

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Luciana Mara Rosa Milagres

**DESENVOLVIMENTO DE UMA LINHA DE CUIDADO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Belo Horizonte
2022

Luciana Mara Rosa Milagres

DESENVOLVIMENTO DE UMA LINHA DE CUIDADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Mascarenhas Alemão

Coorientadora: Profa. Dra. Carolina da Silva Caram

Belo Horizonte
2022

M637d Milagres, Luciana Mara Rosa.
Desenvolvimento de uma linha de cuidado em um hospital universitário [recursos eletrônicos]. / Luciana Mara Rosa Milagres. -- Belo Horizonte: 2022. 147f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Márcia Mascarenhas Alemão.
Coorientador (a): Carolina da Silva Caram.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Instrumentos para a Gestão da Atividade Científica. 2. Insuficiência Renal Crônica. 3. Processo de Enfermagem. 4. Dissertação Acadêmica. I. Alemão, Márcia Mascarenhas. II. Caram, Carolina da Silva. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 100

ATA DE NÚMERO 83 (OITENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LUCIANA MARA ROSA MILAGRES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 20 (vinte) dias do mês de setembro de dois mil e vinte e dois, às 14:00 (catorze horas), realizou-se no Auditório Maria Sinno da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “DESENVOLVIMENTO DA ETAPA DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA NEFROLOGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM MINAS GERAIS”, da aluna *Luciana Mara Rosa Milagres*, candidata ao título de “Mestre em Gestão de Serviços de Saúde”, linha de pesquisa “Política, Planejamento e Avaliação em Saúde”. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Professora Márcia Mascarenhas Alemão, Professora Carolina da Silva Caram, Professora Karla Rona da Silva e Maria do Carmo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

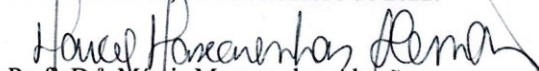
- ☒ APROVADA;
() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADA.

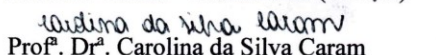
A Comissão Examinadora recomendou a mudança do título para:

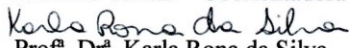
“ Desenvolvimento de uma linha de cuidado em
um hospital universitário ”

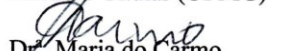
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

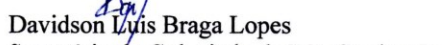
Belo Horizonte, 20 de setembro de 2022.


Prof. Dr. Márcia Mascarenhas Alemão
Membro Titular - Orientadora (UFMG)


Prof. Dr. Carolina da Silva Caram
Membro Titular – Coorientadora (UFMG)


Prof. Dr. Karla Rona da Silva
Membro Titular (UFMG)


Dr. Maria do Carmo
Membro Titular (SMS/PBH)


Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus que me permitiu a bênção da reencarnação renovadora. Agradeço a meus pais por me receberem mesmo com todas as dificuldades e por me ensinarem a honestidade, a valorizar a verdade e as pessoas, e por contribuírem para a formação de quem eu sou.

Tenho muito a agradecer a muitos, pois foi por meio de diversas experiências vividas com pessoas tão distintas que fui desenvolvendo uma história que é só minha e, ao mesmo tempo, faz parte de mim, do meu crescimento como ser humano. Mas hoje, em um momento de conquista, merecida pelo meu esforço, quero agradecer às minhas tias, Rosângela e Zélia, que tanto me apoiaram em momentos muito difíceis e à minha mãe que sempre me incentivou a me esforçar para ser cada vez melhor e vencer minhas limitações e as limitações que as condições financeiras e familiares me impuseram. Obrigada, mãe!! Apesar de a senhora não estar lúcida, agora eu gostaria de deixar registrado o meu mais profundo agradecimento por tudo que a senhora fez para nos educar, a mim e ao meu irmão, abrindo mão de suas vontades e sonhos para nos dar condições de estudar para estarmos “acima da média” como a senhora sempre dizia. Que Nosso Mestre Jesus Cristo a ampare em prova tão difícil e me dê condições para cuidar de você até o fim de sua prova nessa encarnação!

Obrigada, pai, por nunca se cansar de me ensinar que não devemos julgar as pessoas e que o nosso dia tem que ser bom para gente e para quem está ao nosso lado! Obrigada, Dinha Lana, por me proporcionar tantas memórias afetivas da minha infância, levando-me sempre ao seu lado! Obrigada às minhas amadas vovós que tanto me paparicaram, enchendo-me de amor! Obrigada, tio Chico, por me dizer que eu “mereço o mundo”, e que não há ninguém melhor do que eu! Obrigada, Tia Carmem, por sempre me receber e cuidar de mim como filha! A vivência de família que me proporcionaram fez diferença na minha formação como pessoa. Obrigada, meus amigos queridos e familiares, que eu tanto amo e que sabem disso! Não vou citar nomes, porque a lista seria maior do que a própria dissertação!!! Que Deus, em sua infinita misericórdia, guie cada um de vocês pelos caminhos do amor, pois é esse amor que cada um de vocês me ensinou com tantas demonstrações de carinho!!! Obrigada à minha SEMPRE irmã, Polyka, por ser mais do que uma irmã, por ser meu amparo, por ser minha família no sentido mais profundo dessa palavra! Obrigada, minhas comadres e compadres (padrinhos dos meus filhos e meus afilhados de casamento, vocês são a família escolhida e, por isso, amada de forma tão especial!).

O que dizer das minhas orientadoras? Dizer que minhas preces foram ouvidas e que eu tenho as MELHORES!!! Carol, minha amiga, que tanto me inspira, me apoia e me diz o que é preciso dizer! Nossa amizade conforta meu coração e me deixa tranquila por saber que tenho você e o Greg na minha vida!! Ter você como minha coorientadora é dar nome à nossa parceria profissional e “forçar” disponibilizarmos tempo para nós, mesmo que esse tempo nunca seja suficiente para tudo que podemos quando estamos juntas! Te amo sempre, amiga!

Márcia, minha orientadora LINDA!! Você é um presente de Deus para mim, é mais uma prova de todo o amparo que eu recebo. Somos almas afins e tenho certeza de que nossa parceria não começou “ontem” e não irá acabar nunca. Você já tem um lugarzão no meu coração!! Obrigada por me acolher com tanto carinho e me ajudar a vencer essa fase sem sofrimento! Obrigada, Pretinha e Babinha, pelo apoio e ajuda! E por me incluírem em suas vidas! Obrigada, Flávia e Patrícia, por cuidarem do meu lar e de minhas pérolas me permitindo dispor de horas para estudar!

Por fim, mas não menos importante, obrigada Arthur, meu amigo, meu companheiro, meu amor, por sempre me apoiar mesmo quando minhas ideias são mirabolantes, por me acolher quando chego cansada, desanimada ou triste. Você é o presente que Deus me mandou para que eu pudesse ter uma família linda e abençoada, como eu nunca imaginei que teria! Nossa união é de sucesso para ambos e nos trouxe a personificação do sublime, maravilhoso e puro amor com a chegada do Francisco, do Heitor e da Helena. Nossas pedras mais que valiosas!! Digo e não canso de repetir: Sou muito abençoada e só tenho a agradecer!!!! Por isso, repito: Obrigada, SENHOR, por tantas bênçãos!!!

RESUMO

MILAGRES, L.M.R. DESENVOLVIMENTO DE UMA LINHA DE CUIDADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. 2022. 144 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022.

Esta pesquisa é sobre a implementação de uma linha de cuidado em um hospital universitário e tem por objetivo desenvolver a etapa da avaliação do processo de implementação da Linha de Cuidado (LC) da nefrologia em um Hospital Universitário. Realizou-se uma pesquisa de campo descritiva, utilizando método misto com uma abordagem qualitativa e uma abordagem quantitativa. Realizou-se a coleta de dados mediante o método de Observação Participante, entrevistas seguindo roteiro semiestruturado e utilização da técnica de microcusteio. Percebeu-se que a descrição das etapas de diagnóstico, planejamento, intervenção, coordenação e monitoramento para implementação da LC foi essencial para a realização da etapa de avaliação, bem como a descrição do uso de ferramentas de gestão utilizadas. A estruturação da LC contribuiu na organização do serviço de nefrologia e melhorou a assistência prestada ao paciente. Ainda como resultado, destaca-se a produção do artigo sobre o levantamento de custos relacionados à LC, o qual já foi submetido e aceito. Conclui-se que o método do gerenciamento de caso foi adequado para guiar o processo de implementação da LC. Ressalta-se que as informações, obtidas por meio da avaliação, serão consideradas novo diagnóstico e permitirão uma reanálise do serviço. Assim, o processo se mantém contínuo e as etapas são trabalhadas de modo a integrarem o modelo de Linhas de Cuidado na busca pela excelência da assistência. Como produto técnico do presente mestrado, descreveu-se o método de implementação de Linhas de Cuidado em um manual (APÊNDICE D) para replicação nas demais Linhas de Cuidado do Hospital, contendo pontos fortes e fracos dele.

Palavras-chave: Linha de Cuidado. Ferramentas de Gestão. Doença Renal Crônica.

MILAGRES, L.M.R. DEVELOPMENT OF A CARE LINE IN A UNIVERSITY HOSPITAL. 2022. 144f. Dissertation (Professional Master's in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022.

ABSTRACT

This research is about the implementation of a line of care in a university hospital... and aims to develop the stage of evaluation of the process of implementation of the Line of Care (LC) of nephrology in a University Hospital. A descriptive field research was carried out, using a mixed method with a qualitative and a quantitative approach. Data collection was carried out using the Participant Observation method, interviews following a semi-structured script and using the micro-costing technique. It was noticed that the description of the stages of diagnosis, planning, intervention, coordination and monitoring for the implementation of the CL was essential for carrying out the evaluation stage, as well as the description of the use of management tools used. The structuring of the LC contributed to the organization of the nephrology service and improved the care provided to the patient. Also as a result, the production of the article on the survey of costs related to CL, which has already been submitted and accepted, stands out. It is concluded that the case management method was adequate to guide the LC implementation process. It is noteworthy that the information obtained through the evaluation will be considered a new diagnosis and will allow a reanalysis of the service. Thus, the process remains continuous and the stages are worked on in order to integrate the Care Lines model in the search for excellence in care. As a technical product of the present master's degree, the method of implementation of Lines of Care was described in a manual (APPENDIX D) for replication in the other Lines of Care of the Hospital, containing its strengths and weaknesses.

Keywords: Care Line. Management tools. Chronic Kidney Disease.

LISTA DE SIGLAS

AES	Avaliação Econômica em Saúde
AIH	Autorização de internação hospitalar
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CCIH	Comissão de controle de infecção hospitalar
CID	Classificação internacional de doenças
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise peritoneal automatizada
DRC	Doença Renal Crônica
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
GUT	Gravidade Urgência e Tendência
HD	Hemodiálise
HU	Hospital Universitário
ITO	Instruções Técnicas Operacionais
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ITT	Instrução Técnica de Trabalho
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KT/V	Depuração dialítica da ureia x tempo de diálise versus volume de distribuição da ureia
LRA	Lesão Renal Aguda
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NO	Notas de campo
PET	Teste de equilíbrio peritoneal
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAS	Rede de atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBAC	Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
SBAR	Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva

TX	Transplante
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de compromisso de utilização de dados
UTI	Unidade de terapia intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Etapas do Método de Gerenciamento de Caso.....	28
Figura 2	Estrutura de uma sublinha de cuidado.....	54
Figura 3	Fluxo geral de acesso (portas de entradas) dos pacientes aos serviços da nefrologia	56
Figura 4	Fluxo específico para implante de cateter para Diálise Peritoneal.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Etapas Dinâmicas de Implementação do Gerenciamento de Caso.....	29
Quadro 2	<i>Brainstorm</i> diálise peritoneal.....	38
Quadro 1	Resultado das reuniões individuais da diálise peritoneal.....	39
Quadro 4	Diagnóstico das necessidades da sublinha da diálise peritoneal.....	46
Quadro 5	Matriz SWOT Diálise peritoneal.....	48
Quadro 6	5W2H da implementação da LC da Nefrologia: Sublinha DP (2015)	51
Quadro 7	Relação Cliente/fornecedor da DP para implante de cateter de DP em adultos	52
Quadro 8	Planos de Comunicação da Intervenção – 2015-2020.....	55
Quadro 9	Quantitativo de documentos por sublinha de cuidado – ANO 2017.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quantitativo de pacientes do serviço de nefrologia – janeiro / 2014 a maio / 2015	37
Tabela 2	Relação de pacientes DRC por estágio da doença – jan/2014 a maio/2015	38
Tabela 3	Faturamento por CID da Nefrologia (Ano 2014)	44
Tabela 4	Matriz GUT – Sublinha Diálise Peritoneal – DP	50
Tabela 5	Dados da ouvidora referente ao HU	66
Tabela 6	Conformidade em relação à avaliação	68

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.2 JUSTIFICATIVA	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.5 MÉTODO DE GERENCIAMENTO DE CASO.....	28
3 MÉTODO DE PESQUISA.....	30
3.1 MÉTODO E ABORDAGEM DE PESQUISA	30
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	30
3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	32
3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	33
3.5 CUIDADOS ÉTICOS	34
4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	36
4.1 DESENVOLVIMENTO DAS CINCO PRIMEIRAS ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LC E O USO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LC	36
4.1.2 Etapa 3 – Intervenção.....	48
4.1.3 Etapa 4 – Coordenação	61
4.1.4 Monitoramento	622
4.2 A ETAPA DE AVALIAÇÃO DO MÉTODO DE GERENCIAMENTO DE CASO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LC	633
4.2.1 Auditorias Internas de Qualidade.....	644
4.2.2 Dados da Ouvidoria.....	655
4.2.3 Pesquisas de Satisfação do Público Interno	666
4.2.4 Dados da Unidade de Planejamento estratégico.....	677
4.2.5 Análise das entrevistas	722
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	788
REFERÊNCIAS	822
APÊNDICE A	90
APÊNDICE B.....	951
APÊNDICE C	92

APÊNDICE D95
APÊNDICE E116
ANEXO A145
ANEXO B147

APRESENTAÇÃO

Nasci em Belo Horizonte, Minas Gerais. Sou filha de pai representante comercial e vendedor e mãe auxiliar administrativo. Tenho um irmão quase 5 anos mais velho do que eu que esteve muito presente na minha infância e adolescência contribuindo para uma memória afetiva de brincadeiras e travessuras muito boas.

Passei minha infância e adolescência em escolas públicas. Sempre tive notas boas e facilidade para aprender em sala de aula, o que me permitia não precisar estudar tanto em casa. Meu segundo grau foi em uma excelente escola particular, a qual eu pude frequentar com bolsa de 100% devido a minha mãe começar a trabalhar lá como recepcionista. Terminando o segundo grau, optei por fazer vestibular para Comunicação Social Relações Públicas, pois achava que seria feliz promovendo eventos.

Iniciei o curso na PUC e, por questões financeiras, precisei abandonar. Nesse período tive a oportunidade de conviver com uma enfermeira que me deu o exemplo de como é gratificante ter, como trabalho, contribuir para que as pessoas sofram menos em seus processos de busca pela saúde. Assim, decidi estudar e passar na UFMG para cursar enfermagem de forma gratuita. Foi o que fiz! Dediquei-me muito aos estudos e entrei na Federal. Apaixonei-me pelo curso desde o começo. O conhecimento que ele proporciona e as experiências são indescritíveis, mas posso afirmar que serviram para que eu tivesse certeza do caminho a seguir: dedicar-me a ser uma enfermeira capacitada e que busca, a cada dia, ser mais sensível ao sofrimento do próximo, tendo a bênção de passar boa parte do meu dia cuidando de pessoas que estão em fases difíceis e vulneráveis.

Sempre amei a minha prática profissional, mas, por eu ser muito questionadora e crítica, me indigno com a indiferença que permeia a área da saúde em relação ao gerenciamento dos serviços. Este precisa, como objetivo principal, oferecer o melhor para o paciente dentro de suas necessidades e dispende o mínimo de recursos possível para que não haja desperdícios. Assumindo o posicionamento citado acima, o economizado pode ser revertido para melhorar ainda mais a qualidade da assistência. No decorrer da minha carreira tive excelentes exemplos de assistência qualificada e humanizada associada à gestão de processos e de pessoas não abrindo mão da qualidade.

Ao ingressar no Hospital, onde atuo, hoje percebi uma oportunidade de melhoria no setor do qual eu fazia parte e desenvolvi um projeto para que o setor atendesse às legislações vigentes e fosse organizado no modelo de LC (Linhas de Cuidado), para que o foco de todas as ações do setor fosse atender as necessidades dos pacientes dentro do Hospital e em diálogo com

a Rede de Atenção à Saúde. A Superintendente, a época, me convidou a desenvolver meu projeto passando a fazer parte da Assessoria de Planejamento do Hospital. Foi assim que comecei a trabalhar com Linhas de Cuidado e me apaixonei pelo modelo. Comecei pela Linha da Nefrologia, a qual apresento aqui e reproduzi a mesma estratégia, os mesmos passos, em outros três setores do Hospital, Linhas de Cuidado da Oncologia, Hematologia e Materno infantil, com resultados semelhantes e promissores. Disso surgiu a vontade de estudar o modelo de Linhas de Cuidado, avaliar os resultados para desenvolver ações que favoreçam a qualidade da assistência e divulgar os passos seguidos para que outros gestores também possam colocá-los em prática para organização de seus serviços em Linhas de Cuidado. Nesse contexto, o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde atendeu as minhas expectativas em consonância aos meus horários e disponibilidade para estudos, haja vista eu trabalhar 36 horas por semana no período diurno, tendo a noite e finais de semana para me dedicar aos estudos.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição clínica considerada incurável e de evolução progressiva, sendo a efetividade do serviço imprescindível para o contingenciamento e uso consciente de recursos e para a obtenção de benefícios relativos aos parâmetros de saúde e estratégias que visem retardar a sua progressão. Em 2015, os gastos com DRC chegaram a mais de 2 bilhões, o que correspondeu a 5% dos gastos com média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a, aproximadamente, 40 bilhões de reais (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

Por sua representação assistencial e pelo representativo volume de recursos dispendidos, em 2014 o Ministério da Saúde (MS) definiu as Diretrizes para o cuidado ao paciente com DRC, estabelecendo estratégias para prevenção dos pacientes com risco de desenvolver a doença e tratamento dos pacientes renais em todos os estágios da doença (BRASIL, 2014a).

Segundo esse documento, o atendimento aos pacientes com DRC pode ocorrer em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devido aos diferentes estágios da doença. Os estágios terminais devem ser atendidos por equipe especializada no nível secundário e, quando se fizerem necessárias terapias renais substitutivas (TRS), os pacientes devem ser atendidos em clínicas e serviços especializados da alta complexidade, nível terciário, para realização de TRS (BRASIL, 2014a). Essas clínicas podem ser satélites, quando estão fora do ambiente hospitalar, tendo necessariamente um hospital de referência ou estarem inseridas em hospitais, fazendo parte do escopo de serviços do hospital.

Especificamente, com relação aos hospitais, ressalta-se que eles têm como escopo o atendimento a pacientes críticos agudos ou crônicos que demandam uma estrutura complexa e de maior densidade tecnológica. Os hospitais têm, como perfil, o atendimento multiprofissional a pacientes que dependem de assistência 24 horas, demandando internação por períodos variados devido à instabilidade de seus quadros clínicos. Cabe à instituição hospitalar oferecer atendimento integral incluindo, além do diagnóstico e tratamento, a promoção à saúde, prevenção de agravos e processo de reabilitação (BRASIL, 2013).

O MS, com vistas a estabelecer as diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). A PNHOSP define vários dispositivos de cuidado para assegurar o acesso e a qualidade assistencial, tais como a horizontalização do cuidado, a auditoria clínica, a gestão da clínica, o plano terapêutico, e as linhas de cuidado.

Dentre os dispositivos de cuidado, destaca-se a Linha de Cuidado (LC), visto que ela é considerada uma estratégia de organização do componente hospitalar na RAS. De acordo com a PNHOSP (2013), a LC possibilita ao serviço prestar assistência integral e completa aos indivíduos, em todas as fases da vida, “de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2013).

O MS publicou a Portaria nº 389 de 13 de março de 2014 que define os critérios para a organização da LC da pessoa com DRC. A referida Portaria orienta a organização do processo de atenção, de responsabilidade e competência de cada nível de atenção do sistema de saúde. Apresenta recomendações importantes para o mapeamento e articulação dos recursos e serviços, permitindo a devida condução dos pacientes pelo tratamento mais adequado, de acordo com as diretrizes clínicas pertinentes (Diretrizes para o cuidado ao paciente com DRC) (BRASIL, 2014b).

Tendo em vista a publicação da referida portaria, o MS publicou o Guia Instrutivo para organização local da LC da pessoa com DRC (BRASIL, 2014c). O documento explicita os passos necessários para a estrutura das LC no âmbito das secretarias de saúde, fazendo recomendações sobre a identificação da população; definição de competências de cada ponto de atenção e habilitação dos serviços; estrutura de atendimento; matriciamento; e ações de regulação. Contudo, o guia instrutivo não fornece elementos objetivos, tais como ferramentas de gestão e orientações de práticas, para que os serviços de saúde se organizem internamente de forma a incorporarem as diretrizes da LC e, assim, serem capazes de externalizá-las no âmbito da RAS.

A esse respeito, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) refere que a implementação da LC da DRC “[...] depende dos fluxos e metas estabelecidas, dos recursos disponíveis, dos setores articulados, do envolvimento dos profissionais de saúde, das ações de formação profissional, da adequada gestão dos processos e do constante monitoramento”. Ainda, Franco e Franco (2010) afirmam que as linhas de cuidado devem ser implementadas dentro de uma unidade de saúde, sendo necessário que os gestores dos serviços reorganizem o processo de trabalho de sua unidade de saúde, pactuando fluxos para facilitar o acesso do usuário aos serviços que necessita, atendendo às suas necessidades de saúde e de acordo com os recursos disponíveis. Nesse sentido, é importante que os serviços sejam ativos e participativos no processo de implementação das LC, seguindo as diretrizes clínicas pertinentes e, principalmente, incorporem processos que se referem a sua efetiva operacionalização.

Destaca-se que o processo de implementação da LC nos serviços, com base nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente portador de DRC, propostas pelo Ministério da

Saúde (BRASIL, 2014a), reforça a necessidade e a relevância de investimentos na organização e na gestão de serviços de nefrologia. Corroborando este entendimento, Moraes Júnior *et al.* (2014) apresentam que a gestão, a organização e a padronização dos processos podem reduzir custos e melhorar a situação do paciente.

Diante da necessidade de os serviços de nefrologia, no âmbito hospitalar, organizarem-se para atender às diretrizes da LC e, considerando a ausência de recomendações de ferramentas de gestão e organização de práticas para a implementação da LC à pessoa com DRC, o serviço de nefrologia de um Hospital Universitário, referência no Estado de Minas Gerais para o atendimento à pessoa com DRC buscou, como método, o Gerenciamento de Caso para padronização e organização dos processos de implementação da LC internamente.

O Gerenciamento de Caso, conforme proposto por Gonzáles *et al.* (2003, p. 229), apresenta-se como importante método de gestão e organização do serviço de saúde com foco nas necessidades dos pacientes, mas também na utilização sustentável dos recursos. O Gerenciamento de Caso é definido pelos autores como um “conjunto de passos lógicos e um processo de interação com rede de serviços que assegura aos pacientes os serviços necessários, de uma maneira eficiente, com apoio e uma boa relação custo-benefício”, englobando as seguintes etapas: diagnóstico, planejamento, implementação, coordenação, monitoramento e avaliação.

Este gerenciamento caracteriza-se, portanto, como proposta guiada por pessoas capazes de organizar a assistência de forma a beneficiar os pacientes, enfocando o cuidado holístico e humano, além de controlar os custos (GONZÁLES *et al.*, 2003). Tal característica, vem ao encontro do que é proposto pela normativa do Ministério de Saúde a respeito da implementação da LC da DRC, podendo ser, assim, uma ferramenta de suporte na implementação apresentada nesta pesquisa.

Seguindo as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (2014a), alinhado ao referencial teórico proposto por Gonzáles *et al.* (2003), o Hospital cenário deste estudo iniciou a implementação da LC na nefrologia (LC Nefrologia), em 2015, utilizando o método do gerenciamento de caso e vem, desde então, trabalhando nesse processo que, por definição do método, deve ocorrer de forma cíclica e contínua (GONZÁLES *et al.*, 2003). Até janeiro de 2022, as cinco primeiras etapas, sendo essas Diagnóstico, Planejamento, Intervenção, Coordenação e Monitoramento, já foram implementadas, faltando a etapa de Avaliação que fornecerá informações para possíveis melhorias que se fizerem necessárias, trazendo dados que poderão ser usados como novo diagnóstico nesse processo.

Tendo como pressuposto que a implementação das linhas de cuidado, conforme o Gerenciamento de Caso definido por Gonzáles *et al.* (2003) e alinhada à proposta do MS, o processo envolve etapas que se complementam para a organização de práticas que envolvam gestão dos processos e dos recursos, e que as cinco primeiras etapas já foram realizadas, surge, pois, a pergunta de pesquisa do presente estudo: *Como ocorre o processo de implementação da LC em um Hospital Universitário, utilizando o método do gerenciamento de caso?*

1.1 OBJETIVOS

Neste tópico, serão delineados o objetivo geral e os objetivos específicos que orientam esta pesquisa.

1.1.1 Objetivo Geral

Desenvolver os processos da LC da nefrologia em um Hospital Universitário.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Descrever o desenvolvimento das cinco primeiras etapas do processo de implementação da LC;
- Descrever o uso das ferramentas de gestão no processo de implementação da LC;
- Desenvolver a sexta etapa do processo de implementação da LC, etapa de avaliação.
- Levantar os custos da assistência prestada na LC, com vistas a identificar os recursos gastos nos procedimentos realizados.

1.2 JUSTIFICATIVA

A organização feita em LC favorece a tomada de decisão, promovendo melhorias no que concerne à efetividade, eficiência e eficácia do serviço de saúde. A implementação da LC pode fornecer subsídios para a elaboração de parâmetros de efetividade fundamentais para o cuidado ao paciente com DRC e para o serviço no que tange à qualidade e custos. Nesse sentido, desenvolver as etapas do método de Gerenciamento de Caso no processo de implementação da

LC da nefrologia permitirá identificar os pontos fortes e fracos da implementação e fornecer dados para melhorias que se fizerem necessárias.

Também se acredita que descrever todas as etapas da implementação da LC, juntamente às ferramentas de gestão utilizadas, contribuirá para a compreensão do processo de implementação das Linhas de Cuidado e possa favorecer *benchmarking* para a organização de serviços de saúde em Linhas de Cuidado em outras instituições de saúde. Tais resultados poderão ser projetados para o Sistema Único de Saúde, impactando na organização dos serviços em Linhas de Cuidado no contexto da RAS.

Os resultados desta pesquisa poderão servir de modelo para a replicação em outros serviços de nefrologia, desde que sejam consideradas as variáveis e o contexto. Este estudo pode, ainda, motivar o desenvolvimento de processos de gestão padronizados e mensuráveis abrangidos pelo modelo de Linhas de Cuidado, em conformidade com as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde.

Como produto técnico do presente mestrado, foi descrito o método de implementação de Linhas de Cuidado em um manual (APÊNDICE D) para replicação nas demais Linhas de Cuidado do Hospital, contendo pontos fortes e fracos dele. O manual em questão foi apresentado ao Hospital do estudo que tem a demanda de organização dos serviços assistenciais em Linhas de Cuidado por preconização da rede de gestão dos Hospitais que o gerencia e, por determinação do MS, para atender à organização das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

Quanto à justificativa para o levantamento do custo, entende-se que o conhecimento dos custos em saúde ainda é um grande desafio, porém necessário para a fundamentação de políticas de saúde, na identificação do equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores de serviços ao SUS (OPAS, 2018) e na melhoria do desempenho e da qualidade da atenção hospitalar (BANCO MUNDIAL, 2007; BRASIL, BRASIL, 2009; CLEMENTS *et al.*, 2012; OECD, 2010). Além disso, sua utilização é fundamental na construção do planejamento e orçamento da saúde, ampliando a validade destes como ferramenta de gestão (BRASIL, 2007).

A falta de informações de custos dos serviços prestados em saúde, de forma sistematizada e confiável, impede o desenho de mecanismos de pagamentos sólidos (FORGIA; COUTTOLLENC, 2009). Destaca-se que, conforme apresentado por Nunes (1998, p. 39), “o conhecimento dos custos dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos”.

Como enfermeira nefrologista, auditora hospitalar, com experiência em gestão de serviços de saúde, a pesquisadora questiona o distanciamento entre a linha de frente da assistência e a gestão dos serviços de saúde, tendo um olhar especial para a relação custo-benefício que, em sua percepção, deveria caminhar junto à tomada de decisão em serviço de saúde. Para tanto, faz-se necessária a articulação assistência *versus* custos para melhor desempenho dos serviços e para a produção de pesquisas que tragam o resultado dessa articulação de forma mensurável e científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está dividido em cinco partes, sendo a primeira, a apresentação da DRC; a segunda, a apresentação da LC, como modelo de organização; a terceira, a apresentação das ferramentas de gestão utilizadas ao longo da implementação da LC; a quarta, a apresentação do uso das informações de custo no setor saúde. Por fim, a quinta parte abordará o método de Gerenciamento de caso.

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Nas últimas décadas, a transição demográfica e o padrão de adoecimento da população acarretaram mudanças significativas na situação de saúde do Brasil. Nesse cenário, as doenças crônicas ganharam evidência, haja vista suas implicações, como o aumento no uso dos serviços de saúde, nas internações e consequente aumento dos custos para o SUS e planos de saúde (MALTA *et al.*, 2017). A DRC destaca-se por requerer acompanhamento e investimentos por parte do setor de saúde, pois apresenta alta taxa de morbimortalidade e progressiva taxa de incidência e prevalência (SESSO *et al.*, 2014).

Os acometimentos crônicos prescindem de uma rede integrada de serviços de saúde com vistas ao alcance do tratamento e acompanhamento do paciente crônico, aumentando a eficiência clínica e redução de situações de agudização e de intervenções de maior complexidade (MENDES, 2011). Dentre os acometimentos crônicos, a DRC destaca-se por se tratar de uma condição clínica considerada incurável e de evolução progressiva, tendo, como consequência, problemas físicos, psicológicos, sociais e econômicos.

A DRC requer acompanhamento e investimentos por parte do setor de saúde, pois apresenta alta taxa de morbimortalidade e progressiva taxa de incidência e prevalência. De acordo com o último Censo Brasileiro de Diálise, publicado em 2012, o número de pacientes com DRC, em fase terminal, praticamente duplicou em comparação com a última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011. Neste ano, mais de 28.000 novos pacientes/ano iniciaram a TRS considerada como desfecho desfavorável para a DRC. Portanto, exige-se, cada vez mais, a utilização de recursos e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas, necessidades e demandas de saúde dos pacientes acometidos e a utilização de intervenções efetivas (SESSO *et al.*, 2014).

A DRC apresenta diversas medidas terapêuticas, abrangendo desde a terapêutica conservadora até a TRS. Segundo Bastos e Kirsztajn (2011), o tratamento ideal ao paciente com

DRC é baseado em três pilares de apoio: 1) diagnóstico precoce da doença, 2) encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e 3) implementação de medidas para preservar a função renal (BASTOS, 2011). O diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e instituição de medidas para diminuir/interromper a progressão da DRC estão entre as estratégias-chave para melhorar os desfechos clínicos. O retardo da progressão da doença renal crônica é uma realidade possível de ser alcançada mediante o acompanhamento desses pacientes no tratamento conservador.

Cabe salientar que a TRS consiste em uma importante estratégia de redução das taxas de mortalidade e de hospitalização. Contudo, sua utilização repercute negativamente tanto para a qualidade de vida do paciente quanto nos custos para o SUS. Dessa forma, prevenir ou retardar a TRS é o mais indicado (REMBOLD, 2009).

O acompanhamento de pacientes com DRC é regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 de 13 de março de 2014 (BRASIL, 2014d), pela Portaria 389 de 13 de março de 2014 (BRASIL, 2014b) e pelas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, criada pelo MS, em 2014, além de outras legislações que vêm complementar as supracitadas, como a Portaria 1675 de 07 de Junho de 2018 que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS (BRASIL, 2018a).

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, os desfechos clínicos mais temidos são a doença cardiovascular, a necessidade de TRS e a mortalidade por todas as causas, especialmente a mortalidade cardiovascular. Assim, na diretriz é reforçada a importância dos esforços clínicos com vistas à prevenção da progressão da DRC, bem como para a conservação da taxa de filtração glomerular para que se tenham impactos positivos nesses desfechos (BRASIL, 2014a).

Conforme as Diretrizes, portadores de DRC devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar que irá assegurar orientações e educação como, por exemplo, aconselhamento e suporte sobre mudanças no estilo de vida; programa de educação sobre DRC e TRS, orientação sobre o autocuidado e sobre as modalidades de tratamento e de adesão terapêutica da DRC (BRASIL, 2014a). As medidas descritas são potencialmente capazes de prolongar a terapia conservadora em pacientes com DRC, o que permite a responsabilização do paciente no tratamento galgando melhores resultados e, ainda, reduzindo os custos para o sistema.

Para atender as legislações, o serviço de nefrologia deve ter sua gestão e assistência direcionadas a evitar a evolução da DRC para desfechos desfavoráveis que pioram a qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, reduzir os custos que esses desfechos geram,

otimizando o desempenho do serviço. Quando se fala de custos é importante ressaltar que otimizá-los em serviços públicos é uma forma de permitir o atendimento de maior demanda de pacientes e aumento no número de procedimentos para estes.

2.2 LINHA DE CUIDADO: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Linha de Cuidado (LC) é uma forma sistêmica de produção da saúde a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, centrada nas necessidades do usuário desde sua entrada na rede de atenção à saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003). Também é considerada um modelo de estruturação dos serviços com foco no processo de cuidado por meio da criação e implementação de fluxos ordenados de acesso e atendimento aos sujeitos nos serviços de saúde, com objetivo de tornar a atenção mais resolutiva. É também entendida como prática atual de gestão e atenção em saúde direcionada à integralidade da atenção nos vários níveis do sistema (DUBOW *et al.*, 2014).

As Linhas de Cuidado, por serem a intersecção entre a ação clínica e a ação gestora em benefício do processo de cuidado, são formas de inovação e valorização das experiências que tenham o Cuidado como fim e como ponto de partida (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

A Linha de Cuidado pode se formar dentro de uma Unidade de Saúde, por exemplo, uma Unidade Básica, Policlínica ou Hospital, ou pode ser referenciada regionalmente. Sua dimensão vai depender de que recursos ela alcança nos fluxos que foram pactuados, e onde estão estes recursos. Se há uma dimensão regional para a rede de saúde, a Linha pode ter o alcance loco-regional. Não há um limite pré-definido, a realidade de cada local e as pactuações desenvolvidas vão definir sua dimensão. (FRANCO; FRANCO, 2010, p. 5)

Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização dos setores da assistência envolvidos; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico definido, com acompanhamento da gestão do serviço (MALTA; MERHY, 2010).

De acordo com as “Orientações técnicas para a implementação de LC para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2018b) a LC é um modo estratégico de organizar a atenção integral e longitudinal à saúde na RAS, tendo a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado. Para a implementação da LC, ações e

iniciativas voltadas para a organização da gestão e relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde devem ser instituídas.

2.3 FERRAMENTAS DE GESTÃO

As ferramentas de gestão correspondem a modelos e métodos na gestão de organizações, visando ao conhecimento de processos e recursos (SANTOS; GUIMARÃES e BRITO, 2013). Serão apresentadas as ferramentas de gestão utilizadas durante todo o processo de implementação da LC Nefrologia do Hospital, cenário deste estudo, de forma a subsidiar o desenvolvimento da etapa de avaliação. Nesse sentido, serão descritas as seguintes ferramentas: *Brainstorming*; matriz GUT; Planejamento estratégico; 5w2h e; auditoria de qualidade

O *Brainstorming* implica reunir um grupo de usuários e empregar uma sessão onde todos expõem suas ideias para chegarem a um novo produto que identifique deficiências no processo analisado, favorecendo a identificação de soluções para as deficiências identificadas (COOPER; EDGER, 2008). Considerando a análise dos autores, o *Brainstorming* é eficaz para gerar ideias de qualidade. Segundo Teza *et al.* (2016), o *Brainstorming* é uma forma de gerar, gerenciar e enriquecer ideias no processo de inovação.

A utilização dessa ferramenta teve por objetivo favorecer o diagnóstico da Unidade trazendo questões que impactavam diretamente na assistência, pela visão dos profissionais envolvidos. O *Brainstorming* é uma iniciativa em que os participantes, em um determinado tempo, lançam ideias sobre uma questão levantada, de forma livre e sem críticas, buscando várias opiniões sobre um mesmo objeto (SOUZA, MINAYO e COSTA, 2018). A tempestade de ideias permitiu a participação dos atores, com o objetivo de captar o máximo de informações sobre determinado problema.

A ferramenta Matriz GUT é comumente utilizada por gestores para analisar a prioridade dos problemas a serem trabalhados em uma instituição e subsidiar as tomadas de decisões. Sua sigla, GUT, representa os três aspectos principais que devem ser analisados, sendo esses: Gravidade, Urgência e Tendência (CÉSAR, 2013).

A utilização da matriz GUT foi de extrema relevância, pois possibilitou elencar uma ordem de prioridade entre muitos pontos identificados a serem trabalhados, garantindo maior agilidade no planejamento das ações que gerariam maior impacto na assistência e organização da LC.

O Planejamento Estratégico (PE) foi inicialmente descrito por Carlos Matus (1989) como sendo um cálculo racional que antecede e preside a ação. O PE tem como principal

objetivo organizar as ações proporcionando condições viáveis para que a organização seja proativa às mudanças que se fazem necessárias para atuar em seu campo de negócios (CHIAVENATO, 2004). Este autor ainda afirma que o Planejamento Estratégico se faz essencial dentro de uma organização por identificar potenciais e fraquezas, definindo planos de ações que possam levar aos resultados almejados.

A etapa de planejamento foi toda organizada por meio do Planejamento estratégico para garantir a organização necessária para definição e desenvolvimento dos planos de ação.

A ferramenta 5W2H tem como objetivo responder a sete perguntas de forma sistematizada. É utilizada como suporte para identificação de problemas e planejamento de planos de ação sendo eficaz para reduzir a complexidade das soluções por meio de respostas a sete perguntas que possibilitam nortear as ações devido a melhor visualização e entendimento dos processos e do planejamento para solução das questões a serem tratadas (SILVA *et al.*, 2013). As perguntas estão sinalizadas no nome da ferramenta, sendo estas:

- *What*: o que deve ser feito?
- *Why*: por que precisa ser realizado?
- *Who*: quem deve fazer?
- *Where*: onde será implementado?
- *When*: quando deverá ser feito?
- *How*: como será conduzido?
- *How much*: quanto custará esse projeto?

Os planos de ação planejados foram descritos por meio da ferramenta 5W2H para ter, de forma clara e precisa, os participantes dos processos, prazos e demais especificidades que se fizeram necessárias para desenvolvimento das ações.

Auditoria de Qualidade, também conhecida como Auditoria interna de Sistemas da Qualidade, tem como objetivo garantir e melhorar os sistemas implantados e elaborar relatórios descrevendo os achados nas auditorias para as chefias envolvidas diretamente no processo. É também de responsabilidade da equipe de auditoria interna de qualidade oferecer capacitações provendo bases para os procedimentos necessários e as habilidades para se atingir os objetivos relacionados à qualidade na instituição. É de fundamental importância que os profissionais de todas as áreas da instituição dominem as ferramentas e técnicas da qualidade. Isso se deve à proposta de que o controle de qualidade, assim como a análise e solução dos problemas fiquem

sob responsabilidade das chefias dos setores onde os processos se desenvolvem (PALADINI *et al.*, 2012).

A Auditoria de Qualidade já faz parte do processo de gestão da qualidade do hospital cenário deste estudo. Os dados coletados pela equipe da auditoria interna do hospital são usados para a etapa de monitoramento.

2.4 O USO DAS INFORMAÇÕES DE CUSTO NO SETOR SAÚDE

Nas unidades de saúde, conforme apresentado pelo Banco Mundial (2007), a gestão efetiva de custos é essencial na determinação da melhor alocação dos recursos na etapa de construção do orçamento, sendo que a falta de informações de custos é apontada como a principal dificuldade na preparação do orçamento. Também é essencial para a gestão eficiente dos recursos alocados.

As informações de custos, no setor saúde, devem fundamentar não apenas a formação de preços dos serviços prestados, mas também análises internas que permitam conhecer os resultados da gestão e melhoria no funcionamento da organização (GONÇALVES *et al.*, 2010).

No livro *Desempenho Hospitalar no Brasil* (FORGIA e COUTTOLLENC, 2009, p. 22), os autores apresentam que “[...] a ausência de informações sistemáticas e confiáveis sobre custos, produção de serviços, resultados e características impede o desenho de mecanismos de pagamentos sólidos”. Alinhado ao entendimento dos autores, muitos dos conflitos gerados entre o SUS e os hospitais, em relação aos níveis de financiamento e valores pagos, são devido à falta de evidências de informações confiáveis de custos de tratamentos e procedimentos (FORGIA; COUTTOLLENC, 2009; BANCO MUNDIAL, 2007).

Portanto, as informações de custos são fundamentais na gestão da saúde, desde que tenham uma coleta de dados sistematizada, padronizada, isto é, metodologicamente válida. Essas informações de custos devem possibilitar avaliar a qualidade, identificar problemas e definir ações necessárias para adequação da gestão (GONÇALVES *et al.*, 2010).

A compreensão da informação de custos como metainformação é fundamental para que possa ser compreendida como ferramenta de gestão na tomada de decisão. A metainformação é comumente entendida como informação acerca de informação (GILLILAND, 2008). Este conceito representa compreender que as informações de custos devem ir além do quanto custa, deixando de ser consideradas apenas como ferramenta trivial de corte de gastos e sim objetivando melhor uso dos recursos (GONÇALVES *et al.*, 2016).

A importância de considerar as informações de custos como metainformação visa permitir o conhecimento dos processos de formação dos custos, possibilitando o controle e verificação dos resultados de cada atividade.

Diversas são as metodologias utilizadas na elaboração de estudos de avaliação econômica em saúde (HENDRIKS *et al.*, 2014). Esta diversidade é apontada pelo MS como um fator limitante no desenvolvimento das Avaliação Econômica em Saúde (AES) pela dificuldade de padronização das metodologias. Nas instituições públicas, muitas não apresentam sistemas de custos implantados, o que dificulta a elaboração dos estudos de AES.

Visando homogeneizar a apuração dos custos das AES, foi publicada a Diretriz metodológica: Estudos de microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Conforme apresentado por Alemão e Gonçalves (2018) e também pela Diretriz Metodológica do MS (BRASIL, 2019), o microcusteio é apresentado como metodologia padrão ouro para realização de estudos de custos.

Os estudos de microcusteio têm como base a estimativa de cada componente de recurso usado, o que significa a apropriação dos custos diretamente relacionados ao produto ou serviço que se deseja custear. Para Finller (2007), isso representa o “processo de examinar recursos reais consumidos por um determinado paciente ou serviço de saúde”. Para Tan (2009), esta metodologia é apresentada como uma construção por blocos (*bulding block*), em que os componentes de custos são determinados e combinados para chegarem aos custos dos serviços de saúde.

O microcusteio deve ser aplicado para serviços com grande variação dos custos por paciente. Nestes estudos, a unidade de análise é o serviço individualizado, sendo que o método avalia os custos de todos os componentes utilizados no tratamento do paciente, seja por meio de revisão do prontuário ou ficha clínica. Inclui ainda os custos diretos e indiretos do cuidado prestado ao paciente. A avaliação de custos, de forma individual, permite identificar as opções terapêuticas de cada caso e assim também as diferenças de custos (BRASIL, 2019).

Dado o detalhamento do microcusteio, ele é apontado como padrão ouro das AES, porém é de difícil aplicação devido à falta de padronização de métodos de coleta de custos, com uma coleta de dados demorada e onerosa (GONÇALVES, ALEMÃO; 2018). Além disso, pode haver dificuldades éticas relacionadas à acessibilidade, privacidade e confiabilidade dos dados por paciente (BRASIL, 2019).

Considerando estas dificuldades, o que normalmente é aceito e realizado nos estudos de custos ao paciente ou tratamento é a utilização de mais de uma metodologia para coleta. Esta abordagem combinada, conforme a Diretriz metodológica do MS (BRASIL, 2019), utiliza o

microcusteio de baixo para cima para levantamento dos custos diretos individualizados, de pessoal, medicamentos, material médico e exames.

Para levantamento dos custos indiretos, utiliza-se o *microcusteio de cima para baixo*, levantando o custo médio paciente-dia em unidades de internação ou custo médio de atendimento em ambulatório, custo médio de hora de bloco cirúrgico, por exemplo. Considerando as particularidades das abordagens, o uso combinado de metodologias apresenta-se como a opção mais viável, devendo ser avaliada a viabilidade e precisão do levantamento dos dados (GONÇALVES; ALEMÃO, 2018).

2.5 MÉTODO DE GERENCIAMENTO DE CASO

O Método de Gerenciamento de Caso pode ser usado para melhorar a qualidade do serviço. É caracterizado como “um conjunto de intervenções que visam facilitar o desfecho no tratamento” (FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 63), sendo organizado de forma a seguir uma sequência estruturada em uma relação de interação entre redes de serviço para garantir aos pacientes a assistência adequada e eficiente em uma relação custo-benefício favorável (GONZÁLES *et al.*, 2003).

Portanto, “o gerenciamento de caso é considerado uma tecnologia na microgestão aplicada às atividades clínicas na perspectiva dos sistemas integrados de saúde” (GONZÁLES *et al.*, 2003, p. 228). Trata-se de um processo contínuo e as etapas são trabalhadas de modo a integrarem o modelo de Linhas de Cuidado na busca pela excelência da assistência (**Figura 1**).

Figura 1 — Etapas do Método de Gerenciamento de Caso



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

As etapas de implementação do Gerenciamento de Caso, conforme apresentado por GONZÁLES *et al.* (2003) estão apresentadas no **Quadro 2**.

Quadro 2 — Etapas dinâmicas de implementação do Gerenciamento de Caso

Etapas	Descrição
Etapa 1 – Diagnóstico	O Diagnóstico consiste no levantamento de dados referentes ao serviço a ser organizado. Pode ser considerada a etapa mais importante do processo, porque somente com a visão correta e o mais completa possível da realidade do serviço ofertado é possível uma análise crítica para que, na fase de planejamento, sejam definidos com clareza os objetivos, as metas e as ações de melhoria dos processos da assistência.
Etapa 2 – Planejamento	A etapa de Planejamento define os objetivos e metas que se desejavam alcançar, por meio da implementação da LC. Planejar toda a LC, seguindo a lógica do planejamento estratégico é recomendável para proporcionar a aprendizagem organizacional e a visão sistêmica de todo o processo assistencial do hospital.
Etapa 3 – Intervenção	Na fase de intervenção, o planejado é colocado em prática, seguindo planos de ação pensados tendo como base os objetivos propostos. Acordos e contratualizações são realizados nessa fase visando ao bom andamento do serviço e o alcance das metas estipuladas.
Etapa 4 – coordenação	A fase de coordenação pode usar dos espaços dos colegiados (CECÍLIO, 2010) mediante reuniões periódicas programadas entre a equipe gestora da linha, assessoria de planejamento e gerência de atenção à saúde. Momento em que novas estratégias devem ser definidas para soluções de questões agudas ou crônicas do serviço.
Etapa 5 – Monitoramento	Essa etapa é realizada de maneira contínua por se tratar de um método que pressupõe ciclos de melhoria contínua e por se tratar de uma etapa que subsidia informações simples, mas extremamente importantes, para a busca de melhorias e adequações.
Etapa 6 – avaliação	Etapa que deve envolver a análise dos processos implementados enquanto resultados e completar o ciclo proposto pelo gerenciamento de caso, subsidiando a continuidade do processo.

Fonte: (GONZÁLES *et al.*, 2003).

O gerenciamento de caso, por promover um cuidado individualizado por meio de um plano terapêutico que favorece a integração do paciente com a RAS, atende as necessidades dos pacientes com necessidades complexas de saúde. Outro diferencial do gerenciamento de caso é favorecer a continuidade do cuidado de forma coordenada promovendo a alocação condizente de recursos e serviços de saúde (BRAZ, 2020).

3 MÉTODO DE PESQUISA

3.1 MÉTODO E ABORDAGEM DE PESQUISA

A pesquisa de campo utilizou a abordagem descritiva, com métodos mistos, ou seja, os métodos qualitativo e quantitativo. A pesquisa qualitativa tem como um dos objetivos a compreensão de uma realidade específica, considerando um dado contexto e seus significados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). Ela atende à necessidade deste estudo por buscar analisar, descrever e explicar experiências de pessoas, comunidades ou até mesmo instituições por meio de buscas metodológicas, entrevistas e investigações documentais, além de permitir outras estratégias que possam se fazer necessárias, desde que devidamente descritas e embasadas na literatura.

A pesquisa qualitativa parte da noção da construção social das realidades do estudo a ser desenvolvido, estando interessada nas rotinas, práticas e perspectivas dos participantes envolvidos no processo a ser estudado, considerando seus conhecimentos e o cotidiano relativos à questão em estudo (FLICK, 2009).

A pesquisa adotou também uma abordagem quantitativa. Esta abordagem tem por objetivo quantificar ou medir algum fenômeno com um propósito específico utilizando números absolutos e cálculos estatísticos que permitem dimensionar o fenômeno de interesse (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2014). Consonante com o objetivo da abordagem quantitativa, a pesquisa em questão teve por interesse analisar os custos incorridos na assistência prestada na LC da Nefrologia do hospital em estudo.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A pesquisa foi desenvolvida em um serviço de nefrologia intra-hospitalar que presta assistência a pacientes com doença renal crônica e pacientes com doença renal aguda, em âmbito ambulatorial e atendendo a pacientes internados. O serviço conta com 15 pontos de água para hemodiálise de pacientes crônicos cadastrados como fixos do serviço e atendimento de pacientes internados no Hospital, mas que estão em condições de serem encaminhados para o setor pela equipe de transporte intra-hospitalar. Além do descrito, para atender a hemodiálise, a área física também é composta por consultório e duas salas de avaliação, treinamento e terapia dialítica: diálise peritoneal (DP). Esse serviço funciona de segunda-feira à sábado de seis horas da manhã até às vinte duas horas.

Sua equipe é composta por médicos e enfermeiros nefrologistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionista, psicólogo e assistente social, além de equipe de suporte para limpeza e abastecimento de insumos, além de equipe administrativa. Para atender a pacientes internados, crônicos ou agudos, fixos ou não do serviço, que não apresentam condições de deslocamento, devido à instabilidade do quadro clínico, o serviço de nefrologia dispõe de uma equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que avaliam o paciente e o dialisam no leito de internação. Esse serviço à beira leito é realizado vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana. O atendimento para pacientes que ingressarão na fila do transplante, pacientes que já inscritos e que aguardam serem contemplados ou pacientes que são pós transplantados e seguem em acompanhamento, ocorre em prédio anexo em consultórios, assim como o atendimento a pacientes com doença renal crônica nos estágios que antecedem à necessidade de terapia dialítica ou a pacientes com doenças renais diversas. O Hospital em questão é universitário, de grande porte e alta complexidade e está localizado em Minas Gerais.

Para fins de garantir o anonimato da instituição, o hospital foi denominado de HU. A escolha do cenário ocorreu de forma intencional devido à inserção da pesquisadora no cenário e se justifica tendo em vista o objeto do presente projeto.

Os participantes da pesquisa foram profissionais da equipe multiprofissional, que ocupam cargo de chefia e outros que estão relacionados diretamente ao processo de implementação das Linhas de Cuidado no Hospital e usuários, esses últimos por serem o objeto principal e beneficiário do modelo de Linhas de Cuidado.

Com relação às chefias, salienta-se que foram incluídas as chefias da unidade de Hemodiálise, dos setores e divisões de Apoio Diagnóstico e Gestão do Cuidado; chefia do setor de Vigilância em Saúde, presidente da comissão permanente de auditoria interna do Hospital, e da unidade de planejamento, gerência de atenção à saúde, gerência administrativa e de ensino e pesquisa e superintendência do HU, totalizando 12 profissionais. Contudo, no momento da coleta de dados, apenas 07 profissionais atenderam os critérios de inclusão.

Os profissionais da equipe multiprofissional, médicos, equipe de enfermagem, administrativos, de higienização e os usuários estiveram presentes durante as etapas do gerenciamento de caso, participando das ações propostas descritas nas etapas de diagnóstico e intervenção e contribuindo no desenvolvimento destas, variando o número de participantes em cada uma delas de acordo com a demanda.

Os critérios de inclusão adotados foram: atuar ou ter atuado como gestor ou chefia diretamente relacionada ao serviço de nefrologia do Hospital ou ter interesse direto na

implementação das Linhas de Cuidado por atuar em setor cliente ou fornecedor interno; fazer parte da equipe multiprofissional do setor de nefrologia; ser ou ter sido paciente atendido pelo serviço durante o período de implementação da LC, ou seja, a partir de maio de 2015 quando se deu o início da implementação da LC.

Os critérios de exclusão foram: chefias que não têm relação direta com o serviço de nefrologia ou com a implementação das LC no HU, conforme organograma institucional; profissionais que não atuam no setor de nefrologia; pacientes de períodos que antecedem à implementação da Linha; férias, licença maternidade ou licença à saúde no período de coleta de dados.

3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em quatro etapas, sendo elas: observação participante; coleta de dados secundários; entrevista com roteiro semiestruturado e levantamento de custos.

A observação participante, segundo Flick (2004), permite que o pesquisador tenha uma perspectiva de membro das situações e ambientes específicos, tendo como fundamento da investigação e do método estar no local dos acontecimentos durante eles. Ainda segundo o mesmo autor, a observação participante permite a lógica e o processo de investigação sem limites e flexível, baseada em fatos coletados em ambientes concretos associados a outros meios de coleta de informações. As observações foram realizadas durante a prática profissional da equipe multiprofissional, o desenvolvimento das rotinas do setor, o fluxo dos pacientes, os treinamentos da equipe e dos pacientes, as consultas dos pacientes e outras atividades importantes que envolviam a LC. As observações realizadas geraram notas de campo (NO) devidamente datadas e arquivadas para descrição e análise.

Os dados secundários referem-se ao levantamento de documentos e aspectos relacionados à organização do serviço de nefrologia. Foram coletados dados de todas as etapas que compõem o processo de implementação da LC, no período de maio de 2015 a maio de 2022. Os resultados e documentos gerados foram registrados em cada etapa.

A coleta de dados, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, foi realizada individualmente (APÊNDICE A). A entrevista é um instrumento tradicionalmente usado na coleta de dados das ciências sociais que apresenta credibilidade e vem ganhando espaço no campo científico. Ela tem enfoques distintos de acordo com o tratamento dado ao informante e os objetivos da pesquisa, devendo se articular com o método de análise dos dados a ser utilizado.

A entrevista pode ser uma composição desses diferentes enfoques ou corresponder a uma modalidade original (MACHADO, 2002).

As entrevistas foram agendadas previamente dentro do horário de serviço dos profissionais, em sala de reunião reservada, para garantir o sigilo das informações e a privacidade do participante após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Todos os protocolos de segurança instituídos no Hospital para prevenção de contágio pelo vírus COVID-19, como uso de máscaras e distanciamento mínimo de 1,5m entre as pessoas foram seguidos.

O levantamento dos custos da assistência na LC foi realizado mediante o método de microcusteio, utilizando o painel de especialista. Os dados assistenciais para o levantamento dos custos foram coletados dos controles internos realizados diariamente pela equipe do serviço de nefrologia do cenário deste estudo. Também foram utilizados o quantitativo de insumos dispensados para a assistência, dados do centro de custos do serviço e valores de cada material.

Os dados tabulados referem-se aos custos dos anos de 2019 e 2020, considerando materiais de uso exclusivo do serviço de nefrologia, como capilares e linhas que compõem o sistema para o tratamento, soluções específicas e demais. Os custos com materiais gerais necessários para assistência, como luvas, soro fisiológico, álcool, agulhas e máscaras também foram tabulados. Ressalta-se que dados pessoais que possam identificar os pacientes não foram utilizados, garantindo o sigilo dos tratamentos realizados no serviço. Para utilização do banco de dados da instituição, foi assinado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE E).

3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Os relatórios gerados durante a descrição da implementação da LC, contendo o desenvolvimento de cada etapa, e resultados obtidos nelas, foram analisados e cuidadosamente descritos. Ainda, os resultados das etapas de monitoramento e avaliação, como auditorias, indicadores de qualidade e os dados obtidos por meio da entrevista com os participantes e as notas de campos geradas na observação, foram analisados por meio da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma abordagem metodológica crítica que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento; pode ter como ponto de partida a mensagem verbal, gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada, sendo uma concepção crítica e dinâmica da linguagem, desde que o conteúdo tenha relevância teórica. A análise de conteúdo deve envolver comparações contextuais que podem ser multivariadas, mas

devem ser direcionadas a partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador. Haja vista o exposto, para garantir a possibilidade de generalização dos dados interpretados mediante a análise de conteúdo faz-se necessário primar pela qualidade e sistematização do processo (FRANCO, 2008).

Para essa análise, foram seguidas as seguintes etapas propostas por Bardin (2016): pré-análise; exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. A pré-análise consiste na fase em que o material coletado é organizado para posterior análise. Tem como objetivo sistematizar as ideias principais, realizar a preparação dos materiais, formular hipóteses após uma leitura flutuante e permitir a escolha dos documentos relevantes seguindo as regras da exaustividade, da pertinência, da representatividade e da homogeneidade. A exploração do material consiste “nas operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2016, p. 125-130). Nessa fase, os dados foram transformados e organizados, viabilizando a descrição das particularidades do conteúdo. O tratamento dos resultados é a fase na qual os dados foram discutidos e analisados junto à literatura, permitindo a inferência e a interpretação dos resultados.

3.5 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, conforme recomendação da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os aspectos éticos foram respeitados. O projeto também foi submetido às normas específicas da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital cenário deste estudo. Número de aprovação no comitê de ética: 5.053.220 (ANEXO A).

Os participantes foram esclarecidos quanto aos riscos e benefícios do estudo, anonimato, objetivos e metodologia e assinaram, voluntariamente, o TCLE (APÊNDICE B). O TCU (APÊNDICE C) foi assinado pelos responsáveis legais do HU cenário deste estudo.

Conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda participação em pesquisa traz algum desconforto ou risco, mesmo que mínimo, como a possibilidade de constrangimento ao responder à entrevista (BRASIL, 2012). Salienta-se que os riscos desta pesquisa foram mínimos, considerando que a participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento.

Como benefício, os participantes contribuíram para a avaliação da implementação da LC na Nefrologia e para o aperfeiçoamento do método para reprodução nas demais Linhas a

serem implantadas. Além do exposto, os resultados permitiram o avanço e consolidação do modelo de LC e padronização do processo para o HU cenário do estudo.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Visando atender aos objetivos específicos propostos neste estudo, os resultados serão apresentados em tópicos descritos nos subtítulos a seguir. Para fins didáticos, os Objetivos Específicos 1 e 2, serão apresentados no mesmo subtítulo, permitindo fluidez na descrição do processo e organização temporal das ações.

4.1 DESENVOLVIMENTO DAS CINCO PRIMEIRAS ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LC E O USO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LC

O desenvolvimento das cinco primeiras etapas da implementação da LC da nefrologia ocorreu no período compreendido entre maio de 2015, quando se iniciou a etapa de Diagnóstico, até janeiro de 2020. Vale ressaltar que, por se tratar de um processo de melhoria cíclico, o desenvolvimento das etapas se sobrepôs por haver, em alguns momentos, a necessidade de atendimento às demandas de adequação do funcionamento do serviço que esteve em pleno funcionamento durante todo esse período.

Apesar da sobreposição ocorrida na prática, os resultados das cinco primeiras etapas estão sendo apresentados conforme as etapas definidas na metodologia de Gerenciamento de Caso, apresentadas por Gonzáles *et al.* (2003), que são: diagnóstico, planejamento, intervenção, coordenação e monitoramento.

A execução das etapas do Gerenciamento de Caso está fundamentada na prerrogativa de que a composição de uma LC deve ser orientada por protocolos clínico-assistenciais, pactos e acordos que definem as responsabilidades e fluxos de informações e dos pacientes, no interior de cada unidade e entre os pontos de atenção à saúde que compõem a RAS (KUSCHNIR *et al.*, 2011). Para fins da implementação da LC da Nefrologia em questão, foram utilizadas ferramentas de gestão e, como norteadora, as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC (BRASIL, 2014a) e outras legislações e normas pertinentes, devidamente citadas e referenciadas no corpo do texto.

A execução das etapas de diagnóstico, planejamento, intervenção, coordenação e monitoramento do gerenciamento de caso para implementação das Linhas de Cuidado da nefrologia está descrita nos tópicos seguintes, bem como as ferramentas de gestão aplicadas e os resultados alcançados.

4.1.1 Etapa 1 - Diagnóstico

O Diagnóstico é uma estratégia utilizada na gestão para a coleta e análise de dados oriundos de um determinado local que se pretende conhecer. Salienta-se que é importante, nesse processo, a participação dos atores envolvidos, haja vista que eles conhecem os problemas e necessidades reais do local, permitindo que ações sejam planejadas e implementadas (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016).

A Etapa 1, Diagnóstico da LC da Nefrologia, consistiu no levantamento de dados referentes ao serviço e teve seu início em 2015 quando a pesquisadora assumiu cargo de assessora de planejamento na assessoria de planejamento do HU.

Os dados levantados para elaboração do diagnóstico foram coletados dos atendimentos e por meio de instrumentos de gestão da qualidade. Utilizou-se o *Brainstorming* para levantamento das percepções dos atores envolvidos; reuniões individuais, que objetivaram complementar as informações sobre o serviço obtidas neste *Brainstorming*, tornando claros os gargalos que, de alguma forma, comprometiam a assistência prestada ao paciente; observação dos processos realizados nos setores que atendem os pacientes com DRC; observação dos atendimentos e observação de treinamentos.

O mapeamento dos atendimentos, realizados no Setor de Nefrologia do HU, possibilitou a coleta do quantitativo de pacientes, do perfil do paciente por estágio da doença renal e por ambulatorio de atendimento, conforme as Tabela 1 e Tabela 2, utilizando os relatórios internos gerados pelo sistema de informações hospitalar do HU.

Tabela 1- Quantitativo de pacientes do serviço de nefrologia – janeiro/2014 à maio/2015

Subdivisão nefrologia	Quantidade de pacientes
Pré-transplante	200 pacientes
Pós-transplante	549 pacientes
TX pediátrico	10 pacientes
Ambulatório pediátrico	548 pacientes
Ambulatório adulto	952 pacientes
DP pediátrico	07 pacientes
HD geral	58 pacientes
TOTAL	2.324 pacientes

Fonte: Dados da pesquisa baseados em relatórios internos gerados pelo sistema de informações hospitalar do HU (2021)

Tabela 2 – Relação de pacientes DRC por estágio da doença – jan./2014 a maio/2015

Especialidades	Quantidade
Alta	06
DRC I	104
DRC II	188
DRC IIIa	165
DRC IIIb	184
DRC IV	200
DRC V	61
DRC V dialítico	36
IRA	06
Óbito	02
TOTAL	952

Fonte: Dados da pesquisa baseados em relatórios internos gerados pelo sistema de informações hospitalar do HU (2021).

A *sessão de Brainstorming* foi realizada com a equipe multiprofissional, equipe administrativa e com os representantes dos setores prestadores de serviço, isto é, todos os profissionais que participavam, direta ou indiretamente, da assistência aos pacientes. Para a realização do *Brainstorming*, foram seguidas as seguintes perguntas norteadoras: Como? O quê? Quando? Onde? Para quê? para entender o funcionamento do setor. O resultado do *Brainstorming* da DP pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 – *Brainstorming* DP

Continua

BRAINSTORMING DP
Não temos pacientes adultos, porque não tem cirurgião para implantar os cateteres de DP em adultos.
Somente atendemos crianças e esse número está baixo, porque a mesma enfermeira da DP precisa assumir outras atribuições como assumir diálise de pacientes internados e não tem tempo para treinar e assumir muitos pacientes.
A DP não tem médico fixo para os pacientes, o que compromete a continuidade da assistência.
Quando uma enfermeira tem que assumir outro posto de trabalho na nefrologia, por exemplo a enfermeira da hemodiálise tem que assumir a DP, esta fica muito perdida por não haver padronização dos processos, poucas Instruções técnicas de trabalho e as mesmas desatualizadas.
Cada médico assume uma conduta distinta para conduzir um mesmo caso ou casos com mesma patologia ou quadro clínico, não tem uma diretriz ou protocolo assistencial.

conclusão
BRAINSTORMING DP
A assistência é fragmentada. Cada dia é um médico que atende os pacientes. Não tem equipe multiprofissional. Falta nutricionista, assistente social e psicólogo.
Os profissionais de diferentes categorias não trabalham juntos ou têm como conduta discutir os casos. Cada um aborda o paciente de forma independente, gerando desgaste dos pacientes que respondem às mesmas perguntas várias vezes e reclamam por cada profissional dizer uma coisa, “não chegam em um consenso”, “parecem perdidos”.
Cada paciente é treinado de uma maneira. Quando conversam entre eles percebem as diferenças e questionam a equipe, o que pode dar a entender que não precisam fazer a prática conforme aprenderam.
Materiais como bandejas para troca de extensão e fio guia para implante de cateter de DP vão para CME e se perdem ou voltam incompletos impossibilitando uso para o fim destinado.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

As **reuniões individuais** foram realizadas com os responsáveis pelo serviço (gerente de unidade, coordenador administrativo, coordenação e supervisão de enfermagem, chefes de serviços e coordenador médico). Os resultados identificados que, de alguma forma, comprometiam a assistência prestada ao paciente estão apresentados no

Quadro 4.

Quadro 4 – Resultado das reuniões individuais da DP

Continua

Resultados das reuniões individuais da DP
Instruções técnicas de enfermagem desatualizadas.
Não tem fluxos desenhados, protocolos clínicos, indicadores de qualidade, mapa de processos, mapa de riscos, gestão da qualidade e do risco, pactuação com fornecedores internos e externos.
Os pregões para compra de suprimentos em geral são unificados com centenas de itens que dependem de outras clínicas o que faz o processo de compra moroso e permite que haja falta de materiais com frequência.
Os técnicos de enfermagem não são treinados em DP, logo não sabem passar informações ou tirar dúvidas dos pacientes e não sabem atendê-los quando estão em DP.
Não existe protocolo clínico. Cada médico toma sua conduta de forma independente e diversa de outros médicos da mesma equipe, o que compromete a continuidade do cuidado e, muitas vezes, prolonga a internação dos pacientes ou retarda troca de acesso, por exemplo. Vários relatos de divergências de condutas como um dia um médico altera a prescrição e pede para alterar a programação da máquina e, no dia seguinte, outro médico pede para alterar a programação da máquina novamente para a prescrição anterior.
Os pacientes de DP quando precisam internar não ficam em leitos isolados e, por isso, não podem ter a terapia dialítica realizada pelo familiar como em seus lares. Precisam ser deslocados todos os dias para o setor de DP para iniciarem e encerrarem a terapia dependendo do setor do transporte e dos elevadores, muitas vezes, ficando aguardando no corredor enquanto outro paciente é atendido.

O implante não é acompanhado pela enfermeira da DP. Pacientes saem do bloco sem o teste de infusão e drenagem do cateter e sem o curativo adequado para fixação do cateter e proteção do local de saída do cateter.
Conclusão
Resultados das reuniões individuais da DP
Em reunião com o chefe da cirurgia de parede abdominal o mesmo informou que não implantavam cateter de DP em adultos porque a equipe de cirurgia de parede não tinha tempo suficiente de bloco cirúrgico para atenderem os casos que aguardavam na fila e por isso não era possível assumirem mais esse procedimento. Os cateteres pediátricos eram implantados pela equipe de cirurgia pediátrica.
Em reunião com chefia do bloco cirúrgico, quando questionada sobre possibilidade de adequação do tempo de bloco para a equipe de cirurgia de parede abdominal, a mesma disse que ainda não havia recebido essa demanda e se mostrou favorável a rever escala para que a equipe tivesse mais tempo disponível a fim de atender as demandas de implante de cateter de DP.
Alguns médicos da equipe manifestaram o quão dificultador é ter que transferir todos os pacientes do ambulatório que estão em acompanhamento há anos no Hospital para outros serviços devido ao fato de não admitirem pacientes adultos na DP.
Não há qualquer controle dos custos dos procedimentos e sessões de hemodiálise ou DP.
Não tem horizontalidade na assistência. Cada dia é um médico que atendo os pacientes internados e da hemodiálise, o que dificulta a realização de um plano de cuidados mantendo a assistência fragmentada.
Só tem atendimento da enfermeira e do médico. Não tem assistente social, nutricionista ou psicólogo para atender os pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Realizou-se a **observação nos setores** onde os pacientes com DRC transitam durante tratamento. Foram acompanhados os processos assistenciais e administrativos dos diversos profissionais visando identificar os problemas/entraves gerais que dificultavam ou impediam a assistência de excelência ao paciente.

O atendimento aos pacientes em DP acontece em duas salas localizadas no mesmo andar da hemodiálise. A primeira sala conta com balança, pia para lavagem das mãos, mesa com computador e cadeiras para atendente, paciente e acompanhante. Esta sala também tem estante para guardar os prontuários dos pacientes, dois quadros de avisos/informações e duas salas, uma composta por cama, bancada de pedra, pia para higienização das mãos e pia para descarte de soluções. A segunda sala conta com a mesma estrutura, mas com berço ao invés da cama. Essas salas são para avaliação dos pacientes e realização de trocas de diálise, exames e treinamentos dos pacientes e cuidadores (NO). Segundo Abrahão (2010), o treinamento e as trocas de DP devem acontecer em ambiente adequado para a terapia onde o cuidador irá realizar

a técnica ensinada para memorização ou para a terapia em si, caso ela precise acontecer no ambiente hospitalar.

Na observação dos setores, foi possível identificar que os materiais que chegam para treinamento dos pacientes e aqueles doados por pacientes são armazenados no arsenal juntamente aos diversos materiais e insumos para hemodiálise. O acondicionamento não segue uma organização padrão, o que dificulta encontrar o material necessário e impede o controle de validade, do quantitativo de cada item ou a rastreabilidade dos materiais (NO). Para Lira (2013), a gestão de estoques faz-se necessária para evitar a perda dos medicamentos por validade, o que onera o serviço, e também para evitar o uso de medicamentos vencidos, o que prejudica a qualidade da assistência colocando o paciente em risco.

Em *observação dos atendimentos*, percebeu-se que as informações prestadas aos pacientes para conhecimento da terapia são apresentadas de formas distintas pelas diversas enfermeiras. Os critérios para admissão não estão padronizados, nem definidos os critérios mínimos para o paciente ser admitido na DP ou ser encaminhado para hemodiálise. Observou-se que fatores que contraindicaram um paciente não foram impeditivos para a admissão de outro (NO). Segundo Julião (2021), a linguagem padronizada na prática da enfermagem pode contribuir para a qualidade da assistência aos pacientes minimizando riscos de falhas terapêuticas.

Na maioria dos casos, as admissões e contraindicações de terapia não eram evoluídas dificultando a busca por informações sobre o paciente e histórico de cuidado (NO). Julião (2021) explica que registrar todas as intervenções e abordagens realizadas a pacientes favorece uma assistência de qualidade e a continuidade do cuidado. O registro de enfermagem também contribui para que as ações de enfermagem sejam valorizadas e respalda o profissional em caso de processos judiciais (JULIÃO, 2021).

As consultas não seguem uma sistematização, pois cada paciente é avaliado em questões diferentes. Notou-se que pacientes admitidos há mais de 6 meses ainda não haviam realizado exames específicos da DP fundamentais para a adequação da terapia, conhecidos pelas siglas PET (teste de equilíbrio peritoneal) e KT/V (depuração dialítica da ureia x tempo de diálise versus volume de distribuição da ureia). Não existe um controle de realização e periodicidade para os pacientes. Os exames são marcados quando uma enfermeira lembra e acha que deve realizar. Logo, não existia uma organização do trabalho da enfermagem ou sistematização dos processos de enfermagem (NO). Oliveira (2019) afirma que a sistematização da assistência de enfermagem melhora a comunicação entre a equipe de enfermagem favorecendo uma atuação crítica e científica melhorando a qualidade do cuidado prestado.

Em **observação de treinamentos**, percebeu-se que cada paciente recebia um treinamento distinto e que, mesmo com o mesmo paciente, ocorriam mudanças durante o treinamento. A falta de padronização deixava os pais confusos e com receios de não estarem entendendo bem a técnica e de virem a realizar de forma equivocada, colocando os filhos em risco. Os treinamentos também divergiam entre as enfermeiras. Cada uma seguia uma técnica com condutas diferentes. Duas mães, conversando no corredor, em um dia de treinamento, identificaram formas de procedimentos ensinados diferentemente e ficaram com dúvida se as duas estariam certas. Ficaram inseguras (NO). Segundo Soeiro (2020), o enfermeiro deve orientar e capacitar os pacientes e cuidadores para a prática da DP, sendo que essa atribuição deve seguir protocolos que descrevam o procedimento e uma técnica definida para que os pacientes se sintam seguros e confiantes para realizarem a terapia.

Observou-se ainda que os **prontuários** continham organizações distintas e que isso dificultava os profissionais encontrarem documentos quando se fazia necessário (NO). Oliveira (2019) afirma que a organização do trabalho de enfermagem favorece uma assistência com vistas a atender as reais demandas dos pacientes e a promover uma assistência segura, o que respalda o profissional haja vista ser o prontuário um documento legal.

Durante o período de observação, três pacientes, que eram acompanhados pela equipe no ambulatório de nefrologia do hospital desde a infância, progrediram com necessidade de terapia renal substitutiva e mesmo contra a vontade da equipe e dos próprios pacientes, por terem criado vínculo nesse período, precisaram ser transferidos para outro serviço devido ao fato de o hospital não atender pacientes adultos em DP e ter um serviço de hemodiálise limitado pelo espaço físico (NO). Schimith *et al.* (2011) mostram, em revisão integrativa, a importância da interação entre paciente e o profissional da saúde, destacando a criação e manutenção de vínculo como forma de aumentar a satisfação do paciente e a adesão terapêutica.

Ainda observando os pacientes na unidade, pôde-se perceber, em várias situações distintas, que os pacientes estavam perdidos sem saberem onde entregar documentos, e os profissionais da própria unidade estavam dando informações divergentes, por não saberem os fluxos dos processos que envolvem a assistência. Pacientes trazendo documentos insuficientes, alegando que trouxeram tudo que havia sido pedido. Pacientes e acompanhantes em situações de conflito por não terem informações precisas de como agir em determinadas situações e por terem sido orientados de forma equivocada (NO). Haja vista o exposto, Turati (2019) afirma que todo processo ou rotina hospitalar deve ter seu fluxo desenhado para ser o norte de todas as melhorias em busca da qualidade do serviço dispensado ao paciente e da satisfação deste.

Após a realização do *Brainstorming*, das reuniões com os gerentes/coordenadores e da observação nos setores, houve **levantamento de documentos**. Foram eles: fluxos, protocolos, instruções de trabalhos (ITT) e demais documentos que organizam os processos de trabalho como cadeia cliente-fornecedor, mapa de processos, mapa de riscos, entre outros.

Após a coleta de informações, percebeu-se que a DP possuía apenas 3 ITT:

- Treinamento para início da terapia em máquina *fresenius*.
- Treinamento para início da terapia em máquina *Baxter*.
- Treinamento para término de terapia *fresenius*.

O resultado da coleta de informações apresentou a fragilidade do serviço, considerando que, sem padronização de processos, a assistência fica fragmentada e sem possibilidade de monitorização. Haja vista que cada profissional pode seguir a conduta que achar mais viável por não ter uma diretriz pré-definida baseada nos interesses da instituição. Profissionais podem divergir em assistência com o mesmo paciente, mudando condutas e comprometendo a continuidade do cuidado e, por consequência, aumentando o risco de maior tempo de internação e de complicações associadas.

A padronização dos procedimentos, conforme Turati (2019), busca melhores resultados para o paciente de acordo com os recursos da saúde, sendo que a equipe de saúde deve identificar as necessidades a serem atendidas para uma assistência de qualidade. A equipe de saúde ainda deve descrever os procedimentos a serem realizados de forma que todos os executem da mesma forma e possibilitem a avaliação das necessidades de melhoria em prol do paciente e, consequentemente, do hospital.

A análise do faturamento dos procedimentos DRC também foi realizada na etapa de diagnóstico. Ainda nesta etapa, realizou-se a análise documental para identificação da relação entre os custos da unidade de nefrologia e seu faturamento. Utilizaram-se os dados do mês de maior faturamento, agosto de 2015, apresentando uma relação Custo/Faturamento de 2,27. Esse resultado demonstra que o custo do serviço de Nefrologia é 2,27 vezes maior que o seu faturamento.

Porém, ao analisar o resultado apresentado, identificou-se que foi incluído, nos valores contabilizados, o custo de hemodiálise e DP de pacientes crônicos e agudos do serviço, mas, incluído o faturamento dos pacientes crônicos e agudos que realizavam hemodiálise na unidade, não incluindo os pacientes atendidos à beira leito e tampouco os pacientes atendidos nos diversos ambulatorios. Identificou-se, no levantamento dos custos apresentado, que não houve rigor metodológico que identificasse os processos de trabalho realizados. Também se faz

importante considerar que não havia uma padronização dos processos assistenciais, o que dificulta uma análise de custos válida.

Ademais, analisou-se a representação dos procedimentos de DRC no faturamento total do HU. Em novembro de 2015, foram levantados os dados de faturamento hospitalar referentes às autorizações de internação hospitalar (AIH) e o faturamento por procedimentos dos dados de 2014. Estes evidenciaram que as doenças renais correspondem a, aproximadamente, 3% do faturamento total do HU. Porém, ao analisar a frequência de procedimentos realizados no HU, observou-se que as classificações internacionais de doenças (CID) da nefrologia estão entre os 12 principais CID faturados (Tabela 3). Como resultado, identificou-se que os CID relacionados à nefrologia estão entre os mais prevalentes e onerosos para o HU.

Tabela 3 – Faturamento por CID da Nefrologia (Ano 2014).

Diag CID10 (categ)	Frequência	Valor Total
N18 Insuficiência renal crônica	179	1.204.596,89
I12 Doença renal hipertensiva	2	101.684,14
C64 Neopl malig do rim exceto pelve renal	39	84.525,99
Q62 Anom cong obstr pelv renal malf cong ureter	26	63.879,72
N17 Insuficiência renal aguda	14	38.739,66
C65 Neopl malig da pelve renal	5	13.362,15
N15 Outra doença renal tubulo-intersticiais	2	3.545,04
N16 Transt renais túbulo-intersticiais doença COP	1	557,92
Total	268	1.510.891,51

Fonte: Dados da pesquisa, incluindo na frequência as AIH e os procedimentos (2014).

Para completar o diagnóstico e entender o verdadeiro impacto de cada fragilidade encontrada, foram *mapeados os caminhos* que os pacientes percorrem para cada tipo de tratamento oferecido pelo serviço de nefrologia, isto é, a forma de acesso dos usuários ao serviço. Mapearam-se os fluxos de toda a LC assinalando cada empecilho para que o paciente tenha o melhor cuidado e seja atendido com todos os processos elaborados e colocados em prática com o objetivo de garantir a regulação adequada do acesso pelo paciente, integralidade, melhor assistência no menor tempo, gerar vínculo e evitar desperdícios.

Identificou-se que diversas eram as portas de entrada dos pacientes para terem acesso ao atendimento de nefrologia no hospital, o que impossibilitava o controle da entrada de pacientes no serviço e também a garantia de acompanhamento integral e alta responsável destes. O diagnóstico da falta de controle da porta de entrada dos pacientes sinalizou a necessidade de pactuar tais entradas na RAS e desenhar o fluxo (o resultado dessa ação será demonstrada na etapa de intervenção).

O diagnóstico permitiu identificar as frentes de trabalho que compõem o serviço de nefrologia, as quais extrapolam o serviço de Hemodiálise e diálise peritoneal a pacientes crônicos, abrangendo outros serviços, são eles: atendimento a pacientes que internam por necessidades diversas e passam a precisar de terapia renal substitutiva de forma aguda (interconsulta especializada); atendimento de pacientes renais crônicos que ainda estão em tratamento conservador e que, internados devido à agudização do quadro renal, precisam de TRS temporariamente; atendimento no ambulatório adulto e pediátrico de pacientes provenientes de várias cidades do estado com patologias renais diversas (consultas regulares) ou outras (interconsulta especializada) e que necessitam de acompanhamento com equipe da nefrologia e que podem evoluir com necessidade de TRS.

Por ser o HU cadastrado como centro transplantador que realiza transplante de rins, é realizado o atendimento aos pacientes no pré-transplante e pós-transplante renal, em nível ambulatorial e intra-hospitalar. Na prática, esses serviços que compõem a unidade de nefrologia são complexos e distintos, exigindo processos de trabalho e funcionamento específicos e diferentes entre si. Isto porque possuem equipe de profissionais própria, atendem pacientes com especificidades distintas e propostas terapêuticas muito diversas, apesar de serem pacientes renais. Além disso, fluxos, protocolos e rotinas também são individualizados para cada um desses serviços.

A partir desse Diagnóstico, além de se levantarem as necessidades de intervenção identificou-se que os pacientes nefrológicos têm perfis diversos, caracterizados pelas diferentes doenças de base, estágios da DRC e propostas terapêuticas distintas. Cada perfil tem um trajeto específico e cada trajeto necessita de toda a estrutura de uma LC. Contudo, fez-se necessário dividir a LC da nefrologia, considerando os diversos trajetos que os pacientes da nefrologia precisam percorrer e todo o suporte de organização de processos que precisa ser desenvolvido e gerenciado em cada um desses trajetos.

Não foi encontrado um termo na literatura para nomear esses trajetos e, por isso, optou-se por denominá-los de forma arbitrária, de sublinhas de cuidado, haja vista o fato de cada trajeto e seu arcabouço de processos ter a mesma estrutura de uma LC completa e também o fato do paciente nefrológico poder mudar de perfil e, conseqüentemente, ter a necessidade de mudar de trajeto ainda estando vinculado a LC da nefrologia. A complexidade do paciente nefrológico e suas diversas opções terapêuticas justificam a importância de dividir a LC da nefrologia em sublinhas, sendo que, no HU em questão, estas foram: Diálise Peritoneal, Hemodiálise, Ambulatório DRC Conservador, Ambulatório de transição (pacientes pós alta hospitalar acompanhados por um ano para avaliação da recuperação da função renal), Diálise

pacientes internados, Pré-transplante renal, Pós-transplante renal e ambulatório geral de nefropatias.

Diante da complexidade e tamanho da LC de Nefrologia considerando suas sublinhas, a gestão do HU, juntamente à equipe da Linha, definiu as sublinhas prioritárias para implementação imediata, entendendo que a implementação se trata de um processo de desenvolvimento a longo prazo que exige disponibilização de recursos e mobilização da equipe. Assim, foram definidas as seguintes sublinhas prioritárias: Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Pré-transplante renal, diálise pacientes internados e Ambulatório DRC Conservador.

Definiu-se que as sublinhas prioritárias seriam desenvolvidas de forma concomitante, mediante frentes de trabalho organizadas de acordo com as competências e habilidades de cada profissional. Portanto, para fins deste trabalho, explora-se aqui mais os resultados da sublinha da diálise peritoneal, contudo, ressalta-se que todas as sublinhas prioritárias estão sendo desenvolvidas e apresentam resultados significativos e mensuráveis, os quais poderão também serem apresentados de forma pontual ao longo desta descrição.

Assim, após a análise descritiva dos dados, elencaram-se as reais necessidades de intervenção para a implementação da LC da Nefrologia. Observa-se, a seguir, as necessidades da sublinha da diálise peritoneal (4).

Quadro 5 – Diagnóstico das necessidades da sublinha da diálise peritoneal

Instruções técnicas de trabalho	1. Treinamento de paciente em diálise peritoneal automatizada e manual;
	2. Implante de cateter de diálise peritoneal;
	3. Admissão de pacientes;
	4. Realização de exames de adequacidade e avaliação do perfil do peritônio;
	5. Troca de extensão do cateter.
Protocolos básicos necessários:	1. Protocolo unificado multiprofissional para atendimento em Diálise Peritoneal;
	2. Protocolo clínico com padronização de condutas médicas baseadas nas melhores evidências disponíveis para atendimento em diálise peritoneal;
	3. Critérios de admissão, plano de cuidado e alta responsável;
	4. Critérios de encaminhamento intra-hospitalar de pacientes ambulatoriais para Pronto Socorro e para a RAS;

	5. Atendimento na urgência, unidades de internação e solicitação de interconsultas.
Fluxos essenciais:	1. Admissão;
	2. Implante de cateter de DP;
	3. Consultas mensais;
	4. Intercorrências intra-hospitalares;
	5. Intercorrências domiciliares;
	6. Internação pós admissão no Pronto Socorro;
	7. Realização do PET;
	8. Realização do KTV;
	9. Procedimentos eletivos com internação;
Contratualizações Básicas	1. Admissão, recepção, encaminhamento e monitoramento de pacientes pelo administrativo;
	2. Implante de cateter com bloco cirúrgico e equipe de cirurgia;
	3. Exames necessários para implante de cateter, início e continuidade de tratamento;
	4. Encaminhamento intra-hospitalar para internação;
	5. Internação de pacientes provenientes do domicílio;
	6. Internação em leitos isolados;
	7. Controle de estoques e dispensação de materiais pelo almoxarifado.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Após a organização das sublinhas de cuidado da nefrologia, foi possível perceber, de forma clara, os fluxos dos pacientes e dos processos. Nesse sentido, levantou-se a necessidade de repactuar, com a RAS, a admissão de novos pacientes de forma regulada e realizar a alta responsável e a transferência para os outros níveis de atenção ou outros Hospitais.

Diante do diagnóstico realizado, os dados coletados foram confrontados de forma a integrar, no diagnóstico final, apenas os problemas que realmente interferiam na qualidade da assistência prestada ao paciente e no custo-efetividade da unidade. Após todos os levantamentos realizados no setor na etapa de diagnóstico, foi possível conhecer a complexidade do setor e os diversos serviços que estão direta ou indiretamente relacionados à nefrologia do HU, cenário deste estudo.

4.1.2 Etapa 2 - Planejamento

Na etapa de planejamento, foram utilizadas as ferramentas de gestão: Matriz *Swot* para organização dos achados em pontos fracos e fortes, Matriz GUT para definição de prioridades, Planejamento estratégico e 5W2H para desenvolvimento dos planos de ação para execução deles na etapa de intervenção (inserir as referências das matrizes mencionadas).

O planejamento busca desenvolver estratégias para alcançar metas, reduzindo os riscos mediante um conjunto de ferramentas e tem por objetivo atender as demandas da instituição por meio de um processo sistematizado no qual os objetivos são traçados de acordo com os resultados almejados. Pode contribuir para melhorar a qualidade dos processos e os resultados obtidos, permitindo o controle das ações futuras e o alcance dos objetivos propostos (LIMA, 2018) e deve acontecer de forma organizada, integrada e articulada pelos profissionais que estão envolvidos, sendo realizado de forma contínua e ininterrupta aos processos (CHIAVENATO, 2016).

Na execução da Etapa 2, Planejamento, foi importante conhecer e explicitar os pontos fortes e fracos que impactam diretamente na implementação da LC DRC. Utilizando a ferramenta de gestão matriz SWOT (APPIO *et al.*, 2009), foram levantados os pontos fortes e fracos da sublinha diálise peritoneal, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 – Matriz SWOT Diálise peritoneal

	Pontos Fortes	Pontos Fracos

Fatores internos	Equipe de enfermeiras especialistas e com experiência; Equipe médica experiente e dedicada; Espaço físico reservado e exclusivo; Suporte do administrativo; Hospital com estrutura e aporte tecnológico e profissional completo;	Não atender adultos; Pacientes perdidos nos trajetos que precisam percorrer para receberem a assistência necessária; Poucos documentos para sistematizar e direcionar a assistência; Ausência de gestão da qualidade e do risco; Não pactuação com clientes e fornecedores internos e externos definindo fluxos e condutas para as rotinas entre os setores (rouparia, internação, Central de material e esterilização; Depender de pregão multisetorial para aquisição de insumos; Insumos para a terapia guardados sem controle de estoque e validade; Não conhecer os custos dos tratamentos disponibilizados.
	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos	Receber maior quantitativo de pacientes admitindo adultos; Pactuar fluxo de admissão com comissão municipal de nefrologia.	Receber pacientes de regiões afastadas de Minas Gerais; Não conseguir atender toda a demanda; Não receber pacientes da RAS.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Essa análise subsidiou a realização de novas pactuações, otimizando os pontos fortes existentes no HU e intervindo nos fracos.

A Etapa 2, Planejamento utilizou os resultados obtidos na Etapa 1, Diagnóstico para elaborar a ferramenta de gestão Matriz GUT para a definição de prioridades para Etapa 3 – Intervenção, próxima etapa do processo. A Matriz GUT considera a Gravidade, a Tendência e a Urgência de cada problema para definir a ordem de prioridade na busca de soluções. Ela favorece a classificação dos problemas identificados por ordem de prioridade para resolução, norteando a equipe na organização das ações e tomadas de decisão, considerando a relevância de cada achado, priorizando as questões que envolvem maiores riscos. Buscando melhores resultados nas intervenções (TRUCOLO, 2016). A Tabela 4 apresenta a Matriz GUT da sublinha DP.

Tabela 4 – Matriz GUT – Sublinha Diálise Peritoneal – DP

Problema	Gravidade (G)	Tendência (T)	Urgência (U)	GXUXT	Prioridade
Equipe multiprofissional incompleta, não atendendo legislação.	4	3	4	48	5
Ausência de instruções técnicas de trabalho que defina e padronize a prática.	5	5	5	125	1
Ausência de Protocolos multiprofissional.	4	4	5	80	3
Ausência de protocolos clínicos.	4	4	5	80	3
Ausência de mapeamento de riscos/gestão de risco.	5	4	5	100	2
Ausência de fluxos de atendimento.	3	4	4	48	5
Necessidade de indicadores assistenciais e de gestão.	3	4	3	36	6
Ausência de plano para minimizar riscos e otimizar a assistência.	3	3	3	27	7
Ausência de padronização de orientação aos pacientes.	5	5	5	125	1
Ausência de contratualizações externas (Pactuação com a rede).	3	3	3	27	7
Ausência de contratualizações internas – mapeamento de processo.	4	4	4	64	4
Ausência de uma forma oficial de críticas, elogios e sugestões dos pacientes.	2	2	2	8	9
Ausência de processo de enfermagem.	4	4	5	80	3
Não adequação do serviço para atendimento dos critérios de qualidade padronizados pela JCI e Plano diretor pactuado do hospital.	3	3	2	18	8
Serviço recebe apenas crianças por não realizar implante de cateter para DP em adultos (pacientes adultos não têm possibilidade de escolha).	5	5	4	100	2
Desconhecimento dos custos das terapias e procedimentos oferecidos.	3	3	3	27	7
Não há leito isolado para pacientes internarem.	5	4	5	100	2
Os insumos são adquiridos em pregões gerais do Hospital.	3	4	4	48	5
Os técnicos de enfermagem não são treinados para DP.	2	2	2	8	9

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os problemas apontados subsidiaram a definição dos objetivos e metas a serem alcançadas, detalhando os planos de ação necessários para cumprir os objetivos, considerando a ordem de prioridade apresentada pela Matriz GUT. Para tal, utilizou-se a ferramenta de gestão planejamento estratégico, a qual se refere a um processo que direciona estratégias para elaboração de um plano de ação, considerando o enfoque que se quer alcançar (CHIAVENATO, 2016).

O planejamento estratégico foi realizado por meio das seguintes sub-etapas:

1. Organização dos dados obtidos na Etapa de Diagnóstico.
2. Elaboração dos objetivos e metas almejadas.
3. Reuniões com os profissionais dos setores envolvidos em cada objetivo ou meta.
4. Reuniões com os profissionais de outros setores diretamente envolvidos nos processos para alcance dos objetivos e metas.
5. Reunião com a alta complexidade do município para repactuação da entrada de pacientes e altas responsáveis.
6. Elaboração dos planos de ação.

Para a descrição dos planos de ação, utilizou-se a ferramenta de gestão 5W2H, visando à implementação de todas as ações planejadas (SILVA *et al.*, 2013). O Quadro apresenta o plano de ação utilizando a metodologia do 5W2H da diálise peritoneal.

Quadro 6 – 5W2H da implementação da LC da Nefrologia: Sublinha DP (2015)

O quê?	Quem?	Por quê?	Onde?	Quando?	Como?	Quanto?
Pactuação para implante de cateter de diálise peritoneal em adultos	Equipe gestora da LC, chefe da cirurgia de parede e chefe do bloco cirúrgico	Para atender pacientes adultos em diálise peritoneal no Hospital	Bloco cirúrgico do Hospital	Agosto de 2016	Por meio de reuniões nas quais ocorrerão definições para realização do procedimento	Custo da hora dos profissionais envolvidos.

Fonte: LC Nefrologia HU (2021).

No planejamento dos processos e das rotinas, além de terem envolvido reuniões para pactuações, também foram estabelecidos acordos de forma que pudessem ser, constantemente, reavaliados. Chiavenato (2016) aponta que o plano desenhado deve ser passível de auditoria, bem como de serem reavaliados. Cabe destacar que as questões legais, éticas e institucionais foram consideradas durante a elaboração do plano.

Para elaboração do planejamento estratégico, realizaram-se reuniões semanais com gestores da alta governança do HU, visando identificar os melhores caminhos para se

alcançarem os objetivos propostos. A LC foi organizada para que a relação entre as diferentes áreas de prestação do serviço aconteça de fato, de modo que todas as estratégias traçadas estejam em consonância com todas as áreas envolvidas com o cuidado ao usuário. Para efetivar essa etapa, planejou-se o início do estabelecimento das pactuações internas, nas quais os setores fornecedores de serviço para a nefrologia e os setores clientes da nefrologia organizam-se para pactuarem com a nefrologia a melhor maneira dos serviços serem acordados e o quantitativo a ser oferecido.

Utilizando a ferramenta de gestão cadeia cliente/fornecedor, foram definidas pactuações entre setores internos, nas quais ocorreram mediações das relações entre estes setores com vistas a alcançar os objetivos propostos.

O Quadro 7 descreve a relação de setores elencados que são clientes ou fornecedores da diálise peritoneal para implante de cateter de diálise peritoneal em adultos e que deveriam participar das reuniões para pactuações internas.

Quadro 7 – Relação Cliente/fornecedor da DP para implante de cateter de DP em adultos

Setor	Relação cliente/fornecedor	Pactuação
Bloco cirúrgico	Fornecedor	Disponibilizar sala no bloco;
Equipe cirurgia	Fornecedor	Avaliar paciente e implantar cateter;
Anestesiologia	Fornecedor	Consulta pré-anestésica e cirurgia;
Internação	Fornecedor	Realizar internação no sistema e reserva de leito pós-operatório;
Administrativo da nefrologia	Fornecedor	Pedir autorização para inclusão do paciente na terapia.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Realizaram-se reuniões para se discutirem contratos e metas vigentes contratualizados entre o HU e a RAS do SUS. Tal conduta foi realizada para que as ações propostas para os profissionais atendessem a legislação, as diretrizes e as normas existentes, visando à excelência da assistência prestada.

Para que os planos tivessem sucesso na operacionalização, foram determinadas reuniões clínicas multiprofissionais para se discutirem assuntos relacionados à assistência, proporcionando, assim, aprendizado mútuo entre os profissionais. Dessa forma, os conhecimentos e as experiências individuais, sejam dos profissionais recentes ou dos mais experientes, contribuíram para melhorias na prática e, assim, para a construção da LC da

nefrologia. Peduzzi (2018) ressalta a importância da colaboração como forma de se contribuir com o trabalho de outro profissional na produção do cuidado em saúde. Ainda caracteriza a colaboração como parcerias entre profissionais, favorecendo a comunicação efetiva, promovendo satisfação dos profissionais envolvidos e melhoria da qualidade assistencial.

Foi organizado um documento para apresentar a necessidade de uma sala de procedimentos para implante de cateteres de curta permanência de hemodiálise e de DP no setor para agilizar a prestação do cuidado e aumentar a vivência dos residentes da nefrologia. O mesmo documento reforçou a necessidade de um aparelho de Ultrassonografia para os procedimentos descritos e acompanhamento dos acessos vasculares dos pacientes em atendimento no setor.

Nesse momento, foram definidas as equipes responsáveis pela gestão da LC. A equipe foi composta pelo gerente da unidade funcional da nefrologia, considerado o representante administrativo da Linha, pelo coordenador médico e pelo coordenador de enfermagem, sendo estes os representantes da assistência. Ainda foram adicionados os representantes administrativos dos setores que participam da LC.

Ademais, outras ações foram realizadas na fase de planejamento:

- Definição das portas de entrada para o paciente renal no serviço de nefrologia;
- Descrição de fluxos ideais, rotinas necessárias, atribuições de setores e cargos;
- Definição de parâmetros e diretrizes para os tratamentos e planos de ação para resolução dos problemas identificados;
- Por meio das informações organizadas na etapa de planejamento, definiram-se os meios e ferramentas de avaliação de desempenho e instrumentos de gestão da qualidade que seriam utilizados *a posteriori*.

Concluiu-se, pelo planejamento, que todas as sublinhas deveriam ser compostas por uma estrutura mínima que possuía: indicadores de qualidade; protocolos; XXX (ITT) e Instruções Técnicas Operacionais (ITO); pactuações com a RAS; auditoria de cuidados; fluxos; contratualizações internas e levantamento de custos (

Figura 2).

Figura 2: Estrutura de uma sublinha de cuidado



Fonte: Elaborada para fins deste estudo (2021).

4.1.2 Etapa 3 – Intervenção

A Etapa 3, Intervenção, consistiu em colocar em prática os itens planejados na etapa anterior. Para sua operacionalização, foi fundamental a realização de planos de ação e de pactuações, de capacitação da equipe assistencial e administrativa, das reuniões periódicas para discutir o processo, os documentos e fornecer *feedback* para equipe e, principalmente, das pactuações internas.

A Etapa 3, Intervenção, realizou as ações que demandaram o uso de ferramentas de gestão específicas. Destaca-se a criação de ***planos de comunicação, a implementação de protocolos clínicos e a criação da cadeia cliente-fornecedor.***

Nos planos de comunicação das intervenções propostas, foram criados e definidos todos os documentos, instrumentos de gestão e acompanhamento, materiais educativos, indicadores, fluxos e rotinas. O Quadro 8 apresenta o plano de comunicação implementado, identificando os documentos e impressos propostos, os indicadores pactuados e materiais educativos elaborados para as sublinhas prioritárias.

Quadro 8 – Planos de Comunicação da Intervenção – 2015-2020

Documentos e Impressos	Impresso de registro de não conformidades e eventos adversos
	Impresso de controle de lotes e validades das soluções de diálise
	Impresso de controle de lotes e validades do ácido peracético
	Impresso de controle de desinfecção das osmose reversas
	Impressos de controle
	Livro de controle de hemodiálise externas
	Controle de sanitização das máquinas
	Controle de higienização das torneiras para hemodiálise externas
	Controle de transporte de amostras laboratoriais
	Check-list de oxigênio
Indicadores	Incidência de Úlcera por Pressão
	Número de Úlcera por Pressão
	Taxa de erro de omissão na administração de medicamentos
	Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
	Índice de quedas*
	Número de quedas
Materiais educativos	Cartilha cuidados acessos vasculares prevenção intercorrências domiciliar
	Cartilha Hemodiálise: O que você precisa saber sobre as terapias.
	Cartilha Orientações paciente doença renal crônica
	Guia Pacientes cuidadores diálise peritoneal
	Manual pacientes cuidadores diálise peritoneal

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

O

Quadro 9 apresenta o quantitativo de documentos implementados por sublinhas priorizadas no ano de 2017.

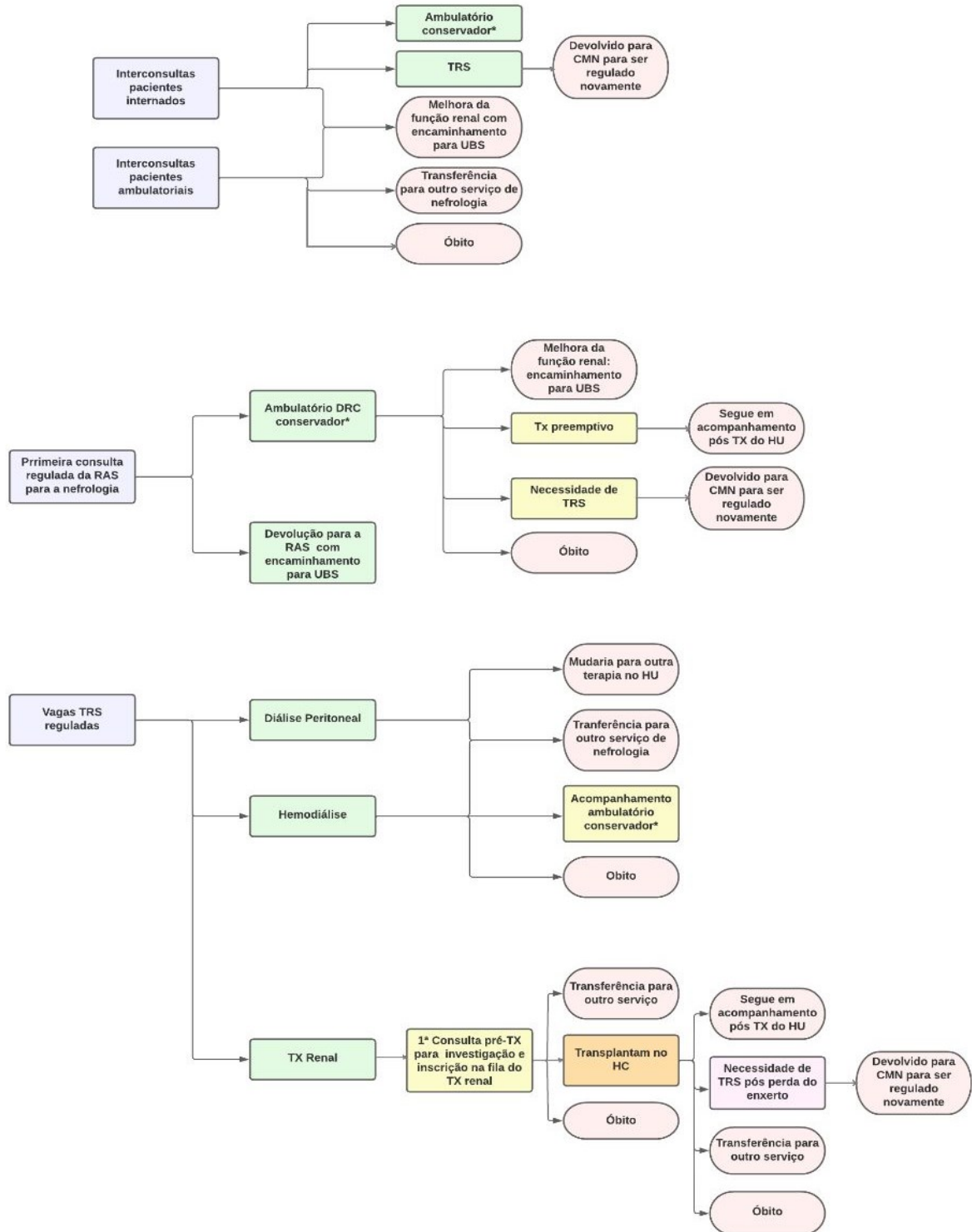
Quadro 9 – Quantitativo de documentos por sublinha de cuidado – ANO 2017

Sublinha	Protocolos	ITT's	Fluxos
Hemodiálise (HD)	25	32	02
Diálise Peritoneal	13	15	03
Ambulatório Conservador	18	06	02
Pré-transplante renal	06	09	04
HD e DP internados	01	03	02

Fonte: Elaborada para fins deste estudo (2021).

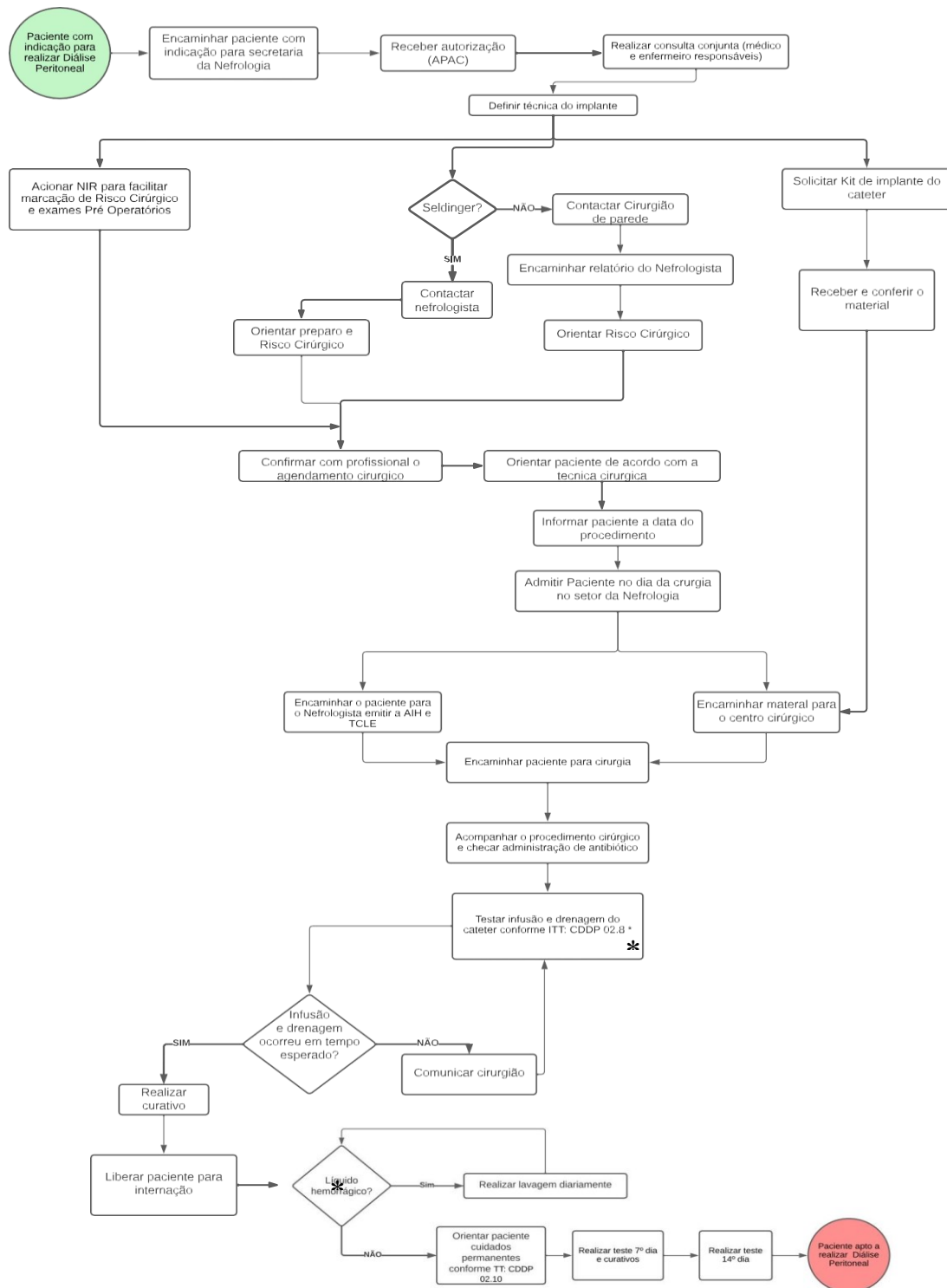
Salienta-se que, para a elaboração dos fluxos de acesso dos pacientes para cada sublinha, foi necessária a organização do fluxo geral do serviço de nefrologia após a pactuação com a RAS do município, garantindo 100% de regulação dos pacientes da nefrologia no hospital. A Figura 3 apresenta o fluxo geral do serviço e a Figura 4 apresenta um exemplo de fluxo específico elaborada para a sublinha da Diálise Peritoneal.

Figura 3: Fluxo geral do serviço de nefrologia do HU



Fonte: Documento institucional (2021)

Figura 4: Fluxo específico para implante de cateter para Diálise Peritoneal



Fonte: Documento institucional (2021).

Os *protocolos clínicos* desenvolvidos foram de grande relevância por se tratarem de protocolos interdisciplinares completos com o intuito de unificar a assistência prestada ao

paciente nefrológico. Os protocolos apresentam fluxos do cuidado e atribuições de cada profissional que presta assistência direta ou indireta. São eles:

- Protocolo interdisciplinar paciente crônico HD
- Protocolo interdisciplinar paciente crônico DP
- Protocolo interdisciplinar pacientes em tratamento conservador

Elaborou-se *cadeia cliente-fornecedor* na etapa de planejamento, sendo que os acordos, pactuações e contratualizações foram realizados na etapa de intervenção, visando ao bom andamento do serviço e o alcance das metas estipuladas. Inicialmente, fez-se aproximação individual com cada integrante do processo, inteirando sobre o serviço que ele realiza, as dificuldades enfrentadas e as boas práticas. Posteriormente, os pares que necessitavam trabalhar em conjunto foram aproximados mediante propostas de integração do trabalho. As propostas foram construídas com o consenso entre os pares e, em seguida, registradas, efetivando a cadeia cliente-fornecedor elaborada.

A contratualização é uma forma de firmar um compromisso entre as partes envolvidas, sejam profissionais ou gestores, descrevendo o que foi pactuado e o que será destinado a cada parte, garantindo que as mudanças não causarão prejuízos na qualidade da assistência prestada ao paciente (LIMA; RIVERA, 2012).

As pactuações internas, para a efetivação da cadeia cliente fornecedor, aconteceram em reuniões com a equipe responsável pela LC da Nefrologia e os coordenadores e/ou gerentes dos setores que prestavam serviço à Linha. O setor cliente (serviço organizado em LC) descreve em documento de contratualização interna (padronizado pelo setor de qualidade do HU) como o serviço precisa ser realizado para atender 100% das necessidades do setor. Na reunião, o setor fornecedor avaliou a possibilidade de atender o proposto e propôs adaptações. A reunião se encerrou com o acordo entre ambas as partes de forma verbal.

A etapa de intervenção aconteceu durante o cotidiano do trabalho, em que as ações de mudança em busca de melhoria e adequação foram realizadas, o que possibilitou avaliar se as propostas definidas na fase do planejamento foram viáveis e, para as que não estavam, foram propostas adequações das estratégias sem prejuízo das melhorias e metas definidas. Portanto, trata-se de um processo constante de (re)avaliação e novas propostas. Analisando esse contexto, a gestão, com foco nas necessidades dos pacientes, precisa ser guiada por processos dinâmicos com avaliações e reavaliações constantes. Esse processo visa favorecer adequações às

constantes mudanças que influenciam nos resultados atendendo as necessidades dos pacientes no processo saúde-doença (SODER *et al.*, 2020).

Para fins de exemplificação, apresentam-se, aqui, resultados imediatos, alcançados ainda durante a etapa de intervenção em 2017:

Linha Nefrologia

- Levantamento da capacidade instalada do setor de apoio diagnóstico e do cuidado para a organização da agenda de disponibilidade para pacientes nefrológicos.
- Análise dos CID mais prevalentes e valores gastos na assistência aos pacientes internados com tais CID.
- Descrição de cargo dos enfermeiros em todos os postos de trabalho.
- Descrição de cargo dos médicos em todos os postos de trabalho.
- Descrição de cargo dos técnicos, auxiliares administrativos, nutricionista, assistente social, psicólogo.
- Desenvolvimento do mapa de risco serviço de nefrologia.
- Plano de capacitação de equipe médica e de enfermagem – admissão no setor e reciclagem.
- Mapeamento de quantitativo de consultas de todas as linhas.
- Planilhamento de pacientes com nome, cidade de origem, idade, doença de base.
- Processo de acompanhamento de absenteísmo e busca ativa de pacientes.
- Implementação de indicadores de qualidade da assistência e de gestão com monitoramento contínuo.
- Implementação de *checklist* de auditoria de cuidado dentro do setor para processo de melhoria contínua e avaliação de desempenho.
- Planilha de controle e avaliação de Eventos Adversos.
- Realização de biópsias na Unidade com aumento significativo na quantidade de procedimentos.
- Horizontalização do cuidado com médico e enfermeira referência para cada paciente atendido em todas as linhas.
- Padronização de modelo de passagem de plantão em Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação (SBAR) para médicos e enfermeiros.
- Instituição de reuniões clínicas para discussão de casos e definição de plano terapêuticos para continuidade do cuidado.

Sublinha Hemodiálise

- Reativação do grupo de cateter associado à Comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH).
- Disponibilização de horário e sala semanalmente para confecção de Fístula Arteriovenosa e implante de Cateter para HD.
- Instituição de controle de HD externas.
- Desenvolvimento do mapa de risco da HD.
- Construção de uma sala de procedimentos no setor.
- Aquisição de aparelho de Ultrassonografia e capacitação de médicos e enfermeiras para uso deste.

Sublinha Diálise Peritoneal

- Pactuação de horário e sala de bloco cirúrgico para iniciar implante de cateter de DP em adultos.
- Cartilha de orientações em DP.
- Contratualização interna DP.
- Passo a passo de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD).
- Passo a passo diálise peritoneal automatizada (DPA).
- Encaminhamento e controle vacinação.
- Instrumento de avaliação interdisciplinar DP.

Sublinha Ambulatórios

- Pactuação interna de liberação de 6 salas para atendimento pela nefrologia. Reforma de mais uma sala para compor 7. Aquisição de computadores e instalação de rede para que seja possível alimentar o sistema exclusivo da nefrologia.
- Escala Ambulatório DRC.
- Escala ambulatório nefrologia.
- Contratualização interna DRC Conservador.
- Processo de enfermagem instituído no ambulatório de DRC Conservador com: impresso de consulta de enfermagem, impresso de diagnósticos de enfermagem e impresso de prescrições de enfermagem.
- Impressos diversos de orientações nutricionais (cálculos renais, controle de potássio, fósforo, ácido úrico, dieta hipossódica, lipidemia).

- Orientações sobre uso de medicamentos.
- Instrumento avaliação interdisciplinar DRC Conservador.
- Contratualização interna ambulatório DRC conservador.
- Encaminhamento para ambulatório de DRC Conservador.
- Encaminhamento para terapias renais substitutivas.
- Encaminhamento para acompanhamento pela Atenção Primária.

Materiais educativos:

- Cartão de identificação do paciente DRC conservador;
- Cartilha de orientações para paciente DRC Conservador;
- *Banners* de orientações e ações educativas na sala de espera.

Sublinha pré-transplante (TX) renal

- Padronização do fluxo ideal para condução do paciente a partir do encaminhamento.
- Pactuação interna de quantitativo de exames necessários para a conclusão do pacote de pré TX renal por 2 pacientes por semana.
- Pactuação de priorização para realização dos exames para conclusão do pacote pré TX renal em duas semanas.

4.1.3 Etapa 4 – Coordenação

A etapa de coordenação, como sinônimo de organização, pode ser entendida como uma etapa da gestão do cuidado na qual o foco é garantir recursos para que o planejado seja realizado integrando assistência e gestão (SODER *et al.*, 2020). É por meio da coordenação, entre outros processos, que a gestão dos serviços de saúde busca a eficácia da administração e a qualidade dos serviços prestados (TELES, 2020).

Na Etapa 4, Coordenação, visando à organização do serviço de nefrologia em LC, foram realizadas reuniões semanais programadas entre a equipe gestora da LC, a assessora de planejamento e a gerência de atenção à saúde. Quando necessário, outros colaboradores, como chefes das unidades fornecedoras ou clientes da LC, eram convocados, para revisão de processos e resolução de pendências. Importante ressaltar que a etapa de coordenação permitiu a análise dos processos mantendo uma visão sistêmica de toda a LC, o que favoreceu a continuidade destes e a elaboração de planos de ação, em tempo real, para corrigir falhas diagnosticadas.

Nas reuniões, a equipe apresenta o desenvolvimento da LC, os resultados já alcançados e as perspectivas futuras. Assim, torna-se um momento em que novas estratégias podem ser definidas para soluções de questões agudas ou crônicas do serviço.

Essa etapa ocorreu, praticamente, durante todo o processo de execução das outras etapas, haja vista que elas precisam ser acompanhadas e discutidas para que as falhas sejam identificadas, os processos sejam redefinidos e as potencialidades possam ser compartilhadas e reforçadas como uma forma de motivação e reconhecimento do trabalho realizado.

4.1.4 Monitoramento

A Etapa 5, Monitoramento, acontece de forma contínua no serviço, pois permite subsidiar informações importantes para a busca de melhorias e adequações. Teles (2020) afirma que o monitoramento das ações em saúde permite a análise das estratégias empregadas para a busca do resultado proposto. Ainda segundo o autor, o monitoramento, juntamente à avaliação, deve ser periódico e orientado pelos objetivos propostos e indicadores instituídos, sendo importantes instrumentos geradores de informações que podem subsidiar a tomada de decisão com vistas a fortalecer as ações.

Essa fase foi realizada por pessoas que estão diretamente ligadas ao serviço, as quais observaram a viabilidade das propostas definidas na fase de intervenção, bem como os prazos para o cumprimento delas. Realizaram-se três vertentes de monitoramento que são: o ***monitoramento do painel de indicadores de qualidade***, que corresponde à ação realizada entre o setor de nefrologia e a assessoria de planejamento do hospital; ***a auditoria interna***, com o setor de qualidade do hospital ***e o monitoramento interno***, pela própria equipe da nefrologia.

O monitoramento realizado mediante ***painel de indicadores de qualidade*** apresenta-se como uma estratégia para que a gestão consiga visualizar o potencial das intervenções realizadas. Pereira e Tomasi (2016) explicam que é uma forma de qualificar as ações em saúde, fornecendo informações mensurável para promover melhorias.

O monitoramento mediante as ***auditorias internas*** faz parte da rotina do HU que instituiu a Comissão de Auditores Internos e os padrões de qualidade da *Joint Commission International* (JCI), acreditação hospitalar internacional, como meta para o HU na busca pela excelência dos serviços prestados. A auditoria tem se firmado, principalmente nas instituições hospitalares, como um subsídio para as manobras de gestão, uma vez que ela permite identificar problemas, buscando adequações e controle do processo, proporcionando melhorias na qualidade assistencial e na sustentabilidade econômica dos serviços (SILVA *et al.*, 2012).

O *monitoramento realizado internamente* pela equipe de nefrologia ocorre por meio de um instrumento de avaliação das práticas assistenciais, elaborado para esse fim pela coordenadora de enfermagem e a pesquisadora. Trata-se de um impresso de *checklist* que elenca itens que merecem maior controle por serem relacionados a riscos assistenciais ou por serem de práticas recém instituídas e que precisam ser reforçadas para que passem a fazer parte da rotina dos funcionários. É um instrumento dinâmico, visto que os itens que recebem conformidade na avaliação de todos os profissionais são substituídos por outros que ainda têm resultados insatisfatórios.

O monitoramento intersetorial, relacionado às pactuações internas, em que o setor que receber um serviço, de modo divergente do pactuado, notifica uma não conformidade ao setor fornecedor que documenta o que não está sendo realizado. A dinâmica do HU ainda não incorporou essa prática. As relações interpessoais dificultam o proposto e, como as pactuações não foram seladas em documentos, as negociações e justificativas respondem às divergências ocorridas.

4.2 A ETAPA DE AVALIAÇÃO DO MÉTODO DE GERENCIAMENTO DE CASO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LC

Visando atender ao objetivo específico 3, apresenta-se aqui a etapa de avaliação, uma ferramenta importante e tem potencial de mobilização no sentido da coordenação de esforços destinados à qualidade da tomada de decisão, promovendo melhorias no que concerne à efetividade, eficiência e eficácia do serviço de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012). O que a difere do monitoramento é o aprofundamento, detalhamento das informações, análise dos achados e busca por explicações destes.

Realizou-se a etapa da avaliação mediante seis processos, são eles: análise dos resultados das auditorias internas, realizadas pelo setor da qualidade; dados da ouvidoria; pesquisa de satisfação dos profissionais; dados da unidade de planejamento estratégico; dados referentes aos atendimentos e análise de custo, o qual recebeu um subcapítulo a parte e; considerações sobre a etapa de avaliação. Ainda, realizaram-se entrevistas individuais com as chefias diretamente ligadas ao setor sobre o processo de implementação da LC.

4.2.1 Auditorias Internas de Qualidade

Os resultados das auditorias internas feitas pelo setor da qualidade são apresentados em relatórios quadrimestrais, gerados após compilação e análise dos dados de todas as auditorias realizadas no setor. As auditorias internas do HU são normatizadas pela Norma de Auditoria Interna e os itens avaliados contemplam os principais itens apontados pela avaliação educativa do Consórcio Brasileiro de Acreditação para o manual da JCI. Estes estão relacionados às Metas internacionais de segurança do paciente, são elas: Melhoria da qualidade e segurança do paciente; Governo, liderança e direção; Prevenção e controle de infecções; Gerenciamento e segurança das instalações; Gerenciamento e uso de medicamentos (CONSÓRCIO, 2021).

A esse respeito, conforme análise documental do Relatório de auditoria interna – 1º quadrimestre de 2020, último relatório publicado, percebe-se a melhoria no indicador de conformidade geral do setor de hemodiálise, subindo de 64,29% no 2º quadrimestre de 2017 para 92,59% no 1º quadrimestre de 2019, sendo que esse indicador se manteve acima de 90% em mais de 4 avaliações semestrais seguidas. Por isso, o setor recebeu dois selos azuis, instituído pelo setor de qualidade para setores que apresentam resultados acima de 90% em avaliações sequenciais, mostrando maturidade das melhorias instituídas. Infere-se que tais melhorias são fruto da organização dos processos devido à implementação da LC.

A implementação da LC da Nefrologia organizou o serviço por meio de fluxos, pactuações e padronização de processos com instruções técnicas de trabalho, horizontalização da assistência e demais dispositivos do cuidado conforme apresentado no capítulo anterior. Com o serviço organizado e funcionando de forma padronizada, foi possível para as lideranças, atenderem às exigências do padrão de qualidade da acreditadora JCI em relação a processos.

Para as Metas internacionais de segurança do paciente, os gestores do setor fizeram treinamentos, impressos de orientações, vídeos educativos e dinâmicas para que os funcionários entendessem o motivo de seguirem as orientações e interiorizassem as práticas corretas.

Para Melhoria da qualidade e segurança do paciente, processos foram melhorados e impressos desenvolvidos para as conferências necessárias para garantir a segurança da assistência aos pacientes.

Para Prevenção e controle de infecções, instituiu-se planilha de controle de infecções, além de controle de uso de antibióticos pelos pacientes e treinamentos da equipe para boas práticas em curativos de acessos venosos centrais e manipulação dos sistemas de hemodiálise e administração de medicamentos. Reativou-se o grupo de cateteres do HU com a

implementação da LC e a equipe da enfermagem da nefrologia começou a ter participação ativa no grupo de cateteres, trazendo atualizações de práticas para a rotina do serviço.

Para o Gerenciamento e uso de medicamentos, instituiu-se o controle de uso de antibióticos pelos pacientes, controle de dispensação e uso de heparina, cloreto de potássio e demais medicamentos.

As ações citadas acima foram possíveis devido ao novo modelo de assistência por LC. Percebeu-se que, com o modelo de LC, possibilitou-se o mapeamento do serviço, permitindo que as dificuldades e gargalos que atrasavam o processo de cuidado ou que não favoreciam uma assistência de excelência ao paciente fossem identificados, e planos de ação fossem criados e reavaliados periodicamente para que as metas e objetivos fossem alcançados. Ações de prevenção que reduziram o tempo gasto com resolução de pendências também foram implantadas com consequente aumento do tempo para se trabalhar em melhorias sólidas na assistência e nos processos que compõem o setor.

Estudo realizado com enfermeiras em um serviço de diálise aponta que a acreditação possibilita organizar o serviço e dar visibilidade ao trabalho realizado, favorecendo a atuação em prol de um cuidado seguro ao paciente (MARTINS; COSTA NETO, 2021).

Os resultados foram melhorando a cada quadrimestre, pois as ações implementadas consolidaram-se, abrindo espaço para mais inovações sempre baseadas no modelo de LC que tem o paciente e suas necessidades como alvo das ações. Kavalieratou *et al.* (2021) afirmam que os serviços de nefrologia têm buscado alternativas para melhorar o atendimento para atender as expectativas dos pacientes, sem perder o enfoque nos padrões e processos de gestão qualidade. O crescimento dos resultados em auditoria interna reflete esse planejamento com execuções embasadas, favorecendo realizar a quinta etapa de implementação da LC que corresponde à etapa de monitoramento.

4.2.2 Dados da Ouvidoria

Os dados a serem avaliados são dados públicos das manifestações recebidas pela Ouvidoria do Hospital, cenário deste estudo, referentes ao setor de nefrologia. O levantamento de dados correspondeu ao período de 2014 a 2021, os dos anos de 2014 e 2015 não foram identificados no sistema utilizado, manifestações relacionadas ao setor de nefrologia. Para os anos de 2016 a 2021, foram registradas 64 manifestações organizadas na Tabela 5.

Tabela 5: Dados da ouvidoria referente ao HU

TIPO/ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Reclamações	4	6	7	6	4	4
Solicitações	0	4	5	9	5	3
Comunicação	0	0	0	1	0	0
Elogios	0	0	0	0	1	3
Denúncias	0	0	0	0	0	2

Fonte: Ouvidoria (2021).

Nos anos 2014 e 2015, que antecedem a implementação da LC, não houve manifestações de nenhuma natureza mesmo o serviço estando em pleno funcionamento. É pouco provável que nenhum profissional ou usuário tenha tido algum motivo para se manifestar.

Uma reflexão simples pode concluir que esses atores não sabiam da existência desse canal institucional de comunicação ou não se sentiam à vontade para se manifestarem. A LC incluiu a ouvidoria como meio de *feedback* das ações desenvolvidas e atendimento prestado para as etapas de Monitoramento e Avaliação. Essa iniciativa foi e continua sendo amplamente divulgada visando reforçar a aceitação de que o papel da ouvidoria não é descobrir culpados sobre acontecimentos e penalizá-los, pelo contrário, a ouvidoria tem importante papel de comunicação para a busca de melhorias no serviço. A ouvidoria é considerada uma ferramenta de gestão que auxilia nos processos de administração e comunicação junto aos usuários e profissionais, garantindo os princípios do SUS, em especial, a participação social (PAULINO, 2021).

Visto o exposto, os dados apresentados acima demonstram a importância de se desenvolver uma cultura entre profissionais e usuários, de registrarem suas manifestações, independente do teor delas, pois estão diretamente relacionadas às possibilidades de melhoria contínua na gestão em saúde (PAULINO, 2021).

4.2.3 Pesquisas de Satisfação do Público Interno

A pesquisa de satisfação do público interno busca avaliar a satisfação dos colaboradores da instituição em relação aos diversos setores prestadores de serviço. As pesquisas de satisfação dos profissionais realizadas pela instituição fazem parte do Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente, sendo realizada anualmente por meio de um sistema digital institucional que garante a confidencialidade dos participantes. Todos os colaboradores,

independentemente de suas áreas de atuação ou local onde estão alocados, podem participar avaliando todos os setores.

Incluir a pesquisa de satisfação na etapa de avaliação da implementação da LC, por meio do método de gerenciamento de caso, agrega valor à avaliação, pois resgata a opinião de diversas pessoas em áreas de atuação e alocação distintas em relação ao setor. A pesquisa de satisfação no setor de nefrologia teve média de avaliação acima de 90% desde 2017 até 2020, último ano com resultados disponíveis.

Os resultados das pesquisas, no setor de nefrologia, desde 2017 não sofreram divergências significativas, sempre fechando próximo a 90% de satisfação entre os profissionais. Infere-se que o setor sempre foi um ambiente favorável para se trabalhar e que isso possa ter facilitado a implementação da LC por contar com uma equipe interessada e comprometida com as melhorias do serviço.

Embora tenha uma avaliação positiva, destaca-se que a LC foi implantada tendo participação efetiva dos gestores do setor, mas pouco envolvimento da equipe assistencial. Para Penedo (2019), a gestão compartilhada entre gestores e trabalhadores permite discussões em conjunto com vistas a estimular os trabalhadores a estarem envolvidos na gestão de modo a participarem ativamente das decisões que compõem as ações em saúde, sendo coparticipantes na gestão do serviço.

Nesse contexto, observou-se, no setor, que a equipe assistencial percebe as melhorias de uma forma generalizada sem associá-las a um modelo de gestão organizado e planejado em LC para alcançar as metas implementadas. O serviço continuou durante todo o período de implementação da LC, sendo avaliado como satisfatório pelos profissionais. Cabe também a análise de que as mudanças aconteceram de forma a não diminuir o nível de satisfação dos funcionários mesmo havendo qualquer mudança de rotina, motivo de estresse entre as equipes.

4.2.4 Dados da Unidade de Planejamento estratégico

A unidade de Planejamento estratégico do HU realiza as pactuações dos indicadores de interesse institucional com cada setor e realiza o monitoramento dos resultados dos indicadores em reuniões semestrais para discussão com as chefias dos setores. Especificamente, no setor de nefrologia, como está organizado em LC, o painel de bordo do planejamento estratégico foi alinhado às especificidades da LC. A seguir, a Tabela 6 apresenta o desempenho do setor de nefrologia em relação à conformidade e à avaliação dos indicadores pactuados de 2017 a 2021.

Tabela 6: Conformidade em relação à avaliação

ANO	DESEMPENHO NEFROLOGIA
2017	93,0%
2018	88,77%
2019	94,72%
2020	88,85%
2021	82,43%

Fonte: Elaborado para fins deste estudo fundamentado nos dados da Assessoria de Planejamento (2021).

A revisão das metas do planejamento é realizada uma vez por ano pela unidade de assessoria da instituição. Para tal, é agendada uma reunião entre equipe da assessoria, coordenador médico, coordenador de enfermagem, chefe da unidade de nefrologia, chefe do setor de apoio diagnóstico e chefe da divisão de apoio diagnóstico. Nessa reunião, os indicadores pactuados, no ano anterior, são analisados e discutidos e nova pactuação é feita com inclusões e exclusões de indicadores de acordo com as necessidades do setor e objetivos da Instituição. Os indicadores pactuados são levados para o setor e, em reuniões de colegiado interno, composto por chefias e representantes dos funcionários (etapa de coordenação da LC), estratégias são traçadas e planos de ação desenvolvidos para a melhoria dos resultados.

O desempenho do setor de nefrologia antes da LC não era mensurado, pois o setor fazia parte de uma unidade maior e não havia pactuação. Após o início da implementação da LC, houve a primeira pactuação em 2017 e essa segue sendo atualizada anualmente como mencionado.

Avaliando os resultados, percebe-se que os anos com mais altos índices foram 2017 e 2019, mas é importante considerar que os resultados gerais sempre estiveram acima de 80% e indicadores, como o indicador de satisfação do usuário, em todos os anos foi de 100% nesse período. Esse indicador reflete o quanto o serviço está atendendo as necessidades dos usuários. Vale lembrar que o principal objetivo de uma LC é organizar os serviços dentro da rede de atenção à saúde, considerando sempre o usuário como centro e foco das ações (POSSA *et al.*, 2020). A satisfação do usuário é, para a LC, um marcador de sucesso, pois mostra que as ações desenvolvidas estão alcançando os objetivos do modelo de LC.

O indicador de “percentual de documentos revisados no prazo” também manteve resultados em 100%. Esse indicador mostra a continuidade de atualização dos documentos desenvolvidos para padronização das práticas em saúde proposta pela LC para que possam ser mensuradas e adaptadas quando os resultados não forem satisfatórios. Os indicadores de

qualidade são considerados ferramentas de mensuração dos resultados que podem contribuir para o gerenciamento dos serviços, favorecendo o processo de melhoria contínua das práticas gerenciais e assistenciais (BÁO, 2019).

Outro indicador que vale uma análise relacionada à LC é o “percentual de cumprimento do cronograma de treinamento da enfermagem”. Esse indicador também esteve presente em todos os anos de pactuação do setor com a unidade de planejamento e manteve-se em 100% em todos os anos. A capacitação da equipe de enfermagem é o momento em que a equipe é treinada nas boas práticas fundamentais para que a LC cumpra com a função de oferecer assistência de qualidade aos usuários. Para Oliveira (2020), as capacitações são fundamentais para complementar a formação dos profissionais da área da saúde. Ainda, para o mesmo autor, a capacitação, em especial da equipe de enfermagem, permite o domínio das técnicas baseadas em evidências, ampliando os conhecimentos e qualificando o profissional.

O indicador de “satisfação do cliente interno” refere-se à satisfação da equipe do setor, demonstrando a adaptação da equipe às rotinas e satisfeita com o local de trabalho. Esse indicador também traz resultados de interesse para avaliação da LC, haja vista ter sido um período de mudanças significativas. Durante todo o período de implementação da LC toda a equipe foi acionada diversas vezes para mudanças nas rotinas, padronização de processos e capacitações relacionadas. Receber o resultado de 100% desse indicador pode significar que a equipe de apoio adaptou-se às mudanças propostas, mesmo sem compreender plenamente que fazem parte do modelo de LC. Além disso, ressalta-se que o fato de a LC organizar e padronizar processos faz gerar respaldo aos profissionais para atuarem mediante protocolos, instruções técnicas de trabalho e fluxos para uma assistência de qualidade ao usuário.

O indicador “Percentual de participação nas reuniões do colegiado interno” também está relacionado à LC, pois a etapa de coordenação da LC acontece nas reuniões de colegiado interno como discutido acima. Esse indicador manteve-se em 100% em todos os anos, refletindo a participação da equipe do setor na coordenação da LC e nos projetos de melhoria e atualização das rotinas do serviço. O modelo de gerenciamento de caso, usado para a implementação da LC, propõe uma gestão cíclica (GONZÁLES *et al.*, 2003), então as etapas, após iniciadas, são conduzidas em paralelo umas com as outras de modo a beneficiarem o serviço. Isso agrega à LC, pois, durante a intervenção, por exemplo, pode-se identificar uma oportunidade de melhoria, o que seria um diagnóstico, e desenvolver um plano de ação que se encaixaria na etapa de planejamento.

Alguns indicadores foram criados exclusivamente para monitorar alguns processos implementados para compor as sublinhas de cuidado. Avaliar cada um deles é de fundamental

importância na fase de avaliação da implementação da LC da nefrologia, seguem apenas os indicadores que estavam, diretamente, relacionados aos processos desenvolvidos durante a implementação da LC:

- **Desempenho dos indicadores da LC da nefrologia.** Criado e mensurado 2017, e excluído do painel de bordo em 2018.

Esse indicador foi criado com o objetivo de produzir uma informação sobre a avaliação geral dos indicadores da LC da nefrologia. O resultado de 2017 demonstra que a equipe da LC estava monitorando os indicadores relacionados aos processos padronizados durante a implementação da LC. Ele foi retirado do painel de indicadores pactuados com a Unidade de assessoria após a LC ficar sem gestor e a responsabilidade de gestão ficar para as coordenações médica e de enfermagem do setor de nefrologia.

Analisando a situação, ficou evidente que o acúmulo de responsabilidade por parte das coordenações inviabilizou a gestão de todos os processos de todas as sublinhas da LC da nefrologia. A sublinha da HD foi priorizada pelas coordenadoras por desempenhar atividade de alta complexidade e alto risco para os pacientes, em detrimento das demais sublinhas que ficaram sem gestão direta.

- **Porcentagem de conclusão do projeto de eficiência da LC do TX renal.** Criado em 2020, mas mensurado apenas em 2021.

Esse indicador foi criado em tentativa de reaver os resultados obtidos no ano de implementação da sublinha de cuidado do pré-transplante renal. Mas as estratégias não condiziam com o proposto e executado pela equipe gestora da LC em sua implementação. Os resultados não foram satisfatórios e divergiram em muito dos resultados anteriores.

- **Porcentagem de pacientes inscritos no Sistema Nacional de Transplantes (SNT) em 3 meses.** Criado em 2018 e mensurado em todo o período posterior.

Esse indicador foi criado para o monitoramento de uma parte da sublinha de cuidado Pré-transplante renal. Durante a implementação dessa sublinha, que se iniciou em janeiro de 2016, pactuações foram feitas entre o setor de nefrologia e o laboratório e algumas clínicas do hospital para as interconsultas necessárias para avaliação do paciente durante acompanhamento com a equipe do pré-transplante renal.

O objetivo das pactuações era mudar o cenário do Hospital sobre as inscrições dos pacientes renais na fila de transplante, que era demorada e dispendiosa e gerava reclamações por parte dos pacientes e da promotoria pública. Para tal, a equipe gestora da LC, durante o desenvolvimento da etapa de intervenção na sublinha de cuidado do pré-transplante renal, elaborou os protocolos, instruções técnicas de trabalho e capacitou equipe administrativa, equipe médica e de enfermagem para seguirem o processo conforme padronizado com vistas a acompanhar o paciente por todo o fluxo percorrido desde admissão do paciente na LC do Pré-transplante renal até sua inscrição na fila de transplante renal.

Assim que a LC foi implantada e iniciou a etapa de monitoramento em agosto de 2016, os resultados foram 100% satisfatórios. Nos três primeiros meses, a LC apresentou 26 pacotes de avaliação para inscrição do paciente concluídos e faturados com um faturamento de R\$22.399,70 e 34 pacotes concluídos a serem faturados. Com resultados tão promissores a equipe da LC pactuou com a assessoria de planejamento o indicador citado.

Após um ano, o resultado do indicador caiu para 13%. A análise da causa raiz demonstrou que as pactuações haviam se perdido aos poucos no decorrer dos meses e a equipe administrativa, tinha se adaptado às rotinas passadas em treinamento. Faltou monitoramento constante e a justificativa do serviço foi a de existirem muitas demandas e não haver uma pessoa exclusiva para a gestão da LC com suas sublinhas, além do fato das pactuações terem sido acertadas apenas verbalmente, o que foi se perdendo com a mudança de profissionais nos demais setores.

Percebeu-se que a mudança e troca de indicadores, a cada ano, dificulta o seu acompanhamento ao longo de tempo, não gerando a série histórica das informações e impossibilitando análises aprofundadas das mudanças ocorridas ao longo do tempo. Ademais, faz com que os profissionais se desloquem a favor de determinado indicador, mas, no ano seguinte, se ele não é atingido, ele é modificado no painel e a estratégia relacionada ao processo não é revista. Isto é, o problema não é resolvido e a informação perde seu objetivo primário de sinalizar a necessidade de melhoria.

Para a gestão da qualidade em saúde, faz-se necessária a utilização de indicadores, uma vez que esses favorecem uma crítica embasada dos principais processos, possibilitando a identificação das fragilidades e redefinição de metas. Indicadores precisam ser selecionados considerando os objetivos a serem alcançados e os principais dificultadores para se alcançarem tais objetivos (TRENTINI; SCHUEDA; REIS, 2020).

4.2.5 Análise das entrevistas

Para fins deste trabalho, entrevistas com os gestores e a alta governança foram conduzidas para se compreender a percepção deles acerca da implementação da LC. A análise gerou cinco categorias, foram elas:

1. Melhorias na assistência advindas das mudanças no setor decorrentes da implementação da LC;
2. Falhas existentes no sistema da LC;
3. Sugestão à implementação da LC;
4. Relevância do manual de apoio;
5. Relação LC e Custos.

A categoria “Melhorias na assistência advindas das mudanças no setor decorrentes da implementação da LC” observou:

A gente vê que o serviço conhece o paciente, acompanha essa entrada do paciente no serviço. Então, isso para mim, que comecei a fazer os cateteres, eu percebo que é uma clínica em que esse paciente, ele tem os diferentes pontos de atenção dentro do hospital, mas a clínica acompanha esse paciente, ele é do serviço, entende? (NO02)

Eu acho uma coisa importante também do serviço, é que ele tem um diagnóstico dos principais gargalos que impedem uma continuidade do cuidado, uma resolutividade maior do paciente sabe?! Eu acho que vocês conseguem, conseguiram desenhar mais, essa linha de cuidado e entender aonde que esse paciente, às vezes, perde um certo tempo na sua definição de cuidado, sabe?! O que eu acho que não acontece nos outros serviços ainda (NO02).

Chama a atenção neste estudo a proposta de acompanhamento do paciente, por todo seu percurso dentro do serviço dentro do HU e até mesmo na rede de atenção à saúde, mantendo contato direto com ele e disponibilizando os meios de comunicação do serviço para manter a comunicação e o acompanhamento. Demonstrou-se, repetidamente, que esse cuidado e acompanhamento integrais são os diferenciais do serviço de nefrologia, organizado em Linhas de Cuidado em comparação ao restante do HU. Seguir o paciente por todos os fluxos, que compõem seu tratamento, permite que a equipe perceba entraves e possa articular estratégias para resolutividade antes que o quadro clínico do paciente se agrave por morosidade dos processos.

Ainda nessa categoria, os participantes citaram a importância da organização da LC da Nefrologia:

Colocar o paciente no centro do cuidado, eu acho que é uma grande contribuição, porque faz com que todo processo de trabalho se organize com foco nele e na trajetória dele na instituição, e aí, até extrapolando depois nos encaminhamentos. Eu acho que qualifica muito o tanto o planejamento de alta quanto essa parte de referência e contra referência também, né? (NO03)

A implementação de uma linha de cuidado no hospital ela é muito importante para a instituição, pois ela organiza os serviços internos, identifica os principais gargalos institucionais. Para o paciente e para a instituição, e ela busca melhorias contínuas nos processos e nos fluxos do paciente e da instituição. (NO04)

Salienta-se a contribuição da LC da nefrologia no cuidado centrado no paciente e para atender suas necessidades. Para alcançar esse foco no paciente, os fluxos precisaram ser desenhados e os dificultadores da assistência identificados e tratados. O modelo cíclico proposto pelo método de gerenciamento de caso também foi considerado uma escolha acertada por manter a implementação contínua, tendo os resultados da etapa de monitoramento e avaliação novo diagnóstico, permitindo planos de ações em situações agudas e novo monitoramento em tempo real.

Ainda, foram mencionados pontos positivos da LC:

Então, acho que o fato da gente guiar o paciente é a principal importância de todo processo e a instituição vai com isso. Porque assim, a gente evita complicações e reinternações. (NO03)

[...] também perpassa pela organização, pela organização dos fluxos, pelo conhecimento da equipe desses fluxos também os benefícios para o paciente, considerando que o cuidado está centrado nele e que pode ter uma organização que pode minimizar o tempo de atendimento e melhoria do cuidado. (NO04)

Os pontos positivos reforçam os propostos pela LC que englobam a determinação dos fluxos dos processos que envolvem a assistência aos pacientes e a organização do serviço tendo como direcionador as necessidades dos pacientes e não de definições dos gestores sem priorização do cuidado centrado nos pacientes.

A respeito da categoria “Falhas existentes no sistema da LC” os gestores citaram especificamente a sublinha do pré-transplante:

Na parte do pré-transplante, né? É que existe uma linha de cuidado, as que os resultados eles não vêm, por exemplo, quando a gente avalia alguns indicadores como o tempo que o paciente é inscrito na fila no SNT. Então, o que isso significa? É que os fluxos não estão funcionando, a linha de cuidado teve ações para a implementação, mas para o ponto de vista de resultado, o resultado ainda não é visto. (NO04)

Nesse caso do pré-transplante, eu acho que são mesmo as negociações de exame, as pactuações de exame que isso não se resolveu ainda pra otimizar o tempo que o paciente está aguardando na preparação pra ser inscrito pra um transplante. (NO04)

Na análise realizada dos indicadores do serviço de nefrologia, pactuados com a unidade de assessoria do Hospital, foi identificado que os resultados da sublinha do pré-transplante renal se mantiveram elevados durante o período em que havia o gestor da LC que a desenvolveu. Com a saída da gestora da Linha, os acordos que comporiam a cadeia cliente-fornecedor contratualizada foram se perdendo e os resultados dos indicadores relacionados e da entrevista refletiram essas perdas e corroboram o achado.

A LC não foi programada para depender de pessoas, mas para que ela fosse autoalimentada, seriam necessárias pactuações entre setores em formato de contratualização documentada e validada pela alta gestão do HU. A contratualização comporia a cadeia cliente-fornecedor e seria passível de gerenciamento e auditorias, o que permitiria a identificação de perdas do processo em tempo hábil.

A proposta de gerenciamento desse processo de controle das pactuações aconteceria por meio de aplicação de não conformidades quando algum processo acontecesse de forma divergente da contratualizada. A não conformidade deveria ser avaliada pelo setor que não cumpriu o definido e respondida com a adequação necessária e justificativa do ocorrido. Com esse fluxo de identificação dos motivos que favoreceram o descumprimento do acordo, seria possível a mensuração de falhas no fluxo e acompanhamento por indicadores e auditorias. Como as pactuações não se tornaram contratualizações escritas e homologadas pela diretoria do HU, não foi possível o processo de gerenciamento descrito acima. As quebras das pactuações foram acontecendo e comprometendo a sublinha de cuidado do pré-transplante e, conseqüentemente, os resultados alcançados não foram mantidos.

Sobre as dificuldades para a implementação da LC, os gestores apontam a falta de continuidade e necessidade de discussão constante.

A gente faz o alinhamento, os combinados e as coisas acontecem e aí trocam as pessoas e aí as coisas se perdem. Quando a gente vai ver, o paciente está perdido de novo aí no complexo hospitalar. (NO06)

Eu vejo que a continuidade da linha do cuidado, a consolidação da linha do cuidado, o que a gente percebe aqui no hospital, é que ela tem avanços e depois retrocessos. Então ela não é uma linha ainda que eu considero consolidada, ela precisa permanentemente de estar sendo realimentada. (NO05)

Então, eu acho que a linha de cuidado, ela nunca pode, assim, parar de ser discutida, porque ela sempre depende do cenário, seja municipal ou institucional, entendeu? Até para que a gente possa alinhar, porque eu vejo, às vezes, que as coisas acontecem muito numa demanda de empenho pessoal. (NO02)

Eu acho que os pontos negativos é a ausência de um gestor de fato, que cuide efetivamente dessa linha de cuidado, que fique por conta dessa linha de cuidado. Esse é o ponto fraco. Outro ponto fraco é que ela é irregular, né!? Hora funcionando bem,

hora não, ora tem uma performance de linha de cuidado, ora não. Então, eu acho que esses são os pontos negativos. (NO05)

A respeito da falta de continuidade das ações, resgatam-se os acordos entre os setores que compõem a cadeia cliente-fornecedor. Inicialmente, eles foram feitos verbalmente em reuniões entre os envolvidos em cada processo. O planejamento deveria ter sido feito por contratualização efetiva em documento validado pela alta direção do HU no qual os acordos fossem institucionalizados e públicos, não dependendo das pessoas que participaram das negociações e definições.

A etapa de contratualização documentada não chegou a se concretizar por resistência da gerência de atenção em saúde do período 2015 a 2017. A gerência argumentava que poderia seguir como estava, sem confrontar gestores e gerar indisposições entre os setores. Afirmava que acordos, apenas verbais, eram suficientes uma vez que os colaboradores, em sua maioria, eram concursados, sem perspectivas de mudança em pequenos intervalos. Argumentações sobre mudança de cargos ou de cenário assistencial não foram suficientes para avançar com as contratualizações e, como era esperado, os acordos foram sendo adaptados por conveniência e questões políticas e muitos se perderam gerando grandes perdas para a LC. Como exemplo, há a sublinha do pré-transplante que, com as perdas ocorridas nas contratualizações, teve seus resultados afetados. O percentual de pacientes inscritos e o faturamento dos pacotes de pré-transplante tiveram quedas significativas como descrito acima.

A necessidade que a LC tem de ser “realimentada” vai ao encontro do proposto pelo método de gerenciamento de caso por ser um processo cíclico. Então, o que para um gestor entrevistado é um ponto negativo, para o idealizador da LC é um objetivo, haja vista ter um processo que se encerra em nova oportunidade de melhoria e que contribui para melhorias contínuas na busca pela excelência de um serviço de saúde.

O outro ponto negativo apontado é a ausência de um gestor da LC. Esse resultado foi percebido em outro momento da avaliação quando percebeu-se que alguns indicadores somente apresentaram bons resultados enquanto a LC tinha um gestor direcionando os processos e demais integrantes da equipe do serviço de nefrologia. Ter um profissional com a equipe da LC para definir objetivos e gerenciá-los minimiza a priorização de ações que não estão definidas em plano de ação.

Com relação à categoria “Sugestão à implementação da LC”, os gestores apresentaram:

Empenhar esforços para que tenha profissional gestor da linha do cuidado para que ela não fique com tempo. Porque dá muito trabalho montar, dá muito trabalho fazer as pactuações, ajustar. (NO03)

A minha sugestão é dar visibilidade a esse trabalho, com apresentações periódicas dos resultados para que esse trabalho não fique só na nefrologia, de forma que a instituição aprenda com a linha de cuidado da nefrologia, que ela é uma linha pioneira na instituição, no ponto de vista de forma de sistematizar uma linha de cuidado, do cumprimento das etapas de uma construção de uma linha de cuidado de funcionamento de uma linha de cuidado. (NO04)

Destaca-se a necessidade de um gestor que seja responsável pelos processos que envolvem a LC, monitorando-os e garantindo intervenções que se fizerem necessárias em tempo adequado para que os processos não se percam e as pactuações sigam sem alterações prejudiciais à LC. Esse gestor também deve assumir a divulgação dos resultados não somente para os gestores do serviço e chefias relacionadas, mas também para os funcionários que estão direta e indiretamente ligados ao serviço de nefrologia. Fazer públicos os resultados, pactuações e conquistas da LC tem como objetivo, além da transparência das ações, envolver e corresponsabilizar cada ator da LC, dando também a devida valorização de todos que fazem com que a LC aconteça. Ademais, visa garantir uma gestão e uma assistência que têm o paciente como prioridade, ou seja, que realmente se desenvolva para atender as necessidades dos pacientes, paciente centrado.

A categoria referente à “Relevância do manual de apoio” demonstra o apoio dos gestores à confecção do material:

Certamente, o manual seria um facilitador, sem dúvida, nessa construção, um norteador, nessa construção, de forma que nem uma etapa fique aí sem ser cumprida. (NO07)

Eu acho que um manual ele daria as instruções, né?! A forma, o modelo de como organizar um hospital em linhas de cuidado, né?! Em definir as linhas de cuidado, desde a definição de uma linha de cuidado prioritária até o diagnóstico dos problemas de uma linha de cuidado, né?! (NO04)

A proposta de desenvolvimento e entrega de um manual de implementação de LC, como produto deste trabalho, foi bem aceita por todos os entrevistados. Todos entendem a necessidade de um direcionador para o desenvolvimento sistematizado das Linhas de Cuidado do Hospital. Sistematizado de forma a favorecer o monitoramento das ações e dos resultados de cada processo.

E, por fim, a categoria “Relação LC e Custos” aborda a importância de se discutirem custos na implementação da LC.

Com isso, a gente consiga gerir tempo do profissional, de assistência, custo do hospital, porque acaba que a gente vai encurtar caminhos, né?! Direcionar o paciente de forma mais precisa, pro que ele realmente necessita de assistência. (NO 01)

Papéis definidos das pessoas, um cuidado muito menos fragmentado, do ponto de vista de monitoramento, você consegue avaliar mais o resultado. Eu acho que o acolhimento também é sempre melhor sabe? O paciente é tratado além do que só aquela doença. Tem a questão do recurso também, porque você consegue fazer uma projeção de custo, então eu acho que, do ponto de vista de quem está na gestão, isso também faz muita diferença. (NO02)

A definição dos fluxos, ocorrida durante a implementação da LC, permitiu entender o que realmente os pacientes precisam no processo assistencial que os envolvem. Essa definição também permitiu o mapeamento dos insumos necessários para prestar a assistência adequada. Com essas definições, o serviço de nefrologia conseguiu estabelecer um pregão exclusivo para compra de insumos da nefrologia, reduzindo tempo para a compra dos itens necessários para o setor e evitando desabastecimentos e atrasos nos tratamentos por falta dos recursos.

O mapeamento dos recursos foi o primeiro passo para a avaliação dos custos das terapias prestadas pelo setor de nefrologia. O Hospital não tinha essa análise, sendo o setor de nefrologia pioneiro. A identificação dos custos favorece o planejamento assistencial de forma a entender os processos mais onerosos e avaliar possibilidades de redução dos gastos e, conseqüentemente, dos custos sem perda da qualidade assistencial. Recursos economizados pela otimização da assistência com aumento da efetividade podem ser realocados de forma a expandir o atendimento, sendo um ponto positivo da LC da nefrologia.

O resultado das entrevistas caracteriza uma parte da etapa de avaliação, permitindo uma visão da LC no momento atual. É importante ressaltar que a etapa de avaliação se deu a partir de janeiro de 2022 e está dividida pela avaliação dos resultados das “auditorias internas”, “dados da Ouvidoria”, “Pesquisa de Satisfação”, “Dados da Unidade de Planejamento” e entrevistas, que avaliam dados do início da implementação até 2020/2021 e a “Análise das Entrevistas” que traz o período atual, 2022. Percebe-se que alguns processos foram comprometidos com o passar do tempo e que a avaliação conseguiu identificar os motivos principais, sendo eles a perda do gestor da LC e a mudança de processos em discordância com o contratualizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da etapa avaliativa do método de gerenciamento de caso escolhido para nortear a implementação LC, bem como a aplicação de ferramentas de gestão foram adequados e permitiram a organização de um serviço de nefrologia de alta complexidade e alto custo. Percebeu-se que tal implementação possibilitou seguir as premissas para uma LC efetiva cujo cuidado é centrado no paciente, de forma integral e gerando vínculo e responsabilização.

Salienta-se que este trabalho permitiu avaliar a escolha do método do gerenciamento de caso como uma forma de organizar a implementação da LC. Percebeu-se que as etapas do gerenciamento de caso permitiram um desenvolvimento organizado dos levantamentos de dados, das informações, do planejamento e da execução das propostas, contribuindo nas formas de gerir a LC pela equipe de gestores. A utilização do gerenciamento de caso mostrou-se ser um método organizado e sistemático, contribuindo para que o processo fosse devidamente acompanhado. A utilização de ferramentas de gestão possibilitou um processo organizado de desenvolvimento de cada etapa, dando robustez para a implementação e garantindo transparência a todo processo.

Na descrição das etapas, e analisando os materiais, documentos e informações coletadas foi possível diagnosticar a fragilidade do processo que precisa ser considerada e trabalhada como uma oportunidade de melhoria. A fragilidade está relacionada ao fato de a equipe assistencial da nefrologia, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional terem participado dos processos de melhoria, das dinâmicas e de treinamentos sem identificar que tais conjuntos de ações e resultados faziam parte da implementação da LC. Isso se deu devido aos gestores da LC não terem compartilhado todas as etapas desenvolvidas na implementação da LC de forma didática com os funcionários, visto que o envolvimento deles foi feito de forma fragmentada e apenas em momentos que consideravam oportuno no desenvolver das etapas.

A equipe valoriza o serviço e identifica o crescimento e melhoria dos processos, da assistência e da organização do serviço, mas não entende ou sabe descrever todo o processo de implementação da LC que se desenvolveu até o momento. Outra fragilidade deste foi devido às pactuações entre setores prestadores de serviço (fornecedores) e setores (clientes) terem sido apenas acordos verbais. Percebeu-se, após análise das entrevistas, que durante esses anos, mesmo com a implementação da LC ainda em processo, alguns acordos foram perdidos, gerando transtornos para os gestores da LC, os quais precisaram resgatar e-mails e outros documentos que indicavam os acordos firmados para que os setores não parassem de cumprir

com os acordos. Em algumas situações, novos acordos menos favoráveis para a LC da nefrologia foram firmados ainda informalmente, o que prejudicou e continua prejudicando o serviço e comprometendo o sucesso da LC. A perda da gestora da LC também prejudicou a continuidade dos processos e, conseqüentemente, da qualidade obtida no serviço devido à implementação da LC. Considerar essas análises favorece a correção das falhas identificadas e melhoria na continuidade da LC.

A organização do serviço em linhas de cuidado, no cenário hospitalar, torna-se complexa, haja vista a multiplicidade de processos e de pessoas envolvidas no contexto assistencial. Assim, é fundamental que os hospitais adotem, internamente em suas clínicas, linhas de cuidado, as quais, uma vez organizadas, irão compor o fluxo do cuidado do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), proporcionando melhores resultados no que concerne à qualidade da assistência e ao custo-efetividade do serviço.

Ao estabelecer a LC da nefrologia, foi possível proporcionar a integralidade do cuidado, estabelecendo vínculo do paciente com o serviço em um processo de responsabilização da equipe. Nesse sentido, a assistência foi horizontalizada mediante a relação estabelecida entre enfermeiros e médicos, os quais ficaram responsáveis pelos pacientes de seus turnos, elaborando planos de cuidado individualizado e sendo responsáveis pelos encaminhamentos necessários. Isso permitiu que os pacientes fossem atendidos em suas necessidades e acompanhados nesse processo de forma a manter o vínculo do paciente com o serviço e evitar que eles se “percam” na RAS e tenha seu tratamento interrompido.

Instituiu-se também o processo de alta responsável, sendo o assistente social o responsável pela transferência e o médico e o enfermeiro assistentes responsáveis pela transferência do cuidado por meio de relatórios e discussões de caso via telefonemas.

Durante a implementação das etapas do gerenciamento de caso, foi possível perceber que a LC da nefrologia deveria ser desmembrada, o que foi realizado, criando sublinhas, foram elas: Diálise Peritoneal, Hemodiálise, Ambulatório DRC Conservador, Ambulatório de transição (pacientes pós alta hospitalar acompanhados por um ano para avaliação da recuperação da função renal), Diálise pacientes internados, Pré-transplante renal, Pós-transplante renal e ambulatório geral de nefropatias. Essa subdivisão foi necessária, haja vista que, dependendo do estágio da doença e da decisão compartilhada entre o paciente e a equipe de saúde, o paciente será acompanhado por determinada sublinha de Cuidado que enfocará sua especificidade. Cada sublinha foi organizada gerando a elaboração de novos e diversos fluxos tanto de entrada dos pacientes e quanto dos processos de trabalho. Os fluxos são formais e descrevem o trajeto do paciente do momento de chegada ao HU até a saída de suas

dependências, por exemplo: fluxo para agendamento de consultas, coleta de exames laboratoriais, cirurgias ambulatoriais, internação, tratamentos ambulatoriais.

Entende-se que o processo de organização dos serviços em Linhas de Cuidado é cíclico porque o serviço de assistência é dinâmico e sujeito a alterações e atualizações constantemente. Logo, uma LC implementada deve estar em acompanhamento contínuo para que a organização e sistematização não se perca na rotina, o que gera retrabalho para adequação ao modelo proposto. Considerando o gerenciamento de caso, as etapas de coordenar, monitorar e avaliar são contínuas e garantem a manutenção da Linha e a intervenção em tempo real quando algum problema é diagnosticado.

O registro de cada etapa e a organização dessas subsidiaram o desenvolvimento de um manual a fim de esclarecer os processos que envolvem a organização e implementação das linhas, além de definir os objetivos da instituição ao assumir o modelo de assistência em Linhas de Cuidado em todo o complexo hospitalar. Trazer a identificação e análise dos custos para a implementação da LC agregou valor ao modelo, haja vista a necessidade de se considerar a análise dos custos fundamental para melhor gestão destes e, conseqüentemente, para a saúde financeira das instituições de saúde.

O projeto de reorganização do serviço de nefrologia do Hospital em LC gerou resultados tão satisfatórios que o HU solicitou que o trabalho fosse desenvolvido em todo os seus setores assistenciais, iniciando pelos serviços tidos como prioritários para o Hospital, são eles: onco-hematológica adulta e pediátrica; clínica materno infantil e; Urgência e Emergência. Isso reflete que o projeto piloto de organização do serviço de nefrologia em LC pode ser aplicado para outros setores e outras realidades. Cabe ressaltar que o processo ainda está em andamento uma vez que ele não acaba em si mesmo, haja vista que novas demandas vão sendo identificadas, processos redefinidos e mudanças realizadas.

Dessa forma, a organização do serviço em Linhas de Cuidado, desenvolvido mediante o método do Gerenciamento de Caso, por meio de ferramentas de gestão, mostrou-se um modelo completo no que concerne ao automonitoramento que ele favorece. Mas é fundamental considerar que tanto a LC da nefrologia, quanto as demais Linhas iniciadas fazem parte do mesmo HU, o que pode restringir a avaliação dos resultados.

A presente pesquisa tem como principal limitação o fato de ter sido implementada em apenas um serviço de saúde, contemplando assim, a parte intra-hospitalar da LC da nefrologia que tem o HU, cenário desta pesquisa, como referência de atenção secundária e terciária na RAS.

Considerando o exposto, fazem-se necessários novos estudos sobre a temática e a replicação do modelo em outras instituições da RAS, em todos os níveis de atenção, para que seja possível uma análise generalizada. Contudo, o tema ainda é pouco explorado na literatura especializada, o que abre campo para diversas pesquisas, utilizando as etapas descritas nesta e outras opções para enriquecer a literatura e oferecer os resultados como contribuição para os gestores dos serviços de saúde.

A validação do Manual desenvolvido também se faz necessária, podendo ser o tema de outros estudos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, S. S. *et al.* Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. **Brazilian Journal of Nephrology** [online]. 2010, v. 32, n. 1 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000100009>>. Acesso em: 8 jun. 2022.
- ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 40, p. 122-129, 2018.
- ALEMÃO, M. M.; GONÇALVES, M. A. Avaliação econômica em saúde e estudos de custos: uma proposta de alinhamento semântico de conceitos e metodologia. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 185–196, 2018.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999.
- APPIO, J. *et al.* Análise SWOT como diferencial competitivo: um estudo exploratório na Cooperativa Muza Brasil. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 3, n. 3, p. 01-18, Sem II. 2009.
- BÁO, A. C. P. *et al.* Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 360-366, 2019.
- BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, p. 93-108, 2011.
- BRASIL, Banco Mundial. **Governança no sistema único de saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos**. Brasil: Banco Mundial, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretriz Metodológica: Estudos De Microcusteio Aplicados a Avaliações Econômicas Em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL, Tribunal de Contas da União, Secretaria Adjunta de Planejamento e Procedimentos Diretoria de Métodos e Procedimentos de Controle. **Critérios gerais de controle interno na Administração Pública**, um estudo dos modelos e das normas disciplinadoras em diversos países. Brasília: [s.n.], 2009.
- BRASIL. **Guia instrutivo: Organização Local da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11 de 13 de março de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-11-de-13-de-marco-de-2014>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 04 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília DF 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 20 de setembro de 2017**. Anexo I. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html> Acesso em 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

BRASIL. **Minsaúde - Linhas de Cuidado. Sou Gestor - Depressão no adulto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado-homologacao.saude.gov.br/portal/depressao/sou-gestor/>. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRAZ, PGCG, VILA VSC, NEVES HCC. Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review. **Rev Bras Enferm.**v. 73, n. 5, 2020: Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0506>> Acesso em: 12 jan. 2021.

CECÍLIO, L. C. de O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2019.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003. Disponível em: < www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

CÉSAR, F. I. G. **Ferramentas gerenciais da qualidade**: instrumentos para gerenciamento e tomada de decisão na implementação da melhoria contínua. São Paulo: Biblioteca, v. 24, 2013.

CHIAVENATO, I. **Planejamento estratégico**. Elsevier Brasil, 2004. CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico: da Intenção aos Resultados**, 3. ed. Rio de Janeiro: editora Atlas, 2016.

CLEMENTS, B.; COADY, D.; GUPTA, S. **The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies**. 1. ed. Washington, DC: International Monetary Fund, IMF Publications, 2012.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 7. ed. Joint Commission International: [s.l.]; 2021.

COOPER, R. G.; EDGETT, S. J. **Ideation for product innovation: what are the best methods?** PDMA Visions, v. 32, n. 1, p. 12-17, 2008.

DUBOW, C. *et al.* Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 94-103, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2019.

FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, p. 63-67, 2004.

FINKLER, S. A.; WARD, D. M.; BAKER, J. J. **Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations**. [S.l.]: Jones & Bartlett Learning, Sudbury: 2007.

FINKLER, Steven A.; WARD, David Marc; BAKER, Judith J. **Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations**. Jones & Bartlett Learning, 2007.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

FORGIA, G. M.; C. B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: [s.n.], 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. [S.l.: s.n], 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília – DF: Líber Livro, 2008.

GILLILAND, A. J. **Setting the Stage**. In: GETTY RESEARCH INSTITUTE (Org.). **Introduction to Metadata**. 2. ed. Los Angeles: [s.n.], 2008. p. 1–19. Disponível em: <<https://d2aohiyo3d3idm.cloudfront.net/publications/virtuallibrary/0892368969.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

GONÇALVES, M. A. *et al.* Modes of governance and the use of cost information: A comparative study between Brazilian and British hospitals. **Corporate Ownership and Control**, v. 7, n. 4 D, p. 365–379, 2010. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84897148969&partnerID=40&md5=b661691ab287859775238d68bb358970>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

GONÇALVES, M. A. *et al.* O financiamento da saúde e a relevância das informações de custos no setor saúde pública: estudo da base de conhecimento de custos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. 2016.

GONZALES, R. I. C. *et al.* Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-americana Enfermagem**, vol. 11, n. 2, p. 227-31, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13>. Acesso em: 04 ago. 2019.

HENDRIKS, M. E. *et al.* Step-by-step guideline for disease-specific costing studies in low- and middle-income countries: a mixed methodology. **Global Health Action**, v. 1, p. 1–10, 2014.

JULIÃO, J. M. T. *et al.* Importância da Linguagem padronizada na assistência de enfermagem a portadores de lesões de pele: revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 95, n. 33, 2021.

KAVALIERATOU, A. *et al.* Quality Management System in a Haemodialysis Unit and Patient Satisfaction. **SciMedicine Journal**, v. 3, n. 3, p. 209-218, 2021.

KUSCHNIR, R. *et al.* **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Graboys V, Mendes W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p. 121-51.

LIMA, J. S. de. O Planejamento Estratégico como Ferramenta de Gestão. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, ed. 03, p. 58-69, março de 2018.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2507-2521, 2012.

LIRA, A. B.; *et al.* Gestão de estoque: proposta para uma farmácia diferenciada. **O Mundo da Saúde**. v. 37, n.1, p. 97-104, 2013.

MACHADO, M. N. da. **Entrevista de pesquisa**: a interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. pp. 33-59.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O Percurso da Linha de Cuidado sob a Perspectiva das Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARSHALL, JÚNIOR, MARSHALL I. *et al.* **Gestão da qualidade e processos**. Editora FGV, 2021. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**. 2010. v. 14, n. 34, p. 593-606.

MARTINS, S. A. da S.; COSTA NETO, P. L. O. C. Gestão da Qualidade: conhecimento do enfermeiro que trabalha em hemodiálise. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e417101623696, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/luciana.milagres/Downloads/23696-Article-286605-1-10-20211216.pdf> Acesso em: 12 jan. 2022.

MATUS, C.. **Fundamentos do planejamento situacional**. Rivera FJU, organizadores. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, p. 107-125, 1989.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2011. Brasília: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1402&Itemid= Acesso em: 03 mar. 2021.

MORAES JÚNIOR, C. S. *et al.* O custo de soluções alcalinas em sessões de hemodiálise ambulatorial: uma análise sobre o desperdício a partir do controle dos processos. **Jornal Brasileiro Nefrologia** [online], v. 36, n. 4, p. 502-511, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0502.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

NUNES, M. A. **Custos no serviço público**. Texto para Discussão, 31. Brasília: [s.n.], 1998. OECD HEALTH POLICY STUDIES. Value for Money in Health Spending. Paris: **OECD Health Policy Studies**, 2010.

OLIVEIRA, L. de S. B. *et al.* Os efeitos da capacitação da equipe de enfermagem sobre avaliação e cuidado de pacientes com feridas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 29707-29725, 2020.

OLIVEIRA, M. R. de *et al.* Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2019, v. 72, n. 6, pp. 1547-1553. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: [s.n.], 2018.

PALADINI, E. P.; *et al.* **Gestão da Qualidade Teoria e Casos**. 2. ed. Elseve Editora Ltda. Rio de Janeiro, 2012.

PAULINO, L. M. M. Ouvidoria e Humanização como ferramentas de melhoria contínua na gestão de produção de saúde. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**, São Paulo, n. 4, 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde* * A versão inicial deste artigo foi apresentada na mesa redonda “Atenção Primária à Saúde nos Grandes Centros”, em comemoração aos quarenta anos do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paul, em 30 de agosto de 2017. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. 2, p. 1525-1534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

PENEDO, R. M., GONÇALO, C. da S. e QUELUZ, D. de P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 23. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/R7VYB6qtCbfqqWDPkS3gt6H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: ago. 2021.

PEREIRA, B. dos S.; TOMASI, E. Instrumento de apoyo a la gestión regional de salud para el seguimiento de indicadores de salud en Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 411-418, 2016.

POSSA, L. B. *et al.* Linha de cuidado em Covid-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 227-249, 2020.

REMBOLD, S. M. *et al.* Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 501-504, 2009.

SAMPIERIS, R; FERNÁNDEZ C. C. BAPTISTA, L. MdP. **Metodología de la investigación**, v. 6, 2014.

SCHIMITH, M.D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 9, n. 3. 2011. p. 479-503. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>>. Acesso em: 13 jun. 2022

SESSO, R. C. *et al.* Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 48-53, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0476.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

SILVA, A. O. da *et al.* Gestão da qualidade: Aplicação da ferramenta 5W2H como plano de ação para projeto de abertura de uma empresa. **Anais 3ª SIEF – Semana Internacional das Engenharias da FAHOR - 7º Seminário Estadual de Engenharia Mecânica e Industrial**, Horizontina, Out., 2013. Disponível em:

<http://www.fahor.com.br/publicacoes/sief/2013/gestao_de_qualidade.pdf> Acesso em: 30 mar. 2019. Acesso em: 20 maio 2017.

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-UniversSUS**, v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016.

SILVA, J. B. *et al.* Auditoria como meio de monitoramento de um serviço de saúde do município de Cuité–PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 343-350, 2012.

SILVA, N. E. K; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. dos S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&>. Acesso em: 29 set. 2021.

SODER, R. M. *et al.* Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 36, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815/531>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SOEIRO, L. C. L. S.; TAVEIRA, L. de M. Educação em saúde, diálise peritoneal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [S. l.], v. 3, n. 7, p. 393–403, 2020. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/70>. Acesso em: 8 jun. 2022.

SOUZA MINAYO, Maria Cecília; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, p. 11-25, 2018.

TAN, S. S. **Microcosting in economic evaluations** - issues of accuracy, feasibility, consistency and generalisability. 2009. 219 f. Glaxo smithkline services unlimited. ©, Rotterdam, The Netherland, 2009.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012.

TELES, I. D. F. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

TEZA, P. *et al.* **Ideias para a inovação**: um mapeamento sistemático da literatura. Gest. Prod., São Carlos, v. 23, n. 1, p. 60-83, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2016000100060&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2021.

TRENTINI, A. H.; SCHUEDA, M. A.; REIS, M. R. Indicadores como aliados na gestão do centro cirúrgico. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 69122-69129, 2020.

- TRUCOLO, A. C. *et al.* Matriz GUT para priorização de problemas: estudo de caso em empresa do setor elétrico. **Revista Tecnológica**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 124 - 134, dec. 2016. Disponível em: <<https://uceff.edu.br/revista/index.php/revista/article/view/183>>. Acesso em: 07 jun. 2022.
- TURATI, R. C; SAES, E; VASCONCELOS, K. Padronização discricionária em processos hospitalares: um modelo conceitual para a compreensão do trabalho em ambientes Lean Healthcare. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte v. 16, n. 4, p. 81-97, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS

Qual a importância da organização dos serviços em linha de cuidado para o hospital?

Quais os pontos positivos da implementação da Linha de Cuidado na unidade de Hemodiálise (nefrologia)?

Quais os pontos negativos da implementação da Linha de Cuidado na unidade de Hemodiálise (nefrologia)? Você teria alguma sugestão para a implementação e manutenção da linha de cuidado?

Quais são os pontos positivos e negativos da implementação da Linha de Cuidado da Nefrologia no Hospital?

O Hospital tem um manual ou roteiro para direcionar a implementação das Linhas de Cuidado?

Como você acha que um material dessa natureza contribuiria?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA POR MEIO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO: Avaliação e análise dos ganhos ocorridos no processo de implementação em paralelo à utilização de ferramentas de gestão”, coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Márcia Alemão Mascarenhas, a qual é responsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo identificar os ganhos do processo de implementação da Linha de Cuidado do serviço de nefrologia de um hospital de grande porte e alta complexidade de Minas Gerais em paralelo à utilização de ferramentas de gestão. A coleta de dados será realizada mediante uma entrevista individual, seguindo roteiro semiestruturado. A entrevista terá duração de meia hora aproximadamente e será realizada presencialmente em sala adequada no seu próprio local de trabalho, cumprindo os protocolos de segurança instituídos no Hospital para prevenção de contágio pelo vírus COVID-19, como uso de máscaras e distanciamento mínimo de 1,5m entre as pessoas. A sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, pois seus resultados trarão benefícios relacionados ao avanço e consolidação do modelo de Linha de Cuidado e padronização do processo, promovendo melhorias na gestão do cuidado.

Você será convidado a responder questões sobre a sua percepção como profissional envolvido com o setor de nefrologia na implementação da Linha de Cuidado da Nefrologia do Hospital. Mediante seu consentimento, a entrevista será gravada com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações na transcrição, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. Esclareço que após a transcrição, os áudios serão destruídos.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e as Instituições, em todo processo investigativo. Salienta-se que os riscos dessa pesquisa são mínimos. A esse respeito, cabe destacar que a sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de manifestações psicológicas e desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar, deixar de responder qualquer pergunta ou retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo sem que isso possa causar-lhes algum prejuízo. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, garantindo o anonimato, sendo que a imagem individual e institucional será protegida, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte, poderá entrar em contato com o pesquisador (contatos estão descritos no final do documento). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador coordenador, em seu setor de trabalho por um período de 5 anos, na Universidade. Após esse período os documentos serão destruídos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas ou em divulgações em eventos científicos. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o presente TCLE assinado. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu, _____, declaro que li o TCLE e compreendi a natureza e objetivo do estudo. Declaro ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa e da forma de participação e de utilização das informações, bem como acerca da liberdade para solicitar novas informações e interromper a participação a qualquer momento sem que isso cause prejuízo a mim. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Assim, autorizo a minha participação voluntária na pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA POR MEIO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO: Avaliação e análise dos ganhos ocorridos no processo de implementação em paralelo à utilização de ferramentas de gestão”, coordenada pela Prof^ª. Dr^ª. Márcia Alemão Mascarenhas.

Recebi uma via deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura da pesquisadora Responsável: _____

Assinatura do participante: _____
_____, _____ de _____ de _____.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, BH, MG – Brasil/ CEP: 31270-901.
Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Pesquisador(a) Responsável: Prof^ª Dr^ª Márcia Alemão Mascarenhas. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: marcia.alemao@yahoo.com.br Tel: (31) 3409-9829.

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura

Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA POR MEIO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO: Avaliação e análise dos ganhos ocorridos no processo de implementação em paralelo à utilização de ferramentas de gestão
- b) Departamento/Faculdade/Curso: Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem da UFMG/Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde
- c) Pesquisador Responsável: Márcia Mascarenhas Alemão

Descrição dos Dados

O objetivo geral desse estudo será identificar os ganhos ocorridos no processo de implementação da Linha de Cuidado da Nefrologia em paralelo à utilização de ferramentas de gestão.

Um dos objetivos específicos é analisar os custos da assistência prestada na Linha de Cuidado, com vistas em identificar os recursos gastos nos procedimentos realizados e seu impacto no faturamento.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP-UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901 Unidade Administrativa II – 2º Andar – Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 – E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Declaração dos pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados e materiais. Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos (ou até 10 (dez) anos e após esse

tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido de todos os Sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Dados, para salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2022.

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura

Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2022.

Hospital.

APÊNDICE D

ARTIGO: OS CUSTOS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA LINHA DE CUIDADO, COM VISTAS A IDENTIFICAR OS RECURSOS GASTOS NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

O artigo a seguir responde ao terceiro objetivo específico apresentado nesta dissertação. Ele foi produzido a partir dos resultados obtidos com a análise de custos realizada na sublinha de cuidado de diálise à beira leito, está aceito para publicação conforme declaração de aceite, ANEXO B.

CUSTO DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO À BEIRA LEITO DE PACIENTES AGUDOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

COST OF BEDSIDE HEMODIALYSIS TREATMENT FOR ACUTE PATIENTS ADMITTED TO A UNIVERSITY HOSPITAL.

RESUMO

No cenário da pandemia do COVID-19, evidenciar o uso dos recursos para assistência à saúde torna-se fundamental na gestão hospitalar. Assim, este artigo tem como objetivo identificar o custo do tratamento hemodialítico, à beira leito, de pacientes agudos internados em um hospital universitário de grande porte e alta complexidade de Minas Gerais. Utilizou-se o método de estudo de caso, em uma abordagem quali-quantitativa, bem como a metodologia de Custeio ABC, com levantamento de dados por meio de entrevistas, dados secundários diversos e painel de especialistas. O tratamento hemodialítico é composto por três macroprocessos: Etapa 1 - Avaliação e Preparo; Etapa 2 - Terapia Hemodialítica, Etapa 3 - Encerramento, registro e organização. O tratamento tem como custo mínimo R\$1.290,49 e o custo máximo R\$5.494,66, evidenciando a amplitude principalmente no tempo de realização da etapa de Terapia Hemodialítica (mínimo de 124 minutos e máximo de 493 minutos). Entende-se, pois, que, no cenário da pandemia, torna-se fundamental ampliar a construção de informações de atividades e consumo de recursos que permitam análise de processos assistenciais, controle do uso dos recursos, maior transparência do gasto público e controle da corrupção, além de *accountability* e o estabelecimento de *benchmarks*.

Palavras-chave: Custo e Análise de Custos de Cuidados de Saúde; Custos Hospitalares; Lesão Renal Aguda; Terapia de Substituição Renal.

ABSTRACT

In the scenario of the COVID-19 pandemic, highlighting the use of resources for health care becomes fundamental in hospital management. Thus, this article aims to highlight the cost of bedside hemodialysis treatment for acute patients admitted to a large and highly complex university hospital in Minas Gerais. The case study method was used, in a qualitative-quantitative approach. The ABC Costing methodology was used, with data collection through interviews, various secondary data and a panel of experts. Hemodialysis treatment consists of three macroprocesses: Step 1 - Assessment and Preparation; Step 2 - Hemodialysis Therapy, Step 3 - Closing, recording and organization. The treatment has a

minimum cost of R\$ 1,290.49 and a maximum cost of R\$ 5,494.66, showing the amplitude, mainly in the time taken to perform the hemodialysis therapy stage (minimum 124 minutes and maximum 493 minutes). It is concluded that in the pandemic scenario, it is essential to expand the construction of information on activities and consumption of resources, as they allow the analysis of care processes, control of the use of resources, greater transparency of public spending and control of corruption, in addition to accountability and the establishment of benchmarks.

Keywords: Cost and Cost Analysis; Health Care Costs; Hospital Costs; Acute Kidney Injury; Renal Replacement Therapy.

INTRODUÇÃO

A Lesão Renal Aguda (LRA), que gera a Insuficiência Renal Aguda (IRA), é uma das complicações mais comuns entre pacientes que evoluíram a óbito por COVID-19 (MOITINHO *et al.*, 2020). Conforme o autor supracitado, caracteriza-se como lesão renal aguda aquelas ocorridas em pacientes sem histórico de disfunções renais crônicas que tiveram ocorrência de disfunções renais relacionada à COVID-19.

Conforme a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), segundo Poloni Jat (2020) a entrada do SARS-Cov-2 na circulação sistêmica é a chave para o processo que leva à IRA, ocorrendo em 05-7% dos casos e em 2,9-23% dos pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI). Estudos observacionais (MOITINHO *et al.*, 2020), analisados em uma revisão sistemática sobre LRA, apresentaram dados sobre a incidência em pacientes internados por COVID-19. Apesar de alguns estudos apresentarem resultados inconsistentes, divergindo em relacionar lesões renais e comprometimento das funções renais à infecção por COVID-19, identificou-se que a ocorrência de LRA, em conjunto com outros parâmetros renais, representa uma importante complicação clínica e está associada ao aumento da mortalidade e morbidade nesses pacientes. Também se identificou que outros distúrbios orgânicos causados por disfunções renais são fatores de risco independentes para óbito. Esses últimos, por sua vez, associam um aumento de até cinco vezes mais o risco de óbito em pacientes com COVID-19 e disfunção renal prévia.

Os rins podem ser um dos órgãos mais afetados pelo SARS-CoV-2 sendo que os pacientes com acometimentos renais, normalmente, precisam de UTI, pois possuem o risco de morte até cinco vezes maior do que os demais pacientes que não tiveram alteração renal e maior probabilidade a sequelas crônicas (IGM, 2020).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia (YU *et al.*, 2007), a IRA tem diferentes definições e classificações de acordo com parâmetros determinados. Os tratamentos são definidos de acordo com o quadro clínico, estágio da insuficiência e podem incluir terapias renais substitutivas como hemodiálise e diálise peritoneal. A hemodiálise e suas derivações são consideradas os métodos preferenciais e abrangem as principais indicações clínicas.

A hemodiálise pode ser compreendida pela sua relevância e importância no tratamento de doenças renais. É um procedimento definido como de alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de importância no contexto do financiamento do SUS, pelo quantitativo de procedimentos prestados e representação no volume total de recursos gastos. No SUS, este tratamento é prestado por serviços especializados localizados dentro de hospitais ou em clínicas satélites, tendo, obrigatoriamente, um hospital de referência para encaminhamento de pacientes que necessitem de atendimento hospitalar com ou sem internação.

Apesar da relevância da assistência hospitalar como um todo, o conhecimento dos custos assistenciais ainda é bastante incipiente no Brasil, sendo apontado como um dos maiores fatores de ineficiência do setor saúde (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009). No contexto da pandemia, em que houve aumento da demanda hospitalar com consequente elevação dos gastos relacionados ao cuidado em saúde, identificar os custos e consumos de recursos de procedimentos assistenciais de grande impacto torna-se fundamental com vista a um melhor controle de receita e despesas e investimentos na saúde. Estudos têm apresentado aumentos dos custos de tratamento do COVID-19 relacionados a possíveis comorbidades dos pacientes (IGM, 2020). Pesquisa realizada pela Fiocruz evidencia a relação entre o custo de tratamento do COVID-19 e a qual gravidade da doença (IGM, 2020), alinhado com o estudo apresentado por Hsiao e Lima (2015) que identificam o custo direto médio total da hemodiálise convencional e apresenta o impacto financeiro principalmente no processo de “monitorização”.

A necessidade de conhecer os custos de bens e serviços públicos, principalmente no setor saúde, é fundamental para gerar uma base de dados que permita, no pós-pandemia, fortalecer a sustentabilidade dos prestadores de serviços e gestores públicos, gerando uma medida precisa de eficiência técnica do gasto público (DOWELL *et al.*, 2021).

Porém o conhecimento dos custos em saúde ainda é um grande desafio, apesar de tão necessário na fundamentação de políticas de saúde, na identificação do equilíbrio econômico-financeiro

dos prestadores de serviços ao SUS e na melhoria do desempenho e da qualidade da atenção hospitalar (CLEMENTS, COADY, GUPTA, 2012; BANCO MUNDIAL, 2007; OECD, 2020, BRASIL, 2009). Além disso, sua utilização é fundamental na construção do planejamento e orçamento da saúde, ampliando a validade destes como ferramenta de gestão (BANCO MUNDIAL, 2007). A falta de informações de custos dos serviços prestados em saúde, de forma sistematizada e confiável, impede o desenho de mecanismos de pagamentos sólidos (LA FORGI; COUTOLLENC, 2009).

A hemodiálise, como procedimento de alta complexidade, envolve gastos consideráveis. Dada a complexidade dos pacientes com LRA e considerando a ocorrência desta condição entre os pacientes com COVID-19, torna-se relevante o impacto desse procedimento nos serviços de saúde. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é conhecer onde e quanto de recursos são consumidos neste procedimento.

Neste contexto, justifica-se o presente estudo pela sua relevância que tem, como objetivo, descrever o custo do tratamento hemodialítico relacionado à insuficiência renal aguda em pacientes hemodialítico durante a pandemia por COVID-19, em um hospital universitário de grande porte e alta complexidade de Minas Gerais. O estudo traz subsídio à discussão sobre uso dos recursos, sustentabilidade econômico-financeira dos prestadores e, conseqüentemente, do seu financiamento.

MATERIAL & MÉTODOS

A pesquisa adotou uma abordagem exploratória, utilizando o método de estudo de caso por ter como interesse identificar o custo do tratamento hemodialítico de pacientes internados em um hospital universitário de grande porte, com 458 leitos, e alta complexidade de Minas Gerais após início da pandemia por COVID-19.

O campo de pesquisa é o serviço de nefrologia intra-hospitalar que presta assistência a pacientes com doença renal crônica e pacientes com doença renal aguda, em âmbito ambulatorial e com atendimento a pacientes internados. O hospital em questão, denominado como Hospital Universitário (HU), é referência estadual no tratamento de pacientes com insuficiência renal e vem atendendo um número expressivo de casos suspeitos e confirmados de contaminação pelo vírus responsável pela COVID-19. A escolha do HU, como campo de estudo, deu-se pela

facilidade de acesso às informações e pela representação do serviço de nefrologia dentre os serviços prestados no SUS.

Tendo como referência principal a viabilidade e precisão das informações de custos, foi utilizado, como método de custeio, o Custeio Baseado em Atividades (*Activity Based Costing* - ABC). O Custeio ABC visa identificar os custos de tratamento de uma doença específica ou de uma determinada intervenção, identificando as atividades constitutivas e os recursos consumidos ao longo do processo que se deseja custear (BRASIL, 2013), identificando que as atividades consomem os recursos (NAKAGAWA, 2001). Utilizaram-se para o custeamento, as etapas propostas por diversos autores (BRASIL, 2013; NAKAGAWA, 2001), que foram: identificação do procedimento - definição do procedimento de hemodiálise à beira leito como objeto de análise, por não ter sofrido alterações devido à pandemia e pela relevância desse. O macroprocesso descrito tem como perfil de pacientes os internados, críticos que necessitam de hemodiálise à beira leito (UTI Covid19, UTI, Unidade Coronariana, CTI Pronto-Socorro e área isolada COVID-19).

Definição da forma de coleta de dados - Para a coleta das atividades constitutivas e dos recursos consumidos utilizou-se a técnica de painel de especialistas, composto por especialistas na assistência, envolvidos em diversas etapas do tratamento hemodialítico, lotados no Setor de Nefrologia/HU. Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2021.

Identificação e definição dos macroprocessos – por meio do painel de especialistas foi possível identificar e descrever os macroprocessos que envolvem o atendimento do paciente que necessita de terapia hemodialítica em UTI. Identificaram-se três macroprocessos que são: Avaliação e preparo, Terapia hemodialítica e encerramento, Registro e organização.

Definição das atividades que constituem cada um dos processos e mensurações dos recursos e custos dessas atividades. – Utilizaram-se valores máximos e mínimos visando estabelecer um intervalo de valor de medidas tanto para os direcionadores das atividades quanto para a mensuração dos custos das atividades. Esta proposta é metodologicamente defensável, apresentando-se coerente com a metodologia definida pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A amplitude dos direcionadores de atividades e custos evidencia especificidades tanto dos pacientes quanto dos profissionais que realizam as atividades. Os valores dos custos dos itens de custos foram coletados, utilizando

dados internos de consumo que refletem os valores de compras dos itens para o ano de 2020. Trata-se de valores de compras por meio de pregão eletrônico e/ou atas de registro de preço. Levantaram-se os valores de custos de pessoal utilizando os valores de salários, mínimo e máximo, dos profissionais envolvidos no processo, lotados no serviço de nefrologia do HU, conforme publicado no Portal da Transparência. Identificaram-se os valores de manutenção dos equipamentos pelo valor mínimo e máximo das manutenções preventivas, por sessão. Não foram incluídos outros custos indiretos pela pouca representatividade deles em comparação aos custos diretos.

Painel de especialistas - A adoção deste formato é resultado da abordagem qualitativa utilizada no grupo focal e/ou painel de especialistas, proposta por HAIR (2014) que, por meio de submissão dos dados à equipe técnica capacitada para tal, valida os achados da pesquisa, analisando as atividades e seus direcionadores de recursos e consumos.

Utilizaram-se, como critérios de inclusão, os dados dos pacientes internados em unidades críticas submetidos a pelo menos uma sessão de hemodiálise à beira leito durante internação. Foram considerados todos os pacientes internados na UTI e que receberam terapia hemodialítica, sendo ou não diagnosticados com COVID-19. Foram excluídos dados relativos de pacientes que, apesar de terem prescrição de hemodiálise, não evoluíram para o segundo macroprocesso, intitulado “Terapia Hemodialítica”. Isto pode ter ocorrido devido às dificuldades relacionadas ao acesso vascular do paciente ou por mudança do quadro clínico que inviabilizasse a terapia. Ressalta-se que dados pessoais que possam identificar os pacientes não foram utilizados, garantindo o sigilo dos tratamentos realizados no serviço.

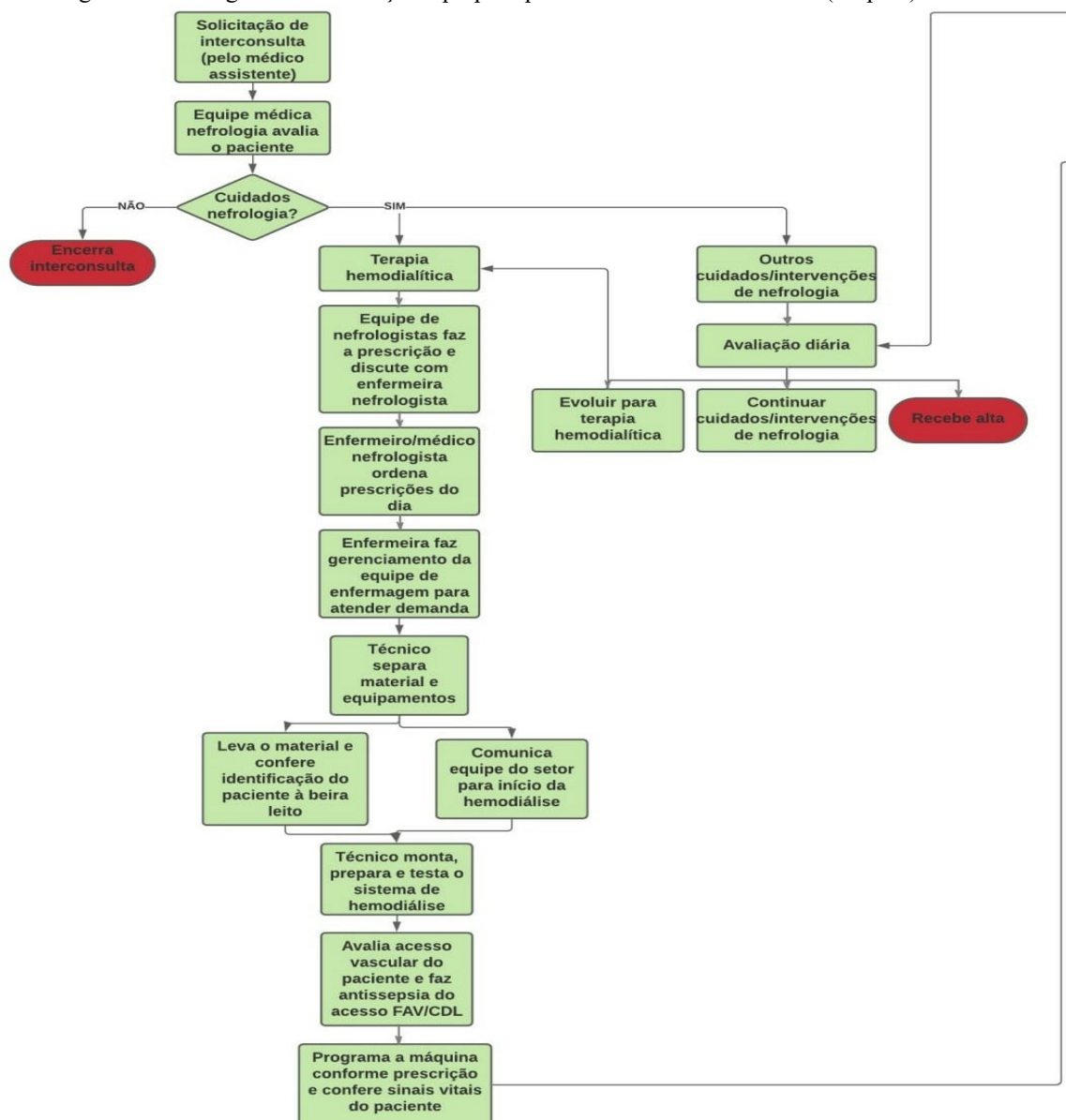
Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa “Implementação da LC em um serviço de nefrologia por meio de ferramentas de gestão: avaliação e análise dos ganhos ocorridos no processo de implementação em paralelo à utilização de ferramentas de gestão”, aprovado pelo Colegiado MPGSS/ENF/UFMG/2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo viabilizou a descrição do fluxo das atividades que compõem os macroprocessos da hemodiálise à beira leito. Este é apresentado nas Figuras 1 e 2.

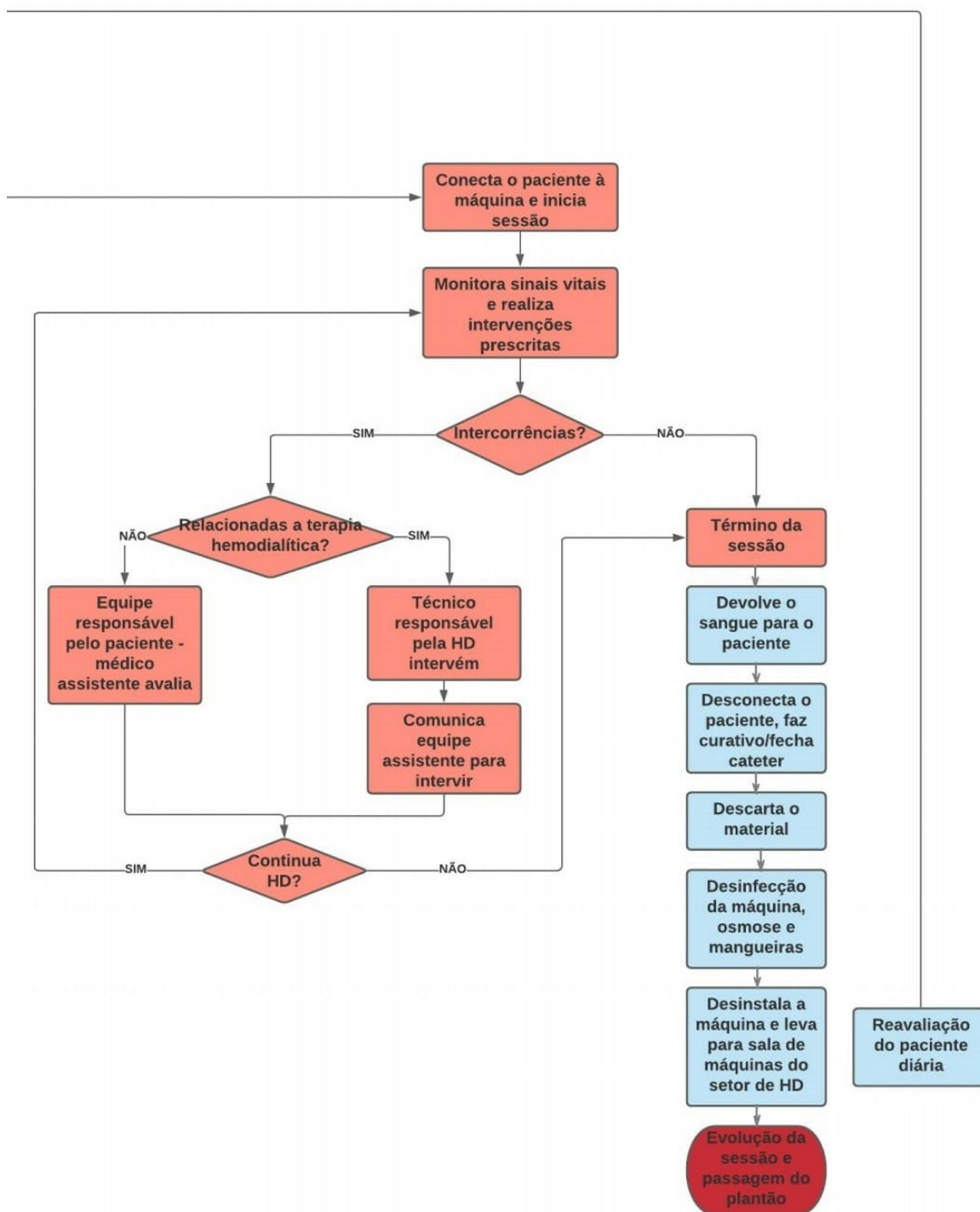
Compõem o procedimento três macroprocessos que correspondem a ações sucessivas definidas como Etapa 1 - Avaliação e preparo, cujas atividades estão apresentadas na cor verde (Figura 1); Etapa 2 - Terapia hemodialítica, cujas atividades estão apresentadas na cor rosa (Figura 2) Etapa 3 - Encerramento, registro e organização, cujas atividades estão apresentadas na cor azul (Figura 2).

Figura 1 – Fluxograma de avaliação e preparo para hemodiálise à beira leito (Etapa 1) - HU - 2021



Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Figura 2 – Fluxograma de terapia hemodialítica (Etapa 2) e encerramento, registro e organização (Etapa 3) na hemodiálise à beira leito - HU - 2021



Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Na Tabela **Erro! Autoreferência de indicador não válida.** estão apresentadas as atividades constitutivas dos macroprocessos, bem como as mensurações dos recursos com pessoal e equipamentos. Cada macroprocesso foi detalhado evidenciando as atividades que o compõem. As atividades foram descritas de forma sucinta e para cada uma delas foram identificados os

itens de consumo e o tipo. Os itens de consumo variaram entre: pessoal, material ou serviço terceirizado. O tipo especifica de qual equipe era o pessoal, qual o material correspondente e de qual serviço terceirizado se trata. O direcionador de atividade considera o recurso despendido de cada uma das atividades e vem precedido da unidade de medida correspondente. Na Tabela , também consta o custo unitário mínimo e máximo e o custo total de cada atividade.

Tabela 1 - Macroprocessos constitutivos da terapia hemodialítica e o respectivo consumo de recursos- HU- 2021

Macro- processos	Atividades	Item /Tipo	Consumo	Unid. Medida	Direcionador da Atividade		Custo Unitário (reais)		Custo Atividade (reais)	
					Mín.	Máx.	Mín.	Max	Mín.	Max
Etapa 1 - Avaliação e preparo	Solicitação de interconsulta para a nefrologia (pelo médico assistente)	Pessoal /Médico Assistente		minuto s	10	20	11,14	23,33	111,38	466,61
	Equipe médica nefrologista avalia o paciente	Pessoal /Medico Nefrologista		minuto s	30	60	11,14	23,33	334,1 5	1.399,84
	Equipe de nefrologistas faz a prescrição e discute com enfermeira nefrologista	Pessoal /Medico Nefrologista		minuto s	10	40	11,14	23,33	111,3 8	933,22
	Ordenamento das prescrições do dia	Pessoal Médico Nefrologista	/	minuto s	5	10	5,28	7,47	26,40	74,66
	Gerenciamento da equipe de enfermagem para atender demanda	Pessoal /Enfermeiro		minuto s	5	15	5,28	7,47	26,40	111,99
	Separação de material e equipamentos	Pessoal /Técnico Enfermagem		minuto s	10	15	2,74	3,36	27,37	50,33
	Separação de material terapia hemodialítica	Material/ Hemodiálise	Kit e	unidad e	1	1	82,69	243,81	82,69	243,81

Tabela 1 - Macroprocessos constitutivos da terapia hemodialítica e o respectivo consumo de recursos- HU- 2021

Macro- processos	Atividades	Item /Tipo	Consumo	Unid. Medida	Direcionador da Atividade		Custo Unitário (reais)		Custo Atividade (reais)	
					Mín.	Máx.	Mín.	Max	Mín.	Max
	Separação do material EPI	Material EPI	/Kit	unidade	1	1	4,26	11,06	4,26	11,06
	Encaminhamento do material e conferencia da identificação do paciente à beira a beira leito	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	10	30	2,74	3,36	27,37	100,66
	Comunicação a equipe do setor para início da hemodiálise	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	1	3	2,74	3,36	2,74	10,07
	Montagem, preparação e testagem do sistema de hemodiálise	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	20	30	2,74	3,36	54,74	100,66
	Avaliação do acesso vascular do paciente e antissepsia/desinfecção do acesso (FAV ou CDL)	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	2	5	2,74	3,36	5,47	16,78
	Programação da máquina conforme prescrição e conferência dos sinais vitais do paciente	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	2	3	2,74	3,36	5,47	10,07

Tabela 1 - Macroprocessos constitutivos da terapia hemodialítica e o respectivo consumo de recursos- HU- 2021

Macro- processos	Atividades	Item /Tipo	Consumo	Unid. Medida	Direcionador da Atividade		Custo Unitário (reais)		Custo Atividade (reais)	
					Mín.	Máx.	Mín.	Max	Mín.	Max
Total Etapa 1									819,82	3529,76
Etapa 2 - Terapia hemodialítica	Conecção do paciente à máquina por meio do acesso vascular e início a sessão	Pessoal Técnico Enfermagem	/ de	minutos	1	5	2,74	3,36	2,74	16,78
	Terapia hemodialítica em máquina de hemodiálise convencional	Serv. Terc Manutenção Preventiva	/ sessão		1	1	3,82	10,54	3,82	10,54
	Monitoramento dos sinais vitais e realização das intervenções prescritas. Comunicação e intervenção em caso de intercorrências	Pessoal Técnico Enfermagem	/ de	minutos	120	480	2,74	3,36	328,47	1.610,55
	Total Etapa 2									335,03
Etapa 3 - Encerram	Devolução do sangue do paciente, quando do término da sessão	Pessoal Técnico Enfermagem	/ de	minutos	1	3	2,74	3,36	2,74	10,07

Tabela 1 - Macroprocessos constitutivos da terapia hemodialítica e o respectivo consumo de recursos- HU- 2021

Macro- processos	Atividades	Item /Tipo	Consumo	Unid. Medida	Direcionador da Atividade		Custo Unitário (reais)		Custo Atividade (reais)	
					Mín.	Máx.	Mín.	Max	Mín.	Max
	Desconectar o paciente, faz curativo/fecha cateter	Pessoal Técnico Enfermagem	/ de	minutos	2	5	2,74	3,36	5,47	16,78
	Descartar o material	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	1	2	2,74	3,36	2,74	6,71
	Realizar desinfecção da máquina, osmose e mangueira	Material / Kit desinfecção	/ Kit	unidade	1	1	1,50	1,58	1,50	1,58
	Realizar desinfecção da máquina, osmose e mangueira	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	32	32	2,74	3,36	87,59	107,37
	Desinstalar a máquina e leva para a sala de máquinas do setor de hemodiálise	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	3	20	2,74	3,36	8,21	67,11
	Evolução da sessão e passagem de plantão	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	5	15	2,74	3,36	13,69	50,33
	Desparamentação (lavar a mão, tirar os óculos e lavá-lo, tirar avental, lavar a mão, limpar	Pessoal Técnico Enfermagem	/	minutos	5	20	2,74	3,36	13,69	67,11

Tabela 1 - Macroprocessos constitutivos da terapia hemodialítica e o respectivo consumo de recursos- HU- 2021

Macro- processos	Atividades	Item /Tipo	Consumo	Unid. Medida	Direcionador da Atividade		Custo Unitário (reais)		Custo (reais)		Atividade		
					Mín.	Máx.	Mín.	Max	Mín.	Max			
	sapato, lavar a mão, secar a mão e secar os óculos e lavar a mão novamente)												
Total Etapa 3								135,63		327,06			
TOTAL								1.290,49		5.494,6		6	

Observa-se que a maioria dos recursos dispendidos são de pessoal que têm os minutos trabalhados como direcionador de tempo de execução da atividade. Pode-se identificar que há grande variação entre o mínimo e máximo, resultado das especificidades assistenciais dos pacientes atendidos que demandam de tempos variados de assistência e terapias com pequena duração ou mais extensas. Mostram-se relevante, também, as variações do custo unitário mínimo e máximo relativo ao minuto trabalhado dos profissionais envolvidos no processo.

Na Tabela 2 estão apresentados os custos de materiais separados por kits: o Kit de EPI, utilizado nas etapas 1, 2 e 3; o Kit da hemodiálise, utilizado nas etapas 1 e 2 e o Kit Desinfecção, utilizado nas Etapas 1 e 3. Os materiais que compõem os kits utilizados nas etapas foram identificados por meio do painel de especialistas, levantando o consumo mínimo e máximo, contingentes às necessidades dos pacientes. Foi apontado um valor unitário, para os itens, conforme as licitações e registros de preços vigentes.

Tabela 2 - Custo dos Materiais dos Kits – HU- 2021

Material	Unid.	Direcionador		Custo por Item (R\$)		
	Mensuração	Min	Max	Unitário	Mínimo	Máximo
Kit Hemodiálise						
Agulha 25x07	unidade	0	2	0,22	-	0,44
Agulha 40x12	unidade	1	2	0,25	0,25	0,50
Cloreto de potássio 10% 10mL	ampola	0	28	0,19	-	5,32
Cloreto de sódio 0,9% 1.000mL	unidade	1	2	3,55	3,55	7,10
Dialisador capilar 1,8 área uso único	unidade	1	3	42,90	42,90	128,70
Equipo arterial adulto	unidade	1	3	4,95	4,95	14,85
Equipo de soro simples	unidade	1	2	1,07	1,07	2,14
Equipo venoso adulto c.cata-bolha	unidade	1	3	4,91	4,91	14,73
Fita crepe	metro	0,9	2,1	0,06	0,05	0,13
Gaze com 5 - assistência	unidade	2	5	0,26	0,52	1,30
Gaze com 5 - desinfecção	unidade	1	2	0,26	0,26	0,52
Heparina	unidade	0	2	8,77	-	17,54
Isolador de pressão	unidade	2	6	0,43	0,86	2,58
Seringa 1 ml	unidade	0	2	0,13	-	0,26
Seringa 10mL CDL	unidade	2	4	0,22	0,44	0,88
Seringas 20mL	unidade	0	2	0,30	-	0,60
Seringas 3 ml CDL	unidade	4	6	0,11	0,44	0,66
Solução ácida (ca 2,5 k 2)	unidade	1	2	12,49	12,49	24,98
Solução básica	unidade	1	2	10,00	10,00	20,00

Material	Unid.	Direcionador		Custo por Item (R\$)		
	Mensuração	Min	Max	Unitário	Mínimo	Máximo
Tampa CDL	unidade	0	2	0,29	-	0,58
TOTAL KIT HEMODIÁLISE					82,69	243,81
Kit Desinfecção						
Material	Unid.	Direcionador		Custo por Item		
	Mensuração	Min	Max	Unitário	Mínimo	Máximo
Proxitane para desinfecção da	litro	0,25	0,25	1,44	0,36	0,36
Álcool p desinfecção externo	litro	0,1	0,1	7,50	0,75	0,75
Perfex	metro	1	1	0,35	0,35	0,35
Álcool para assepsia de acesso	MI	5	15	0,008	0,04	0,12
TOTAL KIT DESINFECÇÃO					1,50	1,58
Material	Unid.	Direcionador		Custo por Item		
	Mensuração	Min	Max	Unitário	Mínimo	Máximo
Kit EPI						
Máscaras de procedimento	unidade	1	2	1,12	1,12	2,24
Gorro	unidade	1	1	0,08	0,08	0,08
Luvas procedimento	par	1	5	0,32	0,32	1,60
Máscara N95 (01 para cada 15 dias),	unidade	0,0667	1	1,92	0,13	1,92
Capotes	unidade	1	2	2,61	2,61	5,22
TOTAL KIT EPI					4,26	11,06
TOTAL DOS KITS					88,45	256,45

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

A Tabela 3 apresenta o custo mínimo e máximo para atendimento hemodialítico a pacientes internados em UTI no HU em 2021.

Tabela 3 - Custo da hemodiálise a pacientes internados em UTI -HU-2021		
Macroprocesso	Custo Mínimo	Custo Máximo
Etapa 1 - Avaliação e preparo	819,82	3529,76
Etapa 2 - Terapia hemodialítica	335,03	1.637,87
Etapa 3 - Encerramento, registro e organização	135,63	327,06
Kit Hemodiálise	82,69	243,81
Kit Desinfecção	1,50	1,58
Kit EPI	4,26	11,06
TOTAL CUSTO	1.378,93	5.751,14

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A Tabela 3 evidencia uma amplitude entre os valores máximos e mínimos de mais de quatro vezes nas etapas 1 e 2 do macroprocesso, devido principalmente à variação no tempo e custo unitário de pessoal gastos nas atividades: Etapa 1 - Equipe de nefrologistas faz a prescrição e discute com enfermeira nefrologista, variando de 10 a 40 minutos; Etapa 2 - Monitoramento dos sinais vitais e realização das intervenções prescritas - Comunicação/intervenção em caso de intercorrências, variando de 120 a 480 minutos. A amplitude na variação do consumo dos recursos nessas atividades é justificada pela variação na necessidade assistencial dos pacientes atendidos. De acordo com os especialistas entrevistados, o paciente de maior gravidade demandará uma terapia hemodialítica mais lenta e demorada, o que repercute diretamente nos custos por paciente e nos custos totais do serviço de nefrologia.

A metodologia de Custeio ABC permitiu identificar o consumo dos recursos, suas atividades e, conseqüentemente, a padronização dos processos de trabalho, possibilitando verificar as relações entre atividades, processos e agente. Demonstrar as atividades que mais consomem recursos amplia a visão gerencial e permite a construção de indicadores de saúde e análises que suportam decisões em saúde. Sendo, portanto, oportunidade de se desconstruir a cultura de somente “cortar custos” e fortalecer a proposta de melhor uso dos recursos, fundamental na discussão de gastos públicos em saúde no Brasil.

No cenário da pandemia do COVID-19, amplia-se o desafio da gestão dos hospitais com a implementação de novos fluxos de trabalho assistencial e administrativo, tornando-se fundamental o conhecimento das atividades e do consumo dos recursos. Assim, a ampliação de informações de custos, metodologicamente válidas, visando subsidiar a discussão do financiamento e a melhoria na utilização dos recursos na saúde torna-se urgente e necessária. Embora o cenário particularmente novo, gerado pelo enfrentamento da pandemia mundial, a preocupação dos gestores hospitalares com a sustentabilidade financeira das instituições não é novidade. A busca pelo equilíbrio econômico-financeiro exige a necessidade de conhecimento de informações dos custos de cada um dos variados serviços prestados. Apesar da evidente importância e a exigência legal, a geração de informações de custos não é uma prática comum à maioria dos hospitais brasileiros, conforme pesquisa subsidiada pelo Banco Mundial (2007). Situação atualizada posteriormente por La Forgia e Coutollenc (2009) que identificaram, em 2009, que essas informações sobre custos estavam disponíveis em apenas 5% dos hospitais.

Há, neste cenário atual, um agravamento da exigência por informações de custos, o que justifica a elaboração deste artigo. Objetivou-se identificar os custos da hemodiálise à beira leito de pacientes portadores de insuficiência renal aguda. A importância do uso das informações de custos pode ser identificada em duas vertentes. A primeira, como subsídio para a discussão do financiamento da saúde, dado o aumento dos custos do setor saúde, agravado pela inclusão de novas tecnologias e processos exigidos pela pandemia. Outra vertente que exige o uso das informações de custos é a exigência da melhor utilização dos recursos no setor saúde. Neste contexto, é necessária a ampliação de informações de custos que tenham validade científica e metodológica, de forma a possibilitar uma discussão, fundamentada em evidências, do uso dos recursos. A maior restrição para o desenvolvimento dos estudos de custos é a disponibilização dos dados, os registros incompletos de doenças dos pacientes e a falta de experiência para conduzir tais estudos (TAN, 2009).

As limitações desta pesquisa são quanto à análise mais aprofundada do perfil dos pacientes como a agregação de outras ferramentas de gestão e assistência, como o *Diagnosis Related Groups* — DRG, além de não avaliar o impacto no custo total do Setor de Nefrologia do HU.

CONCLUSÕES

Em atendimento ao objetivo proposto no artigo, os custos do tratamento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda, internados em um hospital universitário de grande porte e alta complexidade de Minas Gerais, foram dimensionados. Também se definiram os macroprocessos, suas atividades e consumo de recursos ocorridos na terapia hemodialítica que totalizaram o custo mínimo de R\$1.290,49 e máximo de R\$5.494,66, acrescidos dos custos específicos de kits de materiais e serviços utilizados, correspondendo ao custo mínimo de R\$ 88,45 e máximo de R\$256,45. Evidenciou-se uma variação significativa, de 325% entre o custo mínimo e máximo, entre os pacientes com menor tempo de tratamento e aqueles com maior tempo.

Tem-se, como contribuição deste artigo, o conhecimento e o rigor metodológico da identificação do consumo de recursos de um dos serviços mais relevantes dentre os prestados na assistência hospitalar. Além do mais, aponta-se a pesquisa como contribuição para a discussão do financiamento da saúde, da sustentabilidade do SUS, principalmente neste cenário atual da pandemia do COVID-19. Os mapeamentos das atividades e de seus padrões de

consumo permitem a análise de processos assistenciais, controle do uso dos recursos, maior transparência do gasto público e controle da corrupção, além de *accountability* e o estabelecimento de *benchmarks*.

De modo pragmático, este estudo enfatiza a necessidade e a importância das informações de custos na gestão hospitalar, gerando evidências que permitem a compreensão dos fatores determinantes dos custos hospitalares que, por sua vez, auxiliam na consolidação e na fundamentação da política hospitalar do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 16 abr. 2021.

CLEMENTS, B.; COADY, D.; GUPTA, S. **The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies**. 1. ed. Washington, DC: International Monetary Fund, IMF Publications, 2012.

DOWELL, M. C. M., FERREIRA, S. N., & FRITSCHER, A. M. (2021, 12 de abril). O Sistema de custos: uma ferramenta para melhorar a qualidade do gasto público -Gestão fiscal. BID Melhorando Vidas. Disponível em: <https://blogs.iadb.org/gestion-fiscal/pt-br/o-sistema-de-custos-uma-ferramenta-para-melhorar-a-qualidade-do-gasto-publico/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

FORGIA, G. M. 1a; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

HSIAO, J.; LIMA, A. F. C. Custo direto da hemodiálise em unidade de terapia intensiva adulto. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2015.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MOITINHO, M. S.; *et al.* Lesão renal aguda pelo vírus SARS-COV-2 em pacientes com COVID-19: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.

NAKAGAWA, Masayuki. **ABC Custeio baseado em atividades**. ed. São Paulo: Atlas, 2001

OECD HEALTH POLICY STUDIES. **Value for Money in Health Spending**. 1. ed. Paris: OECD Health Policy Studies, 2010.

POLONI, J. A. T. **Insuficiência renal aguda em pacientes com COVID-19.** A Tempestade do Coronavírus, v. 52, n. 2, p. 160-7, 2020.

TAN, S. S. **Microcosting in Economic Evaluations:** Issues of Accuracy, Feasibility, Consistency and Generalisability. Rotterdam: F. Glaxo Smithkline Services Unlimited, 2009.

APÊNDICE E
PRODUTO TÉCNICO – MANUAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DE LINHAS DE
CUIDADO A NÍVEL HOSPITALAR

Luciana Mara Rosa Milagres

PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO
“Desenvolvimento de uma Linha de Cuidado em um hospital universitário”

Produto técnico/tecnológico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Mascarenhas Alemão

Coorientadora: Profa. Dra. Carolina da Silva Caram

Belo Horizonte
2022

Luciana Mara Rosa Milagres

Manual para implementação de Linhas de Cuidado por meio do método de Gerenciamento de Caso e ferramentas de gestão.

Belo Horizonte
2022

LISTA DE SIGLAS

CID	Classificação internacional de doenças
GUT	Gravidade Urgência e Tendência
HU	Hospital Universitário
ITO	Instruções Técnicas Operacionais
ITT	Instrução Técnica de Trabalho
LC	Linha de Cuidado
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	120
2	OBJETIVOS	122
2.1	OBJETIVO GERAL	122
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	122
3	JUSTIFICATIVA	124
4	DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E O USO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO	124
4.1	ETAPA 1 - DIAGNÓSTICO.....	124
4.2	ETAPA 2 - PLANEJAMENTO	127
4.3	ETAPA 3 – INTERVENÇÃO.....	136
4.4	ETAPA 4 - COORDENAÇÃO	138
4.5	MONITORAMENTO	139
4.6	ETAPA DE AVALIAÇÃO	140
4.6.1.	Auditorias Internas de Qualidade.....	140
4.6.2.	Dados Da Ouvidoria	140
4.6.3.	Pesquisas de Satisfação do Público Interno	140
4.6.4.	Dados da Unidade de Planejamento estratégico	141
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
	REFERÊNCIAS	11743
	ANEXO A	145
	ANEXO B	147

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais têm, como escopo, o atendimento a pacientes críticos agudos ou crônicos que demandam uma estrutura complexa e de maior densidade tecnológica. Os hospitais têm, como perfil, o atendimento multiprofissional a pacientes que dependem de assistência 24 horas, demandando internação por períodos variados devido à instabilidade de seus quadros clínicos. Cabe à instituição hospitalar oferecer atendimento integral incluindo, além do diagnóstico e tratamento, a promoção à saúde, prevenção de agravos e processo de reabilitação (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde, com vistas a estabelecer as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). A PNHOSP define vários dispositivos de cuidado para assegurar o acesso e a qualidade assistencial, tais como a horizontalização do cuidado, a auditoria clínica, a gestão da clínica, o plano terapêutico, as linhas de cuidado, entre outros.

Dentre os dispositivos de cuidado, destaca-se a Linha de Cuidado (LC) visto que é considerada uma estratégia de organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde, a qual, de acordo com a PNHOSP (2013), possibilita o serviço de prestar assistência integral e completa aos indivíduos em todas as fases da vida “de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2013).

A esse respeito, Ministério da Saúde (2022) refere que a implementação das Linhas de Cuidado “depende dos fluxos e metas estabelecidas, dos recursos disponíveis, dos setores articulados, do envolvimento dos profissionais de saúde, das ações de formação profissional, da adequada gestão dos processos e do constante monitoramento”. Ainda, Franco e Franco (2010) afirmam que as linhas de cuidado devem ser implantadas dentro de uma unidade de saúde, sendo necessário que os gestores dos serviços reorganizem o processo de trabalho de sua unidade de saúde, pactuando fluxos para facilitar o acesso do usuário aos serviços que necessita, atendendo às suas necessidades de saúde e de acordo com os recursos disponíveis. Nesse sentido, é importante que os serviços sejam ativos e participativos no processo de implementação das LC e, principalmente, incorporem processos que se referem à LC para a sua efetiva operacionalização.

Diante da necessidade de um modelo de implementação de linhas de cuidado para guiar o processo, identificou-se o método do Gerenciamento de Caso como alternativa de padronização e organização dos serviços para implementação da LC internamente.

O Gerenciamento de Caso, conforme proposto por Gonzales *et al.* (2003), apresenta-se como importante método de gestão e organização do serviço de saúde com foco nas necessidades dos pacientes, mas também na utilização sustentável dos recursos. O Gerenciamento de Caso é definido pelos autores como um “conjunto de passos lógicos e um processo de interação com rede de serviços que assegura aos pacientes os serviços necessários, de uma maneira eficiente, com apoio e uma boa relação custo-benefício” (GONZÁLES *et al.*, 2003 p. 229), englobando as seguintes etapas: diagnóstico, planejamento, implementação, coordenação, monitoramento e avaliação (GONZÁLES *et al.*, 2003).

Caracteriza-se, portanto, como proposta guiada por pessoas capazes de organizar a assistência de forma a beneficiar os pacientes, enfocando o cuidado holístico e humano, além de controlar os custos (GONZÁLES *et al.*, 2003).

Tendo como pressuposto que a implementação das linhas de cuidado, conforme o Gerenciamento de Caso definido por Gonzáles *et al.* (2003) envolve etapas que se complementam para a organização de práticas que envolvam gestão dos processos e dos recursos, se faz necessário um manual para guiar o desenvolvimento de cada uma das etapas de forma sistematizada.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Orientar a implementação das Linhas de Cuidado em nível hospitalar por meio do Gerenciamento de caso e ferramentas de gestão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o desenvolvimento das etapas do processo de implementação da Linha de Cuidado;
- Descrever o uso das ferramentas de gestão no processo de implementação da Linha de Cuidado;

3 JUSTIFICATIVA

A organização feita em Linha de Cuidado favorece a tomada de decisão, promovendo melhorias no que concerne à efetividade, eficiência e eficácia do serviço de saúde. A implementação da Linha de Cuidado pode fornecer subsídios para a elaboração de parâmetros de efetividade fundamentais para o cuidado ao paciente e para o serviço no que diz respeito à qualidade e custos.

A execução das etapas do Gerenciamento de Caso está fundamentada na prerrogativa de que a composição de uma LC deve ser orientada por protocolos clínico-assistenciais, pactos e acordos que definam as responsabilidades e fluxos de informações e dos pacientes, no interior de cada unidade e entre os pontos de atenção à saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

4 DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E O USO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO

Vale ressaltar que, por se tratar de um processo de melhoria cíclico, o desenvolvimento das etapas se sobrepõe, por haver, em alguns momentos, a necessidade de atendimento às demandas de adequação do funcionamento do serviço que se mantém em pleno funcionamento durante todo o período de implementação.

4.1. ETAPA 1 – DIAGNÓSTICO

O Diagnóstico é uma estratégia utilizada na gestão para a coleta e análise de dados oriundos de um determinado local que se pretende conhecer. Salienta-se que é importante, nesse processo, a participação dos atores envolvidos, haja vista que eles conhecem os problemas e as necessidades reais do local, permitindo que ações sejam planejadas e implementadas (AMTHAUER *et al.*; MOURA. 2020).

Os dados levantados para elaboração do diagnóstico devem ser coletados dos atendimentos e por meio de instrumentos de gestão da qualidade.

Deve-se utilizar o levantamento dos dados epidemiológicos dos pacientes atendidos no setor e os dados de eficiência desses atendimentos (qualidade e custo), o *Brainstorming* para levantamento das percepções dos atores envolvidos; reuniões individuais, com objetivo de complementar as informações sobre o serviço, obtidas no *Brainstorming*, tornando claros os gargalos que, de alguma forma, comprometam a assistência prestada ao paciente; observação dos processos realizados nos setores que atendem os pacientes da Linha de Cuidado; observação dos atendimentos e observação de treinamentos.

A *sessão de Brainstorming* deve ser realizada com a equipe multiprofissional, equipe administrativa e com os representantes dos setores prestadores de serviço, isto é, todos os profissionais que participam, direta ou indiretamente, da assistência aos pacientes. Para a realização do *Brainstorming*, devem ser seguidas as seguintes perguntas norteadoras para entender o funcionamento do setor:

- Como?
- O quê?
- Quando?

- Onde?
- Para quê?

O **levantamento dos dados** epidemiológicos dos pacientes atendidos no setor e os dados de eficiência desses atendimentos (qualidade e custo) devem acontecer por meio dos controles internos do setor ou do levantamento dos dados do sistema eletrônico do controle de atendimento, os dados de eficiência devem ser levantados pelo levantamento dos indicadores de qualidade assistencial do setor, e o levantamento da prevalência dos CIDs, relacionados e dos custos desses atendimentos.

As **reuniões individuais** devem ser realizadas com os responsáveis pelo serviço (gerente de unidade, coordenador administrativo, coordenação e supervisão de enfermagem, chefes de serviços e coordenador médico).

A **observação nos setores** deve ser realizada naqueles locais onde os pacientes da Linha de Cuidado transitam durante o tratamento. Os processos assistenciais e administrativos dos diversos profissionais devem ser acompanhados, visando identificar os problemas/entraves gerais que dificultam ou impeçam a assistência de excelência ao paciente.

O **mapeamento dos caminhos** que os pacientes percorrem para cada tipo de tratamento oferecido pelo serviço de nefrologia e os fluxos de toda a LC devem ser mapeados e os empecilhos que atrapalhem a eficiência devem ser sinalizados para posterior resolução. A meta é que o paciente tenha o melhor cuidado e seja atendido com todos os processos elaborados e colocados em prática com o objetivo de garantir a melhor assistência no menor tempo e sem desperdícios.

Diante do diagnóstico realizado, os dados coletados devem ser confrontados de forma a integrar, no diagnóstico final, apenas os problemas que realmente interfiram na qualidade da assistência prestada ao paciente e no custo-efetividade da unidade.

Após todos os levantamentos realizados no setor na etapa de diagnóstico, será possível conhecer a complexidade do setor e os diversos serviços que estão direta ou indiretamente relacionados ao setor.

É preciso elencar os documentos que norteiam a assistência, sendo que, minimamente, devem conter:

Quadro 1 – Documentos básicos da LC

Instruções Técnicas de Trabalho (ITT)	ITT's de todas as rotinas assistenciais
Protocolos básicos necessários:	1. Protocolo unificado multiprofissional para atendimento das clínicas
	2. Protocolo clínico com padronização de condutas médicas baseadas nas melhores evidências disponíveis para atendimento ao paciente.
	3. Critérios de admissão, plano de cuidado e alta responsável.
	4. Critérios de encaminhamento intra-hospitalar de pacientes ambulatoriais para Pronto Socorro e para a Rede de Atenção à Saúde.
	5. Atendimento na urgência, unidades de internação e solicitação de interconsultas
Fluxos essenciais:	1. Admissão
	2. Procedimentos
	3. Consultas
	4. Intercorrências intra-hospitalares
	5. Intercorrências domiciliares
	6. Internação pós admissão no Pronto Socorro
	9. Procedimentos eletivos com internação
Contratualizações Básicas	1. Admissão, recepção, encaminhamento e monitoramento de pacientes pelo administrativo;
	2. Procedimentos em bloco cirúrgico e equipe de cirurgia;
	3. Exames necessários em todas as fases do tratamento;
	4. Encaminhamento intra-hospitalar para internação;
	5. Internação de pacientes provenientes do domicílio;
	6. Internação em leitos isolados
	7. Controle de estoques e dispensação de materiais pelo almoxarifado.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Levantamento das necessidades de pactuações e repactuações com a Rede de Atenção à Saúde também devem ser registradas na etapa de diagnóstico.

No final do diagnóstico, é necessário que se defina se a LC será subdividida em sublinhas menores. A divisão deve ocorrer quando a LC for composta por serviços complexos nos quais os pacientes têm mais de uma proposta de tratamento.

4.2 ETAPA 2 – PLANEJAMENTO

O planejamento busca desenvolver estratégias para alcançar metas, reduzindo os riscos mediante um conjunto de ferramentas; tem por objetivo atender as demandas da instituição por meio de um processo sistematizado no qual os objetivos são traçados de acordo com os resultados almejados e pode contribuir para melhorar a qualidade dos processos e os resultados obtidos permitindo o controle das ações futuras e o alcance dos objetivos propostos (LIMA, 2018), e, por fim, deve acontecer de forma organizada, integrada e articulada pelos profissionais que estão envolvidos, sendo realizado de forma contínua e ininterrupta aos processos (CHIAVENATO, 2016).

Na etapa de planejamento devem ser utilizadas as ferramentas de gestão:

- Matriz *Swot* para organização dos achados em pontos fracos e fortes,
- Matriz GUT para definição de prioridades,
- Planejamento estratégico,
- 5W2H para desenvolvimento dos planos de ação para execução deles na etapa de intervenção.

Quadro 2 – exemplo de Matriz SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Fatores Internos		
	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos		

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Esta análise deve subsidiar a realização de novas pactuações, otimizando os pontos fortes existentes no Hospital Universitário (HU) e intervindo nos fracos.

A Etapa 2, Planejamento, deve utilizar os resultados obtidos na Etapa 1, Diagnóstico, para elaborar a ferramenta de gestão Matriz GUT e para a definição de prioridades para Etapa 3, Intervenção, próxima etapa do processo.

A Matriz GUT considera a Gravidade, a Tendência e a Urgência de cada problema para definir a ordem de prioridade na busca de soluções. Ela favorece a classificação dos problemas identificados por ordem de prioridade para resolução, norteando a equipe na organização das ações e tomadas de decisões, considerando a relevância de cada achado, priorizando as questões que envolvem maiores riscos e buscando melhores resultados nas intervenções (TRUCOLO, 2016). O Quadro 3 apresenta um exemplo de Matriz GUT:

Quadro 3 – Matriz GUT – Sublinha Diálise Peritoneal – DP

Problema	Gravidade (G)	Tendência (T)	Urgência (U)	GXUXT	Prioridade
Equipe multiprofissional incompleta, não atendendo legislação.	4	3	4	48	5
Ausência de instruções técnicas de trabalho, que defina e padronize a prática	5	5	5	125	1
Ausência de Protocolos multiprofissional	4	4	5	80	3
Ausência de protocolos clínicos	4	4	5	80	3
Ausência de mapeamento de riscos/gestão de risco	5	4	5	100	2
Ausência de fluxos de atendimento	3	4	4	48	5
Necessidade de indicadores assistenciais e de gestão	3	4	3	36	6
Ausência de plano para minimizar riscos e otimizar a assistência	3	3	3	27	7
Ausência de padronização de orientação aos pacientes	5	5	5	125	1
Ausência de contratualizações externas (Pactuação com a rede)	3	3	3	27	7
Ausência de contratualizações internas – mapeamento de processo	4	4	4	64	4
Ausência de uma forma oficial de críticas, elogios e sugestões dos pacientes	2	2	2	8	9
Ausência de processo de enfermagem	4	4	5	80	3
Não adequação do serviço para atendimento dos critérios de qualidade padronizados pela JCI e Plano diretor pactuado do hospital	3	3	2	18	8
Serviço recebe apenas crianças por não realizar implante de cateter para DP em adultos (pacientes adultos não têm possibilidade de escolha)	5	5	4	100	2
Desconhecimento dos custos das terapias e procedimentos oferecidos	3	3	3	27	7
Não tem leito isolado para pacientes internarem	5	4	5	100	2
Os insumos são adquiridos em pregões gerais do Hospital	3	4	4	48	5
Os técnicos de enfermagem não são treinados para DP	2	2	2	8	9

Fonte: Elaborado pela autora

Os problemas apontados devem subsidiar a definição dos objetivos e metas a serem alcançados, detalhando os planos de ação necessários para cumprimento dos objetivos, considerando a ordem de prioridade apresentada pela Matriz GUT. Para tal, deve-se usar a ferramenta de gestão planejamento estratégico, a qual se refere a um processo que direciona estratégias para elaboração de um plano de ação, considerando o enfoque que se quer alcançar (CHIAVENATO, 2016).

O planejamento estratégico deve ser realizado por meio das seguintes sub-etapas:

1. Organização dos dados obtidos na Etapa de Diagnóstico.
2. Elaboração dos objetivos e metas almejadas.
3. Reuniões com os profissionais dos setores envolvidos em cada objetivo ou meta.
4. Reuniões com os profissionais de outros setores diretamente envolvidos nos processos para alcance dos objetivos e metas.
5. Reunião com a alta complexidade do município para repactuação da entrada de pacientes e altas responsáveis.
6. Elaboração dos planos de ação.

Para a descrição dos planos de ação a ferramenta de gestão 5W2H é a indicada.

O Quadro 4 apresenta um modelo de plano de ação utilizando a metodologia do 5W2H.

Quadro 4 – 5W2H da implementação da LC da Nefrologia: Sublinha Diálise Peritoneal

O quê?	Quem?	Por quê?	Onde?	Quando?	Como?	Quanto?
Pactuação para implante de cateter de diálise peritoneal em adultos.	Equipe gestora da Linha de Cuidado, chefe da cirurgia de parede e chefe do bloco cirúrgico.	Para atender pacientes adultos em diálise peritoneal no Hospital.	Bloco cirúrgico do Hospital	Agosto de 2016	Por meio de reuniões nas quais ocorrerão definições para realização do procedimento.	Custo da hora dos profissionais envolvidos.

Fonte: Elaborado pela autora

No planejamento devem ser estabelecidos acordos de forma que possam ser, constantemente, reavaliados. Chiavenato (2016) aponta que o plano desenhado deve ser passível de auditoria, bem como de serem reavaliados. Cabe destacar que as questões legais, éticas e institucionais devem ser consideradas durante a elaboração do plano.

Para elaboração do planejamento estratégico, devem ser realizadas reuniões semanais com gestores da alta governança do HU visando identificar os melhores caminhos para se alcançarem os objetivos propostos. A LC exige que a relação entre as diferentes áreas de

prestação do serviço aconteça de fato, de modo que todas as estratégias traçadas estejam em consonância com todas as áreas envolvidas com o cuidado ao usuário. Para efetivar essa etapa, deve ser planejado o início do estabelecimento das pactuações internas, nas quais os setores fornecedores de serviço para LC e os setores clientes da LC organizem-se para pactuarem com a LC, a melhor maneira dos serviços serem acordados e o quantitativo a ser oferecido.

Utilizando a ferramenta de gestão cadeia cliente/fornecedor as pactuações entre setores internos devem acontecer. Para se alcançarem os objetivos propostos, de forma duradoura, é fundamental que as pactuações sejam registradas em forma de documento assinado entre as chefias relacionadas.

O Quadro 4 descreve um exemplo da relação de setores elencados que são clientes ou fornecedores da diálise peritoneal para implante de cateter de diálise peritoneal em adultos e que deveriam participar das reuniões para pactuações internas.

Quadro 5 – Relação Cliente/fornecedor da Diálise Peritoneal para implante de cateter de Diálise Peritoneal em adultos

Setor	Relação cliente/fornecedor	Pactuação
Bloco cirúrgico	Fornecedor	Disponibilizar sala no bloco
Equipe cirurgia	Fornecedor	Avaliar paciente e implantar cateter
Anestesiologia	Fornecedor	Consulta pré-anestésica e cirurgia
Internação	Fornecedor	Realizar internação no sistema e reserva de leito pós-operatório
Administrativo da nefrologia	Fornecedor	Pedir autorização para inclusão do paciente na terapia

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

São necessárias reuniões para se discutirem contratos e metas vigentes contratualizados entre o HU e a Rede de Atenção à Saúde. Tal conduta deve ser realizada para que as ações propostas para os profissionais atendam à legislação, às diretrizes e às normas existentes, visando a excelência da assistência prestada.

Para que os planos tenham sucesso na operacionalização, é necessário que reuniões clínicas multiprofissionais sejam determinadas para se discutirem assuntos relacionados à assistência, proporcionando assim, aprendizado mútuo entre os profissionais.

As equipes responsáveis pela gestão da LC devem ser definidas nesta etapa. A equipe deve ser composta, minimamente pelo gerente da unidade funcional da LC, considerado o

representante administrativo da Linha pelo coordenador médico e pelo coordenador de enfermagem, sendo estes os representantes da assistência.

Ademais, outras ações devem ser realizadas na fase de planejamento, sendo elas:

- Descrição de fluxos ideais, rotinas necessárias, atribuições de setores e cargos;
- Definição de parâmetros e diretrizes para os tratamentos e planos de ação para resolução dos problemas identificados;
- Por meio das informações organizadas na etapa de planejamento, definem-se os meios e ferramentas de avaliação de desempenho e instrumentos de gestão da qualidade que serão utilizados *a posteriori*.

Todas as sublinhas devem ser composta por uma estrutura mínima que possua: indicadores de qualidade; protocolos; ITT e Instruções Técnicas Operacionais (ITO); pactuações com a Rede de Atenção à Saúde; auditoria de cuidados; fluxos; contratualizações internas e ; levantamento de custos (

Figura 2).

Figura 1: Estrutura de uma sublinha de cuidado



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

4.3 ETAPA 3 – INTERVENÇÃO

A Etapa 3, Intervenção, consiste em colocar em prática os itens planejados na etapa anterior. Para sua operacionalização, é fundamental a realização de planos de ação e de

pactuações, de capacitação da equipe assistencial e administrativa, das reuniões periódicas para se discutir o processo, os documentos e fornecer *feedback* para equipe e, principalmente, das pactuações internas.

A Etapa 3, Intervenção realiza as ações que demandam o uso de ferramentas de gestão específicas. Destaca-se a criação de *planos de comunicação, a criação da cadeia cliente-fornecedor e a implementação de protocolos clínicos*.

Nos planos de comunicação das intervenções propostas, devem ser criados e definidos todos documentos, instrumentos de gestão e acompanhamento, materiais educativos, indicadores, fluxos e rotinas. O Quadro 5 apresenta um modelo de plano de intervenção implementado, identificando os documentos e impressos propostos, os indicadores pactuados e materiais educativos elaborados para as sublinhas.

Quadro 6 – Modelo de Planos de Comunicação da Intervenção

Documentos e Impressos	Impresso de registro de não conformidades e eventos adversos
	Impresso de controle de lotes e validades das soluções de diálise
	Impresso de controle de lotes e validades do ácido peracético
	Impresso de controle de desinfecção das osmose reversas
	Impressos de controle
	Livro de controle de hemodiálise externas
	Controle de sanitização das máquinas
	Controle de higienização das torneiras para hemodiálise externas
	Controle de transporte de amostras laboratoriais
	Checklist de oxigênio
Indicadores	Incidência de Úlcera por Pressão
	Número de Úlcera por Pressão
	Taxa de erro de omissão na administração de medicamentos
	Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
	Índice de quedas*
	Número de quedas
Materiais educativos	Cartilha cuidados acessos vasculares prevenção intercorrências domiciliar
	Cartilha Hemodiálise o que você precisa saber sobre as terapias
	Cartilha Orientações paciente doença renal crônica
	Guia Pacientes cuidadores diálise peritoneal
	Manual pacientes cuidadores diálise peritoneal

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Acordos, pactuações e contratualizações devem ser realizados visando ao bom andamento do serviço e o alcance das metas estipuladas. Inicialmente, deve ser feita aproximação individual com cada integrante do processo, inteirando sobre o serviço que ele realiza, as dificuldades enfrentadas e as boas práticas. Posteriormente, os pares que necessitam trabalhar em conjunto devem ser aproximados mediante propostas de integração do trabalho.

As propostas devem ser construídas com o consenso entre os pares e, em seguida, registradas, efetivando a cadeia cliente-fornecedor elaborada.

A contratualização é uma forma de firmar um compromisso entre as partes envolvidas, sejam eles profissionais ou gestores, descrevendo o que foi pactuado e o que será destinado a cada parte, garantindo que as mudanças não causarão prejuízos na qualidade da assistência prestada ao paciente (LIMA; RIVERA, 2012).

As pactuações internas para a efetivação da cadeia cliente-fornecedor devem acontecer em reuniões com a equipe responsável pela LC e os coordenadores e/ou gerentes dos setores que prestavam serviço à Linha. O setor cliente (serviço organizado em LC) descreve em documento de contratualização interna (padronizado pelo setor de qualidade do HU) como o serviço precisa ser realizado para atender 100% das necessidades do setor. Na reunião, o setor fornecedor avalia a possibilidade de atender o proposto e propõe adaptações. A reunião se encerra com o acordo entre ambas as partes de forma escrita em documento reconhecido pela instituição.

A etapa de intervenção acontece durante o cotidiano do trabalho, em que as ações de mudança em busca de melhoria e adequação são realizadas, o que possibilita avaliar se as propostas definidas na fase do planejamento foram viáveis e, para as que não foram, devem ser elaboradas propostas de adequações das estratégias sem prejuízo das melhorias e metas definidas. Portanto, trata-se de um processo constante de (re)avaliação e novas propostas.

4.4. ETAPA 4 – COORDENAÇÃO

A etapa de coordenação, como sinônimo de organização, pode ser entendida como uma etapa da gestão do cuidado na qual o foco é garantir recursos para que o planejado seja realizado integrando assistência e gestão (SODER, *et al.* 2020). É por meio da coordenação, entre outros processos, que a gestão dos serviços de saúde busca a eficácia da administração e da qualidade dos serviços prestados (TELES, 2020).

Na Etapa 4, Coordenação, visando à organização do serviço em LC, devem ser realizadas reuniões periódicas programadas entre a equipe gestora da LC, a assessoria de planejamento e a Divisão de Gestão do Cuidado. Quando necessário, outros colaboradores devem ser convocados.

Nas reuniões, a equipe apresenta o desenvolvimento da LC, os resultados já alcançados e as perspectivas futuras. Assim, torna-se um momento em que novas estratégias podem ser definidas para soluções de questões agudas ou crônicas do serviço.

Esta etapa ocorre, praticamente, durante todo o processo de execução das outras etapas, haja vista que elas precisam ser acompanhadas e discutidas para que as falhas sejam identificadas, os processos sejam redefinidos e as potencialidades possam ser compartilhadas e reforçadas como uma forma de motivação e reconhecimento do trabalho realizado.

4.5. MONITORAMENTO

A Etapa 5, Monitoramento, acontece de forma contínua no serviço, pois permite subsidiar informações importantes para a busca de melhorias e adequações. Teles (2020) afirma que o monitoramento das ações em saúde permite a análise das estratégias empregadas para a busca do resultado proposto. Ainda segundo o autor, o monitoramento, com a avaliação, deve ser periódico e orientado pelos objetivos propostos e indicadores instituídos, sendo importantes instrumentos geradores de informações que podem subsidiar a tomada de decisão com vistas a fortalecer as ações (TELES, 2020).

Esta fase deve ser realizada por pessoas que estão diretamente ligadas ao serviço, que observam a viabilidade das propostas definidas na fase de intervenção, bem como os prazos para o cumprimento delas. Devem ser realizadas três vertentes de monitoramento que são o ***monitoramento do painel de indicadores de qualidade***, que corresponde à ação realizada entre o setor de nefrologia e a assessoria de planejamento do hospital; ***a auditoria interna*** é realizada com o setor de qualidade do hospital, ***o monitoramento interno***, pela própria equipe da LC, e ***o monitoramento intersetorial***, pelas áreas envolvidas com a LC.

O monitoramento realizado mediante ***painel de indicadores de qualidade*** apresenta-se como uma estratégia para que a gestão consiga visualizar o potencial das intervenções realizadas. Pereira e Tomasi (2016) explicam que é uma forma de qualificar as ações em saúde, fornecendo informações mensurável para promover melhorias.

O monitoramento mediante ***auditorias internas*** deve fazer parte da rotina do HU que instituiu a Comissão de Auditores Internos e os padrões de qualidade do selo *Ebserh* de Qualidade, como meta para o HU na busca pela excelência dos serviços prestados. A auditoria tem se firmado, principalmente nas instituições hospitalares, como um subsídio para as manobras de gestão, uma vez que ela permite identificar problemas, buscando adequações e controle do processo, proporcionando melhorias na qualidade assistencial e na sustentabilidade econômica dos serviços (SILVA *et al.*, 2012).

O monitoramento realizado internamente pela equipe da LC deve ocorrer por meio de um instrumento de avaliação das práticas assistenciais a ser elaborado para esse fim.

O *monitoramento intersetorial*, relacionado às pactuações internas em que o setor que receber um serviço de modo divergente do pactuado, notifica uma não conformidade ao setor fornecedor. Isso é fundamental para que as pactuações não se percam em meio aos processos de trabalho. Para tanto, é necessário que se padronize um instrumento virtual para que a pessoa que não recebeu o pactuado possa registrar a não conformidade e esta possa ser tratada pela área envolvida, favorecendo uma relação de respeito e de constante avaliação dos processos padronizados.

4.6. AVALIAÇÃO

A avaliação é uma ferramenta importante e tem potencial de mobilização no sentido da coordenação de esforços destinada à qualidade da tomada de decisão, promovendo melhorias no que concerne à efetividade, eficiência e eficácia do serviço de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012). O que a difere do monitoramento é o aprofundamento e detalhamento das informações.

A etapa da avaliação deve ser realizada mediante seis processos, são eles: análise dos resultados das auditorias internas, realizadas pelo setor da qualidade; dados da ouvidoria; pesquisa de satisfação dos profissionais; dados da unidade de planejamento estratégico; dados referentes aos atendimentos e análise de custo.

4.6.1. Auditorias Internas de Qualidade

Os resultados das auditorias internas feitas pelo setor da qualidade devem ser compilados e avaliados por comparação aos períodos anteriores à implementação da LC e aos outros setores. As avaliações podem acontecer por trimestre ou quadrimestre, conforme definição da Divisão relacionada, gerência e superintendência. Sugerem-se períodos não muito longos para que as necessidades de melhoria possam ser implementadas em tempo hábil.

4.6.2. Dados Da Ouvidoria

Os dados a serem avaliados devem incluir os dados públicos das manifestações recebidas pela Ouvidoria do HU, referentes ao setor da LC, e dados privados da instituição que estejam relacionados ao setor da LC. Também nessa parte da etapa de avaliação, é importante definir a periodicidade das análises e padronização dessas.

4.6.3. Pesquisas de Satisfação do Público Interno

A pesquisa de satisfação do público interno busca avaliar a satisfação dos colaboradores da instituição em relação aos diversos setores prestadores de serviço. As pesquisas de satisfação dos profissionais, realizadas pela instituição, fazem parte do Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente, sendo realizada anualmente por meio de um sistema que garante a confidencialidade dos participantes. Todos os colaboradores, independentemente de suas áreas de atuação ou local onde estão alocados, podem participar avaliando todos os setores.

Incluir a pesquisa de satisfação na etapa de avaliação da implementação da LC agrega valor à avaliação, pois resgata a opinião de diversas pessoas em áreas de atuação e alocação distintas em relação ao setor. A avaliação deve acontecer em comparação aos anos anteriores e às outras unidades, sempre buscando dados para a melhoria contínua do processo.

4.6.4. Dados da Unidade de Planejamento estratégico

A unidade de Planejamento estratégico do Hospital realiza as pactuações dos indicadores de interesse institucional com cada setor do Hospital e realiza o monitoramento dos resultados dos indicadores em reuniões semestrais para discussão com as chefias dos setores.

Avaliar os resultados obtidos a cada ano deve ter por finalidade ajustar processos e, para tanto, a definição de indicadores deve ser criteriosa e estes devem ser mantidos até que se identifique a possibilidade da troca deste por outro de maior relevância no momento. Alterações constantes dos indicadores podem confundir a equipe e retratar a escolha arbitrária dos indicadores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de LC, desenvolvido por meio do método de gerenciamento de caso e de ferramentas de gestão, mostrou-se adequado para a organização de um serviço de saúde possibilitando ter o paciente como centro dos interesses e das ações de melhoria da assistência e dos processos que permitem essa assistência. As etapas do gerenciamento de caso permitem um desenvolvimento organizado dos levantamentos de dados, das informações, do planejamento e da execução das propostas, contribuindo nas formas de gerir a LC pela equipe de gestores.

A organização do serviço em LC, no cenário hospitalar, torna-se complexa, haja vista a multiplicidade de processos e de pessoas envolvidas no contexto assistencial. Assim, é fundamental que os hospitais adotem, internamente em suas clínicas, linhas de cuidado, as quais, uma vez organizadas, irão compor o fluxo do cuidado do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), proporcionando melhores resultados no que concerne à qualidade da assistência e ao custo-efetividade do serviço.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, C.; *et al.* A construção do diagnóstico situacional de saúde de uma estratégia saúde da família de São Miguel do Oeste, Santa Catarina. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc**. São Miguel do Oeste, [S. l.], v. 5, p. e24613, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/24613>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria N° 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Minsaúde - Linhas de Cuidado. **Sou Gestor - Depressão no adulto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado-homologacao.saude.gov.br/portal/depressao/sou-gestor/>. Acesso em: 04 ago. 2022.

CHIAVENATO, I. **Planejamento Estratégico: Fundamentos e Aplicações**. Rio de Janeiro, RJ, Campus 2004.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. [S.l.: s.n], 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 14 ago. 2021.

GONZÁLES, R. I. C. *et al.* Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-americana Enfermagem**, vol. 11, n. 2, p. 227-31, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13>. Acesso em: 04 ago. 2019.

KUSCHNIR, R. *et al.* **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Graboys V, Mendes W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p. 121-51.

LIMA, J. S. de. O Planejamento Estratégico como Ferramenta de Gestão. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, ed. 03, p. 58-69, março de 2018.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2507-2521, 2012.

PEREIRA, B. dos S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio a la gestión regional de salud para el seguimiento de indicadores de salud en Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 411-418, 2016.

SILVA, J. B. *et al.* Auditoria como meio de monitoramento de um serviço de saúde do município de Cuité-PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 343-350, 2012.

SODER, R. M. *et al.* Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 36, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815/531>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012.

TELES, I. D. F. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

TRUCOLO, A. C. *et al.* Matriz GUT para priorização de problemas: estudo de caso em empresa do setor elétrico. **Revista Tecnológica**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 124 - 134, dec. 2016. Disponível em: <<https://uceff.edu.br/revista/index.php/revista/article/view/183>>. Acesso em: 07 jun. 2022.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA POR MEIO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO: Avaliação e análise dos ganhos ocorridos no processo de implantação em paralelo à utilização de ferramentas de gestão

Pesquisador: Márcia Mascarenhas Alemão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49635221.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.053.220

Apresentação do Projeto:

Descrição:

Trata-se da segunda versão de uma proposta de pesquisa de campo descritiva do processo de implantação da Linha de Cuidado da Nefrologia em paralelo à utilização de ferramentas de gestão. O enfoque é sobre os possíveis ganhos ocorridos no processo de implementação da Linha de Cuidado do serviço de nefrologia de um hospital universitário de grande porte e alta complexidade de Minas Gerais em paralelo à utilização de ferramentas de gestão em função do custo intrahospitalar da assistência ao paciente renal.

O projeto propõe descrever o processo da implantação da Linha de Cuidado no serviço de nefrologia desse hospital universitário, considerando a interface com toda a rede de atenção à saúde, evidenciando, para cada etapa da implementação do cuidado, as ferramentas de gestão e dispositivos de cuidado utilizados, de modo a possibilitar a análise dos ganhos da utilização conjunta destas ferramentas e dispositivos em um processo sistematizado. Ainda, o projeto propõe realizar a avaliação da implantação da Linha com vistas a identificar os pontos fortes e fracos e os custos relacionados à assistência, ao paciente renal, o que pode favorecer o processo de melhoria contínua proposto pelo método utilizado e possibilitar o benchmarking com outras

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2005 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.053.220

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_14_09_21.pdf	07:43:36	Milagres	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4922671.pdf	16/09/2021 07:42:51	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_14_09_21.pdf	15/09/2021 12:15:01	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_de_utilizacao_de_dados.pdf	30/08/2021 10:30:06	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito
Cronograma	cronograma_projeto.pdf	30/08/2021 10:25:55	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto.pdf	19/06/2021 08:27:23	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_projeto_pesquisa_mestrado.pdf	19/06/2021 08:09:18	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostoassinada.pdf	19/06/2021 08:01:11	Luciana Mara Rosa Milagres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 21 de Outubro de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ACEITE ARTIGO: “CUSTO DO TRATAMENTO
HEMODIALÍTICO A BEIRA LEITO DE PACIENTES AGUDOS INTERNADOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**



REVISTA REFERÊNCIA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
SETE LAGOAS - UNIFEMM
Sete Lagoas - MG - Brasil

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o artigo intitulado “**Custo do tratamento hemodialítico a beira leito de pacientes agudos internados em um Hospital Universitário**” de autoria de Márcia Mascarenhas Alemão, Luciana Mara Rosa Milagres, Carolina da Silva Caram, Cleiton Martins Duarte da Silva & Marcio Augusto Gonçalves, protocolado na Revista Referência com o número 57, foi **APROVADO** e será publicado *on-line* no n.º 3, 2022.

Sete Lagoas, 02 de Junho de 2022.

Gracielle Teodora da Costa Pinto Coelho
Editora Chefe



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SETE LAGOAS

<http://revista.unifemm.edu.br>

E-mail: revistareferencia@unifemm.edu.br

Av. Mal. Castelo Branco, 2765 | Santo Antônio
Sete Lagoas MG | CEP 35.701-242
(31) 2106-2106
www.unifemm.edu.br