultado Esperado

4 - Unidade dotada de uma política específica para os acompanhantes, obedecendo a legislação geral e as diretrizes e normas do HU.

Objetivo

4 - Elaborar, aprovar e implantar uma política de acompanhantes específica para a unidade e em conformidade com a legislação e normas do HU.

5) QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Necessidade e/ou Problema

5 - Programa de qualidade de vida no trabalho com ênfase na saúde, condições de trabalho e satisfação dos profissionais da equipe de enfermagem, como prevê a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS.

Resultado esperado

5- Unidade de dotada de um programa de qualidade de vida no trabalho que considere a saúde, as condições de trabalho e a satisfação dos membros da equipe de enfermagem.

Objetivo

5- Produzir e desenvolver um programa de qualidade de vida no trabalho

para os profissionais de enfermagem da unidade.

6) GESTÃO DE MATERIAIS

Necessidade e/ou Problema

6 - Atenção insuficiente para o controle de materiais assistenciais, bem como, a conservação de materiais permanentes da unidade.

Resultado esperado

6- Unidade dotada de uma sistemática de controle dos materiais assistenciais e de conservação e manutenção dos materiais permanentes.

Objetivo

6- Elaborar e implantar instrumentos de controle e conservação dos materiais assistenciais e permanentes.

7) PRÁTICAS DE SUSTENTABILIDADE

Necessidade e/ou Problema

7 - Práticas de sustentabilidade na unidade voltadas para a prevenção do desperdício de materiais, água, energia e manejo dos resíduos hospitalares.

Resultado esperado

7- Unidade adota práticas responsáveis de sustentabilidade voltadas para prevenção dos desperdícios e manejo dos resíduos hospitalares.

Objetivo

7- Implantar um programa de práticas permanentes de sustentabilidade voltadas para a prevenção do desperdício e manejos dos resíduos hospitalares.

8) EXCELÊNCIA DA ASSISTÊNCIA

Necessidade e/ou Problema

8 - Ausência de uma sistemática de registro, análise e prevenção de eventos adversos na unidade, bem como, de uma prática permanente de coleta da opinião de pacientes ou familiares sobre os cuidados, como indicadores de uma assistência de enfermagem de excelência.

Resultados esperados

8- Unidade dotada da sistemática de produção e avaliação de indicadores da excelência da assistência.

Objetivos

8- Implantar e manter uma sistemática de tratamento dos eventos adversos e

de medida da satisfação dos usuários com a assistência recebida.

PLANOS DE AÇÃO

PLANO 1 : SDCP / CARGA DE TRABALHO

Lider:

Objetivo

1 - Implantar e manter um sistema diário de classificação do grau de cuidados dos pacientes (SDCP) internados na unidade com demonstração instantânea para a equipe assistencial e registro para subsidiar a organização da assistência de enfermagem e o dimensionamento de pessoal de enfermagem da unidade.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e Participantes
1) Viabilizar a infraestrutura eletrônica necessária;	01/10/12	31/12/13	
2) Capacitar a equipe para a aplicação do instrumento de classificação;	11/01/13	31/12/13	
3) Implantar o sistema de classificação diária dos pacientes (SDCP);	02/01/13	31/12/13	
4) Utilizar a classificação diária na organização da assistência;	15/03/13	31/12/13	
5) Alimentar diariamente o sistema;	01/02/13	31/12/13	
6) Avaliar o sistema;	28/02/13	31/12/13	
7) Calcular a carga média diária de trabalho requerida para a assistência aos pacientes internados;	05/04/13	31/12/13	
8) Analisar o dimensionamento da equipe de enfermagem da unidade;	05/06/13	31/12/13	
9) Apresentar os resultados para a diretoria de enfermagem do HU.	05/07/13	31/12/13	

PLANO 2 - MANUAL DE PROCEDIMENTOS

Lider:

Objetivo

2 - Elaborar, aprovar e aplicar um manual dos procedimentos de enfermagem mais importantes para a unidade.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e participantes
1) Listar os procedimentos assistenciais e administrativos a serem incluídos no manual;	1/10/2013	31/12/2013	
2) Constituir grupos de trabalho para	1/10/2013	31/12/2013	

elaboração dos tópicos;			
3) Dividir os tópicos nos grupos de trabalho;	1/10/2013	31/12/2013	
4) Elaboração dos tópicos pelos grupos de trabalho;	1/10/2013	31/12/2013	
5) Realizar oficinas de apreciação dos tópicos;	2/04/2013	31/12/2013	
6) Revisar os tópicos produzidos a partir da apreciação realizada nas oficinas;	01/04/2013	28/2/2014	
7) Consolidar uma primeira versão do manual de procedimentos de enfermagem;	30/04/2014	28/2/2014	
8) Disponibilizar para a equipe, de forma impressa, a primeira versão do manual de procedimentos de enfermagem;	30/04/14	30/04/14	
9) Aprovar o manual em reunião geral da unidade;	30/04/2014	31/12/2013	
10) Manter atualizado o manual de procedimentos de enfermagem.	30/04/2014	31/12/2013	

PLANO 3 – CAPACITAÇÃO

Lider:

Objetivo

Planejar, realizar e avaliar um programa, atualizado semestralmente, de educação permanente e capacitação profissional para equipe de enfermagem da unidade.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e participantes
1) Identificar, semestralmente, as necessidades de capacitação da unidade;	01/01/2013	30/01/2013	
2) Propor ao CEPEN atividades formativas que atendam as necessidades identificadas;	01/03/2013	30/03/2013	
3) Conhecer as atividades propostas pelo CEPEN;	01/04/2013	31/12/2013	
4) Mobilizar os profissionais para a participação nas atividades;	01/02/2013	30/07/2013	
5) Avaliar o aproveitamento dos profissionais nas atividades realizadas;	01/03/2013	30/07/2013	
6) Organizar atividades formativas não previstas no programa do CEPEN;	01/03/2013	30/07/2013	
7) Disponibilizar para a equipe material formativo atualizado e inovador sobre temas de interesse da unidade. (Biblioteca virtual do PRÁXIS)	01/04/2013	30/02/2013	

PLANO 4 - POLÍTICA DE ACOMPANHANTES

Lider:

Objetivo

3 - Elaborar, aprovar e implantar uma política de acompanhantes específica para a unidade e em conformidade com a legislação e normas do HU.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e participantes
1) Conhecer a legislação e as normas do HU e em nível nacional sobre política de acompanhantes;	01/10/2013	30/04/2013	
2) Fazer uma síntese da legislação e normas do HU e disponibilizar para a equipe;	30/04/2013	30/05/2013	
3) Avaliar a conformidade entre legislação e normas e a situação da unidade;	30/04/2013	30/05/2013	
4) Elaborar uma proposta de política de acompanhantes da unidade;	30/05/2013	30/06/2013	
5) Disponibilizar a proposta para a equipe de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social para a coleta de sugestões;	01/07/2013	30/07/2013	
6) Consolidar a proposta de política de acompanhantes;	30/07/2013	30/08/2013	
7) Aprovar a política de acompanhantes da unidade;	01/09/2013	30/09/2013	
8) Disponibilizar uma versão impressa para o uso permanente na unidade;	01/10/2013	30/10/2013	
9) Apresentar e explicar a política aos acompanhantes.	01/11/2013	31/12/2013	

PLANO 5 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Lider:

Objetivo

Produzir e desenvolver um programa de qualidade de vida no trabalho para os profissionais de enfermagem da unidade.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e Participantes
1) Pleitear que o HU ofereça os serviços de saúde necessários para atendimento dos funcionários;	1/03/2013	30/03/2013	
2) Conhecer a legislação de saúde e segurança do trabalhador;	01/03/2013	30/03/2013	
Conhecer a política do HU sobre saúde e segurança do trabalhador;	01/03/2013	01/05/2013	

3) Registrar e analisar as ocorrências de acidentes e doenças ocupacionais na unidade;	01/04/2013	31/12/2013	
4) Identificar, semestralmente, os motivos de satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem na unidade;	01/05/2013	01/12/2013	
5) Propor e implementar medidas e iniciativas de atividades que promovam a saúde do trabalhador e a satisfação no trabalho;	01/12/2013	30/12/2013	
6) Propor e realizar atividades para integração da equipe;	01/01/2013	30/12/2013	
7) Articular atividades com o Projeto Amanhecer;	01/03/2013	30/12/2013	
8) Incentivar a criação de um espaço permanente de reflexão sobre o processo de trabalho com o serviço de psicologia.	01/03/2013	30/12/2013	

PLANO 6 - GESTÃO DE MATERIAIS

Líder:

Objetivo

Elaborar e implantar instrumentos de controle e conservação dos materiais assistenciais e permanentes.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e participantes
1) Elaborar um instrumento de controle de estoques dos materiais da unidade;	01/05/2013	30/06/2013	
2) Realizar o controle de estoques dos materiais, assistenciais e permanentes, da unidade;	01/06/2013	31/12/2013	
3) Registrar os pedidos de aquisição e manutenção dos materiais;	01/06/2013	31/12/2013	
4) Criar um mapa de situação dos pedidos de aquisição e manutenção dos materiais;	01/06/2013	31/12/2013	
5) Conferir os materiais recebidos na unidade;	01/06/2013	31/12/2013	
6) Pleitear a criação de espaços apropriados para a guarda dos pertences dos acadêmicos, residentes e outros.	01/07/2013	31/12/2013	

PLANO 7 - PRÁTICAS DE SUSTENTABILIDADE

Lider:

Objetivo

Implantar um programa de práticas permanentes de sustentabilidade voltadas para a prevenção do desperdício e manejo dos resíduos hospitalares.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e participantes
1) Articular com a gerência de resíduos hospitalares do HU as medidas de aplicação na unidade;	1/03/2013	30/04/2013	
2) Conhecer a política de manejo dos resíduos hospitalares do HU;	1/3/2013	30/4/2013	
3) Analisar a conformidade entre a política do HU e as práticas da unidade;	1/05/2013	30/05/2013	
4) Sensibilizar a equipe para a aplicação da política adequada;	1/06/2013	30/12/2013	
5) Estabelecer medidas de melhoria das práticas de sustentabilidade da unidade (ex: uso de energia/sensores, economia de papel, copos, água, ar condicionado, roupas)	1/06/2013	30/12/2013	
6) Registrar, mensalmente, os resultados alcançados com as práticas de sustentabilidade;	1/07/2013	30/12/2013	
7) Orientar e sensibilizar para o uso de materiais estritamente necessário para os procedimentos;	1/07/2013	30/12/2013	
8) Minimizar o acúmulo de materiais desnecessários nos quartos dos pacientes;	1/06/2013	30/12/2013	
9) Comunicar na passagem de plantão a ausência e/ou acúmulo de materiais nos quartos dos pacientes.	1/06/2013	30/12/2013	

PLANO 8 - EXCELÊNCIA DA ASSISTÊNCIA

Lider:

Objetivos

Implantar e manter uma sistemática de tratamento dos eventos adversos e de medida da satisfação dos usuários com a assistência recebida.

Atividades	Data de início	Data de término	Coordenador e participantes
1) Elaborar um instrumento de registro dos eventos adversos ocorridos na unidade;	1/03/2013	30/03/2013	

2) Implantar o instrumento dos eventos adversos;	1/04/2013	30/12/2013	
3) Produzir o relatório mensal dos eventos adversos;	30/04/2013	30/12/2013	
4) Apreciar e encaminhar medidas em relação aos eventos adversos;	30/04/2013	30/12/2013	
5) Informar os usuários da existência de uma caixa própria para o registro de queixas, elogios e sugestões durante o período de internação; sistematizar as queixas e elogios mensalmente na caixa;	01/11/2013	30/12/2013	
6) Elaborar um instrumento de avaliação da satisfação do usuário com a assistência recebida;	30/03/2013	30/12/2013	
7) Aplicar, no momento da alta, o formulário de satisfação do usuário com a assistência de enfermagem recebida;	01/10/2012	30/12/2013	
8) Divulgar em painel eletrônico o número de ocorrências de eventos adversos e o grau de satisfação dos usuários.	30/3/2013	30/12/2013	

GESTÃO do PPU:

O sucesso de um planejamento, acima de tudo, depende de uma adequada gestão da sua implementação. Muitos planos fracassam porque tornam-se bons momentos de elaboração e depois não conseguem uma mesma sequência de aplicação prática. Tendem a ser pouco flexíveis, não incorporando as demandas e necessidades emergentes e assim, deixam de ser um guia efetivo do trabalho no cotidiano. É a tal dificuldade do "fazejamento".

O planejamento participativo prevê, necessariamente, a participação efetiva do grupo no acompanhamento, avaliação e ajustes do plano. Para tanto, exige relatórios regulares sobre o andamento do mesmo e a regularidade de reuniões para apreciação e ajustes.

A gestão do PPU da unidade contará com o sistema PRAXIS para informatização e com isto, a produção de relatórios mensais ou a qualquer tempo sobre o andamento em geral e de algum aspecto do PPU. O painel eletrônico (TV), parte do PRAXIS, fornecerá informações atualizadas sobre o andamento do PPU e informação instantânea sobre indicadores de desempenho da unidade.

A gestão do PPU será de responsabilidade do Colegiado Gestor da Unidade (COGEU). O COGEU fará reuniões regulares, a cada 45 dias, para apreciação do desempenho da unidade e do andamento do PPU, promoverá os ajustes necessários e nas reuniões gerais da unidade o PPU será parte importante da agenda dos encontros.

Florianópolis, Março de 2013.

ANEXOS

ANEXO A – REGISTRO DO PRAXIS

INPI**PEDIDO DE REGISTRO DE
PROGRAMA DE COMPUTADOR**

protocolo

**IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO** (Para uso do INPI)

Número do Pedido

Protocolo, Data e Hora

DADOS DO AUTOR DO PROGRAMANº de Autores **3** Se mais de um, preencha a "Continuação", com todos os dados solicitados neste Quadro. Date e assinse.CPF* **200.348.739-53**Nome **JORGE LORENZETTI**

Nome Abreviado, pseudônimo ou sinal convencional (se houver)

Data de Nascimento **27/05/1952**Nacionalidade **BRASILEIRO**Endereço **AV. DESEMBARGADOR VICTOR LIMA, 354, BLOCO A AP 204, TRINDADE**Cidade **FLORIANÓPOLIS**UF **SC**País **BRASIL**CEP **88.040-400**Telefone **4832078220**

FAX

E-mail **jorgelorenzetti@hotmail.com****DADOS DO TITULAR DOS DIREITOS PATRIMONIAIS**Nº de Titulares **1** Se mais de um, preencha a "Continuação", com todos os dados solicitados neste Quadro. Date e assinse.CPF/CNPJ* **83899526000182**Nome/Razão Social **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**Nome abreviado, pseudônimo ou sinal convencional (se houver) **UFSC**

Data de Nascimento

Nacionalidade/Origem

Endereço **CAMPUS UNIVERSITÁRIO, SN, CP 476, TRINDADE**Cidade **FLORIANÓPOLIS**UF **SC**País **BRASIL**CEP **88.040-900**Telefone **4837219628**

FAX

E-mail **dit@reitoria.ufsc.br** **SIM, este Titular é Pessoa Jurídica. Caso afirmativo, assinale a melhor classificação:**

- Órgão Público Sociedade co Intuito não Econômico Microempresa Software House
 Instituição Pública de Ensino ou Pesquisa Instituição Privada de Ensino ou Pesquisa Outras

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E CONTATO (Preencha apenas o necessário)Toda correspondência será enviada para: O Procurador ou O Titular acima ou Escaninho nº Representação INPI em: O Endereço abaixo:

Nome

Endereço

Cidade

UF

País

CEP

Telefone

FAX

E-mail

ANEXO B – CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Certificado

<https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado...>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2401

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2401 FR: 482156

TÍTULO: Tecnologia de Gestão de Unidades de Internação

AUTOR: Francisco Lima Gelbcke, Jorge Lorenzetti

FLORIANÓPOLIS, 12 de Março de 2012.

Coordenador do CEP/PPGn/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PPGn/UFSC

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO EXTERNA DE AVALIAÇÃO



PRAXIS: UMA TECNOLOGIA PARA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Parecer da comissão externa de avaliação da versão 1.0 do Praxis, como resultado da tese de doutorado do Enfo. Jorge Lorzerzetti, sob orientação da Professora Dra. Francine Lima Gelbecke.

Florianópolis, maio de 2013.

PARECER DA COMISSÃO EXTERNA DE AVALIAÇÃO (CEA)

MEMBROS DA COMISSÃO:

Enfa. Helga Regina Bresciani
Enfa. Julieta Oro
Enfa. Melissa O Honório Locks

Florianópolis, maio de 2013.

APRESENTAÇÃO

A seguir, apresenta-se o parecer da comissão externa de avaliação do Praxis, versão 1.0, como forma de contribuir para a concretização do projeto, oportunizando reflexões acerca da proposta e corroborando com a implantação e continuidade do trabalho já iniciado na Clínica Médica 2 do Hospital Universitário.

O mesmo foi realizado a partir de olhares externos aos de quem já vem vivenciando na prática o uso desta nova ferramenta de trabalho, contando com as distintas experiências gerenciais e assistenciais dos membros da comissão. Assim, este parecer foi realizado após ter sido possível conhecer na íntegra o trabalho que vem sendo realizado, seja pela explanação do pesquisador, seja pela visualização direta e *in loco* da ferramenta, além da leitura do material que nos foi fornecido e discussão do grupo de trabalho.

Esperamos assim, que este parecer possa contribuir com a conclusão do trabalho, com expectativas de que este possa ser seguido e expandido na realidade assistencial e gerencial também de outras unidades hospitalares.

1) Fundamentos do Praxis:

Destaca-se a relevância do projeto inicialmente pela inexistência de uma ferramenta semelhante em nossa realidade. Associa-se a isto, o fato de que seus fundamentos orientadores voltados ao auxílio para a equipe de saúde e chefia, podem contribuir, sobremaneira, para o desenvolvimento de uma gestão participativa, com melhoria, agilidade e informatização dos processos de cuidado.

Analisando separadamente cada princípio orientador e resgatando o objetivo de cada um deles, consegue-se compreender de forma mais crítica a relevância do estudo:

No que se refere inicialmente à *gestão participativa*, percebe-se que o grande desafio consiste em colocar em prática tal gestão, sobretudo no que se refere ao **planejamento participativo**. O que percebe-se na prática vivenciada em unidades hospitalares é que muitas vezes este não é realizado e quando o é, acaba não ficando visível na unidade, sendo muitas vezes esquecido e pouco revisto ao longo do processo. O ideal é que tal planejamento pudesse ser revisitado constantemente e com isso ser reavaliado de modo a conhecer as limitações do que foi planejado, o alcance de metas e necessidades de adequação ao plano inicial. A ferramenta proposta contribui, neste sentido, para a melhoria destas ações uma vez que viabiliza, o constante monitoramento do Plano de Atividades e os resultados alcançados ou não por conta do Planejamento realizado. Talvez o desafio desta ferramenta de trabalho continua sendo o mesmo que envolve os planejamentos não informatizados quais sejam: o estímulo e envolvimento dos membros da equipe no processo de forma a torná-los co-participes do levantamento das necessidades, elaboração de um plano de atividades e avaliação dos resultados.

No que se refere ao segundo princípio norteador que se trata da *melhoria contínua do desempenho*, é possível compreender ainda mais a relevância deste trabalho, uma vez que conquistar a excelência do cuidado ainda é um dos grandes desafios da

enfermagem. Com esta ferramenta, consegue-se pensar em uma assistência de forma planejada, com possibilidade de avaliação dos resultados, focando em práticas gerenciais mais participativas e resolutivas. Este nos pareceu um princípio de fácil inserção, ágil e com alguns resultados imediatos e visíveis na prática assistencial e gerencial da unidade.

E por fim, pensando na relevância do estudo sob o aspecto da *inovação tecnológica*, infere-se, certamente, que este contribuirá para a redução na lacuna do conhecimento de novas tecnologias não só na área da enfermagem, mas também sob o ponto de vista gerencial e de cuidado. Esta tecnologia dispõe de ferramentas para facilitar a organização da gestão de unidade de internação contribuindo para a melhoria da assistência prestada aos usuários.

Certamente não se coloca em questão a relevância frente ao uso do PRAXIS nas unidades de internação em ambientes hospitalares, uma vez que se trata de uma ferramenta tecnológica manejada sob a coordenação do serviço de enfermagem, contribuindo positivamente para transformar e dar visibilidade à gestão da unidade.

2) Componentes do PRAXIS:

O PRAXIS, procura atrelar em sua proposta, a gestão de processos assistenciais e gerenciais de forma integrada, contemplando 05 componentes essenciais ao enfermeiro gestor e à sua equipe de trabalho e, em uma análise ampliada, também aos serviços de apoio, demais unidades, equipe multiprofissional e à instituição como um todo.

O formato desenvolvido facilita o manuseio desta tecnologia, reduzindo o consumo de energia (tempo gasto) para alimentar o sistema operacional. Associa-se a isto, o fato de que a localização do painel eletrônico (TV) na região central da unidade facilita a visualização do instrumento para além dos profissionais de saúde, podendo também ser acessível aos usuários do serviço. Destaca-se que esta forma de explanação favorece a organização do trabalho, gerando avanço na comunicação visual e produzindo transparência no trabalho da enfermagem na unidade.

Aponta-se ainda que a atualização dos dados na tela do monitor automaticamente confere a confiabilidade das informações. É imperativo dizer que a visualização constante das informações como por exemplo, a disponibilidade e ou ocupação dos leitos, tipo de precauções necessárias para cada paciente, sistema diário de classificação dos mesmos com utilização de cores informando o grau de dependência para os cuidados, o monitoramento da realização da SAE, visualização eletrônica do servidor responsável para os cuidados do paciente no turno de trabalho, monitoramento e informações sobre data dos exames a serem realizados para o apoio diagnóstico dos pacientes e os exames que foram suspensos, além da visualização eletrônica atualizada de indicadores de desempenho e o grau de satisfação dos usuários com os cuidados recebidos, favorece a melhoria dos cuidados e o planejamento das ações gerenciais. Sem o uso desta ferramenta, o cotidiano da assistência acabava favorecendo a perda de informações, sub-registro de dados importantes, falta de planejamento e dificuldades para a organização da unidade e do cuidado propriamente dito.

A partir da ótica da educação permanente, a possibilidade de informações atua-

lizadas disponíveis na tela, quanto à programação dos cursos, datas, locais e público-alvo, de certa forma, estimula a participação da equipe, evita o desperdício de materiais como a necessidade de divulgações impressas, além de ser uma ferramenta a mais para a chefia da unidade quanto a necessidade de programação de escalas, liberações e folgas por ocasião dos cursos.

3) Operacionalidade do PRAXIS:

Ao analisarmos o PRAXIS como uma ferramenta de trabalho que conta com uma atualização tecnológica de grande relevância para a enfermagem, não é difícil percebermos a aplicabilidade e importância do mesmo para a melhoria da qualidade da assistência e gerenciamento da unidade. Ao presenciarmos o funcionamento do programa não só na teoria mas também seu uso em tempo real, pôde-se perceber que o mesmo é de fácil manuseio e compreensão, permitindo que com poucas explicações, este possa ser facilmente utilizado pela equipe de saúde.

A interrelação que o mesmo desempenha com o sistema interno atual que a instituição utiliza também contribui no sentido de concentrar informações e aumentar a agilidade dos processos.

Além desta facilidade de manuseio e entendimento quanto ao uso da tecnologia, avaliamos que as maiores fragilidades para a operacionalização não estão relacionadas diretamente à ferramenta mais indiretamente ao processo, pois este, apesar de contar com uma importante e avançada proposta tecnológica, necessita ainda de uma equipe coesa, orientada e disposta a colaborar.

Sabe-se que as mudanças quando ocorrem, muitas vezes vem acompanhadas de resistências, mas sabemos também que é necessário investir na mudança da cultura para que ocorra melhorias na realidade.

4) Benefícios, desafios e limitações:

Os **benefícios** encontrados com o PRAXIS são inúmeros, onde muitos desses já foram supra-citados. Corrobora-se neste sentido, a aplicabilidade do mesmo e sobretudo, as melhorias advindas com seu uso no que se refere à organização da unidade e planejamento dos cuidados prestados, podendo-se destacar :

1) O auxílio na realização de escalas- esta mostra-se uma ferramenta muito importante de auxílio à chefia de enfermagem pois o programa agiliza e facilita o processo de construção da mesma;

2) A emissão de relatórios- auxilia no diagnóstico e avaliação de resultados, necessários ao planejamento diário da assistência e anual da unidade;

3) favorece o desenvolvimento de pesquisas- pois acaba sendo um banco de dados permanente e gera informações até então antes não registradas, podendo ser exemplificado pelo índice mensal e anual de pacientes considerando o seu grau de dependência. Com esta informação o dimensionamento de pessoal da unidade também pode ser calculado de forma mais fidedigna;

Além destes, outros benefícios puderam ser observados:

- Dá visibilidade ao cuidado prestado;
- Amplia a resolutividade dos processos;
- Permite uma equipe participativa no planejamento da assistência;
- Aumenta os índices de segurança para pacientes e trabalhadores;
- Melhora a comunicação;

Sabemos que além dos benefícios supra citados, certamente outros podem ser percebidos, sobretudo, por quem o utiliza na prática. Entretanto, acreditamos que por se tratar de uma proposta inovadora e de grande impacto na assistência e na realidade gerencial como um todo da unidade, sua aplicabilidade certamente encontra **desafios**, sendo alguns deles elencados a seguir:

1- Apesar de termos uma ferramenta que permita a **gestão participativa**, um importante desafio é viabilizar de fato que a gestão seja participativa, fazendo com que os integrantes da equipe colaborem, avaliem, sugiram e participem das ações;

2- A “**Gestão de materiais e ambiência**” pode encontrar entraves para a efetivação e aplicação quanto ao controle de materiais, estoque, validade, entrada e saída. Isto porque para o uso deste aplicativo, torna-se necessário a presença de recursos humanos que alimentem e atualizem as informações. Como não há na unidade um auxiliar administrativo, esta função sobrecairia para a chefia;

3- Sabemos que é de suma importância conhecer e registrar os **eventos adversos** da unidade para a melhoria da assistência prestada e para um planejamento das ações diante dos fatos. Entretanto, para isto se efetivar, é necessário que os profissionais incorporem esta cultura na instituição, uma vez que esta ainda não é prática comum na enfermagem. Frente a isto, aponta-se a **necessidade de capacitação** e sensibilização da equipe frente a importância de tais registros, reforçando o caráter não punitivo dos mesmos;

4- Um desafio que consideramos importante além do **investimento financeiro** para que o projeto seja expandido por conta da necessidade de equipamentos necessários para a implantação nas unidades, trata-se do desafio de ampliação de recursos humanos. Coloca-se isto pois atualmente grande parte do trabalho de alimentação de dados vem sendo feito por uma bolsista do projeto, dificultando a continuidade destas atribuições com a saída da mesma.

Portanto, muitas **limitações** que aqui foram brevemente apontadas para viabilização da implantação e continuidade do uso do PRAXIS, estão ligadas à falta de recursos financeiros para adquirir os equipamentos necessários e a falta de recursos humanos para a implantação e manutenção deste avanço tecnológico em outras unidades.

Diante da grande **relevância** do trabalho, aponta-se como sugestões a necessidade de ampliação para outras unidades e a possibilidade de que esta ferramenta possa também ser acessada por outros profissionais que necessitem de informações geradas pelo PRAXIS, a partir de outros postos de trabalho, tais como CCIH, serviço de Emergência, direção, entre outros.

Apresenta-se ainda como sugestão, a inserção de informações a respeito das avaliações de desempenho, como uma programação para auxiliar a chefia e enfermeiros

dos turnos, uma vez que é necessário que o servidor tenha pelo menos uma avaliação anual, o que geralmente não é realidade em nossa instituição. Entre os principais fatores da não realização das avaliações, destaca-se a falta de planejamento e organização da gestão.

Avaliar a possibilidade de implementar um recurso extra na ferramenta, possibilitando que os dados referentes à escala de serviço que contém o número e nome dos funcionários que estão escalados para trabalhar naquele turno de trabalho, comunique-se com a ferramenta PRAXIS, fazendo a distribuição dos pacientes para cada servidor, considerando o grau de complexidade de cuidado. Com isto, o nome do servidor já apareceria automaticamente na tela, dispensando a alimentação manual destas informações e então, somente caberia ao enfermeiro gerenciar manualmente o sistema nas especificidades do cuidado, eventualidades pertinentes a profissão que trabalha assistindo seres humanos.

Considerações finais:

O instrumento apresentado à Unidade de Internação demonstrou coerência com o objetivo proposto na medida em que a tecnologia foi introduzida, aplicada e avaliada, atendendo o propósito de inovação na gestão em enfermagem, buscando transformar positivamente a atual assistência realizada.

Buscando evidências na aplicabilidade diária, observa-se que a utilização desta tecnologia conjuga ferramentas que buscam facilitar as ações a serem desenvolvidas, proporcionando visibilidade para o trabalho da enfermagem. A implantação e principalmente a alimentação do sistema é uma necessidade gerada que deva ser incorporada em todos os integrantes da equipe e, expandida após o término do estudo, a fim de alavancar tecnologias para os ambientes hospitalares. A efetividade do PRAXIS demonstra o compromisso da academia na viabilização de práticas que aperfeiçoam e valorizam o cotidiano da gestão de unidades hospitalares.