CONAHP

Congresso Nacional
de Hospitais Privados | 2019

SESSÃO **PÔSTER**

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

► **CLIQUE AQUI**

INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA

► **CLIQUE AQUI**

MODELOS ASSISTENCIAIS

► **CLIQUE AQUI**

Selecione a sessão desejada.

SESSÃO **PÔSTER**

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

VOLTAR

Modelo de excelência no cuidado do paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Karlla Cunha, Karen Lázaro Ferreira, Francini Yamada, Fabio Nakandakare Kawamura

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência da utilização do modelo de excelência no cuidado do paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Considerando a relevância epidemiológica e os impactos biopsicossocio-econômicos relacionados ao Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, que representa a segunda principal causa de mortes, globalmente [1] , responsável em média por 10% da mortalidade mundial, com um impacto mundial de custos diretos e indiretos em 2012 de cerca de US$ 71,55 bilhões, compreende-se a importância e relevância de modelos assistenciais não apenas focalizados na prevenção mas na otimização dos cuidados na fase aguda para os pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.

METODOLOGIA

Desde 2010, uma rede de hospitais privados da cidade de São Paulo tem desenvolvido ações com o intuito de garantir o cuidado de excelência do paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, ao longo de sua jornada no serviço, desde o atendimento inicial realizado no Pronto Socorro, conforme as diretrizes do Protocolo de Acidente Vascular Cerebral, com o seguimento do cuidado transdisciplinar tanto na Unidade de Terapia Intensiva quanto nas Unidades de Internação e no acompanhamento pós alta, com o seguimento ambulatorial multiprofissional. Os dados referentes aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico são analisados e discutidos mensalmente, pela equipe multiprofissional, com o objetivo da constante melhoria dos processos nessa linha de cuidado.

RESULTADOS

Os resultados desse modelo assistencial transdisciplinar para os pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico podem ser demonstrados pelos indicadores aferidos mensalmente nas unidades da rede, tais como na unidade Pompeia, que finalizou o primeiro semestre de 2019 com a mediana acumulada do tempo porta – trombólise em 60 minutos, mediana do SMR de Acidente Vascular Cerebral em 0,54, a mediana do tempo de permanência hospitalar em 4 dias, e a taxa acumulada de 2,13% para as reinternações em 30 dias. Ainda como parte desse modelo assistencial é importante ressaltar a implantação, desde janeiro de 2019, da avaliação precoce do paciente internado com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico pela equipe multiprofissional, visando a otimização do processo de reabilitação, o qual terá sua continuidade, após a alta, no Centro de Reabilitação, onde o paciente também será acompanhado pela neurologia e fisiatria.

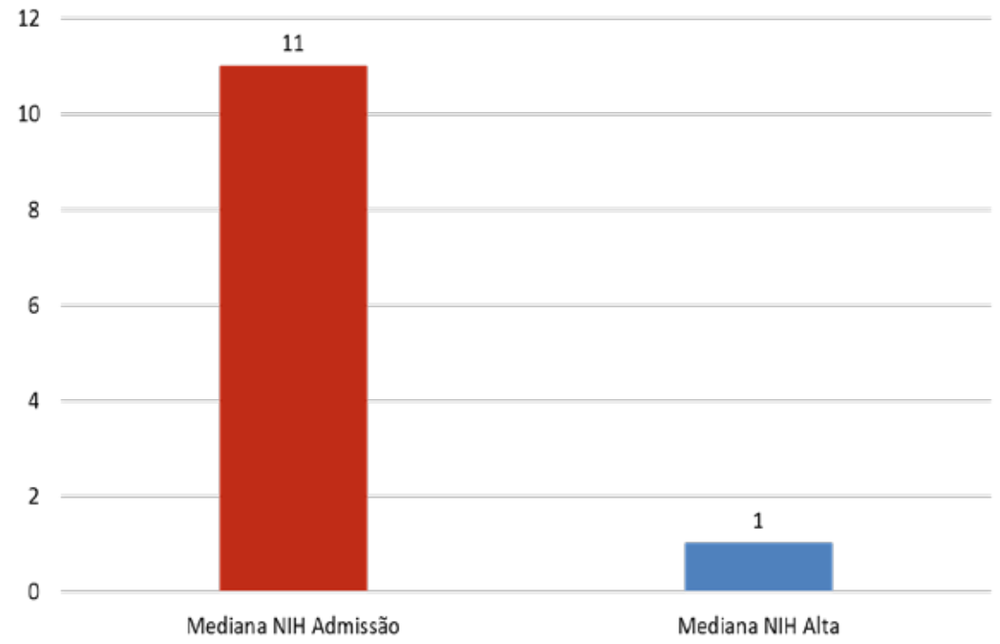


Figura 1 – Comparativo das medianas da escala de NIH na admissão e na alta dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (2019)

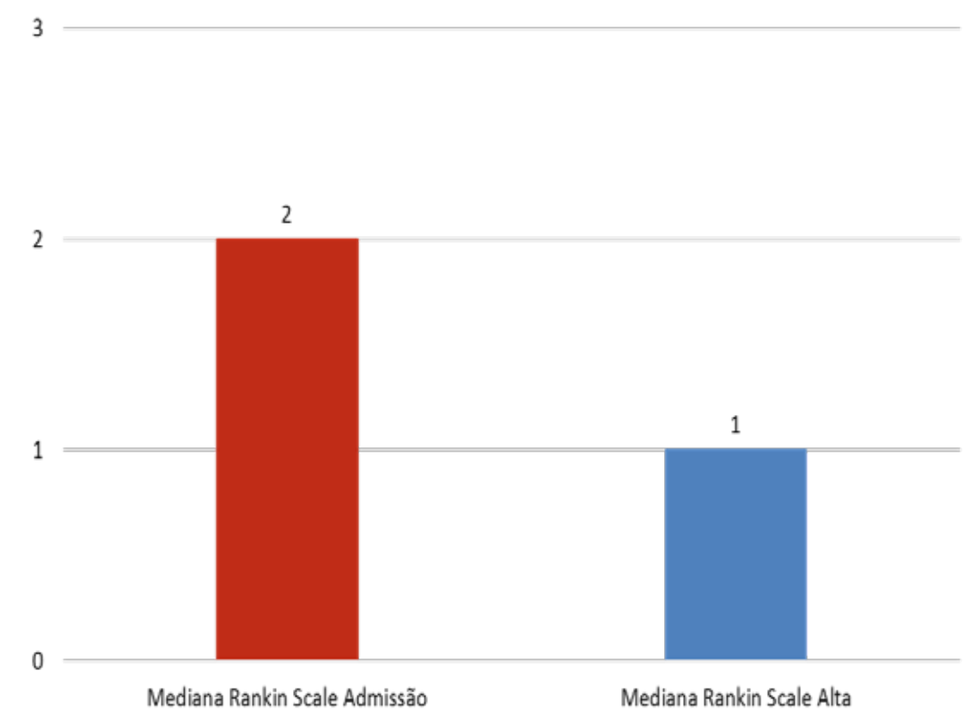


Figura 2 – Comparativo das medianas da escala de Rankin na admissão e na alta dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (2019)

CONCLUSÕES

Desse modo, com a melhoria contínua de seus processos, capacitação e treinamento pessoal, aquisição de novas tecnologias, essa rede de hospitais privados trilha um sólido caminho de sucesso dentro do modelo assistencial de excelência no cuidado ao paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, visando não somente se tornar um Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral, mas, principalmente, oferecer todo o diferencial de cuidado, com qualidade, segurança e eficiência, para que esse paciente atinja o melhor desfecho, ao retomar sua qualidade e funcionalidade de vida o mais rapidamente possível e de modo sustentado.

REFERÊNCIAS

1- GBD 2016 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019; 48: 439-458

VOLTAR

ORIENTA”DOR” as experiências dos pacientes que se transformam em “Satisfação” dos cuidados prestados

LUISA MURAKAMI, SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI, RITA PIRES COLI, TATIANE GLORIA DA MOTA

INTRODUÇÃO

Uma boa experiência se inicia ao entender o desejo ou problema do paciente, criando um ambiente hospitalar ideal, que atenda ou supere a expectativa de um cuidado eficaz e eficiente. Nossos pacientes podem se sentirem satisfeitos com a instituição, quando as suas experiências forem positivas, pois o principal objetivo foi atingido: terem as suas necessidades satisfeitas. [1]

OBJETIVO: Descrever as experiências dos pacientes referente ao controle da dor durante o seu período de internação hospitalar.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, realizada no mês de março de 2019, com pacientes que utilizaram Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA) acompanhados pelos enfermeiros do Núcleo PCA - Grupo de Controle da Dor. A pesquisa de experiência é um questionário de autorrelato[2], que foram entregue aos pacientes na unidade de internação.

PESQUISA DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE – CONTROLE DA DOR

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Internação: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico

Idade:_____

Sua opinião é de grande valia para a qualidade e melhoria dos serviços que lhes foram prestados. Agradecemos sua colaboração.

Sobre as afirmativas abaixo, marque com um “X” seu nível de experiência.

	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não se aplica
1. Durante esta hospitalização, com que frequência sua dor foi bem controlada.					
2. O Tempo de atendimento da equipe de saúde em atender sua queixa de dor foi dentro do esperado.					
3. As orientações sobre controle da dor foram explicadas de maneira que você pudesse entender					
4. O material educativo (folder) em dor foi esclarecedor.					
5. As orientações recebidas antes da cirurgia sobre **controle da dor** foi relevante.					
6. Que parte da sua experiência em “controle da Dor” o deixou mais satisfeito?					
7. O que acha que precisamos melhorar?					

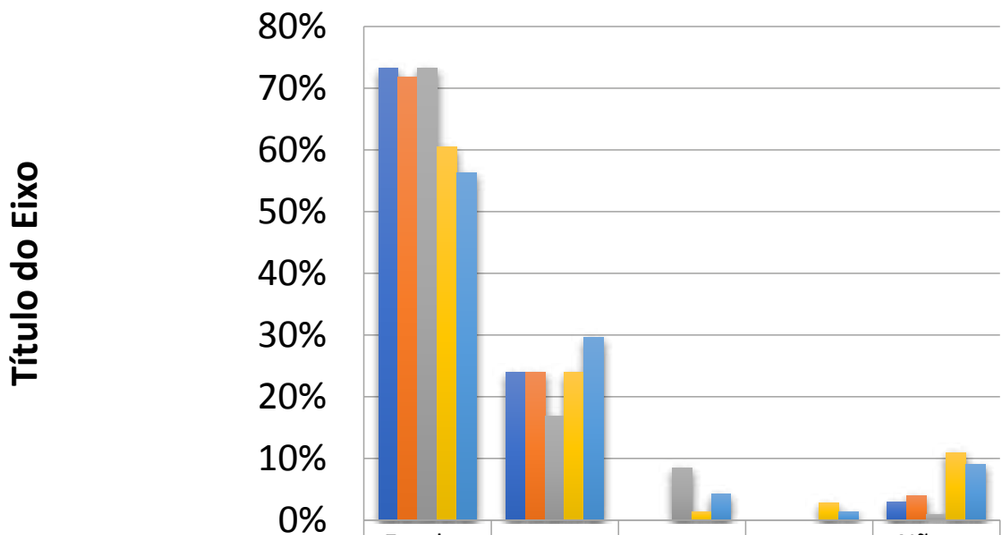
** O termo **“Não se aplica”** refere-se à informação ou material não recebido.

Questionário auto aplicável entregue para o paciente.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 73 questionários respondidos. Observou-se que 51(72%) eram do sexo masculino, com idade média de 58 anos, todos pacientes eram cirúrgicos e fizeram uso de PCA.

Das perguntas sobre o gerenciamento da dor, atendimento pela equipe de saúde e orientações oferecidas ao paciente durante toda internação (Gráfico 1).



	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Não se aplica
Dor bem controlada	73%	24%	0%	0%	3%
Tempo de atendimento	72%	24%	0%	0%	4%
Entendimento das orientações sobre controle da dor	73%	17%	8%	0%	1%
Folder educativo em dor	61%	24%	1%	3%	11%
Orientações sobre dor no Pré operatório	56%	30%	4%	1%	9%

Gráfico 1 : Análise quantitativa referente ao período de Março a Junho de 2019. O termo não se aplica refere-se a informação ou material não recebido.

Com relação a pergunta **“Que parte da sua experiência em “controle da dor” o deixou mais satisfeito?”,** as respostas foram categorizadas em:

Controle da dor: “O fato em si de existir a possibilidade de eu mesmo controlar a minha dor”, “O rápido atendimento.“,Não sentir dor”.

Agilidade no controle da dor: “Agilidade, paciência e atenção”, “Que ao sentir dor temos uma medicação imediata”. “Uso da bomba de morfina”.

Orientações do gerenciamento da dor: “Foram os esclarecimentos sobre todo o processo pelo qual eu passaria”, ”Quando pediam para dar a nota da minha dor.”, "Foram explicadas de maneira que pudesse entender.”.

E a pergunta **“O que acha que precisamos melhorar?”**, as respostas foram categorizadas em:

Experiência positiva: “O atendimento foi excelente!”, “Muito obrigado por tudo!”, “Estão ótimos.”, “Nada a melhorar.”, "Da minha parte foi tudo muito bom.”, “Não vejo algo no que melhorar, como está no momento é suficiente.”, “Está excelente.”.

CONCLUSÕES

Para que os nossos pacientes tenham uma experiência completa e satisfatória, é preciso ter uma equipe preparada e alinhada com esse objetivo. Estratégias: treinamentos contínuos; manter uma comunicação aberta com a equipe (reuniões mensais do Grupo de Controle da Dor e visitas aos pacientes com dor de dificil controle) e reconhecer os esforços de todos os colaboradores.

REFERÊNCIAS

1.WOLF, NIEDERHAUSER, MARSHBURN and LAVELA. Patient Experience Journal, Defining Patient Experience, 2014.
2.Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde. https://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments/

VOLTAR

A Voz do Paciente e a Construção de Modelos de Remuneração

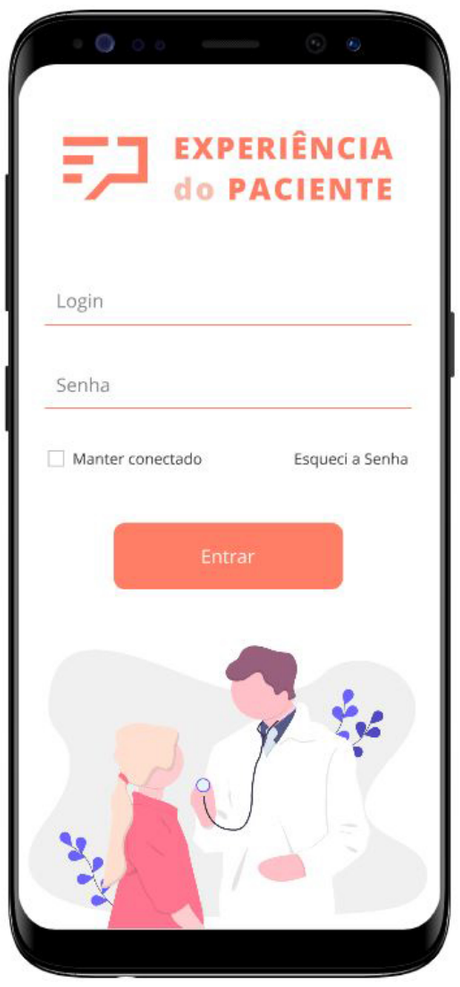
AUTORES: Ângela Ferreira de Souza, Cesar Augusto Miggiolaro, Cesar Luiz Abicalaffe e Michele Gequelin.

1. Introdução

A necessidade de avaliação do nível de satisfação dos clientes para com a qualidade no serviço prestado está se consolidando entre os administradores hospitalares, como resultado de grandes mudanças no cenário das organizações de saúde[1]. Pacientes e seus familiares passaram a exigir comprometimento com a melhoria da qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde, estimulados pela preocupação com a segurança do paciente.

2. Objetivo

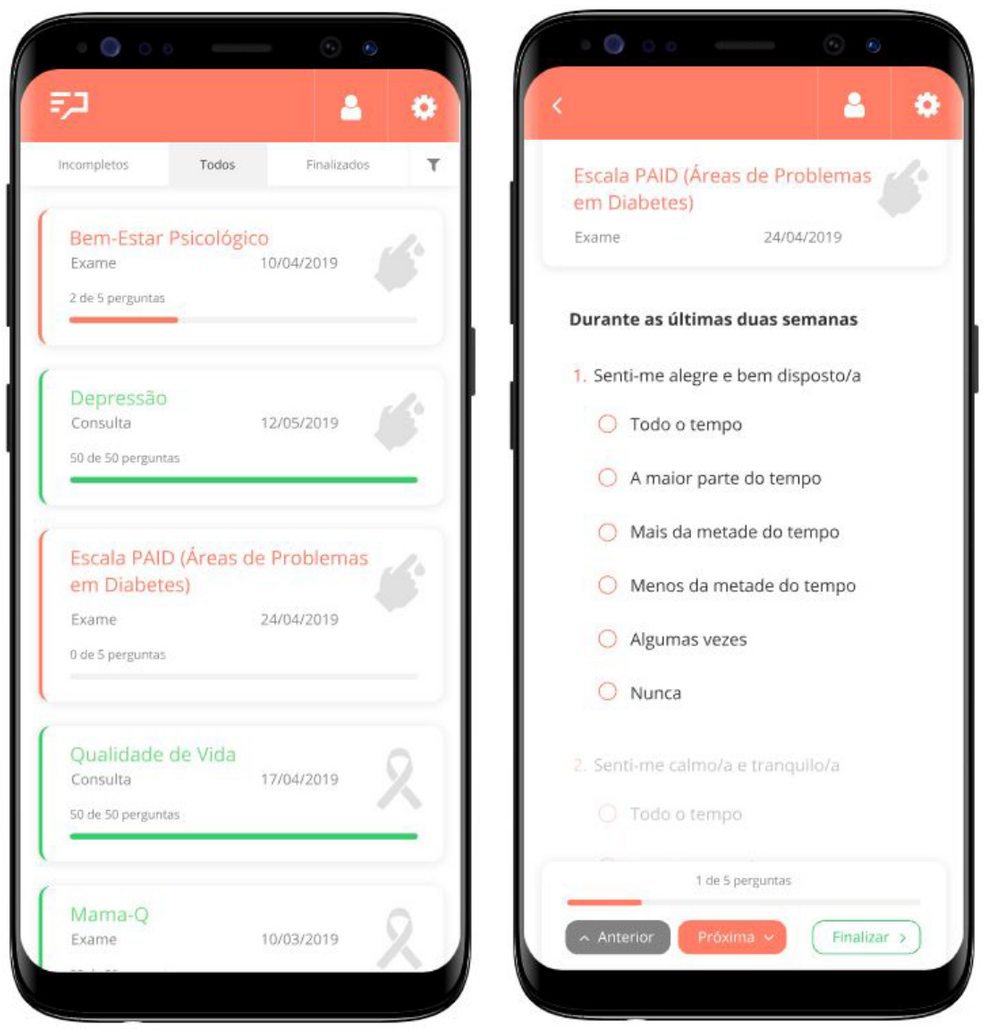
Apresentar o método utilizado pela ferramenta **2iM.ExP©** para a coleta de dados de *Patient Reports* utilizando protocolos internacionais já validados.



Tela de login do 2iM.ExP©.

3. Método

O projeto **2iM.ExP©** foi desenvolvido a partir de um banco de dados composto por perguntas provenientes de *Patient Reports*, que são questionários sobre os resultados dos cuidados recebidos pelo paciente em uma determinada condição clínica. Estes questionários foram baseados nas variáveis ICHOM, tendo em vista sua referência mundial em padronização de conjuntos básicos de resultados para diferentes condições médicas[2]. As linhas de cuidado e os questionários estão cadastrados na ferramenta e o acesso é realizado pelo paciente através da Internet ou por um aplicativo para celular. A cada interação do paciente, as informações são enviadas para o banco de dados e analisadas, posteriormente essas informações são transformadas em indicadores que compõem o *score* de Valor na dimensão Experiência do Paciente.



Telas de Linhas de Cuidados e Questionários.

4. Resultados

Para melhor compreensão dos dados referentes a experiência do paciente, foram desenvolvidos indicadores que apresentam de forma mais fidedigna a perspectiva do paciente com relação ao seu tratamento, tais como perfil diagnóstico, acesso aos cuidados e aos profissionais de saúde, acesso a medicamentos e insumos e as barreiras financeiras enfrentadas durante o tratamento. O diferencial é que a ferramenta utiliza informações respondidas pelos próprios pacientes e oferece aos gestores informações relevantes que auxiliam na tomada de decisões acerca da qualidade da linha de cuidado e na construção de modelos de remuneração baseados em Valor em Saúde.

5. Conclusão

A ferramenta se mostrou eficiente e traduz ao gestor a perspectiva real do paciente com relação a assistência recebida, bem como seus anseios, desafios e possibilidades.

6. Referências Bibliográficas

[1] X Congresso Brasileiro de Custos – Guarapari, ES, Brasil, 15 a 17 de outubro de 2003.
[2] https://www.ichom.org/our-work

VOLTAR

A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E O USO DE ESTRATÉGIA PARA ATENDIMENTO À SUA EXPECTATIVA

Yara P. Zen, Karina Arjona, Helem Pupin, Graziela Caldana

INTRODUÇÃO

Na era atual, diante de inúmeros meios de acesso à informação, a sociedade passou a adotar uma atitude mais crítica e consciente sobre seus direitos em relação à qualidade e segurança dos cuidados prestados. Faz-se necessário aprimorar e garantir habilidades clínicas, interpessoais e de comunicação para que o paciente esteja seguro, confortável e com as suas expectativas atendidas.

MÉTODO

Estudo de caso realizado em um hospital de médio porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, com 94 leitos que atende um perfil de pacientes idosos de longa permanência. Foi elaborado um quadro sinalizador, denominado de “Semáforo Diário”, com informações sobre o nome do paciente, leito e ala. Estabelecido comunicação com todos os líderes de áreas assistenciais, e de hotelaria por meio de um grupo de *WhatsApp* para rápida intervenção e parceria para a execução de tarefas. Diariamente o serviço social realizou visitas e o preenchimento do quadro, sinalizando a queixa do paciente. A foto do semáforo era direcionada para o grupo de gestores, responsáveis para a tomada de decisão, onde focou-se na aproximação junto ao cliente paciente/familiar para compreensão de suas expectativas e resolução ou minimização dos problemas expostos. O projeto piloto foi desenvolvido no período de junho à julho de 2019.

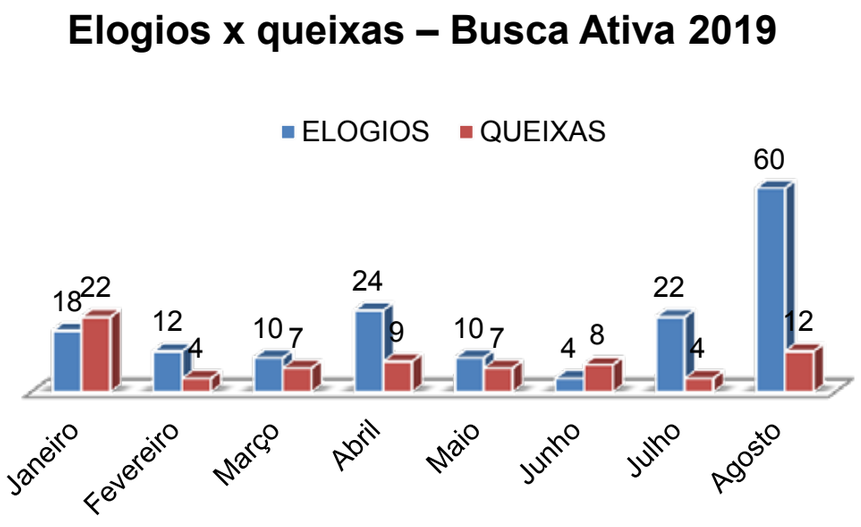
Semáforo diário localizado na Ala A do hospital. Ribeirão Preto, 2019.

RESULTADOS

A instituição gerencia, de forma quantitativa e qualitativa, as queixas e elogios dos pacientes por meio do NPS (National Promotion Score).

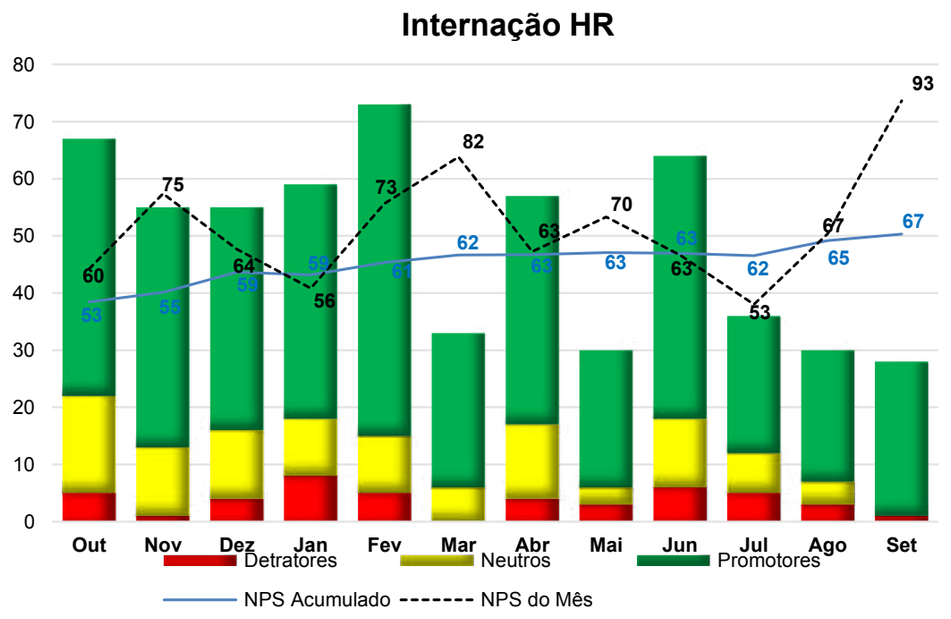
Após a intervenção, evidenciado melhora na satisfação expressa pelo paciente, alta resolutividade de problema e maior engajamento das equipes operacionais na hospitalidade ao paciente.

Os dados da pesquisa de satisfação da instituição demonstram que a busca ativa melhora a comunicação e verbalização dos pacientes para direcionar ações que gerem melhor experiência enquanto paciente ainda presente na instituição.



Número de elogios e queixas registrados pelos pacientes durante e após a internação. Ribeirão Preto, 2019. Fonte: Elaborado pelo Autor.

Atender a expectativas de nossos clientes, ainda durante a internação, refletiu na melhora do resultado de NPS (pesquisa coletada 7 dias pós alta do paciente). Percebe-se abaixo mês de setembro, com resultado de NPS 93.



NPS das unidades de internação. Ribeirão Preto, 2019. Fonte: Elaborado pelo Autor.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o resultado do NPS (pesquisa de satisfação), está correlacionado a busca pela melhoria continua por meio da relação profissional/paciente. A estratégia adotada possibilitou identificar a experiência do paciente, melhora no engajamento da equipe e executar ação para a melhoria do atendimento durante a internação.

REFERÊNCIAS

National Academy of Sciences. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Consensus Study Report, Whashington, DC, 2018. 346 p.

Zaki M., Kandeil D., Neely A., McColl-Kennedy J. R. The Fallacy of the Net Promoter Score: Customer Loyalty Predictive Model. Cambridge Service Alliance, University of Cambridge, 2016.

▲
VOLTAR

DIA D SEGURANÇA: UMA AÇÃO LÚDICA PARA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Clarissa Garcia Soares Leães, Nycolas Kunzler Alcorta, Emiliana dos Santos Costa, Cassiana Gil Prates

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é considerada um grave problema de saúde pública na atualidade com sérias implicações de morbimortalidade tanto para pacientes quanto para as instituições e profissionais de saúde. Programas de educação, voltados a redução do risco de dano desnecessário à saúde, devem ser incorporados na gestão de recursos humanos das organizações.

METODOLOGIA

Relato de experiência, em um hospital geral e de grande porte do sul Brasil.

Logomarca da ação foi desenvolvida pela Assessoria de Comunicação e Marketing.

Equipe de enfermagem trabalhado os nove certos para o medicamento seguro, com um jogo da memória.

Áreas administrativas procurando as metas internacionais de segurança do paciente no caça-palavras.

RESULTADOS

O Dia D Segurança é uma ação lúdica educativa para as Metas de Segurança do Paciente, desenvolvida em 2018 pelo Grupo Líderes pela Segurança, um grupo Multiprofissional alinhado à Comissão de Gerenciamento de Riscos. Foram desenvolvidos jogos como caça-palavras e palavras cruzadas para identificação das sete metas, telefone sem fio para a meta de comunicação, jogo da memória para os certos relacionados a medicamentos, quebra-cabeças para higiene de mãos, uma boneca para sinalização da lateralidade para cirurgia segura e dos pontos de apoio para prevenção da lesão por pressão. A campanha consiste em uma semana de capacitação, onde os membros do Grupo se dirigem tanto às áreas assistenciais quanto administrativas, em todos os turnos de trabalho, reúnem as equipes no seu ambiente e promovem o aprendizado estimulando a participação dos profissionais nos jogos. Foram desenvolvidas três edições sendo a primeira em agosto de 2018 com participação de 463 colaboradores, a segunda em dezembro de 2018 com 519 participantes e a terceira, em abril de 2019 contou com 412 participações.

A prevenção de Lesões por Pressão é contemplada nas ações do Dia D Segurança, a partir de uma boneca que apresenta as áreas de proeminência óssea do corpo humano.

Departamento de Nutrição e Dietética trabalhando as etapas para a correta higiene das mãos.

CONCLUSÕES

Promover ações para segurança do paciente são fundamentais para qualificar a assistência em saúde e sua operacionalização se constitui um desafio para as lideranças. A experiência vivenciada demonstrou que a ação lúdica promoveu a integração ensino e prática, despertando o interesse do profissional na capacitação e propiciando uma reflexão coletiva.

REFERÊNCIAS

PRATES, C.G; STADÑIK, C.M. Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Infecções Hospitalares. Porto Alegre: Moriá, 2017. 472p.

VOLTAR

Implantação do acompanhamento farmacoterapêutico em atendimento ambulatorial em um hospital privado: relato de experiência.

Andrea Fernandez Alves dos Santos, Daniele Sarto Carratú, Marlene Motcinski, Willian Soares Cavalcante de Souza

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira tem crescido muito nas últimas décadas, decorrente ás ações de saúde pública e redução da fecundidade.[1] Entretanto com o aumento da idade cronológica, ocorre uma elevação de doenças crônicas, o que predispõe a população geriátrica á uma prática de polifarmácia, contribuindo para um maior risco de reações adversas e interações medicamentosas, Todavia estas experiências indesejáveis denominadas como PRM (problemas relacionados á medicamentos), onde o uso de uma medicação causa ou pode causar um resultado negativo.[2] Por outro lado à participação do farmacêutico tem gerado um impacto positivo na saúde do paciente com ações educativas, esse trabalho prestado pelo farmacêutico tem a finalidade de detectar e resolver os PRMs, devendo haver cooperação com o paciente e os profissionais de saúde envolvidos, com intuito de atingir resultados concretos que aumente a segurança no uso de medicamentos e que melhorem a qualidade de vida dos pacientes.[3] Contudo o objetivo é relatar a experiência sobre a otimização da farmacoterapia, através da detecção de problemas relacionados aos medicamentos e da promoção de resultados satisfatórios. [4]

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado em um ambulatório de um hospital particular de grande porte localizado na Zona Norte da cidade de São Paulo. Para implantação desse serviço, foi apresentado o projeto para os coordenadores dos setores envolvidos (farmácia e enfermagem) e após aprovação foi desenvolvido materiais para auxiliar no atendimento, tais como:

- ✓ Score para avaliação de adesão ao tratamento;
- ✓ Formulário para coleta de dados / anamnese;
- ✓ Formulários para anotação de controle de Pressão Arterial ;
- ✓ Formulário para anotação de controle da glicemia;
- ✓ Formulário para organização de tomada das medicações;
- ✓ Formulário para Avaliação de reação do paciente.

É fundamental o papel do farmacêutico para promoção do uso correto e seguro dos medicamentos.

O ato do trabalho em equipe é unir várias formas de pensar para um só objetivo, ou seja, a segurança do paciente.

RESULTADOS

Durante o período de Agosto de 2018 à Julho de 2019, 53 pacientes foram atendidos no projeto de acompanhamento farmacoterapêutico. A maioria dos pacientes apresentaram média de idade de 64 anos. Do total de pacientes atendidos, foram classificados quanto à necessidade, efetividade e segurança. O PRM mais envolvido no cotidiano dos pacientes (81,1%) esteve relacionado à segurança, mais especificamente a ordem posológica e armazenamento.

Todo medicamento é uma droga mas nem toda droga é um medicamento, ao utilizar medicamentos consulte sempre um farmacêutico.

Promoção, proteção e recuperação da saúde é o foco do nosso trabalho.

CONCLUSÕES

Durante a realização deste trabalho foram identificados PRMs, principalmente relacionados á segurança. Os atendimentos realizados foram através de orientações farmacêuticas visando uma melhor otimização da terapia medicamentosa e solucionando dúvidas em período integral, tais ações permitiram a adesão de forma rotineira e positiva, levando os pacientes ao feedback sobre como apresentaram melhor qualidade de vida após participar do projeto.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega, O. T, Karnikowski, M. G. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Brasília, 2004,p. 309-313.
2. Meneses,A.L.L, & Sá, M.L.B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. Ceará, 2010, p 155-161.
3. Alano,G.M, CorrêaT.S, Galato, D. Indicadores do serviço de atenção farmacêutica da universidade do sul de Santa Catarina, 2010, p 757- 764.
4. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.

▲
VOLTAR

A UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO INTERATIVA NO CUIDADO DE TRANSIÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

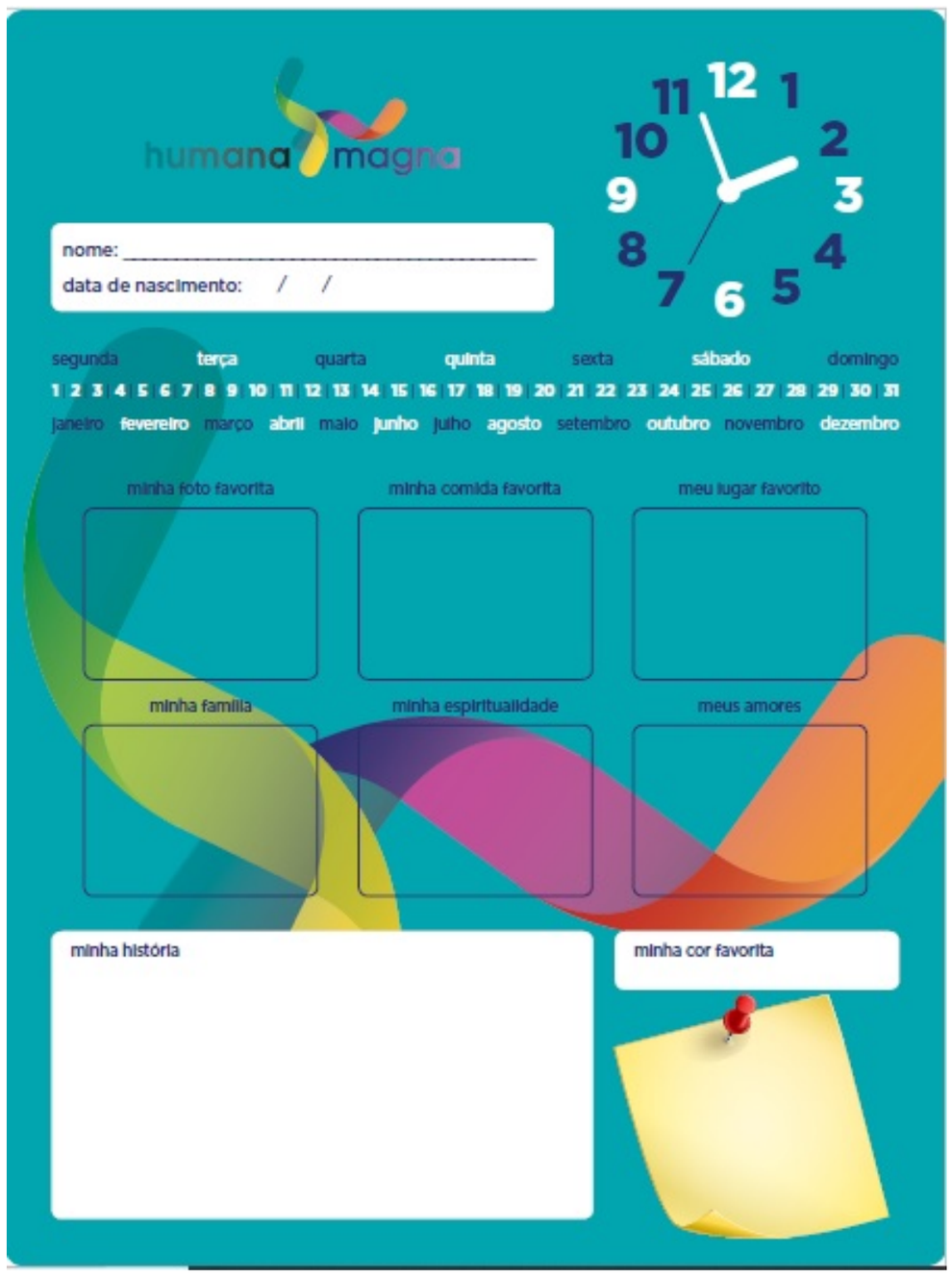
Miriam Ikeda Ribeiro, Rodolfo Marcony Nobre Lira, Tamyris dos Santos Gonçalves

INTRODUÇÃO

As instituições de transição surgem com o propósito de integrar a rede de serviços para garantir uma transição segura do hospital para o domicílio. O foco deve ser não apenas a recuperação funcional, mas também a reinserção biopsicossocial. Uma das estratégias utilizadas para um cuidado assertivo é conhecer a biografia do paciente, respeitando a sua individualidade. Conhecer sua história é fator primordial para avaliar o seu padrão de funcionamento e relações sociais e familiares. Neste processo, são utilizadas duas ferramentas de comunicação interativa: quadro biográfico (preenchido pela família/paciente) e o quadro de cuidados (preenchido pela equipe transdisciplinar), com informações que garantem a continuidade do cuidado individualizado e o sucesso do plano terapêutico.

METODOLOGIA

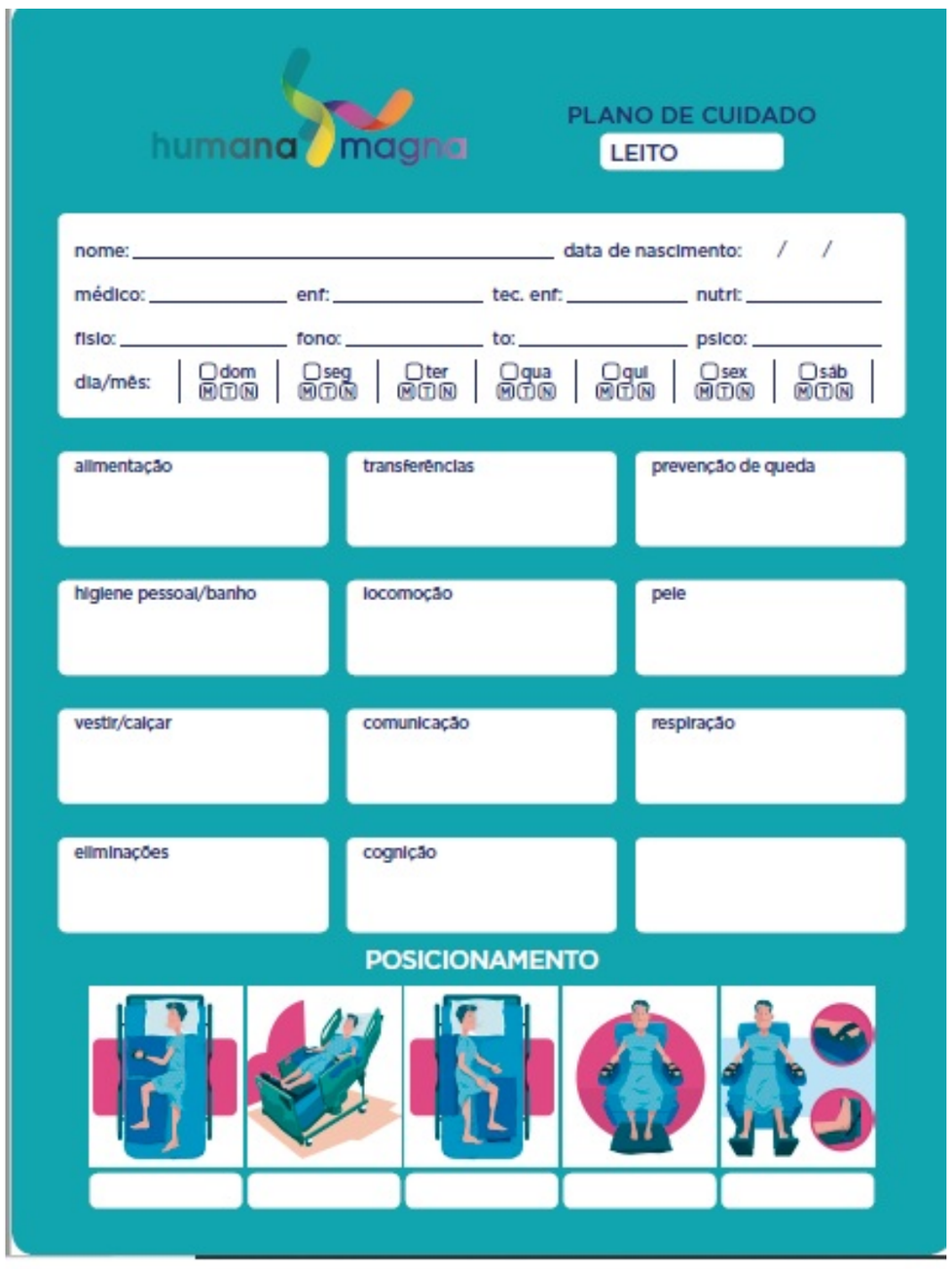
Trata-se de um relato de experiência, realizada numa instituição de desospitalização na região Sul de São Paulo. O estudo ocorreu a partir dos quadros biográfico e de cuidado utilizados na referida unidade. As famílias são convidadas a trazer informações (história de vida, profissão, espiritualidade, lugar favorito, preferências alimentares, cor favorita, amores e fotos), para preencher o quadro biográfico. A equipe assistencial é responsável por preencher e manter o quadro de cuidado atualizado com: alimentação, transferência, prevenção de queda, higiene, locomoção, posicionamento, cognição, respiração, eliminação, pele, vestir/calçar e riscos.



Quadro biográfico utilizado na Rede Humana Magna de Saúde.

RESULTADOS

A utilização das ferramentas de comunicação interativa evidenciou que, durante as práticas assistenciais, ocorre a adesão ao preenchimento dos dados, maior interação da equipe assistencial, aproximação entre todos que participam direta ou indiretamente do cuidado e o paciente; participação efetiva da família no plano proposto. Além disso, direciona as terapias conforme as preferências do paciente, facilita o monitoramento dos cuidados e norteia o processo educativo de paciente, família e cuidador.



Quadro de cuidados utilizado na Rede Humana de Saúde.

CONCLUSÕES

A experiência vivenciada com o uso do quadro biográfico e o quadro de cuidados demonstrou que ocorre uma maior participação do paciente e família no seu processo de cuidado garantindo, desta forma, melhores resultados no plano terapêutico.

REFERÊNCIAS

- FERIOTTI, Maria de Lourdes. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 179-190, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

VOLTAR

HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO – O impacto para o familiar e paciente com a atuação de medidas não medicamentosas em Cuidados Paliativos: relato de experiência.

Marisa Cherobim Dias, Vivian Vieira, Ana Cláudia Valério Bitar

INTRODUÇÃO

Aponta-se para a essência dos Cuidados Paliativos **(CP)**: aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento em pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento terapêutico. Assim os CP visam proporcionar uma melhora na qualidade de vida desses pacientes. (PESSINI e BERTACHINI, 2006). Proporcionar a terapia não medicamentosa, através do acolhimento familiar e paciente, permite transformar a ação do cuidar em um processo dinâmico e único.

METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência, realizado na unidade de Cuidados Paliativos de um hospital privado na cidade de São Paulo. Pensando neste conceito, foi realizado café da tarde, com a participação dos pacientes e familiares presentes. Durante o evento contamos com a atividade de musicoterapia que proporcionou momentos de alegria e descontração amenizando o fato de estarem institucionalizados e sem perspectiva de cura.

Café realizado na instituição Hospital São Camilo – Granja Viana, 2019

Café realizado na instituição Hospital São Camilo – Granja Viana, 2019

RESULTADOS

Durante o encontro, tivemos relatos de 3 pacientes que afirmaram estar sem desconforto respiratório ou queixas álgicas, 5 pacientes relataram sentir-se acolhidos e amparados e que a partir daquele momento, poderiam partir em paz e com alegria.

Jardim unidade C3 – Hospital São Camilo Granja Viana, 2019

Equipe multidisciplinar Nace – Hospital São Camilo Granja Viana, 2019

CONCLUSÕES

Após este encontro foi perceptível o impacto referente ao convívio e a solidez nos relacionamentos já construídos entre os envolvidos. Relatos tanto de familiares quanto de pacientes com tom de agradecimento e renovação da esperança. A terapia não medicamentosa afeta diretamente para a construção de bem-estar, minimização de sintomas, tendo como consequência a redução de resgates medicamentosos.

REFERÊNCIAS

GOYA, Will. A escuta e o silêncio: lições do diálogo na filosofia clínica. Brasília, 2008.
OMS Organização Mundial da Saúde. **Cuidados paliativos**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca /manual_ cuidados_oncologicos.pdf>. Acesso em 10 ago. 2010.
PESSINI, L; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus, 2006.

VOLTAR

CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA EDUCATIVA PARA O AUTO CUIDADO DE PACIENTES EM PREPARO PARA COLONOSCOPIA

Sabrina Cardoso Ricciardi, Belisa Marin Alves, Patrícia Funari Carvalho, Guilherme Pinheiro Moreira

INTRODUÇÃO

A colonoscopia é um procedimento padrão para investigação de afecções do intestino grosso. Para que o procedimento tenha um ótimo rendimento é necessária a limpeza deste órgão a fim de eliminar toda sujidade fecal naturalmente presente. A educação do paciente para que este processo seja efetivo é de extrema importância e é de responsabilidade da enfermagem assegurar que o paciente inicie sua preparação para o exame, orientando o uso correto dos medicamentos, restrições da alimentação e esclarecendo as dúvidas. No entanto, este é um desafio diário para equipe, pois o paciente realiza a preparação do cólon no domicílio sem o apoio presencial da assistência.

METODOLOGIA

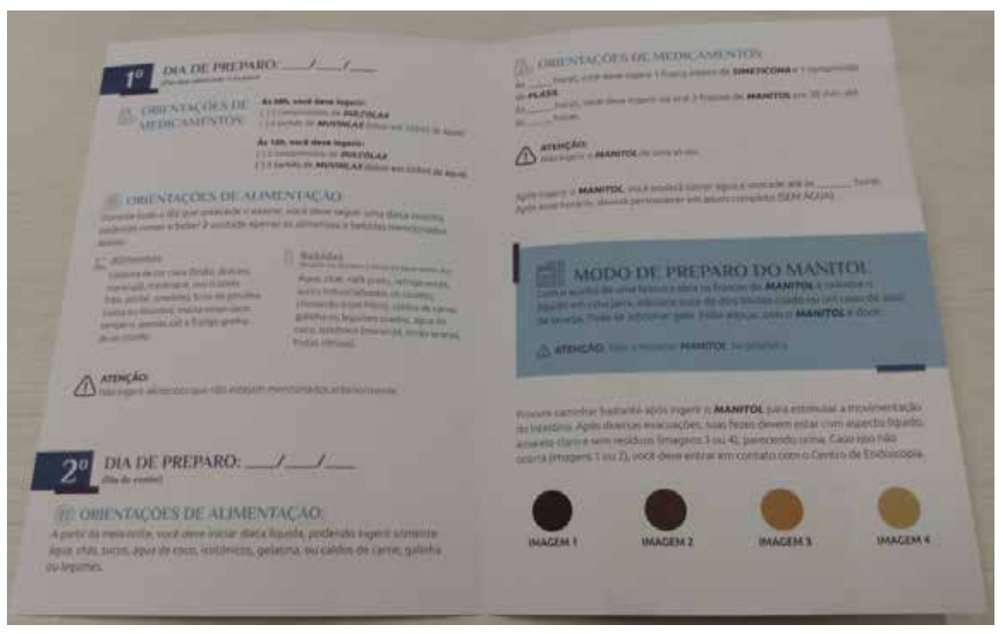
O serviço de endoscopia do Hospital Moinhos de Vento conta diariamente com equipe de enfermagem dedicada para a orientação, educação e entrega de medicamentos necessários para o preparo do exame. O atendimento presencial é realizado através de um agendamento prévio onde o cliente tem um atendimento exclusivo, onde será apresentado o folder ilustrativo e personalizado com orientações de alimentação restrita, uso de medicamentos para limpeza efetiva do intestino, cuidados pessoais, horários de chegada e contatos em caso de dúvidas. O paciente recebe todas as orientações para a realização do preparo para colonoscopia e podem esclarecer qualquer dificuldade de entendimento referente ao procedimento. O Folder possui uma paleta de cores para que o paciente possa comparar suas eliminações e verificar se estão adequadas para realização do exame.

Modelos de orientação de preparo para colonoscopia padronizado na instituição.

Paleta de cores auxilia o paciente a comparar suas eliminações e verificar se estão adequadas para realizar o exame.

RESULTADOS

No mês pré intervenção foram suspensos seis exames devido ao preparo inadequado, após a intervenção reduziu-se em 50% o número de suspensões.
A enfermagem exerce um papel fundamental na orientação ao paciente nos dias que antecedem o exame de colonoscopia. A criação deste instrumento ilustrativo de orientação e educação para a preparação do intestino viabilizou o esclarecimento de dúvidas auxiliando o paciente para o auto cuidado.



Parte interna do folder com orientações de dieta e medicamentos.

Verso do folder, contém informações para o auto cuidado e contato em caso de dúvidas.

CONCLUSÕES

A preparação do colón é determinante para uma boa visualização da mucosa intestinal, o paciente deve seguir rigorosamente as instruções fornecidas para que o procedimento seja realizado com segurança e qualidade. Para tanto, cabe e equipe de enfermagem disponibilizar orientações adequadas e de qualidade para que sejam sanadas quaisquer dúvidas que possam surgir, visto que o paciente irá prepara o cólon em casa. A criação do folder ilustrativo e exclusivo possibilita que o serviço de endoscopia mantenha a qualidade da assistência prestada ao paciente, assim como a educação e promoção do auto cuidado ao paciente ambulatorial.

REFERÊNCIAS

Andrade JC, Silva CM, Botitano FK, Carvalho FF, Silva Junior LG. Estudo para avaliar o impacto das orientações para pacientes submetidos a exame de colonoscopia: Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde, Volume 3 – Número 2 – Segundo Semestre de 2017.

Vieira Junior, Manoel Carlos. Preparo de cólon para realização de colonoscopia: estudo prospectivo randomizado comparativo entre solução de polietilenoglicol baixo volume mais bisacodil *versus* solução de manitol mais bisacodil – São Paulo, 2011.

VOLTAR

A IMPORTÂNCIA DO CONTATO PÓS- ALTA E ACOMPANHAMENTO AO PACIENTE SUBMETIDO A GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA

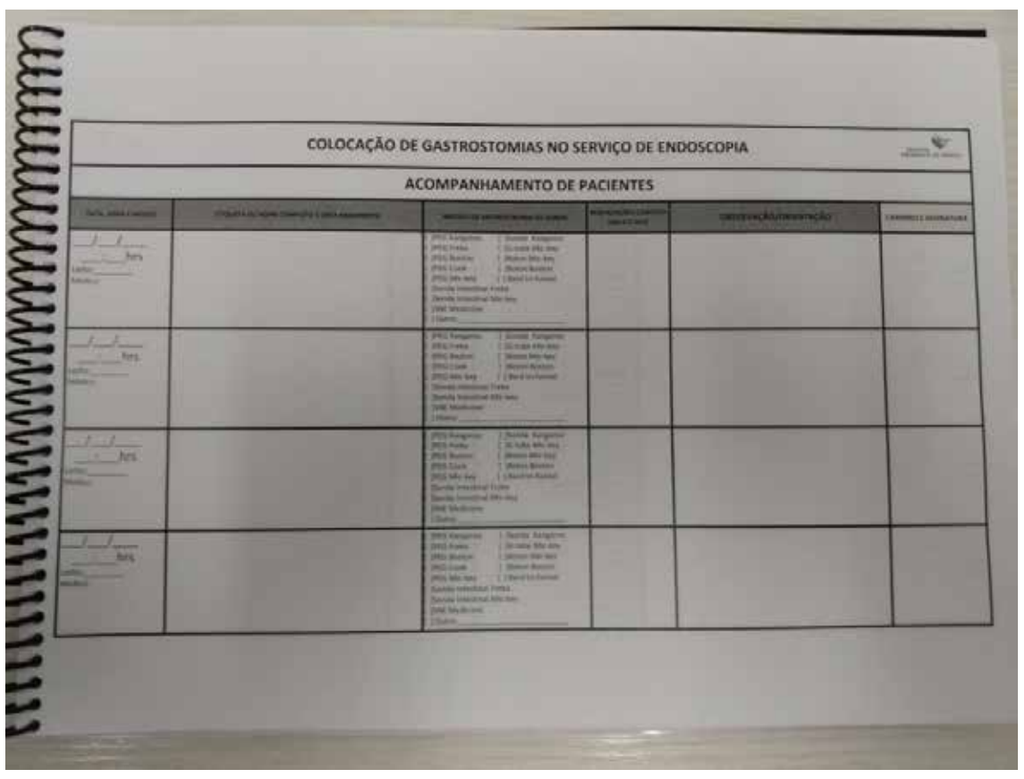
Adriana Nunes Lopes, Sabrina Cardoso Ricciardi, Tayanne Moraes Souza, Belisa Marin Alves

INTRODUÇÃO

A gastrostomia é a inserção de uma sonda via endoscópica com fixação na parede abdominal após a incisão cirúrgica de uma “boca”, comunicando o estômago com o meio externo. A indicação da gastrostomia é principalmente a disfagia e a necessidade a aporte com nutrição enteral superior a um mês de indicação. Está indicada também para pacientes que sofreram algum processo traumático ou que possuam alguma limitação física que impeça a alimentação adequada ao paciente, como por exemplo, doença de Alzheimer e o Acidente Vascular Encefálico.
O contato é realizado pelo enfermeiro da endoscopia aos pacientes ambulatoriais submetidos à gastrostomia, tem a finalidade de reforçar as orientações realizadas após o procedimento, monitorar o cuidado prestado nas primeiras 24h pelo acompanhante, minimizando possíveis complicações após a instalação da sonda de gastrostomia e reforçando os cuidados com o ostoma, sonda e infusão da dieta.

METODOLOGIA

A partir de janeiro 2019 foi reestruturado o processo de contato pós-alta, onde elaboramos um livro registro com questionário pré estruturado aos pacientes ambulatoriais que foram submetidos à gastrostomia endoscópica.
Realizamos 38 contatos no período de janeiro a março de 2019.
O enfermeiro realiza o contato com o paciente, familiar ou cuidador, onde aborda questões com o questionário pré-estruturado contendo as seguintes perguntas: apresentou alguma alteração no pertuito da gastrostomia?(vazamento, obstrução, dor ou sinais flogísticos), Apresentou febre nas 24h pós-procedimento? Possui alguma dúvida em relação ao uso da gastrostomia? Possui alguma dúvida em relação à administração de dieta ou medicamentos? Por fim, reforçamos os cuidados com a sonda e ostoma.



Protocolo de contato pós procedimento

RESULTADOS

Identificou-se que os pacientes, mesmo recebendo orientações antes da alta hospitalar, apresentavam dúvidas no contato pós-alta em 24h. Neste resultado de 38 contatos pós-alta, observou-se que 65% dos pacientes não apresentaram nenhuma particularidade durante a ligação, sendo que 10% apresentavam dúvidas quanto ao manuseio e limpeza da sonda, 5% apresentavam eventual queixa de dor no ostoma, onde orientamos que a dor pode existir devido à incisão cirúrgica e a possibilidade de medicar o paciente conforme orientação e prescrição médica, 10% apresentavam pequenos sangramentos no ostoma, onde orientamos realizar curativo e mantê-lo sempre limpo e seco e 10% apresentavam dúvidas em relação à diluição e administração de medicamentos. Ao final do contato reforçamos para os casos de sangramento intenso e ou alterações no pertuito da gastrostomia procurar o serviço de emergência.

CONCLUSÕES

Este trabalho fortaleceu a importância da educação do paciente, familiar e ou cuidadores no manejo e cuidado com os dispositivos gástricos para nutrição enteral.
Observamos que os pacientes e familiares sentiram-se acolhidos e seguros com as ligações recebidas, pois reforçamos o foco na experiência e individualização do cuidado, fidelizando estes clientes ao nosso serviço.

VOLTAR

ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO CLIENTE DE UM AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE ENSINO PÚBLICO

Evelyn da S. Oliveira, Vitória R. D. dos S. Cavalcante, Rosemeire K. Hangai, Bárbara M. Anginoni

INTRODUÇÃO

O Centro de Atendimento Médico de um hospital público de ensino de alta complexidade é responsável pelo atendimento a pacientes de Saúde Suplementar, abrangendo planos de saúde de mais de 76 operadoras e profissionais de 34 diferentes especialidades. Anualmente, este setor é responsável por uma porcentagem significativa da produção e receita do hospital. Apesar da alta produtividade deste Centro de Atendimento Médico, seu canal de comunicação com o cliente, representado por uma Pesquisa de Satisfação, apresenta uma adesão pouco satisfatória.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi revisar o fluxo envolvido na Pesquisa de Satisfação do Cliente, com enfoque no atendimento ambulatorial deste Centro de Atendimento Médico, visando aprimorar o relacionamento entre este Centro e seus clientes.

METODOLOGIA

Foi realizada análise amostral de uma planilha contendo 304 manifestações de pacientes, referentes ao período de 2017 a 2019, através de Diagrama de Pareto; além de classificação em área responsável, prioridade e aspectos reportados. Realizou-se mapeamento in loco de possíveis pontos de abordagem do cliente e benchmarkings em dois hospitais e um centro de diagnóstico.

RESULTADOS

Foi proposta revisão das áreas responsáveis para as quais as manifestações dos pacientes são encaminhadas, resultando em: Serviços de terceiros; Infraestrutura/hotelaria; Laudos/exames; Autorizações/Financeiro; Agendamentos; Recepção; Atendimento Equipe Multiprofissional e Atendimento Médico. Através dessa classificação, seria realizada uma priorização em alta, média e baixa, bem como, uma classificação em relação ao principal motivo reportado: Cordialidade; Conforto; Intenção em ajudar; Cuidados Recebidos; Falha de Comunicação; Tempo de Atendimento ou Falta de Informação. (Quadro 1)

Através do Diagrama de Pareto, foi possível identificar as principais áreas responsáveis indicadas nos elogios (Gráfico 1) e reclamações (Gráfico 2). Foram utilizados os dados referentes ao período de abril de 2018 a abril de 2019. Além disso, propôs-se um novo fluxograma de processos para o canal de comunicação com o cliente, incluindo as áreas responsáveis definidas e a realização do *feedback* ao paciente pelo serviço social. (Fluxograma 1)

Área Responsável	**1.** Serviços de terceiros (lanchonete, outros) **2.** Infraestrutura e hotelaria	**3.** Laudos e exames **4.** Autorizações / Financeiro **5.** Agendamentos	**6.** Recepção **7.** Atendimento Equipe Multiprofissional **8.** Atendimento Médico
Priorização da manifestação	• Baixa: (1-2) • Média: (3-5) • Alta: (6-8)	→ Escala de 1 a 8, de acordo com a classificação em área responsável.	
Aspectos reportados	• Cordialidade • Conforto / limpeza • Intenção em ajudar • Cuidados Recebidos	• Falha de Comunicação • Tempo de Atendimento • Falta de Informação	

Quadro 1. Definição de critérios de classificação para as manifestações:

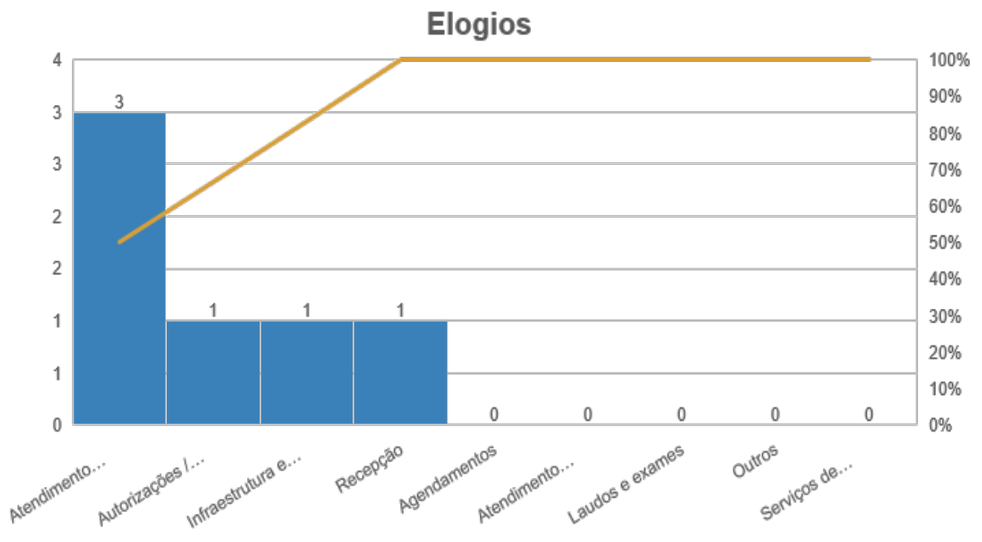


Gráfico 1. Diagrama de Pareto: elogios relacionados às áreas responsáveis. Área mais citada: Atendimento Médico. (n = 6)

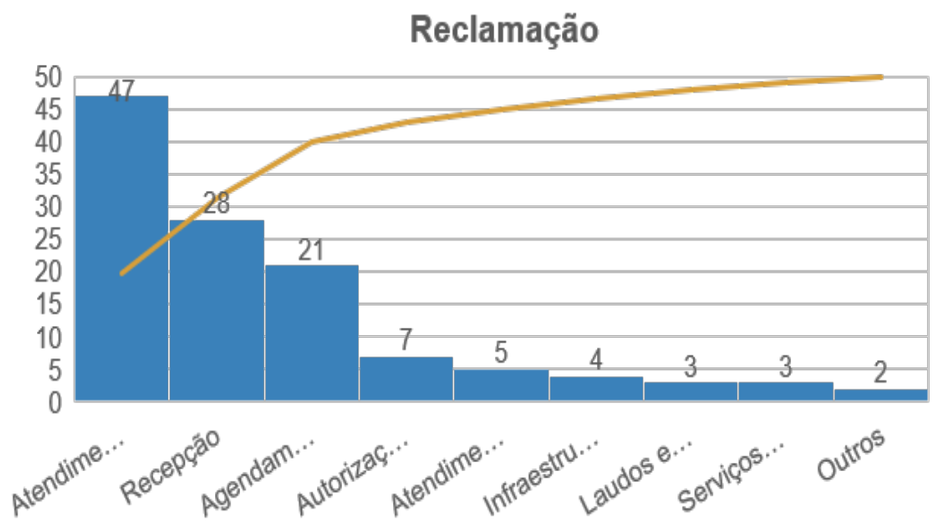
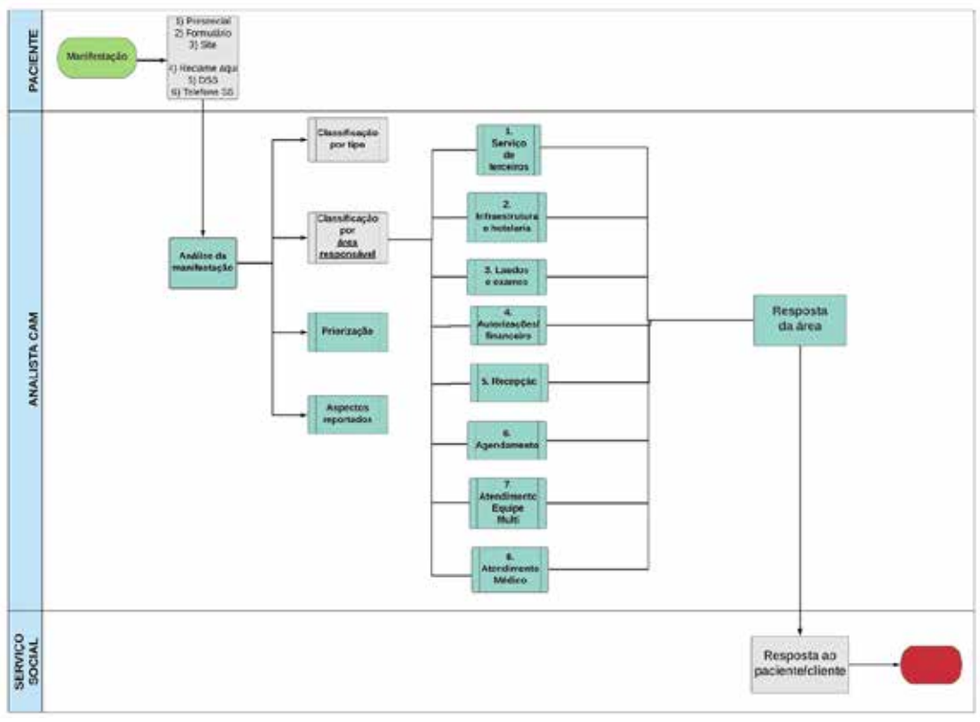


Gráfico 2. Diagrama de Pareto: relacionadas às áreas responsáveis. Áreas mais citadas: Atendimento Médico, Recepção e Agendamentos. (n = 120)



Fluxograma 1. Proposta de fluxo para o Canal de Comunicação com o Cliente.

CONCLUSÕES

A Pesquisa de Satisfação do Cliente é considerada uma ferramenta fundamental para a gestão das organizações, já que o ponto de vista do usuário do serviço pode contribuir para decisões estratégicas que visem aprimorar a qualidade dos serviços prestados. (Milan & Trez, 2005). Este processo pode tornar-se mais fluido a partir de uma padronização da análise de dados e do incentivo a participação dos pacientes nas pesquisas.

REFERÊNCIAS

MILAN, Gabriel S. M.; TREZ, Guilherme. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE-eletrônica, v. 4, n. 2, art. 17. Jun./Dez., 2005.

VOLTAR

Diagnóstico situacional da divulgação dos projetos de Humanização de um Hospital Público de Ensino de Alta Complexidade

Fernanda Christiane de Azevedo, Evelyn da Silva Oliveira, Paula Cristina Souto Camargo, Eliana Rodrigues Carlessi

INTRODUÇÃO

A Equipe de Assessoria da Humanização (EAH) de um Hospital Público de Ensino de Alta Complexidade realiza mais de 150 ações de humanização, atendendo mais de 1500 colaboradores e 35000 pacientes, por meio de voluntariado e captação de recursos. Essas iniciativas colaboram para o aprimoramento da qualidade de vida de pacientes, familiares e colaboradores e maior eficácia na resolução de problemas. Portanto, objetivou-se realizar um diagnóstico situacional do processo de divulgação dos projetos de humanização, assim como, propor ferramenta de divulgação, visando aumentar a visibilidade das ações desenvolvidas em um Hospital Público de Ensino de Alta Complexidade.

METOLOGIA

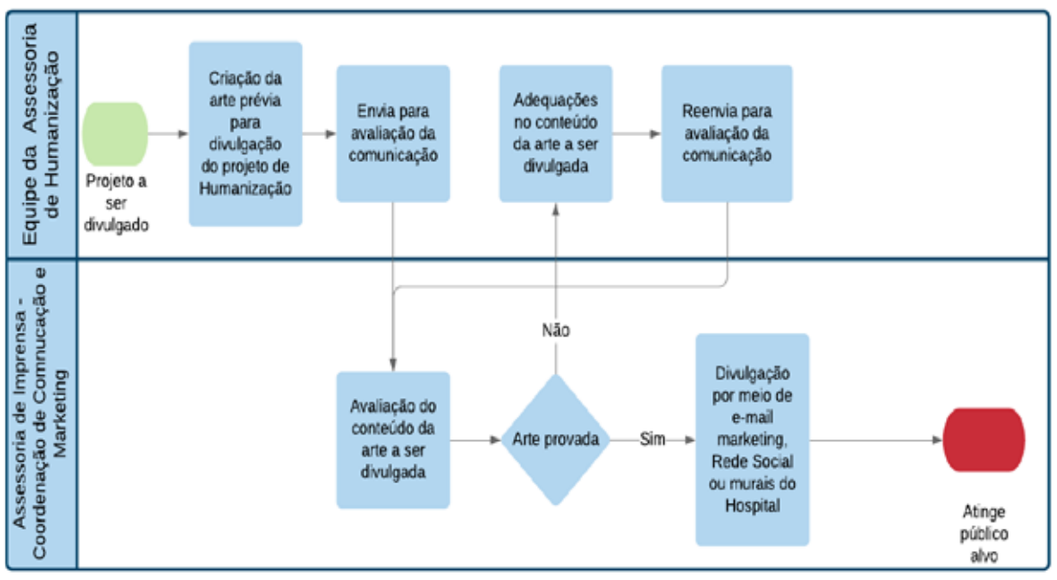
O diagnóstico situacional foi feito por meio de estudo exploratório observacional, o processo de divulgação foi analisado com auxílio de fluxograma. Também foram coletadas informações a partir da página oficial da Rede social do Hospital, no período de maio de 2018 à maio de 2019.

RESULTADOS

O processo de divulgação dos projetos de Humanização possui etapas bem definidas, assim como os seus setores responsáveis, favorecendo seu gerenciamento, demonstrado pelo fluxograma 1. As artes para divulgação não apresentaram uma identidade visual e a maioria não possuíam o logotipo da Instituição, prejudicando a associação do que está sendo divulgado à Equipe de Assessoria da Humanização.

Foram 7 publicações referentes à Humanização na página oficial da Rede Social do Hospital, estas alcançaram 19 mil pessoas, porém obtiveram apenas 1862 interações com as publicações (Tabela 1). Esses resultados demonstraram baixa periodicidade de publicações, baixa interatividade e consequentemente menor visibilidade ao público externo ao Hospital.

No período de maio de 2018 a maio de 2019 foram realizadas 26 publicações na página oficial da Rede Social, destas 7 foram relacionadas aos projetos realizados pela Equipe de Assessoria da Humanização, representado pelo gráfico 1. Essa quantidade de postagens na página demonstra a utilização reduzida da mesma como ferramenta para divulgação, não apenas dos projetos de Humanização, como também do Hospital como um todo. Por meios desses resultados adquiridos foi possível levantar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria referentes a divulgação dos projetos de Humanização (Figura 1).



Fluxograma 1. Processo de Divulgação dos Projetos de Humanização de um Hospital Público de Ensino de Alta Complexidade.

Data da publicação	Nº de curtidas	Nº comentários	Nº compartilhamentos	Nº de alcance	Nº cliques/ações
10/05/2018	66	3	4	2.000	143
18/05/2018	217	17	51	1.600	217
11/06/2018	81	1	10	1.500	101
05/12/2018	37	0	1	1.300	81
06/12/2018	62	3	1	2.400	262
07/12/2018	73	3	9	7.600	832
10/12/2018	57	1	2	2.600	226
Jan – maio 2019	-	-	-	-	-
Total	593	28	78	19.000	1.862

Tabela 1. Interatividade do público nas publicações em página de rede social de divulgação dos projetos de humanização de um Hospital Público de Ensino de Alta Complexidade.

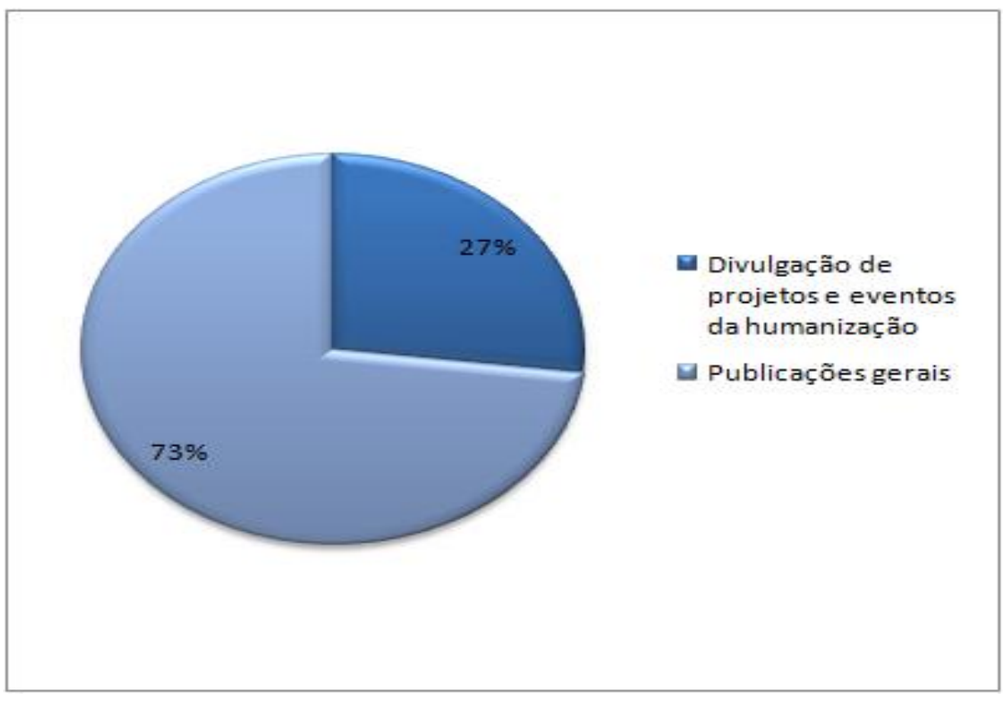


Gráfico 1. Percentual de publicações relacionado aos projetos realizados pela Equipe de Assessoria da Humanização.

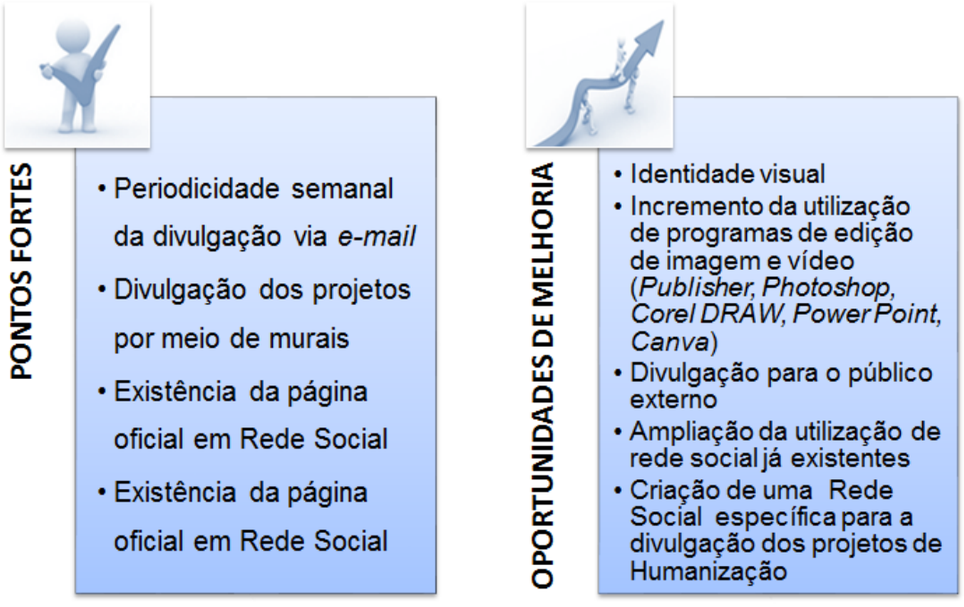


Figura 1. Pontos fortes e oportunidades de melhoria referentes a divulgação dos projetos de Humanização de um Hospital Público de Ensino de Alta Complexidade

CONCLUSÕES

A identidade visual é essencial, pois ela é a primeira comunicação com o público, dando a ele algo para se lembrar. A internet uma realidade cada vez mais presente ao cotidiano da sociedade[1], afeta a abrangência da divulgação de produtos e projetos. As redes sociais e o Marketing de Conteúdo se tornam populares, passando a ser utilizados como veículos de divulgação. Portanto sugeriu-se o uso mais amplo de Redes sociais, utilização de *Storytelling* e identidade visual para divulgação dos projetos de Humanização do Hospital.

REFERÊNCIAS

1. BARBALHO, C.R.S. Portais eletrônicos: estudo comparativo da oferta em Comunicação. Anais do ENDOCOM – Encontro de Informação em Ciências da Comunicação, XVI, Porto Alegre, 2004.

VOLTAR

Monitoramento do tempo de jejum dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, exames e hemodinâmicos

Daiane Santos de Oliveira; Lillian de Carla Sant anna Macedo; Maria de Lourdes dias Braz; Ricardo Tadeu Prete; Marcelo Alves Goncalves; Rosana Perim Costa; Siomara t. f. Yamaguti; Aparecida Natane v. de Souza Zanardi.

INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar atinge principalmente os pacientes mais vulneráveis, como diabéticos, idosos frágeis, oncológicos, cardiopatas, crianças e portadores de terapia nutricional. No ambiente hospitalar, os pacientes são submetidos frequentemente a exames e procedimentos com necessidade de jejum, agravando o estado nutricional. Diretrizes atuais de anestesiologia, grupo *ERAS* (*Enhanced Recovery After Surgery*) e projeto *ACERTO (Aceleração da recuperação total pós-operatória)* recomendam o uso de líquidos claros e a abreviação do jejum com maltodextrina duas horas antes do procedimento para reduzir a resistência insulínica e a resposta metabólica ao trauma, favorecendo o paciente.

METODOLOGIA

Coleta de dados do tipo prospectiva observacional, realizada no período de outubro de 2018 a Maio de 2019. Foram incluídos na amostra 566 pacientes maiores e menores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos a procedimentos cirúrgicos, exames e hemodinâmicos.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado preenchido através de busca ativa em prontuário aberto e fechado de cada paciente. Onde fora averiguado o leito, IH, nome completo, idade, procedimento realizado, horário marcado e realizado para tal, início e término do jejum, a equipe responsável pelo procedimento, peso e estatura. Posteriormente fora calculado o tempo total de jejum, bem como o IMC de cada paciente.

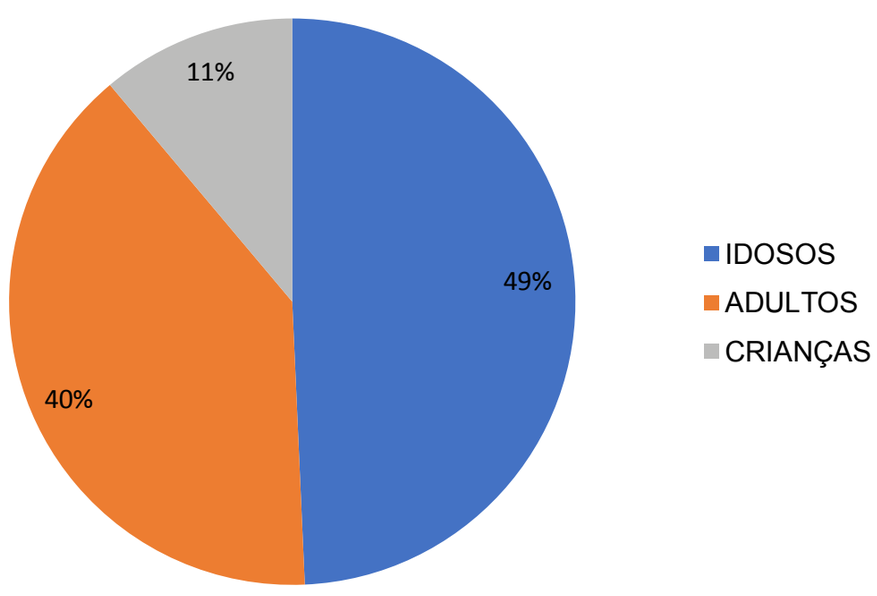
Os procedimentos observados foram cirurgias cardíacas, ortopédicas, urológicas e do trato gastrointestinal, bem como cirurgias plásticas e procedimentos hemodinâmicos como cateterismo e angioplastia.

Durante a coleta de dados foram excluídos dos resultados os pacientes que apresentaram dados incompletos na coleta em relação ao peso e estatura, ou término do jejum.

RESULTADOS

A amostra final constitui-se de 566 pacientes, de diversas faixas etárias, sendo 244 (43%) do gênero feminino e 323 (57%) do gênero masculino.

Gráfico 1: Distibuição de pacientes submetidos a jejum segundo faixa etária

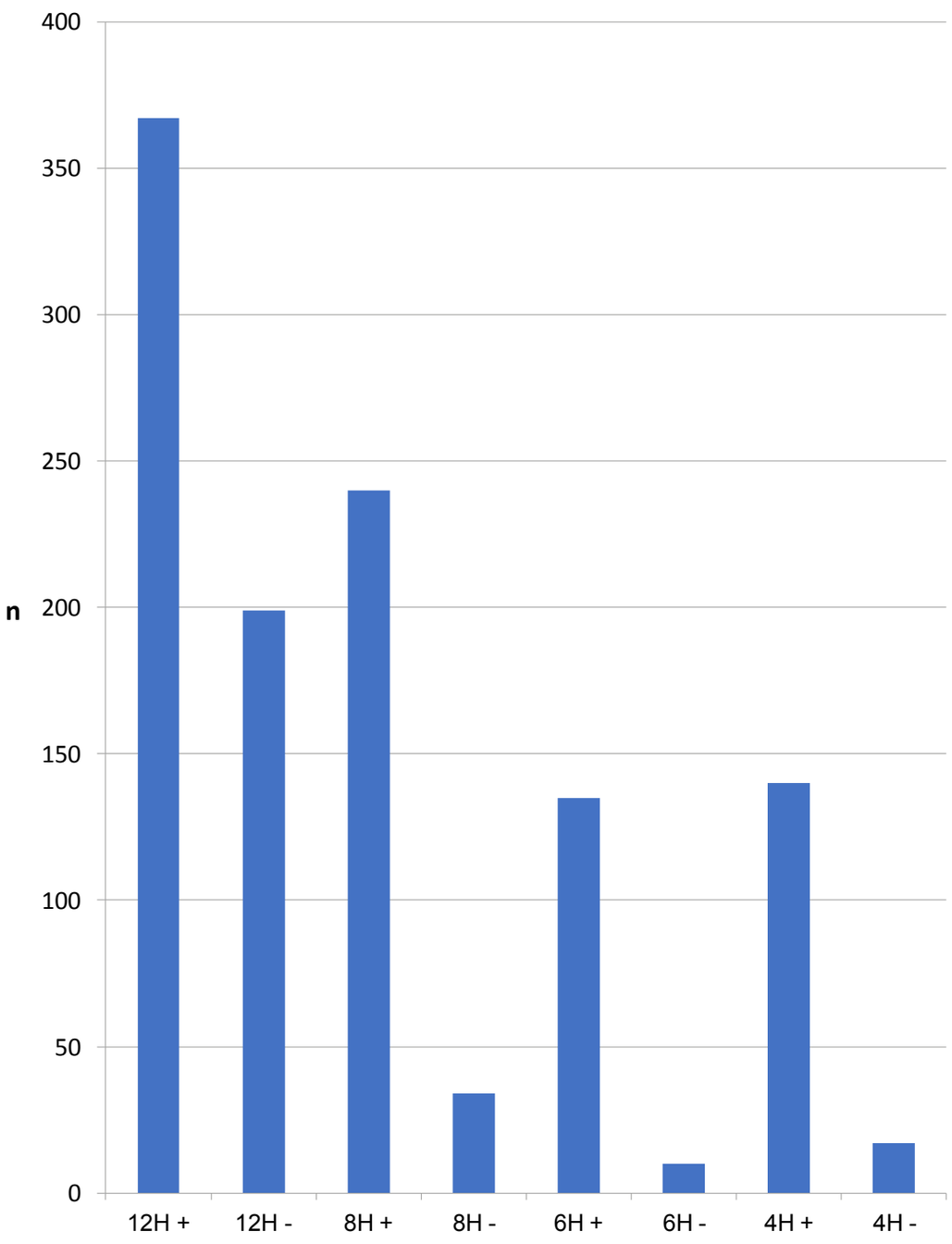


Destes 367 permaneceram mais de 12 horas em jejum e 199 menos de 12 horas, 240 pacientes com mais de 8 horas em jejum e 34 com menos de 8 horas para cirurgias, 135 pacientes com mais de 6 horas em jejum e 10 com menos de 6 horas em jejum para procedimentos hemodinâmicos,140 pacientes permaneceram em jejum por mais de 4 horas e 17 com menos de 4 horas para exames.

Além disso, foi constatado que a privação alimentar frequentemente é maior que a prescrita, uma vez que quase que a maior parte dos pacientes têm sua operação realizada após 8 h de jejum, o que também fora observado na coleta.

As possíveis causas do longo período de jejum têm-se os atrasos dos horários do procedimento cirúrgico, as mudanças na escala de operações e a extensão no jejum prescrito pelos próprios pacientes, acreditando que assim melhorariam sua resposta ao procedimento.

Gráfico 2: Distribuição tempo de jejum em horas



CONCLUSÃO

Com a análise dos dados coletados pode-se concluir que muitos pacientes foram observados com longos períodos de jejum. E devido às consequências negativas que a privação de nutrientes, por um período de tempo, relativamente longo, provoca na evolução clínica do paciente, uma terapia nutricional adequada àqueles que têm, ou estão em risco de se tornarem desnutridos, é bastante benéfica.

Os resultados embasaram a elaboração de protocolo institucional com padronização dos tempos de jejum e abreviação com maltodextrina duas horas antes do procedimento.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO JE et al. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. **The Clin Risk Manag.** v.10, p.107 12, 2014.

BASILE-FILHO A, et al. Monitorização da resposta orgânica ao trauma e à sepse. **Rev. Med** (Ribeirão Preto), v.34, n.1, p.5-17, 2001.

BRADY MC, KINN S, STUART P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. **Cochrane Database Syst Rev.** v.4, 2003. CORREIA MITDet al. Inquerito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI). **Rev.bras.nutri.clin.** v.13, n.1, p.30-40, 1998.

FARIA MSF, AGUILAR-NASCIMENTO JE, DOCK-NASCIMENTO DB, SLHESSARENKO N. Preoperative fasting of 2 hours minimizes insulin resistance and organic response to trauma after video-cholecystectomy: a randomized, controlled, clinical trial. **World J Surg.** v.33, n.6, p.1158-64, 2009.

▲
VOLTAR

PROJETO DIA DO DESEJO

Daiane Santos de Oliveira, Rosana Perim Costa, Juliana Guedes Simões, Fernanda Jafet El Khouri

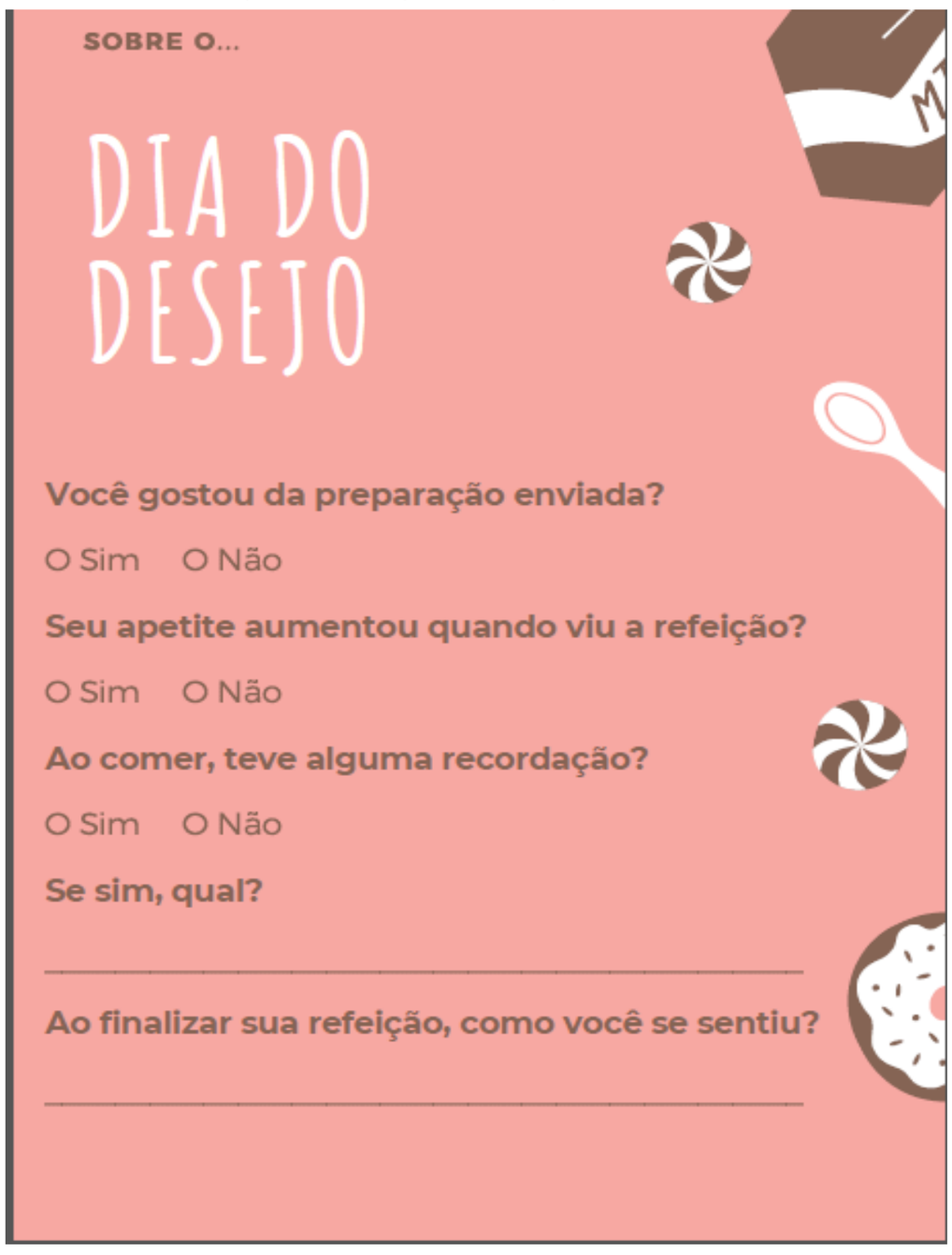
INTRODUÇÃO

A alimentação hospitalar mais do que uma simples manutenção da rotina alimentar de uma pessoa, é uma das estratégias dos cuidados à saúde de pacientes internados, reconhecida e respeitada pela sua importância na prevenção da desnutrição intra-hospitalar, um quadro clínico grave que coloca em risco as condições de vida do indivíduo. O contexto da alimentação abrange aspectos físicos, mas também psicológicos algumas das queixas relatadas em estudos por aqueles que não conseguiram se alimentar foram: condições causadas pela própria doença como falta de apetite e alteração do paladar; insatisfação com as preparações e a mudança brusca de hábitos. A comensalidade contempla mais do que aspectos da palatabilidade, mas também memórias afetivas e por isso é importante ter um cuidado integral que respeite a individualidade de cada paciente para que ele se sinta confortável e estimulado a se alimentar.

METODOLOGIA

Projeto elaborado com base na experiência alimentar de pacientes, em aspectos qualitativos, com o objetivo de favorecer uma melhor aceitação alimentar, em busca do bem estar e memória afetiva, contribuindo com a melhor experiência do paciente e recuperação durante período de internação, aplicado nas Unidades de internação em parceria do Setor de Nutrição e Dietética com o Setor de Gastronomia, onde se preparou um cardápio com opções fora do padrão diário do hospital, abrangendo itens como: pizzas, sanduíches, *Milk-shakes* entre outros. A nutricionista responsável em suas visitas diárias perguntava ao paciente o que desejava comer naquele dia em conjunto com a apresentação do novo cardápio diferenciado, finalizada assim a escolha a informação era enviada para a cozinha para iniciar o preparo. Como item de inclusão participou do projeto pacientes com internação superior a 10 dias.

Foto 1: Modelo do questionário aplicado aos pacientes internados



RESULTADOS

Com base nas respostas dos questionários sobre preferência alimentar e sobre a percepção das visitas aos pacientes, a maioria relatou boa experiência permeada pelo bom atendimento e cuidado humanizado. Segundo os pacientes a humanização do cuidado hospitalar foi bem recebida e se baseia no constante acompanhamento dos nutricionistas e a oportunidade de escolherem preparações que possam facilitar a aceitação da alimentar. Essas visitas resultaram em relatos pessoais significantes no desenvolvimento do projeto como:

Relatos dos pacientes

- **"Me senti muito amado, meu dia ficou mais feliz"**
- ***"Ao receber a embalagem e vi o Beirute de filé meu apetite mudou naquele momento e depois a vontade era de comer até a embalagem"***
- **"Me senti em casa, quando reunimos a família e os amigos"**

Foto 2: Paciente recendo seu pedido especial

CONCLUSÕES

A comida de hospital sempre esteve presente no imaginário das pessoas com conotações negativas compartilhadas pelo senso comum, porém, o momento da refeição é uma oportunidade de interação entre os pacientes, acompanhantes e a equipe de saúde, o ato de comer deve fazer parte da função terapêutica da alimentação hospitalar. Portanto, a incorporação de medidas que superem as expectativas dos pacientes e valorização dos aspectos dietéticos e sensoriais leva a uma melhor experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

Santos VS, Gontijo MCF, Almeida MEF. Efeito da gastronomia na aceitabilidade de dietas hospitalares. Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(3):17-22. Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. Rev. Nutr. 2008; 21(1):63-73. Nakasato M, Casseb MO, Costa HM et al. A Gastronomia Hospitalar como Instrumento de Humanização. Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde, 2014.Gimenes-Minasse MHSG. Comfort food: sobre conceitos e principais características. Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade 2016; 4(2):92-102.

▲
VOLTAR

O QUE Importa PARA VOCÊ?

A Experiência do paciente no Hospital Evangélico de Londrina

Ângela Souza | Letícia Cantoni | Rudhy Wielganczuk

[INTRODUÇÃO] O movimento **O que importa para você? (What matters to you)** teve início nos Estados Unidos. CEO do Instituto Norte-americano Healthcare Improvement na época, Maureen Bisognano foi uma das pessoas que desafiaram os profissionais de saúde a terem conversas mais próximas com os pacientes e familiares. A partir desse estímulo, a preocupação assistencial começou a mudar de "qual é o problema?" para "o que importa para você?".

[OBJETIVO] O Hospital Evangélico de Londrina inciou o projeto de inserção ao movimento "o que importa para você?" Em maio de 2019, com o objetivo de estimular conversas mais significativas entre profissionais de saúde e pacientes, criando um elo de compaixão e empatia entre eles. Proporcionar o cuidado ao paciente em sua integralidade como um ser biopsicosocioespiritual, aprimorando e facilitando as relações interpessoais entre equipes, pacientes e familiares.

[MÉTODO] Através da proximidade e escuta ativa dos profissionais de saúde é possível um atendimento humanizado e individualizado, aprimorando o cuidado de saúde e assistência social, com base no que realmente importa para o paciente. É fundamental é que o profissional **pergunte o que importa, ouça o que importa e faça o que importa.** A sensibilidade e o engajamento dos profissionais são primordiais para que o movimento aconteça, através desse relacionamento a abordagem é realizada e ação é colocada em prática, trazendo uma grande satisfação para ambas as partes. As histórias autorizadas são devidamente registradas e compartilhadas nas redes sociais.

Como resultamos temos orgulho, motivação e engajamento dos profissionais; Cuidado individualizado com foco nas necessidades do paciente; Maior satisfação e bem–estar dos pacientes e familiares, e, em alguns casos, melhora do quadro clínico dos pacientes.

Hospital Evangélico DE LONDRINA

▲
VOLTAR

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ENVOLVIMENTO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR FRENTE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Kassia Eliza Cardoso, Daiany Santos Fernandes, Elisandra Leites Pinheiro, Daniela Tenroller de Oliveira

INTRODUÇÃO

O processo de gestar implica na adoção de um novo papel social, o de ser mãe. Novos desafios aos quais as mulheres precisam se adaptar. Apesar da gestação geralmente evoluir de forma fisiológica, há uma parcela de gestantes que, por terem características específicas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, consideradas de alto risco**.** Em uma gestação de risco, a mulher experimenta situações estressoras.

METODOLOGIA

Caracteriza-se um relato de experiência, desenvolvido por um grupo de enfermeiras de um hospital privado no município de Porto Alegre.

Objetivo: Criar um ambiente acolhedor, seguro e familiar em uma unidade de internação referência para atendimentos a gestantes de alto risco.

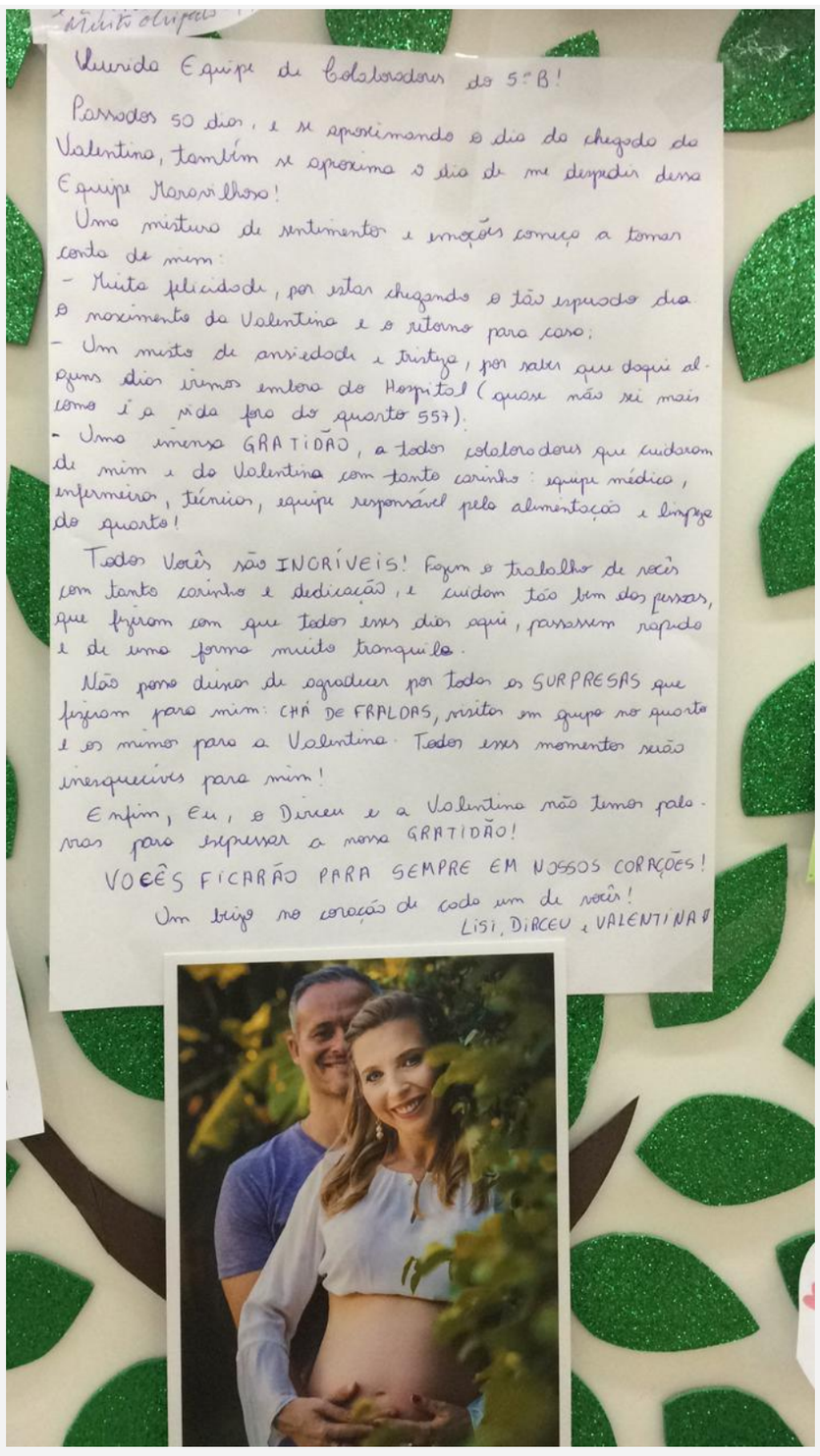
Chá de fralda surpresa organizado pela equipe assistencial

Grupo dos Anjos proporcionando aconchego e música antes do parto

RESULTADOS

Acompanhada por uma equipe multidisciplinar, foram desenvolvidas ações, como um chá de bebê organizado dentro do hospital, onde foram convidados amigos e familiares. A unidade foi enfeitada, coisas gostosas foram preparadas e, a surpresa da paciente ao sair do quarto e deparar-se com todos reunidos para um chá surpresa, foi recompensadora. No dia agendado para o parto do bebê, a paciente foi acordada com um café da manhã. Ao som de uma de suas músicas favoritas, os colaboradores da unidade entraram em seu quarto com balões e flores desejando boa sorte. Foi entregue uma carta em nome de todos e, enquanto a paciente lia em voz alta, a emoção tomou conta da mesma. Ainda neste mesmo dia, antes de ser encaminhada ao bloco cirúrgico, o grupo dos Anjos do hospital ficou encarregado de afastar a ansiedade que acompanhava a gestante com músicas alegres e felizes. A paciente foi recebida no bloco cirúrgico por toda equipe com cartazes, todos com mensagens de carinho e apoio.

O parto foi um sucesso, tiveram alta dias depois extremamente agradecidos por todo o carinho que receberam de todos os colaboradores do hospital, tornando a experiência que vivenciaram ali inesquecível, mesmo em um momento tão delicado.



Carta de agradecimento da paciente e seu esposo

CONCLUSÕES

Conclui-se que buscar formas efetivas de humanizar a prática em saúde implica em uma aproximação crítica que permita compreender o momento que cada paciente está vivendo. É necessário ir além dos componentes técnicos, ultrapassar o cuidado “engessado” e praticar a empatia, tornando a experiência daquelas pessoas que estão sob os nossos cuidados, a melhor possível durante a sua internação.

REFERÊNCIAS

1. Casate, JC, Correa, AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005; 13(1):105-111.
2. Aragaki IMM, Silva IA. Nursing mothers’ perception about their quality of life. Rev esc enferm USP. 2011; 45:71-8. 3.
3. Costa, MC, Bezerra Filho JG, Bezerra MGA, Oliveira MIV, Oliveira RMC, Silva ARV. Gestación de riesco: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas com amniorrexe prematuro. Enferm glob. 2010; 9:1-12. 4.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010
5. Scappaticci ALSS, Blay SL. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura. Rev psiquiatr rio gd sul. 2010; 32:3-15

▲
VOLTAR

TERMOCARDIO: PERCEPÇÃO DA EXPERIÊNCA DO PACIENTE EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE CARDIOLOGIA DIAGNÓSTICA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Affiliated with JOHNS HOPKINS International

Bianca Milena Verboski; Thaise Prado Machado Vitorino; Patrícia Funari Carvalho; Belisa Marin Alves

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados | 2019

INTRODUÇÃO

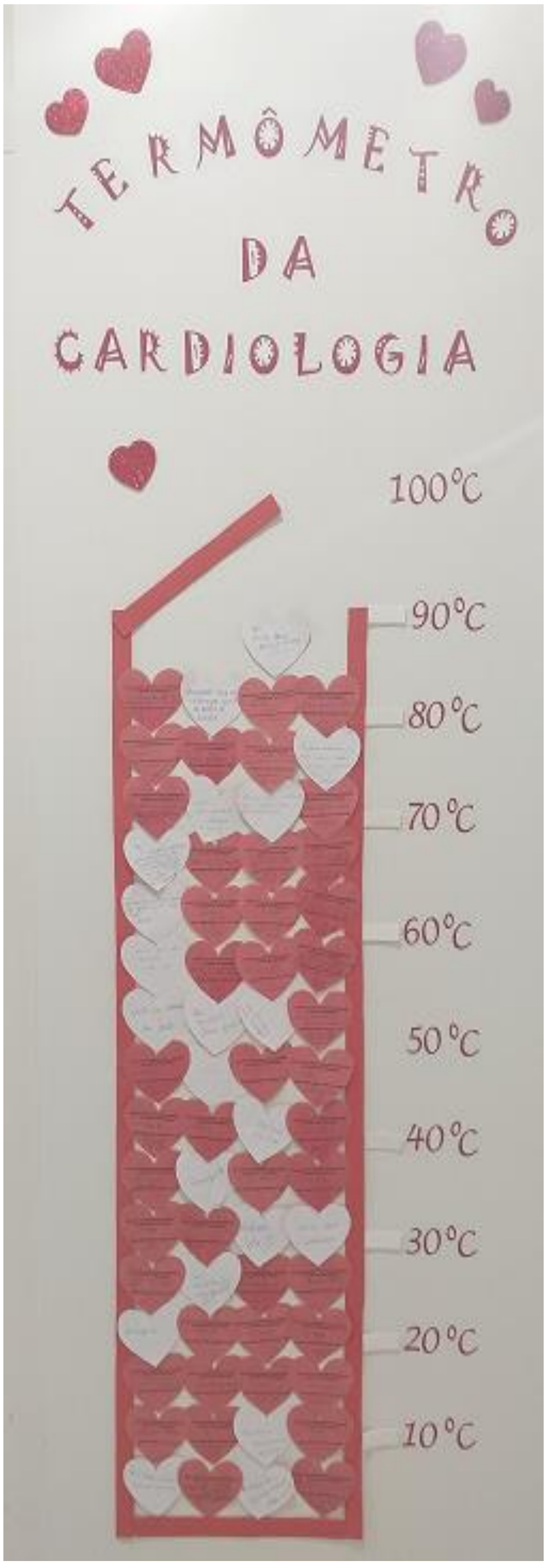
A percepção do valor do cuidado para o paciente está diretamente ligado às suas expectativas e quando estas são atendidas, proporcionamos uma experiência positiva ao paciente. O olhar atento aos detalhes proporciona a customização do atendimento, respeitando a individualidade de cada paciente. No serviço ambulatorial, torna-se um desafio captar o detalhe de cada paciente visto a curta permanência destes no serviço. Conhecer a percepção do paciente sobre sua experiência em um serviço ambulatorial de cardiologia diagnóstica.

METODOLOGIA

Foram confeccionados formulários em formato de coração e disponibilizado uma urna na sala de espera dos exames, para que os pacientes e seus acompanhantes ao final do atendimento fossem estimulados a deixar suas contribuições. O período de coleta foi de 15 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019. No formulário haviam duas perguntas referentes a experiência de atendimento: “Como foi sua experiência de atendimento no Centro de Cardiologia?” e “Posso fazer algo a mais por você?”, as quais permitiam identificar a satisfação e oportunidades de melhorias sinalizadas pelo paciente.

RESULTADOS

No período 135 pacientes preencheram os formulários que foram analisados segundo o conceito de satisfação: os totalmente satisfeitos são os que não tiveram nenhuma observação; parcialmente satisfeitos são os que trouxeram alguma sugestão ou crítica ao serviço;e os não satisfeitos são os que só apresentaram críticas.
No mês de janeiro a urna foi disponibilizada durante 11 dias e 72 pacientes responderam ao formulário sendo 78,4% pacientes satisfeitos, 10% parcialmente satisfeitos e 3,8% não satisfeitos. No mês de fevereiro a urna foi disponibilizada durante 19 dias e 63 pacientes responderam o formulário sendo 92,1% pacientes satisfeitos, 4,8% parcialmente satisfeitos e 3,2% não satisfeitos. Dados que refletem a pesquisa de clientes muito satisfeitos da instituição visto que, no mês de janeiro obtivemos 74,56% de clientes muito satisfeitos e no mês de fevereiro 80,11%, vindo de encontro as respostas presenciais no formulário.



Termocardio - Laboratório de Cardiologia

CONCLUSÕES

A Experiência do paciente tem sido de grande importância para dar voz aos pacientes e ouvidos a equipe, pois de forma simples conseguimos nos aproximar mais das necessidades dos pacientes e perceber o impacto do nosso trabalho entre agradecimentos, sugestões e críticas. A percepção dos pacientes não satisfeitos são oportunidades para qualificar o atendimento e direcionar esforços para o cuidado centrado no paciente.

Contato: bianca.milenavb@gmail.com

VOLTAR

CUIDADO, ENCANTAMENTO E ENGAJAMENTO DE COLABORADORES

ATUAÇÃO DO GRUPO DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE DO HOSPITAL LIFECENTER.

Julia Schneider Ataide, Maysa de Paula Pacheco Batista

INTRODUÇÃO

O tema experiência do paciente tem surgido como destaque nos estudos e pesquisas do segmento de saúde. A prática recente têm mostrado que existe uma correlação entre a experiência do paciente e diversos fatores como: melhora clínica, segurança assistencial, redução na readmissão hospitalar e melhores medidas de desfecho, além de promover fidelização.

Com o objetivo de adaptar-se ao cenário atual e proporcionar melhores resultados para os pacientes e para a instituição, o Hospital Lifecenter criou, em agosto de 2018, o Grupo de Experiência do Paciente, promovendo uma mudança cultural na maneira como é concebida a prestação do cuidado e o relacionamento com os pacientes e seus familiares

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência realizado no Hospital Lifecenter, hospital geral, referência em especialidades de alta complexidade, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O Hospital investe no aprimoramento dos processos como forma de demonstrar o foco na excelência dos serviços, a garantia da qualidade, segurança e melhor experiência no atendimento aos pacientes, visitantes e familiares.

O público elegível à intervenção são os pacientes com mais de 7 dias de internação e sem previsão de alta. Toda segunda-feira, o líder do Grupo de Experiência do Paciente e a Psicóloga Hospitalar fazem o levantamento dos pacientes que se enquadram nesse perfil, e informam aos membros do grupo, que atuam em duplas de colaboradores. Dessa forma, as duplas "assumem" os pacientes indicados pelo líder e realizam uma visita até na terça-feira.

O foco dos participantes é identificar algo de que o paciente sinta falta, e então, organizar um momento especial que o surpreenda, traga boas lembranças e, de alguma forma, ajude-o a suprir essa ausência.

RESULTADOS

Durante o período de atuação, o Grupo de Experiência do Paciente realizou diversas ações que provocaram o encantamento dos pacientes e acompanhantes do hospital, bem como foram fonte de enorme realização para os colaboradores envolvidos e inspiração para os demais.

Foram comemorados aniversários, sendo um deles de um paciente junto ao filho de quatro anos e os super-heróis dos Vingadores, dia dos namorados, visita de bichinhos de estimação, entrega de livros, corte de cabelo, apresentação de dança e de música, entre outras.

O grupo completou um ano e, como resultado do trabalho realizado, além de muitos pacientes encantados, destaca-se a formação de uma cultura voltada para entender, sensibilizar e buscar formas de facilitar a estadia daqueles que estão sendo cuidados, o que pode ser percebido pela multiplicação espontânea das ações de experiência do paciente por colaboradores que não são membros do Grupo, como ocorreu recentemente na experiência de admiração do pôr-do-sol por um paciente da UTI através da janela do hospital em um lindo fim de tarde.

::: Ações realizadas pelo Grupo de Experiência do Paciente, durante o ano de 2019 no Hospital Lifecenter.

CONCLUSÕES

A atuação do Grupo de Experiência no Hospital Lifecenter tem demonstrado que ações simples de acolhimento e empatia com o paciente e seus acompanhantes propiciam uma melhor estadia no ambiente hospitalar, em um momento de fragilidade e vulnerabilidade.

Para a Gestão Organizacional, tem se mostrado uma forma efetiva de motivar os colaboradores e aumentar o engajamento e senso de pertencimento à instituição.

▲
VOLTAR

Ressignificação do cotidiano: um relato de experiência.

Juliana Freitas Ferraz Firme, Vivian Vieira Rodrigues

INTRODUÇÃO

O adoecimento é uma das maiores causas de ruptura do cotidiano de uma pessoa. Ela vivencia limitações e experiências muito dolorosas de ordem física, psicológica e social. Essas consequências são potencializadas com uma hospitalização prolongada. Seu cotidiano passa a ser marcado pelo horário do banho, da medicação, da refeição, da terapia e da visita.

METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta o relato de experiência do atendimento de uma paciente de longa internação de um hospital de transição na Grande São Paulo. Paciente com história diagnóstica de três acidentes vasculares encefálicos e nove meses de internação. Por se tratar da clínica da terapia ocupacional, o recorte estudado foi constituído e decorrente da relação sujeito terapeuta – sujeito paciente – atividade, denominada relação triádica. Na qual a atividade é vista como experiência que traz em si os investimentos singulares, com uma determinada forma particular de ser e de se posicionar diante do mundo. A presente atividade foi vivenciada na ampliação do *setting* terapêutico ocupacional para a horta da instituição (figura 1), após a escuta ativa do desejo expresso da paciente para tal, mobilizando a equipe multidisciplinar (figura 2).

Figura 1: R. apreciando a horta que tanto queria conhecer.

Figura 2: R. feliz no translado em direção a horta, acompanhada pela técnica de enfermagem e o genro.

RESULTADOS

Constatou se que a dinâmica vivenciada na relação triádica (paciente – atividade - terapeuta) na terapia ocupacional foi fundamental como forma de cuidado a paciente e seus familiares. O olhar singular da terapeuta ocupacional mobilizou a equipe e permitiu que naquele momento R. construísse e ressignificasse o seu cotidiano e de todos os envolvidos. Na extensão desse *setting*, a paciente teve autonomia e senso de controle sobre a vida, pôde realizar escolhas e favorecer o relacionamento familiar com seu genro o qual a acompanhou e presentear seus filhos com frutas e flores colhidas na horta (figura 3). Além de resgatar lembranças e aspectos saudáveis de sua história pessoal. Essa experiência minimizou os efeitos e as limitações vivenciados pela hospitalização e possibilitou a ressignificação do seu cotidiano de forma singular (figura 4).

Figura 3: R. colhendo limão para levar aos seus filhos.

Figura 4: R. agradecendo a equipe pela experiência, com um gesto simbolizando um coração.

CONCLUSÕES

Essa experiência permitiu refletir a complexidade do processo de hospitalização. A assistência terapêutica ocupacional centrada no paciente, favoreceu o conhecimento de seus desejos, valores e necessidades o que contribuiu para a ressignificação desse cotidiano interrompido, devido o adoecimento e a internação prolongada, a partir de uma experiência significativa para a paciente, possibilitando um espaço de saúde com ênfase na vida.

Nota: Agradecimento a senhora R. e seus familiares pela autorização no uso das imagens e na apresentação do relato de experiência.

REFERÊNCIAS

BENETTTON, M. J. Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional. Campinas: Arte Brasil Editora Unisalesiano – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006. 144p. 2006.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 25, v.25, n.4, p.371-377, 2011.

VOLTAR

O Desfecho Clínico como o diferencial na Experiência do Paciente

Livia do Valle Costa Maria, Agatha Stahl de Queiroz, Amanda Danieletto Ruiz, Teresa Cristina Dias Cunha Nascimento

INTRODUÇÃO

A área de Desfecho Clínico do Hospital Sírio Libanês (HSL) realiza o acompanhamento após alta hospitalar de 19 diagnósticos.

Desde junho de 2017 incluímos os pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP) tanto no HSL como no Hospital Regional de Jundiaí, em conjunto com o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (IRSSL).

No contato com o paciente aplicamos instrumentos validados que abordam a qualidade de vida, que compreende aspectos como saúde física, estado psicológico, nível de dependência e relações sociais. Neste momento é comum o paciente expressar o sentir-se acolhido pela Instituição.

METODOLOGIA

O acompanhamento é feito por meio de contatos telefônicos periódicos, 30 dias e anualmente até completar 5 anos pós intervenção.

Neste contato, além de questionários que abordam a qualidade de vida e funcionalidade, obtemos informações relacionadas à medicações em uso, complicações, reinternações e sobrevida.

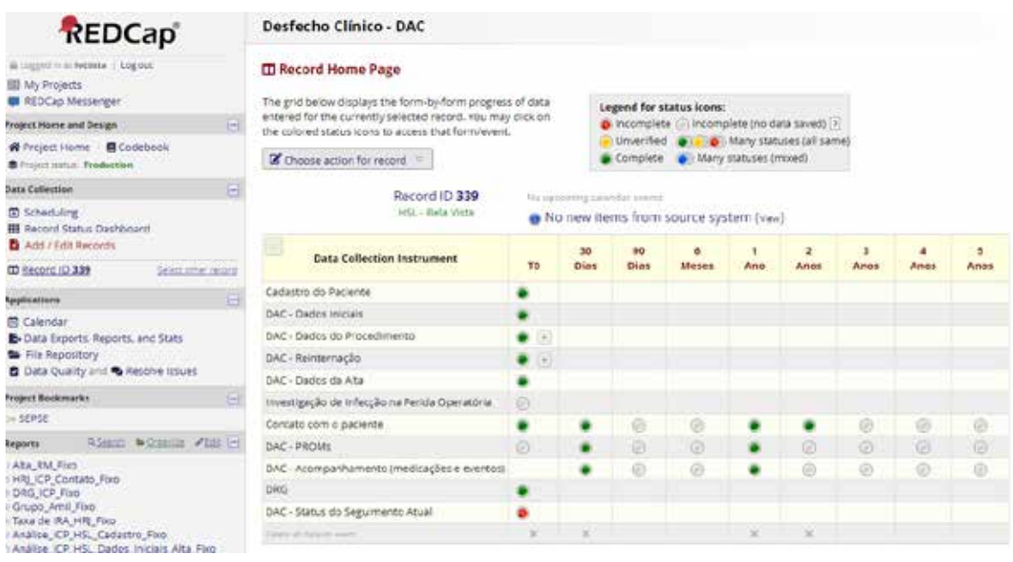


Figura 1. Estrutura de fichas no Sistema REDCap, utilizado para armazenamento das informações coletadas.

Figura 2. Ficha de Contato com o paciente.

RESULTADOS

Ao tentar o contato de 30 dias com o paciente H.M.C., gênero masculino, 77 anos, natural e residente do Paraguai por meio de ligação telefônica, não obtivemos sucesso e enviamos o questionário para o e-mail cadastrado na instituição. Passados alguns dias recebemos a devolutiva com todas as questões respondidas.

Alguns meses depois, sua filha entrou em contato com nossa equipe, informando que seu pai tinha consulta médica agendada no Brasil e viria até a área de Desfecho.

Ao recebê-lo, ele estava acompanhado de sua esposa e, emocionado, nos disse o motivo de sua visita: “O contato de vocês me deu estímulo e ânimo para continuar os meus cuidados, pois eu não queria mais viver”.

O relato de sua família é que após a alta, ele não retornou ao trabalho. Somente depois do nosso contato e, ao responder os questionários, sentiu-se engajado para dar continuidade ao seu tratamento, pois sentiu-se seguro por ter alguém preocupado com sua saúde.

CONCLUSÕES

Mesmo a área de Desfecho não prestando assistência direta ao paciente é possível melhorar sua experiência. Por meio dos contatos realizados ele se sente acolhido, não só durante a internação, mas após sua alta.

Com seu relato observamos que ele se tornou um promotor da nossa área e instituição, pois conseguimos demonstrar a preocupação com sua saúde, prestando um cuidado diferenciado e centrado nele, valorizando não só sua saúde, mas também a qualidade de vida mesmo no pós alta.

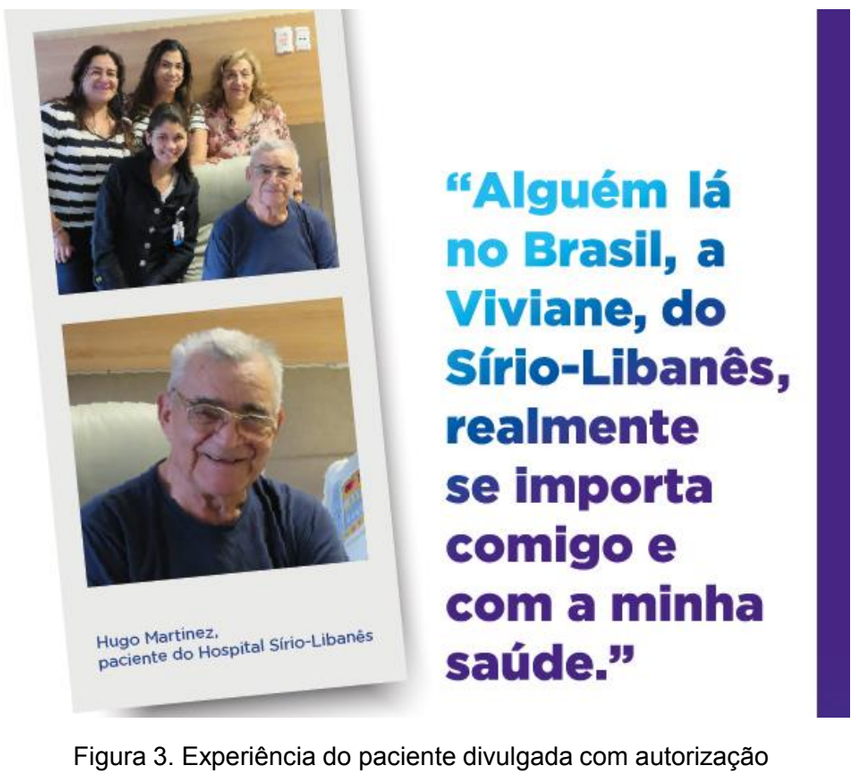


Figura 3. Experiência do paciente divulgada com autorização

REFERÊNCIAS

https://www.ichom.org/portfolio/coronary-artery-disease/

VOLTAR

LIBRAS E SAÚDE: ACESSIBILIDADE NO ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO

Andreia Gonçalves C. Dos Santos, Alexandra Ferreira, Arléia Braatz, Maria Aparecida Cunha

INTRODUÇÃO

O projeto "Libras e Saúde: acessibilidade no atendimento Oftalmológico do Hospital de Olhos de Blumenau, é um projeto pioneiro em hospitais de saúde do estado de SC, e tem por objetivo qualificar o maior número de colaboradores na Língua de Sinais – Libras e consequentemente promover a melhoria na qualidade do acesso ao atendimento das pessoas com surdez.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa telefônica para hospitais e clínicas de saúde da região do Vale do Itajaí – SC, para identificar quais os estabelecimentos de saúde dessa região tinham atendimento especializado para pacientes surdos.

Após inúmeras ligações, a pesquisa demonstrou que desses 55 hospitais e clínicas de saúde da região do Vale do Itajaí – SC, apenas em 2 uma taxa de 8% dos entrevistados tinham algum profissional que podiam atender esses pacientes, conforme tabela 02.

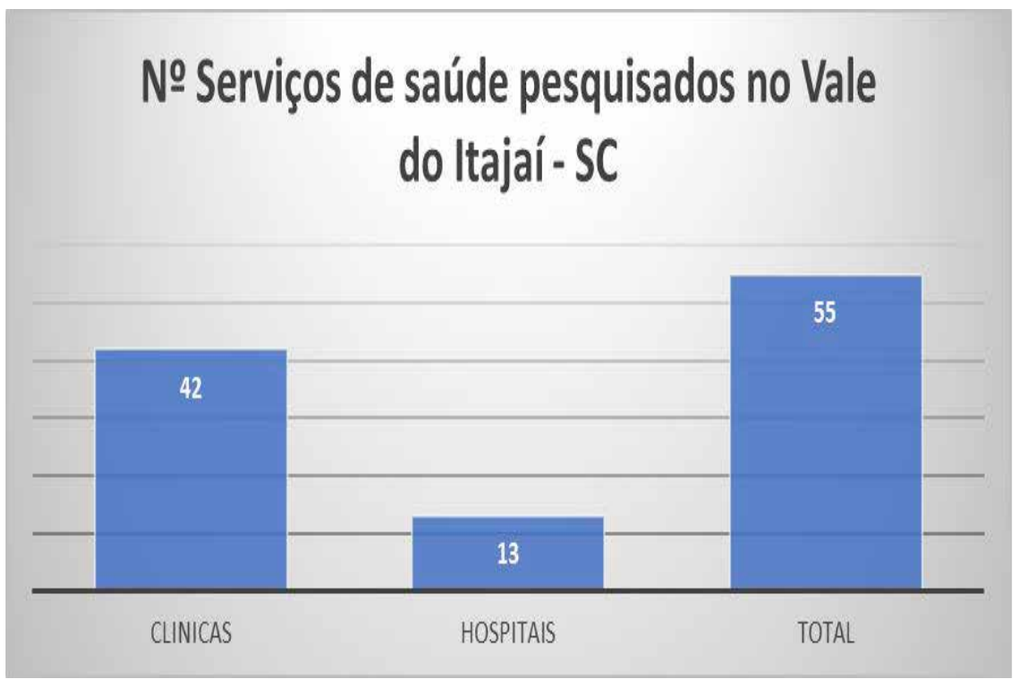


Tabela 1 – Pesquisa Telefônica do Hospital de Olhos de Blumenau.

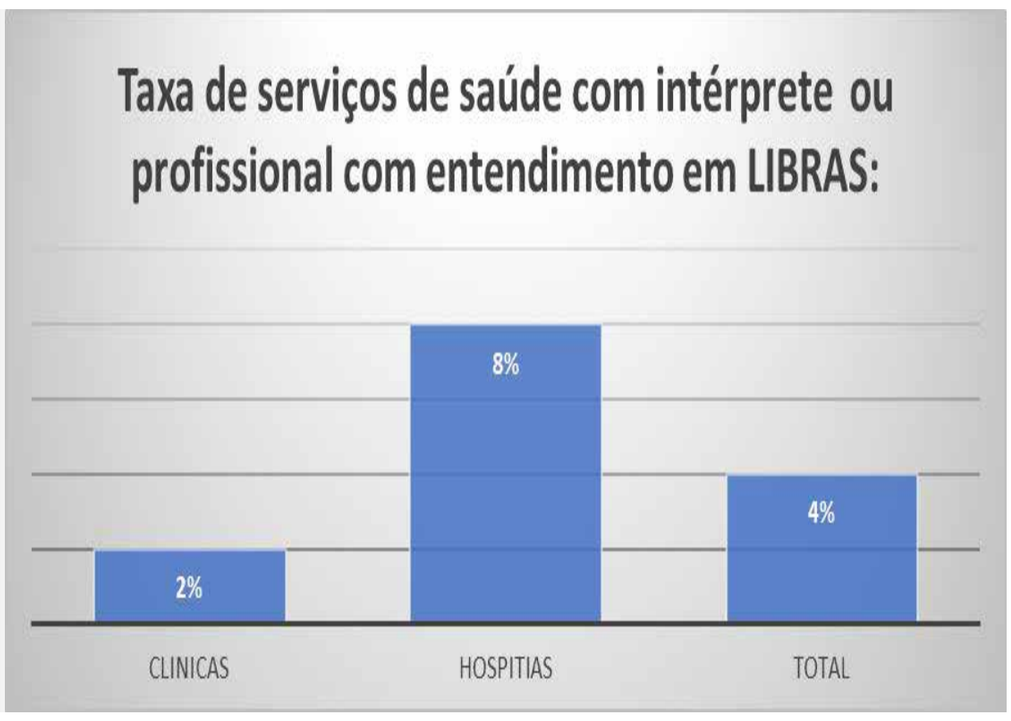


Tabela 2 – Taxa de serviços de saúde com intérprete ou profissional com entendimento em LIBRAS.

RESULTADOS

As mudanças no HOB iniciaram com alteração das rotinas internas ao atendimento dos pacientes e familiares de Surdos, fazendo com que estes pacientes fossem acompanhados pelos colaboradores com mais habilidades em comunicar-se com os mesmos, durante o atendimento no hospital. Comunicando-se em Libras, os profissionais do HOB realizam atendimento de oftalmologia, tais como a aferição da pressão ocular, verificação da acuidade visual, agendamento de consultas, exames e oferecimento de orientações aos Surdos em relação aos cuidados Pré e pós-operatório. Percebemos a gratidão dos Surdos atendidos, a satisfação pela valorização e acolhimento recebidos e a importância deles como pacientes em nosso hospital. É uma grande satisfação possuir uma equipe que pode auxiliar e prestar um atendimento humanizado a todos nossos pacientes e acompanhantes.

Vídeo produzido com a colaboradora Maria Aparecida Cunha, divulgado nas redes sociais no dia 26.09.2019 Dia Nacional do Surdo.

Colaboradores do Hospital de Olhos de Blumenau durante o curso de Libras.

CONCLUSÕES

Com o **Projeto "Libras e Saúde"** os colaboradores do HOB se sensibilizaram diante da dificuldade de se comunicar com nossos pacientes e acompanhantes, surgindo a vontade de ampliar os conhecimentos sobre o tema. Para tal, foi promovido um curso de Libras para mais colaboradores para que estes fossem multiplicadores na comunicação com surdos através de Libras dentro do Hospital de Olhos de Blumenau. O curso tornou-se uma das vertentes do projeto.

REFERÊNCIAS

ABREU JC de, Freitas JMRF, Rocha LLV.A **percepção dos surdos em relação ao sistema de comunicação das Unidades de Atenção Primária à Saúde** – UAPS. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2014/2015;9(1):6-11.

▲
VOLTAR

Impacto do uso de técnicas de demonstração em ambiente de simulação realística como forma de educação pós-operatória na experiência do paciente internado

Luciana Gardin Barbosa, Cinthya da Silva Frazão, Danilo Marques, Andrea Dias Lamas Mafra

INTRODUÇÃO

Cirurgias de grande porte podem trazer limitações para as atividades de vida diária ou resultar em perda da independência, sobretudo em pacientes idosos. Em dezembro de 2017, foi inaugurado no Hospital da AACD o “Ambiente Vida Prática”, que simula os cômodos de uma casa, onde um profissional de fisioterapia orienta, demonstra e dá a oportunidade ao paciente para simular atividades diárias, antecipando as dificuldades que podem ser encontradas após a alta explicar como manter-se ativo dentro dos limites de segurança para sua recuperação.

METODOLOGIA

Pacientes em pós-operatório de cirurgias ortopédicas foram randomizados em dois grupos (Controle e Intervenção). O Grupo Controle recebeu orientações por escrito quanto ao pós-operatório e o Grupo Intervenção recebeu adicionalmente uma sessão de demonstração e treinamento com um profissional fisioterapeuta em um ambiente criado para simular uma casa e seus cômodos (sala, quarto, cozinha, lavanderia e banheiro) com um profissional fisioterapeuta. Neste espaço, o paciente pôde ter oportunidade de simular atividades diárias, como deitar-se e levantar-se de uma cama, usar o vaso sanitário, tomar banho, usar o computador em uma mesa de trabalho ou até mesmo preparar uma refeição rápida. O objetivo foi antecipar as dificuldades que poderiam ser encontradas após a alta hospitalar, explicar como superá-las e manter-se ativo dentro dos limites de segurança para sua recuperação. Os pacientes foram levados a esse ambiente tão logo quando sua condição clínica permitisse, ou seja, quando não mais referissem dor incapacitante ou apresentassem sintomas ou mal estar de qualquer natureza.

Figura 1. Ambiente Vida Prática – simulação de cômodos como lavanderia, cozinha, escritório, quarto e banheiro, além de rampas e escadas.

Figura 2. Treinamento e demonstração ao paciente no Ambiente Vida Prática (lavanderia, escritório, cozinha e quarto).

RESULTADOS

Dos 71 sujeitos que iniciaram e pesquisa, 3 foram excluídos, por não terem respondido o questionário integralmente (1 do grupo controle e 2 do grupo intervenção). Dos 68 indivíduos analisados 30 (44,1%) são do grupo controle e 38 (55,9%) do grupo intervenção. Portanto, foram analisados 68 indivíduos - 30 (44,1%) do Grupo Controle e 38 (55,9%) do Grupo Intervenção.
Ao avaliar a variável escore HCAHPS “geral” e escore HCAHPS “alta”, a distribuição foi semelhante entre grupo intervenção e controle (p=0,496 e p=0,400 respectivamente).
Não houve diferença na avaliação HCAHPS “geral”, “alta”, ou em questões individuais (significância entre p=0,119 e p=1,0) entre os sexos.
Houve diferença na avaliação HCAHPS “alta” entre os diagnósticos. Os pacientes com diagnóstico de “artroplastia total de quadril” apresentaram escore superior àqueles com diagnóstico de “artroplastia total de joelho”, “hérnia de disco cervical” e “hérnia de disco lombar” (p=0,024, p=0,027 e p=0,005 respectivamente). Porém, não houve diferença entre os grupos controle e intervenção dentro de cada diagnóstico.

	Grupo Controle					Grupo Intervenção				
	Média	DP	Mediana	P25	P75	Média	DP	Mediana	P25	P75
Idade	46,1	13,6	46,5	39,0	53	43,8	18,9	44,5	37	52
IMC	28,8	6,0	27,9	25,6	31,9	29,3	18,7	27,1	22,4	29,7
Escore HCAHPS geral	79,5	6,9	79	75	86	80,8	6,0	81	76	86
Escore HCAHPS alta	3,6	0,9	3	3	4	3,5	1,0	3	3	4

Tabela 1. Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas do estudo para os grupos controle e intervenção.

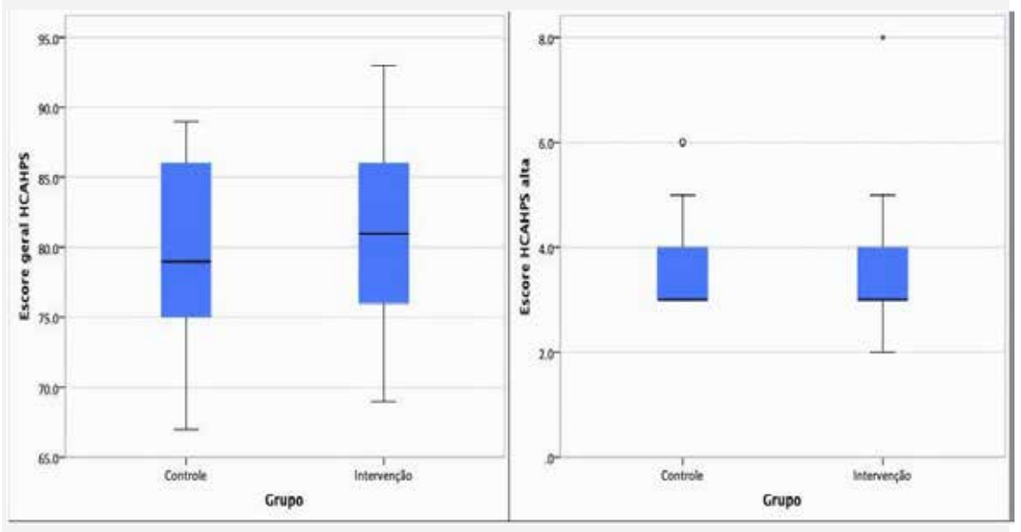


Tabela 2. Boxplot para comparação dos grupos em relação ao escore HCAHPS “geral” e “alta”

CONCLUSÕES

Não houve influência da intervenção proposta nos resultados do Questionário de Avaliação do Paciente Internado Relativo aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde, talvez pela limitação do instrumento ou por sua aplicação com o paciente ainda internado. Entretanto, por relatos dos pacientes do grupo intervenção de maior preparo e segurança para a execução das atividades do cotidiano, acredita-se que abordagens de educação do paciente por meio de demonstração devam ser inseridas como parte do processo de preparação para a alta, sempre que possível.

REFERÊNCIAS

1. Edemekong PF, Bomgaars DL,Levy SB. Activities of Daily Living (ADLs) [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2018 [cited 2018 Dec 17]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404
2. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. Arch Clin Neuropsychol. 2016;31(6):506-16. Review.Nagai K, Ikutomo H, Yamada M, Tsuboyama T, Masuhara K. Fear of falling during activities of daily living after total hip arthroplasty in Japanese women: a cross-sectional study. Physiotherapy. 2014;100(4):325-30.
3. McDonall J, de Steiger R, Reynolds J, Redley B, Livingston P, Botti M. Patient participation in postoperative care activities in patients undergoing total knee replacement surgery: Multimedia Intervention for Managing patient Experience (MIME). Study protocol for a cluster randomised crossover trial. BMC Musculoskeletal Disorders. 2016;17:294.
4. Andrade LE, Melo LO, Silva IG, Souza RM, Lima AL, Freitas MR, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017;26(3):455-68.
5. Page MJ, O'Connor DA, Malek M, Haas R, Beaton D, Huang H, Ramiro S, Richards P, Voshaar MJ, Shea B, Verhagen AP, Whittle SL, van der Windt DA, Gagnier JJ, Buchbinder R; OMERACT Shoulder Core Set Working Group. Patients' experience of shoulder disorders: a systematic review of qualitative studies for the OMERACT Shoulder Core Domain Set. Rheumatology (Oxford). 2019 Mar 6. pii: kez046. doi: 10.1093/rheumatology/kez046. [Epub ahead of print].
6. McCormick JD, Werner BC, Shimer AL. Patient-reported outcome measures in spine surgery. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(2):99-107.Review.
7. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. 2017;45(10):1751-61. Review. Erratum in: Crit Care Med. 2018;46(3):e278.
8. Desai AD, Popalisky J, Simon TD, Mangione-Smith RM. The effectiveness of family-centered transition processes from hospital settings to home: a review of the literature. Hosp Pediatr. 2015;5(4):219-31. Review.
9. Okrainec K, Lau D, Abrams HB, Hahn-Goldberg S, Brahmbhatt R, Huynh T, et al. Impact of patient-centered discharge tools: A systematic review. J Hosp Med. 2017;12(2):110-7. Review.
10. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;391(10137):2356-2367.Review.

VOLTAR

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM HUMANIZADA: REALIZAÇÃO DO SONHO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Kassia Eliza Cardozo, Eduarda Soriano Davila, Luisa Juliana da Silva Pavinatto, Daniela Tenroller Oliveira

INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial da Saúde a definição de cuidados paliativos se baseia em os cuidados aplicados por uma equipe multiprofissional em um trabalho harmônico e convergente, com o foco no paciente e não na cura. Cabe ao enfermeiro promover um cuidado centrado no paciente em situação de vida e morte, promovendo um ambiente favorável para a promoção da saúde do paciente com assistência integral. Desta forma com o intuito de proporcionar um momento de celebração para um paciente em tratamento quimioterápico internado em uma unidade de internação oncológica, a equipe multidisciplinar organizou uma cerimônia religiosa dentro de um hospital privado na cidade de Porto Alegre.

OBJETIVOS

Planejar os cuidados de enfermagem centrado no paciente e seus familiares, individualizar o cuidado, pois sabe-se que cada paciente tem suas necessidades.

METODOLOGIA

Caracteriza-se um relato de experiência, desenvolvido por um grupo de enfermeiras oncológicas em um hospital privado no município de Porto Alegre.

O noivo acompanhado pela sua mãe e equipe assistencial até o altar “Nunca imaginei que fariam tudo isso por nós. O casamento foi lindo” disse a mãe do paciente.

A noiva acompanhada pela técnica de enfermagem. Ao chegar no quarto, mais uma surpresa: as enfermeiras e fisioterapeutas da equipe enfeitaram com velas e mensagens de amor eterno todo o dormitório cor-de-rosa. Quebraram o silêncio do corredor as gargalhadas de alegria da enfermaria, na disputa acirrada pelo buquê de flores coloridas.

RESULTADOS

No dia 26 de outubro de 2018 o hospital foi o altar para que o sonho se tornasse realidade, a oficialização da cerimônia religiosa de casamento. No dia anterior, paciente e sua companheira oficializaram a união estável na presença do tabelião no quarto onde está internado. Embasada no propósito de cuidar de vidas e valores como gentileza e compaixão, a equipe multidisciplinar da unidade de internação oncológica ao saber da oficialização civil do casal, mobilizou-se para organizar a cerimônia religiosa. Em poucas horas foi providenciado vestido, buquê de flores, camisa e gravata para o noivo. Cartazes com mensagens e a musicista ao tom de piano com direito a marcha nupcial para a entrada da noiva, e “É preciso saber viver”, de Titãs para a entrada dos noivos. Encerrou-se a cerimônia ao som dos colaboradores do hospital cantando “Como é grande o meu amor por você”.

O momento do “Eu aceito”. “Embora esse não seja o evento que projetamos, Deus é perfeito no que faz”, disse a noiva

Equipe assistencial responsável pela organização do casamento. As madrinhas foram as enfermeiras, assim como as recepcionistas matrimoniais, a intérprete vocal e o musicista que dedilhava “É preciso saber viver” sobre o piano.

CONCLUSÕES

O papel da equipe multidisciplinar é oferecer uma assistência de qualidade, utilizando como uma de suas ferramentas a experiência do paciente como termômetro de suas ações, podendo buscar melhorias em processos. Proporcionando assim um ambiente onde o paciente e familiares se sintam acolhidos.

REFERÊNCIAS

1.Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação relatório mundial 2003. Brasília (DF): MS; 2003
2.Fischer ES, Silva MJP. Reações emocionais da enfermeira no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Rev. Nursing. 2003
3.RIZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 55, n. 2, mar/abr. 2002.

VOLTAR

INTERNAÇÃO LEAN

Jonathan de Carvalho, Inácio Araripe, Mariane Dias Barbeitas e Marcelo Moraes

INTRODUÇÃO

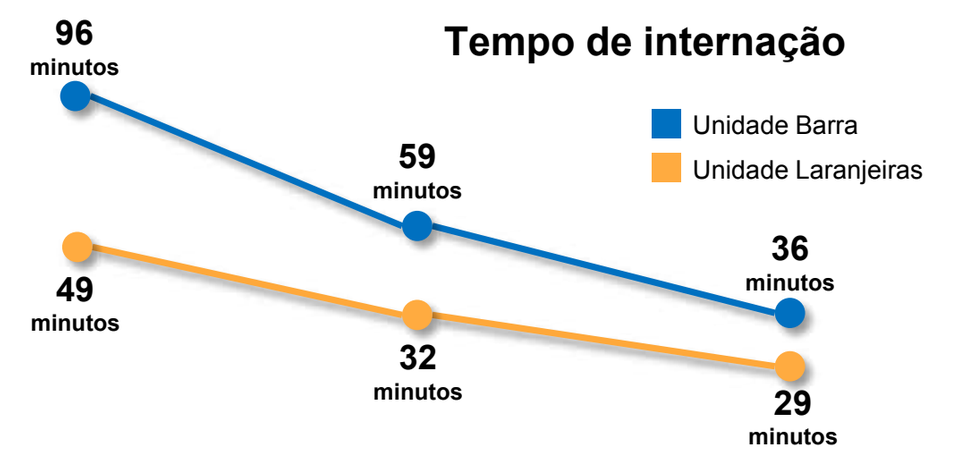
A primeira impressão da paciente ao chegar ao hospital pode determinar toda a base perceptiva do cliente com relação a sua experiência durante a estadia. Sabendo-se que uma das maiores queixas das pacientes se relacionava à demora no processo de internação, foi feito um estudo minucioso de causas buscando reduzir o tempo de alocação da paciente no leito a partir do momento em que a mesma chega ao hospital, uma vez que essa demora é sintoma de problemas complexos e parte de um fluxo com responsabilidade compartilhada por vários silos, como Recepção, Maternidade, Berçário e Hotelaria.
O objetivo do projeto era aumentar a satisfação da paciente na recepção das unidades Barra e Laranjeiras, otimizando o fluxo de pacientes e giro de leitos, reduzindo o tempo de espera para a internação.

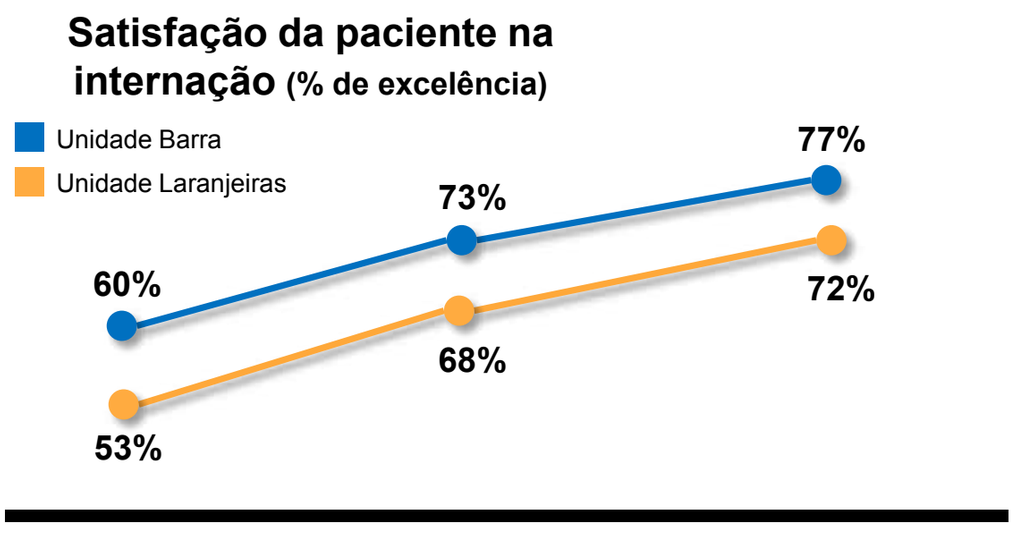
METODOLOGIA

Utilizando a metodologia Lean, Seis Sigma e Teoria das Restrições, foram identificadas as principais restrições no giro hospitalar. A demora no processo de internação e, como consequência, a insatisfação da paciente, eram causadas principalmente pela falta de comunicação entre os diversos setores e profissionais responsáveis pelo fluxo, que faziam aumentar o tempo entre a alta médica da paciente e a sua alta hospitalar, assim como tornava demorada a entrega do leito higienizado pela Hotelaria. Foram melhorados os processos de admissão, reduzindo mais de 160 desperdícios, como movimentação e excesso de processamento burocrático, que atrapalhavam o atendimento à paciente. O processo de gestão de vagas e de leitos, antes gerenciado pela enfermagem da maternidade, passou a ser coordenado pela equipe da recepção, transformando o processo “empurrado” em “puxado”, conforme preconizado pela filosofia Lean. Foram criados indicadores e metas para o fluxo compartilhado de deshospitalização da paciente (alta financeira e alta hospitalar). Já o processo de higienização dos leitos, antes 100% excluído do sistema e gerenciado por meio de planilhas preenchidas manualmente, passou a ser integrado no sistema de informação do hospital por meio de “devices” gerenciados pela ponta, permitindo-se criar um sistema de alertas e indicadores e agilizando o giro e a entrega de novos leitos para a internação. Criou-se também uma série de novas rotinas buscando quebrar a visão de silos entre vários setores, como a implantação de dois rounds operacionais diários de 10 minutos de duração, em que um representante da recepção, maternidade, berçário, hotelaria, manutenção, TI e nutrição trocam informações sobre os processos de internação e de alta, altas prováveis e outros problemas que necessitem de ajuda.

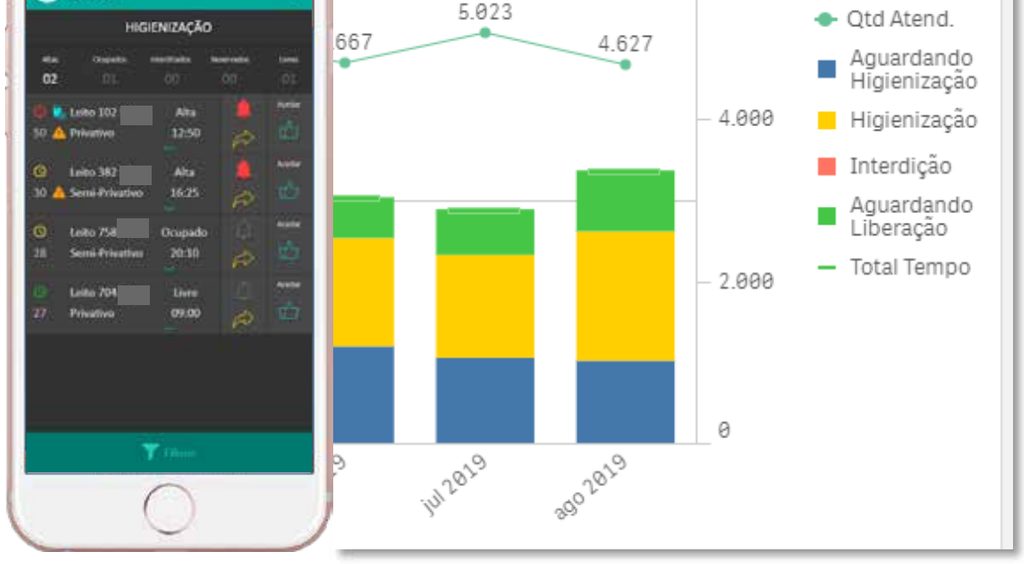
RESULTADOS

Ao integrar mais os processos que conduzem o fluxo da paciente, o giro hospitalar tornou-se mais ágil e suave, levando a um aumento de 36% da satisfação das pacientes com a recepção do hospital, consequência direta de uma redução de 62,5% do tempo do processo de internação. A redução de espera, por sua vez, foi conseguida também pela diminuição em 17% do tempo de deshospitalização (alta e liberação de leitos), que antes era de 212 minutos pós-alta médica, passando para 176 minutos. Essa redução do tempo de permanência da paciente após a sua alta médica trouxe ainda uma redução nos custos hospitalares em R$ 40.680 mensais.
A visão do todo e a busca pelas causas reais dos problemas são conceitos Lean imprescindíveis para a gestão hospitalar, cada vez mais complexa diante da “consumerização” da saúde – e do impacto que isso tem sobre o perfil dos pacientes – e do aumento dos custos hospitalares. Seguindo essa metodologia, foi possível integrar processos antes desconexos, digitalizar serviços que antes eram manuais, incutir uma visão sistêmica nos gestores e empoderar a ponta na entrega da melhor experiência possível às pacientes.





Round operacional: Encontros realizados diariamente, reunindo por 10 minutos representantes dos setores responsáveis pelo fluxo do paciente.



Hotelaria na ponta dos dedos: Processo de higienização terminal integrado ao sistema por meio de smartphones, gerando indicadores de gestão no BI

Caso tenha interesse em saber mais sobre esse e outros projetos, envie-nos um email para **lean@perinatal.com.br**

VOLTAR

EXPERIÊNCIA PERINATAL

Jonathan de Carvalho, Inácio Araripe e Mariane Dias Barbeitas

INTRODUÇÃO

A experiência do paciente é um eixo crucial para a melhoria da performance do sistema de saúde. Vários são os indícios globais do ganho de importância que o tema tem alcançado – vide os preceitos do "Quadruple Aim", preconizado pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), referência internacional em gestão da saúde –, tornando-se inclusive fator determinante para o pagamento no modelo de negócio em saúde, que aos poucos está saindo da órbita "fee for service" para "pay for performance". A experiência de uma paciente obstétrica consiste de sentimentos complexos e oscilantes, próprios da expectativa, da ansiedade e da turbulência hormonal de uma gestante. Entender a jornada emocional dessa paciente é essencial para entender a experiência do cliente, melhorar o atendimento prestado e ferramentalizar a empatia por parte dos colaboradores, evidenciando como o paciente está se sentindo. Promove-se, assim, um cuidado holístico, indo além da condição clínica e contemplando a saúde emocional da paciente.

METODOLOGIA

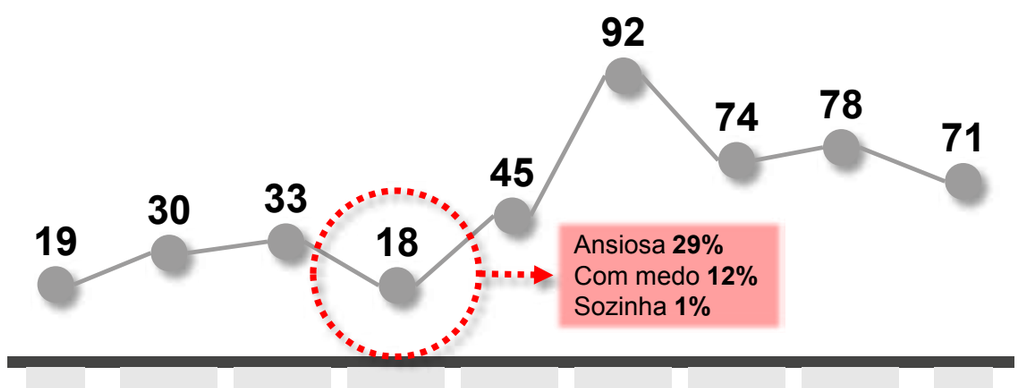
Utilizando ferramentas de análise de experiência do cliente, de Design Thinking e de Pensamento Ágil, foi realizada uma pesquisa qualitativa na casa das pacientes pós-alta, buscando captar quais os momentos que elas lembram de sua jornada enquanto internadas no hospital – chamados de pontos de interação – e o que elas sentiram em cada uma dessas etapas. Buscou-se responder três perguntas:

1) Como é a experiência da paciente obstétrica durante a sua jornada no hospital?

2) Como quantificar e mensurar a jornada sentimental da paciente durante sua internação?

3) Uma vez mensurada, como efetivamente melhorar a sua experiência?

Através da análise por saturação e reincidência, foi criado um questionário de avaliação da experiência, contemplando os principais pontos de interação e sentimentos obtidos na pesquisa qualitativa. O questionário é preenchido pelas pacientes no momento de sua alta, possibilitando ao hospital medir a experiência emocional – levando em consideração o saldo entre sentimentos positivos e negativos – durante toda a sua jornada. A partir dessa pesquisa, foi possível identificar a oportunidade de melhoria na experiência das pacientes, no momento em que o sentimento era mais negativo: a espera da paciente na recuperação do imediato pós-parto, ainda no centro obstétrico. Buscou-se então entender o porquê da presença da ansiedade e do medo nas pacientes e, através de ferramentas de ideação, implantou-se medidas para melhorar a sua experiência.



A experiência da paciente quantificada, representando o saldo entre sentimentos positivos e negativos

RESULTADOS

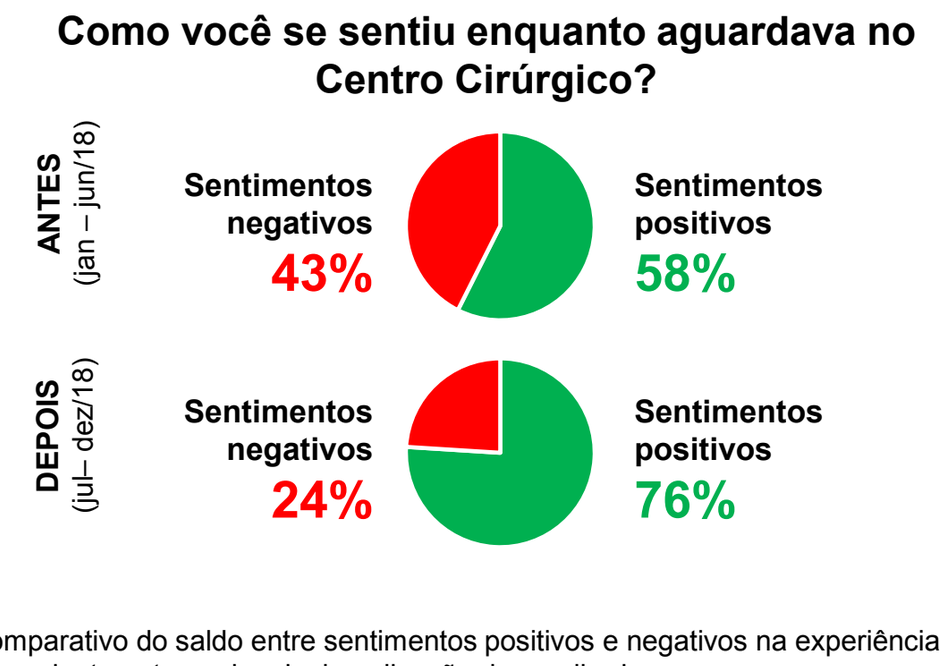
O processo de ideação permitiu que identificássemos três causas dos sentimentos negativos e implantássemos contramedidas para dirimi-las:

- Para aplacar o sentimento de abandono sentido pela paciente logo após o parto, foi feito uma série de treinamentos focados em empatia com a equipe do centro cirúrgico;

- Para garantir maior privacidade das pacientes enquanto aguardavam na recuperação pós-anestésica (RPA), foi reestruturado o layout do ambiente, com cortinas e pintura com cores mais amenas;

- Para melhorar a experiência diante da ausência do recém-nascido no imediato pós-parto, enquanto ele era assistido e registrado no berçário, foi implantado um novo processo em que o bebê não se separa da paciente em momento algum, tendo toda a assistência feita na sala de parto, junto à mãe. Além de modificar o processo, passou-se a unir o binômio por meio de um *sling* que foi chamado de "Top Baby", aumentando a segurança e mantendo a temperatura do recém-nascido.

Essas ações fizeram com que a avaliação da experiência na etapa melhorasse em 78%, além de aumentar a percepção de valor que a experiência da paciente pode trazer para a empresa.



Comparativo do saldo entre sentimentos positivos e negativos na experiência da paciente antes e depois da aplicação das melhorias

Transformando um momento de apreensão em uma experiência positiva: mãe e bebê juntos

VOLTAR

Avaliação seriada do NPS como instrumento de tomada de ação

João Gabriel Rosa Ramos, Flávia Ferreira, Maria do Socorro Albuquerque, Jonatã Reis, Lucas Andrade

INTRODUÇÃO

O NPS (net promoter score) é um método prático e eficaz de mensuração de satisfação dos clientes com as empresas. No entanto, pouco se sabe sobre a eficácia desse instrumento como norteador para tomada de ação em tempo real.

O objetivo do trabalho foi avaliar o impacto da utilização da ferramenta de NPS seriado na experiência do paciente e identificação de problemas passíveis de solução ao longo do internamento.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva dos dados de pacientes admitidos na Clínica Florence, uma Unidade de Transição com foco em Cuidados Paliativos e Reabilitação em Salvador, Bahia, entre julho/2017 e junho/2019. Foram analisados os valores de NPS medidos no sétimo dia de internação e no momento da alta e verificada a variação entre os valores (figura 1), assim como os principais motivos de críticas e sugestões passíveis de tomada de ação.

Figura 1. Fluxo do processo de coleta do NPS

Figura 2. Comparação dos valores globais do NPS de 7 dias e NPS de alta

RESULTADOS

No período analisado, houve 302 internamentos, dos quais 187 (62%) tinham registrados os dois valores de NPS. Dos pacientes excluídos da análise, 69 não tiveram NPS do sétimo dia e 46 não tiveram NPS de alta (19 transferidos para outro serviço e 27 perdas). Os valores globais do NPS estão representados na figura 2.

Na análise dos estratos de NPS (figura 3), 159 (85%) respondedores permaneceram no mesmo estrato, mas 26 (13.4%) subiram de estrato, sendo 22 (11.8%) neutros que migraram para promotores e 3 (1.6%) detratores que migraram para promotores. Apenas 3 (1.6%) rebaixaram o estrato, sendo 1 (0.5%) que migrou de promotor para detrator e 2 (1.1%) promotores que migraram para neutros.

Analisando os comentários no NPS de 7 dias, foram identificadas 40 sugestões passíveis de tomada de ação, distribuídas nos temas acesso (5), assistência (11), instalações (11) e alimentação/refeições (13), conforme tabela 1.

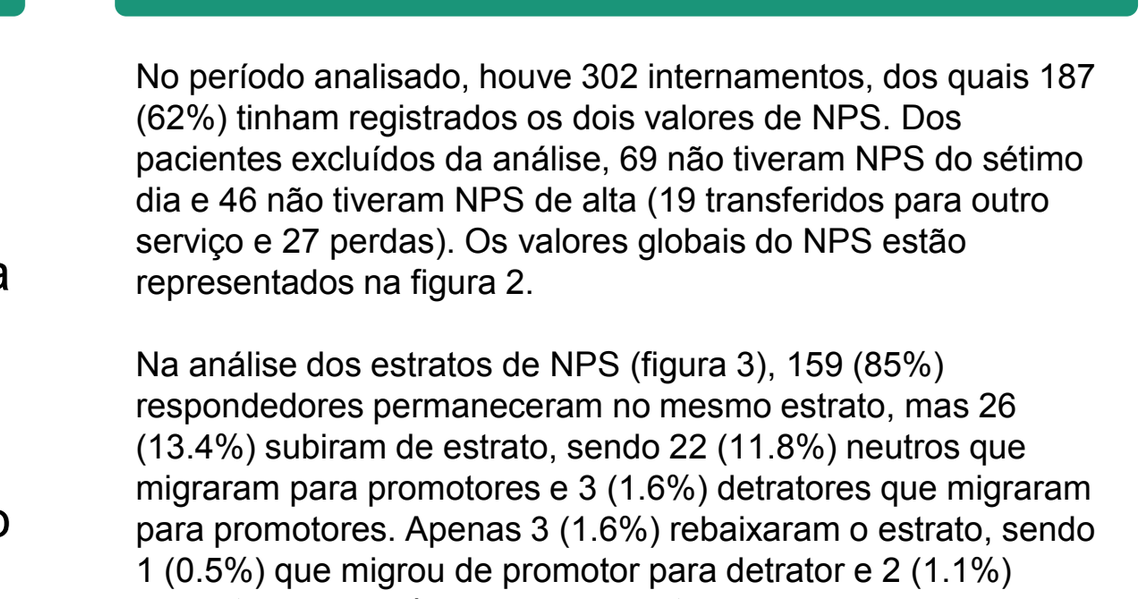


Figura 3. Diferenças entre os estratos de NPS de 7 dias e NPS de alta

Sugestões	N (%)
Acesso	5 (12,5)
Assistência	11 (27,5)
Instalações	11 (27,5)
Alimentação	13 (32,5)

Tabela 1. Sugestões passíveis de ação identificadas no preenchimento do NPS, agrupadas por temas.

CONCLUSÕES

A utilização do NPS seriado pode auxiliar a identificação de pontos de atenção e sugestões passíveis de tomada de ação, permitindo otimizar a experiência do paciente durante o internamento em uma unidade de transição.

REFERÊNCIAS

Agarwal AK; Hahn L; Merchant R. Handcrafting the patient experience. NEJM catalyst, 2019.

VOLTAR

ÍNDICE DE ADESÃO AO PROGRAMA DA ESPIRITUALIDADE NO HOSPITAL DA ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CRIANÇA DEFICIENTE - AACD

Andréa M. Basgal, Camila A. Sousa, Cláudia V. Pessoa, Renata F. Garcia

INTRODUÇÃO

Em conexão com a estratégia organizacional, a AACD afiliou-se ao Programa do Cuidado Centrado na Pessoa - Planetree, um modelo de atendimento em saúde integral e solidificou sua cultura de humanização e a premissa de que a saúde dos indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. Como parte do programa, a AACD implementou o serviço de capelania hospitalar ecumênico considerando a diversidade de crenças existentes no país para inserir a espiritualidade no contexto dos cuidados de saúde .

METODOLOGIA

Para avaliar a adesão ao programa de visitas da capelania hospitalar aos pacientes internado no hospital da AACD foi realizada uma análise quantitativa, no período de maio de 2017 a dezembro de 2018, por meio de acompanhamento dos dados de adesão às visitas. Para monitorar a rotina de atendimentos da equipe da espiritualidade no hospital foi impresso um mapa de ocupação hospitalar, disponível no prontuário eletrônico da instituição, contendo o número do quarto, nome completo do paciente, data de nascimento e religião para guiar as visitas dos capelães. Ao final de cada jornada da capelania foi contabilizado o número total de pacientes internados no período, o número de visitas realizadas, o número de oportunidades perdidas, correspondente aos pacientes em procedimentos assistenciais ou dormindo e o número de pacientes que recusaram a visita de acolhimento no dia. A adesão à visita da capelania hospitalar foi calculado através da seguinte fórmula:

Número de pacientes que receberam a visita da capelania X 100
Número de pacientes internados no período da visita

Visita da Capelania aos pacientes internados no Hospital da AACD – 2017.

Visita da Capelania aos pacientes internados no Hospital da AACD - 2018

RESULTADOS

Em 2017 foram realizadas 1975 visitas da capelania hospitalar aos pacientes internados, com uma rotina de visitas de duas vezes na semana, o que representou 71 % dos pacientes internados no período de visitação, 21% dos pacientes durante a visita estavam em procedimentos ou dormindo e não foram abordados, e 3% recusaram a intervenção da equipe. Em 2018, com a reestruturação da equipe da capelania e com a rotina de visita alterada para uma vez na semana foram realizadas 445 visitas, com alcance de 54% dos pacientes internados no período de visitação. Devido à capacidade produtiva da equipe redimensionada, 44% não foram visitados e as abordagens da espiritualidade foram priorizadas aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva e aos pacientes com tempo de internação superior a 7 dias. Em 2018, 2% dos pacientes recusaram a visita da espiritualidade. Durante o período da coleta de dados, a equipe de capelães receberam onze elogios espontâneos registrados no Serviço de Atendimento ao Cliente.

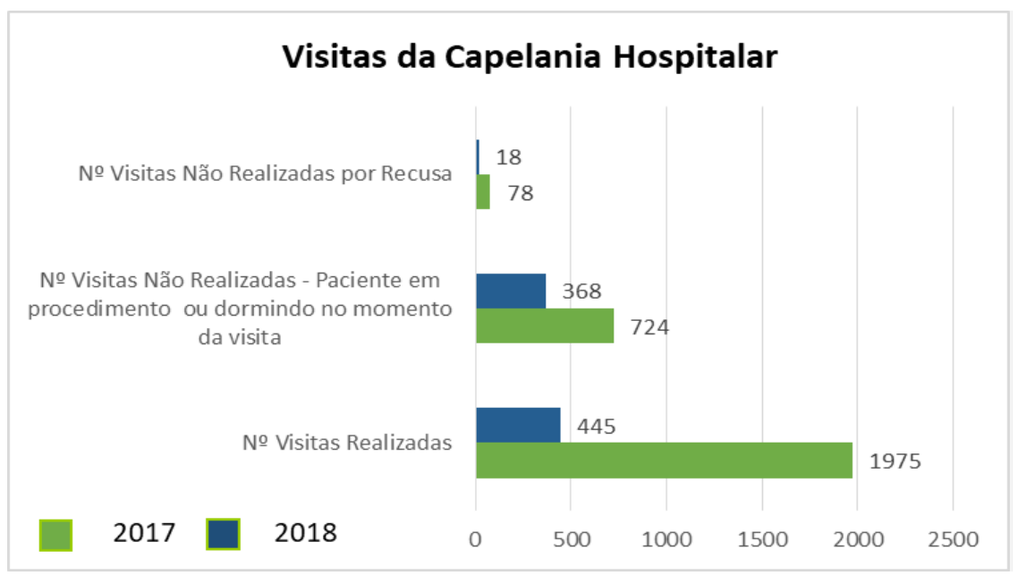


Gráfico 1. Monitoramento das visitas da capelania no Hospital da AACD.

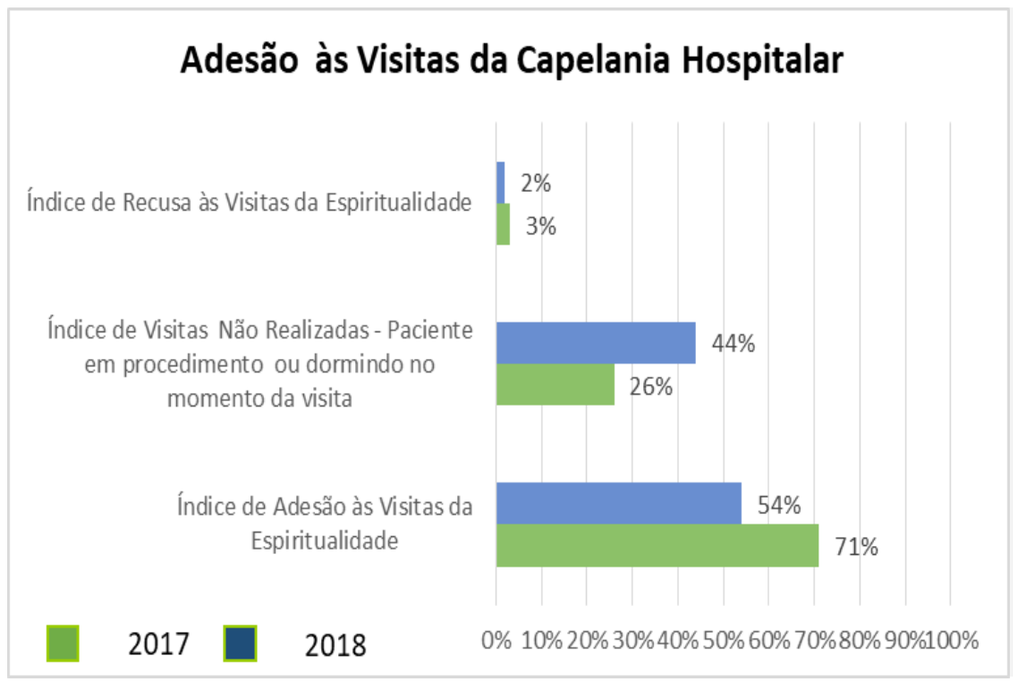


Gráfico 2. Índice de adesão às visitas da capelania no Hospital da AACD .

CONCLUSÕES

O conceito de cuidado integral do indivíduo, com a espiritualidade inserida no modelo de atendimento em saúde, foi uma proposta bem aceita pelos pacientes internados na AACD. O baixo índice de recusa da abordagem da capelania hospitalar, 3% em 2017 e, 2% em 2018 evidenciaram que a visita de acolhimento espiritual foi uma ação em consonância com os pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

Saad M, Masiero D, Battistella L. Espiritualidade baseada em evidências. Acta Fisiátrica 8(3):107-112, 2001.
Schleder, L.P at al. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. 26(1):71-8, 2013.
Volcan, S.M.A. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. Rev. Saúde Pública. 37(4):400-445, 2003.

▲
VOLTAR

ORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENDIMENTO - RECEPÇÃO AMBULATORIAL

Jacqueline Giovaninni Trancozo Costa, Renan Augusto Galvani Guadagnini

INTRODUÇÃO

A Recepção Ambulatorial do Hospital Vera Cruz, em Campinas, apresentava um crescente número de clientes buscando atendimento para atividades secundárias, como agendamento de retornos e retirada de exames imediatamente após suas consultas ou procedimentos ambulatoriais, o que elevava o tempo médio de atendimento, gerando atrasos para a chamada médica daqueles pacientes que tinham horários agendados, atingindo números de apenas 63% dos pacientes atendidos dentro da meta de 5 minutos, além da sobrecarga na Recepção com essas demandas.

METODOLOGIA

Observando a grande dificuldade em prestar os serviços acima no mesmo ambiente da Recepção, implantamos o setor “Pós consulta”, localizado estrategicamente próximo aos consultórios e salas de procedimentos, onde os pacientes, ao finalizarem seus atendimentos, poderiam ser atendidos com exclusividade, agendando seus próximos retornos. Além disso, observamos que um grande número de ligações para os ramais da Recepção Ambulatorial eram de clientes externos, nos contatando para a realização de agendamentos. Com isso, propusemos então a transferência dos ramais para a Central de Agendamentos, que ficou responsável por atender a demanda telefônica, restando na Recepção Ambulatorial apenas um novo ramal para contatos de dentro da instituição.

Outro impasse enfrentado era a entrega de exames, que ficava sob responsabilidade da Recepção. Sendo assim, implantamos o setor “Entrega de Exames”, também em um posto de trabalho separado localizado estrategicamente na entrada da Recepção Ambulatorial, onde os clientes possuem melhor acesso, reduzindo sua permanência e agilizando a entrega dos exames. Sobretudo, com um colaborador focado nisso, minimizamos os riscos de falhas e retiramos essa atividade da Recepção, que passa a ter um foco exclusivo na abertura de atendimentos para pacientes já agendados.

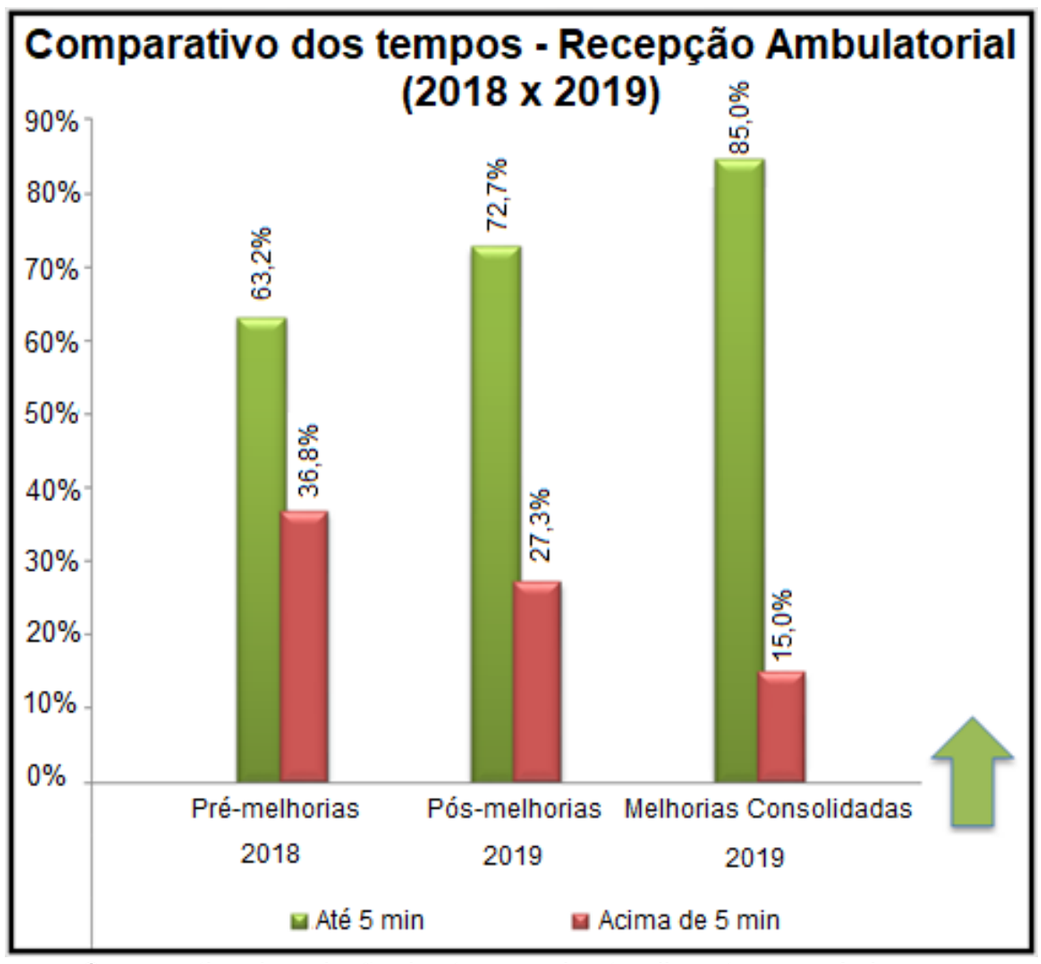
Setor “Pós consulta”, implantado para atender às demandas de agendamento de retorno após as consultas dos pacientes.

Setor “Entrega de Exames”, implantado para atender às demandas de retirada de exames, agilizando esse processo e tirando a responsabilidade da Recepção.

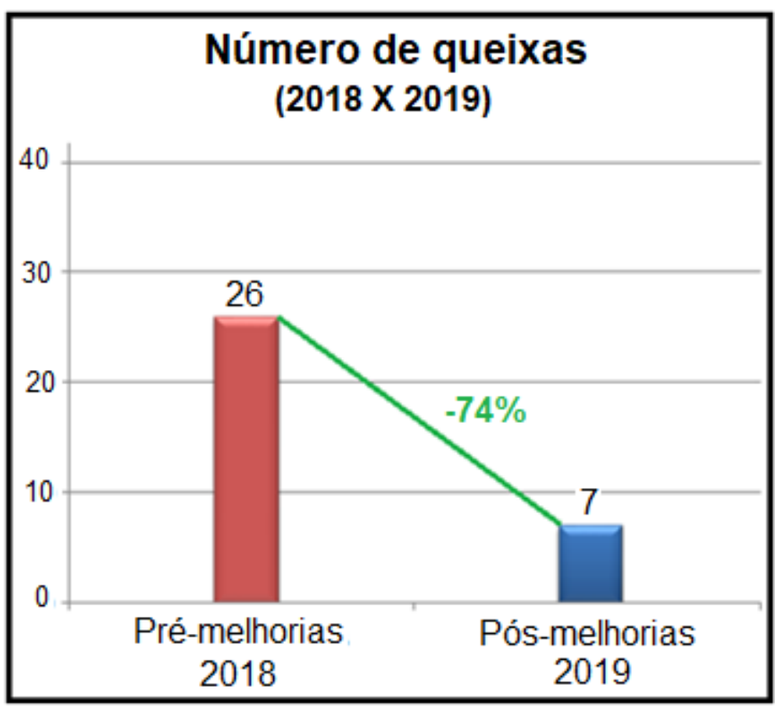
RESULTADOS

Comparando os mesmos períodos do ano anterior e posterior à implantação de tais atividades, observamos uma melhora significativa nos indicadores de resultado. Antes da implantação, 63% dos pacientes eram atendidos dentro da meta estabelecida de até 5 minutos. Após a implantação, esse número subiu instantaneamente para 72%, e após a consolidação das atividades e ajustes no processo, observamos um expressivo aumento da porcentagem de pacientes atendidos nessa faixa de tempo, resultando em números de até 85%.

Sobretudo, como consequência das ações, houve uma importante redução no número de queixas, desencadeadas principalmente pela dificuldade dos pacientes em realizar contato telefônico devido à sobrecarga da Recepção, e também por conta da demora par atendimento. Antes da implantação das atividades, 26 queixas foram registradas para as Recepções, enquanto no mesmo período do ano posterior à implantação, esse número reduziu significativamente em 74%, com registro de 4 meses consecutivos sem nenhuma queixa, comprovando a efetividade das melhorias no que diz respeito à agilidade do atendimento e satisfação do cliente.



Comparativo de redução dos tempos de atendimento no período anterior e posterior à implantação das melhorias.



Comparativo de queixas entre o período anterior às melhorias citadas e o período posterior à estas.

CONCLUSÕES

Concluímos dessa forma que as melhorias apresentadas foram de total relevância para a melhoria da experiência do paciente na instituição, e também para o bom desempenho dos colaboradores.

Com menos atividades atribuídas, os colaboradores puderam desempenhar suas atividades de maneira mais satisfatória e focada, uma vez que não existiam tantos possíveis desvios de atenção, o que proporciona um atendimento mais humanizado e com total foco no cliente e em suas necessidades.

REFERÊNCIAS

FALCONI, Vicente C. – O Verdadeiro Poder. Belo Horizonte. Falconi editora. 2º edição - 2009

VOLTAR

A SATISFAÇÃO DO PACIENTE NUM HOSPITAL PARTICULAR DE MACEIÓ: UM OLHAR A PARTIR DA CONSTRUÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

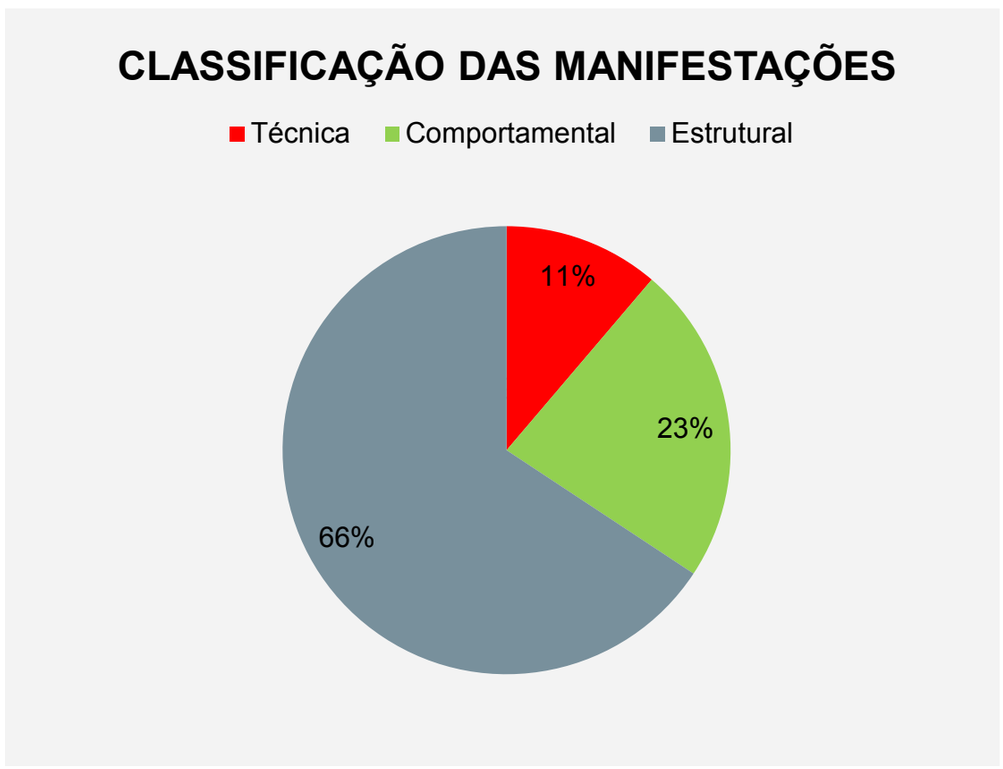
DORIA, Yelnya Cardoso; MARTINS; Polyana Palhares; OLIVEIRA, Isabelle Dantas; ROCHA, Mônica.

INTRODUÇÃO

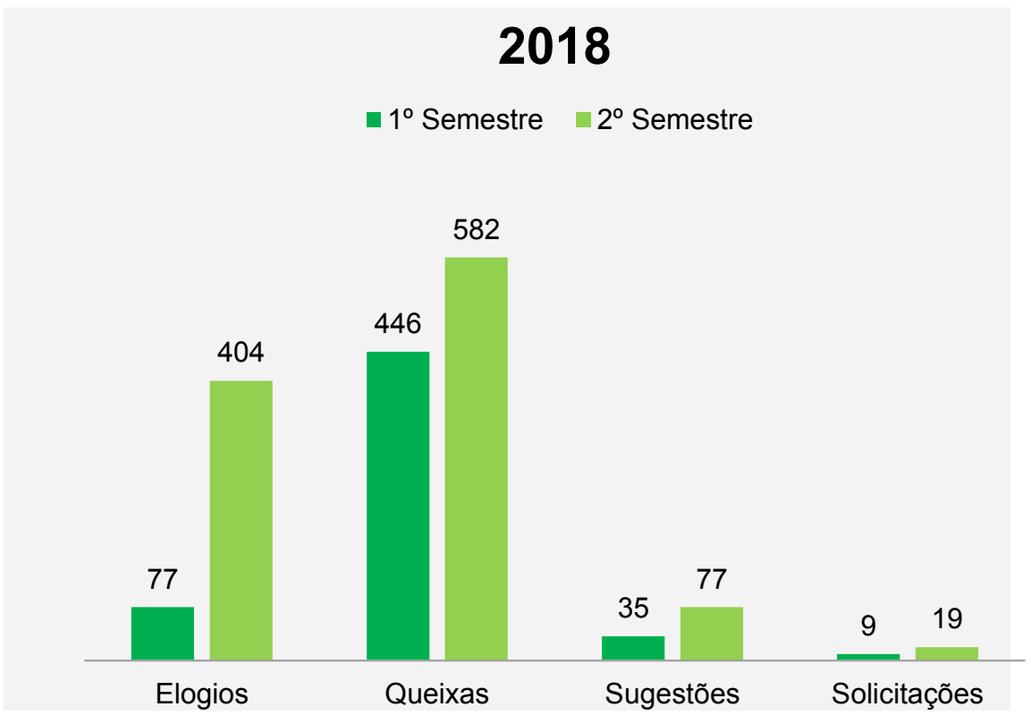
O Hospital Memorial Arthur Ramos (HMAR) foi adquirido através de leilão no ano de 1999. Anteriormente, o hospital era chamado de SESI e não era regido por uma cooperativa, como é o caso atualmente. Temos como missão e visão “prestar assistência médico-hospitalar à comunidade com qualidade e humanização, promovendo o crescimento e o reconhecimento, bem como “ser referência como um hospital de alta resolutividade, através de gestão eficaz de pessoas e processos com segurança e qualidade”, respectivamente. O SAC (Serviço de Atendimento do Cliente) foi criado em setembro de 2017 dentro do HMAR com objetivo de facilitar a comunicação entre os clientes e a instituição, possibilitando desta forma mais agilidade e eficácia na solução de eventuais problemas que possam acontecer. O SAC é composto por 2 Assistentes Sociais que realizam o acompanhamento das manifestações e 3 estagiárias que realizam a Pesquisa de Satisfação dos Clientes *in loco.*

METODOLOGIA

Este estudo está baseado numa pesquisa qualitativa e quantitativa tendo como fonte os dados apresentados pela pesquisa de satisfação e atendimentos por demanda espontânea, sendo estes realizados pelas Assistentes Sociais do SAC. A finalidade do estudo é demonstrar que o atendimento humanizado permite uma melhor experiência do paciente na instituição, bem como melhores resultados e reconhecimento para a empresa.



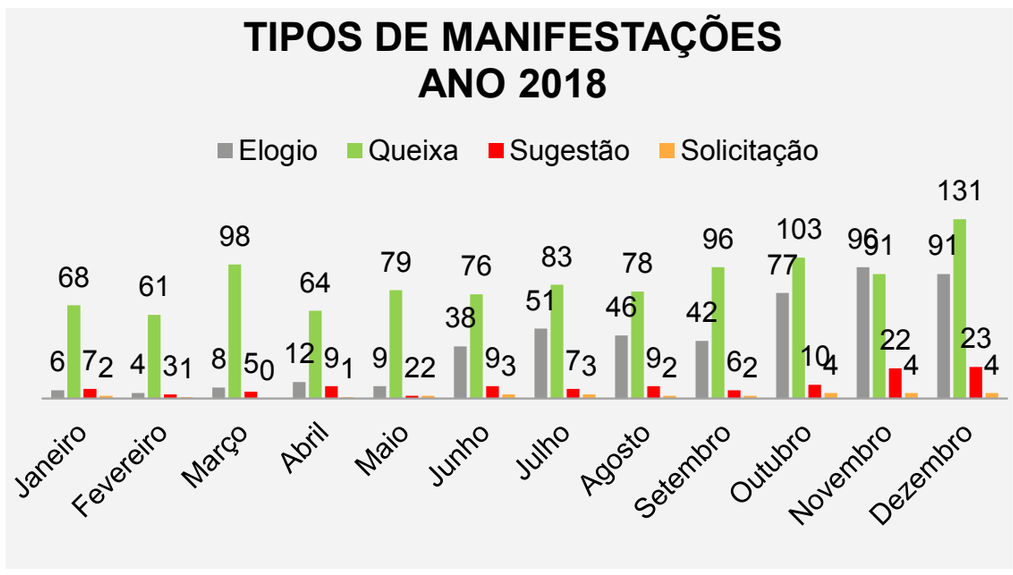
Fonte: Planilha de Acompanhamento das Manifestações e da Pesquisa de Satisfação de 2018.



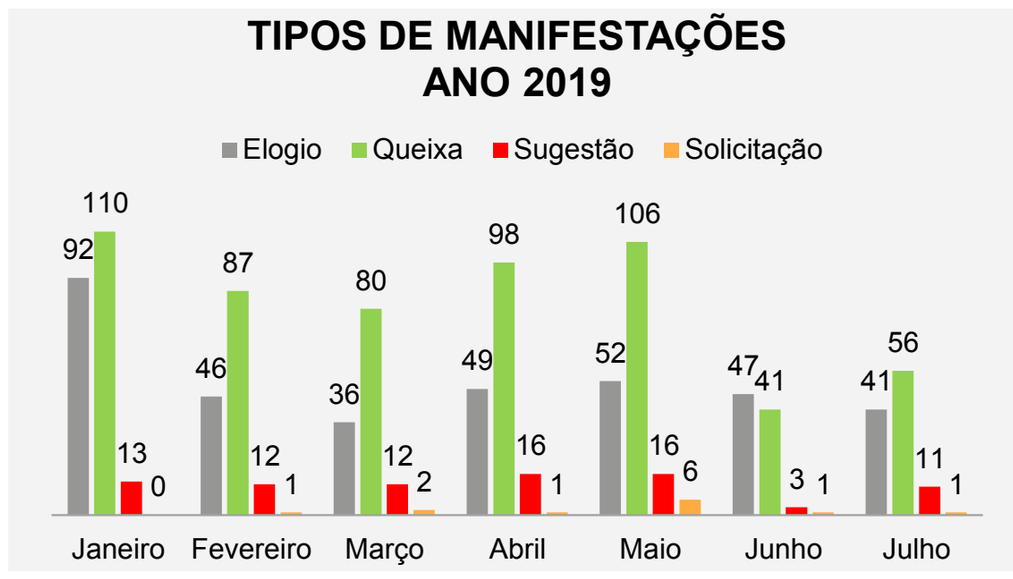
Fonte: Planilha de Acompanhamento das Manifestações e da Pesquisa de Satisfação de 2019

RESULTADOS

Os tipos de manifestações que chegam ao SAC do HMAR são: elogios, sugestões, queixas e solicitações. De janeiro a dezembro de 2018 recebemos um total de 1.648 manifestações, sendo 1.028 queixas; 480 elogios; 112 sugestões e 28 solicitações. Comparando-se os dados dos 2 semestres de 2018, é possível perceber uma mudança de cenário ao compararmos o quantitativo de elogios do primeiro com o do segundo semestre do ano referido. No primeiro semestre, tivemos um total de 77 elogios, já no segundo recebemos 404 elogios, o que representa um aumento de 424,68%. O aumento do número de elogios está diretamente ligado ao trabalho que vem sendo realizado pelo SAC junto aos setores e ao envolvimento da direção, gerências, lideranças e coordenações. Através das análises críticas dos indicadores acompanhados pelo setor e da apresentação de relatórios e dados - que mostram o índice de satisfação/insatisfação dos clientes com os serviços prestados nessa unidade hospitalar, 98,90% no ano de 2018 - tem sido possível estabelecer ações corretivas, preventivas e de melhorias a fim de garantir a qualidade e humanização dos atendimentos e serviços prestados, proporcionando, assim, uma melhor experiência do paciente no hospital.



Fonte: Planilha de Acompanhamento das Manifestações e da Pesquisa de Satisfação de 2018



Fonte: Planilha de Acompanhamento das Manifestações e da Pesquisa de Satisfação de 2019

CONCLUSÕES

Mediante a explanação acima, podemos concluir que o SAC tem contribuído para melhoria da experiência do paciente dentro desta instituição hospitalar, uma vez que tem como premissa básica o fortalecimento da humanização do atendimento, bem como a prestação de serviços de qualidade – estando em total consonância coma visão e a missão do mesmo.

REFERÊNCIAS

BIANCO, Marcela Alice. **Atendimento humanizado à saúde: você sabe reconhecer?** ABRALE (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia). São Paulo: 2016. Disponível em: http://abrale.org.br/atendimento-humanizado-a-saude. Acesso em 30/08/2019.

RODRIGUES, Amanda de Souza. **Humanização e Qualidade no Contexto Hospitalar: novo olhar, novas práticas sociais**. Revista Virtual Textos e contextos. Nº 1, ano I. Porto Alegre: 2002.

VOLTAR

SATISFAÇÃO DO CLIENTE: QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA ADULTO

Lucas Henrique de Rosso; Mayara de Borba Werlang; Carolina Zenilda Nicolao; Sidiclei Machado Carvalho

INTRODUÇÃO

Serviço de Emergência

- Apresentam grandes desafios para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade
- A satisfação do cliente é um indicador destaque, pois contribui com aspectos que necessitam de maior atenção para o alcance de um atendimento de excelência
- Satisfação é definida como a diferença entre a percepção do cliente e a expectativa do atendimento
- A equipe de enfermagem desempenha a assistência direta e continua, o que a torna o elo entre instituição e cliente
- Demonstra-se a necessidade de investigações a fim de identificar os pontos a serem melhorados para qualificar os cuidados de enfermagem

Objetivo

Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem em um serviço de emergência adulto por meio da pesquisa de satisfação do cliente

METODOLOGIA

- Delineamento do estudo: transversal e retrospectivo

- Local: Serviço de Emergência localizado no Sul do Brasil

Coleta de Dados:
- Dados coletados no mês de agosto de 2019
- Período: Junho a agosto de 2019
- Sistema informatizado da instituição

Encaminhado aos clientes após o término da sua hospedagem, um formulário a ser respondido referente à sua satisfação frente a diferentes aspectos, entre eles o **cuidado de enfermagem**

- Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, número 3.280.291

RESULTADOS

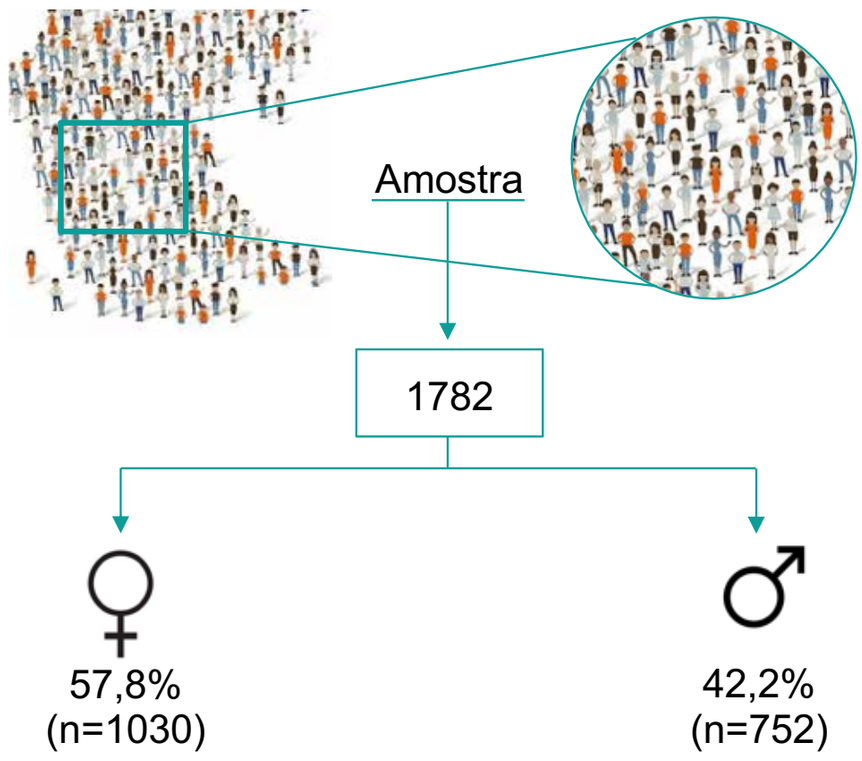


Figura 1 – Satisfação do cliente em relação a qualidade do cuidado de enfermagem em emergência adulta. Porto Alegre, Brasil, RS, 2019.

Pontos positivos em relação ao cuidado de Enfermagem
Orientações sobre direitos e deveres do paciente
Preocupação da equipe em manter seus acompanhantes informados sobre seu estado durante o tratamento
Respeito à privacidade, silêncio, segurança com relação ao atendimento da equipe de enfermagem
Sensibilidade às suas necessidades

Quadro 1 – Pontos positivos em relação ao cuidado de enfermagem em emergência adulta. Porto Alegre, Brasil, RS, 2019.

CONCLUSÕES

- Observa-se que os clientes se encontram satisfeitos com a qualidade do cuidado de enfermagem, entretanto, melhorias estão em constante desenvolvimento para que o cuidado seja cada vez mais qualificado

REFERÊNCIAS

Contada CP, Castells AV, Blesa NC, Sainz de la Maza VT, Cubells CL. Experiencia del paciente en urgencias: qué opinan los niños y los adolentes? An Pediatr (Barc). 2017;86(2):61-66.

Sanchez N, Hermis K. Interprofessional collaboration to improve and sustain patient experience outcomes in an ambulatory setting. Patient Experience Journal. 2019;6(1):article 18.

VOLTAR

DISCLOSURE: Um case de ética, transparência e fortalecimento de vínculo com pacientes e familiares.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados | 2019

Juliana Silveira Rodrigues Gonçalo; Mônica Morgese Alves; Tatiany Siqueira de Andrade Oliveira
Debora Siscati Franco

INTRODUÇÃO

O disclosure é uma estratégia de comunicação ética, transparente, comprometida e acolhedora sobre eventos adversos aos pacientes e familiares, que ganha nova importância à medida que o sistema de saúde continua convivendo com elevadas taxas de ocorrências com impacto negativo aos pacientes. O foco do disclosure é o fortalecimento e a recuperação do vínculo. As publicações mostram que o disclosure aumenta a confiança do paciente, fortalece o relacionamento com o serviço de saúde e os pacientes ficam menos propensos a considerar ações judiciais se os médicos e profissionais da saúde se desculparem e relatarem os erros.

OBJETIVO

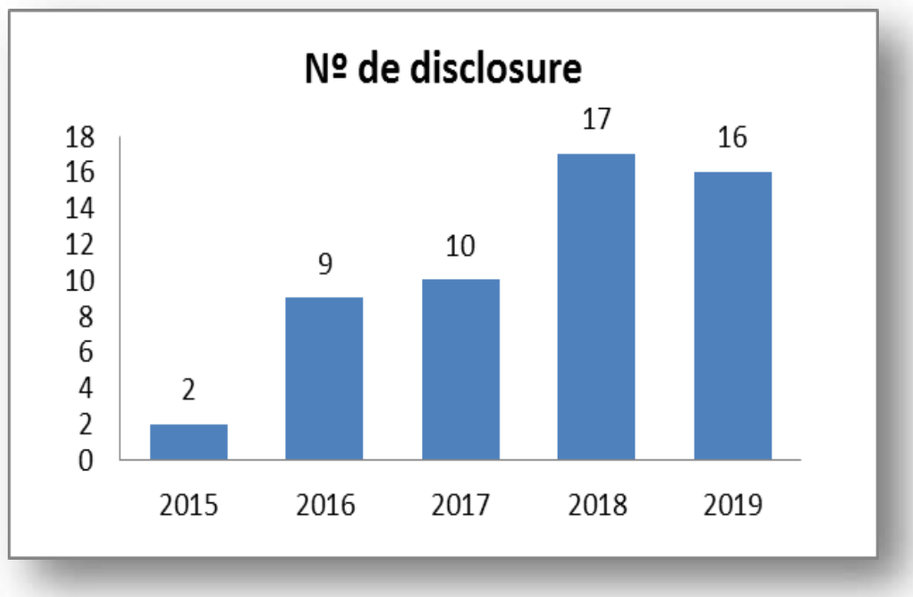
O objetivo deste trabalho foi entender com profundidade como está enraizada a cultura de segurança na prática assistencial, bem como a confiança mutua e comunicação aberta entre colaboradores, liderança, pacientes e familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de um serviço hospitalar de grande porte no estado de São Paulo, onde os processos de gerenciamento de risco nesta instituição estão implantados desde 2010. Sendo que, em setembro de 2015 foi elaborada a Política do Disclosure com a descrição dos fluxos e recomendações para a comunicação aos pacientes e/ou familiares no momento do evento adverso e após análise profunda das oportunidades de melhoria. Foi estruturado um time especializado e realizado treinamento de lideranças e equipe multiprofissional por meio de cenários simulados (n=1100 profissionais). O time é composto por representantes das áreas: qualidade, enfermagem, práticas médicas, práticas assistenciais, jurídico, recursos humanos, comunicação e compliance.

RESULTADOS

Foram monitorados 54 disclosures realizados pela liderança capacitada, sendo a maioria de eventos adversos moderados e graves (sentinelas). Observou-se um fortalecimento do vínculo em todos os casos conduzidos, onde em 50% dos casos houve esclarecimento do paciente na primeira abordagem e até o momento tivemos 03 casos que evoluíram com ações judiciais.



Resultados – Hospital BP

Fluxo Disclosure – Hospital BP

CONCLUSÕES

Nossa experiência mostra que é possível implantar um fluxo único e institucional para a realização do disclosure, garantindo um elevado padrão ético de comunicação de eventos adversos e favorecendo a reconstrução do vínculo entre a instituição, pacientes e/ou familiares.

REFERÊNCIAS

-Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. O´Conor, Elaine, et al. 5, 2010, International Journal for Quality in Healthcare, Vol. 22, pp. 371-379.
-Improving patient safety through transparency. Kachalia, Allen. 18, 31 de Octuber de 2013, New England Journal of Medicine, Vol. 369, pp. 1677-79.

▲ VOLTAR

Fortalecendo a Cultura de Segurança com a implantação de uma Cultura Justa

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados | 2019

Juliana Silveira Rodrigues Gonçalo; Mônica Morgese Alves; Veridiana Camargo de Arruda Penteado

INTRODUÇÃO

Ser justo é ouvir todos os envolvidos e analisar todas as provas, fatos, atos e atitudes ocorridos. É decidir com imparcialidade e tendo isso como princípio, estabelecer uma política de Cultura Justa, com o propósito de identificar e abordar problemas de sistemas no contexto da cultura profissional, que levam os indivíduos a se envolver em comportamentos inseguros, diferenciando entre erro humano (lapsos e deslizes), comportamento de risco (por exemplo, tomar atalhos) e comportamento imprudente (por exemplo, ignorar os passos de segurança exigidos), em contraste com uma abordagem abrangente de simplesmente "não culpar" e sim delimitar a fronteira do que é ou não necessário punir de forma que está definição acabe sendo proporcional ao ato e dirigida aos responsáveis.

OBJETIVO

Relatar a experiência na implantação de uma política de cultura justa de forma a trazer uma clareza entre o que é esperado ou não dentro dos comportamentos de segurança e monitorar os seus impactos para a Instituição.

METODOLOGIA

Seguimos o fluxo de que todo evento adverso sentinela é discutido em um comitê de gerenciamento de riscos e quando identificado uma violação no processo, este caso é direcionado para um comitê avaliar o comportamento do profissional envolvido no processo, entendemos que violações são desvios intencionais de segurança nas práticas, procedimentos, guias ou regras da instituição. Nosso comitê é composto por áreas multidisciplinares, e é nele que aplicamos uma matriz que avalia se houve falha de processo ou imprudência e a medida a ser aplicada é definida em conjunto.

RESULTADOS

Entendemos que estamos em uma curva de crescimento da nossa cultura de segurança, onde a cada ano reforçamos com nosso corpo profissional os comportamentos esperados e aqueles não permitidos. Em 20% dos eventos graves ocorridos tivemos a necessidade de aplicação da matriz de cultura justa, e após a aplicação compreendemos que nossas oportunidades estão mais atreladas a revisitar os processos do que imprudência.

Política de Cultura Justa – Hospital BP

CONCLUSÕES

Entendemos por fim que ao criar uma cultura justa, a BP também cria um ambiente aberto e justo, confiável, desenvolve a competência dos profissionais, promove a reflexão dos mesmos, encoraja o diálogo, gera uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

- IOM Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human. Washington DC: National Academy Press; 2000.·
- NHS – National Health Service

▲ VOLTAR

REDUÇÃO NO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

LEITE, Evie Grazzia. B. M.; BORBA, Antônio Fernando; BECKERATH, Daniel; RITT, Luiz Eduardo F.

INTRODUÇÃO

Identificar precocemente o paciente que necessitará de cuidados especiais após a alta tem sido um grande desafio para os hospitais e operadoras de saúde. Nosso projeto teve como objetivo reduzir o tempo entre a admissão e a captação para assistência domiciliar (AD) em um hospital privado de Salvador-BA.

METODOLOGIA

Utilizando a metodologia Lean Six Sigma e tendo por base os dados referentes ao ano de 2017, o fluxo de desospitalização de paciente com necessidade de AD foi mapeado, a capacidade inicial do processo foi determinada e oportunidades de melhoria foram identificadas.

As seguintes ações de melhoria foram implementadas e monitoradas entre 02/04/2018 e 03/12/2018:

- ✓ implementação de escore de probabilidade de saída para AD automatizado com alerta no prontuário eletrônico e por SMS para o médico assistente,
- ✓ ajustes nos formulários de solicitação de AD,
- ✓ formação do time de resposta (equipe multidisciplinar),
- ✓ acordos de prazos com as operadoras,
- ✓ planilha de metas diárias,
- ✓ reuniões com médicos e equipe multidisciplinar.

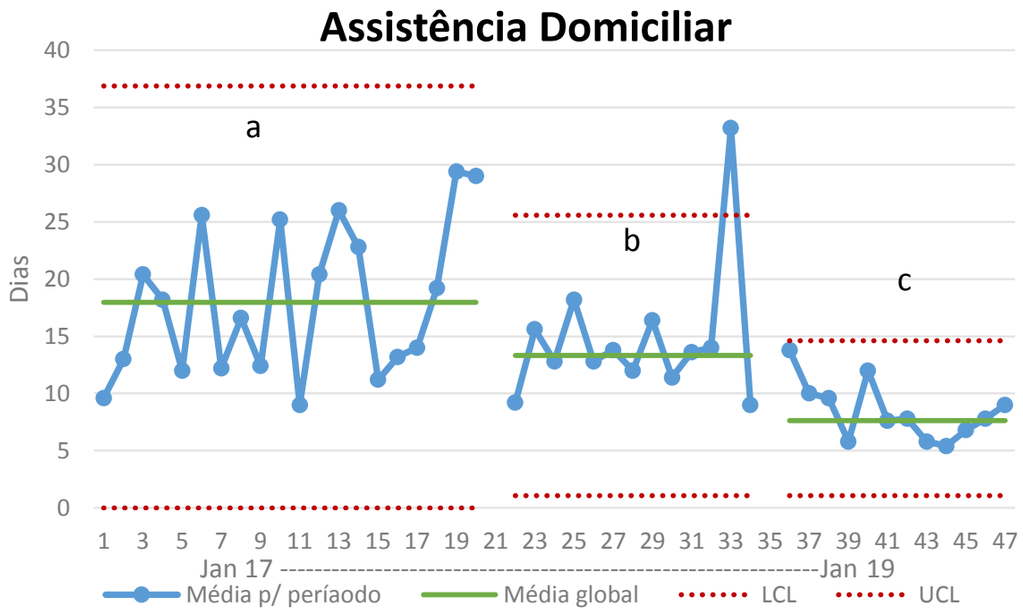
O tempo médio de permanência (TMP)(Fig.1) total foi subdividido em tempo entre a admissão e solicitação da AD (Fig.2) e tempo entre a solicitação e a saída/captação do paciente (Fig.3).

RESULTADOS

Foram analisadas 178 solicitações de AD com 130 captações efetivas (73%), sendo 70 pacientes do sexo feminino (53,5%).

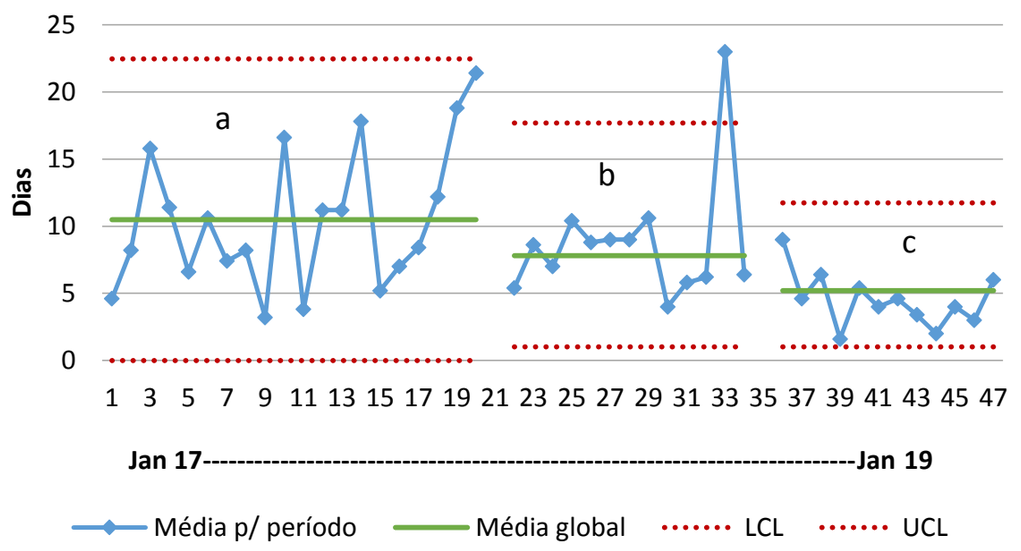
O escore de probabilidade de saída para AD médio foi de 13,7. Utilizando o ponto de corte de 10 a sensibilidade e especificidade foram 50% e 63%, respectivamente. O nível sigma do processo basal foi de 1,1 e o TMP foi de 17,9 dias. Após as intervenções de melhoria ouve uma redução de 54% no TMP total (de 17,9 para 8,3 dias), sendo de 56% no T1 (de 10 para 4,4 dias) e 52% no T2 (de 7,9 para 3,8 dias) (Fig.3). Com a redução do TMP houve uma geração de 1.255 leitos-dias potenciais/ano. Adicionalmente, houve uma redução média do custo para as operadoras de R$ 38.800,00 por paciente (Fig.4). O nível sigma pós-intervenção foi de 1,7.

Figura 1: TMP Pacientes com indicação de Assistência Domiciliar



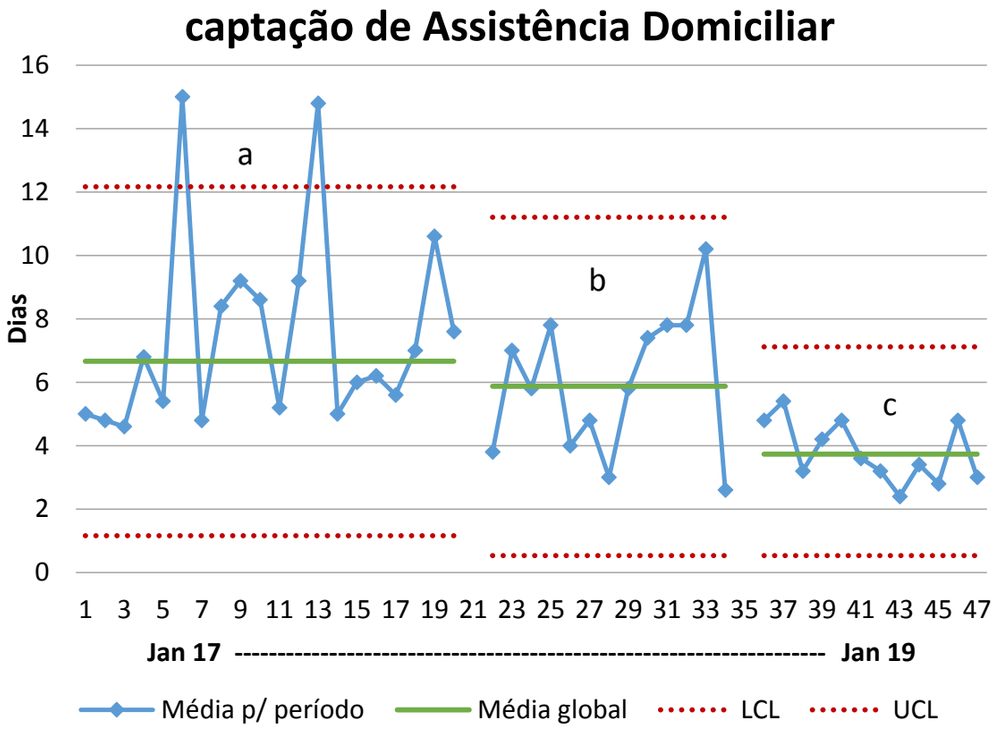
Evolução do TMP: a) Pré-projeto; b) Início das ações em março/2018;
c) Acompanhamento - jan/2019; média/jan 2019-8,25; mediana/jan 2019-7,8

Figura 2: T1 - Tempo médio admissão-solicitação de Assistência Domiciliar



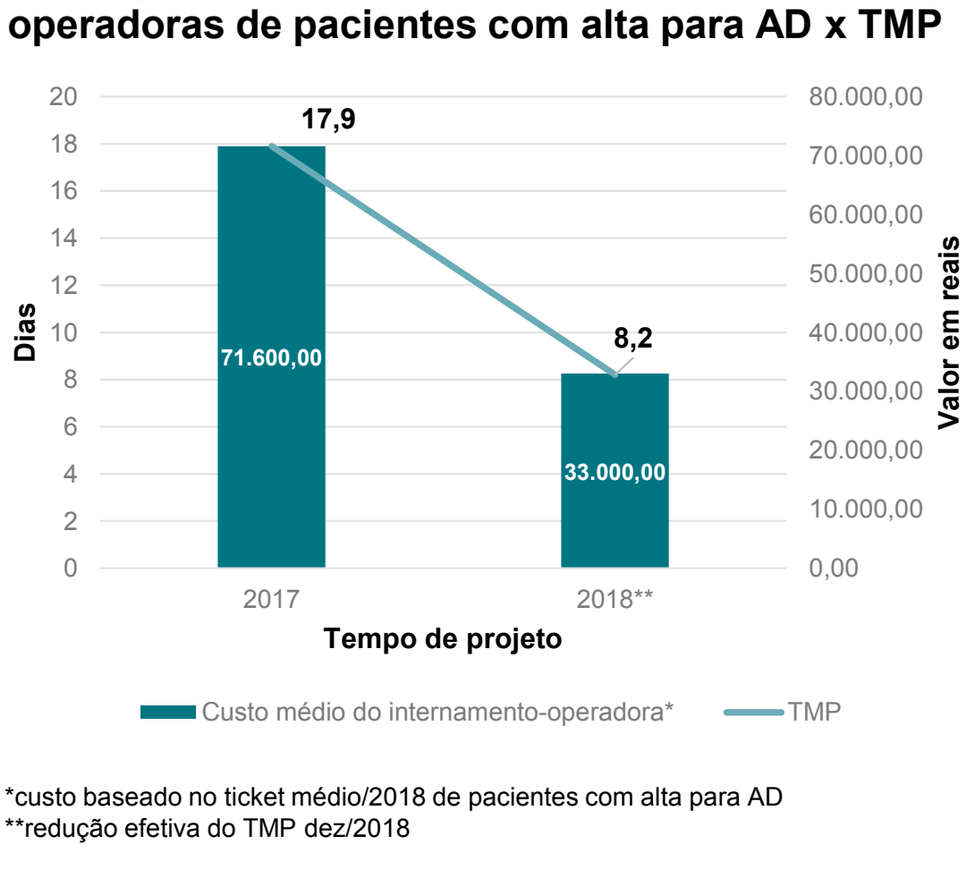
Evolução de T1: a) Pré-projeto; b) Início das ações em março/2018;
c) Acompanhamento - jan/2019; média/jan 2019-4,4; mediana/jan 2019-4,3

Figura 3: T2 - Tempo médio solicitação-captação de Assistência Domiciliar



Evolução de T2: a) Pré-projeto; b) Início das ações em março/2018;
c) Acompanhamento - jan/2019; média/jan 2019-3,8; mediana/jan 2019-3,6

Figura 4: Custo do internamento para as operadoras de pacientes com alta para AD x TMP



*custo baseado no ticket médio/2018 de pacientes com alta para AD
**redução efetiva do TMP dez/2018

CONCLUSÕES

A identificação precoce de pacientes candidatos a AD através de um escore de risco validado e a ação coordenada com as operadoras de saúde resultaram na redução do TMP e dos custos desses pacientes, e em ganhos significativos na capacidade operacional do hospital.

REFERÊNCIAS

Texto B.H. Tess, H.M. Glenister, L.C. Rodrigues, M.B. Wagner; **Incidence of Hospital-Acquired Infection and Length of Hospital Stay**, Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., February 1993, p. 81-86
Diane E. Holland et al; **Development and Validation of a Screen for Specialized Discharge Planning Services**, Nursing Research, vol. 55, 2006 pag.62-71
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**, pag. 24, 2009, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf consultado em 09/08/2018
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** - PNAD Contínua, Informativo 2018, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf consultado em 09/08/2018
Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar, **Desospitalização**. Caderno de Boas Práticas, Fascículo II, 2017, http://www.neadsaude.org.br/nead-digital/boaspraticas02/ consultado em 08/08/2018

VOLTAR

CONSELHO CONSULTIVO DE PACIENTES E FAMILIARES: UMA ESTRATÉGIA DE ENGAJAMENTO EM PROJETOS DE MELHORIA

Ariadne Porto Dias, Celina Dias, Marcelo Alves Alvarenga, William Roberto Pereira

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Conselhos Consultivos de Pacientes e Familiares representam uma prática de engajamento de pacientes em projetos de melhoria, planejamento, avaliação e revisão de cuidados dentro das Instituições de Saúde. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de implantação e os resultados obtidos no 1º ano de atividades do Conselho Consultivo de Pacientes e Familiares no Hospital Sírio-Libanês.

METODOLOGIA

Para a escolha dos membros do Conselho, lideranças assistenciais de diferentes setores indicaram pacientes e/ou familiares ativos na Instituição nos 12 meses anteriores, com perfil comportamental crítico-construtivo e colaborativo. Ao final do processo, 17 pacientes e familiares preenchiam os critérios pré-estabelecidos e aceitaram se reunir mensalmente e voluntariamente com o nosso time, para co-criação em projetos.

Os temas discutidos no 1º ano de atividade (ciclo 2017-2018) foram: Mobilidade e Acessibilidade, Cuidado Centrado no Paciente (Cuidados Paliativos, Cuidados Integrativos, Espiritualidade e Biografia do Paciente) e Segurança do Paciente (Sepse e Higiene das Mãos). Aplicamos uma Pesquisa de Satisfação no início e ao final do ciclo de projetos, com o objetivo de avaliar a satisfação e o engajamento dos pacientes.

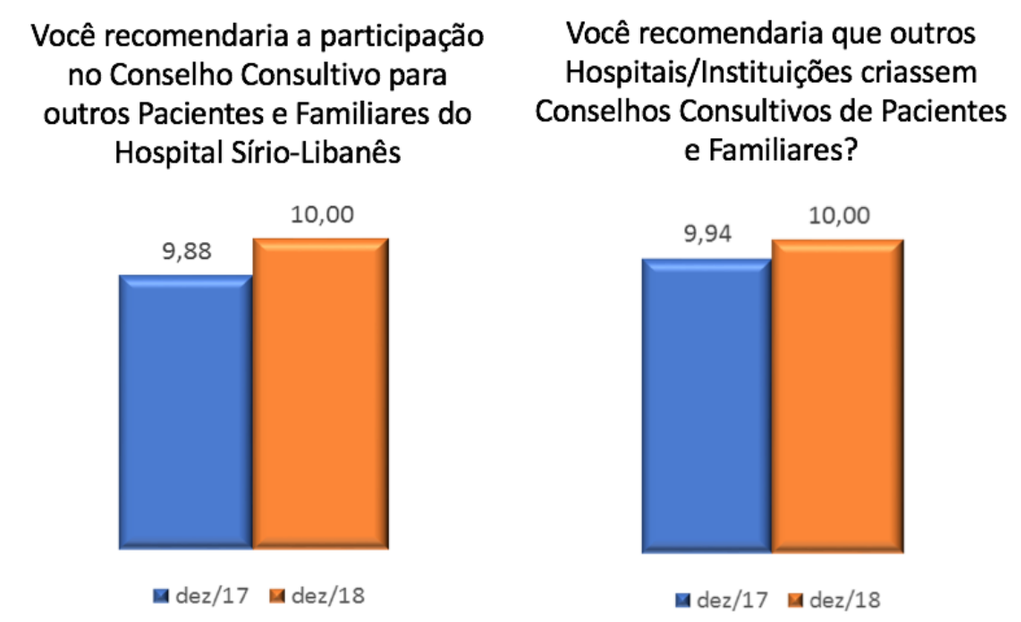
Pacientes, familiares e membros da instituição que compõem o Conselho Consultivo do Hospital Sírio-Libanês

Pacientes, familiares e membros da instituição assistindo a apresentação do tema do dia dispostos em círculo, metodologia que favorece o diálogo e a escuta ativa

RESULTADOS

De um total de 9 encontros e 5 projetos discutidos, 4 (80%) foram implementados em 2018 e 1 (20%) ficou para 2019, pela sua complexidade. A taxa de absenteísmo dos participantes foi de 23,5% ao longo do ano. A Pesquisa de Satisfação revelou que 100% dos pacientes recomendariam a participação no Conselho para outros pacientes/familiares e 100% recomendariam que as instituições de saúde tivessem Conselhos Consultivos. A comparação dos resultados (início e final do ciclo) revelou melhoria na percepção dos pacientes com relação à abertura da Instituição para ouvir opiniões/sugestões de melhorias e também com relação ao nível de interferência dos pacientes nos projetos Institucionais. Os resultados fizeram com que o projeto fosse ampliado e alguns pacientes continuaram por mais 1 ano. Atualmente, 28 pacientes/familiares fazem parte do Conselho Consultivo, com média de 19 anos de utilização dos serviços do hospital.

Pacientes, familiares e membros da instituição que compõem o Conselho Consultivo do Hospital Sírio-Libanês em oficina de co-criação do projeto do dia



Resultados da Pesquisa de Satisfação realizada ao final do ano de 2018 avaliando a recomendação do Conselhos Consultivo de Pacientes e Familiares

CONCLUSÕES

Conselhos Consultivos de Pacientes e Familiares, a depender de como são conduzidos, representam uma excelente estratégia de parceria, engajamento e co-criação com pacientes em projetos nas Instituições de Saúde.

REFERÊNCIAS

Aronson S, Stewart J, Berkow S, Morgan K. The Patient Experience Toolkit: 7 tools for implementing a holistic patient experience strategy. The Advisory Board. 2015.
West M, Brown L. A Tool Kit for Creating a Patient and Family Advisory Council. 2015.
Wolf JA. The State of Patient Experience 2019: A Call to Action for the Future of Human Experience. The Beryl Institute. 2019.

VOLTAR

OUVIDORIA INTERNA: O ENGAJAMENTO DA ALTA GESTÃO NA ESCUTA ATIVA DOS COLABORADORES DE UM HOSPITAL PRIVADO DE MACEIÓ/AL.

DÓRIA, Yelnya Cardoso Silva; ROCHA, Eônia Suelene Valentim; SILVA, Patrícia Correia

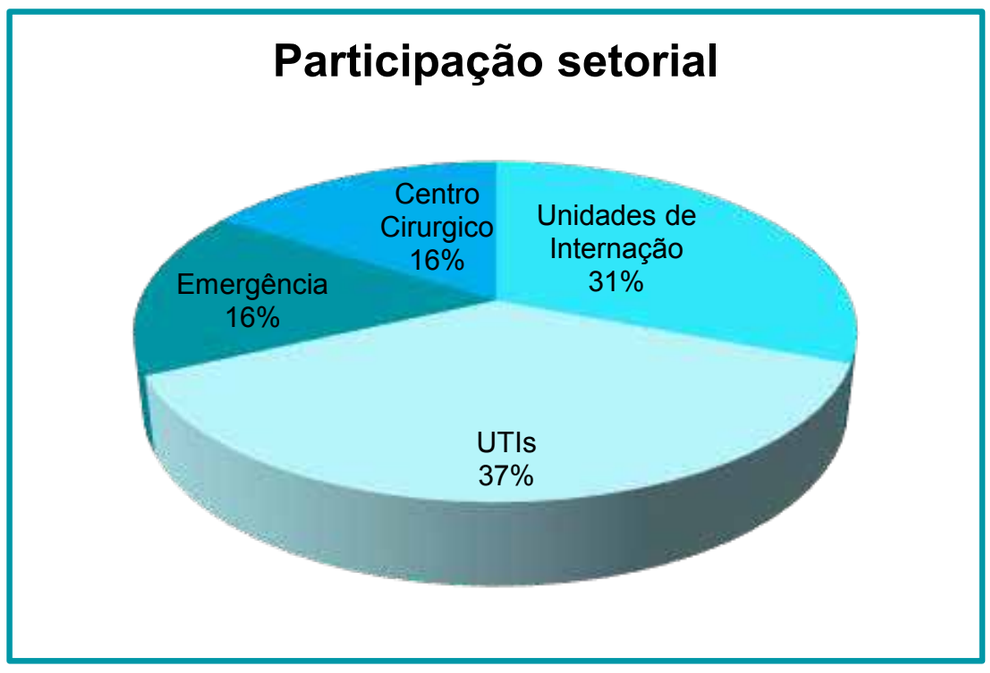
INTRODUÇÃO

Entende-se que uma organização sólida deve ser respeitada e desejada pelo seu público, tendo como premissa uma gestão participativa que verdadeiramente ouve a voz do colaborador, capitalizando-a em sugestões de melhorias de processos internos, criação de novos serviços e produtos e melhorias para alavancar a qualidade do atendimento ao público (ANDRADE, 2015).

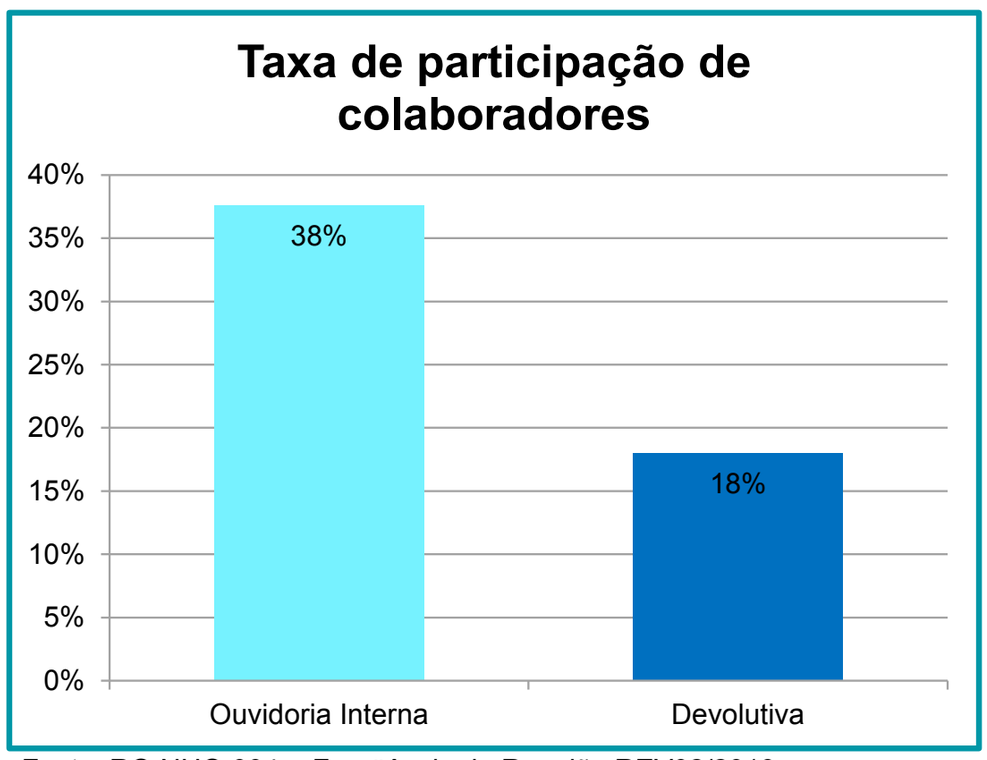
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, explicativo realizado no período de 18 de julho à 24 de outubro de 2018, no Hospital Memorial Arthur Ramos (Maceió/AL), totalizando um montante de 8 reuniões sendo importante salientar que 07 encontros destinaram-se a Ouvidoria Interna e 01 encontro foi dedicado a devolutiva executada pela Alta Gestão.

As Ouvidorias tiveram como público alvo os técnicos de enfermagem dos seguintes setores: Unidades de Internação I, II, III, IV, UTI Geral, UTI Neonatal, UTI Neurológica, Emergência e Centro Cirúrgico, sendo importante salientar que 94(37,6%) participaram das reuniões de ouvidoria interna enquanto 45(18%) integraram a reunião de devolutiva. Acrescenta-se ainda a participação efetiva das áreas de apoio, como: Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Gestão de Pessoas, Departamento Pessoal, Serviço de Educação Continuada, Gerência de Enfermagem, Diretoria Administrativa e Financeira e Diretora Técnica.



Fonte: RQ.NUQ.004 - Freqüência de Reunião REV02/2019

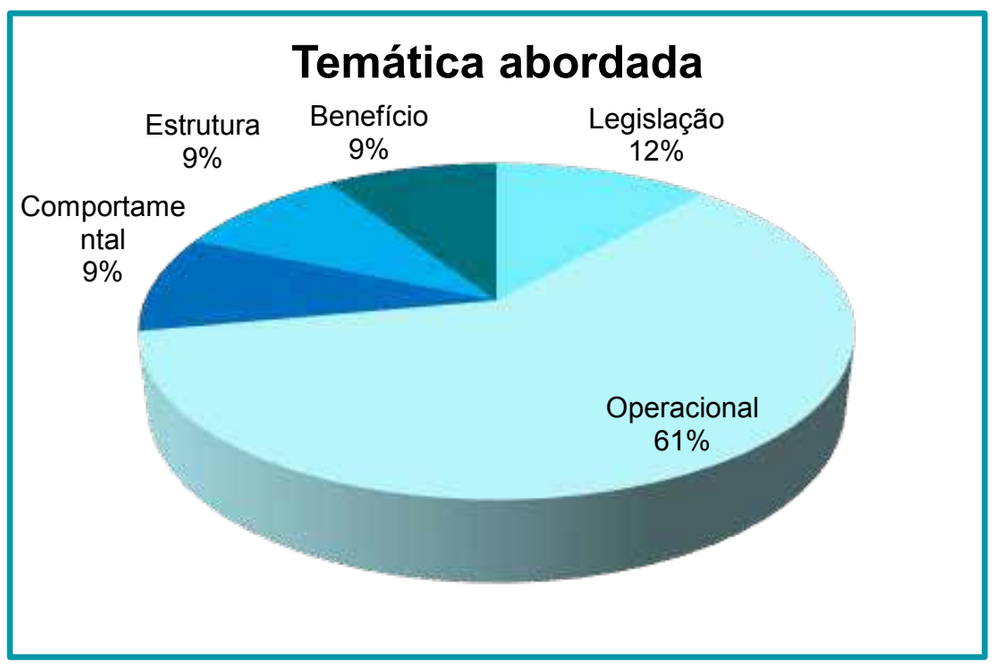


Fonte: RQ.NUQ.004 - Freqüência de Reunião REV02/2019

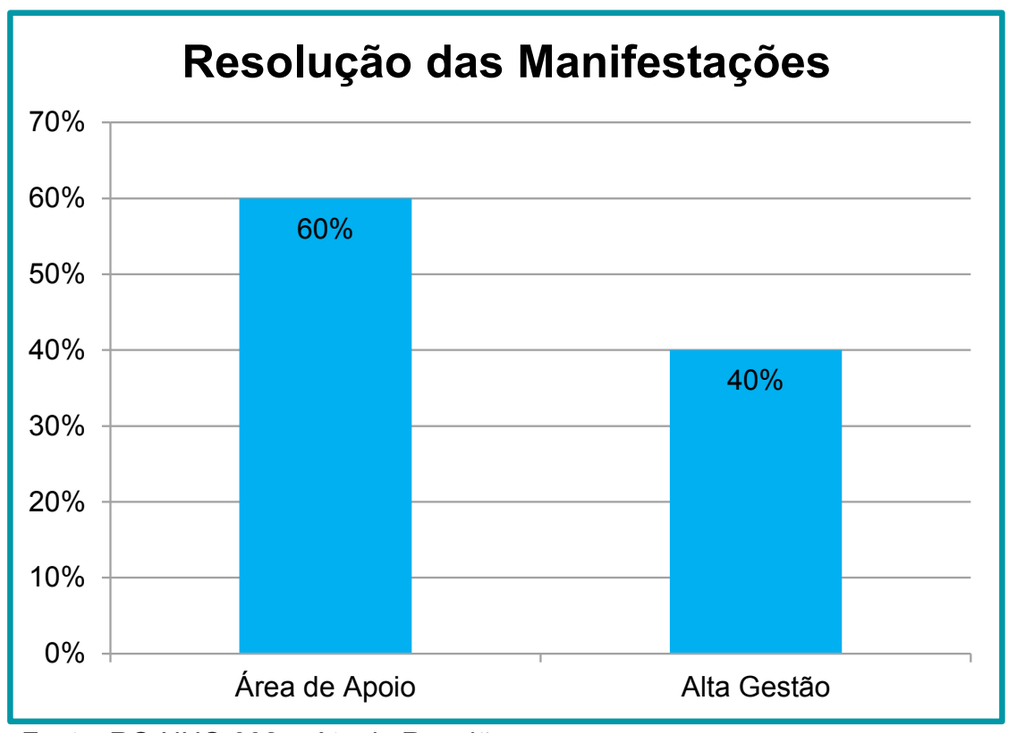
RESULTADOS

Atuando como um instrumento estratégico de gestão, a Ouvidoria Interna deverá conduzir à alta direção questões que afetam os seus colaboradores, além de recomendar a implantação de mudanças que visam a melhoria contínua dos processos da organização.

Referente aos assuntos abordados, totalizaram-se 43 itens distribuídos nas modalidades: Legislação (12%), Operacional (61%), Comportamental (9%), Estrutura (9%) e Benefício (9%). Quanto aos responsáveis mediante a tratativa das manifestações realizadas durante as reuniões de Ouvidoria Interna, obteve-se o seguinte percentual: 60% é de resolutividade referente às áreas de apoio enquanto 40% é destinado a alta gestão. Ao se reportar a reunião de devolutiva conduzida pela Alta Gestão após 90 dias do primeiro encontro de Ouvidoria Interna obteve-se 100% de retorno frente as manifestações realizadas pelos colaboradores, ajustando-se processos e otimizando-se fluxos existentes, como também implantando ações inexistentes e agregando benefícios quanto a sua atuação laboral.



Fonte: RQ.NUQ.002 - Ata de Reunião



Fonte: RQ.NUQ.002 - Ata de Reunião

CONCLUSÕES

Conforme ressaltado acima a essência do trabalho da ouvidoria interna é, ajudar a transformar em oportunidade as ameaças surgidas do relacionamento da empresa com os seus colaboradores, humanizando a relação e perseguindo o equilíbrio nesse processo, obtendo o fortalecimento do vínculo entre o colaborador e alta gestão e agregando melhoria contínua entre as relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

V.ANDRADE; L. FARIAS, **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS OUVIDORIAS BRASIL.** Disponível em < http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf >. Acesso em: 13/05/2019

CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Cad. estud.,** São Paulo , n. 18, p. 01-20, Aug. 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cest/n18/n18a04.pdf>. Acesso em: 13/05/2019

VOLTAR

Yes, We Care
Programa de Humanização da Hospitalidade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Janaína Alves Bezerra, Milena Pereira Lima, Renata Nigro Sangoão, Thays Araújo Costa

INTRODUÇÃO

Quando discursamos sobre humanização temos obrigatoriamente que comentar sobre seu significado. A humanização é a busca da "essência humana", que pode ser encontrada nas relações sociais no ambiente em que o homem está inserido. A palavra humano deve ser entendida como um adjetivo que contrapões ao adjetivo *desumano*, e não como substantivo, contrário ao não-humano. (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

O programa criado em 2016 é um projeto de humanização diferenciado com o objetivo de despertar um olhar de sensibilidade na equipe operacional melhorando sua relação com o paciente.

METODOLOGIA

São realizadas reuniões semanais para realização da seleção dos pacientes que atendem o critério de visitas do grupo; pacientes oncológicos ou paliativos internados a mais de 3 dias. Cada integrante do grupo visita um paciente e aplica um questionário com perguntas fechadas e abertas desenvolvido pelo grupo. As questões são relacionadas à satisfação do cliente em relação aos serviços da hospitalidade e como pergunta final: o que você mais sente falta? A partir das respostas obtidas o grupo se reuni novamente e são discutidas as ações que serão realizadas para cada paciente. Todos os pacientes recebem uma ação do grupo em até 24hs após a realização da pesquisa. No momento da reunião também são avaliadas possibilidades de melhorias nos processos sugeridas pelos pacientes e colocadas em prática as soluções possíveis.

Jantar promovido no restaurante do hospital para pacientes e acompanhantes em comemoração ao dia dos namorados

Cerimônia de casamento realizada no hospital com a benção do padre Cássio

RESULTADOS

O programa teve como resultados o aumento do envolvimento e da empatia das equipes operacionais não apenas nas ações, mas no contato diário com o paciente, em situações rotineiras; a melhoria de processos da hospitalidade e maior agilidade na resolução de problemas envolvendo todas as áreas da instituição; um maior conforto e bem-estar ao paciente, o aumento da nota na Pesquisa de Satisfação com os serviços de hospitalidade. O programa também inspirou áreas fora da hospitalidade a participar e realizar ações para pacientes, além de entusiasmar e envolver a médica e equipe de cuidados integrativos, que atualmente trazem demandas para o *Yes, We Care*.

Visita do Papai Noel nas unidades de internação para realização dos desejos de Natal dos pacientes

Pedido de casamento surpresa com música e almoço romântico

CONCLUSÕES

O programa tem como diferencial a extensão do conceito de cuidado com o paciente para as áreas de apoio, com estratégias executadas por profissionais que não tinham essa oportunidade antes; o que minimizou a distância entre as equipes de apoio e o paciente. O Yes, We Care também proporcionou um maior sentimento de valorização da equipe da hospitalidade com amplo envolvimento no processo de cuidado do paciente. Os principais desafios são o pouco tempo para realização das ações, manter o projeto vivo com engajamento da equipe e garantir que a cultura de cuidado inspirada pelo programa permeie todas as áreas

REFERÊNCIAS

PUCCINI, P.T.; CECíLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1-16, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0102-311X200400050002...> Acesso em: 16 ago. 2019

▲
VOLTAR

O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUDADOS PALIATIVOS A CRIANÇA ONCOLÓGICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Autores: ANDRADE, Lusiane F.; OLIVEIRA, Katia R. G.; PAULO, Suellen F. LIMA, Priscila L. OLIVEIRA, Bruna L

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia que se inicia através da alteração de uma célula normal em uma célula anormal através de uma mutação genética do DNA celular. Os tipos mais comuns de câncer infantil: são leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas. Quando a criança adoece com câncer, altera significativamente a dinâmica da família, gerando conflitos e repercussões negativas, assim a equipe multiprofissional que atua em oncologia pediátrica, deve dar atenção especial, valorizando a participação autônoma e colaborativa nas decisões e cuidados. O cuidado paliativo é entendido como cuidado humanizado, dando maior importância na parte física, psicológica e espiritual a criança e família, baseando o cuidado em uma abordagem que valoriza a vida, controlando a dor e demais sintomas, levantando questionamentos éticos sobre a vida e morte, realizando através de uma abordagem multidisciplinar, a forma de morrer como uma maneira natural. Para que o paciente e sua família possam ser atendidos de forma integral, é necessário o entendimento por parte do enfermeiro e equipe sobre o seu contexto de vida e história. Desta forma e com uma equipe qualificada é possível atingir e proporcionar um resultado satisfatório.

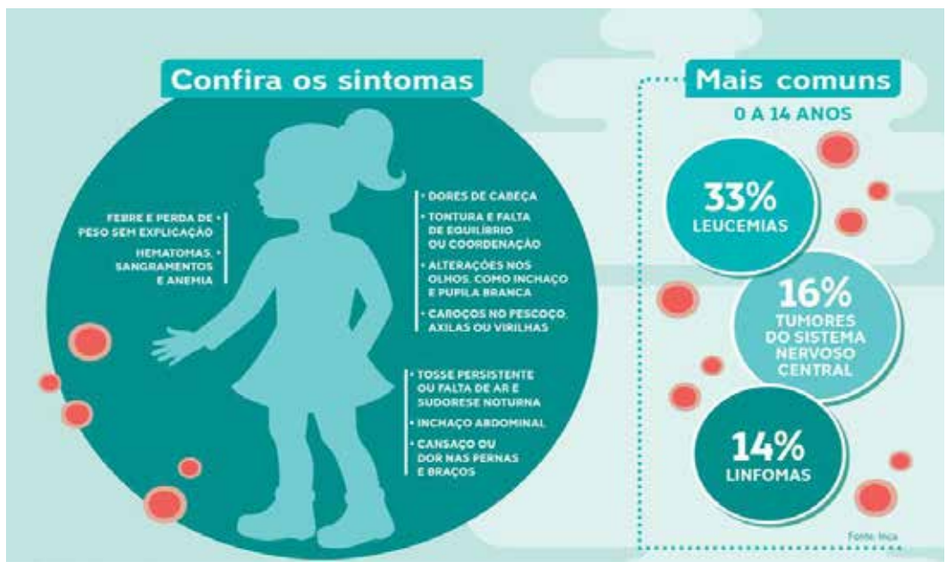


Figura 1: Sintomas e tipos de câncer infanto-juvenil
Fonte: INCA/ AC Camargo.

OBJETIVO

Relatar o papel do enfermeiro no cuidado à criança oncológica em cuidados paliativos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência da equipe de enfermagem do setor de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Oncológica, de um hospital geral privado de grande porte na cidade de São Paulo.

RESULTADOS

No atendimento a criança oncológica que estava em cuidados paliativos, observou-se o desejo de uma festa. Devido a suas condições de finitude de vida gerou um grande desafio para a equipe em realizar sua vontade. Por meio do planejamento a ação teve o apoio da equipe multiprofissional, proporcionando um momento único e singular por meio de uma festa realizada no sollarium, envolvendo o paciente, familiares e equipe. Contando com: comidas, decoração temática, presença de personagem e música de acordo com a escolha do paciente, o trabalho desenvolvido pelas equipes de enfermagem e multiprofissional foi necessário para a ação, visto o engajamento de todos na realização do desejo do paciente, proporcionando assistência singular e humanizada. É fundamental que o enfermeiro tenha um olhar holístico para gerenciar com qualidade esse cuidado, pois envolve vários aspectos e a atuação da equipe multiprofissional, dessa forma, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência e a segurança da criança e família

Figura 2: Mesa decorativa do evento.

Figura 3: Recepção da equipe ao paciente e família.

Figura 4: Mãe com a criança em momento afetivo.

Nota: as imagens utilizadas possuem autorização para uso.

CONCLUSÕES

O atendimento a pacientes em cuidados paliativos pode ser bastante desafiador, porém mediante a essa experiência, foram desenvolvidos e agregados valores ao enfermeiro como: empatia, respeito e ética. O enfermeiro desempenha várias funções no dia-a-dia da criança oncológica em cuidados paliativos, sendo fundamental o seu papel educacional, aproximando os familiares e tornando-os companheiros na prestação dos cuidados, não isentando as responsabilidades da enfermagem e sim exercendo potencial educativo de acordo com os conhecimentos que possui e compartilhando-os. Sendo assim, com o intuito de colaborar e desenvolver uma assistência humana e ética e proporcionando a melhor experiência a criança e sua família.

REFERÊNCIAS

- Paro D., Paro J., Ferreira D.L.M. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. Arq. Ciênc. Saúde, 2005 jul-set; 12(3): 151-57.
- PICOLLO, Daiana Paula; FACHINI, Mérlim. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Revista de Ciências Médicas**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.85-92, 18 fev. 2019. http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. . **Câncer infantojuvenil.** 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/cancer-infantojuvenil>. Acesso em: 10 out. 2019.

VOLTAR

CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: SATISFAÇÃO DOS CLIENTES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Débora Pacheco Flach; Lucas Henrique de Rosso; Debora Vearick; Sidiclei Machado Carvalho

INTRODUÇÃO

Cuidado Centrado no Paciente

- Área incipiente e que atualmente se encontra em desenvolvimento
- Princípios desta prática relacionados a assegurar um tratamento com dignidade, compaixão e respeito
- Desenvolvido de forma coordenado e personalizado
- Requer uma assistência individualizada, integral e humanizada com um olhar diferenciado que envolva aspectos biopsicossociais frente às necessidades dos clientes

Cuidado Centrado no Paciente em Serviços de Emergência

- Apresentam desafios importantes para a realização deste cuidado, devido aos diversos os dilemas encontrados nesses locais
- As instituições devem deter de estratégias que favoreça a implementação e fortalecimento deste cuidado, além disso, identificar como está sendo percebido pelo público atendido

Objetivo

Avaliar a satisfação do cliente atendido em um serviço de emergência adulto referente ao cuidado centrado no paciente

METODOLOGIA

- Delineamento do estudo: transversal, retrospectivo e documental
- Local: Serviço de Emergência localizado no Sul do Brasil
- Coleta de Dados:
  - Dados coletados no mês de agosto de 2019
  - Recorte temporal: Junho a agosto de 2019
  - Coleta realizada no Sistema informatizado da instituição

Após a alta do cliente, é encaminhado um formulário a ser preenchido referente à sua satisfação frente a diferentes aspectos, dentre eles o **cuidado centrado no paciente**

- Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, número 3.280.291

RESULTADOS

Amostra

1806

♀ 57,9% (n=1045)

♂ 42,1% (n=761)

Satisfação do Cliente	
Aspecto questionado	**%**
Cuidado centrado no paciente	8,0
Atenção a privacidade do paciente	8,4
Orientação sobre direitos e deveres	7,8
Preocupação da equipe de enfermagem em manter seus acompanhantes informados sobre o seu estado durante o tratamento	7,7

Quadro 1 – Satisfação do cliente atendidos em um serviço de emergência frente ao cuidado centrado no paciente. Porto Alegre, Brasil, RS, 2019.

CONCLUSÕES

- Observa-se que os clientes atendidos no serviço de emergência, apesar das dificuldades do serviço, encontram-se satisfeitos frente ao cuidado centrado no paciente, entretanto, estão sendo desenvolvidas estratégias a fim de qualificar ainda mais a assistência prestada visando um cuidado centrado e holístico aos mesmos

REFERÊNCIAS

Gomes PHG. O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.

The Health Foundation. Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care. London; 2016.

▲ VOLTAR

Jornada do Paciente como fator de geração de valor na Experiência do Paciente

Mariana Freitas de Moraes, Cristiane dos Santos Chaves, Daniela Tenroller de Oliveira

INTRODUÇÃO

Um dos aspectos importantes na experiência é o desenho da Jornada do Cliente que definirá as etapas que ele percorrerá. Conceito derivado do Design Thinking, a Jornada têm sido utilizada em ambientes hospitalares transformando as interações juntamente com os pacientes.

METODOLOGIA

Texto. A Jornada do Paciente consiste em desenhar todo o fluxo de chegada, entrada, procedimento, saída destes pacientes, ou seja, uma análise de cada *touchpoint*. As jornadas foram escolhidas conforme o fluxo de pacientes e de acordo com os pontos críticos de satisfação.

No desenvolvimento da Jornada foram inseridas atividades de *Design Thinking* que tem como foco o mapeamento dos processos, tendo uma visão mais completa para a solução de problemas. Dentre as atividades realizamos, imersão, ideação, análise e síntese, testes e implementamos as soluções.

A Jornada foi realizada na Unidade de Internação *Unique*, um produto particular com foco na experiência. Nesta unidade, o cliente possui maior privacidade, ambientes personalizados, refeições diferenciadas, conectividade e serviços exclusivos.

Para garantir a experiência no UNIQUE foi necessário o redesenho da Jornada do Paciente em parceria com todas as áreas do hospital. Principais ações realizadas:

-redesenho do fluxo de chegada e saída

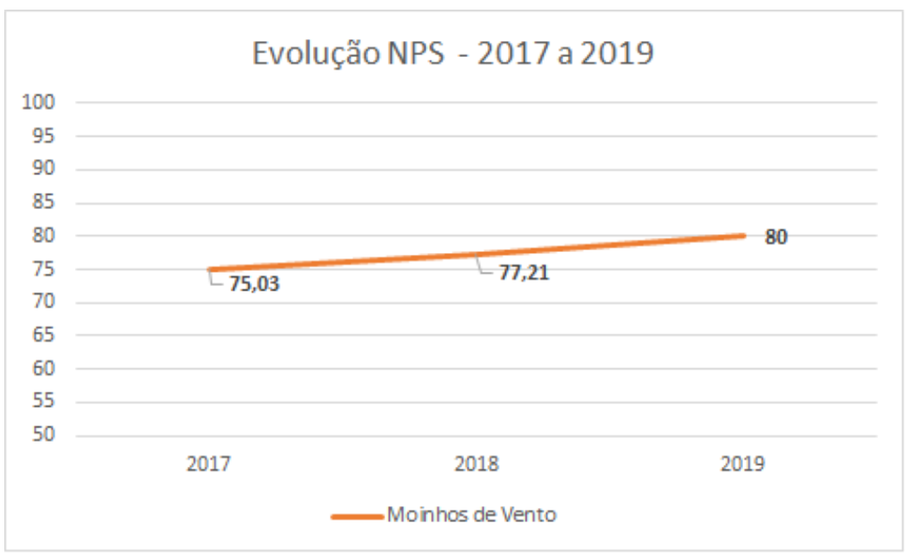
-definição de prioridades e agendas de exames

As ações realizadas foram resultantes das pesquisas de mercado com possíveis consumidores, médicos, sessão de cliente oculto e atividades com as equipes na qual foi possível identificar oportunidades de melhoria na oferta do produto e redesenhá-lo.

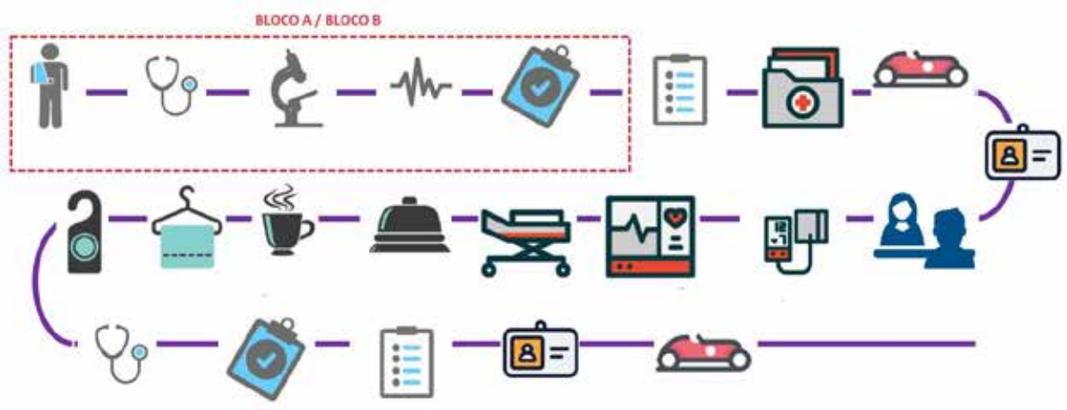
Unidade de Internação Unique – Hospital Moinhos de Vento

RESULTADOS

Com o início da Jornada em algumas áreas percebe-se uma evolução anual do Hospital Moinhos de Vento em relação ao NPS (Net Promoter Score), principal indicador de recomendação e experiência. De 2016 a 2018, a média anual de crescimento foi de 2 pontos, resultando um acumulado de 2018 de 80 pontos.



Evolução NPS Hospital Moinhos de Vento – 2017 a 2019 (Valor acumulado por ano)



Jornada do Paciente do Paciente (Perfil : 60 anos/particular)

Unidade de Internação Unique – Hospital Moinhos de Vento

CONCLUSÕES

Os âmbitos analisados demonstram o quanto é necessário e importante o olhar para a experiência do paciente em serviços hospitalares.

A criação de jornadas garantem ao projeto o envolvimento e engajamento de pacientes e colaboradores, sendo cada serviço desenhado de acordo com as expectativas dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Kotler,Philip / Kartajaya,Hermawan / Setiawan, Iwan. Marketing 4.0 – Do Tradicional ao Digital. Sextante, 2017

Brown, Tim. Design Thinking. Alta Books, 2017

VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE PÓS CONSULTA INTRA- AMBULATORIAL

Natalia Diegues Cintra, Alexandrer Aredes Sobrinho

INTRODUÇÃO

Inaugurado em maio de 2018, o Centro Médico iniciou suas atividades com serviços de Cardiologia, Urologia, Ortopedia, entre outras especialidades estratégicas no bairro de Santana, Zona Norte de São Paulo. Ao longo desses 16 meses, atendemos em média, 17.956 consultas e 4.835 exames/ procedimentos ao mês.

Um dos mais tradicionais e respeitados em condutas e reabilitação de São Paulo, o centro médico conta com uma equipe altamente especializada e uma estrutura moderna, que garantem segurança, confiança e qualidade nos seus serviços.

METODOLOGIA

Histórica e anteriormente à implementação do Núcleo de Pós Consulta, observávamos uma elevada taxa de ausência dos pacientes agendados na unidade. O indicador de Absenteísmo, definido pelo não comparecimento do paciente à uma consulta ou a um procedimento previamente agendado sem comunicação prévia, registrava um elevado índice de ausências (acima de 18% da meta estabelecida pela instituição); número que limita a produtividade assistencial e impacta nas áreas financeiras e administrativa do Setor. Relato de experiência do profissional na implantação de um núcleo de pós consulta intra-ambulatorial em um centro médico de uma rede de hospitais privados da cidade de São Paulo. A implantação foi realizada com base nas seguintes diretrizes/ objetivos, redução do indicador de absenteísmo (consultas e exames), diminuição da ociosidade do corpo clinico, redução da insatisfação do paciente, incremento de receita.

Para obtenção dos objetivos propostos, foram disponibilizados dois guichês na recepção central para atendimento integral e realizado integração do sistema de agendamento entre o Centro Médico e o SADT, eficaz acesso a elegibilidade do paciente e senha de autorização de forma imediata.

RESULTADOS

O Núcleo consolidou uma redução de 34,01% no indicador de absenteísmo em comparação ao mesmo semestre do ano anterior e um aumento de 28% na volumetria de exames e procedimentos realizados, além de uma elevação de 20,30% no número de atendimentos, com consequente aumento de *30% na receita total do Centro Médico. Resultados que* sugerem o fortalecimento dos processos que suportam a linha de cuidado ao paciente ambulatorial.

	2018 / 2019		
	1º Sem de 2018	1º Sem de 2019	%
Nº de Consultas	87.123	109.377	20,30%
Nº de Exames / Procedimentos	20.998	29.205	28,10%
Cirurgias Origem Centro Médico	1.957	2.230	12,24%
Nº de Agendamento Pós Consulta	8.123	21.045	61,40%
Nº de Internações Clinica	54	82	34,14%
Nº de Consultas Estratégicas	38.204	44.686	14,50%
Médicos cadastrados	261	305	14,42%

Comparação e evolução do 1º semestre de 2019 ao mesmo semestre do ano anterior.

CONCLUSÕES

A implementação do Núcleo de Pós Consulta foi bem-sucedida em seus objetivos, gerando queda do absenteísmo, aumento da produtividade e consequente impacto financeiro positivo.

REFERÊNCIAS

T1º SIMÕES, F. Lean Healthcare – O conceito Lean aplicado à realidade dos serviços de saúde. 2009.95 f. Dissertação (Mestre em Gestão da Tecnologia, Inovação e Conhecimento). Universidade de Aveiro. 2009.

2º GONÇALVES et al., Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):449-460, 2015.

3º Albieri FAO, André LDSM, Malaquias AK, Moreira RA, Fillipi Jr. J, Misso O, et al. Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. (Relatórios de fila de espera e vagas ofertadas e SIGA-Saúde/SP).

4° Fernandes A. Uma em quatro pessoas não vai a consulta. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) 06/11/2011.. [acesso em 05 de AGOSTO 2019]; Disponível em http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/uma-a-cada-4-pessoasnao-vai-as-consultas/.

5º BORBA, R.V. Administração Hospitalar: princípios básicos. 3. ed. São Paulo: Cedas, 1991.

6º Cavalcante RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipe de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2013;7(2): 63-84. [acesso em 08 Agosto de 2019]. Disponível em: http:// dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1344.

VOLTAR

Relato de experiência na Implantação da Equação de Experiência do Paciente no Programa Experiência do Cliente em Rede de Hospitais de Grande Porte na capital de São Paulo

Daniel Teixira, Vânia Ronghetti

INTRODUÇÃO

O Programa de Experiência do Cliente é um Projeto Estratégico de uma rede de hospitais privados, com a finalidade de identificar e discutir instrumentos especificamente projetados para medir a experiência hospitalar de pacientes.

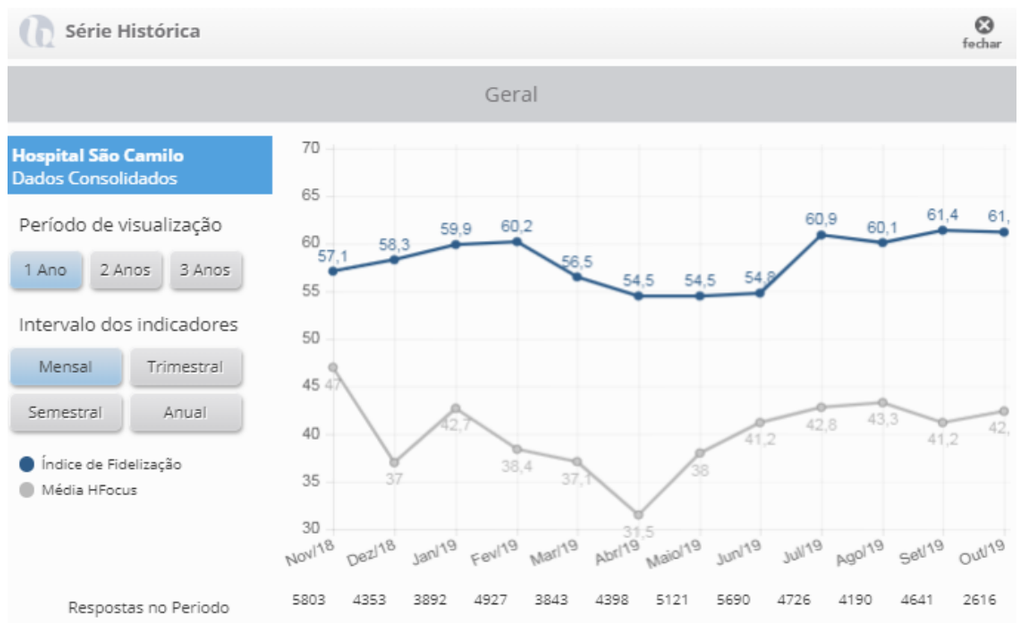
METODOLOGIA

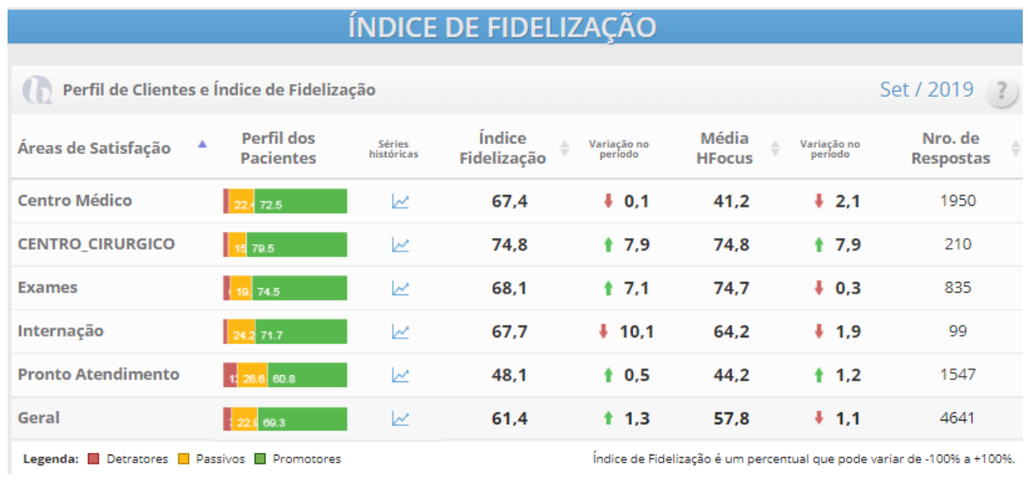
Relato de experiência na implantação da equação do paciente e no direcionamento de ciclos de melhorias por meio do resultado das métricas da Equação, EP= S + CC + SA + DC, sendo EP= Experiência do Paciente; S= Satisfação; CC= Cuidado Centrado; SA= Segurança Assistencial; DC= Desfecho clínico. Relato: Foi criado comite de trabalho estruturado por meio de times locais e membros corporativos, com a finalidade de identificar resultado nas quatro diferentes áreas da equação. Para cada linha de trabalho da equação foi definido referencial medotológico:

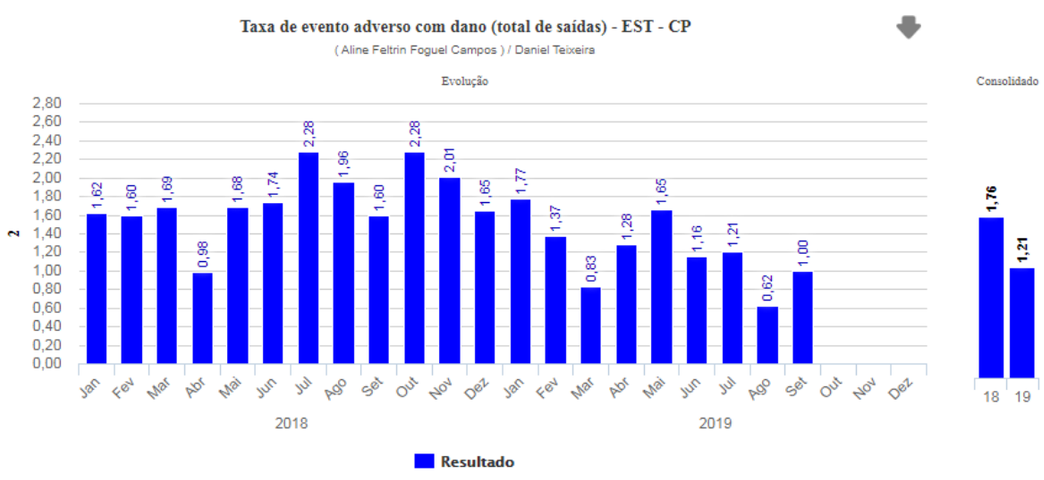
- ❑ Satisfação do Paciente: mensuração através de métricas de NPS (Net Promoter score) e HCAHPS (Hospital Consumer Assesment of Healthcare Providers and Systems) por meio da ferramenta HFOCUS;
- ❑ Cuidado Centrado: Mensuração através de metodologia de auto-avaliação do IPFCC Instituto de Atendimento Centrado no Paciente e na Família;
- ❑ Segurança Assistencial: Mensuração através da metodologia de classificação internacional para segurança do paciente da organização mundial
- ❑ Desfecho Clínico: Através da metodologia ICHOM

RESULTADOS

O NPS à partir de melhorias de alguns fluxos e processos saltou de 54,5 para 60,9 no mês de julho de 2019; Cuidado Centrado utilizado auto avaliações na linha de cuidado de Terapia Intensiva Adulto, Segurança Assistencial incador Taxa de evento adverso reduziu de 1,77% para 1,21% pelo total de saídas de pacientes, o desfecho clinico tem se pautado na discussão dos PROMs (Patient reported outcomes measures) e dos PREMs (Patient reported experience measures) nas linhas de cuidados definidas como estratégicas.







CONCLUSÕES

Diante dos primeiros resultados obtidos, identificamos oportunidades de ciclos de melhorias com aplicação e identificação de mudanças na Experiência vivenciada pelos pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

https://www.hfocus.com.br/portal/home/periodo:1912

https://www.hfocus.com.br/portal

https://interact.saocamilo.corp:8443/sa/apps/cmn/LauncherApplication.jsp

▲
VOLTAR

AUMENTO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES RELACIONADO ÀS VISITAS DOS LÍDERES DE ENFERMAGEM

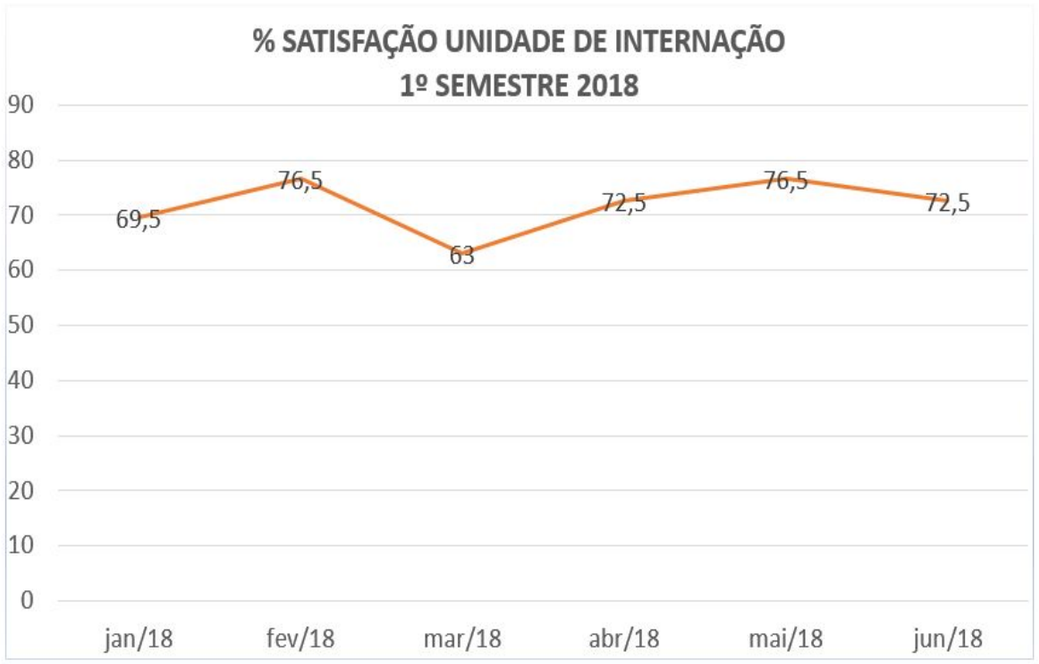
Juliana Lizardo Rodrigues Albuquerque, Marcilene Pedroso dos Santos, Paula Abreu Assunção, Márcia Salvador Géo

INTRODUÇÃO

A Rede Mater Dei de Saúde tem como missão o "Compromisso com a qualidade pela vida", o que conduz à atuação junto ao paciente garantindo um atendimento diferenciado, personalizado e humanizado. A importância em garantir a satisfação do paciente converge com a missão de existir da Instituição. A intenção é fortalecer a presença do gestor, escutando ativamente dos pacientes fatores essenciais ao favorecimento do cuidado de excelência, com foco na identificação de melhorias.

METODOLOGIA

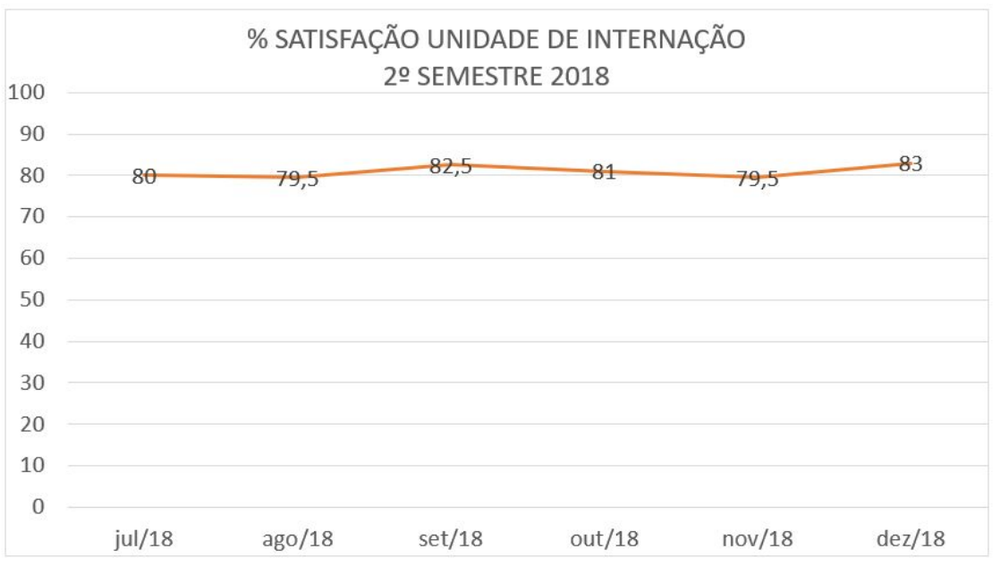
Em julho/2018 foram definidos critérios para visitas diárias realizadas pelas coordenações de enfermagem das UIN. A meta de 20% dos pacientes internados/dia correspondeu a uma média de 520 visitas/mês. A prioridade foi visitar os pacientes no 2º dia de internação com o propósito de identificar necessidades não atendidas e esclarecer expectativas. Os pacientes elegíveis são identificados em painéis de *Business Intelligence* (BI) e contemplam: recentemente transferidos do Centro de Terapia Intensiva (CTI); tempo de internação superior a 15 dias; intercorrências clínicas nas últimas 24h e pacientes com dificuldades na solução de demandas já apresentadas. As observações, solicitações e/ou queixas levam a tomadas de decisões imediatas para resolução. As visitas são registradas em planilhas permitindo compilação dos dados e análises críticas dos resultados, visto a riqueza de informações coletadas. Todas as pontuações recebidas são utilizadas para planos de ações que garantem o trabalho focado em melhoria contínua. A metodologia para avaliação do resultado é o NPS (Net Promoter Score) com meta de satisfação estabelecida de 75%.



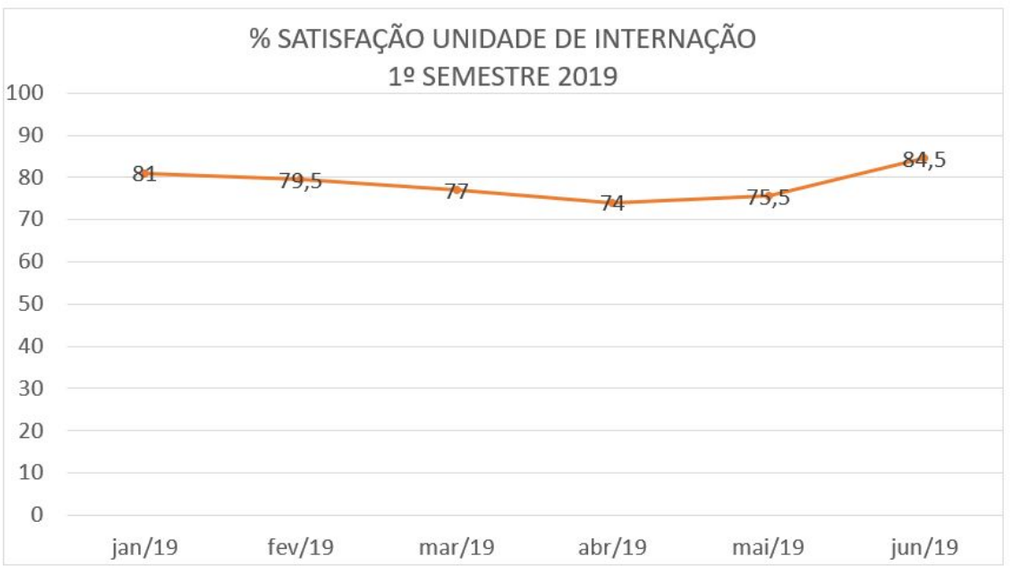
% Satisfação do cliente externo 2º semestre 2018 – Unidade de Internação – Hospital Mater Dei Santo Agostinho

RESULTADOS

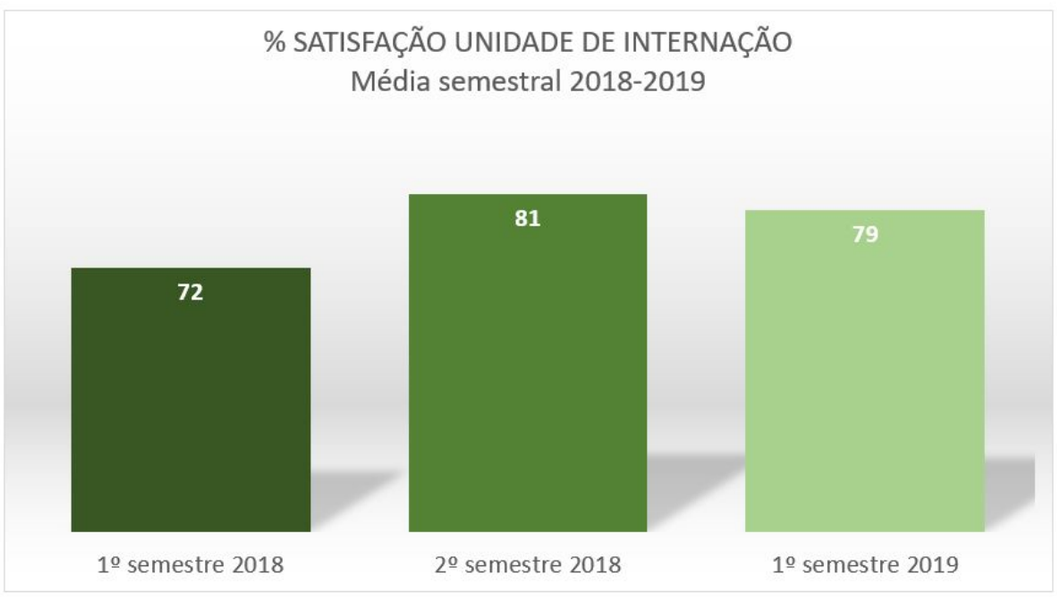
Aumento da satisfação do paciente em 12,5% comparando o primeiro semestre de 2018 com o segundo semestre do mesmo ano. O 1°sem/2019 teve média de 79% de alcance de satisfação em contrapartida com o alcance de 72% do primeiro semestre de 2018



% Satisfação do cliente externo 2º semestre 2018 – Unidade de Internação – Hospital Mater Dei Santo Agostinho



% Satisfação do cliente externo 1º semestre 2019 – Unidade de Internação – Hospital Mater Dei Santo Agostinho



% Satisfação do cliente externo – Unidade de Internação – Hospital Mater Dei Santo Agostinho

CONCLUSÕES

As visitas de busca ativa permitem a antecipação das necessidades dos pacientes e zelam por uma assistência responsável, de qualidade e segura. A presença do gestor na linha de frente motiva os integrantes das equipes das UIN a se posicionarem da mesma forma, pois interpretam por meio do exemplo e da presença do gestor que a satisfação do cliente externo está diretamente relacionada à qualidade da assistência de enfermagem.

VOLTAR

Exercício da Empatia: Uso de simulador didático na contribuição da segurança do paciente em um hospital privado de Curitiba

Vanessa Burdzinski, Marta Fragoso, Ricardo Rocha

INTRODUÇÃO

Os profissionais da área da saúde precisam adquirir habilidades específicas que permitam atender às necessidades da população moderna. Dados reforçam que atitudes de empatia são atributos de sucesso no aperfeiçoamento da humanização hospitalar. Nesse sentindo, têm se desenvolvido estratégias para se trabalhar a habilidade de vivenciar a sensação do paciente durante a internação e, assim, compreender melhor as necessidades da pessoa assistida.

OBJETIVO: Contribuir para a promoção da aquisição de conhecimento e compreensão das dificuldades dos pacientes e, conseqüentemente, a melhoria do cuidado prestado.

METODOLOGIA

Durante a Semana da Qualidade e Segurança Assistencial foi realizado a dinâmica “Sentindo na Pele” utilizando um simulador didático que permitiu o profissional experimentar sensações como: diminuição da acuidade visual através do uso de óculos especial, diminuição da acuidade auditiva através do uso do abafador auricular, diminuição do tato através do uso de luvas emborrachadas e redução da mobilidade através do uso de caneleira de peso e cadeira de rodas conforme exemplo da Imagem 1. A dinâmica estava aberta a todos os colaboradores e utilizou recursos próprios com adaptações de equipamentos de proteção individual disponibilizados pela Segurança do Trabalho. Cada cenário foi conduzido por um facilitador e logo após o encerramento, realizado o *debriefing* com os participantes.

Imagem 1: Dinâmica Sentindo na Pele com colaboradores

RESULTADOS

A dinâmica atingiu colaboradores de diferentes setores, sendo a sua maioria de técnicos de enfermagem (47,5%), seguido de auxiliar administrativo (18,8%), estagiário de enfermagem (15%), auxiliar de limpeza (6,25%), enfermeiros (5%), nutrição e fisioterapia (ambos 3,75%), conforme Gráfico 01. Após o *debriefing* foi relatado pela equipe que esta simulação permitiu “estar no lugar do outro” e “como é difícil estar no lugar do paciente”. Além disso, percebe-se um amadurecimento da equipe assistencial frente à segurança do paciente, principalmente ao que se refere às medidas de prevenção de queda, refletindo na densidade de incidência com redução de 30% dos eventos em uma unidade predominantemente clínica (Gráfico 2), após a ação realizada no 3° trimestre de 2018.

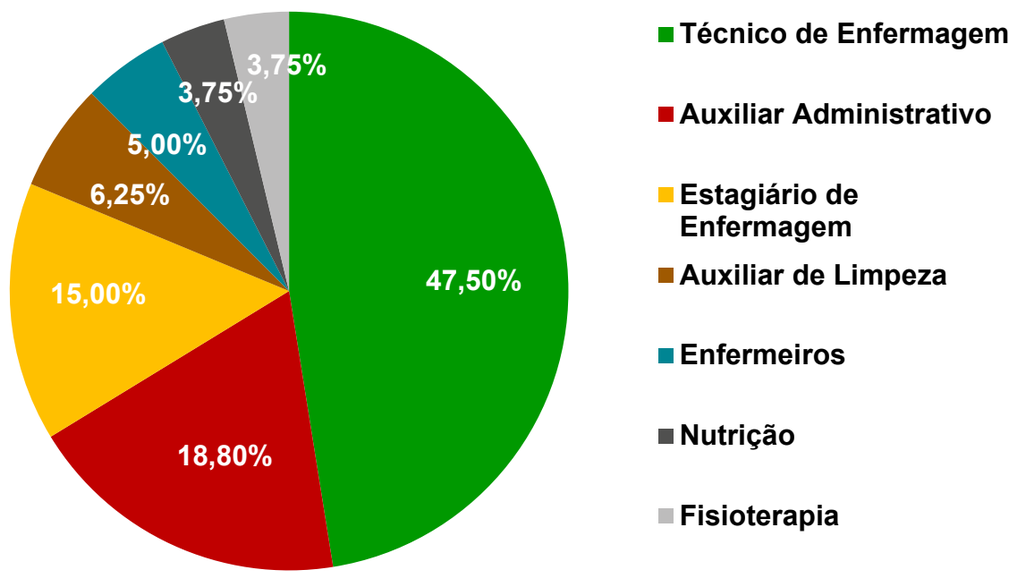


Gráfico 1: Porcentagem de colaboradores participantes do simulador didático.

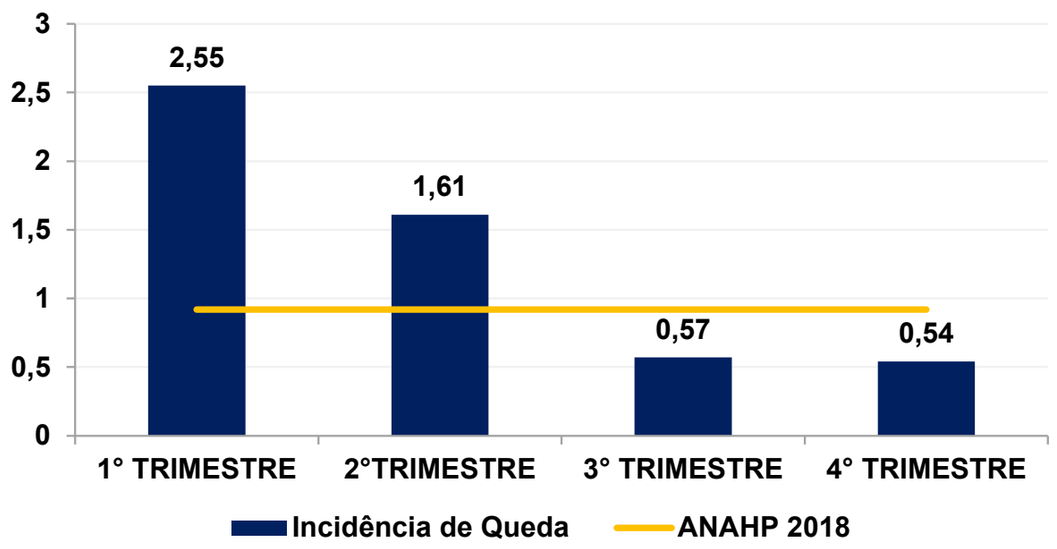


Gráfico 2: Incidência de Queda em uma Unidade Predominantemente Clínica por Trimestre no ano de 2018

CONCLUSÕES

A utilização deste método permitiu que o profissional de saúde exercitasse a empatia de uma maneira didática além de aperfeiçoar a forma de assistência prestada, contribuindo não somente para a segurança assistencial como também para a experiência do paciente em nossa instituição.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, R.P.N., et al. **Simulação Realística como Método de Ensino no Aprendizado de Estudantes da Área da Saúde.** RECOM, v.8, ed. 2508, 2018.
PAVÃO, A.L.B., et al. **Estudo de Incidência de Eventos Adversos Hospitalares.** Rev. Brasileira de Epidemiologia, v.4, ed. 14, 2011.
OLIVER D, HEALEY, F, HAINES TP**. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals**. Clin Geriatr Med 2010; 26(4): 645-92.
SISTEMA DE INDICADORES ANAHP (SINHA0, 2018.

VOLTAR

PROMOVENDO O ENGAJAMENTO DO PACIENTE PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS ATRAVÉS DA METODOLOGIA *TEACH BACK*

Islane Aparecida de Fatima Santos , Marília Fátima Costa Corrêa , Márcia Salvador Géo

INTRODUÇÃO

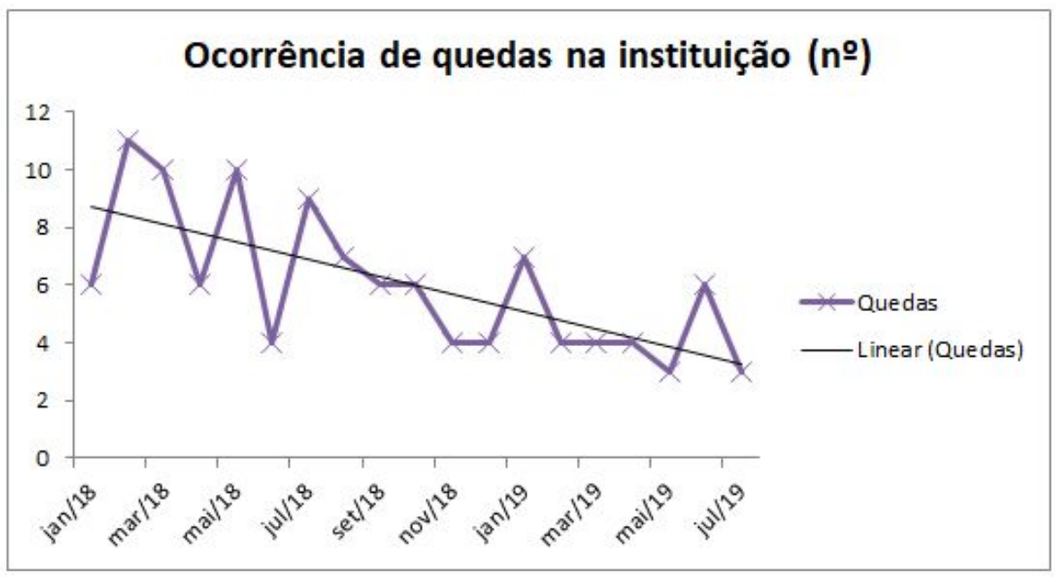
A prevenção de danos decorrentes de quedas é uma das metas internacionais de segurança do paciente. Sabe-se que, de forma geral, o simples fato de estar em ambiente hospitalar eleva o risco de queda, uma vez que os pacientes se encontram em um local não familiar, podendo ser portadores de doenças que predispõem à queda, além de serem expostos a procedimentos terapêuticos que podem aumentar esse risco (1). Pesquisadores (2) e instituições que estudam estratégias para melhoria da qualidade e segurança do paciente, tais como AHRQ e JCI, apontam o engajamento do paciente como um dos pilares para a obtenção de melhores resultados assistenciais. Estudo realizado em uma universidade de Minnesota (EUA) demonstrou redução de 75% nas taxas de quedas em pacientes após o uso de estratégias de engajamento, dentre elas a realização do *teach back* (3). A análise das quedas na instituição alvo deste trabalho evidenciou que 64,28% das quedas ocorridas no primeiro semestre de 2018 tiveram como causa raiz falha nas orientações ou falha na adesão dos pacientes às orientações para prevenção de quedas Partindo desse cenário, foi adotada na instituição a metodologia *teach back* para educação do paciente na prevenção de quedas como forma de melhorar a adesão às barreiras de segurança e reduzir sua ocorrência.

METODOLOGIA

O trabalho foi iniciado em Julho de 2018 pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com apresentação do cenário da ocorrência de quedas na instituição às lideranças de enfermagem, contemplando um estudo com análise das causas destes eventos. Após discussão e apresentação dos resultados, foi apontada a necessidade de melhorar o engajamento dos pacientes nos processos relacionados à prevenção de quedas e, em seguida, apresentada a metodologia *teach back,* sendo sugerida sua inserção como estratégia para atingir esse objetivo, associada às medidas já instituídas no protocolo institucional. Foram promovidas 2 horas de treinamento com os enfermeiros em cada unidade da Rede hospitalar a fim de prepará-los para a utilização da ferramenta. Após o treinamento da enfermagem, foi adicionado ao impresso que já era utilizado para registrar a educação em saúde do paciente a coluna "*teach back* realizado?" a ser assinalada pelo responsável pelas orientações, como forma de evitar que o profissional pule esta etapa. A metodologia foi então incluída na Política de Educação de Pacientes e Familiares da Rede hospitalar e efetivamente iniciada a partir de setembro de 2018.

RESULTADOS

No primeiro semestre de 2018 foram registradas 47 quedas nas duas unidades da Rede, representando um percentual de 0,08% com relação ao total de pacientes/dia deste período. No segundo semestre de 2018, intervalo onde foi implantada a metodologia *teach back*, observou-se uma redução do total de quedas, tendo sido registradas 36 ocorrências, representando 0,06% do total de pacientes/dia. Com relação ao primeiro semestre de 2019, foram registradas 28 quedas, um percentual de 0,04% do total de pacientes/dia do período. Houve uma redução percentual de 40,4% do número total de quedas comparando os períodos pré e pós implantação da metodologia.



Número de quedas na instituição de Janeiro/2018 a julho/2019 com linha de tendência.

CONCLUSÕES

Conclui-se que ferramentas para melhorar o engajamento do paciente no cuidado podem ter impacto importante nos resultados assistenciais da instituição. Ao utilizar o *teach back* após as orientações para prevenção de quedas no ambiente hospitalar, o profissional promove maior efetividade na comunicação, melhorando a compreensão do paciente e sua adesão ás medidas, reduzindo a ocorrência de episódios de queda.

REFERÊNCIAS

1 - ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA Disponível em:<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas> Acessado em: 29/08/2019..
2 - Berger, Z., Flickinger, T. E., Pfoh, E., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2014). Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. BMJ Quality & Safety, 1(23), 548-555. http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769
3- MARTIN, Rosemary. The Impact of Engagement Strategies on the Reduction of Patient Falls. 2017. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Walden University, Minnesota, EUA, 2017. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/78c5/420d24c8fb3d11d7dbec7ef60b59bba40eaa.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019.

VOLTAR

RELATÓRIO A3:
Como o uso de ferramentas do *Lean Healthcare* podem influenciar na jornada do paciente?

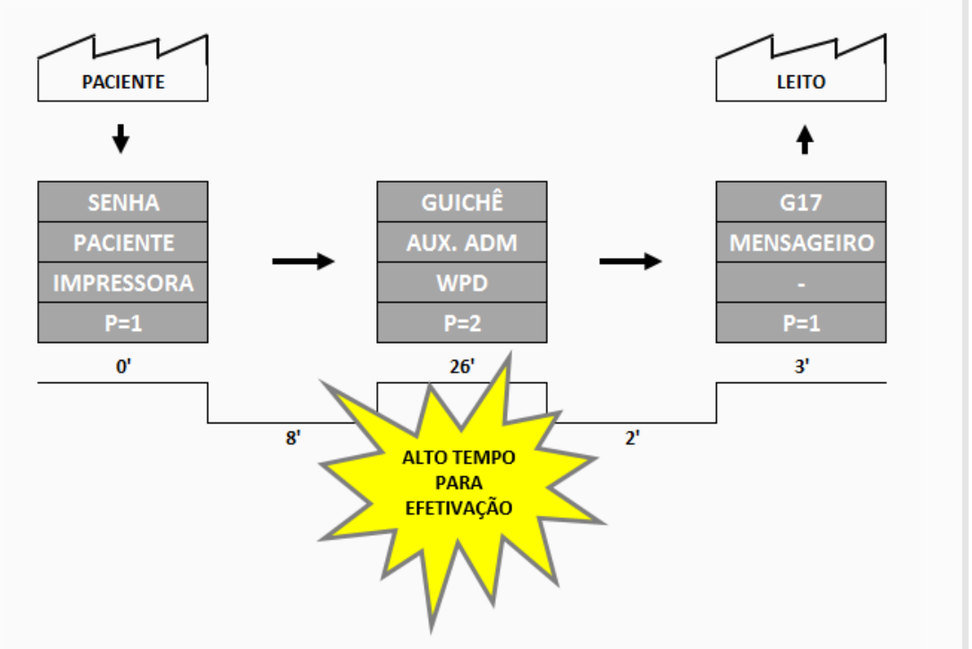
Ricardo Rocha, Maria Harder, Gustavo Schulz.

INTRODUÇÃO

Compreender os valores individuais de cada pessoa e aplicá-los na operação diária de uma organização pode ser considerado desafiador. A jornada do cliente vai além do que simplesmente entregar o que foi acordado, ela inicia na primeira interação e acompanha as etapas subsequentes até o desfecho desejado.

METODOLOGIA

Utilizou-se a ferramenta Relatório A3 do *Lean Healthcare* para a redução do TME (Tempo Médio de Espera), essa ferramenta carrega os princípios do PDCA e permite a resolução de problemas de maneira estruturada. O primeiro passo foi compor a equipe do projeto por profissionais que estão no *gemba* (estação de trabalho), possibilitando realizar o MFV (Mapa de Fluxo de Valor) do processo de internação e evidenciado assim o gargalo à ser trabalhado. Com o diagnóstico do Estado Atual definido e a utilização do *Brainstorming* como ferramenta de apoio, os objetivos da Situação Alvo puderam ser traçados (redução do TRA - Tempo de Realização de Atividade e do *Lead Time* - soma de todas as etapas do processo). Nos passos seguintes, elaborou-se um Plano de Ação cronológico e a definição de indicadores alinhados ao plano estratégico.

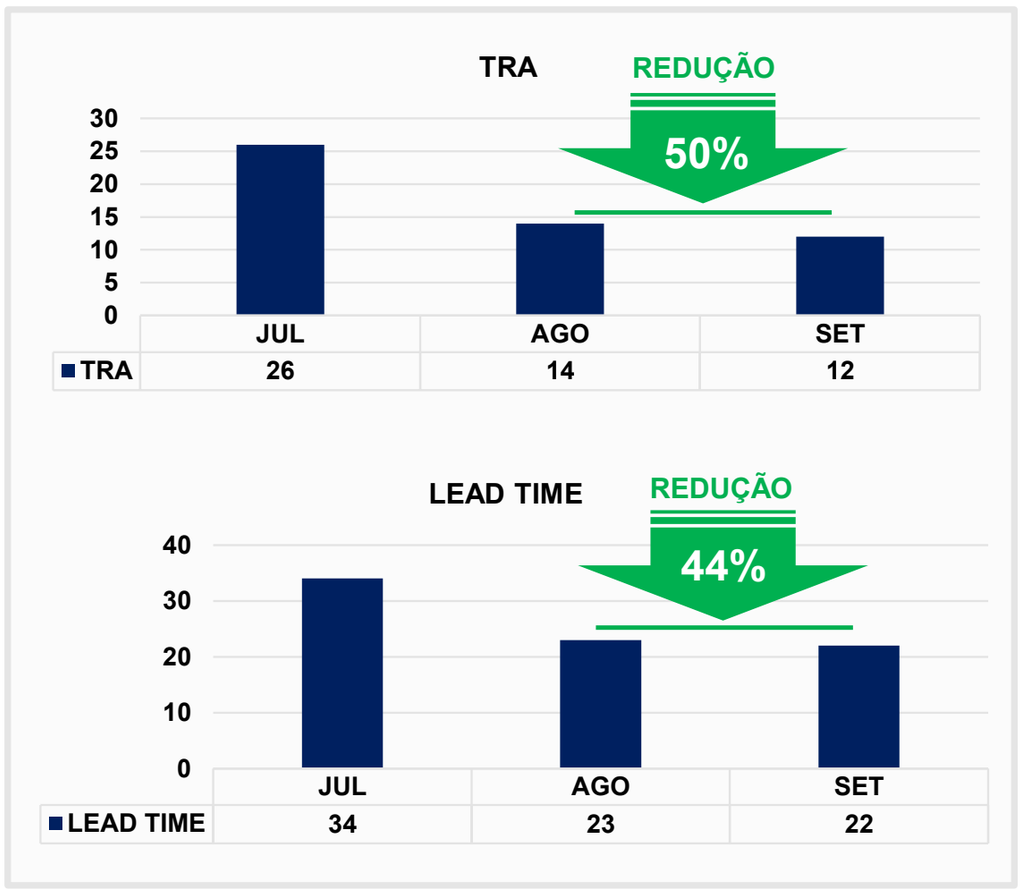


MFV (Mapa do Fluxo de Valor) realizado na etapa da “Situação Atual”, mostra uma foto do processo antes da implementação do projeto.

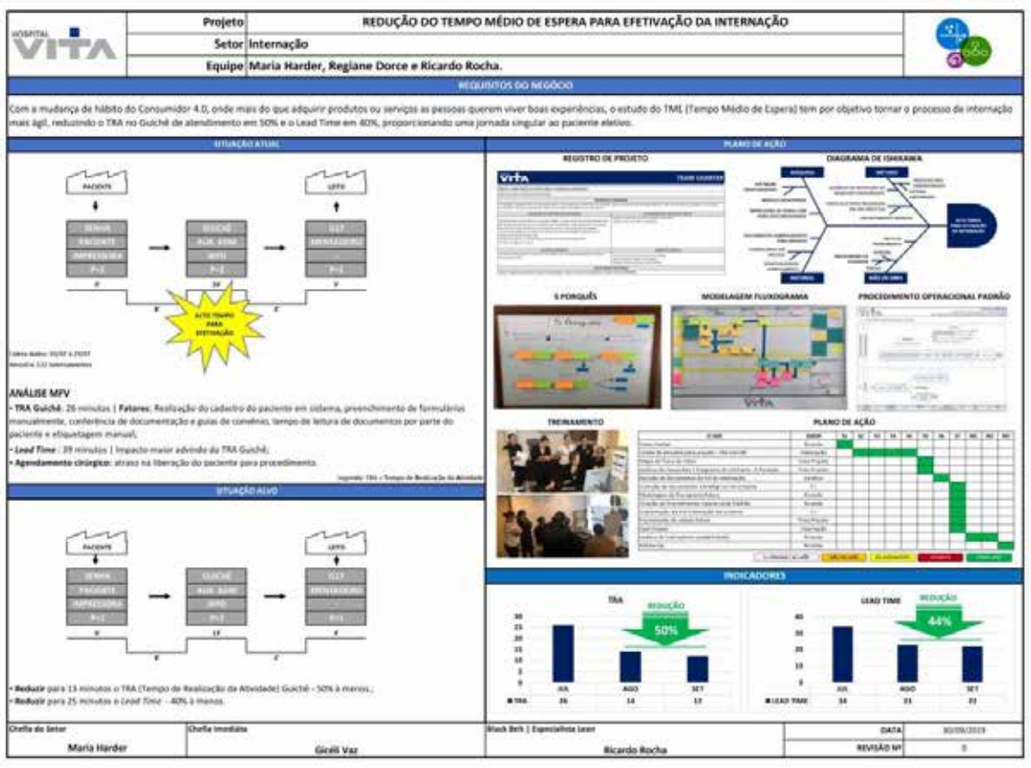
Diagrama de Ishikawa. Ferramenta utilizada para diagnosticar a causa raiz de um problema e nortear as ações para melhoria.

RESULTADOS

Na fase de observação da Situação Atual, foram analisadas 122 amostras de internamentos eletivos no período de 01 de julho de 2019 à 30 de julho de 2019, evidenciando um TRA (Tempo de Realização de Atividade) de 26 minutos e *Lead Time* (soma de todas as etapas do processo) de 39 minutos. Após a implementação do projeto, os indicadores estratégicos mostraram uma redução média/diária do TRA para 13 minutos (50% à menos) e o *Lead Time* para 22 minutos (44% à menos), em uma amostragem de 231 internamentos eletivos entre 01 de agosto de 2019 à 30 de setembro de 2019.



Ciclo de melhoria em minutos do TRA (Tempo de Realização da Atividade) e Lead Time (soma de todas as etapas do processo) do projeto.



Estrutura final do Relatório A3 após a conclusão do projeto em 30/09/2019.

CONCLUSÕES

Proporcionar uma jornada singular ao paciente é um desafio diário que deve ser trabalhado nos pequenos detalhes. A redução do TME (Tempo de Média de Espera) veio ao encontro para atender os valores individuais do consumidor moderno, que é mais exigente, conectado e que considera cada minuto a sua jornada de valor. O uso do Relatório A3 como ferramenta estruturada de resolução de problemas e o princípio do respeito as pessoas da Filosofia *Lean*, proporcionaram uma integração cooperativa da equipe alinhada à um objetivo comum.

REFERÊNCIAS

- Entendendo o Pensamento A3 - Um Componente Crítico do Pdca da Toyota. Smalley,ArtSobek Ii,Durward K. 2009.
- Hospitais Lean - Melhorando a Qualidade, a Segurança dos Pacientes e o Envolvimento dos Funcionários. Graban, Mark. 2013.

VOLTAR

AGREGANDO VALOR AO CUIDADO DE PACIENTES COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E DECLÍNIO COGNITIVO

Jessica Tasseli, Verônica Spinola Domingues, Silvia Maria Cury Ismael, Adriana Fátima Dutra

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS entre 2015 e 2050 a população mundial com mais de 60 anos terá um aumento de 12% para 22%. Sabe-se que o índice de depressão em idosos tem aumentado nos últimos anos, bem como é observado o aumento da identificação do declínio cognitivo, e a associação entre essas duas variáveis. Diagnosticar a depressão no idoso é uma tarefa complexa devido à variabilidade de sintomas que não necessariamente são identificados como humor deprimido e tristeza, sendo alguns deles: disforia, irritabilidade, sentimentos de abandono e inutilidade, diminuição da autoestima, solidão, anedonia, desinteresse, ideação suicida e tentativas de suicídio, além da possível evolução deste quadro para um declínio cognitivo e demência. O objetivo do trabalho foi detectar sintomas depressivos associados ou não ao declínio cognitivo, através da avaliação psicológica, prevenir e/ou reduzir possíveis reinternações, facilitar o encaminhamento destes pacientes e proporcionar melhor qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida pode variar de individuo para individuo, pois é muito frequente que tal conceito seja associado somente a fatores como: cuidados com a saúde, vida ativa, envolvimento social, dieta alimentar eficaz. Deve-se levar em conta a história de vida de cada paciente como impacto importante dessa variável.

METODOLOGIA

Entre os meses de janeiro de 2018 e maio de 2019 foram analisados dados de prontuários de idosos hospitalizados, com idade média de 79 anos, em instituição privada na cidade de São Paulo. Os dados coletados são provenientes do banco de gerenciamento de dados RedCap que contém os resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e Escala de Rastreio Cognitivo (10-CS). Foram verificados 101 prontuários, sendo 91 identificados com sintomas depressivos variando entre sintomas leves, moderados e graves. Dos mesmos 101, 62 apresentaram sintomas de declínio cognitivo variando entre sintomas possível, provável leve e provável grave.

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com freqüência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente freqüentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisasnovas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores doque você?

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage. Contagem máxima GDS=15

AVALIAÇÃO COGNITIVA (10-CS)

ORIENTAÇÃO

Em que ano estamos? (requer resposta exata)	0	1
Em que mês estamos? (requer resposta exata)	0	1
Que dia do mês é hoje? (tolerar erro por um dia)	0	1

APRENDIZADO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C	
Agora eu vou dizer 3 objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os 3 objetos. (até 3 tentativas se necessário)	óculos martelo caneta	chapéu lanterna moeda	relógio vassoura chave	Não pontua

FLUÊNCIA VERBAL

Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguir, o mais rápido possível.

Eu vou marcar no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em 1 minuto.

1. _____	8. _____	15. _____	
2. _____	9. _____	16. _____	
3. _____	10. _____	17. _____	
4. _____	11. _____	18. _____	
5. _____	12. _____	19. _____	
6. _____	13. _____	20. _____	
7. _____	14. _____	21. _____	

ANIMAIS	
0-5	0
6-8	1
9-11	2
12-14	3
≥ 15	4

EVOCAÇÃO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C		
Agora me diga quais eram os 3 objetos que eu pedi para você memorizar.	óculos martelo caneta	chapéu lanterna moeda	relógio vassoura chave	0 0 0	1 1 1

Ajuste para Escolaridade (10-CS-Edu) **10-CS:** _____
- Sem escolarização formal: + 2 pontos (máximo de 10)
- 1-3 anos de escolaridade: + 1 ponto (máximo de 10)

10-CS-Edu: _____

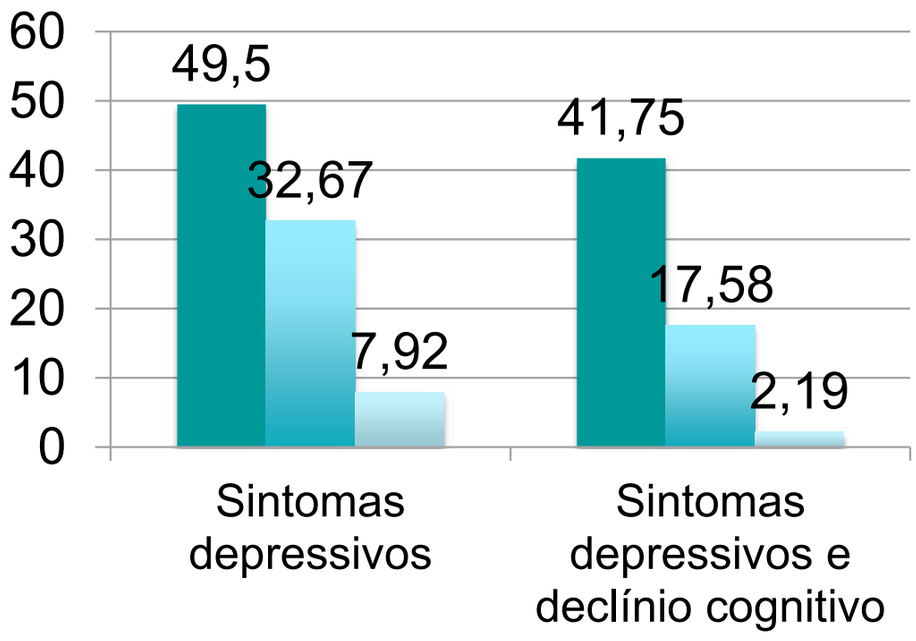
Classificação: ☐ Normal (10-8) ☐ Comprom. Possível (7-6) ☐ Comprom. Provável Leve (5-4) ☐ Comprom. Provável Grave (3-0)

→ Não aplicar PHQ-4 se 10-CS-Edu ≤ 3 | → Aplicar NPI e ZARIT se 10-CS: ≤ 5 | → NPI: _____/36 → ZARIT: _____/40

Escala de Rastreio Cognitivo (10-CS)

RESULTADOS

Ao analisar a amostra coletada, foi verificado que 90,09% apresentaram sintomas depressivos. Destes, 61,52% apresentaram também declínio cognitivo. Evidenciando os atuais estudos que mostram um índice relevante da associação entre essas duas variáveis.



Dos 90,09% que apresentaram sintomas depressivos: 49,5% eram sintomas depressivos leves; 32,67% eram sintomas depressivos moderados e 7,92% eram sintomas depressivos graves. Dos 61,52% que apresentaram sintomas depressivos e declínio cognitivo: 41,75% eram declínio cognitivo possível; 17,58% eram declínio cognitivo provável leve e 2,19 eram declínio cognitivo provável grave.

CONCLUSÕES

Os dados coletados no presente levantamento caracterizam a importância de detectar o impacto da depressão associada ao declínio cognitivo no idoso. O que possibilita uma entrega de valor ao paciente, visando à prevenção da evolução do declínio cognitivo bem como a tentativa de reduzir o número de reinternações atreladas ao quadro depressivo. Também possibilita o encaminhamento ser realizado de forma assertiva a esta população. É importante ressaltar que a depressão não é uma consequência inerente ao processo de envelhecimento, mas que se for detectada e tratada será possível prevenir o declínio cognitivo e/ou retardar sua evolução.

REFERÊNCIAS

1. Ferrari J, Dalacorte R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n° 1, p.3-8, jan/mar 2017. 2. Carneiro J, Cabral H. A linha ténue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso. Revista Port. Med. Geral Fam, 2016; 32:118-24. 3. Cardoso R, Fonseca D. O nível de desempenho da memória do idoso em relação a depressão e ansiedade. Revista Perquirere, 12: 86-98, Dez.2015. 4. Paulo D, Yassuda M. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Revista Psiq. Clínica 37:23-6, 2010. 5. Trindade A, Barboza M, Oliveira F, Borges A. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fisioter Mov. Ed. abr/jun; 26: p. 281-9, 2013.

VOLTAR

PERCEPÇÃO DA DOENÇA NO PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO: MELHORANDO A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Raquel de Sousa Neto, Rafael Trevizoli Neves, Silvia Maria Cury Ismael, Rita Pires Coli

INTRODUÇÃO

A experiência do paciente é um dos componentes do valor em saúde, sendo a percepção da doença um de seus elementos. A percepção que o paciente constrói sobre a sua doença é um dos fatores que contribuem para a adesão, autocuidado, engajamento ao tratamento e os desfechos clínicos. Segundo o Modelo de Leventhal(1), diante do diagnóstico, os pacientes constroem um padrão de crenças sobre sua nova condição que determina os comportamentos a serem utilizados no gerenciamento da doença. A percepção da doença é composta por cinco dimensões: Causas, Tratamento, Duração, Controle/cura e Aspectos emocionais, sendo recomendado o desenvolvimento de estratégias de intervenção diferente para a promoção de cada uma. A doença oncológica é uma patologia com forte impacto emocional, baixo controle pessoal e percepção de cronicidade, o que pode mobilizar estratégias de enfrentamento passivas e desfavorecer o engajamento do paciente(2). Os estudos demonstram, entretanto, que informações específicas e adequadas às necessidades, habilidades, valores, percepções de doenças e emoções, ou seja, o cuidado centrado no paciente favorece a adesão e engajamento do paciente e seus familiares(3).

O objetivo do trabalho foi verificar a percepção de doença do paciente oncológico internado, bem como as dimensões mais afetadas, para traçar estratégias de intervenção que favoreçam o engajamento do paciente, desfechos positivos em saúde e melhorar a experiência do paciente.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado por meio de dados de prontuário de pacientes oncológicos internados de Set à Nov/2018, que dentro da rotina de cuidado preenchem o Questionário Breve de Percepção de Doença (B-IPQ), um questionário autoaplicável composto por 07 questões quantitativas e 02 questões abertas, cujo ponto de corte é ≥33.

Os pacientes ≥ 18 anos, cientes do diagnóstico e que aceitaram preencher o instrumento são incluídos na rotina de preenchimento do questionário.

O B-IPQ é disponibilizado pela Enfermeira da UI e os dados são recolhidos e tabulados no REDCAp, passando por análise estatística descritiva para a organização e sumarização.

Durante as reuniões multidisciplinares, os resultados são discutidos e as ações de cuidado definidas.

RESULTADOS

A Tabela 1. apresenta os dados dos pacientes incluídos e excluídos do levantamento.

		Incluídos (N=36)	Não Incluídos (N=18)
Sexo			
	Masculino	52,8% (N=19)	61,2% (N=11)
Estado Civil			
	Casados	80,5% (N=29)	72,2% (N=13)
Idade			
	Média	62,11 (DP= 14,14)	66,83 (DP= 19,42)
Internações			
	Clínicas	91,7% (N=33)	77,7% (N=14)
Escolaridade			
	Ensino Superior	65,2% (N=15)	72,7% (N=7)
Tempo de internação			
	Média	9,48 (DP=7,71)	
Tempo de participação			
	Média	5,10 (DP=3,20)	

Tabela 1. Dados demográficos dos Pacientes Incluídos e Não Incluídos no Levantamento Preliminar

A pontuação média do B-IPQ foi de 36,2 (DP=±1,25), com 66,7% apresentando pontuação ≥33 pontos. Os participantes referem alto impacto do adoecimento (64%) e extrema confiança com os tratamentos (58,3%). As crenças dos pacientes no controle da sua doença por tratamento médico são mais fortes (64%) do que de controle pessoal (17,1%). Sobre o impacto emocional, 42,8% declaram-se fortemente afetados (11,4% extremamente impactados). A maioria (61,1%) dos pacientes relatou a percepção da doença como crônica. A causalidade foi pontuada como adequada em 42,9% das respostas.

Dessa forma, as dimensões que mais demandaram ações da equipe multiprofissional estão apresentadas na Figura 1.

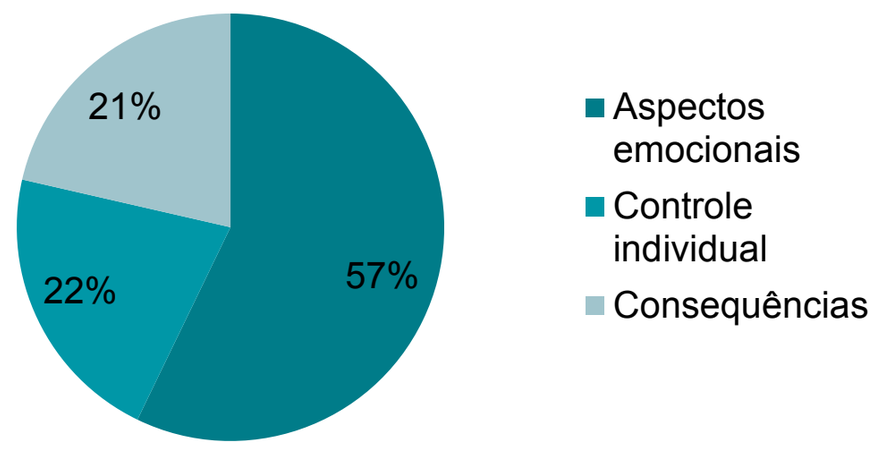


Figura 1. Dimensões da Percepção de Doença que mais demandaram intervenções da equipe multiprofissional.

As ações implementadas pela equipe multiprofissional foram divididas em três categorias: ações educativas, que visavam a orientação do paciente sobre sua condição clínica e sobre o tratamento proposto; intervenções da equipe multiprofissional, acionando os profissionais da equipe de acordo com a demanda identificada (por exemplo, acompanhamento psicológico, fisioterapia motora/respiratória, orientação nutricional) e meta de cuidado compartilhada com o paciente. A Figura 2. ilustra a porcentagem de utilização de cada ação.

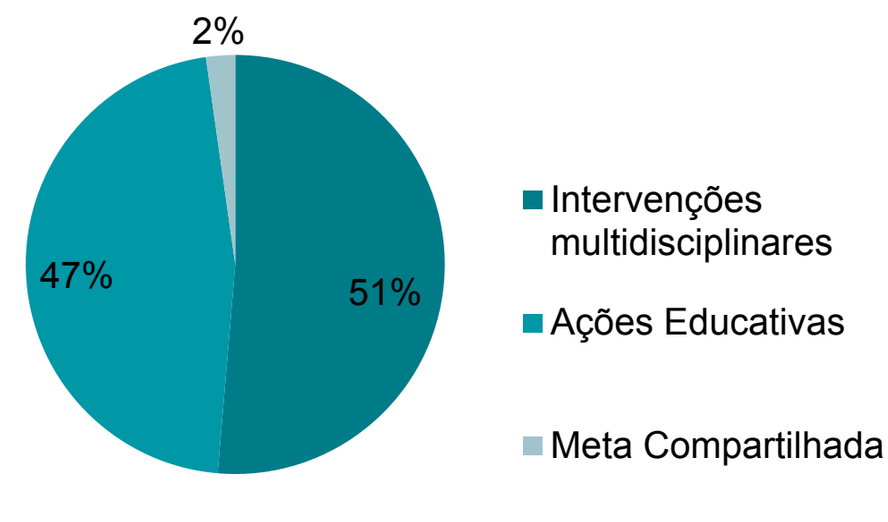


Figura 2.Ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

CONCLUSÕES

O trabalho evidencia o alto impacto emocional, o baixo controle pessoal, a compreensão inadequada da causalidade e a percepção de cronicidade da doença vivenciados pelos pacientes internados com diagnóstico oncológico. Os dados coletados e as intervenções voltadas às deficiências identificadas promovem a melhoria da experiência do paciente durante a hospitalização.

Próximos passos incluem avaliação da percepção de doença ao longo do tratamento, sua relação com desfechos clínicos e as intervenções a serem desenvolvidas em nível ambulatorial como estratégias de geração de valor em saúde, além do envolvimento da equipe para compartilhar metas com os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Altenhofen V, Lima NB, Castro EK. Percepção da doença em pacientes cardíacos: uma revisão sistemática. Est. Inter. Psicol. 2016 7(2): 45-63. 2. Brown, S. M. et al. Defining patient and family engagement in the Intensive Care Unit. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2015; 191(3) 358-360. 3 Hopman P. Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. (wileyonlinelibrary.com) 2015.

VOLTAR

Tema : Adesão a profilaxia estendida de tromboembolismo venoso nos pacientes de alto risco cirúrgico

Hospital e Maternidade São Mateus

Autores: Veridiana Galetti de Rezende

Objetivo do projeto

Demonstrar a adesão a profilaxia estendida dos pacientes submetidos a cirurgias de alto risco na instituição.

Situação-problema

A Tromboembolia Venosa (TEV), que inclui tanto trombose venosa profunda (TVP) como sua complicação mais grave, a embolia pulmonar (TEP) está presente em cerca de 1/3 dos pacientes internados e contribui como causa de morte em até 10% deles. Apesar da Magnitude o diagnóstico de TEV ainda é pouco pensado antes do Óbito e isto contribui para as baixas taxas de profilaxia identificadas mesmos com estudos mais recentes pois existe receio em prescrever anticoagulante no pré cirúrgico e pós cirúrgico imediato devido ao risco de sangramento característico dos medicamentos e discrasias sanguíneas oriundas dos procedimentos.

Prática implantada

Foi implantado o protocolo de tromboembolismo venoso para que todo paciente internado seja avaliado e uma vez detectado o risco de TEV receba a profilaxia farmacológica por 6 a 14 dias exceto se apresentarem contraindicação. Os pacientes ortopédicos e que realizaram artroplastias de joelho e quadril representam o grupo de pacientes cirúrgicos com maior risco de trombose que se estende muito além do período da internação. Nestes casos a profilaxia estendida traz benefícios evidentes.

Os pacientes internados têm o risco classificado quanto ao tev em algoritmo especifico que são diferentes para clínicos e cirúrgicos. Pacientes clínicos tem a idade e a mobilidade reduzida identificadas e os pacientes cirúrgicos o porte do procedimento. Pacientes de cirurgias de alto risco tem que beneficiar da profilaxia ineditamente se não tiver contraindicação. Pacientes cirúrgicos classificados como moderado e baixo risco tem a idade e outros fatores de riscos adicionais levados em consideração como abortamento recorrente acidente vascular cerebral, anticoncepcional hormonal, câncer, cateter venoso central, doença Inflamatória Intestinal, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença hematológica ativa, idade maior que 55 anos, insuficiência aguda do miocárdio, infecção, insuficiência arterial periférica, insuficiente cardíaca classe funcional III ou IV, insuficiência respiratória, internação em unidade de terapia intensiva, obesidade, paresia ou paralisia de membros inferiores, puerpério (até 4 semanas), quimioterapia, reposição hormonal, síndrome nefrótica, tabagismo, TEV prévio, trombofilias (antecedentes familiares de trombose), varizes/ insuficiência venosa periférica. Pacientes que apresentarem hipersensilidades a heparinas, plaquetopenia induzida a heparina, sangramento ativo, cirurgia intracraniana recente, coleta de líquor nas últimas 24 horas, diátese hemorrágica (alteração de plaquetas e coagulograma, hipertensão arterial não controlada, insuficiência renal (clearance menor que 30ml/min) tem contraindicação a profilaxia medicamentosa e pacientes com fratura exposta, infecção de membros inferiores, insuficiência arterial periférica de membros inferiores, insuficiência cardíaca grave, ulcera de membros inferiores tem contra indicação de profilaxia mecânica.

Os pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos de alto risco são identificados e acompanhados pela farmácia clinica durante toda a internação até a alta hospitalar. Tem a avaliação do risco quanto ao risco de tev nas primeiras vinte e quatro horas de internação pela enfermagem e as reavaliações de quarenta e oito e quarenta e oito horas pela farmácia clínica enquanto estiver internado. É realizado orientações ao paciente quanto ao protocolo, a importância da profilaxia no seu tratamento, os riscos que a não adesão pode causar e se possuir sintomas característicos de eventos dos medicamentos como sangramento entrar em contato com o seu médico imediatamente. Na alta é feito orientações novamente ao paciente quanto a aplicação e uso dos medicamentos prescritos para fazer uso em casa com segurança e efetividade pelo farmacêutico. Após três dias de alta hospitalar a farmácia clinica realiza a busca fonada a este paciente para verificação da adesão a profilaxia estendida conforme prescrição médica. Realiza perguntas diretas para verificar se o medicamento foi adquirido, orienta sobre a importância de realiza o tratamento até o final e se está apresentando eventos adversos. No último dia do tratamento a farmácia clínica retorna à ligação para verificação da adesão total. Em casos de identificação de não adesão a profilaxia e eventos adversos a farmácia clinica entra em contato com os médicos assistentes.

Resultados obtidos

No primeiro semestre de 2019 tivemos uma média mensal de 4% de pacientes classificados alto risco que se submeteram a cirurgias de alto risco que representam 53 pacientes.

A análise qualitativa foi realizada à que os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de alto risco fossem identificados. Os resultados demonstram que 5 pacientes dos pacientes não foram acompanhados pela farmácia clinica durante a internação por causa do tourover da equipe que nos finais de semana não possuía farmacêutico na instituição. 3 dos pacientes não tiveram a avaliação nas primeiras 24 horas de internação, 2 pacientes não tiveram a reavaliação do risco após 48 horas da primeira avaliação, 1 paciente não teve adesão ao protocolo durante a internação com prescrição de profilaxia e todos os pacientes receberam alta farmacêutica e tiveram a prescrição da profilaxia estendida para a casa. Todos receberam a ligação dos farmacêuticos e fizeram compra e usaram a medicação pelos dias de tratamento prescrito.

Conclusão

Com o acompanhamento dos pacientes submetidos a cirurgias com alto risco de tev pela farmácia clínica, realizando as orientações necessárias para os pacientes e equipe multidisciplinar quando ao uso racional do anticoagulante, forma de aplicação e possíveis eventos adversos verificou-se que houve adesão a profilaxia estendida em 100% dos casos. Durante a internação mesmo a enfermagem não conseguindo aplicar o algoritmo nas primeiras 24 horas e o médico não prescrevendo a medicação de imediato, a adesão ao protocolo de TEV tem aumentado com a participação do paciente no cuidado com questionamento se está sendo prevenido quanto ao risco de tev por causa da complexidade da cirurgia em que foi submetido. O paciente tem abordado o médico por ter este conhecimento fornecido pelo serviço de farmácia clínica. O acompanhamento das reinternações em até 30 dias tem auxiliado no resultado da adesão a profilaxia estendida que no semestre foi de zero reinternações.

Sobre a instituição

Fundado em 1981, O Hospital São Mateus, acumula experiências e consolida-se como instituição voltada ao atendimento humanizado, com responsabilidade e dedicação ao cliente, e colaboradores. A instituição é reconhecida por seus padrões de segurança e credibilidade, conquistando Acreditação Plena em 2018, ACSA internacional em 2019. Sua estrutura está constituída por 163 Leitos, 8 salas cirúrgicas (10 mil cirurgias ano), e Centro de Oncologia moderno

▲
VOLTAR

Net Promoter Score: Experiência de um Hospital de Excelência em Cirurgia Bariátrica

Murilo Henrique de Freitas de Andrade , Vanessa Burdzinski, Aline da Silva Paula, Marta Fragoso.

INTRODUÇÃO

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2000), a obesidade é definida como acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal em forma de tecido adiposo, podendo gerar danos a saúde. Buscando formas eficazes de cuidado ao paciente elegível a cirurgia bariátrica, as instituições de saúde estão procurando novos métodos de mensurar a satisfação do cliente e com isso implantar melhorias a fim de proporcionar uma melhor experiência ao paciente.

OBJETIVO: Mensurar o grau de lealdade do paciente através do *Net Promoter Score* (NPS).

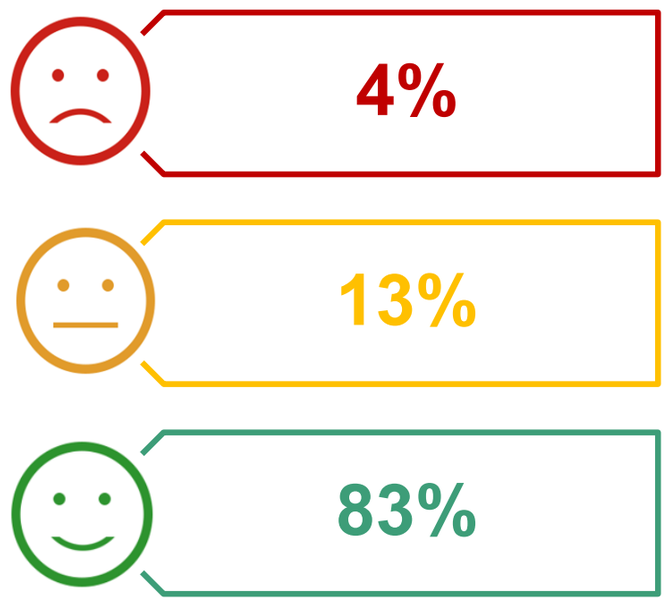
METODOLOGIA

Após o processo de certificação de excelência em cirurgia bariátrica pela *Surgical Review Corporation* (SRC), a instituição adotou como método de busca ativa, o contato telefônico realizado no 7° dia de alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. A busca fonada é realizada por profissionais capacitados e tem como pergunta norteadora do NPS: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria nosso hospital a um amigo?”. Além disso, este é o momento onde o paciente é questionado sobre a sua recuperação através de um roteiro predeterminado contendo perguntas sobre febre, dor na panturrilha, falta de ar ou tosse, dor abdominal e adesão ao anticoagulante. No caso de respostas com sintomas afirmativos, o paciente é orientado a procurar o seu médico o mais breve possível. No fechamento mensal destes dados, notas de 0 a 6 são considerados detratores, 7 e 8 neutros e 9 e 10 promotores (Quadro 1). A fórmula utilizada para determinar o Índice do NPS é calculada através da porcentagem de promotores menos a porcentagem de detratores.

Quadro 1: Classificação da Nota do Cliente

RESULTADOS

No período de Janeiro a Dezembro de 2018 a instituição, através do contato telefônico, ouviu as notas de 128 pacientes em pós operatório imediato de cirurgia bariátrica (Quadro 2). Com isso, conseguimos atingir um NPS de 79 (Imagem 1), o que indica “**Zona de Excelência**”, podendo afirmar que muitos pacientes são leais, entusiastas e falam bem da organização como um todo. Além disso, no momento deste contato, fio possível receber *feedback* construtivos e implantar melhorias em todo o processo do cuidado.



Quadro 2: Percentual de Detratores, Neutros e Promotores.

Imagem 1: Classificação Institucional segundo NPS.

CONCLUSÕES

Este método permitiu uma maior aproximação da instituição com o paciente, sendo um momento onde as suas queixas e elogios são acolhidos e orientações relacionadas ao seu cuidado são reforçadas. Todavia, vale ressaltar que, apesar do NPS demonstrar excelência no atendimento prestado, sempre é possível implantar melhorias com foco na experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

RICCO, Rodrigo; DUARTE, Tomás. Net Promoter Score: A ferramenta de ouro para satisfação de clientes.
RICCO, Rodrigo; DUARTE, Tomás. Manual Rápido do NPS: gestão de feedback do cliente.
ZILBERSTEIN, Bruno; PAJECKI, Denis; JACOB, Carlos Eduardo; Cirurgia da Obesidade; Cirurgia da Obesidade, São Paulo, Capítulo 46, 1 à 17, 23/07/2007.

VOLTAR

A UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DESIGN THINKING PARA MELHORIA DO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE

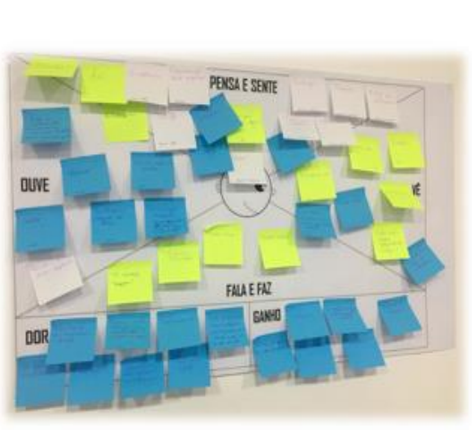
Ana Paula Faustino Gilio, Vanessa Lanes Morais, Roberta Borges Lemes, Alessandra Barban

INTRODUÇÃO

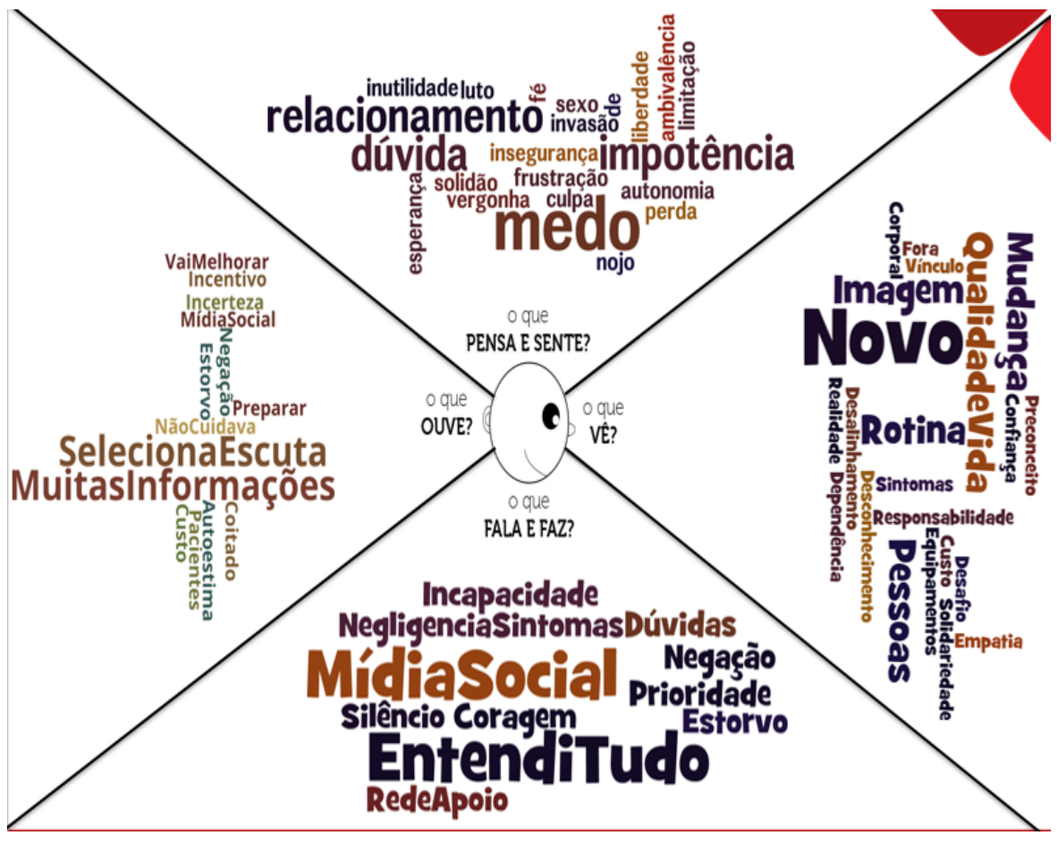
São necessárias inovações que não apenas melhorem os resultados passados, mas que preparem a instituição para o futuro. Na saúde há uma tendência de mudança com foco no paciente, redução de custos e geração de valor baseada na experiência do paciente. A Alta compreende o final da internação e a transição para o domicílio. Alguns estudos citam a reinternação por despreparo dos cuidados a serem realizados em casa.

METODOLOGIA

"Design Thinking (DT) é uma disciplina que usa a sensibilidade e os métodos do designer para suprir as necessidades das pessoas com o que é tecnologicamente factível. E recorre ao que uma estratégia de negócio viável pode converter em valor para o cliente" (MARTIN, 2004). Etapas do método: Empatia, Definição, Idealização, Protótipo e Teste.



Início do Projeto de alta, onde foi utilizada a equipe multiprofissional como instrumento de percepção das necessidades dos pacientes e seus familiares.

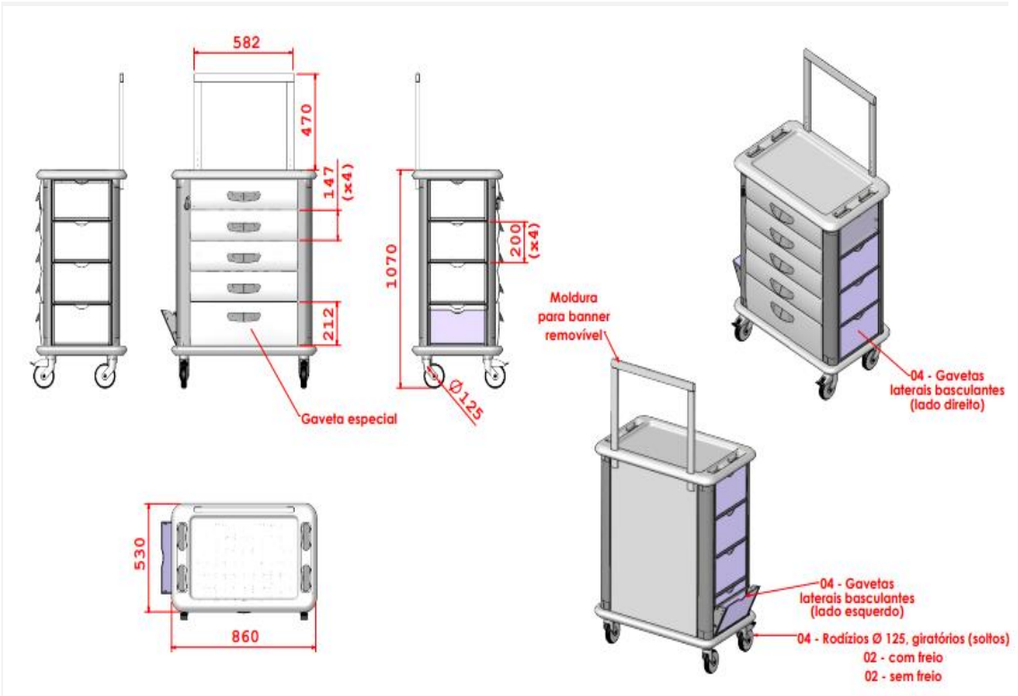


Design Thinking – Modelo de ferramenta utilizada para uma perspectiva de empatia máxima.

RESULTADOS

Na primeira etapa aplicamos o "Mapa de Empatia" com as personas: paciente com sequelas por AVE, com câncer e com colostomia. Os sentimentos e experiências do paciente/família foram: impotência, dúvida, medo, negação, variedade de informações, mudança na rotina e na qualidade de vida. Desafios: frustração, dificuldade de entendimento, metodologia de ensino, não adesão ao tratamento e comunicação. Ganhos do projeto: Transparência, Autonomia, Qualidade de Vida, Experiência, Confiança, Segurança, Corresponsabilidade (Equipe/Paciente), Acionamento Precoce da Equipe, fortalecimento da Rede de Apoio, Individualização, Aprendizado e Continuidade do Cuidado. Na etapa Idealização foram projetadas as mudanças: 1. Divisão do processo de ensino aprendizagem na apresentação do dispositivo, realização dos cuidados pelo profissional e manipulação pelo paciente. 2. Um "carro" móvel contendo dispositivos para apresentação ao paciente. 3. Um fichário personalizado para documentos, orientação de cuidados, agendamento pós alta e sinais e sintomas de retorno ao hospital. Estamos em fase de prototipagem e o teste será realizado nas unidades de oncologia, neurologia e geriatria.

Fichário personalizado contendo as principais frentes trabalhadas no processo de alta segura do paciente.



Carro de alta móvel contendo dispositivos para apresentação ao paciente.

CONCLUSÕES

O DT foi ideal para remodelar o processo de alta, pois teve como base a perspectiva do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Martin R. Design de Negócios: por que o Design Thinking se tornará a próxima vantagem competitiva dos negócios e como se beneficiar disso. 7. Ed. Rio de Janeiro. Alta Books Editora. 2017.
2. Osterwalder A. Business Model Generation – Inovação em Modelos de Negócios: um manual para visionários, inovadores e revolucionários. 9. Ed. Rio de Janeiro. Alta Books. 2011.
3. Rigon et al. Plano de Alta como Estratégia para Comunicação Efetiva na Internação Hospitalar. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Vol.7, n.1, pp.30-34. 2014.

VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DE UM COMITÊ DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ EM PARCERIA COM O PROGRAMA DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE DO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Lene Meneses de Araújo Silva, Marcelo Alves Alvarenga, Railda Alves da Silva Carone, William Roberto Pereira

INTRODUÇÃO

O conceito de Experiência do Paciente vem sendo amplamente utilizado pelas Instituições de Saúde que buscam excelência no cuidado ao paciente. Um estudo publicado em 2018 pelo Instituto Beryl, uma comunidade global voltada à disseminação da capacidade de elevar a experiência humana na área da saúde, sugere um *Framework* com oito pilares estratégicos para a estruturação e manutenção dos Programas de Experiência do Paciente, sendo "Comitês Estratégicos de Experiência do Paciente" considerados uma boa prática para a estruturação e potencialização das ações do Programa. O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês é uma organização social que faz a gestão de equipamentos públicos de saúde, dentre eles o Hospital Geral do Grajaú (HGG), um hospital público, referência em urgência e emergência, que atende à população do extremo Sul da cidade de São Paulo. O HGG dispõe de um Grupo de Trabalho em Humanização e, em parceria com o Programa de Experiência do Paciente do Hospital Sírio-Libanês (HSL), assumiu a implantação de um Comitê de Experiência do Paciente como estratégia para potencializar as ações de Humanização e Cuidado Centrado na Pessoa. A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) converge com o Instituto Beryl no que diz respeito a manter o paciente no centro do cuidado, justificando o alinhamento dos conceitos do Beryl com as ações de humanização já existentes no HGG.

METODOLOGIA

Foi utilizada a ferramenta matriz de esforço e impacto, nos possibilitando otimizar o tempo e evidenciando a implantação do Comitê como atividade prioritária para potencializar as ações de Humanização e Cuidado Centrado na Pessoa no HGG. A metodologia 5W2H também foi utilizada para mapear os objetivos e descrever as ações do projeto, conforme priorização. De modo colaborativo, os times do HGG e HSL criaram um questionário para avaliar a percepção dos membros do Comitê sobre a implantação do mesmo.

RESULTADOS

Os produtos do processo de implantação do Comitê foram a criação do regimento interno, do cronograma anual de atividades e do modelo e formato das reuniões, de modo colaborativo entre os membros do Comitê. Os resultados do questionário de avaliação da percepção dos membros revelaram que a implantação do Comitê é essencial para o desenvolvimento e acompanhamento das estratégias e projetos, bem como contribuirá para o alinhamento e a disseminação dos conceitos de Humanização, Cuidado Centrado no Paciente e Experiência do Paciente na instituição. 85% dos membros reconhecem que o Comitê contribuirá para o amadurecimento da Cultura de Humanização; e 57% concordam que essa implantação contribuirá com as ações de integração e matricialidade com o Programa de Experiência do Paciente do Hospital Sírio-Libanês. Dentre os respondentes, 85% acreditam que o cronograma e a periodicidade mensal das reuniões do Comitê de Experiência do Paciente no HGG serão importantes para garantir a eficiência nas ações e projetos de Humanização e Cuidado Centrado no Paciente na instituição.

CONCLUSÕES

A parceria e a matricialidade com o Programa de Experiência do Paciente do Hospital Sírio-Libanês agregou no processo de implantação do Comitê Estratégico de Experiência do Paciente no Hospital Geral do Grajaú. A percepção dos integrantes do Comitê se mostrou positiva em relação ao processo de implantação. A implantação do Comitê foi o primeiro passo para a ressignificação e disseminação dos conceitos de Humanização, alinhados aos conceitos de Cuidado Centrado na Pessoa e Experiência do Paciente na instituição. Portanto, é recomendada a continuidade das ações mapeadas na ferramenta de esforço e impacto no decorrer do tempo, com o intuito de fortalecer todos os pilares do *framework* proposto pelo Instituto Beryl, corroborando com as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS, mantendo o paciente no centro do cuidado.

REFERÊNCIAS

Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês. Atualizado em Junho de 2019. Disponível em: http://www.irssl.org.br/

Hospital Geral do Grajaú -Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês. Disponível em: http://www.irssl.org.br/unidades_servicos/pagina.php?cod=12&alias=

Conselho Nacional de Saúde – "Efetivando o Controle Social": Lei 8.080 de 19/09/1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

Jason AW, Victoria N, Dianne M. Defining Patient Experience. Patient Experience Journal, Volume 1, Issue 1 - April 2014.

Hospital Sírio-Libanês: Responsabilidade Social. Disponível em: https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/responsabilidade-social/instituto-de-responsabilidade-social/Paginas/instituto-de-responsabilidade-social.aspx

Jason AW. Introducing a Framework for Experience in Healthcare. Updated: Wednesday, August 22, 2018. Disponível em: https://www.theberylinstitute.org/blogpost/593434/308047/Introducing-a-Framework-for-Experience-in-Healthcare

Jason AW. Structuring Patient Experience: Revealing Opportunities for the Future.The Beryl Institute, 2017.

Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis. Disponível em: https://www.redesocialdecidades.org.br/

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/

VOLTAR

PROJETO DIALOGANDO SOBRE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aparecida Cristina Pereira da Silva, Simone Aparecida Correia Gonçalves, Michele Aparecida dos Santos Chaves e Luciana Jamas dos Santos

INTRODUÇÃO

O trabalho de educação em saúde deve começar ainda quando o idoso encontra-se hospitalizado, justamente para que os familiares e cuidadores possam praticar um cuidado em domicílio de forma segura e efetiva[1].
Emergiu em um Hospital Geral Privado de São Paulo a necessidade de promover encontros para orientar os acompanhantes sobre a prevenção de riscos durante a internação, e cuidados pós alta para reduzir re internações.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência referente à elaboração do Projeto Dialogando Sobre Saúde em um Hospital Geral Privado de Grande Porte no Município de São Paulo.
O relato de experiência é uma pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

Equipe Transdisciplinar atuando nas orientações do Projeto Dialogando Sobre Saúde.

Palestra de Orientação aos acompanhantes e pacientes, com a temática “Prevenção de Queda”.

RESULTADOS

O intuito da Instituição objeto de estudo é aproximar os familiares da equipe transdisciplinar.
O passo que antecedeu a implementação do projeto foi à etapa de elaboração, que emergiu das necessidades percebidas pela equipe em relação às duvidas inerentes da prestação do cuidado do idoso hospitalizado.
A decisão do tema abordado provem do levantamento realizado previamente com os pacientes e acompanhantes, em seguida é efetivado o convite aos membros da equipe. Ocorre também o envolvimento do setor de marketing, para auxiliar nos materiais que serão utilizados no evento e para as divulgações necessárias.
Toda apresentação finaliza-se com abertura aos ouvintes a questionamentos.
Considera-se muito importante ampliar as ações educativas voltadas às questões do cuidado com o idoso, promovendo qualidade de vida a esta população que possui tantas especificidades.

Palestra de Orientação aos acompanhantes e pacientes, com a temática “Semana Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa”.

Palestra de Orientação aos acompanhantes e pacientes, com a temática “Prevenção de Broncoaspiração”.

CONCLUSÕES

Toda a equipe transdisciplinar pode contribuir positivamente nos encontros cuja intenção é aproximar os acompanhantes / cuidadores do processo de cuidar do idoso, objetivando torna-los ativos e participativos no processo saúde doença.
A prestação da assistência nos serviços de saúde evolui constantemente, mas os grandes desafios dos profissionais são realizar cuidados fundamentados em evidências científicas, produzindo novos conhecimentos a partir de experiências vividas no cotidiano da assistência.

REFERÊNCIAS

1. CHERNICHARO, I. M., FERREIRA, M.A. Sentido do Cuidado com Idoso Hospitalizado na Perspectiva dos Acompanhantes. Esc. Anna Nery. v. 19, n. 1, 2015.

VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DE MODELO ASSISTENCIAL DE ALTA ASSISTIDA AOS RECÉM NASCIDOS DE BAIXO RISCO

Danieli Mota Radu, Celita Fraporti, Fernanda Eyng Antonello, Ana Carolina Steinmetz Campos.

INTRODUÇÃO

Visando a garantia da humanização do cuidado e o atendimento das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o Hospital São Lucas da PUCRS tem trabalhado para oferecer uma alternativa que oportuniza a alta da mãe e do bebê 24h após o parto. A portaria 2.068/2016 do Ministério da Saúde no Art. 4º, descreve que a alta da mulher e do recém-nascido poderá ser realizada a partir de 24h de permanência no Alojamento Conjunto, com critérios específicos para a mãe e bebê.

Garantindo a segurança na transferência do binômio, fica vinculada à alta hospitalar uma consulta de acompanhamento no ambulatório de especialidades da instituição em até 72h da alta hospitalar. Esta iniciativa traz vantagens do ponto de vista médico, psicossocial e econômico, por reduzir o número de infecções hospitalares, satisfazer a vontade dos pais com menor tempo de internação e liberar mais rapidamente os leitos hospitalares.

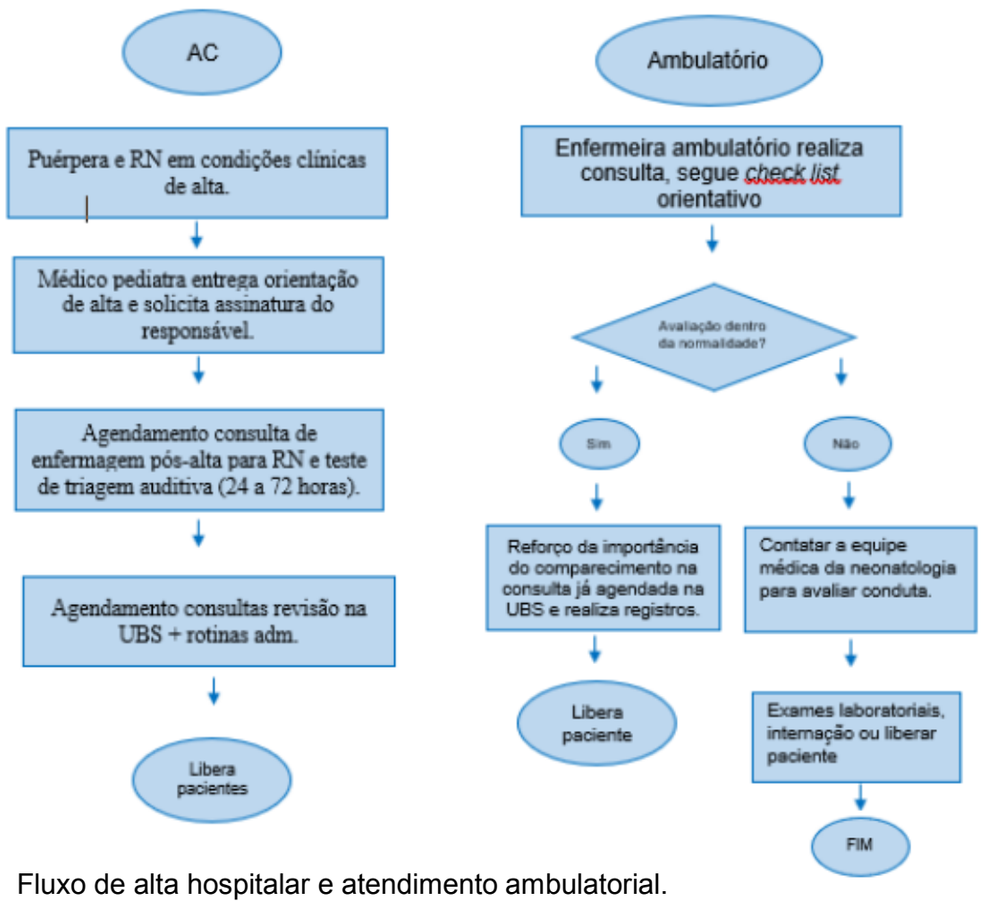
Os objetivos do projeto são proporcionar a alta hospitalar segura da mãe e bebê após 24h do nascimento, promover a redução dos riscos associados às internações hospitalares, conforto e bem-estar da mãe e do bebê e orientar e acolher individualmente após alta hospitalar.

METODOLOGIA

Para inclusão no protocolo os mesmos devem atender os critérios estabelecidos no Art. 4º da portaria nº 2.068/2016 do Ministério da Saúde. Dentre eles:

Critérios de inclusão da Puérpera

Critérios de inclusão do Recém-Nascido.
*AIG: Adequado para a idade gestacional
*BNI: Bilirrubina Não invasiva

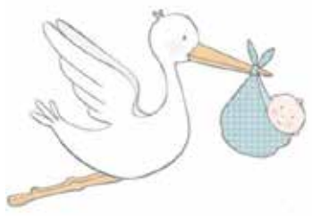


Fluxo de alta hospitalar e atendimento ambulatorial.

RESULTADOS

Resultados de novembro de 2018, até o mês de setembro de 2019:

154 crianças incluídas no programa.



Representam média de 8% dos nascimentos no período.

100% dos bebês acompanhados após a alta.

Apenas 04 reinternações.
Taxa de 2,6%.

CONCLUSÕES

Os números demonstram a segurança assistencial da iniciativa e a entrega de valor ao usuário e a comunidade. Esta entrega somente é possível mediante a ação integrada da equipe hospitalar através da:

- atuação da equipe multidisciplinar da maternidade durante a internação, garantindo a adequada compreensão das orientações de alta bem como da importância do retorno ao ambulatório.
- consulta de enfermagem ambulatorial possibilitando a continuidade do cuidado seguro.

O atendimento após a alta evidenciou a relevância do acolhimento materno por parte da família (pais, irmãos, marido, companheiros e amigos) para a saúde do recém-nascido e da mãe. Todo o processo de escuta, orientações e apoio tanto da rede de saúde como da família são essências para a segurança da puérpera e refletem diretamente na sua postura como mãe após o nascimento.

REFERÊNCIAS

Portaria MS-GM nº 2.068, de 21/10/2016 - Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto.

PORTARIA MS/GM N° 1016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993 - Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Longhurst CA, Turner SW, Burgos AE. Development of a Web-based decision support tool to increase use of neonatal hyperbilirubinemia guidelines.Journal of Quality and Patient Safety. May 2009.

▲
VOLTAR

DESFECHO CLÍNICO EM 3 HORAS PARA O PACIENTES NA SALA DE OBSERVAÇÃO

Raquel Carvalho Leite, Leandro Lanes Morais, Edivane da Silva Araújo, Mariana Gimenes de Araújo

INTRODUÇÃO

O gerenciamento da qualidade no serviço de saúde está integrado a um formato organizacional de busca por melhoria nos processos que auxiliem a equipe assistencial para melhor eficiência operacional, buscando resultados assertivos em um menor tempo possível e com melhor experiência ao paciente.

O Pronto Socorro é destinado ao tratamento de afecções agudas, desde o rastreio a partir da queixa inicial à definição do tratamento. O tempo "*porta observação - definição de conduta*", está vinculado a estrutura de um conjunto de processos.

O projeto teve como objetivo estabelecer ferramentas de suporte para melhorar o tempo "*porta observação/ definição de conduta*" para os pacientes no pronto socorro; melhorar o indicador de qualidade de definição de conduta em até 3 horas dos pacientes em observação no pronto socorro; estabelecer melhoria nos processos de qualidade assistencial, proporcionando a melhor experiência do paciente.

METODOLOGIA

Foi realizado um diagnóstico situacional em 2018 das dificuldades diárias e implantadas as seguintes ações para melhoria:

- Visitas multidisciplinares na sala de observação que apoiam o médico no raciocínio clínico;
- Definida uma equipe horizontal de emergencistas, a qual é alinhada à equipe de hospitalistas e intensivistas do mesmo hospital;
- Criação de rotina de interconsultas com especialistas;
- Criado um quadro de gestão de tempos na sala de observação com número leito, iniciais do nome, horário de entrada, pendências e definição de conduta;
- Análise do processo entre PSA e SADT através da metodologia Lean
- Livro de controle atualizado diariamente.

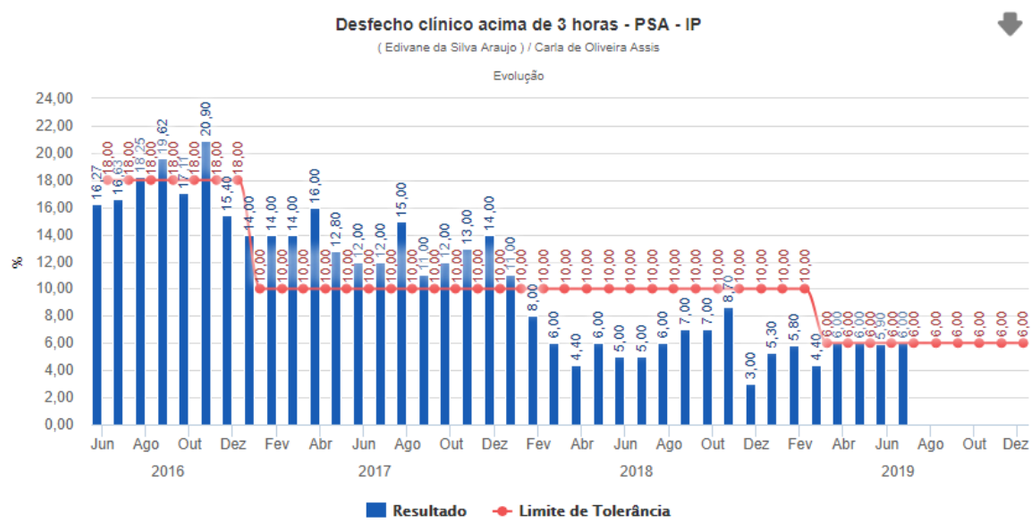
QUADRO DE COMUNICAÇÃO

LEITO	INICIAIS	ENTRADA	CONDUTA	PENDÊNCIAS
1	T. N.	19:15	22:15	Internação
2				
3				
4	A.P.	18:10	21:10	Cirúrgia
5				
6				
7	I.F.C.	21:15		
8				
9				
10				
11				
12				

Legenda: Quadro de Comunicação da Sala de Observação para acompanhamento em tempo eal dos pacientes.

RESULTADOS

Mensuramos o indicador de "desfecho clinico em 3 horas nos pacientes admitidos na sala de observação do PS entre os anos de 2016 e 2019 e identificamos uma expressiva melhoria nos indicadores: Em 2016 o percentual de pacientes com conduta em até 03h na sala de observação foi de 83,5%; 2017 86,7%; 2018 93,50 e 2019 94,5%.



Legenda: Indicador do percentual de pacientes que excederam o tempo de conduta em até 03 horas.

GESTÃO DIÁRIA
OBSERVAÇÃO

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
TOTAL	14/10 21	15/10 20	16/10 19	17/10 20	18/10 22	19/10 18	20/10 20
>3H	0	0	3	3	0	1	2
SEMANA 01				91%			
SEMANA 02				96%			
SEMANA 03							
SEMANA 04							

Meta
Janeiro: 92,2
Fevevereiro: 96,4
Março: 95,5
Abril: 93,2
Maio: 93,2
Junho: 94,5
Julho: 94,4
Agosto: 94,2
Setembro: 94,7
Outubro:
Novembro:
Dezembro:

Legenda: Quadro de Gestão Diária alimentado manualmente pela Equipe de Atendimento do Pronto Socorro (Emergenciastas e Equipe de Enfermagem..

A utilização dos quadros de comunicação e gestão diária tornaram-se inerentes ao processo de atendimento ao paciente no Pronto Socorro.

Atualmente também acompanhamos os tempos de conduta e desfecho dos pacientes fora da Sala de Observação (Classificação verde e amarela) e a metologia Lean para análise de interação com as outras área tem sido de grande apoio.

CONCLUSÕES

Torna-se cada vez mais clara a necessidade de revisão dos processos com foco na redução de desperdícios, assistência de qualidade, baixo custo e com atividades que agregue valor ao usuário e melhorem a experiência do paciente. Foram implantadas ações com base no diagnóstico de um processo pela perspectiva do paciente e objetivo de garantir a tomada de decisão no menor tempo e com melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Lean Institute Brasil. Livro Além dos Heróis: Um Sistema de Gestão Lean para a Área de Saúde. 2015. 236p.
2. Ferro, Mara. Sistema Lean na reorganização de Pronto Socorro hospitalar. 2009. https://www.lean.org.br/artigos/119/sistema-lean-na-reorganizacao-de-pronto-socorro-hospitalar.aspx

VOLTAR

Comitê de Ética Clínica como propulsor da entrega de valor

Eduarda Carvalho / Leila Brito / Sydney Agareno

INTRODUÇÃO

Considerando as diversas questões de bioética presentes no dia a dia dos profissionais de saúde, assim como a necessidade destes tomarem decisões relacionadas a dilemas de ordem moral, o Hospital Santo Amaro, comprometido em fornecer cuidado baseado em valor, estruturou o Comitê de Ética Clínica. A iniciativa tem como objetivos principais: incentivar a formação dos profissionais de saúde em bioética, subsidiar a equipe assistencial nas decisões relacionadas a dilemas éticos e prestar cuidado baseado em valor.

METODOLOGIA

O Comitê de Ética Clínica é composto por uma equipe interdisciplinar de todos os níveis da instituição (estratégico, tático e operacional), com atuação centrada em três pilares: **Educação em Ética, Auditoria Clínica e Consultoria em Ética.**

Educação em Ética: consiste em programa de treinamento e desenvolvimento voltado à bioética, com aplicação de métodos participativos (*in loco*, oficinas e auditório), que fazem correlação com dilemas ocorridos na instituição.

Auditoria Clínica: ferramenta aplicável para identificação proativa ou retrospectiva de dilemas éticos ocorridos na instituição, destinada a promover a análise e reporte e/ou padronização da decisão eticamente correta.

Consultoria em Ética: recurso disponível a qualquer profissional, durante todo o período de atuação, podendo, ao se deparar com dilema ético, reportá-lo via sistema ou por meio de contato fonado para tratativa embasada pela aplicação da ferramenta IDEA (**imagem 1**). A referida ferramenta apresenta 4 etapas (**I**dentificar os fatos, **D**eterminar os princípios éticos relevantes, **E**xplorar as opções e **A**gir para tomada de decisão), e está alinhada aos valores institucionais, dos pacientes, princípios da bioética e legislação, sendo o produto a breve devolutiva ao profissional da decisão eticamente correta.

Imagem 1 - Fluxo de tomada de decisão em dilemas éticos - Ferramenta IDEA – Adotada em *Toronto Central Community Care Access Centre*.

Imagem 2 - Registro de atendimento de casal transexual realizado após execução da decisão emitida pelo Comitê de Ética Clínica.

RESULTADOS

Foram reportados 10 dilemas éticos (de janeiro a agosto/2019), com decisões emitidas e avaliadas após sua efetivação. Destes, 60% foram relacionados à recusa do paciente ao tratamento, tendo, após a tratativa, reversão do inicial posicionamento. A exemplo de puérpera, adepta a religião que não permite a efetivação de hemotransfusão, em hemorragia pós-parto e consentimento para a realização, tendo como desfecho a alta hospitalar em 24 horas. Além destes, 30% foram relacionados a pacientes portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com recusa de reporte aos atuais companheiros. Alinhado aos princípios de beneficência e não maleficência, no caso, por proteção à vida de terceiros, o parecer do comitê foi favorável à comunicação, sendo viabilizada a possibilidade de compartilhamento da informação pela paciente e ofertado todo apoio psicológico. Os últimos 10% estão relacionados a casal transexual formado por pessoas de identidades sociais reconhecidas, no qual o homem da relação, por questões biológicas, ocupa a condição de gestante, e que formalizou à instituição o desejo de inserção na Declaração de Nascido Vivo de seu nome no campo de pai e o da sua respectiva esposa no de mãe. Foram ações relacionadas à valorização da autonomia do paciente executadas até a efetivação do parecer, respaldado juridicamente, favorável ao atendimento do pleito do cliente (**imagem 2**).

Imagem 3 - Registro efetivado na Pesquisa de Satisfação dos Clientes após atendimento e execução da decisão emitida pelo Comitê de Ética Clínica.

Imagem 4 - Indicadores gerenciados pelo Comitê de Ética Clínica.

CONCLUSÕES

O Comitê de Ética Clínica, alinhado aos princípios da bioética, aos valores institucionais, dos pacientes e à legislação, tem gerado grandes benefícios para os colaboradores, sociedade e, principalmente, aos seus pacientes, garantindo, dessa forma, bons resultados à sua experiência (**imagem 3**), desfechos clínicos favoráveis (**imagem 4**). Estes, gerenciados após aplicação da decisão eticamente correta, com avaliação pautada na condição clínica, no bem estar físico, psíquico e social, incrementando valor agregado ao atendimento prestado.

REFERÊNCIAS

• Beauchamp, Tom and Childress, James. 2001. Principles of Biomedical Ethics, 5th edition. Oxford University Press.
• Jonsen, Albert, Seigler, Mark, and Winslade, William. 2002. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 5th edition.
• McGraw - Hill, Inc. Kapiriri, L., Norheim, O. F., Martin, D. K. (2009). Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? Social Science & Medicine, 68, 766 - 773.
• Martin, D., Shulman, K., Santiago - Sorrell, P., & Singer, P. (2003). Priority-setting and hospital strategic planning: A qualitative study. Journal of Health Services Research & Policy, 8(4), 197201.
• Toronto Central Community Care Access Centre (2008). Community Ethics Toolkit.Disponível em: <http://www.jointcentreforbioethics.ca/partners/documents/cen_toolkit2008.pdf.> Acessado em 04 de Janeiro de 2010.

VOLTAR

A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ALIADA NO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA PARA A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Ariadne da Silva Fonseca, Ana Lygia Pires Melaragno, Karen Regina Amato Samos

INTRODUÇÃO

A Simulação Realística (SR) é um método de treinamento que amplifica experiências do mundo real de maneira interativa, planejada para ocorrer sem conhecimento prévio dos profissionais. A experiência do paciente é a somatória de todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio da continuidade do cuidado, é verificada em todas as interações do paciente no ambiente hospitalar. A melhoria contínua é a prática que visa atingir resultados cada vez melhores, sejam eles nos produtos e serviços da empresa, ou em seus processos internos.

METODOLOGIA

Relato de experiência do CSP em treinamento comportamental realizado em uma rede de hospitais privados de São Paulo.

Utilização de cenário comportamental para treinamento de *stakeholders*

Treinamento Comportamental da equipe pré-implantação do Projeto de cirurgia Robótica

RESULTADOS

O treinamento ocorreu no período de julho a agosto de 2019 para os *stakeholders* das áreas administrativas e assistenciais. A ação derivou da busca por melhores práticas no atendimento ao cliente com o objetivo de melhorar a experiência do paciente em sua jornada dentro da instituição. Para tal, o treinamento foi desenvolvido com intuito de sensibilizar os *stakeholders* envolvidos direta e indiretamente no atendimento ao cliente. Para tal sensibilização foi utilizada a SR como recurso, com o desenvolvimento de dois cenários que simulavam o atendimento de um paciente e seu acompanhante em leito de internação e o atendimento ao cliente na abordagem pré realização de exame. Para o desenvolvimento do cenário os *stakeholders* foram convidados a participar ativamente da ação como atores, desempenhando um papel dentro das suas áreas de atuação e como clientes da instituição. Após a realização dos cenários foi realizado debriefing onde discutimos a visão e a sensação dos atores, trazendo as experiências vivenciadas na prática diária das suas atuações profissionais e as relacionando aos valores da instituição. Participaram no total do treinamento 507 *stakeholders*.

Debriefing – técnica utilizada no processo de simulação realística.

CONCLUSÕES

A utilização da técnica de SR no treinamento comportamental, possibilitou maior sensibilização dos stakeholders envolvidos nos processos de atendimento ao cliente, permitindo uma visão mais ampla de seus papéis como agentes dentro destes processos.

REFERÊNCIAS

Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare. 2007;2(2):126–35.

Geis GL, Pio B, Pendergrass TL, Moyer MR, Patterson MD. Simulation to assess the safety of new healthcare teams and new facilities. Simul Healthc. 2011;6(3):125–33.

VOLTAR

Centro Médico Vocacionado
Projeto de Reestruturação de Atendimento Ambulatorial em Hospital Privado de Grande Porte

Mirna Nucci Dertadian Rocha Prado, Fernanda Carvalho Pinto Fontanezi, Alexandrer Aredes, Natália Diegues Borges

INTRODUÇÃO

O desafio de oferecer um tratamento ambulatorial diferenciado para a população da Zona Norte de São Paulo é constante. Neste contexto foi criado um projeto para reestruturação dos atendimentos ambulatoriais de um hospital privado, designando, em uma nova estrutura física, pavimentos vocacionados por linhas de cuidado previamente definidas.

METODOLOGIA

No Centro Médico de um Hospital da Zona Norte de São Paulo são realizados, em média, 18.000 atendimentos mensais, sendo 10.000 deles de especialidades clínicas. Com a estrutura atual o tempo de espera para a marcação de consultas ambulatoriais é elevado, sendo que para grande parte das especialidades clínicas ultrapassa os 10 dias, com algumas chegando a mais de 30 dias. A partir da ideia de proporcionar a melhor experiência aos nossos clientes, com mais opções de horários de marcação e diminuição do tempo de espera para as consultas, além de individualização do cuidado, houve a tomada de decisão da aquisição de um novo espaço físico para atendimento ambulatorial.

Estrutura Física:

- 37 Consultórios (06 com WC – GO e Uro);
- 10 Box de coleta;
- 03 Box de Imunologia/Vacinação;
- 03 box de aplicação (Reumato – acupuntura);
- 01 Ressonância;
- 01 Raio X;
- 01 Densitometria Óssea;
- 01 Mamografia;
- 02 Ultrassom c/ WC;
- 01 Tilt Test;
- 01 Eletroencefalograma;
- 02 Teste Ergométrico;
- 01 Ecocardiograma;
- 01 Métodos Gráficos com 02 maca (ECG, Holter e MAPA);
- 01 Ginásio de Fisioterapia Motora;
- 02 Box de Fisioterapia;
- 01 Tanque de Hidroterapia;

Estrutura do Centro de Especialidades Estratégicas

Estrutura Física do Novo Centro Médico

RESULTADOS

Cada médico referenciado para o centro apresentou proposta de estrutura e serviços à implantar. Foram realizadas reuniões de alinhamento e correlação entre os centros especializados. E finalmente a apresentação do projeto para o CEC (Conselho Executivo Consultivo) da Rede, com aprovação da aquisição de um novo espaço. O projeto foi baseado em uma estruturação da gestão de acesso das linhas estratégicas, basicamente: Saúde da Criança e do Adolescente; Centro de Promoção e Prevenção (G.O + Urologia), Centro de Reumatologia, Centro de Neurologia, Centro de Cardiologia, Centro de Reabilitação, Especialidades Diversas. Pensando em proporcionar a melhor experiência aos nossos clientes, ofereceremos pavimentos vocacionados por linha de cuidado, com acesso e acolhimento individualizados (incluindo recepções independentes).

Pavimento	Linha de Cuidado	Consultórios		Capacidade Operacional	
		Atual	Projeção	Atual	Projeção
3º Andar	Saúde da Criança e Adoleceste + Especialdades Diversas	2	7	960	2400
4º Andar	Centro de Prevenção e Promoção (G.O+URO)	3	7	2400	4600
5º Andar	Centro de Prevenção e Promoção + Centro Reumatologia	3	7	2400	4600
6º Andar	Centro de Neurologia	2	2	800	1000
7º Andar	Especialidades Diversas	4	9	3200	6200
8º Andar	Centro de Cardiologia	2	4	1440	1600
10º Andar	Centro de Reabilitação	0	1	0	400
	Total de Consultórios / Projeção de Consultas	16	37	11200	20800

Projeção mensal - Pavimentos vocacionados por linha de cuidado, com acesso e acolhimento individualizados (recepções independentes)

16 Consultórios Ativos
11.200 Consultas Médicas
Média Mensal de Coletas 2019: **1.990**
Média de Exames 2019: **30.459**
Faturamento Mensal: **R$ 487.443,17**
Ticket Médio: **R$ 16,01**

37 Consultórios
20.000 Consultas Médicas
Projeção Média de Coletas: **3.600**
Média de Exames Mensal: **54.000**
Faturamento Mensal: **R$ 864.175,82**

Projeção de exames baseada apenas no aumento de consultórios. Possível aumento de demanda com o incremento divulgação do serviço de laboratório.

CONCLUSÕES

Dentro do atual Mapa Estratégico Institucional (2018-2020), onde um dos processos se baseia em "Garantir o cuidado de excelência centrado no paciente ambulatorial", entendemos ser necessária a adequação de nossos espaços, processos e fluxos, com foco na melhor experiência que possa ser proporcionada aos nossos clientes. Com isso pretendemos fidelizar cada vez mais a população desta região da capital paulista.

REFERÊNCIAS

http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/fase2-291118-experiencia-da-gestante.pdf

https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf

VOLTAR

O IMPACTO DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS EM PACIENTES ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS EM CLÍNICAS DE RETAGUARDA E LONGA PERMANÊNCIA EM SÃO PAULO.

Sthefany de Cássia Magalhães Pereira, Jesiana Rita Candido de Brito Ribeiro, Silvana Pedicino, Mariana Oliveira de Assis Exel

INTRODUÇÃO

As transformações demográficas do último século, que apontam uma população cada vez mais envelhecida, evidenciam a importância de garantir não somente o prolongamento da vida, mas, também, maior qualidade neste aspecto (VECCHIA et al., 2005).

O conceito de qualidade de vida pode ser relacionado à autoestima e bem-estar, incluindo aspectos, como a capacidade funcional, estado emocional, condições socioeconômicas, socialização, suporte familiar, valores éticos e culturais, o ambiente em que está inserido, o estado de saúde propriamente dito, estilo de vida, entre outros (VECCHIA *et al.,* 2005).

Residentes de instituições de saúde normalmente tornam-se privados de seus projetos, não tem convivência em sociedade e estão afastados de sua família e de suas histórias de vida. Por isso, a permanência destes pacientes nas instituições podem gerar sentimentos de abandono e vulnerabilidade social, impactando no desempenho, inclusive, de atividades diárias básicas (ROCHA e RIBEIRO, 2011).

Adicionalmente, pensando na condição de saúde destes pacientes, onde a maioria possui doenças crônicas, além das alterações fisiológicas próprias da senescência, é esperado que essas alterações também possam diminuir a realização de tarefas básicas, com comprometimento da capacidade funcional (SILVA, SAMPAIO e SAMPAIO, 2017).

Deste modo, ações como o apoio psicológico, fisioterapia e a participação em atividades terapêuticas sob a forma de oficinas, poderiam minimizar estes efeitos prejudiciais (SILVA e FIGUEIREDO, 2012).

As oficinas terapêuticas têm o objetivo de promover a interação social e incentivo às funções biopsicossociais, facilitando a adaptação à novas situações vividas pelo paciente. Existem várias atividades que podem ser propostas dentro das oficinas, como dança, jogos, canto, artesanato e culinária (D'ORSI, XAVIER e RAMOS, 2011). No caso deste trabalho, optou-se, especialmente, pelas atividades de artesanato e culinária com degustação, com o objetivo de promover qualidade de vida aos pacientes institucionalizados, através da humanização, socialização e diminuição do ócio intrahospitalar e na busca, também, de melhores resultados assistenciais e promoção das habilidades cognitivas.

METODOLOGIA

Foram realizadas duas oficinas terapêuticas nas unidades de retaguarda e longa permanência de uma rede de instituições deste segmento, no município de São Paulo, com o tema remetendo a comemorações nacionais e tradicionais no Brasil.

Oficina A: Oficina Terapêutica de Páscoa, realizada em abril de 2019 e planejada sua execução em dois dias. - Dia 1: Produção de ovos de páscoa pelo setor de nutrição e confecção de embalagens para os ovos, realizado pelos pacientes, que eram auxiliados por familiares, cuidadores e técnicos de enfermagem. - Dia 2: Confecção de cartões de páscoa pelos pacientes, degustação dos ovos de páscoa e integração dos pacientes, familiares e equipe multiprofissional em espaço comum.

Oficina B: Oficina Terapêutica – "Arraiá Terapêutico". Realizada em junho de 2019. Foi planejada a execução desta oficina através de duas tarefas. - Tarefa 1: Confecção de materiais juninos para decoração do ambiente, realizados pelos cuidadores e familiares dos pacientes institucionalizados. -Tarefa 2: Degustação de comidas típicas juninas (curau de milho e quentão não- alcoólico) preparadas pelo setor de nutrição para os pacientes da instituição.

Ao fim de cada oficina era realizado um *feedback* com o próprio paciente (quando este em condições de resposta), com familiares, cuidadores e equipes de acompanhamento para avaliar a aceitação do paciente frente a atividade. Ainda, ocorreram registros fotográficos das oficinas para avaliar a postura dos pacientes, de maneira espontânea, enquanto participavam do evento.

RESULTADOS

No momento da realização das oficinas, houve clima empático, de comunicação, estimulação sensorial através dos alimentos preparados, colaboração mútua e diversão entre os envolvidos. Notou-se a participação efetiva dos pacientes, pois era dada autonomia para que realizassem as atividades da forma que acreditavam ser possível frente a sua realidade, além da integração dos familiares e cuidadores, importantes, do ponto de vista emocional. Para Rocha e Ribeiro (2011), o processo de hospitalização de idosos no contexto de clínicas de retaguarda e longa permanência necessita de atenção especial das equipes multiprofissionais de saúde, pois a percepção de sinais ou sentimentos deletérios dos idosos, aliado à medidas de ação para resolução destas questões, pode gerar impactos positivos na vida desses residentes, especialmente no âmbito da humanização, como foi o caso da promoção destas oficinas.

Em momentos como este, os pacientes institucionalizados são estimulados a exercerem sua autonomia, sua cidadania ao relacionar-se com o grupo, externalização de sentimentos por meio da atividade que está sendo realizada e uso da fala. Enquanto os trabalhos manuais poderiam auxiliar em maior capacidade funcional (D'ORSI, XAVIER e RAMOS, 2011), a adoção da culinária com degustação como um dos eixos estruturantes do projeto, poderia contribuir na valorização da dimensão cultural da alimentação, haja vista que o ato de comer é uma das condições de sobrevivência do indivíduo, mas, transcendendo este papel, a alimentação também pode proporcionar prazer e emoções e está inserida na hospitalidade quando envolve compartilhamento, sociabilidade e convívio (RODRIGUES et al., 2012).

Os resultados observados fazem emergir a importância das atividades manuais como forma de entretenimento e auxílio na funcionalidade. Santos e Pavão (2014) expõem os trabalhos manuais como importantes para expressão e criatividade, auxiliando na prevenção de depressão e doenças emocionais. Guedes, Mota e Almeida (2011) também apontam que estas atividades podem revelar a linguagem do idoso no contexto terapêutico através da expressão de suas potencialidades e organizando seu auto-relacionamento e com os demais.

De maneira geral, verificou-se que as oficinas terapêuticas realizadas resultaram em benefícios do ponto de vista da funcionalidade e superação de limitações.

Figura 1. Paciente institucionalizada confeccionando cartões de Páscoa durante a oficina terapêutica. Integração e trabalho cognitivo.

CONCLUSÕES

A oficina terapêutica trata-se de uma modalidade interventiva que pode proporcionar aos pacientes melhorias na qualidade de vida, com promoção da saúde e bem-estar, permitindo conectá-los com arte, lazer, emoções e estímulos sensoriais e gustativos, diminuindo os efeitos negativos da institucionalização e reduzindo o nível de ansiedade, tensão e estresse oriundos do processo de hospitalização.

Como foi verificado o impacto positivo aos pacientes institucionalizados durante estes trabalhos, novas oficinas serão propostas e, ainda, a ideia de difundir estas atividades entre instituições de longa permanência, em especial, através de estudos com mensurações de resultados.

REFERÊNCIAS

D´ORSI, E.; XAVIER, A.J.; RAMOS, L.R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo epidoso. **Revista de Saúde Pública,** v.45, n.4, p.685-692, 2011.

GUEDES, M.H.M.; MOTA, H.G.; ALMEIDA, M.E.F. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v.14, n.4, p.731-742, 2011.

ROCHA, M.D.M.; RIBEIRO, M.C.P. Projeto saúde do idoso institucionalizado atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde,** v.9, n. 1, p. 152 – 172, 2011.

RODRIGUES, M.R.S. et al. Os benefícios das oficinas terapêuticas na percepção do idoso institucionalizado. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, p.542-551, 2012.

SILVA, M.V.; FIGUEIREDO, M.L.F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Enfermagem em foco,** v.3, n.1, p.22-24, 2012.

SILVA, C.S., SAMPAIO, L.S., SAMPAIO, T.S.O. Capacidade funcional de idosos em instituição de longa permanência. **Id on Line Revista Multidisciplinar e Psicologia,** v.11, n. 38, 2017. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em 20 de agosto de 2019.

SANTOS, J.R.; PAVÃO, Y.M.P. **Empreendedorismo social: Estudos em uma instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).** IX EPCT – Encontro de Produção Científica e Tecnológica Campo Mourão. 2014. Disponível em: <http://www.fecilcam.br/nupem/anais_ix_epct/PDF/TRABALHOS-COMPLETO/Anais-CSA/21.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.3, p.246-252, 2005.

▲
VOLTAR

EFEITOS DE PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM BENEFICIÁRIOS IDOSOS DE OPERADORA DE SAÚDE

Dr. Roni Chain Mukamal, Pablo Dias Pompermayer, Giselli Moraes Patrocinio, Vanessa Lorencini, Flávio Silva Gomes, João Paulo Cardoso Marchesi

INTRODUÇÃO

A prevalência e a incidência de doenças crônicas na população têm aumentado progressivamente com o envelhecimento populacional. Sabemos que exercícios aeróbios e principalmente exercícios de fortalecimento muscular previnem problemas de saúde do idoso como a sarcopenia e a síndrome da fragilidade. A fragilidade é uma síndrome geriátrica, mais comum entre as mulheres, obesos e diabéticos, caracterizada por perda de peso, fraqueza, fadiga e baixa atividade física sendo a sarcopenia, uma das características desta síndrome. A sarcopenia é um marcador de risco para desfechos adversos em idosos como hospitalização e morte. O foco do tratamento da sarcopenia baseia-se na implementação de um programa de exercícios e melhora da ingestão proteica.

OBJETIVO

Melhorar a funcionalidade e desempenho físico dos beneficiários, através de um trabalho de equipe multidisciplinar incluindo médico, fisioterapeuta, nutricionista e profissional de educação física.

METODOLOGIA

Foram selecionados clientes acima de 60 anos com critérios de fragilidade e sarcopenia pelos instrumentos Frail e SarcF dentro de um ambulatório de geriatria de uma operadora de saúde e estes foram submetidos a um programa de 8 semanas de exercício físico. Foram avaliadas a força muscular e a velocidade de marcha antes e depois. Dos 127 indivíduos avaliados, 69 concluíram o programa. Os exercícios foram realizados em duas sessões semanais com duração de 1 hora e intervalo de um dia entre as aulas. Nas sessões foram realizados exercícios resistidos com faixas elásticas, exercícios aeróbios, treino de função e alongamento supervisionado por fisioterapeuta e profissional de educação física.

O Núcleo de Autonomia e Independência (NAI) possui um ambiente projetado com um percurso para a realização de diversas atividades físicas.

RESULTADOS

A avaliação dos resultados foi realizada a partir da tomada de dados pré e pós execução do programa de exercícios. As informações foram extraídas do teste de preensão palmar com utilização de dinamômetro e velocidade de marcha. Dos 69 idosos participantes, 63% apresentaram melhora na preensão palmar a direita com aumento de 8% da força e 59% dos beneficiários apresentaram melhora na força muscular a esquerda com aumento de 4% da força. Quanto a velocidade de marcha foi constatada aumento de 3 segundos que corresponde a 21% de melhora na desenvoltura.

Fisioterapeuta auxilia pacientes a realizar exercícios de fortalecimento da musculatura.

O molde de ônibus serve para que o idoso pratique ações do dia a dia, como andar de ônibus e subir escadas.

CONCLUSÕES

O programa mostrou-se eficaz na melhora do desempenho físico e na força muscular de idoso frágeis. Novas avaliações são necessárias para entender outros desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

Diz JBM, Queiroz BZ, Tavares LB, Pereira LSM. Prevalence of sarcopenia among the elderly: findings from broad cross-sectional studies in a range of countries. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Internet] 2015 [acesso em 2016 jun 10]; 18(3): 665-678.
Disponivel em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000300665&script=sci_arttext&tlng=pt
Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3):M146-M156.
Cruz-Jentoft JA, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, 4, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis [Internet] 2018 [acesso em 2016 jun 10]; 18: 16-31.
Disponivél em https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243
Woo J, Leung J, Morley JE. Validating the SARC-F: a suitable community screening tool for sarcopenia? [Internet]. 2014 [acesso acesso em 2016 jun 10]; 15: 630-634.
Disponivél em: https://www.fct.unesp.br/Home/Pesquisa/labsim/validating-the-sarc-f.pdf

VOLTAR

A percepção do paciente internado em relação à sua segurança: identificação do paciente

Rosangela Aparecida Sala Jeronimo, Dra. Ana Iochabel Soares Moretti

INTRODUÇÃO

Desde o século XIX, há registros sobre ações voltadas para a segurança do paciente. A publicação do relatório “To Err is Human” feita em 1999 pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América apresentou dados alarmantes a respeito da segurança na prestação de assistência à saúde. No Brasil, o professor Walter Mendes, da FIOCRUZ, foi pioneiro em 2008 ao encontrar incidência média de 8,3% de eventos adversos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Vários questionários são elaborados com o objetivo de mensurar, pelo ponto de vista do profissional, se a assistência prestada é de fato segura. Todavia, poucas são as evidências com relação à percepção e envolvimento dos pacientes e familiares nesse processo.

METODOLOGIA

O objetivo desse trabalho foi mensurar a percepção do paciente e das famílias com relação à sua segurança e aos esforços desprendidos pelas instituições. Foi elaborado um questionário com base na publicação dos 10 Passos para Segurança do Paciente (REBRAENSP/ Coren-SP, 2010), com ênfase nas ações de identificação correta do paciente. Apresentamos o resultado de um item específico do questionário, identificação do paciente. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo.

Identificação do Paciente	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) O hospital utiliza pulseiras para identificação em todos os paciente?			
2) Você foi orientado em relação ao motivo do uso da pulseira?			
3) Antes de prestar os cuidados os profissionais sempre conferem os dados do paciente?			
4) Sempre que a pulseira está danificada ela é trocada?			
Higienização das mãos	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) Antes da prestação de cuidados os profissionais sempre realizam a higienização das mãos?			
2)Após a prestação de cuidados, os profissionais sempre realizam a higienização das mãos?			
3) Você e seus familiares foram educados sobre a importância da higienização das mãos?			
4)Você foi orientado a cobrar a higienização das mãos dos profissionais?			
5) Tem álcool gel para higienização das mãos em seu quarto?			
Administração de medicamentos	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) Os profissionais sempre informam qual medicamento você irá receber?			
2) Antes da administração dos medicamentos os profissionais confirmam a sua identificação?			
3) Os profissionais sempre informam sobre a ação dos medicamentos antes de sua administração?			
4) Antes da administração de medicamentos os profissionais sempre informam sobre possíveis reações?			

QUAL O PROCEDIMENTO REALIZADO?

Cirurgia Segura	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1)Você foi informado sobre os riscos, benefícios e alternativas em relação à cirurgia?			
2) Você recebeu visita do anestesista antes da realização da cirurgia?			
3) Você foi informado sobre os riscos, benefícios e alternativas em relação à anestesia?			
4) Antes da cirurgia os profissionais confirmaram seus dados, cirurgia prevista e o local da cirurgia?			
Administração de Sangue e Hemocomponentes	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) Você foi orientado sobre os riscos e benefícios antes de receber sangue?			
2) Você foi informado sobre possíveis reações decorrente do recebimento de sangue?			
3)A sua identificação foi conferida antes da instalação do sangue?			
4) Você foi avaliado pelos profissionais durante a infusão de sangue?			
5) Você assinou a autorização para recebimento do sangue, antes de sua infusão?			
Prevenção de Quedas	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) O paciente está no grupo de risco para quedas?			
2) O paciente / familiares foram orientado sobre risco de quedas?			
3) Foi aplicada alguma medida específica para prevenção de quedas			
Uso de Tecnologia - Equipamentos	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) Você foi orientado sobre o motivo da utilização do equipamento?			
2) Você foi orientado sobre como fazer no caso de alarme do equipamento?			
3) Você foi orientado para não mexer no equipamento?			
Envolver o Paciente no Seu Cuidado	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) Você foi estimulado a participar das decisões sobre o seu tratamento?			
2) Você recebeu as informações necessárias para participar das decisões sobre o seu tratamento?			
Percepção Do Paciente Em Relação A Sua Segurança	SIM	NÃO	NÃO SEI AVALIAR
1) Você percebe a segurança dos pacientes como sendo responsabilidade de todos: pacientes / familiares e profissionais?			
2) Você recebe informações sobre como encaminhar as dúvidas e/ou queixas relacionadas à sua segurança?			
3) Você recebeu retorno apropriado sobre suas dúvidas e/ou queixas?			
4) Você se sente seguro em ser tratado nesse hospital?			

Dados pessoais

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Faixa etária do paciente: ☐ menor de 18 anos ☐ 18 a 29 anos ☐ 30 a 39anos ☐ 40 a 49 anos ☐ 50 a 59 anos ☐ 60 a 69 anos ☐ acima 70 anos

Escolaridade: ☐ ensino fundamental incompleto ☐ ensino fundamental completo ☐ ensino médio incompleto ☐ ensino médio completo ☐ universitário incompleto ☐ universitário completo ☐ pós graduação

Tratamento: ☐ clínico ☐ cirúrgico

Número de internações no último ano (incluindo a atual): ☐ 1 a 3 ☐ 3 a 5 ☐ acima de 5

Número de dias internados (internação atual): ☐ 1 a 7 dias ☐ 8 a 14 dias ☐ 15 a 30 dias ☐ acima de 31 dias

Figura 1: Questionário utilizado na pesquisa

RESULTADOS

O questionário foi aplicado em 400 pacientes internados no Hospital do Servidos Público Estadual – IAMSPE em julho/2017. O resultado da pesquisa foi que a população alvo foi formada por 55% do gênero feminino, 86,54% acima de 50 anos, 27,25% possuíam ensino fundamental incompleto e a mesma proporção (28,25%) para ensino universitário completo. O principal motivo da internação foi tratamento clínico (58%). No último ano, 69% dos pacientes já haviam se internado de 1 a 3 vezes, sendo que 43% dos entrevistados permaneceram internados por pelo menos 1 – 7 dias (internação atual). Os pacientes expuseram, em sua maioria, que usam a pulseira para serem identificados como pacientes que permaneciam no hospital. Estes dados refletem o baixo número de pacientes cientes das orientações sobre o uso da pulseira identificadora. Quanto à conferência das pulseiras antes da realização de procedimentos, os pacientes relataram que por serem conhecidos dos profissionais, não se fazia necessária à conferência das pulseiras. Respectivamente, 81% e 86,5% dos entrevistados declaram não identificação para procedimentos e orientação quanto ao uso das pulseiras.

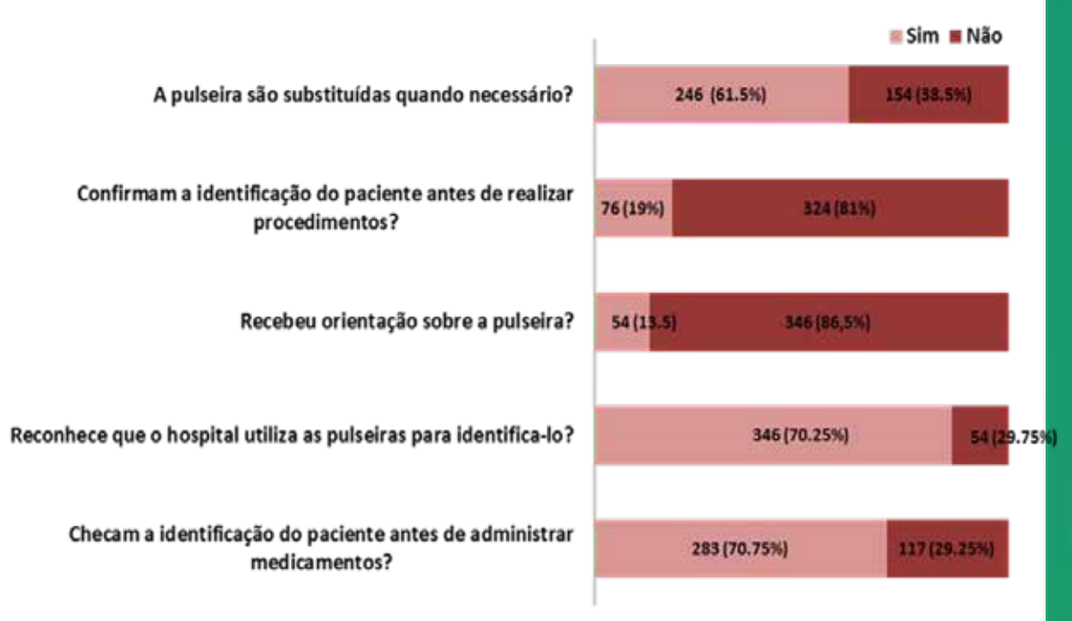


Figura 2: Percepção dos entrevistados quando a sua identificação pelo uso de pulseiras.

CONCLUSÕES

Analisando esses dados pudemos concluir que os pacientes utilizam a pulseira por entenderem ser uma regra do hospital, sem associá-la a um fator de segurança da assistência recebida. Por outro lado, os profissionais também não fazem uso desse dispositivo de segurança como deveria ser. O envolvimento do paciente no seu cuidado passa pelo caminho da orientação por parte dos profissionais. Somente quando os profissionais assimilarem conceitos básicos de segurança, não fazendo como uma regra a ser cumprida e sim por entender ser fundamental garantir o direito básico do paciente que é a sua segurança, teremos pacientes relatando essas ações e consequentemente participando para que a sua experiência enquanto beneficiário da assistência seja sempre positiva, independente de não conseguir alcançar sua cura ou melhora.

REFERÊNCIAS

MENDES JUNIOR, W.V. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em Hospitais no Brasil. Rio de Janeiro: 2007.

MITCHELL., P. H. (2008) Defining Patient Safety and Quality Care, In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* (Hughes, R. G., Ed.), Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD).

NEWELL, S., and Jordan, Z. (2015) The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol, *JBI Database System Rev Implement Rep 13*, 76-87.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety: Clean care is safer care – global patiente safety challenge. Geneva: WHO; 2005-2006.

▲
VOLTAR

TÍTULO - CONSULTORIA NA IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN NO CENTRO CIRÚRGICO: HOSPITAIS FEDERAIS RJ

Paloma Perez, Everton Cunha, Daniel Ramos, Paulo Micai

INTRODUÇÃO

A fila cirúrgica nos hospitais federais do Rio de Janeiro tem atualmente mais de dezessete mil pessoas esperando para serem operadas, fato que impacta diretamente no tempo de espera e consequentemente na eficácia do tratamento do paciente. Com o propósito de reduzir a fila de espera cirúrgica foi desenvolvido o projeto através do PROADI-SUS em dois hospitais que são o Hospital Federal de Ipanema (HFI) e o Hospital Federal da Lagoa (HFL).

Os dois hospitais abordados no projeto têm um perfil cirúrgico de porta fechada. O HFI tem 7 salas cirúrgicas, em 2018, o índice cirúrgico por sala por dia era de 2,48 cirurgias. O HFL tem 12 salas cirúrgicas, em 2018, o índice cirúrgico por sala por dia era de 2,00 cirurgias.

OBJETIVO

Aumentar o índice de cirurgias por sala por dia do HFI para 2,75 e do HFL para 2,50, aumentando em 2000 o número de cirurgias por ano, nos dois hospitais, sem afetar a complexidade dos atendimentos.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para alcançar as melhorias foi baseada em identificar as causas do problema e desenvolver ações para solução, utilizando as ferramentas do Lean. Para isso foi necessário conhecer a fundo o processo. Conhecendo o processo, foi possível identificar ineficiências e apontar causas.

Na análise das causas, foi observado que a demora para iniciar as primeiras cirurgias do dia por sala, o elevado índice de suspensões, a falha no processo de comunicação, a dificuldade para gerir os recursos eram os principais motivos de não terem um índice satisfatório de cirurgias.

Foi elaborado um plano de ação atuando nas principais causas e no desenvolvimento e conscientização de todo grupo de trabalho. Dentre as ações estão as de 5S e reuniões diárias de alinhamento (huddle).

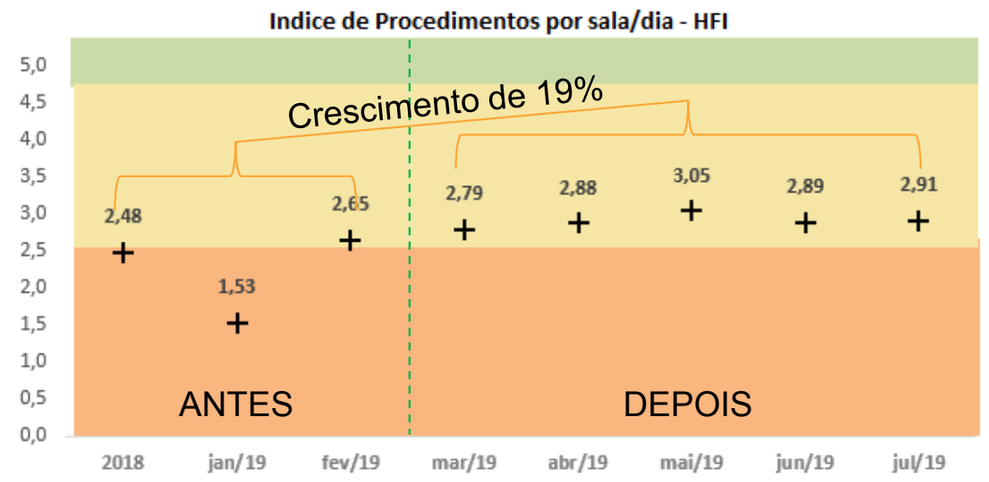
Treinamento de 5S no centro cirúrgico, imagem à esquerda HFI e imagem à direita HFL, ação para auxiliar a gestão de recursos e segurança do paciente.

Mapeamento do processo - VSM do centro cirúrgico, imagem à esquerda HFI e imagem à direita HFL, ação para conhecer oportunidades do processo.

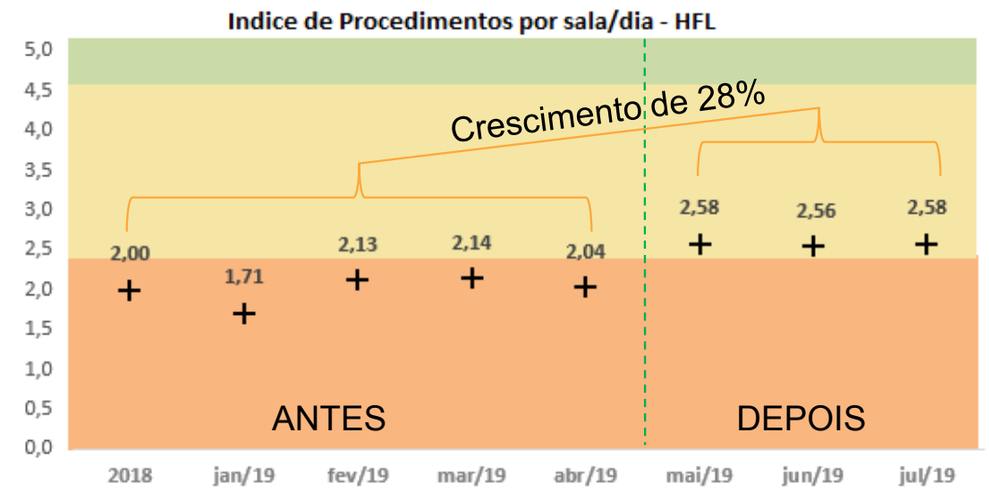
Treinamento - Huddle , imagem à esquerda HFI e imagem à direita HFL, ação para melhorar a comunicação, gestão de recursos e suspensões de cirurgias.

RESULTADOS

Após o final das ações, o índice de cirurgias por sala por dia no HFL passou de 2,00 cirurgias para 2,56 cirurgias e no HFI de 2,48 cirurgias por sala dor dia para 2,91 e a quantidade de cirurgias média aumentou em 204 por mês, somando os hospitais sem alterar a complexidade e porte das cirurgias.



Evolução do índice de cirurgias por sala por dia do Hospital Federal de Ipanema



Evolução do índice de cirurgias por sala por dia do Hospital Federal da Lagoa

ANTES	DEPOIS

Exemplo de 5S Antes x Depois no HFI na sala de equipamentos.

ANTES	DEPOIS

Exemplo de 5S Antes x Depois no HFL na sala de medicação da anestesia.

CONCLUSÕES

Com o projeto foi possível observar que com envolvimento de todos os níveis, adquirindo principalmente o apoio da alta direção as mudanças acontecem.

Com as melhorias implantadas houve um grande aumento nas cirurgias realizadas, com uma projeção de 2449 vidas impactadas em um ano.

REFERÊNCIAS

GRABAN, Mark. Hospitais Lean. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013. 312 p.
WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROOS, D. A Máquina que mudou o mundo. 1. ed Rio de Janeiro: Campus, 1992

VOLTAR

AMAMENTAÇÃO COMO MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO PARA ALÍVIO DA DOR NA APLICAÇÃO DE VACINA

Kelen Lemos Whinter, Vanderléia da Rocha Scharb Cereser, Veronica Lubian e Anelise Vivian Fuhr

INTRODUÇÃO

A criança tem capacidade de lembrar-se de uma experiência sensorial desagradável como a dor desde o momento do nascimento, por isso é necessário que esse estímulo seja amenizado, principalmente na aplicação de vacinas.

A amamentação é um método não farmacológico para alívio da dor efetivo, pois além de ser de baixo custo faz parte da dieta normal do bebê.

Para a mãe a amamentação é um momento contato intimo com seu filho, e para o bebê tem efeito calmante, estimulado principalmente pelo odor do leite e pela sucção, fazendo com que os níveis de cortisol diminuam na criança.

OBJETIVOS:

A) Reduzir a dor do bebê durante a aplicação de vacina, utilizando métodos não-farmacológicos.

B) Fortalecer o vínculo entre mãe e bebê no momento da aplicação de vacina.

METODOLOGIA

O presente estudo é um "case" do Modelo Assistencial de um Núcleo de Vacinas do Hospital Moinhos de Vento, que funciona em uma Unidade externa, dentro do Shopping Iguatemi de Porto Alegre/RS.

As vacinas administradas em bebês de até 01 ano de idade, com o método não farmacológico de manejo da dor são indicadas pelo calendário da SBIM (Sociedade Brasileira de Imunização) e preconizadas pelo PNI (Programa Nacional de Imunizações).

A equipe de enfermagem do Núcleo de Vacinas estimula a amamentação durante a aplicação de vacinas, como método não farmacológico para manejo da dor causada pelo procedimento, geralmente administrado pelas vias IM (intramuscular) e SC (subcutâneo).

Foto 1: Treinamento da equipe de enfermagem para a posição correta do bebê no colo da mãe durante a amamentação.

RESULTADOS

A aplicação da vacina durante a amamentação reduz a ansiedade da mãe, que se sente protegendo seu bebê, porque consegue segurá-lo no colo, dar conforto e carinho durante o procedimento.

A indicação de amamentação durante a aplicação da vacina é realizada no Núcleo de Vacinas, nos bebês de 0 – 1ano mediante a aceitação da mãe e a disposição da mesma em amamentar durante a aplicação da vacina.

No momento da aplicação da vacina a amamentação fortalece a relação mãe-bebê, onde a mãe acaricia e aconchega o bebê no colo, transmitindo proteção e amor, reduzindo a dor durante o procedimento.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) elaborou um documento sobre esse tema recomendando que é conveniente amamentar os lactentes quando eles estão tomando vacinas e imediatamente depois: a sucção é analgésica. "Mamalgesia" ou o efeito de diminuir a dor e acalmar os bebês quando são amamentados. Uma prática que já defendíamos e muitas mães já comprovam sua efetividade. (OMS, 2018)

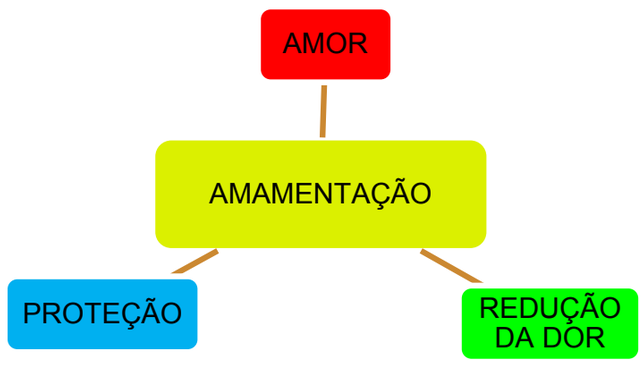


Foto 2: A equipe de enfermagem do HMV Iguatemi traduz nesta figura o significado do ato de amamentar durante a a aplicação de vacinas.

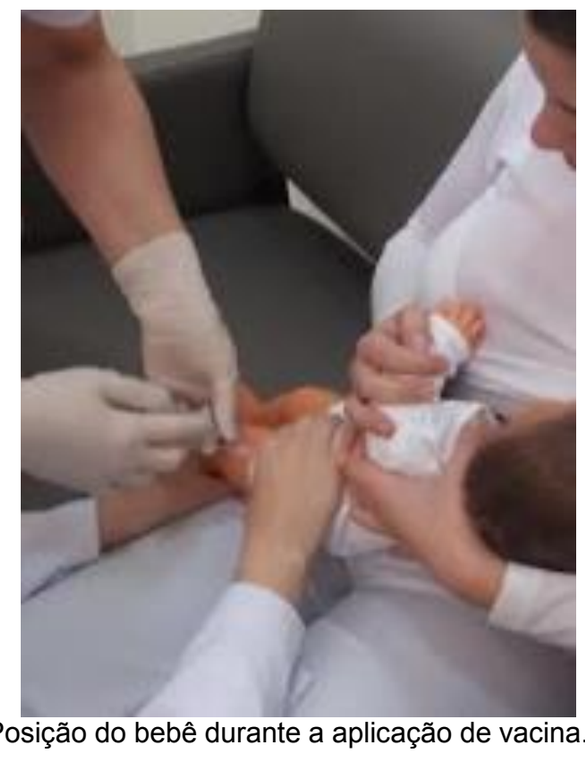


Foto3: Posição do bebê durante a aplicação de vacina.

CONCLUSÕES

A assistência prestada pela equipe de enfermagem durante a aplicação da vacina no Núcleo de Vacinas da instituição fortalece o vínculo entre mãe-bebê, melhora positivamente a experiência do paciente (reduz a dor do bebê e a angústia da mãe), sendo que o manejo da dor ocorre sem o uso de produtos industrializados.

REFERÊNCIAS

1. TANNURE. M.C. Pinheiro.A. M. SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia Prático.2ª Ed. Guanabara Koogan. 2015. 298p
2. Leite, A., Silva, A. de, Castral, T., Nascimento, L., Sousa, M., & Scochi, C. (2016). Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, *17*(3). https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.31932
3. CARVALHO; M. R.; GOMES. C.F. Amamentação - Bases Científicas. 4º Ed. Guanabara Koogan. 2019

VOLTAR

A PRIORIZAÇÃO E AGILIDADE DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM UM SISTEMA INFORMATIZADO

Thais Reis de Lima, Vanderléia da Rocha Scharb Cereser, Veronica Lubian e Essara Fontes

INTRODUÇÃO

A Unidade ambulatorial externa do Hospital Moinhos de Vento, dentro do Shopping Iguatemi em Porto Alegre/RS conta com serviços de radiologia, Núcleo da Mulher para realização de exames, Núcleo de Saúde Bucal, Serviço de Cardiologia com consultas médicas e exames, Núcleo de Infusões para Terapias Transfusionais, Núcleo de Vacinas e consultas com especialidade médicas.

Devido a diversidade de serviços os pacientes eram atendidos por ordem de chegada, e esperavam para fazer o cadastro de atendimento. Seguidamente alguns pacientes perdiam seu horário de atendimento porque chegavam atrasados ou na hora agendada, sendo que não havia um sistema de identificação de paciente x horário de agendamento.

Desta forma havia um impacto no serviço em relação a produção e qualidade, porque o paciente perdia seu tempo vindo até a Unidade sem ser atendido devido ao fluxo de cadastro por ordem de chegada.

OBJETIVO:

a) Priorizar e agilizar o atendimento para pacientes que chegam atrasados ou no horário agendado.
b) Personalizar o atendimento do paciente agendado sendo chamado pela recepção pelo seu nome completo.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido uma plataforma dentro do Sistema Integrado de Informações (sistema do hospital interligado ao prontuário do paciente) para confirmação da agenda e documentos do paciente no setor de Acolhimento, onde é realizada uma pré admissão do mesmo, ficando registrado no sistema o horário de chegada do paciente, horário da agenda, exame/consulta, nome do profissional que confirmou seus dados, sendo possível inserir observações no campo livre (jejum, necessidade de guia, etc.). A equipe de cadastro do paciente visualiza no sistema qual paciente deverá ser chamado, fazendo pelo nome do paciente (personalizando o atendimento). O sistema muda os dados do paciente da cor de preto para vermelho sinalizando que está em atendimento.

Foto1: Hospital Moinhos de Vento Unidade Iguatemi dentro do Shopping Iguatemi.

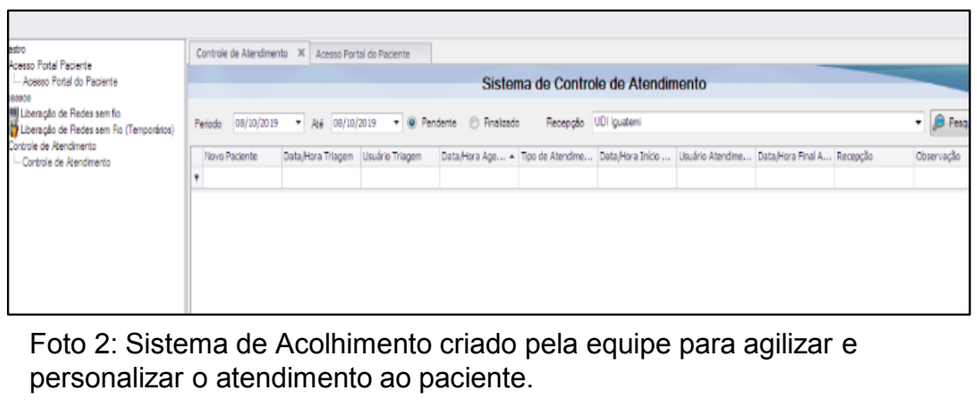


Foto 2: Sistema de Acolhimento criado pela equipe para agilizar e personalizar o atendimento ao paciente.

RESULTADOS

Com o novo sistema desenvolvido pela equipe da Unidade junto com o setor e TI do Hospital, não houve mais situações de atraso de cadastro de pacientes, e perda do horário agendado de consultas/exames por chegar após horário agendado, sendo que com o sistema a equipe prioriza os pacientes que chegam atrasados no horário da consulta/exame.

Foto 3: Entrada do Hospital Moinhos de Vento Unidade Iguatemi. Local onde é realizado o acolhimento do paciente e confirmação da consulta ou exame.

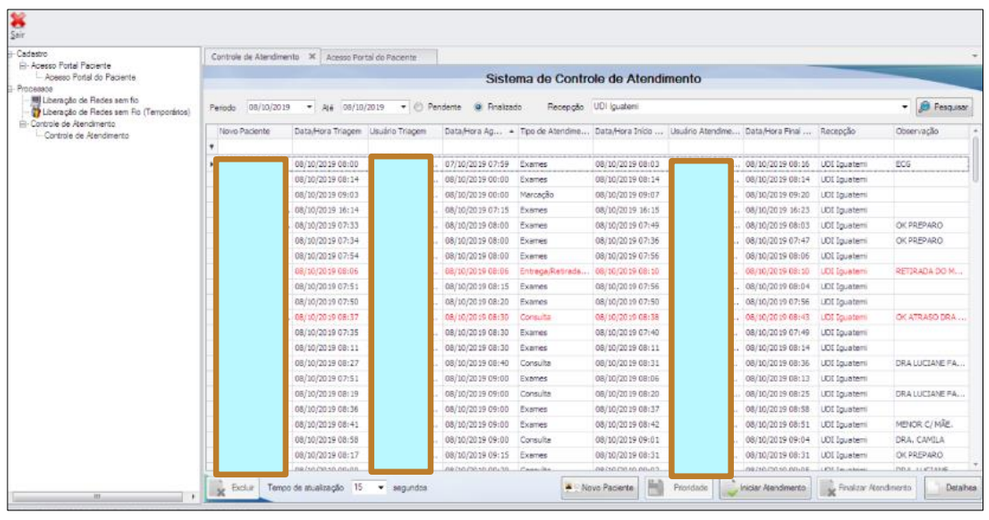


Foto 4: Tela de relatório de pacientes já acolhidos e registrados no sistema. Em vermelho são os casos de prioridade

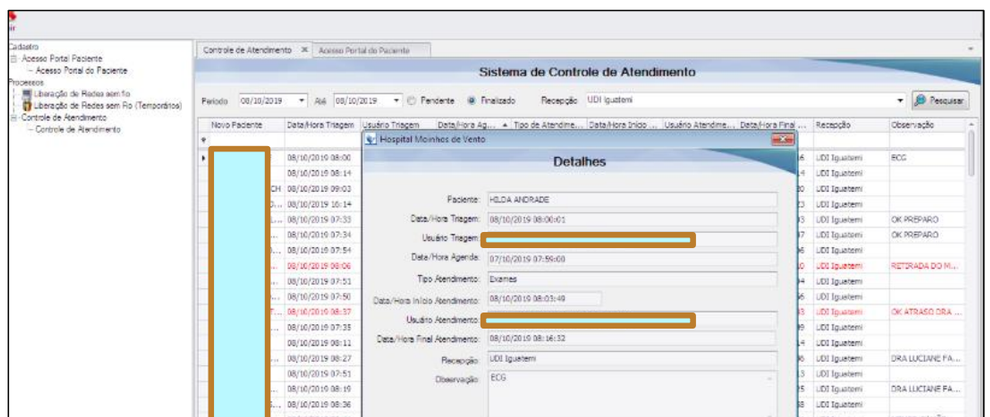


Foto 5: Tela de detalhamento do acolhimento do paciente, com nome do profissional que o cadastrou, horário de chegada e início de atendimento.

CONCLUSÕES

O sistema permite o acompanhamento de toda a jornada do paciente dentro da Unidade, sendo que toda a equipe das 03 recepções da Unidade, o profissional do acolhimento e a enfermagem das áreas de exames, conseguem visualizar na mesma tela em qual etapa do processo de atendimento o paciente se encontra: espera na recepção, cadastro iniciado, cadastro finalizado, aguardando ser chamado para o procedimento.

Com o acolhimento informatizado houve melhora da satisfação de pacientes, que são acolhidos na entrada da Unidade e direcionados para a sala de espera onde são chamados pelo nome completo, personalizando e agilizando seu atendimento. Melhorou também a comunicação entre as equipes assistenciais e administrativas, sendo que todos podem acompanhar pelo sistema o atendimento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde. https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4430. Acesso em 08/10/2019.
2. MOTTA. B.F.B; PERUCCHI. J; FILGUEIRAS. M.S.T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. Rev. SBPH vol.17 no.1 Rio de Janeiro jun. 2014.
3.

VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DO CONCIERGE NA HOTELARIA:OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO CLIENTE DO HOSPITAL PRIMAVERA/SE

Miquéias Alves, Ana Pontes

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar nem sempre relembra boas memórias e é sempre rotulado como um local não muito acolhedor, mesmo com as inovações implantadas na atualização com foco na melhoria da experiência do cliente muitos temem frequentá-lo. Após o surgimento da hotelaria hospitalar há uma década, o hospital está em constante alteração. O objetivo da hotelaria é mudar a imagem de dor e sofrimento do ambiente hospitalar e contribuir com o processo de cura do paciente, oferecendo conforto, segurança e bem-estar.

No Hospital Primavera, a ausência de um canal direto para atender as necessidades dos clientes internos impactava na qualidade do atendimento, era responsabilidade da enfermagem atender às solicitações dos clientes, gerando assim uma sobrecarga de serviço e consecutivamente o não atendimento, atraso na resolução, falhas na comunicação entre as áreas de apoio e assistência, resultando na insatisfação do cliente.

METODOLOGIA

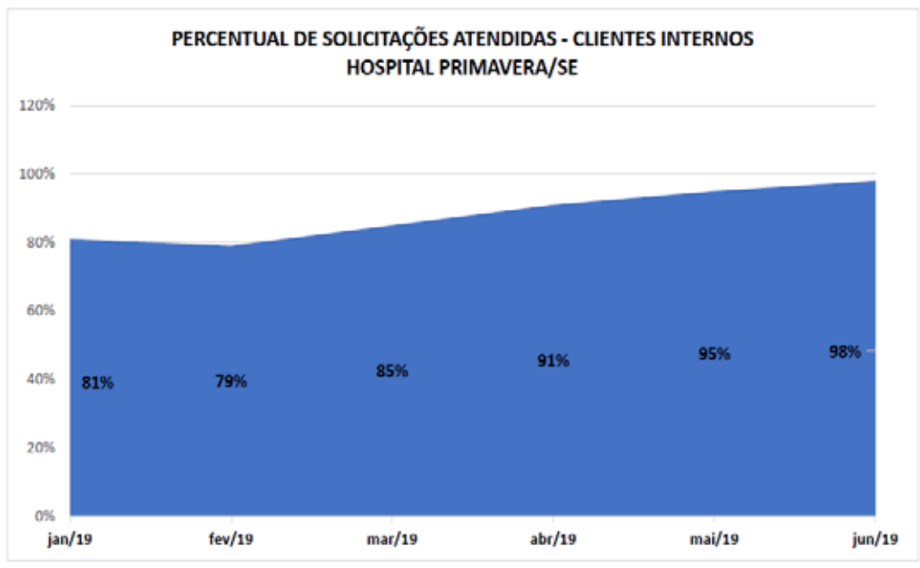
Com o propósito de oferecer um atendimento personalizado com qualidade e eficiência aos pacientes durante a permanência no ambiente hospitalar, o Hospital Primavera/SE implantou o serviço do concierge na hotelaria, constituído conforme o seguinte planejamento: elaboração de protocolo específico; construção de planilhas para registros das solicitações; disponibilização de informativos com o ramal telefônico da hotelaria em todos os leitos; implantação da pesquisa de satisfação diária possibilitando a interação entre as áreas envolvidas e disseminação dos pontos de melhorias identificados através dos resultados das pesquisas, admissão de dois profissionais para exercer a função do concierge. Em novembro de 2018 o serviço esteve em fase de avaliação, iniciado efetivamente em janeiro de 2019.

Hospital Primavera.

Concierge Aline Cavalcante.

RESULTADOS

Quando o projeto foi iniciado em jan.2019 81% das solicitações foram atendidas, já no mês de jun.2019 98% das solicitações foram atendidas. Além disso podemos perceber essa melhoria através dos elogios no SAC- Serviço de Atendimento ao Cliente.



Percentual de solicitações atendidas no período de jan.2019 a Jun.2019

Índice de Satisfação do Cliente - NPS.

CONCLUSÕES

Foi evidenciado que houve uma melhora na experiência do paciente, as necessidades são atendidas em tempo hábil. Porém, foi observado que é necessário promover ações que divulguem o canal de atendimento com o objetivo de melhorar a adesão do serviço.

REFERÊNCIAS

TOMAZZONI, Edegar Luis; SANTOS, Ayumi Fernandes dos. Formação e atuação profissional em hotelaria hospitalar na cidade de São Paulo. *Revista Hospitalidade*. São Paulo, v. XI, n. 1, p. 107 - 130, jun. 2014.

OLIVEIRA, Edvane; SANTOS, Fernanda; ALMEIDA, Márcio; PIETRASIK, Simone. Concierge: Ação pioneira em um hospital privado em Salvador/BA. Disponível em: http://www3.pgenf.ufba.br/SEMINARIO/ANAIS/4%20Gestao/-%20CONCIERGE%20-%20A%C3%87%C3%83O%20PIONEIRA%20EM%20UM%20HOSPITAL%20PRIVADO%20DE%20SALVADOR.pdf . Acesso em: 30 ago. 2019.

VOLTAR

SESSÃO **PÔSTER**

INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA

VOLTAR

AUTOMAÇÃO DO INDICADOR DE DESEMPENHO DO SETOR DE COMPRAS (INFLAÇÃO INTERNA)

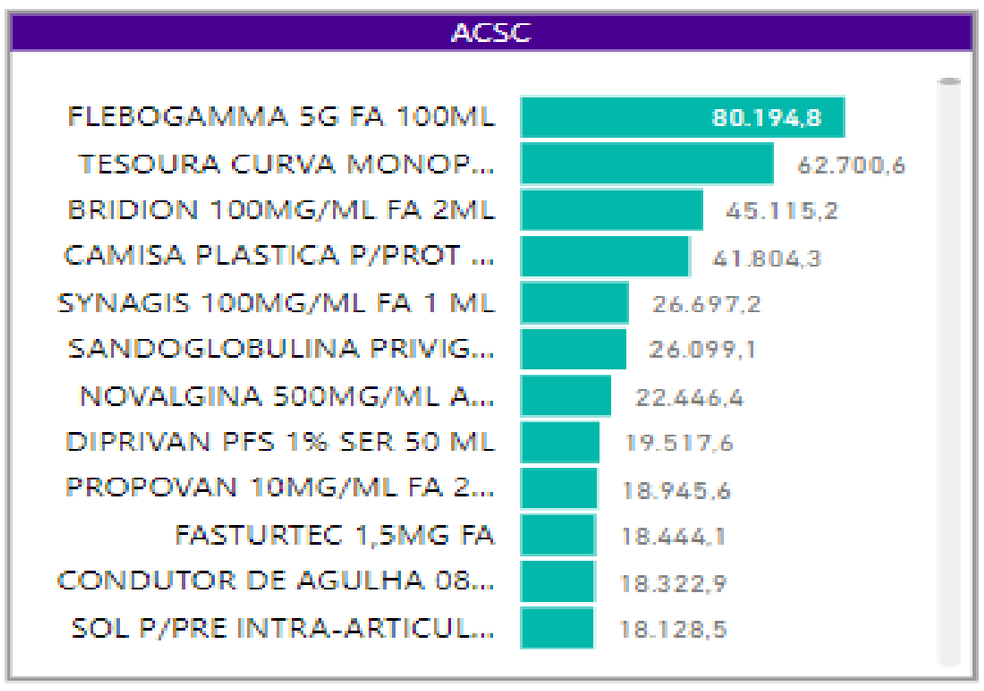
Alvaro Baraldi Neto, Diego Ferreira de Luna, André Leone

INTRODUÇÃO

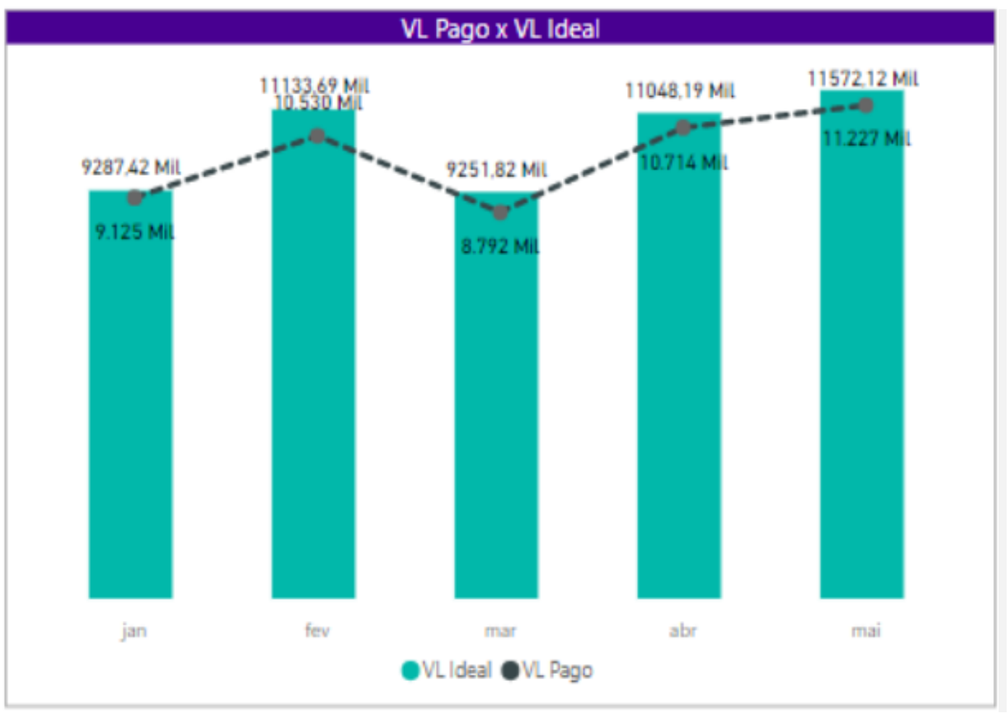
A Associação Congregação de Santa Catarina é uma empresa filantrópica voltada a prestação de serviço nas áreas da saúde, educação e assistência social.
Este trabalho apresenta a aplicação de um projeto de automatização no controle de indicadores de compras da divisão hospitalar da ACSC, que é composta por 10 hospitais espalhados pelos estados de SP, RJ, SC e ES.

METODOLOGIA

As principais motivações para o desenvolvimento da ferramenta foram a redução de processos manuais, a disponibilização à gestão de uma análise em tempo real e trazer segurança, confiabilidade e transparência à apuração dos resultados do setor de Compras.
A ferramenta faz a medição da inflação interna dos itens das categorias de “material médico”, “medicamento”, e “dieta” comprados pela ACSC, comparando os valores pagos no ano atual, com a média do ano anterior, conforme convenção interna. E apresenta resultados em diversos níveis (produto, classificação, hospital, etc).
Foram desenvolvidas consultas (*querys*) com base em dois sistemas principais: MV e Tasy. Esses dados foram inseridos em nossa ferramenta de BI, o PowerBI, onde foram criados dashboards e métricas para cada hospital. Esses painéis foram programados para atualização automática diária.



Recorte do painel, demonstrando uma das visualizações onde é possível analisar os maiores ofensores no nível de produtos.



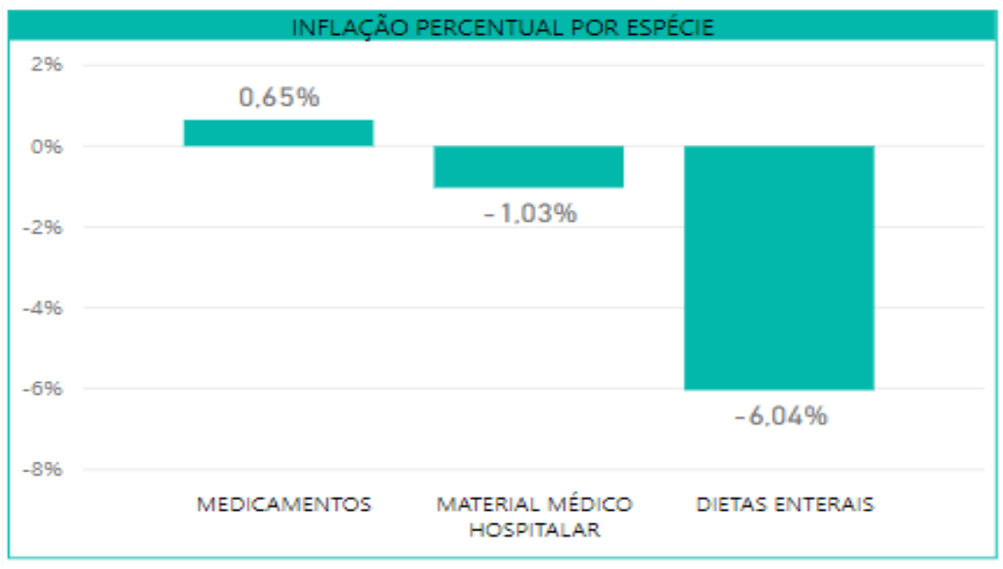
Recorte do dashboard que apresenta a evolução mensal da inflação interna, exibida em valores absolutos.

RESULTADOS

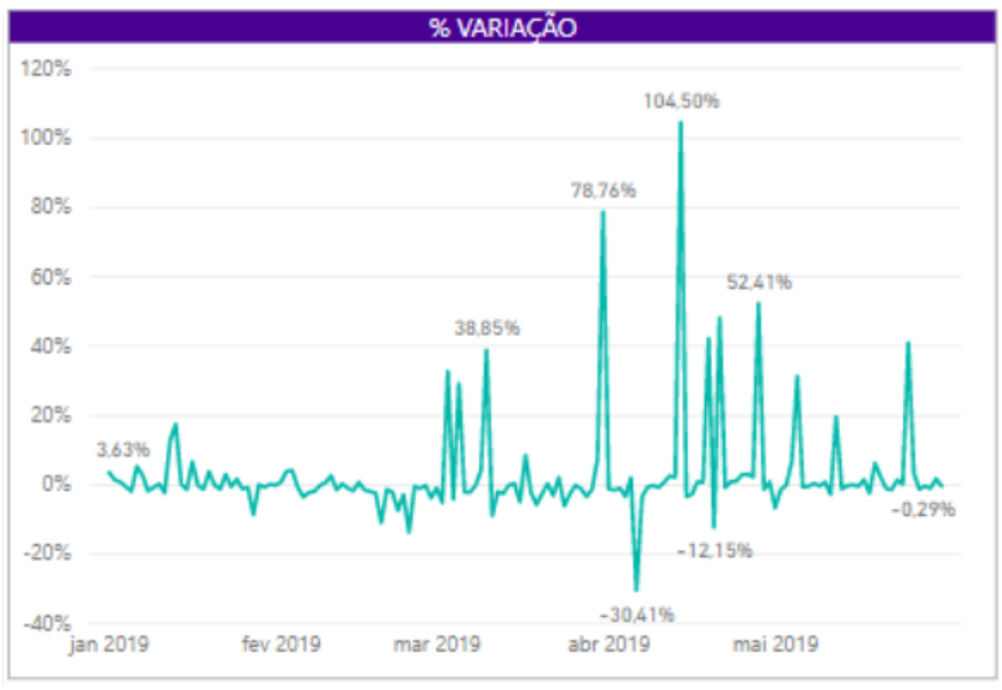
O indicador anteriormente era apurado com fechamentos mensais. Para isso era necessária a geração de relatórios de sistema e consolidação das bases em planilhas. O que gerava uma massa grande de trabalho e era passível erros de atualização. Além disso, o fechamento mensal reduzia o tempo de resposta, se comparado à análise dos dados em tempo real.

Foram desenvolvidas visualizações que permitem:

a. Diretoria corporativa é capaz de acompanhar o desempenho do setor de compras em tempo real até mesmo de forma Mobile;
b. Os analistas e coordenadores do setor de compras de cada hospital podem analisar o impacto real de cada item no resultado final;
c. Os dados são atualizados diariamente de forma automática, aumentando a confiabilidade nos dados e eliminando tarefas manuais.



Resumo do percentual de inflação por espécie, construído à partir de dados extraídos do indicador.



Recorte do dashboard que apresenta a variação máxima diária, exibida em percentuais.

CONCLUSÕES

O novo processo apresentou um grande avanço na área hospitalar por apresentar de maneira rápida e automatizada uma comparação de valores. Com um ganho real na avaliação e apuração de resultados, reduzindo tarefas manuais, dando visibilidade aos números da área, permitindo medição de performance e transparência no resultado, também trazendo confiabilidade e segurança na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

Não.

VOLTAR

A GESTÃO DO PLANO TERAPÊUTICO INTEGRADO ATRAVÉS DE UMA FERRAMENTA AUTOMATIZADA.

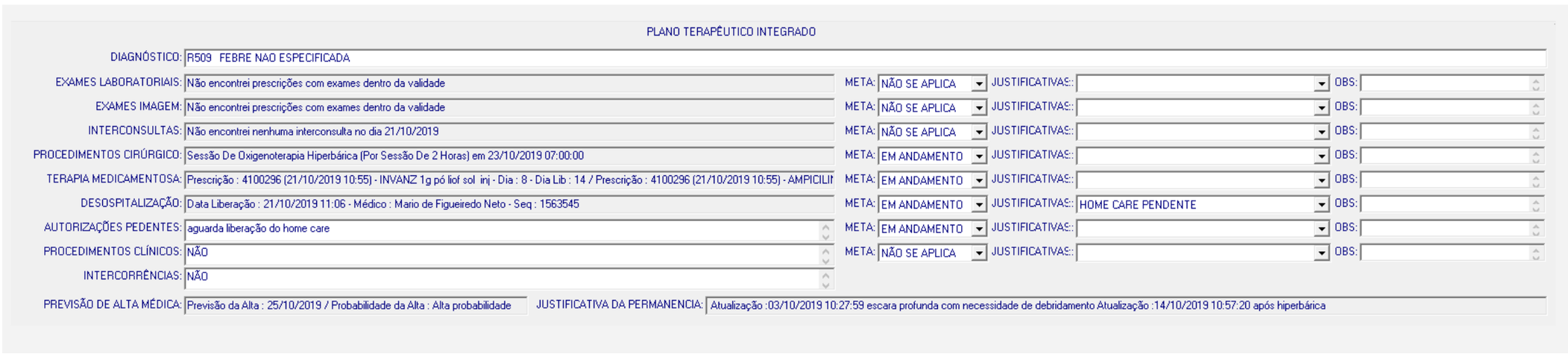
Maiara Denardi de Barros Kaiser, Mariane de Freitas Figueiredo, Aguinaldo Pereira Catanoce, Maria Cristina Oliveira

INTRODUÇÃO

O plano terapêutico integrado trata-se do planejamento do cuidado médico e multiprofissional estabelecido aos pacientes internados. Quando executado com precisão, proporciona uma melhor articulação entre os diferentes níveis de assistência atingindo resultados que impactam diretamente no tempo médio de permanência, aumento do giro de leitos, redução dos índices de reinternação e maior eficiência na utilização dos leitos hospitalares. O presente artigo relata a experiência de implantação de uma ferramenta automatizada, denominada como PTI (planejamento terapêutico integrado), com o objetivo de gerir a eficácia do plano terapêutico multidisciplinar.

METODOLOGIA

Os principais itens integrantes da ferramenta foram, *diagnóstico, exames laboratoriais, exames de imagem, interconsulta, terapia medicamentosa, avaliação pelo time de desospitalização, procedimentos clínicos e cirúrgicos previstos, intercorrências e previsão de alta hospitalar*. Após registro em prontuário do status dos objetivos propostos à cada 24h, a gestão do plano terapêutico ocorre por meio de análises quantitativas e qualitativas do tratamento proposto.


PLANO TERAPÊUTICO INTEGRADO

DIAGNÓSTICO:	R509 FEBRE NAO ESPECIFICADA			
EXAMES LABORATORIAIS:	Não encontrei prescrições com exames dentro da validade	META: NÃO SE APLICA	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
EXAMES IMAGEM:	Não encontrei prescrições com exames dentro da validade	META: NÃO SE APLICA	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
INTERCONSULTAS:	Não encontrei nenhuma interconsulta no dia 21/10/2019	META: NÃO SE APLICA	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO:	Sessão De Oxigenoterapia Hiperbárica (Por Sessão De 2 Horas) em 23/10/2019 07:00:00	META: EM ANDAMENTO	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
TERAPIA MEDICAMENTOSA:	Prescrição : 4100296 (21/10/2019 10:55) - INVANZ 1g pó liof sol inj - Dia : 8 - Dia Lib : 14 / Prescrição : 4100296 (21/10/2019 10:55) - AMPICILIN	META: EM ANDAMENTO	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
DESOSPITALIZAÇÃO:	Data Liberação : 21/10/2019 11:06 - Médico : Mario de Figueiredo Neto - Seq : 1563545	META: EM ANDAMENTO	JUSTIFICATIVAS:: HOME CARE PENDENTE	OBS:
AUTORIZAÇÕES PEDENTES:	aguarda liberação do home care	META: EM ANDAMENTO	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS:	NÃO	META: NÃO SE APLICA	JUSTIFICATIVAS::	OBS:
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO			
PREVISÃO DE ALTA MÉDICA:	Previsão da Alta : 25/10/2019 / Probabilidade da Alta : Alta probabilidade	JUSTIFICATIVA DA PERMANENCIA:	Atualização :03/10/2019 10:27:59 escara profunda com necessidade de debridamento Atualização :14/10/2019 10:57:20 após hiperbárica	

Ferramenta PTI gerada automaticamente pelo sistema Tasy e o status preenchido manualmente pelo Enfermeiro Responsável.

RESULTADOS

O monitoramento contínuo por uma área administrativa e estratégica (gerenciamento de leitos), tem como principal objetivo proporcionar um apoio assistencial para o cumprimento das metas terapêuticas e aumentar assim o foco da equipe na assistência prestada. Atingimos 60,18% de metas propostas nas 24h. O não atingimento das metas diárias está correlacionado, principalmente à indisponibilidades das estruturas de apoio assistencial para a realização de exames, compatibilidades de agenda médica x centro cirúrgico, autorizações pelas operadoras e disponibilidade das especialidades acionadas para atender às interconsultas. Estabelecendo um bom planejamento terapêutico e sincronismo entre as metas propostas, conseguimos o resultado de 63,49% de assertividade na previsão de altas, 2,89 dias de tempo médio de permanência e um giro de leitos de 8,23 pacientes/dia/leito, otimizando assim a utilização dos leitos hospitalares.

INDICADOR	UND	TIPO	REF.	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	YTD
TAXA DE OCUPAÇÃO 00:00	Unit	↑	2018	67,45	66,85	73,43	79,35	74,41	73,03	80,06	70,77	77,10	81,77	81,04	71,03	73,60
			Farol	☺	☺	☺	☹	☺	☺	☹	☺	☹				☺
			2019	68,40	77,26	76,03	77,21	81,05	81,76	74,38	72,97	74,49				75,95
			%	1,41	15,57	3,54	-2,70	8,93	11,95	-7,09	3,10	-3,38				3,19
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Unit	↓	2018	2,78	2,70	2,70	2,81	2,70	2,87	2,92	2,77	3,13	2,85	2,89	2,97	2,82
			Farol	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☺	☺	☺				☹
			2019	2,89	2,81	2,95	2,83	2,90	3,21	2,62	2,75	2,71				2,85
			%	3,79	3,97	9,14	0,93	7,52	11,53	-10,24	0,48	-13,38				1,14
GIRO DE LEITOS	Unit	↑	2018	7,52	6,93	8,42	8,48	8,56	7,62	8,50	7,93	7,40	8,90	8,41	7,40	7,93
			Farol	☺	☺	☹	☹	☺	☺	☺	☺	☺				☺
			2019	7,74	8,05	8,40	8,17	8,72	7,68	8,86	8,22	8,32				8,24
			%	2,95	16,27	-0,28	-3,75	1,89	0,76	4,20	3,62	12,39				3,91
ASSERTIVIDADE NA PREVISÃO DE ALTAS	Unit	↑	2018	72,32	71,57	76,42	66,56	68,81	63,22	54,74	56,02	59,93	44,46	64,76	69,16	65,51
			Farol	☹	☹	☹	☹	☹	☺	☺	☺	☺				☹
			2019	61,99	56,81	57,50	62,10	63,43	67,94	74,67	70,75	68,88				64,90
			%	-14,28	-20,62	-24,76	-6,70	-7,82	7,47	36,41	26,31	14,95				-0,93
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO INTEGRADO - efetividade do processo	Unit	↑	2018	-	-	-	-	-	-	63,74	76,90	76,18	82,17	62,89	62,00	72,27
			Farol							☹	☹	☹				☹
			2019	58,76	60,86	58,50	67,70	66,73	60,23	46,05	48,17	50,64				48,29
			%	#VALOR!	#VALOR!	#VALOR!	#VALOR!	#VALOR!	#VALOR!	-27,76	-37,36	-33,52				-33,19
REINTERNAÇÕES	Unit	↓	2018	1,67	1,59	3,01	1,81	2,24	1,71	1,31	1,40	0,97	0,79	1,05	0,78	1,75
			Farol	☺	☹	☺	☹	☹	☹	☹	☹	☹				☹
			2019	0,93	2,24	1,72	1,94	2,32	2,44	1,96	1,50	2,05				1,90
			%	-44,24	40,84	-42,92	7,22	3,29	42,36	49,89	6,89	111,27				8,77

Resultados comparativos (2018/2019) dos indicadores acompanhados.

CONCLUSÕES

O PTI permitiu à instituição gerir de forma sistematizada fatores como necessidades clínicas, sociais e afetivas do paciente, performance das equipes e o planejamento adequado de alta hospitalar, surtindo em bons desfechos clínicos e resultados financeiros.

REFERÊNCIAS

- Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. Revista Brasileira de Educação Médica. 2010;34 (1): 150-159.
- Pinto, A. G. A., & Cavalcante, C. M. a. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enfermagem, 20(3), 293.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Caderno de Atenção Básica n27.
- Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Cunha GTA. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo. Ed. Hucitec, 2005.

VOLTAR

Implantação de uma ferramenta Digital Score de Risco para Longa Permanência em um Hospital Privado de São Paulo: um relato de sucesso

Autores: Vivian Cristina de Souza Oliveira, Ed Carlos J. Silva , Marisol N.C. Oliveira

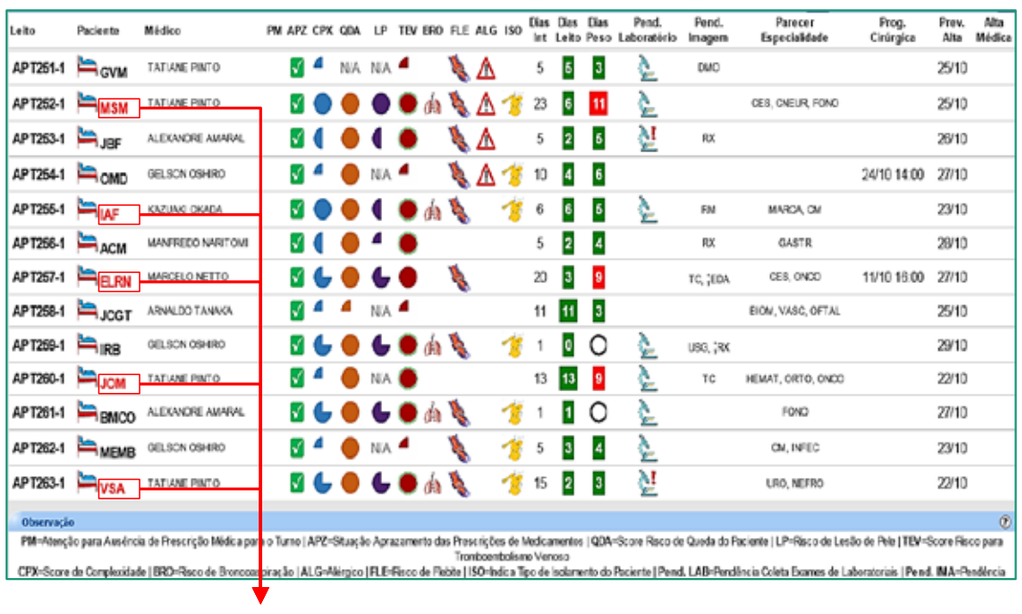
INTRODUÇÃO

Quando o período de internação se prolonga ocorre vários tipos de incrementos: custos, risco de eventos inesperados, taxa de utilização do serviço e diminuição da rotatividade de leitos. (ROQUE; MELO, 2011; RUFINO et al., 2012). Visando otimizar a qualidade e eficiência nas rotinas operacionais da Desospitalização, alinhados com a visão institucional, sobre tudo fortalecendo ainda mais o foco em um atendimento humanizado, implantamos em agosto 2018 uma ferramenta digital **Score de Risco para Longa Permanência** (SCORELP), proporcionando o conciliamento das informações, otimizando tempo, processos e recursos.

Objetivo: Identificar os pacientes elegíveis para Longa Permanencia nas primeiras 24 horas da admissão Hospitalar.

METODOLOGIA

A ferramenta foi elaborada com base no perfil epidemiológico da instituição dos últimos 3 anos (2016-2018) e riscos gerenciados, criando um processo digital somatório. As informações são passadas para painel eletrônico gerencial da Desospitalização[1] onde a Enfermeira prescreve o risco, evidenciando em prontuário eletrônico e transportando a informação automaticamente para o painel eletrônico no posto de enfermagem, possibilitando o acompanhamento visual em tempo real por toda equipe multidisciplinar.



Leito	Paciente	Médico	PM	APZ	CPX	QDA	LP	TEV	BRO	FLE	ALG	ISO	Dias Int	Dias Leito	Dias Peso	Pend. Laboratório	Pend. Imagem	Parecer Especialidade	Prog. Cirúrgica	Prev. Alta	Alta Médica
APT251-1	GVM	TATIANE PINTO				N/A	N/A						5	5	3		DMD			25/10	
APT252-1	MSM	TATIANE PINTO											23	6	11			OES, CNEUR, FONO		25/10	
APT253-1	JBF	ALEXANDRE AMARAL											5	2	5		RX			26/10	
APT254-1	OMD	GELSON OSHIRO					N/A						10	4	6				24/10 14:00	27/10	
APT255-1	IAF	KAZUMI OKADA											6	6	5		RM	MARCA, CM		23/10	
APT256-1	ACM	MANFREDO NARITOMI											5	2	4		RX	GASTR		26/10	
APT257-1	ELRN	MARCELO NETTO											20	3	9		TC, USG	CES, ONCO	11/10 16:00	27/10	
APT258-1	JCGT	ARNALDO TANAKA					N/A						11	11	3			BIOM, VASC, OFTAL		25/10	
APT259-1	IRB	GELSON OSHIRO											1	0			USG, RX			29/10	
APT260-1	JCM	TATIANE PINTO					N/A						13	13	9		TC	HEMAT, ORTO, ONCO		22/10	
APT261-1	BMCO	ALEXANDRE AMARAL											1	1				FONO		27/10	
APT262-1	MEMB	GELSON OSHIRO					N/A						5	3	4			CM, INFEC		23/10	
APT263-1	VSA	TATIANE PINTO											15	2	3			URO, NEFRO		22/10	

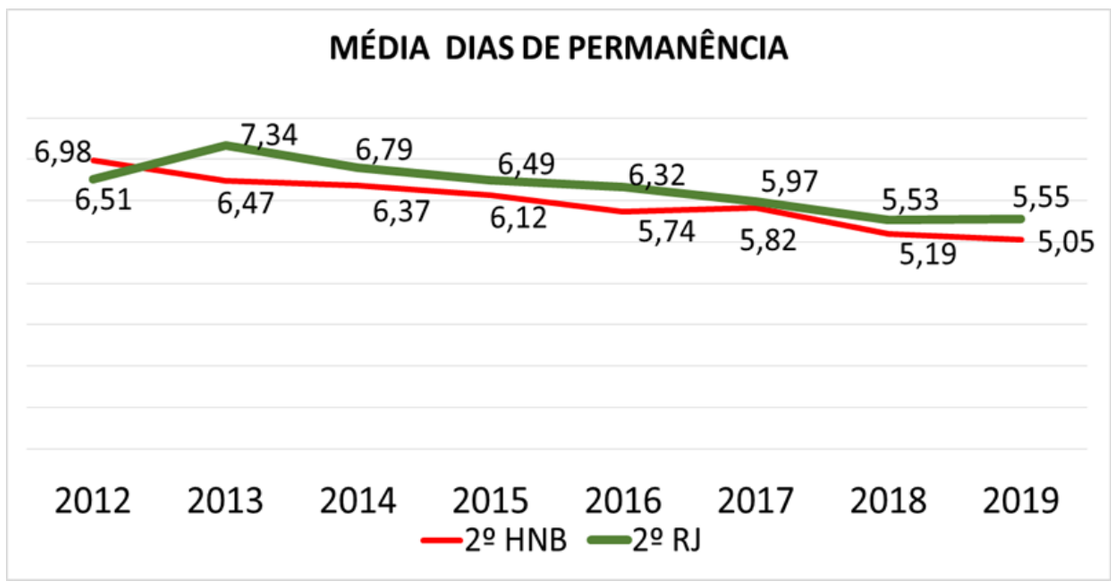
Observação

PM=Atenção para Ausência de Prescrição Médica para o Turno | APZ=Situação Aprazamento das Prescrições de Medicamentos | QDA=Score Risco de Queda do Paciente | LP=Risco de Lesão de Pele | TEV=Score Risco para Tromboembolismo Venoso
CPX=Score de Complexidade | BRO=Risco de Broncoaspiração | ALG=Alérgico | FLE=Risco de Flebite | ISO=Indica Tipo de Isolamento do Paciente | Pend. LAB=Pendência Coleta Exames de Laboratoriais | Pend. IMA=Pendência

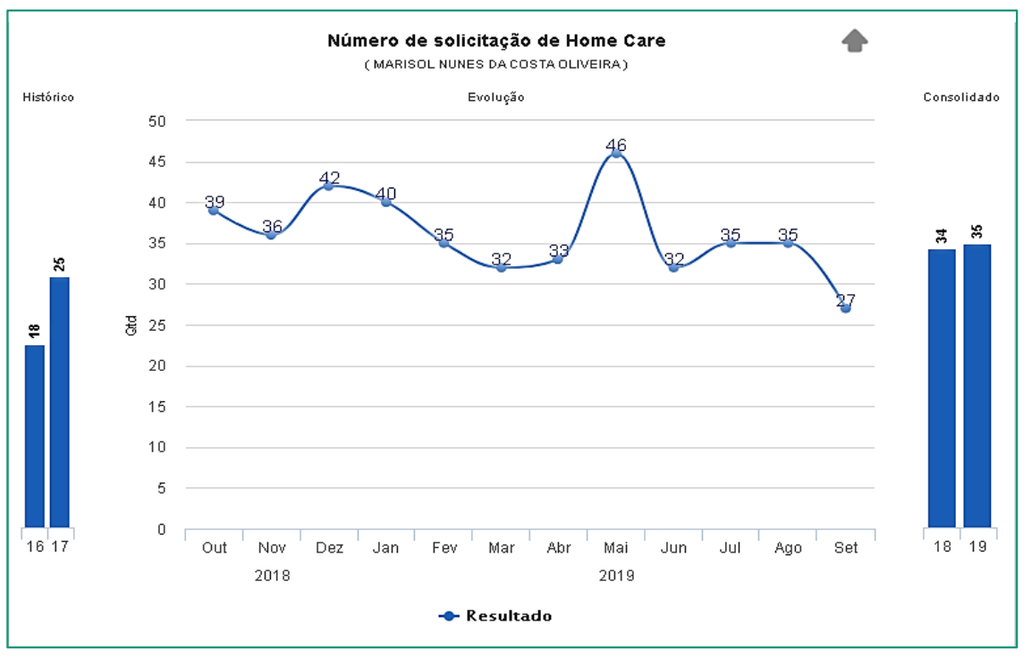
PAINEL GERENCIÁVEL DO POSTO DE ENFERMAGEM: Evidenciado o Risco de Longa Permanência na Cor Vermelha Sigla do nome - **Fonte:** Portal Lite/MV –Hospital Nipo Brasileiro

RESULTADOS

No período de 12 meses podemos evidenciar; um aumento nas solicitações médicas de Home Care em 35%. Redução no tempo médio de permanência nas duas unidades de crônicos de 6 dias para 5 dias, possibilitando em um ganho de 05 leitos com aproximadamente 28 internações a mais em cada unidade.



*Ganho de 05 leitos/ano em **cada unidade** = + 28 internações / ano por unidade - **Fonte: MV – Hospital Nipo Brasileiro**



Fonte: INTERACT - Hospital Nipo Brasileiro

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam o Score de Risco para Longa Permanência propiciou uma redução no tempo de internação nas duas unidades de crônicos 2º HNB,2º RJ, e incrementou substancialmente as solicitações nas transições de cuidados para Home Care

REFERÊNCIAS

RUFINO, G.P. et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Revista Brasileira de Clínica Médica, v.10, n.4, p.291-297, 2012.
ROQUE, K.E.; MELO, E.C.P. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. Escola Anna Nery, v.15, n.3, p.595-601, 2011.

VOLTAR

Gestão de risco como elo da excelência do cuidado ao paciente submetido à cirurgia robótica

Leandro Domingos Pereira, Danielle de Araújo Malfati, Viviane Cristina da Silva Marcellani

INTRODUÇÃO

A cirurgia robótica vem ganhando espaço no mercado da saúde, realizando um movimento de revolução da cirurgia moderna, uma vez que este perfil de cirurgia associa os benefícios da cirurgia minimamente invasiva, com a estabilização da imagem associado ao recurso de imagem de terceira dimensão (3D)[2].Este tipo de procedimento possibilita ao paciente ser beneficiado com vantagens relacionadas ao intra-operatório e pós-operatório sendo elas: precisão no procedimento cirúrgico, diminuição da perda de sangue e tempo de cura e cicatrização. O uso da tecnologia permite uma melhor manipulação e uma magnificação dos movimentos.[1] Existem relatos de diminuição da dor e redução da necessidade de hemotransfusão, analgesia pós-operatória e intercorrências no pós-operatório.[3]

OBJETIVO

Descrever experiência de resultado assistencial associado à gestão de risco em eventos com dano e acionamento de equipe médica em situação de código amarelo.

EQUIPAMENTO UTILIZADO DE CIRURGIA ROBÓTICA UTILIZADO NA REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO (MODELO DA VINCI SI).

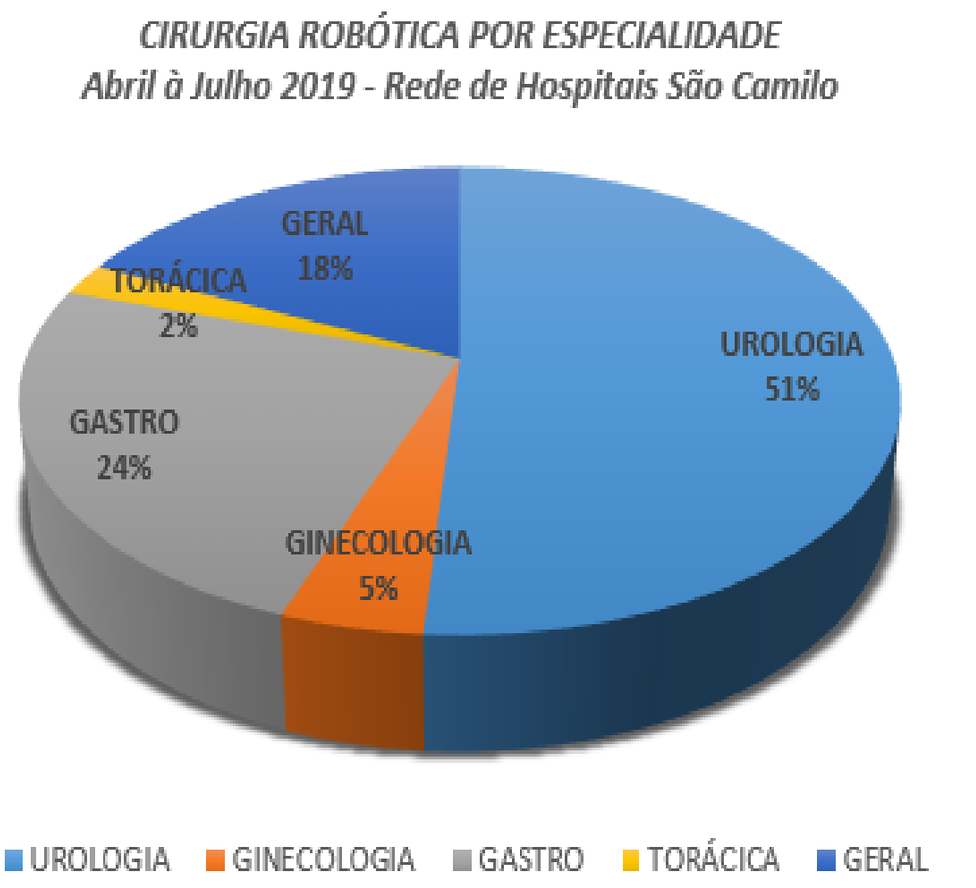
METODOLOGIA

A metodologia foi realizada através do levantamento quantitativo de pacientes com perfil de pós-operatório com recurso de robótica no período de abril a julho de 2019. Anterior ao início de cirurgia robótica, foi realizada uma capacitação com envolvimento da equipe multidisciplinar com o objetivo de validação de processo e mitigação de danos oriundos de riscos assistenciais.

O ROBO DA VINCI SI, CONTA COM 4 BRAÇOS DE APOIO CIRÚRGICO, MANUSEADO POR EQUIPE DE ESPECIALISTAS E CHECAGEM DIÁRIA PELA EQUIPE DE ENGENHARIA CLÍNICA

RESULTADOS

No período de abril a julho foram realizadas 45 abordagens, divididos nas especialidades: urologia, cirurgia geral, gastroenterologia, cirurgia torácica e ginecologia. Diante das especificidades cirúrgicas e capacitação prévia da equipe, observa-se diminuição do acionamento de condição de instabilidade clínica nos perfis cirúrgicos, tendo somente 1 acionamento do código amarelo por baixa pressão arterial e saturação associado à morbidades prévias equivalente à 2,2% em relação ao volume cirúrgico, e 1 caso de notificação com dano leve 2,2% em relação ao volume cirúrgico.



DEMONSTRAÇÃO GRÁFICA DO VOLUME CIRÚRGICA COM A TECNOLOGIA ROBÓTICA DIVIDIDOS POR ESPECIALIDADE

CRITÉRIOS DE ACIONAMENTO CÓDIGO AMARELO - REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO	
Pressão Arterial Sistólica	<101 mmHg ou > 180 mmHg
Frequência Cardíaca	<50 bpm ou > 100 bpm
Frequência Respiratória	< 10 rpm ou > 20 rpm
Temperatura	< 35 C ou > 38 C
Dor	Nova intensa ou piora da pré existente
Sinais de Alerta	
Perfusão Periférica	Enchimento capilar > 2 seg
Saturação de O2	< 90%
Diurese	Ausente nas últimas 6 horas
IMPRESSÃO SUBJETIVA DE MÁ EVOLUÇÃO	

CRITÉRIOS E SINAIS DE ALERTA UTILIZADOS COMO GATILHO PARA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA NA REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO – 2019.

CONCLUSÕES

Com a implantação do novo projeto, observa-se a vantagem do recurso de cirurgia robótica em relação à impactos assistenciais no que tange intercorrências pós-operatórias e riscos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1- Ricardo Zugaib Abdalla; Marcelo Averbach; Ulysses Ribeiro-Junior; Marcel Autran Cerqueira Machado; Cláudio Renato Penteado de Luca-Filho. Cirurgia abdominal por robótica: experiência brasileira inicial, 2013.

2- Fernando Athayde VELOSO MADUREIRA, José Luís SOUZA VARELA, Delta MADUREIRA FILHO, et all. Modelo de programa de treinamento em cirurgia robótica e resultados iniciais, 2017.

3- Almino Cardoso Ramos[I]; Carlos Eduardo Domene[I]; Paula Volpe[I]; Denis Pajecki[I]; Luiz Alfredo Vieira D'Almeida[II]; Manoela Galvão Ramos[I]; Eduardo Lemos de Souza Bastos[I]; Keith Chae Kim[III]. Resultados iniciais da primeira série de casos brasileira de cirurgia bariátrica totalmente robótica, 2013.

VOLTAR

Acompanhamento de Desfecho Clínico em “um click”

Amanda Danieletto Ruiz, Livia do Valle Costa Maria, Agatha Stahl de Queiroz, Teresa Cristina Dias Cunha Nascimento

INTRODUÇÃO

Em outubro de 2017 a área de Desfecho Clínico do Hospital Sírio Libanês (HSL) iniciou o acompanhamento pós alta hospitalar com os pacientes submetidos à cirurgia pelo diagnóstico de Osteoartrite de Quadril e Joelho; esse acompanhamento foi padronizado de acordo com o *Reference Guide* da ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*). Para o armazenamento dos dados a base escolhida foi o REDCap, por meio dele conseguimos extrair as informações para o Excel e enviar automaticamente e-mails de alerta quando são identificados pontos críticos no estado de saúde do paciente que foram definidos pelos especialistas. Em fevereiro de 2019 iniciamos o desenvolvimento de *Business Intelligence* (BI) para a análise de nossos dados e indicadores, sendo possível criar relatórios evolutivos de cada paciente.

O objetivo deste trabalho é descrever o desenvolvimento do BI para a análise dos dados do acompanhamento hospitalar de Osteoartrite de Quadril e Joelho.

METODOLOGIA

Para a criação do BI de Osteoartrite de Quadril e Joelho foi preciso criar um documento onde constam todas as variáveis que devem ser apresentadas, seus títulos e condicionais, formas de cálculos, filtros e a ilustração dos tipos de gráficos, bem como a origem da informação. Esse documento é encaminhado para a equipe do setor de Tecnologia da Informação (TI) a fim de possibilitar o seu desenvolvimento, que é feito pela ferramenta QlikView®.

Figura 1. Portal do Desfecho Clínico dos BIs que foram desenvolvidos e dos que serão.

Figura 2. Aba das Premissas do BI de Quadril e Joelho.

RESULTADOS

Por meio do BI, atualizado diariamente, é possível que todos os dados sejam analisados de forma rápida, pois gera tabelas e gráficos automaticamente, possibilitando filtrar diferentes variáveis e executando diversas comparações, tendo análises específicas para cada instrumento de qualidade de vida e funcionalidade aplicado.

O BI possibilita gerarmos relatório individualizado do paciente com apenas “um click”. Esse relatório consiste nas principais informações sobre a evolução do estado de saúde, como dor, complicações, reinternações, escores dos questionários de qualidade de vida e funcionalidade. Todas essas podem ser comparadas nos diferentes momentos do acompanhamento.

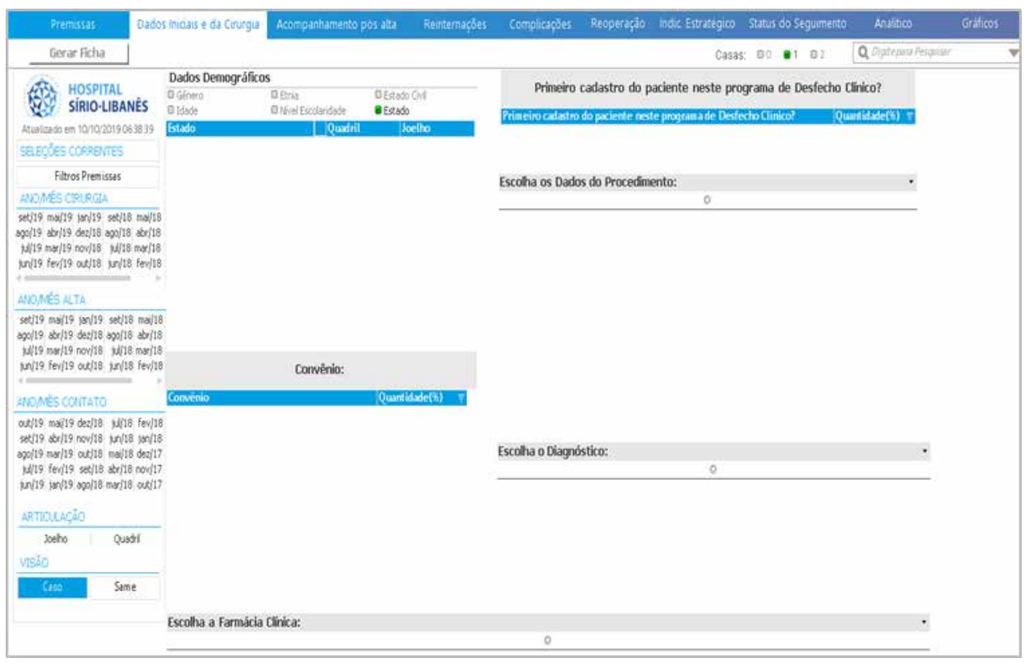


Figura 3. Aba de Dados Iniciais e da Cirurgia do BI de Quadril e Joelho, onde é possível gerar o relatório individual do paciente.

Relatório Individual - Artroplastia de Quadril

Data de Nascimento:
Data da Cirurgia:
Data da Alta:
Articulação operada: Quadril

Questão / Escala	Variação do score	Pré	30 Dias pós	90 Dias pós
Data da resposta	-	01/10/2018	13/11/2018	07/01/2019
Escala de dor na articulação operada	*(menor dor) 0 - 10 (maior dor)*	8	ND	0
Escore HOOS-PS (Escala funcional da articulação)	*(sem dificuldade) 0 - 100 (extrema dificuldade)*	61,6	NA	16,4
Escore Geral EQ-5D (Questionário sobre a saúde global do paciente)	*(pior estado) 0 - 1 (melhor estado)*	0,1	0,0	0,6
Domínio Mobilidade	*(pior estado) 1 - 3 (melhor estado)*	2	ND	2
Domínio Cuidados Pessoais	*(pior estado) 1 - 3 (melhor estado)*	2	ND	2
Domínio Atividades Habituais	*(pior estado) 1 - 3 (melhor estado)*	2	ND	1
Domínio Dor/Mal estar	*(pior estado) 1 - 3 (melhor estado)*	3	ND	2
Domínio Ansiedade e Depressão	*(pior estado) 1 - 3 (melhor estado)*	1	ND	1
Escore EQ-EVA (Escala sobre a percepção de saúde do paciente)	*(pior estado) 0 - 100 (melhor estado)*	70	0	70
Reinternação no HSL	-	NA	ND	Não
Motivo da reinternação	-	NA	ND	NA
Reinternação em outro hospital	-	NA	Não	Não
Motivo da reinternação	-	NA	NA	NA
Infecção da ferida operatória	-	Não	Não	Não
Queda	-	Não	Não	Não
Trombose/Embolia	-	Não	Não	Não

Figura 4. Relatório individual do estado de saúde do paciente exportado automaticamente através do BI.

CONCLUSÕES

Com o desenvolvimento deste BI conseguimos automatizar as análises, o que contribui para atendermos de forma mais rápida as necessidades e, principalmente, proporcionarmos informações para um cuidado centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

https://www.ichom.org/portfolio/hip-knee-osteoarthritis/

VOLTAR

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Reação da equipe Multidisciplinar à Treinamentos Lúdicos como forma de informação efetiva e de baixo custo durante processo de Acreditação Hospitalar

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2019

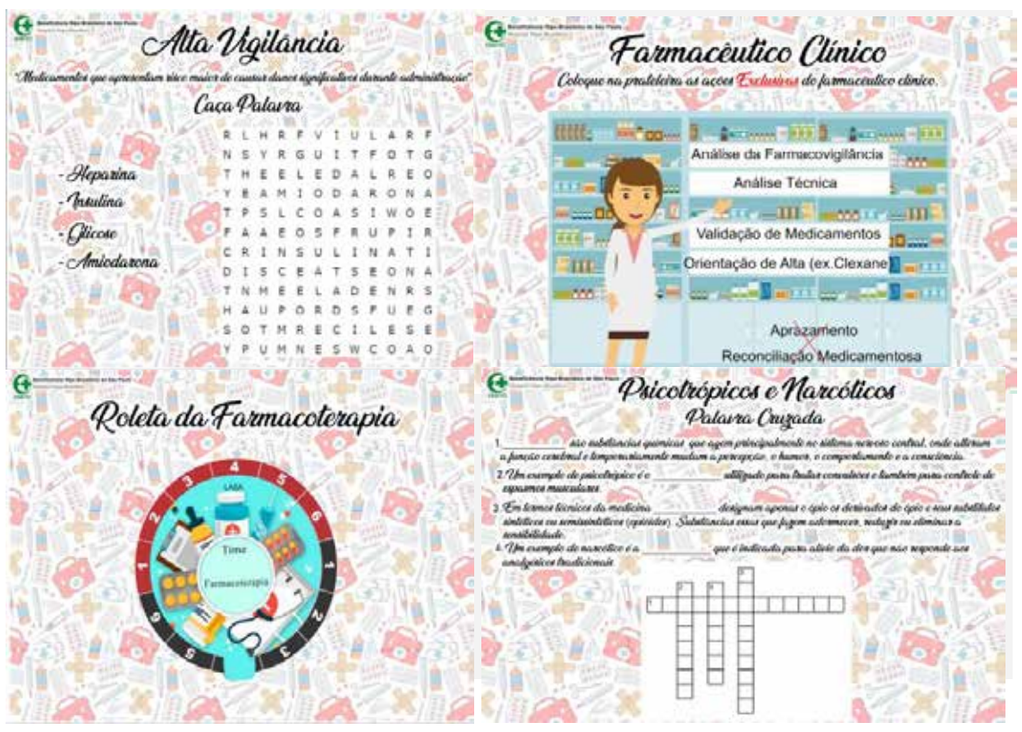
Simone Bando- *Enfermeira Padronização de Materiais*; **Carolina Faro-** *Farmacêutica*; **Maria Cristina *Mateus-*** *Gerente de Suprimentos*

INTRODUÇÃO

As acreditações hospitalares orientam e monitoram padrões de alta performance, qualidade e segurança. Requerem capacitação do capital humano, assistência voltada ao paciente e também redução de custos. Na Assistência Farmacêutica, cuidados com Medicamentos de Alta Vigilância, uso abusivo de narcóticos e uma farmácia clínica atuante são solicitados. Durante este processo, rotinas e protocolos são revisados e implantados. A comunicação efetiva destas mudanças é um grande desafio pois envolve equipes multidisciplinares na linha de cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo realizado pelo Time de Farmacoterapia do Hospital Nipo-Brasileiro. A ação denominada ***Farmagame*** foi realizada em maio de 2019 e contemplava um caderno de brincadeiras lúdicas onde eram abordados: Medicamentos de Alta Vigilância, Narcóticos, papel do farmacêutico clínico e Centro de Informações de Medicamento (CIM). O treinamento foi aplicado *in loco* à profissionais de enfermagem, farmácia e equipe médica com duração máxima de 30 minutos onde brincadeiras lúdicas abordavam os temas acima citados. Ao final do treinamento era aplicado instrumento para avaliação do mesmo e dado ao colaborar uma lata de balas com o rótulo: *Risotril- Paracetomar purin*

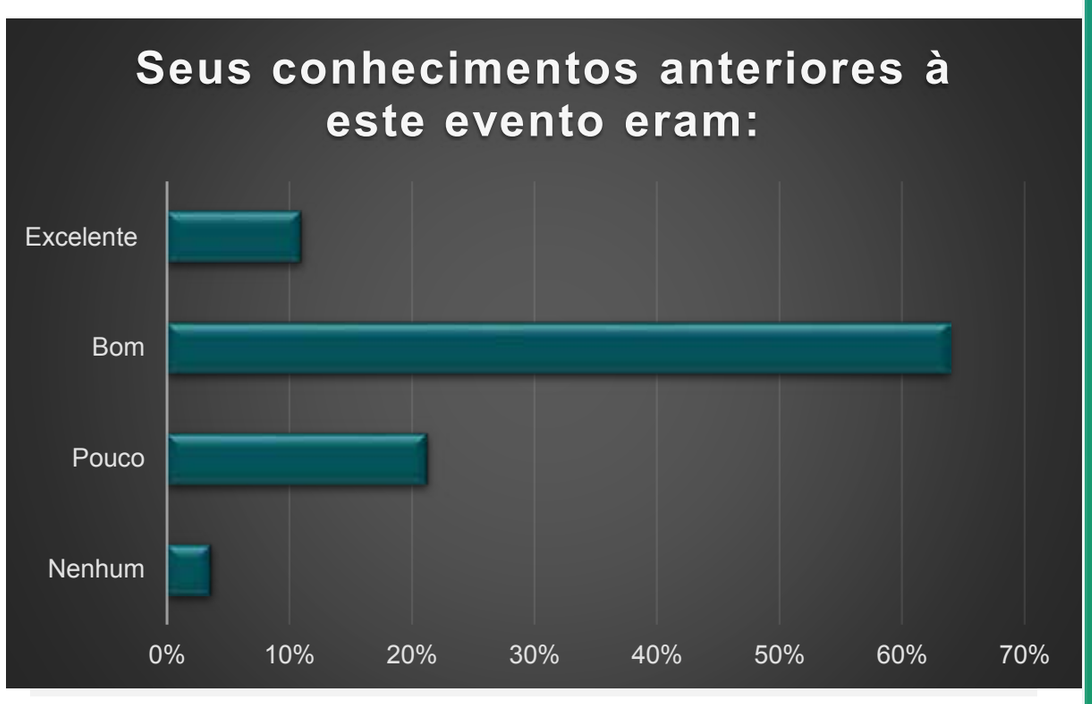


Medicamentos de Alta Vigilância, Segurança no uso de narcóticos e papel do farmacêutico clínico abordados de forma lúdica à equipe multidisciplinar;

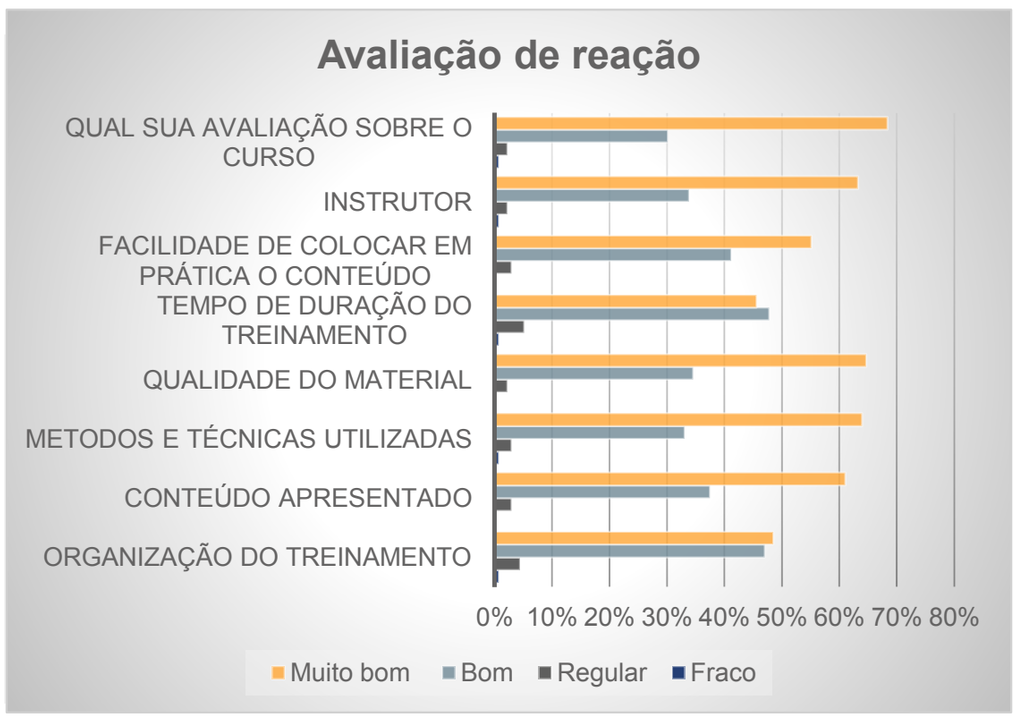
Integração equipe multidisciplinar no treinamento *in loco*.

RESULTADOS

A dinâmica foi aplicada a 634 profissionais da Saúde. O custo total foi de R$ 454,24. O treinamento foi avaliado em 7 critérios: organização, conteúdo apresentado, métodos e técnicas utilizadas, qualidade do material, tempo de duração, facilidade em colocar em prática o conteúdo, instrutor. Como avaliação geral sobre o treinamento apenas 2% o avaliaram como regular, 68% avaliaram como Muito Bom e 30% Bom. Constatou-se um aumento de 96% no atendimento do Central de Informações sobre Medicamentos (CIM).



Pesquisa referente ao conhecimento prévio dos colaboradores .



Avaliação de reação após treinamento

CONCLUSÕES

O processo de acreditação hospitalar requer revisões de protocolos e rotinas e uma comunicação efetiva entre as equipes e a aplicação de treinamentos curtos de forma lúdica no setor de atuação contribuiu para melhor adesão e aceitabilidade além do baixo custo do material didático (R$0,72/profissional).

REFERÊNCIAS

BOHLANDER, George; SNELL, Scott. **Administração de Recursos Humanos**. 14ªed. São Paulo: Cengage-Learning, 2011.
CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na empresa**. 38ª ed., São Paulo: Atlas, 1994.

▲ VOLTAR

Uso do escore HOSPITAL simplificado na predição de reinternação hospitalar em um hospital público

Fernando Pivatto Jr., Marco Antônio Fisch, André Wajner

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre-RS

INTRODUÇÃO

- Reinternações hospitalares não eletivas
  - ⇨ Comuns
  - ⇨ Prejudiciais para os pacientes
  - ⇨ Associadas com custos significativos

- Recentemente, o escore HOSPITAL simplificado* foi desenvolvido visando à predição da sua ocorrência, incluindo as variáveis
  - ⇨ Hemoglobina e sódio séricos na alta
  - ⇨ Internação eletiva *vs.* não eletiva
  - ⇨ Diagnóstico de câncer
  - ⇨ Tempo de permanência
  - ⇨ Nº de internações no último ano

OBJETIVO

Avaliar o desempenho do escore HOSPITAL simplificado* na predição de reinternação não eletiva em 30 dias em um hospital público terciário de ensino do sul do Brasil

METODOLOGIA

- Estudo de coorte retrospectivo

- Altas do Serviço de Medicina Interna da instituição em 2018

- Excluídos da análise
  - ↳ Óbitos, transferências e evasões

- Avaliadas reinternações ocorridas no mesmo hospital e em outros dois interligados pelo sistema informatizado

- As variáveis contínuas sem distribuição normal foram apresentadas sob a forma de mediana (intervalo interquartil, IIQ)

- Avaliação da capacidade de predição
  - ↳ Área sob a curva ROC (AUC)

- Definição do melhor ponto de corte
  - ↳ Índice de Youden

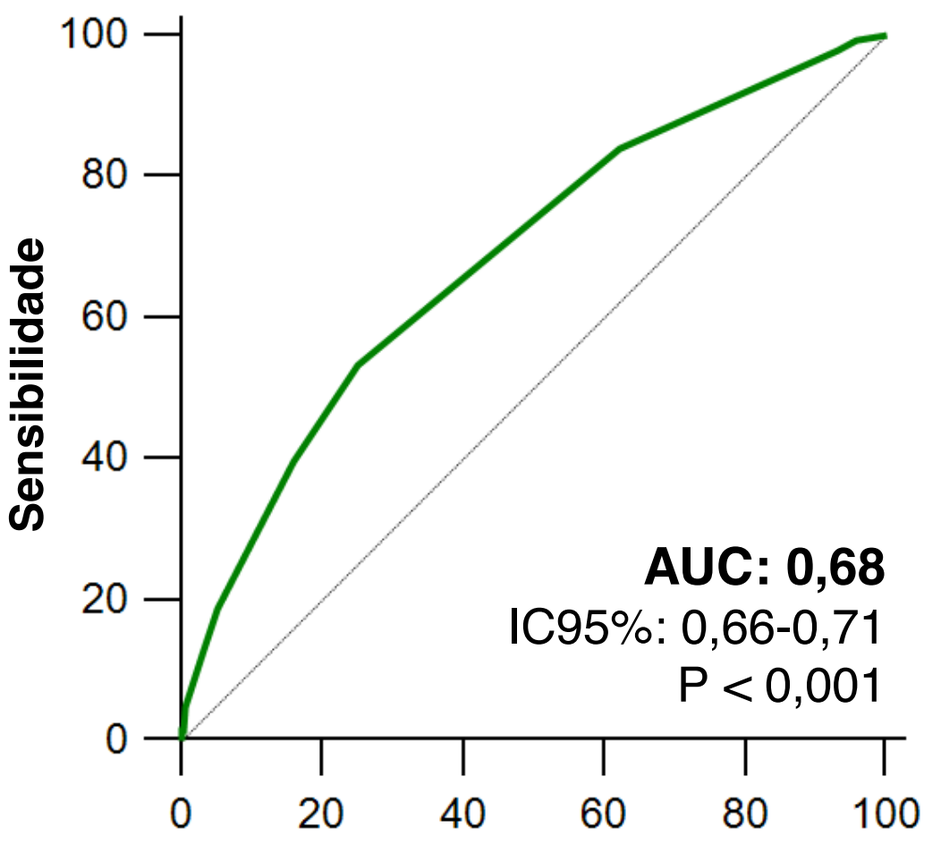
- Comparação entre grupos
  - ↳ Teste do qui-quadrado

- Nível de significância
  - ↳ $P < 0,05$

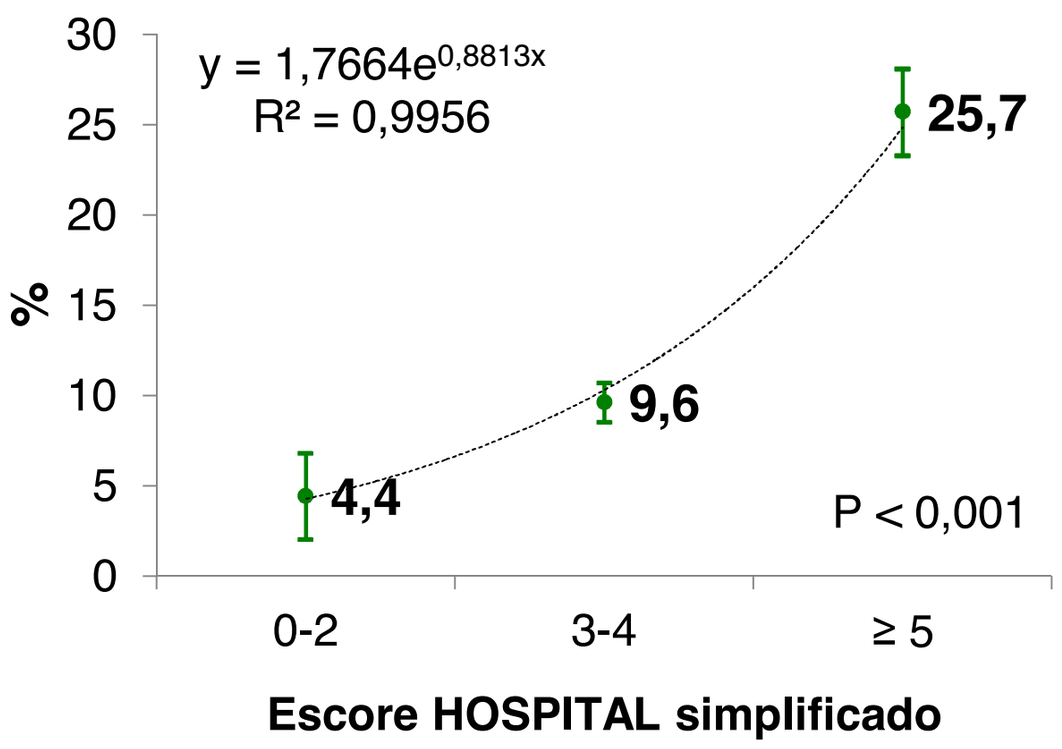
RESULTADOS

- 4.472 altas hospitalares avaliadas
- 52,2% femininos
- Mediana idade: 66,0 anos
- Mediana Charlson idade: 3 pontos
- Reinternação não eletiva em 30 dias
  - ↳ 14,0% (IC95%: 13,0-15,0%)
- Escore ≥ 5 pontos = Alto risco
  - ↳ 29,0% das altas hospitalares

Área sob a curva ROC



Reinternação não eletiva de acordo com o escore HOSPITAL simplificado*



CONCLUSÕES

- A AUC do escore foi de 0,68, possibilitando a identificação de altas hospitalares com risco elevado de reinternação não eletiva em 30 dias

- A implementação desse escore no sistema informatizado possibilitará a identificação precoce das altas de alto risco visando à adoção de medidas preventivas

REFERÊNCIA

*Aubert CE et al. Simplification of the HOSPITAL score for predicting 30-day readmissions. BMJ Qual Saf. 2017;26(10):799-805

▲ VOLTAR

Dashboard de Gestão Assistencial de Enfermagem

Salete Senkiu Leite, Felipe Moura Shrrab, Daiani Grande Henrique

INTRODUÇÃO

A atuação da equipe de enfermagem é fundamental para proporcionar uma assistência segura e de qualidade nos Hospitais. Evidenciamos que hoje, o tempo despendido por enfermeiros para atividades administrativas e burocráticas ligadas ou não a assistência, impossibilitam uma presença maior desse profissional à beira leito. Sendo assim, passa ser de suma importância o desenvolvimento de soluções tecnológicas que possam apoiar esses profissionais para que suas decisões sejam mais ágeis, assertivas e que proporcione um tempo cada vez maior para as atividades realizadas diretamente com o paciente.

METODOLOGIA

Demonstrar como a equipe de enfermeiros do Hospital Nossa Senhora das Graças podem dispor de um maior tempo dedicado a assistência direta ao paciente, a partir de uma aplicação tecnológica desenvolvida internamente

Por meio de levantamento e captura automática das informações do prontuário eletrônico do paciente, foi elaborado um Dashboard de Gestão Assistencial que informa em tempo real aos coordenadores de enfermagem e enfermeiros os registro e os resultados da aplicação de escalas como: MEWS, PEWS, MORSE, ECA , monitoramento dos sinais vitais e aplicação de protocolos relacionados ao perfil da unidade de internamento

.

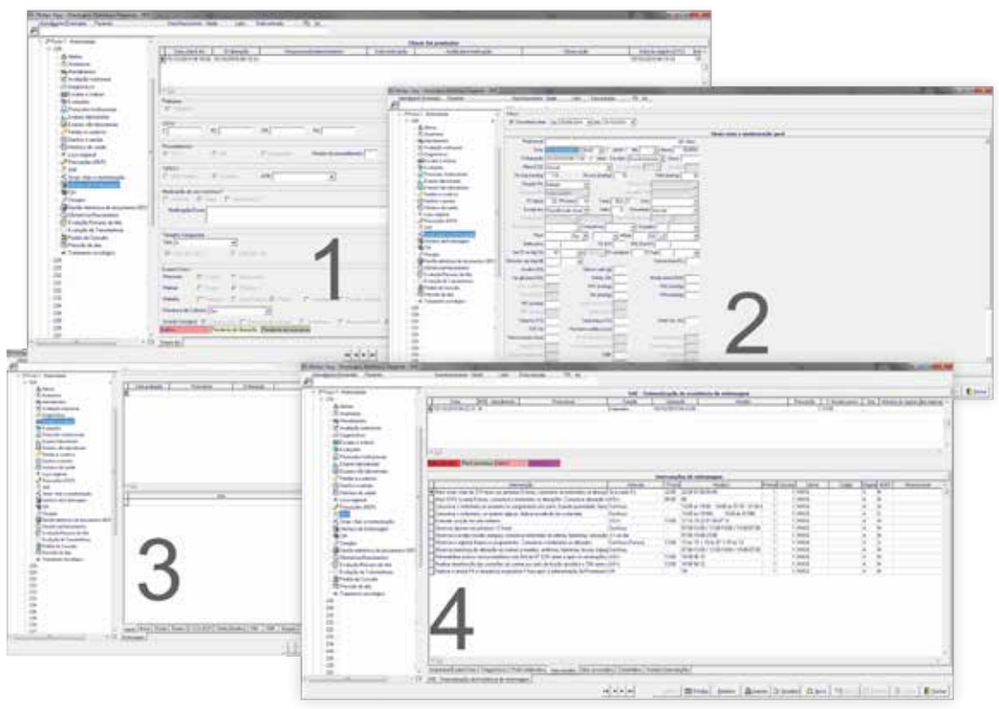


Figura 1. Modelo das telas na sistemática anterior, visitadas uma a uma pelos enfermeiros para avaliar a assistência prestada

RESULTADOS

Houve uma redução significativa do tempo em que os coordenadores e enfermeiros despediam para avaliar as informações contidas em prontuários médicos. Para uma unidade de 20 leitos gastávamos em média 60 minutos avaliando todos os registros relativos aos pacientes internados para as tomadas de decisões assistenciais. Após implantação do Dashboard de Gestão a busca por informações em prontuários, para os mesmos 20 leitos, passou a ser realizada em apenas 02 minutos.

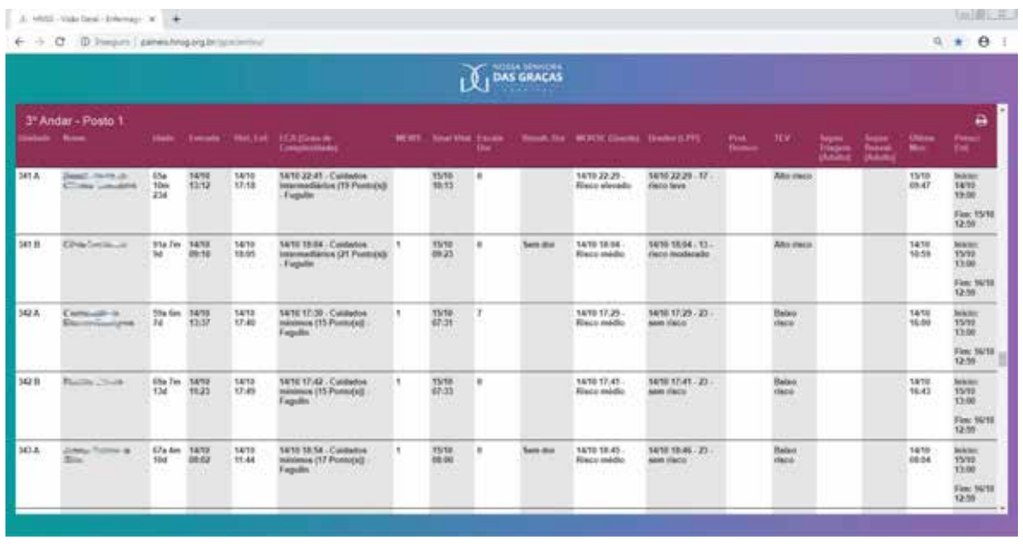


Figura 2. Modelo do Dashboard de Gestão com a visão consolidada para avaliar a assistência prestada

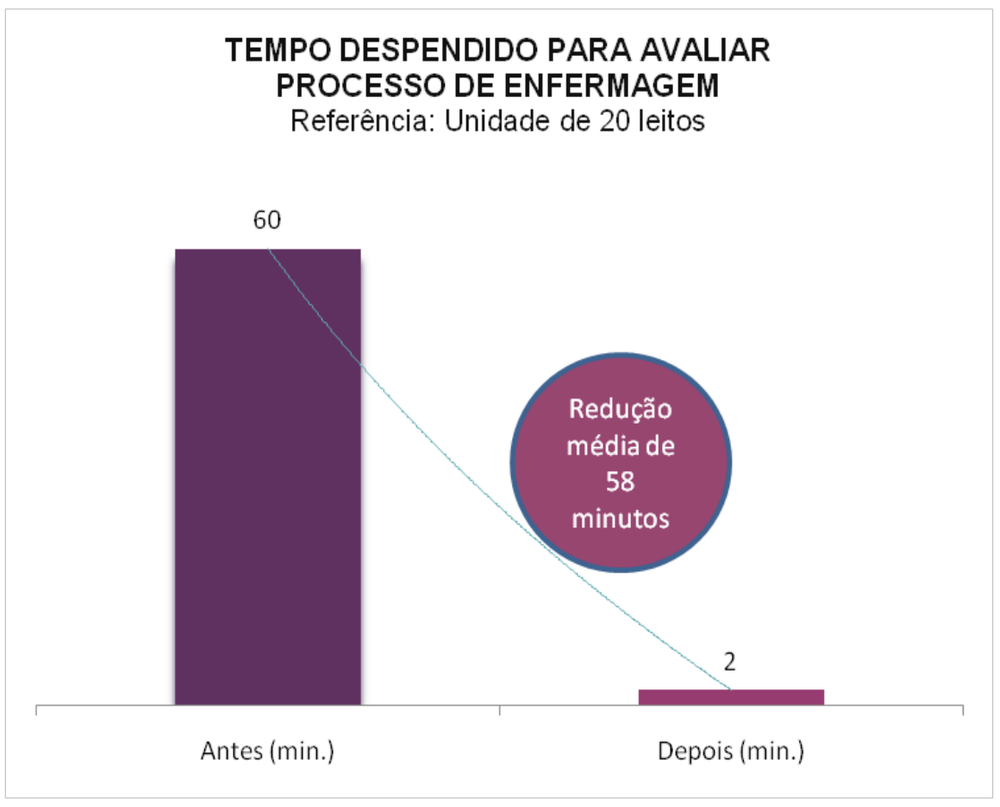


Gráfico 1. Comparação do tempo de avaliação entre os modelos

CONCLUSÕES

Observamos que a aplicação de uma solução tecnologia proporcionou uma redução significativa de tempo para os enfermeiros. Isto resulta em decisões assistenciais de enfermagem mais ágeis, bem como um maior tempo disponível para acompanhamento direto do paciente a beira do leito.

REFERÊNCIAS

Projeto de Produção Interna: Documento Interno Manual de Procedimento MP-026 sobre a Rotina de diária do Enfermeiro

VOLTAR

USO DE APLICATIVO PARA LIBERAÇÃO DE LEITO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DA EFETIVIDADE OPERACIONAL

Daniele Ramos Rosa da Silva[1], Flávia Maria Magalhães da Paixão Queiroz [2], Lorena Alves Dantas da Silva [3]

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios dos hospitais é garantir a sua saúde financeira decorrente, dentre outros fatores, da efetividade operacional do gerenciamento de leitos.

O acesso de pacientes, muitas vezes, é afetado por indisponibilidade de vagas, tendo como consequências a redução do número de procedimentos, emergências lotadas de pacientes aguardando leito para internamento e insatisfação. Desta forma, faz-se necessário mapear as variáveis que interferem na boa gestão deste processo, a partir do conhecimento de informações precisas e seguras do "setup" do leito, período compreendido desde a alta médica até a disponibilização da acomodação para uma nova ocupação.

Neste contexto, o uso de tecnologia torna-se um grande aliado, tendo em vista os significativos avanços trazidos para o segmento de saúde, no que tange ao acesso, automação e gerenciamento de dados, favorecendo a melhoria dos processos.

METODOLOGIA

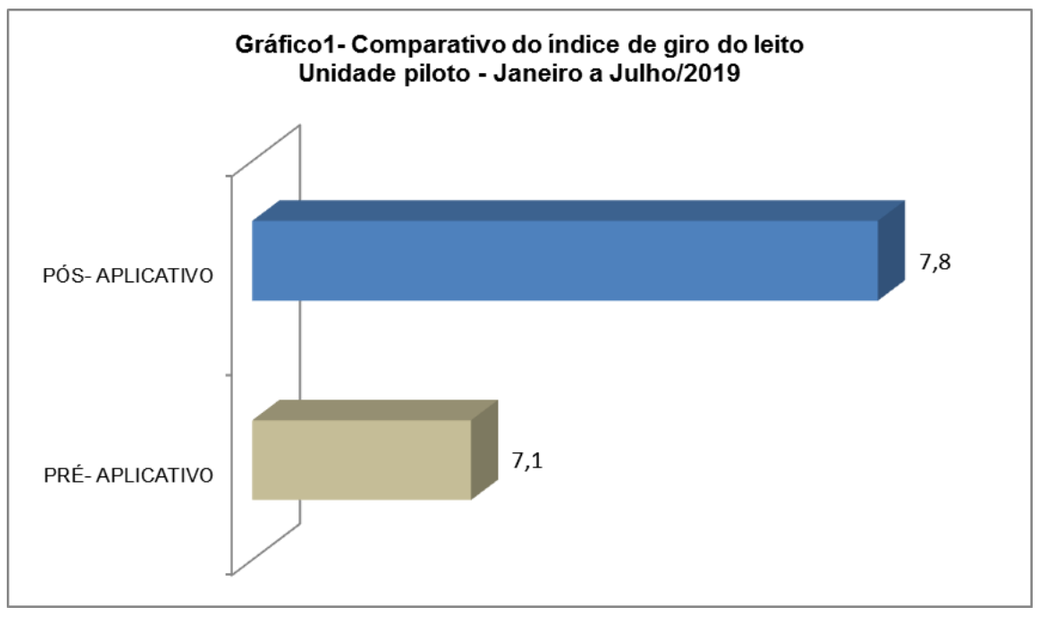
O Departamento de Tecnologia da Informação do Hospital Português desenvolveu um aplicativo que possibilita o acesso à informação, em tempo real, das demandas de limpeza terminal e liberação de leito. Foi realizado um piloto, durante três meses, em uma unidade com 28 leitos, predominantemente cirúrgicos, cujo colaborador da higienização e camareira receberam dois smartphones, favorecendo a execução das atividades de forma assertiva.

Fotografia 1: Treinamento da equipe da hotelaria para uso do aplicativo de liberação de leito - abril/2019.

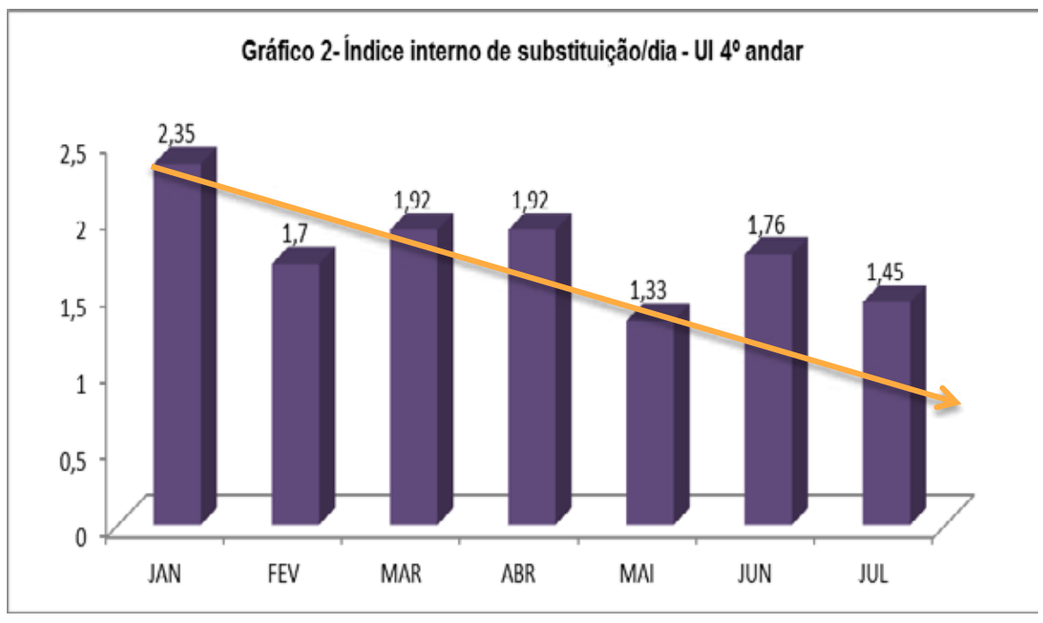
Fotografia 2: Tela do aplicativo para liberação de leito | Relação de leitos aguardando o início da limpeza terminal.

RESULTADOS

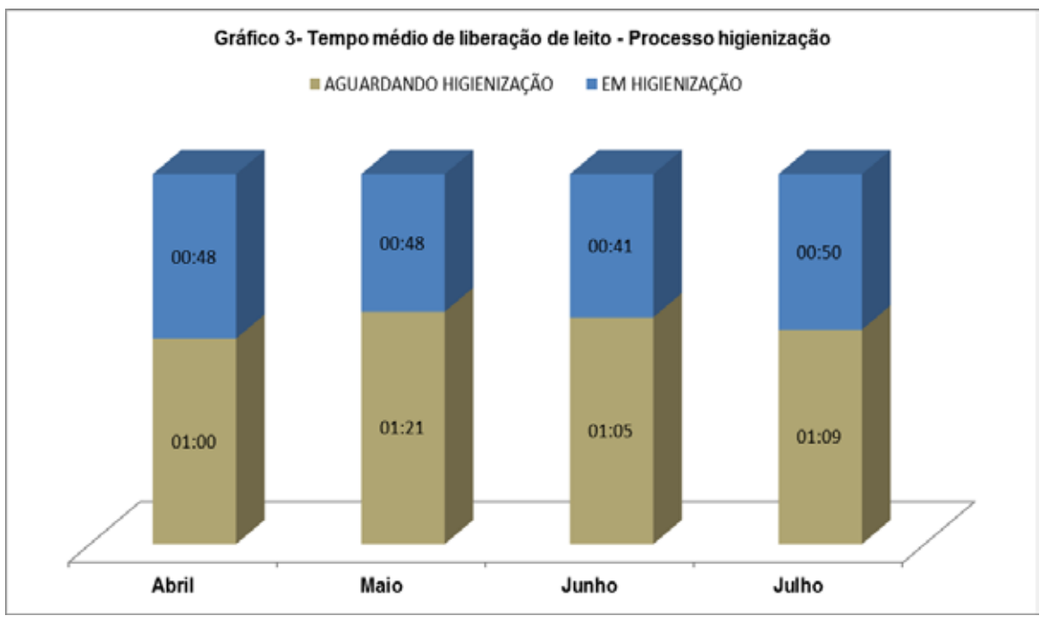
- Crescimento de 11% da utilização do leito com um giro médio de 7,8;
- Redução de 24% do índice de substituição do leito, correspondendo a 1,5 dia;
- Constatação de que o leito permanece parado, cerca de 60 minutos, aguardando o início da higienização.



Fonte: Indicadores de Gestão/ Sistema Tasy – Hospital Português/2019.



Fonte: Indicadores de Gestão / Sistema Tasy – Hospital Português /2019.



Fonte: Relatório tempo médio de higienização / Sistema Tasy – Hospital Português /2019.

CONCLUSÕES

A análise dos dados apontou que um dos gargalos para o fluxo do paciente é o tempo de espera do leito para iniciar o processo de limpeza terminal. O uso do aplicativo proporcionou, além do conhecimento de intervalos previamente desconhecidos, o acesso ágil e de maneira integrada a dados mais confiáveis, possibilitando conduzir o serviço de higienização, minimizar ruídos na comunicação, planejar melhor a utilização do leito, agregando celeridade ao processo.

1. Enfermeira Chefe de Hotelaria | Hospital Português | Salvador - BA;
2. Enfermeira Supervisora de Governança | Hospital Português | Salvador – BA;
3. Enfermeira de Governança | Hospital Português | Salvador – BA.

VOLTAR

OXYGEN WITH LOVE (OWL): O IMPACTO DA HIPERSATURAÇÃO (SATURAÇÃO DE O_2 ACIMA DE 95%) NOS RECÉM-NASCIDOS ABAIXO DE 1.500g NA UTI NEONATAL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados | 2019

Perinatal

Jonathan de Carvalho, Mariane Dias Barbeitas, Inácio Araripe, Vivianne Cortez e Marcelo Moraes

INTRODUÇÃO

São inúmeros os riscos ao recém-nascido associados à prematuridade extrema, desde distúrbios respiratórios, psicomotores à neurológicos, podendo levar a óbito. Uma assistência adequada durante a internação na UTI neonatal possibilita minimizar esses riscos, especialmente o da saturação de oxigênio do recém-nascido, buscando um equilíbrio tênue entre a hipossaturação e a hipersaturação. A hiperóxia pode ser definida como a concentração de oxigênio no sangue em valores superiores a 87% (referência para recém-nascidos), nos pacientes em suporte ventilatório. O excesso na dosagem de oxigênio podem causar injúrias de ordem neurológicas, oftalmológicas e pulmonares, podendo levar a casos de retinopatia da prematuridade (ROP), leucomalácia, hemorragia intercraniana e displasia broncopulmonar, deixando sequelas para o resto da vida do paciente. Em uma UTI neonatal, é comum que a maior preocupação da equipe com recém-nascidos em suporte ventilatório seja com a falta de oxigênio. Porém, este deve ser visto como um medicamento que, como qualquer outro, é tóxico quando oferecido em altas dosagens: na dose certa, pode salvar; na errada, pode matar ou deixar sequelas.

Em levantamento realizado entre março e junho de 2017, a média percentual de hiperóxia na UTI neonatal era de 46%. O objetivo do projeto foi reduzir os índices de hipersaturação nos bebês prematuros – e/ou com extremo baixo peso – em uso de oxigênio, aplicando ferramentas Lean na identificação, análise e melhoria do indicador.

METODOLOGIA

Como propõe a metodologia Lean, foram identificados desperdícios e problemas que aumentavam a incidência de hipersaturação. Durante o *gemba* (termo que significa ir observar onde o problema ocorre), foi identificado que havia certa ansiedade da equipe de técnicos de enfermagem frente à hipóxia, em que o paciente passa a ter uma coloração azulada no rosto, despertando a atenção imediata na equipe, condicionando-a a aumentar a dose de oxigênio dado ao recém-nascido. Já o paciente com alta saturação de O2 não despertava a mesma urgência, por ter uma coloração avermelhada no rosto, associada a saúde. Esses problemas observados no *gemba* foram aplicados à ferramenta da "Árvore da Realidade Atual", vinda da Teoria das Restrições (TOC), para organizar a relação causa e efeito e encontrar as causas raízes do problema, que permitissem focar as contramedidas nas origens dos sintomas.

A partir das causas identificadas, a equipe buscou sanar e reduzir as origens do problema lançando mão de algumas contramedidas, tais como a sensibilização e treinamento dos colaboradores, exposição dos índices de hiperóxia por plantão, e, principalmente, no uso da inovação tecnológica como aliada. A implantação do ventilador AVEA, substituindo o Babylog (VAF), permitiu uma melhoria na leitura e no fornecimento de oxigênio aos prematuros de baixo peso, alimentando com dados em tempo real o BI com os indicadores de saturação de oxigênio da UTI Neonatal.

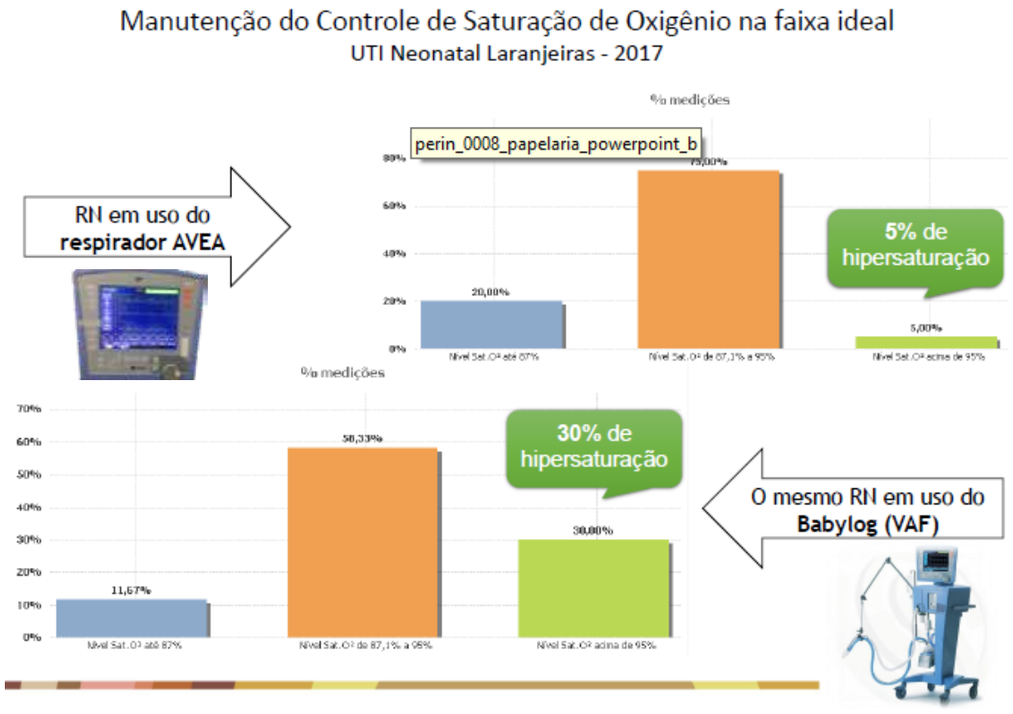
CAUSA RAIZ	CONTRAMEDIDA
Equipe com dificuldade de acesso a informações de saturação	Criação de indicadores no BI institucional, alimentados em tempo real através do Tasy
Baixo comprometimento / consciência da equipe com hipersaturação	Reuniões de sensibilização, envolvendo a equipe de enfermagem e pais de crianças com sequelas causadas pela hispersaturação
	Treinamentos trimestrais
Conhecimento desnivelado entre a equipe	Exposição do % de hiperóxia por plantão
Dificuldade / sensibilidade no ajuste de fornecimento de oxigênio para prematuros extremos e/ou extremo baixo peso	Implantação do ventilador AVEA

Relação entre causas raízes e contramedidas aplicadas

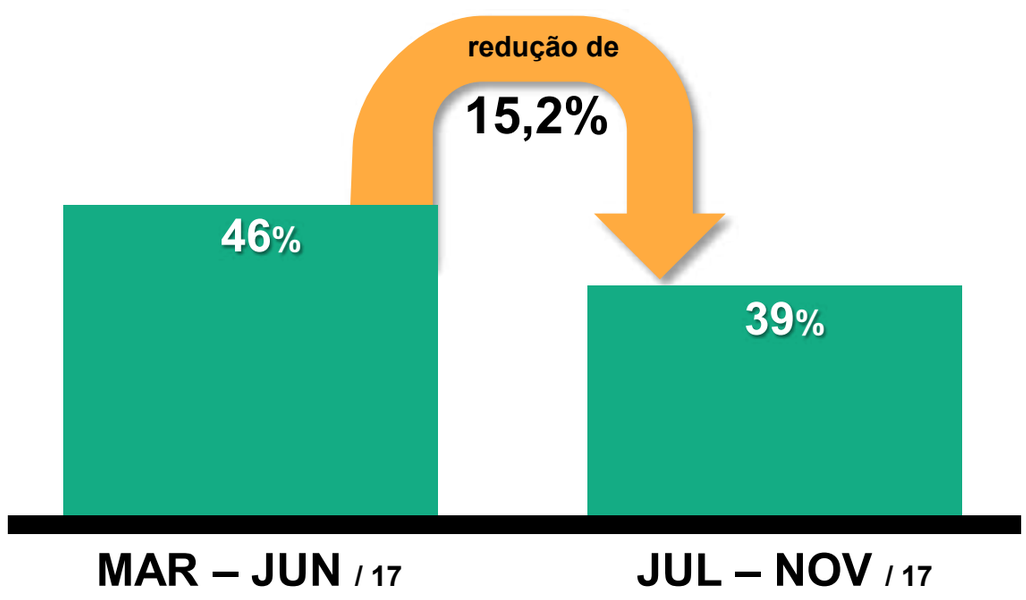
Lean é expor o problema e trazê-lo para perto: Gestão à vista com os índices de hipersaturação por plantão da UTI neonatal

RESULTADOS

Ao término do ciclo de entregas do projeto, houve uma redução de 15,2% no índice de hipersaturação, aumentando de forma significativa a segurança dos pequenos pacientes e a qualidade de vida que eles terão uma vez deshospitalizados. Isso foi possível por meio da sinergia de melhorias entre gestão de processos e gestão de tecnologia, fazendo com que os resultados assistenciais da Perinatal se equiparassem aos índices das melhores UTI neonatais do mundo, de acordo com a rede Vermont.



Processo controlado via dashboard criado no BI, alimentando-se em tempo real a partir do Tasy, permitindo comparar a qualidade dos respiradores.



Índice de hiperóxia na UTI neonatal antes (março a junho) e depois da implantação das contramedidas do projeto.

VOLTAR

CENTRAL DE AUTORIZAÇÕES LEAN PERINATAL

Jonathan de Carvalho, Inácio Araripe, Mariane Dias Barbeitas, Marcelo Moraes

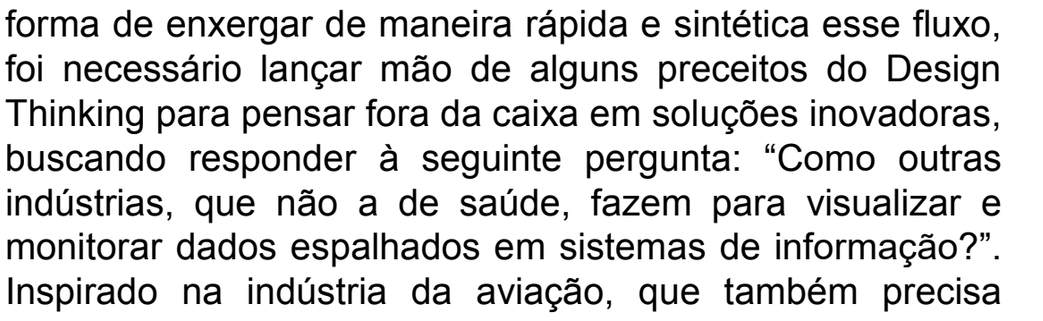
INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios na gestão financeira de um hospital é lidar com o hiato de tempo entre a execução do serviço (cirurgia, internação etc.) e o recebimento por ele – em alguns casos demora-se mais de 90 dias entre a alta do paciente e o pagamento depositado pela operadora. Trata-se de um veneno silencioso e mortal, devido à dificuldade de enxergar o problema e pela pressão que essa demora exerce no caixa da empresa – sintoma mais perceptível do problema –, que tem despesas fixas imediatas, como pagamento da folha salarial e de fornecedores. Muitas vezes, esse problema é dado como "regras do jogo" e tido como insanável e, portanto, não analisado. Partindo do pressuposto de que esse tempo é a soma do processamento interno das contas no hospital e o processamento feito pelas operadoras – e de que o segundo é um fator não gerenciável –, o que pode ser feito para reduzir o tempo de processamento interno?

Logo, o objetivo final desse projeto foi de reduzir o tempo de processamento interno das guias e contas hospitalares, para que o hospital pudesse reduzir o lapso de tempo entre a execução do serviço e o recebimento pelo mesmo. Para tanto, seria necessário trazer o problema à tona e enxergá-lo, extraindo-o de um mar difuso de milhares de guias soltas que circulam e represam dentro do hospital e seu ERP.

METODOLOGIA

Foram utilizados nesse projeto ferramentas de Lean, Seis Sigma e Teoria das Restrições (TOC), para identificar as restrições e analisar o fluxo das contas. Foi criado uma Central de Autorizações, setor responsável pelo ritmo e pelo acompanhamento das guias, pela realocação de funcionários, com dedicação exclusiva ao fluxo das guias. Indicadores foram desenvolvidos que permitissem verificar o desempenho do processamento das contas. O passo seguinte foi desenvolver uma maneira para que a empresa pudesse literalmente enxergar esse fluxo, escondido em planilhas e sistemas de informação. Mesmo após visitas benchmark, não foram encontradas soluções que permitissem ver o "todo". Diante dessa dificuldade de encontrar exemplos e paralelos que pudessem indicar uma forma de enxergar de maneira rápida e sintética esse fluxo, foi necessário lançar mão de alguns preceitos do Design Thinking para pensar fora da caixa em soluções inovadoras, buscando responder à seguinte pergunta: "Como outras indústrias, que não a de saúde, fazem para visualizar e monitorar dados espalhados em sistemas de informação?". Inspirado na indústria da aviação, que também precisa monitorar e controlar milhares de aviões nos céus, foi desenvolvido um dashboard no BI semelhante às usadas em torres de controle de voo, exibindo em um único relance onde estão todas as contas, totalmente integrado ao Tasy (ERP da Perinatal). O mesmo painel, distribuído em diversos setores pelo hospital, pode ser filtrado por convênios e valor das contas, permitindo uma ação priorizada da equipe em desafogar o fluxo – especialmente importante para as guias que dependem de datas fixas de envio às operadoras.



Indicadores criados no BI, alimentados em tempo real pelo Tasy, permitindo analisar performance do fluxo por unidade, área e operadora.

RESULTADOS

A otimização dos processos apoiado no dashboard implantado, além de tornar o processo mais gerenciável, trouxe uma significativa redução de 32% no tempo de processamento de guias e contas, assim como uma redução de R$ 58.517,86 de custos mensais, através da mais rápida disponibilização do capital no caixa da empresa. Além de melhorar a gestão sobre o fluxo das guias e contas hospitalares e dirimir as pendências que travavam a sua fluidez, o projeto permitiu ainda reduzir em 28% as glosas aceitas. Soma-se a isso, a performance dos processos das diferentes unidades, antes altamente variáveis e despadronizada, foi sendo gradativamente estabilizada.

28% Redução das glosas aceitas por erro interno

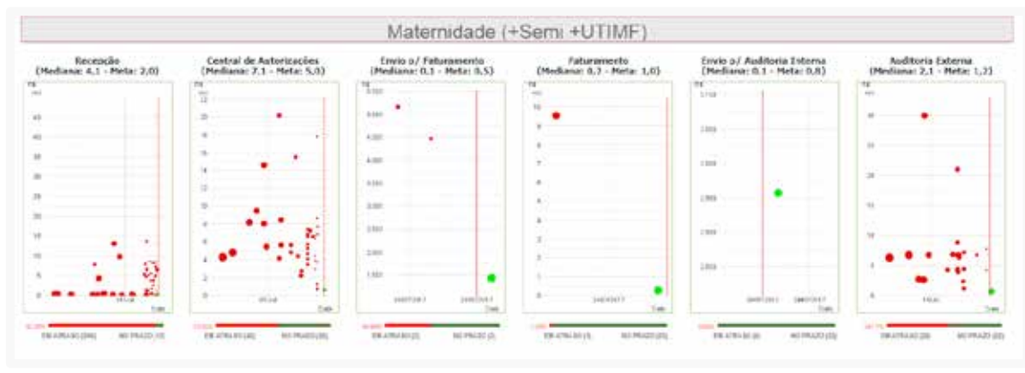
R$ 20.470,81 Redução de perdas mensal

32% Redução do tempo de processamento interno

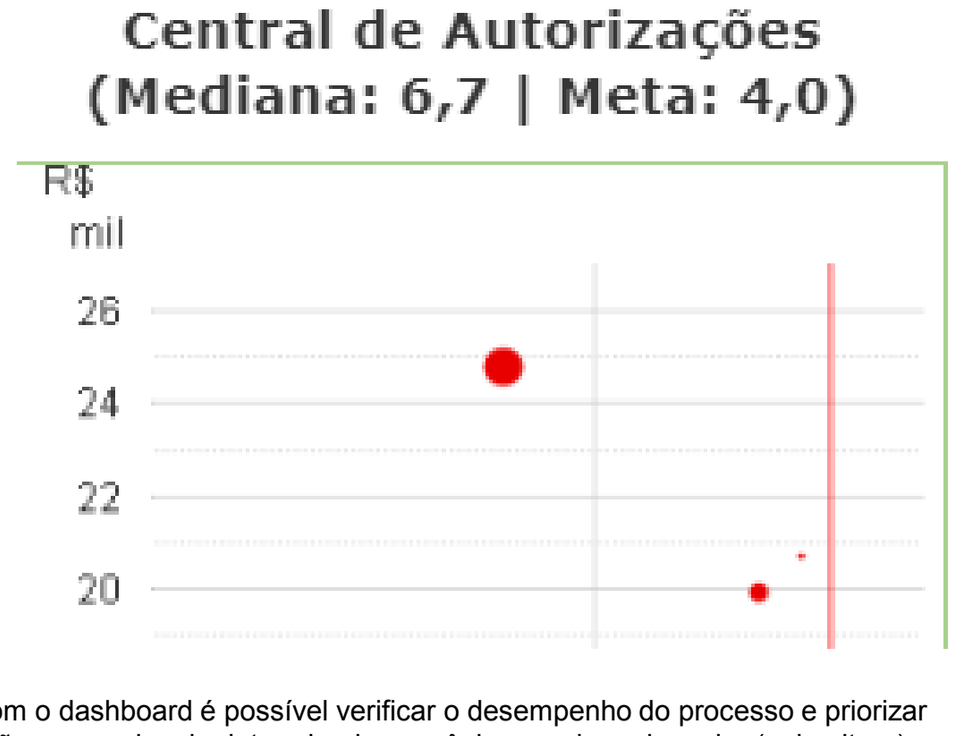
R$ 58.517,86 Redução de custo mensal

75% Redução do tempo de faturamento das contas

69% Redução de devoluções de contas por erros



Dashboard criado, inspirado em telas de controle de voos, usando dados registrados no Tasy, tornando visível de uma só vez onde estão as guias.



Com o dashboard é possível verificar o desempenho do processo e priorizar ações nas guias de determinado convênio, nas de maior valor (pela altura) e nas mais atrasadas (pelo tamanho da bolinha)

Caso tenha interesse em saber mais sobre esse e outros projetos, envie-nos um email para **lean@perinatal.com.br**

▲ VOLTAR

Estudo de equivalência entre IPG® e APR-DRG-3MHIS®

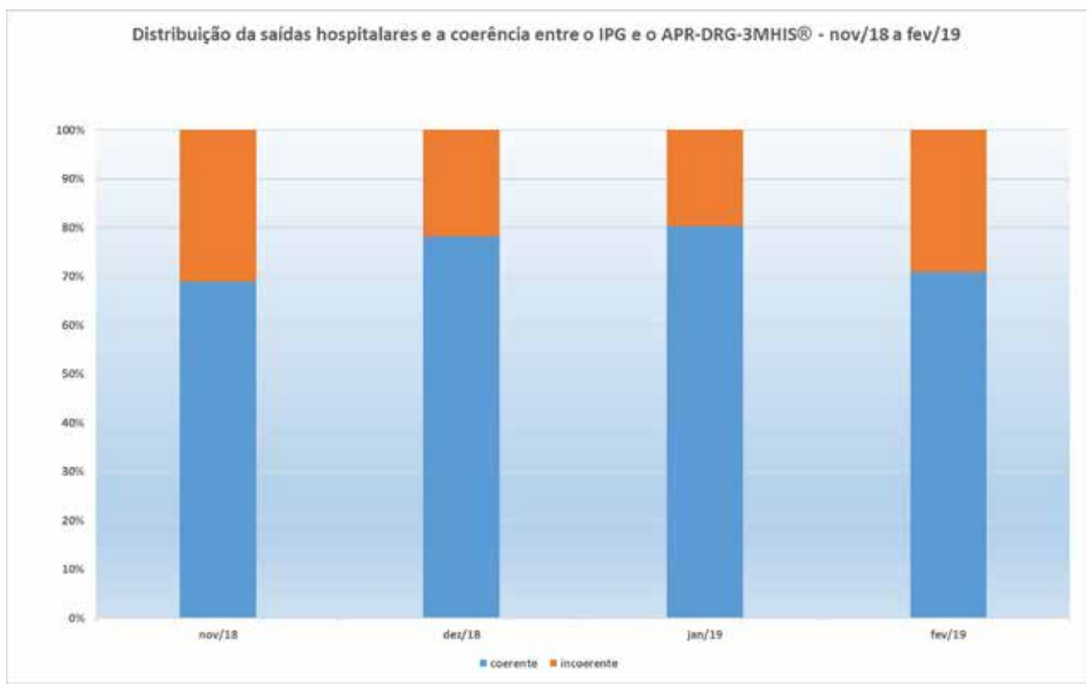
Márcia Martiniano de Sousa e Sá, Andrea Gomes Carreira, Samara Cristine Nunes, André Alexandre Osmo

INTRODUÇÃO

Introdução: O mercado em saúde vem assistindo a uma transição nos modelos de remuneração, os gastos crescentes em saúde, principalmente com as despesas hospitalares, estão tornando o sistema insustentável.
O modelo tradicional, fee-for-service, está sendo substituído por um modelo baseado em valor, que busca foco em resultados, segurança e desfechos clínicos. Buscando o uso racional de tecnologias e recursos, se adaptando à nova realidade de pacientes cada vez mais crônicos e com poli morbidade.
A partir de setembro de 2018, o Hospital Sírio Libanês e o grupo United Health passaram a adotar o Orçamento Global Ajustado, modelo de pagamento onde é feito um repasse mensal ao hospital a partir da série histórica do ano anterior. Porém, foi preciso estabelecer critérios para avaliar a complexidade e a quantidade de pacientes atendidos.
O Hospital Sírio Libanês já adota desde 2015 a ferramenta APR-DRG-3MHIS® (All Patient Refined – Diagnosis Related Group – 3M Health Informationm Systems). Ferramenta esta que agrupa pacientes clinicamente semelhantes. Já a United Health desenvolveu junto à Optum um agrupador próprio, o Inpatient Group (IPG®).
Ambas as ferramentas permitem o cálculo do índice de case-mix e do total weigth. Essa medida resume a complexidade dos pacientes atendidos no período.

METODOLOGIA

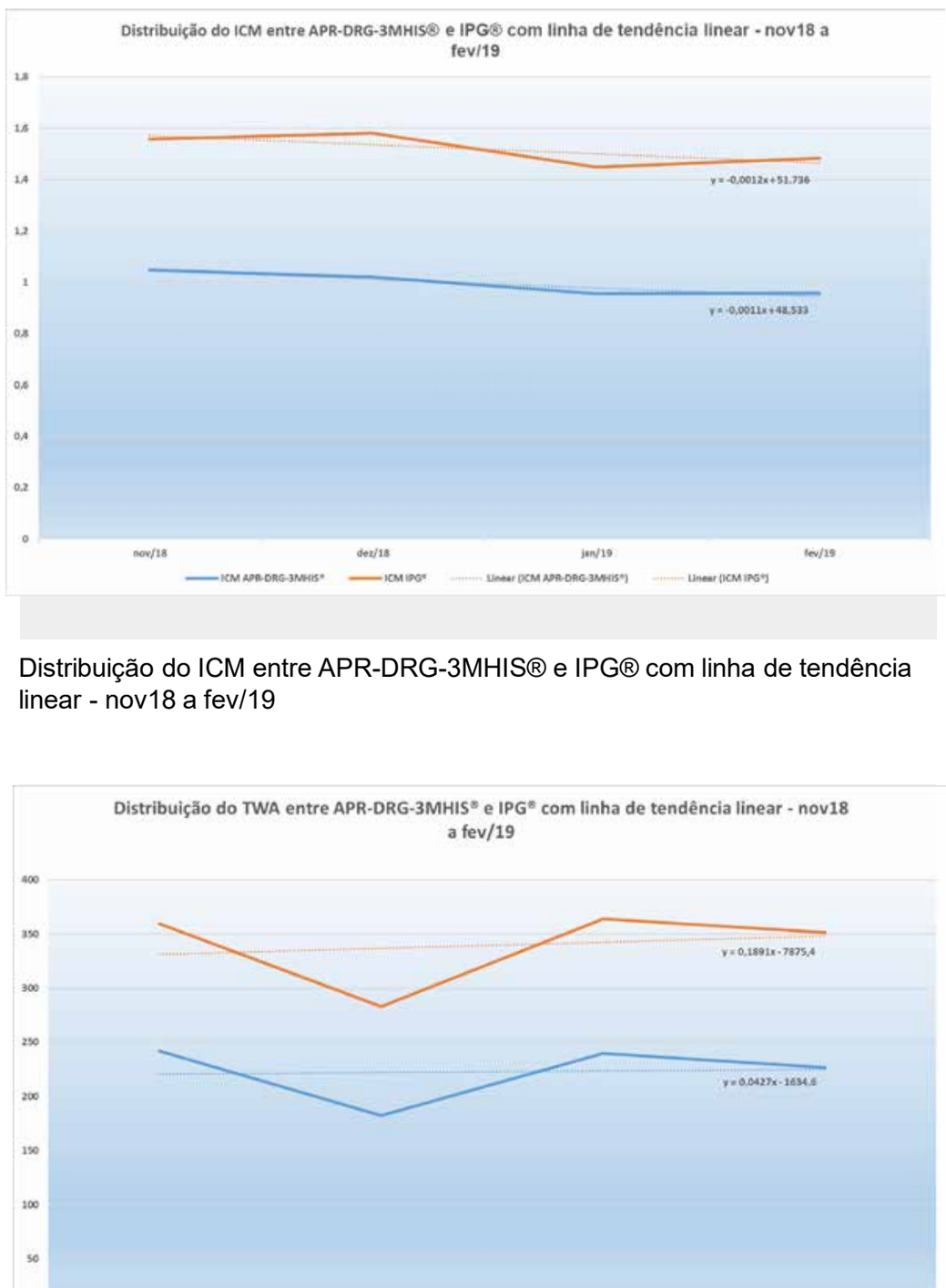
Realizada a comparação entre o IPG® e o APR-DRG-3MHIS®. Realizada a comparação clínica, o *total weight* (somatória do peso relativo) e o Índice de Case Mix (média dos pesos relativos)
O IPG é enviado pela United Health após três meses da saída hospitalar.



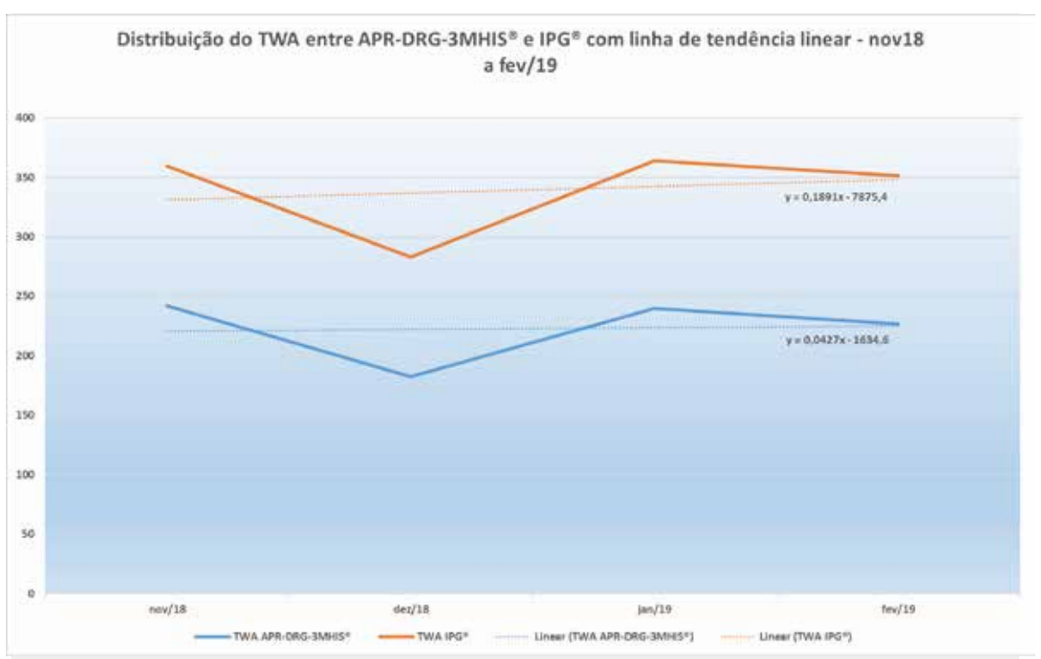
Distribuição das saídas hospitalares segundo coerência entre IPG® e APR-DRG-3MHIS®

RESULTADOS

Resultados: Foram analisados 970 saídas hospitalares entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019. Os critérios de avaliação foram empíricos, uma vez que não possível ter acesso ao algoritmo do IPG® para sabermos quais os diagnósticos e procedimentos estão incluídos em cada IPG®.
A coerência foi de 61,20% em novembro de 2018, nos meses seguintes foi de 64,88%, 73,86%, 64,94% e 66,39%.
Em relação ao Total Weigth Admited (TWA) observamos que a tendência entre as ferramentas é muito próxima, assim como o Índice de Case-Mix (ICM).
Discussão: Todos os casos são analisados e as diferenças discutidas com a fonte pagadora. É muito importante que os hospitais conhecem seu case-mix, deste modo é possível saber se pacientes mais ou menos complexos foram mais ou menos atendidos, o que é usado para cálculo de valores adicionais ou decréscimo do repasse mensal.



Distribuição do ICM entre APR-DRG-3MHIS® e IPG® com linha de tendência linear - nov18 a fev/19



Distribuição do TWA entre APR-DRG-3MHIS® e IPG® com linha de tendência linear - nov18 a fev/19

CONCLUSÕES

Conclusão: O uso das ferramentas para agrupar pacientes clinicamente semelhantes se mostrou eficiente para a avaliação dos casos.
Apesar de serem ferramentas diferentes, as tendências de TWA e ICM são similares.

REFERÊNCIAS

FETTER, R.B. Concepts of case-mix management. In: ROGER-FRANCE, F.H.; MOOR, G. DE; HOFDIJK, J.; JENKINS, L., (Org.).Diagnosis Related Groups in Europe. Ghent, Belgium, Goff BVBA, 1989. p. 134-42.
FETTER, R.B.; FREEMAN, J.L. Diagnosis Related Groups: product line management within hospitals. Acad. Manag. Rev., 11:41-54, 1986.
FETTER, R.B.; FREEMAN, J.L.; AVERILL, R.F.; THOMPSON, J .D. Case-mix definition by Diagnosis Related Groups. Med. Care, 18 (Suppl.):1-53, Feb. 1980.
FETTER, R.B.; FREEMAN, J.L.; MULLIN, R.L. DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed. Pathologist, 39(6) 1985. [Separata]

VOLTAR

Painel do paciente melhora a experiência do paciente internado

Roberta Stancioli M. C. Guimarães, Rafaela Rocha Santos França, Juliana Lizardo Rodrigues Albuquerque, Ricardo Eugênio Hovadick Oliveira

INTRODUÇÃO

A Rede Mater Dei de Saúde criou um Núcleo de Inovação composto por uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, engenheiros e administradores, com o objetivo de promover a inovação, buscando, entre outras temas, melhorias assistenciais, satisfação e experiência do paciente. O objetivo foi criar um protótipo de um painel para ser instrumento para pacientes internados e seus acompanhantes participarem de seu cuidado durante toda a internação.

METODOLOGIA

A metodologia ágil escolhida foi o SQUAD para resolver o desafio identificado. Falhas de comunicação representaram 14% das queixas dos pacientes internados nos últimos 14 meses. Todas as pessoas envolvidas no SQUAD ficaram imersas durante quinze dias com foco na discussão e desenvolvimento do protótipo do painel do paciente. OKRs (*objective and key result*) foram definidos: Melhora na experiência do paciente adulto nas Unidades de Internação assim como o aumento do *Net Promoter Score* (NPS).

Figura 1 - Protótipo Painel do Paciente

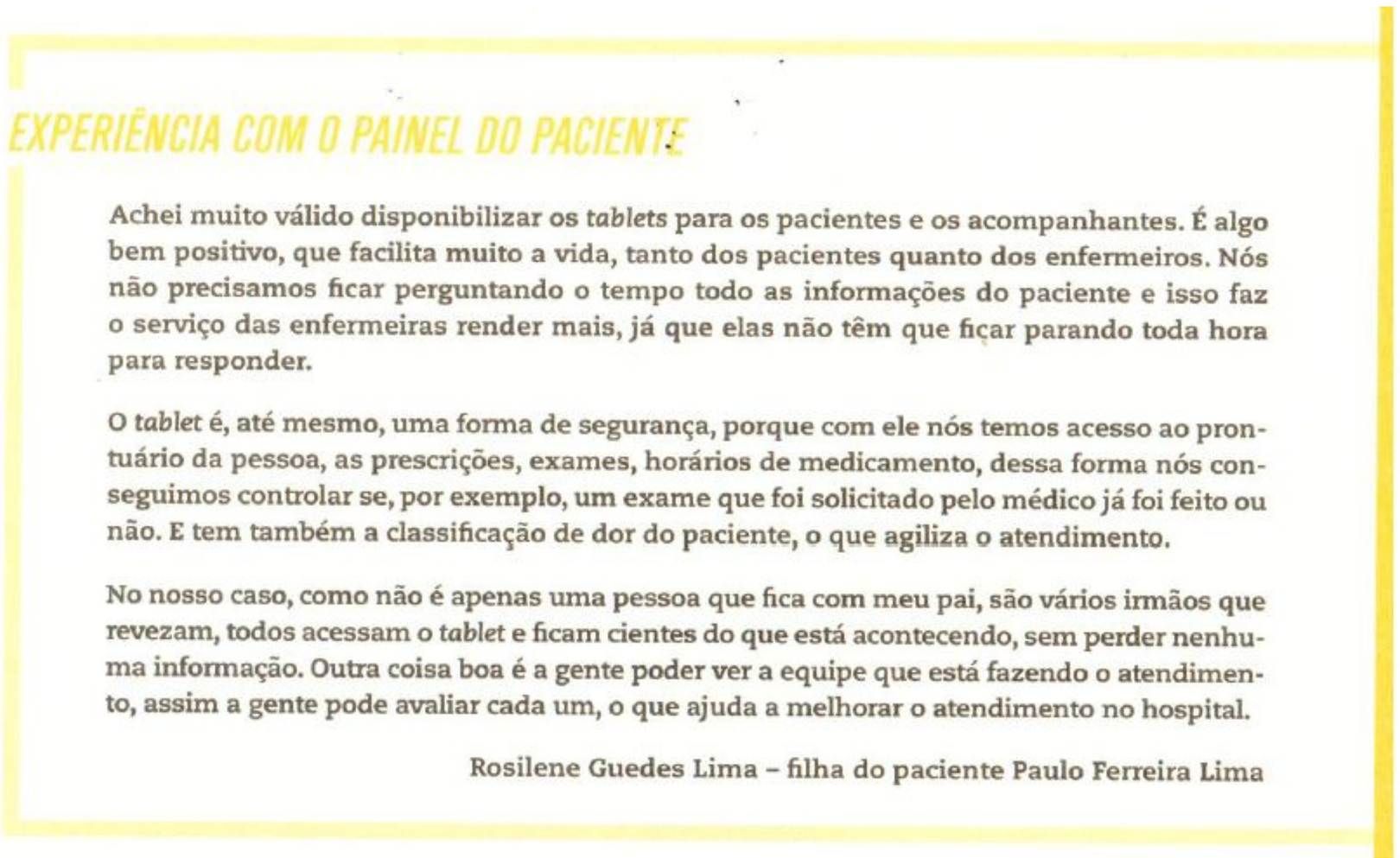
RESULTADOS

Em 15 dias úteis, o protótipo do Painel do Paciente foi desenvolvido pela própria equipe. Através desse Painel, o paciente visualiza suas informações, seu cronograma de cuidado diário e a evolução dos seus dados vitais. Além disso, pode verificar a previsão do tempo; conhecer, através de fotos, a equipe médica responsável pelo seu cuidado e a equipe de enfermagem escalada para o dia; acompanhar exames e medicações prescritas; avaliar sua dor, através da escala de dor, juntamente com a equipe de enfermagem, que, de acordo com a dor do paciente, aciona o fluxo da farmácia; participar do seu cuidado, complementando informações relevantes no seu próprio prontuário médico; acionar a equipe de Concierge e SAC; ter informações de funcionamento da infraestrutura do apartamento; receber e verificar informações úteis e de lazer, tais como horário de funcionamento do cartório interno, regras e horários de visita, alimentação, horário de missas e cultos e cartilhas educativas. Essa solução em protótipo foi disponibilizado em tablets alugados pela Rede em seis apartamentos da Rede. Em três meses de experimentações, foi possível observar o aumento de 4p.p. do NPS dos andares em que o painel foi utilizado.

CONCLUSÕES

A implementação de uma metodologia ágil por uma equipe multiprofissional trouxe resultados relevantes de aumento de segurança assistencial, produtividade e satisfação do cliente, comprovando sua aplicabilidade no setor de saúde.

Empoderar o paciente e engaja-lo no seu cuidado melhora a sua experiência e satisfação. Este, quando mais informado, participa e interage mais com a equipe assistencial, propiciando mais segurança a todos envolvidos. Mais testes e experimentos devem ser realizados para melhorar o protótipo e implantar definitivamente a solução.



EXPERIÊNCIA COM O PAINEL DO PACIENTE

Achei muito válido disponibilizar os *tablets* para os pacientes e os acompanhantes. É algo bem positivo, que facilita muito a vida, tanto dos pacientes quanto dos enfermeiros. Nós não precisamos ficar perguntando o tempo todo as informações do paciente e isso faz o serviço das enfermeiras render mais, já que elas não têm que ficar parando toda hora para responder.

O *tablet* é, até mesmo, uma forma de segurança, porque com ele nós temos acesso ao prontuário da pessoa, as prescrições, exames, horários de medicamento, dessa forma nós conseguimos controlar se, por exemplo, um exame que foi solicitado pelo médico já foi feito ou não. E tem também a classificação de dor do paciente, o que agiliza o atendimento.

No nosso caso, como não é apenas uma pessoa que fica com meu pai, são vários irmãos que revezam, todos acessam o *tablet* e ficam cientes do que está acontecendo, sem perder nenhuma informação. Outra coisa boa é a gente poder ver a equipe que está fazendo o atendimento, assim a gente pode avaliar cada um, o que ajuda a melhorar o atendimento no hospital.

Rosilene Guedes Lima – filha do paciente Paulo Ferreira Lima

Figura 2 - Depoimento Filha de um paciente usuário do Painel do Paciente

REFERÊNCIAS

MERLINO, J. **Obcecados por servir:** construindo valor a partir da experiência do paciente. São Paulo: Editora Atheneu, 2016. 316p.
MILANI, R.,D.Reducing Hospital Toxicity: Impact on Patient Outcomes. **Am J Med.** P.961-966, ago. 2018.
REVISTA MATER DEI. Nº 5. Belo Horizonte: Rede Mater Dei de Saúde, jun, 2019. 78p.
TEBOUL, J. **Serviços em Cena:** o diferencial que agrega valor ao seu negócio. Rio de Janeiro: Campus, 2008. 200p.

▲
VOLTAR

APLICATIVO INTEGRADO
MELHORIA NA EXPERIÊNCIA DO MÉDICO COM O HOSPITAL

Carla Viviane Silva Rossi, Alisson Afonso Amaral

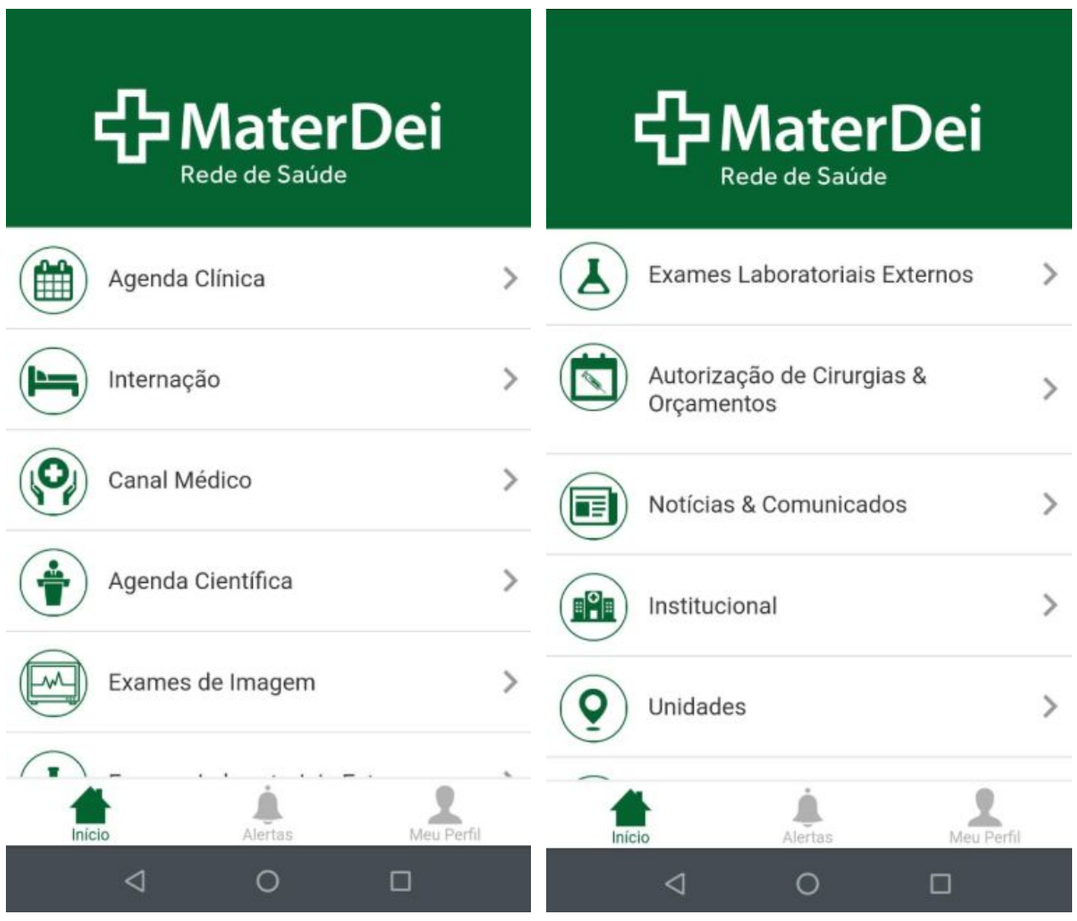
INTRODUÇÃO

A Rede Mater Dei de Saúde desenvolveu um aplicativo médico com intuito de contribuir com informações relevantes às atividades diárias dos médicos. O aplicativo auxilia na gestão do tempo, na tomada de decisões assistenciais, a satisfação do cliente e na interação médico-hospital.

O objetivo deste aplicativo consiste na necessidade de disponibilizar informações e interações através do contato rápido, organizado e com impacto direto na qualidade do atendimento.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o design centrado no usuário com objetivo de promover melhoria e solucionar desafios de comunicação e informação. Foi estabelecida colaboração entre usuários e desenvolvedores durante 12 meses. As principais métricas definidas foram: médicos sem agenda no período com alertas de internação, intercorrência ou interconsulta, logins e agendamentos na plataforma, nº de acessos de usuários cadastrados.



Menu do aplicativo. Algumas das possibilidades de consulta que o aplicativo oferece, como por exemplo, acessar aos exames dos pacientes.

RESULTADOS

Foi criada uma rede de compartilhamento de informações através de contato rápido na plataforma com outros especialistas. Tal ferramenta também possibilita organização da gestão, com impacto direto na qualidade do atendimento ao cliente-paciente. O aplicativo possibilita acesso a agenda interligada entre consultório e hospital, consulta ao prontuário do paciente internado, além de solicitação e acesso a autorização de cirurgias - o processo de autorização será realizado pelo hospital e informado para o médico e paciente via app.

É possível também chat entre médico e paciente em caso de intercorrências, para visualização de novos exames: caso haja qualquer intercorrência com o paciente, pode ser aberto um chat com o médico responsável, que terá acesso aos novos exames realizados. O app alerta novas internações e, através do tablet, facilita a comunicação entre médicos e pacientes internados, contribuindo para uma melhor interação.

Também é possível consultar e receber resultados críticos de pacientes não internados, possibilitando rápida intervenção. Tal possibilidade se dá até mesmo à distância, através da condução e orientação precoce do paciente externo.

Temos como resultados iniciais: 500 usuários acessando, 5308 acessos mensais e 33 alertas emitidos.

Agenda científica. Uma das ferramentas do aplicativo, a agenda científica, permite que os profissionais se interem a respeito de eventos agendados.

CONCLUSÕES

Foi possível observar a multiplicação do tempo em conversão à saúde, qualificação e facilitação de informações ao corpo clínico. Além disso, a promoção de uma interação segura, melhorando a satisfação do usuário médico.

O aplicativo foi desenvolvido pela empresa **Medicinia** e o setor de TI, trabalhou em sua incorporação no hospital, além de solicitar os componentes do app, conforme demanda.

VOLTAR

Hospital Nipo-Brasileiro

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2019

APLICATIVO MÓVEL DE ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DE ORIENTAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR

Simone T. Sousa, Lilian C.Kato, Patricia N. I. Nagato

INTRODUÇÃO

A saúde tem atribuído, em sua assistência, a tecnologia como sua aliada. O The Lancet Digital Health" destaca-se, em 2016, o Fórum Econômico Mundial declarando o crescimento exponencial da tecnologia digital como a "Quarta Revolução Industrial", com o "potencial de melhorar a qualidade de vida das populações em todo o mundo". O objetivo do trabalho foi comparar nossos resultados com o que a referência bibliográfica mostra de instituições que utilizam aplicativos móveis.

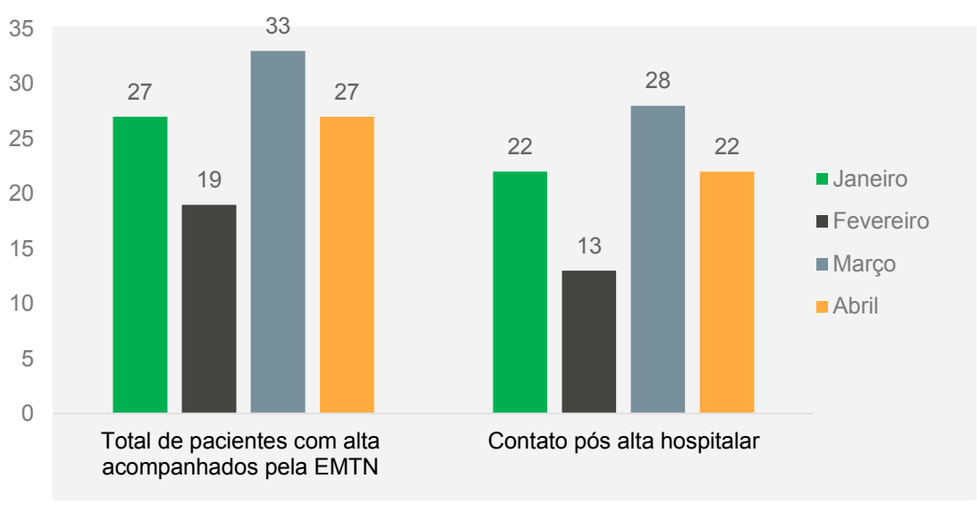
METODOLOGIA

Em nossa instituição, fazemos o acompanhamento pós alta de pacientes crônicos de alta complexidade por meio de ligações telefônicas, buscando informações referente a transição do plano de cuidado em paciente que recebeu alta hospitalar em acompanhamento pela EMTN. A fim de alcançar o objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória buscando bibliografias sobre a utilização do aplicativo móvel à saúde.

Considerando que o estudo sobre o tema é incipiente na literatura, foram realizadas buscas em português e inglês nas bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Google acadêmico e digital (digital health), saúde móvel (mHealth) e os acervos Biblioteca FGV, através da consulta pelos seguintes descritores: "aplicativos móveis, profissionais de saúde e idoso crônico. Dos 23 artigos,10 elegíveis e 13 excluídos não apresentam identificação com o tema. Por fim para definir quais aplicativos a serem avaliados neste estudo, buscamos as soluções mais recomendadas nas lojas virtual de aplicativo Google Play totalizando 8 aplicativos.

RESULTADOS

De acordo com os resultados de julho de 2018 a junho de 2019, tivemos um total de 345 pacientes de alta hospitalar, conseguirmos contato com 263 (média de 74%). Considerando o levantamento de literatura no cuidado aos pacientes crônicos após alta hospitalar, através do aplicativo móvel, concluiu-se que não foi encontrado atuação da equipe multiprofissional para contribuição da informação na transição do cuidado. Observamos aumento do uso de aplicativos na área da saúde, porém não relacionado ao tema estudado. Espera-se a construção futura da ferramenta multiprofissional como sendo instrumento de informação que auxilie essa população. Segundo a plataforma Health Loop, mais de 30% das complicações no período e recuperações poderiam ser evitadas e mais de 91% das pessoas estão dispostas e recomendam a utilização de aplicativo para o acompanhamento do cuidado. Mais de 74% dos acompanhamentos foram completados em 1 ano. De acordo com o Fórum Econômico Mundial, estamos a bordo de uma revolução tecnológica que transformará fundamentalmente a forma como vivemos, trabalhamos e nos relacionamos.



APLICATIVO	FUNCIONALIDADE	ANÁLISE DO APLICATIVO PELO CONSUMIDOR
ADA	Auxiliar e interagir com o usuário a fim de traçar hipótese diagnóstica sobre o problema.	Queixas pelos usuários foram insignificativas. Atualizado 04/10/19
CUCO Health	Emitir alerta nos horários de tomar remédio e manter histórico do tratamento	Ótima performance perante ao consumidor Atualizado dia 27/09/19
Repare	Conscientizar a adesão ao tratamento das espôndilo-artrites e informações sobre a doença.	Fragilidades: usuários mencionam que as datas são viciosas e dificuldade na abertura do aplicativo. Atualizado set/2018.
Vitalk /TNH Health	Oferecer conversas virtuais que acompanham a sua saúde, mostrando como alcançar seu melhor.	Sem análise de consumidores. Atualização 23/09/ 2019
Hora do Remédio	Disparar um alarme na hora da medicação, e permitir controlar de término da cartela	Ótima performance pelos usuários. Atualizado 20/05/2019
E- Saúde App. Profissional	Consulta e atendimento por especialidade	Alta performance pelos usuários. Atualizado 12/10/2019
Diário da Diabetes	Controlar sua glicemia, monitorar carboidratos, rastrear uso de insulina e evitar hiper ou hipoglicemia	Discreta fragilidade detectada pelos usuários na questão de sincronização. Atualizado 12/10/2019
Doenças e seus Tratamentos	Diagnosticar e tratar doenças agudas e crônicas	Deveria ter tradutor com idioma português. Atualizado 15/09/2019.
Cuidador Familiar	Oferecer suporte através de conexões entre famílias e profissionais para troca de experiências e informações	Alta performance pelos usuários. Atualizado 12/08/ 2018

CONCLUSÕES

Acompanhar paciente pós alta no Brasil é bastante complexo, e na maior parte dos casos, os pacientes se deparam na insuficiência de informações multiprofissionais. Monitorar os pacientes com doenças crônicas por meio de aplicativo móvel, pode reduzir custos. Apesar de algumas limitações verificadas nos estudos investigados considerando acompanhamento multiprofissional para a transição do cuidado, novas pesquisas podem trazer melhorias específicas para tratamentos diversos. São necessários mais estudos para estabelecer os possíveis papéis do uso em aplicativos em saúde sobre a relação ensino-aprendizado.

REFERÊNCIAS

HEFFERNAN, K.J. et al. 2016. **Guidelines and recommendations for developing interactive eHealth apps for complex messaging in health, promotion**. JMIR mHealth and uHealth, n.4, v.1, 2016.

POWELL, JOHN et al. **Digital health citizens and the future of the NHS**. Digital health, v. 2, p. 2016.

▲ VOLTAR

BUSINESS INTELLIGENCE: IMPLANTAÇÃO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA DE PROCESSO

Rosângela Novembre, Michele Pereira e André Leone

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza a prática de enfermagem e o fluxo da assistência ao paciente, proporcionando a viabilidade na segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro, contribuindo para a diminuição do tempo de hospitalização e economia de recursos. Toda a diretriz desta é pautada em um método de trabalho que esta previsto pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), presente na Lei do exercício profissional, no Código de Ética do Profissional de Enfermagem e pela Resolução nº 358/2009. Buscar estratégias pautadas no uso de tecnologias tem sido uma constante na área de saúde para contribuir com a gestão do cuidado.

OBJETIVO

Parametrizar um sistema de informação estruturado com o uso do software BI para aprimorar a tomada de decisão na prática clínica do enfermeiro.

METODOLOGIA

Relato de experiência realizado em um hospital privado de grande porte situado na cidade de São Paulo – Brasil. Foram utilizados dados do Sistema MV SOUL, que importados para a ferramenta de BI e Power BI da Microsoft. Para a realização deste processo de parametrização do sistema BI, como tomada de decisão e acurácia diagnóstica, utilizou-se a metodologia SIPOC (Supplier, Input, Process, Outputs e Customer) para mapear o processo, definindo todos os fatores que impactam diretamente na execução do trabalho assistencial. Concomitantemente foi realizada a portabilidade da sistematização da assistência de enfermagem para o sistema BI correlacionando as informações inseridas no prontuário eletrônico e a sincronização dos dados.

Histórico

Unidade	QT Histórico Preenchido	QT Paciente	QT Histórico Pendente
HEMODINAMICA		2	2
2 A CLIN/CIRUR ONCOLOGICO	24	25	1
4 A CLIN/CIR GERAL	26	27	1
5 A CLIN/CIR CARDIOLOGICO	22	23	1
6 A CLIN/CIR NEURO/ORTOPEDIA	25	26	1
3 A CLINICO ADULTO	23	23	0
4 B CLIN/CIR ADULTO	7	7	0
5 B CLIN/CIR ADULTO	9	9	0
6 B CIR NEURO/ORTOPEDIA	12	12	0
7 A CLIN/CIR PEDIATRIA	14	14	0
8 A CLIN/CIR AD/PED	8	8	0
PRE CIRURGICO/CENTRO CIRURGICO	4	4	0
UTI 3 F MULTIDISCIPLINAR	7	7	0
UTI 5 F CARDIOLOGIA	13	13	0
UTI 6 F NEUROLOGICA	12	12	0
UTI 7 F PEDIATRIA	6	6	0
UTI 9 F GERAL	9	9	0
Total	**221**	**227**	**6**

A tabela acima apresenta em tempo real a quantidade de pacientes estão com histórico preenchido ou pendente.

RESULTADOS

No processo de sistematização de enfermagem a utilização do sistema BI, contribuiu com gerenciamento do processo de enfermagem, reduzindo a variabilidade das informações e do cuidado clinico, possibilitando análise qualitativa e quantitativa, que compreendeu todas as fases do processo de enfermagem, promovendo o diagnóstico situacional das áreas e gerenciamento dos riscos assistenciais. O uso do sistema foi validado pelos enfermeiros em concomitante com a equipe de tecnologia, compreendendo a linguagem da informação de forma estruturada e sincronizada, conforme informações descritas no perfil clinico ou cirúrgico de cada paciente atendido.

O painel permite verificar quais são os diagnósticos de enfermagem com maior prevalência e ao clicar, localizar quais são os seus respectivos pacientes .

QT Paciente por Prescrição

Prescrição	julho	agosto	setembro	Total
SINAIS VITAIS: VERIFICAR E COMUNICAR ALTERACAO	1.810	1.866	1.705	**5.119**
PULSEIRA DE IDENTIFICACAO: CONFERIR E ANOTAR USO	1.799	1.847	1.686	**5.078**
PULSEIRA ROXA NO MEMBRO SUPERIOR: VERIFICAR/MANTER	1.597	1.670	1.552	**4.602**
GRADES DA CAMA ELEVADAS E RODAS TRAVADAS: MANTER	1.508	1.524	1.371	**4.252**
QUEDA: ORIENTAR PACIENTE E FAMILIARES RISCO	1.387	1.413	1.331	**3.978**
CAMPAINHA PROXIMA AO PACIENTE: MANTER	1.386	1.403	1.292	**3.922**
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS: EXPLICAR	1.352	1.354	1.251	**3.857**
ESCALA DE DOR: ANOTAR/ COMUNICAR SE ALTERACAO	1.259	1.284	1.211	**3.621**
DECUBITO ELEVADO: MANTER	1.256	1.310	1.205	**3.616**
CAMA BAIXA/QUATRO GRADES DO LEITO ELEVADAS: MANTER	1.186	1.211	1.095	**3.379**
SINAIS FLOGISTICOS: ANOTAR DE CVC/PERIFERICOS/DRENO	1.027	1.031	1.002	**2.984**
DEAMBULACAO: AUXILIAR/ ESTIMULAR	864	864	794	**2.478**
ABAULAMENTO/SANGRAMENTO/HEMATOMAS: COMUNICAR PRESENCA	812	793	766	**2.335**
Total	**1.912**	**1.956**	**1.808**	**5.399**

Na imagem acima é exibido o histórico da quantidade de prescrição por paciente nos últimos meses.

CONCLUSÃO

A aplicação da tecnologia de informação BI/SAE foi uma experiência inovadora no processo de enfermagem, considerando que os enfermeiros possam utilizar a plataforma para validarem cada etapa deste processo, obter informações essenciais do perfil dos pacientes atendidos, contribuindo para o desenvolvendo das melhores práticas e organização de protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

Rachel M, Megliane LD, Josely FC, et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. J. res.: fundam. care. online 2019 abr/jun 11(4): 887-893

Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent, MC. Processo de enfermagem na pratica clinica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Santos WN. Systematization of nursing care: the historical context, the process and obstacles to deployment. J. Manag. Prim Health Care, 2014; v.5 n.2 p.153-8.

VOLTAR

IMPLEMENTAÇÃO DA COLETA PADRONIZADA DE DESFECHOS REPORTADOS PELO PACIENTE: EM BUSCA DA AGENDA DE VALOR EM SAÚDE

Daisa Mesquita Escobosa[1], Beatriz Silva Pimenta[1], Carolina Ivo de Araujo[1], Vanessa Teich[1]
1. Escritório de Gestão de Valor – Hospital Israelita Albert Einstein

INTRODUÇÃO

Monitorar os desfechos reportados pelos pacientes é fundamental para melhorar a qualidade do cuidado e o resultado do tratamento. Com estrutura de coleta de resultados clínicos desde 2011, o setor de "Desfechos" se reestruturou em 2017 com o conceito de Saúde Baseada em Valor através da incorporação ao Escritório de Gestão de Valor do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

Com base na perspectiva do paciente, a mensuração de desfechos passou a utilizar medidas de resultados relatados pelo paciente (PROMs - Patient-Reported Outcome Measure) e medidas de experiências relatadas pelo paciente (PREMs - Patient Reported Experience).

OBJETIVO

Apresentar a implementação de 7 condições clínicas (Acidente Vascular Cerebral, Câncer de Próstata, Câncer de Mama, Doença Arterial Coronariana, Dor Lombar, Insuficiência Cardíaca, Osteoartrose de Joelho e Quadril) padronizadas de acordo com a metodologia ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*), bem como as dificuldades na abordagem dos pacientes destes acompanhamentos.

METODOLOGIA

Um grupo de profissionais de saúde foi treinado na aplicação dos questionários padronizados usando o contato telefônico, contendo perguntas relacionadas à perspectiva do paciente, aos resultados obtidos e a sua experiência com o tratamento.

Descrevemos os contatos telefônicos das condições clínicas implementadas no HIAE durante o período de março de 2017 a junho de 2019. Entrevistas por telefone foram planejadas no primeiro contato (conforme cada *timeline* estabelecida) e até um ano após o procedimento.

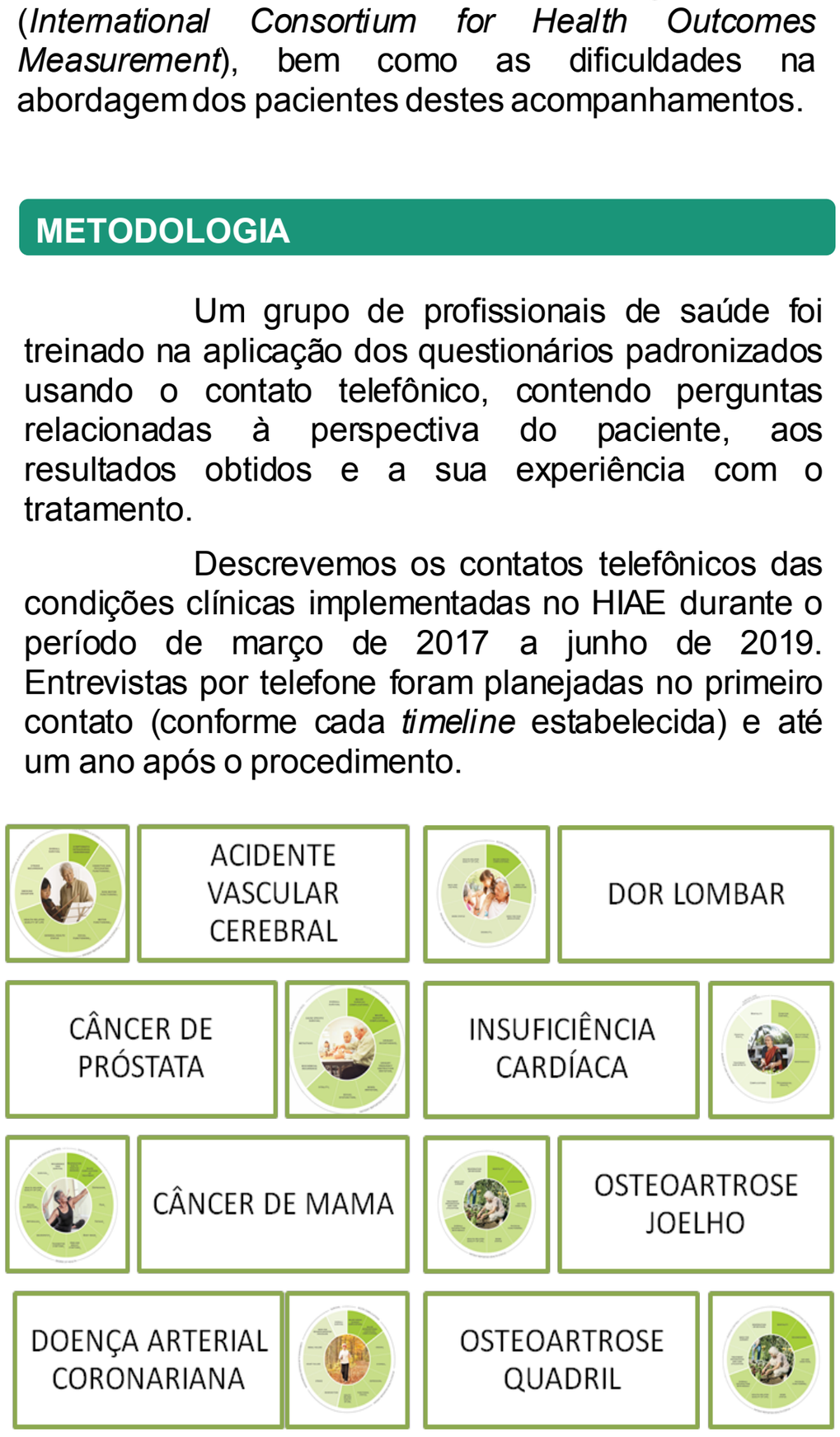


Fig. 1 - Condições clínicas implementadas no hospital segundo a metodologia ICHOM

RESULTADOS

Um total de 4.107 pacientes foram acompanhados neste período. Responderam à entrevista por telefone ao primeiro contato após a alta 2.979 pacientes (73%).

No contato de um ano, 2.048 pacientes eram elegíveis. Destes, 1.549 (76%) responderam ao questionário.

Os principais motivos de perda de seguimento foram: falha nas tentativas de contato telefônico e recusa em responder no momento do contato.

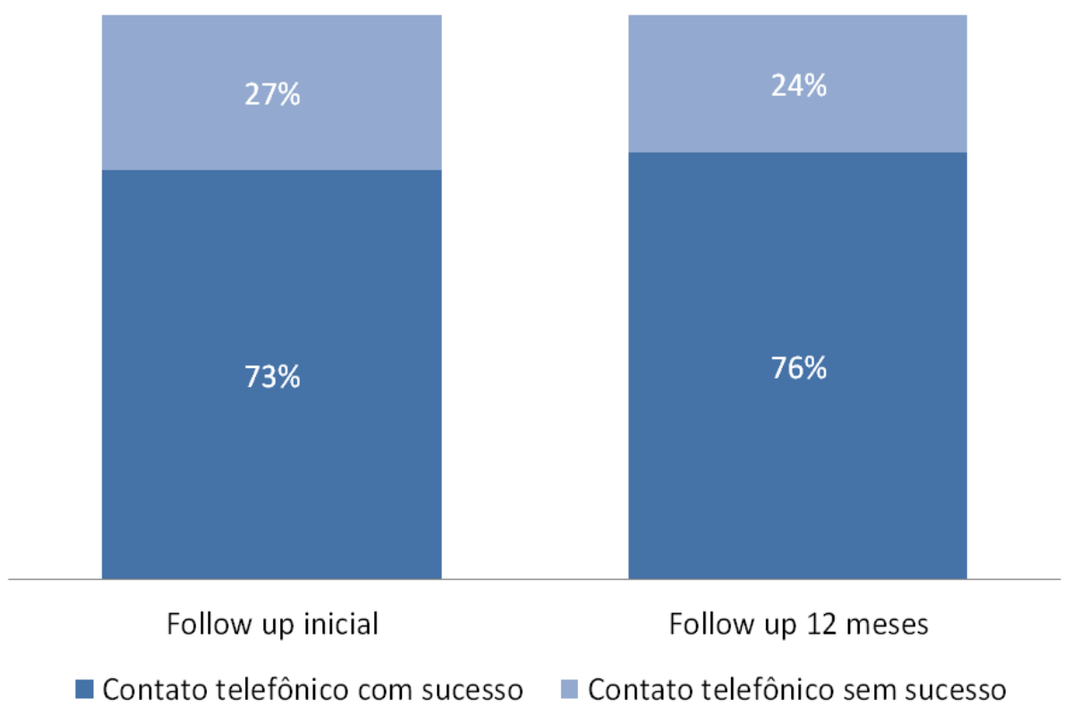


Fig. 2 - Porcentagem de sucesso no *follow up* ao 1º contato após procedimento e contato de 12 meses das 7 condições clínicas implementadas.

	Contato inicial	%	Contato 12 meses	%
Pacientes em *follow up*	**4107**		**2048**	
Contato telefônico com sucesso	**2979**	**73%**	**1549**	**76%**
Falha nas tentativas de contato	**913**	**22%**	**393**	**19%**
Paciente recusa responder	**121**	**3%**	**74**	**4%**
Paciente hospitalizado	**61**	**1%**	**15**	**1%**
Dados cadastrais desatualizados	**33**	**1%**	**17**	**1%**

Fig. 3 - Motivos das perdas de *follow up* ao 1º contato após procedimento e contato de 12 meses das 7 condições clínicas implementadas.

CONCLUSÕES

Entendemos que o cuidado centrado no paciente, focado no bem-estar e baseado nos desfechos é essencial para gerar valor. Entretanto é necessário investimento em tecnologia. Métodos alternativos de contato pessoal, como SMS e redes sociais digitais protegidas, devem ser avaliados para melhorar a adesão ao programa.

REFERÊNCIAS

1 - Porter,ME and Teisberg, EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business Press, Boston, MA (2006)
2 - Makdisse, M et al. What Is a Value Management Office? An Implementation Experience in Latin America. Value in health regional issues 17 (2018): 71-73.
3- Kelley, TA. International consortium for health outcomes measurement (ICHOM). Trials 16.3 (2015): O4.

▲
VOLTAR

Telemonitoramento Pós Alta
Estratégia na Transição do Cuidado

Oliveira, VVF; Rodrigues, PS; Rozzino, TPC; Fonseca, MFSM; Pires, VAL; Bezerra, WM.

Gestão de Pacientes com Condições Crônicas do Hospital Israelita Albert Einstein

INTRODUÇÃO

Garantir a desospitalização segura e reduzir o índice de readmissões é uma necessidade real.

Objetivo do trabalho foi melhorar a qualidade da transição do paciente no sistema de saúde através de intervenções por enfermeiros pelo metodo áudio visual, apoiar pacientes no processo de transição e reduzir readmissões evitáveis.

Palavras Chave: Telemonitoramento, transição do cuidado e readmissão.

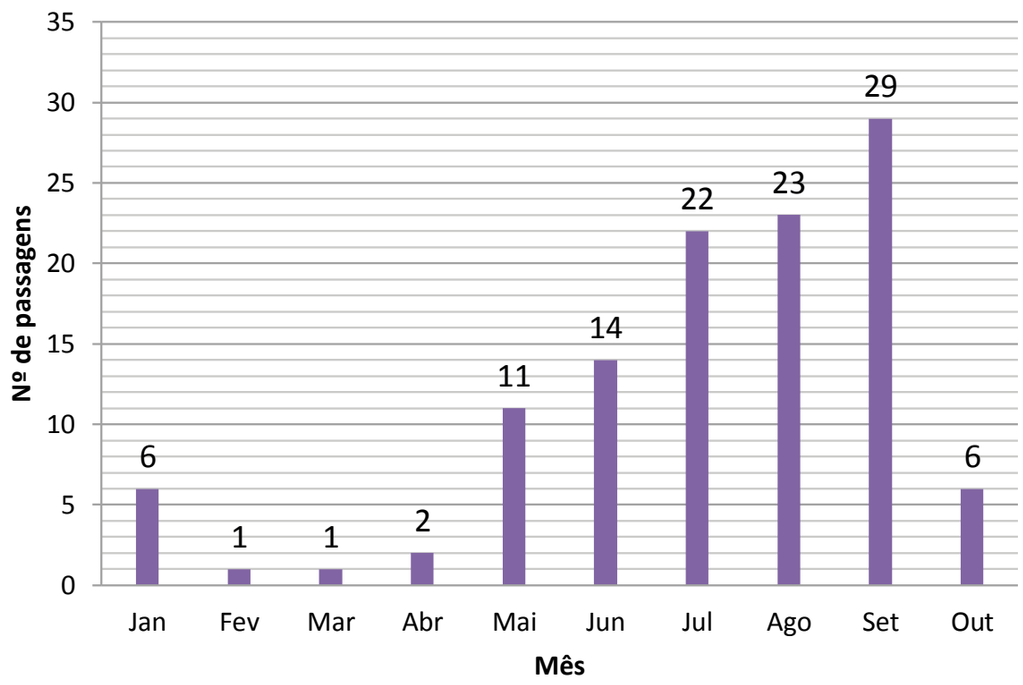
METODOLOGIA

Realizado levantamento de dados para elucidar o perfil de pacientes com maior indice de readmissão. Diante da problemática, o trabalho envolveu o serviço de Gestão de Pacientes Crônicos (GPC) e equipes de enfermagem das especialidades onde o paciente possui maior risco de readmissão. O telemonitoramento foi eleito como ferramenta de trabalho. Os envolvidos no trabalho ficaram responsáveis por identificar os critérios de elegibilidade e conduzir o processo até da realização do telemonitoramento. Após o aceite do paciente e/ou responsável, foram realizados 3 contatos, 24h após-alta, 2º em 48hs ou 72hs e o 3º após 10 dias.

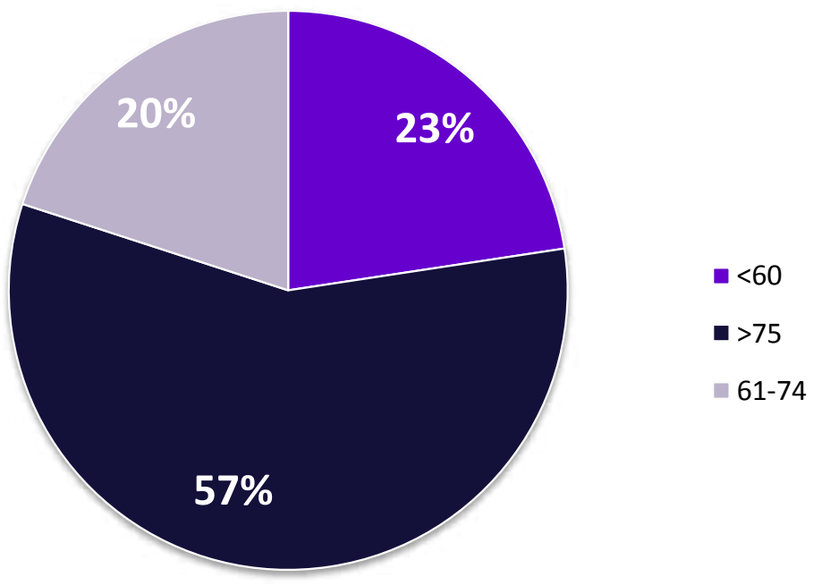
RESULTADOS

Dos pacientes readmitidos no 1º semestre de 2018, 50.6% apresentavam CIDs relacionados às doenças do aparelho cardiorrespiratório, gênito-urinárias e neurológicas, tendo como possível causa a descompensação clínica que pode estar relacionada a orientações ineficazes. Após o levantamento, análise e planejamento das ações, a intervenção foi realizada de janeiro/2019 até 07/10/2019, amostra composta por 115 pacientes, com idade média maior que 75 anos, 210 teleconsultas, tempo médio em cada atendimento de 24 minutos, 59% dos pacientes não foram readmitidos e 20% ainda não completaram 30 dias após a alta até o momento do presente trabalho.

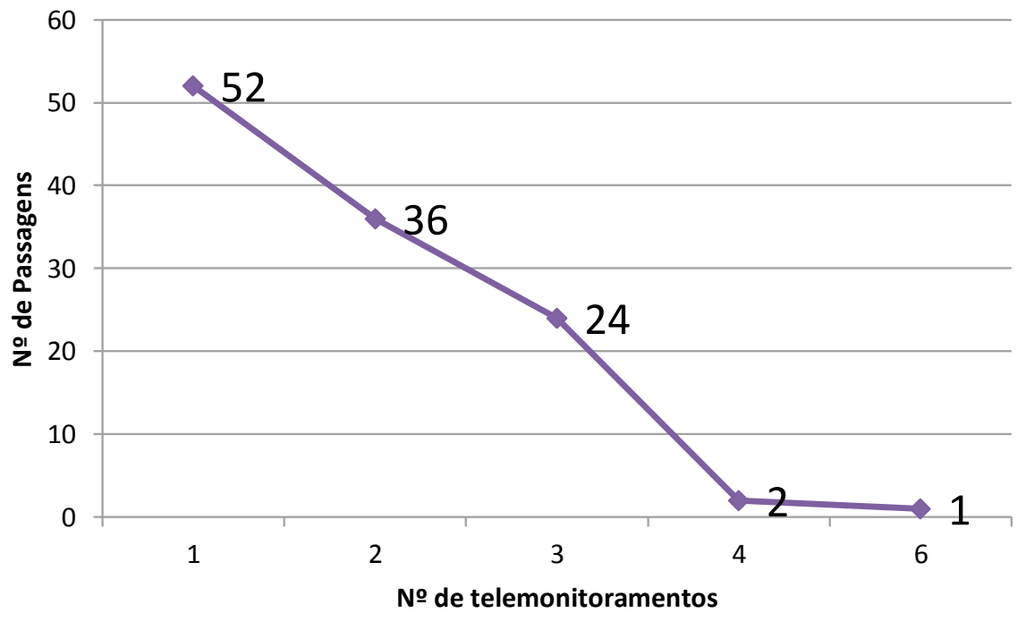
Total de Pacientes Acompanhados



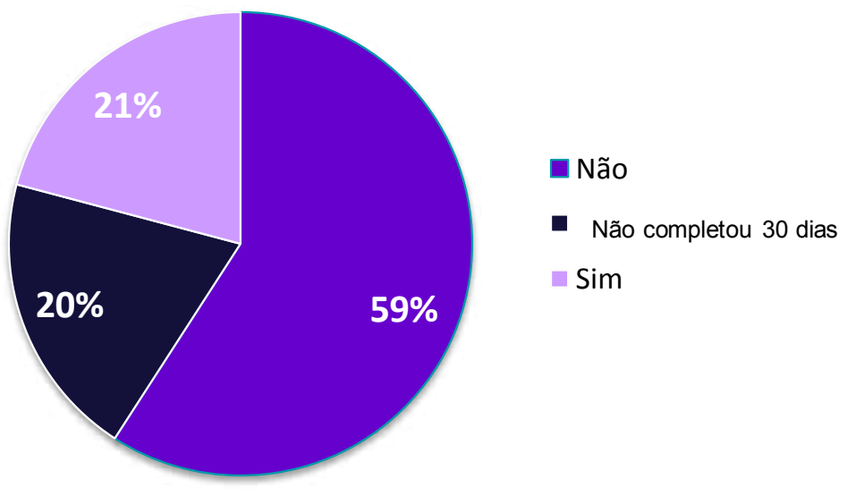
Idade



Número de Contatos Realizados



Readmissões em até 30 dias dos pacientes acompanhados por telemonitoramento



CONCLUSÕES

O telemonitoramento apresentou-se como importante ferramenta de acompanhamento, assegurando a continuidade dos cuidados. O enfermeiro, ao perceber lacunas no processo de educação dos pacientes com maiores necessidades de coordenação de cuidados, proporcionou o suporte precoce e incentivo para engajamento na gerência do cuidado evitando novos agravos.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. Global Observatory for ehealth series. v. 2. Genebra: WHO; 2010. Disponível em:http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol2/en/ Acessado em maio de 2014.

Garrison, G. M., Keuseman, R., Bania, B., Robelia, P., & Pecina, J. (2017). Visit Entropy Associated with Hospital Readmission Rates. The Journal of the American Board of FamilyMedicine, 30(1), 6370.doi:10.3122/jabfm.2017.01.160186

Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Diane E. Holland, Ph.D., R.N.; Michele A. Hemann, M.S.N., R.N.

VOLTAR

PAPEL DA CONSULTORIA NA IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN NAS UPAS :INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO

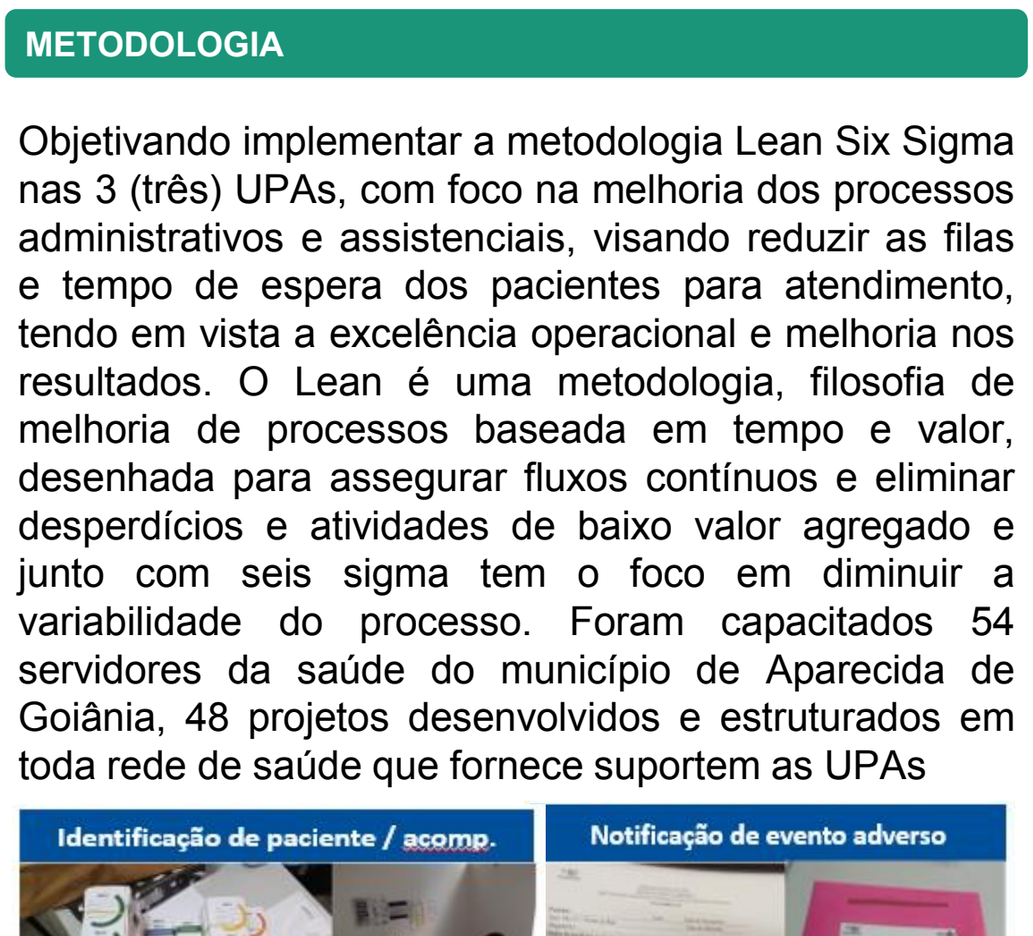
Everton Cunha, Rafael Saad, Carina Pires, Luiz Huber

INTRODUÇÃO

A área de consultoria do Sírio-Libanês foi desenvolvida em 2013 como uma evolução da área de projetos, e a partir da própria expansão do hospital, sendo uma das diferentes frentes adotadas pela instituição para exercitar seu propósito de conviver e compartilhar. As UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) do município de Aparecida de Goiânia do estado de Goiás possuem uma abrangência de 200 a 300 mil habitantes, portanto, com uma população de aproximadamente 600 mil habitantes. A secretaria de saúde de Aparecida de Goiânia tinha como objetivo focar na melhoria do processo assistencial e administrativo para reduzir a espera dos pacientes e obter o gerenciamento das filas em todo processo de atendimento das UPAs. Considerando este cenário, surgiu a oportunidade de estabelecer uma parceria com a área de consultoria do hospital Sírio Libanês - HSL, para a realização do projeto Lean Six Sigma em suas 3 (três) UPAs, nos processos administrativos e assistenciais, visando otimizar seus processos que impactam as filas de atendimento, tendo em vista a excelência operacional e melhoria nos resultados.

METODOLOGIA

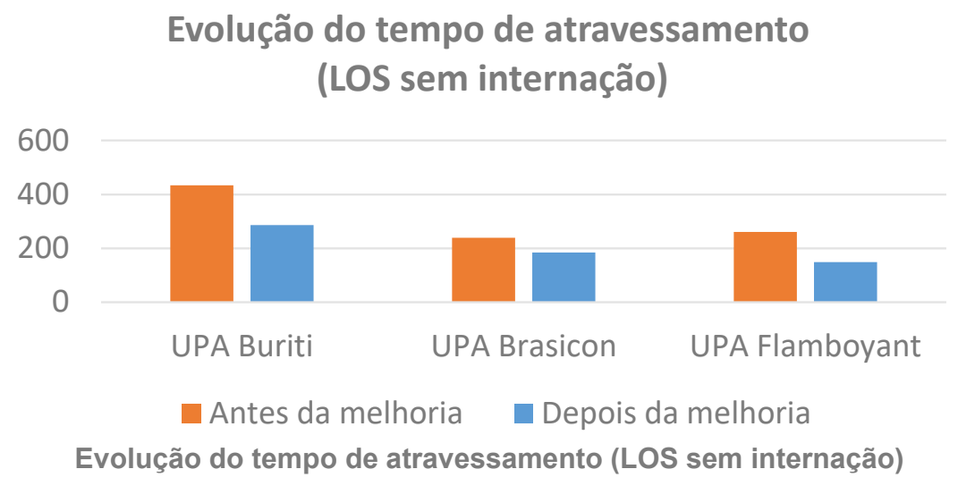
Objetivando implementar a metodologia Lean Six Sigma nas 3 (três) UPAs, com foco na melhoria dos processos administrativos e assistenciais, visando reduzir as filas e tempo de espera dos pacientes para atendimento, tendo em vista a excelência operacional e melhoria nos resultados. O Lean é uma metodologia, filosofia de melhoria de processos baseada em tempo e valor, desenhada para assegurar fluxos contínuos e eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado e junto com seis sigma tem o foco em diminuir a variabilidade do processo. Foram capacitados 54 servidores da saúde do município de Aparecida de Goiânia, 48 projetos desenvolvidos e estruturados em toda rede de saúde que fornece suportem as UPAs



Projetos e ações executadas pelas UPAs.

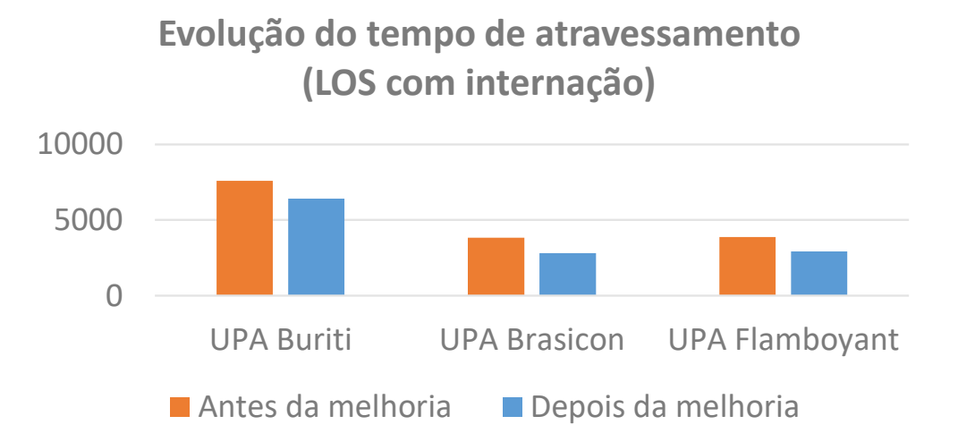
RESULTADOS

Tendo como resultados queda 65% tempo porta médico, 72% tempo porta classificação de risco diminuição do tempo médio de permanência do paciente, aumento do faturamento em 80%.
Com a implementação dos projetos *Yellow Belt* houve uma melhoria no tempo médio de permanência dos pacientes sem internação nas três UPAs, sendo na Buriti uma redução de 34%, na Brasicon 23% e na Flamboyant 43%.



Evolução do tempo de atravessamento (LOS sem internação)

Em relação ao tempo médio de atravessamento (LOS) com internação, foi identificada uma melhoria de 15% na Buriti, 27% na Brasicon e 25% na Flamboyant



Evolução do tempo de atravessamento (LOS com internação)

Fluxo unidirecional e implantação de Fast Track.

Implantação da cultura do 5S

CONCLUSÕES

Podemos concluir que a parceria pública privada com suporte de consultoria em melhoria contínua dos processos guiados por uma metodologia gera um valor agregado com pertinência, alta qualidade e um custo evitado culminando na experiência do paciente com um alto valor em saúde o que nos dias atuais é um dos grandes requisitos para sustentabilidade de qualquer organização.

REFERÊNCIAS

GRABAN, Mark. Hospitais Lean. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013. 312 p.
WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROOS, D. A Máquina que mudou o mundo. 1. edRio de Janeiro: Campus, 1992

▲
VOLTAR

BUSINESS INTELLIGENCE NA GESTÃO DE PROTOCOLO

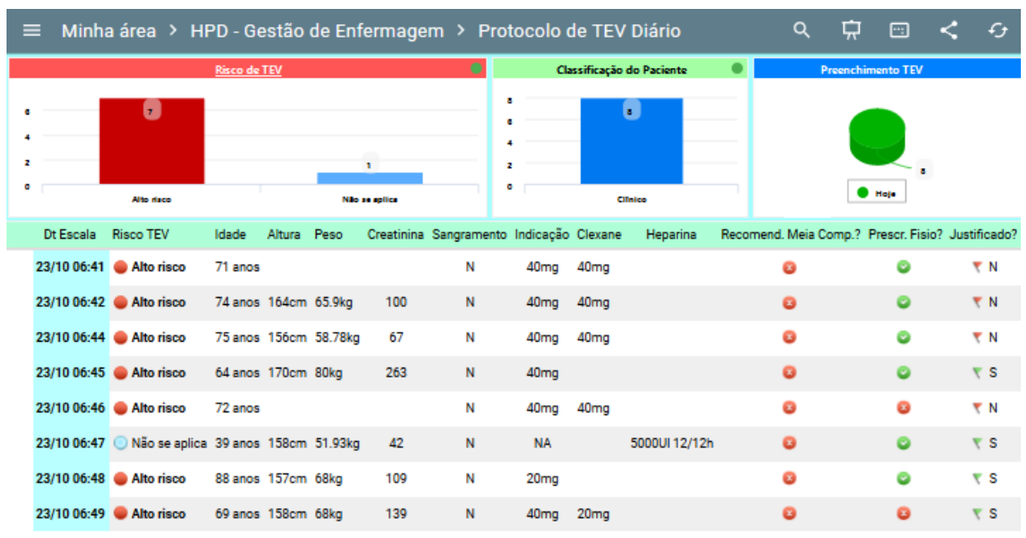
Adriano Rodrigues de Sousa, Denilson Danilo Rodrigues Santiago, Nathalie Romariz Amoedo de Araújo, Simone Suelem Rodrigues Amparado

INTRODUÇÃO

Tomar decisões com base em dados concretos e em tempo real é uma necessidade para todas as organizações que buscam a excelência, aumenta a segurança do paciente, reduz custos e melhora a eficiência operacional. O uso da ferramenta *Business Intelligence* (BI) é fundamental, pois basear-se em conclusões tardias e intuitivas para tomada de decisão pode causar um dano irreparável ao paciente e custos desnecessários. A estruturação do BI através de uma plataforma *web* possibilitou a leitura dos dados do prontuário eletrônico do paciente, onde a informação é compartilhada com a equipe da linha de frente por meio de painéis e também disponibilizado em versão *mobile*.

METODOLOGIA

O projeto iniciou em outubro de 2018, em um hospital privado de grande porte, perfil de atendimento média e alta complexidade a pacientes adultos, situado na cidade de Belém – PA, sendo totalmente implementado em janeiro de 2019. Foi selecionado como projeto “piloto” o protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso (TEV), aplicado a todos os pacientes internados. Os dados inseridos pelos profissionais de saúde no *Eletronical Medical Record* (EMR), foram extraídos via ferramenta de *Extract Transform Load* (ETL) e disponibilizados na plataforma de do BI(figura1) sendo acessado nas áreas assistenciais peo *desktop* das unidades e versão *mobile* como ferramenta para auxiliar a equipe multidisciplinar na tomada de decisão. A amostra apresentada neste estudo foi composta por 12.881 pacientes internados entre janeiro e setembro de 2019, com 90.329 avaliações de risco de TEV.



Dt Escala	Risco TEV	Idade	Altura	Peso	Creatinina	Sangramento	Indicação	Clexane	Heparina	Recomend.	Meia Comp.?	Prescr. Fisio?	Justificado?
23/10 06:41	Alto risco	71 anos				N	40mg	40mg					N
23/10 06:42	Alto risco	74 anos	164cm	65.9kg	100	N	40mg	40mg					N
23/10 06:44	Alto risco	75 anos	156cm	58.78kg	67	N	40mg	40mg					N
23/10 06:45	Alto risco	64 anos	170cm	80kg	263	N	40mg						S
23/10 06:46	Alto risco	72 anos				N	40mg	40mg					N
23/10 06:47	Não se aplica	39 anos	158cm	51.93kg	42	N	NA		5000UI 12/12h				S
23/10 06:48	Alto risco	88 anos	157cm	68kg	109	N	20mg						S
23/10 06:49	Alto risco	69 anos	158cm	68kg	139	N	40mg	20mg					S

Figura 1: painel de gerenciamento do protocolo de prevenção de TEV no BI. Fonte: base de dados weKnow.

Figura 2: quantidade de pacientes e avaliações realizadas de janeiro a setembro de 2019. Fonte: base de dados weKnow.

RESULTADOS

O tromboembolismo venoso, é uma das principais causas de mortalidade prevenível em pacientes hospitalizados. Observa-se que os métodos de avaliação e aplicação das medidas profiláticas quando bem implementadas, protegem o paciente de complicações. Os resultados mostraram que 71,54% dos pacientes avaliados apresentaram alto risco para TEV, havendo a necessidade de implementação dos métodos de prevenção instituídos em protocolo e gerenciamento por toda equipe multiprofissional. Os pacientes de baixo risco representaram 22,94%, risco intermediário 3,22% e não se aplica 2,30%. O monitoramento em tempo real por meio do painel do BI, permite gerenciar a primeira avaliação do paciente em até 7 horas pelo enfermeiro, o risco do paciente e a indicação da quimioprofilaxia comparando-a com a prescrição médica. Outra informação gerenciada através do BI, é o sangramento de pacientes em uso de profilaxia medicamentosa. Esta informação possibilita a intervenção farmacêutica e de enfermagem junto ao médico em relação a manutenção do fármaco. O registro de laudo crítico realizado em prontuário eletrônico fornece informações para o BI, proporcionando o monitoramento em tempo real, contribuindo para uma tomada de decisão imediata pela equipe multidisciplinar. O acompanhamento da equipe de fisioterapia e a recomendação de outros meios de prevenção de TEV também estão presentes no painel de gerenciamento do BI. A possibilidade de gerenciar a contra indicação da profilaxia medicamentosa e/ou mecânica, através de sinalização por “gatilhos”, informação de resultado crítico laboratorial ou radiológico e presença de sangramento, auxiliando a equipe de saúde no gerenciamento em tempo real do protocolo, são bem exploradas e sinalizadas no BI. O início da estratégia de gestão do protocolo de TEV pelo BI ocorreu em janeiro de 2019, onde a adesão da profilaxia recomendada estava em 59,25%, com a atuação da equipe multidisciplinar no gerenciamento apresentando uma curva ascendente, chegando à 84,01% em setembro (figura 3).

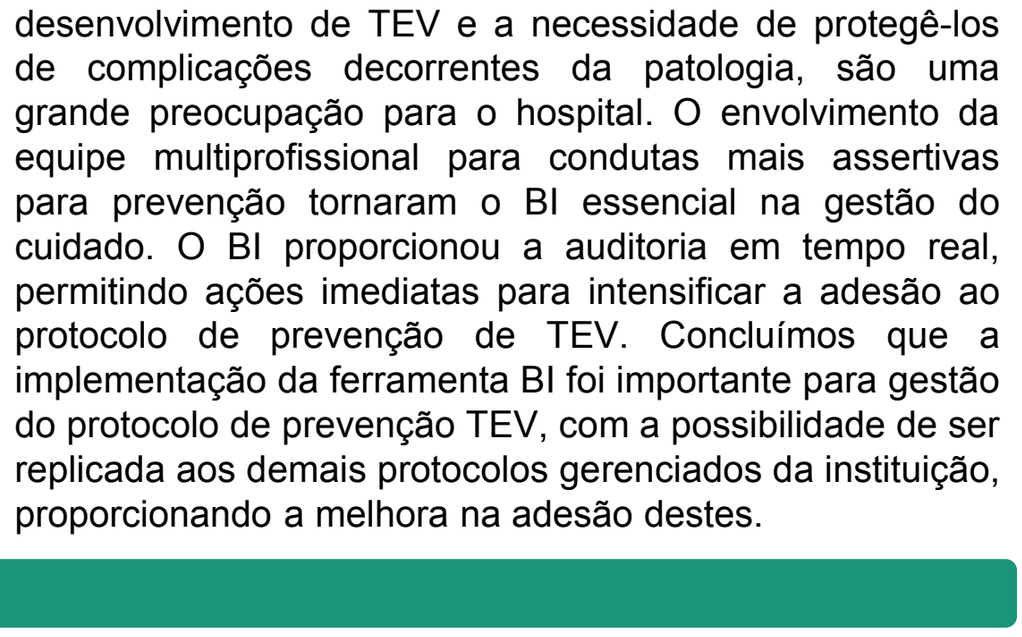


Figura 3: evolução do indicador de conformidade da profilaxia Adequada TEV de janeiro a setembro de 2019. Fonte: BSC Sistema Tasy.

CONCLUSÕES

O alto índice de pacientes com risco para o desenvolvimento de TEV e a necessidade de protegê-los de complicações decorrentes da patologia, são uma grande preocupação para o hospital. O envolvimento da equipe multiprofissional para condutas mais assertivas para prevenção tornaram o BI essencial na gestão do cuidado. O BI proporcionou a auditoria em tempo real, permitindo ações imediatas para intensificar a adesão ao protocolo de prevenção de TEV. Concluímos que a implementação da ferramenta BI foi importante para gestão do protocolo de prevenção TEV, com a possibilidade de ser replicada aos demais protocolos gerenciados da instituição, proporcionando a melhora na adesão destes.

REFERÊNCIAS

SALIMON, CC; MACEDO, MCS. Aplicações de Business Intelligence na Saúde: Revisão de Literatur. J. Health Inform. 2017 janeiro-março; 9(1):31-5

WENG, S; YANG, M; KOO, T; HSIAO, P. Modeling the prediction of business intelligence system effectiveness. SpringerPlus. 2016. 5:737. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909681/pdf/40064_2016_Article_2525.pdf

BARP, M; CARNEIRO, VSM; AMARAL, KVA; et al. Cuidados de Enfermagem na prevenção do tromboembolismo venoso: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v20.48735.

VOLTAR

CIRCUITO FECHADO DE ADMINISTRAÇÃO DO LEITE MATERNO

Silvia Helena Frota Mendonça, Cristiane Almeida Hanashiro , Priscila de Oliveira Bissiguini

INTRODUÇÃO

Inúmeras são as vantagens do Leite Materno (LM) para o recém nascido (RN), principalmente para aqueles que estão internados em unidade de terapia intensiva.
Assim como medicamentos prescritos, faz-se necessário garantir segurança na administração do leite materno. A checagem eletrônica beira leito promove um circuito fechado de administração de medicamentos, assegurando os 5 certos da cadeia medicamentosa – paciente, medicamento, dose, via e horário certos. Este processo de segurança também precisa ser seguido na administração do leite materno ao RN.
O objetivo deste trabalho é garantir a segurança no processo de oferta de leite materno: administração em circuito fechado (Beira Leito).

METODOLOGIA

D (DEFINE): Definir o Problema
- Administração do Leite materno (LM) sem processo de rastreabilidade entre o leite ordenhado e o RN;

M (Measure)
A (Analyze): Entender o Problema
- Processo de identificação da lactante,
- Controle da validade da ordenha,
- Envase do LM de acordo com a prescrição médica,
- Identificação e checagem manual.

I (Improve): Mudar o processo
- Alteração do fluxo de produção;
- Dispensação do leite materno com código de barra;
- Implantação do circuito fechado.

C (Control): Sustentar as mudanças
- Implantação do Indicador de Checagem Beira Leito do Leite Materno após treinamento prático para equipe de nutrição e enfermagem nos processos modificados.

Quadro 1 – Representação gráfica da metodologia DMAIC.

Foto da Etiqueta com QR Cod para Checagem do Leite Materno.

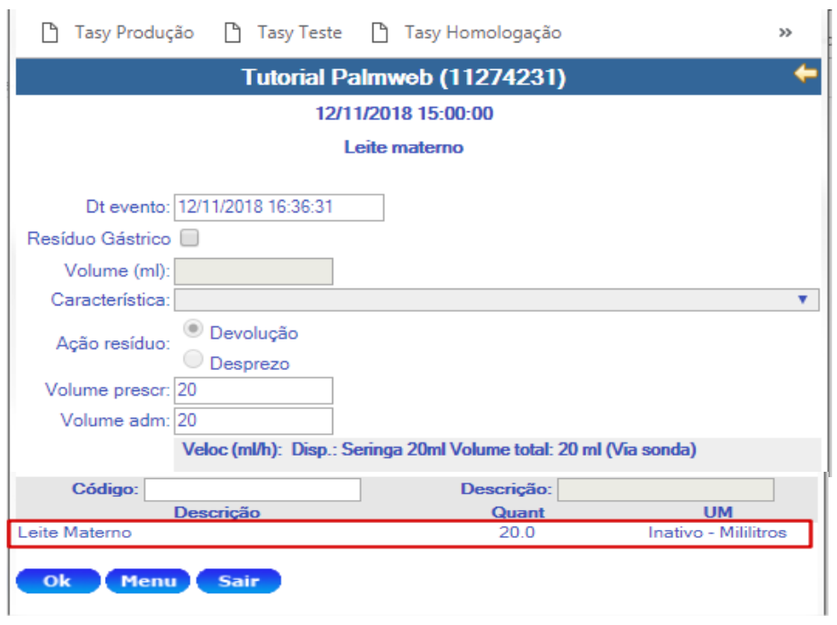


Foto da Tela do Sistema PalmWeb para Checagem do Leite Materno.

RESULTADOS

Realizado adequação no sistema desde a etapa de produção (ordenha) até o vínculo do leite materno com o RN por meio de código de barra contendo informações do RN e leite produzido.
O processo de checagem beira leito consiste as seguintes informações: paciente, volume, horário de administração e validade do leite produzido.
Utilizado estratégias de treinamento para mudança de processo: orientação na área do lactário e Lição de Um Ponto para áreas do lactário e internação (Unidades e UTI) e treinamento prático no processo de checagem beira leito.
Acompanhamento semanal do Indicador de checagem beira leito de LM, com reporte para as áreas e identificação de melhorias no processo - alteração do momento de produção, volume prescrito e aderência ao novo processo.

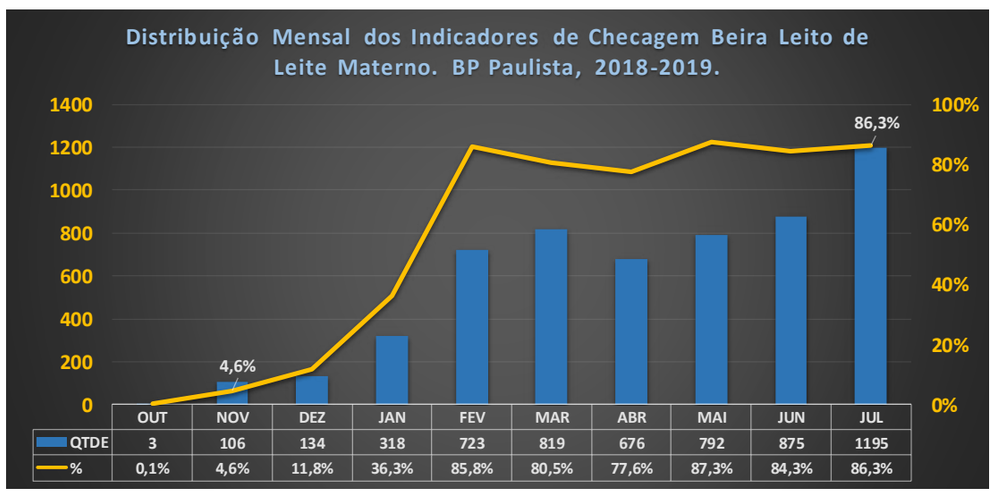


Tabela 1 - Distribuição Mensal dos Indicadores de Checagem Beira Leito de Leite Materno. São Paulo, Out/ 2018 à Jul/2019.

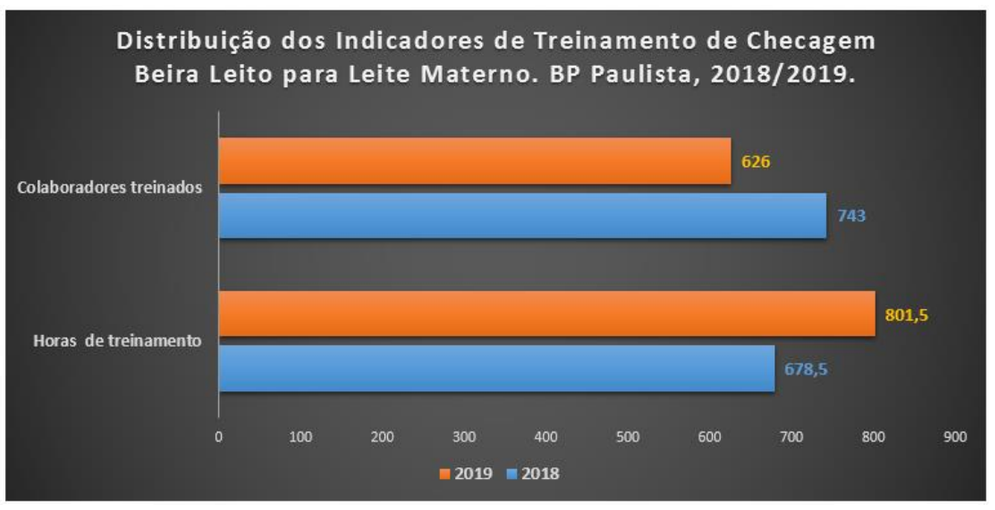


Tabela 2 - Distribuição dos Indicadores de treinamento de Checagem Beira Leito para Leite Materno. São Paulo, Out/ 2018 à Jul/2019.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a implantação do circuito fechado na administração do leite materno confere qualidade e segurança desde a ordenha da mãe até a administração do leite para o bebê, pois evita erros na administração do tipo troca de paciente, volume inadequado, prazo de validade excedido, dentre outros benefícios.
O acompanhamento semanal do indicador proporcionou identificar problemas no fluxo, com necessidade de correção de rota e reorientação da equipe. Após intervenção, houve crescimento de mais de 100% no volume de leite materno checado no sistema beira leito.

REFERÊNCIAS

1. Vieira AA, Moreira MEL, Rocha AD, Pimenta HP, Lucena SL. Análise do conteúdo energético do leite humano administrado a recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(6):490-4.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

VOLTAR

PAINEL DE APOIO A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

PATRICIA APARECIDA DE OLIVEIRA FUCHS

INTRODUÇÃO

A iniciativa faz parte de um conjunto articulado de ações desenvolvidas para monitorar e alertar desvios de tempos durante o atendimento ao paciente e visa o apoio à equipe multiprofissional na tomada de decisão.

METODOLOGIA

O trabalho foi conduzido pela equipe de enfermagem, médico e analista da tecnologia de informação, no Hospital Marcelino Champagnat em Curitiba - Pr, o serviço contemplado foi o Pronto Atendimento nos seguintes sítios funcionais: sala de emergência, box com Leitos de observação, salas de pequenos procedimentos, sala de administração de medicação e guichê de acolhimento. Os estudos iniciaram em fevereiro de 2016, com implantação em janeiro de 2017, sendo necessário ajustes de correções no primeiro semestre de 2017. Realizado o mapeando das principais necessidades da equipe multiprofissional e do setor, em seguida a definição dos dados a serem utilizados, validação do layout e análise dos dados disponibilizados no painel versus os dados parametrizados, para garantir a confiabilidade na exportação dos mesmos. Capacitação e sensibilização da equipe multiprofissional, apresentação do painel para os envolvidos, monitoramento através do método Tracer com objetivo de identificar as oportunidades de melhorias e contribuir com a adesão ao uso do painel pela equipe multiprofissional.

NU	CONV. / LEITO	ATEND.	PACIENTE	DATA NASC.	TTP	LOCAL	PENDÊNCIAS	MÉDICO	NÍVEL DOR	M	RX	L	PU	USG	TAC	DOP	ECG	PRT
URG	Unimed	1142575	Marcio JE	12/05/1979 (39)	02:29	Box 03	Ag laudo TAC	Rodrigo F	(01:02) 3-Lev									
URG	Unimed	1142572	Renato SLS	09/02/1957 (62)	02:50	Box 05		Rodrigo F	(01:09) 2-Lev									
PURG	Sinam	1140580	Daniel RF	21/04/1980 (39)	52:12	Box 09	# Ag transferência	Marilia B	(17:24) 0-Sem									
	Unimed	1142589	Olga S	16/07/1932 (86)	00:11	Box 09		Anna F										
URG	Unimed	1142557	Cristina PT	19/03/1975 (44)	04:10	Box 10		Marilia B	(01:08) 9-Int									
	Unimed / 820	1142570	Dalva TFS	19/03/1954 (65)	02:57	P6	# Box 2/ Ag. UI	Thiago H										
	Unimed	1142506	Lisiane FHD	12/06/1964 (54)	01:33	P6	# Box 6/ Ag. UI	Fernando R										

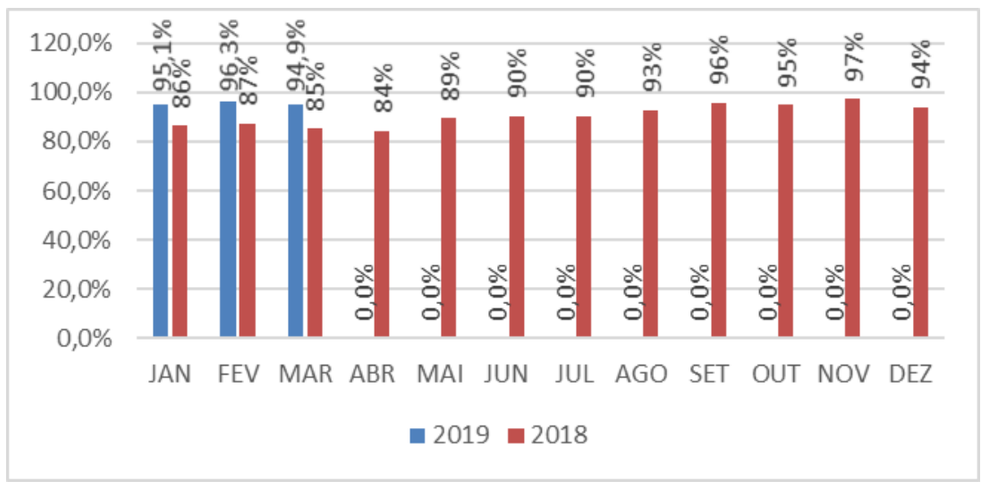
Painel de apoio a equipe assistencial.

RESULTADOS

Com a implantação do Painel de apoio a assistência a equipe multiprofissional, foi possível evidenciar fragilidade em alguns processos que necessitavam de revisão e alinhamento. Adicionalmente, essa iniciativa agregou agilidade na execução dos cuidados médicos solicitados.

Podemos observar um aumento significativo da administração de medicamentos a beira leito, e com evolução progressiva após os primeiros ajustes.

Entre eles o aumento significativo no processo de administração de medicamentos a beira leito, a taxa de adesão cresceu 9,1% entre janeiro em 2018 e janeiro de 2019..



Taxa de medicação a beira leito.

CONCLUSÕES

O uso de direcionadores assistenciais para melhorar a gestão e o cuidado prestado aos pacientes geram uma melhora significativa dos padrões oferecidos e com redução significativa dos custos assistenciais.

É importante considerar o painel como um apoio a assistência, e não como mais uma estrutura criada para fins de monitoramento

REFERÊNCIAS

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais (editado por) Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA 2017.

▲
VOLTAR

SESSÃO **PÔSTER**

MODELOS
ASSISTENCIAIS

VOLTAR

FATORES ASSOCIADOS AO DECLÍNIO FUNCIONAL NO IDOSO FRÁGIL

Adriana Fátima Dutra, Daniel Apolinario, Rita de Cássia Pires Coli, Siomara Tavares Fernandes Yamaguti

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial e determina maior prevalência de doenças crônicas e maior demanda pelos serviços de saúde, incluindo os hospitalares. Atualmente, estudos têm focalizado o declínio funcional e suas consequências – demanda por recursos materiais e humanos, institucionalização e hospitalização.
O envelhecimento é marcado por um decréscimo das capacidades motoras, redução da força, flexibilidade, velocidade e dos níveis de VO2 máximo, dificultando a realização das atividades diárias e a manutenção de um estilo de vida saudável. Ocorrem alterações fisiológicas durante esse período que podem diminuir a capacidade funcional, comprometendo a saúde e qualidade de vida do idoso.

Objetivo

Identificar os fatores associados ao declínio funcional de idosos frágeis internados no Hcor.

METODOLOGIA

Os dados apresentados nesse trabalho referem-se ao período de 08/12/2017 a 08/06/2018, 656 idosos com 60 anos ou mais admitidos nas UI do HCor que preencheram critérios para síndrome de fragilidade e foram atendidos pelo programa.
O declínio funcional foi definido como redução de 2 pontos (10%) no índice de Barthel, tomando-se o comparativo retrospectivo de 2 semanas antes da internação com o valor encontrado na entrevista telefônica 30 dias após a alta.

RESULTADOS

No total, 27,7% dos idosos frágeis não haviam recuperado o desempenho funcional prévio. A tabela abaixo revela que os fatores demográficos e as comorbidades não diferiram entre idosos com e sem declínio funcional, mas fatores relacionados a funções cognitivas, funções de membros inferiores e tempo de internação foram preditores:

	Sem Declínio (n=264)	Com Declínio (n=110)	Valor de P
Idade, média (DP)	80,9 (8,7)	81,3 (8,8)	0,681
Sexo Feminino, n (%)	142 (53,6)	56 (50,9)	0,637
Diabetes, n (%)	61 (30,1)	27 (30,3)	0,961
Insuficiência Cardíaca, n (%)	57 (28,1)	30 (33,3)	0,364
Doença Pulmonar, n (%)	13 (6,37)	2 (2,25)	0,141
Neoplasia, n (%)	23 (11,3)	11 (12,4)	0,790
Entrada pelo PS, n (%)	230 (87,5)	101 (91,8)	0,224
Número de Medicações, média (DP)	10,7 (4,1)	11,3 (4,5)	0,306
Índice de Barthel, média (DP)	15,6 (4,6)	15,1 (4,9)	0,329
Força de Preensão Palmar, média (DP)	19,4 (7,1)	20,4 (8,2)	0,342
Depressão, n (%)	69 (38,7)	27 (42,8)	0,810
Transferência para UTI/UCO, n (%)	17 (8,2)	13 (14,4)	0,101
Internação com generalista, n (%)	37 (18,7)	12 (13,5)	0,279
Declínio Funcional na Admissão, n (%)	127 (50,2)	64 (60,4)	0,078
Funções de Membros Inferiores (SPPB), média (DP)	4,1 (3,6)	1,8 (2,8)	<0,001
Presença de Delirium, n (%)	30 (11,8)	27 (25,9)	0.004
Comprometimento Cognitivo Provável, n (%)	97 (36,7)	58 (53,2)	0.003
Tempo de Internação, média (DP)	10,1 (8,7)	20,1 (20,7)	<0,001

A comparação entre os dois grupos foi realizada com teste t ou equivalente não paramétrico para variáveis intervalares e teste do qui-quadrado para variáveis categóricas.

No modelo de regressão logística stepwise backward os dois fatores associados de forma independente a declínio funcional foram SPPB baixa (OR=0,81; IC95% 0,71-0,92) e tempo de internação elevado (OR=1,05; IC95% 1,02-1,08), indicando que cada semana adicional de internação está associada a um risco 35% maior de declínio funcional.

CONCLUSÃO

➔ O declínio funcional persistente é um desfecho comum entre os idosos frágeis hospitalizados.
➔ A associação entre tempo de internação e declínio funcional confirma as evidências de que o idoso submetido a períodos prolongados de imobilidade durante a internação perde de massa muscular e funções de membros inferiores. Além das estratégias de reabilitação, esforços para reduzir o tempo de permanência do hospital podem atenuar o impacto funcional da internação.
➔ Os dados evidenciam que desenvolvimento de um programa de reabilitação pós-alta para idosos frágeis com declínio funcional associado à internação é de importância fundamental. Nossos dados indicam que esse tipo de recurso pode ser especialmente útil para idosos com desempenho comprometido das funções de membros inferiores (SPPB entre 1 e 6) que passam por internação prolongada

REFERÊNCIAS

1. Incredibiliter lascivius syrtes iocari satis perspicax apparatus bellis, semper Caesar fortiter. 2. Vocificat adlaudabilis cathedras. 3. Ossifragi praemuniet parsimonia quadrupei, ut rures corrumperet catelli. 4. et matrimonii adquireret rures. 5. Oratori comiter iocari suis. Quadrupei conubium santet Octavius. 6. quamquam fiducias plane frugaliter amputat chirographi, utcunque apparatus bellis neglegenter

VOLTAR

O IMPACTO DO DELIRIUM NOS DESFECHOS INDESEJÁVEIS PARA IDOSOS FRÁGEIS HOSPITALIZADOS

Adriana Fátima Dutra, Daniel Apolinario, Rita de Cássia Pires Coli, Siomara Tavares Fernandes Yamaguti

INTRODUÇÃO

Delirium é definido como uma mudança aguda no estado mental. Síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica, caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência e da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ciclo sono-vigília. A duração é variável, e a gravidade varia de formas leves a formas muito graves.
Presente em 15 a 35% dos idosos no momento da admissão por quadros agudos, incidente em 5 a 20% dos idosos durante a hospitalização.
Associado a maior risco de: Contenção mecânica, broncoaspiração, Internação prolongada e declínio funcional e óbito.

OBJETIVO: Identificar o impacto do Delirium nos desfechos indesejáveis(Contenção mecânica, Tempo de internação, transferência para UTI e óbito) para o idoso frágil internado.

METODOLOGIA

Os dados apresentados nesse trabalho referem-se ao período de 08/12/2017 a 08/06/2018, 656 idosos com 60 anos ou mais admitidos nas UI do HCor que preencheram critérios para síndrome de fragilidade e foram atendidos pelo programa.

RESULTADOS

Em avaliação estruturada utilizando a Confusion Assessment Method (CAM), encontramos delirium no momento da admissão em 21,3% da amostra.

	Contenção Física	Tempo de Internação	Transferência para UTI	Óbito
Sem Delirium	0,5%	13,8 dias	12,8%	3,6%
Delirium Leve	2,3%	17,5 dias	16,3%	4,7%
Delirium Marcado	14,3%	20,6 dias	22,2%	18,6%

A tabela acima reporta a ocorrência de desfechos indesejáveis de acordo com a presença de delirium.

Na tabela a seguir investigamos a associação entre delirium e os mesmos desfechos em modelos de regressão multivariável com ajuste para idade, sexo, comorbidades, funcionalidade e causa da internação

	Contenção Física (OR)	Tempo de Internação (IRR)	Transferência para UTI (OR)	Obito (OR)
Sem Delirium	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)
Delirium Leve	NS	1,47 (1,10-1,96)	NS	NS
Delirium Marcado	15,1 (2,69-84,1)	1,83 (1,44-2,31)	3,41 (1,5-7,7)	12,5 (3,7-42,4)

Para os desfechos: Contenção mecânica, transferência para UTI e óbito, utilizamos regressão logística; para tempo de internação : modelo binomial negativo, truncado em zero.

A presença de delirium marcado no momento da admissão foi associada de forma estatisticamente significativa com todos os desfechos analisados, mesmo após ajuste para variáveis de confusão.

CONCLUSÕES

➔ Somando-se os casos de delirium prevalente no momento da admissão (21,3%) com os casos de delirium incidente durante a internação (5,5%), concluímos mais de um quarto dos idosos frágeis hospitalizados no HCor apresentam delirium em algum momento da internação.
➔ As análises apresentadas acima evidenciam que o delirium é uma condição fortemente associada a desfechos negativos e complicações na hospitalização do idoso frágil.
➔ Atualmente o HCor não apresenta qualquer iniciativa estruturada para prevenção, identificação e tratamento do delirium.

REFERÊNCIAS

APA – American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.Carrasco G, Baeza N, Cabré L, Portillo E, Gimeno G, Manzanedo D, Calizaya M. Dexmedetomidine for the Treatment of Hyperactive Delirium Refractory to Haloperidol in Nonintubated ICU Patients: A Nonrandomized Controlled Trial. Crit Care Med. 2016 Jul;44(7):1295-306.Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. Age Ageing.

VOLTAR

Estruturação de Bundles como Modelo Assistencial e de Remuneração

AUTORES: Ângelo da Silva Cabral, César Luiz Abicallaffe, Luiz Fernando Oliveira Ribas e Rosane Helena Greiffo.

1. Introdução

O conceito de Valor em Saúde chegou para ficar. Gestores pelo mundo buscam equilíbrio entre qualidade assistencial, expectativa do paciente e o custo dos tratamentos. O Fee For Service (FFS) é o modelo de remuneração ainda prevalente, no entanto, tem se mostrado o mais ineficiente. Alternativas que privilegiam o compartilhamento de risco com os resultados atraem o interesse daqueles que custeiam o segmento.

2. Objetivo

Exibir a estruturação de "Bundles", que definem linhas de cuidado para grupo de pacientes com necessidades semelhantes, como alternativa assistencial e de contratualização ao FFS para doenças de importante prevalência, impacto ao paciente e custo.

3. Método

Para conseguir comparar a linha de cuidado aos custos assistenciais, a empresa 2iM©, desenvolveu o DM.ANALYTICS©, entre junho de 2017 e março de 2019, para acompanhar um “Bundle” no seguimento de portadores de Diabete Mellitus. Estes foram separados em grupos de pacientes ou “clusters”, de acordo com a complexidade e etapa da doença. Foram estipuladas linhas do tempo que sugerem marcos assistenciais baseados em evidências científicas.

4. Resultados

Os pacientes são triados, inseridos em uma linha de cuidado, e submetidos aos tratamentos e procedimentos previamente definidos pelo especialista médico, priorizando o atendimento individualizado e humanizado, conforme exemplificado na Figura 1. A estruturação dos “Bundles” permite avaliar vários fatores determinantes da Estrutura de atendimento, Eficiência, Efetividade e Experiência do paciente, tais como o desempenho das equipes nos ciclos da assistência prestada, frequência da coleta e acompanhamento dos resultados do exames laboratoriais, internações e identificar o engajamento do paciente ao tratamento. A estruturação de “Bundles” como modelo assistencial, além de preconizar a qualidade do cuidado, permite prever e monitorar custos e estimula os serviços de saúde ao pagamento relacionado a resultados assistenciais.

5. Conclusão

Ferramentas específicas para coleta e análise da informação viabilizam projetos de remuneração baseada em valor e o compartilhamento de risco entre Indústria de Materiais e Medicamentos, fonte pagadora de serviços de saúde, prestadores e o paciente, consequentemente aumentando a segurança e qualidade assistenciais.

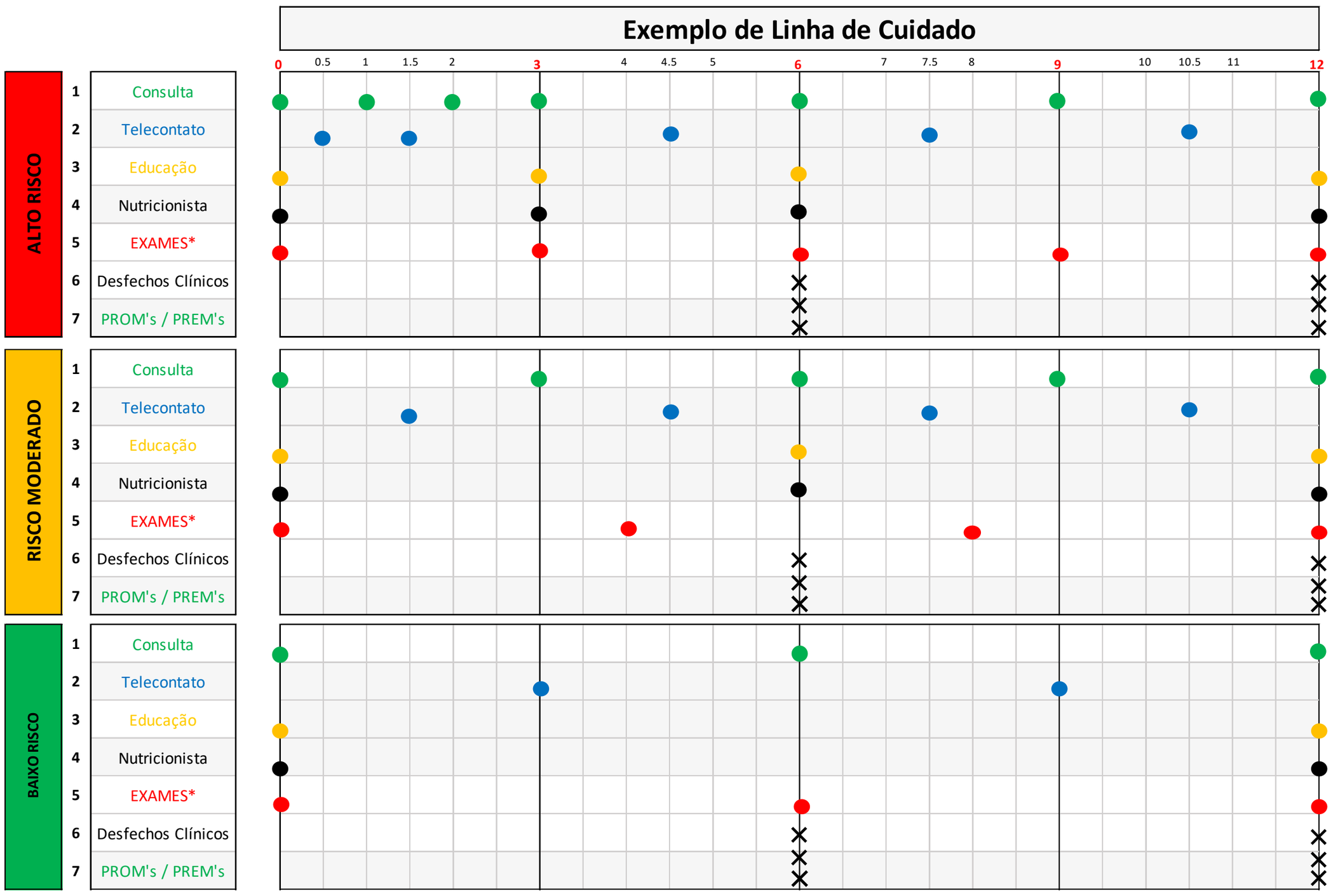


Figura 1

VOLTAR

ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO AO USO DO ANTIMICROBIANO NO PROTOCOLO DE SEPSE EM UM HOSPITAL PARTICULAR DE MACEIÓ

Mônica Rocha de Melo Silva, Yelnya Cardoso Silva Doria, Rosane Maria Souza Costa Brandão, Rosa Aliny Mota Carvalho.

INTRODUÇÃO

Sepse pode ser definida como a presença de disfunção orgânica ameaçadora a vida em decorrência da resposta desregulada do organismo a presença de infecção. A mortalidade por sepse é um problema de saúde pública, com taxa em torno de 65% no Brasil e 30% no mundo, esta alta mortalidade está relacionada à escolha inicial inadequada dos antimicrobianos empíricos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional em 93 prontuários do Hospital Memorial Arthur Ramos - HMAR, no período de outubro de 2018 a junho de 2019. Esse hospital está localizado em Maceió- Alagoas e monitoriza pacientes portadores de sepse e choque séptico desde outubro de 2015, com protocolo institucional revisado em junho de 2018. A coleta prospectiva dos dados assistenciais é realizada com um checklist de acompanhamento baseado no questionário padronizado pelo Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) Figura 1. Foram excluídos pacientes menores de 13 anos.

PACIENTE:_____**PRONTUÁRIO:**_____
NASCIMENTO: _____ **ADMISSÃO:** _____ **ADMISSÃO INTENSIVA:**_____
FOCO:_____ **COMORBIDADES**:_____
SINAIS DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA:_____
DISFUNÇÃO:_____
GASGLOW_____**GASOMETRIA**_____
INTERNAÇÃO: CLÍNICA OU CIRÚRGICA **INFECÇÃO: COMUNITÁRIA OU HOSPITALAR**
DATA/HORA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____ ____:____
DATA/HORA DA DISFUNÇÃO ____/____/____ ____:____
SOFA: ____ **MÉDICO (A):**_____ **ENFERMEIRA (O)**_____**TÉCNICO**_____

( ) Colhido duas hemoculturas Data/hora coleta:____/____/____ ____:____

( ) Administrado antibiótico_____ Data/hora prescrição:____/____/____ ____:___

( ) Checado lactato sérico Valor: _____ Data/hora checagem: ____/____/____ ____:___

( ) Se hiperlactatemia ou hipotensão, administrado 30 mL/kg de cristalóides

( ) Se manteve hipotensão após item anterior, administrador vasopressor

Data/hora de início do vasopressor: ____/____/____ ____:____ :

( ) Se hiperlactatemia, coletada **2° lactato** arterial após reposição volêmica Valor _____
Data/hora coleta: ___/___/_____ ____:__

( ) Se hipotensão e/ou hiperlactatemia, foi avaliado o *status* volêmico e perfusão nas primeiras 6 horas?

Considere avaliação se houver registro médico sobre:
( ) Mensuração de pressão venosa central- PVC
( ) Variação de pressão de pulso
( ) Variação de distensibilidade de cava
( ) Elevação passiva de membros inferiores
( ) Qualquer outra forma de responsividade a fluídos
( ) Mensuração de saturação venosa - SvO_2
( ) Tempo de enchimento capilar
( ) Intensidade de livedo

( ) Sinais indiretos como melhora do nível de consciência

Data e hora do registro no prontuário dessa avaliação: ___/___/_____ às ___:___

( ) necessidade de ventilação mecânica

Figura 1– Checklist de acompanhamento do protocolo de sepse HMAR

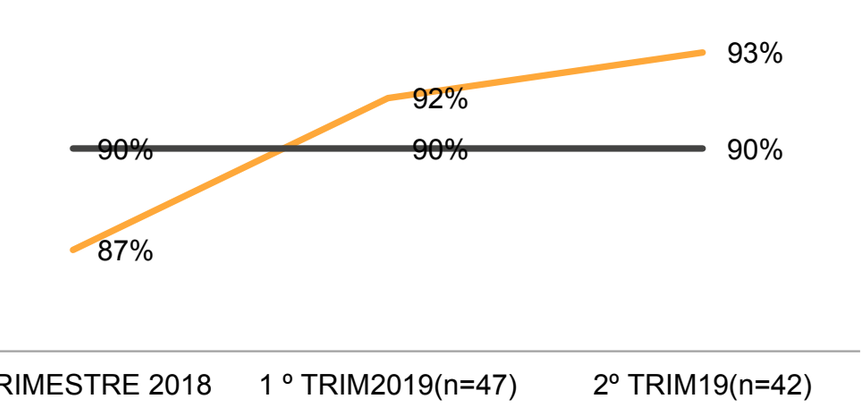


Figura 2– Taxa de Adequação ao antimicrobiano.

RESULTADOS

Este trabalho evidenciou altas taxas de adequação antimicrobiana empírica quando as prescrições foram confrontadas com o guia de antimicrobianos empíricos na sepse padronizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HMAR onde se alcançou o resultado expresso na Figura 2, muito satisfatório quando comparadas a outras analises realizadas no HMAR onde a taxa máxima alcançada foi de 79% (n=42). As taxas observadas neste estudo são semelhantes à encontrada em estudo observacional prospectivo, cuja taxa de adequação antimicrobiana foi de 91%.

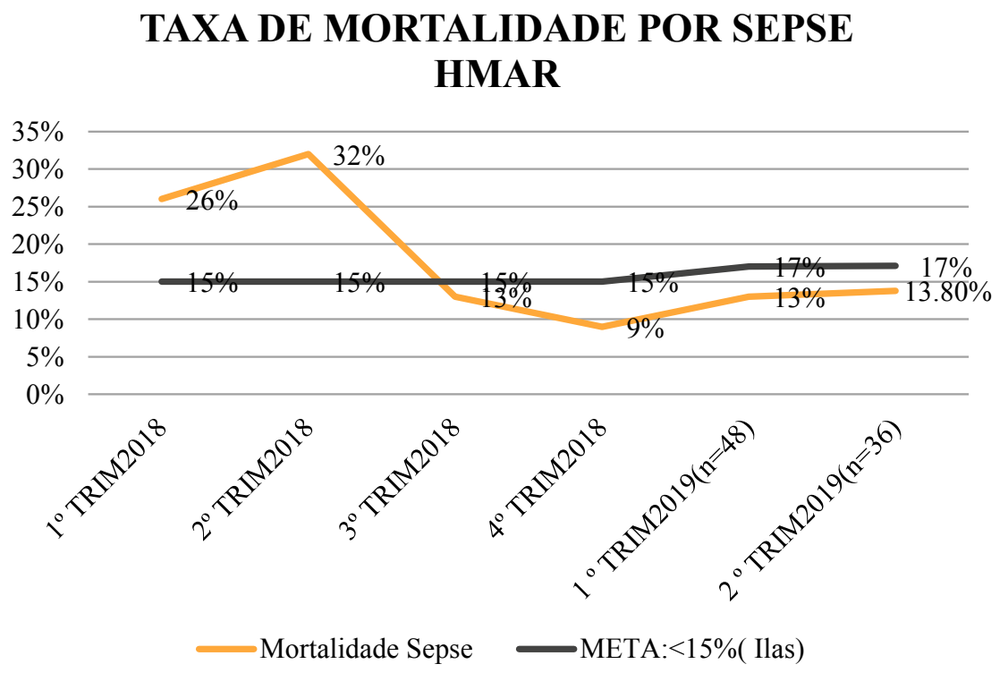


Figura 3– Taxa de mortalidade por sepse
Fonte de Dados: ILAS

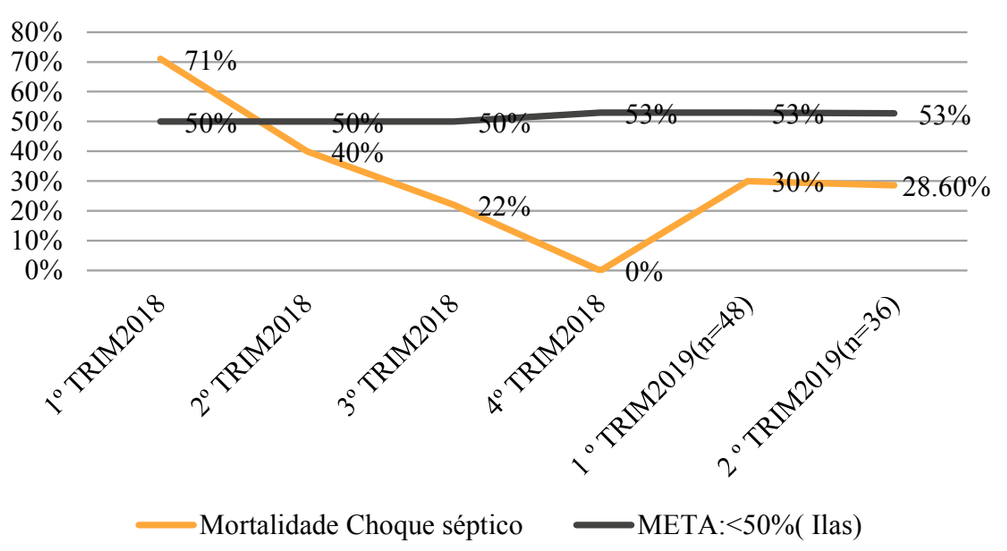


Figura 4– Taxa de mortalidade por choque séptico
Fonte de Dados: ILAS

CONCLUSÕES

Foi possível avaliar a racionalidade das prescrições de antimicrobianos no protocolo institucional de sepse e o impacto pode ser visto na redução da mortalidade após a implantação, a qual evolui de 35% (sepse) e 57% (choque séptico) para 13% e 28% respectivamente, taxas bem menores quando comparadas as dos hospitais particulares do Brasil que segundo o ILAS são de 17% para sepse e 53% para choque séptico Figuras 3 e 4.

REFERÊNCIAS

Moraes R.B., Guillén J.A., Zabaleta W.J., Borges F.K. **Descalonamento, adequação antimicrobiana e positividade de culturas em pacientes sépticos.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016.

VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO E GESTÃO A VISTA DE INDICADORES DA TAXA DE ISC LIMPA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores: Isana Regina Bueno, Ivan Sachinski, Edilceia Caliari, Alitheia Karla da Silva.

FUNDAMENTO

A avaliação de indicadores de segurança da Anahp 2018 auxiliam na redução de incidência de infecção e utilizar esses parâmetros em ambiente hospitalar favorecem a elaboração de estratégias e visualização do diagnóstico institucional. A taxa de infecção de sítio cirúrgico.

OBJETIVO

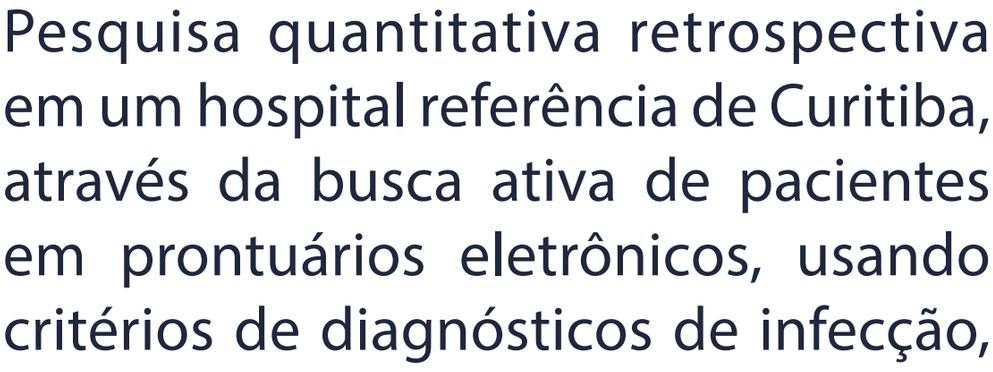
Demonstrar a efetividade da implantação da sistematização e gestão a vista de indicadores da taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) tendo como comparativo a meta da Anahp 2018.

DELINEAMENTO

Pesquisa quantitativa retrospectiva em um hospital referência de Curitiba, através da busca ativa de pacientes em prontuários eletrônicos, usando critérios de diagnósticos de infecção, culturas laboratoriais juntamente com resultados de microbiologia e elaborado o cálculo dos gráficos da taxa de infecção de sítio cirúrgico no decorrer do ano de 2018.

Taxa infecção Sitio Cirúrgico Limpa - 2018

Taxa / ISC Limpa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ano 2018	0,74	1,08	0,41	0	0,42	0,27	0,00	0,13	0,26	0,56	0,44	0,17



TAXA ISC LIMPA ANAHP 2017 = 0,46 %

Gráfico Taxa Infecção Sítio Cirúrgico Limpa do decorrer de 2018.

PACIENTES E MÉTODOS

Pesquisa quantitativa retrospectiva na qual, foi realizada a busca ativa de todos os pacientes que realizaram cirurgias no decorrer do ano de 2018 e realizado o cálculo do número de infecções dividido pelo número de cirurgias multiplicado por 100. Após o cálculo, foram elaborados gráficos e colocados em painéis nos setores de origem para análise crítica e interpretação dos dados apresentados por toda equipe multidisciplinar.

Foto do painel com os gráficos de análise crítica.

RESULTADOS

No decorrer do ano de 2018, a meta da Anahp correspondia a 0,60% e a da instituição hospitalar referência de Curitiba, após a sistematização dos indicadores alcançou 0,37% demonstrando que a gestão a vista é extremamente eficaz e auxilia facilitar o monitoramento das estratégias realizadas.

CONCLUSÕES

Observamos que a sistematização da coleta de dados para os indicadores e a gestão a vista é de suma importância para a elaboração de estratégias eficazes para a prevenção e controle de infecção hospitalar e por consequência promovendo a qualidade e segurança do paciente.

Palavras-Chaves: controle de infecção, indicadores, gerenciamento de enfermagem, taxa de sítio cirúrgico, anahp.

VOLTAR

HUDDLE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO: A EFICÁCIA DA FERRAMENTA NO DIRECIONAMENTO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E INTEGRALIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

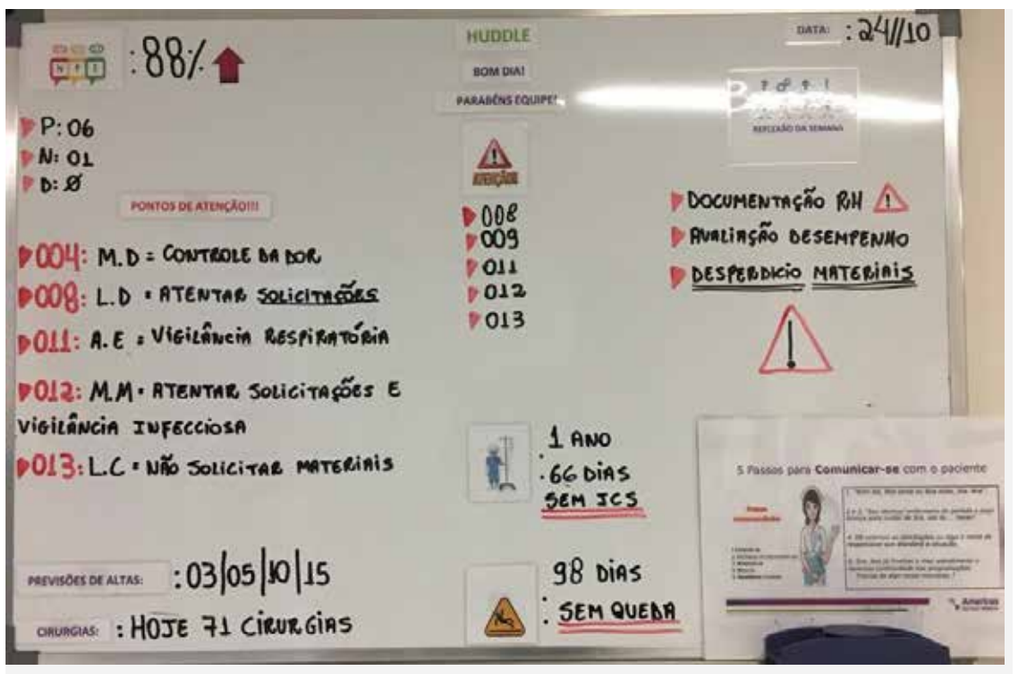
Daniele Nunes Da Silva; Luana Dias Ruiz; Tathiane Eutalia Rocha Faria

INTRODUÇÃO

Eventos adversos em Instituições hospitalares tem sido uma preocupação mundial devido a frequência e gravidade de danos causados pela assistência à saúde. A correlação dos eventos com falhas de comunicação é o principal ofensor para perdas de oportunidades assistenciais. Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Na busca por ferramentas que melhorem a comunicação e contribuam para evitabilidade do dano, iniciamos um projeto piloto em uma Unidade Clínica de um hospital privado de São Paulo; Os denominados *Huddles*. Trata-se de uma reunião estratégica, breve, realizada no início de cada plantão, com a presença de toda equipe multiprofissional, no qual abordamos pontos de atenção e possíveis sinais de deterioração da condição clínica dos pacientes, de forma a garantir um atendimento rápido e eficaz. Realizamos estudos sobre conceito e aplicabilidade da ferramenta, treinamento da equipe multiprofissional da unidade em questão e iniciamos o projeto em Março/2019. Como apoio utilizamos um quadro onde foi parametrizado os pontos de atenção a serem abordados. A metodologia tem duração de 05 a 07 minutos. O material de apoio é atualizado pelo enfermeiro responsável de cada turno e compartilhado com toda equipe de forma a garantir a clareza e direcionamento do plantão.

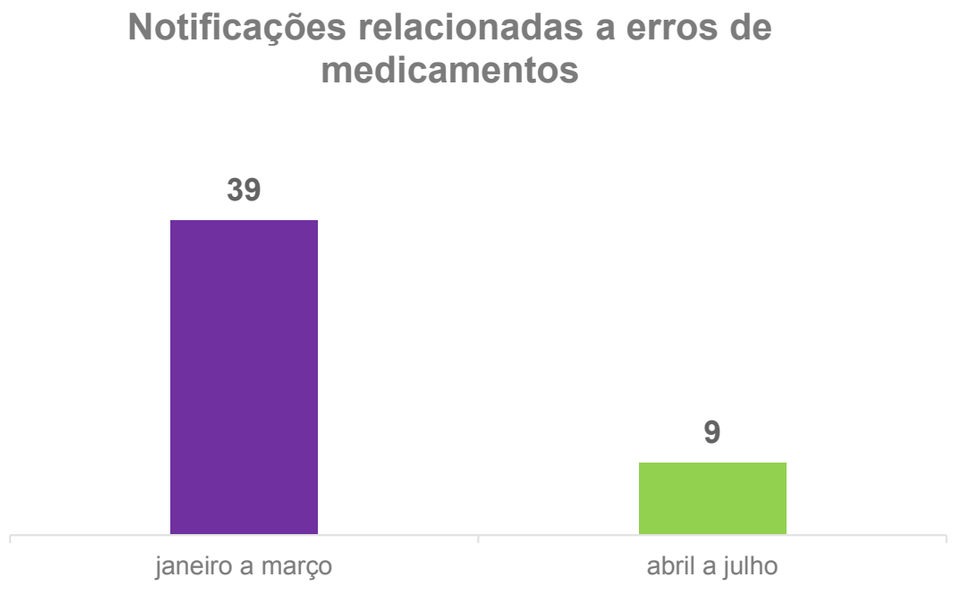


Material de apoio utilizado para realização dos *Huddles*.

Equipe multiprofissional da Unidade Clínica reunida durante o Huddle.

RESULTADOS

Durante o primeiro trimestre do ano tivemos 39 notificações relacionadas a eventos envolvendo medicamentos e de abril a julho reduzimos para 9 notificações. Observamos o empoderamento da equipe assistencial e áreas de apoio na tomada de decisões. A agilidade operacional das diversas áreas do hospital (nutrição, farmácia, governança, fisioterapia e enfermagem) através da comunicação nos *Huddles* trouxeram uma interação maior e a corresponsabilidade pelo paciente, uma vez que muitas atividades das áreas de apoio ficavam sob responsabilidade da enfermagem, trazendo sobrecarga de trabalho e morosidade para resoluções de problemas. A eficácia na utilização da ferramenta foi notória por toda equipe no que diz respeito a uniformidade da informação e a sua importância. Com isso, expandimos o projeto para as demais unidades de internação e servimos como exemplo para as áreas de apoio que já estão inserindo a sua utilização local.



Total de notificações antes e após a implementação do *Huddle*.

Hudlle sendo realizado área de Tecnologia da Informação (TI) do hospital

CONCLUSÕES

A utilização desta ferramenta trouxe uma uniformização da informação para equipe multiprofissional, garantindo uma continuidade do cuidado de forma mais eficaz e segura, reduzindo assim eventos adversos relacionados a medicamentos e eventos impactados por falhas de comunicação. Obtivemos também uma redução na sobrecarga de trabalho da Enfermagem, pois garantimos que as áreas de apoio se envolvessem de forma efetiva na tratativa do paciente/família. Além de melhorarmos em média 4%/mês na pesquisa de satisfação do cliente comparado ao ano de 2018. Atualmente a metodologia é utilizada inclusive na alta direção, o que fortalece o uso da ferramenta em todas as esferas de atendimento.

REFERÊNCIAS

TOWNSEND, C.S. ; MCNULTY, M. ; GRILLO-PECK, A.Implementing huddles improves care coordination in an academic health centel; 22(1): 29-35; 2017
RUNNACLES, Jane. Implementing multidisciplinary ward safety huddles to improve situation awareness- The Royal Free hospital experience;2018.
http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf

VOLTAR

ANÁLISE DA ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE AVC AGUDO EM UM HOSPITAL DE MACEIÓ

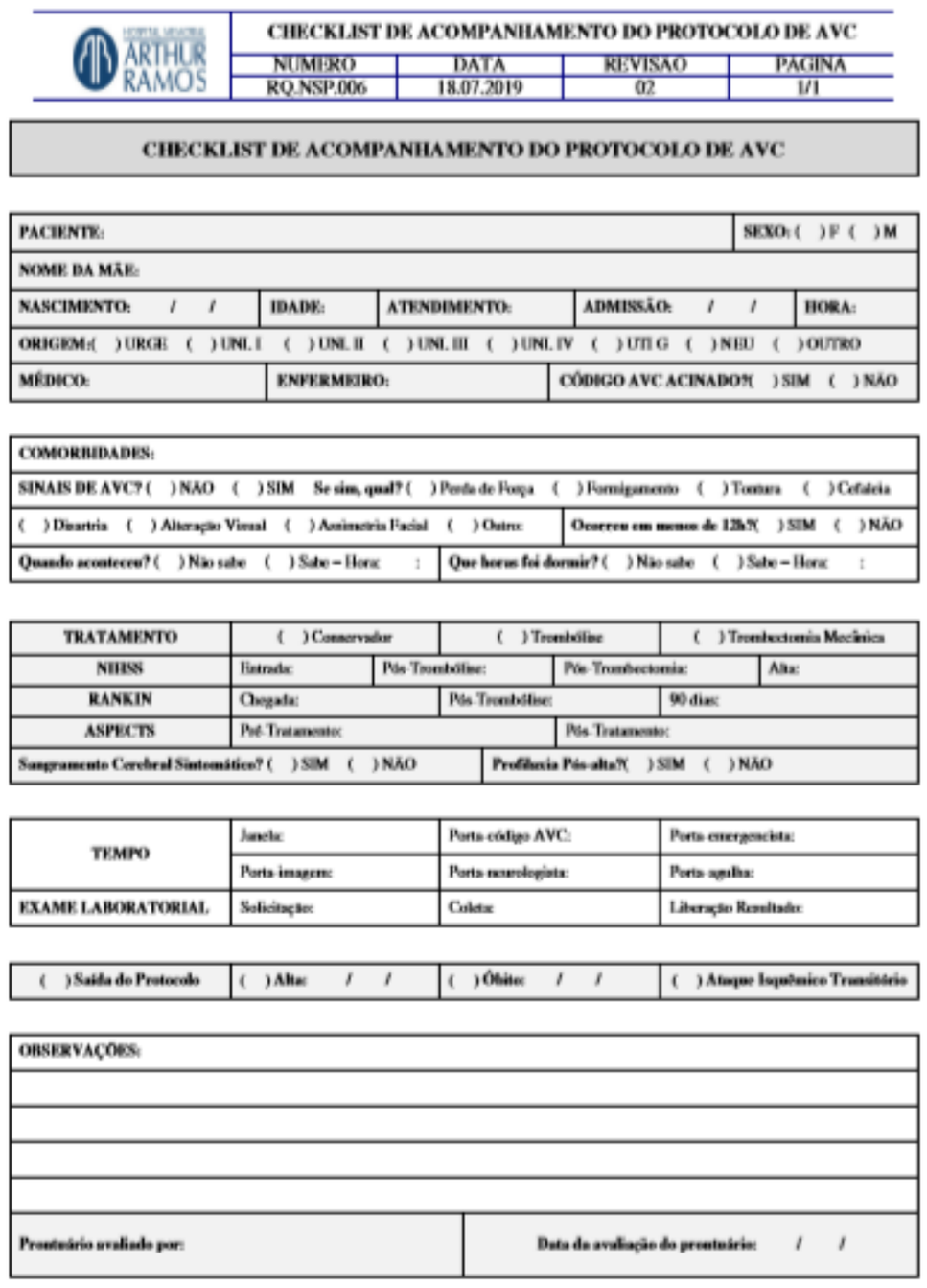
Paulo Henrique Silva Valentim dos Santos, Myrlla de Souza Duarte dos Santos, Rosane Maria Souza Costa Brandão, Yelnya Cardoso Silva Dória.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade, constituindo-se em uma das patologias neurológicas de maior prevalência tornando-se a segunda principal causa de morte em todo o mundo e é a principal causa de incapacidade no adulto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico e retrospectivo. A coleta de dados foi realizada através da análise crítica dos indicadores do protocolo AVC referentes ao período de novembro de 2017 à junho de 2019. Os indicadores analisados foram: Tempo porta-código AVC; Tempo porta-emergencista; Tempo porta-imagem; Tempo porta-neurologista; Tempo porta-resultado de exames laboratoriais e Tempo porta-agulha. Foram comparadas as médias anuais de cada indicador tendo como referência as metas internacionais estabelecidas em diretrizes e guidelines para este protocolo.



CHECKLIST DE ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO DE AVC

NUMERO	DATA	REVISÃO	PAGINA
RQ.NSP.006	18.07.2019	02	1/1

CHECKLIST DE ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO DE AVC

PACIENTE:				SEXO: ( ) F ( ) M
NOME DA MÃE:				
NASCIMENTO: / /	IDADE:	ATENDIMENTO:	ADMISSÃO: / /	HORA:
ORIGEM:( ) URGE ( ) UNI. I ( ) UNI. II ( ) UNI. III ( ) UNI. IV ( ) UTI G ( ) NEU ( ) OUTRO				
MÉDICO:	ENFERMEIRO:		CÓDIGO AVC ACINADO?( ) SIM ( ) NÃO	

COMORBIDADES:			
SINAIS DE AVC? ( ) NÃO ( ) SIM Se sim, qual? ( ) Perda de Força ( ) Formigamento ( ) Tontura ( ) Cefaléia			
( ) Disartria ( ) Alteração Visual ( ) Assimetria Facial ( ) Outro:		Ocorreu em menos de 12h?( ) SIM ( ) NÃO	
Quando aconteceu? ( ) Não sabe ( ) Sabe – Hora: :		Que horas foi dormir? ( ) Não sabe ( ) Sabe – Hora: :	

TRATAMENTO	( ) Conservador		( ) Trombólise	( ) Trombectomia Mecânica
NIHSS	Entrada:	Pós Trombólise:	Pós Trombectomia:	Alta:
RANKIN	Chegada:		Pós Trombólise:	90 dias:
ASPECTS	Pré-Tratamento:		Pós-Tratamento:	
Sangramento Cerebral Sintomático? ( ) SIM ( ) NÃO			Profilaxia Pós-alta?( ) SIM ( ) NÃO	

TEMPO	Janela:	Porta código AVC:	Porta emergencista:
	Porta imagem:	Porta neurologista:	Porta agulha:
EXAME LABORATORIAL	Solicitação:	Coleta:	Liberação Resultado:

( ) Saída do Protocolo	( ) Alta: / /	( ) Óbito: / /	( ) Ataque Isquêmico Transitório

OBSERVAÇÕES:	
Prontuário avaliado por:	Data da avaliação do prontuário: / /

Imagem 1: Checklist de acompanhamento do Protocolo AVC.

RESULTADOS

Foram analisados 181 códigos AVC acionados durante o período estabelecido. Observou-se que em 2017 dos 06 indicadores analisados 50% (03) estavam acima da meta internacional.

TABELA 1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO				
VARIÁVEIS	**2017**	**2018**	**2019**	**Média/Total**
Pacientes Atendidos com AVC	14	118	49	181
Sexo				
Feminino	29%	48%	56%	44%
Masculino	71%	52%	44%	56%
Idade Média	66.3	68.8	71.1	68.7
Código AVC Acionado	100%	96%	83%	93%
Pacientes Fora de Janela	54%	58%	52%	55%
Tipo de Tratamento				
Conservador	86%	89%	86%	87%
Trombólise	14%	7%	8%	10%
Trombectomia Mecânica	0%	4%	6%	3%
Ataque Isquêmico Transitório	21%	14%	17%	17%
Saída do Protocolo	14%	8%	2%	8%

Tabela 1: Perfil Epidemiológico.

TABELA 2. INDICADORES					
VARIÁVEIS (*min*)	**META**	**2017**	**2018**	**2019**	**MÉDIA**
Tempo Porta-Código AVC	10min	17	12	5	11
Tempo Porta-Emergencista	10min	19	10	8	8
Tempo Porta-Imagem	45min	26	30	23	26
Tempo Porta-Neurologista	30min	25	17	24	22
Tempo Porta-Resultado de Exames Laboratoriais	60min	100	53	70	76
Tempo Porta-Agulha	60min	49	116	57	74

Tabela 2: Indicadores Analisados

TABELA 3. REDUÇÃO DE TEMPO DOS INDICADORES	%	Min
Tempo Porta-Código AVC	70,6	12
Tempo Porta-Emergencista	57,8	11
Tempo Porta-Resultado de Exames Laboratoriais	30	30

Tabela 3: Redução dos Temos dos Indicadores

CONCLUSÕES

Houve redução dos tempos gerenciados em cada indicador com meta acima do estabelecido indicando aumento da adesão ao protocolo AVC com impacto positivo da melhora no fluxo de atendimento e nas boas práticas de segurança para este perfil de paciente.

REFERÊNCIAS

1. Guidelines for acute is chemic stroke treatment – Part I .Executive Committee from Brazilian Stroke Society and the Scientific Department in Cerebrovascular Diseases of the Brazilian Academy of Neurology. ArqNeuropsiquiatr .

2. Silva, GS et al. Acidente Vascular Cerebral Prevenção, Tratamento agudo e Reabilitação. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

VOLTAR

OTIMIZAÇÃO PERIOPERATÓRIA (PSH & ERAS) EM ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Luiz Fernando dos Reis Falcão*, Marco Aurélio Silvério Neves, Carla de Oliveira Assis, Leonardo José Gabrielli Vanzato, Guinther Giroldo Badessa, Leonardo Henrique da Cunha Ferraro, Marília Rosas da Silva, Ênio Gustavo Schroeder Martins, Lúcia Milito Eid

INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde suplementar no Brasil passa por grande dificuldade. Os gastos assistenciais têm aumentado progressivamente em virtude do aumento da VCMH, envelhecimento populacional e modelo de *fee-for-service*, sendo os pacientes cirúrgicos os responsáveis por grande parte destes custos. Desta forma, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade assistencial e redução das complicações, permitindo a otimização da recuperação pós-operatória e redução do tempo de internação hospitalar com consequente redução dos custos.

O **objetivo** deste estudo foi avaliar o impacto do *Perioperative Surgical Home* (PSH) e *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) na otimização perioperatória da artroplastia de quadril.

MÉTODO

Estudo prospectivo em hospital privado de São Paulo em pacientes submetidos a artroplastia total de quadril eletiva. O estudo foi dividido em três fases:

- **FASE 1:** *usual care.* Coleta das informações da instituição de forma retrospectiva (2017 e 2018) com a definição dos indicadores institucionais. Os indicadores analisados foram: variabilidade da técnica anestésica, destino de pós-operatório (UTI ou RPA), tempo de internação hospitalar e custo.
- **FASE 2:** criação dos protocolos assistências multidisciplinares pré, intra e pós-operatório com base no ERAS e alteração dos processos hospitalares com base no PSH.
- **FASE 3:** mensuração dos resultados e PDCA (*Plain, Do, Check and Act*).

Os protocolos assistenciais perioperatórios consistem em:

❖ **PRÉ-OPERATÓRIO**
- Educação do paciente com criação de manual explicando todas as etapas do perioperatório.
- Jejum pré-operatório para refeição leve (6h) e líquidos sem resíduos (2h).
- Suplementação pré-operatória com maltodextrina 12,5% 200mL 3h antes do procedimento.
- Detecção e correção de anemia no pré-operatório.
- Analgesia pré-emptiva.

❖ **INTRAOPERATÓRIO**
- AMIS (*Anterior Minimally Invasive Surgery*)
- Raquianestesia e sedação leve com dexmedetomidina.
- Analgesia intraoperatório com infiltração local com ropivacaína 0,2%, adrenalina e clonidina.
- Normotermia com aquecimento ativo.
- Normovolemia com infusão de cristaloides balanceados.
- Ácido tranexâmico no início e final da cirurgia.
- Antibiótico profilaxia.

❖ **PÓS-OPERATÓRIO**
- Analgesia multimodal poupadora de opióide.
- Profilaxia de náusea e vômito.
- Mobilização precoce e ingesta oral precoce.

RESULTADOS

Foram analisados 45 pacientes na fase 1 (*usual care*) e incluídos 10 pacientes na fase 2 e 3. Após a implantação dos protocolos de otimização perioperatória, houve redução significativa da variabilidade da assistência anestésica com alta adesão ao protocolo (tabela 1).

	FASE 1	FASE 3
Raquianestesia	25 (55,6)	9 (90)
Anestesia geral	25 (55,6)	1 (10)
Bloqueio femoral	5 (11,1)	0 (0)
Infiltração local	0 (0)	10 (100)

Tabela 1. Técnica anestésica para artroplastia de quadril. Valores representados por número absoluto e relativo (%).

O pós-operatório na UTI foi reduzido em mais de 50% e o tempo médio de internação hospitalar foi reduzido de 11,4 para 1,7 dias (tabela 2).

	FASE 1	FASE 3
Recuperação pós-anestésica	20 (52,6)	8 (80)
Unidade de Terapia Intensiva	18 (47,4)	2 (20)
Dias de internação hospitalar	**11,4**	**1,7**

Tabela 2. Destino de pós operatório e dias de internação para artroplastia de quadril. Valores representados por número absoluto e relativo (%).

O custo médio final por paciente para as operadoras foi reduzido de R$ 75.317,25 para R$ 40.542,34 (redução de 46%). Houve aumento significativo da margem líquida hospitalar (em 3,4x) avaliado por dias de leito ocupado (R$ 1.984,46 *versus* R$ 6.803,64 antes e após, respectivamente, tabela 3).

	FASE 1	FASE 3
Custo para operadora	R$75.317,25	R$40.542,34
Custo hospitalar total	R$52.694,42	R$28.976,15
Margem líquida	R$22.622,83	R$11.566,19
% Margem líquida	27,9%	28,5%
Margem líquida dia/leito	**R$1.984,46**	**R$6.803,64**

Tabela 3. Custos e margem líquida para artroplastia de quadril. Valores representados em reais.

CONCLUSÕES

Estes resultados demonstram que os protocolos e cultura de otimização perioperatória são opções viáveis para melhora da assistência clínica uma vez que há redução da variabilidade assistencial, assim como redução dos custos para as operadoras de saúde e aumento da rentabilidade hospitalar por dia de leito ocupado. Adicionalmente, há maior eficiência operacional do hospital com liberação de leitos para novos casos.

REFERÊNCIAS

1. Falcão LFR; Badessa GG. A importância da anestesia e otimização perioperatória no cenário econômico da saúde. Anestesia em Revista, v.4, p. 8-15, 2018.
2. Falcão LFR; Badessa GG. Alta precoce e redução de custos são benefícios da implantação do protocolo ERAS. Foco Hospitalar, v. 4; p. 8-11, 2019.
3. Soffin EM; YaDeau T. *Enhanced recovery after surgery for primary hip and knee arthroplasty*. *Br J Anaesthesia*, 117 (S3): iii62–iii72, 2016.
4. Falcão LFR. Protocolo ERAS. Anestesia em Revista, v. 1, p. 20-24, 2019.

*Contato: falcao@anestesiagaap.com.br

▲ VOLTAR

Protocolo de acidente vascular cerebral (AVC) agudo do Hospital Aliança: Modelo assistencial com maior qualidade e menor custo

Jamary Oliveira-Filho, Mayara Souza dos Santos, Luiza Serravalle, Matheus M. Pires

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o tratamento do AVC isquêmico tem ganho destaque como uma das prioridades de atendimento intra-hospitalar em decorrência de terapias de reperfusão, ao mesmo tempo eficazes e tempo-dependentes (Oliveira-Filho et al., 2019; Pontes-Neto et al., 2017). Nesse contexto, a qualidade assistencial nos primeiros minutos após a admissão hospitalar pode determinar toda a cadeia de custos intra-hospitalares. Nosso objetivo foi comparar indicadores de qualidade assistencial e custo antes e após a implementação de um novo modelo assistencial ao paciente com AVC agudo.

METODOLOGIA

Série de casos ambispectiva de pacientes admitidos no Hospital Aliança (Salvador-BA) com suspeita diagnóstica de AVC agudo, comparando o ano de 2017 com o período após a implantação do protocolo de AVC (abril/2018 a março de 2019). O modelo assistencial do protocolo AVC incluiu a identificação de desperdícios, definição de metas de tempo e conduta para cada setor do hospital e incluiu o gerenciamento automatizado de indicadores assistenciais. Os indicadores medidos foram o tempo porta-tomografia, tempo porta-neurologista, tempo porta-trombolítico, proporção de terapias de reperfusão e tempo mediano de internação. O ticket médio foi calculado em cada período. Estimamos o grau de incapacidade em 90 dias através da escala de Rankin colhida por entrevista telefônica.

Indicadores assistenciais:

- Tempo porta-médico: tempo entre a chegada na emergência e a primeira avaliação médica.
- Tempo porta-neuro: tempo entre a chegada na emergência e a avaliação com neurologista.
- Tempo porta-TC: tempo entre a chegada na emergência e a realização da tomografia computadorizada sem contraste.
- Tempo porta-agulha: tempo entre a chegada na emergência a a administração do bolus inicial do trombolítico alteplase.

Escala de Rankin (dados colhidos em 90 dias após o AVC):

- 0: sem déficit, sem disfunção
- 1: déficit leve, sem disfunção
- 2: déficit leve, disfunção leve, independente
- 3: déficit leve, dependente
- 4: déficit moderado, dependente
- 5: déficit grave (acamado)
- 6: óbito

Figura 1: Definição dos principais indicadores assistenciais medidos no período.

RESULTADOS

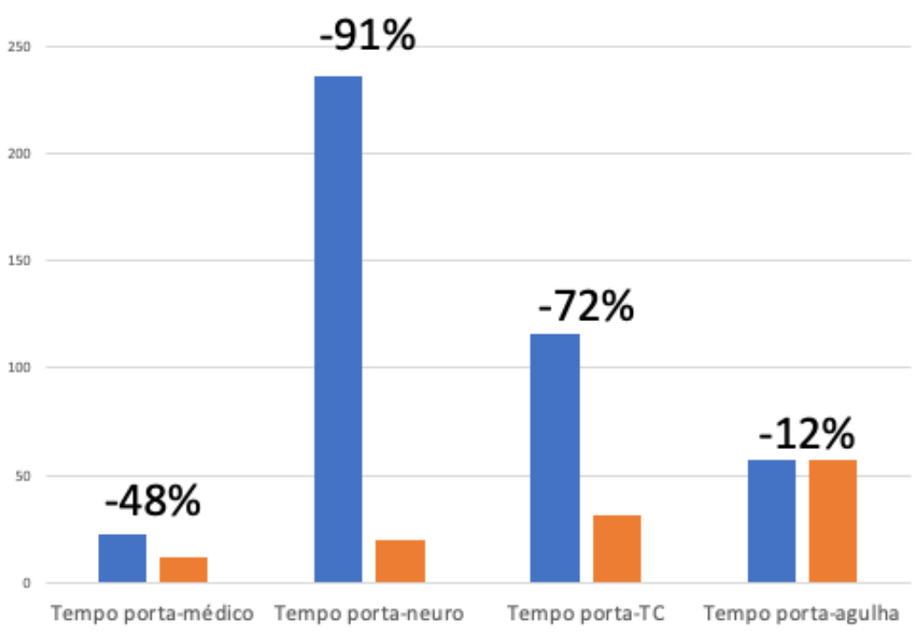


Figura 2: Tempo em minutos dos principais indicadores assistenciais, comparando o período anterior (≤2017) e posterior (2018-2019) à implementação do protocolo de AVC.

RESULTADOS

Foram admitidos 244 pacientes antes e 189 no período após a implementação do protocolo de AVC agudo. A idade média (+/- desvio padrão) foi 67 (+/- 16) anos, semelhante nos dois períodos. A terapia de reperfusão foi realizada em 3 (1,2%) pacientes antes e 21 (11,1%) pacientes após a implementação do protocolo AVC (frequência relativa=9,03; intervalo de confiança 95%=2,74-29,85, p<0,001). Houve redução de 91% no tempo porta-neurologista, 72% no tempo porta-tomografia e 12% no tempo porta-trombolítico. O tempo mediano de internação reduziu de 10,5 para 4,5 dias e o ticket médio reduziu em 60,6%. Em 90 dias, 85% dos pacientes encontravam-se independentes para atividades da vida diária (Rankin entre 0 e 2).

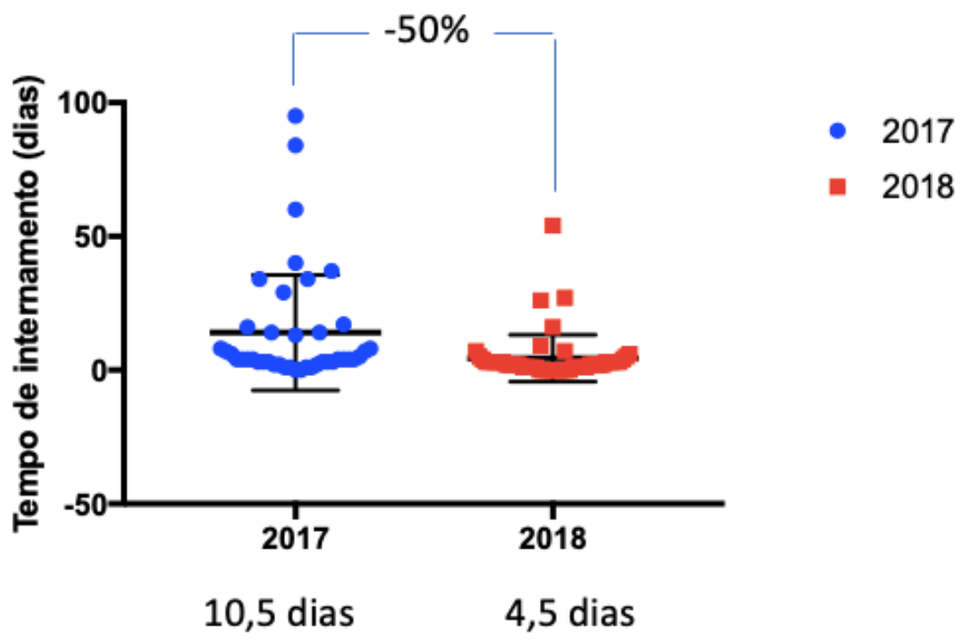


Figura 3: Tempo de internação em dias, comparando o período anterior (2017) com o posterior (2018) à implantação do protocolo de AVC.

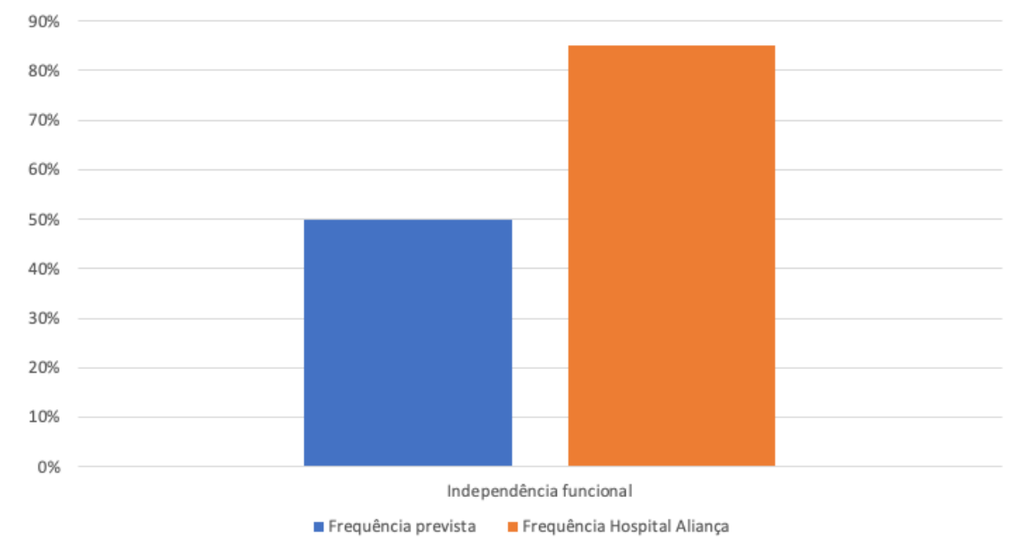


Figura 4: Proporção de pacientes atingindo a independência funcional (Rankin 0 a 2) em 90 dias, comparado à história natural do AVC (fonte: Kamel et al.)

CONCLUSÕES

A implementação de um modelo assistencial padronizado baseado em metas de tempo é factível, está associado a uma redução de custos e aumento da qualidade do atendimento.

REFERÊNCIAS

Kamel H, et al. (2013). J Stroke Cerebrovasc Dis. 22: 1111.
Oliveira-Filho J, et al. (2019). In: Burton Rose (Org.), UpToDate.
Pontes-Neto O, et al (2017). Arq Neuro-Psiquiatr. 75:50.

VOLTAR

Resultados de um Programa Multiprofissional para Uso Racional de Antimicrobianos no Consumo de Antibióticos de Amplo Espectro

Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias, Bianca Sestren , Andressa Schaia Rocha, Andre Luiz Parmegiani de Oliveira

INTRODUÇÃO

A resistência aos antimicrobianos é uma preocupação mundial devido ao impacto na morbi-mortalidade e tempo de permanência hospitalar. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), todo serviço de saúde brasileiro deve elaborar e implementar o seu Programa de Uso Racional de Antimicrobianos para auxiliar a prevenir ou retardar o aparecimento de resistência antimicrobiana. Carbapenêmicos e polimixinas são antimicrobianos (ATM) de última linha para o tratamento de infecções por bactérias multirresistentes e devem ser monitorados. Esse trabalho irá descrever o resultado do Programa de Uso Racional de Antimicrobianos (PURA) para redução do consumo de meropenem e polimixina em uma instituição privada.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo descritivo, desenvolvido em um hospital privado, em Curitiba/PR entre Janeiro de 2012 a Dezembro de 2018. O consumo de meropenem e polimixina B foi monitorado através do cálculo da dose diária definida (DDD) por 1000 pacientes-dia, realizado pela farmácia clínica da instituição. As estratégias do PURA incluíram visitas multiprofissionais envolvendo farmacêutico clínico, microbiologista, enfermeiro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e médico infectologista, com a finalidade de avaliar todos os casos de pacientes em uso de antimicrobianos, para discussão de possíveis adequações, descalonamentos e ajustes de dose quando necessários.

Figura 1. Equipe stewadship Hospital Nossa Senhora das Graças

RESULTADOS

A média do DDD/1000 pacientes-dia de meropenem nos anos observados variou da seguinte forma: 127,92 (2012); 129,65 (2013); 117,58 (2014); 98,88 (2015); 80,92 (2016); 100,68 (2017); 81,89 (2018). Da mesma forma, o DDD/1000 pacientes-dia da Polimixina variou respectivamente: 12,13 (2012); 18,32 (2013); 19,01 (2014); 12,65 (2015); 9,47 (2016); 6,83 (2017); 6,42 (2018)

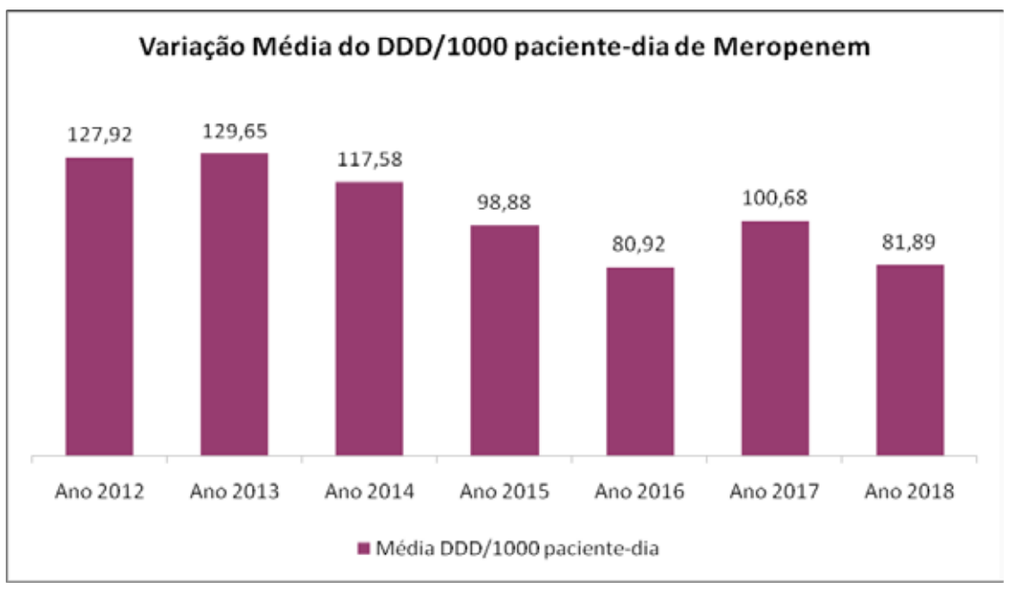


Gráfico 1. Variação anual da média do ddd de Meropenem por 1000 pacientes-dia

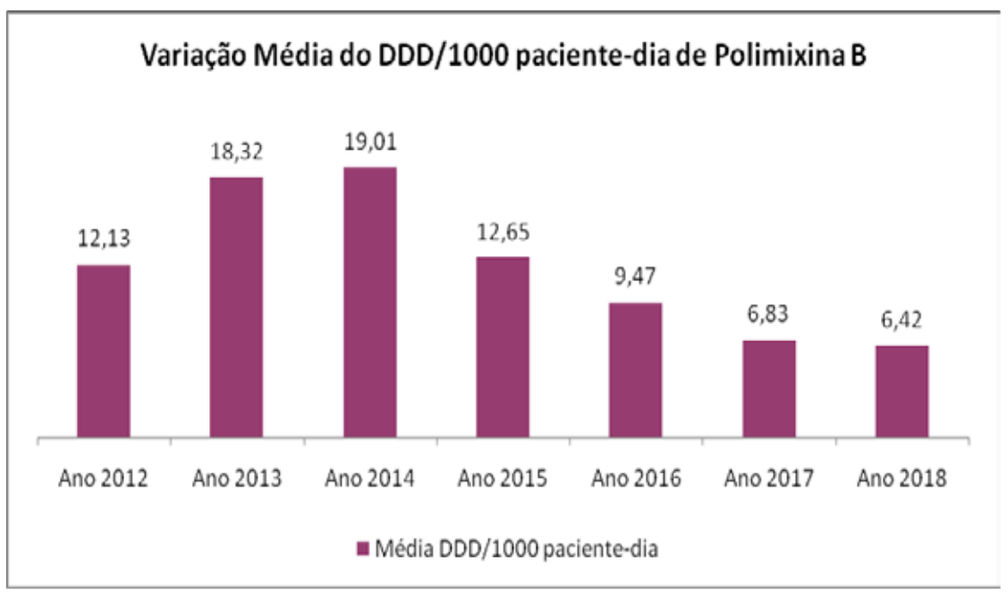


Gráfico 2. Variação anual da média do ddd de Polimixina B por 1000 pacientes-dia

CONCLUSÕES

Houve redução do consumo destes antimicrobianos na instituição atendendo ao objetivo do programa. Esse resultado tem relação não só com a atuação da equipe multidisciplinar do PURA na gestão do uso racional destes antimicrobianos, como também apresenta influência do programa de controle de infecção relacionado à assistência à saúde na instituição. Estas iniciativas devem ser estimuladas para auxiliar na redução do consumo de antimicrobianos de amplo espectro e consequente impacto na redução da resistência microbiana.

REFERÊNCIAS

Mladenovic-Antic S, Kocic B, Velickovic-Radovanovic R, et al. Correlation between antimicrobial consumption and antimicrobial resistance of Pseudomonas aeruginosa in a hospital setting: a 10-year study. J Clin Pharm Ther. 2016 Oct;41(5):532-7. doi: 10.1111/jcpt.12432

VOLTAR

Farmacoeconomia aplicada à Agenda de Quimioterapia Ambulatorial

Graziela Guidolin, Marcela Thomaz Stocco, Hellen Graziella Jorge, Fernando César de Oliveira

INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer referente ao biênio 2018/2019 espera-se no Brasil, 600 mil novos casos de câncer. Em contrapartida, a crise no sistema de saúde, a redução de usuários de planos e a alteração das formas de remuneração aos prestadores levam à racionalização de recursos e otimização dos processos a fim de garantir a atuação sustentável sem impactar na qualidade da assistência ao paciente. Medicamentos utilizados em tratamentos de neoplasias em sua maioria são de alto custo, e quando utilizados fracionados geram sobras e descarte de produtos químicos. Uma estratégia é trabalhar com agendas programadas, onde a equipe multiprofissional atua na construção e programa a compra de itens de alto custo e acompanha os pacientes por protocolo e medicamentos em uso.

METODOLOGIA

Inicialmente foram realizados levantamentos de demanda de medicamentos solicitados para o setor de Quimioterapia Ambulatorial, os principais fornecedores e prazos de entrega. Em reunião multiprofissional (agendamento, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e compras) foram definidos prazos para: inclusão de pacientes em agenda, compras e entrega de insumos. Estabelecidos os quantitativos máximos e mínimos de itens de baixo custo e planejada aquisição de itens de alto custo. A compra passou a ser realizada em duas etapas semanais e implementou-se dupla conferência da entrega dos produtos solicitados com 48H de antecedência pelo Compras e posteriormente, com 24H, pela Farmácia.

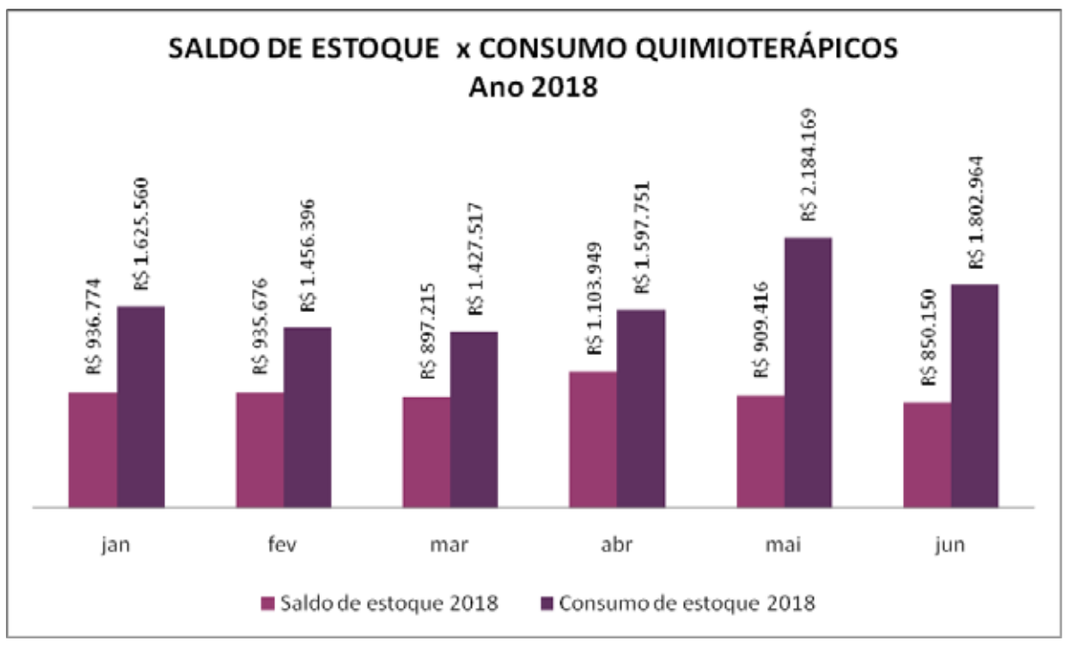


Gráfico 1. Comparativo de saldo de estoque x consumo quimioterápicos em 2018

RESULTADOS

Após início da gestão da agenda de Quimioterapia, evidenciado no primeiro semestre de 2019 um aumento de 59% de consumo mensal comparado ao mesmo período de 2018 (R$1.682.392,92 em 2018 para R$2.685.410,88 em 2019). O valor de saldo de estoque foi reduzido proporcionalmente em 37% - média de R$1.092.300,97. Foi criado no Sistema um parâmetro para incorporação das sobras, sendo o volume acrescentado entre janeiro e junho/2019 de R$353.443,84.

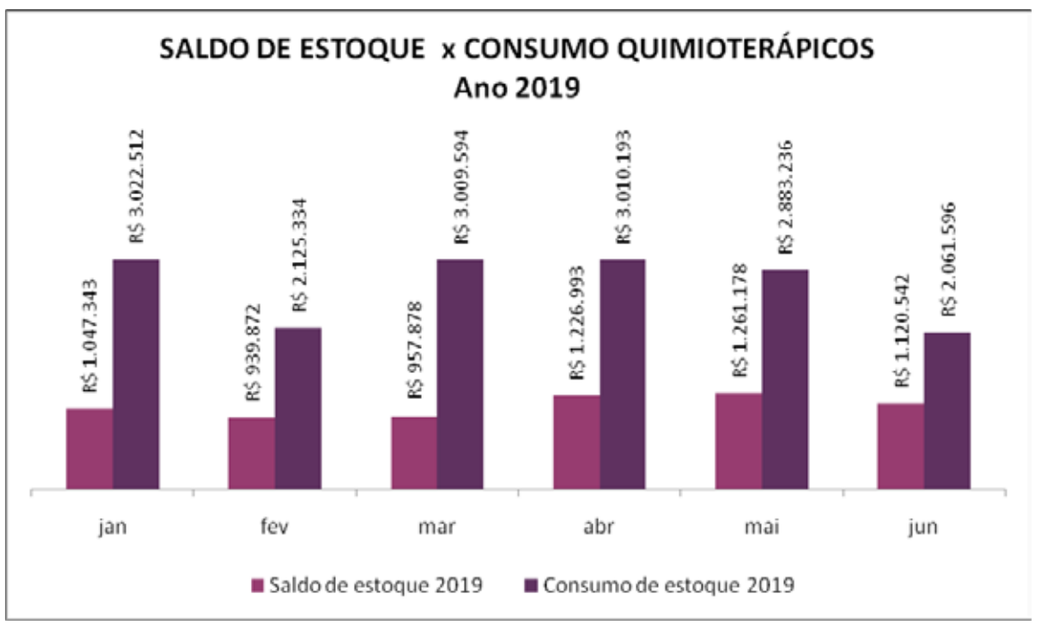


Gráfico 2. Comparativo de saldo de estoque x consumo quimioterápicos em 2019

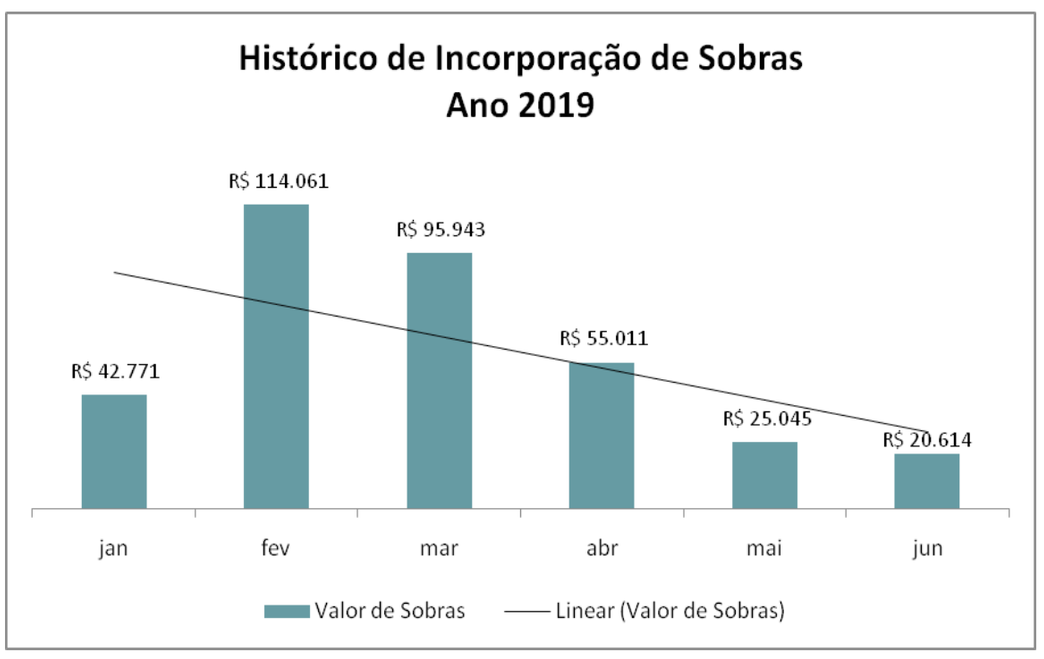


Gráfico 3. Histórico de Incorporação de Sobras – Ano 2019

CONCLUSÕES

Observa-se que a comunicação efetiva e o alinhamento de processos, respeitando as responsabilidades e prazos de cada equipe é a principal estratégia para a obtenção de resultados tanto financeiros quanto voltados à segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Projeto de Produção Interna: Documento Interno Fluxo - FLX-204 Realização do Esquema Quimioterápico; Documento Interno Manual de Procedimento MP-449 sobre a Rotina de Paciente para a Quimioterapia Ambulatorial.

VOLTAR

ALEITAMENTO LEAN

Jonathan de Carvalho, Mariane Dias Barbeitas, Inácio Araripe e Graziela Abdalla

INTRODUÇÃO

Promover o aleitamento materno exclusivo é importante tanto para a saúde do recém-nascido, como para a recuperação da puérpera e para o estreitamento do vínculo mãe-bebê. Dentro de uma maternidade, esse processo é um dos focos principais da assistência de Enfermagem e que enfrenta resistências culturais diariamente, especialmente numa maternidade particular com corpo médico aberto, em que a relação comercial traz outros desafios à adesão ao processo. Além de se ofertar o melhor alimento para o bebê, aumentar o aleitamento materno exclusivo promove na assistência o que há de melhor para o binômio e garante uma maior sustentabilidade do negócio, ao racionalizar o uso de fórmulas lácteas e mamadeiras. Soma-se a esses ganhos, a lactoferrina, proteína encontrada no leite materno, pode reduzir a chance de infecção hospitalar entre os prematuros em até 50%.

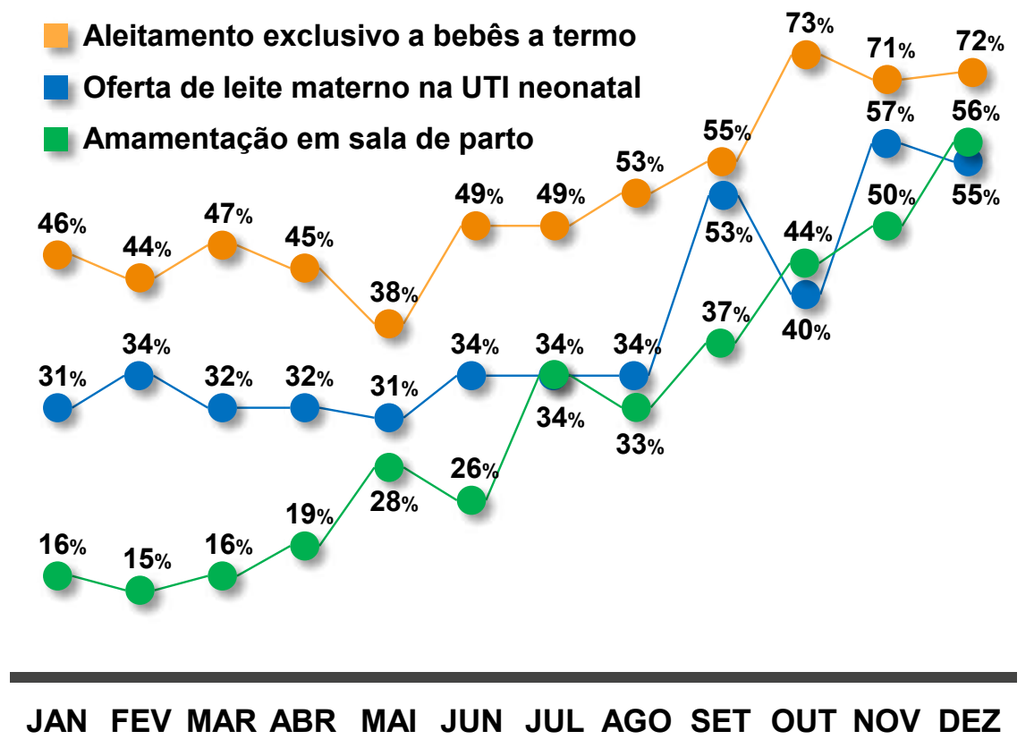
O projeto teve como objetivo melhorar o índice de seio materno exclusivo em três frentes paralelas, em duas unidades hospitalares: a) com os bebês nascidos à termo; b) com os recém-nascidos internados na UTI Neonatal; e c) na sala de parto.

METODOLOGIA

O projeto foi executado por colaboradores da ponta durante um programa de capacitação na instituição, utilizando ferramentas Lean e Teoria das Restrições, tais como o mapeamento do fluxo de valor (VSM), para encontrar gargalos e focos de baixo desempenho, a Árvore da Realidade Atual, para identificar causas raízes das restrições, e as matrizes de gravidade, urgência e tendência e de impacto x esforço, para priorizar problemas e contramedidas, respectivamente . Enfermeiros e técnicos de Enfermagem buscaram identificar os desafios e as causas da baixa adesão ao seio materno exclusivo, criar e priorizar soluções para aumentar o índice e desenhar estratégias de manutenção dos resultados obtidos. Entre as ações implantadas, foram criados rankings dos pediatras que menos receitam leite artificial e daqueles que mais respeitam a chamada “hora de ouro” no imediato pós-parto, para aumentar a adesão aos objetivos do projeto. Tal estratégia foi interessante por buscar reconhecer médicos que veem importância no aleitamento materno, em vez de expor ou punir aqueles que não cooperam. Para as gestantes, foi criado um mascote (João Colostro) e um gibi contando em história em quadrinhos os benefícios do leite materno, dicas de amamentação e o papel do companheiro no apoio ao aleitamento. Às equipes de Enfermagem, foi fomentado uma competição saudável entre os plantões com o maior resultado, além de passarem a oferecer o leite artificial em copinho, dificultando o antes fácil e cômodo processo de se dar uma mamadeira ao recém-nascido – uma das causas raízes identificadas. Também foi feito uma matriz de competência entre as técnicas para identificar lacunas de conhecimento e focar os treinamentos, trazendo maior efetividade. Já na UTI Neonatal foi introduzido a técnica da colostroterapia nos recém-nascidos, em uma conquista heroica da equipe.

RESULTADOS

O índice de aleitamento materno exclusivo dos bebês nascidos a termo saltou de 44% para 60%, do primeiro para o segundo semestre, um patamar significativo em se tratando de uma maternidade particular. Para efeitos de comparação, poucas são as instituições privadas que conseguem obter índices acima de 60% - algumas nem medem esse desempenho. Houve, com isso, uma diminuição dos custos, com a redução mensal de consumo de 10 litros de complemento e de 540 mamadeiras. Já no centro cirúrgico, respeitando a “hora de ouro”, o indicador de amamentação em sala de parto aumentou de 20% para 42,3% - um delta de 112%. Na UTI Neonatal, houve um aumento de 41% na oferta de leite materno, além da implantação pioneira da colostroterapia, aplicado em 100% dos pacientes elegíveis, que também trouxe resultados financeiros, reduzindo em 2 mil reais mensais o custo com leite artificial. Todos esses resultados só foram mensurados devido à integração dos processos no sistema de informação, solidificando os ganhos na gestão do processo. A associação do aleitamento materno com a metodologia Lean foi tão simbiótica, que o índice vem em uma espiral de melhoria contínua e de engajamento da equipe da Enfermagem.



Tirinhas com orientações de amamentação (esquerda) e o ranking dos pediatras que mais levaram o bebê ao seio em sala de parto (direita)

Quando todos saem ganhando: Pioneirismo na adoção da colostroterapia na UTI neonatal (acima) e o incentivo à amamentação em sala de parto

▲
VOLTAR

Utilização de ferramentas de gestão para melhoria de fluxo de pacientes entre UTI, Centro cirúrgico e unidades de internação e criação da cultura de melhoria contínua.

Leôncio Batista Neto, Fabíola Toffoli, Robson Carvalho de Santana, Adriana Cícera Ribeiro

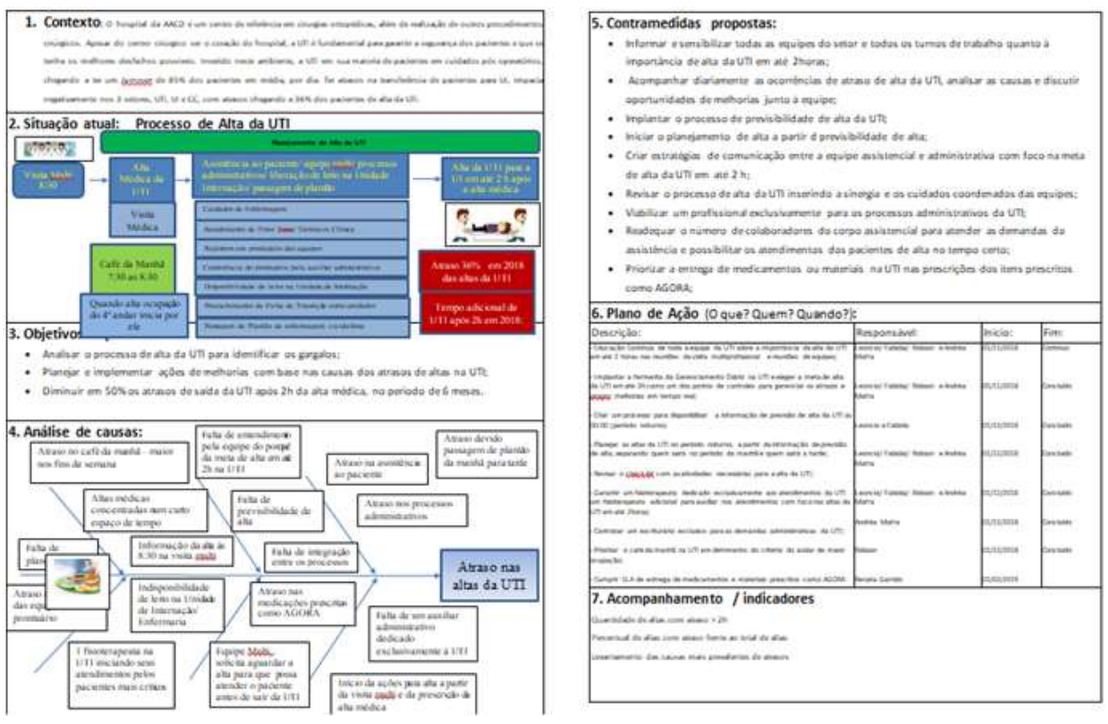
INTRODUÇÃO

O hospital da AACD não é apenas conhecido pela assistência aos pacientes com deficiências físicas e mentais, mas também por sua qualidade na atenção aos cuidados dos pacientes com problemas ortopédicos, destaque para cirurgias de porte moderado-grande como as artroplastias e cirurgias de correção de escoliose. Neste cenário, o fluxo interno dos pacientes da internação até a alta hospitalar, passando por centro cirúrgico, UTI e unidades de internação deve ser otimizado para que os recursos da instituição tenham o melhor aproveitamento possível.

Analisando apenas o microambiente da UTI, até meados de outubro de 2018, o setor estava com média próxima de 140 altas por mês e 36% delas com transferências para unidade de internação com tempo superior a 2 horas após alta médica, impactando negativamente a gestão de leitos da instituição.

METODOLOGIA

Em novembro de 2018, após realização de um A3 levantando os principais problemas e buscando soluções para atrasos nas altas da UTI, inicia-se o gerenciamento diário (GD) da unidade contando com toda equipe multidisciplinar do setor (médicos, enfermeiros e técnicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiologistas e escriturários) e buscando melhorar este dado sem qualquer desfecho negativo para assistência ou segurança, analisando as causas mais prevalentes dos atrasos e buscando possíveis soluções, tudo isso em reuniões com menos de 10 minutos de duração diariamente, objetivando reduzir os atrasos em 50% em 6 meses, sem aumento das reinternações em UTI em 24h e sem aumento de eventos adversos no setor (a busca pela melhoria do indicador de velocidade não interfira em indicadores de confiabilidade intimamente relacionados).



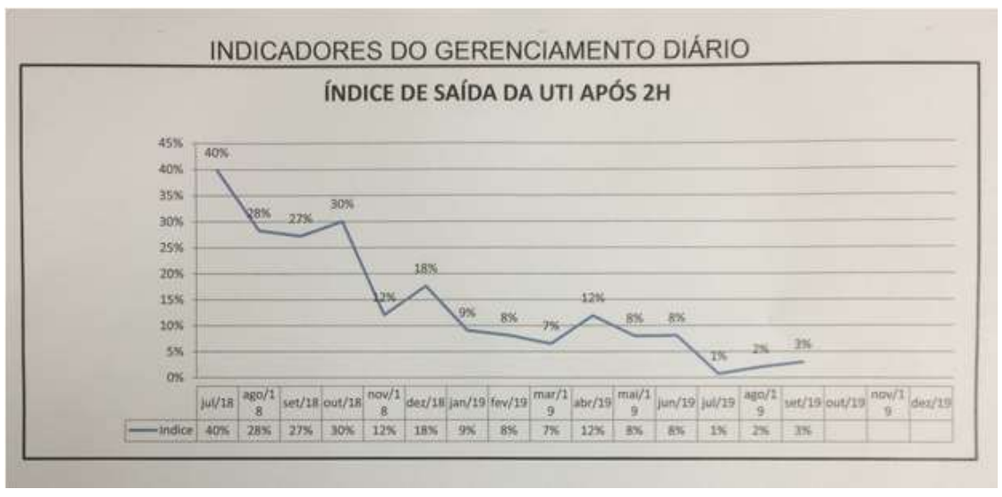
Uso da ferramenta A3 para desenho do cenário atual e planejamento e acompanhamento dos planos de ação

Folha de acompanhamento diário com sinalização dos indicadores e suas causas em tempo real.

RESULTADOS

No primeiro mês foi reduzido em mais de 65% a proporção de atrasos na saída do paciente da UTI, e em janeiro de 2019 a queda representou 75% se comparado aos dados pré GD, além da redução média do tempo dos atrasos quando eles ocorrem (reduzindo desperdício global em mais de 80% dos dados iniciais). Com as mudanças, os motivos mais prevalentes passaram a ser mais influenciados por fatores externos que internos ao setor. No mês de julho de 2019 tivemos apenas 1 atraso em 136 altas (0,74%) melhoria de quase 98% em comparação pré-GD, nos meses subsequentes, agosto (2 atrasos) e setembro (3 atrasos), este número pouco mudou, mostrando sustentabilidade do objetivo.

Em setembro, vendo o novo cenário em que estava inserido com os objetivos alcançados, buscou-se trazer mais um agente (stakeholder) para o GD, o **binômio paciente-familiares**, que não estão presentes na reunião, mas que reportam diariamente como foi a estadia, controle de dor (tema inicial escolhido pelo perfil epidemiológico da UTI) e outros apontamentos no momento de sua alta do setor, e este levantamento é discutido internamente e passado para a área responsável quando não for assistencial ou envolver setor externo à UTI (alguns dos achados já estavam no radar e tem um cronograma para sua resolução).



Resultados atingidos após implementação do GD na unidade.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DA UTI SETEMBRO/19 – Foco na "dor"
(Patients as partners)

Apontamentos:

Acesso venoso	X																						
Sofá (cama)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Claridade (conforto ou privacidade)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Demora após Alta	X																						
Fluxo de atendimentos	X																						
Barulho	X	X																					
Falta de proatividade	X																						
Horário da alimentação	X																						
Banheiros	X	X	X	X	X	X	X																
Armário maior	X																						

Controle da dor – Pergunta adaptada do HCAPS

Pergunta: Durante seu tempo na UTI, com que frequência a equipe do hospital fez tudo o que era possível para ajudar a aliviar dor?

Sempre	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Habitualmente	x																															
Às vezes	x																															
Nunca																																

Novo levantamento envolvendo paciente-familiares sobre assistência e apontamentos na unidade, dados referente ao mês de setembro/2019.

CONCLUSÕES

A utilização de uma gestão mais *real-time* com toda equipe multidisciplinar envolvida e participação das lideranças do setor na criação da cultura da melhoria contínua mostrou que ter efetividade é possível e deve ser uma das principais metas da gestão. Em menos de 4 meses, os desperdícios foram reduzidos em mais de 80% e de julho a setembro de 2019 a melhoria foi de cerca de 95%.

Além disso, toda a equipe está mais engajada, não há mais interferência na ação do centro cirúrgico por estar aguardando liberação do leito da UTI e o clima no setor melhorou junto com redução da carga de *stress.*

REFERÊNCIAS

https://planet-lean.com/lean-transformation-daily-management/
https://www.lean.org.br/artigos/90/relatorio-a3-ferramenta-para-melhorias-de-processos.aspx

▲ VOLTAR

"One-stop Shop" da Reabilitação Intestinal Pediátrica

Rogério Carballo Afonso, Maria Paula Coelho, Renato Vieira

INTRODUÇÃO

A falência intestinal é a incapacidade de absorver ou ingerir o mínimo necessário de nutrientes e líquidos para manter um crescimento e desenvolvimento adequados. A incidência desta enfermidade varia de 1 a 3 novos casos a cada 100.000 habitantes e, portanto, no Brasil temos 200 a 600 novos pacientes anualmente nesta situação, na sua maioria crianças que ficam dependentes de suporte nutricional endovenoso, a nutrição parenteral.

A criação de unidades de tratamento integrado, interdisciplinar, onde profissionais de saúde se organizam em torno de uma condição médica é um modelo que pode aumentar a eficiência do sistema, uma vez que nos modelos clássicos de funcionamento multidisciplinar, fica a cargo do paciente a interface entre os diferentes profissionais, levando a uma fragmentação da informação e dos fluxos assistenciais.

OBJETIVO

Relatar a metodologia “One-Stop Shop” em Reabilitação Intestinal do Hospital Infantil Sabará

MÉTODO

Com o intuito de realizar um tratamento centrado no paciente e otimizar recursos, o Hospital Infantil Sabará criou o Núcleo de Falência Intestinal, envolvendo ambulatórios interdisciplinares com médicos, nutricionistas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicóloga e enfermeira navegadora, com gerenciamento integral do cuidado.

As atividades seguem o conceito de “One-Stop Shop”, com escopo de atendimento envolvendo desde avaliação e suporte nutricional, com dietas enterais e parenterais, até coletas de exames, procedimentos cirúrgicos, como implante de dispositivos (gastrostomias, cateteres venosos, cirurgias de alongamento intestinal) e atendimento das diversas especialidades.

A continuidade do tratamento é assegurada mesmo após a alta hospitalar, e independe da localidade onde reside o paciente. O Núcleo de Falência Intestinal oferece cuidados através de telemedicina e teleconsultoria com familiares e equipes locais, ampliando a segurança do tratamento.

RESULTADOS

O conceito de valor em saúde abrange a entrega de resultados que importam para o paciente aliada a custos otimizados. O atendimento no modelo “One-Stop Shop” atinge estes objetivos quando, por um lado, concentra recursos atendendo de forma integrada o paciente, com redução de custos institucionais, mas também para o paciente, que reduz seu deslocamento, seu afastamento do trabalho e da escola, e os desperdícios ao longo do tratamento. Por outro lado, permite redução de estresse, melhor vínculo com a equipe, desenvolvimento educacional, engajamento ao tratamento, reinserção social e otimização do desenvolvimento neuropsicomotor.

Os benefícios desta mudança de abordagem no atendimento podem ser vistos através de endpoints como redução de reinternações, ausência de infecção de cateter de longa permanência, ausência de insuficiência hepática relacionada a nutrição parenteral, ausência de trombose de acessos venosos profundos e curva nutricional dentro de parâmetros aceitáveis para a idade.

CONCLUSÕES

Abordagem “One-stop Shop” possibilita a otimização dos gastos evitando desperdício e principalmente melhora do desfecho clínico gerando valor a todos envolvidos no cuidado desta doença, principalmente pacientes e seus familiares.

▲
VOLTAR

Redução do Tempo Médio de Permanência através da governança clínica

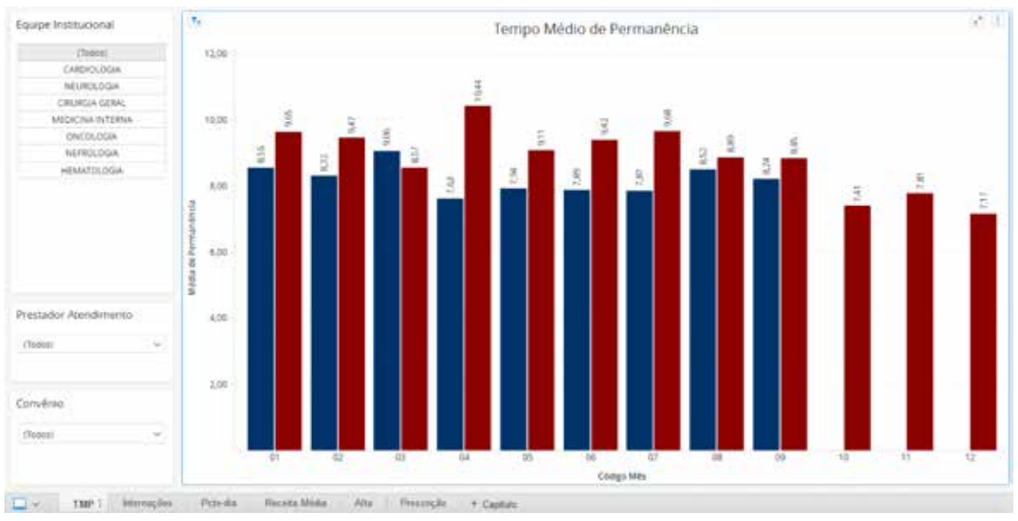
Marcius Conceição Prestes, Fernando Starosta Waldermar

INTRODUÇÃO

O tempo médio de permanência é um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional, estando intimamente ligado as boas práticas clínicas. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo. Utiliza-lo racionalmente conforme a indicação mais apropriada, garantindo sua disponibilidade aos pacientes para o tratamento adequado em tempo hábil. O Hospital Mãe de Deus da cidade de Porto Alegre/RS é de um nosocômio de terceiro porte, de corpo clinico aberto, filantrópico e acreditado, que oferece atendimentos a pacientes particulares e de convênio. No ano de 2017 teve sua média de permanência hospitalar consolidada de 7.04 dias, excluindo seu serviço materno-infantil, resultado acima de seus pares no Brasil.

METODOLOGIA

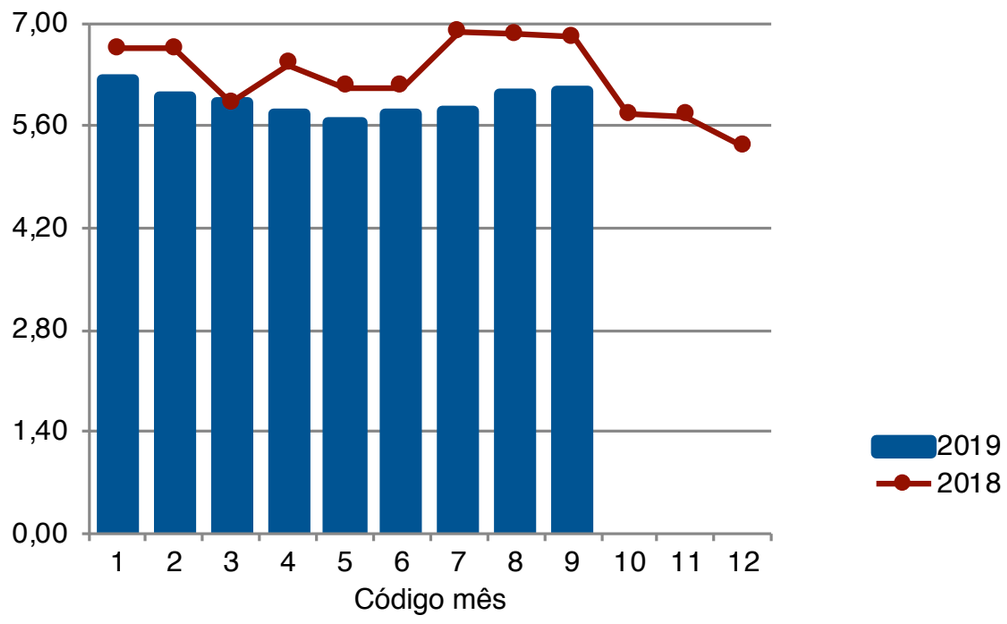
Objetivos: Reduzir o tempo médio de permanência hospitalar em meio dia em 10 meses.
Método: Promover engajamento médico na quinta etapa do programa de fluxo dos pacientes, gerenciando metas de tempo médio de permanência para as equipes médicas institucionais, conforme perfil de atendimento e média histórica (neurologia, cardiologia, clinica médica, nefrologia, oncologia, hematologia e cirurgia geral). Por meio de boletins de ritmo semanais municiamos os gestores médicos para direcionarem seus plano de ação, apoiando-os com Dashboards para análise pormenorizada de gargalos, ao nível de médico responsável.



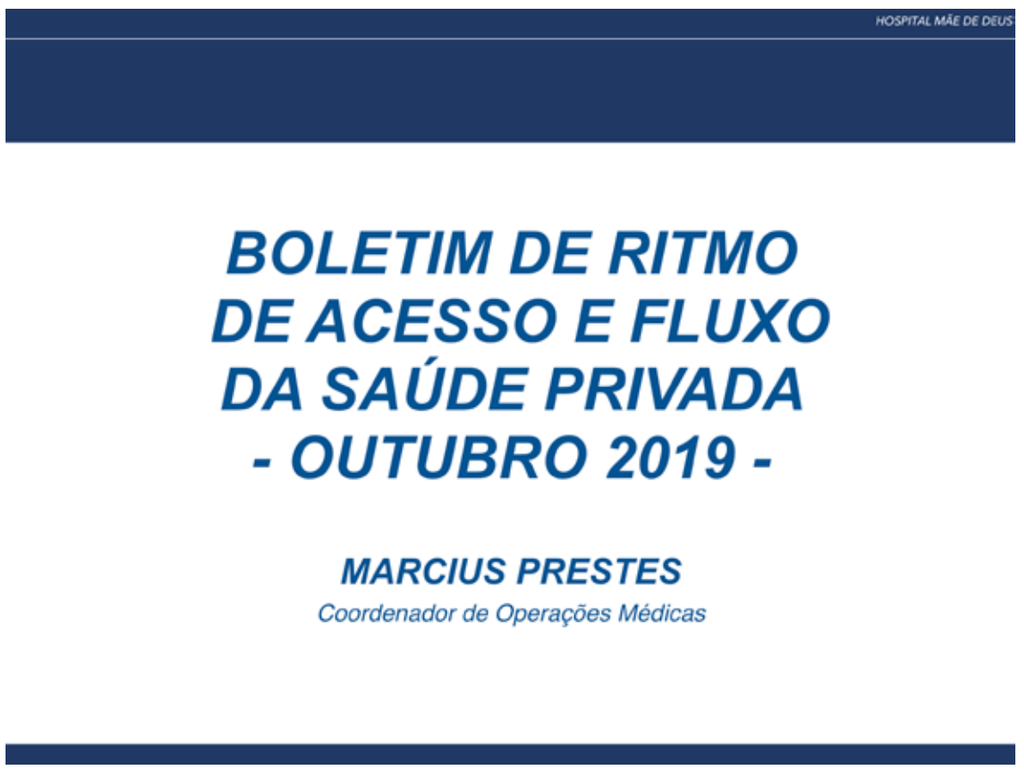
Dashboard para análise dos principais indicadores de fluxo das equips médicas institucionais a nível de médico

RESULTADOS

A partir de outubro de 2018, iniciamos nosso ciclo de melhoria, alcançando em julho de 2019 a média 6.24 dias. A comparamos a média de permanência dos meses de julho, historicamente período de superlotação promovidos pela sazonalidade com pico de maior estadia, reduzimos de 7.32 para 6.08 dias.



Tempo Médio de Permanência Institucional



Boletim semanal de desempenho da eficiência do programa de fluxo de pacientes compartilhado para todos gestores

Round de Alvorada: Reunião matinal diária há quatro anos da lideranças operacionais e gestores das especialidades médicas institucionais para encaminhar soluções de gargalos do fluxo de pacientes

CONCLUSÕES

O modelo de gerenciamento de equipe institucionais, aquelas com maior produção e diretamente ligadas com as perspectivas do planejamento estratégico corporativo, fomos capazes de aumentar nossa capacidade virtual de atendimento em cerca de 40 leitos, sem incremento de estrutura. Oferecemos maior segurança aos paciente, reduzindo seu risco de exposição ao ambiente hospitalar. Também reduzirmos custo ao nosso parceiros comerciais, eliminando custo com diárias desnecessárias.

VOLTAR

HOSPITAL ALIANÇA

Salvador – Bahia.

Atendimento ao infarto agudo do miocárdio centrado no paciente e na eliminação de desperdícios

Gonçalves, MAPS; Berg, MRR; Bastos, IHA; Carvalho, EN.

INTRODUÇÃO

» O infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMCST) é uma importante causa de morte no Brasil e no mundo. A rapidez e segurança no atendimento hospitalar é fundamental para os resultados clínicos.

» Dentre os indicadores que refletem a agilidade do atendimento destaca-se o Tempo Porta-Balão que representa o intervalo entre a chegada do paciente com dor torácica, até o início da abertura da artéria. A *American Heart Association* preconiza que esse tempo seja no máximo de até 90 minutos.

» O procedimento envolve várias etapas até a realização da angioplastia primária, sendo relatada grande variação nos resultados clínicos e econômicos operacionais.

OBJETIVO

Avaliar o impacto de um protocolo elaborado com foco nas necessidades do paciente e na identificação e eliminação de desperdícios operacionais.

MÉTODOS

» Protocolo Gerenciado Multiprofissional utilizando a técnica A3 – ferramenta do LEAN;

» Período: setembro/2015 a novembro/2018;

» Grupos: cinco grupos de 10, sendo o grupo I o baseline e do II ao V pós-implantação – inclusão prospectiva;

» O tempo porta-balão foi escolhido como indicador para avaliação da efetividade do protocolo;

» O tempo médio de internação e o custo médio unitário foram escolhidos para análise do desempenho econômico operacional.

Metodologia Lean

PRÉ-PROTOCOLO GERENCIADO

GRUPO I – 10 pacientes (setembro/2015 a maio/2016)
» Gestão Equipe Assistencial

RECEPÇÃO DO HOSPITAL
- Ausência de padrão na identificação e priorização do paciente com dor torácica.

ATENDIMENTO E ECG
- Espaço físico indefinido.
- Aparelho de ECG com disponibilidade variável.
- Eventual dificuldade na interpretação do ECG

TERAPIA DE REPERFUSÃO
- Desconexão das etapas de monitorização, tricotomia e terapia inicial.
- Retrabalho nos ajustes dos medicamentos para peso e idade, além das contraindicações.
- Ausência de padrão na prescrição, solicitação de exames e no acionamento do anestesista e do intervencionista.

PÓS-PROTOCOLO GERENCIADO

GRUPO II, III, IV e V – 10 pacientes/grupo (junho/2016 a novembro/2018)
» Time de Cardiologia Multiprofissional
» Capacitação Lean

RECEPÇÃO DO HOSPITAL
- Redirecionamento do sistema sonoro para identificação e priorização da dor torácica **(Código 99).** INOVAÇÃO
- Sinalização da Equipe Assistencial para atendimento imediato.
- Unificação das etapas: triagem da enfermagem com ECG e avaliação médica.

ATENDIMENTO E ECG
- Sala exclusiva para atendimento de dor torácica
- Transmissão do traçado para a UTI Cardíaca
- **ECG digital – único investimento do projeto.**

TERAPIA DE REPERFUSÃO
- Material para monitorização, tricotomia e medicamentos para terapia inicial **"KIT IAM"** INOVAÇÃO
- Inclusão do paciente no Protocolo através do Prontuário Eletrônico **"TECLA IAM".** INOVAÇÃO

  Ações combinadas de solicitação de solicitação, checagem da sala de hemodinâmica, acionamento do anestesista e intervencionista e prescrição padronizada.
- Conclusão do processo em **3 (três) minutos.**

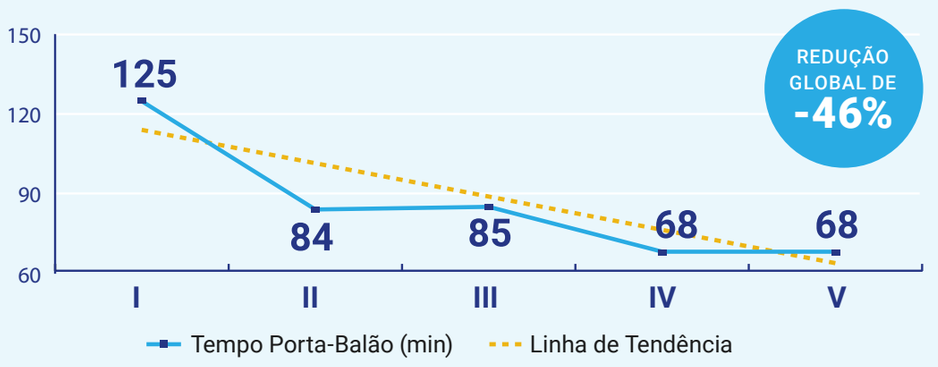
RESULTADOS

Tabela 1. Tempo Porta-Balão (SETEMBRO 2015 / NOVEMBRO 2018).

Grupo	Média (±DP)	*Mediana (Q_1-Q_3)
I	125 (±71,1)	86 (80,7-155,2)[a]
II	84 (±21,9)	79 (71,5-83,7)[ab]
III	85 (±17,9)	79 (68,0-104,0)[ab]
IV	68 (±15,3)	68 (53,5-83,0)[ab]
V	68 (±12,2)	65 (60,2-72,0)[b]
Total	86 (± 41,5)	77 (65,0-86,7)

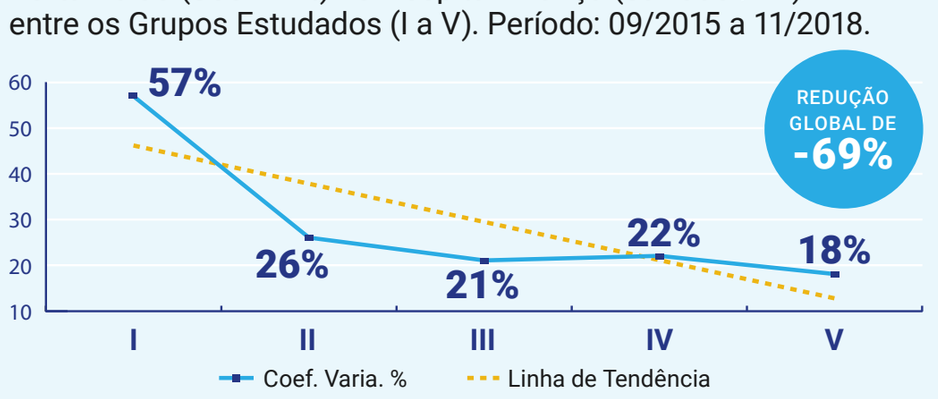
*Os números marcados com a mesma letra (ab) não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de Dunn. p=0,018 (I a V) e p=0,03 (grupo I e V).

Gráfico 1. Evolução da Média do Tempo Porta-Balão (minutos) no Hospital Aliança (Salvador/BA) entre os Grupos Estudados (I a V). Período: 09/2015 a 11/2018.



Grupo I = 10 pacientes (setembro/2015 a maio/2016)
Grupo II = 10 pacientes (junho/2016 a dezembro/2016)
Grupo III = 10 pacientes (março/2017 a novembro/2017)
Grupo IV = 10 pacientes (novembro/2017 a junho/2018)
Grupo V = 10 pacientes (junho/2018 a novembro/2018)

Gráfico 2. Evolução do Coeficiente de Variação do Tempo Porta-Balão (Coef. Δ %) no Hospital Aliança (Salvador/BA) entre os Grupos Estudados (I a V). Período: 09/2015 a 11/2018.



Grupo I = 10 pacientes (setembro/2015 a maio/2016)
Grupo II = 10 pacientes (junho/2016 a dezembro/2016)
Grupo III = 10 pacientes (março/2017 a novembro/2017)
Grupo IV = 10 pacientes (novembro/2017 a junho/2018)
Grupo V = 10 pacientes (junho/2018 a novembro/2018)

Tabela 2. Variáveis da amostra.

	IDADE (Anos)	% Gênero Masculino	% Diabetes	% Hipertensão	% Dislipidemia	% Doença coronária prévia	% Insuficiência renal crônica não dialítica	Escore Grace
Grupo I	67,3	70	40	70	30	20	10	159
Grupo II	68,1	60	60	80	60	10	20	132
Grupo III	65,7	90	20	60	50	0	0	116
Grupo IV	63,2	70	50	60	50	30	0	109
Grupo V	65,2	90	10	60	50	10	10	111

Tabela 3. Variação percentual dos indicadores de desempenho econômico-operacional entre o grupo I e V.

Indicadores	Grupos I e V	Variação percentual entre os grupos I e V
Tempo médio de internação (dias)	11 - 6	-43%
Custo médio unitário (R$)	96.678 – 48.410	-50%

CONCLUSÃO

A implantação do protocolo eliminou desperdícios relevantes no atendimento aos pacientes com infarto agudo do miocárdio, expressos pela redução da média do tempo porta-balão e do coeficiente de variação, o que pode relacionar-se a melhoria do desempenho econômico-operacional com aumento da rotatividade de leitos, menor custo para os convênios e manutenção da rentabilidade econômica. Dessa forma possibilitando ao paciente maior benefício clínico com o menor custo possível.

▲
VOLTAR

PROTOCOLO DE AVC ISQUÊMICO MULTIDISCIPLINAR: TEMPO PORTA TROMBÓLISE E TEMPO PORTA IMAGEM

Camila Ilha Chini; Lucas Henrique de Rosso; Tiago Claro Maurer; Sidiclei Machado Carvalho

INTRODUÇÃO

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)

- Corresponde a 85% de todos os casos
- Principal causa de incapacidade e internações hospitalares
- A terapia trombolítica é um dos tratamentos, e deve ser realizada em até 4 horas e 30 minutos
- Dispor de um protocolo de AVC multidisciplinar nos serviços de emergência possibilita o diagnóstico precoce, atendimento ágil e melhor prognóstico destes pacientes.

Objetivo

Comparar o tempo porta trombólise e porta imagem de pacientes com AVCI atendidos em um serviço de emergência entre 2018 e 2019 após readequações do fluxo do paciente em protocolo de AVCI multidisciplinar.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

- Transversal, retrospectivo e documental

Local

- Em um serviço de emergência no sul do Brasil

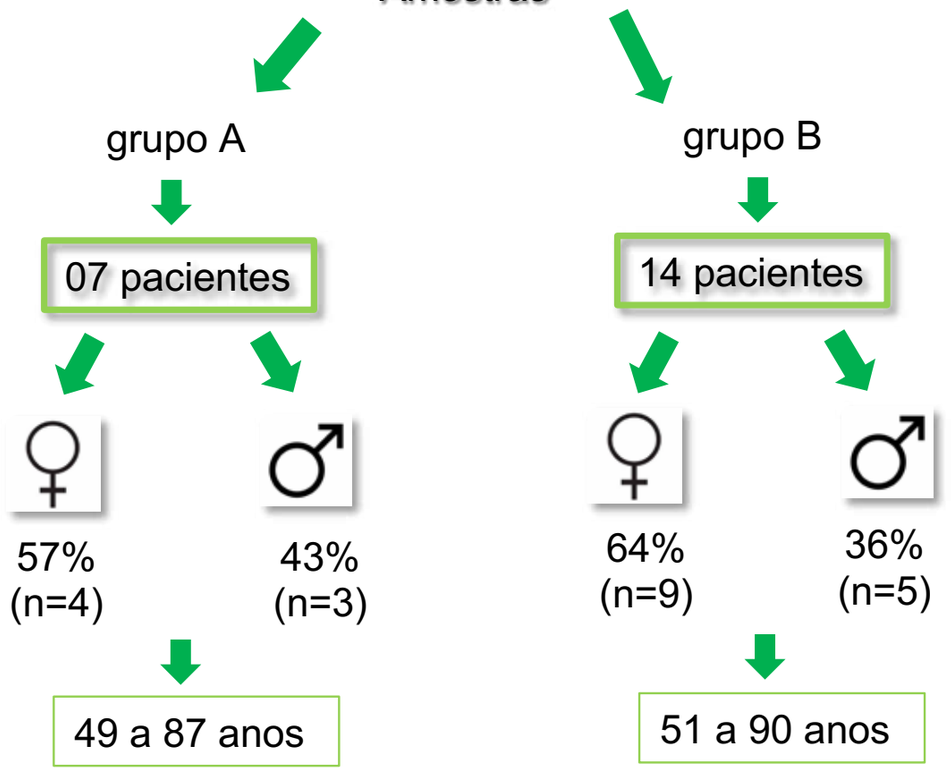
Coleta de dados

- Dados coletados no mês de agosto de 2019
- No período de: agosto a dezembro de 2018, e janeiro a julho de 2019
- A coleta foi realizada no prontuário eletrônico dos pacientes

Denominamos como grupo A os pacientes trombolisados entre o mês de agosto a dezembro de 2018 e grupo B entre o mês de janeiro a julho de 2019.

- Pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, número 3.280.291.

RESULTADOS



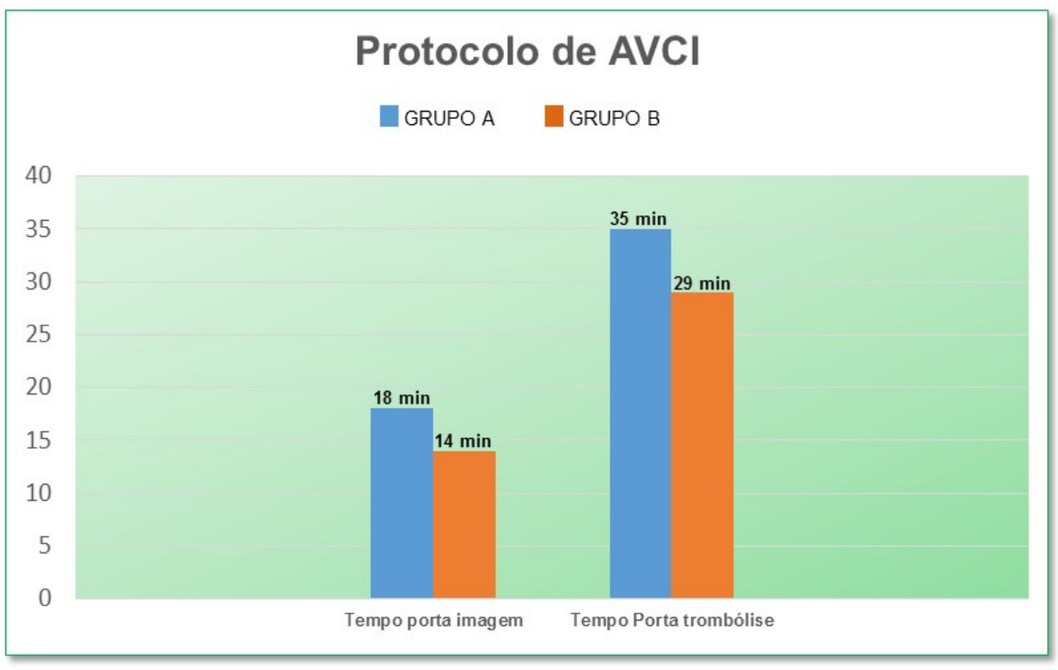


Figura 1 – Tempo porta imagem e tempo porta trombólise dos pacientes atendidos em um serviço de emergência. Porto Alegre, Brasil, RS, 2019.

Evidenciou-se

- Tempo porta trombólise diminuiu **6 minutos**
- Tempo porta imagem diminuiu **4 minutos**

- Cabe ressaltar que alguns pacientes do grupo B receberam a alteplase no setor de imagem e não apresentaram nenhum evento adverso durante o procedimento.

CONCLUSÕES

- As readequações no protocolo de AVCI multidisciplinar referente ao fluxo do paciente são recentes, no entanto, já se observam reduções nos tempos de imagem e trombólise, demonstrando melhorias no atendimento, desta forma, proporcionando benefícios no prognóstico destes pacientes.

REFERÊNCIAS

MOREIRA, J. A. et al. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma emergência para enfermagem. Revista **Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 4, n. 4, p. 1-15, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES – SBDCV. Acidente Vascular Cerebral. 2019

VOLTAR

Utilização assertiva dos serviços de saúde por meio de um programa especializado para a saúde da coluna

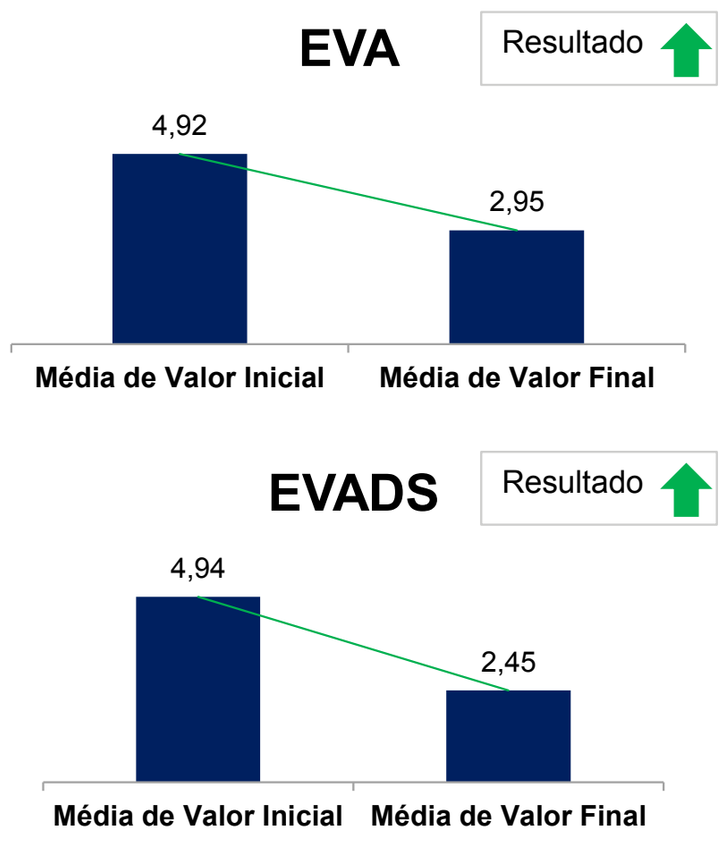
Priscila Costacurta, Katia Weber, Débora Scatena, Claudia Martini

INTRODUÇÃO

A prevalência de patologias na coluna vem aumentando consideravelmente. O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) aponta que dores nas costas estão entre as cinco causas mais frequentes entre as pessoas que buscam o pronto-socorro (IESS, 2017). Estima-se que cerca de 80% da população mundial sofrerá pelo menos um episódio de dorsalgia, que gera impactos pessoais, ocupacionais, sociais e econômicos (ANAMT, 2018). Baseado neste contexto existe a necessidade de intervir e buscar ações para melhorar o desfecho clínico destes casos, e incluí-los no centro do cuidado. Pensando nisto, a SulAmérica desenvolveu como uma iniciativa do Programa Saúde Ativa, o Coluna Ativa, que apresenta soluções para alcançar o cuidado adequado, melhor controle da dor, mais qualidade de vida e redução de custos médico-hospitalares. A iniciativa Coluna Ativa é um modelo de cuidado que atende a especificidade da população com distúrbios na coluna no âmbito da saúde suplementar. Este estudo tem como finalidade mostrar resultados de melhora clínica na população que participa do Programa Coluna Ativa.

RESULTADOS

Após análise dos dados, identificamos um índice de 93% de resolutividade no período. De acordo com os indicadores, obtivemos os seguintes resultados: com relação a escala EVA, os participantes do programa apresentaram melhora de 40% da pontuação da dor e, com relação a escala EVADS esta melhora foi de 50,6%. Em se tratando dos custos em saúde, 47% de cirurgias de coluna foram evitadas.



Gráficos: Média de pontuação para EVA e EVADS no início e no final do Programa

Tratamento:

FASE 1 – ANALGESIA

Diminuição da dor, inflamação e edemas.

FASE 2 – FORTALECIMENTO

Fortalecimento da musculatura.

FASE 3 – MANUTENÇÃO

Melhoria da estabilidade, agilidade e reflexo.

Imagem: Fases de tratamento do Programa Coluna Ativa.

METODOLOGIA

A pesquisa é descritiva. Quanto a metodologia, optamos pelo método indutivo, que parte de verdades menores, pontuais, para generalizações. Esta opção se justifica porque o método escolhido permite análise da população participante do programa. Para a análise foram avaliados dados de 1245 indivíduos. A população estudada possui 18 anos ou mais, do sexo feminino e masculino. Como instrumentos de avaliações da dor foram utilizados: Escala Visual Analógica (EVA) e Escala Numérica da dor nas Atividades Básicas de Vida Diária (EVADS) no ano de 2018.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciaram melhora nos indicadores clínicos para os participantes do programa. Desde o início do Programa Coluna Ativa, em dezembro de 2016, foram impactadas 216.691 vidas. Além disso, obtivemos também melhora nos indicadores financeiros. Os participantes que integram esta iniciativa relatam diminuição da dor, de uso de medicamentos, de exames, de consultas médicas e melhora da mobilidade. Para as empresas cliente constata-se diminuição do absenteísmo e melhora da produtividade do beneficiário.

Consideramos que os achados são bastante relevantes e impactam positivamente nas atividades diárias e na qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

Uso racional do pronto-socorro pode evitar gastos de R$ 10 bilhões por ano. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2017. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=blog&id=436.

Dor nas costas é o principal motivo de afastamento do trabalho no Brasil. Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), 2018. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/2018/07/10/dor-e-afastamento-do-trabalho-no-brasil/.

VOLTAR

Idoso Bem Cuidado: Integração da cadeia de saúde como estratégia do cuidado ao idoso.

Priscila Costacurta, Katia Weber, Camilla dos Santos Silva, Jacqueline Araújo

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em muitos países. No Brasil, há mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país. Os idosos representam maior carga de doenças e incapacidades, utilizando mais os serviços de saúde. Por outro lado, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, necessitando estruturas criativas e inovadoras. O projeto inovou ao trazer uma equipe multiprofissional com geriatras e demais médicos especialistas, com excelência no atendimento e abrangência nacional. Além disso, a estratificação da população permite identificar o perfil de saúde para oferecer o melhor cuidado aos participantes, utilizando uma plataforma personalizada, que oferece a visão integrada e holística do beneficiário aos profissionais responsáveis pelo atendimento ao idoso inserindo as informações num único local, trazendo efetividade e coordenação do cuidado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado com amostra da população de 2003 idosos com idade igual ou maior a 65 anos, do sexo feminino e masculino que participam do programa Idoso Bem Cuidado, no ano de 2018.

Figura 1: Diagrama do cuidado coordenado

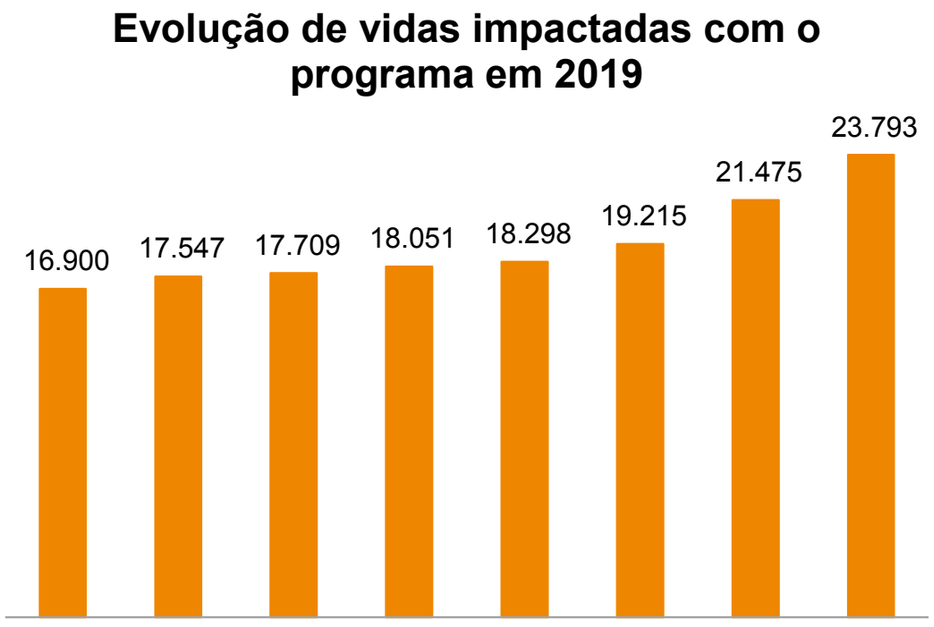


Gráfico1: Vidas impactadas com o programa em 2019

RESULTADOS

Após análise dos dados, os participantes do programa apresentaram os seguintes indicadores: 21% de idas ao pronto atendimento evitadas, 16% de exames evitados, redução do tempo de diárias de internação em 21% e redução de consultas médicas em 5%.
A diferença de custo evitada é alcançada através da integração de players de saúde, vinculando a qualidade do atendimento prestado em um modelo de remuneração por performance, garantindo o uso racional dos serviços de saúde e qualidade de atendimento ao beneficiário.

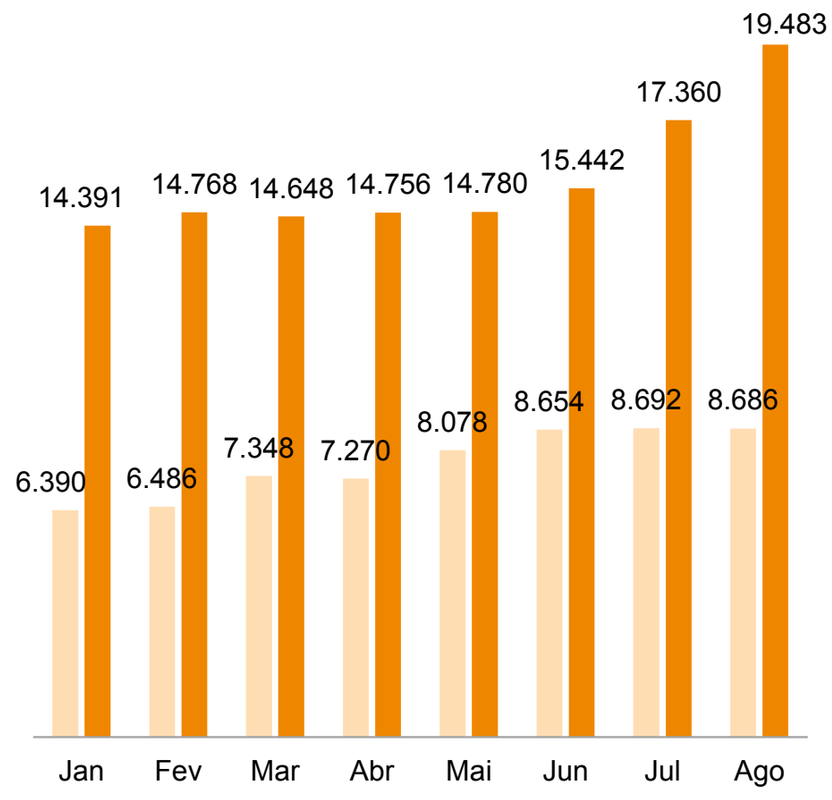


Figura 2: Comparativo de novas vidas no programa em 2018 e 2019.

CONCLUSÕES

Além de promover o envelhecimento saudável, a preservação da autonomia, a manutenção funcional do idoso e uma melhor adaptação às mudanças que ocorrem com o envelhecimento, o programa mostra-se como oportunidade de estratégia assistencial ao idoso, visto o seu impacto na redução da sinistralidade, coordenação do cuidado e saúde e sustentabilidade do negócio.
A expectativa para os próximos anos é o aumento de novos beneficiários dentro do programa, em torno de 50%, aumentando o custo evitado e consequentemente, diminuindo a sinistralidade. Medidas como a implantação de Programas de Saúde, em especial, voltados para o envelhecimento saudável deverão ser a tendência a ser seguida pela demais operadoras de todo o Brasil. Através de uma rede rica e extensa de cuidados ao público idoso, atingiremos de forma tangível um sistema integrado, baseados em valores e resultados.

REFERÊNCIAS

Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016

VOLTAR

Programa Futura Mamãe: Cuidando da vida!

Priscila Costacurta, Katia Weber, Adriana Fernandez

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) criado pelo DataSus, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto, ou ocorridos em até 42 dias depois. Diante do exposto, a SulAmérica desenvolveu como uma iniciativa do Programa Saúde Ativa, o Futura Mamãe. Trata-se de uma iniciativa que oferece cuidados individualizados para cada gestante. Estimulamos a fidelização ao pré-natal e parto adequado, reduzindo os riscos de complicações maternas e neonatais. Através de acompanhamento multiprofissional (enfermeiro, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta) através de multicanal através de webinar, chatbot, whatsapp, SMS, chat, canal receptivo 24 horas para apoio à gestante. Além disso também orienta a mãe em relação os cuidados com o bebê até o 6º mês de vida, com o objetivo de apoiar e orientar, sobre as peculiaridades de cada fase, do nascimento aos primeiros passos, embasados em protocolos clínicos, contribuindo para um desenvolvimento saudável e minimizando a ansiedade dos pais e em busca de esclarecer suas dúvidas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo realizado com a população de participantes no programa Futura Mamãe. A população estudada foi de 6.756 gestantes com 18 anos de idade ou mais, no ano de 2018.

RESULTADOS

Após compilação dos dados obtivemos como resultado na população estudada 25% de partos vaginais, 85% dos partos realizados foram acima de 39 semanas de gestação, 13% de redução de UTI Neonatal, 11% de redução no custo de internação, 87% das gestantes trabalharam normalmente durante toda gestação, 77% das puérperas realizaram aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, não tivemos morte materna.

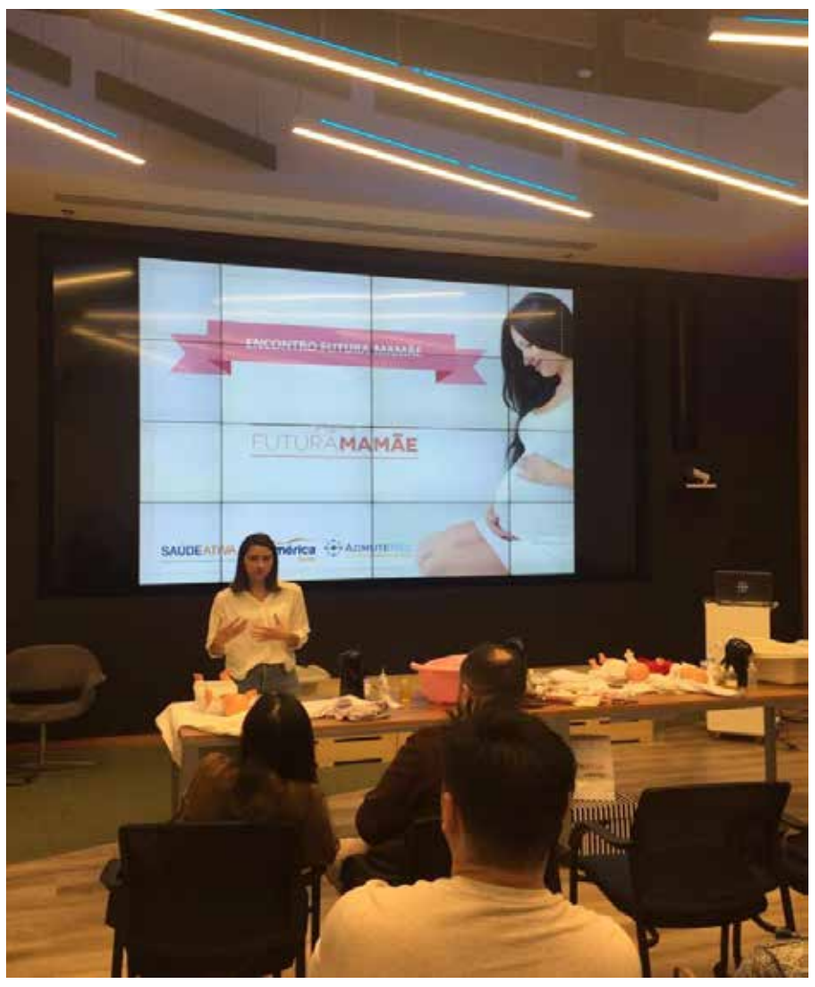


Imagem 1: Encontro do Futura Mamãe com as gestantes participantes do programa. São Paulo, 2019

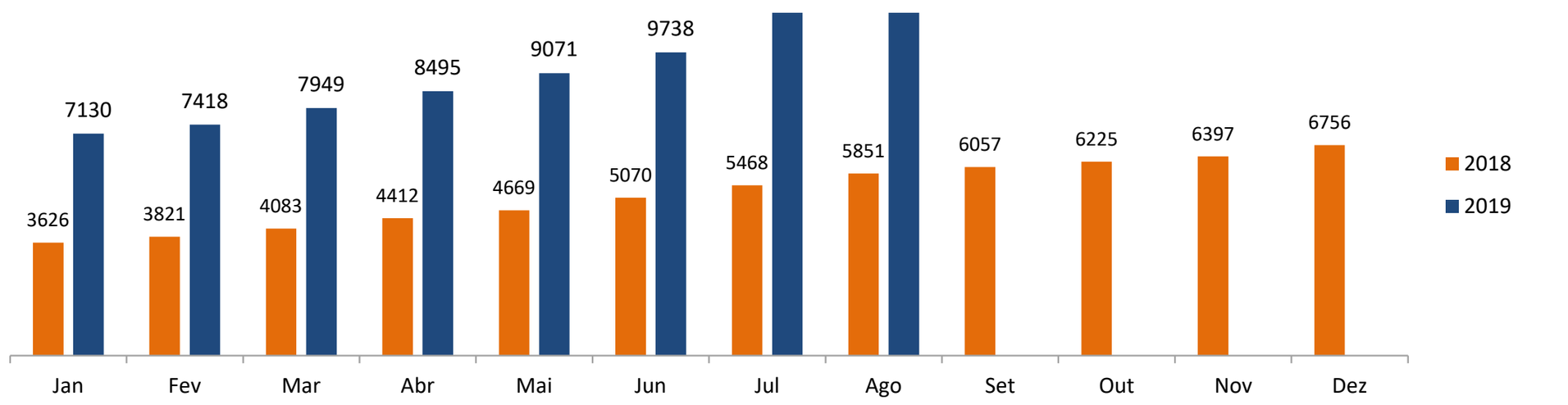


Gráfico1: Vidas impactadas com o programa em 2018 e 2019

Imagem 2: Encontro do Futura Mamãe com as gestantes participantes do programa. São Paulo, 2019

CONCLUSÕES

Considerando os resultados encontrados, entendemos que as gestantes que integram o programa Futura Mamãe evidenciam que além da diminuição dos riscos assistenciais no parto e com o recém nascido, orientação, educação e acompanhamento presencial, proporciona a mulher um pré-natal e puerpério qualificado, com mais segurança e resultados positivos para toda família,

REFERÊNCIAS

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO- HFBnet. Comunicação Social. Noticias. REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA. Disponível em:< http://www.hgb.rj.saude.gov.br/noticias/not.asp?id=2606 >

VOLTAR

Aumento na Segurança Assistencial de pacientes atendidos no Pronto Socorro da Unidade Contorno da Rede Mater Dei de Saúde a partir da utilização do Score de Mews como direcionador das internações

Vanessa Cristina Fonseca Felisberto Costa [1], Aline D'Assumpção Campos[2]
1 - Gerente Técnica do Pronto Socorro Unidade Contorno, 2 - Enfermeira Supervisora do Pronto Socorro Unidade Contorno

INTRODUÇÃO

Na Rede Mater Dei de Saúde, a principal via de entrada de pacientes ocorre nos Pronto Socorros, sendo esta responsável por cerca de 50% das internações. Desta forma, os pacientes da emergência devem ser gerenciados e direcionados de maneira correta, garantindo segurança assistencial e dispensação de recursos adequados ao seu tratamento. Em análise realizada, foi verificado que os encaminhamentos para as Unidades de Internação a partir do Pronto Socorro não levavam em consideração a possibilidade de deterioração clínica do paciente, gerando um elevado número de acionamentos de códigos de emergência pós internação. Sendo assim, viu-se a importância de implementar uma ferramenta que fosse capaz de predizer os desfechos, como norteador da tomada de decisão médica: **O Score de MEWS** *(Modified Early Warning Score).*

METODOLOGIA

A tabela com o Score foi incluída em documentos de prontuário utilizados por médicos e enfermagem, sendo a validação realizada em dois momentos, aumentando a assertividade do direcionamento. Após o preenchimento o sistema automaticamente indica ou não a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O ponto de corte é o Score igual ou maior que 5. Uma discussão prévia é realizada no momento das solicitações de internação e os dados são apresentados e discutidos em análise crítica mensal.

Motivo do Acionamento

MEWS < = 6

Pontuação	3	2	1	0	1	2	3	Pontuação recebida	
Frequência cardíaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-120	>120	FC: bpm	Nota:
Frequência Respiratória		<9		9 a 14	15-20	21-29	>30	FR: rpm	Nota:
Pressão sistólica	<70	71-80	81-100	101-199		>200		PA Sitólica mmHg	Nota:
Nível de Consciência				0-Alerta	1-Confuso	2 Resposta à	3-Inconsciente	Nível de Consciência:	Nota:
Temperatura		<35		35,1-37,8	>37,8			Temperatura: °c	Nota:
Saturação	<89						< 89	Saturação: %	Nota:
							SOMAR	Score (MEWS):	

Tabela de Escore de *MEWS* inserida em documentos de prontuário das equipes médicas e de enfermagem no Sistema MVPEP

RESULTADOS

O uso do score foi definido em fevereiro de 2018, alcançando resultados favoráveis, conforme gráfico abaixo:

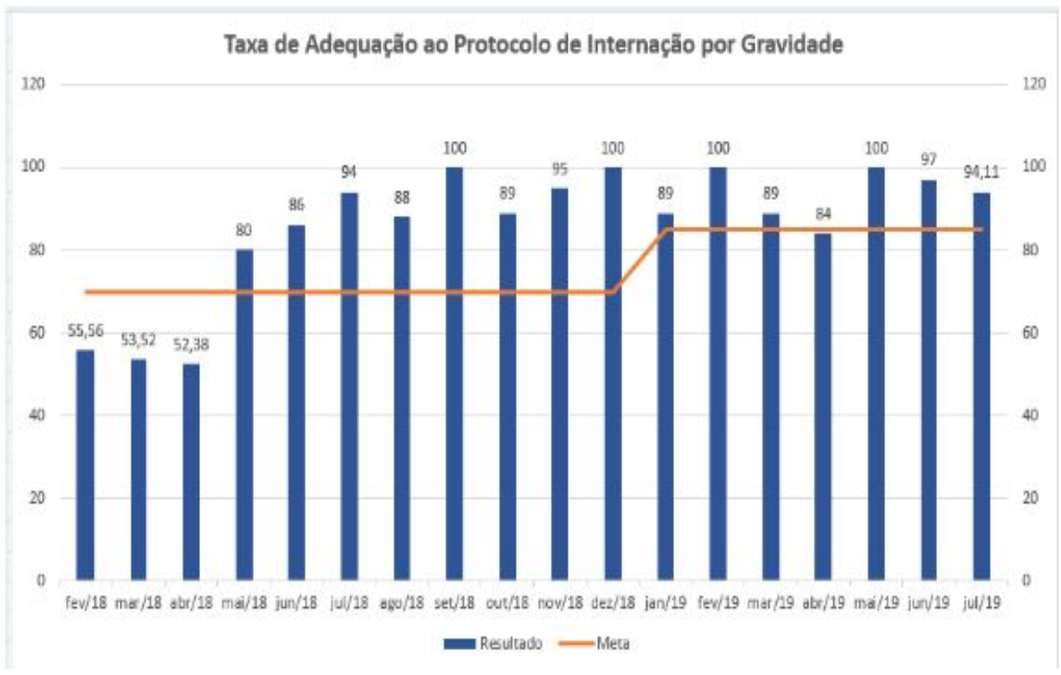


Gráfico demonstrando a variação da taxa de adequação ao protocolo de internação por gravidade ao longo do período de aplicação

Observa-se que no início do uso da ferramenta, a média da taxa de adequação ao protocolo era de 53,8% (1º trimestre de 2018). Já no 2º trimestre de 2019, a média da taxa alcançada foi de 97%, evidenciando um fortalecimento do uso da ferramenta e consequente ganho assistencial para os clientes Atendidos nos serviços de urgência da Rede Mater Dei de Saúde.

Quando comparado o número de acionamentos de Códigos de Emergência em até 24 horas de internação nos dois períodos, observa-se redução média de 42%.

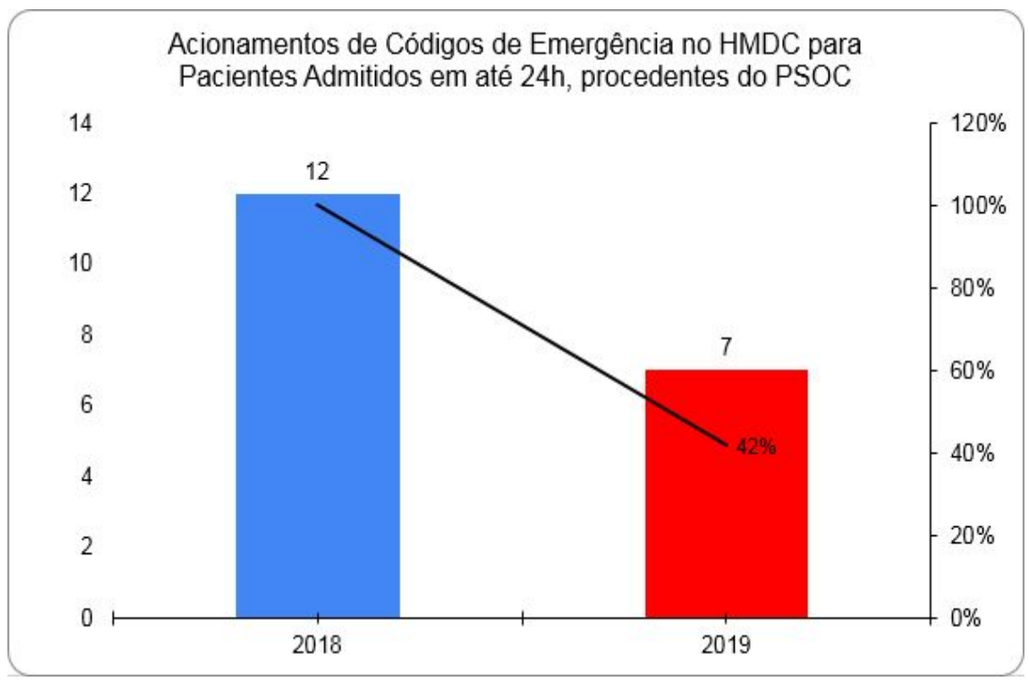


Gráfico demonstrando redução no número de acionamentos de códigos de emergência para pacientes admitidos na Unidade de Internação em até 24h

Comparando-se o número de acionamentos de Códigos de Emergência em até 48 horas de internação nos dois períodos, também observa-se redução do índice, conforme gráfico abaixo:

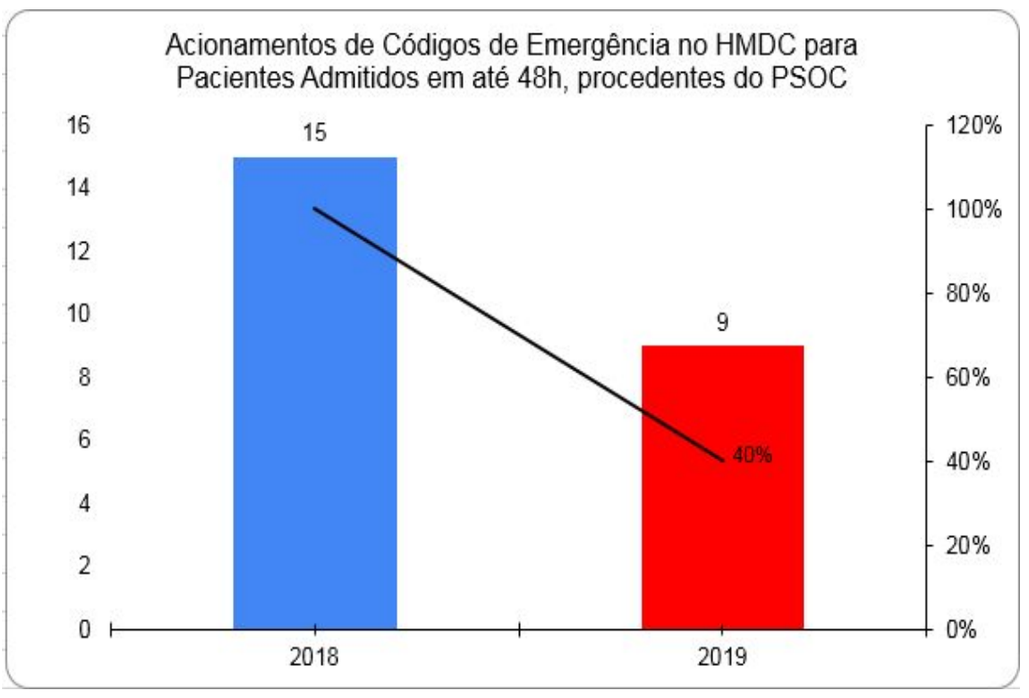


Gráfico demonstrando redução no número de acionamentos de códigos de emergência para pacientes admitidos na Unidade de Internação em até 48h

CONCLUSÕES

A implantação do score de Mews nas solicitações de internação provenientes do Pronto Socorro contribuiu para melhorar a assertividade do direcionamento do paciente às unidades com o recurso adequado ao seu tratamento, garantindo desfechos clínicos favoráveis. A redução dos acionamentos de códigos de emergência no período corrobora a importância da ferramenta na segurança assistencial dentro da instituição, que possui como missão: **Compromisso com a Qualidade pela Vida.**

REFERÊNCIAS

Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. REME – Rev Min Enferm. 2018

Tavares RCF, Vieira AS, Uchoa LV, Peixoto AA, Menezes FA. Validação de Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008[citado em 2018 jan. 03];20(2):124-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103- 507X2008000200002&lng=en.

VOLTAR

Estratégia adotada por uma equipe de enfermagem da unidade de internação do Hospital Mater Dei para realização do *flushing* em acesso venoso periférico.

Ana Cláudia Ferreira Oliveira, Cristiane Marinho da Silva Costa, Paula Abreu Assunção, Márcia Salvador Geo

INTRODUÇÃO

A ausência da salinização de acessos venosos ao término das infusões está relacionada com as frequentes perdas de acesso devido ao comprometimento da permeabilidade do acesso. A necessidade de realização do *flushing* antes, entre e no término da infusão é fator determinante para manutenção do acesso venoso. Um grande desafio é a educação do paciente, acompanhantes e equipe para identificação do término da infusão e o momento da realização do *flushing.* Esta causa levou a criação do modelo de alerta de tempo de infusão. Importância de supervisionar a terapia intravenosa reduzindo perdas de acessos e eventos adversos durante a assistência ao paciente. Promover a redução das complicações de obstrução, infiltração, flebites extravasamento e trombose relacionados ao uso do acesso venoso periférico e melhorar indicadores de perda de acesso do setor.

METODOLOGIA

Medidas gerais foram realizadas como estudo de revisão bibliográfica e de viabilidade econômica para incorporação do uso da seringa preenchida na rede. Apresentado estudo para a alta direção dos benefícios assistenciais após incorporação, assim como laborais e financeiros. Após aprovação da diretoria, iniciado processo de negociação com as fontes pagadoras para implementação do uso através do estudo do banco de dados interno e previsão de melhorias da literatura. Realizada a padronização de todos os itens de prescrição EV com a orientação de realização de *flushing :* "Realizar *flushing* de 5 ml com seringa preenchida de 10 ml solução salina, antes e após cada medicamento, de acordo com o Pop-sis-102. Para pediatria considerar *flushing* 3 ml e neonatologia *flushing* 1 ml". Após 6 meses da implantação foram apresentados os resultados internos de perdas de acesso e consumo de seringa preenchida para a equipe de enfermagem, pontuando a importância da adesão às boas práticas, do alcance das metas e envolvimento de todos os colaboradores.

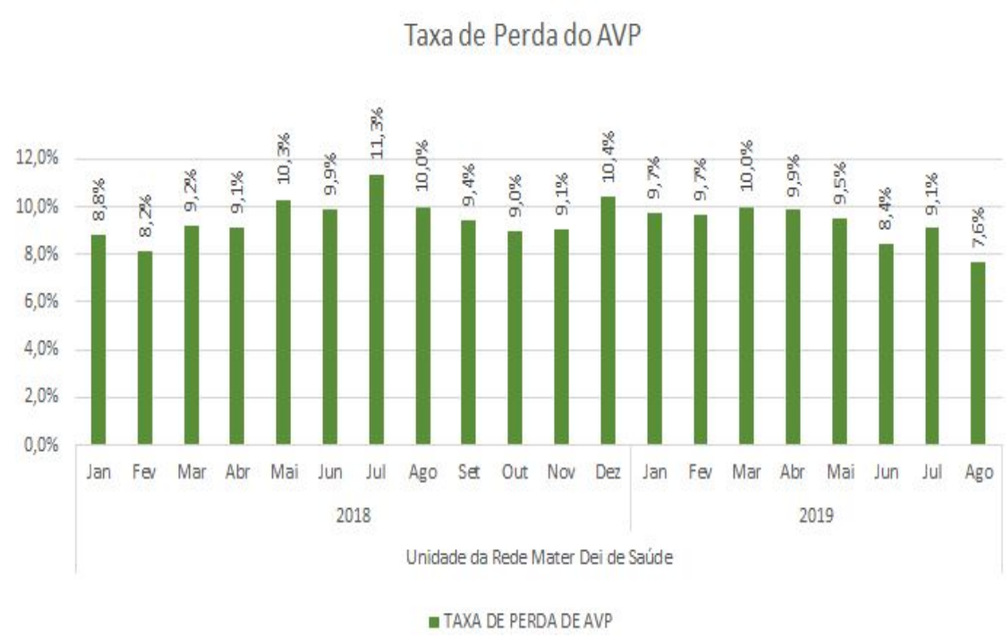


Gráfico apresentando cenário de perdas de acesso periférico nas unidades.

A partir deste momento, foi instituída na unidade Santo Agostinho uma reunião semanal com as lideranças da enfermagem, enfermeiros e técnicos para discussão das perdas de acesso venoso periférico, utilizando o relatório de perdas onde o enfermeiro responsável por setor apresenta seu desempenho, com histórico de cada paciente. As ações são apresentadas e discutidas com saídas em benefício do paciente. Após identificação de perdas de acesso venoso por atraso entre o término da solução e salinização do acesso, foi elaborado por um setor da unidade de internação, um quadro com informações de todos os pacientes do setor em uso de soluções em gotejamento,com as informações de horário de início e previsão de término. O mesmo foi fixado em local de fácil acesso e utilização por toda a equipe, no posto de enfermagem, estimulando o trabalho em equipe para obter resultado favorável. Toda equipe fica responsável por verificar e prontificar a salinização de acessos.

RESULTADOS

Redução do resultado geral do indicador de % de perdas de acesso venoso periférico de 11% para 9%, após capacitação, implementação e documentação da rotina do *flushing*, com incorporação da seringa preenchida. Ao final do período de 6 meses após a intervenção acima foi realizada nova avaliação do consumo de seringas preenchidas, tendo o resultado de aumento de 70% por cateter dia.

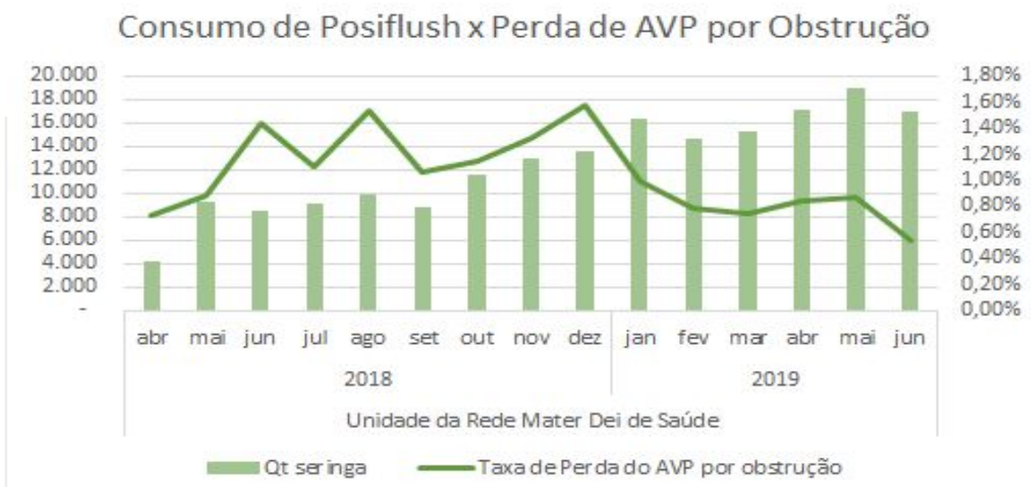


Gráfico relacionando o aumento de uso de seringa preenchida com redução de perdas de aceso periférico nas unidades de internação.

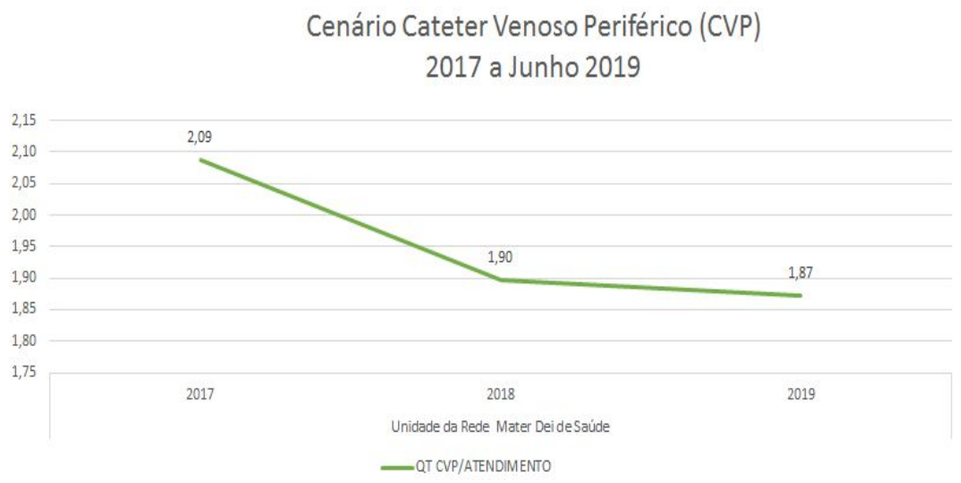


Gráfico apresentando redução de uso de cateter venoso periférico devido a queda das perdas de acesso periférico..

Evidenciou-se uma redução de 8% na média de utilização cateter venoso periférico por atendimento, corroborando com a queda da taxa de perda do cateter em 4 % dos cateteres avaliados. A unidade de internação onde o projeto foi realizado apresentou redução semanal da porcentagem de perda de acessos venoso periférico.

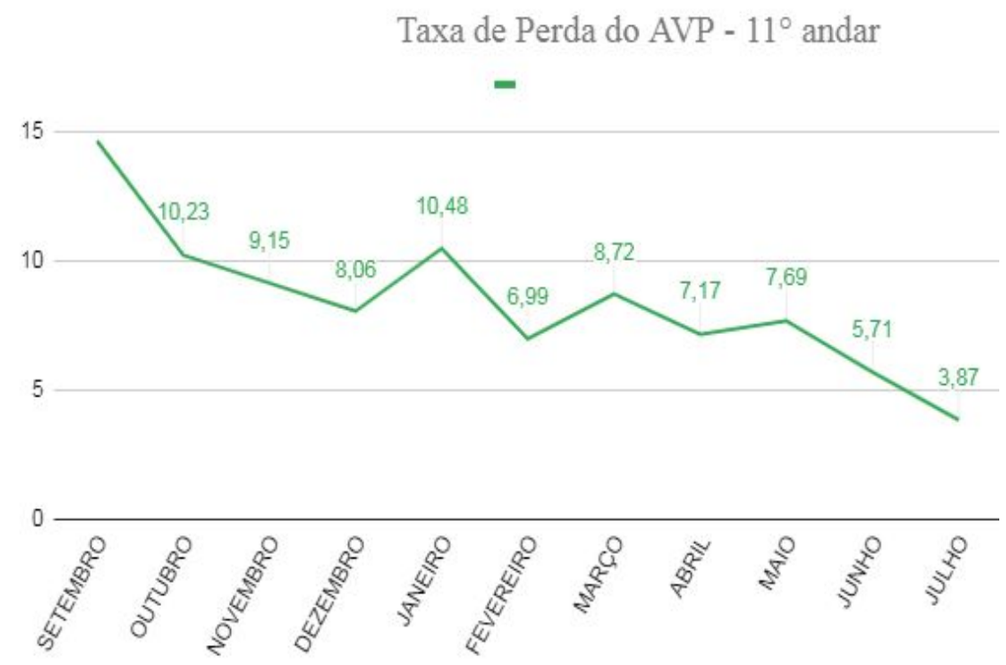


Gráfico apresentando redução progressiva de perdas de acesso periférico na unidade de internação onde o projeto foi realizado.

CONCLUSÕES

A realização e previsão da salinização de acessos periféricos melhora a qualidade da assistência dispensada a pacientes em uso de via venosa. O envolvimento da equipe de enfermagem é fundamental para prestar o melhor cuidado e prevenir eventos adversos relacionados a infusão da terapia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

GORSKI L, Hadaway L, Hagle ME, McGoldrick M, Orr M, Doellman D. Infusion therapy standards of practice. Journal Infusion Nursing 2016;39 (suppl 1):S1-S159.

VOLTAR

O IMPACTO DA GESTÃO DO CORPO CLÍNICO NO RESULTADO DO PROTOCOLO DE SEPSE

Sofia de Araújo Mendes, Luiza Alves Romano, Bruna Castro Lavalle, Felipe Salvador Ligório

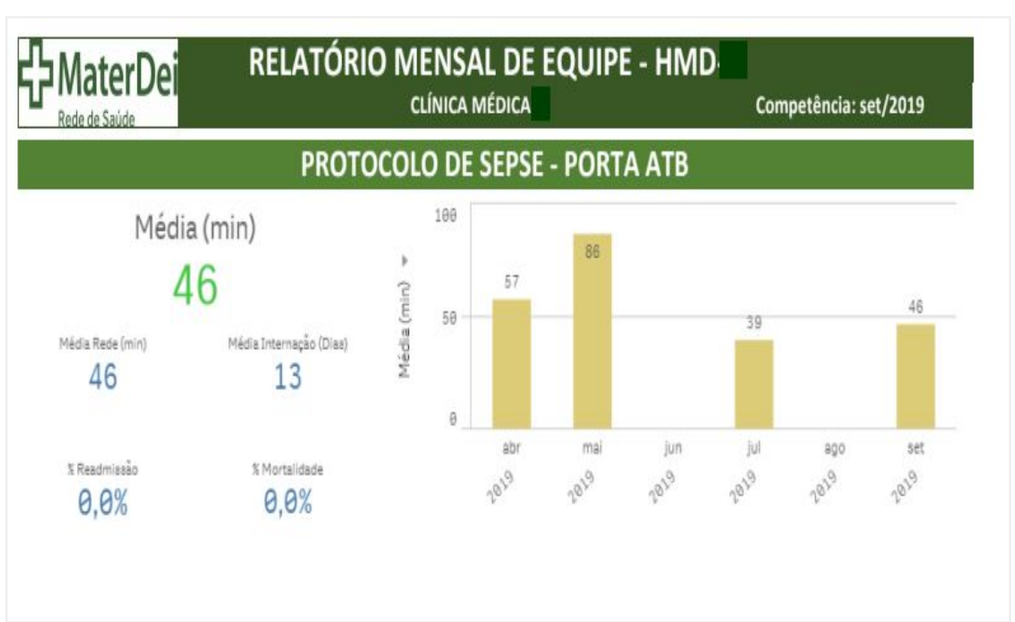
INTRODUÇÃO

A Rede Mater Dei de Saúde realiza a Gestão do Protocolo de Sepse Comunitária através do BI Assistencial (Business Intelligence), possibilitando o acompanhamento em tempo real dos marcadores assistenciais e desfechos em toda a linha de cuidado, bem como a gestão dos resultados do corpo clínico. O foco principal é a melhoria do resultado do Protocolo de Sepse Comunitária através da gestão do corpo clínico.

METODOLOGIA

Em março/2019 foi instituído o time de sepse que, semanalmente, discute todos os casos identificados, com a participação da equipe multiprofissional e médicos de diversas especialidades. A gestão através do BI Assistencial (Business Intelligence) possibilitou o acompanhamento *ontime* dos resultados e uma maior exigência ao corpo clínico. Ao mesmo tempo, houve a necessidade de disponibilizar os dados com a mesma velocidade, sendo assim, iniciamos o envio semanal dos casos de Sepse em que houveram inadequações para o coordenador de cada equipe, através de uma ferramenta automatizada, possibilitando que seja realizada análise do caso e justificativa da inadequação próximo ao ocorrido. Mensalmente o coordenador recebe um relatório gráfico para acompanhamento da tendência e resultado do protocolo e trimestralmente apresenta os dados para Alta Direção.

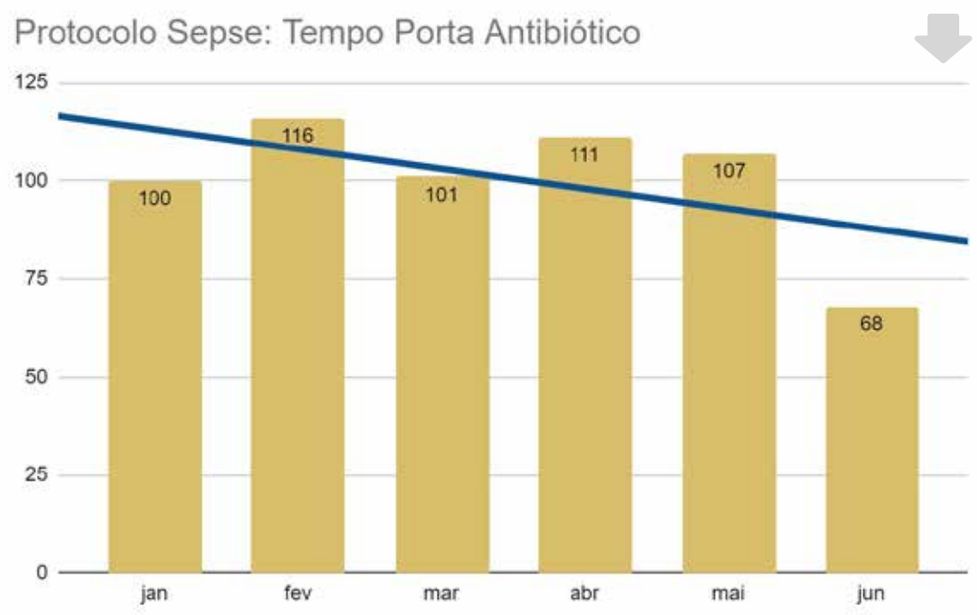
Tela do B.I Assistencial com possibilidade de análise *ontime* dos resultados dos indicadores.



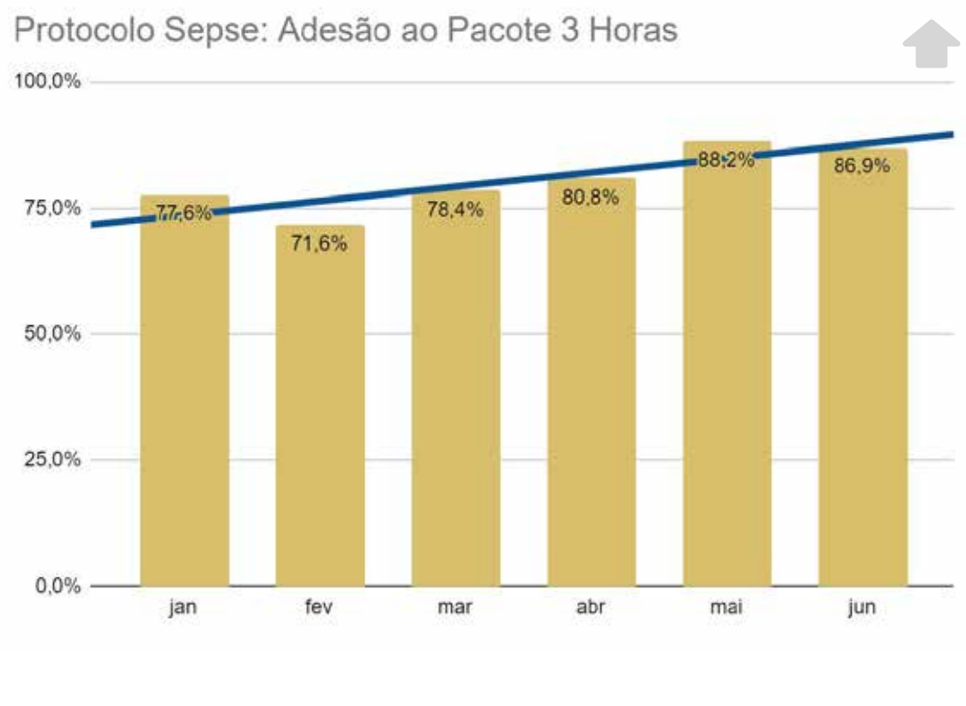
Exemplo de relatório gráfico encaminhado mensalmente às coordenações médicas de equipe.

RESULTADOS

Com as medidas instituídas o corpo clínico e equipe multiprofissional passaram a discutir as estratégias que tiveram sucesso na abordagem ao paciente com Sepse revisitando seus processos e institucionalizando as ações de impacto positivo. O monitoramento do corpo clínico com o resultado por equipe, prestador e análise semanal trouxe uma maior responsabilização dos mesmos quanto ao resultado institucional sendo um dos principais fatores no desempenho favorável do protocolo. Resultados da Rede Mater Dei 2019: Média do tempo porta- antibiótico: 101 minutos, indicador com tendência positiva e já evidenciado melhoria do resultado em junho atingindo média de 68 min; Adesão ao pacote de 3 horas com resultado de 80,3%, também com tendência positiva; mediana de tempo de permanência de 8 dias e taxa de mortalidade no período 0%.



Resultado do marcador Porta Antibiótico da Rede. Após implementação das medidas de gestão indicador com tendência favorável.



Resultado do marcador Adesão ao Pacote de 3Horas da Rede. Após implementação das medidas de gestão indicador com tendência favorável.

CONCLUSÕES

Um dos atuais desafios das instituições de saúde diz respeito à gestão dos profissionais do corpo clínico, pois é necessário engajar os médicos, estreitando o vínculo com a instituição e, ao mesmo tempo, buscar a aderência às práticas da organização. A gestão do corpo clínico da Rede Mater Dei de Saúde possibilita o envolvimento da equipe nas discussões dos resultados dos protocolos, a avaliação de desempenho por equipe e prestador possibilitando a realização de medidas preventivas e corretivas. Após a implantação desse método já é possível identificar tendência favorável nos marcadores do protocolo e desfechos positivos em toda a Rede.

REFERÊNCIAS

ANAHP- Observatório 2019 Edição 11 - Protocolos Assistenciais- Sepse Comunitária.

VOLTAR

A IMPLANTAÇÃO DA FILOSOFIA LEAN NO PRONTO ATENDIMENTO ADULTO DO HOSPITAL SANTA IZABEL – BA

Andrea Karoline, Lucimare Couto, Marcus Matos e Rajaná Itaparica

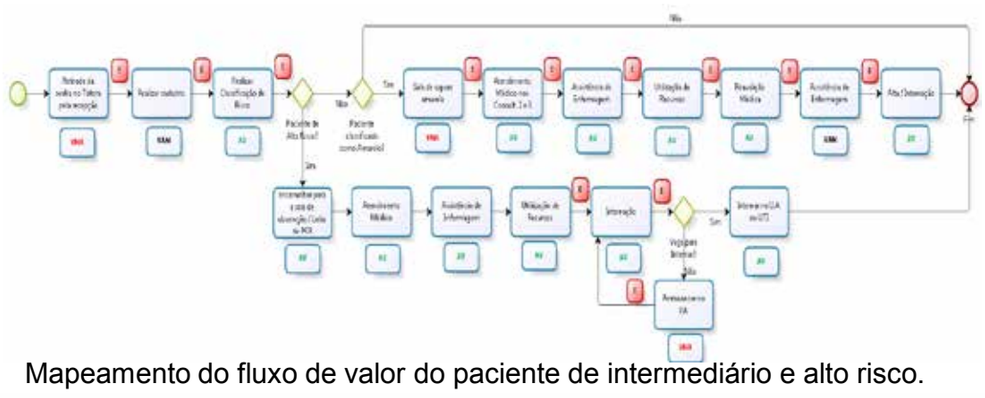
INTRODUÇÃO

O setor de Pronto Atendimento Adulto do HSI enfrentava constantes períodos de superlotação. Os pacientes de maior risco eram priorizados e atendidos rapidamente enquanto os de menor risco, que é o maior percentual de atendimentos, aguardavam longos períodos para classificação de risco (CR) e acesso ao primeiro atendimento médico. Além do tempo para o atendimento médico, o tempo de tomada de decisão dos pacientes classificados como verde/azul também era elevado

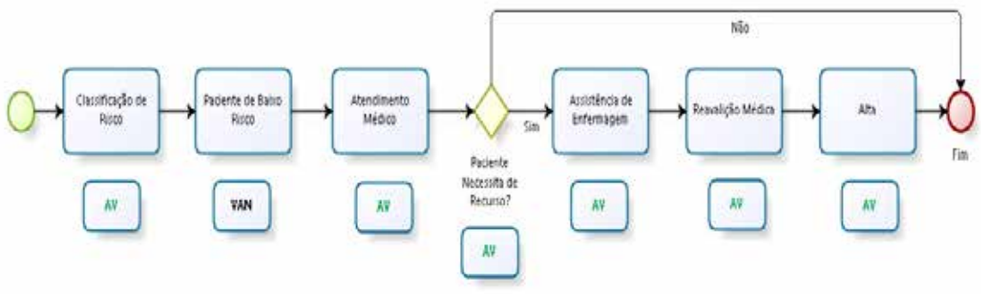
Este projeto, iniciado em abril de 2017, teve como objetivo reduzir o tempo de espera para atendimento médico e de tomada de decisão dos pacientes de baixo risco.

METODOLOGIA

Utilizando a metodologia *Lean*, realizou-se o mapeamento do macroprocesso vivenciado pelo paciente para ter acesso ao serviço de urgência /emergência, considerando desde a retirada da senha no Totem, CR, atendimento médico, utilização de recurso e tomada de decisão. Os tempos de cada atividade (tempo de ciclo) foram medidos avaliando o que agregava valor e não agregava valor ao cliente, conforme mostrado abaixo.



Mapeamento do fluxo de valor do paciente de intermediário e alto risco.

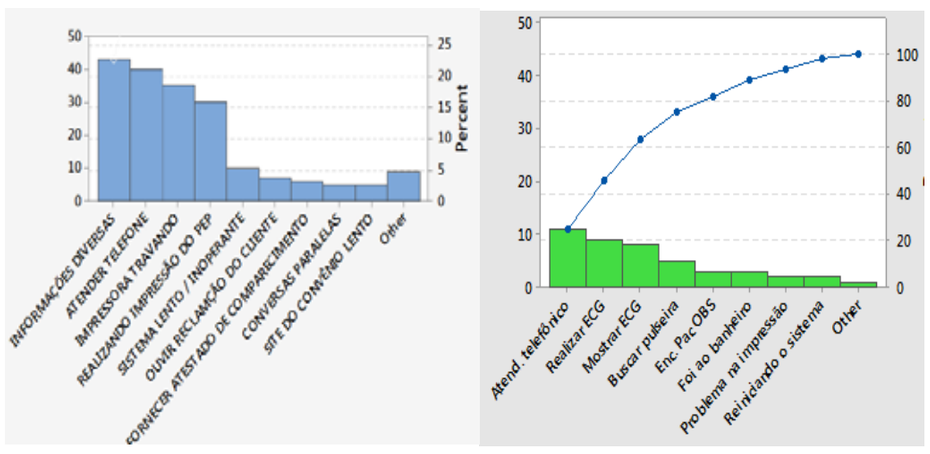


Mapeamento do fluxo de valor do paciente de baixo risco.

Foi realizado o Diagnóstico de Desempenho Operacional (DDO) em que foram identificados os seguintes problemas:

- Tempo elevado para cadastro e espera para a classificação de risco;
- Inexistência de fluxo FAST TRACK;
- Solicitação desnecessária de recursos;
- Sistema de Classificação de Risco não validado;
- Layout da recepção dificulta a agilidade do atendimento;
- Excesso de atividades que não agregavam valor ao processo de recepção e classificação de risco;
- Equipe médica pouco experiente;
- Necessidade de revisão dos acordos com laboratório e Bio Imagem;
- Tempo de boarding elevado.

Identificou-se também os principais motivos de interrupção:

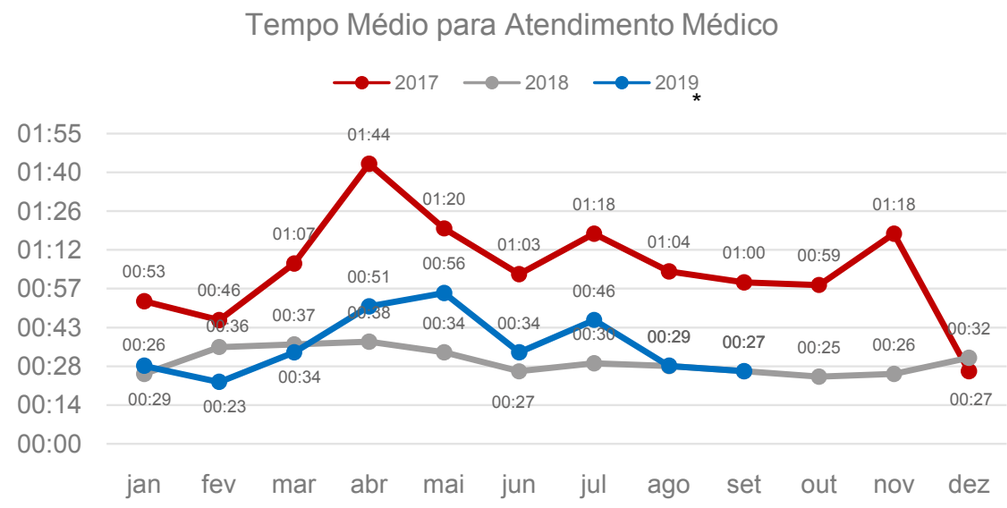


Motivos de interrupção da recepção e da classificação de risco.

RESULTADOS

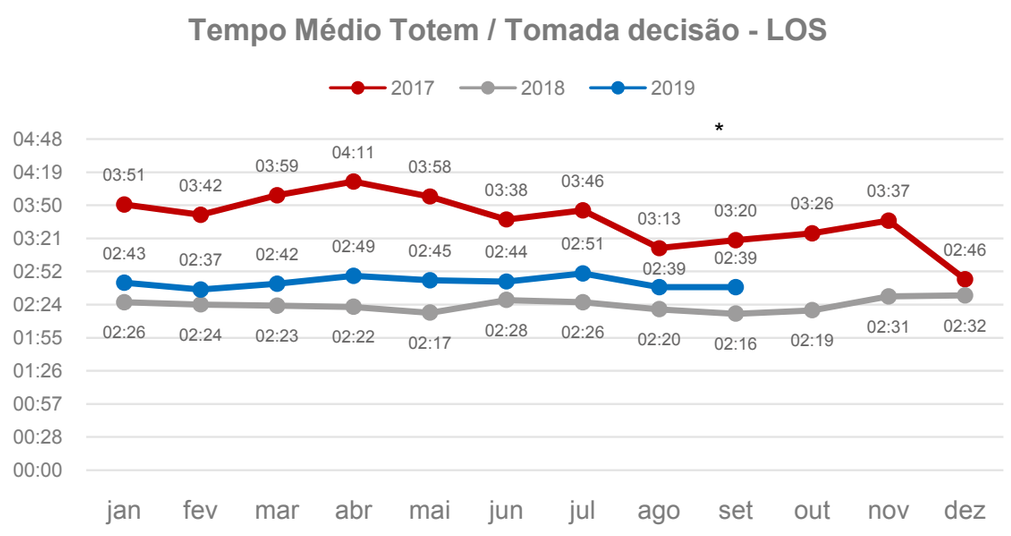
Para mitigar as causas identificadas no DDO foram feitas alterações no layout da recepção, desvio de ligações telefônicas, retirada de atividades administrativas desta área, gestão visual para orientação dos fluxos, elaboração dos protocolos clínicos mais prevalentes, implantação do Sistema Manchester de CR e fluxo Fast Track.

Os resultados estão apresentados nos gráficos abaixo:



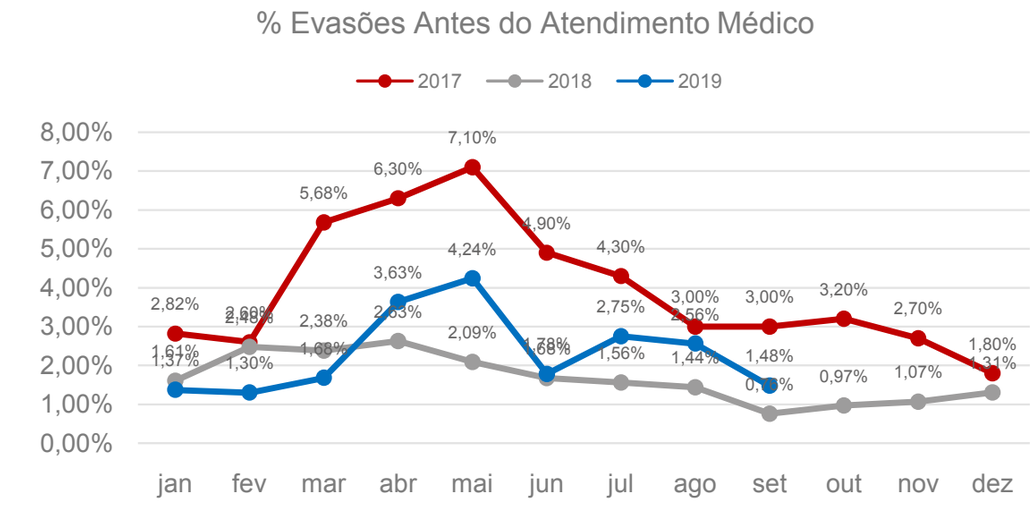
*Em 2019 o volume de atendimentos do PA aumentou 30%

Tempo Médio para atendimento médico



*Em 2019 o volume de atendimentos do PA aumentou 30%

Tempo médio Totem / Tomada de decisão



*Em 2019 o volume de atendimentos do PA aumentou 30%

Percentual de evasão antes do atendimento médico

CONCLUSÕES

Houve redução de mais de 50% em relação ao tempo para o primeiro atendimento médico desde o início do projeto. O tempo de tomada de decisão (decisão por alta hospitalar ou internação) também foi reduzido em 34% e as evasões de 6,3% para 1,5%. Observou-se que, mesmo com o aumento no volume de atendimentos, em torno de 30% em 2019, os resultados do projeto *Lean* foram mantidos.

REFERÊNCIAS

HOLMES, Debra Hadfield,Shelagh O Lean na área da saúde –Ferramentas para eliminação do desperdício em hospitais clinicas e instituições de saúde Tradução Geraldo Amaral JR Rio de Janeiro DOC Cntet 1 edeição -268p

PINTO, Carlos Frederico. **Em busca do cuidado perfeito** –Aplicando Lean na Saude –São Paulo;Lean Institute Brasil 2014

TOUSSAINT , John, ROGER A. Gerard**. Uma transformação na saúde como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**, tradução Raul Rubenick consultoria e revisão Flavio Battaglia gerente de projetos do Lean Institute Brasil

VOLTAR

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REGULAÇÃO A PARTIR DO MÉTODO LEAN SEIS SIGMA NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

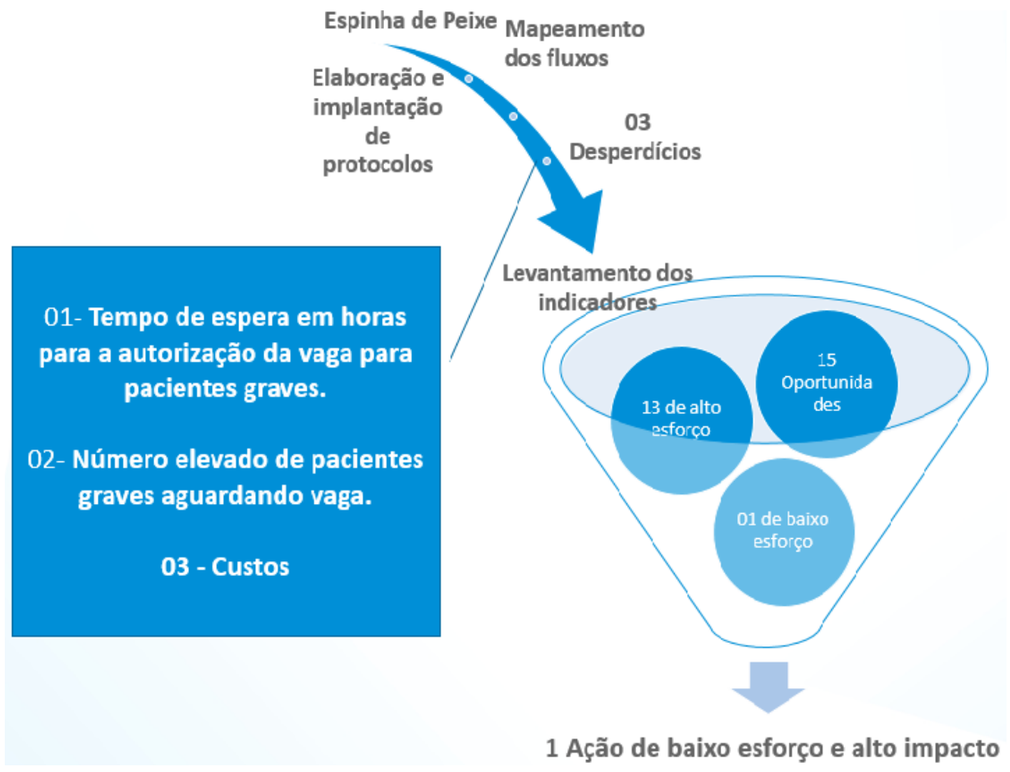
Luciano de Moura Carvalho, Alessandro Leonardo Álvares Magalhães, Bruna de Castro Fernandes, Camila Borges Rufino.

INTRODUÇÃO

A regulação do acesso à assistência, tem como objetos a organização, o gerenciamento e a priorização do acesso nos fluxos assistenciais, exercendo importante papel na otimização e utilização dos leitos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)[1]. Diante da inexistência de protocolos de regulação em urgência e emergência e de fluxos assistenciais estabelecidos, com consequente dificuldade no encaminhamento de pacientes, elaborou-se estratégias para uniformizar o processo de trabalho nessas unidades. O método Lean é um conjunto de conhecimentos cuja aplicação visa eliminar desperdícios continuamente e resolver problemas de maneira sistemática[2]. Este estudo teve como objetivo elaborar e implantar um protocolo de regulação no município de Aparecida de Goiânia, visando a redução no tempo de espera por vagas de internação, melhora na rotatividade de leitos e redução dos custos.

METODOLOGIA

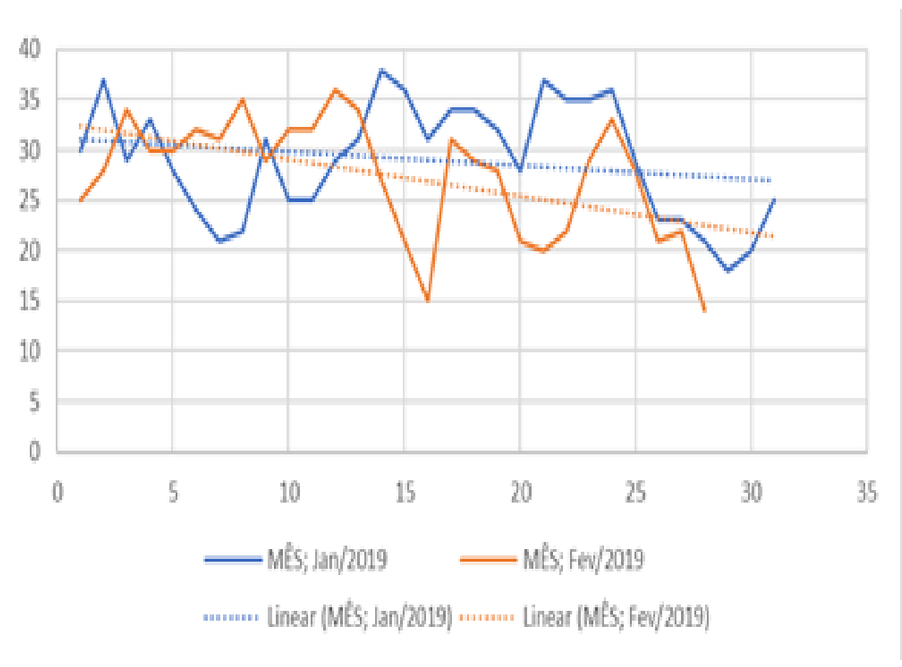
Trata-se de uma pesquisa aplicada, com abordagem quantitativa, em que se utilizou a metodologia Lean Seis Sigma voltada à melhoria contínua dos processos de trabalho. O estudo foi dividido em fases, sendo a primeira o diagnóstico acerca do tempo de espera, ocupação de leitos e solicitações de internações; a segunda de capacitação sobre a metodologia e as ferramentas aplicadas; a terceira consistiu na elaboração do protocolo de regulação; a quarta foi a capacitação da equipe e implementação do protocolo; a quinta foi a coleta de informações, avaliação e apresentação e a sexta consiste no acompanhamento contínuo dos resultados e melhorias. Na análise da causa e efeito foram identificadas 15 causas principais de maior impacto para a otimização e agilidade na solicitação e codificação da vaga. As causas mais impactantes e que foram abordadas a fim de identificar soluções e melhorias foram, a falta de sistematização nas solicitações de internação; paciente fora do sistema de regulação; falta de visualização em sistema quando a vaga é liberada; demora na reinserção dos paciente devolvidos para unidade via sistema de regulação para atualização do quadro clínico; demora na inserção da solicitação por vaga no sistema de regulação; e falta de qualificação profissional.



Processo de medição método Lean Seis Sigma/2019.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram: redução do tempo de espera para codificação do paciente, redução no número de pacientes nos leitos de estabilização e redução de custos. Ao analisar o tempo de espera para codificação do paciente classificado como vermelho no sistema de regulação - SISREG, tendo como defeitos o número superior à 24 horas de espera para a codificação, observamos uma melhoria no nível sigma do processo em torno de 3,87 para 4,24 (Tabela 1), com redução de 15% no tempo de espera entre a solicitação e a codificação para internações hospitalares. Quanto ao quantitativo de pacientes nos leitos de estabilização, tendo como defeitos o número superior a 504 pacientes em 30 dias, observamos uma melhoria do nível sigma do processo em torno de 4,63 para 4,73 (Tabela 2), passando de 89,28% no mês de janeiro de 2019 para 72,71% no mês de fevereiro, ou seja uma redução de 16% no número de pacientes ocupando leitos de estabilização em apenas em dois meses do processo instalado.



Número de pacientes nos leitos de estabilização Jan. e Fev. de 2019.

Considerando que não há co-financiamento do Ministério da Saúde em diárias nos leitos de estabilização das unidades de Pronto Atendimento, com a otimização do processo regulatório, o município recebeu no período avaliado o valor de R$ 183.700,00, uma vez que estes pacientes foram regulados para leitos de UTI que possui co-financiamento no valor de R$ 1.100,00 por diária de leito de UTI. Sendo assim, houve aumento de 18,5% de retorno financeiro para a SMS.

CONCLUSÕES

Com implementação do Protocolo de Regulação do município de Aparecida de Goiânia a partir do método Lean Seis Sigma, obteve-se resultados satisfatórios para a melhoria de processos baseado em tempo e valor, desenhado para assegurar fluxos contínuos além de eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado ao paciente. Por conseguinte, auxiliou na gestão, padronização e organização dos serviços, com consequente melhoria na qualidade da assistência prestada.

TABELAS 1 e 2

Variável	Nº de Defeitos	Nº de Unidades	Oportunidades do erro ocorrer	Total Oport	DPU	DPO	DPMO	Shift	Capabilidade Long Term	Sigma
	D	***U***	***OP***	***TOP***	***DPU***	***DPO***	***DPMO***	***Shift***	***Sigma-L***	***Z.B***
Janeiro/2019	396	900	504	453600	0,4400	0,000873	873	1,5	3,13	4,63
Fevereiro/2019	229	733	504	369432	0,3124	0,000620	620	1,5	3,23	4,73

Variável	Nº de Defeitos	Nº de Unidades	Oportunidades do erro ocorrer	Total Oport	DPU	DPO	DPMO	Shift	Capabilidade Long Term	Sigma
	D	***U***	***OP***	***TOP***	***DPU***	***DPO***	***DPMO***	***Shift***	***Sigma-L***	***Z.B***
Dezembro/2019	6,54	30,54	24	732,96	0,2141	0,008923	8923	1,5	2,37	3,87
Fevereiro/2019	1,91	25,91	24	621,84	0,0737	0,003072	3072	1,5	2,74	4,24

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

[2]Lean Enterprise Institute. What is LEan? Disponível em: http://www.lean.org/. Acesso em 24 set. 2019.

VOLTAR

AUTOMATIZAÇÃO NO GERENCIAMENTO DAS PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO PARA AUMENTO DE EFETIVIDADE DO PROCESSO

Machado AL, Silva APF, Belo LCC, Ricardo SB

INTRODUÇÃO

A redução do risco de transmissão de microrganismos, seja associado às doenças transmissíveis ou microrganismos multirresistentes (MMR), requer dos hospitais a implementação de um programa de vigilância que permita a identificação dos pacientes infectados ou colonizados e institua precocemente as medidas de Precauções e Isolamento (PI). Entretanto o método usual de rastreamento e manejo dos casos demanda tempo e trabalho intensivo da CCIH, além de susceptível a falhas de comunicação entre os profissionais nas unidades assistenciais (UA). O Objetivo desse trabalho é aumentar a efetividade da gestão das PI através da automatização de etapas do processo

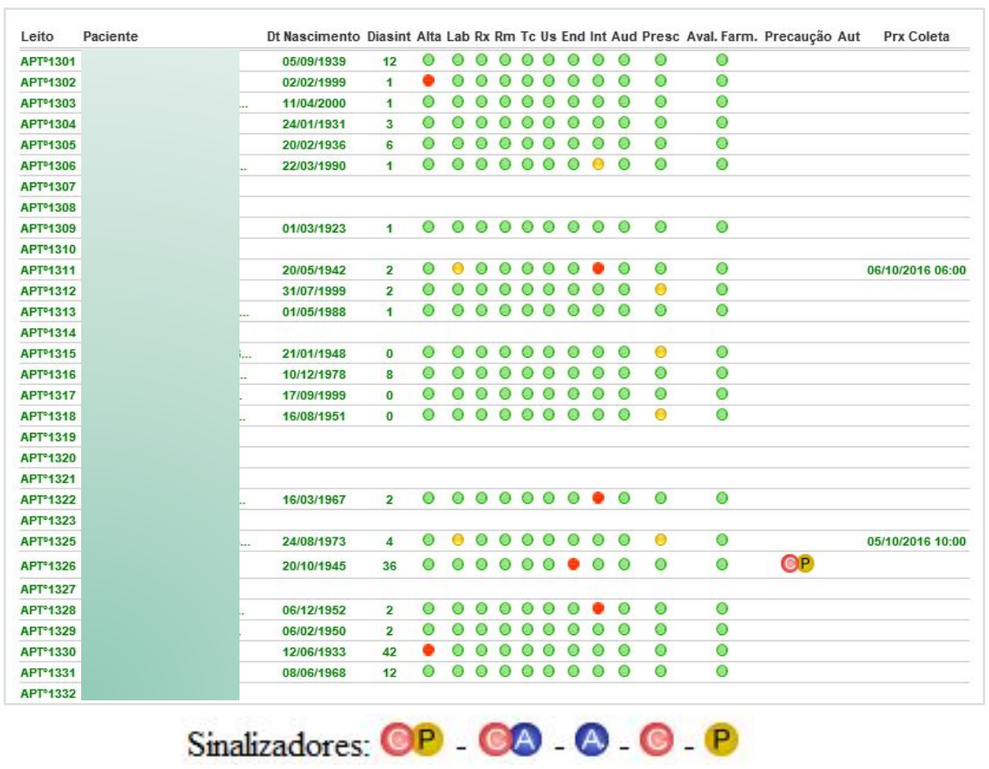


Imagem 2 – Sinalização no painel da enfermagem referente ao cadastro de precaução realizado.

METODOLOGIA

A gestão das PI até 2017 estava baseada na comunicação telefônica com as UA, controle por planilha até a alta do paciente, monitorização manual de egressos e atualização diária dos enfermeiros por e-mail com a lista de PI. Com apoio setor de Tecnologia da Informação, em 2017 identificamos um campo do prontuário eletrônico que permitia inserir a PI instituída, vinculada ao número de prontuário do paciente. Automaticamente ela torna-se visível no painel eletrônico de pacientes das UA, indicando ao enfermeiro para sinalizar o leito e o prontuário físico, comunicar à equipe assistencial e orientar o paciente. Nas transferências internas, transitórias ou permanentes, a PI instituída acompanha a movimentação do paciente no sistema. A sinalização para MMR permanece ativa por 6 meses e reativada na reinternação.

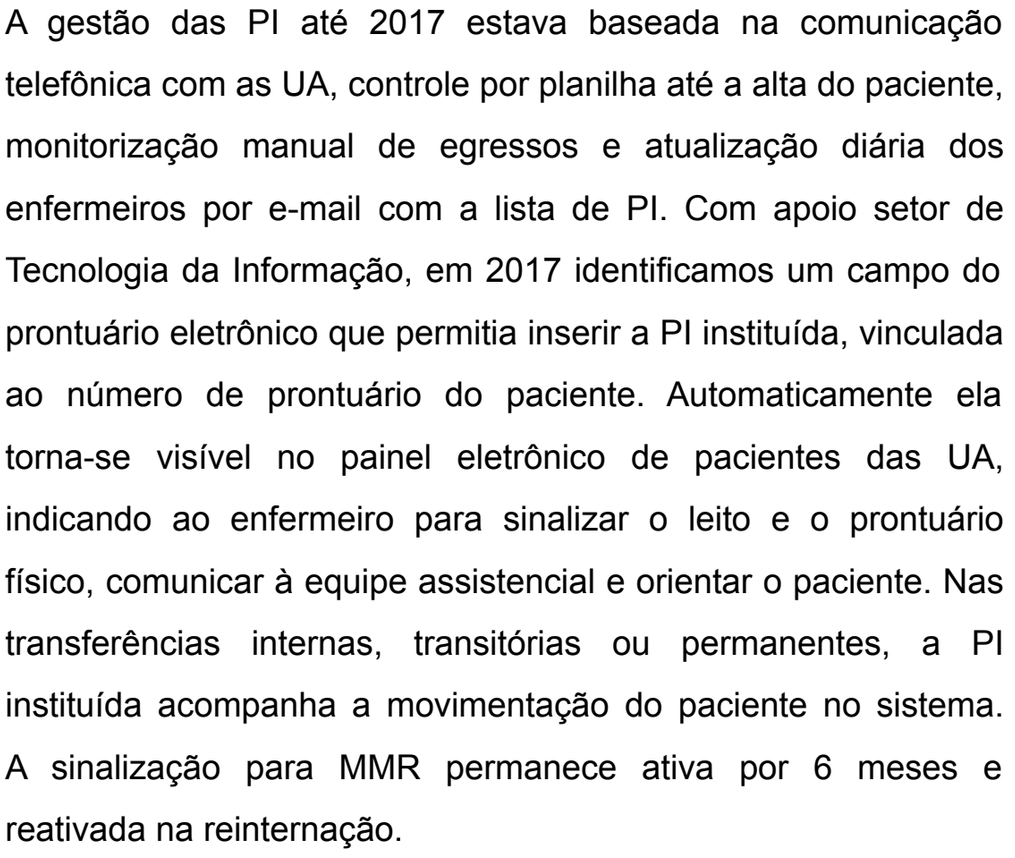


Imagem 1 - Documento inserido no prontuário do paciente através do sistema MV PEP referente a precaução Instituída.

RESULTADOS

Em 2017 foram instituídas 1253 PI (53/1000 admissões), com 94% de adesão ao protocolo. Das 40 falhas, 60% foi por erro de comunicação entre unidade assistencial ou não identificação de egressos. Em 2018 foram instituídas 1723 PI (70/1000 admissões), com 98% de adesão e apenas 29 falhas, todas atribuídas a faltas individuais na utilização das barreiras. Não houve falha de informação. O número de horas economizadas não foi quantificado, mas o impacto positivo foi contatado no aumento de disponibilidade da CCIH para auditar o processo e educar.

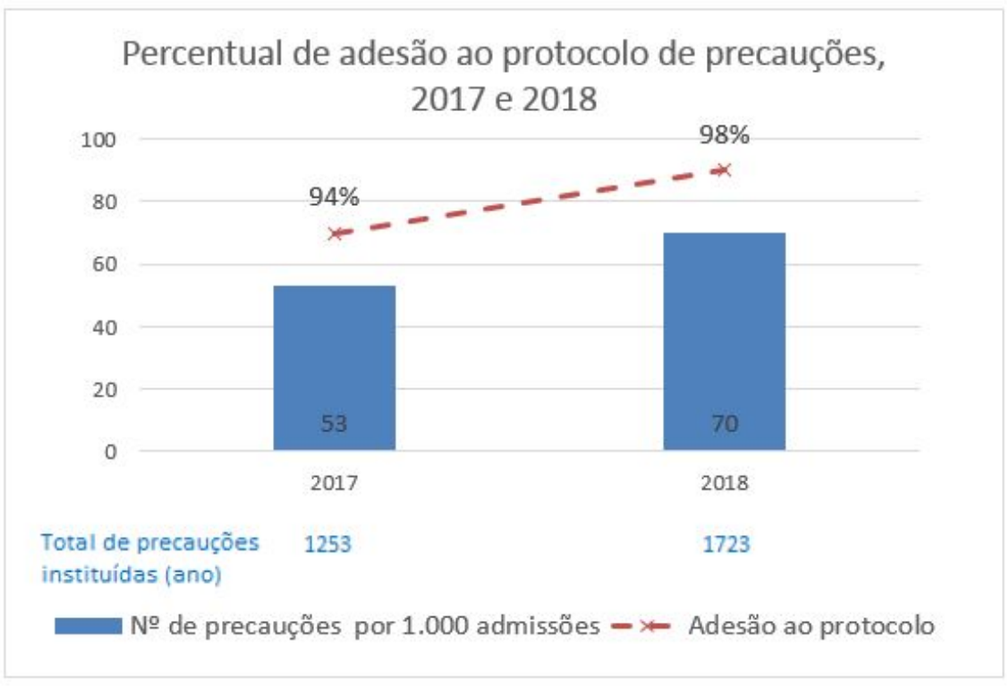


Imagem 3- Percentual de adesão ao protocolo de precauções, 2017-2018

CONCLUSÕES

Processos automatizados incorporados ao prontuário eletrônico do paciente, com parametrização de alertas eletrônicos que notificam a equipe assistencial, contribuem com a agilidade na instituição das PI, assertividade da comunicação, rastreabilidade e monitoramento em tempo real dos casos, ao mesmo tempo em que proporcionam enorme economia de tempo para a CCIH.

REFERÊNCIAS

1.CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. Appendix A Updates [September 2018].

VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA ARTROPLASTIA DE QUADRIL

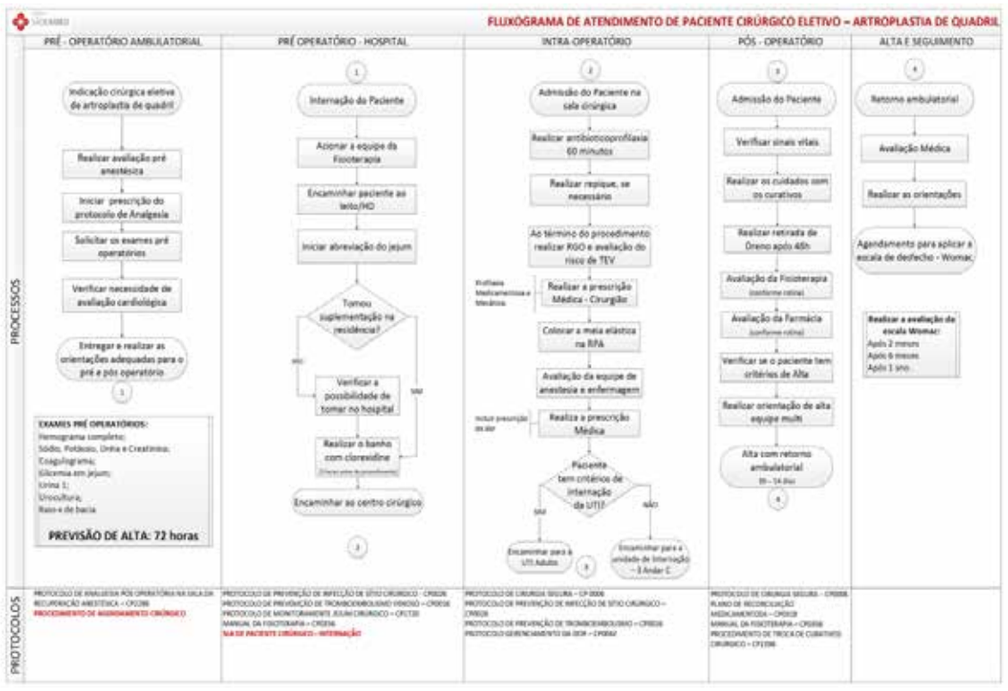
Marco Aurélio Silvério Neves, Ana Paula Fernandes Felix, Roberta Borges Lemes, Carla de Oliveira Assis

INTRODUÇÃO

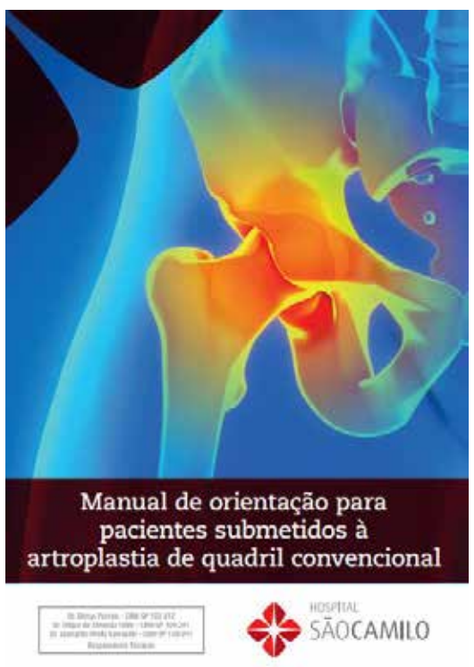
As discussões sobre saúde baseada em valor, somadas aos avanços na área médica e à transdiciplinaridade da equipe hospitalar, estimulou o desenvolvimento de linhas de cuidado que gerem resultados na qualidade de vida do paciente e na redução de custos hospitalares.
Quando se construí uma linha de cuidado oferece ao paciente e ao médico o apoio de uma equipe multidisciplinar especializada na assistência desse procedimento, objetivando uma recuperação segura e efetiva proporcionando a melhor qualidade assistencial aos pacientes**.**
Diante deste movimento construímos uma linha de cuidado ao paciente elegível à Artroplastia de quadril.

METODOLOGIA

O projeto foi realizado com a equipe multidisciplinar: fisioterapia, enfermagem, farmácia, cirurgiões ortopedistas, nutrição, agendamento cirúrgico e internação.
Desenvolvemos um modelo de atendimento desde a fase pré-operatória no Centro Médico com foco nas orientações e alinhamento das expectativas entre paciente e equipe de saúde.
Definimos um fluxo de comunicação para facilitar a transdisciplinaridade e acompanhamento das etapas de atendimento.



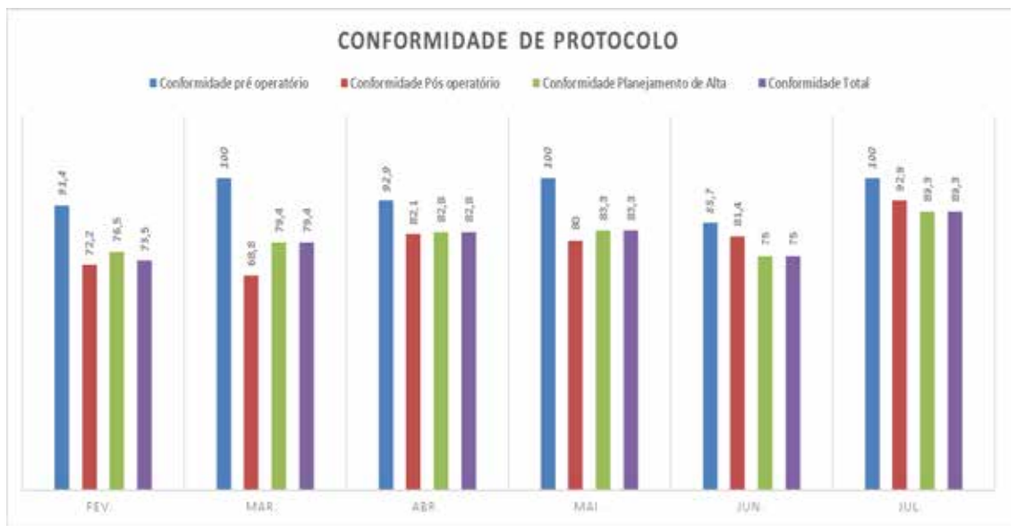
Legenda: Fluxograma de atendimento de paciente cirúrgico eletivo – Artroplastia de Quadril.



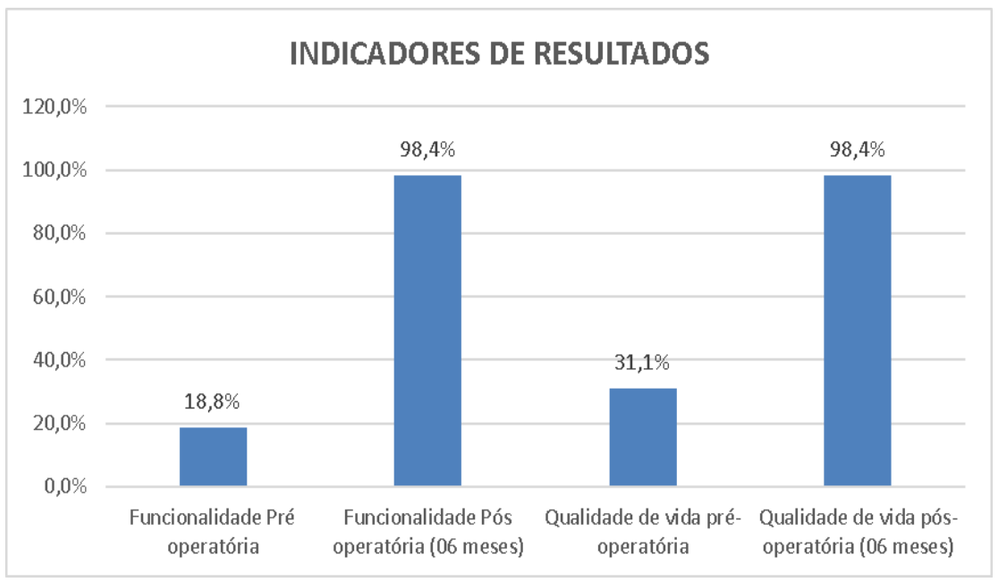
Legenda: Cartilha de orientações entregues aos pacientes submetidos aos procedimentos de Artroplastia de Quadril

RESULTADOS

O desenvolvimento do projeto teve início no ano de 2018 e a operacionalização começou em fevereiro de 2019.
Até o momento foram atendidos 14pacientes, dentre os quais 04 homens e 10 Mulheres. Referente à faixa etária, 04 acima de 65 anos.
Elegemos alguns indicadores de processo para acompanhamento, os quais tiveram o seguinte resultado:
Suplementação:73%, Banho Pré-Operatório:100%, Avaliação Pré-Operatória da Fisio:100%, Medidas para Prevenção de TEV:100% e Acompanhamento da Equipe da Dor:86%.
Como indicadores de resultado identificamos 03 indicadores principais:
Taxa de Readmissão em 30 dias: 0%, Média de Permanência: 2,85 e Funcionalidade pré-operatória de 18,83% e pós operatório (após 06 meses de 98,37%).
Avaliando a qualidade de vida dos pacientes no pré-operatório obtivemos o score de 31,11% e 98,37% após 06 meses de procedimento. Atingimos como conformidade no protocolo: pré operatório 94%, pós operatório: 68%, Planejamento de alta 81% sendo a conformidade total: 81%
Atualmente estamos na etapa de cálculo e consolidação dos custos da linha de cuidado como um todo.



Legenda: Gráfico de conformidade de adesão ao protocolo



Legenda: Indicadores de Resultados: funcionalidade pré e pós operatória, qualidade de vida pré e pós operatória.

CONCLUSÕES

Através da linha de cuidado evidenciamos melhoria na experiência do paciente devido melhor controle da dor, melhor qualidade de vida e alinhamento de expectativas.
A redução no tempo de internação nos trouxe a percepção de melhor efetividade dos processos, principalmente pela transdiciplinaridade e comunicação.
E como maior valor percebido pela equipe e paciente tivemos o aumento na funcionalidade dos indivíduos operados, seja pela redução no tempo dependente de dispositivos motores ou pela maior proximidade da realização de atividades antes e após a patologia em questão.

REFERÊNCIAS

1. Babis G, Tsailas Pg. European Federation Of Associations Of Orthopaedics And Traumatology - Mini Explosure Total Hip Arthroplasty. J. Bone Joint Surg,[br]. 2006.
2. Brady O H, Et Al. Joint Replacement Of The Hip And Knee – When To Refer And What To Expect. Rheumatology. 2002.
3. Jesudason C, Stiller K. Are Bed Exercises Necessary Following Hip Arthroplasty? Australian Journal Of Physiotherapy. 2002.
4. Khan F, Et Al. Multidisciplinary Rehabilitation Programmes Following Joint Replacement At The Hip And Knee In Chronic Arthropathy. The Cochrane Library, Issue 2, 2004.

VOLTAR

O QUE A METODOLOGIA ICHOM PODE NOS INFORMAR? DESFECHOS CLÍNICOS NO PÓS-ALTA DO AVCI

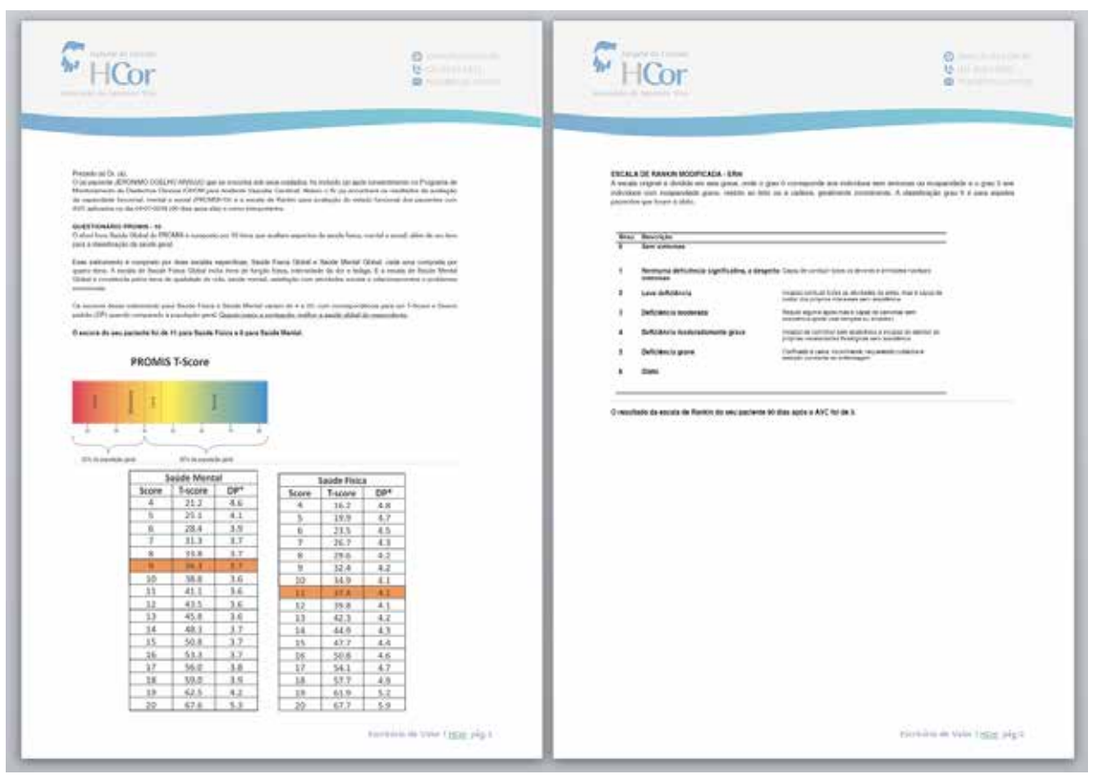
Sabrina Bernardez Pereira; Eli Farias Evaristo; Luciana Alves Lopes; Bianca Benigni; Lucilene Martins; Vilcilene Barbosa; André Reis; Ary Ribeiro

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde baseado na entrega de valor para o paciente (VBHC) é obter a melhor relação entre desfechos clínicos e custos (quantidade de recursos necessários). Um melhor resultado da equação desfechos/custos (equação de valor) está diretamente relacionado à redução da variabilidade do cuidado. Protocolos gerenciados de condições especificas e baseados em trabalho de equipe multidisciplinar reduzem variabilidade do cuidado e entrega valor para o paciente/sistema de saúde. Objetivo: analisar a evolução de desfechos clínicos no período pós alta hospitalar, aferidos por metodologia especifica (ICHOM), em pacientes admitidos a nível terciário, com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI).

METODOLOGIA

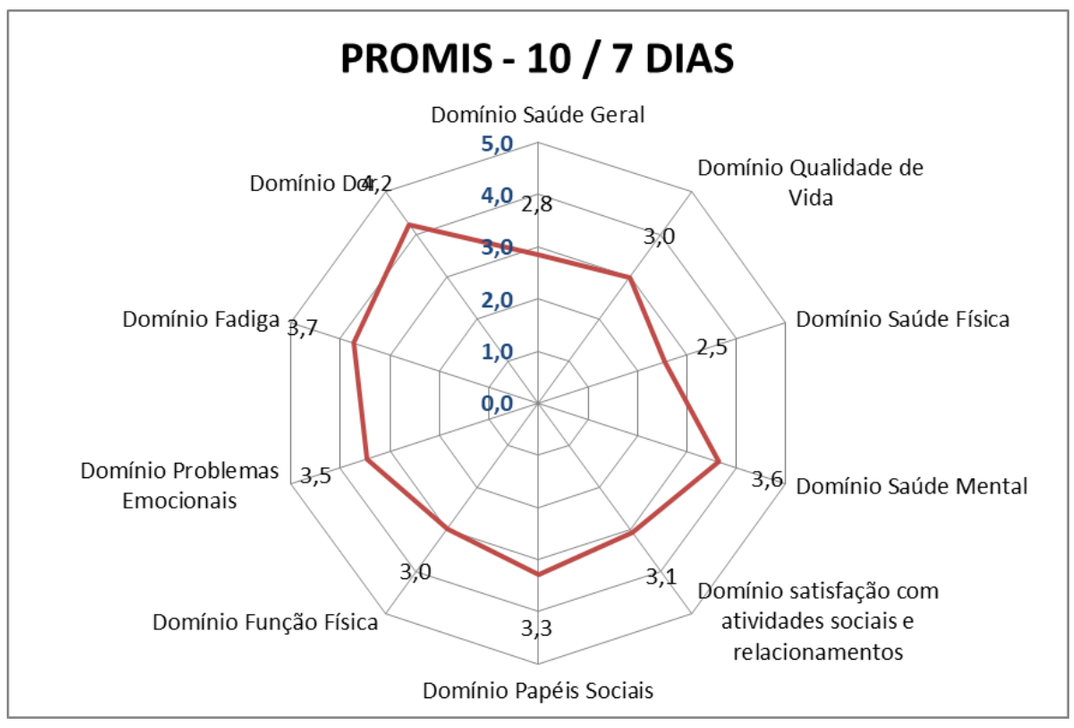
Foram selecionados pacientes adultos (> 18 anos) inseridos no protocolo gerenciado de AVCI do Hospital do Coração (HCor) que tem como objetivo o cuidado integrado multidisciplinar desde a entrada no pronto-socorro até a alta hospitalar. Seguindo a metodologia do *International Consortium of Health Outcomes Measurement* (ICHOM) foi aplicado o questionário Promis-10 7 dias e 90 dias após a alta hospitalar. Esta ferramenta analisa os domínios saúde geral, qualidade de vida, saúde física, saúde mental, satisfação com atividades sociais e relacionamento, papéis sociais, função física, problemas emocionais, fadiga e dor. Aplicado teste *t de student* para comparação das médias.

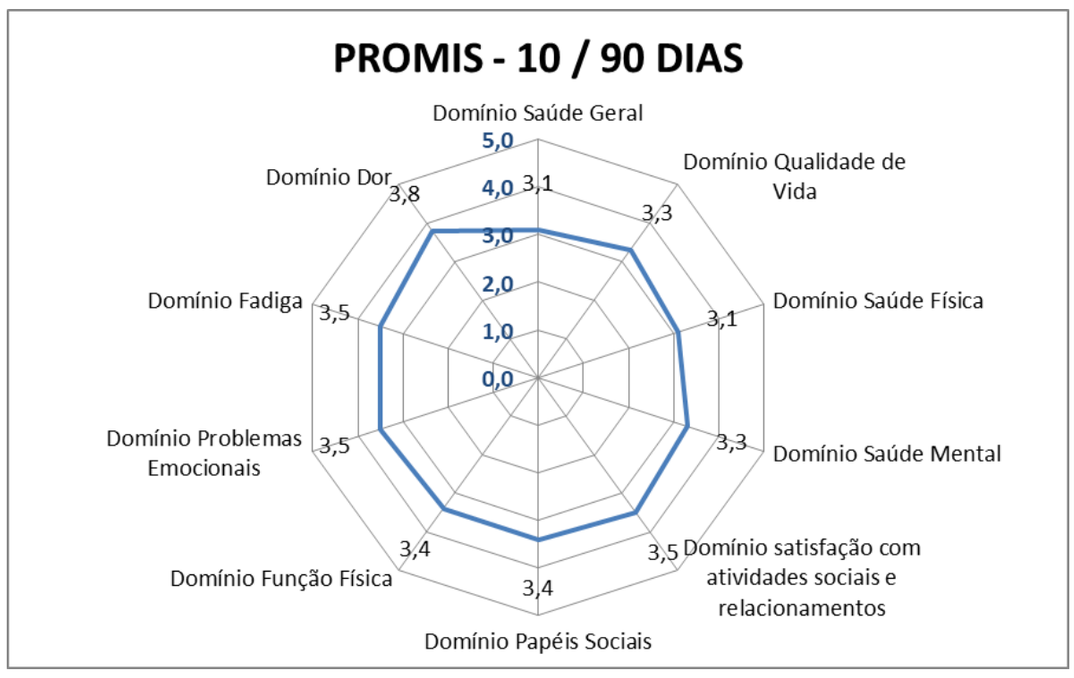


Modelo de relatório médico – resultados PROMS ICHOM AVCI

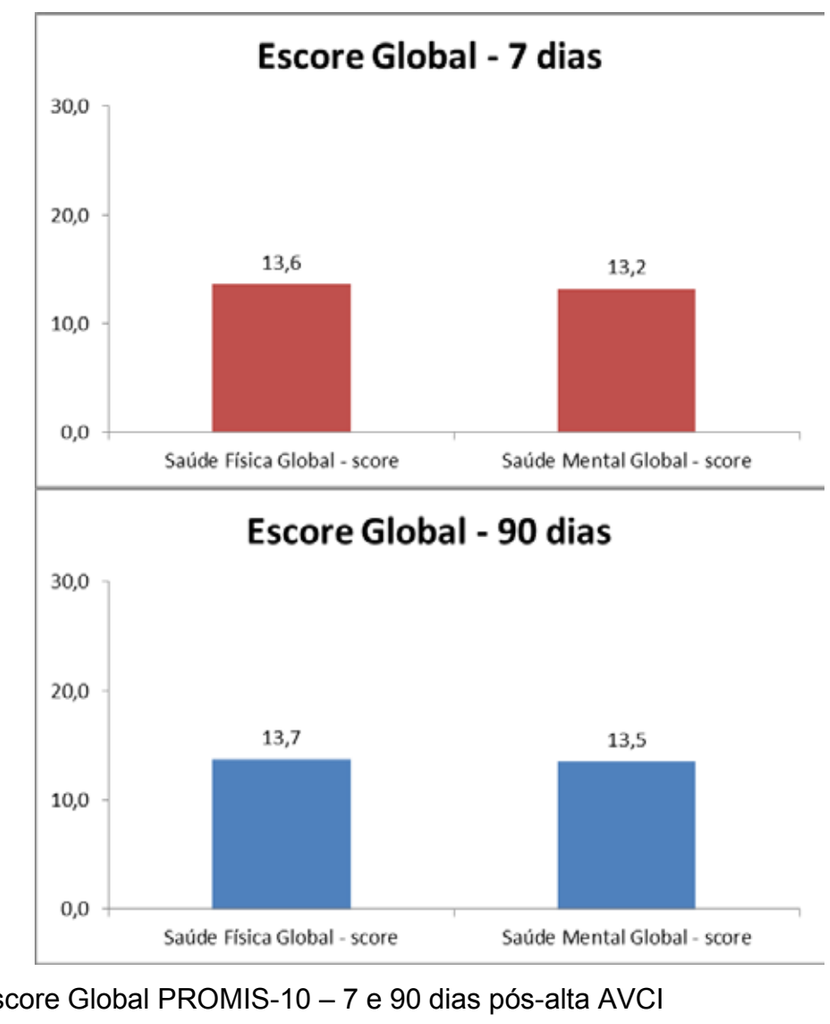
RESULTADOS

Do período de junho de 2018 a agosto de 2019 foram incluídos 106 pacientes com diagnóstico de AVCI. Média de idade de 73 anos, 55,2% sexo masculino, média NIH admissional de 5,57 e média Rankin de 2,21. Os escores dos PROMIS demostraram os seguintes resultados para 7 dias e 90 dias, respectivamente: (domínio saúde geral (2,8/3,1); qualidade de vida (3,0/3,3); saúde física (2,5/3,1); saúde mental (3,6/3,3); satisfação com atividades sociais e relacionamentos(3,1/3,5); papéis sociais (3,3/3,4); função física (3,0/3,4); problemas emocionais(3,5/3,5); fadiga (3,7/3,5); dor(4,2/3,8)). Houve diferença estatisticamente significativa somente para o domínio saúde física entre os períodos estudados (p=0,003).





Radar PROMIS-10 – 7 e 90 dias pós-alta AVCI



Escore Global PROMIS-10 – 7 e 90 dias pós-alta AVCI

CONCLUSÕES

Os pacientes incluídos em protocolo gerenciado de AVCI mostraram melhora no desfecho clínico entre 7 e 90 dias pós alta hospitalar relacionado ao domínio saúde física. Não houve mudança estatisticamente significativa nos demais domínios.

REFERÊNCIAS

Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, Bernhardt J, Davie C, George MG, Gething S, Kelly AG, Lindsay P, Liu L, Martins SC, Morgan L, Norrving B, Ribbers GM, Silver FL, Smith EE, Williams LS, Schwamm LH. An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke. Stroke. 2016;47:00-00

▲ VOLTAR

PROJETO PILOTO PARA ENTREGA DE VALOR EM ARTROPLASTIA DE QUADRIL E JOELHO

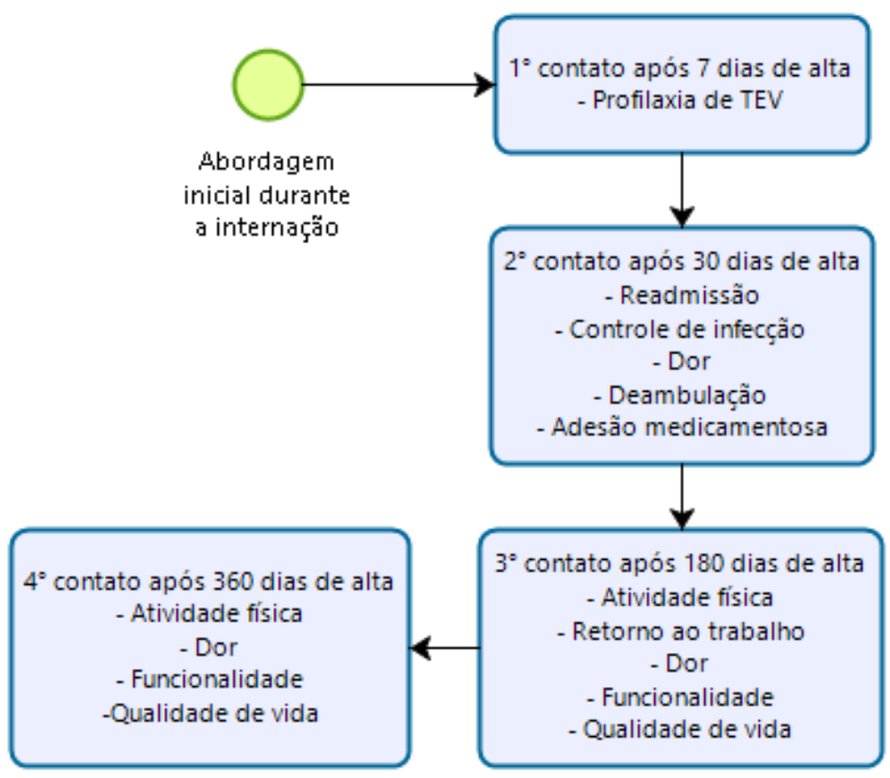
Christiane Padovani, Melissa Sella, Giovanna Nogueira, Beatriz Almeida

INTRODUÇÃO

Valor em saúde refere-se ao atingimento dos resultados que são valorizados pelo paciente, em relação aos custos para atingimento de tais desfechos. E acompanhar resultado clínico é um grande desafio para o sistema terciário que encerra o atendimento na alta hospitalar.[1] O objetivo é pilotar um projeto de acompanhamento de desfecho clínico para artroplastia de quadril e joelho.

METODOLOGIA

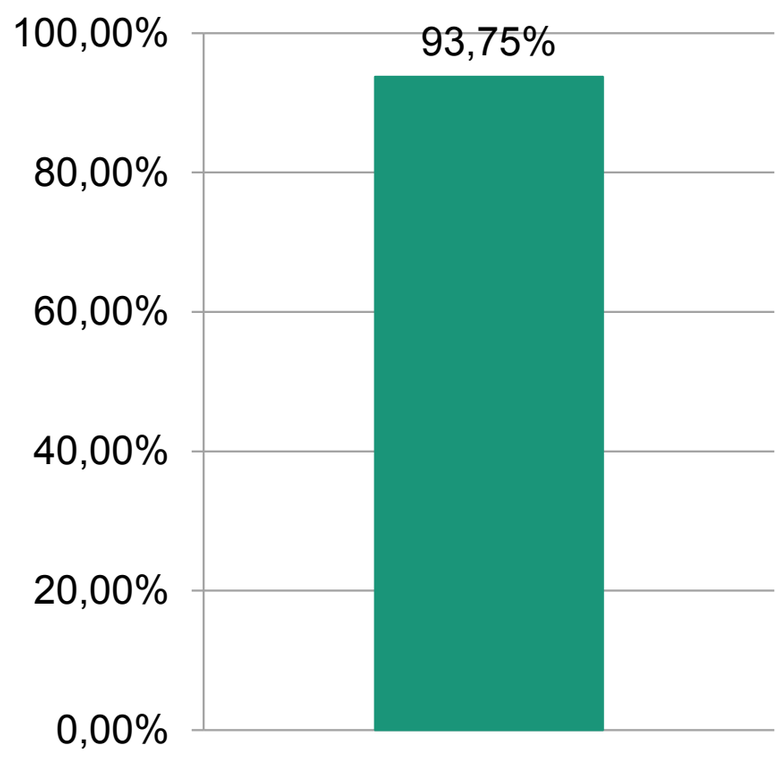
Estruturamos protocolos clínicos para a linha de artroplastia de quadril e joelho com equipe composta por cirurgião, anestesiologista, fisioterapeuta e enfermagem. Foram contratados estagiários de enfermagem para realização de ligação pós alta e aplicação de questionários de função e qualidade de vida após 7, 30, 180 e 360 dias da cirurgia. Foi optado pela padronização de questionários validados, sendo eles o HOOS-PS (quadril) e KOOS-PS (joelho) para funcionalidade e EQ-5D-3L com EQ-VAS para qualidade de vida.[2] Além desses, outros itens foram mensurados como escala de dor lombar e articular, readmissão em 30 dias, eventos pós-alta, adesão medicamentosa, deambulação e atividade física. Os critérios de exclusão estabelecidos para a avaliação do desfecho foram obesidade grau III, reoperação, câncer, ASA III e fratura de fêmur em idoso.



Fluxo de acompanhamento.

RESULTADOS

De janeiro à agosto de 2019 foram acompanhados 64 pacientes. Destes 34% apresentaram critério exclusão, o que nos levou a reavaliar a exclusão para câncer. A taxa de sucesso nas ligações foi de 93,75%. Os desfechos de qualidade de vida e funcionalidade coletados até o momento mostraram uma favorabilidade acima 80%.



Taxa de sucesso do contato após a alta.

CONCLUSÕES

Embora o número de contato após 180 e 360 dias seja pequeno, consideramos que o acompanhamento pós alta por meio de ligação telefônica destes pacientes foi bastante satisfatório. Os resultados já nos instrumentalizaram para atualização de protocolos internos como por exemplo aumento de deambulação no primeiro pós-operatório, tipo de anestesia, alinhamento de próteses, dentre outras melhorias. Após a implantação do projeto piloto, decidimos ampliar as linhas de cuidado acompanhadas.

REFERÊNCIAS

[1] PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining HealthCare:** Creating Value-based Competition on Results. [s. l.]: Harvard Business School Press, 2006.
[2] ICHOM. **HIP & KNEE OSTEOARTHRITIS:** DATA COLLECTION REFERENCE GUIDE. 2017. Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/hip-knee-osteoarthritis/hip-knee-osteoarthritis-reference-guide.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

▲
VOLTAR

ESTRUTURANDO UM ESCRITÓRIO DE VALOR NA ÁREA DA SAÚDE: DO PLANEJAMENTO ÀS LIÇÕES APRENDIDAS

Sabrina Bernardez Pereira; Luciana Alves Lopes; Bianca Benigni; Lucilene Martins; Vilcilene Barbosa; André Reis; Ary Ribeiro

INTRODUÇÃO

O Escritório de Valor (VMO) do Hospital do Coração (HCor) foi criado através de uma co-gestão entre as Superintedências Médica e Comercial/Ambulatorial, alinhada ao planejamento institucional estratégico. A iniciativa começou com a implementação da metodologia ICHOM e envolveu 8 condições de saúde (IC, DAC, AVC, doença de Parkinson, idosos, câncer de mama, osteoartrite e dor lombar).

METODOLOGIA

O HCor lançou o ICHOM como sua primeira iniciativa do VMO em fevereiro de 2018, seguindo as seguintes etapas de implementação por SS: a) Identificação de um líder de projeto para revisar o SS e defender o projeto na instituição; b) Identificação e resolução de problemas operacionais críticos; c) "Gap analysis"; d) Mapeamento de processos e fluxos; e) Construção de banco de dados e planejamento de análises e relatórios de *data quality*; f) Estabelecimento de fluxo de trabalho para medir resultados e monitorar seu progresso; g) Piloto do projeto, aplicando PDSAs; h) Lançamento do SS ICHOM para o corpo clínico. O sistema RedCap® foi utilizado para captura de dados e um painel R Shiny® foi construído para gerenciar medidas de desempenho e resultados clínicos. Um relatório detalhado por paciente foi preparado para cada SS e entregue ao médico assistente do paciente. Foi estabelecido um conselho da ICHOM envolvendo os principais líderes do hospital para discussões mensais sobre a evolução do projeto.

Linha do tempo – Escritório de Valor HCor

Planejamento por Standard Set ICHOM – Escritório de Valor HCor

RESULTADOS

Do período de julho de 2017 a agosto de 2019 foram incluídos 2238 pacientes em diversas condições clínicas incluindo insuficiência cardíaca, doença de Parkinson, AVC, tumor cerebral, DAC estável e síndrome coronariana aguda, idosos, dor lombar, dor torácica, cirurgia cardíaca, depressão e ansiedade, Gamma Knife. Destes, 8 condições clínicas envolve a coleta de desfechos seguindo a metodologia ICHOM e a demais com metodologia própria Hcor. O tempo de seguimento variou entre as condições clínicas, sendo um máximo de 5 anos de seguimento.
A grande maioria dos pacientes (acima de 95%) preferiu contato telefônico e a perda foi menor do que 5% (aceite na participação / voluntária).

Pacientes incluídos no Programa de Desfechos Clínicos HCor

Banco de Dados em RedCap® – Escritório de Valor HCor

CONCLUSÕES

Para oferecer melhores resultados, uma instituição deve estar preparada para uma coleta de dados mais estruturada, com ferramentas e análise de dados robustas que possam fornecer uma visão rápida dos principais indicadores de desempenho e resultados clínicos; O uso de ferramentas internacionais baseadas na Web, de baixo custo e amplamente utilizadas, como o programa RedCap® e R®, favorece a implementação de coleta sistematizada de dados; O VMO, por si só, promove reação positiva nos pacientes, gerando um sentimento de pertença e uma maior preocupação no conhecimento de sua doença; Um conselho multidisciplinar envolvendo liderança institucional é crucial para o sucesso da implementação de uma iniciativa como essa, que tem resultados promissores em melhoria da qualidade e entrega de valor aos pacientes e à sociedade.

REFERÊNCIAS

Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

VOLTAR

ICHOM DOENÇA DE PARKINSON: OPORTUNIDADES DE MELHORIAS COM A MEDIDA DE DESFECHOS

Sabrina Bernardez Pereira, Maria Gabriela Ghilardi, Luciana Alves Lopes, Bianca Benigni, Lucilene Martins, Vilcilene Barbosa, André Reis, Ary Ribeiro

INTRODUÇÃO

Além dos sintomas motores da doença de Parkinson (DP), os pacientes apresentam uma variedade de sintomas não motores, que prejudicam qualidade de vida e muitas vezes não são reconhecidos. Um grande desafio para o tratamento desses aspectos não motores da doença é o fato de os pacientes nem sempre os relatarem espontaneamente. Assim, o objetivo deste projeto foi detectar lacunas, a fim de elaborar ciclos de melhoria e aprimorar o tratamento de suporte oferecido ao paciente.

METODOLOGIA

O Escritório de Valor HCor iniciou a medida de desfechos clínicos em Doença de Parkinson em maio de 2018, seguindo a metodologia ICHOM. O Escritório de Valor HCor desenvolveu relatórios estruturados individuais, por paciente, onde os dados são apresentados de forma clara e direta, a fim de facilitar a identificação de pontos críticos. Eles estão disponíveis para o médico antes da visita de retorno ambulatorial a fim de otimizar a consulta médica, identificando com eficiência os resultados mais importantes para o paciente.

HCor
Associação Beneficente Síria

Prezado (a) Dr. (a),

O (a) paciente xxxxx, que se encontra sob seus cuidados, foi incluído (a), após consentimento, no Programa de Monitoramento de Desfechos Clínicos ICHOM para Doença de Parkinson.

Abaixo o Sr (a) encontrará os resultados aplicados no dia 22/05/2018 da escala de avaliação da Doença de Parkinson (MDS-UPDRS) divididas em duas partes: aspectos Não Motores das Experiências da Vida Diária (nM-EVD) e Aspectos Motores de Experiências da Vida Diária (M-EVD) e o questionário de qualidade de vida (PDQ-8) para avaliar aspectos físicos, mental e social.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON (MDS-UPDRS)

A escala MDS-UPDRS tem sido utilizada para acompanhar a progressão da doença de Parkinson e mensurar os benefícios da terapia aplicada, de forma mais objetiva. O UPDRS modificado mantém a estrutura de quatro escalas intituladas – I experiências não motoras da vida diária, II experiências motoras da vida diária, III exame motor e IV complicações motoras, sendo que para fins deste relatório consideramos a parte I e II.

Cada domínio é pontuado de 0 a 4, onde:

0 = normal | 1 = discreto | 2 = ligeiro | 3 = moderado | 4 = grave.

Parte I Aspectos Não Motores das Experiências da Vida Diária (nM-EVD)			
Disfunção cognitivo	1	Sonolência diurna	2
Alucinações e psicoses	0	Dor e outras sensações	4
Humor depressivo	2	Problemas urinários	3
Ansiedade	2	Problemas de obstipação intestinal	0
Apatia	0	Tonturas ao se levantar	1
Aspectos da SDD	2	Fadiga	4
Problemas de sono	1		
Parte II Aspectos Motores de Experiências da Vida Diária (M-EVD)			
Fala	4	Passatempos e outras atividades	0
Saliva e baba	0	Virar na cama	2
Mastigação e deglutição	0	Tremor	0
Tarefas para comer	0	Sair da cama, carro e cadeira baixa	1
Vestir	1	Marcha e equilíbrio	1
Higiene	1	Bloqueios na marcha	0
Escrita	4		

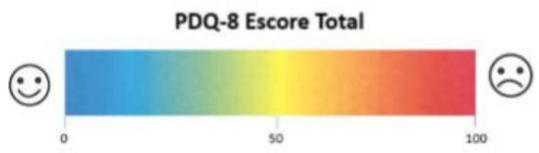
SDD: Síndrome de Desregulação Dopaminérgica *As versões oficiais das Partes 1 e 2 da MDS-UPDRS não têm avaliações on e off separadas.

QUESTIONÁRIO PDQ-8

O *Parkinson Disease Questionnaire–8* (PDQ-8) tem sido indicado como um instrumento para avaliação da qualidade de vida do indivíduo com Doença de Parkinson. Ele é derivado de um subconjunto de itens do PDQ-39 englobando os domínios mobilidade, atividades de vida diária, bem-estar emocional, suporte social, cognição, comunicação, desconforto físico e estigma. O PDQ-8 possui oito itens que pontuam de 0 (nunca) a 4 (sempre). Os itens são somados e transformados em uma pontuação de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida.

Segue abaixo o escore total do seu paciente, bem como a pontuação por domínio.

Escore Total: **28.13**

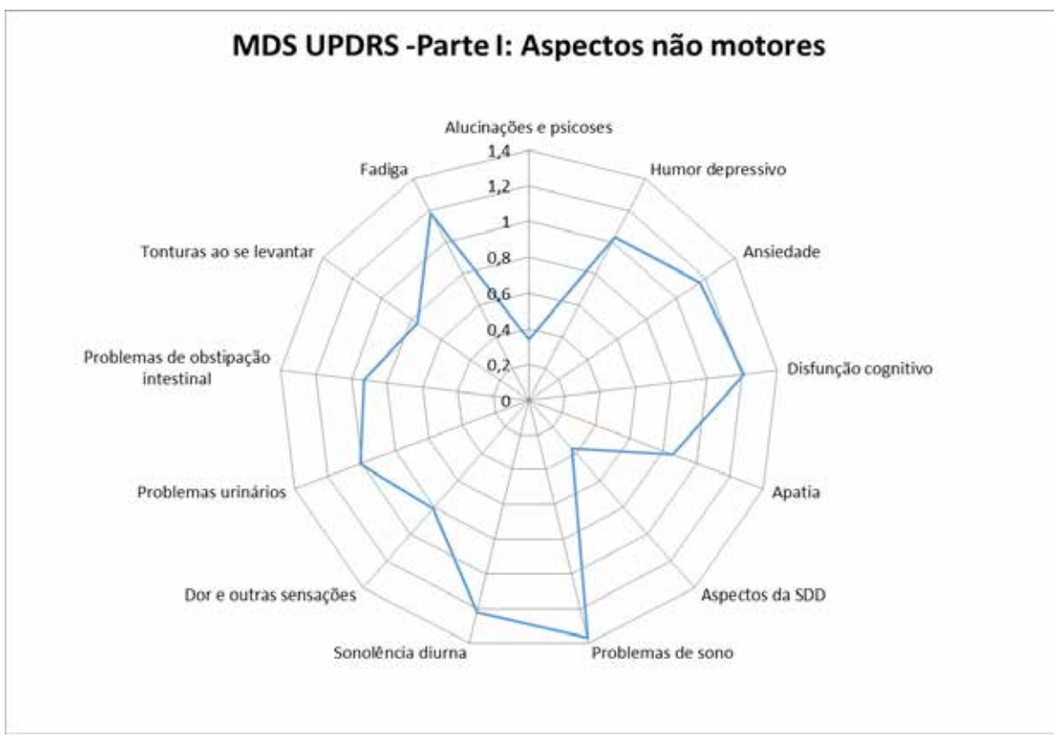


Domínio	Pontuação
Mobilidade	1
Atividades de vida diária	1
Bem-estar emocional	2
Suporte Social	0
Cognição	0
Comunicação	3
Desconforto Físico	0
Estigma	2

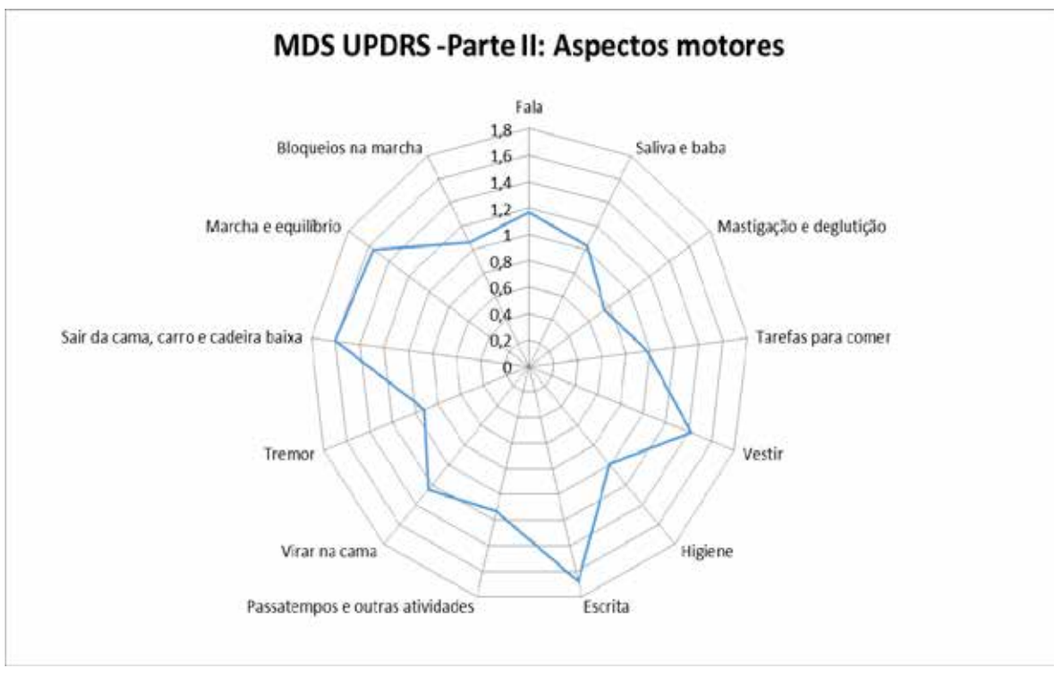
Modelo de Relatório ao Médico Assistente

RESULTADOS

A análise de base dos primeiros 73 pacientes mostrou piores pontuações no MDS-UPDRS parte I nos domínios problemas do sono, sonolência diurna, ansiedade, disfunção cognitiva. Referente ao MDS-UPDRS II as piores pontuações foram para fala, vestir, escrita, sair da cama, marcha e equilíbrio. Apesar da alta prevalência das alterações de humor, apenas 17,8% dos pacientes receberam terapia comportamental nos últimos 12 meses. As pontuações do NPS para a satisfação dos pacientes com o Escritório de Valor HCor atingiram uma média de 9,4. As discussões baseadas nos resultados iniciais permitiram as lideranças identificarem a necessidade de um plano de desenvolvimento institucional para a estruturação de um centro ambulatorial multidisciplinar, com foco na terapia comportamental e reabilitação física.



MDS UPDRS parte I Aspectos não motores (Baseline).



MDS UPDRS parte II Aspectos motores (Baseline).

CONCLUSÕES

A entrega dos relatórios PROMs ao médico assistente poderá levar à otimização do tempo de consulta, maior envolvimento do paciente e uma melhor identificação dos sintomas não frequentemente relatados pelo paciente com Doença de Parkinson. Um serviço hospitalar estruturado no monitoramento de resultados clínicos pode identificar gaps importantes na assistência e resultar em altos índices de satisfação do paciente e em maior lealdade do cliente.

REFERÊNCIAS

de Roos P, Bloem BR, Kelley TA, Antonini A, Dodel R, Hagell P, Marras C, Martinez-Martin P, Mehta SH, Odin P, Chaudhuri KR, Weintraub D, Wilson B, Uitti RJ. A Consensus Set of Outcomes for Parkinson's Disease from the International Consortium for Health Outcomes Measurement. Journal of Parkinson’s Disease 7 (2017) 533–543

VOLTAR

Implantação do projeto Set up nas salas cirúrgicas: relato de experiência

Lívia Azevedo Costa, Ana Paula F. Felix, Carla Gama Rumão

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade contínua nos processos constitui-se na redução do tempo, aprimoramento constante dos processos e serviços oferecidos sob o ponto de vista da satisfação dos clientes médico e paciente. O “Set up de Sala” nada mais é do que a presença de uma equipe de profissionais responsável pela retirada e pelo encaminhamento de todo o material e equipamento ao final de um procedimento, bem como pela limpeza concorrente da SO, deixando-a pronta para a cirurgia seguinte. O tempo médio de limpeza da sala de operação e o intervalo entre cirurgias podem ser classificados como indicadores de processos, pois se relacionam às atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades-fins.O projeto set up é uma ferramenta indispensável para otimização do tempo, aumentar a produtividade do CC bem como garantir a satisfação dos clientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da implantação do projeto set up nas salas cirúrgicas para melhoria no processo de giro de sala e satisfação dos clientes. Realizado em um hospital geral, privado, de médio porte, da zona sul do município de São Paulo, acreditado Qmentum Diamante. O CC é composto de seis salas cirúrgicas, atende a pacientes de alta complexidade e realiza uma média de 520 cirurgias/mês. Participaram deste projeto as equipes de: enfermagem, farmácia, engenharia clínica e hotelaria. Realizado primeiramente apresentação do estudo junto as demais equipes de apoio para alinhar a proposta e o papel de cada um neste processo. Inicialmente realizado piloto em uma sala cirúrgica através do sistema informatizado para monitorar os tempos de cada equipe. Partindo do princípio que precisa de um investimento maior o projeto foi iniciado com a utilização de rádios de comunicação visto que seria um investimento menor. Antes da implantação do projeto foi realizado um kick-off com a equipe operacional para apresentação do projeto. Operacionalizando o processo após o término do procedimento cirúrgico o técnico de sala comunica através do rádio o final da cirurgia onde a equipe escalada no set up inicia o processo de retirada de instrumentais, equipamentos e posteriormente a limpeza e montagem da sala. Após a implantação do projeto nos primeiros meses não observamos melhora na performance do indicador, sendo necessário um novo alinhamento com a equipe envolvida para resgate do projeto bem como papéis e responsabilidades. Percebíamos viés da equipe de enfermagem no start para o início do set up bem como no registro dos tempos. Após esse novo alinhamento percebemos melhora considerável no resultado do indicador.

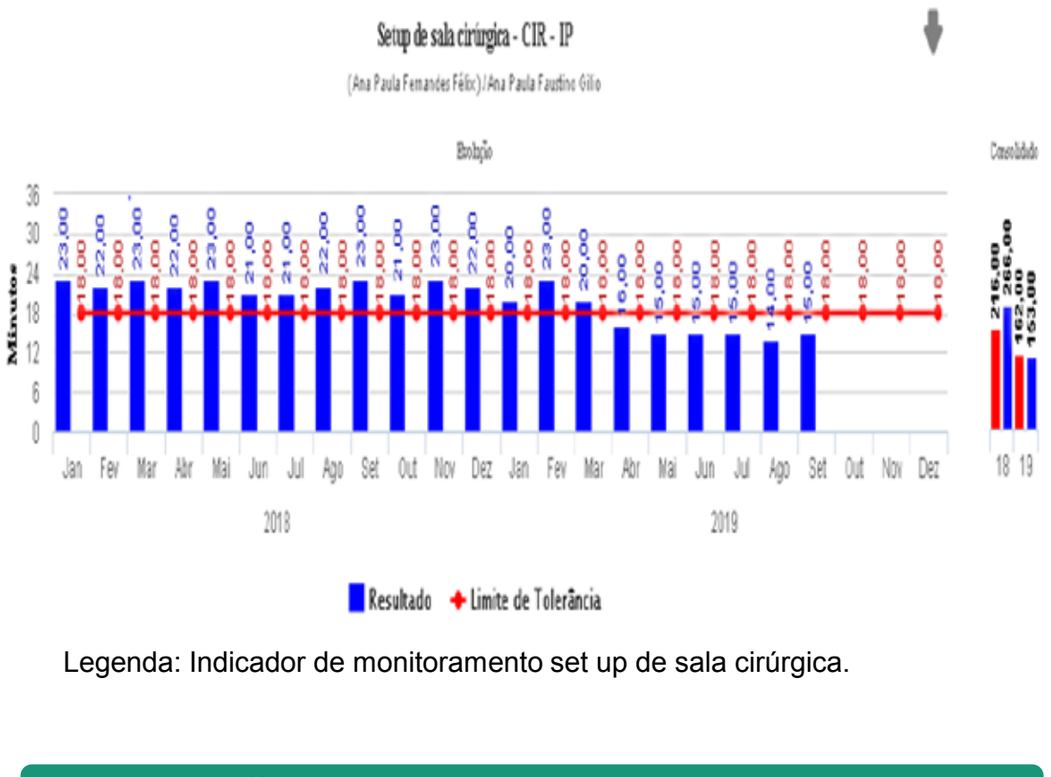
Legenda: Quadro de comunicação com a equipe de set up

RESULTADOS

Durante a implantação, o grande desafio foi à sensibilização e o envolvimento das equipes neste processo, sendo necessário a realização de um Tracer para monitoramento e acompanhamento. Os dados tabulados antes da implantação evidenciavam um tempo de 22 minutos para o giro de sala e após a implantação para 15 minutos, ou seja uma otimização do tempo em 33%.

SET UP - DATA: ____/____/____			
ATENDIMENTO			TOTAL DE SET UP: _____
CIRURGIA			
CIRCULANTE			
HORÁRIO DE SAÍDA DE SALA DO PACIENTE			
HORÁRIO DE ACIONAMENTO CME			
HORÁRIO DE CHEGADA NA SALA DO CME			
HORÁRIO DO TÉRMINO DO SERVIÇO CME			
HORÁRIO DE ACIONAMENTO DA FARMÁCIA			
HORÁRIO DE CHEGADA DA FARMÁCIA EM SALA			
HORÁRIO DO TÉRMINO DO SERVIÇO FARMÁCIA			
HORÁRIO DO ACIONAMENTO DA HIGIENE			
HORÁRIO DA CHEGADA DA HIGIENE EM SALA			
HORÁRIO DO TÉRMINO DO SERVIÇO DA HIGIENE			
TEMPO DE SERVIÇO DE DESMONTAGEM E MONTAGEM DE SALA - FUNÇÃO DO CIRCULANTE	INÍCIO:	TÉRMINO:	
QUAL A PRÓXIMA CIRÚRGIA?			
HORÁRIO DE ENTRADA DO PRÓXIMO PACIENTE EM SALA			

Legenda: Instrumento para Tracer de monitoramento



Legenda: Indicador de monitoramento set up de sala cirúrgica.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou a importância do processo do set up na dinâmica do CC. Se essas atividades não estiverem adequadamente estruturadas e monitoradas, haverá perda da capacidade operacional e financeira para as instituição . A atuação do enfermeiro gestor na avaliação do processo de trabalho, nesse ambiente, e sua habilidade em utilizar informações geradas pelos indicadores para tomada de decisão torna-se de fundamental importância para a busca contínua de padrões de excelência. Conclui-se que o projeto *setup* agregou resultados efetivos a todos os envolvidos: pacientes, profissionais e instituição. Como benefícios pode-se destacar aumento da rotatividade de sala, favorecimento de encaixes de cirurgias, diminuição do tempo de espera dos clientes cirurgiões e pacientes, melhora na satisfação dos clientes médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1. ed. 2. reimp. Barueri: Manole; 2010. p. 1-21. cap. 1.
2. Jericó MC, Perroca MG, Penha VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em 2013 Jun 18];19(5):1239-46. Disponível em: http://scielo.br/ pdf/rlae/v19n5/pt_23.pdf

VOLTAR

CONTINUIDADE DO CUIDADO EM TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS: O PAPEL DA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA ATRAVÉS DE PROMS (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES)

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados | 2019

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Daisa Mesquita Escobosa[1], Thamires de Campos Santana[1], Jessica Martins Lanzoni[2], Anna Carolina Batista Dantas[1]
1 . Escritório de Gestão de Valor – Hospital Israelita Albert Einstein
2 . Programa de Transplante de Órgãos Sólidos – Hospital Israelita Albert Einstein

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos sólidos é uma forma de tratamento para diversas patologias crônicas e avançadas como forma de aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do individuo. (1,2) Após a realização do transplante, o paciente continua com uma condição de vida crônica com necessidade de acompanhamento permanente e seguimento de orientações específicas para garantir o bom funcionamento do enxerto.(2-3)

Diante desses fatores, desde 2016 o Núcleo de Desfechos do Escritório de Gestão de Valor do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) tem realizado em parceria com o Programa de Transplantes de Órgãos Sólidos o acompanhamento dos pacientes pós-transplante através do contato telefônico para coleta de PROMs.[4]

OBJETIVO

Descrever os sinais de alerta reportados pelos pacientes e as tratativas durante o acompanhamento em longo prazo.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, retrospectivo, com análise quantitativa dos dados durante o período de agosto de 2017 a junho de 2019 de pacientes acompanhados pelo Núcleo de Desfechos que realizaram transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, pulmão e rim).

Fig. 1 - IDENTIFICAÇÃO DE ALERTAS DURANTE O CONTATO TELEFÔNICO COM O PACIENTE

RESULTADOS

No seguimento pós-alta, 242 pacientes foram acompanhados, com aplicação de questionários estruturados para PROMs. Através desse contato, 60 (25%) pacientes reportaram sintomas e relatos considerados como sinais de alerta: 38 (63%) falha na adesão ao imunossupressor, 17 (28%) sintomatologia, 3 (5%) alteração do estado emocional e 2 (4%) consumo de bebida alcoólica.

Todos os sinais de alertas foram transmitidos à equipe responsável do Programa de Transplantes para a continuidade do cuidado.

As seguintes condutas foram tomadas: 36 (60%) orientação e educação da adesão medicamentosa, 9 (15%) orientações gerais de enfermagem, 6 (10%) consultas adiantadas, 6 (10%) agendamento com a psicologia e 3 (5%) ajustes de medicações.

Fig. 2 - PRINCIPAIS CONDUTAS DOS *REPORTS* IDENTIFICADOS DURANTE O CONTATO TELEFÔNICO

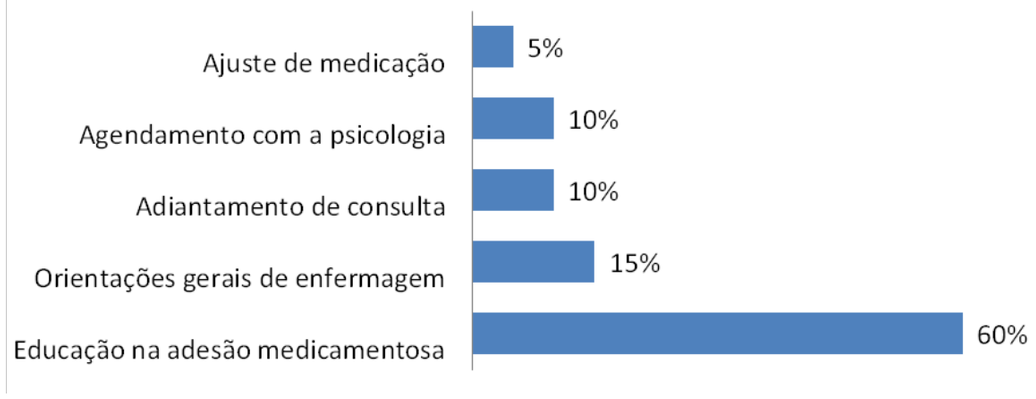
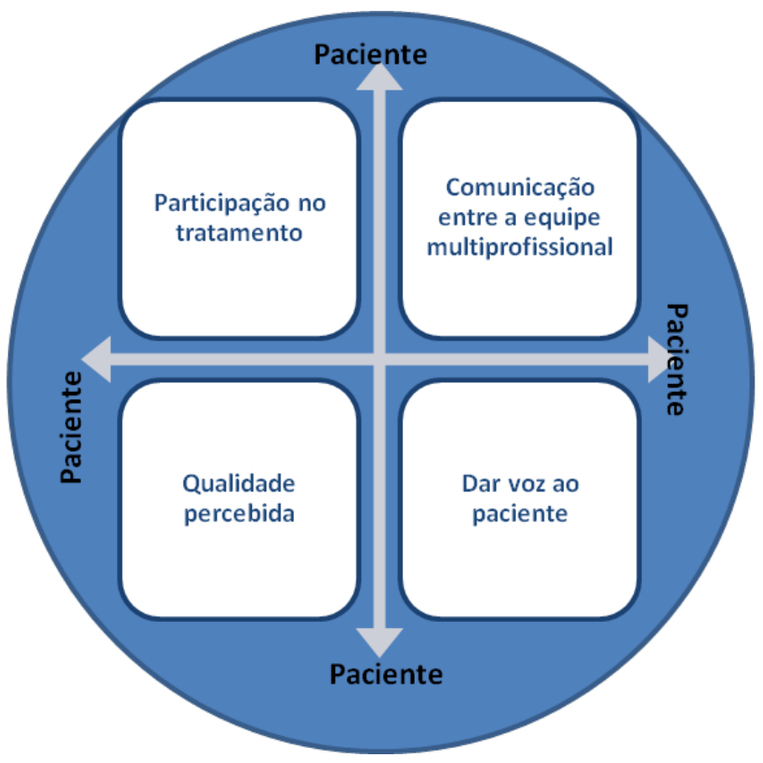


Fig. 3 - CONTINUIDADE DO CUIDADO SENDO O PACIENTE COMO OBJETIVO COMUM



CONCLUSÕES

O acompanhamento coordenado pós-transplante, com uma abordagem contínua e colaborativa do paciente no seu tratamento é essencial para gerar evidências sobre o quadro clínico e agregar na jornada de valor.

REFERÊNCIAS

1 – Ministério da Saúde. Doação de Órgãos: transplantes, lista de espera e como ser doador;
2 – K.D.S Mendes, B.A Roza, S.S.F Barbosa, J. Schirmer, C.M Galvão. Transplante de órgãos e tecidos responsabilidades do enfermeiro. Texto Contexto Enferm [periódicos na internet]. 2012 out [acesso em 28 ago 2019]; 21(4): 945-953;
3 – R.F. Nóbrega, M.M.S Lucena. Para além do transplante hepático: explorando a adesão ao tratamento. Estud. pesqui. psicol. [periódicos na internet]. 2011 [acesso em 28 ago 2019]; 11(3): 965-982.
4 – Makdisse, Marcia, et al. What Is a Value Management Office? An Implementation Experience in Latin America. Value in Health regional issues 17 (2018): 71-73.

▲
VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO DE PREVENÇÃO À DOENÇAS E PROMOÇÃO À SAÚDE: UM NOVO OLHAR DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO SISTEMA DE SAÚDE

Carla de Oliveira Assis, Suzanna Bertoncello, Ana Paula Faustino Gilio, Sabrina Nicolau

INTRODUÇÃO

Diante do movimento das organizações de saúde em remodelar os processos para uma assistência de qualidade, baixo custo e que agregue valor ao usuário, há necessidade de repensarmos o papel dos hospitais privados no Sistema de Saúde. Segundo IBGE, as projeções no Brasil indicam avanço no envelhecimento da população, trazendo consigo desafios como limitações funcionais nas atividades de vida diária e maior incidência de doença crônicas. Desta forma iniciamos uma linha de Prevenção à Doenças e Promoção à Saúde.

METODOLOGIA

Buscamos uma mudança do modelo de Atenção à saúde através de práticas cuidadoras e integrais, articulando as diretrizes da ANS com as políticas do Ministério da Saúde. Implantação das ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, a fim de qualificar a atenção e contribuir para melhoria das condições de saúde da população. Participação Social do hospital São Camilo na Gestão de Políticas de Saúde e Prevenção de Riscos, estreitando a relação com as operadoras.

O projeto foi realizado com três linhas de atendimento (Adolescente, Adulto – Homem e Mulher - e Idoso) com definição dos programas de acompanhamento e orientação ao paciente.

Cada linha gerou um protocolo de atendimento com

Desenvolvido um novo modelo de Centro Médico com adequação da estrutura física e equipe multidisciplinar. Realizamos treinamento da equipe para fortalecimento das estratégias de informação, educação e conscientização do usuário do programa.

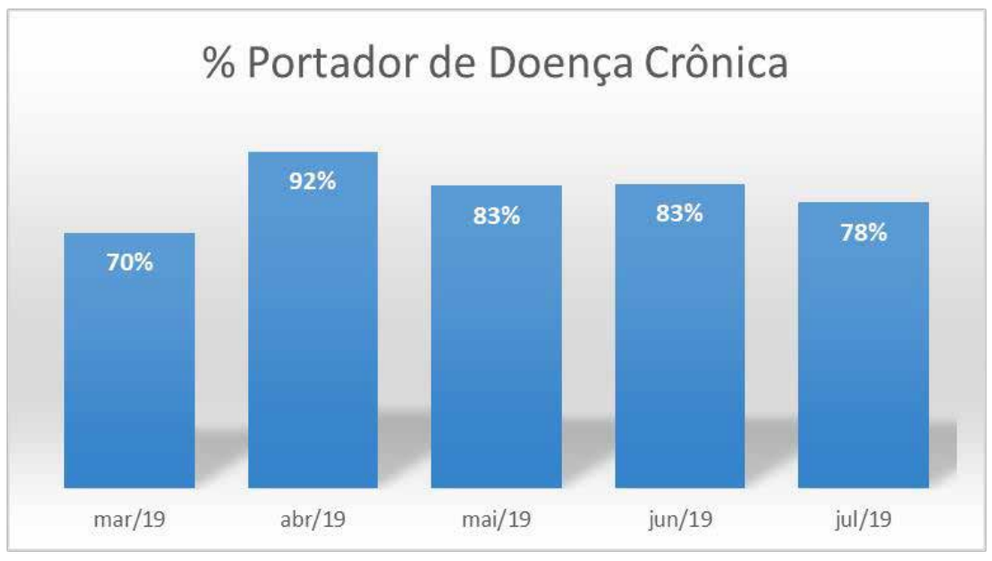
Cadernetas criadas de acordo com a linha de cuidado e acompanhamento conforme protocolos de atendimento.

Imagens da estrutura de atendimento do Centro de Prevenção; Centro de Cardiologia e Área de Saúde da Mulher.

RESULTADOS

O projeto teve início em 2018 e a estrutura foi inaugurada em fevereiro de 2019.

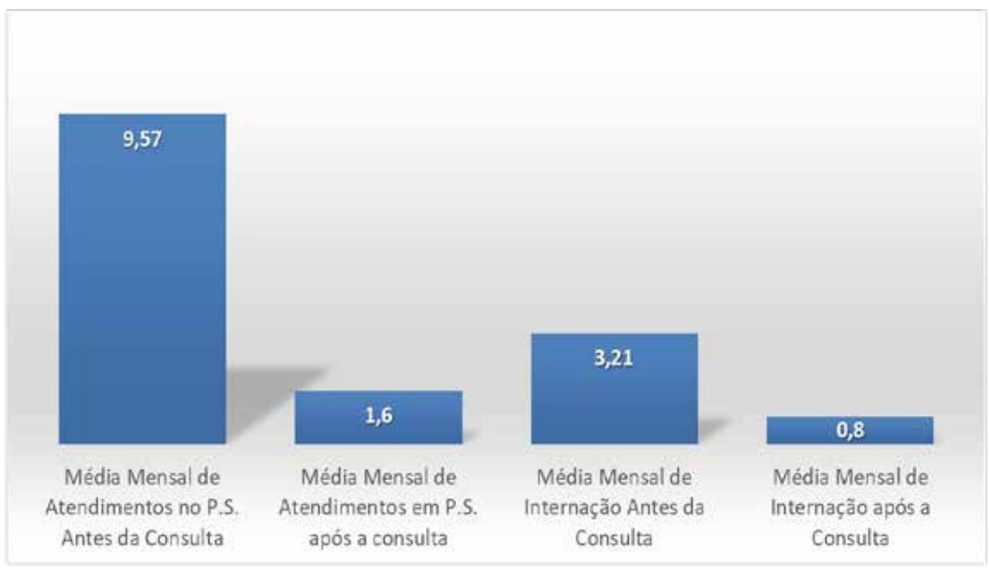
Até o mês de julho foram atendidos 275 pacientes, dentre os quais 04 adolescentes, 75 adultos e 196 idosos. Destes, 83% dos pacientes possuem ao menos uma doença crônica.



Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.

Como esperado, o maior percentual de pacientes com doenças crônicas são idosos, todavia dos adolescentes atendidos, 100% portavam ao menos 01 comorbidade.

Dos pacientes atendidos, 47% teve ao menos 02 passagens pelo PSA em 01 ano. Em 06 meses o índice de utilização do PSA por estes pacientes caiu para 21%.



Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.

Ressalta-se que o projeto está com volume crescente de atendimentos nos últimos meses. Somados os meses de agosto, setembro e outubro, totalizamos 597 atendimentos.

Nossa próxima etapa será a estruturação do Gerenciamento de Pacientes com Doenças Crônicas com o objetivo principal de melhoria da qualidade de vida e aumento da sustentabilidade institucional e do Sistema de Saúde.

Vale colocar que o projeto quando integrado com os pacientes de origem Pronto Socorro e Internação possibilita uma linha de cuidado desde a porta de entrada até o seu acompanhamento pós-alta.

CONCLUSÕES

Observamos um resultado imediato de fidelização da população regional à Instituição devido cuidado integral, garantia da continuidade do cuidado e envolvimento dos pacientes e familiares no seu cuidado. Entendemos que se trata de mudança de paradigma para as instituições de saúde privada o investimento em áreas e linhas voltadas à prevenção de doenças, portanto pretendemos manter a análise de dados para acompanhar e compartilhar os resultados positivos.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro : ANS, 2011.
2. Olveira, M. R.; Veras, R. P.; Cordeiro, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 28, n. 04

VOLTAR

BUNDLE E COMPARTILHAMENTO DE RISCO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA NO CONTEXTO DO MODELO DE VALUE-BASED CARE: COMPROVAÇÃO DA EFETIVIDADE DO MODELO

Ricardo Cohen[1], Bruno Toldo[1], Fernanda Maria Pirozelli de Oliveira[2], Lorraine Calderon[2]
[1] Hospital Alemão Oswaldo Cruz; [2] Johnson & Johnson Medical Devices

INTRODUÇÃO

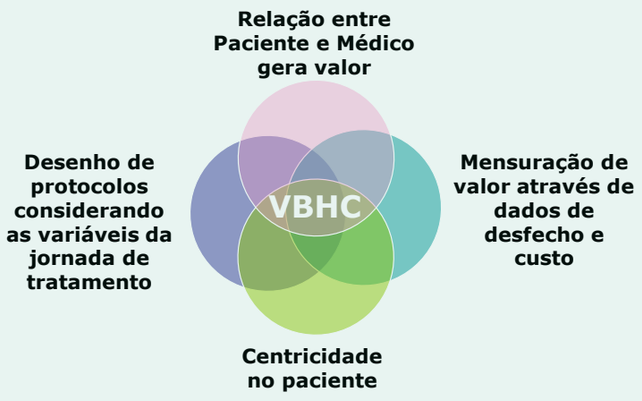


Figura 1. Eixos transformacionais de um modelo baseado em valor

O esforço para oferecer assistência médica centrada no paciente, equilibrando custo e qualidade (VBHC - Fig 1) foi sugerido como uma solução para o aumento dos gastos com saúde [1], alterando a visão de valor em saúde para um conceito onde mede-se "os desfechos de saúde alcançados por dólar gasto" [2]. Uma das etapas críticas para o sucesso de um modelo clínico-econômico é a seleção do melhor modelo de remuneração por procedimento/ condições. Dentro deste contexto, a obesidade é especialmente propensa a iniciativas baseadas em valor por ser uma doença crônica, afetando um número crescente de indivíduos [3] e que requer abordagem multidisciplinar que pode ser tratada em um bundle integrado [4]. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a efetividade do primeiro modelo de bundle com compartilhamento de riscos da América Latina, implementado no HAOC em julho de 2017.

METODOLOGIA

Esse estudo não-intervencional e retrospectivo capturou dados de uso de recursos da base administrativa hospitalar do hospital Alemão Oswaldo Cruz e os principais desfechos em cirurgia bariátrica de pacientes elegíveis que realizaram o procedimento entre julho/2017 e julho/2018. Os desfechos foram analisados no período de 30 dias após a realização do procedimento e os resultados foram comparados com dados nacionais obtidos de uma base de dados da saúde suplementar brasileira, assim como literatura. A análise estatística utilizada foi teste-t ou teste de wilcoxon para variáveis contínuas, e chiquadrado de fischer para variáveis categóricas.

RESULTADOS

O episódio de cuidado da cirurgia bariátrica foi definido para abranger todas as etapas entre o pré-operatório clínico inicial e o 30º dia de pós-operatório, incluindo um período de pré-admissão de 4 a 6 semanas, 3 dias de admissão e 30 dias de pós-operatório em dois formatos - com ou sem comorbidades (diabetes / hipertensão) (Fig 2). Todos os cuidados relacionados - como anestesia, exames de imagem e laboratoriais e medicamentos - estão incluídos no episódio.

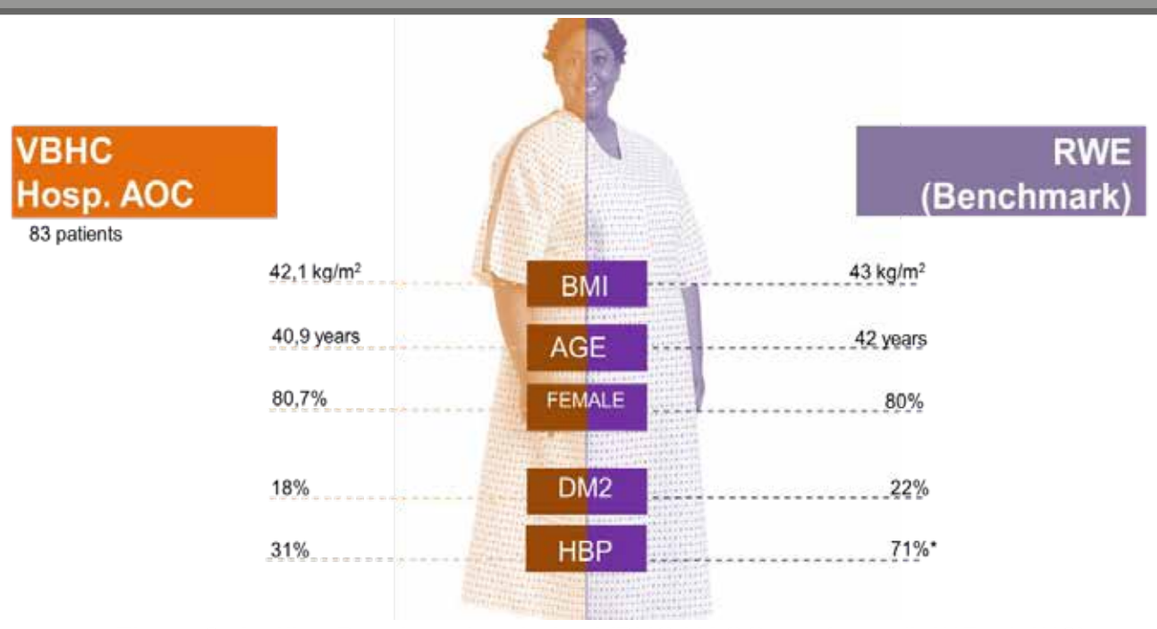


Figura 2. Análise Benchmark e dados VBHC HAOC em 1 ano (jul/17 a jul/18)

Foram observados 83 pacientes no VBHC e comparados com benchmark (um estudo observacional de dados de mundo real brasileiro) onde observou-se que a amostra possuía média de idade 40,9 anos e IMC 42,1 kg/m², com incidência de diabetes melittus 2 em 18% e hipertensão em 31%, conforme figura 2.
Além disso, dos 83 pacientes, 45 pacientes eram provenientes do sistema público de saúde (SUS) e possuíam maior fator de risco (idade, IMC e comorbidades (diabetes e hipertensão arterial sistêmica).

Apesar das diferenças de fatores de risco entre os grupos provenientes do SUS e do mercado privado, analisando-se os principais desfechos para cirurgia bariátrica mencionados na literatura [5] observou-se que todos os índices tiveram melhoras. De maneira geral, comparando-se com o benchmark, obteve-se redução de 100% em reoperação (0% versus 1,8%) e rehospitalização (0% versus 2,3%). Obteve-se ainda uma redução de 70% em utilização de UTI (1,2% versus 4,0%) e 60% em utilização de pronto socorro (6,0% versus 15,0%). Analisando-se especificamente as complicações é possível verificar uma melhora de 46% (1,4% versus 2,6%) e uma redução de 20% no tempo médio de permanência hospitalar (2,0 versus 2,5). Todos os dados estão listados na tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Resultados pós-operatórios (30 dias) de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em um programa de assistência médica baseada em valor (VBHC) vs. gerenciamento fee-for-service (benchmark).

Variáveis de desfecho	VBHC (n = 83)	Benchmark (n = 300)	Comparativo
Reoperação (%)	0	1.8	100%
Readmissão (%)	0	2.3	100%
UTI (%)	1.2	4.0	70%
Visita ao PS (%)	6.0	15.0	60%
Complicações (%)	1.4	2.6	46%
TMP* (dias)	2.05	2.5	20%

*TMP = Tempo médio de permanência

CONCLUSÕES

Observamos que tanto em pacientes provenientes do SUS, como do sistema privado de saúde, o modelo se comprovou eficaz nos pacientes que realizaram o procedimento na instituição (HAOC). assim, concluímos que, neste primeiro bundle com compartilhamento de riscos da América Latina, o modelo de cuidado baseado em valor foi associado a um uso otimizado dos recursos e substancial desfecho favorável dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Katz M, Franken M, Makdisse M. Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion. J Am Coll Cardiol. 2017 Aug 15;70(7):904-6. PubMed PMID: 28797361. Epub 2017/08/12. eng.
2. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26):2477-81. PubMed PMID: 21142528. Epub 2010/12/15.
3. Seidell JC, Halberstadt J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. Ann Nutr Metab. 2015;66 Suppl 2:7-12. PubMed PMID: 26045323. Epub 2015/06/06. eng.
4. Brill JV, Ashmore JA, Brengman ML, Buffington DE, Feldshon SD, Friedman KE, et al. White Paper AGA: An Episode-of-Care Framework for the Management of Obesity-Moving Toward High Value, High Quality Care: A Report From the American Gastroenterological Association Institute Obesity Episode of Care and Bundle Initiative Work Group. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017 May;15(5):650-64.e2. PubMed PMID: 28238952. Epub 2017/02/28. eng.
5. Panagiotou OA, Markozannes G, Kowalski R, Gazula A, Di M, Bond DS, et al. AHRQ Technology Assessments. Short- and Long-Term Outcomes after Bariatric Surgery in the Medicare Population. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018.

VOLTAR

Métodos participativos para aprimoramento da Cultura de Segurança do Paciente e dos Resultados Assistenciais

Eduarda Carvalho / Renildes Oliveira / Sydney Agareno / Valnízia Ribeiro

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é fator determinante para a capacidade das organizações de saúde em enfrentar e reduzir os riscos aos pacientes. Ela é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam o padrão de atuação institucional. Por este motivo, a mensuração da cultura de segurança deve ser realizada através de aplicação de ferramenta específica junto aos profissionais, na qual estes inserem sua percepção sobre o tema. Como instituição comprometida com a segurança, o Hospital Santo Amaro mensura periodicamente o nível da cultura nas suas diversas dimensões e trabalha para o efetivo aprimoramento.

METODOLOGIA

A Pesquisa de Cultura de Segurança é aplicada sistematicamente e, no penúltimo ciclo, a adesão da equipe foi representada por 47,27%, com retornos de respostas positivas inferiores a 65%, negativas superiores a 12% e neutras 21,4%. Este retrato motivou a instituição a proceder uma reavaliação dos processos de segurança, tendo como estratégia a aplicação de métodos participativos, destacando:

-Estruturação de oficinas interdisciplinares para construção e validação das diretrizes de segurança, com o apoio efetivo dos executores.

-Aplicação de metodologia participativa para treinamento e desenvolvimento: *briefing e debriefing*, simulações e prática de *PitStop in loco*.

-Realização de auditorias internas pelos gestores e colaboradores, viabilizando intervenções imediatas.

-Execução das análises interdisciplinares dos indicadores, com envolvimento direto dos colaboradores, com planos de ação compartilhados e inseridos na gestão à vista.

-Aplicação interdisciplinar da ferramenta *What If* / SWIFT, para realização de análise prospectiva dos perigos com o envolvimento direto da equipe.

-Estruturação do método de integração, para avaliação periódica da cadeia cliente/fornecedor, identificação das interações fragmentadas e construção dos planos de trabalho compartilhados.

Todas as iniciativas supracitadas foram acompanhadas com o objetivo de avaliar o impacto ou resultado entregue à cultura de segurança do paciente, e reverberaram no desdobramento da teoria em prática. Sendo assim, são promovidas premiações pelos gestores do hospital como reconhecimento à adesão dos colaboradores (**imagem 1**).

Imagem 1 - Premiações promovidas pela Alta Liderança após avaliação dos resultados alcançados.

RESULTADOS

Por meio do envolvimento direto da equipe na revisão dos processos de segurança, aplicação de ferramentas estruturadas (que propõem a participação), a cultura de segurança teve aprimoramento notório, este atribuído à valorização dos profissionais e visão de pertencimento aos requisitos e dimensões trabalhadas.

O resultado ficou evidente na última aplicação da pesquisa, com a utilização da ferramenta *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), constituída por 38 questões e distribuídas em 10 dimensões, com a **adesão de 72% dos colaboradores**, efetivando **81,6% de respostas positivas**, 8,1% negativas e 10,3% neutras (**imagem 2**)**.**

As iniciativas contaram com a participação das lideranças de todos níveis da instituição - principalmente do nível estratégico - retratando o resultado deste trabalho nos registros efetivados nas questões relacionadas à **dimensão "Alta Liderança", com 93,2% de respostas positivas**, 4% negativas e 2,8 neutras (**imagem 3**). O resultado evidencia a percepção dos profissionais quanto ao seu comprometimento com a cultura.

Imagem 2 - Resultado da aplicação da Pesquisa de Cultura de Segurança – Ferramenta: *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO).

Imagem 3 - Resultado da aplicação da Pesquisa de Cultura de Segurança – Dimensão: Alta Liderança.

CONCLUSÕES

A reestruturação das estratégias de trabalho para o efetivo fortalecimento da cultura de segurança foi iniciativa alicerçada pela alta administração, sendo este nível o grande fomentador da mudança diária.
Através da aplicação de métodos participativos, garantimos o envolvimento dos colaboradores desde a concepção dos requisitos de segurança até a aplicação prática, gerando contexto favorável às contribuições, valorização, reconhecimento, além da sensibilização quanto à importância dos profissionais na construção da Cultura de Segurança (**imagem 1**).

REFERÊNCIAS

• Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., Weeks, W. B. . "Measuring patient safety climate: a review of surveys" Qual Saf Health Care (2005) 14:364–366
• Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. . "Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) . Measurement Instrument Database for the Social Science." (2012) Retrieved from www.midss.ie
• Zhou et al. "Survey on patient safety climate in public hospitals in China" BMC Health Services Research (2015) 15:53
• WHO High 5s Patient Safety Project to use AHRQ Hospital SOPS. Agency for Healthcare Research and Quality, Surveys on Patient Safety Culture Users Network. Volume 1, Issue 1. June 2009
• Nieva, V., Sorra, J. 2003. Safety culture assessment: A tool for improving patient progress. Singer, S. & Tucker, A. Creating a Culture of Safety in Hospitals. Research in

▲
VOLTAR

REDUÇÃO DAS TAXAS DE CESARIANA NO HOSPITAL SANTA JOANA RECIFE APÓS O PROJETO MATERNIDADE

Edilberto Alves Pereira da Rocha Filho, Fátima Sampaio, Rafaela Maranhão, Stheffany Simões de Assunção.

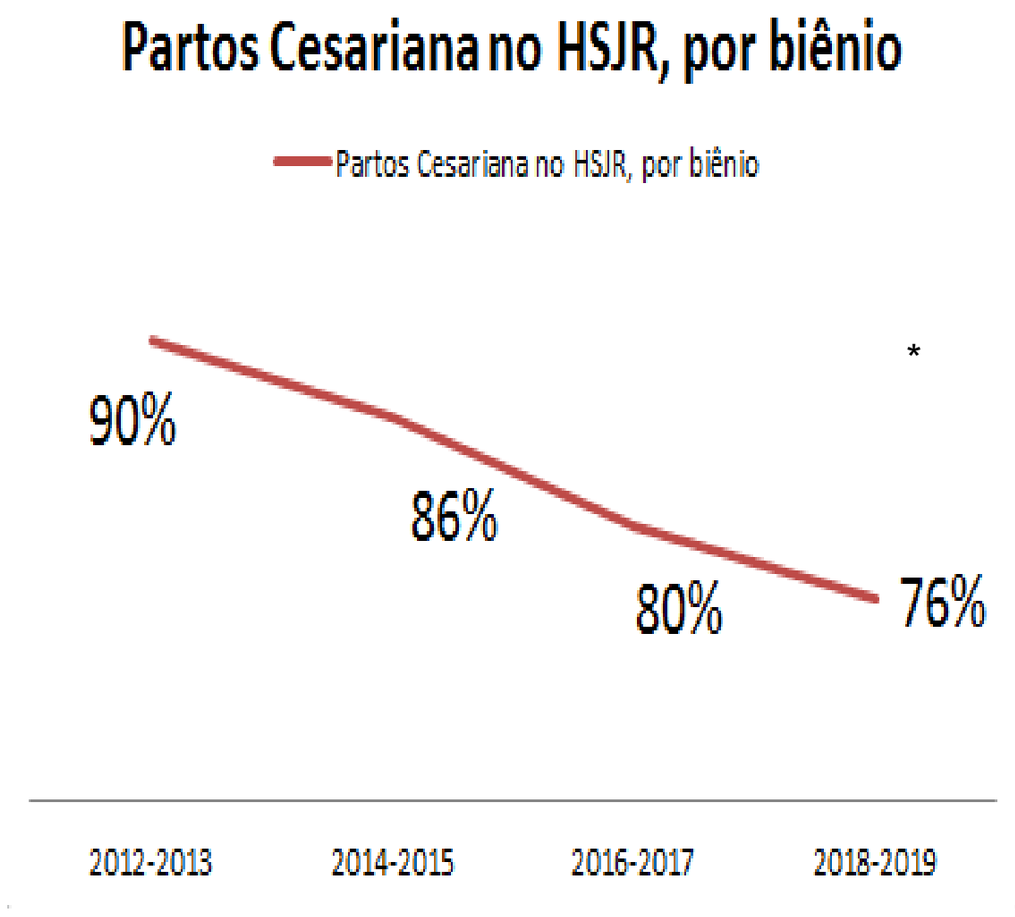
INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, taxas de cesarianas de até 15% estão associadas à diminuição na mortalidade materna e neonatal, sem redução desses riscos em taxas acima desse valor. Cesarianas aumentam os riscos para a mãe e o feto. No Brasil, em 2015, segundo a ANS, 84,6% do total de nascimentos em serviços privados ocorreram por cesariana. Diversas ações vêm sendo realizadas, para a redução desses números. Uma delas é o Projeto Parto Adequado, iniciativa da ANS, Hospital Israelita Albert Einstein e IHI. Nos 42 hospitais públicos e privados participantes, a taxa de partos normais aumentou de 19,8% para 27,2% em 2015.

No Hospital Santa Joana Recife (HSJR), a média de cesariana no biênio 2012-2014, foi de 90%, taxa considerada elevada, porém inferior às apresentadas pelos hospitais privados do município, com média de 94%. No ano de 2014 desenvolveu-se no HSJR o Projeto Maternidade, implantando-se ações de estímulo ao parto normal e novas rotinas, tais como: capacitação de enfermeiros e técnicos; aquisição de equipamentos para possibilitar parto seguro em ambiente de quarto; acompanhamento do profissional de enfermagem do hospital durante o período de trabalho de parto no quarto; cadastro de profissionais doulas; disponibilização de obstetras e neonatologistas para partejamento de pacientes sem médico assistente. Tais medidas tinham como reduzir as taxas de cesariana do HSJR, através da implantação do Projeto Maternidade, com gerenciamento das ações adotadas.

RESULTADOS

A média entre 2012 e 2019 foi de 1280 partos/ano. A frequência de partos cesariana foi de 90% entre todos os partos ocorridos no biênio 2012-2013. Entre os anos 2013-2014, foi de 86%, tendo redução para 80% entre os anos de 2016-2017 e finalmente para 76%, entre os anos de 2018-2019.



Percentual de partos por via cesariana ocorridos no Hospital Santa Joana Recife, por biênios, de 2012 a 2019* (Até 09/2019).

METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo e prospectivo. Foram analisadas as taxas de parto ocorridas no HSJR do período de 2012 a 2019. Comparou-se a evolução dos partos de forma absoluta e relativa, categorizando-o por via de parto e por biênios. Para a análise estatística, utilizou-se frequência e percentagem, sendo utilizado o teste do χ^2. Para banco de dados e análise, utilizou-se o programa Microsoft Excel 2016.

CONCLUSÕES

O Projeto Maternidade, desenvolvido no HSJR, foi efetivo na redução dos índices de cesariana de forma significativa. As ações implantadas permitiram uma queda de 14% no percentual médio de cesarianas ocorridas no serviço. A análise nos permite concluir que a queda, além de significativa, é consistente e progressiva.

REFERÊNCIAS

1- WHO (World Health Organization). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva; 2015 (WHO/RHR/15.02)
2- Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. 2014;41(3):237-43.
3- WHO (World Health Organization). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva; 2014. 298 p. [acesso em 12 out 2019]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncdstatusreport2014/en/
4- WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at http://apps.who.in
5- Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, Oladapo OT, Souza JP, Tunçalp Õ, Vogel JP, Gülme-zoglu AM. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health. 2015; 12 (1): 57.
6- Appropriate technology for birth. Lancet. 1985;2(8452):436-7.

VOLTAR

ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE SETUP CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karina Siniscalco Coutinho; Cristiane Martins Ferreira, Simone Pereira da Costa

INTRODUÇÃO

Um dos desafios da gestão do Bloco Operatório está na eficiência dos serviços, otimização de recursos com qualidade, incremento de volume cirúrgico, satisfação médica e maximização da capacidade cirúrgica. Atrasos cirúrgicos geram ociosidade das Salas Operatórias (SO), ineficiência do serviço e redução de receita, ainda mais quando estão relacionados à demora na limpeza da SO e intervalo alargado entre cirurgias. Na busca pela alta eficiência do Centro Cirúrgico (CC), desenvolveu-se uma estratégia para reduzir o período entre cirurgias numa mesma sala, chamado de “Time de SetUp”. O objetivo deste estudo é descrever uma estratégia de redução do tempo de giro de sala nomeada de “Time de SetUp” e seus resultados, por meio de relato de experiência.

METODOLOGIA

Relato de experiência da implantação de uma estratégia de redução de setup cirúrgico.
Visando implantar o modelo, realizou-se uma auditoria observacional em Janeiro/2019 para identificar o tempo médio de SetUp que permitisse comparação sob mesmo método após implantação.

Treinamento da Equipe de Sala e SetUp

Treinamento da Equipe CME e CC

RESULTADOS

A estratégia visou otimizar recursos humanos e compor uma equipe multiprofissional (enfermagem CC e Central de Materiais e Esterilização, engenharia clínica, farmácia, higienização) tornando-a responsável pela retirada de materiais e equipamentos de SO ao final de cada procedimento, bem como a limpeza concorrente da SO e seu reabastecimento para montagem, em menor tempo possível, reduzindo o intervalo entre cirurgias.
Para tanto foram padronizadas e sistematizadas atividades dos profissionais do time, por meio de uma aula treinamento com conceitos, metas, funções e organização das tarefas, buscando excelência e qualidade no “giro de sala”. Como recurso de comunicação optou-se por rádio comunicador, pelo qual todo time de SetUp é acionado mediante priorização de salas realizada pelo enfermeiro.
Em janeiro/2019 a média do SetUp era de 40 minutos. Com o início da metodologia em fevereiro/2019 o tempo médio reduziu à 20 minutos. Aprimorando o time por meio de feedbacks, as auditorias mensais mostraram melhorias progressivas atingindo tempo médio de 17minutos no semestre.
Com esse desempenho os ganhos foram: redução da ociosidade de sala, organização da rotina entre cirurgias, satisfação médica.

Treinamento da Equipe Interdisciplinar e Apoio

CONCLUSÕES

Apesar da necessidade constante de ajustes visando melhorias, promover estratégias de “giro de sala” é essencial para garantir satisfação médica, minimizar ociosidade, permitir aumento de volume e otimizar etapas.

REFERÊNCIAS

Lopes JO, Carvalho R. Criação e implantação do processo de “Giro de Sala”: relato de experiência. Rev. SOBECC, São Paulo. jul./set. 2014; 19(3): 173-177. [acesso em: 18/08/2019]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_23.pdf>.

Jericó MC, Perroca MG, Penha VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2011 [acesso em: 18/08/2019];19(5):[08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_23.pdf>.

▲
VOLTAR

ESTRATÉGIAS PARA AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE PARTOS VAGINAIS NO HOSPITAL ALBERT SABIN

Márcia Mizrahy Lima, Lucas Mizrahy Lima, Luciano Coelho Furtado

INTRODUÇÃO

Estudos mostram que, no Brasil, a taxa de cesáreas na rede privada chega a 84% e na rede pública a 40%, sem evidências clínicas justificáveis. Sabe-se que a cesárea sem indicação provoca riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e o *Institute for Healthcare Improvement* iniciaram um projeto em 2015 para mudança do modelo de atenção ao parto, a fim de aumentar a taxa de partos normais em relação às cesáreas, por meio da qualificação dos serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto, reduzindo riscos e melhorando a experiência do cuidado para mães e bebês. Essa metodologia fez dobrar o percentual de partos normais; fez as admissões em UTI neonatal diminuírem; e aumentou a remuneração dos profissionais envolvidos. O presente estudo tem por objetivo mostrar que o Hospital Albert Sabin de Juiz de Fora, da rede privada, passou a apresentar, desde maio de 2018, aumento da taxa de partos vaginais devido ao trabalho em educação focado na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério.

METODOLOGIA

O plano de ação se deu por meio do incentivo aos obstetras à realização de partos normais, com a implementação do plantão obstétrico 24 horas; pela Educação Médica Permanente em obstetrícia e perinatologia oferecida aos profissionais envolvidos; pela realização de “Cursos de Gestantes" bimestrais, que contam com palestras interprofissionais focadas na conscientização do público sobre as vantagens e a importância do parto normal; e por encontros educativos com gestantes e suas famílias para esclarecimento de dúvidas sobre os tipos de parto. Todas essas estratégias contam com apoio da equipe obstétrica e pediátrica, principalmente.

RESULTADOS

Observou-se um aumento significativo da taxa de partos normais, partindo de 10,7% em maio de 2018 para 21,8% em julho de 2019.

Figura 1: Espaço de Parto Humanizado
Fonte: Hospital Albert Sabin – Juiz de Fora

CONCLUSÕES

A tarefa contínua de conscientização de toda a equipe multidisciplinar sobre a importância do parto normal para melhoria da qualidade de vida das mães e seus bebês, bem como informação educativa às gestantes e seus familiares, reflete positivamente na incidência deste tipo de parto. Dentro desta perspectiva, o Hospital objetiva reformular a meta mensal de partos vaginais para continuar promovendo o bem-estar de seus pacientes e elevando suas taxas, mantendo-se como referência na cidade e região da Zona da Mata.

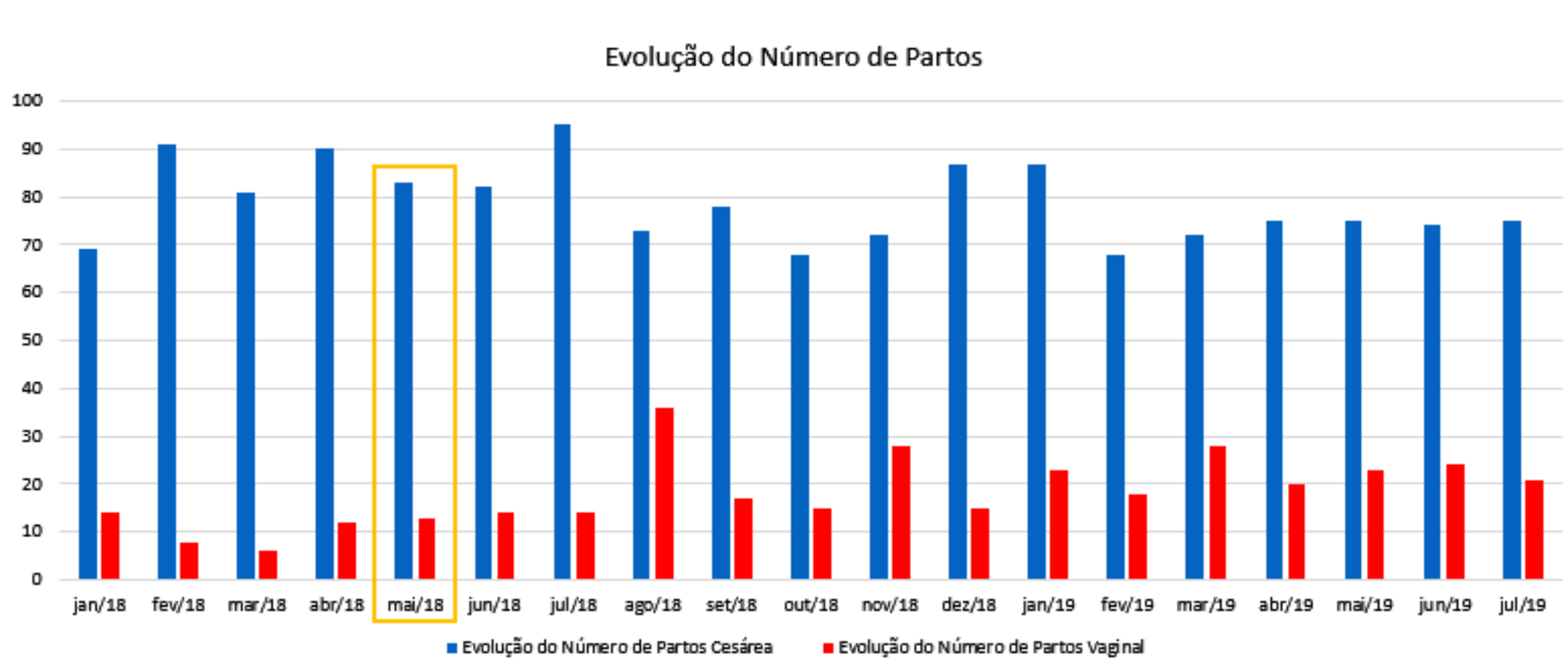


Gráfico 1: Aumento do percentual de partos vaginais de 10,7% para 21,9% desde o início do plantão obstétrico, em Maio/2018 – Hospital Albert Sabin – Juiz de Fora. Fonte: Elaboração Própria

REFERÊNCIAS

1- Agência Nacional de Saúde**. Estímulo ao Parto Normal - Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento**. 2015
2- Khunpradit S, et al**. Nonclinical interventions for reducing unnecessary caesarean section**. Cochrane Database Syst. Rev. Online. 2011; (6)
3- Fraser W, et al. **Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group**. Am J Obstet Gynecol; 176(2): 419-25, 1997
4- Betrán AP, et al. **Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies**. The Lancet; 392 (10155): 1358 – 1368
5- Occhi GM, et al. **Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil**. The Lancet; 392(10155):1290-1291

VOLTAR