

Revista Científica Faculdade Unimed

Periódico Interdisciplinar em Saúde, Cooperativismo, Gestão e Educação Superior



Faculdade
UNIMED

UMA INSTITUIÇÃO DA
FUNDAÇÃO UNIMED

Diretoria Executiva Unimed do Brasil

Omar Abujamra Junior, Presidente

Emilson Ferreira Lorca, Vice-Presidente

Claudio Laudares Moreira, Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Dilson Lamaita Miranda, Diretor de Administração e Finanças

Marcos de Almeida Cunha, Diretor de Gestão de Saúde

Rubens Carlos de Oliveira Junior, Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Silvio Porto de Oliveira, Diretor de Intercâmbio

Diretoria Executiva Fundação Unimed

Helton Freitas, Diretor-Presidente

Omar Abujamra Junior, Diretor de Relações Institucionais

Luiz Paulo Tostes Coimbra, Diretor de Gestão Educacional e Desenvolvimento

Adelson Severino Chagas, Diretor Administrativo-Financeiro

Conselho de Curadores da Fundação Unimed

Cleber Gustavo Rotoli Baldelin, Presidente, Unimed do Brasil

Willian Gebrim Júnior, Vice-Presidente, Unimed do Brasil

Edmilson Rocha de Souza, Conselheiro, Unimed do Brasil

Eider Barreto de Medeiros, Conselheiro, Central Nacional Unimed

Elias Antônio Neto, Conselheiro, Unimed Participações

Garibalde Mortoza Júnior, Conselheiro, Seguros Unimed

José Marcos Barroso Pillar, Conselheiro, Unimed do Brasil

Júlio César Córdova Maciel, Uniodonto do Brasil

Maurício Simões Correa, Conselheiro, Unimed do Brasil

Paulo César de Araújo Rangel, Conselheiro, Unimed do Brasil

Conselho Fiscal da Fundação Unimed

Emilson Ferreira Lorca, Titular

Antônio Abrão Nohra Neto, Titular

José Augusto Ferreira, Titular

Marcos de Almeida Cunha, Suplente

Otto Cezar Barbosa Júnior, Suplente

Reinaldo Antônio Monteiro Barbosa, Suplente

Diretoria Executiva Faculdade Unimed

Helton Freitas, Diretor Geral

Fábio Gastal, Diretor Acadêmico

Márcio Barbosa, Diretor Administrativo-Financeiro

Conselho Editorial / Editorial Council

Prof^a. Dr^a. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Prof. Dr. Marcelo Eidi Nita, Faculdade Unimed, Brasil

Prof^a. Ms. Natália Cristina Alves Caetano Chaves Krohling, Faculdade Unimed, Brasil

Prof^a. Dr^a. Tânia Moreira Grillo Pedrosa, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil

Prof^a. Dr^a. Wanêssa Lacerda Poton, Universidade Federal de Pelotas/Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Comitê Científico / Scientific Committee

Prof.^a Dr.^a. Adriana de Melo Ferreira, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Prof. Dr. André Germano dos Santos Leite, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Faculdade Santa Maria, Brasil

Prof. Ms. Antônio Ferreira de Melo Júnior, Faculdade Multivix, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Bianca Magnelli Mangiavacchi, Faculdade Metropolitana São Carlos, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Brunella Alcântara Chagas de Freitas, Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Prof.^a Dr.^a. Cecilia Maria Lima Cardoso Ferraz, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Cleia Marcia Gomes Amaral, Universidade de São Paulo, Brasil

Prof. Ms. Cloer Vescia Alves, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

Prof.^a. Ms. Denise Pimenta, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Ms. Eduardo Henrique Puglia Pompeu, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Eliana Bernadete Caser, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Flávia Amaral Rezende, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Gisele Silva Lira de Resende, Centro Universitário Unicathedral, Brasil

Prof. Dr. Hélio Borba Moratelli, Universidade Federal Mato Grosso, Brasil

Prof.^a Ms. Jakeline França Dutra, COPPEAD/UFRJ, Brasil

Prof. Ms. Julian Silveira Diogo de Ávila Fontoura, Brasil

Prof. Dr. Leonardo Ayres, PUC Minas, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Luciana Branco Penna, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Luiz Paulo Ribeiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Maria da Penha Pereira de Melo, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Mario Luz Soares, FEA/USP, Brasil

Prof. Dr. Paulo Sérgio Rodrigues de Paula, UFSC, Brasil, e Université de Reims, França

Prof.^a. Dr^a Regina Viegas, CEFET-RJ, Brasil

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof.^a. Dr^a. Suzana Schwerz Funghetto, Universidade de Brasília, Brasil

Prof.^a Dr^a. Tatiane Rodrigues Carneiro, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Wagner Fonseca Moreira da Silva, Faculdade Unimed, Brasil

Editora Científica / Scientific Editor

Profª. Drª. Tatiana Rodrigues Carneiro, Faculdade Unimed, Brasil

Editor Geral / General Editor

Prof. Dr. Fábio Leite Gastal, Faculdade Unimed, Brasil

Editora Assistente / Assistant Editor

Fernanda Christina Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Editora de Texto / Text Editor

Anna Gabriela Teixeira, Faculdade Unimed, Brasil 2021

Editor de Layout / Design

Lucas Silva, Faculdade Unimed 2021

Revista Científica Faculdade Unimed

Os autores são responsáveis pela apresentação dos fatos contidos e opiniões expressas nesta publicação.

MISSÃO, FOCO E ESCOPO/ MISSION, FOCUS AND SCOPE	9
APRESENTAÇÃO	10
ENTREVISTA	13
RESUMOS DE TCC	
Projeto de assistência integral à saúde em diabetes mellitus e hipertensão arterial no município de Uberaba	16
Contribuição dos dados contidos nos prontuários de pacientes visando a construção de indicadores de previsão de desfechos na internação hospitalar dos pacientes	48
ARTIGOS	
Um estudo bibliográfico sobre o cooperativismo de crédito como fator de desenvolvimento e fortalecimento ⁸³ econômico e social	83
Um estudo sobre os impactos da gestão de estoques nas instituições hospitalares	105
A importância da construção de uma narrativa cooperativista na comunicação interna da organização e seu papel transformador	129
NORMAS / GUIDELINES	149

A Revista Científica da Faculdade Unimed é uma iniciativa que visa o desenvolvimento da prática investigativa e o livre acesso à pesquisa científica. A Revista está cadastrada no Portal de Periódicos da Faculdade Unimed e utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER).

Público-alvo: docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e outros interessados na produção científica das áreas Educação Superior, Saúde, Gestão e Cooperativismo.

Missão: veicular trabalhos científicos de docentes e discentes voltados ao desenvolvimento do cooperativismo, das práticas gerenciais aplicadas e da profissionalização em saúde no contexto do ensino superior.

Políticas de Seção: Revista Científica Faculdade Unimed publica trabalhos de docentes e discentes na forma de artigos, relatos, resenhas, resumos, entrevistas e trabalhos de pesquisa.

apresentação



Prezados leitores,

Chegamos ao último lançamento da Revista Científica Faculdade Unimed de 2021 que, tal qual seus números anteriores, traz artigos que visam contribuir para o estoque de conhecimento em gestão, saúde, cooperativismo e educação, problematizando questões importantes para estas áreas e instigando a adoção de novas ideias, métodos e formas de agir dentro das empresas, cooperativas, hospitais e instituições de ensino.

Para este número trouxemos artigos de todas as áreas de atuação da Faculdade Unimed, saúde, gestão, cooperativismo e educação, e convidamos o Dr. Luís Paulo Tostes Coimbra, Diretor de Educação da Fundação Unimed, para compartilhar as conquistas e os próximos passos da instituição em 2022.

Na área da saúde, o TCC *Projeto de Assistência Integral à Saúde em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial no município de Uberaba* avalia a implementação do Centro Municipal de Diabetes e Hipertensão do Município de Uberaba; já a pesquisa *Contribuição dos dados contidos nos prontuários de pacientes visando a construção de indicadores de previsão de desfechos na internação hospitalar dos pacientes* se debruça sobre a melhor utilização dos indicadores já conhecidos e a possibilidade de construção de novos a partir dos dados contidos nos prontuários hospitalares que visem ao melhor gerenciamento do curso do paciente em sua jornada intra-hospitalar com ênfase em

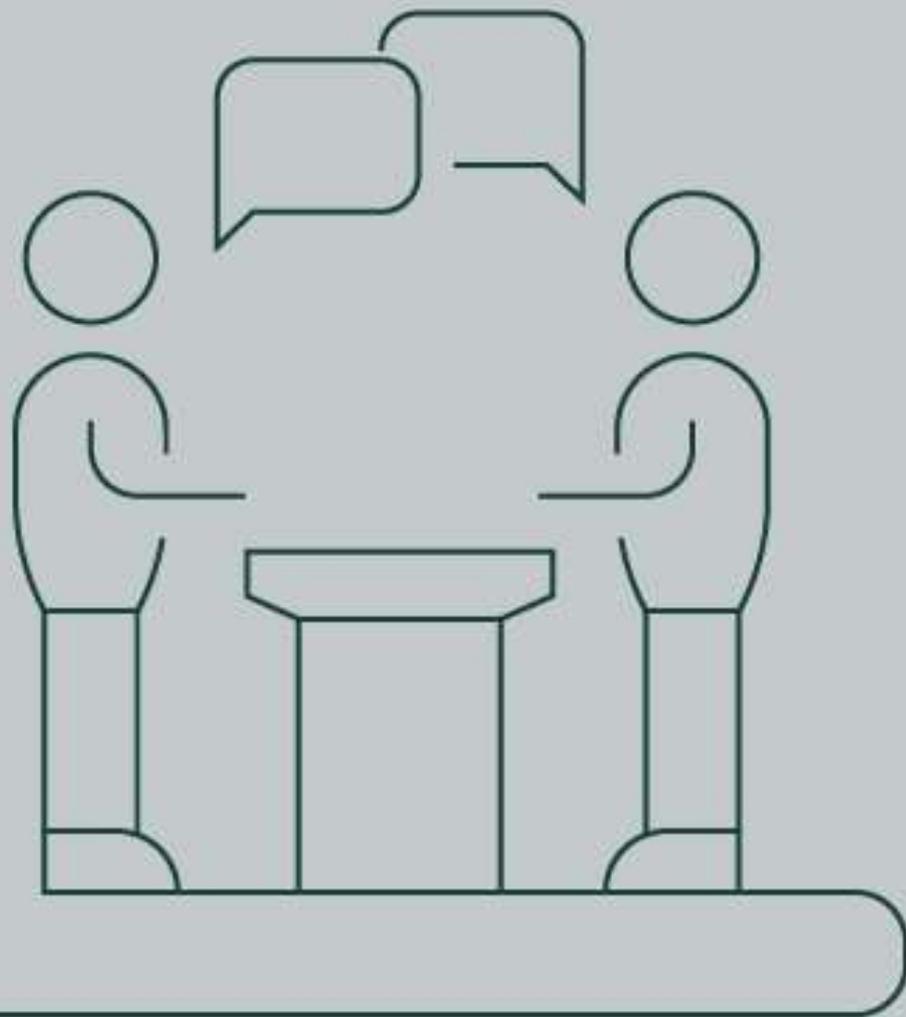
antecipação ou prevenção de complicações e, conseqüente redução de mortalidade na fase nosocomial.

Em gestão, *Um estudo sobre os impactos da Gestão de Estoques nas Instituições Hospitalares* apresenta os conceitos bibliográficos sobre a Gestão de Estoques e relata a importância da logística e do fluxo dos processos.

Por fim, abordando o cooperativismo, temos *Um estudo bibliográfico sobre o Cooperativismo de crédito como fator de desenvolvimento e fortalecimento econômico e social*. Este estudo aborda o surgimento do cooperativismo de crédito no Brasil e no mundo, os principais sistemas cooperativos brasileiros, as suas especificidades e os impactos destas cooperativas naqueles se associam ou de alguma forma são afetados pelas suas atividades. Por fim, o artigo *A importância da construção de uma narrativa cooperativista na comunicação interna da organização e seu papel transformador* investiga o uso da comunicação interna nas cooperativas como meio de estimular a participação dos cooperados.

Esperamos que estes conteúdos contribuam para a sua formação acadêmica e profissional, proporcionando ideias, insights e soluções importantes para a sociedade.

Boa leitura.



entrevistas

Para esta edição da Revista Científica Faculdade Unimed, convidamos o dr. Luiz Paulo Tostes Coimbra, Diretor de Gestão Educacional e Desenvolvimento da Fundação Unimed e Presidente da Central Nacional Unimed, para uma conversa sobre os planos para o futuro da Faculdade Unimed, a importância do cooperativismo e o impacto de valores como união e cuidado para a construção de um futuro mais solidário e igualitário para todos.

A Faculdade Unimed completou 5 anos do credenciamento do MEC este ano. Quais são os planos da Faculdade para os próximos 5 anos?

O momento que estamos vivendo é de clareza quanto direção que devemos percorrer: devemos caminhar junto às demais instituições nacionais, cujos diretores compõem também a diretoria da Fundação Unimed. O que queremos fazer é contribuir para o conhecimento e formação de dirigentes e cooperados, com foco em alguns pontos essenciais, em especial a formação sistêmica não só do sistema de saúde, mas do sistema cooperativista como um todo.

Esta visão deve englobar temas como geração de renda para médicos e cooperados, o que exige uma gestão eficiente, simples e ágil. Ter a Faculdade Unimed como um hub educacional para qualificação de todos os gestores e dirigentes do sistema é essencial para atingirmos estes objetivos, que trazem benefícios tanto para o sistema, através do crescimento que acompanha uma boa gestão, quanto para os cooperados, que poderão se desenvolver como profissional e como cidadãos, por meio da educação.

A educação é um dos pilares do cooperativismo, como você enxerga o papel da Faculdade Unimed como promotora do conhecimento dentro do sistema cooperativista?

É fundamental esta questão do espírito cooperativista e ele vem dos seus princípios, da prática do dia a dia, da cooperação, da intercooperação, que é o que a nossa sociedade precisa. Nós, enquanto umas instituições de educação, precisamos liderar esse movimento e fazer com o que o espírito Unimed se espalhe por todo o sistema cooperativista.

A gestão em saúde deve respeitar a atividade do médico e dos profissionais de saúde como um todo, a sua autonomia como profissional e formar pessoas para que façam uma gestão

íntegra e competente. Estes são os objetivos da Faculdade Unimed e o que pretendemos promover dentro do sistema cooperativista.

No último Dia dos Professores, você comentou no LinkedIn que já foi professor por muitos anos. Pela sua experiência, como os princípios cooperativistas podem contribuir para a formação dos profissionais de saúde?

Ser professor é uma coisa muito boa. Devemos ter em mente que ser professor não é só ensinar, é também aprender, isso é o mais fascinante dessa profissão. A relação com o aluno deve ser troca, porque isso gera aprendizado por ambas as partes.

O espírito cooperativista está linkado com os princípios da saúde, mas as pessoas precisam estar preparadas para o exercício desses princípios, o que ocorre através da reflexão e internalização da importância ética médica, do cuidado com o paciente e do respeito às suas decisões, crenças e valores.

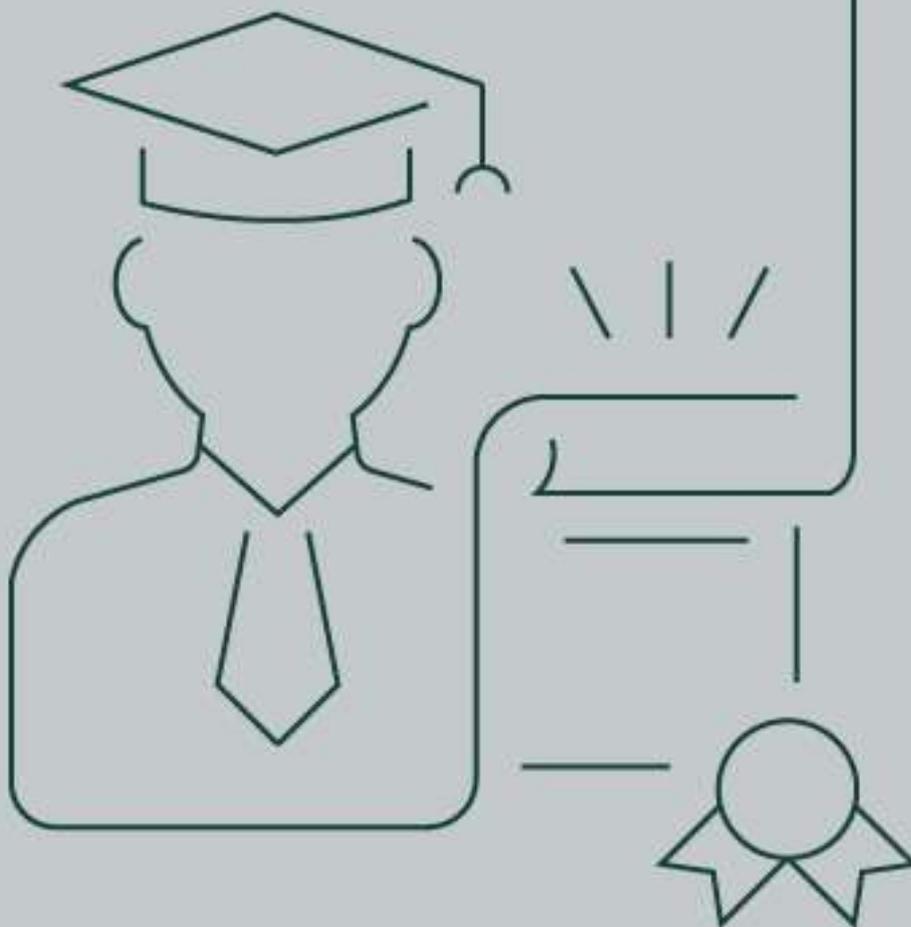
Princípios como interesse pela comunidade, autonomia e independência, intercooperação e educação e informação não só ajudam a preparar profissionais éticos e íntegros, mas a formar equipes de saúde mais integradas, que sabem agir em equipe e buscam se qualificar constantemente para levar ao paciente sempre o que há de melhor na parte técnica, mas que também promovem um atendimento humanizado e respeitoso.

Depois de mais de um ano de pandemia, vimos como dependemos dos outros para superar momentos difíceis. Diante disso, você acredita que o cooperativismo, e seus valores como união e cuidado, vão se tornar ainda mais importantes no futuro pós-pandêmico?

Eu não tenho dúvidas. E a prática mostra isso, como as nossas cooperativas e cooperados atuaram na pandemia. As nossas cooperativas atuaram criando formas de atender as pessoas de forma mais rápida e eficiente, o que só foi possível porque os nossos cooperados tiveram autonomia para pensar em soluções inovadoras e pautadas pelo conhecimento científico disponível. E o resultado foi o sucesso das cooperativas da Unimed no combate à pandemia, com parcerias com os governos no nível municipal, estadual e federal, fornecimento de testes para agilizar o diagnóstico e parcerias para atendimento remoto para os usuários do SUS.

Durante todo este período promovemos a cooperação entre pessoas e órgãos públicos, o que não deve parar, pelo contrário, foi uma experiência que só mostrou a força de

resumos de tcc



**PROJETO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE EM DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE UBERABA**

**INTEGRAL HEALTH CARE PROJECT *DIABETES MELLITUS* AND
ARTERIAL HYPERTENSION IN THE MUNICIPALITY OF UBERABA**

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Orientador: Prof. Marcelo Augusto Nascimento

RESUMO

A criação do Centro Municipal de Diabetes e Hipertensão do Município de Uberaba (CEMDHI) tem como objetivo a qualificação da assistência à saúde dos pacientes diabéticos, hipertensos e obesos cadastrados na rede de atenção básica de saúde do Município de Uberaba. Tem como proposta o cuidado integral dos pacientes a partir do empoderamento das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e melhores condições de tratamento aos usuários com estas morbidades. Com este intuito foi elaborado um programa de educação permanente sobre estas áreas para as equipes assistenciais da Atenção Primária à Saúde (APS). Também foi implementado um processo de matriciamento abrangente e ágil dos casos. Estão sendo utilizados os recursos de telessaúde e reuniões presenciais semanais. Aplicativos digitais estão sendo desenvolvidos para conectar pacientes, APS's e equipe do CEMDHI. O Centro Municipal conta com serviços de diabetes em adultos e crianças, diabetes gestacional, diabetes pé diabético, obesidade e hipertensão. Um fluxograma para referenciamento de pacientes ao CEMDHI e de retorno destes pacientes à APS foi elaborado.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Hipertensão arterial sistêmica; Centro de referência; APS; SUS; Cuidado integral.

ABSTRACT

The Municipal Diabetes and Hypertension Center of the Municipality of Uberaba (CEMDHI) aims the qualification of health care for diabetic, hypertensive and obese patients registered in the Primary Health Care (PHC) network of the Municipality of Uberaba. Has as proposal the comprehensive care of patients based on the empowerment of Primary Health Care teams and better treatment conditions for users with these morbidities. For this purpose, it was elaborated a permanent education program about these areas for the primary health care assistance teams. It was also implemented a

matriciamnt process comprehensive and agile of cases. Are being used the resources of Telehealth and weekly in person meetings. Digital applications are being developed to connect patients, PHC and CEMDHI team. The Municipal Center has diabetes services for adults and children, gestational diabetes, diabetic foot diabetes, obesity and hypertension. A Flowchart for referencing of patients to SAMDHI and of return of these patients to PHC it was elaborated.

Keywords: Diabetes mellitus; Systemic Arterial Hypertension; Reference Center; Primay health care; SUS; comprehensive health care

1. INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Globalmente 25% dos adultos apresentam hipertensão arterial, que é o fator de risco isolado mais importante para morte.

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). A hipertensão arterial é responsável por 25 a 40% da etiologia das cardiopatias isquêmicas e dos acidentes vasculares cerebrais (PASSOS, ASSIS, BARRETOS, 2006).

É fácil rastrear e tratar a hipertensão, mas somente cerca de 50% dos adultos hipertensos estão cientes de sua condição, e apenas cerca de um em cada sete hipertensos está tratado adequadamente.

A prevenção e controle da hipertensão é o principal mecanismo de prevenção e controle das doenças não transmissíveis e um modelo para outros riscos de doenças não transmissíveis.

Tratamentos eficazes com mudanças de estilo de vida e medicamentos poderiam prevenir e controlar a hipertensão arterial na maioria das pessoas se aplicados sistematicamente à população; as intervenções simples são viáveis em todos os ambientes e podem melhorar a atenção primária. É necessária a ação continuada e urgente a fim de obter mudanças efetivas nas políticas públicas e no sistema de saúde para prevenir e controlar a hipertensão arterial.

Medir a pressão arterial como rotina nos atendimentos a adultos têm demonstrado ser uma medida simples e eficaz no enfrentamento da HAS. Países como Estados Unidos e Canadá recomendam em suas diretrizes, o rastreamento sistemático em adultos dessa forma (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

O Diabetes Mellitus - DM é um termo utilizado para identificar um transtorno metabólico, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção ou na ação da insulina. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, o DM tem se apresentando cada vez mais prevalente na população, estando associado às dislipidemias, hipertensão arterial e disfunção endotelial (BRASIL, 2013).

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,3) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 628,6 milhões em 2045. Cerca de 79% dos casos vivem em países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas. O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes.(IDF, 2017)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde

pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações.

Dados atuais mostram que a cada onze adultos, um possui DM. Além disso, estima-se que um em cada sete nascimentos é afetado pelo *diabetes* gestacional, e que a cada seis segundos uma pessoa morre de DM, o que corresponde a 5,0 milhões de mortes em todo o mundo. A mais nova perspectiva é de que em 2040 um adulto em dez possuirá a doença, o que totalizará em 642 milhões de pessoas (WHO, 2016; IDF, 2017).

No Brasil estima-se que 16 milhões de pacientes estejam com diabetes e somos o 3º país do mundo em gastos de saúde relacionados ao diabetes (52 bilhões de dólares).

Por outro lado cerca de 46%, dos pacientes não estão diagnosticados e a taxa de controle do diabetes mostra que apenas cerca de 27% dos pacientes estão com hemoglobina glicada dentro da meta.

No Brasil, o Ministério da Saúde assinala que o DM pode ser assistido pelas equipes de atenção básica de saúde. Evidências científicas apontam que quando o paciente com essa patologia mantém seguimento de controle junto a essas equipes, há uma redução no número de hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Com base nesta realidade e considerando ainda que a epidemiologia sugere um crescimento DM na população, a necessidade de implantar políticas públicas de saúde se faz cada vez mais necessária.

No Município de Uberaba os serviços especializados das Universidades estão sobrecarregados e com porta de entrada para novos casos limitada. A política de contra referência é incipiente. Os programas de educação permanente realizado para equipes de atenção básica não estão implementados. Há pouco protagonismo dos Programas de Estratégia da Família na abordagem integral do Diabetes e HAS. Não há política de empoderamento dos usuários SUS em relação ao seu cuidado integral. Não há Núcleo de Pesquisa na esfera municipal em área de saúde.

1.1 EPIDEMIOLOGIA

1.1.1 Relevância sobre a integralidade do cuidado na abordagem conjunta sobre a HAS e DM

A integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) importante e essencial na abordagem à saúde de pessoas em suas comunidades. Juntas, a HAS, o DM e a Obesidade são as doenças que interferem como causas primárias das doenças do aparelho circulatório que hoje é a principal causa de morbimortalidade no Brasil, em Minas Gerais e no município de Uberaba.

Uma abordagem integral à saúde, com abordagem matricial na HAS e DM pode ser uma estratégia de enfrentamento a dar resultados positivos na redução dos fatores de risco, na prevenção de complicações e na qualidade da assistência à saúde. Busca-se reverter à resistência ao cuidado destes pacientes, através da motivação e da conscientização sobre a aderência ao tratamento e também a hábitos saudáveis de vida, pelo exemplo prático das oficinas que serão promovidas pelos profissionais capacitados, bem como pela experiência e vivência dos pacientes com sucesso terapêutico. Não há um serviço municipal encarregado do cuidado assistencial do Diabetes e da HAS.

1.1.2 Dados Epidemiológicos do Município de Uberaba – MG

A fim de apresentar a situação epidemiológica atual do município e mostrar o número crescente de pacientes acometidos com as patologias descritas anteriormente, foram construídas oito tabelas onde poderemos descrever o cenário vivenciado atualmente pelo sistema de saúde municipal.

Na Tabela 1, apresentada logo abaixo, temos o número total de internações no município de Uberaba para os meses de janeiro a julho de 2019. Seus dados descrevem um total, ainda preliminar de 8.591 internações.

Tabela 1. Internações no SUS, município de Uberaba, por mês e ano.

ANO	2019							
MÊS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL
TOTAL	1522	1292	1543	1504	1352	977	401	8.591

Fonte: Datasus, 2019.

A Tabela 2 traz dados sobre internações de doenças endócrinas e nutricionais e metabólicas no SUS, durante o mesmo período no mesmo município. Um número pouco expressivo, em torno de 4,5% do total de internações por todas as causas pode ser atribuído a estas doenças. Este dado pode ser atribuído a uma subnotificação das doenças nutricionais e metabólicas, ou ainda que estas doenças agravam o estado de saúde e levam a morbidade por doenças do aparelho circulatório.

Tabela 2. Internações Capítulo CID-10, doenças endócrinas nutricionais e metabólica no SUS, município de Uberaba, por mês e ano.

ANO	2019								
MÊS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL	%
TOTAL	59	36	67	53	80	91	02	388	4.5%

Fonte: Datasus, 2019.

Observando as informações da Tabela 3, sobre internações de pacientes com diagnóstico de DM em alguns municípios mineiros, segundo ordem quantitativa de internações, veremos que Uberaba é o 11^a município com maior número de internações, 82 internações, possivelmente também devido a subnotificações. Um estudo diagnóstico de mapeamento destas doenças, com matriciamento na HAS torna possível um levantamento epidemiológico mais fidedigno de atualização destes dados no futuro.

Tabela 3. Internações por lista de morbidade CID-10 Diabetes Mellitus, municípios de Minas Gerais com maior número de internações, por mês e ano.

MUNICÍPIO	2019							TOTAL
MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JULHO	
TOTAL	396	374	386	361	371	373	443	2.704
Belo Horizonte	163	161	144	158	152	157	187	1.122
Contagem	21	24	27	24	20	33	51	200
Uberlândia	28	32	27	23	26	25	32	193
Juiz de Fora	35	32	35	25	30	16	18	191
Montes Claros	31	26	21	15	20	19	25	157
Governador Valadares	12	11	21	21	39	23	22	149
Ribeirão das Neves	18	15	18	24	14	19	30	138
Santa Luzia	19	20	20	15	19	26	17	136
Ipatinga	12	13	17	12	12	15	17	98

Betim	13	9	15	10	16	11	16	90
Uberaba	15	12	14	13	7	9	12	82
Ibirité	14	12	12	12	10	9	5	74
Muriaé	15	7	15	9	6	11	11	74

Fonte: Datasus, 2019

A morbidade por doenças do aparelho circulatório está representada, segundo seu maior impacto social e financeiro pela Tabela 4. As internações, segundo esta causa, são expressivas e representam 8,1% do total de internações em Uberaba. Destacamos que estes dados são preliminares e esta constatação pode ser feita com base na observação pelos números mês a mês, no qual uma queda é observada, possivelmente pelo atraso na confirmação destas informações, contudo, já expressa o impacto das doenças do aparelho circulatório no município.

Tabela 4. Internações Capítulo CID-10, doenças do aparelho circulatório no SUS, município de Uberaba, por mês e ano.

ANO	2019								
MÊS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL	%
TOTAL	157	132	161	84	90	41	31	696	8.1%

Fonte: Datasus, 2019.

As Tabelas 5, 6 e 7 trazem as internações por acidente vascular cerebral isquêmico transitório e síndromes correlatas, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal na macrorregião de Uberaba no mesmo período de 2019 que as tabelas anteriores.

É possível descobrir que só o município de Uberaba registrou internações por estas causas na região, enquanto alguns outros municípios apresentaram apenas em insuficiência renal. Não foi expressivo o número de internações, possivelmente por falha no registro do CID

Observamos ainda que o DM e a HAS podem ter sido as doenças de base a desencadear estas internações, algo que não é possível afirmar, já que a base de dados do DATASUS não permite estas associações. Acreditamos que estas internações não representam a realidade e este valor pode ser maior e representar um risco ainda mais elevado para esta população.

Tabela 5. Internações Capítulo CID-10, acidente vascular cerebral isquêmico transitório e síndromes correlatas, na região de Uberaba, por faixa etária, 2019.

ANO	2019									
MÊS	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 e mais	TOTAL	%
TOTAL	02	01	02	4	11	16	09	08	53	0,61%

Fonte: Datasus, 2019.

Tabela 6. Internações Capítulo CID-10, infarto agudo do miocárdio, na região de Uberaba, por faixa etária, 2019.

ANO	2019									
MÊS	1 - 4	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 e mais	TOTAL	%
TOTAL	01	01	06	16	58	75	43	16	216	2,51%

Fonte: Datasus, 2019.

Tabela 7. Internações Capítulo CID-10, insuficiência renal, na região de Uberaba, por faixa etária, 2019.

ANO	2019									
MÊS	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 e mais	TOTAL	%
Uberaba	01	05	09	14	29	30	22	10	120	1,39%
Conceição das Alagoas	-	01	-	-	02	01	02	01	07	--
Sacramento	-	-	-	-	02	-	-	02	04	--

Fonte: Datasus, 2019.

A Tabela 8 traz as internações por obesidade na região de Uberaba, por faixa etária, em 2019. O valor não representa verdadeiramente a prevalência de obesidade no município, tendo em vista que a obesidade em si não leva a internações, mas agrave e leve a outras consequências de morbidade. Como não é possível associar mais de uma causa na geração do dado, não podemos inferir. Destacamos, contudo, que o Centro de cuidados a hipertensos, diabéticos e obesos poderá no futuro, apresentar dados e informações mais fidedignas a respeito da obesidade e apresentar a realidade observada, a fim de compreender como a obesidade impacta as doenças cardiometabólicas.

Tabela 8. Internações Capítulo CID-10 IX obesidade, na região de Uberaba, por faixa etária, 2019.

ANO	2019				
	MÊS	30 - 39	40 - 49	50 - 59	TOTAL
Uberaba	02	03	02	07	0,08%

Fonte: Datasus, 2019.

1.2 JUSTIFICATIVA

A abordagem integral a pessoas com HAS e DM tem o propósito de otimizar esforços na prevenção e no cuidado das principais causas de base de doenças do aparelho circulatório e de maior impacto sobre a morbimortalidade. Consequentemente sobre o financiamento de saúde pública do Brasil.

O planejamento de ações estratégicas de enfrentamento destas patologias pode ser favorecido pelo mapeamento advindo do diagnóstico epidemiológico preciso e constante e o matriciamento qualificado e ágil.

O empoderamento das equipes de APS é fundamento básico para o cuidado integral destes pacientes e a proximidade e conectividade com um Centro de Referência Municipal se torna estratégia maior para atingir os resultados esperados.

Promover uma consciência corporal pela qualidade de vida com adoção de hábitos simples e saudáveis, abandono de atitudes sedentárias e motivação para mudança de atitude no cotidiano são os pilares essenciais do projeto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Evidenciar a importância de políticas públicas que contemplem cuidados integrais de saúde voltados para portadores de HAS, DM e obesidade no município de Uberaba - MG, na esfera da gestão municipal da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Estruturar um Centro de Referência Municipal em Atenção à Saúde com foco no tratamento de portadores de HAS, DM e Obesidade, atendendo aos critérios e necessidades de estrutura física e humana;
- Apresentar um Protocolo de Triagem e Referência em HAS, DM e Obesidade, das demais unidades de assistência à saúde para o Centro de Referência;
- Construir um Protocolo Clínico Multiprofissional de Assistência a HAS e DM, de modo a beneficiar o cuidado integral aos usuários, prevenindo complicações decorrentes destas morbidades;
- Instituir um Programa de Educação Permanente em HAS, DM e Obesidade para servidores da rede municipal de saúde, afim de auxiliar no cuidado aos portadores destas morbidades;
- Instituir um banco de dados para análise epidemiológica, busca ativa, planejamento estratégico, avaliações, pesquisas e publicações de modo a otimizar a assistência aos usuários com HAS DM.

3. METODOLOGIA

Realizou-se revisão bibliográfica sobre as Estratégias existentes para o cuidado da pessoa com doença crônica especificamente diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. (BRASIL. MINISTERÍO DA SAÚDE, 2012, 2013, 2014). Dados de protocolos assistenciais e a importância da prevenção primária foram analisados.

Entre agosto e dezembro de 2019 foram realizadas reuniões semanais com integrantes da Secretaria Municipal de Saúde para conhecer o Programa Hiperdia no Município de Uberaba e os sistemas de atendimento aos pacientes. Realizada consulta ao banco de dados Hiperdia sobre pacientes cadastrados frente às equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Realizada consulta à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre número e funcionamento das equipes de ESF de Uberaba.

Foram realizadas visitas a Unidades da atenção primária, especificamente, as unidades que contavam com Estratégia de Saúde da Família para impressão inicial do envolvimento na abordagem assistencial de hipertensos e diabéticos e coleta de informações.

Realizou-se pesquisa documental sobre o banco de dados do SUS em específico na avaliação de diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

Realizou-se visita a centro de referência de diabetes em Uberlândia para conhecer modelo gerencial e assistencial empregado.

Estudo de casos de pacientes com Pé diabético foi realizado com intuito de conhecer o fluxo assistencial desta condição.

Como premissa principal estará o cuidado de pacientes cadastrados no programa de Estratégia em Saúde de Família do Município de Uberaba.

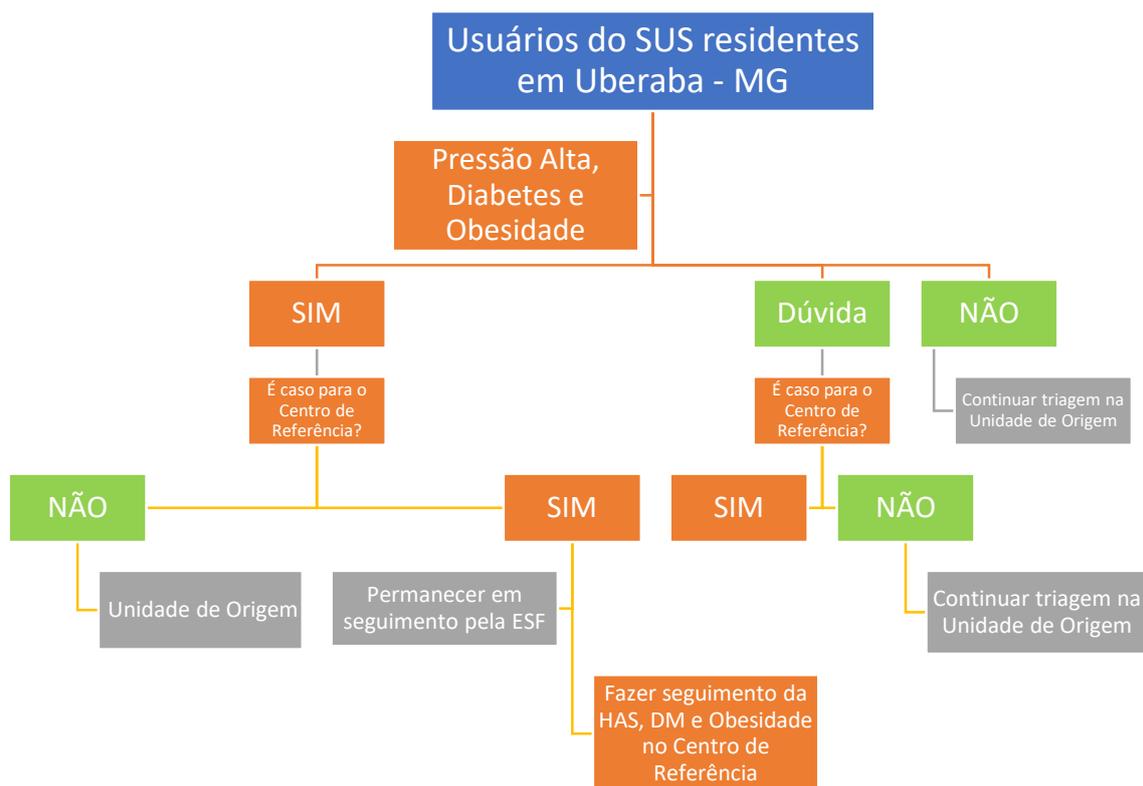
Os usuários elegíveis para acompanhamento no Centro de Referência seguirão o protocolo estabelecido pela equipe, no qual o médico de referência se responsabilizará pelo seguimento dos demais especialistas (quando for necessário).

O seguimento no Centro de Referência em HAS, DM e Obesidade será decidido pela equipe responsável pela triagem, atendendo aos critérios de elegibilidade. O Protocolo Clínico instituído definirá o fluxo de atendimento de cada profissional no seguimento da HAS e/ou do DM, ou ambas as condições. Na abordagem integral à saúde serão avaliadas as condições descritas abaixo, como prioritárias, cada qual com seus desdobramentos e seguimento específico:

- HAS, DM Tipo I e II em controle inapropriado;
- Usuários de insulina com controle de glicemia inapropriado;
- Crianças com DM Tipo I pós alta hospitalar;

- Histórico de Edema Agudo de Pulmão, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Cardíaca Congestiva e Insuficiência Renal Crônica;
- Complicações Oftalmológicas em decorrência da HAS e do DM Tipo I;
- Lesões da circulação periférica vascular, incluindo feridas em pés diabéticos;
- Obesidade mórbida de difícil manejo e controle;
- Gestantes diabéticas ou com diabetes gestacional.

Figura 1. Fluxograma de atendimentos aos usuários com HAS, DM e Obesidade.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Projeto de Assistência Integral Ao Diabetes e Hipertensão

Este é um projeto de atenção integral à saúde de pessoas com HAS e DM. Uma proposta de um programa municipal de saúde que atenda as pessoas do município de Uberaba – MG e de outros municípios do Triângulo Sul, através de pactuação entre gestores

4.1.1 Matriciamento

O Matriciamento também conhecido como “Apoio Matricial”, é caracterizado como uma forma de realizar assistência à saúde de forma solidária e compartilhada, com vistas a integralidade por meio do trabalho interdisciplinar. No contexto do Centro de Referência em HAS, DM e Obesidade, têm-se como objetivo que esta unidade de saúde seja apoio matricial as equipes de atenção primária à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), no matriciamento as ações serão planejadas nas dimensões técnico-pedagógicas e também assistenciais. As ações técnico-pedagógicas incluem as desenvolvidas em conjunto entre os profissionais do Centro de Referência com as equipes da Atenção Primária, sempre considerando as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade. As ações conjuntas estão sendo realizadas no sentido:

- Reuniões de matriciamento periódicas, configurando um momento para discutir casos, planejar ações, avaliar resultados;
- atendimentos individuais compartilhados, realizado pelo profissional da Atenção Primária com o apoio do especialista do Centro de Referência, podendo ser por videoconferência ou por visita domiciliar;
- Discussão de temas relacionados a realidade do território, levantadas pelo mapeamento dos casos, como por exemplo manejo de complicações e prevenção de novos casos, dentre outros.

4.1.2 Abordagem Terapêutica

Prioritariamente, busca-se com este projeto o controle das doenças crônicas, para que não haja agravamento ou complicações e, se já existirem, que as complicações também possam ser controladas, para tal necessita-se de uma abordagem terapêutica que seja embasada em uma equipe multidisciplinar.

Está sendo realizada avaliação entre equipe assistencial do CEMDHI e equipe das APF's para definir se o paciente permanece aos cuidados do centro de referência ou será encaminhado para os cuidados em sua Unidade Básica de Referência.

No Centro de Referência, a primeira avaliação é realizada por profissional de enfermagem, para que possam ser coletadas as informações necessárias para um banco de dados (identificação, documentos, endereço, telefone, histórico, dentre outros) amplo que facilite o acesso a este paciente e sejam realizados dados físicos iniciais como medidas de peso, altura, cintura abdominal, pressão arterial, e caso necessário glicemia digital.

Em sequência os pacientes são atendidos pelo especialista médico.

Também estão ocorrendo atividades coletivas direcionadas a grupos específicos, abordando: atividade física, cuidados com o corpo, alimentação saudável, dieta com restrição de calorias, alimentos calóricos, dietéticos, integrais e orgânicos, uso de equipamentos médicos, sinais de agravamento, situações de emergência, pesquisa, arte, meditação, dentre outros.

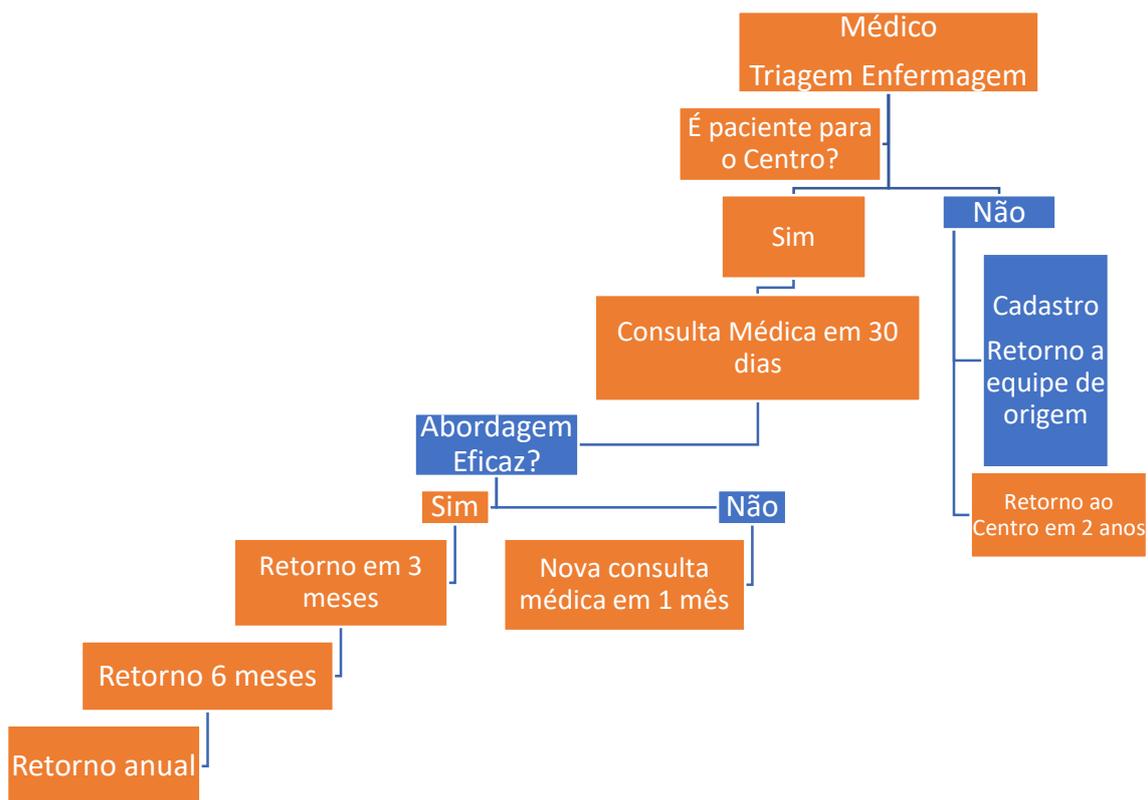
Pacientes estão sendo acompanhados com consultas médicas a cada 3 meses. À medida que se estabelece o controle fidedigno da doença com a abordagem terapêutica, as consultas podem passar a intervalos maiores, contudo, é importante a participação nas oficinas e atividades em grupo, essenciais para consciência corporal e controle da doença.

É essencial o fornecimento de insumos necessários ao controle do DM. O aparelho que realiza a medida da glicemia capilar, as fitas adequadas a medida do aparelho, as lancetas, agulhas para aplicação de insulina, a insulina, um cartão diário para registro dos resultados. A previsão quantitativa destes insumos para que não aconteçam desabastecimentos são realizadas por profissionais capacitados que atuaram no Centro de Referência, e os mesmos também têm sob sua responsabilidade a sua distribuição. A equipe multidisciplinar atua para a conscientização de pacientes para o adequado

armazenamento destes materiais no domicílio, além da devolução em casos de não utilização.

As medicações prescritas serão as que estão disponibilizadas na rede pública municipal e estadual e se buscará propostas para qualificar este arsenal medicamentoso que inclusões de novas medicações que permitam efetivo controle destas doenças crônicas.

Figura 1. Fluxograma de Atendimento Médico.



4.1.3 Abordagem Multidisciplinar

O processo de educação em saúde dos pacientes inicia-se com um acolhimento humanizado e já na primeira consulta, o plano de cuidados é uma etapa importante que deverá ser pactuado entre usuário e profissionais.

A consulta de enfermagem tem o objetivo de abordar fatores de risco, estratificar o risco cardiovascular, orientar mudanças no estilo de vida, conhecer a história pregressa do paciente, conhecer também o contexto social e econômico, a escolaridade, o potencial para o autocuidado, as condições de saúde e a rede de proteção do paciente (BRASIL, 2014).

A abordagem do profissional Nutricionista tem potencial para ocorrer individual e coletivamente e a sua prioridade será a educação em saúde, fazendo uma abordagem sobre alimentação saudável, mudança no estilo de vida, introdução de alimentos frescos, verduras, legumes, alimentos integrais, dentre outros.

O educador físico terá também sempre um importante papel na mudança do estilo de vida, dentro das adaptações necessárias em casos especiais. A introdução da atividade física regular deve, juntamente com uma alimentação saudável, controle do peso, evitar fumo e excesso de álcool fazer parte da abordagem sobre o tratamento não medicamentoso.

O Ministério da Saúde defende que a prática da atividade física pode ser encorajada pela Enfermeira, contudo, o educador físico possui habilidades motivacionais e agrega a equipe um novo olhar sobre a mudança no estilo de vida.

Consultas com psicólogos também podem ser necessárias, e este profissional pode vir a ser incorporado a esta equipe no futuro. Trata-se de uma avaliação que precisa ser considerada, uma vez que pacientes podem precisar deste apoio em situações de amputação, de mudança de hábitos alimentares, autoimagem prejudicada, adaptações a complicações advindas das doenças crônicas. Contudo, o diagnóstico destas necessidades virá após o mapeamento destes pacientes e destas condições especiais.

Um administrador na equipe agrega um importante potencial no gerenciamento das ações de controle e avaliação. Pensa-se que é pertinente alguém com experiência em matriciamento, domínio dos sistemas de informações do HiperDia, com capacidade de gerar relatórios gerenciais, indicadores e metas para atingir os objetivos propostos, fazer cumprir os protocolos, avaliar a equipe, promover a motivação dos profissionais e intervir

quando necessário sobre questões pontuais observadas, no sentido de promover as ações assistenciais.

A equipe médica precisa do reforço imediato de cardiologistas, endocrinologistas, oftalmologistas e nefrologistas. As consultas médicas, o fluxo assistencial e a triagem de cada especialista serão apresentadas em um fluxograma. É sugerido que todos os pacientes do Centro de Referência precisam da triagem de cada profissional especialista médico, pois cada um destes tem potencial para promover atividades educativas e de grupo como apoio matricial as demais equipes de Atenção Primária do município.

Consultas por videoconferência são agendadas e realizadas como apoio matricial a outros municípios, além da programação de educação permanente das equipes municipais. Os temas mais relevantes serão levantados com o mapeamento dos pacientes e de suas complicações.

Estão ocorrendo ações de atendimento por telefone, que incluem: confirmação de consultas, agendamento, orientações e abordagem de dúvidas, atualização de cadastro e assistenciais. Estes profissionais serão capacitados para esta atividade, podendo ser uma equipe de nível médio, como técnicos de enfermagem.

4.1.4 Alimentação Saudável

A prática da alimentação é essencial para mudança no estilo de vida. O acesso a uma alimentação saudável nem sempre pode ser facilmente compreendido, por vezes a barreira é econômica, em outras situações pode ser cultural.

O que se espera nessa abordagem é a promoção de hábitos de alimentação saudável, de forma simples, através de alimentos de baixo custo, com promoção pela horta feita em casa, num cantinho do quintal, em vasos e em espaços comunitários. Pense-se em promover oficinas de plantio, cultivo de hortaliças, verduras e legumes, preparo adequado destes alimentos, do armazenamento ao cozimento, promovendo a experiência de se alimentar bem a um custo possível.

Oficinas de alimentação saudável podem ser promovidas com o apoio do profissional nutricionista e dos demais profissionais da equipe, fazendo assim com que ocorram trocas de experiências na abordagem em equipe.

São considerados essenciais a equipe, profissionais que possam promover o plantio de hortas de legumes, verduras, frutas, ervas de tempero e de chás medicinais com experiência no preparo da terra, controle de pequenas pragas, replantio e colheita destas plantas. A prática de plantar suas ervas aromáticas, suas verduras e legumes podem servir como terapia e motivação para uma mudança no estilo de vida, além de servir a cozinha experimental do Centro de Referência, nas oficinas práticas de alimentação saudável. Doações de mudas podem acontecer aos pacientes, funcionários, voluntários e a comunidade.

Convites especiais com profissionais da rede de atenção à saúde do território poderão ocorrer, compartilhando assim experiências exitosas de outras unidades de saúde, escolar, de graduação, pós-graduação, entre municípios, dentre outros.

4.1.5 Prática de Atividade Física

Com potencial para abordar a prática da atividade física de uma forma dinâmica e com motivação sobre a equipe e a comunidade, o educador físico agrega valor ao projeto de forma especial. A prática diária do exercício é fundamental para consciência corporal, para promoção da saúde, para controle do peso e para o resgate na autoestima.

O Centro de Referência pode ser espaço de prática da residência multiprofissional, de estágio de estudantes da graduação, também de estudantes da pós-graduação. Contudo, é importante que estas ações estejam sob a coordenação de um profissional que possa atuar no controle e no gerenciamento de todo o processo, desde a avaliação física inicial de todos os pacientes do centro, em especial dos obesos, até as avaliações periódicas de controle.

Há uma previsão de promover eventos como caminhadas, encontros, práticas ao ar livre, maratonas, pequenos circuitos, yoga, meditação, ginástica localizada, dança, exercícios aeróbicos, dentre outros.

4.1.6 Autocuidado e Autonomia

O autocuidado e a autonomia são abordagens que consideramos pertinentes sob o aspecto da mudança no estilo de vida. Ter plena consciência sobre suas necessidades e saber resolver questões como: observação do seu corpo, sinais de mudança e alterações, quando buscar ajuda, como cuidar de si mesmo na HAS, no DM e na obesidade serão fundamentais para este processo.

Para isso será de extrema importância a abordagem e o bom funcionamento da equipe multiprofissional, além da atuação de voluntários capacitados, estudantes, gestores e da própria comunidade.

Pensa-se na relevância de formar um grupo com próprios pacientes, de forma que estes possam participar efetivamente nesta etapa, dentro da própria comunidade em que estão inseridos como incentivadores e agentes capazes de auxiliar na busca ativa.

Uma pessoa experiente em seu autocuidado, com controle de uma ferida em pé diabético pode colaborar com a equipe dando depoimentos, contando sua trajetória e como ela conseguiu superar esta etapa, motivando outros pacientes a mudar atitudes a partir de sua vivência.

Da mesma forma, alguém que já usa insulina pode colaborar no mesmo sentido: falando sobre suas habilidades e experiências em como armazenar a insulina, como fazer o rodízio de auto aplicação, como medir a glicose, como perceber sinais de que o controle não está efetivo, etc.

O autocuidado e autonomia passam pela aceitação sobre ter um problema crônico de saúde, sobre as orientações necessárias e sobre as mudanças necessárias. As atividades em grupo podem contribuir para a consciência necessária a mudança no estilo de vida e todo o apoio que ela precisa neste momento, será oferecido pela proposta do Centro de Referência.

4.1.7 Educação Permanente

A abordagem de temas da educação permanente tem infinitas possibilidades e podem ser implementadas com base no diagnóstico de cada paciente, fazendo assim com que essa proposta seja contemplada pelo apoio matricial do Centro de Referência às demais equipes de Atenção Básica do município de Uberaba.

A equipe do Centro de Referência está tendo potencial para promover momentos de educação permanente com a rede municipal, sem que as atividades de atenção à saúde de rotina sejam suspensas. A mesma poderá programar as ações e promover esses momentos de troca e de conhecimento também com apoio matricial da secretaria municipal de saúde.

Os cursos de graduação, pós-graduação, residência multiprofissional e residência médica, poderão apresentar um ou mais momentos distintos de atividades de educação permanente como sugestão a ser desenvolvida no período dentro do Centro de Referência.

Além disso, estabelecer parcerias com instituições de saúde, convidar profissionais para alguns momentos e ainda abrir vagas na educação permanente para que estas instituições de saúde também possam enviar alguns de seus colaboradores para desfrutar do conhecimento compartilhado nos encontros de educação permanente poderão acontecer de forma frequente.

O foco e o objetivo desse projeto é interligar profissionais e instituições a fim de que se possa atingir o máximo de pessoas possíveis, buscando sempre pela construção de conhecimento necessário para esses sujeitos através da educação permanente.

4.1.8 Pesquisa e Extensão

O desenvolvimento de pesquisas num Centro de Referência para HAS, DM e obesidade pode contribuir agregando conhecimento a equipe e o desenvolvimento de uma terapêutica melhor instituída, promovendo aos pacientes um controle fidedigno de sua doença.

Publicações podem ser realizadas com base nas ações realizadas, na experiência em produzir serviços qualificados, nos resultados apresentados, nos desafios a serem superados, no diagnóstico encontrado.

As possibilidades são infinitas, podendo ocorrer ainda parcerias com a indústria farmacêutica, tornando o Centro de Referência um Centro de Pesquisa Clínica. Havendo qualificação da equipe neste sentido, passando os projetos pela análise de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, pesquisas clínicas poderão ser desenvolvidas. As inúmeras vantagens geradas a partir disso, permitirão que participantes/pacientes permaneçam recebendo as medicações de forma gratuita pelo patrocinador (garantido pela legislação), mesmo após o término da pesquisa e ainda o fomento financeiro que pode ser revertido em equipamentos que irão manter a estrutura do Centro de Pesquisa.

Os projetos de extensão proporcionam um frescor a rotina de atendimentos, trazendo possibilidades de parcerias que muito podem contribuir para o desenvolvimento do Centro de Referência, eles permitem ir além e estabelecer outras dinâmicas e parcerias com comércio, indústrias, comunidade, escolas, construção civil, rede de farmácias etc. Projetos extramuros podem ser pensados e desenvolvidos, de forma a elaborar triagens, abordagens, acolhimentos, diagnósticos etc.

4.1.9 Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação fazem parte de uma etapa importante e essencial ao desenvolvimento do Centro de Referência. Pensa-se que é através do monitoramento contínuo das ações que é possível avaliar resultados obtidos e repensar as ações, com o objetivo voltado ao alcance de metas e indicadores pré-estabelecidos.

Segundo Araújo e colaboradores (2008) a HAS apresenta uma alta prevalência na população, influenciando a ocorrência de doenças cerebrovasculares, coronarianas, doença de retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares. Reconhecer que a prevalência e a incidência destas doenças estão ocorrendo na população e as complicações advindas deste processo de adoecimento na vida adulta podem produzir ações preventivas, também de controle.

O monitoramento passa pelo minucioso registro das atividades desenvolvidas, num duplo registro, em impressos físicos e em sistemas de informações. Todas as ações e serviços devem ser registradas e informadas, ao longo do tempo sendo possível uma análise destes números e o impacto desta avaliação no planejamento das ações.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) levantou informações acerca de alguns indicadores relacionados à HAS e ao DM, a nível nacional, por estados e regiões, no ano de 2012. O estado de Minas Gerais apresentou 7,93 de taxa de internação hospitalar por DM, valor acima do encontrado para região sudeste (6,01). A taxa de internações por acidente vascular cerebral, também para Minas Gerais, foi de 4,56 (região sudeste 4,52), enquanto a taxa de internações por doenças hipertensivas ficou em 16,79 (região sudeste 14,48). É relevante a compreensão de que estamos acompanhando os valores do estado e pensar se estamos tomando medidas preventivas e evitando a ocorrência destas taxas de internação hospitalar, porque sob controle, elas possivelmente seriam evitadas.

Os indicadores a serem monitorados e avaliados podem ser definidos pelos gestores, pactuados com a equipe e com a comunidade. Eles também podem ser revistos e repensados a cada avaliação. Contudo, podemos sugerir alguns a serem introduzidos neste momento:

- Prevalência dos casos de HAS, DM e obesidade na população de Uberaba – MG;
- Número de casos novos (incidência) de HAS, DM e obesidade em Uberaba – MG;
- Estratificação da prevalência e da incidência por região de Uberaba, sexo e idade;
- Proporção de hipertensos, diabéticos e obesos cadastrados versus a estimativa de casos previstos na população;
- Média de atendimentos em HAS, DM e obesidade;
- Taxa de internação hospitalar por causas selecionadas (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, amputações em decorrência do DM, dentre outros);
- Prevalência de pacientes em diálise;
- Prevalência e incidência DM em gestantes;

Pensamos na estratégia de solicitar aos Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento do (município de Uberaba) uma notificação mensal dos pacientes que internaram por doenças cardiometabólicas. Essa estratégia visa o reconhecimento de pacientes que internaram por causas sensíveis ao atendimento no Centro, bem como

agendamento para assistência com a maior brevidade possível. O objetivo é acolher, orientar, assistir à saúde e intervir rapidamente.

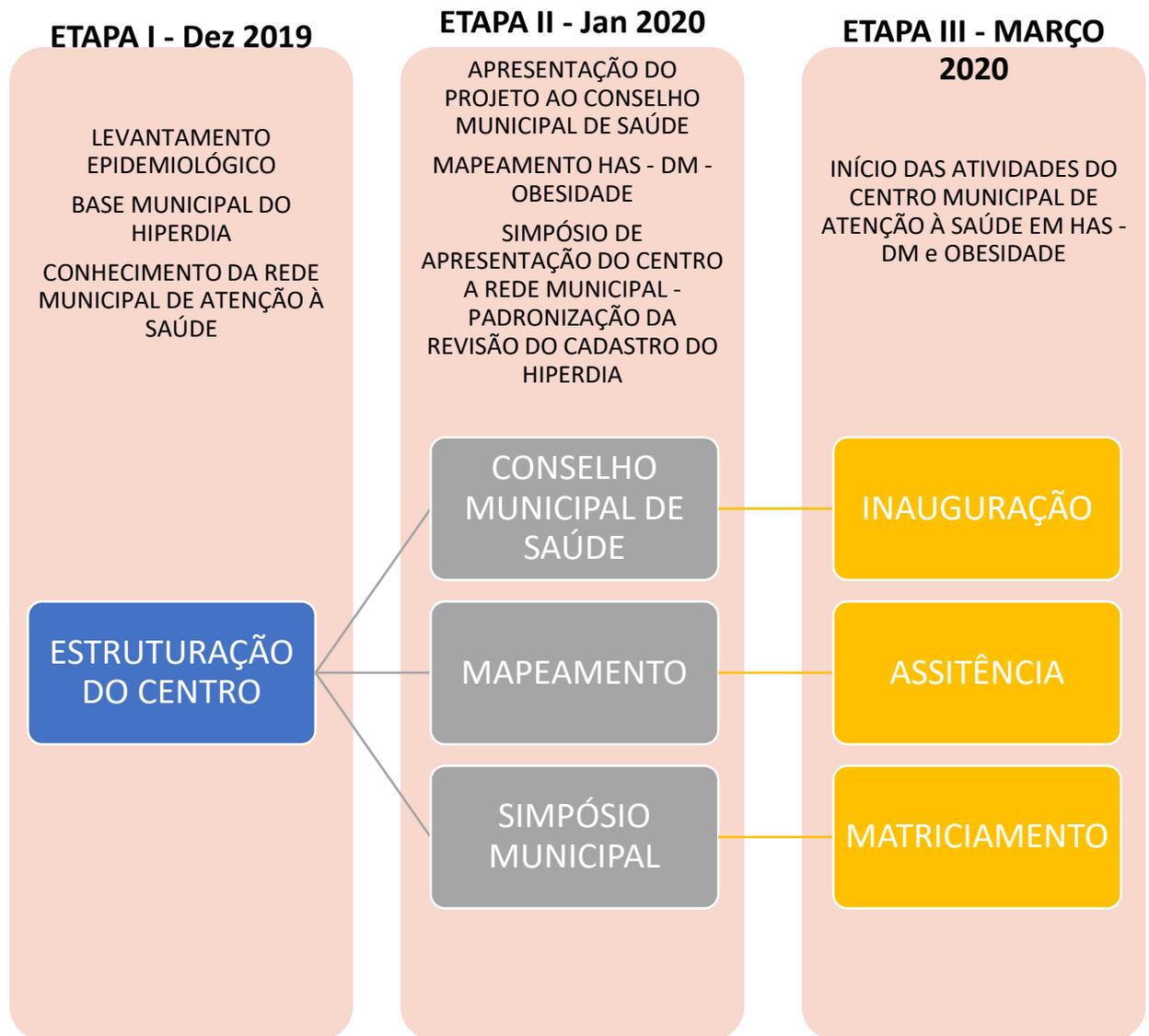
4.1.10 Governança do Centro

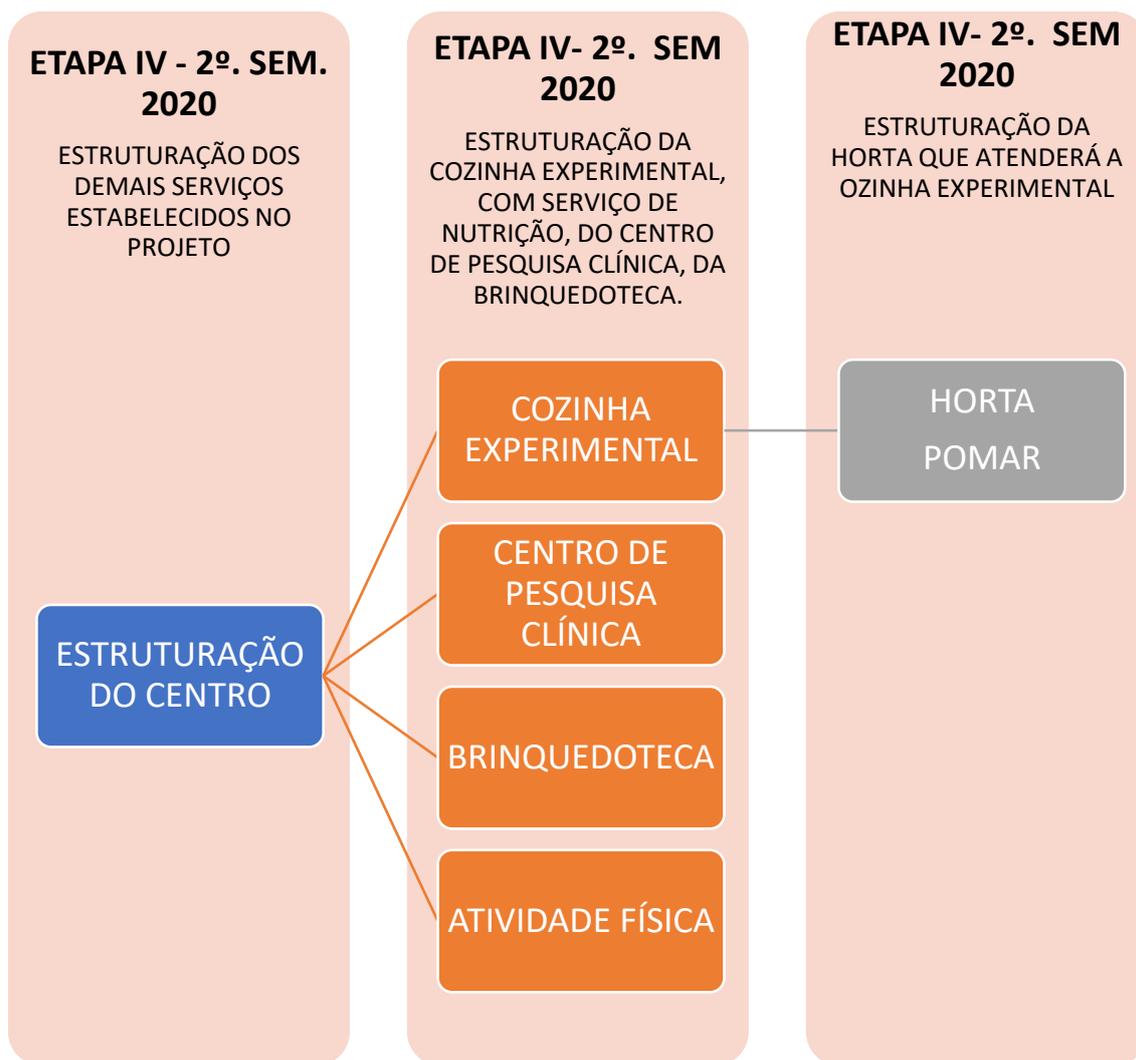
Um Colegiado gestor será responsável pela gestão do Centro Municipal de Atenção à Saúde de HAS, DM e Obesidade e terá composição paritária entre profissionais/gestores e representantes da comunidade:

Profissionais / Gestores	Comunidade
Diretor Clínico	Representantes da Associação de Hipertensos
Diretor Técnico	
02 Profissionais de Saúde	Representantes da Associação de Diabéticos
01 Membro do Hospital Regional	
---	Representantes da Associação do Bairro

5. ETAPAS DO PROJETO

Figura 2. Etapas Do Projeto





5.1 Etapa I – Dezembro 2019

No intuito de estabelecer um ponto inicial para o ‘Centro Municipal de Atenção à Saúde em meio aos objetivos traçados e a complexidade e grandiosidade do projeto, idealizamos que é preciso elencar prioridades. Assim sendo, a etapa inicial do projeto consiste em conhecer a rede básica municipal de atenção à saúde, bem como explorar os dados de cadastro do HiperDia municipal, confrontando-os com dados epidemiológicos de óbitos por causas cardiometabólicas, também explorando informações de cadastro das equipes de saúde da família.

A partir do mapeamento inicial, a proposta é realizar visitas a todas as unidades de saúde da atenção primária, afim de que se possa conhecer a rede municipal, se

apresentar aos profissionais, dar voz a eles nesta fase, ouvir sugestões, bem como explorar os pontos críticos de assistência a hipertensos, diabéticos e obesos.

5.2 Etapa II – Janeiro e Fevereiro 2020

A etapa seguinte inicia-se com a apresentação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde de Uberaba que deverá acontecer no 1º Simpósio Municipal Matriciamento Assistencial em HAS, DM e Obesidade.

A proposta será a de apresentar o projeto através do mapeamento dos casos de HAS, DM tipo 1 e Obesidade com base na base de dados do município, padronizando procedimentos para que as equipes que possam revisar seus cadastros. Com a revisão, espera-se que o Centro Municipal de Atenção à Saúde de Hipertensos, Diabéticos e Obesos possa iniciar com base num cadastro fidedigno.

Paralelamente a isso o Centro estará sendo estruturado para iniciar suas atividades na Etapa III.

5.3 Etapa III – Julho 2020

Inauguração do Centro Municipal de Atenção à Saúde de Hipertensos, Diabéticos e Obesos na semana dos dias *17 a 21 de fevereiro de 2010 (data exata a definir).

Estruturação do Colegiado Gestor do Centro Municipal de Atenção à Saúde de Hipertensos, Diabéticos e Obesos. O Colegiado será paritário conforme estabelecido pela legislação do SUS, contando com a participação do Diretor Clínico, funcionários, um representante de uma instituição hospitalar, representantes das associações de hipertensos e diabéticos.

Comemoração do Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão arterial – 26 de abril de 2020.

5.4 Etapa IV – 2º Semestre 2020

- Estruturação dos serviços de Nutrição, possivelmente com parcerias, ou terceirização;
- Estruturação das Hortas Comunitárias em cada Unidade Básica de Saúde e Estruturação da Horta do Centro Municipal de Atenção à Saúde, de forma a atender a cozinha experimental;
- Estruturação da Brinquedoteca e da Rotina de Atividade Física dos Pacientes;
- Estruturação do Centro de Pesquisa Clínica com implementação da manutenção dos equipamentos e da estrutura física;
- Realização da 1º Jornada de Diabetes e Hipertensão do CEMDHI – setembro de 2020;
- Comemoração do Dia Nacional de Prevenção da Obesidade – 11 de outubro de 2020;
- Comemoração do Dia Mundial da Diabetes – 14 de novembro de 2020.

6. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

O diabetes mellitus, a hipertensão arterial e a obesidade são condições que impactam negativamente na qualidade e tempo de vida das pessoas. Por isso, exigem um forte esforço do sistema de saúde pública em buscar políticas efetivas que propiciem o cuidado integral aos pacientes. O Centro Municipal de Diabetes e Hipertensão de Uberaba foi criado com intuito de implementar este cuidado integral por meio de política de valorização e empoderamento das equipes de Atenção Básica em Saúde ligadas ao Município. As atividades foram iniciadas por meio de cursos de educação continuada para as equipes assistenciais do PSF (Programa Saúde da Família) em novembro de 2019. Em julho de 2020 começaram as atividades assistenciais em estrutura física própria do CEMDHI. Reuniões semanais presenciais e por videoconferência estão acontecendo com intuito de fazer um adequado e qualificado matriciamento dos casos e discutir a linha de cuidado de cada paciente. Os aplicativos que permitirão conectividade entre pacientes,

equipes assistenciais das APS's e CEMDHI já estão em fase final de testes e serão incluídos no aplicativo geral do Município que serão disponibilizados para todos os indivíduos (por dispositivo móvel).

Pediatras e ginecologistas ligados à Secretaria Municipal de Saúde também foram convidados para "roda de conversa" sobre a estruturação do serviço de diabetes gestacional e de diabetes em crianças. Nestas reuniões, o fluxo de encaminhamento de pacientes e as formas de matriciamento foram discutidas e ajustadas.

Protocolos de referência e contrarreferência de pacientes entre as equipes de APS e o CEMDHI estão sendo discutidos e formatados de forma conjunta e equilibrada.

Por decisão da Secretaria Municipal de Saúde, o CEMDHI passa a ser responsável por discutir e formular a política Municipal de Atenção ao Diabetes e a Hipertensão Arterial (Programa HiperDia).

O Projeto foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde do Município e obteve aprovação unânime.

Está em fase de elaboração a criação de uma Fundação ligada ao CEMDHI que permitirá parcerias público-privadas com intuito de fortalecer o Projeto.

A primeira Tese de Mestrado que será realizada no CEMDHI foi aprovada em conjunto com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro e versará sobre Estudo Epidemiológico dos Pacientes com Pé Diabético atendidos pelo SUS no Município de Uberaba. Este projeto propiciará a construção de um banco de dados nesta área e conhecimento de como está a estruturação desta linha de cuidado na rede pública municipal.

O CEMDHI participou do concurso Liberta Minas que distribui verbas de emendas parlamentares e foi classificado com o Projeto - Medida Automática de Pressão Arterial nas APF's - sendo contemplado com recursos de 160 mil reais. Este valor será inteiramente destinado à aquisição de aparelhos automáticos de medida de pressão arterial e notebooks para as 52 equipes de APS.

A equipe assistencial do CEMDHI está em formação e conta atualmente com 3 endocrinologistas (um pediátrico), 3 cardiologistas, 1 nefrologista, 2 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem. 1 assistente social e um diretor administrativo.

Coloca-se como perspectiva de curto prazo uma interação efetiva com as equipes de APS, bem como, ao longo de 2021, a realização de um diagnóstico completo da condição epidemiológica do Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Pé diabético e Obesidade no Município de Uberaba. Com estes dados será possível traçar estratégias coerentes e alcançáveis de saúde pública que permitam melhorar os indicadores de cuidado destes agravos à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Primária à Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Processo de Trabalho na APS: Como o apoio matricial pode ser desenvolvido na Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde? Núcleo de telessaúde de Santa Catarina. Home. Brasília, DF, 2015. Segunda Opinião Formativa. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf .

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SUS. Indicadores e dados básicos: Brasil, 2012, IDB, 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, protocolo. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). Diabetes Atlas [Internet]. 8th ed. Belgium: International Diabetes Federation; 2017. Disponível em <http://www.diabetesatlas.org>.

JUNQUEIRA, C. L. C. COSTA, G. M. MAGALHÃES, M. E. C. Síndrome Metabólica: o risco cardiovascular é maior que o risco dos seus componentes isoladamente? **Revista Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro, 2011; 24 (5) 308-315. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_07sindrome.pdf

PASSOS, V. M. A. ASSIS, T. D. BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília – DF, 2006; 15 (1): 35 – 45. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf> Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arquivos Online. Arquivos brasileiros de cardiologia. **7ª. Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Rio de Janeiro, RJ, 2016: Volume 107, nº.03, suplemento 3. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é obesidade?** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/obesidade/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO-OMS). Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization, 2016 (acessado em 20 de dezembro de 2019). Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua1

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. HEARTS Pacote técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinares. Ginebra: OMS; 2018.

DIRETRIZES BRAZILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al.– 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. DIABETES ATLAS 9TH EDITION. <https://diabetesatlas.org/en/#> Março 2021

**CONTRIBUIÇÃO DOS DADOS CONTIDOS NOS PRONTUÁRIOS
DE PACIENTES VISANDO A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES
DE PREVISÃO DE DESFECHOS NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
DOS PACIENTES**

**CONTRIBUTION OF DATA CONTAINED IN MEDICAL RECORDS
AIMING AT THE CONSTRUCTION OF INDICATORS OF
OUTCOME PREDICTION IN THE HOSPITAL ADMISSIONS OF
PATIENTS**

Paulo Roberto Pereira de Sant'Ana

Professor Orientador: Prof. Marcelo Augusto Nascimento

RESUMO

Avaliar a qualidade assistencial através da utilização de indicadores é uma realidade dentro do conceito de boa administração hospitalar e, portanto, uma meta a ser alcançada para a execução de uma boa prática na gestão dos serviços hospitalares. Nesse trabalho, queremos nos debruçar sobre a melhor utilização dos indicadores já conhecidos e a possibilidade de construção de novos a partir dos dados contidos nos prontuários hospitalares que visem ao melhor gerenciamento do curso do paciente em sua jornada intra-hospitalar com ênfase em antecipação ou prevenção de complicações e, conseqüente redução de mortalidade na fase nosocomial. Para atingir esse objetivo, buscamos na literatura, através de revisão bibliográfica e análise de dissertações e teses como a construção de indicadores e sua utilização para análises do curso hospitalar em diversas patologias, podem propiciar um conhecimento fundamental para o manejo clínico da evolução dos pacientes hospitalizados. Em conclusão, propomos uma série de outros dados contidos nos prontuários em que tem, ao nosso ver, potencial para integrarem novos indicadores assistenciais e, que juntos com a análise sistemática daqueles já tradicionais possam de fato serem usados como indicadores de gravidade e desempenho durante a evolução do curso intra-hospitalar do paciente.

Palavras-chave: Dados. Indicadores. Assistência. Pacientes. Gerenciamento.

ABSTRACT

Evaluating the care system quality through the using of indicators is a reality within the concept of good hospital administration and, therefore, a goal to be achieved for the implementation of good practice in the management of hospital services. In this work, we want to focus on the best use of already known indicators and the possibility of building new ones based on the data contained in hospital records, which aim at better managing the patient's course in their intra-hospital journey, with an emphasis on anticipation and / or prevention of complications and consequent reduction in mortality in the nosocomial phase. To achieve this goal, we search the literature, through bibliographic review and analysis of dissertations and theses, as the construction of indicators and their use for analysis of the hospital course of several pathologies, can provide fundamental knowledge for the clinical management of the evolution of patients hospitalized. In

conclusion, we propose a series of other data contained in the medical records and which, in our view, has the potential to integrate new care indicators and that together with the systematic analysis of those already traditional can actually be used as indicators of severity and performance during evolution of the patient's in-hospital course.

Keywords: Data. Indicators. Assistance. Patients. Management.

1. INTRODUÇÃO

Os indicadores em saúde, sejam assistenciais ou gerenciais são o pilar de qualidade do atendimento intra-hospitalar, com vistas ao bom gerenciamento do curso do paciente desde a sua entrada, permanência e trânsito pelas diversas áreas ou especialidades assistenciais até a alta da unidade nosocomial (COSTA et al, 2013; FLECHA et al, 2013).

Dessa forma, os prontuários dos pacientes são a principal fonte de dados que podem ser utilizadas como recurso para construção de indicadores que podem nortear o manuseio das complicadas etapas pelas quais passam os pacientes em sua vivência, quando necessitam ser submetidos a um quadro de internamento hospitalar (COSTA et al, 2013; FLECHA et al, 2013).

Pensando dessa forma, estamos interessados em decodificar os dados que demonstram a progressão de piora da evolução intra-nosocomial do paciente, tendo como meta a redução da mortalidade nesse mesmo período.

A literatura tem cada vez mais se debruçado no desenvolvimento e avaliação dos mais diversos indicadores utilizados em variados procedimentos e condutas nas evoluções nosocomiais dos pacientes, tais como: Índice de Comorbidade de Charlson (ICC), Quick SOFA (qSOFA), SIRS, escore de risco perioperatório da *American Society of Anesthesiology* (ASA), ESCALAS DE BRADEN e de MORSE, além de outros que são utilizados e não estão agrupados em uma nomenclatura específica e que serão objeto de nosso estudo.

A razão desse trabalho está focada na percepção de que ao analisar os prontuários dos pacientes que vão a óbito, temos a impressão que mesmo que esses indicadores estejam em folha específica e preenchidos nos respectivos prontuários, eles não são atualizados no decorrer do curso intra-hospitalar dos pacientes e parecem pouco contribuir para influenciar no curso da doença ou ainda não são utilizados de maneira a exercer essa influência.

Todos esses indicadores foram construídos a partir dos dados dos pacientes em seus respectivos prontuários, portanto saber utilizá-los e adequar esse uso para a atividade diária de evolução e acompanhamento dos pacientes, é a efetiva contribuição para as

equipes de saúde poderem intervir e modificar a evolução de piora do quadro clínico com a meta de reduzir a mortalidade dos pacientes nas unidades hospitalares, principalmente em patologias e procedimentos que possam ser controlados com esse fim.

O importante é evitar que patologias ou procedimentos aparentemente sob controle e com bom prognóstico de evolução na internação tenham uma mudança de curso não detectada precocemente e aumente a expectativa de mortalidade daquele indivíduo e, como adicional que procedimentos mais complexos em que se espera alta taxa de complicações, possam ser monitorados pelas equipes o mais estritamente possível com vistas a reduzir essas taxas e, portanto, também reduzir desfechos de morte.

A construção do indicador de gravidade que se modifica ao longo do tempo de internação e avisa a necessidade de abordagens mais estritas, vai necessitar do desenvolvimento de um software para armazenamento dos dados coletados, automaticamente na porta de entrada do hospital, e, transportados para um aplicativo o qual mostrasse os resultados do acompanhamento daqueles dados considerados essenciais estabelecidos em uma base de dados ou programa que pudesse elaborar índices ou alertas de curso de gravidade em graus crescentes em direção à mortalidade.

A proposta é que, independente do preenchimento atual do prontuário, mas também visando melhorar esse aspecto, que esses dados estabelecidos coloquem nas mãos dos componentes das equipes a possibilidade de intervenção positiva a fim de modificar a previsibilidade de ocorrência de desfechos fatais, diagnosticando desde a porta de entrada essa previsibilidade.

Dessa forma, as equipes não trabalhariam apenas se forem cobradas, sendo reativas para precocemente identificar e corrigir os sinais de que se relacionem com a elevação da mortalidade, e, com isso propiciar boas estadias hospitalares – principalmente em internações eletivas clínicas ou cirúrgicas.

Com esse índice seria possível acionar de forma compulsória, com menor tempo de burocracia, serviços como a CCIH, a farmácia clínica (não só a dispensatória de medicamentos), a psicologia, a comissão de curativos, nutrição, serviços especializados como nefrologia, a assistência social, a fisioterapia de maneira compulsória baseado no indicador elevado desse paciente que seria distribuído pelos integrantes das equipes para

efetuarem monitoramento e intervenções precoces com vistas a mudar o prognóstico daquele indivíduo.

Em consequência, se pudermos categorizar através dos dados de história pré-hospitalar dos pacientes confrontando com os dados daquela instituição de evolução com o melhor cuidado em cada indivíduo internado, poderemos separar grupos que podem evoluir com menor gravidade e aqueles que têm mais chance de evoluir com complicações, em que estes pacientes poderiam ser alocados em leitos ou enfermarias específicas para receber atenção mais especializada das equipes de saúde com vistas a reduzir o número de complicações e, portanto seu grau de mortalidade. (Baseado na idéia do DRG Brasil – Grupos de Diagnósticos Relacionados. NORONHA, et al 1991; FARIA E RIBEIRO, 2017).

Considerando que o trabalho diário das equipes de saúde no âmbito hospitalar é extenuante, tendendo a amortecer o seu olhar para cada situação do cuidado dispensado ao paciente, provavelmente o melhor resultado desse tipo de abordagem seria o acompanhamento independente por pessoal de saúde da evolução dos dados da programação e, que estariam informando com regularidade para as equipes, as mudanças e propostas de ação que estão sendo avaliadas e sugeridas para implementação.

2. METODOLOGIA

Pesquisa exploratória com levantamento em fontes documentais dos prontuários do HEAPN (Hospital Estadual Adão Pereira Nunes) dos pacientes que vieram a óbito dos dados demográficos, variáveis quantitativas e qualitativas dos pacientes e das intervenções de conduta assistencial, objetivando o grupo de patologias representado pelos seguintes diagnósticos de entrada e/ou de óbito: acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, politraumatizados devido a acidentes com veículos, insuficiência cardíaca descompensada, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, doença arterial obstrutiva periférica, infecções do trato urinário, pneumonias, septicemia, choque séptico e queda da própria altura com fratura de fêmur.

Revisão bibliográfica com pesquisa nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS); MEDLINE (interface

Pubem e BVS; Cochrane Library Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline); SciELO (Scientific Electronic Library Online); além do banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Portal da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, além do Google Scholar.

Busca de trabalhos com a utilização de palavras – chaves e expressões em língua portuguesa e inglesa como administração, gestão ou gerenciamento hospitalar, núcleo de vigilância hospitalar, indicadores assistenciais hospitalares, comorbidades, pacientes cirúrgicos, pacientes clínicos, complicações clínicas ou cirúrgicas, causas e preditores de mortalidade hospitalar.

Os critérios de inclusão para definição dos artigos a serem selecionados foram: leitura dos títulos e do sumário, inclusão de artigos com referência às patologias que foram elencadas na pesquisa documental realizada nos prontuários com a exclusão de trabalhos que se repetissem em várias bases de dados ou daqueles que fossem referentes a grupos de patologia diferentes do levantamento documental. A coleta dos artigos e sua seleção foi realizada entre os meses de outubro de 2020 e fevereiro de 2021.

Correlação dos dados selecionados no levantamento dos prontuários da instituição que poderiam influenciar o curso de gravidade da internação hospitalar do indivíduo, com fontes de revisão bibliográficas acerca da utilização desses referidos dados, visando aprofundar sua utilização como indicadores de resultado inovadores no acompanhamento intra-hospitalar do paciente, transformando-os com demonstração através de estudo de casos (prontuários médicos) criando assim, tabelas e gráficos de indicadores de agravamento da evolução do paciente em sua internação hospitalar.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Indicadores de saúde e qualidade assistencial

A qualidade assistencial é uma das maiores preocupações do sistema de saúde, cuja finalidade é oferecer com eficiência e segurança uma excelente prestação de serviço para a sociedade e, dessa forma os indicadores de qualidade em saúde, surgem como a

ferramenta capaz de oferecer diagnósticos abrangentes dos serviços de saúde, cuja preocupação entre nós data dos anos 2000 em diante (COSTA et al, 2013).

Como marco histórico desse tipo de abordagem temos a matriarca da enfermagem Florence Nightingale, que implantou com êxito no Hospital Scutari, durante a guerra da Criméia em 1854, o primeiro modelo de melhoria contínua dos serviços de saúde, que resultou em expressiva redução das taxas de mortalidade de 42,7% para 2,2%, durante os seis meses seguintes (BALSANELLI; JERICÓ, 2005; NORONHA, 2001 apud FLECHA et al, 2013).

Da mesma forma, Ernest Codman foi o primeiro médico a propor a ideia de “resultado final”, em 1869. Ele sugeriu que os hospitais acompanhassem todos os pacientes tratados para verificar o sucesso de tratamento em busca da qualidade do cuidado prestado (MARQUIS E HUSTON (2005, p. 331) apud FLECHA et al, 2013).

Atualmente é um consenso que a avaliação de serviços de saúde é importante e cada vez mais está fazendo parte do cotidiano de trabalho em saúde, viabilizando a identificação de fragilidades e a observação de oportunidades de melhoria (COSTA et al, 2013; FLECHA et al, 2013; BITTAR, 2001).

A avaliação da assistência, por meio dos indicadores de qualidade, é útil para o diagnóstico: a definição de índice de conformidade, a definição de metas e o planejamento de atividades, sendo também utilizados como ferramenta para comparar melhoras evolutivas e promover modificações em várias avaliações como redução de índices de queda, infecção de trato urinário e úlcera, por exemplo. (BÁO et al, 2019).

A construção de um indicador é tarefa por demais laboriosa, já que envolve uma série de premissas a começar pela sua definição, pois um determinado dado ao mesmo tempo que pode ser considerado um indicador, também pode não passar de uma simples informação na dependência do que se está tentando observar.

Segundo Ferreira, CASSIOLATO E GONZALEZ (2009) apud UCHOA (2013, p.7)

“O indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação.

É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado” (UCHOA, 2013).

Já a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) possui uma visão mais restrita sobre indicadores:

Sua característica principal é a existência de fórmulas mais complexas para seu cálculo que preconizam, no mínimo, uma razão (conta de dividir) entre duas informações. Se não houver divisão de duas informações, então não existe indicador genuíno, apenas uma informação (ou um número “puro”) (UCHOA, 2013).

De acordo com essa definição, a FNQ também classifica os indicadores como de esforço e de resultados, a importância dessa classificação é:

Porque se um objetivo foi mensurado com indicadores de resultado e de esforço, caso os resultados pretendidos tenham sido obtidos, é possível concluir se o foram como decorrência das práticas de gestão utilizadas. Trata-se de uma forma proativa de monitorar o desempenho, pois não podem ser considerados resultados de fato aqueles que não foram alcançados como decorrência de práticas de gestão (UCHOA 2013).

Dessa forma, UCHOA (2013) ressalta que:

Um sistema de medição que possui apenas indicadores de esforço reflete falta de objetividade, maior preocupação com os meios que com os resultados. • Um sistema de medição que possui apenas indicadores de resultados reflete falta de conexão entre a estratégia, os meios e os resultados. Para deixar mais claro, a alta direção ficará apenas na torcida para que os resultados aconteçam. Assim, podemos chegar a algumas conclusões iniciais sobre como construir um sistema de medição: • um sistema de medição deve ser formado por indicadores de resultado e de esforço; • a cada indicador de resultado, devem ser escolhidos um ou mais indicadores de esforço; • a mescla de indicadores de esforço com indicadores de resultado é a chave para a estruturação de um sistema balanceado (UCHOA, 2013).

Em uma outra perspectiva observa-se que:

Na gestão pela qualidade total, indicadores também são chamados de itens de controle. Além de serem utilizados nos programas de qualidade, são importantes na condução de outros processos como os de Acreditação Hospitalar, Seis Sigma e nas Certificações pela ISO 9000. (BITTAR, 2001)

Em seu estudo, Bittar citando trabalho da Quality Review Bulletin 1989, descreve os atributos necessários para a construção de indicadores, assim relacionados:

- Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas.
- Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados.
- Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados.
- Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.
- Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.
- Baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado (BITTAR, 2001).

Em seu trabalho, o autor enfatiza que seu interesse está focado em indicadores de saúde que sirvam como “um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte” (BITTAR, 2001).

Dessa forma, Bittar explana que:

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Os de meio ambiente ou meio externo, são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde (BITTAR, 2001).

O referido autor segue elucidando que:

as informações de meio externo são as de demografia, geografia, economia, política, cultura, educação, psicossocial, tecnologia, existência ou não de outras instituições de saúde e epidemiológicas. A análise dos indicadores de saúde da comunidade deve ser associada a outras para que se possa formar um melhor juízo das condições de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas que compõem determinada comunidade ou, em outras palavras, dos fatores ou influências que formam o perfil epidemiológico dela (BITTAR, 2001).

A tabela 1 apresenta vários indicadores que podem ser gerais ou específicos em relação a uma série de variáveis, como doença, idade, sexo, entre outras.

Tabela 1 - Indicadores externos ou de meio ambiente

Indicadores de saúde da comunidade

- Taxa de incidência
- Taxa de prevalência
- Taxa de letalidade
- Taxa de mortalidade geral
- Taxa de mortalidade infantil
- Taxa de mortalidade infantil tardia
- Taxa de mortalidade neonatal precoce
- Taxa de mortalidade materna
- Taxa de natimortalidade
- Taxa de mortalidade por causa específica

Indicadores econômicos e de política

Indicadores demográficos e geográficos

Indicadores epidemiológicos

Indicadores educacionais, psicossociais, culturais

Indicadores tecnológicos

Fonte: RAS _ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001

As tabelas 2 e 3 referem-se ao meio interno (indicadores hospitalares) no qual Bittar especifica que:

é aquele caracterizado pelas estruturas de recursos, (tabela 2), distribuídos em áreas e subáreas, de infra-estrutura, ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico e terapêutica e internação clínico-cirúrgica. Estes recursos possibilitam a formação de uma série de indicadores importantes para a administração das instituições de saúde (tabela 3) (BITTAR, 2001).

Tabela 2 - Recursos componentes da estrutura

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS (PERMANENTE)	RECURSOS MATERIAIS (CONSUMO)	RECURSOS DE UTILIDADE PÚBLICA
RECURSOS FINANCEIROS	• edificações	• medicamentos	• energia
RECURSOS DE INFORMAÇÕES	• mobiliários	• médicos	1. elétrica
RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS E QUARTEIRIZADOS	• equipamentos	• enfermagem	2. solar
	• instrumentais	• limpeza	3. gás
	• utensílios	• manutenção	4. outras
	• veículos	• gases medicinais	• água
		• combustíveis	• comunicação
		• roupas	1. telefone
		• escritório	2. internet
		• informática	3. intranet
		• impressos	4. correio
		• gêneros alimentícios	

Fonte: RAS _ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001

Tabela 3 - Indicadores de estrutura

-
- Capacidade planejada (leitos e camas)
 - Capacidade operacional (leitos e camas)
 - Capacidade ociosa
 - Número de consultórios
 - Número de salas cirúrgicas
 - Consultas/consultório/dia
 - Cirurgias/sala cirúrgica/dia
 - Exames/equipamento/dia
 - Kg roupa lavada/máquina/dia
-

Fonte: RAS _ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001

Processos são as atividades de cuidados realizadas para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim, como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades fim como ambulatório / emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e internação clínico / cirúrgica para atingirem suas metas. São técnicas operacionais e os resultados obtidos podem ser expressos como os indicadores constantes da tabela 4, tendo utilização interna tanto para avaliação da qualidade resultante dos processos, como também influencia na escolha do cliente por determinado hospital ou na liberação de recursos por parte de entidades compradoras de serviços (BITTAR, 2001).

Tabela 4 - Indicadores hospitalares de qualidade

-
- Taxa bruta de infecções
 - Taxa de cesáreas
 - Taxa de cirurgias desnecessárias
 - Taxa de complicações ou intercorrências
 - Taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica, respiratória, urinária...)
 - Taxa de mortalidade geral hospitalar
 - Taxa de mortalidade institucional
 - Taxa de mortalidade materna hospitalar
 - Taxa de mortalidade operatória
 - Taxa de mortalidade pós-operatória
 - Taxa de mortalidade por anestesia
 - Taxa de mortalidade transoperatória
 - Taxa de remoção de tecidos normais
-

RAS _ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001

A utilização de indicadores é uma das premissas da forma de remuneração de procedimentos hospitalares denominada DRG (Diagnosis Related Groups ou em português Grupos de Diagnósticos Relacionados) que foi desenvolvido pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos, entre as décadas de 60 e 70, e que tem como finalidade determinar o produto hospitalar para fins de gerenciamento de custos e da qualidade assistencial-hospitalar (DRG Brasil, 2015 apud FARIA E RIBEIRO, 2017).

O DRG Brasil foi desenvolvido por uma equipe de médicos do Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde (IAG) e decorre do DRG norte-americano. Sua metodologia é feita pela união dos dados coletados na internação dos pacientes: diagnósticos (principal e secundário), comorbidades, idade e procedimentos e, que são agrupados em categorias de pacientes clínicos ou cirúrgicos em estágios semelhantes e, que portanto, vão demandar a mesma quantidade de recursos para cada tipo de tratamento hospitalar: custos de materiais, medicamentos e diárias (FARIA E RIBEIRO, 2017).

Dessa forma, ao ser internado, o paciente é cadastrado em uma das categorias de DRG Brasil de acordo com seu diagnóstico inicial. Em seguida, o hospital já possui medidas pré-estabelecidas para prosseguir com o atendimento e estimar os custos e tempo de permanência o que propicia um melhor gerenciamento dos custos, além de possibilitar uma avaliação da qualidade do serviço prestado e do desempenho da equipe multidisciplinar (DRG Brasil, 2017 apud FARIA E RIBEIRO, 2017).

O DRG é um instrumento principalmente voltado para o controle da eficiência dos serviços e pode ter impacto na qualidade, porque ao aumentar o controle sobre os processos, leva à produção de novas informações melhor categorizadas que poderão servir à criação de melhores condições, para que programas de garantia de qualidade da assistência médica sejam operados eficazmente (NORONHA et al, 1991).

Dessa maneira, essa é uma premissa que vem de encontro a nossa proposta de melhoria do cuidado intra-hospitalar do paciente, em que queremos aprofundar a discussão subjacente sobre a intervenção mais factível das equipes de saúde no tocante ao seu perfil tecnológico e de eficiência na mudança do curso de gravidade dos casos em que estão envolvidos.

3.2 Indicadores relacionados ao curso intra-hospitalar dos pacientes em quatro diagnósticos descritos na literatura

Os dados coletados nos prontuários que se correlacionam com aqueles que compõem tabelas de indicadores (ou que são utilizados nos indicadores), são os utilizados por exemplo no Índice (Escala) de Comorbidade de Charlson (ICC/ECC) Tabela 5 (CHARLSON, 1987; SOUZA, 2005).

Este método emprega 19 condições clínicas selecionadas, registradas como diagnóstico secundário – comorbidades – e para as quais são atribuídas uma pontuação representada por um peso que varia entre 1 e 6 (NEEDHAM et al., 2005, apud SOUZA, 2005) e que são combinadas com a idade do paciente que também tem um peso (Tabela 6), para gerar um escore único, que se modifica a cada 10 anos à partir dos 50 anos de idade do paciente, correspondendo a um ponto adicional no cálculo do seu risco de óbito (SOUZA, 2005).

Tabela 5 - Pesos das condições clínicas referentes a diagnóstico secundário, considerado pelo Índice de Comorbidade de Charlson

Pesos	Condições clínicas
1	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Demência Doença cerebrovascular Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Úlcera Doença crônica do fígado
2	Hemiplegia Doença renal severa ou moderada Diabetes Diabetes com complicação Tumor Leucemia Linfoma
3	Doença do fígado severa moderada
6	Tumor maligno, metástase SIDA

Fonte: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1370619147.pdf>

Tabela 6 - Ponderação em função da idade utilizada com o ICC

Idade (anos)	Pontos
0 – 49	0
50 – 59	1
60 – 69	2
70 – 79	3
80 – 89	4
90 – 99	5

Fonte: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1370619147.pdf>

Dessa forma, a carga de morbidade do paciente é levada em conta no cálculo do índice independentemente do diagnóstico principal, o que nos parece ir de encontro ao nosso levantamento.

O dado de qual comorbidade o paciente carrega é por demais importante, pois embora não tenha sido a causa primária que levou o paciente a sua internação, pode pesar de sobremaneira na piora do curso intra-hospitalar do paciente.

Souza, em seu “Estudo dos fatores preditores da mortalidade após fratura proximal de fêmur em idosos, da aplicação de diferentes índices para ajuste de risco e o uso do ICC para a AIH”, refere que:

Os fatores associados com a mortalidade após a fratura proximal de fêmur encontrados neste trabalho foram a idade, as comorbidades e o tempo de espera para a cirurgia. Na possibilidade de uso de mais comorbidades, o ICC conseguiu predizer melhor a mortalidade, do que em uma situação de simulação, em que foi utilizado apenas um diagnóstico secundário (SOUZA, 2005).

Wajner et al em seu trabalho intitulado “Causas e Preditores de Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes que Internam com ou por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário no Brasil”, conclui que:

Poucos óbitos são diretamente atribuídos à IC; Idade, alteração na função renal e níveis séricos de potássio, tempo de permanência, comorbidades e ECCharlson foram preditores independentes de morte intra-hospitalar em hospital terciário brasileiro WAJNER, A et al. 2017.

Outra interessante correlação acontece nos quadros infecciosos que são a causa primária da internação hospitalar, em que a evolução clínica nosocomial do paciente pode ser agravada por fatores anteriores a internação, como demonstrado por um estudo do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (NOVOSAD, SAPIANO, GRIGG, et al, 2016) que aproximadamente 80% dos pacientes desenvolveram infecções fora do nosocômio e, que a evolução para sepse acometeu principalmente aos indivíduos com idade igual ou acima de 65 anos, crianças com menos de 1 ano de idade e pacientes que apresentavam uma ou mais comorbidades – imunocomprometidos com doenças crônicas como diabetes – sendo que pneumonia foi a infecção mais comum que levou à sepse, embora outros sítios de infecção também sejam recorrentes, como trato urinário, pele e intestinos.

No tocante aos quadros de septicemia, existem dois escores largamente utilizados na definição e acompanhamento desses quadros e que integram os guidelines internacionais de manuseio de sepse, que são o qSOFA e o SIRS (International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Critical Care Medicine, 2017 RHODES, 2016).

Almeida (2020) evidenciou em seu estudo denominado “Aplicação do escore qSOFA em modelos preditores de mortalidade e tempo de permanência intra hospitalar em pacientes com sepse e choque séptico” que os fatores que contribuíram para a mortalidade intra-hospitalar de pacientes idosos diagnosticados na urgência, com sítios de infecção pulmonares e urinários e com uma média de 2,6 comorbidades, esteve relacionado aos valores do qSOFA, que é um índice composto de frequência respiratória (≥ 22 /min), alteração mental (GCS < 15) e pressão arterial sistólica (< 100 mgHg), bem como o tempo médio de permanência institucional desses pacientes, sendo que todos esses dados podem ser levantados nos prontuários hospitalares (ALMEIDA 2020).

Quick SOFA (qSOFA) é um escore mais simples, de beira de leito, que pode ser calculado imediatamente e serve como triagem para abordagens intensivas (volume e antibiótico). (Figura 1)

Figura 1 - Quick SOFA (qSOFA)

Critérios do <i>Qsofa</i>
Frequência respiratória $\geq 22/\text{min}$
Alteração mental (GCS < 15)
Pressão arterial sistólica ≤ 100 mm Hg

Fonte: Novas definições de sepse podem não servir para atendimento de pacientes com esta condição em países pobres - Medscape - 2 de outubro de 2017.

Em outro estudo que avaliou o desempenho do escore SIRS nos quadros de sepse WILLIAMS et al (2016), concluem que houve associação com a disfunção de órgãos e mortalidade que acontece nos quadros de septicemia.

Os critérios de SIRS incluem temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e leucograma e se propõe avaliar a resposta inflamatória como um todo do organismo. (Figura 2).

Figura 2 - Critérios de SIRS: Critérios Sepsis-2 (2012) x Critérios Sepsis-3 (2016)

Definição	Sepsis-2 (2012)	Sepsis-3 (2016)
Sepse	<p>SIRS:</p> <p>temperatura (> 38 °C ou < 36 °C); frequência cardíaca > 90 bpm; frequência respiratória > 20 OU PaCO₂ < 32 mmHg; leucócitos totais < 4000 ou > 12000, OU > 10% de bastões. + Suspeita de Infecção</p>	<p>Suspeita/Documentação de Infecção + 2 ou 3 critérios no qSOFA OU Aumento de 2 ou mais no SOFA</p>
Sepse grave	<p>PAS < 90 ou PAM < 65 Lactato > 2,0 mmol/L INR > 1,5 Bilirrubina > 2,0 mg/dL Débito Urinário < 0,5 ml/Kg/h por 2h Creatinina > 2,0 mg/dL Plaquetas < 100000 SaO₂ < 90% em AA</p>	<p>Definição ausente</p>
Choque Séptico	<p>Sepse</p> <p>+ Hipotensão refratária à reposição polêmica</p>	<p>Sepse</p> <p>+ Necessidade de vasopressores E Lactato > 2 mmol/L após reanimação volêmica adequada</p>

Fonte: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Critical Care Medicine, 2017. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002255.

As cirurgias não eletivas habitualmente cursam com elevado grau de mortalidade intra-hospitalar, sendo considerado que “cirurgias de urgência e emergência são como preditores independentes de mortalidade” (STAHLSCHMIDT et al., 2018).

Em um estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre intitulado “Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva”, demonstrou que laparotomia exploradora foi o procedimento com maior mortalidade (47,7%) e que idade, anemia, insuficiência renal aguda ou crônica agudizada, sepse e cirurgia de grande porte, foram os fatores de risco significativos para mortalidade (STAHLSCHMIDT, et al., 2018).

Na avaliação de cada paciente que deverá ser submetido a um procedimento cirúrgico, utiliza-se um conhecido escore de risco perioperatório que classifica em diferentes graus o risco pré-operatório do indivíduo segundo a repercussão sistêmica das patologias das comorbidades de que é portador denominado “Classificação do risco cirúrgico segundo a *American Society of Anesthesiology* (ASA). (Figura 3)

Figura 3 - Sistema de Classificação de Risco Cirúrgico segundo a American Society of Anesthesiologist (ASA)

ASA	Caracterização
I	Saúde normal.
II	Doença sistêmica leve. Ex.: HAS.
III	Doença sistêmica grave, não incapacitante.
IV	Doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça grave à vida.
V	Paciente moribundo, com expectativa de sobrevida mínima, independente da cirurgia.
VI	Doador de órgãos (cadáver).

Cirurgia de emergência acrescenta-se a letra “E” após cada classificação do estado físico.

Fonte: www.amrighs.org.br/revista/54-02/23-pratica_medica.pdf

Um diagnóstico recorrente nos prontuários do HEAPN é o falecimento devido a quedas da própria altura com a consequente fratura do fêmur proximal, que frequentemente leva ao óbito por pneumopatias ou TEP (Tromboembolismo pulmonar), com os pacientes ficando internado por longo período de tempo, antes de operar.

Em estudo de SOUZA (2005), já citado anteriormente, idade, comorbidades e tempo de espera para cirurgia estiveram associados ao risco de mortalidade após fratura proximal de fêmur.

Em outro trabalho conduzido por RIBEIRO (2012), o escore ASA foi preditor de aumento da mortalidade intra-hospitalar e da mortalidade em 1 ano. O tempo porta-cirurgia foi preditor apenas da mortalidade em 1 ano, com o encurtamento de 9 dias na sobrevida nesse período.

Dessa forma, o autor enfatiza:

Em nosso estudo, para cada dia de espera, a sobrevivência no primeiro ano foi encurtada em 9 dias. A tomada de medidas de saúde pública que venham a diminuir o tempo de espera para a cirurgia pode vir a apresentar um impacto positivo na diminuição dessa mortalidade (RIBEIRO, 2012).

Portanto, o tempo de demora para execução da cirurgia é crucial, pois determina também aumento da mortalidade tardia pós-procedimento, comprometendo o sucesso imediato da intervenção cirúrgica, tornando-se dessa forma um indicador de desempenho de suma importância.

Os pacientes que permanecem por longo tempo acamados e, que são idosos, de pele frágil, desnutridos, obesos, com doenças degenerativas, doença medular ou ainda de pouca mobilidade, frequentemente desenvolvem lesões por pressão (LP), cuja evolução pode comprometer o prognóstico de alta hospitalar do paciente, levando-o a possibilidade de ter que se submeter a vários procedimentos, inclusive cirúrgicos (PRADO, 2020).

As escalas de Braden e Waterlow, são ferramentas utilizadas pelas equipes de enfermagem para avaliar o risco de pacientes com diversos graus de limitação nos leitos hospitalares, de desenvolverem LP, o que permite dessa forma que sejam aplicadas medidas preventivas e, que promovam um tratamento mais eficaz (BORGHARDT et al, 2015; SOUZA E PRADO, 2016).

A escala mais utilizada entre nós é a de Braden que “ analisa seis fatores principais no paciente: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e, por último a fricção e cisalhamento. Cada uma dessas características é testada e pontuada de 1 a 4, sendo maior quanto mais positivo for o estado do paciente. A soma total de todos os fatores analisados resultará em um número entre 6 e 23 que indicará o estado da lesão e quais práticas devem se seguir a essa avaliação” (PRADO 2020). (Figura 4)

Figura 4 - Escala de Braden

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

Fonte: IESPE – Pós-graduação e extensão. 05 jan. 2020. “Disponível em”:
<<https://www.iespe.com.br/blog/escala-de-braden/>>.

Tratamento de acordo com a intensidade na escala

Veja o que deve ser feito pelo enfermeiro em cada caso de acordo com o protocolo oficial do Ministério da Saúde:

Risco baixo (15 a 18 pontos)

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

Risco moderado (13 a 14 pontos)

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

Risco alto (10 a 12 pontos)

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Risco muito alto (≤ 9 pontos)

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

Observação: vale ressaltar que a assistência ao paciente deve ser sistematizada e individualizada.

A queda de um indivíduo em ambiente hospitalar, constitui-se em um dos principais eventos adversos a serem prevenidos dentro das instituições nosocomiais.

“Estudos apontam as quedas como um evento de alta incidência no ambiente hospitalar, com percentuais que variam de 1,1% a 22%, conforme a especificidade do paciente. Este incidente está diretamente relacionado à segurança do paciente e pode aumentar os dias de internação e interferir na recuperação do indivíduo. Quedas podem ser influenciadas por múltiplos fatores e acarretar consequências ao paciente como: danos, prolongamento do período de internação e aumento dos custos assistenciais. A avaliação do paciente e a identificação das características que podem aumentar a probabilidade de quedas torna-se fundamental para o planejamento de estratégias de prevenção efetivas. Assim, utilizar-se de ferramentas específicas na identificação de

indivíduos com maior suscetibilidade de cair pode ser uma aliada na prevenção do incidente” (PASA TS et al, 2017).

A Escala de Queda de Morse (Morse Fall Scale (MFS) foi publicada em 1989 e é composta por seis critérios para avaliação por risco de quedas: histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental^{7a}. Cada um desses critérios recebe uma pontuação que varia de 0 a 30 pontos, categorizando um escore de risco baixo – 0 – 24 pontos; risco médio – 25 – 44 pontos e de risco alto – ≥ 45 pontos (Comunidade de Saúde PortalEnf, 2020). (Figura 5)

Figura 5 - Escala De Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Multas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa.

Rev Esc Enferm USP. 2013, 47(3):569-75

A Escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale – GSC) – ECG, que faz parte do indicador qSOFA, é uma classificação de gravidade do estado de coma, mas que também serve para avaliação imediata do estado de consciência do indivíduo. Ela é composta de três variáveis, que podem ser graduadas de 1 a 5, de modo que o escore 3 representa o máximo de gravidade, e escore 15 o mínimo (Site uFjF Neurologia, 2018). (Figura 6).

Figura 6 - Escala De Coma De Glasgow American College Of Surgeons Committee On Trauma. Advanced Trauma Life Suport – Atls. 10 Ed.,2018

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetro	Resposta obtida	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo sonoro	3
	Ao estímulo de pressão	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Verbaliza palavras soltas	3
	Verbaliza sons	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Flexão normal	4
Trauma leve	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
	13-15	Trauma moderado
	9-12	3-8
Reatividade pupilar		
Inexistente	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

Fonte: Site uFjf Neurologia, 2018. “Disponível em”: <
<https://www2.ufjf.br/neurologia/2018/12/11/escala-de-coma-de-glasgow-importancia-e-atualizacao-de-2018/>>. Acesso em 10 jan. 2021.

Além disso, a escala também serve como parâmetro para auxiliar na decisão da realização de procedimentos médicos determinados, como a necessidade de intubação do paciente sempre que a pontuação da ECG estiver abaixo de 9 (TEASDALE G., JENNETT B., 1974.)

Esse importante indicador tem sido atualizado ao longo do tempo, sendo anteriormente adicionado à reatividade pupilar a avaliação e recentemente na confecção da 10ª edição do ATLS (Advanced Life Trauma Support), de 2018, mudou-se a nomenclatura “ao estímulo de dor” para “ao estímulo de pressão”, devido a duas proposições: dificuldade da definição de dor e pela importância de submeter o paciente a essa sensação (Site uFjf Neurologia, 2018). (Figura 6).

Dessa forma, os indicadores utilizados nos estudos acima referidos, são importantes para avaliar a evolução intra-hospitalar dos pacientes e seus dados componentes estão todos compilados nos prontuários, porém existindo outros dados que

podem ser utilizados ao lado daqueles que já são o objeto dos indicadores acima mencionados.

Nas tabelas abaixo, descrevemos os dados coletados dos prontuários que já compõem indicadores conhecidos, além de outros que podem ser utilizados para o acompanhamento da evolução intra-hospitalar dos pacientes.

3.3 Avaliação dos dados dos pacientes presentes nos prontuários, tanto os que já integram indicadores como outros que tem esse potencial

Como já foi descrito anteriormente, vários dados constantes nos prontuários médicos já fazem parte de vários indicadores hospitalares, tendo sua relevância realçada em variados trabalhos descritos na literatura.

De acordo com o objetivo do nosso trabalho, observamos vários dados que são avaliados nos prontuários médicos os quais acreditamos ter grau de validade para integrar novos indicadores que avaliem o curso hospitalar. No tocante ao desempenho e prognóstico, os pacientes e de suas patologias, e que seu seguimento estrito, junto com os demais indicadores, permita a adoção de medidas que visem tentar mudar uma evolução indesejada como também, uma conseqüente redução da mortalidade intra-hospitalar.

Dessa forma, em primeiro lugar compilaremos os dados que já são utilizados em diversos indicadores, na Tabela Geral dos Dados e Indicadores Acompanhados nos Prontuários. (Tabela 7).

Tabela 7 - Tabela geral dos dados e indicadores acompanhados nos prontuários

Idade	ICC/Risco de sepse
HPP	ICC
Frequência cardíaca/pulsação	SIRS
Frequência respiratória	qSOFA/SIRS
Temperatura	SIRS
Pressão arterial	qSOFA
Comorbidades	ICC/ASA/Risco de sepse
Risco de quedas	MORSE

Integridade do tegumento/Escaras	BRADEN
História social	Assistência Social
História Psicológica	Psicologia
Infecção pré-hospitalar	Risco de Sepsis
Escala de Glasgow	qSOFA
Orientação/Desorientação	qSOFA
Hemograma (Leucocitose)	SIRS

Em seguida delinearíamos aqueles dados que em nossa observação podem ser incorporados em novos indicadores, na Tabela de Dados Candidatos a Indicadores Adicionais de Seguimento / Complicação, e que podem avaliar o prognóstico, o seguimento e complicação da evolução intra-hospitalar dos pacientes. (Tabela 8).

Tabela 8 - Tabela dos dados candidatos a indicadores adicionais de seguimento / complicação

DADOS	PROGNOSTICO	SEGUIMENTO	COMPLICAÇÃO
Saturação de Oxigênio/Oxigenioterapia	X	X	X
Necessidade de IOT/VM	X	X	X
Gasometria	X	X	X
Necessidade de cirurgia não-programada	X		
Insuficiência Renal	X	X	X
Tempo de cateter vesical	X	X	X
Patologias com alto índice de óbito	X		

Consideramos também que podemos atribuir um valor adicional a um conjunto de dados que estão contidos nas histórias patológica progressiva e de hospitalizações prévias,

social e psicológica dos pacientes e, que podem influenciar o período de internação hospitalar as quais devemos levar em conta.

Adicionalmente, merecem importância a influência que os acertos dos diagnósticos de entrada, a apresentação aguda ou crônica dos quadros clínicos, a incerteza do curso clínico da patologia e a possibilidade de surgimento de complicações nas primeiras 6 horas, e nas 12 horas e 24 horas seguintes, e as abordagens terapêuticas adequadas – MBE – cujas informações explicitamos na Tabela dos Dados Candidatos a indicadores de Performance em que podem determinar prognósticos de desfechos clínico – cirúrgicos mais previsíveis e passíveis de serem pré-determinados e abordados com vistas à redução de resultados desfavoráveis. (Tabela 9).

Tabela 9 - Tabela dos dados candidatos a indicadores de performance

DADOS	PROGNOSTICO	SEGUIMENTO	COMPLICAÇÃO
<u>diagnósticos de entrada</u> <u>corretos X Incorretos</u>	Agudas X Crônicas	Incerto X Definido	1ª h X 6ªh X 12ªh X 24ªh
Abordagens terapêuticas adequadas – MBE	X	X	X
História Social	X	X	X
História Psicológica	X	X	X
História patológica pregressa e de hospitalizações prévias	X	X	X

MBE – Medicina baseada em Evidência (Trombolíticos ou angioplastia nas primeiras horas do infarto agudo do miocárdio; Abordagem cirúrgica precoce de fraturas expostas em tempo adequado das fraturas fechadas; Início imediato de antibioticoterapia de largo espectro imediatamente após coleta de material para identificação de agente etiológico nas patologias infecciosas agudas, etc.)

Por fim, na Tabela de Diagnósticos e seu Acompanhamento com os Indicadores, tentamos formatar uma proposta de acompanhamento dos diversos dados relacionados aos seus indicadores mais conhecidos, baseados na literatura, na evolução de quatro

diagnósticos nosológicos que tem bastante frequência de aparecimento nas internações do HEAPN, e que poderia ser um modelo de seguimento da evolução dos pacientes acometidos com essas condições. (Tabela 10).

Tabela 10 - Diagnósticos e seu acompanhamento com os indicadores

DIAGNÓSTICO	PREDITORES DE MORTALIDADE/ ALTO RISCO	INDICADORES DE MELHOR PRÁTICA	INDICADORES DE COMPLICAÇÃO
Fratura de fêmur proximal	Idade/Sexo M/ASA/ Δ T/Cognição/ICC	Δ T curto (7/8 dias)/TP	qSOFA/ SIRS/BRADEN
Infecção nosocomial	Idade/DC/ID/SI	Controle foco infeccioso/PS precoce	qSOFA/ SIRS/BRADEN/MORSE
Insuficiência cardíaca crônica	Idade/ICC/CoMob/T P/K/DRC	Diagnóstico etiológico/Terapia adequada	qSOFA/ SIRS/BRADEN /K/DRC
Cirurgia não - eletiva	Idade/ Anemia/DRC/ Sepsis/ CoMob/Cat Cirur	Cuidados específicos para grupos de alto risco, a fim de reduzir complicações e óbitos.	qSOFA/ SIRS/BRADEN /Anemia/DRC/

DC – Doenças crônicas

ID – Imunodeprimido

TP – Tempo de permanência

DRC – Doença Renal Crônica / alteração na função renal

K – níveis séricos de potássio

CoMob – Comorbidades

Cat Cirur – Categoria de cirurgia

SI – Sítios de infecção (pulmão, trato urinário, pele e intestinos)

PS precoce – Protocolo de sepsis precoce

4. CONCLUSÃO

Em suma, tomando por base o DRG Brasil, cujo sistema incorpora dados e indicadores que também são utilizados para seguimento da evolução do paciente nessa proposta em construção, considero que seria a tradução da gestão macro em curso com o DRG em aplicação micro - à beira do leito – apropriada pelas equipes de saúde que assim podem interferir ou modificar os resultados da gestão hospitalar no tocante a melhoria do cuidado e redução da mortalidade

Pode ser criado em adição, um indicador de performance o qual identifique quais mortes poderiam ser evitáveis contribuindo para avaliação de potenciais casos de gravidade desde o início da internação.

Os dados que podem compor o indicador de avaliação da performance serão aqueles coletados na porta de entrada como: diagnósticos de entrada, considerando como patologias agudas, subagudas ou crônicas; se o diagnóstico está incerto ou definido, dentro da primeira hora, nas primeiras 6 horas ou nas primeiras 12 horas e 24 horas seguintes e, assim por diante, o que acentuaria o risco de complicação.

Outrossim, a comparação entre os diagnósticos de entrada e os de saída do paciente evidencia a resolutividade da porta de entrada, o que é um dado por demais relevante para a previsão do curso hospitalar do paciente.

Adicionalmente, as abordagens terapêuticas corretas, segundo diagnósticos corretos e de acordo com MEB seria outro critério de performance, (trombolíticos ou angioplastia nas primeiras horas do infarto agudo do miocárdio; abordagem cirúrgica precoce de fraturas expostas e, em tempo adequado das fraturas fechadas; início imediato de antibioticoterapia de largo espectro imediatamente após coleta de material para identificação de agente etiológico, nas patologias infecciosas agudas, etc.), como melhor prática para cada grupo de diagnósticos.

Outras influências a serem levadas em conta, são as avaliações proporcionadas pelas coletas das histórias patológicas pregressas / hospitalizações prévias, psicológicas e história social de cada paciente que podem ser determinantes na performance da evolução intra-hospitalar com viés gravidade.

Os indicadores de prognóstico, de seguimento / melhor prática e de gravidade / complicação juntos com os escores ICC, ASA, qSOFA, SIRS, BRADEN e MORSE, vão enfim definir a evolução final do paciente e devem ser acompanhados de maneira estrita com o fim de controlar e antecipar cenários o quanto seja possível na evolução intra-hospitalar do paciente.

Essa abordagem proposta deve dar alguns resultados entre eles, estimular prontuários melhor preenchidos pelas equipes médicas, favorecer melhores práticas de medicina baseada em evidência, em cada diagnóstico nosológico e, como efeito, melhor evolução intra-hospitalar de cada paciente.

Como consequência, o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos auxilia na definição de prioridades de gerenciamento, sugere a necessidade de criação de linhas de cuidado específicas para grupos identificados como de alto risco, a fim de reduzir complicações e óbitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. O. C. **Aplicação do escore qsofa em modelos preditores de mortalidade e tempo de permanência intra-hospitalar em pacientes com sepse e choque séptico.** 2017. 44 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Programa de Pós- graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju – SE, 2017. Disponível em: URI: <<http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/3090>> Acesso em 20 de out 2020.

Báo, A.C.P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2019;72(2):360-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479> Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0360.pdf> Acesso em 10 jan. 2021.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde.** cqh.org.br/ras-online Vol. 3, Nº 12 p. 21-28, 2001. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>> Acesso em 10 jan. 2021.

BORGHARDT, A.T. et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 1, p. 28-35, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2521>.

Costa, G. M. et al. Indicadores de qualidade como instrumento de gestão em saúde: revisão de literatura. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 2018, Nº 187, Diciembre de 2013. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd187/indicadores-de-qualidade-como-gestao-em-saude.htm>>. Acesso em 10 jan. 2021.

CHARLSON, M.E., et al. A new method of classifying prognostic co morbidity in longitudinal studies: development and validation. **J Chronic Dis**; 1987;40:373-83. PMID: **3558716** DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558716/>>. Acesso em 10 jan. 2021.

Escala de Coma de Glasgow – importância e atualização de 2018. **Site do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - UFJF Neurologia**. 11 dez. 2018. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/neurologia/2018/12/11/escala-de-coma-de-glasgow-importancia-e-atualizacao-de-2018/>>. Acesso em 10 jan. 2021.

Escala de Risco de Queda de Morse. **Comunidade de Saúde PortalEnf**. 13 junho. 2020. “Disponível em: <<https://www.portalenf.com/2016/11/escala-risco-queda-morse/>>. Acesso em 10 jan. 2021.

FARIA, L. V.; RIBEIRO, W. C. Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG): Brasil e Colômbia **Revista Debate Econômico**, v.5, n.1, janeiro-junho. 2017. Disponível em: <[596-Texto do artigo-2956-3-10-20181119 \(1\).pdf](#)>. Acesso em 10 jan. 2021.

FLECHA, D. A. et al. Indicadores de qualidade: uma revisão sistemática. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires - Año 18 - Nº 182 - Julio de 2013. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd182/indicadores-de-qualidade-uma-revisao.htm>>. Acesso em 10 jan. 2021.

NORONHA, M. F. et al . O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 198-208, June 1991. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300007&lng=en&nrm=iso> Access on 21 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000300007>.

Novas definições de sepse podem não servir para atendimento de pacientes com esta condição em para países pobres. **Notícias e Perspectivas > Medscape Notícias Médicas > XX Congresso Brasileiro de Infectologia: Infecto 2017**. 2 de outubro de 2017. Disponível em: <<https://portugues.medscape.com/verartigo/6501605>>. Acesso em 10 jan. 2021.

NOVOSAD, S. A., et al. Vital Signs: Epidemiology of Sepsis: Prevalence of Health Care Factors and Opportunities for Prevention. **Morbidity and Mortality Weekly Report Mb MMWR** 2016;65:864–869. Disponível em: <[DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6533e1](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6533e1)>. Acesso em 10 jan. 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27559759/>

PASA, T. S., et al. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**. Artigo Original 2017;25:e2862 DOI: 10.1590/1518-8345.1551.2862 www.eerp.usp.br/rlae; Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2862.pdf>. Acesso em: 10 jan, 2021.

PRADO, R. **Como é a escala de Braden e como utilizá-la no ambiente da UTI?** IESPE – Pós-graduação e extensão. 05 janeiro 2020. Disponível em: <<https://www.iespe.com.br/blog/escala-de-braden/>>. Acesso em: 10 jan, 2021.

RIBEIRO, T. A. **Mortalidade em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos acometidos por fratura do fêmur proximal**. 2012. 71 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2012. Disponível em: URI: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/5835>> Acesso em 10 jan. 2021.

RHODES, A. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. **Critical Care Medicine**, 2017. **Intensive Care Med.** 2017 Mar;43(3):304-377. doi: 10.1007/s00134-017-4683-6. Epub 2017 Jan 18. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28101605/>>. Acesso em 10 jan. 2021.

SOUZA, C. T.; PRADO, R. T. A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NA UTI PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias** Vol. 03- Nº 1/Janeiro-Junho de 2016. Disponível em: <http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170608151641.pdf> Acesso em: 10 jan. 2021

SOUZA, R. C. **Estudo dos fatores preditores da mortalidade após fratura proximal de fêmur em idosos, da aplicação de diferentes índices para ajuste de risco e o uso do ICC para a AIH.** 2005. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1370619147.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2021.

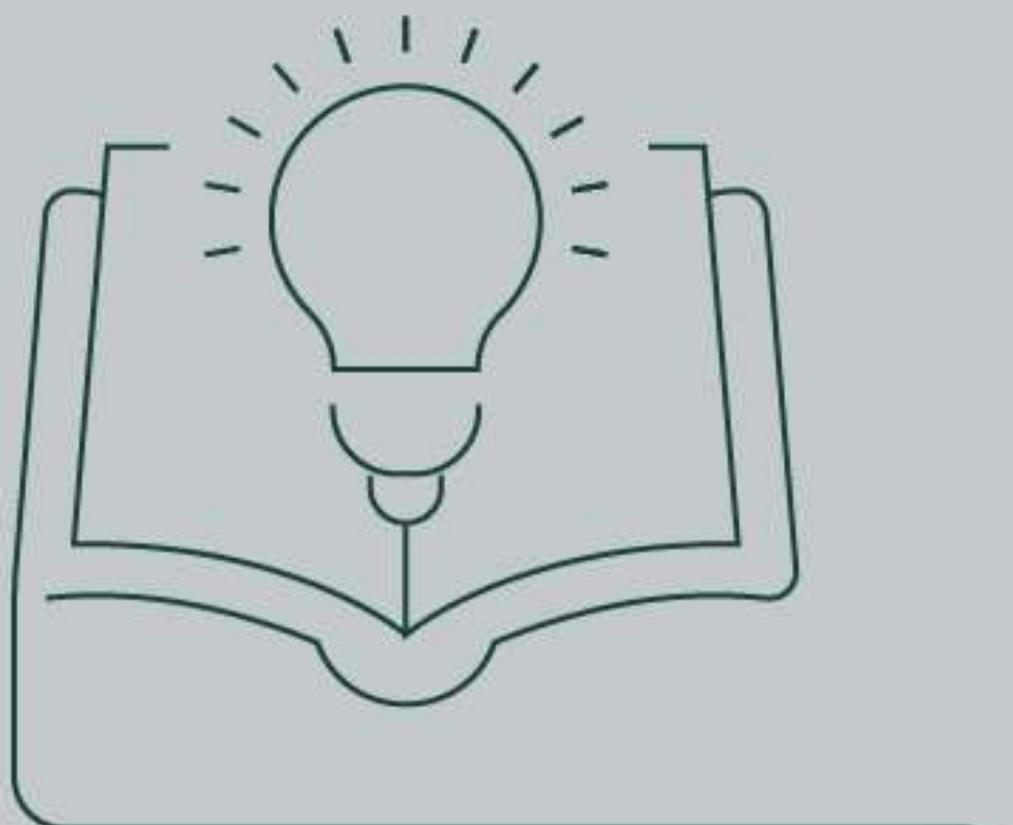
STAHLSCHMIDT, A. et al. Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas , v. 68, n. 5, p. 492-498, Outubro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942018000500492&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.04.009>.

TEASDALE G.; JENNETT B. *Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale.* **Lancet** 1974 Jul 13;2(7872):81-4. DOI: 10.1016/s0140-6736(74)91639-0. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(74\)91639-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(74)91639-0/fulltext)>. Acesso em 10 jan. 2021.

UCHOA, C. E. **Elaboração de Indicadores de Desempenho Institucional**. Apostila da ENAP Escola Nacional de Administração Pública; Brasília: ENAP/DDG, 2013. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2403/1/Elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20indicadores%20de%20desempenho_apostila%20exerc%C3%ADcios.pdf>. Acesso em 10 jan. 2021.

WAJNER, A. et al. Causas e Preditores de Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes que Internam com ou por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 4, p. 321-330, out. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-82X2017001300321&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2021. Epub 28-Set-2017. <https://doi.org/10.5935/abc.20170136>

WILLIAMS, J. M., et al 2016 SIRS, qSOFA and organ dysfunction: Insights from a prospective database of emergency department patients with infection. **Chest Journal** 2016 Fevereiro 2017 (<https://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.10.057>) Acesso em 10 jan. 2021.



artigos

**UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE O COOPERATIVISMO DE CRÉDITO
COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO E FORTALECIMENTO
ECONÔMICO E SOCIAL**

Silvana Chiaretto

Andrea Lacerda Lessa

Fernanda de Souza Lima

Jaene Messias Silva

RESUMO

O artigo apresenta de forma geral a definição do cooperativismo e faz uma breve explanação de sua origem e contexto histórico. Descreve os tipos de cooperativas existentes dando maior relevância ao cooperativismo de crédito, foco do estudo e análise deste trabalho acadêmico. Abordou-se o surgimento do cooperativismo de crédito no Brasil e no mundo, os principais sistemas cooperativos brasileiros, as diferenças entre cooperativas de crédito e bancos convencionais e os benefícios e vantagens para àqueles que se associam ou de alguma forma são impactados pela atividade dessas cooperativas.

Palavras-chave: Cooperativismo. Cooperativismo de crédito. Fortalecimento econômico e social.

ABSTRACT

The article presents in general the definition of cooperativism and makes a brief explanation of its origin and historical context. It describes the types of existing cooperatives giving greater relevance to credit cooperatives, focus of the study and analysis of this academic work. The emergence of credit cooperatives in Brazil and in the world, the main Brazilian cooperative systems, the differences between credit cooperatives and conventional banks and the benefits and advantages for those who associate or are somehow impacted by the activity of these cooperatives.

Keywords: **Cooperativism.** Credit cooperativism. Economic and social strengthening.

1. INTRODUÇÃO

O capitalismo surgiu no mundo entre a idade média e a moderna. Com o declínio do feudalismo e no desenvolvimento de novas formas de organização econômica e social as desigualdades sociais também foram proporcionalmente aumentando, embora a intenção fosse justamente diminuir essas diferenças existentes entre senhores e servos do sistema feudal e defender o direito à igualdade e à liberdade (DOBB e SWEEZY *et al.*, 1977).

Com o passar do tempo o que acabou acontecendo é que o sistema capitalista gerou muita riqueza embora de forma desigual. Trocando os nomes, mas mantendo a estrutura de donos ricos e empregados pobres. Os recursos permaneciam nas mãos de uma pequena proporção da população mundial. Sem falar que o capitalismo desenfreado devastou profundamente o meio ambiente com a exploração desregulada de matéria-prima para fomentar a produção e consumo e obter sempre maior lucro.

Com o intuito de confrontar os ideais do liberalismo e capitalismo, Freitas (2018) descreve que surgiu no século XIX um sistema político-econômico chamado socialismo. Criticava processos de subordinação que os trabalhadores viviam, com salários baixos e jornadas de trabalho muito elevadas. Criado no século XIX ganhou mais seguidores somente no século seguinte com a adesão da Rússia, a partir de 1917 sendo que depois da segunda Guerra Mundial se espalhou em parte da Europa. Outros lugares também aderiram ao socialismo, como China, Cuba, países africanos e outros do sudeste asiático. Porém, a partir de 1991 com a queda da União Soviética, o socialismo acabou perdendo força no mundo. Atualmente poucos países são socialistas.

Com o mesmo intuito de proporcionar justiça social, porém diferente de alguns ideais socialistas surgiu um terceiro movimento mundial que não intencionava lutar contra um sistema político-econômico existente. Objetivava somente melhorar a qualidade de vida e aumentar o bem-estar social de 28 nações que se uniram para dar início a um novo modelo socioeconômico que influenciaria mais de 1 bilhão de pessoas.

Esse movimento denomina-se cooperativismo segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras [OCB] (OCB, 2004).

Esse contexto situa o objeto de estudo desse trabalho. O tema proposto foi escolhido com o objetivo de elencar pontos importantes do cooperativismo, com atenção, relevância e ênfase no ramo crédito. Abordando temas, como: surgimento, princípios, diferenciações frente às outras instituições financeiras e os benefícios propiciados àqueles que utilizam esse sistema de cooperação. Estudos como este proporcionam expansão de informações relevantes a toda sociedade interessada no assunto.

O objetivo geral deste estudo é analisar as vantagens que o cooperativismo de crédito oferece àqueles que se associam, propondo o cumprimento dos seguintes objetivos específicos: (1) averiguar se as cooperativas de crédito possuem as melhores taxas do mercado, (2) verificar como as cooperativas de crédito fomentam a economia local, (3) refletir sobre o quanto a cooperativa de crédito é justa na oferta de produtos bancários e (4) analisar como as cooperativas de crédito mantêm um diferencial competitivo com atendimento e relacionamento de excelência com os cooperados.

Para tanto, o presente artigo tem como pergunta norteadora: **Como o cooperativismo de crédito impacta positivamente contribuindo para o desenvolvimento e fortalecimento econômico e social das comunidades nas quais está inserido?**

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Origem do Cooperativismo

Antes mesmo do surgimento da primeira cooperativa já existia a prática da cooperação. O ser humano é tido como um ser social e as formas de cooperação são algo muito antigo na história da humanidade. Assim, quando as pessoas se juntam, produzem muito mais do que produziriam individualmente, exemplo disso foi na Babilônia. Em tempos atrás se arrendava terra para uso de grupos de pessoas, que plantavam alimentos e os mesmos eram divididos para todos da região. Fazendo assim uma sociedade solidária, fundamentada no trabalho coletivo, onde o bem estar do indivíduo e da família se sobrepunha ao interesse econômico da produção. Mas foi em 1844, na cidade de Rochdale

Manchester, no interior da Inglaterra que foi criada a primeira cooperativa esse no modelo que conhecemos hoje.

Devido a Revolução Industrial ocorreu uma transição na Europa, onde muitas pessoas que trabalhavam artesanalmente passaram a ser substituídas por máquinas. Com essa situação os operários eram explorados e trabalhavam em condições desumanas. Assim, houve uma revolta contra tal sistema e um grupo de 28 tecelões (27 homens e uma mulher) juntou-se para formar a primeira cooperativa do mundo, uma cooperativa de consumo.

Encabeçados pelo simples objetivo de sobreviver, reuniram suas poucas economias e montaram um armazém, que veio a crescer absurdamente no curto período de um ano. O sucesso foi promovido pelos princípios de igualdade, liberdade, ética e justiça que orientaram a célula cooperativista. (OCB, 2020).

O Cooperativismo hoje é visto como um sistema fundamentado na reunião de pessoas e não no capital. Visa às necessidades do grupo e não ao lucro, busca prosperidade conjunta e não individual. Associado a valores universais, o Cooperativismo se desenvolve independentemente de território, língua, credo ou nacionalidade. É uma filosofia de vida que transforma o mundo em um lugar mais justo de se viver, assim com oportunidades e equilíbrio para todos. Unindo desenvolvimento econômico e social, sustentabilidade e produtividade (OC, 2020).

2.2 Conceito de cooperativismo

De acordo com a Lei nº 5.764/71, que define a Política Nacional do Cooperativismo e institui o sistema jurídico das sociedades cooperativas: Cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados.

Para Crúzio (2005), a cooperativa é a união de trabalhadores ou profissionais diversos, que se associam por iniciativa própria, sendo livre o acesso das pessoas, desde que os interesses de cada um em produzir, comercializar ou prestar serviços não conflitem com os objetivos gerais da cooperativa.

2.3 Princípios básicos do cooperativismo

Em 1844 foi criada a primeira Cooperativa na cidade de Rochdale-Manchester, no interior da Inglaterra, criada por um grupo de 28 trabalhadores, o objetivo principal era montar um armazém para que conseguissem comprar alimentos em grande quantidade e menor preço para se sobreviver durante uma crise. Essa foi a primeira cooperativa a aplicar alguns dos princípios do cooperativismo seguidos até os dias atuais, segundo OCB (2020).

2.3.1 Adesão voluntária e livre

As cooperativas são abertas para quem queiram participar, desde que estejam alinhadas ao objetivo econômico da sociedade e dispostas a assumir suas responsabilidades como membro. Não existindo qualquer discriminação por sexo, raça, classe, crença ou ideologia.

2.3.2 Gestão democrática

As cooperativas são organizações democráticas controladas e dirigidas por seus membros, que tem direito de participar ativamente na formulação de suas políticas e na tomada de decisões. E os representantes oficiais são eleitos por todos os membros.

2.3.3 Participação econômica dos membros

Nas cooperativas, os associados contribuem equitativamente para o capital da organização. Parte do capital total é de propriedade comum da cooperativa e os membros recebem remuneração limitada ao capital integralizado, quando existe. Os excedentes podem ser empregados nas seguintes finalidades: benefícios aos membros, apoio a outras atividades aprovadas pelos cooperados em assembleia ou para o desenvolvimento da própria cooperativa. Tudo sempre deliberado democraticamente.

2.3.4 Autonomia e independência

As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas por seus associados. Quando uma cooperativa firma contratos ou acordos com outras organizações, públicas ou privadas, deve assegurar o controle democrático pelos membros e a sua autonomia.

2.3.5 Educação, Formação e Informação

Ser cooperativista é se comprometer com o futuro dos cooperados, do movimento e das comunidades. As cooperativas promovem a educação e a formação para que seus membros e trabalhadores possam contribuir para o desenvolvimento dos negócios e, conseqüentemente, dos lugares onde estão presentes. Além disso, oferece informações para o público em geral, especialmente jovens, sobre a natureza e vantagens do cooperativismo.

2.3.6 Inter cooperação

Cooperativismo é trabalhar em conjunto. Atuando juntas as cooperativas fortalecem o movimento e ajudam mais satisfatoriamente seus cooperados. Podem se unir em âmbito local, regional, nacional ou até mesmo internacional, o objetivo é sempre o bem comum.

2.3.7 Interesse pela comunidade

O cooperativismo busca contribuir para o desenvolvimento sustentável das comunidades onde estão inseridos. As cooperativas atuam nas comunidades por meio de políticas aprovadas pelos seus membros.

O Cooperativismo é um modelo de movimento social e econômico baseado na cooperação. Fundamenta-se em valores de ajuda mútuas, com responsabilidade, democracia, igualdade, solidariedade e equidade. Um de seus objetivos é ajudar a transformar o mundo em um lugar mais justo com melhores oportunidades para todos.

Com seu jeito único de trabalhar, o cooperativismo tem uma identidade própria e está separado em três tópicos; Cooperação: o trabalho é realizado em grupo, o que mais tem valor são as pessoas. Indivíduos se cooperam entre si para constituírem um empreendimento capaz de alcançar seus objetivos.

Infere-se que, tratando-se de transformação - Ser cooperativista é querer impactar a própria realidade, a da comunidade e a do mundo. É espalhar sonhos e mostrar que é possível alcançá-los sem deixar ninguém para trás. Equilíbrio - Ser cooperativista é acreditar que é possível colocar do mesmo lado o que à primeira vista parece ser oposto: o econômico e o social, o individual e o coletivo, a produtividade e a sustentabilidade. (Grifos dos autores).

2.4 Tipos de cooperativas e suas características

Surgidas nos tempos da Revolução Industrial, as cooperativas cresceram e se multiplicaram por todo o mundo, com uma representatividade muito grande na Europa. Do campo às grandes cidades, as cooperativas atuam em diversos setores da economia gerando muitos empregos e renda conquistando cada vez mais espaço entre as grandes empresas comerciais do mercado.

Até o ano de 2019, eram 13 ramos de cooperativas existentes no Brasil com suas definições distintas e organizadas sendo: agropecuária, crédito, habitacionais, educacionais, produção, mineração, infraestrutura, saúde, trabalho, consumo, transporte e turismo e lazer. No ano de 2020, após um processo de reestruturação e uma avaliação minuciosa, de acordo com a resolução da OCB nº 56/2019 que regulamenta a classificação dos ramos do cooperativismo elas foram subdivididas agora em sete ramos.

As cooperativas se subdividem pela sua finalidade de acordo com Crúzio (2005). Em suma as atividades pertinentes das cooperativas permanecem iguais. Com essa nova

reestruturação e reorganização segue abaixo cada um dos sete segmentos do cooperativismo brasileiro.

Cooperativa Agropecuária: Voltada para as atividades agropecuárias, extrativista, agroindustrial, aquícola ou pesqueira. A cadeia produtora tem como objetivo o beneficiamento a comercialização e a obtenção de mais resultados na compra e venda de seus produtos, seus cooperados detêm o meio de produção agregando mais valor e melhorando sua concorrência no mercado.

Quanto à Cooperativa de Crédito, as Cooperativas que tem como características o fornecimento de serviços financeiros aos seus cooperados da mesma forma como das outras instituições financeiras, como cartão de crédito, financiamento, consórcio, empréstimos, plano de previdência privada entre outros. A diferença é que as cooperativas de crédito oferecem aos seus cooperados taxas, tarifas e prazos muito mais adequados à realidade financeira de seus associados. As cooperativas de crédito também são regulamentadas e fiscalizadas pelo Banco Central do Brasil.

Já na Cooperativa de Transporte as cooperativas atuam na prestação de serviços de transporte de cargas e passageiros como uma gestão específica para cada modalidade. É exigida a posse ou propriedade do veículo pelo cooperado. Esse ramo engloba parte das cooperativas do ramo Turismo e Lazer com algumas particularidades.

Na Cooperativa de Trabalho, Produção de Bens e Serviços a cooperativa é composta pelo antigo ramo trabalho, de produção, mineral, especial e parte do ramo turismo e lazer. Profissionais que prestam serviços especializados a terceiros.

Cooperativas de Saúde são criadas com finalidade de promover o cuidado com a saúde nas suas várias especialidades. O Brasil é líder do ranking de cooperativas deste setor no mundo.

E Cooperativa de Consumo possui característica se dá pela ideia de somar o poder de compra de todos os associados para redução de custos e melhorar o atendimento dos seus cooperados em comum de produtos e/ou serviços para seus cooperados. Essas cooperativas se subdividem em aberta e fechada.

Enfim, na Cooperativa de Infraestrutura, absorveu-se o antigo ramo Habitacional e são cooperativas que atuam na prestação de serviços de rede elétrica, irrigação, telefonia, saneamento básico, construção civil, infraestrutura rodoviária e ferroviária para seus cooperados.

2.5 Classificação das cooperativas

As cooperativas variam de acordo com a dimensão e os objetivos da sua organização. Abaixo temos as três formas específicas de classificação.

Cooperativas Singulares: Uma cooperativa para pessoas. Tem o objetivo de prestar serviços diretos aos associados, constituída por no mínimo de 20 pessoas físicas, é permitida a admissão de pessoas jurídicas desde que não operem no mesmo campo econômico da cooperativa (OCB, 2020).

Cooperativa Central ou Federação: Uma cooperativa para cooperativas. Tem como objetivo organizar em comum e em maior escala os serviços das filiadas, facilitando a utilização recíproca dos serviços. É constituída por, no mínimo de três cooperativas singulares. Excepcionalmente, pode admitir pessoas físicas (OCB, 2020).

Cooperativa Confederação: Uma cooperativa para federações. Assim como as cooperativas de 2º grau, tem o objetivo de organizar em comum e em maior escala os serviços das filiadas. A diferença é que as confederações são formadas por, no mínimo três cooperativas centrais ou federações de qualquer ramo (OCB, 2020).

A Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) é o órgão máximo de representação das cooperativas no país. Foi criada em 1969, durante o IV Congresso Brasileiro de Cooperativismo. Entre suas atribuições, a OCB é responsável pela promoção, fomento e defesa do sistema cooperativista, em todas as instâncias políticas e institucionais.

2.6 Origem do cooperativismo de crédito

São muitas as formas de cooperação entre os homens desde tempos remotos. O cooperativismo surgiu em 1844, na cidade inglesa de Rochdale, com a primeira

cooperativa de consumo. A primeira cooperativa de crédito surgiu três anos depois, em 1847, quando Friedrich Wilhelm Raiffeisen da Renânia, criou no povoado de Weyerbusch/Westerwald a primeira associação de apoio voltada para população rural, que mesmo ainda não sendo uma cooperativa, serviu de inspiração para a futura atividade cooperativista de Raiffeisen, que em 1864, quando fundou a primeira cooperativa com o nome de Heddesdorfer Darlehnskassenverein (Associação de Caixas de Empréstimo de Heddesdorf) segundo Pinheiros (2008).

Ainda segundo Pinheiros (2008, p 23):

As cooperativas criadas por Raiffeisen, tipicamente rurais, tinham como principais características a responsabilidade ilimitada e solidária dos associados, a singularidade de votos dos sócios, independentemente do número de quotas-parte, a área de atuação restrita, a ausência de capital social e a não-distribuição de sobras, excedentes ou dividendos.

As cooperativas de crédito urbanas foram criadas por Herman Schulze, em 1856 ele fundou a primeira Associação de Dinheiro Antecipado, que nada mais era que uma cooperativa de crédito na cidade alemã de Delitzsch. As cooperativas idealizadas por Schulze eram conhecidas como “cooperativas do tipo Schulze-Delitzsch”, que hoje na Alemanha são chamadas de bancos populares. A diferença das cooperativas do tipo Raiffeisen era basicamente por autorizarem o retorno das sobras líquidas proporcionalmente ao capital, à área de atuação não-restrita e ao fato de seus dirigentes poderem ser remunerados (PINHEIROS, 2008, p.23-24).

Pinheiros (2008) também descreve que já em 1865, inspirado nos pioneiros alemães, o italiano Luigi Luzzati organizou na cidade de Milão, uma cooperativa cuja associação não possuía exigência de vínculo, exceto algum limite geográfico (bairro, município, etc.), quotas-parte de capital de pequeno valor, concessão de crédito de menor valor sem inserção de garantia real, não remuneração dos dirigentes e responsabilidade limitada ao valor do capital subscrito. O modelo tipo Luzzati se tornou bastante popular no Brasil, nas décadas de 1940 a 1960.

Já nas Américas, o pioneiro na fundação de cooperativas de crédito foi o jornalista Alphonse Desjardins quando idealizou a constituição de uma cooperativa com algumas particularidades mesmo sendo inspirada nos modelos de Raiffeisen, Schultze e Luzzati. Ela foi criada na província canadense de Quebec, em 6 de dezembro de 1900. Esse tipo

de cooperativa é conhecido hoje no Brasil como cooperativa de crédito mútuo, “tinha como principal característica a existência de alguma espécie de vínculo entre os sócios, reunindo grupos homogêneos como os de clubes, trabalhadores de uma mesma fábrica, funcionários públicos etc.” (PINHEIROS, 2005, p. 24)

2.7 Conceito de cooperativismo de crédito

Nas cooperativas de crédito, os associados encontram os principais serviços disponíveis nos bancos, como conta corrente, aplicações financeiras, cartão de crédito, consórcio, empréstimos e financiamentos. Os associados têm direito igual de voto independentemente da sua cota de participação no capital social da cooperativa. O cooperativismo não visa lucros, os direitos e deveres de todos são iguais e a adesão é livre e voluntária.

Cooperativa de crédito segundo o BACEN (2020, s/p):

[...] uma instituição financeira formada pela associação de pessoas para prestar serviços financeiros exclusivamente aos seus associados. Os cooperados são, ao mesmo tempo, donos e usuários da cooperativa, participando de sua gestão e usufruindo de seus produtos e serviços.

Por meio da cooperativa de crédito, o cidadão tem a oportunidade de obter atendimento personalizado para suas necessidades. O resultado positivo da cooperativa é conhecido como sobra e é repartido entre os cooperados em proporção com as operações que cada associado realiza com a cooperativa. Assim, os ganhos voltam para a comunidade dos cooperados.

No entanto, assim como partilha das sobras, o cooperado está sujeito a participar do rateio de eventuais perdas, em ambos os casos na proporção dos serviços usufruídos.

As cooperativas de crédito são autorizadas, regulamentadas e supervisionadas pelo Banco Central, o que dá segurança e credibilidade ao sistema (BACEN, 2020).

2.8 Cooperativismo de crédito no Brasil

Após dois anos da criação da primeira cooperativa de crédito das Américas, em Quebec, no Canadá, foi constituída em 28 de dezembro de 1902 a primeira cooperativa de crédito brasileira, em Linha Imperial, município de Nova Petrópolis (RS), denominada “Caixa de Economia e Empréstimos Amstad”, posteriormente intitulada de Caixa Rural de Nova Petrópolis. Essa cooperativa, do tipo Raiffeisen, continua em atividade nos dias atuais, sob o nome de Cooperativa de Crédito de Livre Admissão de Associados Pioneira da Serra Gaúcha – Sicred Pioneira/RS. Entre 1902 e 1964, ainda surgiram 66 cooperativas de crédito do tipo Raiffeisen no Rio Grande do Sul (PINHEIROS, 2005).

Ao multiplicar, o número de cooperativas ao redor do país a partir dos anos 1920, as cooperativas de crédito passaram a oferecer bastante crédito, atuando entre os principais agentes de financiamento da atividade rural.

Em 1932, o Decreto do Poder Legislativo nº 22.239 de 19/12/1932 regulamentou a criação de Cooperativas Centrais e ainda criou quatro tipos de Cooperativas de Crédito Singulares:

Cooperativas de Crédito Agrícola originadas do modelo Raiffeisen, Cooperativas de Crédito Mútuo (originadas do modelo Desjardins), Cooperativas Populares de Crédito Urbano (originadas do modelo Luzzatti) e Cooperativas de Crédito Profissionais, de Classe ou de Empresas.

Entre os anos 1930 e 1950, calcula-se a criação de cerca de 1.200 cooperativas baseadas no modelo desenvolvido pelo italiano Luigi Luzzati no Brasil. Acredita-se que esse método melhor se adaptou às condições brasileiras (PINHEIROS, 2008)

A Caixa de Crédito Cooperativo (criada pelo Governo em 1943) foi transformada no Banco Nacional de Crédito Cooperativo (BNCC), pelo decreto da Lei 1.412 em 1951, objetivando promover assistência e amparo às cooperativas. O BNCC era controlado pela União.

Em 03 de agosto de 1961 foi constituída por quatro cooperativas de crédito mútuo, com sede no Rio de Janeiro, a Feleme – Federação Meridional de Cooperativas de Crédito, com o propósito de fomentar o cooperativismo de crédito mútuo no Brasil.

Em 1986 é constituída, em Vitória/ES, a primeira confederação do setor, “Confederação Brasileira das Cooperativas de Crédito – Confebrás”, sucedendo a Feleme, visando um fomento mais abrangente às cooperativas de crédito urbano.

A Resolução 3.106/03 do CMN, em 2003, passou a permitir a criação de Cooperativas de Crédito de Livre Admissão de Associação, ampliando o ambiente de mercado em potencial das cooperativas, já que até aquele momento existiam basicamente cooperativas de crédito rural e cooperativas de crédito mútuo.

Em 2012, a Resolução 4.150/12 do CMN criou a obrigatoriedade das cooperativas de crédito contribuírem para o próprio Fundo Garantidor, o FGCoop (Fundo Garantidor do Cooperativismo de Crédito), trazendo maior segurança e confiança aos associados das cooperativas (PINHEIROS, 2008).

Através dessa resolução o CMN admitiu a possibilidade dos sistemas cooperativos publicarem um Balancete Combinado, elaborado com base em informações financeiras das instituições integrantes do sistema cooperativo ao qual se refere, como se esse sistema representasse uma única entidade econômica.

2.9 Principais sistemas de crédito cooperativo do Brasil

Cooperativas de crédito são instituições financeiras que se destinam, principalmente, a prover, por meio da mutualidade, a prestação de serviços financeiros a seus associados, sendo-lhes assegurado o acesso aos instrumentos do mercado financeiro (BACEN, 2020).

As cooperativas de créditos são muitos semelhantes aos bancos convencionais, entretanto o banco é um serviço financeiro com proprietários acionistas, sócios, pessoas que se organizaram, reuniram capital para intermediar a captação de recursos de alguns investidores para emprestar para tomadores de recursos. A cooperativa funciona quase da mesma forma, porém, os donos são os próprios cooperados e defendem os próprios interesses.

As cooperativas, para obter ganhos equivalentes, organização, e outros benefícios, geralmente organizam-se na forma de sistemas cooperativos ou de cooperativas de segundo grau (centrais).

De acordo com Portal do Cooperativismo Financeiro (2020), O Brasil possui cerca de 1.100 Cooperativas de Crédito, 38 Centrais Estaduais e 4 Confederações, sendo alicerçado basicamente em 5 sistemas de crédito, sejam eles, SICOOB, SICREDI, UNICRED, CECRED, CONFESOL (representando as centrais Cresol, Ecosol e Crenhor), O Portal do Cooperativismo Financeiro (2020) ainda descreve tais sistemas da seguinte forma:

SICOOB (Sistema de Cooperativas de Crédito do Brasil): é o maior sistema financeiro cooperativo do país, composto por cooperativas financeiras, empresas de apoio, que em conjunto oferecem aos associados todos os produtos e serviços bancários, mas não é um banco.

SICREDI (Sistema de Crédito Cooperativo): é um sistema de três níveis formado por 109 cooperativas singulares filiadas, cinco centrais regionais – acionistas da Sicredi Participações S.A., uma confederação, uma fundação e um banco cooperativo e suas empresas controladas. Todas essas entidades adotam um padrão operacional único. A atuação em sistema permite ganhos de escala e aumenta o potencial das cooperativas financeiras para exercer a atividade em um mercado no qual estão presentes grandes conglomerados financeiros.

CECRED (Cooperativa Central de Crédito Urbano): é um sistema cooperativo organizado em dois níveis, formado por uma cooperativa central, a Cooperativa Central de Crédito Urbano – CECRED, com sede em Blumenau (SC) e por 13 cooperativas singulares. Possui mais de 65 anos de história, contando com mais de 546 mil cooperados.

UNICRED: criada em 1989, no rio Grande do Sul, destinada à área médica e profissionais da área da saúde, mas atuando hoje de maneira mais abrangente. O sistema conta com 35 Cooperativas, aproximadamente 240 Unidades de Negócios em 10 estados brasileiros e cerca de 185 mil cooperados, 4 Unicreds Centrais e uma Confederação Nacional, com unidades em São Paulo, Porto Alegre e Florianópolis.

CRESOL: trata-se de um movimento iniciado no fim da década de 80. A Cresol, até 2016 denominada Confesol (Confederação das Cooperativas Centrais de Crédito Rural com

Interação Solidária), representa as cooperativas vinculadas ao movimento da agricultura familiar e economia com interação solidária.

3 METODOLOGIA

A metodologia aplicada quanto aos objetivos foi a pesquisa exploratória, de acordo com Gil (1999, p.43) esse tipo proporciona maiores informações sobre o assunto que se vai investigar, facilita a delimitação do tema da pesquisa, orienta a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses por vezes levando a descobrir um novo enfoque para o assunto.

Este tipo de pesquisa familiariza o pesquisador com o tema-proposta, tornando-o mais explícito e esclarecido. Apresenta certa flexibilidade quando considera os mais diversos aspectos relativos ao fato ou assunto estudado.

Quadro 1: **Método e técnica utilizados na pesquisa**

Método de Pesquisa	Tipo de Pesquisa	Técnica de Coleta dos Dados	Técnica de Tratamento dos Dados
Levantamento Bibliográfico	Qualitativa Descritiva Exploratória	Análise bibliográfica Pesquisa Telematizada	Análise de Conteúdo

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Segundo o quadro 1 quanto ao procedimento técnico, utilizou-se a pesquisa bibliográfica baseada na leitura, análise e interpretação de livros, documentos e sites (pesquisa telematizada). Abrangendo uma leitura atenta e sistemática do conteúdo, que logo após é submetido a uma triagem, para posterior análise e fundamentação teórica ao estudo (CHIARA, KAIMEN, 2008).

4 ANÁLISE E RESULTADOS

O presente estudo buscou analisar as vantagens que o cooperativismo de crédito oferece àqueles que se associam. Para tanto, foi utilizado o método de categorização a fim de decompor cada dimensão pesquisada.

Foram duas as dimensões analisadas: (1) principais diferenças entre cooperativas de crédito e bancos e (2) vantagens de uma cooperativa de crédito.

4.1 Categoria de análise 1: principais diferenças entre cooperativas de crédito e bancos

Cooperativas de crédito e bancos fazem de forma geral a intermediação do crédito no mercado, porém com focos um tanto quanto diferentes.

A primeira diferença começa na constituição: segundo o Banco Central do Brasil, bancos são sociedades de capital formadas para transferir recursos de agentes econômicos superavitários para agentes econômicos deficitários (BACEN, 2020). Ao passo que as cooperativas, conforme artigo 4º da Lei 5.764/1971 são sociedades de pessoas, constituídas para prestar serviços aos seus associados baseados em princípios igualitários.

Segunda diferença é o usuário: os bancos tratam as pessoas que utilizam seus serviços como clientes. E as cooperativas de crédito tratam como cooperados ou associados, que são pessoas usuárias de serviços e donas da cooperativa ao mesmo tempo.

Terceira diferença esta relacionada ao poder: nos bancos, aqueles que detêm maior número de ações são os que realmente mandam. Nas cooperativas, cada associado tem direito de votar e ser votado, em igualdade de condições e conforme previsto no art. 42 da lei 5.764/71.

Quarta diferença se refere à deliberação: conforme o portal do SICOOB (2020), os clientes dos bancos não influenciam quase nada nos produtos ou na precificação. Nas cooperativas todos participam efetivamente das decisões da política operacional e votam democraticamente nas assembleias ordinárias obrigatórias, onde são deliberadas as melhores ações para o conjunto de associados.

Quinta diferença é o objetivo primário: os bancos visam o aumento expressivo dos lucros. As cooperativas celebram um contrato de sociedade onde os associados se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica de proveito comum, sem fins lucrativos, segundo a Lei 5.765/1971, art. 3º.

A sexta diferença são os preços e taxas: nos bancos quanto mais altos melhor, devido ao foco primário na lucratividade. Já as cooperativas focam em oferecer tarifas e taxas mais baixas e justas, pois em suas operações inexistente objetivo mercantil. (Art. 79, parágrafo único, da Lei nº5.764/71).

4.2 Categoria de análise 2: vantagens de uma cooperativa de crédito

As diversas diferenças que existem entre as cooperativas de crédito e os bancos determinam por consequência inúmeras vantagens e benefícios aos cooperados. A principal delas é a participação na distribuição das sobras, segundo o art. 4º, VII da Lei 5.764/71, quanto ao resultado positivo alcançado pelas cooperativas de crédito, o retorno das sobras líquidas poderá ter destinação proporcional ao valor das operações realizadas pelo associado; ou seja, quanto maior a movimentação do cooperado, maior será sua participação na divisão das sobras. Assim sendo, se torna um diferencial muito vantajoso ser associado de uma cooperativa de crédito, visto que, ao mesmo tempo em que a cooperativa se fortalece com as crescentes operações dos associados, estes são bonificados com o crescimento da cooperativa.

No caso das operações em bancos os resultados normalmente positivos somente beneficiam banqueiros e acionistas. Desta forma é verídico e fortalecido o princípio que os associados são usuários e donos ao mesmo tempo da cooperativa. (SICCOB, 2020)

A participação nas assembleias e o acesso a todas as informações fazem com que o associado e também dono tenha o direito de participar das decisões da instituição baseado no conceito de gestão democrática, descrito no Estatuto Social das cooperativas, dando acesso às informações sobre participação em assembleias, formas de opinar e votar. Os associados contam também com esclarecimentos e suporte dos conselhos de administração e/ou fiscal da sua cooperativa, garantindo transparência do negócio (OCEMG, 2020).

Mais uma vantagem competitiva das cooperativas de crédito é o Fundo Garantidor do Cooperativismo (FGCoop). Com a Resolução nº 4.150, de 30 de outubro de 2012, o Conselho Monetário Nacional (CMN) estabeleceu os requisitos e as características mínimas para a elaboração do FGCoop. Segundo BACEN (2020), os usuários dos bancos, por intermédio do Fundo Garantidor de Crédito (FGC) e os associados das cooperativas, por meio do Fundo Garantidor do Cooperativismo de Crédito (FGCoop) contam com a garantia de R\$250.000,00 por pessoa para uma mesma instituição financeira.

As cooperativas de acordo com a legislação do cooperativismo destinam anualmente parte das suas sobras líquidas a fundos sociais como o FATES (Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social), criado pela Lei nº 5.764/71, para prestação de assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa. Fundo esse constituído de no mínimo 5% das sobras líquidas apuradas no exercício. Esta prática é fundamentada nos princípios do cooperativismo como promoção da educação, formação e informação bem como contribuição para a cultura e instrução da comunidade (SICOOB, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Theodor Amstad, fundador da primeira cooperativa de crédito do Brasil, disse uma frase que compila dois dos valores centrais do cooperativismo: princípios da cooperação e da solidariedade. “Se uma grande pedra se atravessa no caminho e 20 pessoas querem passar, não o conseguirão se um por um a procuram remover individualmente. Mas, se as 20 pessoas se unem e fazem força ao mesmo tempo, sob a orientação de uma delas, conseguirão solidariamente afastar a pedra e abrir o caminho para todos (OCB 2020, s/p)

A Sicredi Pioneira, primeira cooperativa de crédito do Brasil, fundada em 1902, assim como a conhecida cooperativa dos Probos de Rochdale, tinha o objetivo de compartilhar recursos que se fossem individuais trariam pequenos resultados, porém quando somados ao esforço e cooperação de várias pessoas alcançariam grandes e melhores frutos. Theodor Amstad o fundador da primeira cooperativa brasileira foi também o responsável por instituir o cooperativismo de crédito em muitas outras cidades do país. Devida sua importância para o ramo crédito em 09 de dezembro de 2019 foi

publicada a Lei 13296/19 declarando o Padre Theodor Amstad patrono do cooperativismo de crédito brasileiro.

Dados publicados pelo Sistema OCB em 2019, indicam que no Brasil existem 6828 cooperativas, reunindo 14,6 milhões de cooperados, pessoas que se reúnem, organizadamente, para resolver problemas comuns de trabalho, renda, educação, saúde, habitação, crédito etc.

Segundo a Ocemg (2019), o Brasil possui 916 cooperativas de crédito espalhadas em todos os estados. A representatividade e o crescimento dessas cooperativas surpreendem a cada ano. O cooperativismo de crédito no Brasil responde por 4,37% das operações de crédito realizadas no âmbito da área bancária do SFN (Sistema Financeiro Nacional). Deteve até dezembro de 2019 5,33% dos depósitos na área bancária do país. Atende mais de 10,1 milhões de pessoas e 4,76% da população brasileira já é cooperada de alguma cooperativa de crédito.

O grande diferencial de uma cooperativa de crédito é realmente o cooperado ser dono do negócio e além de ter o direito de opinar e participar na gestão recebe as sobras que nos bancos convencionais é o lucro do banqueiro.

Neste ano de 2020 a título de exemplo o Sicoob Credicom distribuiu 43 milhões de reais em sobras aos seus cooperados, sendo a sobra bruta depositada de forma inédita na conta corrente e os juros na conta capital. Esse resultado cresce a cada ano e evidencia o quanto o ramo ainda tem espaço para ganhar no mercado financeiro.

Segundo Meinen, (2016, p. 71-72) “o cooperativismo de crédito seria melhor designado nos tempos modernos, como cooperativismo financeiro, em virtude de sua abrangência a todas as atividades econômicas desenvolvidas e do mercado em que se inserem as cooperativas”. Por esse motivo a evolução terminológica daria maior visibilidade à condição de instituição financeira exaltando a sua verdadeira vocação mercadológico-operacional.

As cooperativas de crédito são incessantes no propósito de disseminar no Brasil e no mundo a essência cooperativista para que os cooperados usufruam de melhores condições e oferta de produtos e serviços financeiros, a comunidade também seja alcançada por ações sociais, oportunidades de emprego, melhorias contínuas e as novas

gerações tenham acesso à informação, justiça social, melhor distribuição de renda e a valores básicos para exercerem verdadeiramente sua cidadania.

Como sugestão para pesquisa futura poderia aprofundar no estudo das cooperativas de créditos como geradoras de renda para as comunidades onde estão localizadas bem como elas podem ser a melhor opção de sistema financeiro para os próximos anos se tornando de maneira geral a primeira opção de instituição financeira de seus cooperados.

REFERÊNCIAS

COPREMON. **A importância do cooperativismo de crédito para a inclusão financeiro do povo brasileiro.** Disponível em: <<http://www.copremon.coop.br/noticia-detalle.php?id=191>>. Acesso em 11, set., 2020, às 23h30min.

CRÚZIO, Helnon de Oliveira. **Como organizar e administrar uma cooperativa: uma alternativa para o desemprego.** 4.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DOBB, M.; SWEEZY, P. *et. al.* **A transição do feudalismo para o capitalismo.** 4. ed. Rio de Janeiro, 1977.

FGC, BANCO CENTRAL DO BRASIL. **FGC – Introdução.** Disponível em: <<https://www.fgc.org.br/garantia-fgc/perguntas-e-respostas>>. Acesso em 11, set., 2020, às 23h55min.

FGC, **Fundo Garantidor do Cooperativismo (FGCoop).** Disponível em: <<https://www.fgcoop.coop.br/quem-somos>>. Acesso 12, ago, 2020>. 22h10min.

FREITAS, Eduardo de. **As Características do Socialismo.** Brasil Escola. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/geografia/socialismo-ideal-socialismo-real.htm>>. Acesso em 12, out, 2020, às 15h15min.

OCB – **ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS.** Disponível em: <<https://www.ocb.org.br/>>. Acesso em 11, set., 2020, às 23h30min.

OCEMG, Sistema. **Sistema OCEMG.** Disponível em: <<https://sistemaocemg.coop.br/>>. Acesso em 11, set., 2020, às 19h30min.

PINHEIRO, Marcos Antônio Henrique. **Cooperativas de crédito: história da evolução normativa no Brasil.** Brasília: Banco Central do Brasil, 2008. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/content/publicacoes/outras_pub_alfa/livro_cooperativas_credito.pdf>. Acesso em 18, set., 2020, às 23h30min.

PLANALTO do Governo. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm>. Acesso em 20, ago., 2020, às 23h30min.

PORTAL DO COOPERATIVISMO DE CRÉDITO. **Cooperativismo de Crédito.** Disponível em: <<https://www.cooperativismodecredito.coop.br/>>. Acesso em 10, set., 2020, às 23h30min.

PORTAL DO COOPERATIVISMO DE CRÉDITO. **Dados consolidados dos Sistemas.** <https://cooperativismodecredito.coop.br/cenario-mundial/cenario-brasileiro/dados-consolidados-dos-sistemas-cooperativos/>. Acesso em 20, out., 2020, às 22h20min.

SARTOR, Camila Rampanelli e KNUPPEL, Maria Aparecida Crissi. **AS RELAÇÕES ENTRE O ECONÔMICO E O SOCIAL NO COOPERATIVISMO: ALGUMAS REFLEXÕES** Disponível em: <<https://publicacresol.cresolinstituio.org.br/upload/pesquisa/235.pdf>>. Acesso em 27, out, 2021 às 10h50min.

SEBRAE NACIONAL. **As vantagens de se associar a uma cooperativa de crédito.** Disponível em: <<https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/transformacooperado>>. Acesso em 9, set., 2020, às 23h30min.

SICOOB. **SICOOB.** Disponível em: <<https://www.sicoob.com.br>>. Acesso em 20, set, 2020, às 21h45min.

UM ESTUDO SOBRE OS IMPACTOS DA GESTÃO DE ESTOQUES NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Silvana Chiaretto

Letícia Braga Albuquerque

Tatiana Rodrigues Carneiro

RESUMO

O estudo tem o objetivo de apresentar os conceitos bibliográficos sobre a gestão de estoques, e relatar a importância da logística e do fluxo dos processos. Repassando as informações pertinentes para a realização das atividades de maneira eficiente e consequentemente evidenciando a importância de um gestor acompanhar as demandas e decisões do estoque. Será abordado a respeito de como uma má gestão de estoques pode-se prejudicar a instituição gerando prejuízos financeiros. Atualmente muitas empresas e gestores não veem o processo do almoxarifado como um processo importante ou relevante, corroborando para futuros problemas. O propósito deste estudo é informar sobre a gestão de estoque por meio de análises ou metodologias aplicadas no controle e através de embasamentos bibliográficos para compreender que a falta de monitoramento diário do estoque está sujeito a grandes falhas/erros para a instituição

Palavras-chave: gestão de estoque, administração de materiais, custos, hospital.

ABSTRACT

The study aims to present the bibliographic concepts on inventory management and relate the importance of logistics and process flow. Passing it on as pertinent information for carrying out activities efficiently and consequently showing the importance of a manager to follow the demands and decisions of the stock. Respect for how inventory management can harm the institution generated by financial losses will be addressed. Currently many companies and managers do not see the warehouse process as an important or relevant process, corroborating for future problems. The purpose of this study is to inform about inventory management through methods of analysis or methods applied to control and through bibliographic bases to understand that the lack of daily monitoring of stock is subject to major failures/errors for an institution.

Keywords: inventory management, materials management, costs, hospital.

1. INTRODUÇÃO

A gestão de estoques voltada para as instituições hospitalares é um projeto de desenvolvimento com objetivo de agregar valores e conhecimento dos estoques nos hospitais ou na área da saúde. O desenvolvimento de logística e das análises críticas do processo de suprimentos e dispensações de materiais são extremamente úteis e importantes, visto que sem o material todo o fluxo da operação estará arriscado e defasado, acarretando em perdas.

O estoque é o local onde serão guardados de forma segura os produtos, sendo realizado o melhor fluxo para abastecimento dos materiais utilizados. Porém a gestão destes estoques vai além das compras e dispensações, sendo necessário analisar o fluxo da logística desde o início. A má gestão dos estoques pode acarretar em desvios de materiais, prejuízos financeiros, furtos, medicamentos vencidos, materiais danificados, atraso da demanda entre outros.

A gestão eficiente de materiais exige por partes dos responsáveis inúmeros e constantes esforços. A diretoria não pode escapar de estabelecer diretrizes básicas, como por exemplo, não deixar faltar qualquer item vital para a saúde do paciente, o que significa, traduzindo essa política em indicador, visar um nível de serviço de 100%, mas sem elevar os custos pelo aumento dos níveis de estoques. Outros parâmetros que a diretoria da instituição necessita definir são os estoques mínimo e máximo que se devem manter (BARBIERI e MACHLINE, 2011).

A gestão de estoques deve ser lembrada e praticada com os processos envolvidos e evidenciando os fluxos da operação com intuito de gerar satisfação para a organização e usuários. O estoque hospitalar desempenha um papel de apoio às atividades primárias e tem como principal objetivo abastecer todos os setores da instituição de saúde de forma segura e racional. Para alcançar estes ideais é necessário que as atividades sejam gerenciadas de forma eficiente e eficaz, por exemplo, o controle dos estoques, planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de materiais, para tornar o material disponível quando demandado (QH, 2020).

O estoque é considerado um dos setores responsáveis por boa parte do investimento financeiro de uma instituição e um de seus propósitos é manter tanto hospitais como qualquer outra empresa abastecida de seus bens de consumo, ou seja, fornecer de forma contínua materiais para as diversas unidades produtivas e administrativas da organização (TRABALHOS FEITOS, 2020).

Hipoteticamente pode-se pensar que a gestão de estoques nos hospitais é um desdobramento de estratégias e logísticas. Um desdobramento do estoque está atrelado com o alcance dos resultados organizacionais tais como: dispensação de produtos com qualidade e agilidade, nível de acuracidade saudável, segurança e garantia dos materiais. Contribui para fluxo dos processos nos hospitais garantia a efetividade.

Apresenta-se como justificativa deste estudo a importancia de controlar todo o fluxo adminitrastivo e operacional do estoque. A gestão dos estoques é um conjunto de atividades que visa atender as necessidade da empresa, com máximo de eficiência e ao menor custo, através do maior giro possível para o capital investido em materiais, tendo como objetivo fundamental a busca do equilíbrio entre estoques e consumos (VIANA, 2000).

Sendo assim este estudo tem como objetivo geral compreender como a gestao de estoque eficaz pode produzir resultados positivos para as instituições hospitalares. E como objetivo específico: analisar os conceitos atribuídos a estoques, o impacto da gestão de estoque para a instituição hospitalar, quais metodologias cooperam para os resultados eficazes.

Quanto à metodologia de pesquisa foi escolhido o levantamento bibliográfico, acompanhado do tipo de pesquisa descritiva, com uma abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de dados teve a análise bibliográfica e como técnica de tratamento dos dados a análise de conteúdo.

Pode-se cogitar que o controle do estoque hospitalar tem uma importância principalmente por estar alocado os materiais que serão utilizados por diversas pessoas da empresa e por possuir um grande investimento financeiro para a organização. Sendo considerável acompanhar suas atividades diárias a fim de evitar danos à atividade-fim ou apresentar resultados financeiramente negativos para a instituição.

Enfim, este artigo pretende responder ao seguinte questionamento: como a gestão de estoque eficaz pode produzir resultados positivos para as instituições hospitalares?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo do estudo é analisar e garantir a importância da gestão de estoque dentro das organizações de saúde, buscando evidenciar os resultados que o controle e monitoramento podem conceder para a empresa. Ressalta-se a importância em manter estoques para atender as necessidades sem comprometer a prestação de serviços e funcionamento da empresa.

2.1 Conceitos de gestão de estoque

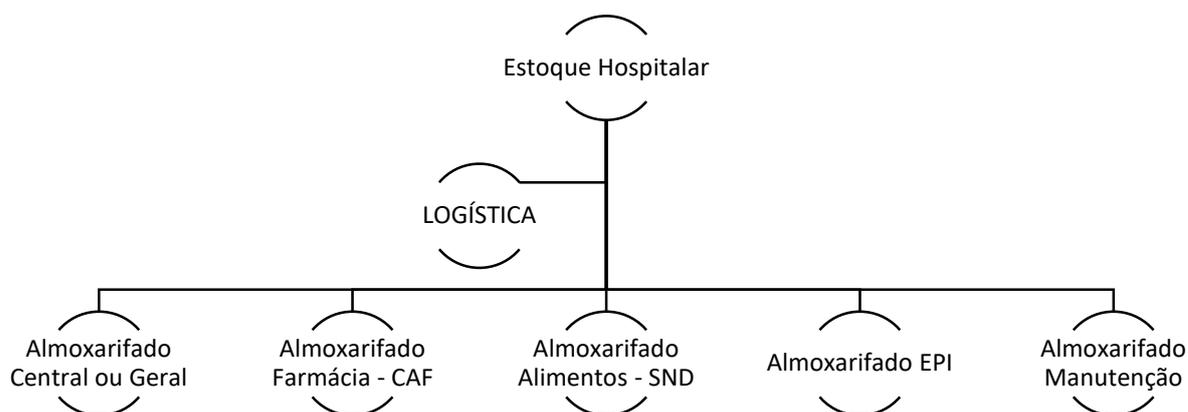
O estoque é o local disponibilizado pela empresa para alinhar a armazenagem e logística de todos os insumos consumidos dentro da organização, até o momento que o produto for retirado do local. Manter os produtos em quantidades assertivas conforme sua rotatividade para a organização é um dos critérios do estoque, ou seja, realizar a estocagem de diversos produtos necessários para atender a atividade fim da empresa, evitando a falta dos materiais.

A gestão de estoques tem por fundamento controlar e monitorar a logística das compras, guardas e dispensações dos produtos a serem entregues para o funcionamento de uma instituição hospitalar através das relações internas (colaboradores) e externas (pacientes). Ou seja, é preciso identificar quais as vias de saídas e como cada uma se dará conforme sua demanda. Ressalta-se que se trata de estoques com materiais diferentes, mas a base logística para controle e monitoramento irá manter a mesma de acordo com as especificidades de cada item.

Entende-se que existem almoxarifados segregados, ou seja, conforme a natureza de seus itens. Conforme afirmam os autores Barbieri e Machline (2011), os materiais são entendidos como qualquer coisa constituída por matéria, ou seja, qualquer coisa que possui massa (especialidades farmacêuticas, fios cirúrgicos, gêneros alimentícios, cateteres, gases medicinais, instrumentos cirúrgicos, entre outros). Os bens materiais

podem ser divididos como bens de consumo e bens patrimoniais, sendo os bens de consumo tratados integralmente pela administração de materiais e bens patrimoniais os materiais que é de propriedade e de direito da empresa. O estoque hospitalar pode ser dividido conforme demonstrado na Figura 1, a seguir.

Figura 1 – Estoques nas unidades Hospitalares



Fonte: Fluxo elaborado pelas autoras (2020).

No almoxarifado central ou geral serão armazenados todos os itens de uso comum da instituição, como por exemplo: materiais de limpeza, escritório, gráficos entre outros.

O almoxarifado farmácia – Central de Abastecimento Farmacêutico / CAF é a área destinada à estocagem e a conservação dos produtos. Nesse local se desenvolve as atividades voltadas para a logística dos medicamentos tais como o armazenamento adequado dos mesmos, respeitando-se as regras básicas de estocagem, manuseio, guarda e empilhamento máximo, com por exemplo: medicamentos e correlatos.(BRASIL, 2001).

O almoxarifado de alimentos – Serviço de Nutrição e Dietética / SND. O almoxarifado SND é o local específico para recebimento, armazenamento e distribuição de gêneros alimentícios. Exemplo: diversos alimentos (legumes, carnes, frutas etc.).

O almoxarifado de EPI (Equipamento de Proteção Individual) é o almoxarifado que cumpre o papel de disponibilizar os materiais necessárias para a segurança do colaborador, ou seja, é o dispositivo de segurança utilizado individualmente por todo colaborador para a sua proteção na realização das tarefas cotidianas. Nele ficam estocados, por exemplo, capacete, óculos, máscaras, botinas, entre outros.

O almoxarifado de manutenção, reparos e operação (MRO) tratam essencialmente da solução de compromisso entre minimizar custos e maximizar o grau dos atendimentos das necessidades de materiais, estocando, como por exemplo, diversos materiais que irão auxiliar no reparo de máquinas e a manutenção da estrutura física do hospital.

Sendo assim cada almoxarifado é responsável pela guarda, localização, segurança e preservação dos materiais de forma adequada a sua natureza, de maneira organizada e sincronizada a fim de suprir as necessidades administrativas e operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional de uma empresa.

É necessária uma atenção para o estoque das organizações visando compreender o fluxo e as especificações de cada almoxarifado, buscando identificar os possíveis gargalos durante o processo de compra, dispensação e giro de estoque.

Para os hospitais os materiais desempenham um papel essencial, de modo que a sua administração se tornou uma necessidade, independentemente do seu porte. É necessário estabelecer diretrizes e ações, tais como planejamento, controle, organização, monitoramento, treinamentos e outras relacionadas com o fluxo de materiais e informações das atividades executadas diariamente nos almoxarifados (BARBIERI e MACHLINE, 2011, s/p).

Para Dias (2014) a curva ABC é um importante instrumento para o gestor de estoques, pois irá permitir a identificação dos itens que justifique atenção e tratamento adequado quanto a sua administração, ou seja, definir e identificar a importância dos itens conforme a rotatividade do produto para a instituição. Desta forma devem-se ordenar os produtos conforme sua importância para o fluxo da operação, as classes da curva ABC podem ser definidas da seguinte maneira:

Quadro 1 – Classificação ABC sua conceituação

Classe A	Grupo mais importante; devem ter atenção por parte da administração.
Classe B	Grupo de itens em situação intermediária entre as classes A e C.
Classe C	Grupo de itens menos importantes que justificam pouca atenção por parte da adm.

Fonte: Administração de Materiais Princípios, Conceitos e Gestão (DIAS, 2014).

A curva ABC, também conhecida como diagrama de Pareto – 80/20 é uma ferramenta de qualidade utilizada com o foco a oferecer melhorias na empresa. Seu objetivo é realizar controles apurados, reduções do custo sem comprometer o nível de estoque com intuito de obter melhores resultados para a organização e, principalmente, sem comprometer com a prestação do serviço. Este método de categorização de estoques tem objetivo principalmente de determinar quais são os produtos mais importantes da instituição.

Uma outra ferramenta, a classificação XYZ tem o objetivo de classificar e avaliar a criticidade do item, ou seja, o quanto para as operações da empresa pode demandar de determinado material. Segundo Barbieri e Machline (2011) a classificação XYZ permitirá aos gestores fixar níveis de atendimento adequados aos diferentes graus de criticidade dos materiais utilizados pela organização.

Quadro 2 – Classificação XYZ sua conceituação

Classe X	Itens de baixa criticidade; Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança pessoal, ambiental e patrimonial; Grande facilidade de obtenção.
Classe Y	Itens de média criticidade; Faltas podem provocar paradas e colocar em risco; Podem ser substituídas por outros com relativa facilidade.
Classe Z	Itens de máxima criticidade; Imprescindíveis; Faltas podem provocar paradas e colocar em risco; Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

Fonte: Logística Hospitalar Teoria e Prática, Barbieri e Machline (2011)

Como se observa no Quadro 2, os autores Barbieri e Machline (2011) dão ênfase para os itens Z que não podem faltar, pois os danos que a falta destes itens podem acarretar para a atividade-fim, como contrapartida financeira um elevado custo de falta. Em um hospital não se pode colocar em risco a vida dos pacientes, a reputação do hospital e dos seus funcionários, nem mesmo gerar motivos para demandas judiciais por indenizações por causa de um produto faltante. Por exemplo, se o hospital não possui máscaras PFF2

para distribuição à assistência, os funcionários podem realizar greves ou desabafos em mídias sociais com o nome da instituição, gerando transtornos para o hospital.

2.1.1 Combinação das classificações ABC e XYZ conforme Barbieire e Machline (2011)

A classificação ABC irá basear em quantidades e irá estabelecer os parâmetros relacionados com o giro dos ativos, dos estoques, das frequências de compras anuais, entre outras. Percebe-se que o foco é a determinação da rotatividade dos produtos independente de valores ou da criticidade para a organização, é o momento que o administrador irá analisar o fluxo dos materiais durante determinado período e realizar a rastreabilidade dos produtos conforme o nível de utilização. Já na classificação XYZ os autores reforçam que é baseada na importância dos itens para execução do serviço, ou seja, para os usuários e organização, com o objetivo de estabelecer o grau de criticalidade dos materiais para a atividade-fim. Entende-se que o intuito é verificar quais são os produtos utilizados na prestação de serviço e como a falta deles podem acarretar em maiores problemas para uma instituição, como no caso da classe Z, devido à dificuldade de serem substituídos e por se tratar de itens imprescindíveis para a execução do serviço.

A gestão de estoques é importante por controlar os produtos armazenados, garantindo segurança para a empresa por disponibilizar os materiais necessários para um atendimento com qualidade, agilidade e oferecendo custo-benefício para a organização. Segundo Silva (2019) é uma das atividades mais relevantes para qualquer empresa, pois, se por um lado os estoques geram segurança operacional para as empresas em situações de variação de demanda, o que possibilita a manutenção de um nível ótimo de serviço, por outro lado, estoques excessivos podem gerar perdas em função do capital investido.

Segundo os autores Barbieri e Machline (2011) a logística de materiais é um processo cada vez mais crescente nas organizações de saúde, por ter o foco de proporcionar um atendimento de qualidade ao paciente sem a ocorrência da falta de materiais. Mas é necessário ressaltar que para um bom fluxo de estoques é necessário afastar três grandes males: a compra cara, o estoque excessivo e a falta de material no momento em que é necessário. Entende-se que dos três grandes males os dois primeiros são prejudiciais diretamente para a organização e o terceiro para o paciente.

A administração de materiais na área de saúde é mais complexa do que a de outros segmentos da economia, pois os medicamentos e materiais de enfermagem amontoam a milhares; têm exíguo prazo de validade, requer conservação à baixa temperatura; devem ser passíveis de rastreabilidade; são facilmente furtados; apresentam-se sob as formas mais diversas, desde comprimidos até injetáveis; as doses individuais devem ser diariamente prescritas, preparadas, baixadas dos estoques, ministradas ao paciente e faturadas sem omissão nem erro; e finalmente, os resíduos contaminados devem ser removidos e incinerados com extremo cuidado (BARBIEIRI e MACHLINE, 2011, s/p).

É necessário traçar uma logística das atividades de suprimentos principalmente com os fornecedores dos materiais, para ter alinhado o fluxo referente aos prazos para entregas e formas de pagamentos, buscando evitar o ponto de estoque abaixo do nível de segurança e conseqüentemente gerando dilemas para a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. É primordial realizar o planejamento das necessidades dos materiais utilizados nas instituições hospitalares e no atendimento ao paciente. Dar atenção ao momento de quando se devem repor os estoques e alinhar aos prazos, é reforçado sobre a integração desde a previsão de vendas, passando pelo planejamento de programa-mestre de produção, até a produção e a entrega do produto final (DIAS, 2014).

É fundamental no processo de gestão de estoque alinhar e verificar o giro de estoque da instituição, conforme Dias (2014) explica, que é o processo de rotatividade, que vai determinar a relação existente entre o consumo anual e o estoque médio do produto. Entende-se que a rotatividade irá indicar quantas vezes girou o estoque no ano, ou seja, quanto de capital foi investido e o quanto ele girou durante determinado período, e assim realizar a análise se o investimento obteve fluxo ou se o estoque ficou no mesmo ponto.

2.2 Funções de estoque

Os estoques têm diversas funções e umas delas é manter a relação do fluxo de materiais para a instituição. Para manter a organização e controle dos estoques, devem-se descrever as principais funções conforme Dias (2014) segue abaixo: Determinar “o que” deve permanecer em estoque: número de itens; determinar “quando” se devem

reabastecer os estoques: periodicidade; determinar “quanto” de estoque será necessário para um período predeterminado: quantidade de compra; acionar o departamento de compras para executar aquisição de estoque: solicitação de compras; receber, armazenar e guardar os materiais estocados de acordo com suas especificidades; controlar os estoques em termos de quantidade e valor e manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estados dos materiais; identificar e retirar do estoque os itens obsoletos e danificados.

O controle dos estoques registra a acurácia e funcionamento das demandas, ou seja, através da gestão verificamos se os processos dos almoxarifado estão alinhados e atendendo as necessidades e especificidades da organização.

Segundo Dias (2014) existem diversos aspectos que devem ser definidos antes de montar um sistema de controle de estoques, sendo um deles os diferentes tipos de estoques existentes na empresa. Outro ponto seria a respeito do nível adequado de estoque e a relação entre o nível do estoque e o capital necessário envolvido. O autor reforça que toda gestão de estoques está pautada na previsão do consumo do material, ou seja, a previsão de consumo ou da demanda estabelece estimativas futuras dos produtos acabados comercializados e vendidos. Estima-se, portanto, quais produtos, quanto desses produtos e quando serão comprados ou utilizados novamente. As informações básicas que permitem decidir quais serão as dimensões e a distribuição no tempo da demanda dos produtos acabados podem ser classificadas em duas categorias: quantitativas e qualitativas.

Os autores Barbieri e Machline (2011) abordam sobre o momento da reposição de estoque como o conjunto articulado de informações processadas capazes de garantir o suprimento de materiais necessários ao atendimento da demanda com o mínimo custo possível para a organização. Para funcionar exige a manutenção de diversos tipos de informações, quais itens devem ser estocados, demandas previstas, verificar os prazos de entrega dos fornecedores, a classificação dos itens, buscando verificar o giro de estoque desejado, nível de serviço desejado e metas de redução dos níveis de estoque. Em outras palavras, um sistema de reposição ou revisão de estoques estabelece quando as ordens de compra ou de produção devem ser emitidas e qual deve ser a quantidade encomendada.

Quadro 3 – Sistemas de reposição de estoque: convencionais X reposição contínua

Sistema Convencional	Sistemas de reposição contínua
Pode operar de modo isolado, sem nenhuma conexão com os fornecedores. Pode trabalhar com mais de um fornecedor para um mesmo item e para qualquer quantidade de reposição.	Opera com base em articulação fina entre o comprador e um fornecedor para um conjunto mínimo de itens que permita um volume de entregas.
A seleção do fornecedor para um dado item pode ocorrer após a identificação da necessidade de repor.	A seleção do fornecedor é prévia à concepção do sistema para padronizar operações e adequar as plataformas computacionais dos agentes envolvidos.
Não depende de aspectos logísticos padronizados. O sistema não leva em conta as operações logísticas.	Exige a padronização dos aspectos logísticos, como unidades de despacho, recebimentos programados.
A previsão da demanda pode ser de curtíssimo prazo, por exemplo, previsão para o próximo mês ou os próximos três.	Exige previsão para períodos maiores, no mínimo um ano, para programar a capacidade de produção e de transporte.
Baseia-se na lógica de empurrar à produção, antecipando a demanda para obter o nível de atendimento desejado.	Baseia-se na lógica de puxar a produção, procurando sincronizar ao máximo a reposição à demanda.

Fonte: Logística Hospitalar Teoria e Prática, Barbieri e Machline (2014, s/p).

Para realizar o reabastecimento dos estoques é relevante estabelecer a seguinte classificação de materiais: materiais de demanda independente e materiais de demanda dependente, ou seja, os materiais de demanda independente são todos aqueles conforme a demanda é gerada no mercado, fora do mercado produtivo, nesta categoria entra os produtos acabados e as peças ou componentes produzidos para atender ao mercado de reposição, produzidos no próprio hospital. Já os itens de demanda dependente são as demandas geradas no próprio sistema produtivo, tais como matérias-primas, peças e componentes que integram os produtos de demanda independente de acordo com Barbieri e Machline (2011).

Entende-se que a demanda independente será relativa a atividade futura do item que pela sua impossibilidade de se calcular tem obrigatoriamente de ser prevista para que possa executar o serviço, pois não existe vínculo direto com outro item. A demanda

dependente será aquela que a partir de determinado evento deverá ser calculada para assim ser finalizada através do controle de planejamento, pois esta relacionada com a demanda de outro item.

Conforme os autores Barbieri e Machline (2011) os hospitais utilizam as demandas dependentes e as demandas independentes. No caso das demandas independentes constituem os medicamentos, suprimentos de enfermagem, itens de alimentação, materiais administrativos e as peças de reposição. Já em demandas dependentes ocorre nos casos das matérias-primas usadas para a produção ou manipulação de bens de consumo no próprio hospital. É citado o exemplo da produção de medicamentos via manipulação de insumos farmacêuticos nas dependências do hospital.

O período para reposição do estoque é o intervalo de tempo entre o início de dois processos de reposição, que pode ser efetuado por meio de compras no caso de itens de demanda independente ou da produção própria, no caso dos itens de demanda dependente. Reposição será compreendida apenas o processo de compra, pois a maioria dos itens de materiais utilizados em hospitais é de demanda independente, como mencionado anteriormente. Esse intervalo pode ser fixo ou variável, conforme o sistema de reposição adotado (BARBIEIR e MACHLINE, 2011).

O processo de abastecimento dos hospitais deve ser alinhado conforme as necessidades definidas pela organização, podendo ser solicitadas as compras mensalmente para os itens com maiores saídas, por exemplo, para sua reposição. Nesta fase deve-se ter cautela para evitar as compras de urgências, fazendo com que a atividade-fim/processos da organização esteja correndo riscos, por se tratar de uma tarefa crítica, pois é o processo que dependerá de terceiros. O setor de compras possui prazo para emissão da ordem de compra e fornecedores possuem prazo para entrega do produto.

Uma gestão eficiente dos recursos de materiais pode dar uma contribuição importante para melhorar os serviços hospitalares, na medida em que reduz os custos desses recursos ao mesmo tempo que promove uma melhoria dos serviços prestados, ou seja, atender os clientes com qualidade e menor custo envolvido com os materiais (BARBIERI e MACHLINE, 2011, s/p).

O reabastecimento dos estoques principalmente nos hospitais é necessário atenção e provisionamento correto dos materiais porque se trata de diversos materiais diferentes e com criticidades divergentes sendo necessário que os estoques desempenhem papel estratégico por obter um papel importante para o hospital de abastecimento de diversos setores.

Quadro 4– Componente do prazo de espera

Início	Fase I Interna	Fase II Interna	Fase III Interna	Fase IV Interna
Identificação da necessidade de reposição	Solicitação de compras; autorizações; solicitações de cotações; análises das propostas; negociação; emissão da ordem de compra; transmissão de pedido.	Análise do pedido; autorização de crédito; elaboração dos documentos; preparação do pedido no depósito; escala de transporte; definição de rotas; expedição.	Transporte até o local de entrega.	Recebimento; conferência; contabilização da entrada de estoque; guarda dos materiais; preparação para entrega aos solicitantes;

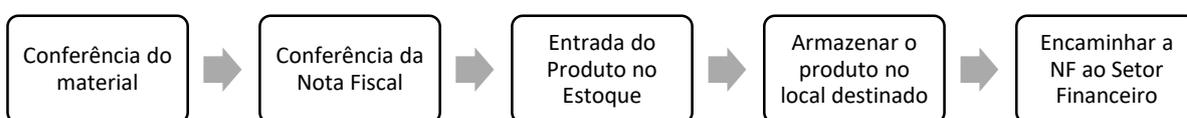
Fonte: Logística Hospitalar Teoria e Prática, Barbieri e Machline (2011, s/p).

Conforme o Quadro 4, o processo é delimitado por fases e cálculos importantes. Assim que identificado a necessidade de reposição do estoque é necessário encaminhar a solicitação de compras ao setor correspondente pela demanda para dar começo as análises e buscas de fornecedores que ofereçam qualidade e custo-benefício do material solicitado. É importante ressaltar que a última fase, a do recebimento, é necessária realizar a conferência do produto (BARBIERI e MACHLINE, 2011).

O processo de reposição do estoque é essencial para o funcionamento da organização de saúde. Infelizmente o problema por falta de remédios e outros materiais em hospitais não é raro, da mesma forma que existem casos de desperdícios por excesso de materiais estocados. Percebemos a importância da gestão de estoques seja feita de forma imparcial e criteriosa, levando-se em conta duas medidas: o dimensionamento e

controle dos estoques. O dimensionamento dos estoques irá tratar as questões da quantidade de materiais que devem ser mantidas e a maneira que deve ser feita, levando em conta os custos envolvidos e a previsão do consumo para reposição dos insumos, para evitar a falta destes itens. O controle dos estoques será relacionado a todas as decisões de pontos de estoques, monitoramento dos produtos, desvios e qualquer processo que possa vir a colocar a organização em risco (ENANPAD; 2020).

Figura 2 – Fluxo do Recebimento de Materiais



Fonte: Fluxo elaborado pelas autoras (2020).

Segue detalhado como deve ser executado as principais fases no recebimento de materiais após a solicitação de compras: conforme a solicitação de compra (emitida pelo almoxarifado) mais a ordem de compras (setor de compras) – o pedido entregue pelo fornecedor deve estar acordo com a solicitação; verificar se não possui materiais danificados, vencidos ou que apresente qualquer não conformidade; verificar as informações da nota fiscal (natureza da operação, datas, dados da entidade solicitante e do fornecedor, entre outras informações pertinentes); verificar se a quantidade dos materiais prescrita em nota fiscal está conforme a quantidade física; após verificação dos produtos e da nota fiscal, o setor responsável deverá realizar a entrada dos produtos no sistema e transferir ao setor de origem dos materiais; realizar confirmação da transferência dos produtos, realizar *checklist* da nota fiscal, do material e fornecedor no sistema de qualificação de fornecedores; realizar a guarda dos produtos conforme o mapa do estoque da organização; encaminhar nota fiscal ao setor financeiro, datado e assinado para realizar o pagamento do produto.

É importante ter atenção no momento do recebimento dos materiais, pois pode haver divergências entre materiais e nota fiscal, e se trata de uma atividade que necessita de gerenciamento dos riscos para evitar prejuízos ou atrasos na prestação de demandas para a instituição.

Segundo Dias (2014) o sistema MRP (*Material Requirement Planning* - Planejamento e Controle de Materiais), originalmente conhecido através de Joseph Orlick, lida especialmente com o suprimento de peças e componentes cujas demandas dependem de determinado produto final. É um sistema que estabelece uma série de procedimentos e regras de decisão, com o objetivo de atender todas as necessidades de produção em uma sequência de tempo logicamente determinada para cada item componente do produto final. Este sistema é capaz de planejar as necessidades de materiais a cada alteração na programação de produção, registros de inventários ou composição de produtos, ou seja, irá definir as quantidades necessárias e o tempo exato para a utilização dos materiais na fabricação dos produtos finais. Segue os principais objetivos do sistema MRP conforme o autor: garantir a disponibilidade de materiais, componentes e produtos para atendimento ao planejamento da produção e às entregas dos clientes; manter os inventários no nível mais baixo possível; planejar atividade de manufatura, de suprimento e de programação de entregas.

Os auxílios dos diversos sistemas e metodologias de estoques disponíveis no mercado irão auxiliar no processo de reposição de estoque de forma eficiente com o objetivo de manter o fluxo das atividades sem transtornos e/ou prejuízo para a organização.

2.3 A importância do controle e monitoramento

Segundo o autor Dias (2014), para efetuar um correto controle de estoques, é necessário preencher diversos requisitos, que serão variados em função do tipo de organização e primordialmente do tipo de linha de produção estocado. Porém o autor ressalva para as dez características básicas que se adaptam em qualquer condição, são elas: coordenação adequada e apropriada de todos os setores envolvidos na compra, recebimento, teste, aprovação, estocagem e pagamento a fornecedores; centralização das compras em um setor de compras sob a direção e responsabilidade de um especialista, com

rotinas de procedimentos bem claras e definidas; utilização de cotações a fornecedores de maneira que possibilite a maior redução de preços possível na aquisição de suprimentos; criação de um sistema interno de conferência, de forma que todas as operações envolvidas na compra e consumo de materiais sejam verificadas e aprovadas por pessoas autorizadas e de nível adequado; estocagem de todos os materiais em locais previamente designados, e sujeitos a supervisão direta; estabelecer um sistema de inventário rotativo, que possibilite a qualquer momento a determinação do valor de cada item e o total dos materiais em estoque; determinação de limites (mínimos e máximos) para cada item do estoque; elaboração de um sistema de controle de estoque, de maneira que os fornecimentos se realizem sob-requisição dos setores, conforme as quantidades pedidas e no tempo devido; desenvolvimento de um sistema de controle que demonstre o custo de materiais em cada estágio, desde o almoxarifado de matéria-prima até o almoxarifado de produtos acabados; emissão regular de relatório de materiais comprados, entregues, saldos, itens obsoletos, devoluções a fornecedores e registro de toda e qualquer informação que se faça necessária para uma correta avaliação do desempenho.

Para manter um controle de estoque eficiente é necessário um trabalho conjunto e buscar aprimorar a administração das atividades no dia-a-dia, a fim de evitar prejuízos para a organização. É importante ter o monitoramento das atividades através de indicadores que mostram o giro de estoque, a acurácia do estoque, apontamento mensal do desvio, para assim analisar o andamento das atividades do setor e em casos de resultados negativos realizar auditoria e rastreabilidade dos processo para identificar a causa raiz das falhas. Alinhar as demandas com um sistema de informação adequado para a instituição, e realizar o acompanhamento e monitoramento das atividades operacionais aplicando treinamentos para repassar as atividades e consequentemente deixar explícito de forma clara e transparente para a equipe como se trata de atividades críticas e quais os possíveis riscos a instituição está sujeita a correr por falhas internas.

Um rigoroso controle de estoque é fundamental para o sucesso das empresas, pois a falta de atenção e monitoramento a esta área acarretará em grandes prejuízos financeiros para a organização. O acompanhamento das atividades executadas no estoque é um dos pilares que irá sustentar os resultados positivos garantindo a eficiência institucional e reduzir os custos e perdas. Uma das ideias é monitorar os produtos armazenados de acordo com sua especificidade (validade, temperatura, etc.) para garantir que as demandas serão atendidas e não haverá excessos ou prejuízos no estoque (CONTA AZUL, 2020).

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada é baseada em pesquisas através de levantamentos bibliográficos, de natureza qualitativa descritiva sobre a gestão de estoques nas unidades hospitalares. A coleta de dados é realizada por análises documentais, referências de livros e artigos. Objetivo de informar como se dá o funcionamento do setor, identificando os conceitos e fundamentos básicos para melhores resultados.

Este artigo foi realizado através das bibliografias de livros e informações complementares do Google Acadêmico. Objetivo de traçar as ideias principais de controle de estoques, e entender o porquê deste processo ser tão importante para as organizações e qual o retorno que ele enquanto intermediador de setores pode repassar à atividade-fim.

A gestão de estoques pode influenciar nos resultados de receitas e despesas de uma instituição hospitalar, apesar de falar a respeito de um setor que não gera lucro para a instituição. Os estoques em unidades hospitalares possuem um giro alto, devido à periodicidade de cirurgias, do pronto atendimento, das alas de enfermaria e ao fluxo administrativo. Sendo assim por possuir um giro alto, as compras são realizadas de forma frequente para abastecer este fluxo sendo necessário acompanhamento das atividades dos estoques a fim de evitar a falta de alimentos ou medicamentos para os pacientes, falta de EPIs para os funcionários, falta de materiais administrativos entre outros.

Quadro 5 – Métodos e técnicas utilizadas na pesquisa

Método	Tipo de Pesquisa	Técnica de Coleta de Dados	Técnica de Tratamento dos Dados
Levantamento Bibliográfico	Qualitativa Descritiva	Análises Bibliográficas	Análise de Conteúdo

Fonte: Fluxo elaborado pelas autoras (2020).

Os processos do estoque são importantes para evitar prejuízos e perdas de materiais, por validade ou através de desvios e/ou furtos. É necessário controlar e monitorar as atividades executadas para alinhar o custo da operação, com intuito de manter a relação custo x benefício saudável e sem oferecer riscos à qualidade do serviço.

4. ANÁLISE E RESULTADOS

Percebe-se que a deficiência no controle de estoques irá ter diversos impactos para a organização. Segundo Dias (2014), o estoque é fundamental para o processo de produção e/ou vendas da empresa opere com um número mínimo de preocupações e desníveis, sendo assim, o setor de controle de estoques devem ser acompanhados, controlados e monitorados pelo seu nível de estoque e o investimento financeiro envolvido.

4.1. Categoria de análise 1: principais características do estoque

Segundo Dias (2014), é necessário estabelecer os parâmetros de medição que sejam suficientes para uma visão global, com uma análise dos principais elementos significativos de medição. É importante considerar alguns índices significativos para o comportamento do setor de estoques. Entretanto, só terão valor se forem analisados em conjunto para identificar quais poderão ter possíveis distorções: custo total do estoque (investimento em reais); rotatividade do estoque; custo do estoque de segurança; materiais sem giro e obsoletos; custos dos estoques de reposição; previsão de consumo (relação entre consumo e produção); número de horas paradas da produção por falta de material; relação de itens críticos.

Para os hospitais, os estoques desempenham um papel fundamental, pois viabilizam a prestação de serviços aos pacientes e principalmente para a assistência. A administração dos materiais tem por objetivo assegurar que todos os materiais estejam disponíveis no momento e no local adequado. Um mau planejamento realizado e a ausência de pessoas capacitadas para desempenhar a função de gestão de estoque em um hospital, principalmente de grandes portes, podem transformar o estoque em um lugar com capital estocado elevado e com diversos materiais sem utilidade. O modelo de gestão de estoque é uma ferramenta que auxilia na tomada de decisão para a gestão do controle dos estoques dos materiais armazenados, uma vez que define as quantidades dos itens a serem estocados e entre diversas outras atividades essenciais para o funcionamento eficaz (GMH, 2018).

No setor almoxarifado são alocados diversos suprimentos necessários para o funcionamento do hospital, dentre eles: materiais de uso geral, produtos de limpeza, peças de reposição, material de escritório, materiais gráficos, uniformes, produtos químicos, equipamento de proteção individual, entre outros.

Desta forma Babieri e Machline (2014) reforçam que se deve satisfazer aos seguintes requisitos: isolamento para que nenhuma pessoa estranha tenha acesso ao setor; rigorosa disciplina de entrada de pessoas estranhas ao serviço, as quais só terão acesso se acompanhadas de funcionários do almoxarifado; horários de atendimento preestabelecidos a fim de forçar os usuários a planejar suas requisições para serem atendidas nesse horário, exceto para emergências justificadas; sistema de atendimento noturno para emergências para funcionários devidamente autorizados; atendimento sempre mediante requisições escritas ou encaminhadas através do sistema e assinadas pelo responsável pela solicitação, e realizar a entrega do produto no ato; mapeamento do estoque – numeração das prateleiras e células para permitir localização rápida, mediante consulta à planta de almoxarifado; agrupamento dos itens por natureza, com os itens de maior movimentação em locais de mais fácil acesso.

É compreendida a importância do estoque através das inúmeras atividades executadas e principalmente através do grande capital estocado dentro da organização. Sendo assim deve-se acompanhar a realização das contagens físicas dos estoques, com o objetivo de verificar se as quantidades existentes no ponto de estoque (relatório contábil) correspondem aos saldos físicos (DIAS, 2014). Este processo de verificação da quantidade física versus a quantidade sistêmica é essencial para verificar se o colaborador alinhar a distribuição dos materiais de forma correta (receber a solicitação sistêmica ou manual, realizar a entrega do produto e dar a baixa do produto conforme a quantidade atendida).

4.3 Categoria de análise 2: impacto da gestão de estoque para a organização

A falta de Gestão no estoque hospitalar irá acarretar em perdas por validade, furtos/roubos, dispensação de produtos sem requisições, entradas de notas fiscais divergentes, materiais obsoletos, armazenagem incorreta, baixas incorretas dos produtos no sistema, dentre várias outras falhas que irão acarretar em desvios, gerando prejuízo

financeiro e a qualidade do serviço ou produto poderá ser afetada. É necessário compreender que os estoques hospitalares não estão armazenando somente material, mas sim capital monetário que muitas vezes é empregado em grande quantidade. Assim, cada produto dispensando ou dada a sua entrada incorreta acarreta em prejuízos, colocando a instituição em risco perante aos processos.

De acordo com Ronei Marques, presidente da *startup* mineira Gestão Click, “o controle de estoque ainda não é uma preocupação para muitas empresas, o que é um erro, já que a falta de organização e eficiência pode gerar prejuízos importantes para o negócio.” (EXAME,2018). Sendo assim, entende-se que o descontrole e a falta de organização dentro do estoque podem ser uma das principais causas para a perda de prestações de serviços, afinal, é nos almoxarifados que estão alocados os materiais utilizados por toda a organização hospitalar – área administrativa e operacional – e a falta destes materiais podem ocasionar problemas para os pacientes, para processos internos, relações com os *stakeholders* (principalmente quando se trata de estoques consignados), dentre outros.

4.4 Categoria de análise 3: resultados eficientes para a gestão de estoque

Ao realizar os acompanhamentos, controles e monitoramentos de forma lógica e estratégica o nível de prejuízos e desvios será inferior. Para alcançar este nível na empresa é necessário, principalmente, acompanhamento das rotinas executadas diariamente e auditorias dos processos dos estoques.

Segundo os autores Barbieri e Machline (2011) os inventários são uma das ferramentas de controle de estoques nos quais serão feitos uma contagem física dos estoques, ou seja, tem por objetivo identificar se as quantidades existentes nos pontos de estocagem correspondem aos saldos existentes dos relatórios contábeis. Este tipo de inventário é denominado como inventário geral e deve ser realizado com data marcada com antecedência, pois, nesse período a área de armazenagem a ser inventariada interrompe as rotinas das áreas de armazenagem, ficando o almoxarifado fechado para balanço e contagem com as portas fechadas. Porém, os autores ressaltam que somente esta prática não é o suficiente para efeito de uma gestão eficaz de materiais. Relatam que para identificar os motivos que geraram as discrepâncias entre os saldos contábeis e os

saldos físicos pode ser uma tarefa difícil, pois no período anual ocorrem infinitas de atividades.

4.5 Categoria de análise 4: metodologias que cooperam para os resultados eficazes

O melhor processo a ser seguido é realizar as contagens dos materiais frequentemente, usando metodologias tecnológicas que facilita a contagem sem perder de vista o objetivo da acurácia dos estoques. Dá-se o nome de inventário rotativo a um tipo de contagem contínua, na qual os itens são contados com uma frequência planejada de acordo com determinado critério. Irá consistir, por exemplo, em cada mês escolher itens aleatórios para realizar a análise (BARBIERI e MACHLINE, 2011).

Entende-se a complexidade em alcançar o gerenciamento eficiente dos processos nos estoques, mas não é impossível, porém, requer acompanhamento dos processos diariamente. Todas as discrepâncias confirmadas devem ser objetos de investigação por parte do responsável pelo local de estocagem e repassados para a diretoria do hospital para analisar a fundo a causa dos desvios (BARBIERI e MACHLINE, 2011). Sendo assim, o controle e monitoramento contínuo dos processos nos estoques, conseqüentemente obterá resultados saudáveis, evitando transtornos, prejuízos e problemas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo pode-se considerar que é necessário ter atenção enquanto gestor para os processos efetuados dentro dos estoques, por se tratar de um setor de destaque para a instituição sendo necessário obter controle, monitoramento e estratégias eficientes para atender à todas as necessidades do hospital.

Através das análises dos indicadores, acurácia, inventários, treinamentos, acompanhamento do fluxo das entradas e saídas, gerenciamento dos riscos é possível manter resultados saudáveis para o estoque e organização por ser uma das principais pontas do processo. É importante salientar que a gestão de estoques eficiente é possível de controlar os desvios que está passível a acontecer dentro dos estoques como supracitados ao longo do estudo.

Uma das ferramentas essenciais para o controle deste processo é o investimento em auditorias internas e externas, gerando conseqüentemente relatórios com as observações e não conformidades apresentadas nos estoques, que devem ser monitoradas através dos sistemas de gestão da qualidade, indicadores, treinamentos e plano de ação de ações corretivas. Através destas evidências e rastreabilidades de processos irá auxiliar no momento de realizar as ações de correção e reparo com o objetivo de buscar melhores resultados.

O estoque hospitalar além de fornecer diversos materiais em segmentos diferentes e com suas especificidades para os funcionários e pacientes, ele provém de provisionamento, estratégia e logística embasada em cálculos, controles e monitoramentos com o objetivo de obter os produtos com qualidade, garantia e principalmente com menor nível de desvio possível.

Ao realizar o estudo percebe-se que é de importância ter atenção aos processos efetuados dentro dos estoques, caso ao contrário ficará evidente o prejuízo e/ou perdas que a instituição está ocorrendo. Além das diversas metodologias disponíveis para o controle percebe-se a importância de ter uma equipe engajada e confiável nos processos, a base para que estes processos sejam efetuados com sucesso será o Gestor e a sua metodologia de trabalho.

Como sugestão para estudos futuros, pode-se pensar no desenvolvimento de uma pesquisa prática com o objetivo de verificar quais os dificultadores que o gestor de estoque pode enfrentar em relação ao engajamento e a pró-atividade da equipe.

REFERÊNCIAS

BARBIERI e MACHLINE, José Carlos Barbieri e Claude Machline. **Logística hospitalar** – Teoria e Prática. São Paulo. Editora Saraiva 2011.

CONTA AZUL. **Guia do controle de estoque para as empresas** – Disponível em <blog.contaazul.com/como-fazer-gestao-de-estoque>. Acesso em: 21 de abril de 2020.

QH. **Gestão de Materiais Hospitalares**: uma proposta de melhoria de processos aplicada em hospital universitário - Disponível em: cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/83/120>. Acesso em: 12 de março de 2020.

DIAS, Marco Aurélio P. Dias. **Administração de Materiais** – Princípios, Conceitos e Gestão. São Paulo. Editora Atlas, 2014.

EXAME, Revista. **Problemas na gestão de estoque** – Disponível em exame.abril.com.br>. Acesso em: 09 de março de 2020.

SILVA, Bráulio Wilker Silva. **Gestão de Estoques** – Planejamento, Execução e Controle. Editora BWS Consultoria, 2013.

TRABALHOS FEITOS. **Equipamentos de segurança individual para almoxarifado** – Disponível em <https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Equipamentos-De-Seguran%C3%A7a-Individual-Para-Almoxarifado/62923243.html>>. Acesso em: 21 de abril de 2020

**A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DE UMA NARRATIVA
COOPERATIVISTA NA COMUNICAÇÃO INTERNA DA ORGANIZAÇÃO E
SEU PAPEL TRANSFORMADOR**

Silvana Chiaretto

Tatiana Rodrigues Carneiro

RESUMO

O processo de comunicação na pós-modernidade, a partir do avanço tecnológico e digital, tem se reconfigurado e tornado um ativo estratégico na gestão organizacional. As mudanças dos paradigmas gerenciais têm acarretado a demanda por profissionais com valores pessoais integrados com a organização como um todo. A metodologia utilizada para esta pesquisa, foi uma abordagem qualitativa descritiva, utilizando-se como base a pesquisa bibliográfica, com referências a artigos e sites especializados que tratam do tema comunicação. Considera-se que a comunicação interna nas cooperativas possui um papel de colaborar e estimular a participação dos cooperados, com transparência, gestão democrática e educação cooperativista, sempre primando pela melhora da imagem e do relacionamento com a sociedade.

Palavras-chave: Cooperativismo. Organização. Comunicação. Comunicação Interna.

ABSTRACT

The communication process in post-modernity, from technological and digital advancement, has been reconfigured and has become a strategic asset in organizational management. Changes in management paradigms have led to the demand for professionals with personal values integrated with the organization as a whole. The methodology used for this research, was a qualitative descriptive approach, using bibliographic research as a base, with references to articles and specialized sites that deal with the theme of communication. It is considered that internal communication in cooperatives has a role of collaborating and encouraging the participation of cooperative members, with transparency, democratic management and cooperative education, always striving to improve the image and relationship with society.

Keywords: Cooperativism. Organization. Communication. Internal Communication.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Ribeiro e Oliveira (2017), os avanços tecnológicos e digitais na pós-modernidade têm reconfigurado o processo de comunicação na vida das pessoas, bem como na vida das organizações. Um cenário de franco desenvolvimento científico e tecnológico tem tornado a comunicação um ativo fundamental na gestão de negócios, adquirindo um status de relevante valor estratégico nas organizações nas palavras de Tibúrcio & Santana (2014).

Segundo Tibúrcio e Santana (2014), o novo cenário de trabalho nas organizações produziu uma mudança de paradigmas gerenciais, acarretando a inserção de profissionais que apresentem valores pessoais em íntima relação aos valores da organização e integrados com o todo, visando conquistar o objetivo da organização em um panorama de significativa competitividade entre as empresas. Assim, a comunicação tem se tornado uma ferramenta primordial nas organizações visando o comprometimento de todos com os resultados.

De acordo com Chiavenato (2002), é necessária a participação de todos os colaboradores de uma organização, e em todos os seus níveis, como administradores e não meramente como os executores de tarefas. Neste cenário de significativa valorização do capital humano, que se configura a partir de uma era digital complexa, o processo comunicacional das organizações se apresenta produzindo narrativas novas alinhadas ao novo contexto, sobretudo em relação à comunicação interna, na qual as organizações se comprometam não somente com seu público externo, mas inclusive com o público interno de acordo com Ribeiro & Oliveira (2017).

A comunicação organizacional pode agregar valor às organizações, apoiar o cumprimento de sua missão, fixar valores de seus produtos e atingir suas metas, no entanto, na atualidade, o papel da comunicação atinge uma maior abrangência, se referindo à posição social e ao funcionamento da organização, desde o relacionamento com seus colaboradores até suas relações institucionais.

Este estudo se justifica por tentar entender a importância do processo de comunicação, especificamente, no ambiente cooperativista. Sabendo-se que, a comunicação organizacional no cooperativismo permite o cumprimento dos princípios que orientam as instituições cooperativistas, de modo relevante, no que tange a três princípios: 1^o – Gestão democrática; 2^o – Educação, formação e informação; 3^o Preocupação com a comunidade segundo Silva & Lopes (2017).

Dessa forma, apresenta-se como objetivo geral deste estudo: evidenciar a importância da construção de uma narrativa cooperativista na comunicação interna da organização e seu papel transformador. E como objetivos específicos: (1) compreender a comunicação interna como ferramenta estratégica de engajamento dos cooperados e (2) refletir sobre a comunicação interna e sua relação com as novas narrativas nas organizações.

A metodologia utilizada para esta pesquisa foi o levantamento bibliográfico com uma abordagem qualitativa descritiva. A forma de coleta foi a análise bibliográfica com referências de artigos e sites especializados que tratam do tema comunicação. A técnica de tratamento de dados utilizada foi a análise de conteúdo.

Enquanto estrutura, o artigo foi dividido em cinco tópicos: introdução, referencial teórico (2.1 As bases clássicas do cooperativismo; 2.2 O cooperativismo no Brasil; 2.3 O que é comunicação? 2.3.1 Princípios básicos da comunicação; 2.3.2 Comunicação organizacional; 2.3.3 Comunicação interna; 2.4 Novas narrativas sobre comunicação organizacional e 2.5 Comunicação organizacional em um sistema de cooperativas), metodologia, análise e resultados, considerações finais seguido das referências.

Desta maneira, o estudo se relaciona à comunicação interna nas organizações a partir de uma narrativa cooperativista na comunicação e seu papel transformador. E pretende responder ao seguinte questionamento: **Qual a importância da construção de uma narrativa cooperativista na comunicação interna da organização e seu papel transformador?**

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As bases clássicas do cooperativismo

O surgimento do Cooperativismo fundamentou-se sobre a necessidade de organização da sociedade sob a égide da justiça e igualdade, tendo em vista as péssimas condições laborais do proletariado, em decorrência da Revolução Industrial do século XVIII.

As indignações dos precursores do cooperativismo, Robert Owen, Charles Fourier, Philippe Joseph Benjamins Buchez e Louis Blanc, geradas pela desigualdade do capitalismo, juntamente com o movimento da doutrina econômica liberal idealizada por Adam Smith, filósofo e economista britânico escocês, que defendia uma sociedade independente do poder Estatal, tornaram-se as bases fundamentais para o surgimento da sociedade cooperativista conforme os dizeres de Sales, 2010; Nunes & Foschiera (2017).

Na Inglaterra, no ano 1844, surge a sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale, historicamente, a primeira cooperativa, fundamentada no sentimento de cooperação e mutualidade pregados por Robert Owen e Fourier explicitam Nunes & Foschiera (2017).

2.2 O Cooperativismo no Brasil

O início do movimento cooperativista brasileiro ocorreu a partir do ano de 1847, no século XIX, com as primeiras iniciativas nas regiões do sul, sudeste e nordeste do país, com base na organização da classe trabalhadora formada por funcionários públicos, militares, profissionais liberais e operários. A primeira cooperativa de consumo surge em Ouro Preto (MG) em 1889, denominada Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto. Em seguida, é criada a primeira cooperativa de crédito da América Latina, no ano de 1902, no Rio Grande do Sul, Nova Petrópolis (Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), 2008).

Desta forma a lei do cooperativismo Nº 5.764, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1971 caracteriza as cooperativas como sendo:

Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

- I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- II - variabilidade do capital social representado por quotas partes;
- III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;
- IV - inacessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;
- V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
- VI - quorum para o funcionamento e deliberação da Assembleia Geral baseado no número de associados e não no capital;
- VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembleia Geral;
- VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;
- IX - neutralidade política e discriminação religiosa, racial e social;
- X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;
- XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.

Nos anos de 1970, a Lei 5.764/71 regulamentou a criação de cooperativas, limitando, interferindo e fiscalizando o empreendimento cooperativo. Para Gonçalves (2011, p. 03) a lei discutida e aprovada pelo Congresso Nacional, teve a intenção de decidir a Política Nacional de Cooperativismo.

2.3 O que é comunicação?

No dicionário de comunicação de Barbosa e Rabaça (2001, s/p), a palavra comunicação derivada do latim *communicare*, significa ‘tornar comum’, ‘partilhar’, ‘repartir’, ‘associar’, ‘trocar opiniões’, ‘conferenciar’. O ato de comunicar implica na interação, na troca de mensagens, envio ou recebimento de informações novas. Sendo assim uma troca de experiências ou esforço que conduz a convergência de perspectivas.

A comunicação tem o papel de informar o conhecimento, persuadir ou induzir a aceitação de algo, educar em questões sociais e culturais, socializar e distrair permitindo a integração das pessoas na sociedade, sendo isso considerado um processo universal entre os indivíduos. (RAMOS 2003).

2.3.1 Princípios básicos da comunicação

A comunicação é um fenômeno natural, inerente e que conduz todas as ações do ser humano. Bordenave (1994) explicita que a comunicação é a ferramenta a partir da qual as pessoas compartilham ideias, sentimentos, experiências e que se relacionam como seres interdependentes.

Tibúrcio e Santana (2014) consideram que a comunicação se caracteriza por um processo de troca de informações que se estabelece a partir de um diálogo entre duas ou mais pessoas. Comunicar significa associar, estabelecer comunicação entre, ligar, unir, compartilhar, tornar comum conforme Ferreira (2004).

A comunicação apresenta quatro funções principais: informação – trata-se da necessidade em transmitir conhecimento à outrem; persuasão e motivação – controle social sobre o outro; educação – motivada pela transmissão de herança cultural e sua manutenção na sociedade; socialização – objetiva o aprendizado sobre regras e normas da sociedade; distração – elevar a qualidade de vida de acordo com Paião & Paião (2016).

2.3.2 Comunicação organizacional

Comunicação organizacional é qualquer iniciativa desenvolvida por uma empresa ou entidade visando resultado e ganhos de imagem e identidade junto aos colaboradores, clientes, fornecedores ou qualquer outro público de interesse.

Segundo Kunsch (2003, p. 149) “[...] a comunicação organizacional pode ser dividida em duas áreas fundamentais: Relações Públicas e Marketing”. A primeira, abarca a comunicação institucional, a comunicação interna e a comunicação administrativa. Já o marketing responde pela comunicação mercadológica.

A Comunicação Organizacional tem se tornado a área mais importante nas organizações, sejam elas privadas, públicas, ou do terceiro setor, sendo recorrentemente objeto de estudo apontam Silva & Lopes (2017).

O atual cenário de trabalho nas organizações, resultante do crescente desenvolvimento tecnológico e científico, suscitou o rompimento de paradigmas gerenciais nos quais o capital humano não era valorizado, neste contexto a comunicação tem se tornado um ativo fundamental na gestão de negócios, adquirindo importância estratégica para as organizações afirmam Tibúrcio & Santana (2014).

A comunicação organizacional não está restrita ao envio de mensagens e/ou unicamente à criação de canais de comunicação, trata-se de algo significativamente mais complexo. A abrangência do papel da comunicação organizacional se refere desde o relacionamento com seus colaboradores às suas relações institucionais segundo Silva & Lopes (2017).

Em relação aos princípios cooperativistas, a relevância se estabelece, sobretudo no tocante aos três seguintes princípios:

1º) Gestão democrática – incentivar os associados a participar mais das atividades, produzindo uma maior transparência à gestão; 2º) Educação, formação e informação – garantir aos associado o direito à informação e articular a comunicação na formação cooperativista e 3º) Preocupação com a comunidade - adotar práticas para comunicar-se com a população da comunidade na qual a organização está inserida e difundir a relevância do cooperativismo para o desenvolvimento local afirmam Moraes, 2006; Kunsch , 2009 e Torquato, 2012 *apud* Silva & Lopes, 2017, p.125).

Especificamente no cooperativismo, a comunicação organizacional consegue auxiliar, sobretudo, no cumprimento dos princípios que orientam as instituições cooperativistas, além da inserção da marca e do produto no mercado.

2.3.3 Comunicação interna

De acordo com Tibúrcio e Santana (2014), a comunicação interna se configura como uma estratégia de gestão de negócios pela qual todos os funcionários são envolvidos nos assuntos da organização. A comunicação interna, deste modo, tem como função tornar os colaboradores muito mais do que meros empregados, mas sim torna-los pessoas que exerçam suas funções como parceiros da organização.

Segundo Bruno (2019, s/p):

Comunicação interna é um setor, ou os esforços, focados em garantir um bom relacionamento e alinhamento entre uma organização e seus colaboradores. A comunicação interna permite que a empresa atue de forma integrada, promovendo maior produtividade, engajamento e resultados.

A comunicação interna é definida por Inkotte (2000) *apud* Almeida *et al.* (2010, p. 20), como sendo a utilização de recursos de comunicação para seus colaboradores, objetivando a receptividade do público interno da organização.

O avanço do marketing que se relaciona, dentre outras variáveis, com a propaganda, passa a ser praticado também com os colaboradores da organização, esta prática é conhecida no Brasil como endomarketing de acordo com Almeida *et al.* (2010).

A comunicação interna (endomarketing) possibilita uma ligação entre a organização e seus colaboradores, produzindo uma comunicação efetiva entre todos os integrantes de uma organização ponderam os autores Tibúrcio e Santana (2014).

2.4 Novas narrativas sobre comunicação organizacional

Novos contextos, num cenário digital e complexo, modificam o processo de comunicação e consequentemente as narrativas. Deste modo as organizações se reconfiguram a partir deste novo cenário de desenvolvimento tecnológico, produzindo uma comunicação interna que contemple todos os colaboradores da organização na lógica de Ribeiro & Oliveira (2017).

A narrativa do mundo pós-moderno provoca o surgimento de novos indivíduos com maior consciência sobre sua vida e sua atuação no mundo. Ribeiro e Oliveira (2017), enfatizam a necessidade de novas narrativas da comunicação, considerando o aparecimento de indivíduos novos, assim como contextos igualmente novos.

2.5 Comunicação organizacional em um sistema de cooperativas

Na comunicação nas cooperativas, torna-se necessária a análise do público desse ambiente, visto que, a relação estabelecida nesta organização ocorre no formato de dono-usuário por parte de seus associados. Nas cooperativas as estratégias de comunicação exigem estratégias específicas nas quais o fluxo das informações demandará o atendimento das necessidades do gerenciamento das cooperativas e dos cooperados explicitam Silva & Lopes (2017).

Segundo Moraes (2006) *apud* Silva e Lopes (2017, p.121):

[...] a comunicação organizacional no cooperativismo apresenta desafios maiores, uma vez que além da comunicação mercadológica, visando a inserção dos produtos e serviços, há a preocupação com a formação democrática e a educação cooperativista.

Dessa forma, “ao considerar o princípio da educação cooperativista, como a doutrina, valores e princípios das cooperativas, há a exigência de um processo que envolva o conhecimento sobre as características das comunidades” de acordo com Frantz (1983) *apud* Silva e Lopes (2017 p. 126).

De acordo com Sousa *et al.* (2014), a promoção de melhorias a partir da participação dos cooperados e da profissionalização da gestão são objetivos da educação cooperativista, sendo uma característica do processo de comunicação com vistas à capacitação dos sócios e o fortalecimento de uma participação dialógica e educativa, promovendo o equilíbrio entre os interesses de todos os envolvidos.

Silva e Lopes (2017), realizaram um estudo para analisar a comunicação organizacional das centrais do Sistema Sicoob em Minas Gerais a partir da estrutura do setor. Este estudo evidenciou a relevância da comunicação nas centrais Sicoob de Minas Gerais. A existência de profissionais especializados nas estruturas de comunicação demonstrou a percepção do papel estratégico da área para o cooperativismo de crédito mineiro.

Pode-se inferir, neste estudo a existência de pouca flexibilidade para a adaptação da linguagem, considerando que as centrais trabalham como replicadoras das políticas nacionais de comunicação do Sicoob para as singulares, ressalta-se que trata-se de um setor que trabalha com públicos significativamente diversificados (cooperativas de livre admissão e por segmentação econômica – rural, de profissionais liberais e da saúde). Diferenças culturais, de escolaridade, de atividades profissionais, e outras, foram apontados pelos pesquisadores como apresentando necessidade de pensar em estratégias de comunicação do cooperativismo de crédito.

3. METODOLOGIA

Segundo o QUADRO 1 o método escolhido pelos pesquisadores foi o levantamento bibliográfico. A metodologia de pesquisa bibliográfica recupera o conhecimento científico acumulado sobre um problema. Ou seja, é uma pesquisa com base em outras pesquisas. Para tanto é necessário analisar livros, artigos, dissertações, teses, autores, blogs, sites, etc. (GIL, 2002).

O levantamento pode ser bibliográfico ou documental. Neste caso, especificamente, foi bibliográfico. Sendo assim, foram levantados conteúdos já publicados sobre comunicação e outros assuntos que a envolvem.

O tipo de abordagem utilizada para esta pesquisa, foi qualitativa descritiva, utilizando-se como base a pesquisa bibliográfica, com referências a artigos e sites especializados que tratam do tema comunicação.

Quadro 1: Método e técnicas utilizados na pesquisa

Método de Pesquisa	Tipo de Pesquisa	Técnica de Coleta dos Dados	Técnica de Tratamento dos Dados
Levantamento Bibliográfico	Descritiva Qualitativa	Análise bibliográfica	Análise do Conteúdo

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Salienta-se que a presente pesquisa tem um viés curioso e observador, ou seja, busca trazer mais informações sobre um determinado assunto do qual não se possui muito conhecimento, conforme descreve Andrade (2010).

A forma de coleta de dados adotada foi à análise bibliográfica que tem como principal vantagem oferecer maior gama de fenômenos ao pesquisador em vista daqueles que poderia pesquisar diretamente o que se mostra importante quando o problema de pesquisa se relaciona a dados muito dispersos no espaço. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos se não com base em análises bibliográficas (GIL, 2002).

O tratamento de dados foi feito por meio de análise de conteúdo que é uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo evidente da comunicação (LAKATOS & MARCONI, 1999).

4 ANÁLISE DE DADOS

O presente estudo buscou analisar o processo de comunicação na pós modernidade, a partir do avanço tecnológico e digital ao ponto de interferir na estratégia organizacional. Para tanto, foi utilizado o método de categorização a fim de decompor cada dimensão pesquisada.

Neste capítulo as categorias de análise foram baseadas nas hipóteses transformadas em objetivos específicos e já apresentados no capítulo da introdução. Foram seguidos os passos ordenadamente: 1º a explicação do fato; 2º a discussão embasada pelos teóricos e 3º a demonstração que é a dedução lógica do trabalho.

Especificamente neste caso foram contempladas duas categorias de análise: (1) a comunicação interna como ferramenta estratégica de engajamento dos cooperados e (2) a comunicação interna e sua relação com as novas narrativas nas organizações

4.1 Categoria de Análise I: Comunicação interna como ferramenta estratégica de engajamento dos cooperados

Segundo Tibúrcio e Santana (2014) o envolvimento dos funcionários nos assuntos de uma organização ocorre a partir da comunicação interna que se caracteriza como uma estratégia de gestão de negócios. Deste modo a comunicação interna apresenta como função tornar os cooperados pessoas que exerçam suas funções como parceiros da organização e não como empregados.

Sousa *et al* (2014) corroboram com esta visão ao considerarem que a promoção de melhorias, a partir da participação dos cooperados e da profissionalização da gestão são objetivos da educação cooperativista, sendo uma característica do processo de comunicação com vistas à capacitação dos sócios e o fortalecimento de uma participação dialógica e educativa, promovendo o equilíbrio entre os interesses de todos os envolvidos.

Enquanto o marketing se relaciona, dentre outras variáveis, com a propaganda, com vistas ao público externo das organizações, a comunicação, de acordo com Almeida *et al* (2010) citando Inkotte (2000), se caracteriza por ser um recurso que objetiva a receptividade do público interno da organização. A prática de utilização da comunicação organizacional como propaganda praticada para os próprios cooperados da organização, no Brasil é conhecida como endomarketing segundo Almeida *et al.* (2010). O endomarketing, a partir da comunicação interna, também se caracteriza como uma estratégia de gestão facilitadora do engajamento do cooperado.

4.2 Categorias de Análise II: Comunicação interna e sua relação com as novas narrativas nas organizações

O desenvolvimento tecnológico e digital reconfigurou a comunicação no âmbito individual e organizacional em nossa atualidade. Em relação ao aspecto organizacional novas narrativas surgem, dentre elas a consideração de todos os cooperados como colaboradores da organização a partir da comunicação interna na organização ponderam Ribeiro & Oliveira (2017).

A narrativa do mundo pós-moderno provoca o surgimento de novos indivíduos com maior consciência sobre sua vida e sua atuação no mundo, assim novas narrativas de comunicação interna surgem a partir de novos indivíduos e em contextos também novos.

Neste contexto, torna-se oportuno exemplificar a afirmativa anterior, a partir do sétimo princípio do cooperativismo - **interesse pela comunidade**. A maior consciência sobre o si e sobre sua atuação no mundo possibilita o trabalho das cooperativas para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros. Este princípio associa-se diretamente ao valor da responsabilidade socioambiental e também econômica (grifos dos autores).

As cooperativas têm o dever de conduzir-se para o desenvolvimento equilibrado de suas próprias comunidades e bem estar da população, visto que se trata do ambiente no qual os cooperados estão inseridos. Ribeiro e Oliveira (2017), relatam que a narrativa de nossa atualidade se apresenta a partir de indivíduos servidos por novas tecnologias e por maneiras diversas de interagir consigo mesmo e com o mundo.

É neste cenário que todas as organizações estão inseridas, entretanto, as cooperativas são desafiadas a estabelecer uma comunicação interna (no âmbito da narrativa atual) a partir de seu diferencial organizacional, ou seja, de sua dupla natureza - econômica e social.

De acordo com Souza *et al* (2014), a gestão social estabelece o relacionamento da cooperativa com os associados, promovendo a participação destes nos processos decisórios, assim como qualifica-los para estes processos, e de modo significativamente importante, assegurando espaços nas instâncias participativas. O imperativo democrático é a base que diferencia as organizações cooperativistas das demais organizações.

A comunicação interna nas cooperativas, orientadas pelo valor democrático, são desafiadas, segundo Souza *et al* (2018), a divulgar seus princípios e valores,

especificamente aos seus associados. Estes autores relatam, a partir de outros estudos, que a ocorrência da falta da educação cooperativista para os cooperados tem se caracterizado como um dos principais problemas encontrado no sistema cooperativista, sendo apontado que as cooperativas não apresentam modelos adequados de gestão e tampouco há a cooperação entre elas.

Segundo Schneider (2003) há a inexistência de uma comunicação interna entre os associados que possibilite a educação cooperativista, caracterizando deste modo uma falha na comunicação e evidenciando ao mesmo tempo, a importância do papel da comunicação em uma organização. Valadares (2009) corrobora com Schneider (2003), afirmando que de ausência de um sistema de educação através da comunicação interna entre associados, dirigentes e cooperados, que se volta para os interesses da cooperativa, acarreta o distanciamento da função primordial das cooperativas.

Souza *et al.* (2018) afirmam que a comunicação organizacional é um ato que torna comum algo para uma pessoa ou um grupo, e que esta ação é de vital importância para a sobrevivência de uma organização, visto que é a comunicação que mantém e sustenta os relacionamentos nos ambientes de quaisquer organizações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos pontos abordados após as pesquisas literárias, constata-se que a comunicação interna nas cooperativas possui um papel de colaborar e estimular a participação dos cooperados, com transparência, gestão democrática e educação cooperativista, sempre primando pela melhora da imagem e relacionamento com a sociedade.

Com o advento tecnológico do mundo pós-moderno, as novas narrativas surgem e são necessárias para construir uma nova comunicação interna, contemplando também o surgimento de um novo indivíduo, consciente e bem mais atuante no mundo atual.

Enfim, tratando-se de sugestão para pesquisa futura é importante ressaltar que, as limitações metodológicas são plausíveis, pois consideram apenas conteúdos bibliográficos, sem desenvolver uma pesquisa *in loco* como um estudo de caso.

Dessa forma, fica a sugestão para o desenvolvimento deste modelo de pesquisa – estudo de caso ou pesquisa de campo - para tentar evidenciar e mensurar mais profundamente como deve se dar a construção das narrativas para uma comunicação interna eficaz e produtiva.

REFÊRENCIAS

ALMEIDA, L.M.S, SOUZA, L.G.M., MELLO, C.H.P. **A comunicação interna como um instrumento de promoção da qualidade:** estudo de caso em uma empresa global de comunicação. Gest. Prod, São Carlos, SP, v.17, n. 1, p. 19-34, 2010.

BARBOSA, Gustavo e RABAÇA, Carlos Alberto. **Dicionário de comunicação** – 2. ed. ver. e atual. – Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BRUNO, Elias. **O que é comunicação interna?** Aprenda as 10 estratégias para fazer a da sua empresa! Disponível em: <<https://rockcontent.com/br/blog/comunicacao-interna/>. Acesso em: 30, nov, 2020, às 11h42min.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos.** Edição Compacta. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário:** o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2014. p. 251.

GIL, A.C. GIL. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: editora Atlas S.A, 2002. 4ª edição.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. **Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada.** São Paulo: Summus, 2003.

LAKATOS, E, e MARCONI, M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

NUNES, J.B.; FOSCHIERA, A. A. Cooperativismo: **O Processo Histórico do Cooperativismo e a Visão do Estado Brasileiro:** Revista Humanidades e Inovação v.4, n. 5. 2017.

OCB – **ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS**. Disponível em: <<https://www.ocb.org.br/>>. Acesso em 21, nov., 2020, às 23h30min.

PAIÃO, A. L. F.; PAIÃO, I. C. F. **Gestão de Pessoas e a Importância da Comunicação na Relação entre as Pessoas da Organização Empresarial**. Transversal. v. 9, p. 01, 2016.

PLANALTO do Governo. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm>. Acesso em 22, nov., 2020, às 23h30min.

RIBEIRO, E.M.; OLIVEIRA, P.R.N. **Novas narrativas da comunicação: afetividade e respeito à diversidade através das micronarrativas**. In: CONGRESSO IBERCOM UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 15., 2017, Lisboa. Anais...Lisboa: ASSIBERCOM, 2017. p. 4046-4063.

SALES, João Eder. **Cooperativismo: Origens e Evolução**. Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo Número I Jan-jun 2010.

SCHNEIDER, J. O. **Pressupostos da educação cooperativista: a visão de sistematizadores da doutrina do cooperativismo**. In: SCHNEIDER, J. O. (Org) Educação cooperativista e suas práticas. Brasília: Unisinos, 2003, p.13-58.

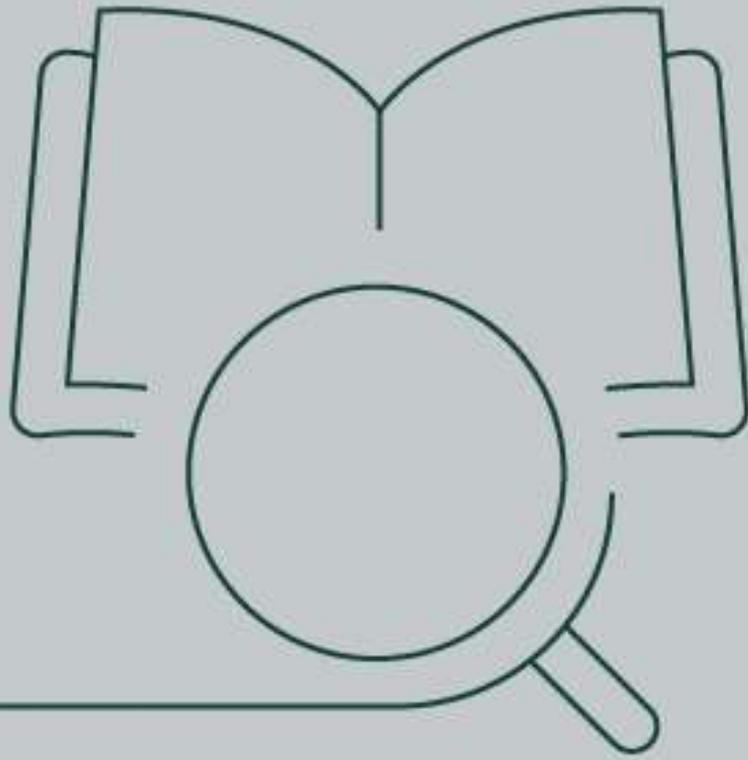
SILVA, G.L.R.; LOPES, I.S. **Comunicação Organizacional e Cooperativismo de Crédito: Análise das Centrais Sicoob de Minas Gerais**. Revista de Extensão e Estudos Rurais – REVER. v.6, n.1, p.121-135, 2017.

SOUSA, D. N; AMODEO, N. B. P; MACEDO, A. S; MILAGRES, C. S. F. **A comunicação na articulação agroindustrial entre uma cooperativa central, suas cooperativas singulares e cooperados**. v. 52, p. 495-514, 2014.

SOUZA, D.N; MACEDO, A.S.; MILAGRES, C.S.F; SOUSA, M.S.C; MOURA, R.A. **Comunicação na gestão de cooperativas**. Cadernos de Comunicação. v.22, n.2, art 4, p.84 de 103, maio/ago.2018.

TIBÚRCIO, J.S.; SANTANA, L.C. **A comunicação interna como estratégia organizacional**. Revista de Iniciação Científica – Ric. v.01, p.13-26, 2014.

VALADARES, J. H. **Estratégias de educação para a cooperação**. Rio de Janeiro: FGV
– MBA em Gestão empresarial de Cooperativas, 2009.



normas

A submissão a Revista Científica da Faculdade Unimed deve ser exclusiva. Isto é, os textos não poderão ser enviados a outros periódicos simultaneamente.

Os manuscritos devem ser inéditos, ou seja, não podem ter sido publicados anteriormente com atribuição de DOI (*Document Object Identifier*), ISSN (*International Standard Serial Number*; sigla em inglês para Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas) ou ISBN (*International Standard Book Number*).

Todo artigo submetido à *Revista* é analisado em programa antiplágio antes de ser encaminhado para avaliação. A finalidade do procedimento é identificar plágio e autoplágio. É vetada a inclusão de novos autores após a aprovação do artigo. No ato da submissão, todos os autores deverão ser indicados.

As ideias e opiniões expressas nos artigos publicados são de exclusiva responsabilidade dos seus autores, não refletindo, necessariamente, a opinião do periódico.

A revista permite-se realizar, durante processo de revisão, pequenas alterações formais no texto, respeitando o estilo e a opinião dos autores.

Os direitos autorais dos trabalhos publicados pertencem à Revista Científica da Faculdade Unimed que adota a licença Creative Commons BY-NC do tipo “Atribuição não Comercial”.

O artigo científico completo deve conter **no mínimo de 10 e no máximo de 15 páginas**, incluindo referências bibliográficas e notas. As citações de artigos (referências) no texto devem seguir as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

O trabalho deve ser apresentado em formato eletrônico (**.doc ou .docx; não serão aceitos arquivos em .pdf**), configurando a página para o tamanho de papel A4, com orientação retrato, margem superior e esquerda igual a (3 cm), inferior e direita igual a (2cm). Deve ser empregada a fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento 1,5 linhas em todo o texto, parágrafo de 1,5 cm, alinhamento justificado, à exceção do título. As páginas devem ser numeradas embaixo e à direita, em algarismos arábicos.