MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
RESIDÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA

CAIO HENRIQUE DE OLIVEIRA ABRANTES

ANÁLISE SWOT DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO E PROPOSIÇÃO DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

PATOS/PB
2026

CAIO HENRIQUE DE OLIVEIRA ABRANTES

ANÁLISE SWOT DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO E PROPOSIÇÃO DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado ao Centro Universitário de Patos – UNIFIP, à Secretaria Municipal de Saúde de Patos e ao Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, para obtenção do título de especialista em Clínica Médica do Programa de Residência em Clínica Médica

Orientador (a): Prof. (a) Dr. (a) Tiago Bruno Carneiro de Farias

PATOS/PB

2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Abrantes, Caio Henrique de Oliveira.
A581a Análise SWOT dos processos assistenciais do Complexo Hospitalar Deputado Janduhy Carneiro e proposição de intervenções para melhorar a assistência: A importância do diagnóstico microbiológico e como isso impacta os processos assistenciais, tempo de internamento e custos hospitalares./ Caio Henrique de Oliveira Abrantes. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
31 fls.

Orientador (a): Prof. Me. Tiago Bruno Carneiro de Farias.
TCR, Residência Multiprofissional em Clínica Médica

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão Hospitalar. 3.Análise Institucional.4.Programa de Controle de Infecção Hospitalar. 5. Segurança do Paciente. I. Título II. Centro Universitário de Patos – UNIFIP.

UNIFIP/BC CDU: 614

Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

CAIO HENRIQUE DE OLIVEIRA ABRANTES

ANÁLISE SWOT DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO E PROPOSIÇÃO DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA: A importância do diagnóstico microbiológico e como isso impacta os processos assistenciais, tempo de internamento e custos hospitalares

Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado ao Centro Universitário de Patos – UNIFIP, à Secretaria Municipal de Saúde de Patos e ao Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, para obtenção do título de especialista em Clínica Médica do Programa de Residência em Clínica Médica.

Aprovado em: 23 de fevereiro de 2026

COMISSÃO EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
gov.br
TIAGO BRUNO CARNEIRO DE FARIAS
Data: 15/06/2026 19:57:03-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Me. Tiago Bruno Carneiro de Farias
(Orientador)

Documento assinado digitalmente
gov.br
MILENA NUNES ALVES DE SOUSA BEZERRA
Data: 21/05/2026 17:10:05-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Milena Nunes Alves de Sousa
(Examinador 1)

Documento assinado digitalmente
gov.br
NAYARAH POTYARA SANTOS CASTRO XAVIER
Data: 25/05/2026 19:56:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Esp. Nayarah Potyara Santos Castro Xavier
(Examinador 2)

PATOS/PB

2026

Aos meus pais, irmãos e noiva, que foram grandes incentivadores e que sempre acreditaram nos meus sonhos.

RESUMO

Os constantes desafios enfrentados no Sistema Único de Saúde, como alta demanda, subfinanciamento e falta de integração, exigem modelos de gestão eficientes, capazes de otimizar processos e promover uma assistência à saúde de qualidade. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo realizar uma análise de SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro (CHRDJC), a partir dos processos assistenciais e gerenciais. Este é um estudo observacional, descritivo e qualitativo, realizado a partir da observação sistematizada e análise da realidade das rotinas assistenciais no CHRDJC no período de março de 2024 a janeiro de 2026. O resultado desse estudo foi sintetizado em um quadro, tendo sido aplicada a ferramenta SWOT. Os resultados mostram que o complexo hospitalar apresenta forças, potenciais e oportunidades múltiplas. Como corpo clínico experiente, boa resolutividade, presença de residências médicas associadas ao serviço e a presença de coordenadores e gestores dedicados à melhoria do serviço. Mas minhas intervenções focaram em corrigir fraquezas e tentar antecipar ameaças, destacando o uso empírico prolongado de antimicrobianos, a demora e inconsistência das culturas microbiológicas e a ausência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) estruturada e atuante. A partir dos resultados identificados, foram propostas quatro intervenções estratégicas: fortalecimento da CCIH, reorganização do processo assistencial relacionado às culturas microbiológicas, implantação de programa de stewardship antimicrobiano e incentivo à higienização das mãos, capacitação das equipes e implementação de bundles de controle de infecção. Conclui-se ao final que a aplicação da ferramenta SWOT é uma ferramenta útil para diagnóstico situacional e para formulação do planejamento estratégico hospitalar e espera-se que este trabalho influencie positivamente as ações assistenciais no CHRDJC.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Gestão Hospitalar; Análise Institucional; Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The constant challenges faced by the Brazilian Unified Health System (SUS), such as high demand, underfunding, and lack of integration, hinder efficient management models capable of optimizing processes and promoting quality healthcare. In this sense, this study aimed to conduct a SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) analysis of the Deputado Janduhy Carneiro Regional Hospital Complex (CHRDJC), based on its care and management processes. This is an observational, descriptive, and qualitative study, conducted through systematic observation and analysis of the reality of care routines at CHRDJC from March 2024 to January 2026. The results of this study were synthesized in a table, using the SWOT tool. The results show that the hospital complex presents multiple strengths, potentials, and opportunities, such as clinical experience, good problem-solving capacity, the presence of medical residencies associated with the service, and the presence of coordinators and managers dedicated to improving the service. My interventions focused on correcting weaknesses and attempting to anticipate threats, highlighting the prolonged empirical use of antimicrobials, the delay and inconsistency of microbiological cultures, and the absence of a structured and active Hospital Infection Control Committee (HICC). Based on the identified results, four strategic interventions were proposed: strengthening the HICC, reorganizing the care process related to microbiologicals, implementing an antimicrobial stewardship program and promoting hand hygiene, training staff, and implementing technology control packages. In conclusion, the application of the SWOT analysis is a useful tool for situational diagnosis and for formulating hospital strategic planning, and it is hoped that this work will positively influence care actions at CHRDJC.

Keywords: Unified Health System; Hospital Management; Institutional Analysis; Hospital Infection Control Program; Patient Safety.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 11

2.1. GESTÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA 11

2.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE E A ANÁLISE SWOT 12

2.3. SEGURANÇA DO PACIENTE E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE 13

2.4. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO E A IMPORTÂNCIA CLÍNICA DAS CULTURAS 13

2.5. IMPACTO NO TEMPO DE INTERNAÇÃO, CUSTOS E SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR 14

3. METODOLOGIA 16

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 16

3.2. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 17

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 17

4.1. ANÁLISE SWOT DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO 17

4.1.1. FORÇAS 19

4.1.2. FRAQUEZAS E FRAQUEZAS CRÍTICAS 19

4.1.3. OPORTUNIDADES 21

4.1.4. AMEAÇAS 22

4.2. VIESES DO ESTUDO **Erro! Indicador não definido.**

5. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO 25

5.1. FORTALECIMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 25

5.2. REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL SOBRE AS CULTURAS 26

5.3. IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE STEWARDSHIP ANTIMICROBIANO 27

5.4. INCENTIVO À LAVAGEM DE MÃOS, CAPACITAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE BUNDLES SOBRE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 28

6. CONCLUSÃO 28

REFERÊNCIAS 29

1. INTRODUÇÃO

Em setembro de 1990 foi promulgada a Lei 8080 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990). Instituiu-se assim o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo das últimas décadas o SUS sofreu mudanças para se adaptar aos constantes desafios da vida moderna. Entendimento de doenças e condições antes desconhecidas, surgimento de novos medicamentos e tratamentos, assim como métodos diagnósticos inovadores de alta complexidade e alto custo. Isso, quando associado à demanda crescente pelo sistema de saúde, aliado à escassez de recursos, traduz-se numa dificuldade administrativa progressivamente maior, na qual o simples investimento público não consegue acompanhar, exigindo modelos de gestão que privilegiem a transparência e a eficiência operacional sem deixar de lado os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade do sistema. Quando se trata das unidades hospitalares, “o maior desafio é o de transformá-las em hospitais do SUS e para o SUS, sustentáveis e capazes de produzir novos e melhores modos de cuidado.” (Santos; Pinto, 2021, p. 28).

Mendes (2011) afirma que a gestão de unidades hospitalares no SUS deve ser compreendida sob a ótica das Redes de Atenção à Saúde, onde o hospital atua como um ponto de atenção secundária ou terciária que exige coordenação logística e fluxos assistenciais bem definidos para garantir a continuidade do cuidado. Por isso, é importante que se entenda, estude, aperfeiçoe e ponha em prática medidas eficazes de gestão hospitalar, a fim de que seja possível reduzir custos, agilizar processos, oferecer segurança e melhorar a assistência à população. Isso vai de encontro ao entendimento de que “os hospitais devem estar integrados às redes de atenção à saúde, articulando-se aos demais pontos de atenção, de modo a garantir continuidade do cuidado.” (Santos; Pinto, 2021, p. 203).

Para isso, é necessário o uso de ferramentas de análise situacional, auditoria de procedimentos e subsequente formulação de planejamento estratégico, a fim de reduzir incertezas e erros assistenciais, otimizar recursos, alinhar a gestão administrativa com a realidade médica, e propor melhorias, que podem ser particulares e adaptadas a cada serviço (Oliveira, 2010).

Baseado nesses preceitos, somado aos dois anos de formação em residência de Clínica Médica, onde diariamente foi presenciado dentro do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro (CHRDJC) a rotina diária de trabalho e os processos assistenciais realizados,

é apresentado uma análise com a ferramenta SWOT, em português FOFA ou FFOA (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), fazer uma avaliação do microambiente (sobre o qual a gestão tem controle), que inclui o CHRDJC e os procedimentos comuns a instituição, e uma avaliação do macroambiente (sobre o qual não há controle direto), que inclui o sistema regional de saúde no qual o complexo hospitalar está inserido bem como fatores externos alheios ao hospital (Gürel; Tat, 2017).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. GESTÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Como diz Santos (2021), o hospital ocupa lugar central na conformação dos sistemas de saúde, devendo estar articulado às diretrizes do SUS, especialmente à integralidade do cuidado e à organização em rede.

A crescente demanda assistencial observada nos hospitais públicos atualmente é consequência de diversos fatores. Aumento populacional, ampliação das áreas de atuação da assistência médica, com novos exames complementares, procedimentos diagnósticos e tratamentos mais caros e complexos, impactam diretamente no orçamento hospitalar. Cada serviço possui problemas únicos de gestão, que precisam ser vivenciados, periodicamente avaliados e constantemente trabalhados em sua melhoria.

Atualmente, observamos com frequência no cotidiano dos hospitais públicos, e no CHRDJC não é diferente, problemas como superlotação, déficit de profissionais, limitações estruturais e insuficiência de recursos tecnológicos. Isso impacta diretamente na qualidade da assistência (Brasil, 2020).

Sendo assim, é imprescindível para o gestor dispor de métodos confiáveis para constante avaliação do serviço de saúde, conseguir identificar falhas no processo de cuidado em saúde e propor mudanças e melhorias para a assistência em saúde devem ser prioridade do gestor.

Um dos modelos que pode ajudar com essa avaliação é o proposto por Donabedian (1988), que em seu artigo define a qualidade da assistência a partir da análise de três componentes que se relacionam diretamente: estrutura, processo e resultados. Onde a estrutura compreende os recursos físicos, humanos e organizacionais disponíveis para o hospital; o processo refere-se à forma como o cuidado é prestado efetivamente; e os resultados são aos desfechos clínicos, o que inclui tempo de internação, ocorrência de complicações, mortalidade

e custos hospitalares. Quando ocorre alguma falha em qualquer um desses componentes, a tendência é repercutir negativamente nos demais, comprometendo os resultados assistenciais.

Portanto, identificar falhas em processos assistenciais, trazendo à luz do conhecimento a presença de problemas antes desconhecidos, pode auxiliar a propor estratégias de enfrentamento. Problemas como a falta de estruturação do cuidado em saúde pode impactar diretamente na qualidade da assistência, resultando em internações prolongadas, piora de indicadores e aumento de eventos adversos relacionados à internação, o que eleva custos e agrava problemas estruturais já existentes, como a superlotação e a resistência microbiana. (Santos, 2021).

2.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE E A ANÁLISE SWOT

Após se identificarem as principais falhas e “gargalos” na assistência em saúde, é importante a formulação de um planejamento estratégico efetivo. Para Oliveira (2010), o planejamento estratégico em saúde é um instrumento essencial para organização dos serviços em saúde. Ele permite para o gestor no SUS a tomada de decisões baseada em problemas reais, de acordo com prioridades. Para em seguida se propor intervenções efetivas.

Nesse contexto, a ferramenta de análise SWOT se propõe a auxiliar na gestão estratégica (Sousa et al., 2019). Ela pode ser empregada tanto em grandes empresas como em centros médicos. Com essa ferramenta é possível identificar e analisar os pontos fortes e fracos internos da instituição, bem como identificar as oportunidades e ameaças que estão externas e podem influenciar à unidade. Para em seguida se propor um planejamento estratégico direcionado à realidade local (Gürel; Tat, 2017).

Quando falamos especificamente de serviços de saúde, a análise SWOT pode ser utilizada para fortalecer aspectos positivos, como qualificação da equipe e disponibilidade de recursos técnicos. Nos ajuda a identificar as fraquezas do serviço, como fragilidades estruturais e organizacionais que demandam intervenção. Identificamos oportunidades, que podem ser estimuladas e levar a melhorias ao serviço. E devemos conhecer e tentar antever possíveis ameaças, como infecções hospitalares e surtos epidêmicos, para nos manter vigilantes e preparados para essas e outras situações.

Apesar da ampla disseminação de estruturação do cuidado e procedimentos operacionais padrão por meio de manuais do Ministério da Saúde, observa-se, na nossa realidade do SUS, uma diferença significativa entre o que é preconizado na literatura e o que efetivamente se observa em prática. Essa lacuna ocorre não apenas por problemas de

financiamento, mas também por falta de processos organizacionais, planejamento estratégico e articulações entre os setores internos e externos ao hospital.

2.3. SEGURANÇA DO PACIENTE E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A segurança do paciente é reconhecida como um dos pilares da qualidade da assistência em saúde e constitui prioridade global, conforme estabelecido por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (W.H.O., 2016).

Durante um internamento hospitalar, seja eletivo ou de urgência, eventos adversos podem ocorrer. Como por exemplo, erros de medicação, troca de pacientes e infecções relacionadas à assistência à saúde. A ocorrência de qualquer evento adverso resulta em prolongamento de tempo de internação, aumento de custos hospitalares e maior morbimortalidade.

Quando observamos as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), vemos que elas figuram entre os principais problemas enfrentados pelos hospitais, estando diretamente associadas a aumento de tempo de internação, resistência bacteriana, piores desfechos clínicos e aumento expressivo de custos hospitalares. Nesse cenário, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) desempenha papel central na prevenção e no controle das IRAS. Ela atua por meio da vigilância epidemiológica, elaboração de protocolos assistenciais e capacitação contínua das equipes de saúde (Brasil, 2021).

É imprescindível para um grande hospital, referência regional no SUS, o funcionamento adequado da CCIH. Identificar precocemente surtos, monitorar microrganismos circulantes na região e seus antibiogramas, além da implementação de medidas de isolamento e prevenção de contágio são funções essenciais da CCIH. Assim, seu funcionamento impacta diretamente na qualidade da assistência hospitalar, bem como nos custos hospitalares, tempo de internamento e redução de superlotação.

2.4. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO E A IMPORTÂNCIA CLÍNICA DAS CULTURAS

O diagnóstico microbiológico constitui uma etapa essencial para o manejo adequado das infecções como um todo, mas principalmente para as infecções hospitalares. A realização de exames de cultura, como hemoculturas, uroculturas e culturas de secreções deve ser incentivada

e ser coletada o mais precocemente possível na suspeita de qualquer infecção grave. A identificação do agente etiológico envolvido orienta a escolha do tratamento antimicrobiano, impacta diretamente no tratamento e tempo de internação. Na ausência desse diagnóstico, o tratamento empírico acaba sendo frequentemente adotado. O que pode resultar em tratamento inadequado, por períodos mais prolongados ou com custo excessivo e desnecessário (Brasil, 2021).

Na prática hospitalar, observamos frequentemente atrasos na coleta dos materiais, contaminação ou inconsistências dos resultados microbiológicos. Como consequência, observa-se a manutenção prolongada de antibióticos de amplo espectro, muitas vezes sem confirmação do agente infeccioso. Essa conduta, comum na prática clínica, está associada a piores desfechos clínicos, aumento do tempo de internação, reações adversas ao tratamento e maior risco de desenvolvimento de resistência bacteriana (Erbay et al., 2009).

Além disso, é importante e já foi bem estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, que o uso inadequado de antibióticos representa um problema crescente nos serviços de saúde e está diretamente relacionado ao avanço da resistência bacteriana, sendo considerada uma das maiores ameaças atuais à saúde pública mundial (W.H.O., 2016).

Segundo a OMS, a resistência antimicrobiana compromete a segurança do paciente e a qualidade da assistência, ampliando a morbimortalidade, tempo de internação e custos em saúde (W.H.O., 2016).

A OMS (2016), no documento Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level, destaca que as ameaças decorrentes de epidemias, pandemias e da resistência antimicrobiana tornaram-se cada vez mais evidentes como desafios globais permanentes, sendo atualmente reconhecidas como uma das principais prioridades na agenda internacional de saúde, sendo portando um desafio cada vez mais atual na rotina da saúde pública.

2.5. IMPACTO NO TEMPO DE INTERNAÇÃO, CUSTOS E SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR

O tempo de internação hospitalar está relacionado a fatores como diagnóstico de base do paciente, proposta de tratamento medicamentoso, necessidade de procedimentos cirúrgicos, necessidade de exames mais complexos, entre outros. Durante o internamento, o período proposto inicialmente pode se estender devido a complicações relacionadas ao tratamento, o que influencia diretamente na qualidade da assistência à saúde (Brasil, 2016).

Internações prolongadas e superlotação por menor rotatividade de leitos impactam negativamente na eficiência do sistema de saúde, uma vez que internações prolongadas também elevam o risco de novos eventos adversos, como infecções relacionadas à assistência à saúde, e aumentam significativamente os custos assistenciais (Stone, 2014).

A superlotação hospitalar surge como consequência direta de uma série de problemas assistenciais crônicos e representa um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS. Isso compromete o acesso aos serviços, prejudica a qualidade do cuidado prestado e deteriora as condições de trabalho das equipes de saúde, além de dificultar a admissão de novos pacientes que necessitam de atendimento hospitalar (Brasil, 2020).

Sobre isso, posso citar dois exemplos práticos de como o diagnóstico microbiológico em tempo hábil modifica tempo de internamento, custos hospitalares e morbimortalidade:

Exemplo 1: Paciente jovem, que é admitido com quadro de urosepse, na admissão se colhe culturas de sangue e urina e é iniciado Ceftriaxona empírica. Em 48-72h com o paciente já melhor e estável se recebe o resultado das culturas que mostram Escherichia coli multissensível. É possível nesse caso a alta hospitalar precoce com segurança, em uso de antibioticoterapia oral, resultando em menos tempo de internação, 7 dias para 3 dias, menos custos hospitalares e liberando o leito para outro paciente que precise.

Exemplo 2: Paciente idoso com diversas comorbidades que é admitido por insuficiência respiratória associada a pneumonia comunitária, é entubado na urgência, são coletadas culturas admissionais e iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. Com 48-72h caso as culturas se mostrem positivas podem auxiliar a desescalar antibioticoterapia, diminuir efeitos adversos da terapia e reduzir custos hospitalares. Ou alternativamente, caso o paciente evolua com infecção relacionada à assistência à saúde, a coleta de culturas antes da troca de antibioticoterapia, pode contribuir para menor tempo de ventilação mecânica, melhora da morbimortalidade, redução de custos intra e extra-hospitalares com reabilitação, além de reduzir riscos de internação prolongada e diminuir a superlotação.

Diante disso, a implementação de estratégias voltadas à melhoria do diagnóstico microbiológico e à promoção do uso racional de antimicrobianos mostra-se fundamental. Essas ações têm potencial para reduzir o tempo de internação, minimizar custos desnecessários e qualificar a assistência à saúde, aproximando a prática clínica de um modelo mais eficiente, seguro e baseado em evidências.

Ademais, no que se refere ao controle de infecções e ao diagnóstico microbiológico, percebe-se que a demora na obtenção de resultados de culturas clínicas não pode ser analisada de forma isolada, mas como reflexo de problemas organizacionais mais amplos, como falhas

nos fluxos assistenciais, insuficiência de recursos laboratoriais e fragilidade na comunicação entre equipes. A manutenção prolongada de terapias antimicrobianas empíricas, muitas vezes naturalizada na rotina hospitalar, contribui para o aumento da resistência bacteriana, elevação dos custos e prolongamento das internações, impactando negativamente a eficiência do sistema. Assim, investir na qualificação do diagnóstico microbiológico e no fortalecimento da atuação da CCIH não deve ser compreendido apenas como medida técnica, mas como estratégia central de gestão hospitalar, capaz de influenciar diretamente a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a sustentabilidade do SUS.

3. METODOLOGIA

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Por meio deste Trabalho de Conclusão de Residência Médica, apresenta-se um estudo observacional, descritivo, analítico, de abordagem qualitativa, com proposta de intervenção ao final, realizado a partir da análise da realidade assistencial no Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro (CHRDJC) durante o período de dois anos de formação na residência de Clínica Médica.

O estudo foi desenvolvido no CHRDJC, instituição pública integrante do SUS, localizada na cidade de Patos, no sertão da Paraíba. A coleta de dados ocorreu por meio de observação direta e sistemática durante a vivência prática no ambiente hospitalar, no período de março de 2024 a janeiro de 2026.

Nesse período, foram observados os principais processos assistenciais, rotinas de trabalho, fluxos de atendimento, disponibilidade de recursos humanos e aspectos relacionados à segurança do paciente e ao controle de infecções.

Com base nessas informações, os dados observados foram organizados por meio da ferramenta SWOT, onde foram analisadas as Forças e Fraquezas como componentes do ambiente interno da instituição, relacionados à estrutura física, recursos humanos e organização assistencial, bem como as Oportunidades e Ameaças que por meio da análise do ambiente externo e considerando fatores sistêmicos, econômicos e epidemiológicos foi possível produzir um quadro-síntese que permite a visualização dos principais pontos críticos e potenciais do hospital.

Por fim, com base na análise crítica realizada por meio da ferramenta SWOT, amparada por extensa revisão bibliográfica, são apresentadas quatro propostas de intervenção

direcionadas à melhoria da qualidade da assistência em saúde no CHRDJC. As propostas fundamentam-se na reorganização de processos assistenciais, no fortalecimento do diagnóstico microbiológico, na redução das taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde, além de contribuírem para a redução da superlotação e dos custos hospitalares.

3.2. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Por se tratar de um estudo observacional, baseado em análise pessoal e crítica de processos institucionais e sem utilização de dados identificáveis de pacientes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução número 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2016).

Declaro que todos os princípios éticos e legais foram respeitados, garantindo sigilo das informações e da identidade dos envolvidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação do resultado do presente estudo em forma de quadro síntese, pretende contribuir com o planejamento estratégico da instituição. Os resultados não se limitam à identificação isolada de problemas ou potencialidades, mas ajudam a fornecer um diagnóstico situacional do complexo hospitalar.

Ao final dos resultados, podemos fundamentar possíveis intervenções, priorizando os aspectos mais críticos e direcionando esforços para o que mais pode impactar a qualidade da assistência. Por isso, trago ao final quatro propostas de intervenção que podem ajudar a fortalecer ainda mais a unidade, melhorar a qualidade da assistência à saúde, fortalecer o diagnóstico microbiológico e aumentar a custo-efetividade do sistema de saúde.

4.1. ANÁLISE SWOT DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

A aplicação da ferramenta SWOT permitiu identificar os principais aspectos internos e externos que influenciam diretamente o Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro (CHRDJC). O quadro síntese abaixo apresenta o resultado, que se divide em análise interna (forças e fraquezas) e análise externa (oportunidades e ameaças), possibilitando uma visão global da instituição:

Quadro 1 – Análise SWOT do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

Análise Interna	Forças	Corpo clínico com experiência em alta demanda e pacientes críticos
		Presença de residentes/estagiários (força assistencial e educacional)
		Presença de alguns protocolos clínicos
		Capacitações frequentes e oportunidades de uniformização de conhecimentos
		Boa resolutividade e capacidade estrutural para atender as principais urgências e emergências
		Presença de gestão proativa, qualificada e interessada com a melhoria do serviço
		Presença de coordenadores de setores competentes, presentes, alinhados com a medicina baseada em evidências e que trabalham constantemente para melhoria do serviço
		Existência de rede de referência regional estruturada
		Acesso a exames de imagem de baixa, média e complexidade na própria unidade hospitalar
		Infraestrutura física ampla, porém, capaz de atender apenas parcialmente à demanda existente
		Acesso a profissionais especialistas e subespecialistas
		Capacidade de atendimento a populações vulneráveis
		Cultura institucional de “resolver apesar das limitações”
	Fraquezas	Alta demanda constante
		Elevada complexidade da demanda assistencial
		Número subótimo de profissionais médicos e de enfermagem
		Sobrecarga assistencial crônica
		Falta de padronização de condutas
		Prontuários incompletos ou pouco padronizados
		Comunicação falha entre equipes
		Falta de indicadores assistenciais
		Ausência de um serviço estruturado de fonoaudiologia na unidade
	Fraquezas Críticas	Diagnósticos empíricos e sem comprovação microbiológica frequentes
		Demora na liberação e inconsistência de exames laboratoriais, principalmente de culturas microbiológicas (seja por problema na coleta, no armazenamento, no transporte ou na análise de amostras)
		Ausência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) estruturada e atuante
		Ausência de incentivo à lavagem de mãos, à segurança do paciente e ao controle de infecções
		Falta de culturas com tempo hábil para permitir uma conduta clínica. Isso agrava outras fraquezas, eleva a resistência antimicrobiana e contribui para piores desfechos clínicos
Análise Externa	Oportunidades	Expansão física e estrutural do hospital
		Possibilidade de implantação/fortalecimento da CCIH
		Parcerias com universidades
		Possibilidade de um curso de fonoaudiologia
		Expansão dos programas de residência médica
		Educação permanente em saúde
		Implantação de POPs (Procedimento Operacional Padrão) e bundles assistenciais
		Uso de indicadores de qualidade
		Informatização de processos
		Acesso a programas do Ministério da Saúde
		Implantação de stewardship antimicrobiano
		Fortalecimento da cultura de segurança do paciente

	Ameaças	Subfinanciamento crônico do SUS
		Judicialização da saúde
		Escassez de profissionais qualificados
		Aumento da resistência bacteriana
		Eventos adversos evitáveis
		Desgaste físico e emocional da equipe (burnout)
		Novas emergências sanitárias
		Dependência de laboratórios externos
		Falta de sustentabilidade financeira a longo prazo

Fonte: Dados da pesquisa, 2024-2026

4.1.1. FORÇAS

Quando analisamos por meio da observação as forças de uma instituição grande como o CHRDJC, temos que levar em consideração que muitos processos podem passar despercebidos. Rotinas assistenciais que começam na lavanderia, cozinha ou mesmo nos escritórios podem passar debaixo dos olhares. Cuidar e tentar ampliar os pontos fortes da unidade deve ser meta persistente da gestão. Durante minha vivência pude identificar vários pontos fortes na instituição.

Destaco que a presença de um corpo clínico experiente, habituado com manejo de pacientes graves e à alta demanda assistencial, associado a presença de estagiários e residentes que fortalecem a parte acadêmica são considerados por mim o ponto mais forte da unidade e favorecem a resolutividade da assistência.

Observei que a existência de protocolos clínicos institucionais, associado a frequente realização de capacitações e o fácil acesso a especialistas favorecem a tomada de condutas padronizadas, uniformes e baseadas em evidências.

Outro ponto positivo que identifico na unidade refere-se à gestão hospitalar e a coordenação de setores, que mostram postura proativa, conhecimento baseado em evidências e interesse pela melhoria contínua dos processos assistenciais do complexo hospitalar.

A boa capacidade estrutural da unidade também é um ponto forte da instituição, acesso a exames complementares de baixa, média e alta complexidade vão desde exames bioquímicos a exames de imagem como tomografia, radiografia, ultrassonografia e exames invasivos como cateterismo cardíaco e procedimentos videolaparoscópicos.

Além disso, quando a complexidade do caso costuma fugir a capacidade de resolução da unidade, o acesso a uma rede regional estruturada de regulação contribui para resolutividade das demandas e facilita o acesso ao cuidado subespecializado.

4.1.2. FRAQUEZAS E FRAQUEZAS CRÍTICAS

Quando fazemos uma análise situacional com o intuito de promover um planejamento estratégico de melhorias, temos uma tendência a sobrevalorizar fraquezas em detrimento de pontos fortes. Isso contribui para a formulação de intervenções e propostas para melhoria do cuidado.

Ao analisar as fraquezas da unidade, temos que a alta demanda constante, quando associado a elevada complexidade dos casos atendidos, contribuem diretamente para sobrecarga assistencial crônica. O número subótimo de profissionais médicos e de enfermagem impactam diretamente na qualidade do cuidado e na segurança do paciente.

A sobrecarga assistencial crônica é um ponto que impacta de maneira significativa em outras fragilidades. Falta de padronização de condutas, prontuários incompletos ou pouco padronizados e falhas na comunicação entre equipes podem ser consequências, ou fortemente facilitadas, pelo número insuficiente de profissionais e pela demanda assistencial elevada.

Um serviço de fonoaudiologia é imprescindível a uma grande unidade que é referência em neurologia, terapia intensiva e oncologia. A reabilitação dos pacientes é tempo-dependente, atrasos para uma assistência fonoaudiológica podem impactar significativamente na recuperação dos pacientes vítimas de acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico grave, pacientes que são submetidos a ventilação mecânica prolongada, ou ainda pacientes com disfagia ou traqueostomizados que com frequência são atendidos na unidade hospitalar.

Uma fraqueza crítica que identifiquei na unidade, é a alta porcentagem de diagnósticos empíricos, sem comprovação microbiológica e que são tratados com antibioticoterapia empírica por longos períodos. Isso acontece por diversos motivos, a demora e a inconsistência no resultado das análises microbiológicas é um dos principais.

O fato de as culturas microbiológicas não serem uma prioridade assistencial pode impactar diretamente no tratamento médico. Pacientes submetidos a terapia empírica irão cursar com maior tempo de tratamento, risco de falha terapêutica, eventos adversos à medicação e necessidade de novos tratamentos. Isso impacta diretamente no tempo de internação, dificulta a rotação de leitos, contribui para superlotação e eleva custos hospitalares.

A ausência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) estruturada e atuante é outra fraqueza crítica que identifico no CHRDJC. Padronizar procedimentos e coletas de culturas, ajudar na formulação de planos terapêuticos além de identificar padrões de resistência antimicrobiana na instituição são algumas das funções de uma CCIH. Esse, na minha opinião, é um dos pontos que mais interfere na qualidade do cuidado, e o custo de sua

implantação e estruturação pode ser superado pela economia na redução de períodos de internamento, na padronização de tratamentos mais custo-efetivos e na implantação de programas de stewardship antimicrobiano.

A falta de resultados microbiológicos em tempo hábil para mudança ou tomada de decisão clínica perpetua o uso de antibioticoterapia empírica e de amplo espectro. Isso favorece a resistência antimicrobiana e contribui para piores desfechos clínicos, internações prolongadas e aumento dos custos hospitalares.

Outra importante fraqueza crítica é a falta de incentivo à lavagem de mãos, à segurança do paciente e ao controle de infecções hospitalares. Segundo a OMS, existem 5 momentos para lavagem de mãos, antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após o contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente (WHO, 2016). E, quando estamos na rotina assistencial, identificamos um número deficiente de lavagem de mãos comparado ao que seria esperado para a demanda do hospital. Sendo assim, é importante a presença de bundles assistenciais e de prevenção para as principais infecções hospitalares expostos à equipe, relembrando e incentivando rotinas assistenciais e procedimentos básicos, como a lavagem de mãos, que quando empregados de rotina podem efetivamente contribuir para controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, diminuir tempo de internamento e reduzir custos hospitalares.

4.1.3. OPORTUNIDADES

A análise do ambiente externo mostra diversas oportunidades que podem ser exploradas para melhoria da qualidade assistencial no CHRJDC. Destaco que desde o início de minhas atividades em março de 2024 o complexo hospitalar se encontra em reforma, com ampliações estruturais programadas para aumentar o número de leitos atendidos e melhorar a capacidade de resolução da unidade. Essa expansão é uma oportunidade para organização de espaços e fluxos assistenciais além de adequar o serviço à alta demanda regional.

Essa expansão física é uma oportunidade para implantação e estruturação de uma possível Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, que pode inclusive em conjunto com os programas de residência médica estar integrado a programas de educação permanente em saúde e contribuir para capacitação e fixação de profissionais na região.

Um programa de stewardship antimicrobiano é um conjunto de ações institucionais que visam garantir o uso adequado dos antibióticos baseado em evidências científicas. É importante

etapas de vigilância e padronização do cuidado visando oferecer ao paciente o antimicrobiano correto, na dose correta, pelo tempo adequado, com a via de administração apropriada e, sempre que possível, guiado por dados microbiológicos (BRASIL, 2018). A implantação de um programa de stewardship antimicrobiano em parceria com uma CCIH atuante, é uma oportunidade de contribuir para a segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência.

Parcerias com universidades, como a UNIFIP, são estratégias para fortalecer o ensino e a pesquisa na instituição e assim melhorar a assistência da unidade e favorecer a formação de novos profissionais qualificados. A presença de um curso de fonoaudiologia pode ser de comum interesse à instituição e ao complexo hospitalar. Isso fortalece o cuidado, melhora a assistência, pode impactar na reabilitação precoce dos pacientes e resultar em melhores desfechos e menor tempo de internação. Além disso, a implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e de bundles assistenciais pode ser facilitada pela parceria com instituições de ensino e contribuir na padronização de condutas e no fortalecimento de processos assistenciais.

Outra oportunidade de melhoria é o uso de indicadores de qualidade, como tempo médio de internação, taxas de infecção hospitalar e consumo de antimicrobianos. Esses indicadores podem atuar como um feedback ao médico assistente e ajudar no aperfeiçoamento das próximas condutas.

4.1.4. AMEAÇAS

Quando observamos as ameaças que podem comprometer a sustentabilidade e a qualidade da assistência prestada pela instituição, desponta o subfinanciamento crônico do SUS. Número reduzido de profissionais, problemas estruturais e falta de acesso a exames ou tratamentos mais custosos podem comprometer diretamente a assistência. É importante conseguir custo-efetividade no diagnóstico e tratamento dos pacientes, evitando exames e procedimentos desnecessários, para reduzir esse risco.

A judicialização da saúde é outro desafio relevante, pode gerar custos imprevisíveis, desarticular fluxos assistenciais e comprometer a qualidade da assistência (BRASIL, 2016).

É importante ao gestor estar atento ao nível de motivação de sua equipe, evitar o desgaste físico e emocional das equipes. A exposição contínua ao estresse e a situações de risco podem gerar burnout e prejudicar a assistência em saúde.

Emergências sanitárias, como a recente pandemia de Covid-19, mostram a vulnerabilidade de todo o sistema de saúde. É importante a presença de estratégias de enfrentamento a crises e situações de calamidade pública, visto que podem ser imprevisíveis e

rapidamente superlotar as instituições de saúde que já trabalham com altíssima demanda assistencial.

O aumento da resistência bacteriana é um problema crescente em todo mundo e combatê-la é visto como uma das prioridades de ação em saúde global. O uso empírico e prolongado de antibioticoterapia de amplo espectro agrava esse problema e reforça a importância do diagnóstico microbiológico como estratégia central de prevenção a essa ameaça (WHO, 2016).

4.2. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos por meio da análise SWOT demonstram que o CHRDCP apresenta características comuns a muitos hospitais públicos brasileiros, como a coexistência de potencial técnico assistencial relevante com fragilidades organizacionais que impactam diretamente na qualidade do cuidado.

Ao analisar as forças da instituição, observa-se que a presença de corpo clínico experiente, programas de residência médica e gestão comprometida são fatores reconhecidos na literatura como fundamentais para a resolutividade hospitalar. Mendes (2011) destaca que o hospital, dentro das Redes de Atenção à Saúde, deve funcionar como ponto estratégico de cuidado especializado, exigindo coordenação eficiente e qualificação técnica constante. Nesse sentido, os pontos fortes identificados no CHRDJC estão alinhados com o que é preconizado para unidades hospitalares inseridas no SUS.

Por outro lado, as fraquezas identificadas, especialmente a sobrecarga assistencial, número subótimo de profissionais e ausência de indicadores sistematizados, refletem desafios estruturais amplamente discutidos na literatura. O subfinanciamento crônico do SUS e a alta demanda reprimida são fatores que impactam diretamente na organização dos processos hospitalares (Brasil, 2016). A sobrecarga assistencial pode contribuir para falhas de comunicação, registros incompletos e dificuldade na padronização de condutas, comprometendo a segurança do paciente.

Entre as fraquezas críticas, destaca-se o uso empírico prolongado de antimicrobianos associado à demora na liberação de culturas microbiológicas. Estudos demonstram que a ausência de diagnóstico etiológico oportuno está associada a maior tempo de internação, aumento de custos e maior risco de resistência bacteriana (Erbay et al., 2009). A Organização Mundial da Saúde reforça que a resistência antimicrobiana representa uma das maiores ameaças

globais à saúde pública, sendo diretamente influenciada pelo uso inadequado de antibióticos (W.H.O., 2016).

Nesse contexto, a ausência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar estruturada agrava o problema. Segundo a ANVISA (2018), a presença de uma CCIH atuante é essencial para vigilância epidemiológica, padronização de protocolos e implementação de programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos. A literatura mostra que hospitais que adotam programas estruturados de controle de infecção e stewardship antimicrobiano apresentam redução significativa no consumo de antibióticos e nas taxas de infecção hospitalar (Dellit et al., 2007).

Outro ponto relevante refere-se à higienização das mãos e à implantação de bundles assistenciais. A OMS (2016) destaca que medidas simples, como adesão aos cinco momentos para higiene das mãos, podem reduzir significativamente a incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde. A implementação de bundles para ventilação mecânica, cateter venoso central e outros dispositivos invasivos tem mostrado impacto positivo na redução de complicações e na diminuição do tempo de internação.

As oportunidades identificadas, como expansão estrutural da unidade, parcerias com universidades e implantação de indicadores de qualidade, encontram respaldo na literatura como estratégias eficazes para fortalecimento institucional. A utilização de indicadores assistenciais permite monitorar desempenho, orientar decisões gerenciais e promover melhoria contínua da qualidade (Donabedian, 1988).

Por fim, as ameaças externas, como subfinanciamento, judicialização da saúde e emergências sanitárias, reforçam a necessidade de planejamento estratégico contínuo. A pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade dos sistemas de saúde e a importância de estruturas organizacionais preparadas para situações de crise.

Dessa forma, os achados deste estudo dialogam com evidências nacionais e internacionais, demonstrando que as intervenções propostas não são medidas isoladas, mas estratégias alinhadas às recomendações científicas para melhoria da qualidade assistencial, segurança do paciente e sustentabilidade do sistema de saúde.

4.3. VIESES DO ESTUDO

É importante reconhecer que este estudo pode ser influenciado por alguns vieses. Por ser uma análise observacional realizada apenas por único autor e que atuou na assistência apenas em parte dos setores assistenciais, os vieses de observação e de seleção podem estar

presentes. Isso ocorre também pois o contato prolongado rotineiro poder naturalizar e influenciar algumas práticas ou, alternativamente, retirar a percepção de outras.

Apesar dos vieses, a exposição continuada de vivência durante a residência médica permite uma avaliação aprofundada da realidade do complexo hospitalar, reduzindo o risco de achados incidentais ou interpretações erradas.

5. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Com base nos resultados da análise SWOT e na discussão dos principais "gargalos" assistenciais identificados no Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro (CHRDJC). Elaborei quatro propostas de intervenção estratégicas, interdependentes, factíveis e custo-eficientes a longo prazo, que podem servir de base para um planejamento estratégico, favorecer a segurança do paciente e melhorar a qualidade assistencial no CHRDJC.

5.1. FORTALECIMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Considerando o papel que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, na identificação precoce de surtos e padrões de resistência antimicrobiana, além de padronização de rotinas assistenciais relacionadas a antibioticoterapia e culturas microbiológicas. É importante termos uma CCIH atuante em uma unidade de grande porte como o CHRJDC. Para isso, em seguida proponho alguns passos que podem ser seguidos nesse sentido, e que certamente contribuirão de maneira efetiva para melhoria da qualidade na assistência.

Passo 1: Formalizar institucionalmente a CCIH, com designação oficial de seus membros, infectologista responsável, diretor técnico, enfermeiro, coordenador do setor e demais participantes atuantes da comissão, bem como meio de contato institucional de cada membro.

Passo 2: Definir claramente as atribuições e rotinas da CCIH, como a elaboração de protocolos, vigilância de surtos, controle de antibioticoterapia, monitorizar e auditar indicadores.

Passo 3: Promover a capacitação da equipe, definindo profissional da CCIH responsável pelas capacitações da equipe de assistência, definir agenda, selecionar material da ANVISA e

OMS com foco em infecções relacionadas à assistência à saúde, bundles e segurança do paciente.

Passo 4: Integrar a CCIH aos setores assistenciais, promovendo reuniões periódicas, definindo metas, planos de ação assistencial, promovendo rotinas de cuidados e protocolos. Além de estar disponível para responder pareceres, esclarecer dúvidas, discutir casos com os médicos assistentes e contribuir para o cuidado do paciente.

Com esses cuidados e o fortalecimento da CCIH junto ao complexo hospitalar, é esperado a longo prazo redução das taxas de infecção relacionada à assistência à saúde, maior padronização de condutas e rotinas assistenciais, além de melhor auditoria e controle de uso de antimicrobianos, vigilância de surtos e identificação de padrões de resistência antimicrobiana local.

5.2. REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL SOBRE AS CULTURAS

Esta segunda proposta tem por objetivo reorganizar e qualificar o processo assistencial relacionado às culturas microbiológicas. O atraso e inconsistência no resultado das culturas microbiológicas no CHRDJC é a soma vários erros, como atraso na coleta, problema na técnica de coleta, demora para início da análise, armazenamento inadequado, entre outros. Para isso além da CCIH é importante o laboratório participar ativamente do processo de melhoria desse processo assistencial muitas vezes com sua importância subestimada. Seguem os passos propostos para melhoria do serviço em relação a esse aspecto.

Passo 1: Mapear e auditar o fluxo atual das culturas, desde a solicitação, passando pelo tempo para coleta, técnica e profissional responsável pela coleta, armazenamento e tempo de espera para análise.

Passo 2: Padronizar as coletas, definir fluxos de urgência para coleta rápida, análise precoce, armazenamento adequado e tornar as culturas microbiológicas uma prioridade assistencial em toda unidade hospitalar.

Passo 3: Capacitar os profissionais responsáveis pela coleta e pela análise das culturas. Informatizar o laboratório, melhoria do sistema, estabelecer culturas parciais e com definição do tempo de demora até a positivação, além de culturas pareadas e antibiogramas normais e estendidos quando solicitados.

Passo 4: Estabelecimento de metas e prazos para liberação de resultados, além de comunicação ativa do laboratório para a equipe assistente em casos de inconsistências ou padrões graves de resistência.

Passo 5: Auditar e vigiar continuamente esse processo assistencial, visando sempre sua melhoria e constante atualização e adaptação das rotinas.

Em outro momento, o CHRDJC tentou otimizar o sistema de culturas, com melhoria e informatização das culturas microbiológicas, mas sem a organização de todo o processo assistencial de coleta, armazenamento e análise, essa mudança não repercutiu clinicamente e continuaram a ser observadas demoras e inconsistências em seus resultados. Com esses cuidados propostos, certamente veremos a longo prazo uma melhoria da qualidade assistencial, uma redução do uso empírico prolongado de antibióticos, uma melhor eficiência dos tratamentos, com menos complicações relacionadas ao tratamento, menor tempo de internamento e tempo de antibioticoterapia, além de uma melhor custo-efetividade e sustentabilidade do serviço de saúde como um todo.

5.3. IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE STEWARDSHIP ANTIMICROBIANO

Um programa de stewardship antimicrobiano nada mais é do que um programa de gerenciamento do uso dos antimicrobianos. Este programa tem foco em racionalizar o uso da antibioticoterapia, aumentar a segurança do paciente e reduzir custos hospitalares. Padronizando o cuidado e implantando protocolos seguros para administração do antimicrobiano correto, na dose correta, pelo tempo adequado, com a via de administração apropriada e, sempre que possível, guiado por dados microbiológicos. Para isso propus alguns passos para a implantação desse programa.

Passo 1: Definir a equipe responsável pela formulação dos protocolos, auditoria e vigilância de sua aplicação prática.

Passo 2: Elaborar os protocolos institucionais, por ordem de prevalência e importância das infecções, baseado em evidências científicas e padrões de resistência local.

Passo 3: Revisão das prescrições médicas, incentivando o desescalonamento de antibióticos e suspensão precoce, quando indicados

Passo 4: Monitoramento do consumo de antibióticos, formulação de indicadores de uso e eficiência de tratamentos.

Passo 5: Ações educativas contínuas, voltadas aos prescritores e equipes assistenciais.

Esse pacote de medidas pode influenciar positivamente para evitar a progressão da resistência antimicrobiana, melhorar desfechos clínicos, favorecer cursos mais curtos de antibióticos que resultarão em menor tempo de internamento e menores custos hospitalares.

5.4. INCENTIVO À LAVAGEM DE MÃOS, CAPACITAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE BUNDLES SOBRE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Essa quarta proposta aborda medidas assistenciais fundamentais para prevenção de infecções relacionada à assistência à saúde. A lavagem de mãos é o ponto central de minha proposta, mas a implantação de bundles com um conjunto de medidas para controle dessas infecções pode otimizar ainda mais o resultado.

Passo 1: Melhoria da estrutura física das pias para lavagem de mãos dos quartos, das enfermarias e das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Pias com espaço adequado, acionadores com pé e presença de lenços em dispensador podem ajudar a fortalecer a cultura de lavagem de mãos.

Passo 2: Campanhas constantes de higiene das mãos, banners expostos em cima das pias e em locais estratégicos em todo hospital, orientando momento adequado de lavar as mãos e sua importância.

Passo 3: Capacitação prática, com treinamentos periódicos sobre forma correta de lavagem de mãos, pode ajudar a fortalecer continuamente a cultura de lavagem de mãos.

Passo 4: Implantação de bundles assistenciais, com pacote de medidas e checklists que devem ser seguidos nos cuidados para controle das principais situações de risco de infecção, como ventilação mecânica, cateter venoso central e sonda vesical.

Passo 5: Auditoria e constante fiscalização de processos assistenciais. Inicialmente em setores mais críticos como Emergência e UTI, e em seguida expandir para todo complexo hospitalar. Promovendo feedback contínuo as equipes e promovendo estratégias para melhoria contínua da assistência.

Com essas medidas, de baixo custo e alto potencial de redução de complicações relacionadas à assistência à saúde, podemos melhorar a custo-efetividade da assistência, reduzir o número de infecções evitáveis e fortalecer a segurança do paciente. A longo prazo, a redução dessas infecções e complicações relacionadas ao internamento possuem grande potencial de diminuir tempo de internação, contribuir para diminuir a superlotação e melhorar a qualidade da assistência.

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho analisou de forma sistematizada e crítica a realidade assistencial do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro (CHRDJC) a partir da aplicação da

ferramenta SWOT. A utilização dessa ferramenta auxiliou a expor de forma estruturada as minhas observações do cotidiano hospitalar, fornecer um diagnóstico situacional e servir de base para propor intervenções para um planejamento estratégico.

Minha análise mostrou que o hospital apresenta forças, potenciais e oportunidades múltiplas. Mas minhas intervenções focaram em corrigir fraquezas e tentar antecipar ameaças, melhorando a custo-efetividade do atendimento e reorganizando processos assistenciais.

Um ponto crítico e importante da análise está no diagnóstico microbiológico. O seu fortalecimento através da reorganização dos processos assistenciais, sua priorização institucional, capacitação e melhorias de sua análise laboratoriais podem impactar na condução clínica dos pacientes. Isso reduz custos, mortalidade, tempo de internação e melhora a qualidade da assistência.

Ressalto que muitas fragilidades que identifiquei no CHRDJC não decorrem exclusivamente de limitação financeira, mas de falhas organizacionais quando aos procedimentos rotineiros a instituição. Sendo assim, medidas que fortaleçam a gestão hospitalar são necessárias para melhorar a eficiência e sustentabilidade do serviço.

Ainda há espaço para várias análises, de diferentes perspectivas e de abordagem multiprofissional. Este trabalho ajuda a visualizar a importância da aplicação de ferramentas de análise estratégica e situacional do complexo hospitalar para a proposição de intervenções e melhorias.

As quatro propostas de intervenção que trouxe são complementares entre si e se implementadas de forma integrada podem contribuir para melhoria na qualidade da assistência e reduzir de forma significativa infecções relacionadas à assistência à saúde.

Espero que este trabalho contribua para o fortalecimento do CHRDJC, que sirva de base para outros estudos neste sentido, que ajude a construir uma cultura de segurança do paciente, lavagem de mãos e prevenção de infecções hospitalares, que sirva de base para mudanças concretas no complexo hospitalar e que corrobore para a melhoria da assistência, uso racional de recursos e economia, fortalecendo todo o Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes para Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Brasília**: ANVISA, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS)**. Brasília: ANVISA, 2021.

BRASIL**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 jan 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 28 jan 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DELLIT, T. H. et al. **Guidelines for developing an antimicrobial stewardship program**. Clinical Infectious Diseases, Oxford, v. 44, n. 2, p. 159–177, 15 jan. 2007.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>. Acesso em: 28 jan 2026.

ERBAY, A. et al. Impact of early appropriate antimicrobial therapy on survival in *Acinetobacter baumannii* bloodstream infections. **International Journal of Antimicrobial Agents**, ScienceDirect.com, v. 34, n. 6, p. 575-579, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2009.07.006>. Acesso em: 28 jan 2026.

GÜREL, Emet; TAT, Merba. Swot Analysis: A Theoretical Review. **The Journal of International Social Research**, Türkiye, v. 10, n. 51, p. 994-1006, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>. Acesso em: 28 jan 2026.

MENDES, E. V. ***As redes de atenção à saúde***. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico conceitos, metodologias e práticas**. 28. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

PEREIRA, M. F. **Planejamento estratégico: teorias, modelos e processos**. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Gestão hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021.

SOUSA, Milena Nunes A. et al. Análise FFOA das associações de apicultores do sertão da Paraíba. **Revista Brasileira de Gestão Ambiental**. Pombal, v. 13, n.1, p.01 - 11, jan - mar, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/333560124>. Acesso em: 28 jan 2026.

STONE, Patricia W. Economic burden of healthcare-associated infections: an American perspective. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**. Londres, v. 9, n. 5, p. 417-422, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1586/erp.09.53>. Acesso em: 28 jan 2026.

World Health Organization (WHO). **Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level**. Geneva: WHO, 2016.