CONAHP

Congresso Nacional
de Hospitais Privados

2021

18 a 22 de outubro

SESSÃO PÔSTER

SAÚDE 2030:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS

anahp

A codificação como forma de informação, tomada de decisão e remuneração baseada em valor

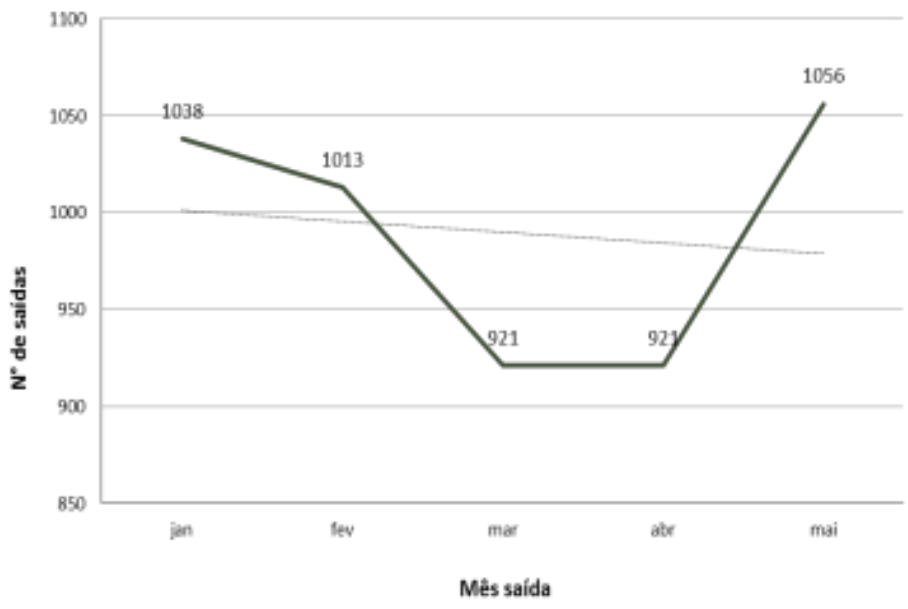
Jessica Carolina Fernandes Folquitto, Edison Takehiko Yanagita, Luiz Koiti Kimura

INTRODUÇÃO

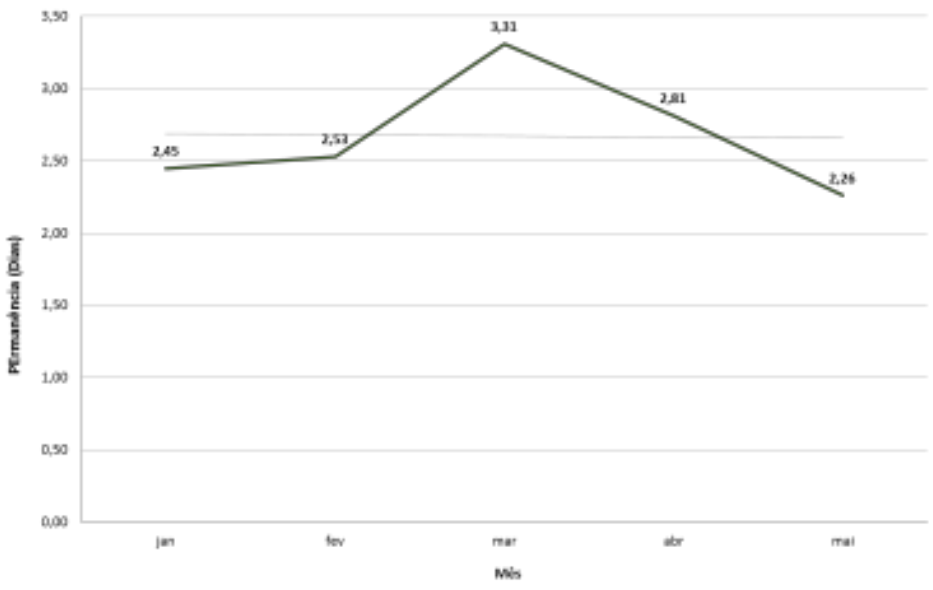
O mercado de saúde está sofrendo mudanças, e com estas mudanças, os hospitais também estão tendo que mudar estratégias para se manter ativo. Algumas delas estão ligadas a modelos estratégicos, qualidade e segurança, informação e modelos remuneratórios, principalmente com o novo cenário de remuneração baseada em valor. Com tudo isto em alta, principalmente a remuneração baseada em valor, aproveitamos para trazer a questão da codificação da CID-10, como uma governança clínica de excelência.

METODOLOGIA

Realizada uma pesquisa exploratória aplicada com características de pesquisa básica de campo, sendo realizada através do levantamento de dados internos da codificação no período de janeiro a maio de 2021, realizando o comparativo das codificações antes e depois da atuação da equipe de codificação. Neste período tivemos 4.949 saídas hospitalares. Somos um hospital de média complexidade comparado ao sistema de classificação da tabela SIGTAP do SUS, com uma média de permanência que excede um pouco comparado com a parametrização do mesmo sistema. O que nos proporciona oportunidades de mapeamento de processos internos com foco na redução de desperdícios, entendendo os perfis de atendimento e todas as etapas que foram realizadas até chegarem aos desfechos clínicos.



Distribuição mensal das saídas hospitalares – Janeiro à Maio de 2021

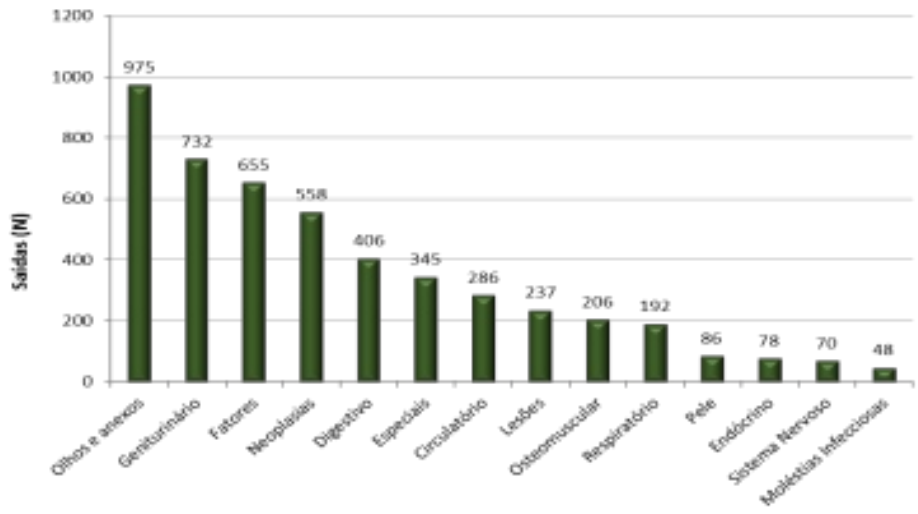


Distribuição da MP (Média de permanência) hospitalar (Dias) – Janeiro à Maio de 2021

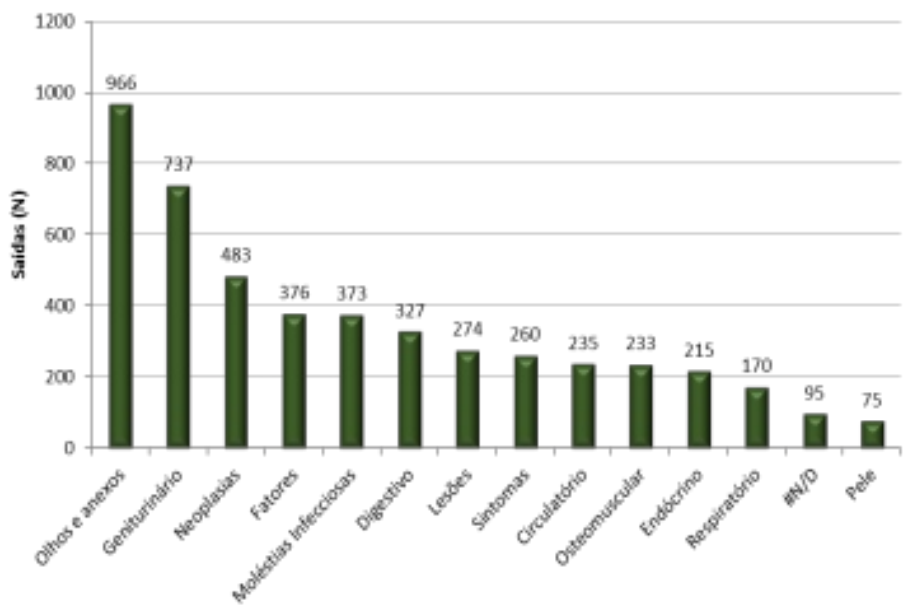
RESULTADOS

Conseguimos ver que as codificações das equipes assistenciais são um pouco divergentes da equipe de codificação, algumas das divergências mais comuns percebidas foram:

- Codificação de quarto caractere não realizada;
- Codificações realizadas pela equipe administrativa, ou seja, sem codificação médica;
- Codificações voltadas aos sintomas da entrada do cliente, não sendo realizadas as alterações adequadas quando necessárias;
- Cirurgias plásticas que são codificadas com códigos divergentes do verdadeiro motivo do paciente estar realizando aquele tipo de procedimento;
- Codificações realizadas com mais de um código como o principal, mostradas a abaixo como #N/D;
- Divergências de codificação sobre o novo COVID-19, SARS-CoV-2, onde a codificação realiza a codificação com a nova preconização da OMS no capítulo Especiais e os médicos ainda utilizam o capítulo de Moléstia infecciosa.



Distribuição das saídas hospitalares segundo capítulo diagnóstico CID10° revisão, codificados no período de Janeiro Maio de 2021



Distribuição das saídas hospitalares segundo capítulo diagnóstico CID 10° revisão, sem codificação no período de Janeiro à Maio de 2021

CONCLUSÕES

Com isto chegamos à conclusão que a codificação é de suma importância ao hospital, criando maior precisão nos perfis epidemiológicos impactando na acurácia e na qualidade dos indicadores, melhoria assistencial, segurança do paciente, de processos e de remuneração que determinarão as estratégias da instituição. Pensando nisto, diante da importância da codificação, foi considerado como estratégico a criação do núcleo epidemiológico e o treinamento para capacitação em codificação aos funcionários pelo IPESC (Instituto de Pesquisa e Ensino Santa Cruz), incluindo a metodologia DRG (Diagnosis Related Groups), assim agregando valor à instituição com esta poderosa ferramenta de gestão.

REFERÊNCIAS

Usada a base de dados interna da equipe de codificação e informação do Hospital Japonês Santa Cruz.

A GESTÃO POR COMPETÊNCIA COMO FERRAMENTA PARA DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS E COLABORADORES

José Carlos Marinho Souza, Lia Gomes da Frota Machado

INTRODUÇÃO

Acredita-se que a gestão por competências é um modelo estratégico de gestão de pessoas que busca estimular os colaboradores a desenvolverem suas competências técnicas e comportamentais, pois entende que é através delas que a empresa conseguirá atingir seus objetivos estratégicos. ROSSO (2013), afirma que o proposito da implantação da gestão por competência é possibilitar a identificação dos pontos mais frágeis que impedem uma alta performance, ou seja, possibilitar a identificação dos GAPs, criação de planos de ações para desenvolver e fortalecer a cultura organizacional no processo de desenvolvimento de competências. Sob essa perspectiva de desempenho, minimizar eventuais lacunas de competências significa orientar, estabelecer planos de ações e estimular os profissionais a eliminarem as "benditas discrepâncias" entre o que eles são capazes de fazer e o que a instituição espera que eles façam.

OBJETIVOS

Desenvolver e administrar conhecimentos, habilidades e atitudes dos colaboradores, tendo como base para as avaliações as competências organizacionais, baseadas nos Valores e Missão da Instituição, lideranças e técnicas.

METODOLOGIA

A Metodologia prevê a implantação do projeto de GP em duas etapas. **1ª etapa**: Implantação com foco nas lideranças, pois entendesse que os líderes precisão estar um passo à frente no processo, vivenciando todas as sensações (medos, anseios e resultados) para que, em conjunto com o RH realizem o processo de implantação. **2ª etapa**: Foco nos colaboradores, pois o processo de Avaliação em larga escala requer um time bem preparado, pois os líderes farão parte do esquadrão de implantação do processo para a equipe operacional.

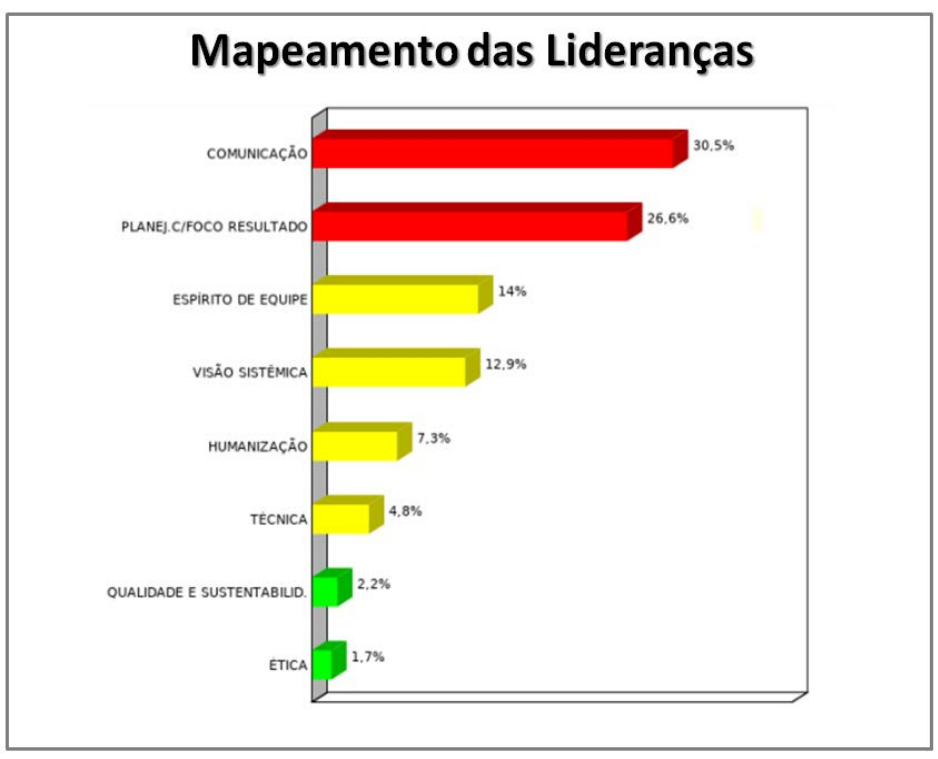


Imagem 01: Mapeamento das lideranças resultado da performance das competências.

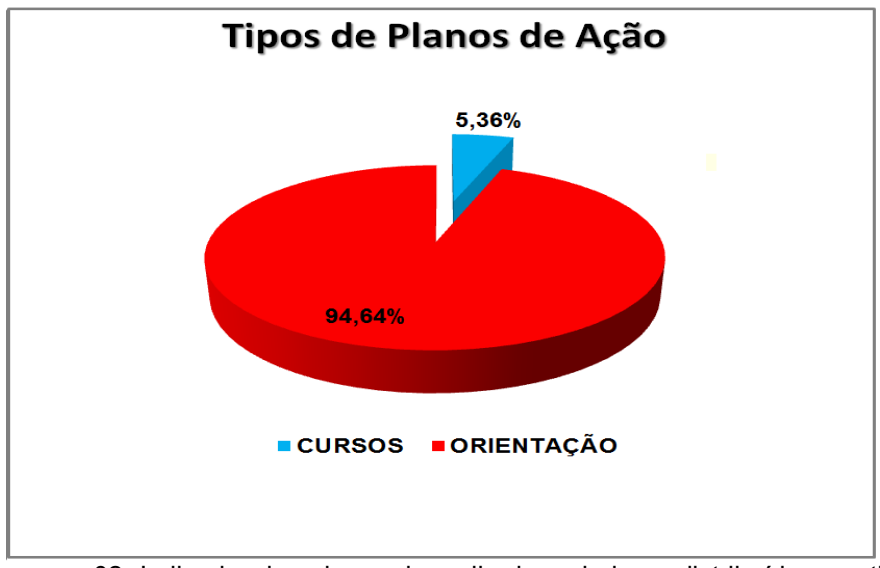


Imagem 02: Indicador dos planos de melhorias criados e distribuídos por tipo de ação a ser desenvolvida.

RESULTADOS

O ciclo de avaliação foi iniciado em setembro de 2020, possibilitou a avaliação de 84,50% (169) das lideranças, resultou na criação de 827 planos de melhorias. As competências de Lideranças foram as que mais apresentaram planos de melhorias, correspondendo a 84,04% dos planos criados. As Competências Organizacionais com 11,12% e as competências Técnicas correspondendo a 4,84% dos planos de melhorias.

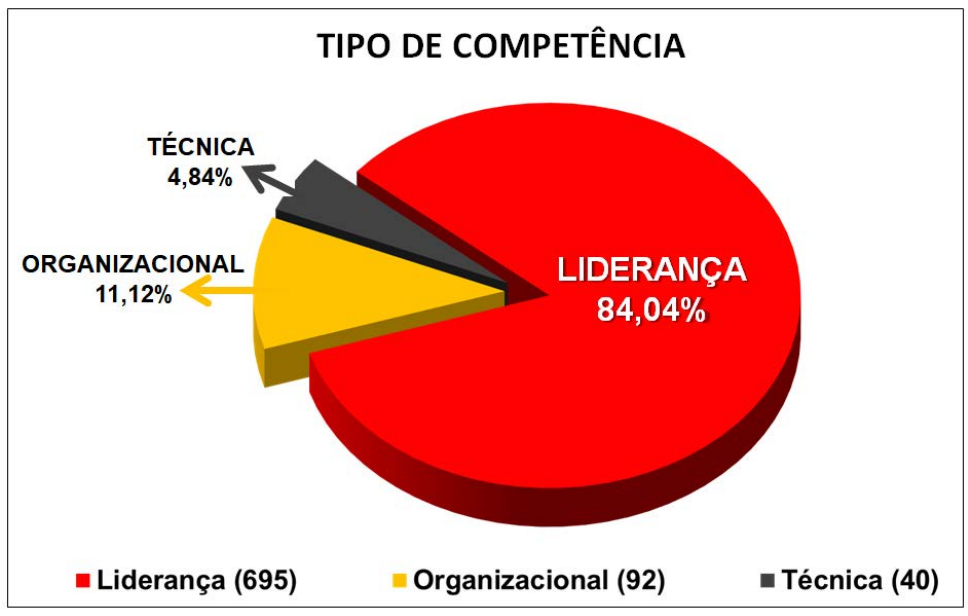


Imagem 03: Mapa da Avaliações das lideranças por tipo de competências e representação dos planos de melhorias.

Imagem 04: Relatório de Planos de Ação – Análise global do quantitativo dos planos de melhorias criados por competências.

CONCLUSÕES

Os resultados mostram que houve um processo de mudança bastante favorável, sendo que do total de 827 planos de melhorias, 76,78% foram cumpridos, não cumpridos 12,7% e vencidos 10,28%. Ressaltamos que a meta esperada para planos vencidos é de 10% dos planos de melhorias.

REFERÊNCIAS

Tachizawa, Takeshy – Gestão com pessoas: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios / Takeshy Tachizawa, Victor Cláudio Paradela Ferreira e Antonio Alfredo Mello Fortuna. – 5. Ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

Lacombe, Francisco José Masset – Recursos Humanos: princípios e tendências / Francisco José Lasset Lacombe, Gilberto Luiz José Heilborn. – 2. Ed. – São Paulo: Saraiva, 2011

Rosso, Fabrizio
Gestão ou Indigestão de Pessoas?: manual de sobrevivência para RH na área da saúde / Fabrizio Rosso. – 5. ed. – São Paulo: Edições Loyola, 2014.

A importância da educação em saúde das puérperas e sua rede de apoio no período de Pandemia de COVID 19 Programa Papo de Mãe: Relato de experiencia

Talita G. F. Paiva, Ligia M. Oliveira Curtinhas, Jéssica Amâncio da Silva, Rosemeire Martinez

INTRODUÇÃO

No puerpério ocorrem muitas alterações fisiológicas e anatômicas na mulher, sendo necessário uma rede de apoio segura e efetiva para atender suas diversas necessidades físicas, emocionais, sociais, culturais, intelectuais e profissionais. Ações de apoio voltada a saúde da puérpera devem ser incorporadas na rotina das Instituições Hospitalares, fortalecendo o vínculo e transformando a assistência do cuidado. Frente a estas questões, percebeu - se a necessidade da criação do Programa Papo de Mãe, que através da percepção do profissional enfermeiro, realizou a implantação de vídeos chamadas para orientação de puérperas durante o período da Pandemia COVID 19.

METODOLOGIA

Trata se de um estudo retrospectivo, de junho de 2020 a julho de 2021, realizado no Hospital Novo Atibaia, sendo desenvolvido por um grupo de enfermeiras da maternidade, o Programa Papo de Mãe, onde perceberam um aumento da fragilidade destas pacientes, devido ao distanciamento obrigatório e necessário da Pandemia COVID 19 e consequentemente uma quebra importante da rede de apoio que normalmente é composta pelos pais, amigos e familiares. Durante a internação são realizadas as orientações dos cuidados com a mãe e RN, explicado o programa Papo de Mãe e oferecido a possibilidade de participação de um encontro *online*, sendo encaminhado após uma semana da alta, um convite via aplicativo de celular. O encontro é formado por 4 mães e uma enfermeira obstetra, para compartilhar as experiências e os desafios encontrados. Para realizar as orientações de maneira lúdica foram utilizados instrumentos como mamas de crochê e boneca, para demonstrar o processo de lactação, amamentação e cuidados com o RN.

Convite enviado as pacientes para aderência do encontro.

RESULTADOS

Realizados 45 encontros com a participação de 100 puérperas, observado pelas enfermeiras a importância do apoio oferecido. Resultando em relatos pessoais significativos tanto dos profissionais quanto das puérperas.

Depoimento das profissionais

As mulheres demostravam uma necessidade ao apoio a amamentação e cuidados com RN, mesmo tendo recebido a orientação no período de internação, a insegurança e o "medo" de falhar como mãe era percebido nas interações .

Algumas chegavam para o encontro com sinais de melancolia, principalmente as que não tinham ninguém próximo apoiando o cuidado, era perceptível a sensação de alivio após a reunião.

Elas ficavam felizes por ser online, por não precisarem se deslocar até o hospital e por ser um programa gratuito.

Foi gratificante como profissional de enfermagem poder ter a oportunidade de proporcionar acolhimento e apoio a estas mulheres, em um período de grande angustia, como a Pandemia COVID 19.

Depoimentos das puérperas

" Gostei muito, pois a troca de experiencia com as outras mães, e orientações da enfermeira são de extrema importância nessa fase de adaptação."

" Super necessário! Esse é um período muito delicado onde muitas mães só precisam ser escutadas. As conversas e experiências compartilhadas servem como rede de apoio, sendo muito importante para todas."

" Maravilhoso, conversar com outras mulheres que estão passando pelo mesmo momento que nós, é essencial nesta fase tão particular , em que há tantas mudanças e os hormônios estão a flor da pele..."

Enfermeira Obstétrica realizando o encontro com suas pacientes.

CONCLUSÃO

A pandemia Covid-19 teve repercussões e impactos nos diversos âmbitos na história recente, no entanto possibilitou a flexibilização dos processos e a atenção dos profissionais às diferentes possibilidades para atender a necessidade dos pacientes. O olhar atento e escuta ativa das enfermeiras possibilitou captar a fragilidade das mães para o retorno às suas casas, interrompido pelo distanciamento de sua rede de apoio. Promover ações voltada a este público são fundamentais para qualificar a assistência e o cuidado à mulher.

REFERÊNCIAS

Silva, LA. Reações emocionais da mulher no puerpério. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 22(2):237-246, ago. 1988.

Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. Esc Anna Nery 2015;19(1):181-186.

A IMPORTÂNCIA DO DESDOBRAMENTO ESTRATÉGICO SEMANAL EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

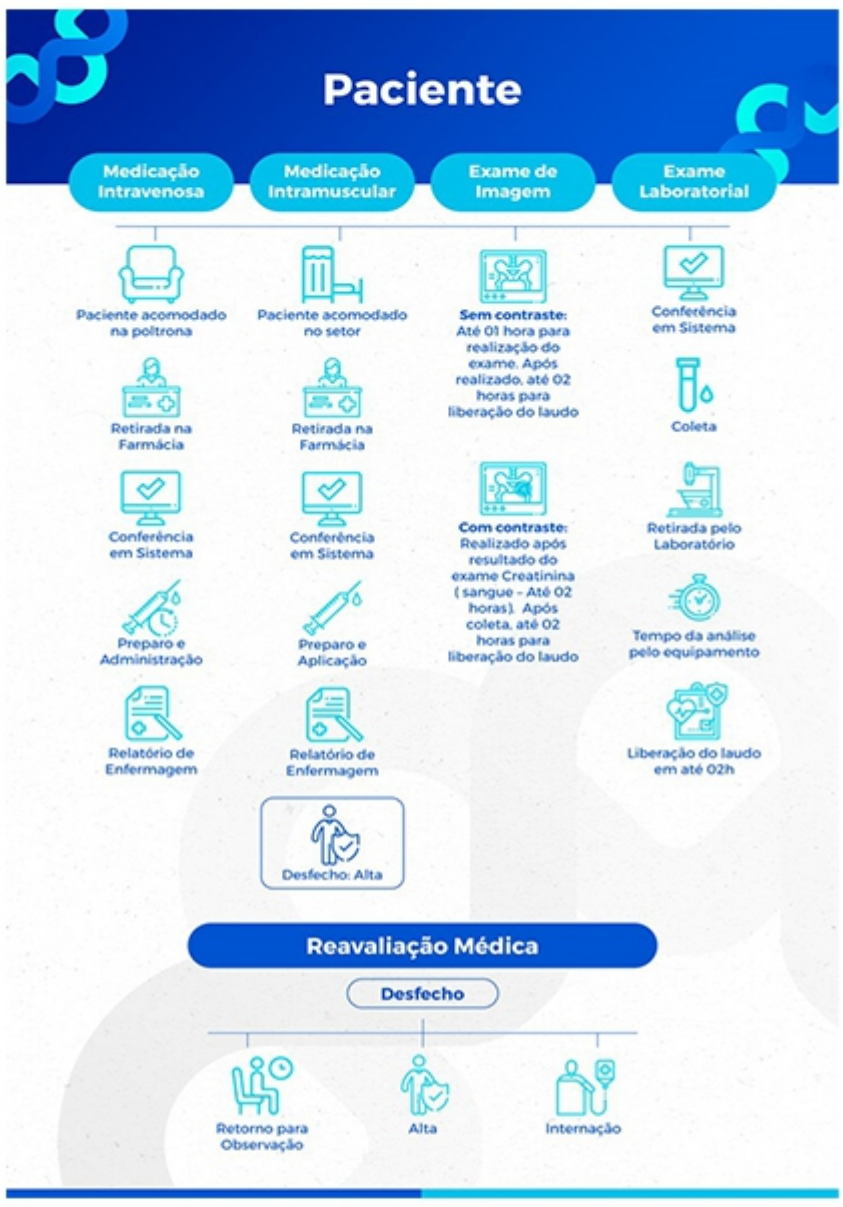
Rafael Zanini Barbato, Silvana de Fatima da Silva Peres, Bruna Caroline Pessotti

INTRODUÇÃO

O interesse por esse assunto emergiu mediante a experiência vivida em uma emergência de um hospital filantrópico no interior paulista. Para o gerenciamento da unidade foram estipuladas três linhas operacionais , financeiro, satisfação do paciente, desfecho do atendimento . Frente essa necessidade iniciamos na emergência uma análise semanal dos indicadores estratégicos baseado na metodologia Hoshin Kanri dentro da filosofia Lean que visa alinhar todos os processos em um objetivo comum.

METODOLOGIA

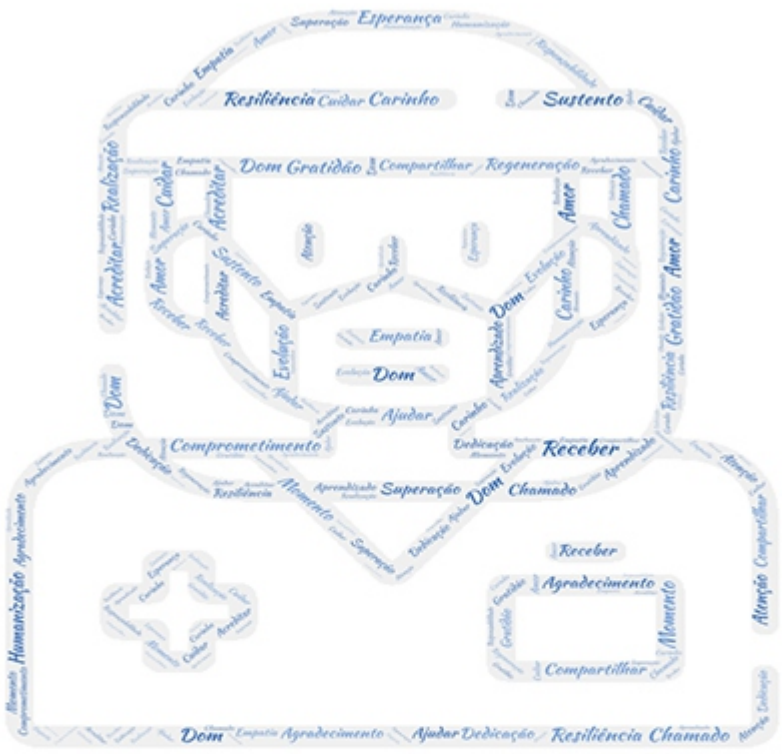
O percurso metodológico baseou se em uma análise estratégica das três frentes operacionais semanalmente (custo, satisfação e desfecho). A interação com essas linhas de cuidado fez com que conseguíssemos olhar o problema de maneira enxuta e rápida, aplicando os planos de ação semanalmente, no que se refere ao gerenciamento dos riscos operacionais. Os resultados operacionais da unidade de emergência eram discutidos em conjunto com a alta administração uma vez por mês, no entanto observamos que essa prática não estava sendo eficaz por tratar os dados retroativos com isso iniciamos a análise do desdobramento semanal na emergência.



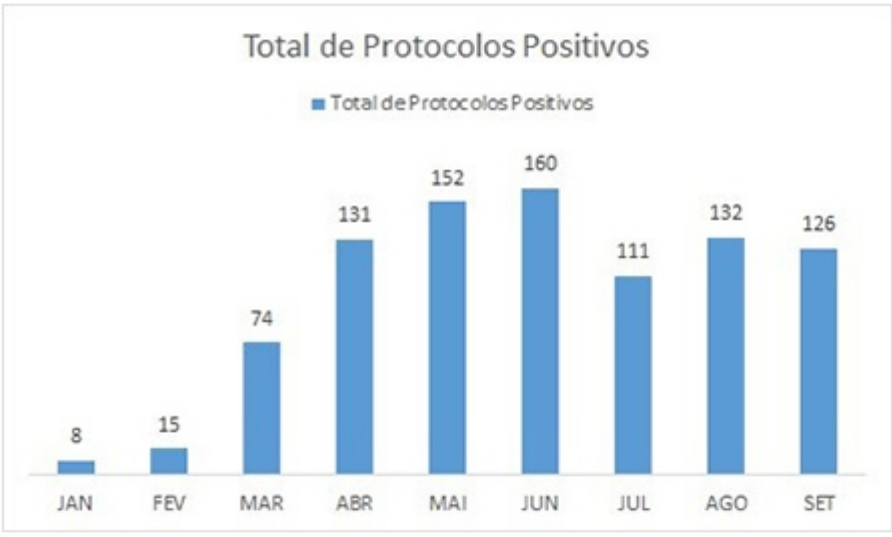
Fluxo de atendimento . Realizado comunicação visual para que o paciente entenda as etapas do processo para melhorar sua experiência na emergência.

RESULTADOS

Os resultados obtidos após o desdobramento estratégico semanal foram: melhor estratificação dos custos fixos e variáveis, realinhamento de cadastros, pois evidenciamos cobranças indevidas para emergência, criação de novos centros de custos e interação com as equipes de apoio para o lançamento correto das notas fiscais. Aumento de 2.000% nas ouvidorias positivas dos pacientes que passaram por atendimento na emergência, realizado ações junto a equipe operacional com metas semanais para instigar os pacientes as respostas da ouvidoria e também a melhoria contínua. No desfecho do paciente foram realizados acordos entre áreas com o laboratório e imagem agilizando assim os atendimentos classificados na cor amarela onde estipulamos para essa classificação um desfecho de até quatro horas após sua entrada na emergência.



Sentimentos descritos pela equipe assistencial no desdobramento semanal em uma das ações de motivação no eixo “Satisfação do Atendimento”



Aumento dos protocolos positivos pela ouvidoria após a implantação do desdobramento estratégico semanal na emergência (inicio em março).

CONCLUSÕES

Concluímos que o desdobramento estratégico semanal pode nos proporcionar um resultado operacional de qualidade melhorando a satisfação do paciente e seu desfecho clinico, reduzindo também os custos assistenciais e mais ainda, envolvendo toda a equipe operacional multi profissional nas tomadas de decisão e ações semanais de melhoria, pois as ideias de implantação vem de cada um deles e por esse fato as ações se sustentam.

REFERÊNCIAS

https://www.lean.org.br/artigos/125/hoshin-kanri---desdobrando-a-estrategia-em-sua-organizacao.aspx **acesso em novembro 2021**
https://www.techtudo.com.br/listas/noticia/2016/05/quatro-sites-para-criar-nuvem-de-palavras.html **aceso em novembro 2021**
https://www.saraiva.com.br/a-pergunta-definitiva-20-ed-revista-e-atualizada-10278433/p **acesso em novembro 2021**

A INFLUÊNCIA DA PANDEMIA EM HOSPITAIS COM UMA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE CONSOLIDADA

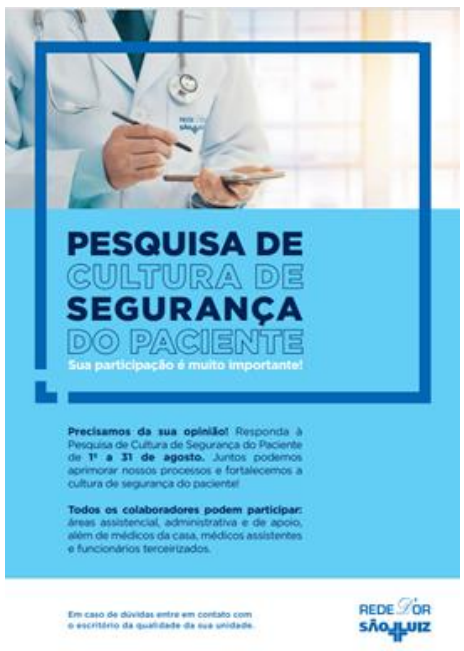
Priscila De Luca, Ana Claudia Fernandes, Deborah Simões, Helidea Lima

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é um tema pouco estudado no Brasil, sendo a segurança do paciente um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo. Estudos apontam que cada vez mais as instituições estão compreendendo a importância de transformar a cultura organizacional para impulsionar a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Para transformar uma cultura, é preciso primeiramente entendê-la, e nesse contexto as ferramentas de avaliação têm indicado um caminho para o esclarecimento. Uma cultura de segurança consolidada no âmbito hospitalar emerge como um dos requisitos essenciais para manutenção da qualidade do cuidado de saúde, mesmo em situações de crise. Avaliar o status da cultura de segurança, permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho. O objetivo desse estudo foi comparar a influência da Pandemia por COVID 19 na avaliação da cultura de segurança de uma Rede de Hospitais Privados, que utiliza a ferramenta Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. Trata-se de um estudo comparativo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado através das informações coletadas de um banco de dados referente aos resultados das avaliações de cultura de segurança realizadas desde 2014, com foco nos anos de 2019 e 2020 onde o impacto da pandemia poderia influenciar na adesão as boas práticas de segurança do paciente.



Material utilizado para divulgação a nível institucional.

Manual de Práticas Assistenciais RDSL com padrões próprios para avaliação da qualidade e segurança em todos os Hospitais da Rede D'Or São Luiz;

RESULTADOS

Observamos que em 2019, tivemos como resultado da perspectiva relacionada a apoio de gestão hospitalar para segurança do paciente 76% de respostas positivas, enquanto em 2020 o resultado foi de 80%. Esse resultado reflete a existência de um ambiente de trabalho que promove a segurança do paciente e as ações da administração do hospital demostram a segurança do paciente como prioridade. Referente a perspectiva sobre o estabelecimento, por parte da administração hospitalar, de um ambiente de trabalho que promova a segurança do paciente, em 2019 tivemos um resultado de 80% e em 2020 de 82%.

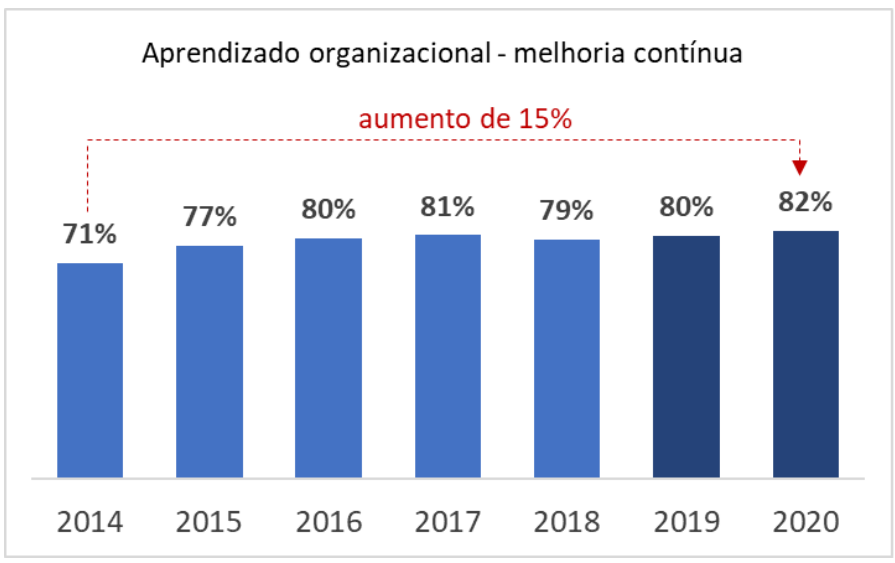


Gráfico comparativo da evolução dos resultados na perspectiva sobre Aprendizado Organizacional - Melhoria Contínua

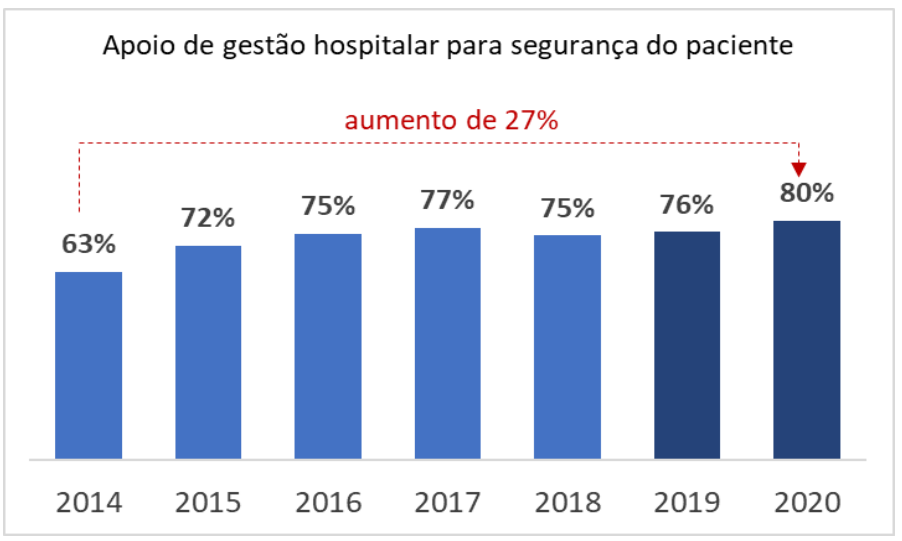


Gráfico comparativo da evolução dos resultados na perspectiva sobre Apoio de Gestão Hospitalar para Segurança do Paciente.

CONCLUSÕES

O estudo revela que mesmo em um período de crise mundial, instituições que possuem boas práticas consolidadas e uma cultura de segurança conquistada com base em rotinas bem disseminadas, obtém melhores resultados. Se compararmos com dados de 2014, observamos que a ascensão dos resultados positivos nestas duas perspectivas, foram sustentados inclusive durante o período da pandemia.

REFERÊNCIAS

Reis, Claudia Tartaglia A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. / Claudia Tartaglia Reis. Rio de Janeiro : s.n., 2013. xiii, 203 f., il., tab., graf.

International Atomic Energy Agency (INSAG). Safety Culture: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group. Viena: INSAG; 1991. Safety Series No. 75-INSAG-4.

A INFLUÊNCIA DA PANDEMIA POR COVID 19 NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM LESÃO POR PRESSÃO.

Fabiana Nogueira de Oliveira; Priscila De Luca Oliveira, Fernanda de Freitas Camargo de Souza; Ana Claudia Fernandes

INTRODUÇÃO

A National Pressure injury Advisory Panel (NPIAP) define a lesão por pressão (LP) como “um dano localizado na pele e/ ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato”.

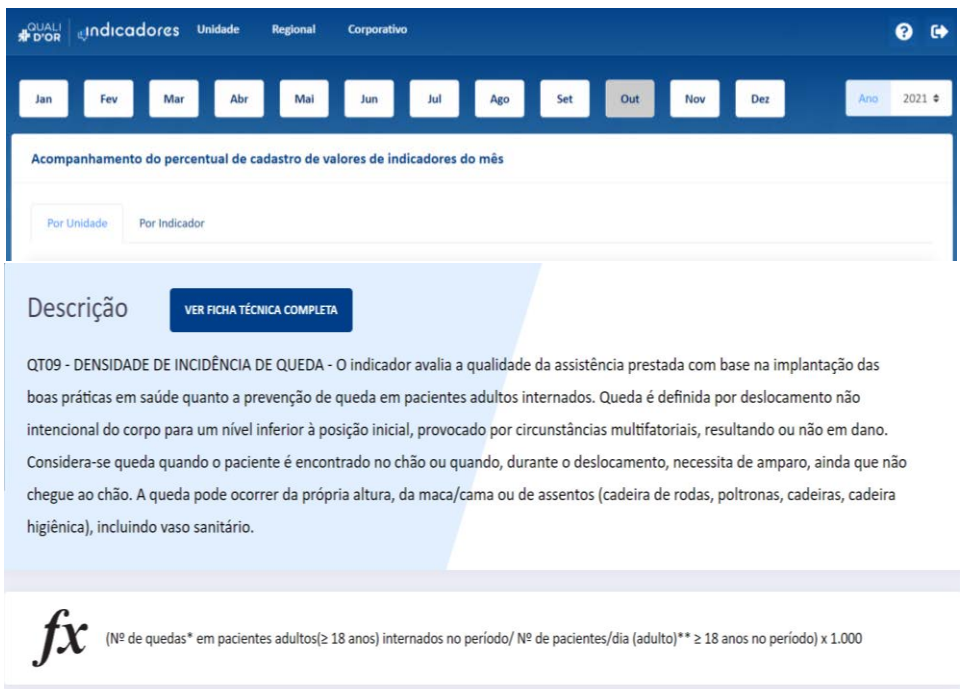
A NPIAP reconhece que a Pandemia por COVID 19 influenciou de forma drástica os protocolos atuais de prevenção, devido algumas manifestações, entre elas: coagulopatia sistêmica, estado hipermetabólico, criticidade, recuperação prolongada e outras.

A Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA, demostrou que a lesão por pressão foi o incidente mais notificado no Brasil, no período entre junho/2020 a julho/2021, através do relatório Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

O objetivo desse estudo foi comparar o perfil epidemiológico dos pacientes que desenvolveram LP antes da pandemia e durante o tratamento por COVID 19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo comparativo, descritivo, com abordagem quantitativa, referente ao 2º trimestre de 2019 e 2020, cujo dados foram coletados do sistema de indicadores de 11 Hospitais Privados do Rio de Janeiro, que utilizaram os mesmos critérios para mensurar a incidência de LP.

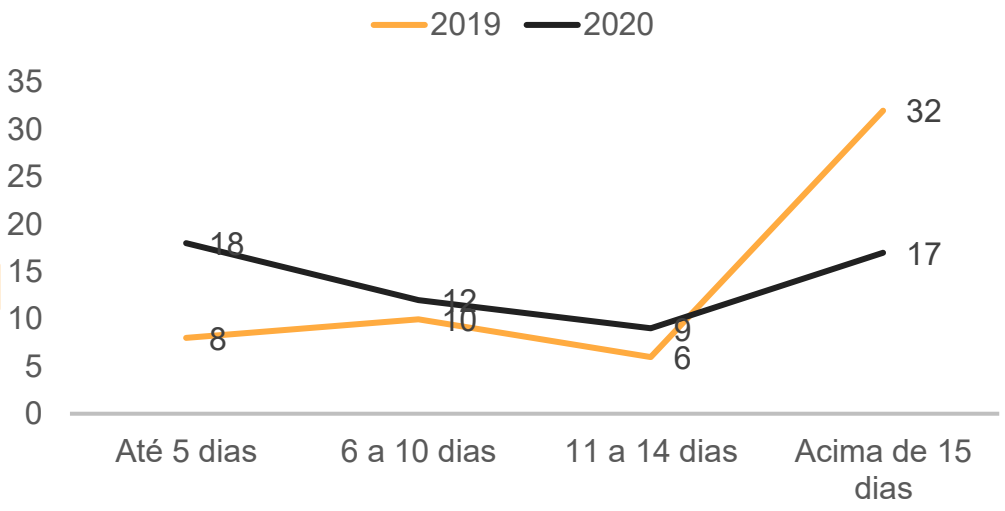


QualiD’Or – Sistema de Indicadores.

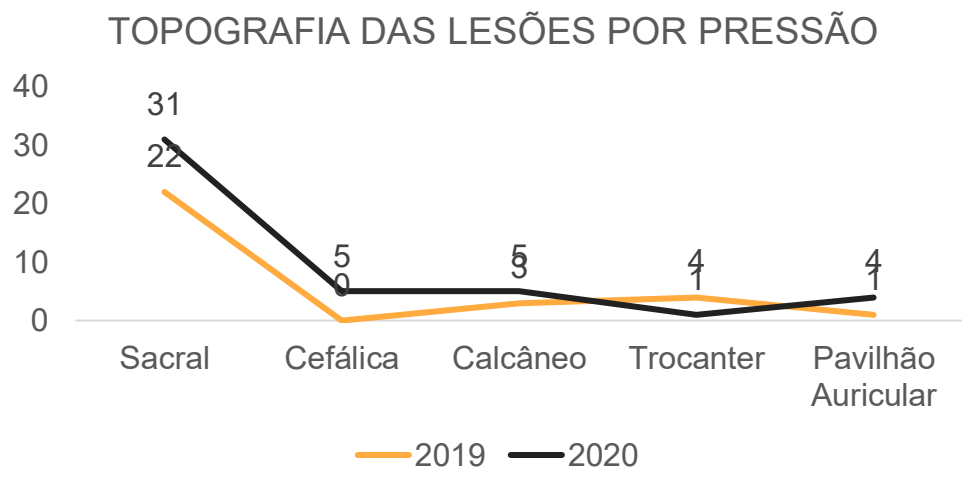
RESULTADOS

A presença de pacientes com 3 ou mais comorbidades foi predominante nos dois anos e não houve variação na classificação de risco, com a prevalência do risco muito alto.

Em relação ao tempo, em 2020 a maioria dos pacientes desenvolveram LP em até 15 dias de internação, principalmente nos 5 primeiros dias, enquanto em 2019, 57% dos pacientes apresentaram lesão após 15 dias.

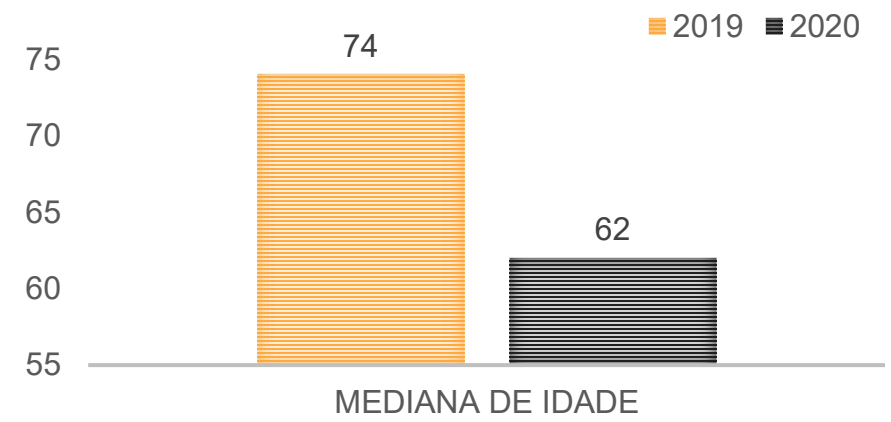


O local e estágio da LP foi semelhante nos pacientes com COVID 19, com o predomínio do estágio 2 em região sacral, porém nesses pacientes foi observado um aumento de 12% na incidência de LP na região cefálica.



RESULTADOS

Foram avaliados o total de 140 casos. Houve um aumento de 41% na incidência de LP em 2020, com a prevalência do sexo masculino em ambos os anos. Os pacientes com COVID 19 apresentaram uma redução importante na mediana de idade, quando comparado a 2019, conforme o gráfico:



CONCLUSÕES

Através dos dados analisados, é possível concluir que as variáveis idade e tempo de internação para o surgimento da LP foram as que mais sofreram impacto nos pacientes com COVID 19.

O estudo sugere que as instituições revisem os protocolos de prevenção, principalmente quanto ao período das reavaliações de risco e a inserção da região cefálica como área de atenção. Também se espera que a pesquisa desperte o interesse para o entendimento da mudança de cenário e as adaptações necessárias, a fim de proporcionar segurança durante a internação.

REFERÊNCIAS

- PEGOLO, G.E.; ANDRADE, S.M.O. A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação. 2.ed. UFMS, 2020.
- LIMA, L.S.; ARAGÃO, N.R.O.; SANTOS, G.K.B.B.; SANTOS, E.S.; PALMEIRA, C.S. Perfil clínico – epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão no contexto hospitalar. Estima, Braz J. Enterostomal Ther., 18, 2020. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v18.917_PT. Acesso em 27 de agosto de 2021.
- BLACK, J.; CUDDIGAN, J.; CAPASSO, V.; COX, J el al. Unavoidable Pressure Injury during COVID -19 crisis: A Position Paper from the National Pressure Injury Advsory Panel. In: National Pressure Injury Advsory Panel. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/white_papers/Unavoidable_in_COVID_Pandemi.pdf. Acesso em 20 de agosto de 2021.

A inserção do enfermeiro em uma equipe de gestão de projetos

Denila Bueno Silva, Maria Lúcia Alves Pereira Cardoso

INTRODUÇÃO

O contexto atual da saúde no Brasil e no mundo abrange as crescentes demandas na complexidade da gestão hospitalar

Desenvolver formas inovadoras de gestão e transformar processos de trabalho

A gestão de projetos (GP) é valorizada como uma ferramenta de mudança de gestão

ENFERMEIRO
PAPEL GERENCIAL E ASSISTENCIAL

Implementação e organização do cuidado
Gerenciamento de recursos humanos, materiais, físicos, tecnológicos para gerar Valor, Qualidade e Segurança para o paciente.

Enfermeiros presentes em equipes de gestão de projetos de cunho social / SUS

OBJETIVOS DO ESTUDO

- ✓ **Caracterizar os enfermeiros de uma equipe de gestão de projetos** em relação ao gênero, idade, escolaridade, tempo de experiência profissional;
- ✓ **Conhecer as motivações e atividades do enfermeiro**, quando inserido em uma equipe de gestão de projetos.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo

Abordagem quantitativa: análises descritivas das variáveis	**Abordagem qualitativa: Análise temática, segundo Bardin**
Enfermeiros com mais de um ano de atuação em gestão de projetos	**Aplicação de questionário com 13 questões**
Respondido por 26 enfermeiros (E)	**2 hospitais privados em São Paulo**

Seguindo Res 466/12, aprovado por Comitês de Ética em Pesquisa das instituições campo de estudo

RESULTADOS

PERFIL

- 77% Mulheres
- 58% com >= 40 anos
- Média 12 anos atuação na assistência
- 62% possuem Especialização
- 19% - Especialização em GP Projetos em Segurança do Paciente (7E)

Motivações
Oportunidade ou convite (16E)
Atividade foi proposta pelo gestor

Contribuir com o SUS (7E)
Proposta de projetos para fortalecer o SUS

Atividades realizadas

Gestão de projetos (7E):
Gestão de escopo, orçamento e cronograma

Aplicabilidade de conhecimento técnico (8E): processo de enfermagem, protocolos, etc

Liderança e gestão de equipe (13E):
Organização do trabalho e recursos humanos

CONCLUSÕES

Atuação do enfermeiro em GP:

- ✓ Relação com **formação assistencial / gerencial**
- ✓ Facilidade pela **liderança intrínseca**
- ✓ Ainda **pouco frequente** em GP
- ✓ Oportunidade **de contribuição** para qualidade dos processos de trabalho, segurança do paciente e gestão de recursos (físicos, financeiros, humanos, etc)

Ainda com poucos enfermeiros envolvidos com GP, são necessários novos estudos para continuar conhecendo seu protagonismo na área.

REFERÊNCIAS

Beraldo C. A atuação do project management office como promotor do desempenho inovador das organizações. Revista Geintec. 2015 Apr 01;5(2):1969-1985.
BRASIL. Resolução nº 573, de 31 de Janeiro de 2018. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF). Diário Oficial da União, Brasília [internet], 6 de Novembro de 2018. Seção 1:38.
Dias A. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial em âmbito hospitalar. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2017 Jul 01;11(5):2185-2194.
DINSMORE PC. Gerenciamento de projetos: Como gerenciar seu Projeto com Qualidade, dentro do Prazo e Custos Previstos. 7th ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2012.
SOUZA, R. B. D. et al. Organização e Liderança no trabalho do enfermeiro: percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro [internet], 2013 Jul 0; 3(2): 687-695.

A LGPD e a importância da proteção dos dados dos pacientes

Thör Silva Carvalho

INTRODUÇÃO

Com a entrada em vigor da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a proteção dos dados pessoais dos pacientes em instituições de saúde ganhou novo patamar. O que já era importante passou a ser exigido de forma ainda mais rígida pelo governo, com a criação de agência reguladora e mecanismos de punição mais diretos, gerando uma necessidade premente de adequação pelas instituições de saúde.

METODOLOGIA

Após a conscientização da alta administração da instituição de saúde, foi feito o diagnóstico de dados, sendo mapeados todos os setores que lidam com dados de pacientes. Após o levantamento de quais dados são utilizados, foram sugeridas novas formas de coleta de dados mínimos, apenas o suficiente para cada uso. Foi monitorado o caminho dos dados dentro da instituição, para definir quais pessoais tem acesso a cada dado pessoal e se possuem autorização para tal. Os funcionários passaram por treinamento. Foram definidas formas de guarda de documentos físicos e digitais, bem como prazos de eliminação de dados já utilizados. Todos os contratos com terceiros foram revisados. Os termos de uso foram adequados.

Figura 1. Plano de Adequação à LGPD.

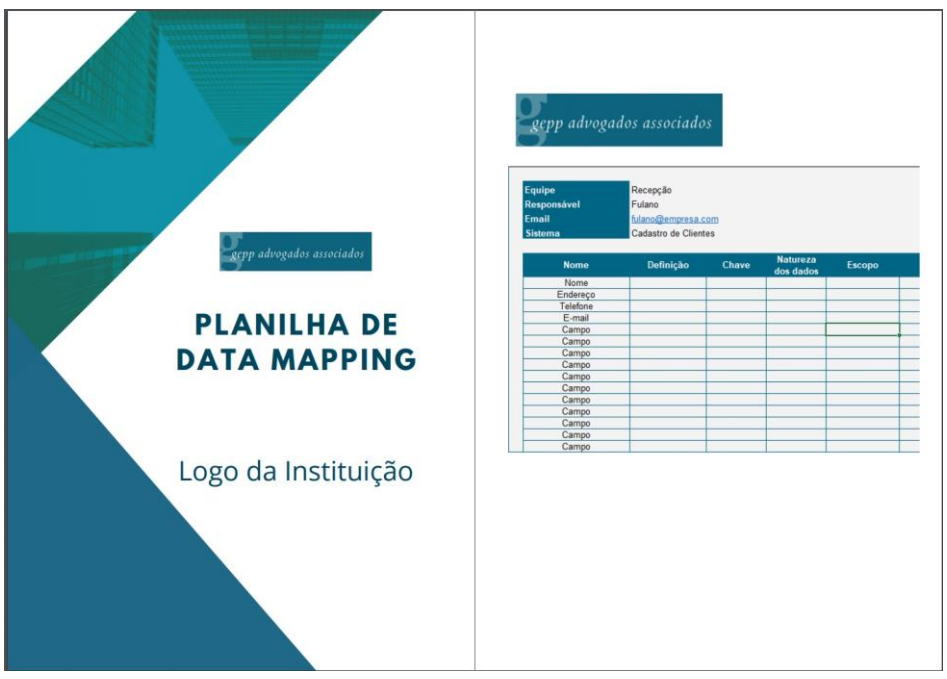


Figura 2. Planilha para mapeamento de dados.

RESULTADOS

Os funcionários passaram a ter conhecimento de tratamento de dados pessoais e segurança da informação. Foram definidas formas de guarda de documentos físicos e digitais, bem como prazos de eliminação de dados já utilizados. Foi colocada informação sobre a coleta de dados nos meios digitais utilizados pela instituição. Foi criado canal de comunicação para os titulares de dados, ligado a ouvidoria interna e ao encarregado de dados (DPO). A instituição passou a exigir de seus fornecedores o cumprimento das normas da LGPD. E pode fechar contratos com outras empresas maiores que já exigiam o cumprimento da LGPD de seus parceiros. O risco de ações judiciais e procedimentos administrativos foi reduzido, representando economia a médio e longo prazo.

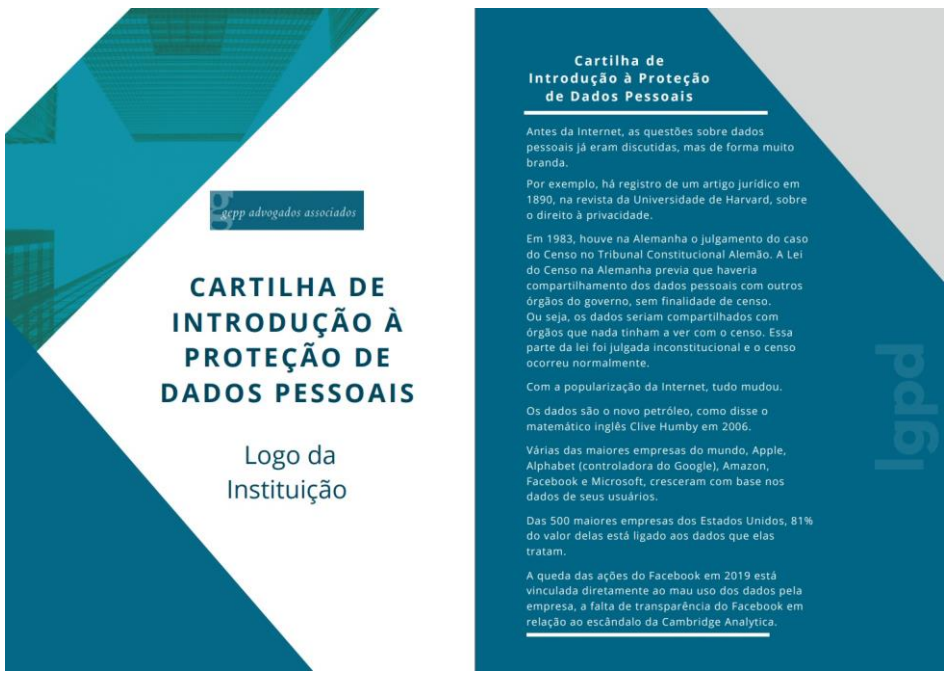


Figura 3. Cartilha de Introdução à Proteção de Dados Pessoais.

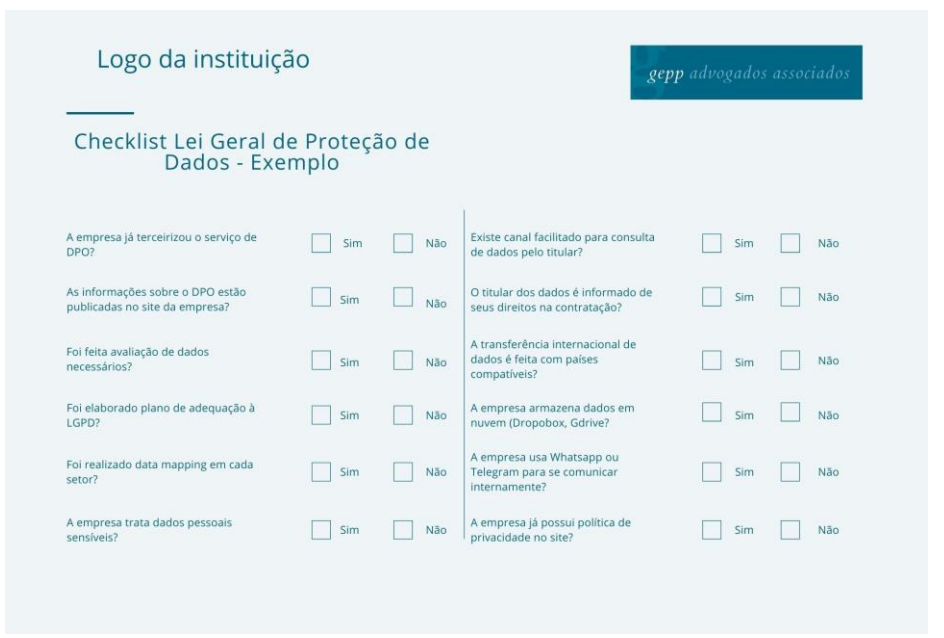


Figura 4. Exemplo de Checklist de Lei Geral de Proteção de Dados.

CONCLUSÕES

A instituição de saúde se destacou no mercado por já estar adequada às normas da LGPD. Pacientes e familiares passaram a ter sensação de mais segurança ao saber a forma como seus dados são tratados. A cultura da preservação e proteção dos dados pessoais foi disseminada através da esfera de influência da instituição, gerando efeito multiplicador.

REFERÊNCIAS

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

A sustentabilidade como alicerce nas compras públicas: Desenvolver e impulsionar o mercado fornecedor, especialmente em momento de pandemia de Coronavirus

Luana Baptista Rodrigues Pires, Luciane Camillo de Magalhães, Simone Dalla Pozza Mahmud

INTRODUÇÃO

O cenário econômico foi fortemente impactado pela pandemia do Coronavírus, alterando a relação de oferta e demanda, principalmente nas Instituições de saúde. O conceito de compras públicas visa ampliar os critérios de menor preço, incorporando a eficiência econômica, social e ambiental, nas aquisições. Nesse intuito, o Hospital vem promovendo em suas contratações a previsão desses critérios a fim de fomentar essa política pública.

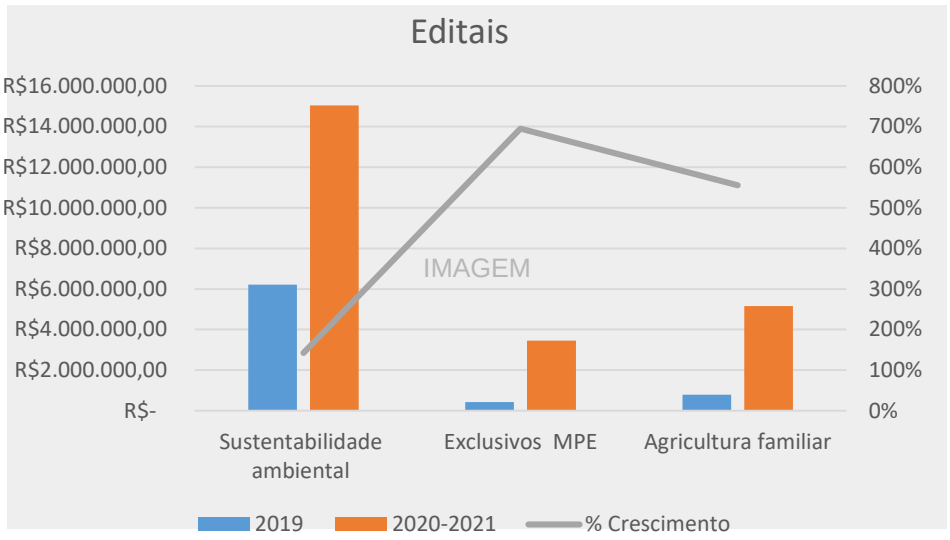
METODOLOGIA

O objetivo foi aumentar o volume financeiro de processos na instituição que incluam critérios de sustentabilidade, nos eixos ambiental, social e econômico.

Para este trabalho, realizou-se uma busca ativa nos 4.000 itens padronizados, para avaliar a possibilidade de inclusão de critérios de sustentabilidade. Para o eixo econômico, se expandiu as aquisições com editais exclusivos para Micro e Pequena Empresa (MPE). Nesta ação a instituição contou com o apoio do Sebrae, nas fases de prospecção de novos fornecedores e divulgação dos editais. No eixo social o foco foi na agricultura familiar, fomentando a inclusão deste segmento para atender a demanda do Hospital. Para tanto foi realizada adequação dos cardápios de refeições de pacientes e colaboradores. No eixo ambiental foi possível a inclusão de selos ambientais para eletroeletrônicos , móveis e equipamentos de tecnologia da informação bem incentivo a programação de redução de energia nas contratações de serviços.

RESULTADOS

Através deste trabalho, o volume de processos com critérios de sustentabilidade foi aumentado de forma considerável na instituição. Editais que consideram os critérios de sustentabilidade ambiental no hospital passaram de R$ 6.207.540,00 em 2019 para R$ 15.033.586,00 no acumulado de 2020 até junho de 2021. Para os editais exclusivos MPE, o valor foi de R$435.598,00 em 2019 para R$3.462.956,16, no acumulado de 2020 a julho de 2021. Já para a aquisição de alimentos da agricultura familiar, o valor total destes editais foi de R$ 787.692 em 2019 passando para R$ 5.161.733,00 no acumulado de 2020 a julho de 2021.



Editais publicados pelo HCPA vinculados aos eixos da sustentabilidade e taxa de crescimento entre 2019 e 2020/2021

CONCLUSÕES

Para o estudo foram mapeadas as oportunidades de compras que poderiam conter critérios sustentáveis, com a contribuição da parceria do Sebrae. O fomento destas aquisições, pela área pública, contribui para o desenvolvimento da cadeia de fornecimento, especialmente em um momento de pandemia em que os pequenos negócios foram prejudicados.

REFERÊNCIAS

DECRETO Nº 7.746, DE 5 DE JUNHO DE 2012
FENILLI, Renato. Boas Práticas Administrativas em Compras e Contratações Públicas.2015
LEI Nº 13.303, DE 30 DE JUNHO DE 2016
MACHADO, Alessandro Quintanilha et al. Guia Nacional de Contratações Sustentáveis. 2020

A Terapia Ocupacional e os Assistentes de Voz como Tecnologia Assistiva na Reabilitação Neurológica

Ana Carolina Rodrigues da Silva, Ana Lucia Alves Bidin, Lina Silva Borges Santos, Debora Regina Iwanaga Yamamoto

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional (TO) atua diretamente nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, atividades laborais e de lazer, respeitando as limitações, identificando as potencialidades e promovendo a melhora na participação e funcionalidade do sujeito. Já os assistentes de voz (AV), cada vez mais fazem parte do mundo moderno. Em paralelo, despontam como um dispositivo em Tecnologia Assistiva (TA), auxiliando no processo de habilitação/reabilitação enfocando na independência e autonomia de pacientes neurológicos.

METODOLOGIA

Como projeto piloto foram selecionadas duas pacientes adultas atendidas no setor de TO e aplicadas a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) para identificar os problemas relacionados ao desempenho ocupacional antes e depois do uso do AV em terapia e em casa; a Avaliação de Tecnologia Assistiva – Predisposição ao Uso (ATD PA-Br) para avaliar o uso como recurso de TA no ambiente terapêutico e domiciliar dos indivíduos e uma *likert scale* de 5 pontos (de extremamente não satisfeito à extremamente satisfeito) respondida pela paciente em relação a sua satisfação com o recurso como auxiliar nas atividades de desempenho escolhidas na COPM, aplicadas com um intervalo de tempo de 3 meses.

A COPM se caracteriza por ser a prática centrada no cliente, sendo uma entrevista semiestruturada, na qual o sujeito pontua as atividades mais importantes em seu cotidiano que está com dificuldades. A pontuação varia de 0 a 10, no qual 0 é o pior resultado e 10 o melhor, onde o paciente pontua em relação ao grau de desempenho em determinada atividade e o grau de satisfação atribuído à tal tarefa. As pontuações são referentes aos problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional em atividades do dia-a-dia como atividades de autocuidado, produtivas e de lazer. As atividades de autocuidado são divididas em cuidados pessoais, mobilidade funcional e independência fora de casa; já as produtivas em trabalho, tarefas domésticas e brincar/escola; e as atividades de lazer em recreação tranquila, recreação ativa e socialização.

A ATD PA-Br é composta por três formulários sendo o primeiro do Cliente e os outros do Dispositivo e Profissional, tendo cada um deles as versões inicial e follow-up. Para este projeto, foi aplicado somente o formulário do Dispositivo no qual são colhidas informações sobre as expectativas do paciente quanto ao uso de um determinado recurso de tecnologia assistiva, no caso deste, com ambas as pacientes foram avaliadas as expectativas em relação ao assistente de voz da Amazon, Alexa. O questionário é composto por 12 perguntas com scores de 0 (nunca) a 5 (100% do tempo), sendo a pontuação máxima de 60 pontos.

Por fim, as pacientes responderam a uma likert scale em relação ao seu grau de satisfação com o uso funcional do assistente de voz, fosse em ambiente terapêutico ou em ambiente domiciliar.

Paciente durante atendimento de Terapia Ocupacional pra treino de uso funcional da Alexa Echo Dot, da Amazon.

RESULTADOS

A paciente 1 na primeira aplicação da COPM descrevia, entre outros, o desempenho como 6 para a atividade de escutar música e participar de jogos; e em relação ao seu grau de satisfação também um score 6. Nos levando a acreditar que tanto seu desempenho quanto seu grau de satisfação sob sua ótica estavam “regulares”. Para tal, foi sugerido o assistente de voz e realizado o treino em terapia durante um período de três meses, passando os scores para, respectivamente, 9 e 10. Ou seja, “muito bom” e “ótimo” para desempenho e satisfação em relação a ouvir música e jogar. Já na ATD PA-Br a pontuação era de 47, sendo os maiores receios da paciente em relação à usabilidade e funcionalidade do dispositivo Alexa. Sendo que, depois do treino e aquisição do dispositivo a pontuação aumentou para 53. Tendo a paciente respondido como muito satisfeita em relação ao uso da Alexa para as atividades escolhidas no início da intervenção, escutar música e jogar e trazendo outras atividades cotidianas que foram facilitadas com o uso do assistente de voz como fazer lista de supermercados, enviar e-mails/sms e, principalmente, a automação residencial.

A paciente 2 apresentava scores baixos em relação ao desempenho e satisfação na COPM. Tendo estes valores aumentado consideravelmente na aplicação pós tratamento. Quanto ao formulário do Dispositivo da ATD PA-Br, as pontuações também aumentaram após o treino e uso do dispositivo. Tendo a paciente relatado como “muito satisfeita” em relação ao uso deste para as atividades escolhidas, além do assistente de voz servir como auxiliar na sua rotina diária de medicação (lembretes de voz pela Alexa), receitas culinárias, tutoriais de maquiagem e jogos cognitivos.

Paciente 1

COPM				ATD PA-Br	
Desempenho Ocupacional Lazer: Recreação Tranquila (Ouvir música e jogar)				Formulário 2 Dispositivo Alexa	
Pré intervenção		Pós intervenção		Pré intervenção	Pós intervenção
Desempenho	Satisfação	Desempenho	Satisfação	47	53
6	6	9	10		

Paciente 2

COPM				ATD PA-Br	
Desempenho Ocupacional Lazer: Recreação Tranquila (Ouvir música e ler)				Formulário 2 Dispositivo Alexa	
Pré intervenção		Pós intervenção		Pré intervenção	Pós intervenção
Desempenho	Satisfação	Desempenho	Satisfação	41	53
2	2	10	10		

Quadro com as pontuações de ambas as pacientes na COPM e ATD PA-Br.

Paciente usando a Alexa Echo Show, da Amazon em ambiente domiciliar.

CONCLUSÕES

O moderado investimento financeiro por parte do paciente, o número reduzido de terapeutas com acesso a este tipo de tecnologia e a, ainda inexistente, literatura científica e avaliações específicas em relação aos AV como dispositivos de TA foram dificuldades encontradas para a realização deste estudo. O que nos impulsiona a continuar com a pesquisa envolvendo um maior número de indivíduos, com possíveis avaliações mais específicas e assim, fundamentar e implantar na prática clínica da TO os assistentes de voz como um poderoso aliado no futuro da reabilitação neurológica.

REFERÊNCIAS

ALBAUM, G. **The Likert Scale Revisited**. Market Research Society Journal. Vol: 39, 1997.

ALVES, ACJ. **Avaliação de tecnologia assistiva predisposição ao uso: ATD PA Br: versão brasileira**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2017.

MAGALHÃES, L C. In: LAW, M; BAPTISTE, S; CARSWELL, A; McCOLL, MA. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Belo Horizonte: Ed Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

AÇÕES HUMANIZADAS EM PACIENTES COVID- 19, COM IMPACTO POSITIVO NO INDICADOR DE SATISFAÇÃO ASSISTENCIAL.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Camila da Costa Chagas, Elisandra Leites Pinheiro, Tanise Rodrigues Gonzato

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2021

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar é um período de ansiedade e traz dúvidas ao paciente internado, principalmente quando surge o diagnóstico de COVID. Momento este que deve ser percebido e tratado com a devida importância para melhor atender as suas necessidades físicas e emocionais. (Freitas, 2020)

OBJETIVOS

Fortalecer os valores da instituição, analisar o desempenho do indicador de satisfação dos pacientes na plataforma HFOCUS e realizar ações de humanização nos pacientes de uma unidade COVID.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por um grupo multidisciplinar de um hospital privado, internados com diagnóstico de COVID.

Bloquinho da Esperança

Painel de heróis com fotos de toda equipe multidisciplinar.

RESULTADOS

Obtivemos através das ações o fortalecimento dos valores institucionais, entre eles empatia e compaixão, tornando a vivência da hospitalização mais humanizada. Realizado pela equipe assistencial ações como: Painel dos heróis, Musicoterapia, Foto do colaborador no crachá por fora da paramentação, Certificado de vitorioso, Mensagens nas refeições, ‘’Bloquinho’’ da esperança com mensagens de carinho e afeto. Um dos recursos utilizados para se comprovar a eficácia das ações realizadas foi a “Pesquisa de Satisfação’’ que é encaminhada ao paciente após sua alta e as perguntas englobam o cuidado, além de um campo aberto para relatos. A média geral da unidade é 9,0, porém em um momento de incertezas e adaptação do modelo de atendimento no mês de fevereiro tivemos uma redução para 6,3. Através das ações propostas nos resultados de março e abril houve um aumento na pesquisa de satisfação de 9.5

Comemoração de alta com o certificado de vitorioso

Foto do colaborador para reconhecimento do rosto.

CONCLUSÕES

Concluímos que buscar formas inovadoras de humanizar as práticas assistenciais em um momento de pandemia, facilidade em compreender o momento que cada paciente está vivenciando. É necessário ir além dos componentes técnicos, ultrapassar o cuidado “engessado”, praticar a empatia e compaixão tornando a experiência durante a internação mais transformadora.

REFERÊNCIAS

FREITAS VIEIRA, Paula; DE ALMEIDA, Meives Aparecida Rodrigues. Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. Revista de iniciação científica e Extensão, v.3.n1,p. 371-8,2020

ACOMPANHAMENTO DA ENTREGA DE MEDICAMENTOS DENTRO DOS PRAZOS ESTABELECIDOS

Joice Luiza Jardim Reis, Leilianny Leite Martins Vasconcelos Assunção, Carine Aparecida Barbosa, Ariane Milhorato Martins Zoroastro.

INTRODUÇÃO

A política de segurança do paciente é o conjunto de ações voltadas à prevenção e redução de riscos, erros e danos que ocorrem aos pacientes durante a prestação de cuidados. Diante da crescente demanda por aumento no desempenho dos processos associados à assistência ao paciente, o uso de sistemas e dispositivos podem ser potenciais ferramentas de monitoramento das atividades realizadas pela farmácia hospitalar**.** O objetivo do trabalho é apresentar a rotina de dispensação de medicamentos em um hospital geral, cujas etapas geram registros integrados ao sistema e permitem rastrear todo o processo, bem como sua segurança e eficácia.

METODOLOGIA

Para a compilação dos dados coletou-se informações sobre a entrega dos medicamentos no sistema Tasy®. Cada medicamento prescrito gera um número de lote de dispensação e etiqueta com código de barras para identificação dos pacotes unitários. Os códigos são checados com um coletor de dados (*palm*) por meio de leitura óptica que fornece na tela as informações do paciente e do medicamento.

Figura 01 - Etapa da primeira checagem no *palm*, momento anterior à entrega Registro evidencia o horário e usuário responsável.

O atendimento no sistema ocorre em até 3 horas antes do horário previsto para administração para medicamentos de horário fixo. A entrega ao setor destino e confirmação do recebimento, em até 1 hora de antecedência. Tais etapas são registradas com o *palm* permitindo a localização do item e o momento da chegada ao paciente – a cada ponto de checagem obtém-se o horário e usuário responsável. Nesse intervalo, informações como suspensão do item ou alta hospitalar geram alertas no *palm*.

Figura 02 - Momento de confirmação do recebimento do medicamento no leito do paciente. Verificação com código de barras individual afixado no armário.

Os medicamentos entregues diretamente no leito do paciente é feita dupla conferência do lote dispensado com o código de barras do armário do paciente, o qual é trancado, permitindo a entrega de forma individualizada e segura.

RESULTADOS

No período de julho a agosto de 2021, realizou-se o rastreio de 89,71% das dispensações, com a entrega de 97,65% dos medicamentos dentro dos prazos. Os relatórios provenientes da gestão dos lotes dispensados também permitiram identificar atrasos e dispensações não finalizadas.

Esse foi o primeiro período de acompanhamento, o qual possibilitou identificar possíveis falhas e pontos de melhoria no processo de entrega dos medicamentos de horário fixo.

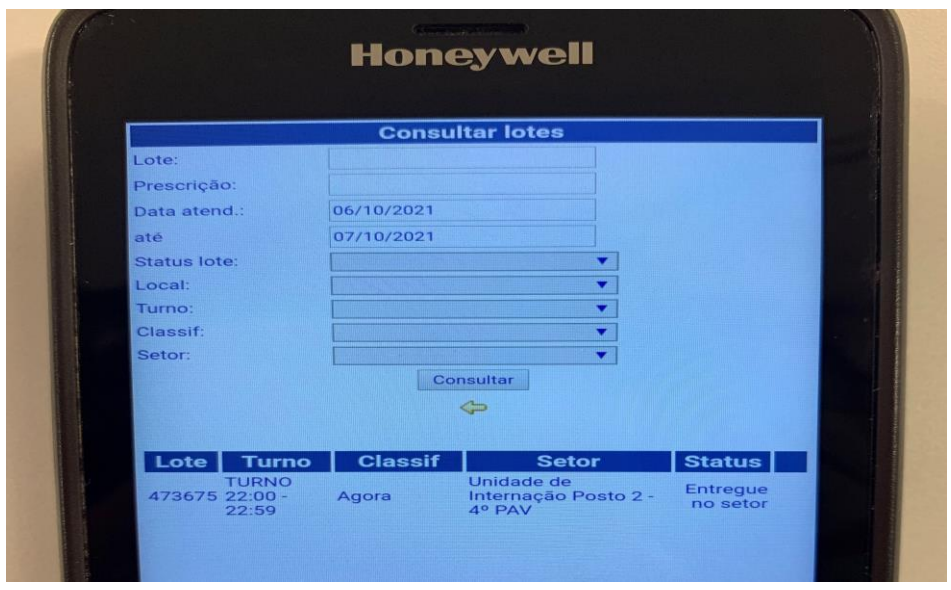


Figura 03 - Tela de consulta e confirmação do lote de medicamento entregue.

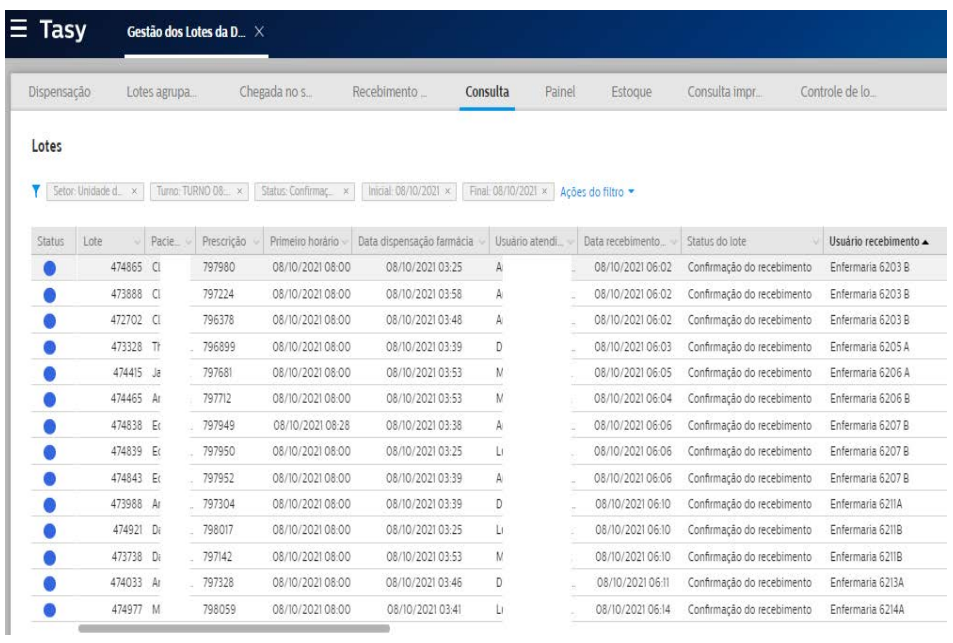


Figura 04 - Gestão dos lotes da dispensação: fornece os dados para acompanhamento dos prazos de entrega e localização dos lotes dispensados.

CONCLUSÕES

A gestão das etapas da dispensação proporciona o acompanhamento eficaz e ação rápida visando evitar atrasos, extravios e mitigar eventos adversos, com foco na segurança do paciente. Assim, aumenta-se a garantia de que o medicamento prescrito será disponibilizado para o paciente correto e no prazo requerido, proporcionando também a satisfação dos pacientes enquanto clientes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Brasília, 2013.
2. SILVA, Derli Maria de Sousa e. **Análise de dispensação de medicamentos em uma farmácia hospitalar**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu/SP, 2011. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/88092/silva_dmsl_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Adaptação da Matriz GUT para priorização da capacitação técnica da equipe multiprofissional

Camilla do Rosário Nicolino Chiorino; Silvia Helena Frota Mendonça

INTRODUÇÃO

Para a OPAS, a Educação Continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, face à evolução cientifico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Nos hospitais, a necessidade de reflexão sobre a prática profissional é constante, e, portanto, as atualizações para a equipe também. Um planejamento dessa capacitação da equipe se faz necessária, sendo realizada no início do ano por meio do instrumento de "Levantamento de Necessidades de Treinamento" com os gestores, porém é um processo dinâmico e participativo sendo retroalimentado ainda durante o ano diante de: padronização de novos materiais/equipamentos, novos documentos normativos/ atualizações/ certificações e plano de ação após gerenciamento de risco.

O objetivo desse trabalho foi criar uma ferramenta de priorização dos temas de treinamentos para um planejamento que atenda às necessidades da instituição.

METODOLOGIA

A priorização de temas de treinamento no decorrer do ano é um desafio, além das novas entradas de necessidades, portanto era preciso uma ferramenta para auxiliar nesse processo.

Foi escolhida a ferramenta de gestão matriz GUT. O termo GUT é a sigla para Gravidade, Urgência e Tendência. Para tornar essa matriz aplicável adaptamos a interpretação da escala como: Gravidade (Impacto) "O que a falta desse treinamento impacta a longo prazo?"; Urgência (tempo) "Quanto tempo pode esperar esse treinamento?"; Tendência (Predisposição) "Com qual intensidade isso vai piorar?".

A partir da pontuação gerada a partir da multiplicação, o critério de gravidade determina o desempate e os treinamentos serão classificados como: obrigatórios, opcionais ou fórum.

Matriz GUT – Autoria própria

Adaptação da Matriza GUT para Priorização de Treinamentos

RESULTADOS

A elaboração de um instrumento foi enriquecedora, pois levou a uma discussão da prática e uma reflexão sobre a subjetividade que envolve o levantamento de necessidades de treinamento, bem como a definição de prioridades.

Gravidade foi adaptado usando o critério de Impacto/ Dano na prestação da assistência. A pontuação seguiu da seguinte forma: *danos leves/ sem interferência em mudança da assistência* até *relação direta com prevenção de novos eventos adversos/ extremamente grave*.

A variável **Urgência** considerou a classificação do tema (matriz obrigatória e/ou relacionada à certificações) e a frequência que ocorre. A pontuação variou de *tema realizado periodicamente sem relação com certificação* à *tema não abordado* há mais de 2 anos.

Com relação a **Tendência**, a predisposição foi classificada mediante a documentação ou processo descrito. As categorias de pontuação variaram de *sem documento de referência* à *documento revisado à menos de 30 dias*.

GRAVIDADE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Impacto: "O que a falta desse treinamento acarreta a longo prazo?"	sem gravidade	pouco grave	grave	muito grave	extremamente grave
	danos leves	danos mínimos	danos regulares	danos grandes reversíveis	extremamente grave
	sem interferência em mudança da assistência	*pequenas mudanças assistenciais*	*mudanças em sistemas*	*interação equipe multiprofissional*	*relação direta com prevenção de novos eventos adversos*
URGÊNCIA	sem urgência	pouco urgente	urgente	muito urgente	extremamente urgente
Tempo: "Quanto tempo pode esperar esse treinamento?"	pode esperar	pouco urgente	urgente	muito urgente	imediatamente
	treinamento realizado periodicamente, sem relação com certificação	*treinamento realizado periodicamente, com relação de certificação*	*treinamenento ministrado como não obrigatório ou fórum*	*treinamenento ministrado nos últimos 2 anos*	*tema não abordado*
TENDÊNCIA	sem tendência	piorar longo prazo	piorar médio prazo	piorar curto prazo	agravar rápido
Predisposição: "Com qual intensidade isso vai piorar?"	não irá mudar	irá piorar a longo prazo	irá priorizar a médio prazo	irá piorar a curto prazo	irá piorar rapidamente
	sem documento referência	*documento desatualizado sem previsão de atualização*	*documento desatualizado com previsão de atualização*	*documento revisado há menos de 1 ano*	*documento revisado há menos de 30 dias*

Matriz de Priorização de Treinamento

G	U	T	Grau Crítico	TREINAMENTO	TEMA (documentos relacionados)	PROTOCOLO VICULADO	OBJETIVO
4	5	3	60	PROTOCOLO DE PACIENTE VULNERÁVEL	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE VULNERÁVEL	RECICLAR A EQUIPE QUANTO A AVALIAÇÃO E CUIDADOS.	RECICLAR A EQUIPE QUANTO A AVALIAÇÃO E CUIDADOS.
5	2	5	50	SEGURANÇA DO PACIENTE	PAPEL DO PACIENTE E FAMILIA NO CUIDADO		EXEMPLIFICAR PARA A EQUIPE ASSISTENCIAL O PROGRAMA DA QUALIDADE E AS METAS/ROPS.
					RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS	RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
					PRÁTICAS DE SEGURANÇA NA ASSISTÊNIA CIRURGICA	CIRURGIA SEGURA	
					TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES NAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO	TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES NAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO	
					ABREVIAÇÕES PERIGOSAS	SIGLAS	
					CONTROLE DOS ELETRÓLITOS CONCENTRADOS	CONTROLE DOS ELETRÓLITOS CONCENTRADOS	
5	2	4	40	CUIDADOS COM HEMOCOMPONENTES	CUIDADOS COM A INFUSÃO	CUIDADOS COM A INFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES	CAPACITAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DA INFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E RECONHECIMENTO DE REAÇÕES.
					PREENCHIMENTO FIT		
					RECONHECIMENTO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS		
5	2	4	40	ATENDIMENTO DE PCR	ACIONAMENTO DE CÓDIGO AZUL, AMARELO, LARANJA E VERMELHO.	ACIONAMENTO DE CÓDIGO AZUL, AMARELO, LARANJA	VALIDAR ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO DE BLS O ATENDIMENTO À PCR.
5	2	4	40	SEGURANÇA DO TRABALHADOR E NR-32	NR-32	ACIDENTE COM PÉRFURO	SENSIBILIZAR A EQUIPE ASSISTENCIAL SOBRE NR-32.
					FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO	FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO	
					BRIGADA DE INCÊNDIO	BRIGADA DE INCÊNDIO	
					DESCARTE DE RESIDUOS	DESCARTE DE RESIDUOS	
5	2	4	40	PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA	PREVENÇÃO DE ITU	PREVENÇÃO DE ITU	CAPACITAR A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DAS MEDIDADAS RELACIONADAS À SCIH.
					PREVENÇÃO ICS	PREVENÇÃO ICS	
					PREVENÇÃO DE ISC	PREVENÇÃO DE ISC	
					USO RACIONAL DE ATB	USO RACIONAL DE ATB	
					ATB PROFILÁTICO	ATB PROFILÁTICO	
					CONFORMIDADE NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
					TREINAMENTO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		
					DIRETRIZES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES	DIRETRIZES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES	
					TAXA DE INFECÇÃO	TAXA DE INFECÇÃO	
					REPROCESSAMENTO	REPROCESSAMENTO	
					PREVENÇÃO DE PAV	PREVENÇÃO DE PAV	
					ISOLAMENTO E PRECAUÇÃO	ISOLAMENTO E PRECAUÇÃO	
					HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	

Recorte da aplicação da Matriz de Priorização no Levamento de Necessidade de Treinamento do ano de 2021.

CONCLUSÕES

Sabendo da crescente transformação que os serviços de saúde passam, se faz necessário a priorização de ações para que não gerem sobrecarga de informação com pouca aplicabilidade.

A partir dessa construção podemos sugerir uma reformulação da proposição dos temas com os gestores, entendendo melhor os passos que devem anteceder a solicitação, por exemplo a atualização de documentos referência e garantir a participação em temas correlatos.

REFERÊNCIAS

Alves, R; Kinchescki, GF; Silva, VR da; Vecchio, HP; Oliveira, CL de; Cancelier, MVL. Aplicabilidade da Matriz GUT para identificação dos processos críticos: o estudo de caso do departamento de direito da Universidade Federal de Santa Catarina. 2017. Disponível em https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/181033. Acesso em 30.set.2021.

ADEQUAÇÃO DO ESTOQUE DO MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR DESCARTÁVEL PARA GARANTIR A SEGURANÇA E QUALIDADE NO ATENDIMENTO DO PACIENTE CIRÚRGICO.

Aline Marques Araujo, Renata Ferreira, Celso Ricardo Santos e Roberta Alexandra Alves

INTRODUÇÃO

Em um hospital universitário de grande porte de nível terciário, para a aquisição de insumos, pode se utilizar a modalidade de consignação. A consignação pode ser definida, como o empréstimo de um material médico hospitalar de uma empresa ao hospital. Com o advento da pandemia da COVID-19, e a declaração de emergência de saúde pública de importância mundial, as autoridades alertaram para a possível escassez de insumos para a assistência, em decorrência a falta de matéria prima. Neste contexto, tornou-se importante, adotar estratégias dinâmicas e inovadoras para a gestão de estoques, e assim garantir a segurança e qualidade no atendimento dos pacientes. Além disso, a gestão de estoque é responsável por grande parte da saúde financeira, quando mal planejada, pode levar a produtos parados e, por consequência, em dinheiro parado.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a disponibilidade de material médico consignado, e otimizar os níveis de estoque para o atendimento do paciente cirúrgico.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento dos fornecedores que disponibilizaram material através da consignação no ano de 2020. Foram selecionados os fornecedores que disponibilizaram mais de 100 itens no período. Foram contatados por e-mail e elaborado um cronograma de contagem do estoque a cada 15 dias por três meses. Acompanhou-se os itens consumidos por procedimento cirúrgico. O trabalho foi realizado no período de setembro a novembro de 2020. Realizou a comparação entre o consumo real com o estoque disponível para a tomada de decisão, considerando a necessidade para manutenção do atendimento dos procedimentos cirúrgicos no período de 15 dias.

Fig. 1 – Reorganização do estoque de consignado

RESULTADOS

Identificou-se um total de 17 fornecedores de material médico consignado sendo selecionado 4 que representavam 67%. Realizou-se 6 inventários e avaliados 207 procedimentos cirúrgicos. Com a avaliação dos itens consumidos foi definido o elenco de cada fornecedor e o estoque mínimo e máximo de cada item e o ressuprimento mediante a notificação de consumo. Com essa avaliação, foi realizada a adequação de estoque de 400 itens, ocasionando a devolução 45,17 % dos itens (845 unidades) que representou uma redução de R$ 2.096.347,83 (32,69%).

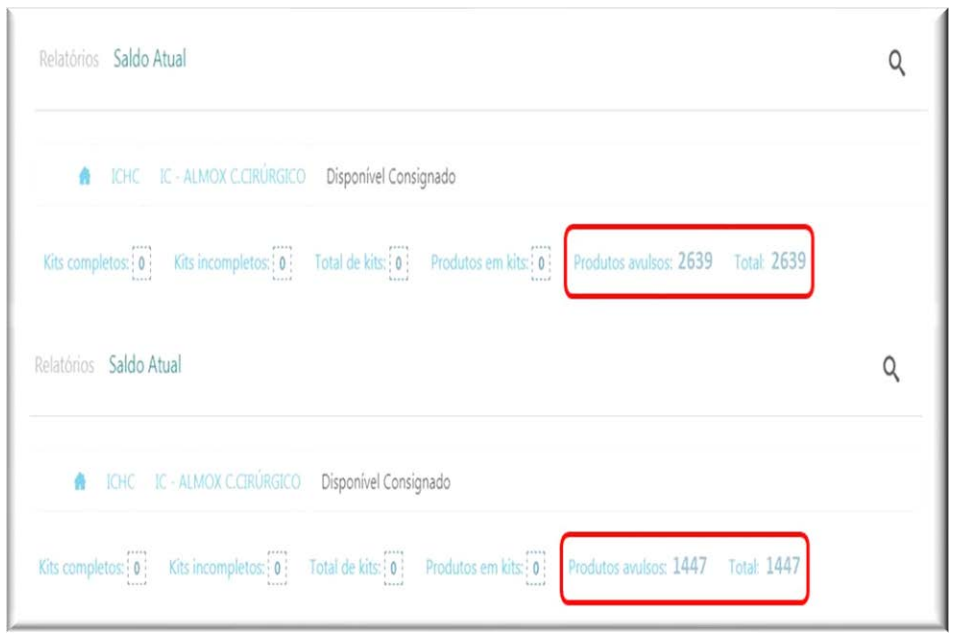


Fig. 2 – Comparação entre o saldo no inicio do adequação do processo e ao término da adequação

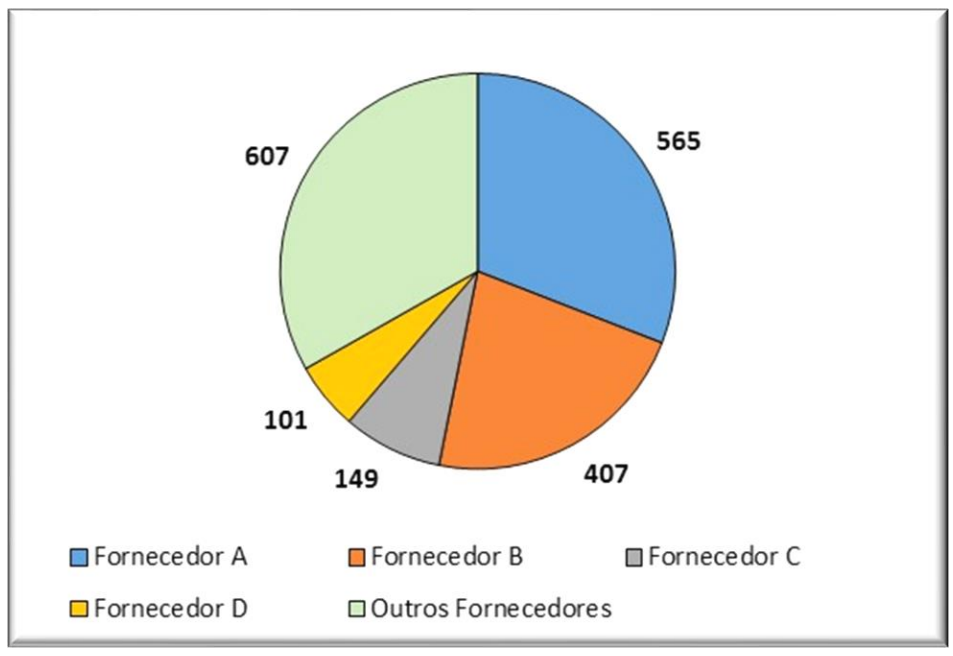


Fig. 3 – Número de itens por fornecedor

Ano	Total de unidades
2020	2639
2021	1447

Tab. 1 Redução de itens consignadas

CONCLUSÕES

Observando o risco de desabastecimento, assim como flutuações da moeda, para a gestão na cadeia de suprimentos, a avaliação realizada foi fundamental, para otimizar os recursos físicos e financeiros, apoiando na sustentabilidade da instituição de saúde e do fornecedor.

REFERÊNCIAS

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020

RODRIGUES, A. L.; CRUZ, R. S. Q.; SOUSA, J. C.; RODRIGUES, L. L. A Importância da Gestão de Estoque na obtenção de Êxito na Administração Organizacional. Id on Line Rev.Mult. Psic., Fevereiro/2020, vol.14, n.49, p. 518-530. ISSN: 1981-1179.

ADESÃO DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS E A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DO NEAR MISS NA UNIDADE INTENSIVA NEONATAL.

Juliana A. Claudino Santana, Cibele Quaranta, Tais Martins Cano, Adriana Ferreira dos Santos

INTRODUÇÃO

A gestão de risco possibilita o reconhecimento de fragilidades e de oportunidades de melhorias que são identificadas nos processos de trabalho. Esse reconhecimento é norteado também pelo registro de incidentes e eventos que possibilita o desenvolvimento de ações visando à qualidade e a segurança nos processos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado no hospital privado na cidade São Paulo, utilizando como metodologia o modelo de melhoria contínua PDCA. A área de escolha foi a Unidade Intensiva Neonatal que apresenta capacidade para 17 leitos. O principal motivo para a seleção da unidade foi à observação e a comparação dos dados analisados no período de janeiro a dezembro de 2019, tendo como principal motivo a baixa adesão ao número de notificações de eventos principalmente com classificação em *near miss.* Para a análise dos dados foram realizadas sessões de brainstorming com os colaboradores da unidade intensiva neonatal para identificação das possíveis causas da baixa adesão das notificações. A causa raiz dos itens identificados foram estratificadas por meio da ferramenta Diagrama de Ishikawa tendo como ferramenta norteadora a aplicação da lista de verificação para identificação da causa raiz principal desse estudo e para priorizar a resolução das causas encontradas foi utilizado à ferramenta de gestão 5W2H que possibilitou o desenvolvimento do plano de ação.

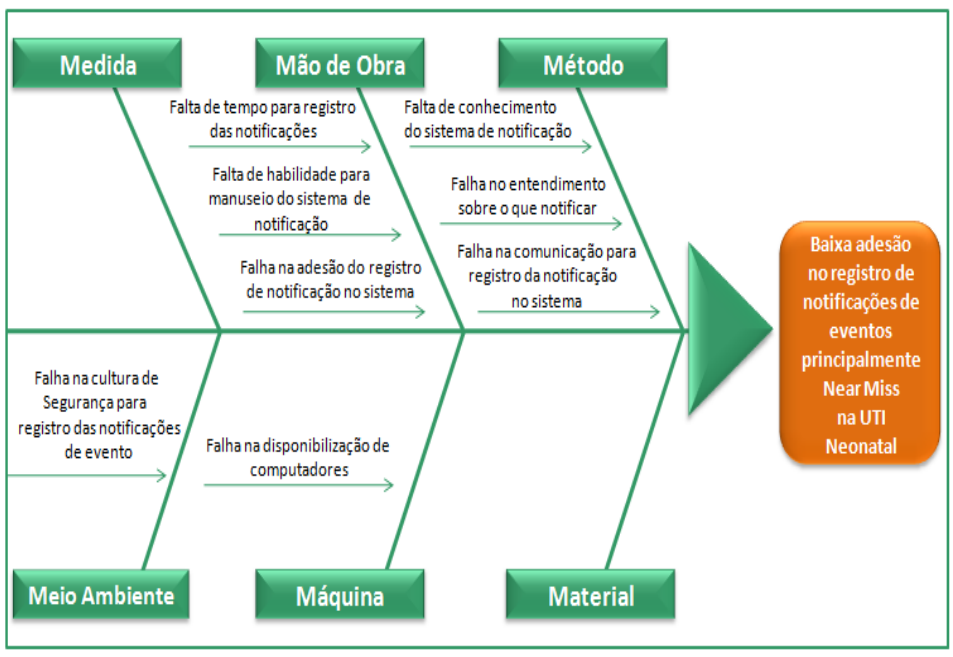


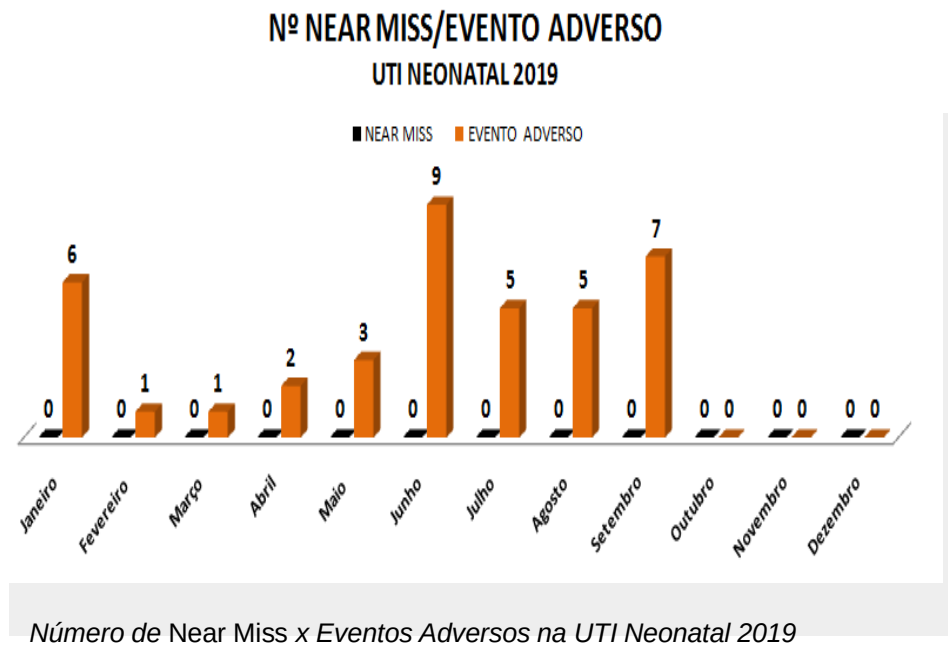
Diagrama de Ishikawa com as causas estratificadas

PLANO DE AÇÃO: 5W2H						
O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO	COMO	QUANTO
1. Abordagem da importância das notificações de eventos, classificações e como realizar a notificação no sistema nos momentos de integração de colaboradores recém contratados.	Proporcionar aprendizado quanto a importância do registro de notificações de eventos e de como realizar o registro em sistema.	Analista da Qualidade	Qualidade	Abril.20	Apresentação e treinamento de colaboradores recém contratados sobre a importância da notificação de eventos, classificação de ocorrências e como realizar o registro em sistema.	Hora trabalhada da analista da Qualidade
2. Desenvolvimento do tutorial em formato de apresentação de textos e imagens da Ferramenta de Notificação de Eventos Adversos.	Desenvolver a habilidade para manuseio do sistema de notificação	Responsáveis na elaboração do projeto/Analista da Qualidade	Qualidade	Maio.20	Elaboração de tutorial com orientações em formato de texto e imagens seguindo a lógica do passo a passo para o registro da notificação no sistema.	Hora trabalhada da analista da Qualidade

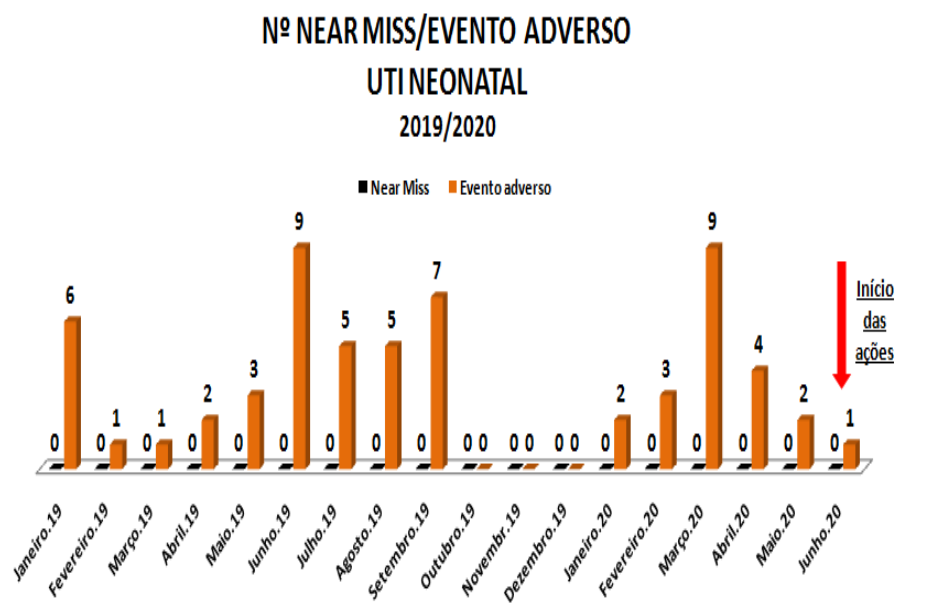
Matriz 5W2H

RESULTADOS

O estudo realizado contribuiu no processo de desenvolvimento do plano de ação e algumas ações foram iniciadas e desenvolvidas com a equipe assistencial com a finalidade de aumentar a adesão das notificações de ocorrências com enfoque na classificação *near miss* da Unidade Intensiva Neonatal.
Enfatizamos que os engajamentos dos colaboradores na percepção das falhas dos processos são fundamentais para o aumento da adesão das notificações e para a ascensão na melhoria dos resultados, bem como a mensuração dos dados registrados que permitirão a visualização da evolução gradual dos registros de notificações e a revisão das ações de melhorias implantadas



Número de Near Miss *x Eventos Adversos na UTI Neonatal 2019*



Número de Near Miss *x Eventos Adversos na UTI Neonatal 2019/2020*

CONCLUSÕES

Diante deste contexto, podemos entender a importância da utilização das ferramentas da qualidade permeando o ciclo PDCA para melhoria contínua dos processos e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Simon AG, Cunha SG, Brito MJ. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. RevEscEnferm USP.2017;(51):e03243.

Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AE, Brito MF, Machado JP. Gerenciamento da Segurança do Paciente sob à ótica dos Enfermeiros. RevEscEnferm USP. 2014;49(2):277-83.

PAINEL DE ACIONAMENTO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA AUTOMATIZADO POR SISTEMA DE *BUSINESS INTELLIGENCE*

Juliane de Pinho Novo, Rafaela Lemos dos Santos Dorte, Jonathan dos Santos Feroldi e Souza

INTRODUÇÃO

Não raramente pacientes internados em leitos de enfermaria evoluem de forma desfavorável. Para auxiliar nas situações de urgências/emergências foi criado o time de resposta rápida (TRR), no entanto, muitos eventos adversos ocorriam na condução destes pacientes, principalmente no cenário de parada cardiorrespiratória (PCR). Escalas de deterioração clínica (DC), como a escala de Mews (Modified Early Warning Scoring), que é baseada em parâmetros fisiológicos (respiração, pulso, pressão sistólica, temperatura e nível de consciência) conseguem prever pacientes que irão evoluir de forma desfavorável, possibilitando o reconhecimento precoce da DC e correto encaminhamento destes pacientes para leitos monitorados. Porém o preenchimento da escala é realizado por técnicos de enfermagem e existe um *delay* entre o preenchimento da escala até o acionamento do TRR e até mesmo falhas em seu acionamento.

METODOLOGIA

Utilizando a escala de Mews (Modified Early Warning Scoring) foi criado o protocolo de Alerta Precoce instituído no Hospital que através de um fluxograma (Figura 1) irá definir o manejo correto de cada paciente. Foi desenvolvido uma ferramenta por sistema de business intelligence (BI/SoftExpert Suite) que através da análise de parâmetros fisiológicos preenchidos pela enfermagem em sistema usual (Philips/Tasy) consegue acionar o TRR sempre em que o Mews for ≥ 4 por meio de um painel de chamadas onde consta o nome do paciente, leito, mews anterior e atual (Figura 2). Nesta primeira etapa do estudo foi avaliada a criação da ferramenta, treinamento de equipes, implantação e dados iniciais.

RESULTADOS

A ferramenta encontra-se em fase de implantação concomitante com treinamento de equipes. Apresenta desde seu início, há 30 dias, uma média de 2 chamadas diárias tendo como pontuação mews médio de 4,57. Todos os casos elegíveis com mews ≥ 6 foram direcionados a terapia intensiva neste período. Não houve PCR em enfermaria desde sua ativação.

CONCLUSÕES

Os dados iniciais demonstram que a ferramenta de Business Intelligence auxilia a equipe no reconhecimento precoce da deterioração clínica, no entanto o fortalecimento de treinamentos com a própria escala de mews pode ter auxiliado nestes desfechos iniciais, sendo necessários novos estudos e metodologias para poder avaliar a eficácia da ferramenta. De qualquer forma, a existência de um painel de chamadas do TRR pode zerar os casos omissos, reduzir o tempo de atraso no acionamento e gerar dados como tempo de resposta da equipe.

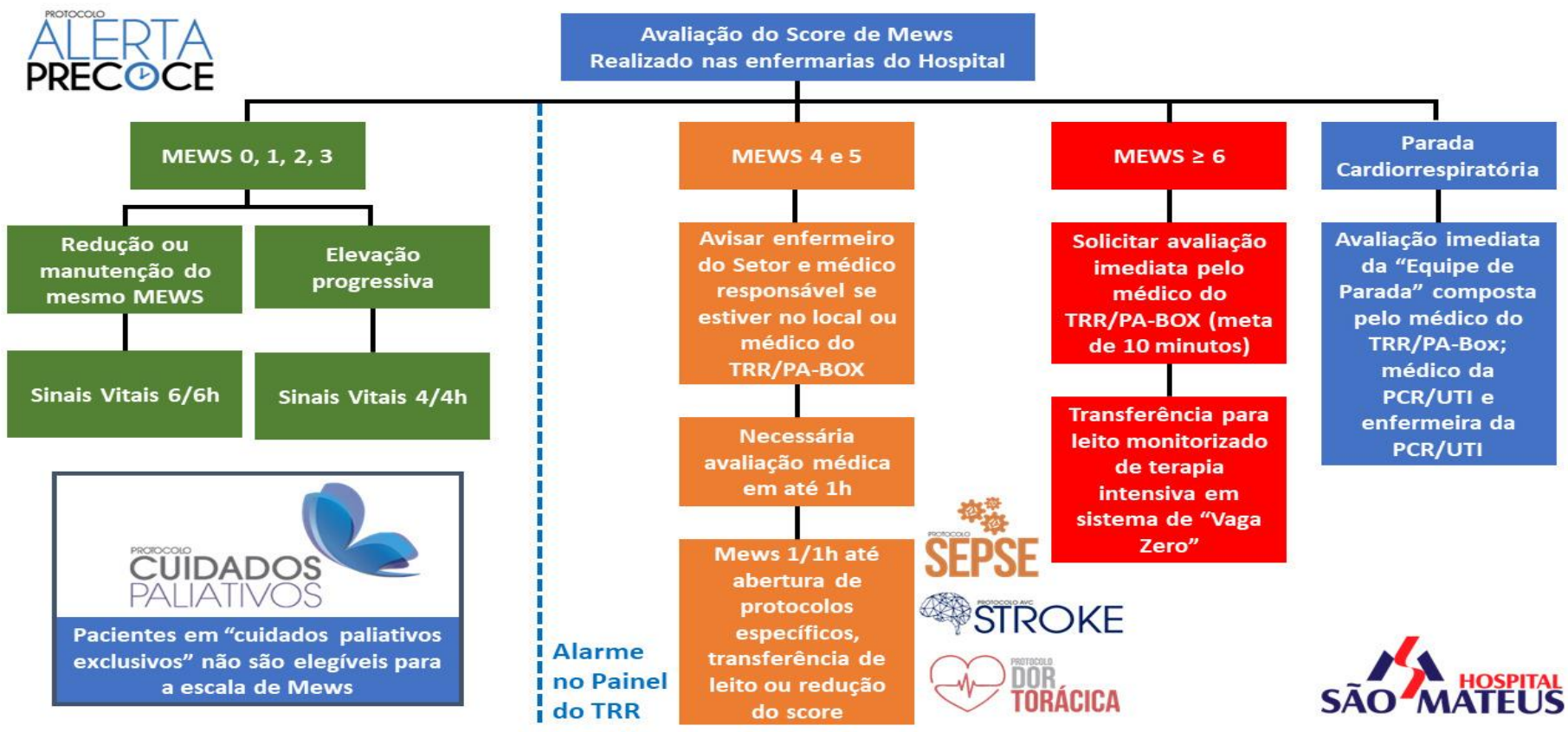


Figura 1: Fluxograma de avaliação do Score de Mews realizado na enfermaria do Hospital / Mews 0-3: Se o paciente estiver em elevação progressiva do Mews deverá realizar sinais vitais a cada 4 horas. Mews ≥ 4 Acionamento no Painel do TRR.

Painel - TRR

ITO	SETOR	CD_UNIDADE	NM_MEDICO_RESP_EUP	QT_PONTUACAO_PRIMEIRA	DT_LIBERACAO	QT_PONTUACAO_MEWS
	POSTO 02	208	CARLOS HENRIQUE ARRUDA SALLES	4,00	12/08/2021 15:18:13	4,00
	POSTO 01	100A	JULIANE DE PINHO NOVO	3,00	11/08/2021 06:47:40	4,00

Figura 2: Painel de acionamento do TRR automatizado por sistema de Business Intelligence / Expressado por Setor da enfermaria, leito, médico responsável pelo paciente, Mews anterior, Mews atual, data e hora da deterioração clínica.

REFERÊNCIAS

Montenegro SMSL.Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em Hospital Público Brasileiro. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde] - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2017.

AMPLIAÇÃO DA INCLUSÃO DE PROFISSIONAIS COM DEFICIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE DIANTE DO CENÁRIO PANDÊMICO

Miriam Branco, Priscila Surita, Taise Miranda, Elaine Mendes e Jadde Rocha

INTRODUÇÃO

No histórico da Instituição, a diversidade e a inclusão eram trabalhadas em atendimento a exigências legais. Acompanhando a linha de evolução, a ampliação da atuação passou a ser estudada. Em 2019 houve um passo importante para o Einstein: O Programa de Diversidade e Inclusão Einstein consolidou iniciativas, trazendo outros recortes em discussão: Pessoas com deficiência, Equidade de gênero, LGBTI+, Etnias e Gerações.

Implantado em meio a pandemia covid19, que provocou importantes reflexões sobre a desigualdade do nosso pais e a importância da pauta ser priorizada. Por meio do Programa D&I Einstein ações de conscientização foram conduzidas e um tema emergiu como oportunidade em um momento que o hospital ampliou as equipes para enfrentamento da pandemia: a contratação de pessoas com deficiência.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi PDCA do inglês: PLAN - DO - CHECK - ACT ou Adjust). É um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos.

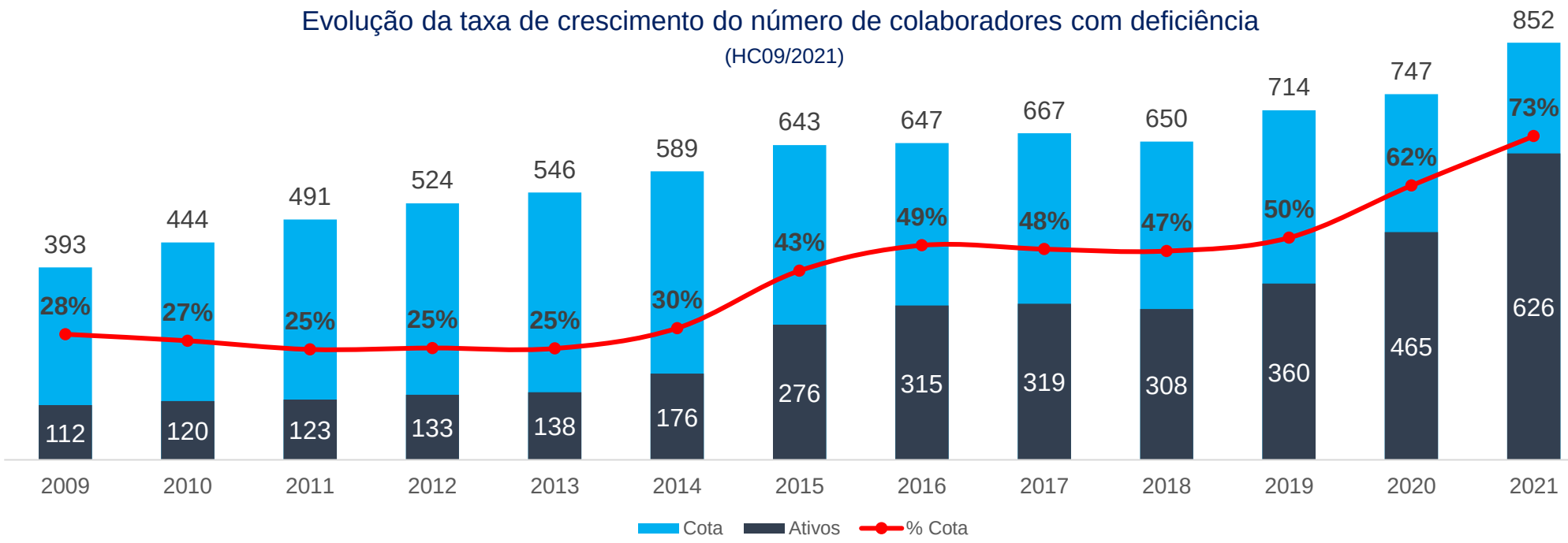
Após estudos realizados dentro do tema Diversidade e Inclusão nas Organizações/pessoas com deficiência, foi utilizado a ferramenta da qualidade 5W2H para estabelecer o plano de ação e brainstorming com a equipe do projeto para propor as soluções que a temática exigia. Além disso, o projeto funciona com base na metodologia ágil, através de squad específico para a temática, com profissionais dedicados no processo através de entregas constantes para que possamos avançar com o tema em nossa Instituição, além da meta legal estabelecida

RESULTADOS

O primeiro movimento foi a mudança de mindset das posições de trabalho que comumente é direcionada para esse público, por meio da implantação de uma premissa de inclusão de profissionais com deficiência em todos os processos seletivos, independentemente do nível e área de atuação. Essa estratégia permitiu o ingresso de diversos talentos, em vagas que até então não eram ocupadas por profissionais com deficiência e a partir desses exemplos, histórias como essa se tornaram cada vez mais frentes.

Além das estratégias da área de Atração e Seleção de profissionais, como ampliação das divulgações para esse público, busca ativa de talentos, condução de processo seletivo exclusivo com pessoas com deficiência em vagas de alta demanda para criação de banco preventivo e alinhamento prévio em expansões estabelecendo metas de inclusão, o Einstein está iniciando um projeto piloto de inclusão de pessoas com autismo na área de tecnologia (big data), realizou a primeira feira de empregabilidade para pessoas com deficiência, foi corealizador do maior congresso de inclusão no Brasil: Genética não é destino, e tem investido em outras oportunidades para que o ambiente interno possa ser cada vez mais inclusivo, como acessibilidade física e digital.

No total, mais de 250 pessoas com deficiência foram admitidas desde 2020 o que representa um crescimento de 69 pontos percentuais no total de contratações e a meta de ampliação desse número hoje faz parte do BSC de todas as equipes, tornando esse posicionamento um dos imperativos estratégicos da instituição.



Categoria profissional	Qntd.
Atendimento	165
Apoio Assistencial	38
Enfermagem	26
Operacional	14
Corporativo	14
Equipemulti	7
Liderança	2

A tabela acima demonstra a distribuição dos 266 profissionais com deficiência contratados desde 2020, por categoria profissional, evidenciando a representatividade em diversas áreas do Hospital.

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como foco aumentar a contratação de pessoas com deficiência. No total, 266 novos colaboradores foram admitidos desde 2020, representando um crescimento de 73 p.p.

Além de atingir esse objetivo, outros ganhos foram obtidos como a melhoria da acessibilidade, conscientização sobreo capacitismo e ampliar o ambiente inclusivo de toda a Organização.

REFERÊNCIAS

Gestão da Qualidade: conceitos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012

ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE GESTÃO HOSPITALAR COMO APOIO NA AVALIAÇÃO DE UMA UTI

INSTITUTO FEDERAL Alagoas Campus Benedito Bentes

Thiago Felix Pinheiro, Roberta Carozo Torres, Roseanne de Souza Nobre

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2021

INTRODUÇÃO

Dada a importância da avaliação do desempenho organizacional para o ajustamento da organização ao seu propósito e ao atendimento de seus objetivos estratégicos é de extrema importância a utilização de metodologias de quantificação qualitativas e quantitativas que expressem de forma confiável e rápida a situação analisada em determinado período de tempo de modo a subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão. Tendo em vista a dinamicidade em que as mudanças tanto intra como extra organizacionais ocorrem, a adoção de indicadores de desempenho é fundamental para assegurar à organização sua sobrevivência. Neste contexto, buscar formas de avaliar a organização de forma eficaz, eficiente, efetiva e com qualidade são imprescindíveis (NASCIMENTO et al., 2011).

Objetivos: investigar correlações entre a taxa de ocupação hospitalar (TOH) com as taxas de média de permanência e mortalidade (TX. MORT.) Em unidade de terapia intensiva (UTI).

Objetivos específicos: mostrar, com base na análise em conjunto dos indicadores, possíveis interpretações que podem auxiliar para a melhoria dos processos internos. Método: trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem quantitativa

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental de cunho descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, pois, conforme Mascarenhas (2012, p. 47) a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de uma população ou fenômeno, além de identificar se há relação entre as variáveis analisadas. Complementando, Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 61) dizem que “a pesquisa descritiva, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”.

Para a análise dos dados utilizou-se abordagem quantitativa que é a qual se caracteriza pela utilização de instrumentos estatísticos, tanto na coleta dos dados como no tratamento e tem a finalidade de medir relações entre variáveis (ZANELLA, 2013, p. 35).

A coleta de dados de indicadores, foi feita por meio de pesquisa documental que tem como característica as fontes dos dados estarem restritas a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 157).

A entidade foi escolhida por conveniência, e está localizada no agreste de Alagoas. O setor escolhido para análise foi a Unidade de Terapia Intensiva Adulto. A escolha do setor foi feita a partir da prévia análise de sua taxa de ocupação (TOH).

O corte temporal escolhido para o estudo foi de 3 anos (janeiro de 2018 a dezembro de 2020); os quais foram colhidos a partir do censo da unidade de internação, extraído de seu software de gestão SALUX®.

Foi averiguada a normalidade da distribuição dos dados através do software IBM SPSS® *Statistics Subscription* por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (correlação de significância de Lilliefors) indicado para analisar a normalidade quando a distribuição contém muitos dados extremos e amostra maior que 30 unidades (MENDES; PALA, 2003).

Por fim, o cálculo e a análise dos indicadores foram feitos com auxílio de software SigmaPlot 14.5®, onde os dados foram dispostos em colunas e suas relações foram averiguadas por meio do teste de correlação de *Spearman*.

RESULTADOS

Verificou-se que a média de permanência (MP), na entidade em questão, se relaciona com a taxa de ocupação hospitalar (TOH), assim pode-se dizer que a MP pode ser afetada pela TOH. Quando é evidenciada a superlotação, os recursos tanto humanos quanto físicos se tornam mais restritos, tornando o tratamento menos efetivo.

Quanto à existência de relação entre a taxa de ocupação hospitalar e a taxa de mortalidade, verificou-se também correlação positiva, de modo que este resultado corrobora com o que a *American College of Emergency Physicians* traz: a superlotação resulta em aumento da mortalidade (ACEP, 2019).

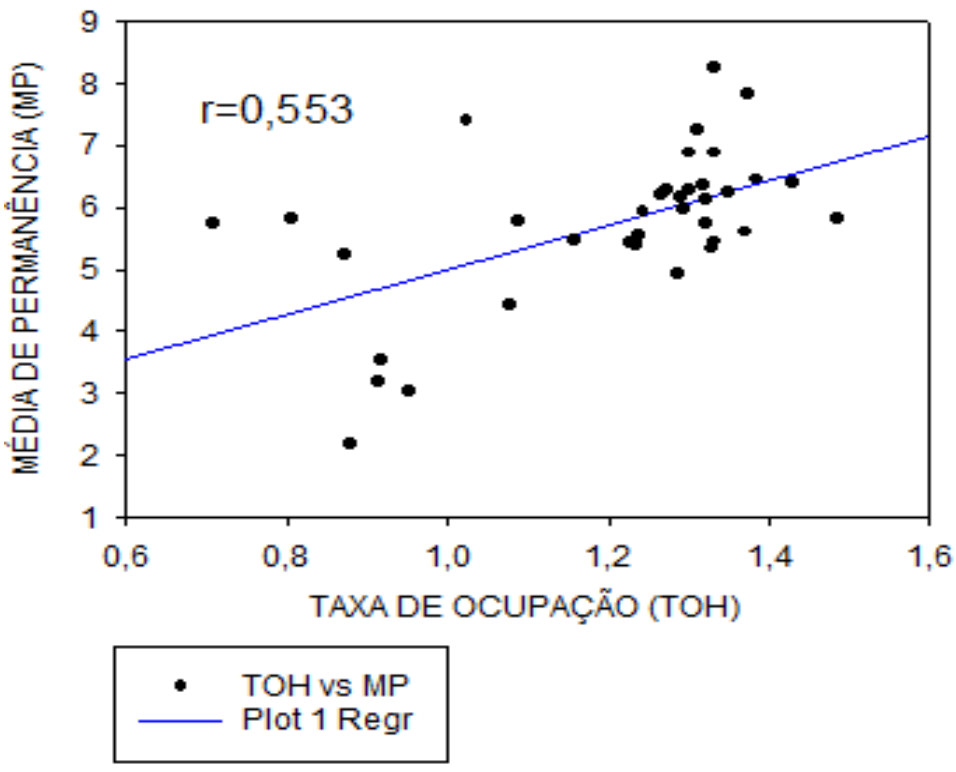


Gráfico 1. Dispersão entre variáveis TOH e MP.

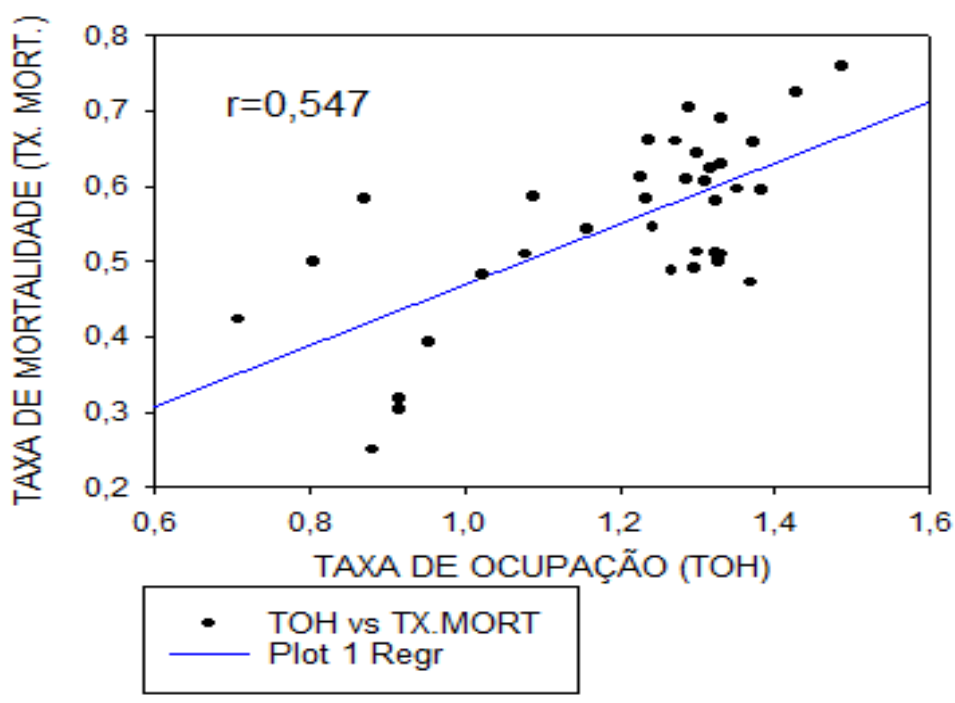


Gráfico 2. Dispersão entre variáveis TOH e TX. MORT.

CONCLUSÕES

Mostrou-se que a análise em conjunto dos indicadores, possibilita interpretações que podem auxiliar para a melhoria dos processos internos. Esse tipo de análise propicia o diagnóstico de situações do dia a dia organizacional de forma técnica, possibilitando aos gestores uma tomada de decisão mais consciente.

Após a identificação dos problemas, quanto à média de permanência, sugere-se que seja adotado o Kanban.

Com relação a superlotação da Unidade de Terapia Intensiva, sugere-se que a entidade em questão busque junto aos órgãos competentes mais leitos.

REFERÊNCIAS

NASCIMENTO, Sabrina do; BORTOLUZZI, Sandro César; DUTRA, Ademar; ENSSLIN, Sandra Rolim. Mapeamento dos indicadores de desempenho organizacional em pesquisas da área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo no período de 2000 a 2008. **Revista de Administração**, [S.L.], p. 373-391, 2011. Business Department, School of Economics, Business & Accounting USP. http://dx.doi.org/10.5700/rausp1018.

ANÁLISE DO PROCESSO TEMPO PORTA-BALÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO CARDIOLÓGICO DE ALTA COMPLEXIDADE

Caroline Kaori Tomo, Patrícia Mora Pereira, Francine Santana Conceição, Paula Cristina Souto de Camargo

INTRODUÇÃO

Mesmo com a redução do volume de pacientes que buscaram a Unidade de Emergência com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) durante o período da pandemia de COVID-19, constatou-se que não estava ocorrendo o cumprimento da meta de tempo do processo Tempo Porta-Balão (TPB) em sua totalidade. Com isso, observou-se a necessidade de analisar cada etapa do processo para identificar possíveis gargalos e propor melhorias viáveis e resolutivas, a fim de garantir um cuidado seguro e humanizado ao paciente.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise retrospectiva do banco de dados do TPB localizado na plataforma da Unidade de Informações Médicas e Hospitalares (UIMH). Esta análise considerou pacientes que passaram por procedimento de cateterismo e/ou angioplastia no período de janeiro até março de 2021. Para o complemento das informações coletadas, também foi realizada a avaliação e leitura de todos os prontuários médicos dos pacientes selecionados.
Os dados foram gerenciados e analisados usando o software estatístico R Studio (versão 1.1.447).
A comparação entre as características gerais e do serviço entre os pacientes que tiveram o TPB ≤ 70 minutos com os que tiveram o TPB > que 70 minutos foi realizada por meio de estatística descritiva. Foi utilizada média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência e porcentagem para variáveis categóricas. As características gerais dos pacientes, do hospital, assim como cada etapa que consiste o processo TPB, foi comparado com o teste qui-quadrado e teste t. Os valores de p foram considerados significativos se p <0,05.

RESULTADOS

A população final do estudo consistiu em 58 pacientes, onde 59% dos casos estavam dentro da meta do TPB de 70 minutos e a mediana do tempo foi de 64 minutos.
Na análise estatística descritiva tanto as características gerais dos pacientes, quanto às características do hospital não apresentaram uma significância estatística conforme ilustrada na Tabela 1. Isso demonstra que estes fatores não estão relacionados ao desfecho clínico do paciente, bem como ao cumprimento ou não da meta estabelecida para o TPB.

Tabela 1. Análise estatística em relação as características gerais e do serviço dos pacientes com IAMCSST que passaram pelo processo TPB.

Características gerais dos pacientes com IAMCSST	TPB ≤ 70 (n= 34)	TPB > 70 (n=24)	valor p
Idade (média (dp))	59,6 (9,9)	57,2 (15,5)	0,47
Masculino (n(%))	24 (71%)	17 (71%)	1
Diabetes Mellitus (n(%))	14 (41%)	10 (42%)	1
Tabagismo (n(%))*	10 (29%)	6 (25%)	1
Dislipidemia (n(%))*	7 (21%)	12 (50%)	0,21
HAS (n(%))	24 (71%)	17 (71%)	1
Doença Coronária Prévia (n(%))*	4 (12%)	8 (33%)	0,14
Infarto anterior (n(%))*	1 (3%)	6 (25%)	0,05
Tempo de dor (média (dp))	533,6 (376,1)	575,4 (418,7)	0,74
Características do serviço	**TPB ≤ 70**	**TPB > 70**	**valor p**
Transferido (n(%))	28 (82%)	18 (75%)	0,72
Acesso radial (n(%))	33 (97%)	19 (79%)	0,16
Permanência (média (dp))	11,3 (17,5)	12,1 (14,6)	0,91
Diurno (n(%))	22 (65%)	13 (54%)	0,59
Dias de semana (n(%))	25 (74%)	21 (88%)	0,33

* Interpretar com cuidado devido a falta de dados

Legendas: IAMCSST, Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST; dp, Desvio Padrão; HAS, Hipertensão Arterial Sistêmica

Desta forma, conclui-se que o principal problema é no processo TPB e não no perfil dos pacientes ou características do hospital como período do atendimento, tempo de permanência, tipo de acesso como radial ou femoral ou se veio transferido de outro serviço de saúde.
Após investigação minuciosa das cinco etapas do processo foi observado que a avaliação das duas primeiras etapas ficaram comprometidas, devido a uma falta considerável de dados do registro do horário que foi realizado o exame de eletrocardiograma, uma vez que este registro é realizado de forma manual e não é automatizado. Isto comprova a importância do registro correto de cada etapa do procedimento para possibilitar o controle do processo.
Conforme ilustra a tabela 2, a terceira etapa do processo (período desde o pedido do cateterismo até a chegada na hemodinâmica) apresentou uma significância estatística ($p<0.05$) que pode estar relacionada ao fato que esta fase foi a que apresentou o pior desempenho, onde somente 26% dos casos atingiram a meta de 15 minutos, apresentando uma mediana de 20 minutos.
A etapa que mostrou um melhor resultado foi a última etapa que seria desde o início do cateterismo cardíaco até a primeira tentativa de abertura da artéria (“balão”), onde em 71% dos casos foi atingido a meta de 26 minutos, sendo que a mediana foi de 17 minutos. Esta foi a etapa que mostrou estar mais estatisticamente correlacionada com a variável de se ter ou não atingido a meta do TPB ($p<0,001$) demonstrando a sua importância e impacto no processo como um todo.

Tabela 2. Comparação entre as etapas do processo TPB.

Etapas do Processo Tempo Porta Balão	Meta do tempo de cada etapa	TPB ≤ 70 (n= 34)	TPB > 70 (n=24)	valor p
Porta - ECG (mediana)*	11	8	10	0,57
ECG - Pedido CATE (mediana)*	11	8	10	1
Pedido do CATE - Chegada na hemodinâmica (mediana)	15	17	27	**0,03**
Chegada na Hemodinâmica - início do CATE (mediana)	7	6	5	0,81
Início do CATE - Balão (mediana)	26	10	36	**<0,001**

*Interpretar com cuidado devido a falta de dados

Legendas: TPB, Tempo Porta Balão; ECG, Eletrocardiograma; CATE, Cateterismo Cardíaco

CONCLUSÕES

Após análise das falhas identificadas no processo por meio da metodologia de Análise de Modo e Efeito de Falha (FMEA), complementada por *benchmarkings* realizados em outras instituições de referência na área de cardiologia, foi possível concluir que, mesmo com a disponibilidade de sistemas de informações para registro dos tempos das etapas do processo TPB, ainda ocorre uma resistência por parte dos profissionais neste registro e a ação mais significativa é garantir a sensibilização, o engajamento e a contribuição de todos os profissionais envolvidos.
Em conclusão, para que haja um progresso efetivo do cumprimento da meta relacionada ao processo TBP, o foco deve estar nos profissionais participantes, sobretudo oferecendo meios para incrementar a integração de cada etapa. Assim, antes da implementação de qualquer tecnologia, é essencial que haja um alinhamento de processos e pessoas, pois trata-se, primordialmente, de um trabalho em equipe.

REFERÊNCIA

Elliot M., Antman, Daniel T, et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST- Elevation Myocardial Infarction. Circulation. 2004; 110: e82 0e292.

Análise dos Impactos de Tempo em um Sistema de Regulação

Celio Ribeiro, Andrea Jesus, Claudia Lunardi, Willian Melo

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui dentre seus instrumentos de gestão utilizados, a regulação em saúde que foi normatizada pela Portaria MS/GM nº1559/2008. O processo de acesso por sistemas desafia a gestão e deve ser objeto de reavaliação para identificar onde a ação do gestor pode melhorar o acesso do usuário à assistência, principal objetivo do SUS[1-2]. Este trabalho analisou os processos de registros no sistema de regulação de acesso da internação capazes de nortear a organização de informações para possíveis melhorias

METODOLOGIA

Realizou-se uma análise exploratória dos registros do Sistema de Regulação de Internação (SER II) utilizado na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Avaliou-se os registros dos eventos de recusa entre 01/06/20 – 31/05/21. Os dados extraídos, tratados e minerados por ferramentas de Data Science, gratuitas e de fácil acesso, utilizando as bibliotecas Python. O processo de regulação possui os eventos mapeáveis no sistema SER, da solicitação a internação do usuário. Identificou-se um caminho com processo linear, contendo 8.412 solicitações de internação (Gráf.1). Verificou-se a adequação dos eventos e a oportunidade de melhoria do sistema. O Evento AGUARDANDO_CONFIRMACAO_RESERVA é o evento registrado no sistema entre a solicitação e a confirmação da internação, sendo o único processo de interseção do Complexo Regulador com o NIR da unidade e crucial na conclusão da autorização de internação e/ou de transferência. No desenvolvimento do sistema, esperava-se a celeridade nos processos dos eventos internos, bem como, das autorizações pelos Complexo Regulador para conclusão de internação, contundentes sobretudo nos caminhos retilíneos.

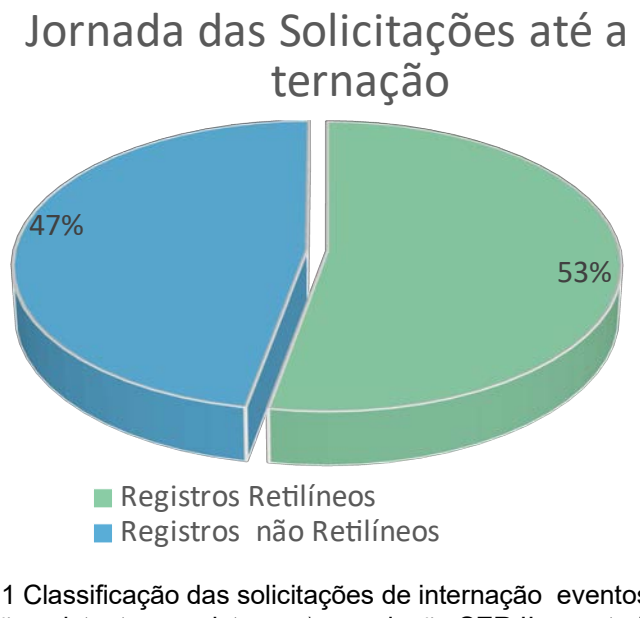


Gráfico 1 Classificação das solicitações de internação eventos ate a conclusão existentes no sistema de regulação SER II no estudo.

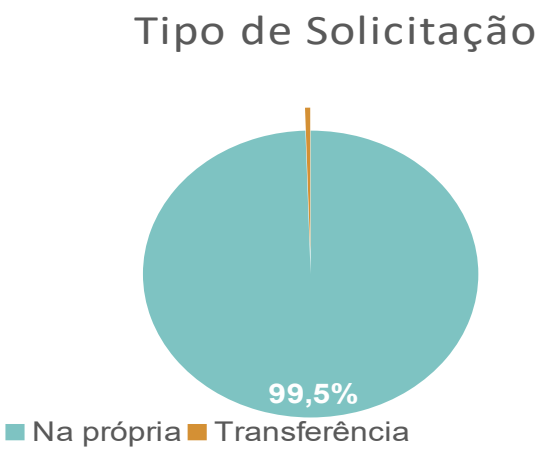


Gráfico 2 Estratificação da amostra quanto o tipo de solicitação de internação e o caráter da mesma.

RESULTADOS

O estudo demonstrou que 99,5% das internações eram para solicitar/comunicar a necessidade de ocupar o leito existente na unidade de origem e 0,5% tratavam-se de transferência. As solicitações de internação foram divididas em caráter Eletivo (63 casos) e de Urgência (8.349 casos) (Gráf.2) e sua avaliação pelo Complexo Regulador é realizado em mediana de 20 minutos. Neste sentido, ao avaliar o tempo entre os inputs da solicitação da internação da autorização de internação, foi observado maior demora nas autorizações das internações Eletivas (133 minutos) que representa 0,7% das solicitações. Enquanto, as internações de Urgência tem uma mediana de 21 minutos para autorização de 99,3% da amostra (Gráf. 3). Analisando o total de internações por tipo de leito, o leito pediátrico apresentou a mediana de 138 minutos e tempo máximo de 196 minutos para conclusão do mesmo processo (Gráf.4).

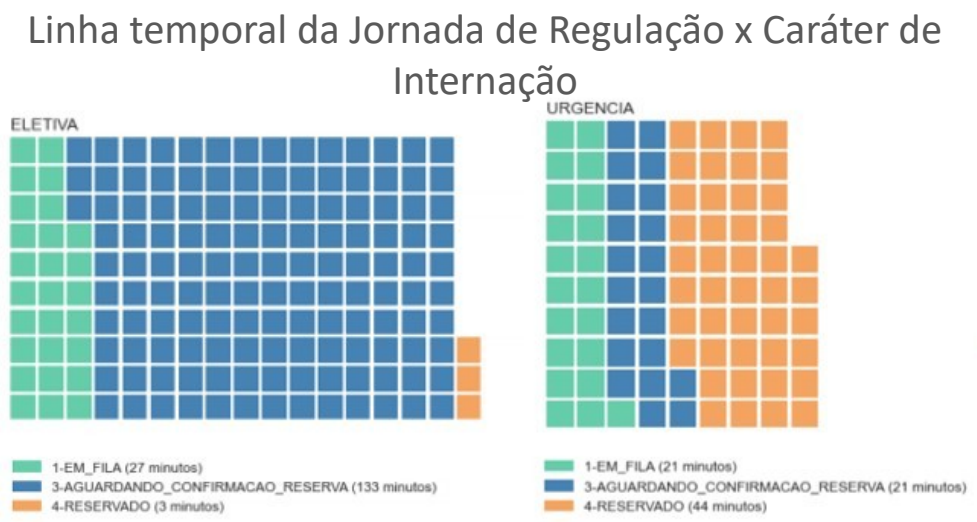


Gráfico 3 - Gráfico de waffle que exibe a distribuição de tempo dos eventos mapeados no sistema de regulação de acesso

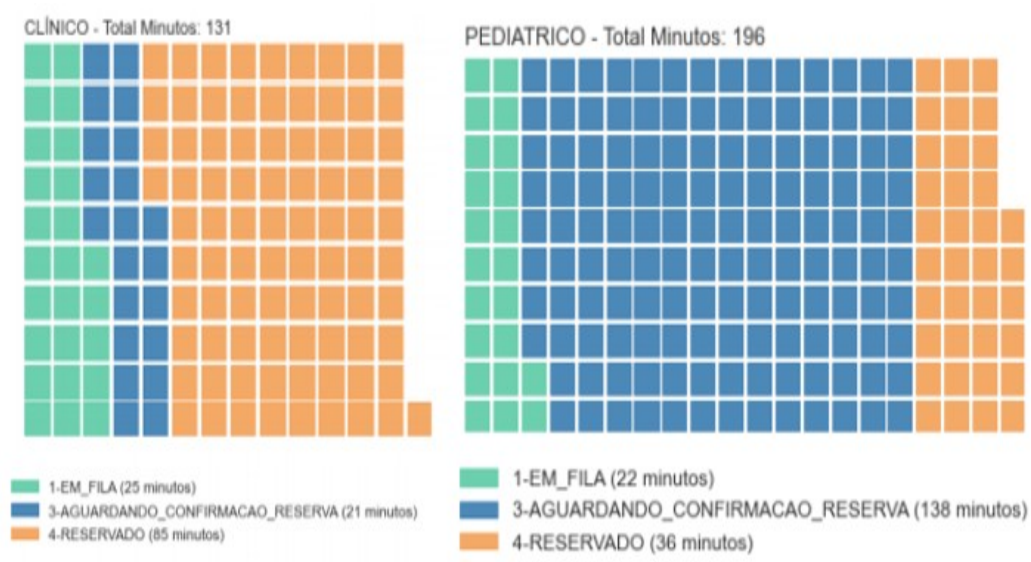


Gráfico. 4 Gráfico de waffle que exibe a distribuição de tempo em intervalo de minutos dos eventos mapeados..

CONCLUSÕES

As análises demonstram: alto tempo para efetivar eventos nos processos ocorridos dentro da unidade solicitante; necessidade de agilidade do NIR no processo do registro do evento; introdução da funcionalidade onde o gestor pode parametrizar a automatização do evento de maior demora como oportunidade de melhoria.

REFERÊNCIAS

[1] Portaria de Consolidação MS Nº 2/2017 - Anexo XXVI : Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.o de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008.
[2] Vilarins, Geisa Cristina Modesto, Shimizu, Helena Eri e Gutierrez, Maria Margarita UrdanetaA regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate. 2012, v. 36, n. 95, pp. 640-647. Disponível em: <>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 2358-2898.

APLICAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE GRAU DE MOBILIDADE COMO AVALIAÇÃO DE DESFECHO EM PACIENTES COVID.

Mary Ellen Figueiredo Ruffato, Renata Alves Barbosa

INTRODUÇÃO

Sabe-se que os pacientes que evoluem com a forma mais grave do COVID-19 enfrentam períodos de internação prolongada culminando em sequelas respiratórias, cardiovasculares, cognitivo-comportamentais, cutâneas, neuro motoras, musculoesqueléticas, disfagias, gênito-urinárias e dor. Estudos realizados já demonstraram que os pacientes submetidos a programas de mobilização precoce apresentam menores índices de fraqueza adquirida na UTI, redução do tempo de permanência sob ventilação mecânica além do restabelecimento da independência funcional contribuindo para melhora da qualidade de vida do paciente pós alta hospitalar. Para que programas de reabilitação sejam empregados corretamente nesta população, é fundamental que se utilizem ferramentas validadas de avaliação, que apresentem critérios mensuráveis e que servirão de informação para determinação de metas terapêuticas e planejamento na assistência. Portanto, o objetivo desse projeto é implementar uma ferramenta de avaliação de mobilidade que seja válida, confiável e responsiva para poder interpretar corretamente as medidas da escala e os efeitos das intervenções terapêuticas fornecidas aos pacientes.

METODOLOGIA

Foram revisadas em literatura escalas de avaliação funcional e escolhida a IMS (ICU Mobility Scale) de acordo com o perfil de pacientes acompanhados pela fisioterapia. Os fisioterapeutas foram treinados na aplicação da escala IMS em fevereiro de 2021. A escala é aplicada na avaliação inicial e repetida em todos os atendimentos fisioterapêuticos. A viabilidade foi avaliada através da adesão do fisioterapeuta à utilização da escala no planejamento da terapia e o desfecho foi avaliado comparando a nota (0 a 10) inicial da escala de avaliação com a nota obtida imediatamente após alta para unidade de internação ou alta hospitalar.

	CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO
0	Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe - não se movimenta ativamente.
1	Sentado no leito (exercícios no leito)	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergometro, exercícios ativo assistidos sem sair do leito ou sentado à beira leito.
2	Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira leito.
3	Sentado à beira leito	Pode ser auxiliado pela equipe mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4	Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés em posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado uso do guincho ou prancha ortostática.
5	Transferência do leito para a cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isso envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação).
6	Marcha estacionária (à beira leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio.
7	Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas.
8	Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 1 pessoa.
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com uso de dispositivo de marcha, mas sem auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, esse nível de atividade implica em se locomover com cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/ cadeira.
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros de leito/ cadeira sem o uso de dispositivo de marcha ou auxílio de outra pessoa.

Tabela 1 - ICU Mobility Scale (IMS). Fonte: Kawaguchi, Yurika Maria Fogaça - São Paulo 2016.

RESULTADOS

Entre março e junho de 2021 foram avaliados 64 pacientes utilizando a escala IMS. A adesão à escala foi de 88% em março e 100% nos demais meses, mostrando a alta adesão da equipe na implementação desse processo. Dos pacientes acompanhados 52,5% evoluíram com melhora de seu status funcional, 45,5% com manutenção deste e 2 % com piora do grau de mobilidade.

Com relação à classificação do IMS no dia da alta, 73% saíram com IMS maior que 5, o que denota a capacidade de se transferir de forma independente para a poltrona e 36% saíram no IMO Maior que 7, o que denota a capacidade de deambular com ou sem auxílio por no mínimo 5 metros antes da alta.

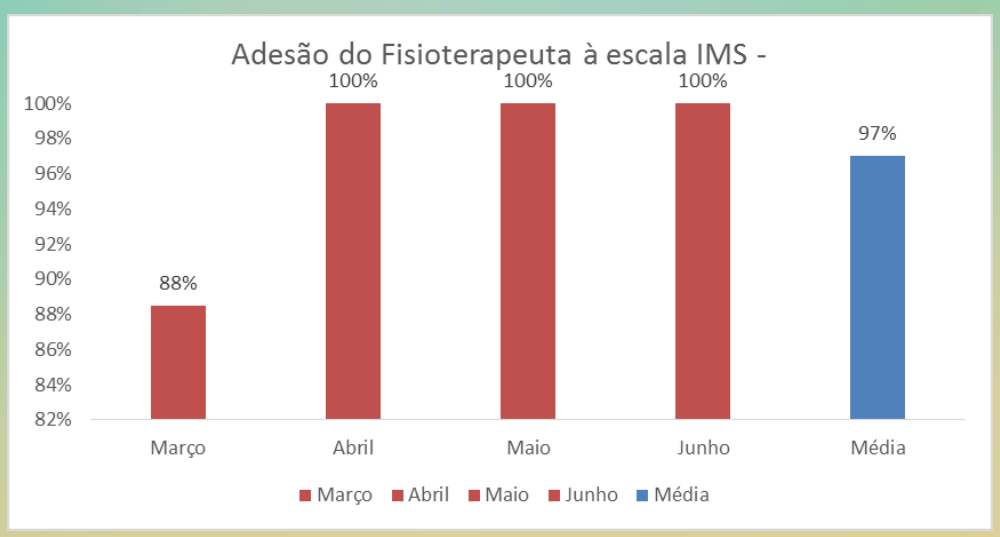


Gráfico 1 – Adesão do Fisioterapeuta à aplicação da escala IMS 9Icu Mobility Scale) nos períodos de março a junho de 2021.

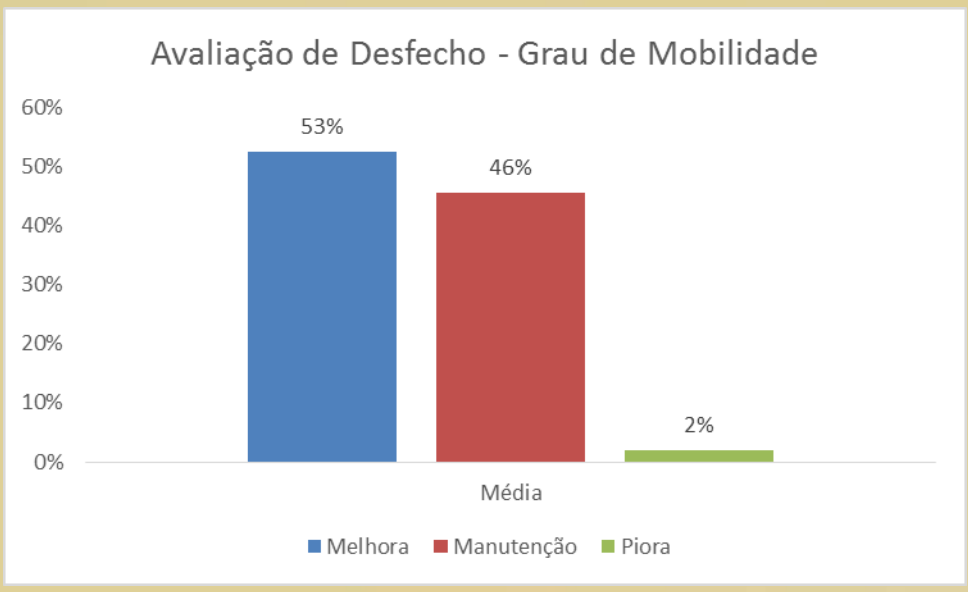


Gráfico 2 –Taxa de pacientes que evoluíram com Melhora, manutenção ou piora do grau de mobilidade comparando avaliação inicial e pós alta do setor.

CONCLUSÕES

Concluímos que houve boa adesão à escala e foi atribuído à facilidade de aplicação, além de ser sensível para avaliação do grau de mobilidade do paciente internado por COVID-19 em unidade de terapia intensiva favorecendo e guiando as estratégias do programa de mobilização precoce adotados para esses pacientes e propiciando avaliação de desfecho.

REFERÊNCIAS

Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2012;23(1):5-13.

Kawaguchi, YMF ; Nawa, R. K. ; Borghetti, T. F. ; Martins, L. ; Pires-Ñeto, R. C. . 'PERME Intensive Care Unit Mobility Score' e 'Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS)': Cross Cultural Validation and Reliability of the Portuguese Version. In: American Thoracic Society 2016 International Conference, 2016, São Francisco. A25. CRITICAL CARE: FUNCTIONAL OUTCOMES IN ICU SURVIVORS, 2016.

Paton M, Lane R, Paul E, Cuthburtson GA, Hodgson CL. Mobilization During Critical Illness: A Higher Level of Mobilization Improves Health Status at 6 Months, a Secondary An alysis of a Prospective Cohort Study. Critical Care Medicine. 2021 Sep;49(9):e860-e869. DOI: 10.1097/ccm.0000000000005058. PMID: 33967203.

Aplicativo Meu Clínicas: centrado no cuidado e nas necessidades do paciente

Caroline Ziani Dalla Pozza, Fabrício Rodrigues Oliveira, Daniel da Silva Jegorschki Santos, Giovani Souza Silveira

INTRODUÇÃO

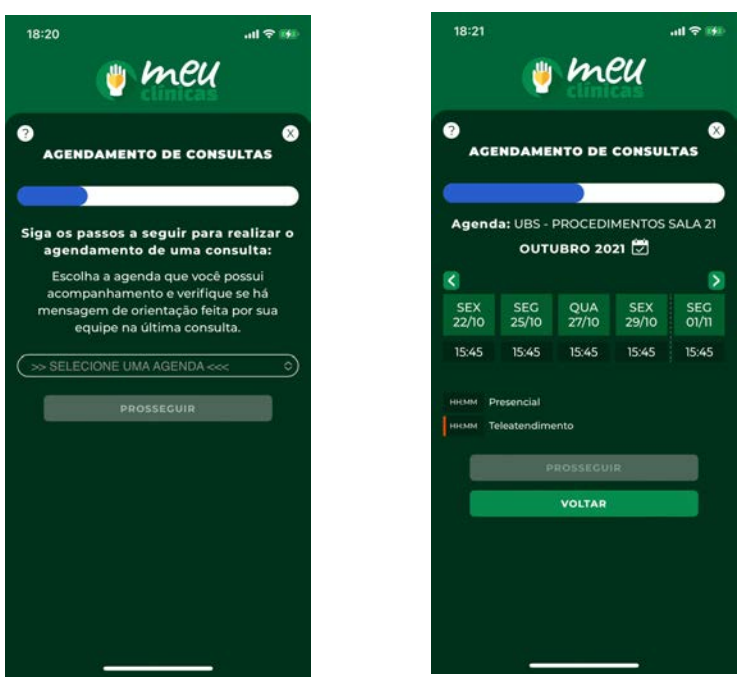
O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) realiza, em média, 2.000 consultas por dia. Com o início da pandemia do COVID-19, em março de 2020 as consultas do Ambulatório foram canceladas conforme decreto do gestor municipal, permanecendo apenas as consultas consideradas essenciais na modalidade presencial. Com o retorno gradual dos atendimentos do Ambulatório, foi necessário disponibilizar aos pacientes uma ferramenta simples e segura para a remarcação de todas estas consultas perdidas. Esta importante demanda foi desenvolvida no aplicativo do paciente Meu Clínicas.

METODOLOGIA

A equipe multiprofissional do Meu Clínicas, após analisar as demandas e possibilidades de entrega rápida, desenvolveu o auto agendamento do paciente. O processo envolve a visualização da agenda disponível com os horários livres para marcação na especialidade de acompanhamento do paciente.

Objetivo: Desenvolver, no aplicativo do paciente, uma ferramenta de auto agendamento de consultas.

Tela de login e menu dos serviços oferecidos pelo aplicativo Meu Clínicas, o aplicativo para os pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.



Etapas do processo de agendamento de consultas pelo paciente: seleção da agenda, escolha da data/hora e confirmação.

RESULTADOS

Através de um calendário, o paciente pode escolher o melhor horário e a modalidade da consulta (presencial ou tele). O aplicativo faz uma análise e disponibiliza somente as agendas em que o paciente está em acompanhamento e que já não possui consultas futuras marcadas. O auto agendamento de consultas foi disponibilizado em 12/04/2021. Até 31/07/2021 foram agendadas 4.173 consultas pelo aplicativo, evitando deslocamento, riscos e custos por parte dos pacientes. O acesso ao aplicativo também teve um crescimento importante. Estamos com mais de 27 mil usuários cadastrados e média de 1.000 novos cadastros por mês.

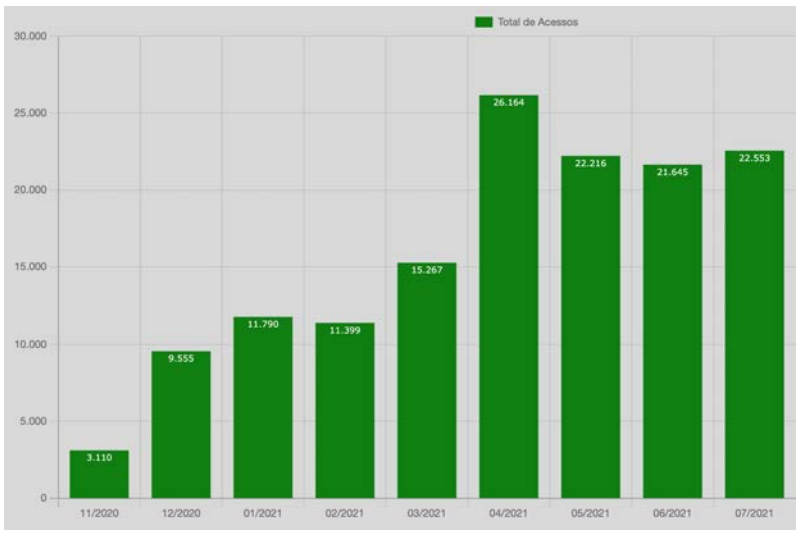
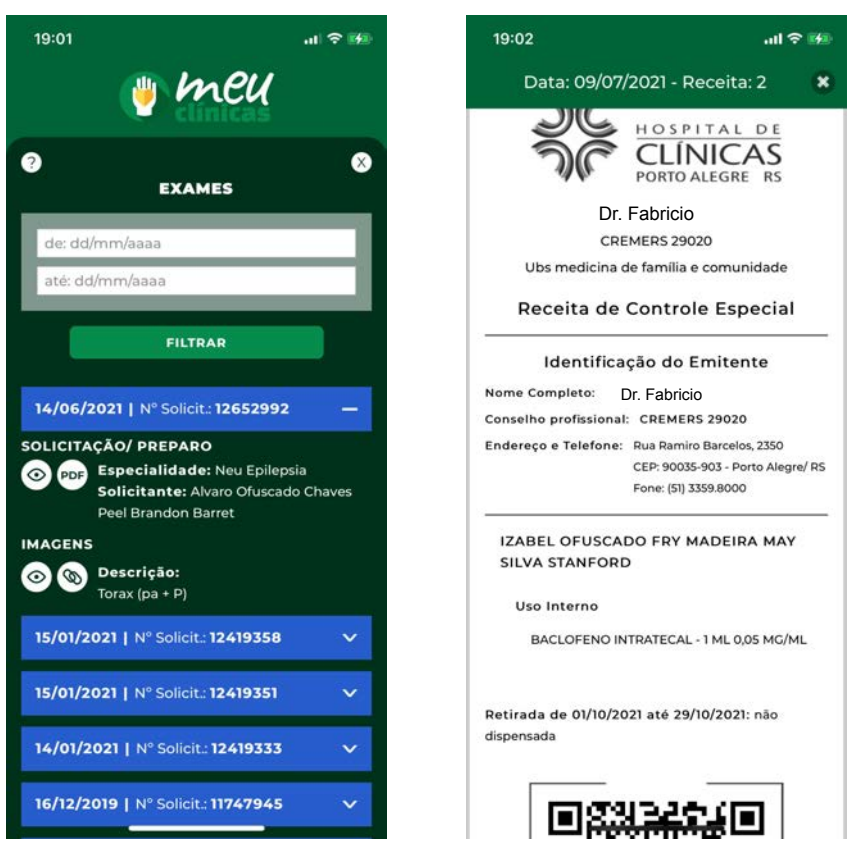


Gráfico que representa o crescimento de acesso e utilização do aplicativo.



A consulta de exames e receitas do pacientes são algumas das funcionalidades também disponíveis no aplicativo.

CONCLUSÕES

O HCPA possui como um de seus valores institucionais o cuidado centrado no paciente. Alinhados a este objetivo, a equipe do Meu Clínicas trabalhou de forma inovadora, ágil e integrada para dar uma resposta à necessidade de reagendamento de consultas perdidas na pandemia, além de novos agendamentos evitando o deslocamento do paciente até o HCPA. O auto agendamento de consultas foi uma grande inovação para pacientes SUS, desenvolvido nos mesmos moldes e com os mesmos recursos que encontramos em clínicas e hospitais privados. O aplicativo do paciente Meu Clínicas pode ser baixado nas lojas de aplicativos de celulares (Google Play e Apple App Store) e acessado pela internet. Novas funcionalidades que estão em construção, sempre com o objetivo de entregar ao paciente respostas para as suas necessidades no momento em que elas surgem.

APRENDENDO COM A PANDEMIA COVID 19: A EXPERIÊNCIA DAS AUDITORIAS NO MODELO REMOTO.

Helidea Lima de Oliveira; Fabiana Nogueira de Oliveira; Adelaide F. Breda de Souza Antunes

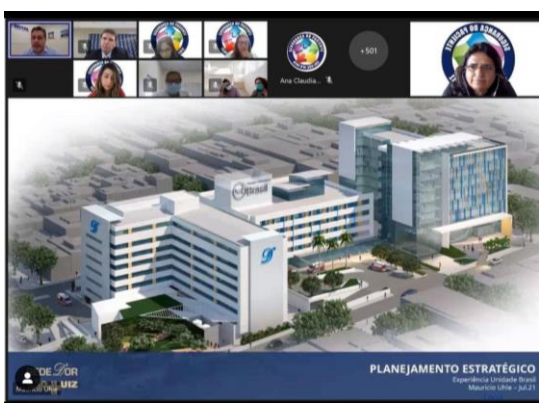
INTRODUÇÃO

A Pandemia por COVID-19 fez com que as organizações repensassem os métodos de trabalho atuais, devido as diretrizes de distanciamento social e as restrições de viagens; influenciando no uso de ferramentas que podem ajudar a continuar com as rotinas de forma segura, como por exemplo a auditoria remota. Um estudo realizado por Hasegawa et al (2020) comparou o resultado das auditorias presenciais e remotas de 136 hospitais e demonstrou que não houve diferença significativa entre os dados. O objetivo desse estudo é relatar a experiência da utilização do modelo remoto nas auditorias em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência do Escritório de Qualidade Corporativa de uma rede de hospitais privados, sobre a realização de auditorias no modelo remoto no 1º semestre de 2021, a fim de manter os padrões de qualidade e segurança dos hospitais e compartilhar as boas práticas. Para realização das auditorias, foi elaborado um manual de esclarecimento do novo modelo, sinalizando os pontos importantes durante o preparo e as etapas a serem seguidas pelo hospital. As avaliações foram realizadas através do Microsoft Teams e baseadas em um instrumento construído pela própria equipe, nos moldes das certificações existentes nos hospitais. Ao término de cada auditoria, as unidades receberam uma pesquisa de satisfação para levantamento das oportunidades de melhoria.

Manual de orientações para visitas técnicas remotas, desenvolvido pela equipe.

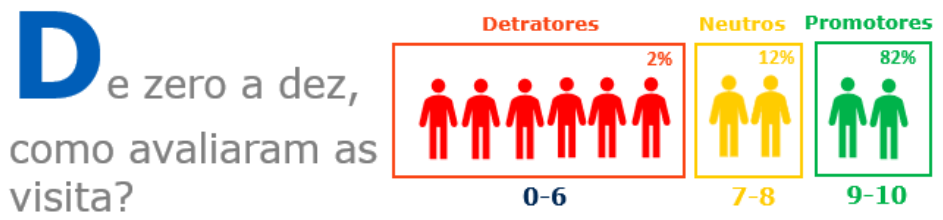


Auditoria Remota via Microsoft Teams na Unidade Brasil - SP.

Auditoria Remota via Microsoft Teams na Unidade Jutta Batista - RJ.

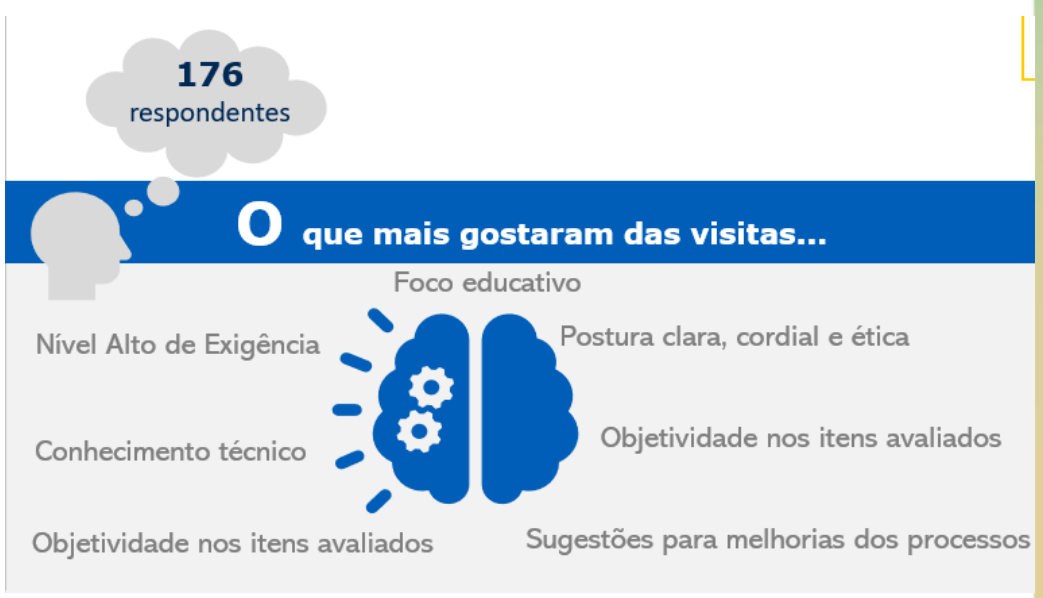
RESULTADOS

O novo modelo permitiu que 27 Hospitais localizados pelas Regionais Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste fossem avaliados. Desses, 82% deram nota 10,0 na pesquisa de satisfação., conforme o infográfico a seguir:



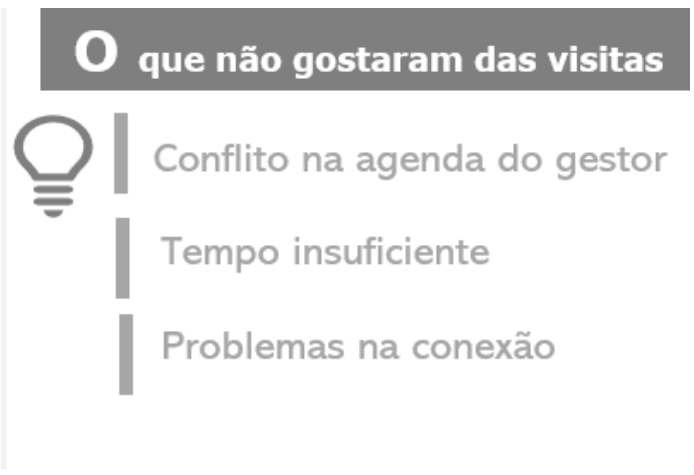
Infográfico da pesquisa de satisfação pós visita técnica.

Em relação ao tempo de auditoria, 89% consideraram o tempo correto. Entre os pontos positivos citados, destacam-se: foco educativo, postura das avaliadoras e objetividade dos pontos avaliados.



Infográfico da pesquisa de satisfação pós visita técnica: pontos positivos

Como oportunidade de melhoria, os hospitais sinalizaram a dificuldade com a conexão de Internet e conflitos na agenda quando mais de um setor é liderado pelo mesmo gestor.



Infográfico da pesquisa de satisfação pós visita técnica: pontos negativos.

CONCLUSÕES

É possível concluir através da experiência acumulada até o momento que o novo modelo de auditoria tem gerado uma satisfatória aceitação das unidades. Ainda é escasso publicações brasileiras sobre o tema e espera-se que esse estudo incentive outras organizações a aplicarem o modelo e analisarem seus efeitos, benefícios e limitações.

REFERÊNCIAS

- Hasegawa H, Takahashi A, Kanaji S, et al. Validation of data quality in a nationwide gastroenterological surgical database: The National Clinical Database site-visit and remote audits, 2016-2018. Ann Gastroenterol Surg. 2020;00:1–8. https://doi.org/10.1002/ags3.12419. Acessado em 01/09/2021

APRENDIZ DA SEGURANÇA: FORTALECIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS.

Danielly Oliveira Pitombeira, Larissa Dezotti Stefani, Ana Paula Oliveira e Luciane Matos Torrano

INTRODUÇÃO

Os hospitais são ambientes complexos, com cenários e condições diversas que contribuem para a ocorrência de eventos relacionados ao cuidado em saúde. Com o intuito de minimizar riscos, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado em 2013, propõe estratégias e apoia ações para mobilização dos profissionais de saúde dentro das instituições. Para tanto, os serviços de Educação Permanente e Qualidade de um hospital filantrópico de referência no município de Piracicaba (SP) criaram o projeto intitulado "Aprendiz da Segurança", para disseminação de boas práticas para um cuidado seguro.

METODOLOGIA

Foram selecionados técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam nos setores de internação clínico e cirúrgico, pronto atendimento, unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico para compor as equipes dos chamados "aprendizes da segurança". Os aprendizes são profissionais capacitados e desafiados a disseminar boas práticas para sua equipe dentro dos setores que atuam, de acordo com o tema do mês. O projeto teve início este ano e no primeiro semestre contou com desafios envolvendo protocolo de prevenção de queda, cultura de notificação e cuidados no manejo de dispositivos invasivos. Os desafios foram desde a elaboração de vídeos sobre prevenção de queda às discussões com equipes dos diferentes setores sobre a importância de registrar eventos e cuidados necessários para manutenção de dispositivos invasivos (drenos, cateteres venosos e vesicais). Os aprendizes vencedores no mês são recompensados com brindes e um valor fixo é creditado no "ticket merecimento", benefício oferecido pela instituição àqueles colaboradores que cumprem os requisitos.

Premiação da equipe de aprendizes da segurança, vencedoras no mês de abril.

RESULTADOS

Houve impacto positivo na assistência nos setores onde os aprendizes atuaram no primeiro semestre. O SCIH apontou redução no número de dispositivos invasivos nas unidades de internação durante visitas de rotina; redução das IPCS nas unidades de terapia intensiva; aumento no número de notificações, de 281 para 417 registros com o início do desafio. Além do impacto intangível: aumento na busca por informações sobre boas práticas e interesse nos protocolos institucionais voltados a assistência segura.

Recorte do vídeo produzido pelos aprendizes da segurança da UTI, com a composição de uma música acerca do Protocolo de Prevenção de Queda.

Recortes do vídeo produzido pela equipe do Centro Cirúrgico para disseminar o Protocolo de Prevenção de Queda.

Jogo "torta na cara", montado pelos aprendizes da segurança do Pronto Atendimento, com perguntas e respostas sobre protocolos institucionais.

CONCLUSÕES

No primeiro semestre de execução do projeto, foi perceptível a mudança no papel dos "aprendizes da segurança", antes agentes passivos do processo; agora protagonistas do cuidado seguro e disseminadores de boas práticas, baseadas nos protocolos assistenciais da instituição.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Brasília, 2013.

ATENDIMENTO REMOTO AO PACIENTE SUS EM MEIO À PANDEMIA: UM LEGADO PARA TODO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS

CELITA FRAPORTI, DIANA INDIARA ROCHA JARDIM, IZADORA GUEDES DA SILVEIRA, CRISTIANE WEBER.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2021

INTRODUÇÃO

Em março de 2020, os procedimentos eletivos foram suspensos em decorrência da pandemia da COVID-19 e milhares de consultas foram canceladas. O Hospital São Lucas da PUCRS buscou alternativas para não desassistir esses pacientes e lançou o programa **A Saúde não Espera**, que teve como **OBJETIVO** minimizar os danos causados pelo contexto de restrição, garantindo um atendimento humanizado e de qualidade.

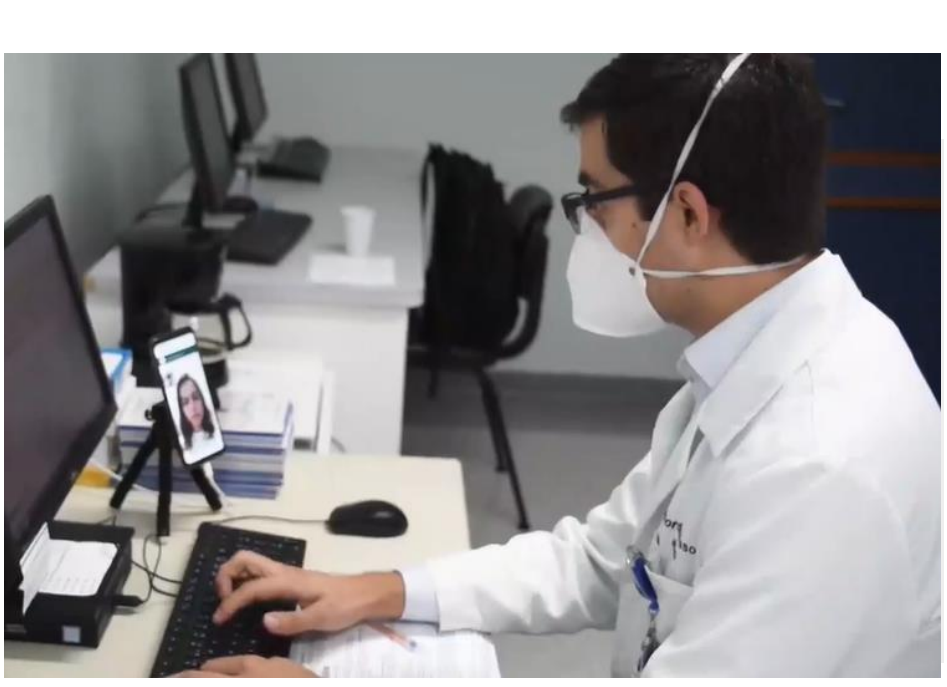
METODOLOGIA

Foi utilizada a METODOLOGIA SCRUM, com sprints diários, com as principais etapas de diagnóstico do cenário; cancelamento dos atendimentos; capacitação das equipes; instalação de sistemas, processos e tecnologia; aquisição de *webcams* e contratação de softwares; adequação de protocolos assistenciais, estrutura física, fluxos de trabalho e acesso de pessoas. Frente à escassez de recursos tecnológicos, as primeiras teleconsultas foram realizadas através de ligações telefônicas, como uma estratégia de atendimento remoto contingencial. Logo, foi testado um aplicativo por vídeo pelo celular, com envio do link por WhatsApp, o que não se mostrou como a melhor estratégia. Então, buscou-se uma ferramenta que preservasse a integridade do paciente e da equipe, em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Por isso, atualmente, as teleconsultas são realizadas pelo sistema vinculado ao prontuário do hospital, com todos os recursos para garantir a proteção de todos. Um desafio enfrentado até hoje é o de tranquilizar os pacientes para um tipo de consulta nada habitual, orientando didaticamente que permaneçam em casa, em local iluminado, com a bateria do telefone com carga, tendo em mãos papel e caneta.

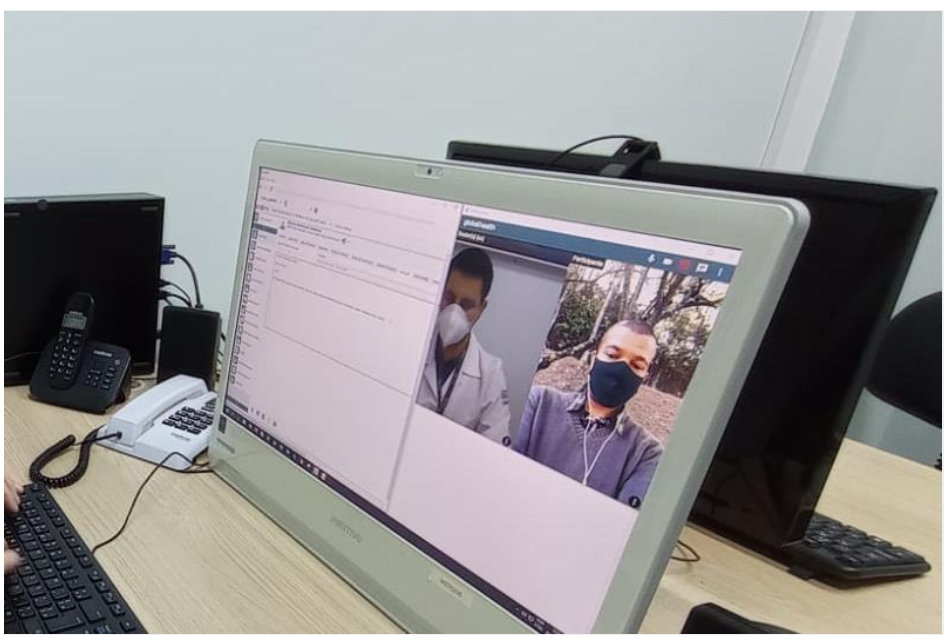
Atendimento ao paciente SUS por telemedicina com médico da Urologia.

RESULTADOS

Em 2020: 20 mil mensagens via SMS, em menos de 24 horas; 2252 teleconsultas; 9550 laudos e receitas, online ou impressos; 3000 e-mails e 376 cartas com documentos complementares. Envolvimento de 100 colaboradores e de aproximadamente 300 médicos. Em 2021, com a expansão da telemedicina no hospital, foram adquiridas mais 30 webs câmeras, contando com mais médicos nos atendimentos e novas estratégias de monitoramento de pacientes à distância, somando mais de 2674 teleconsultas.



Ações levaram à produção superior a 2.600 consultas em 2021, com o atendimento qualificado de médicos como o neurologista Giordani dos Passos.



Tecnologia que permite interação em tempo real entre médico e paciente possibilitou confiança e alívio a milhares de pessoas.

CONCLUSÕES

Este é um trabalho gradativo com aprendizados e aprimoramentos diários, que traz a otimização de recursos públicos e privados, colocando o paciente no centro do cuidado, ficando como legado a transformação digital para o hospital e para o país, pois hoje é referência de benchmark para outras entidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Mensagem no. 191, de 15 de abril de 2020. Diário Oficial da União. 16 de abril de 2020;73(6); CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 7 maio 2021.; DE SOUZA RAMOS, Raquel et al. Qualidade em Enfermagem Oncológica e Saúde em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) em Tempos de Pandemia da Covid-19, Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. Tema Atual, 2020; MOROSINI, Liseane et al. Tecnologia a serviço da saúde: adotada em caráter emergencial na pandemia, entenda o que é telemedicina, se ela veio para ficar e como pode ajudar a ampliar o acesso à saúde. 2021; RUBIN, Kenneth S. Scrum Essencial: Um guia prático para o mais popular processo ágil. Alta Books Editora, 2018.

AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA APRIMORAR O PLANEJAMENTO DA TRANSFERÊNCIA E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Bárbara Taísa Assis Soares de Castro, Janaína Régis Lemos Barbosa, Marcel Albuquerque, Tathiane Moraes Pinto Santana

INTRODUÇÃO

O processo de encaminhamento, transferência e/ou alta de pacientes inclui entender suas necessidades de cuidado e garantir um transporte seguro para casa ou para a próxima unidade de cuidados. Para essa transferência é necessária uma comunicação efetiva e pautada na clínica do paciente. A pandemia COVID-19 trouxe um cenário para as instituições de pacientes mais graves e complexos quanto ao acometimento da COVID-19 e suas comorbidades. A auditoria é uma ferramenta que pode apoiar nesse processo avaliativo, para identificar *gaps* e melhorias priorizando a qualidade e segurança.

METODOLOGIA

Demonstrar a importância de monitorar o processo de transferência para a segurança dos pacientes.Trata-se de um relato de experiência do tipo Auditoria Retroativa em prontuário com avaliação de formulários, embasada em instrumento específico, conforme os elementos de mensuração da *Joint Commission International*.

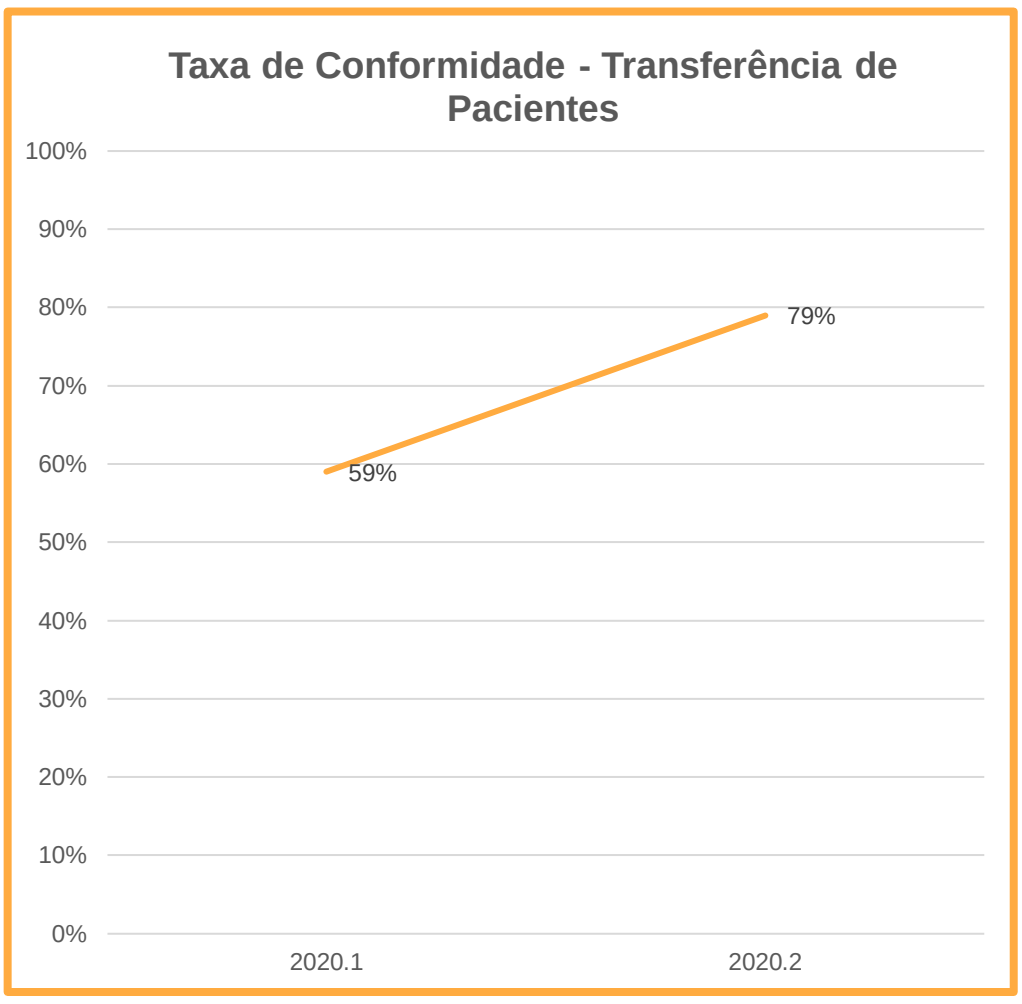


Gráfico de Taxa de Conformidade de Transferência de pacientes

RESULTADOS

A auditoria foi construída para a avaliação da conformidade do processo e dos registros de solicitação médica, solicitação de ambulância, relatórios de altas médica e de enfermagem e acompanhamento do serviço social. Nos anos de 2020.1 alcançou-se 59% de conformidade. Processos foram reavaliados e organizados para que os pacientes fossem transferidos com segurança e a continuidade da assistência assegurada conforme suas demandas. Foram realizados comunicados médicos sobre a importância da alta completa para a transição do cuidado, solicitação de ambulância contemplando os equipamentos médicos, insumos e medicamentos adequados, relatórios e acompanhamentos multidisciplinares contemplando as necessidades específicas para a continuidade. Aliado a este processo foi criado um monitoramento para assegurar o transporte seguro, comunicando-se com a instituição ou empresa responsável sobre a transferência e avaliação da experiência do paciente/familiar na transição do cuidado. Após as ações foi realizada outra auditoria e alcançou-se 79% de conformidade.

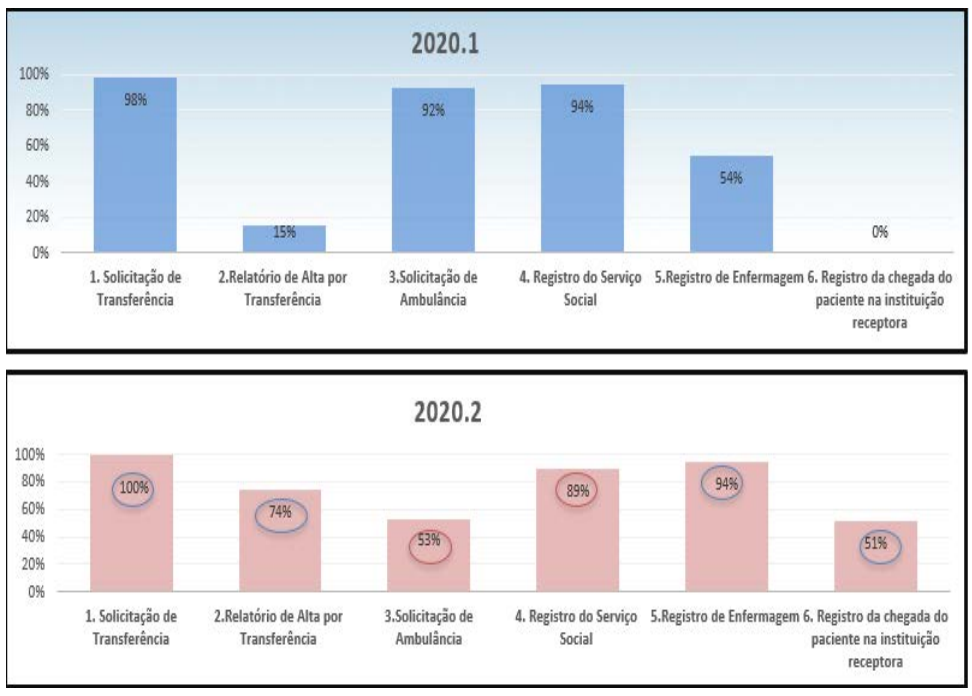


Gráfico de Taxa de Conformidade das etapas do processo

CONCLUSÕES

A avaliação deste processo permitiu compreender todas as etapas do cuidado ao paciente desde o planejamento da sua transferência baseada nas suas necessidades e demandas clínicas até a sua chegada na instituição prezando pela assistência e qualidade do seu cuidado.

Referências

Trovó SA, Cucolo DF, Perroca MG. Transfer of patients in hospital units: impacts on nursing workload. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e0327. doi: https://doi. org/10.1590/S1980-220X2020024903727

Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: recent concepts. Indian J Anaesth. 2016;60(7):451-7. https:doi. org/10.4103/0019-5049.186012

Automação Processos Faturamento Contas Ambulatoriais com uso de RPA

Edson Yuji Murata, Junior Cesar Rodrigues Amaral, Rodrigo Teixeira Moreira, Victor Kaspar

INTRODUÇÃO

O RPA (Automação de processos robóticos) é uma tecnologia de automação de processos de negócios baseada em robôs de software com a possibilidade de uso de inteligência artificial.

Aparece como uma inovação tecnológica para automatizar processos que antes só poderiam ser executados com a intervenção humana aumentando a produtividade das empresas, funcionários que se dedicavam a realização de tarefas repetitivas que foram automatizadas têm mais tempo para dedicar-se a outras atividades com maior valor agregado.

METODOLOGIA

A partir de uma esteira de processos de negócios elegíveis a implantação de Robô de Automação (processos de negócio repetitivos) demandou o tempo de 1 mês para ser implantado utilizando o método de entrevistas com os participantes do processo para levantamento de todo o processo, identificação e detalhamento de todas as etapas do processo, desenvolvimento do Robô, testes de usabilidade e resultado, homologação com os envolvidos e aplicação no ambiente de produção com acompanhamento dos resultados e eficácia.

Este método é aplicável a todos os desenvolvimentos e implantações de Robôs na Instituição.

RPA NÃO É SÓ TENDÊNCIA, É UMA REVOLUÇÃO
FONTE: PRIME CONTROL – QUALITY DRIVERS RESULTS

RPA: PRODUZINDO COM AGILIDADE EM PROCESSOS INTELIGENTES
FONTE: CERTSYS.

RESULTADOS

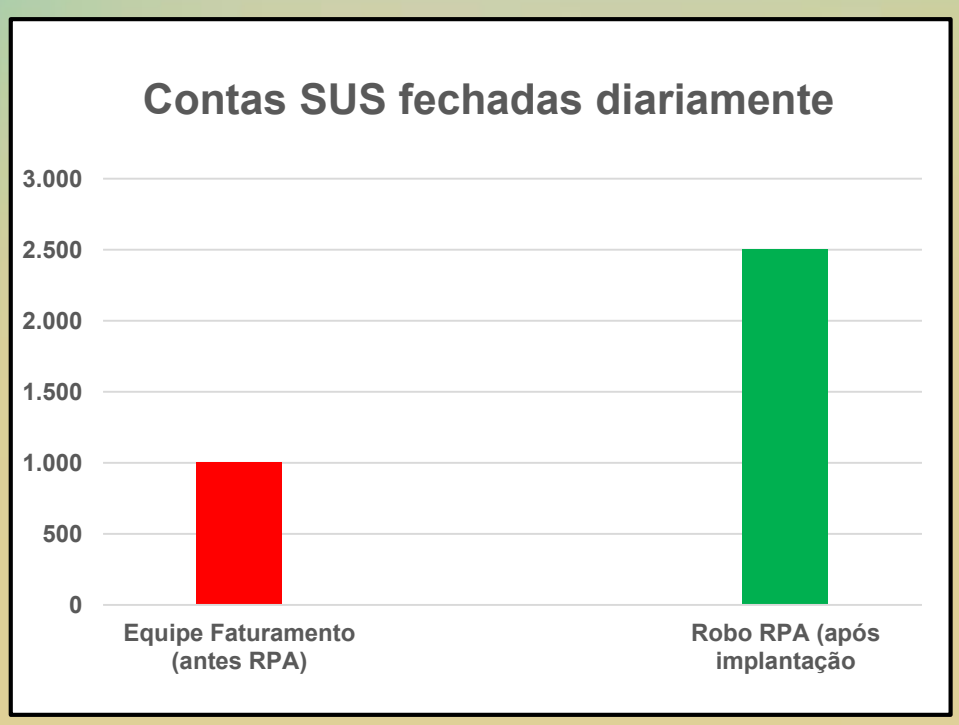
Com a automação deste processo com o uso de Robô de RPA reduzimos para 8 horas o processo de faturamento de contas Ambulatoriais da fonte pagadora SUS onde anteriormente gastávamos 32 horas com dois profissionais dedicado.

Após a implantação temos 1 profissional alocado no processo para avaliar e validar o resultado gastando 1 hora para as análises e validações.

O montante de contas da fonte pagadora SUS mensalmente é de cerca de 25.000 contas ambulatoriais e hospitalares.

O ganho qualitativo foi o incremento na assertividade das contas faturadas de mais de 60% com reflexo no incremento das receitas da fonte pagadora SUS.

O ganho quantitativo foi alocação de somente 1 profissional e a liberação do outro e recursos para atividades de analises e maior valor agregado.



CONCLUSÕES

Observa-se com evidencias claras que a implantação de processo automatizados com RPA trazem significativos resultados totalmente evidenciáveis em ganhos operacionais, velocidade e qualidade das tarefas, tanto quanto a liberação de recursos humanos para atividades de maior valor agregado e de analises.

O uso da metodologia de desenvolvimento, entrevistas e analises também mostrou-se eficiente e eficaz, concluindo a implantação no prazo planejado e sem retrabalhos

A implantação desta tecnologia deve ser pautada em identificação de processos elegíveis para automação, estudo de viabilidade e retornos financeiros e operacionais, estabelecimento de modelo de esteiras de desenvolvimento e criação de indicadores para acompanhamento de performance e ganhos.

REFERÊNCIAS

CERTSYS, PRIME CONTROL, AUTOMATION ANYWHERE, FORTICS, DADOS ESTATISTICOS AACD

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROTOCOLO DE DOR AGUDA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Geraldo Majella Machado Barbosa Filho, Karina de Cássia Fortes Andrade Pereira, Luciana Rodrigues Santos Coutto

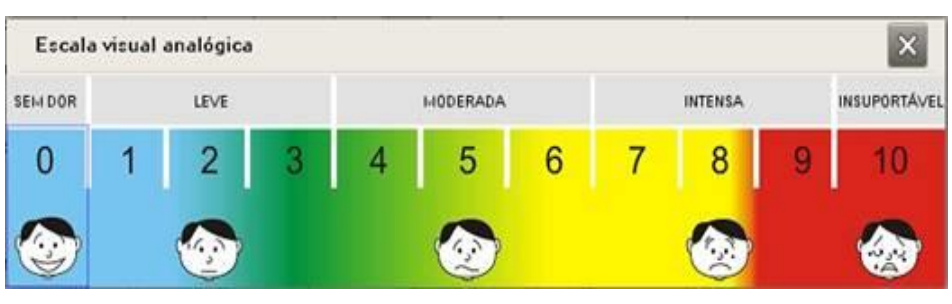
INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas mais estressantes nas unidades de cuidados intensivos. Logo, o monitoramento álgico para promoção do conforto, satisfação do paciente e redução de complicações é um processo importante. Protocolos institucionais podem auxiliar no fluxo das avaliações, através da padronização dos registros dos níveis de dor e dos tratamentos. O presente trabalho buscou avaliar a ocorrência de dor aguda intensa em unidade de terapia intensiva após implantação de um protocolo institucional, relacionando a abordagem álgica com ocorrência de dor aguda intensa e com a satisfação do paciente.

METODOLOGIA

O protocolo foi implementado em 2018. Iniciou-se com avaliação sistemática da ocorrência de dor por escala de avaliação álgica durante a aferição dos dados vitais a cada 2 horas. Para pacientes conscientes, aplicamos a escala numérica e facial, para pacientes sedados e sob ventilação artificial, a escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale). A meta do score de dor aguda foi de 0 a 3. Scores maiores ou iguais a 7 são classificados como dor intensa. Após avaliação da ocorrência de dor e sua classificação, o procedimento direciona os profissionais para a conduta a ser tomada, com padronização dos fármacos administrados conforme a intensidade da dor.
O protocolo foi implementado em 4 unidades de terapia intensiva do Hospital Márcio Cunha – hospital geral, terciário, referência para alta complexidade na região leste de Minas Gerais.
Ao final de cada mês e ano os dados foram analisados. Foi realizado cálculo da taxa de ocorrência de dor aguda intensa (score maior ou igual a 7) em relação ao total de avaliações de dor aguda nos anos de 2018 a 2021. No mesmo período também foi realizado o quantitativo mensal da ocorrência de dor aguda intensa, assim como relação da taxa de satisfação do paciente.
As metas foram definidas no cálculo das medianas das avaliações de dor intensa e redefinidas a cada ano conforme melhorias implementadas na prevenção e tratamento da dor aguda. Para o ano de 2018, 2019, 2020 e 2021, as metas foram: 0,78%, 0,55%, 0,37% e 0,37%.

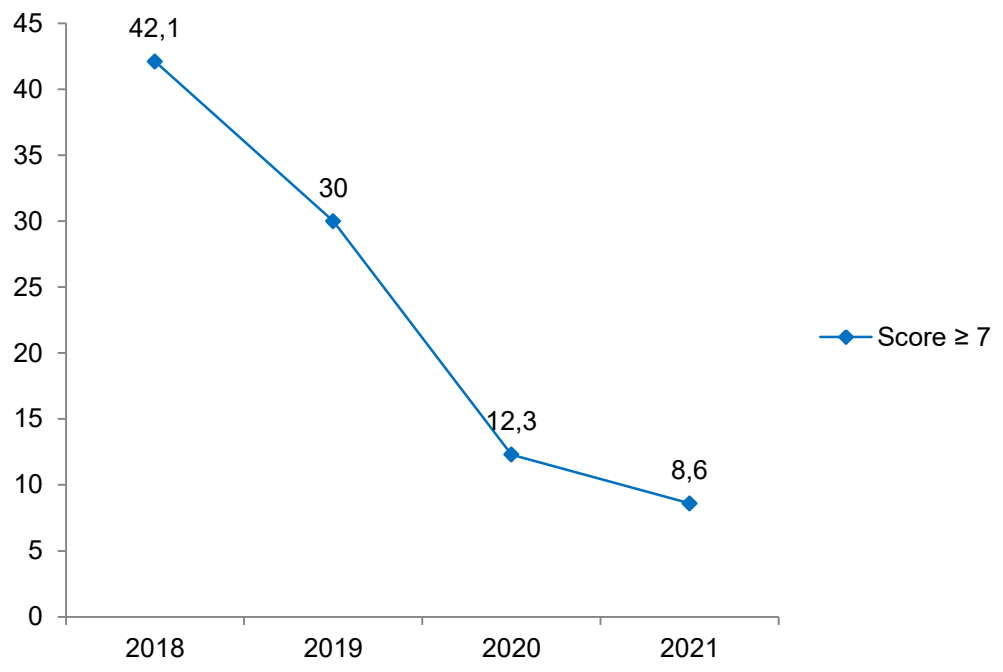
Taxa (%) de Score de dor aguda ≥ 7.



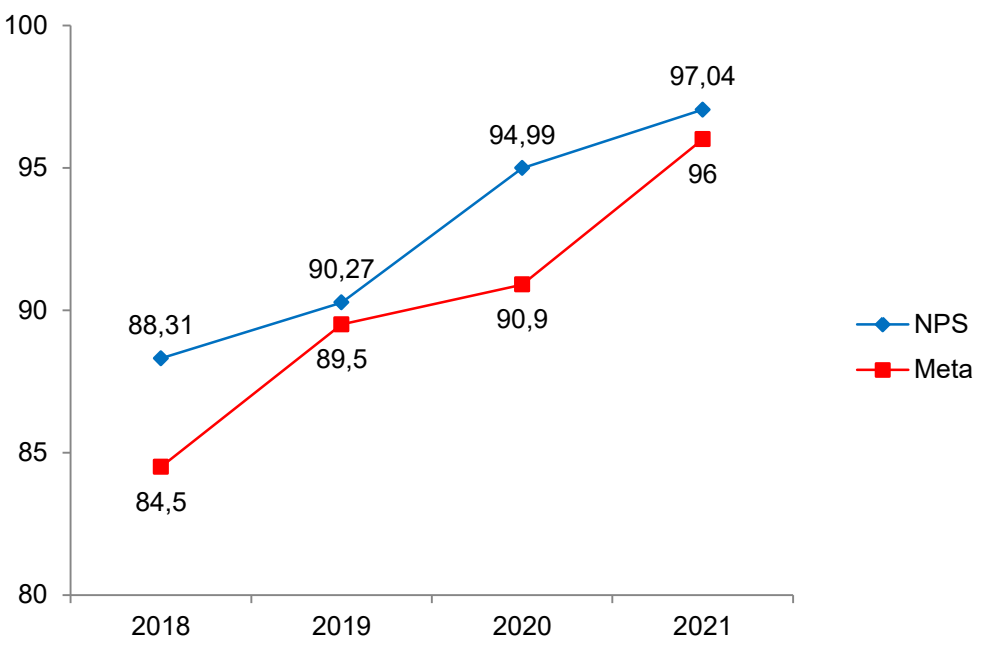
Escala Visual Analógica de Dor

RESULTADOS

A média mensal de avaliações de dor aguda nas unidades de terapia intensiva foram de 4.500 registros. Houve importante redução da taxa de ocorrência de dor aguda intensa (score ≥ 7) nas avaliações de 2019, 2020 e 1º semestre de 2021, com uma taxa de 0,38%, 0,27% e 0,24%, em relação ao total das avaliações de dor realizadas nas unidades de terapia intensiva. Analisando a ocorrência absoluta de episódios de dor aguda intensa, o acompanhamento anual demonstra uma contínua e importante redução dos episódios, indo de 42 em 2018 para 12,3 em 2020 (redução de 80% no número de ocorrências de dor aguda intensa).
Foi também identificado aumento da satisfação do paciente medido pelo NPS (net promoter score) nos anos de 2018 a 2021.



Quantitativo mensal de avaliações com score de dor aguda ≥ 7.



NPS (Net Promoter Score = % Promotores - % Detratores)

CONCLUSÕES

A análise dos dados apontou que o protocolo de dor aguda aplicado na unidade de terapia intensiva adulto foi eficaz e que garante a adesão dos profissionais de saúde aos processos, promove segurança assistencial, aumenta a satisfação do cliente e diminui a ocorrência de dor aguda intensa.

REFERÊNCIAS

Sistema de gestão e planejamento estratégico, geplanes. Verificar/relatórios/painel de indicadores/score de dor aguda, 2018, 2019, 2020 e 2021.
TASY, consulta da qualidade, SQ3900Q8PR1961. Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular nas Unidades de Cuidados Especiais.

Grupo de Acesso: Destinatários deste e-mail

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E EFICIÊNCIA DE PAINEL DE MONITORAMENTO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

GERALDO MAJELLA MACHADO BARBOSA FILHO, MARCONI FRANCO DA SILVEIRA, JOICE GONÇALVES DE PAULA DORNELAS PIRES, KARINA DE CÁSSIA FORTES ANDRADE PEREIRA

INTRODUÇÃO

A identificação, a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam importantes fundamentos para intervenção sobre o riscos em serviços de saúde, antes que o dano alcance o paciente. A necessidade de métodos que facilitem o monitoramento e a ações em tempo hábil, direcionou a criação de um painel de monitoramento de dispositivos invasivos dentro das unidades de cuidados intensivos adulto para acompanhar o tempo de sonda vesical de demora (SVD), cateter venoso central (CVC) e ventilação mecânica (VM).

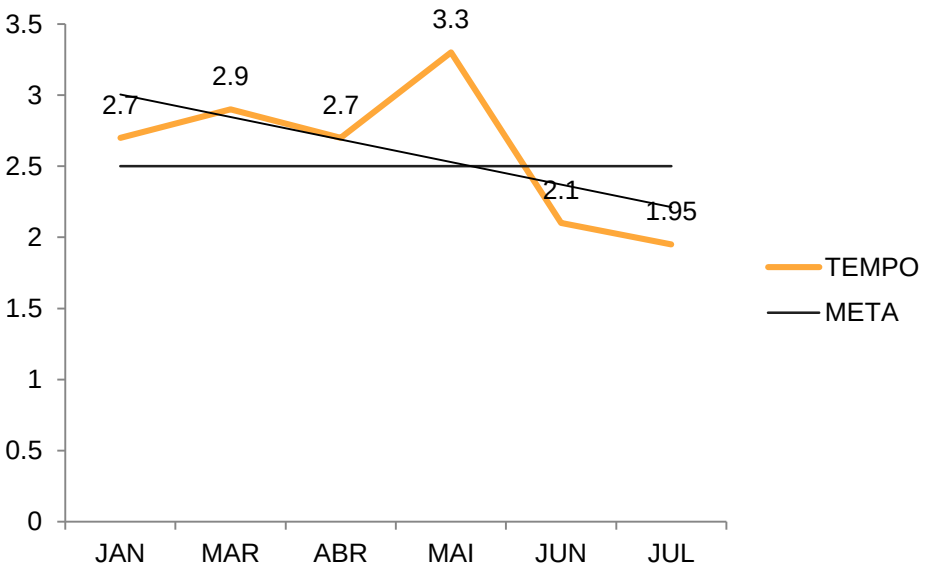
METODOLOGIA

O objetivo do estudo foi avaliar a funcionalidade e a eficiência do painel de monitoramento de dispositivos invasivos dentro das unidades de cuidados intensivos adulto, avaliando possível redução no tempo de uso dos dispositivos e a da taxa de infecção relacionada à assistência à saúde.

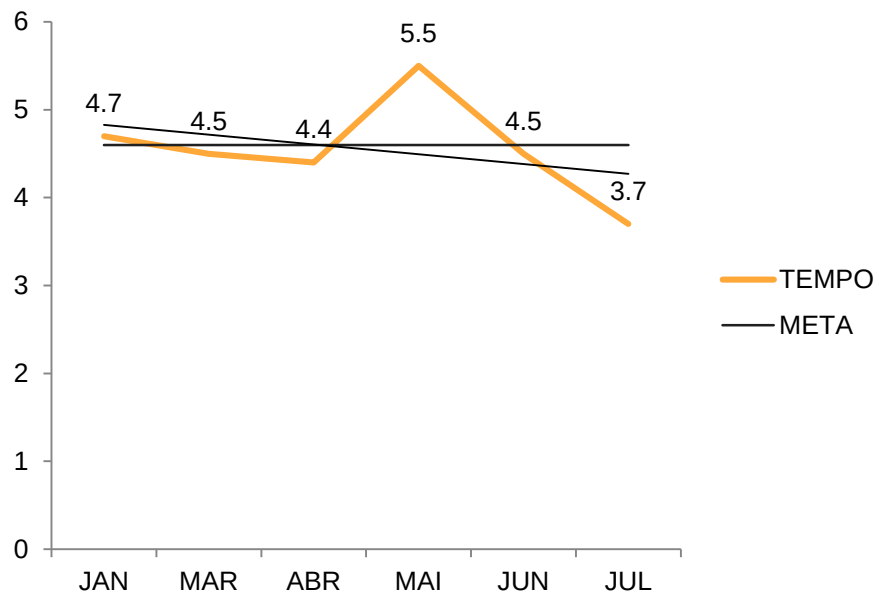
A primeira ação foi a definição das metas do tempo do uso dos dispositivos. Partindo da análise das médias históricas praticadas no hospital, encontramos um tempo de uso de 2,5, 4,6 e 5,5 dias para sonda vesical de demora, cateter venoso central e ventilação mecânica, respectivamente. Estabelecemos como meta inicial uma redução de 15% no tempo de uso e das infecções em relação ás médias históricas.

A segunda ação foi a implantação do painel de monitoramento no mês de maio de 2021. Fixamos em local estratégico para que a equipe assistencial tivesse acesso rápido à informação em tempo real, através da integração do painel com o sistema de registros operacionais assistenciais, a fim de análise crítica do tempo do dispositivos e a avaliação para retirada.

No mês de agosto de 2021 analisamos os dados de tempo de uso dos dispositivos e as infecções relacionadas aos dispositivos invasivos selecionado, comparando dois momentos: pré-implementação do painel (janeiro a abril de 2021) e pós-implementação do painel (maio a julho de 2021).



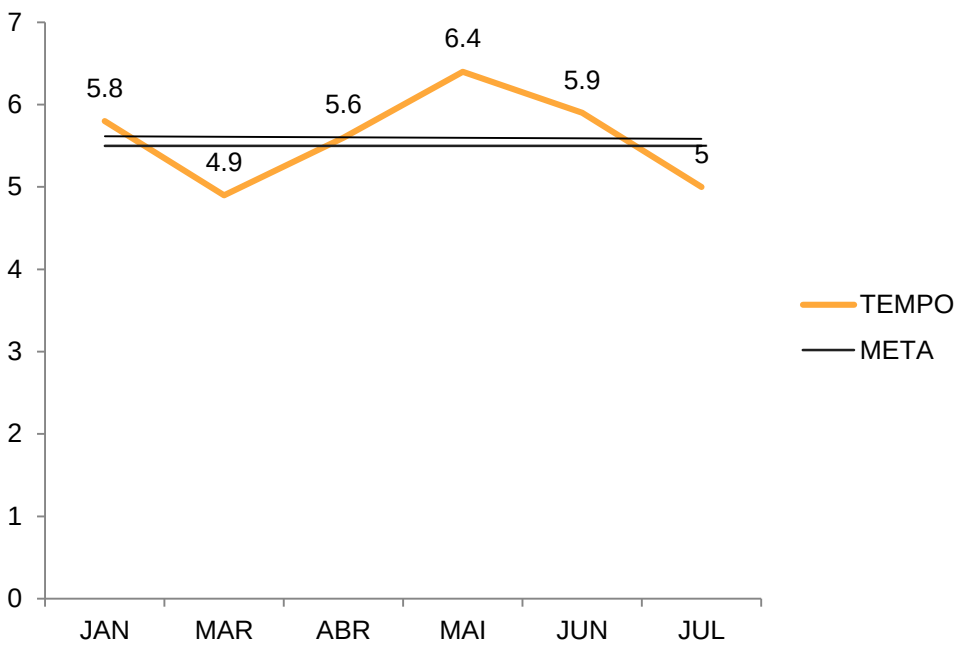
Dispositivo: Sonda vesical de demora.
Tempo: dias.



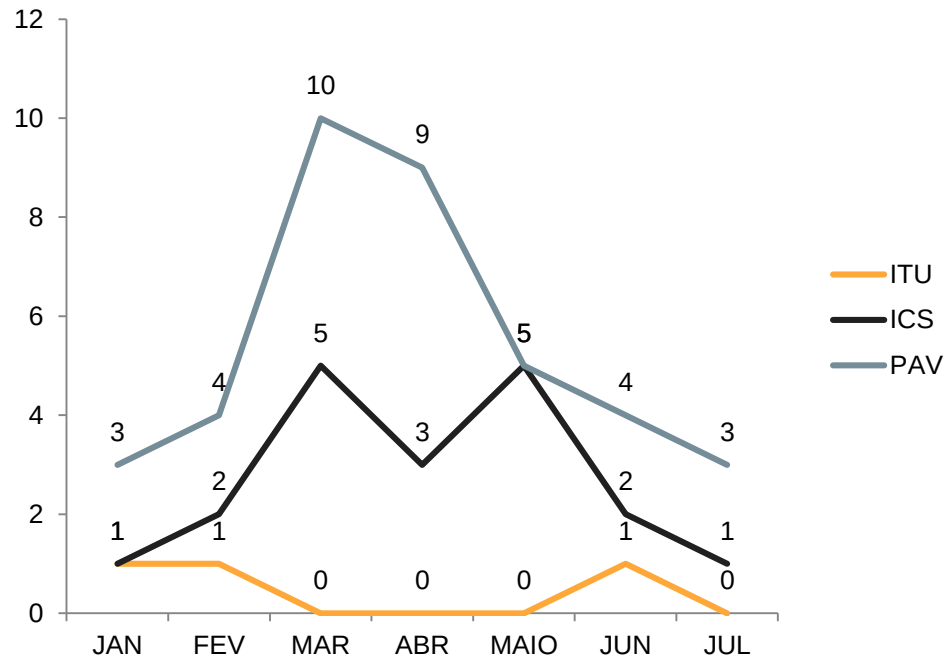
Dispositivo: Cateter venoso central.
Tempo: dias.

RESULTADOS

Identificou-se uma redução do tempo de SVD de 2,9 para 2,0 dias (31,1%), do CVC de 4,7 para 4 dias (16%) e de VM de 5,67 para 5,60 dias (1,2%). Atingimos as metas de uso para SVD e CVC. Quanto às taxas de infecções, tivemos uma redução de 40% (SVD), 3,2% (CVC) e 38,5% (VM).



Dispositivo: Ventilação mecânica.
Tempo: dias.



Classificação e quantitativo de infecções: 40 leitos de unidade de terapia intensiva; Número absoluto.

CONCLUSÕES

A análise dos dados apontou que o painel de monitoramento de dispositivos invasivos nas unidades de cuidados intensivos adulto atingiu meta de redução do tempo de uso para sonda vesical de demora e cateter venoso central. Houve redução no número de infecções relacionadas aos dispositivos avaliados. O painel é funcional e eficiente.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Bvsms.saúde.gov.br, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_diagnosticos_infeccoes_assistencia_saude.pdf.
Plataforma de gestão e planejamento estratégico, geplanes. Verificar/relatórios/painel de indicadores.

Grupo de Acesso: Destinatários deste e-mail

Avaliação da implementação de um sinalizador para antever a piora clínica respiratória de pacientes com covid 19 na unidade de internação.

Renata de Andrade Gomes, Laura Dutra Carraro, Cristina Sgorbissa, Maria de Lourdes Brás Dias

INTRODUÇÃO

A covid 19 é uma doença com rápida evolução e deterioração do quadro respiratório. Devido ao alto grau de transmissibilidade da doença as instituições desenvolveram rotinas para diminuir o risco de contaminação dos profissionais, reduzindo a frequência de entrada no quarto do paciente. Portanto, identificamos a necessidade de implementar ferramentas de rastreio de risco de deterioração clínica para a melhora da assistência ao paciente. O objetivo desse projeto foi desenvolver um sinalizador para antever as complicações, tendo em vista que o paciente poderia ficar muitas horas sozinho no quarto, e oferecer maior segurança na condução dos pacientes para a equipe assistencial e corpo clínico, evitando exposições desnecessárias.

METODOLOGIA

Buscamos na literatura indicadores de piora clínica respiratória para implementação de um sinalizador de gravidade do paciente. Criamos um sinalizador visual “PIN Vermelho” para pacientes que apresentassem algumas das condições: Alteração do padrão respiratório (uso de musculatura acessória, taquipneia FR acima de 26IPM); Dispneia ao repouso e/ou aos mínimos esforços; aumento da demanda de oxigenioterapia nas últimas 6 horas; oxigenioterapia acima de 3L/min; Anemia e/ou hipocalemia; Déficit cognitivo que possa dificultar a comunicação do paciente para relatar sintomas (nesses casos os pacientes eram avaliados pelos sinais clínicos FR, Temperatura, frequência cardíaca, saturação de oxigênio). Apresentando algumas dessas situações o paciente era sinalizado com o “Pin vermelho” e avaliado a cada 2horas. Para avaliar a percepção em relação a nova prática desenvolvemos um questionário, via google form, para a equipe assistencial e corpo clínico que incluíam itens como: satisfação, segurança e identificação precoce de piora clínica.

Fig. 1

Fig. 2

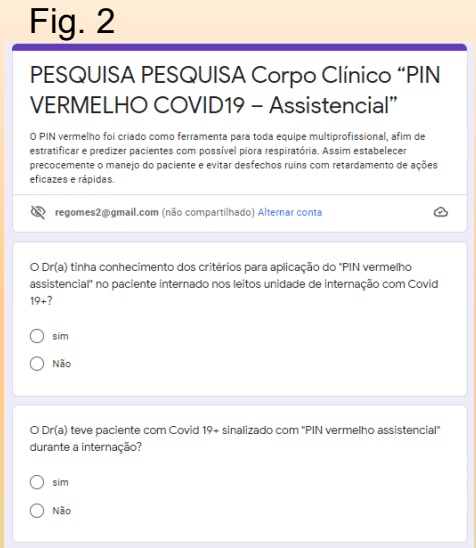
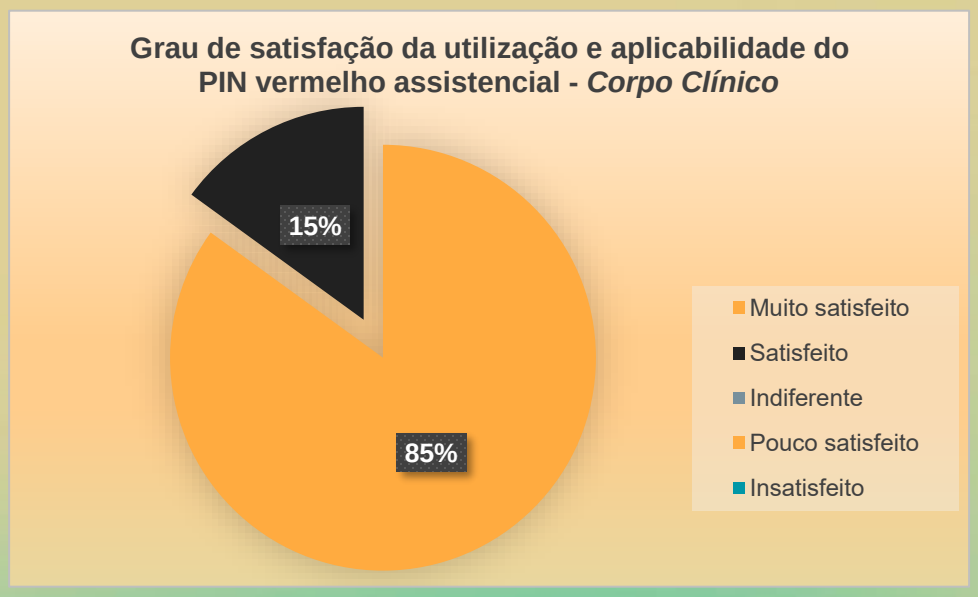


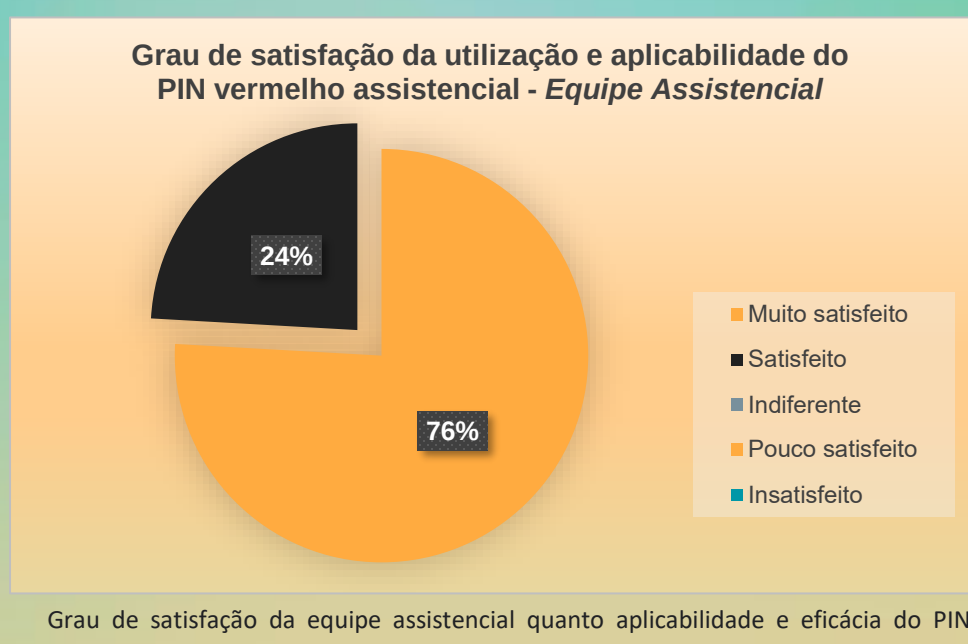
Fig. 1 Sinalizador PIN vermelho assistencial. Fig 2. Formulário *google form*, desenvolvido para percepção da equipe quanto a prática desenvolvida.



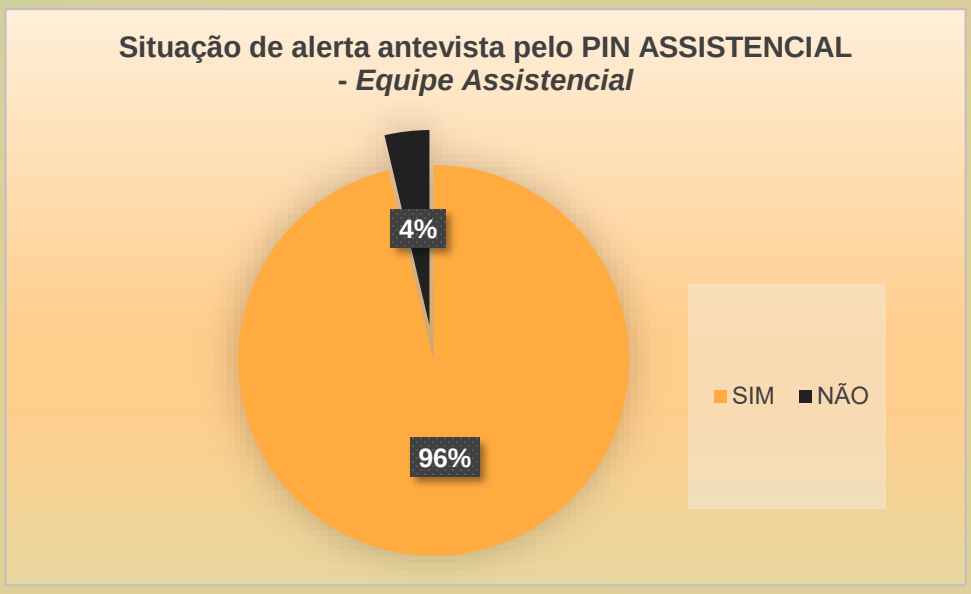
Grau de satisfação do corpo clínico quanto aplicabilidade e eficácia do PIN VERMELHO ASSISTENCIAL

RESULTADOS

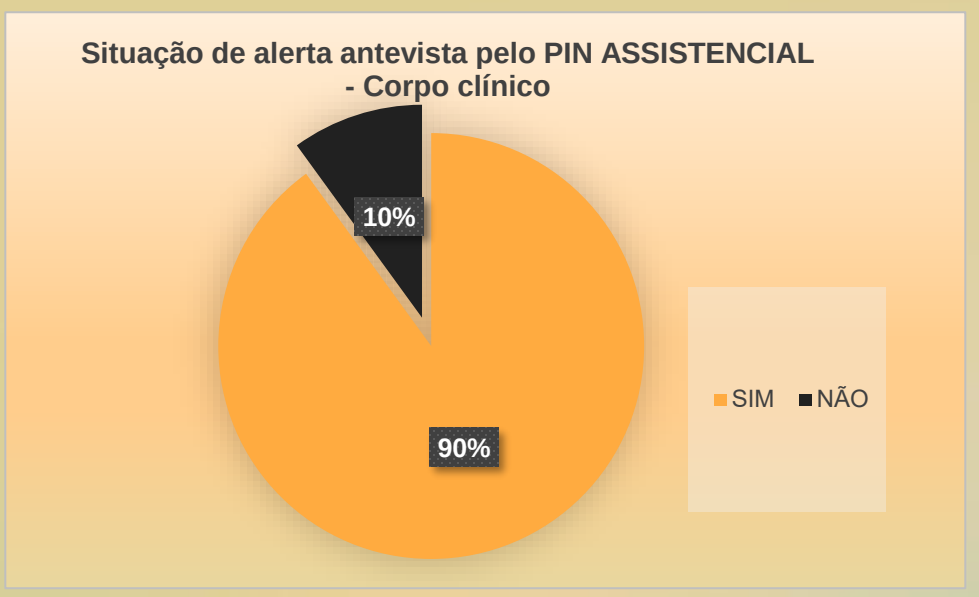
20 profissionais do corpo clínico responderam ao questionário 17 (85%) referiram estar muito satisfeito, 3 (15%) satisfeito; 90% dos médicos tiveram pacientes que ao ser avaliado apresentaram instabilidade clínica. No grupo assistencial 54 profissionais entre enfermagem e técnicos de enfermagem N=32 (59,3%), fisioterapeutas N=16(29,6%), fonoaudiólogos N=4 (7,9%) e nutricionistas N=2 (3,7%) responderam 41 (75,9%) referiram estar muito satisfeito, 13 (24,1%) satisfeito. 52 profissionais (96,3%) rastrearam pacientes que aparentemente estavam bem, mas ao avalia-los apresentavam piora clínica aferida pelos sinais vitais



Grau de satisfação da equipe assistencial quanto aplicabilidade e eficácia do PIN VERMELHO ASSISTENCIAL



52 (96%) colaboradores que responderam o questionário flagraram situação de risco com o PIN VERMELHO ASSISTECIAL.



90% do corpo clínico que responderam o questionário flagraram situação de risco com o PIN VERMELHO ASSISTECIAL, antevisto pela equipe assistencial.

CONCLUSÕES

A satisfação das equipes sugere que tal ferramenta pode ser utilizada em outras situações de alta complexidade clínica, podendo atender às necessidades dos pacientes, oferecendo uma assistência segura com menor risco para os pacientes e equipe.

REFERÊNCIAS

Amy H Attaway, et al. Severe covid-19 pneumonia: pathogenesis and clinical management. BMJ 2021;372:n436 | doi: 10.1136/bmj.n436.
Salbach C, Mueller-Hennessen M, Biener M, Stoyanov KM, Vafaie M, Preusch MR, et al. (2020) Validation of two severity scores as predictors for outcome in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). PLoS ONE 16(2): e0247488. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247488

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO EM UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERA

ANTÔNIO HORÁCIO FERNANDES DA SILVA, MICHELLE RODRIGUES CANTOS BASÍLIO

INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva exibir os resultados do processo de avaliação de desempenho econômico, implantado por uma Organização Social de Saúde no Distrito Federal. Esta Instituição passou por um processo de ampliação da estrutura ao final de 2018, sendo necessário aprimorar sistemicamente a gestão de custos criando um modelo de Unidade de Controle de Desempenho (UCD).

METODOLOGIA

O estudo de caso, estratégia de pesquisa que busca examinar um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto (YIN, APUD ROESCH, 1981). buscou destacar a participação dos gestores para a gestão de custos, já que ele é o maior conhecedor de seus gastos.

Neste sentido, foi necessário criar uma estrutura mais enxuta para facilitar o entendimento e a operacionalização do método de avaliação. Neste sentido, por meio do agrupamento dos centros de custos com características semelhantes, foram criadas 18 Unidades de Controle de Desempenho (UCD), sendo designado um responsável para cada unidade. Mensalmente, o gestor responsável participa com sua análise crítica na reunião de Avaliação de Desempenho Econômico (ADE), criada especificamente para este fim.

Acumulado		
UCD	Previsto	Realizado
DIRAD	32.430.853,00	29.019.590,00
UCD INTERNACAO	29.411.034,00	29.011.885,00
UCD UTI	19.070.238,00	19.500.206,00
UCD CENTRO CIRURGICO	10.705.026,00	10.967.107,00
UCD AMBULATORIO MEDICO	8.595.340,00	8.962.029,00
DIRAS	6.637.125,00	6.735.158,00
UCD LABORATORIOS	3.865.716,00	4.171.306,00
UCD BIOIMAGEM	4.136.292,00	4.062.788,00
DIREP	3.496.004,00	3.430.923,00
SUPEX	3.128.824,00	3.274.594,00
UCD ACE	2.383.333,00	3.235.118,00
UCD UTE	3.436.401,00	2.506.174,00
DIRHU	2.947.090,00	2.420.783,00
UCD HEMODIALISE	1.968.561,00	2.023.720,00
DIREI	1.751.172,00	1.776.772,00
UCD LPF	1.287.438,00	1.591.487,00
UCD AGENCIA TRANSFUSIONAL	1.377.687,00	1.236.022,00
DICOF	1.220.563,00	1.224.457,00
COVID - 19	-	6.878.431,00

Estrutura do agrupamento dos centros de custos com características semelhantes, mais clareza na análise das variações.

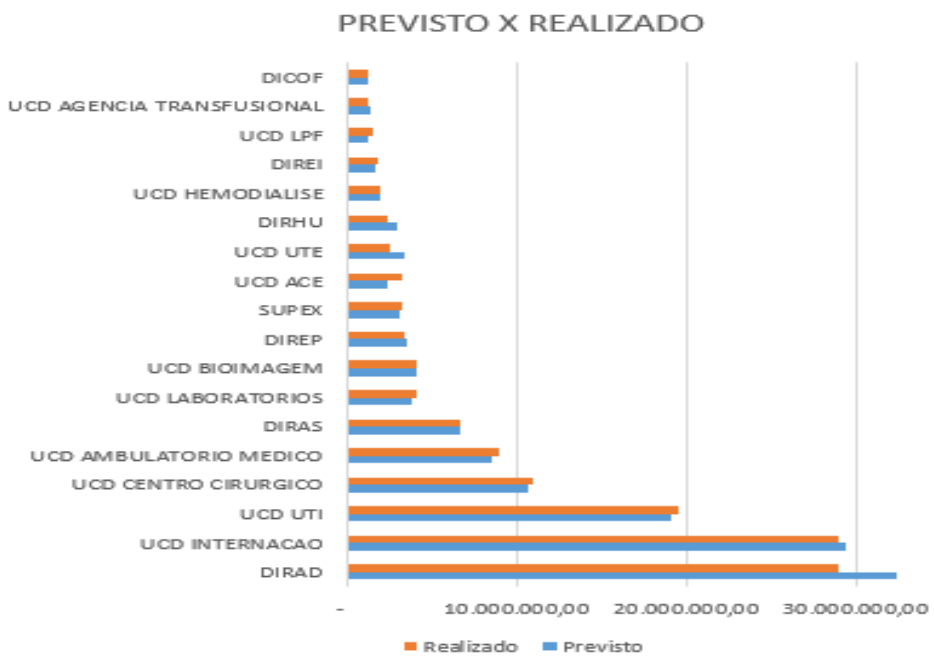


Gráfico crescente das maiores variações acumuladas para análise detalhada.

RESULTADOS

Os principais resultados demonstram que, no período de janeiro a julho de 2021, a variação entre o orçamento e realizado foi de R$ 4.178.433 representando um acréscimo de 3,03%. Cabe ressaltar que os custos para o tratamento dos pacientes internados com COVID-19, no mesmo período, acumularam R$ 4.489.326.

Em sendo assim, se excluirmos o valor referente a estes pacientes, que não estava previsto no orçamento, chegaríamos ao valor de R$ 137.537.804. Neste caso a variação seria de R$ 310.893 correspondente a 0,23% de redução sobre o valor projetado no orçamento.

Acumulado			
UCD	Previsto	Realizado	Variação %
DIRAD	32.430.853,00	29.019.590,00	-10,52%
UCD INTERNACAO	29.411.034,00	29.011.885,00	-1,36%
UCD UTI	19.070.238,00	19.500.206,00	2,25%
UCD CENTRO CIRURGICO	10.705.026,00	10.967.107,00	2,45%
UCD AMBULATORIO MEDICO	8.595.340,00	8.962.029,00	4,27%
DIRAS	6.637.125,00	6.735.158,00	1,48%
UCD LABORATORIOS	3.865.716,00	4.171.306,00	7,91%
UCD BIOIMAGEM	4.136.292,00	4.062.788,00	-1,78%
DIREP	3.496.004,00	3.430.923,00	-1,86%
SUPEX	3.128.824,00	3.274.594,00	4,66%
UCD ACE	2.383.333,00	3.235.118,00	35,74%
UCD UTE	3.436.401,00	2.506.174,00	-27,07%
DIRHU	2.947.090,00	2.420.783,00	-17,86%
UCD HEMODIALISE	1.968.561,00	2.023.720,00	2,80%
DIREI	1.751.172,00	1.776.772,00	1,46%
UCD LPF	1.287.438,00	1.591.487,00	23,62%
UCD AGENCIA TRANSFUSIONAL	1.377.687,00	1.236.022,00	-10,28%
DICOF	1.220.563,00	1.224.457,00	0,32%
COVID - 19	-	6.878.431,00	
Total Geral C/COVID - 19	**137.848.697,00**	**142.028.550,00**	3,03%

Custo total acumulado, por UCD, com pacientes COVID – 19, ultrapassando o orçado em 3,03%, entretanto não ouve orçamento para COVID – 19.

Acumulado			
UCD	Previsto	Realizado	Variação %
DIRAD	32.430.853,00	29.019.590,00	-10,52%
UCD INTERNACAO	29.411.034,00	29.011.885,00	-1,36%
UCD UTI	19.070.238,00	19.500.206,00	2,25%
UCD CENTRO CIRURGICO	10.705.026,00	10.967.107,00	2,45%
UCD AMBULATORIO MEDICO	8.595.340,00	8.962.029,00	4,27%
DIRAS	6.637.125,00	6.735.158,00	1,48%
UCD LABORATORIOS	3.865.716,00	4.171.306,00	7,91%
UCD BIOIMAGEM	4.136.292,00	4.062.788,00	-1,78%
DIREP	3.496.004,00	3.430.923,00	-1,86%
SUPEX	3.128.824,00	3.274.594,00	4,66%
UCD ACE	2.383.333,00	3.235.118,00	35,74%
UCD UTE	3.436.401,00	2.506.174,00	-27,07%
DIRHU	2.947.090,00	2.420.783,00	-17,86%
UCD HEMODIALISE	1.968.561,00	2.023.720,00	2,80%
DIREI	1.751.172,00	1.776.772,00	1,46%
UCD LPF	1.287.438,00	1.591.487,00	23,62%
UCD AGENCIA TRANSFUSIONAL	1.377.687,00	1.236.022,00	-10,28%
DICOF	1.220.563,00	1.224.457,00	0,32%
Total Geral S/COVID - 19	**137.848.697,00**	**135.150.119,00**	-1,96%

Custo total acumulado, por UCD, sem pacientes COVID – 19, 1,96% abaixo do orçamento.

CONCLUSÕES

Por fim, através das reuniões de ADE, estamos otimizando o orçamento e custos, realizando ajustes necessários, tornando a informação mais fidedigna resultando em maior credibilidade no processo, comprovando assim a sua aplicação como um relevante instrumento para avaliação de desempenho do ponto de vista econômico da Instituição.

REFERÊNCIAS

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. Projetos de estágio do curso de administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalhos de conclusão de curso; colaboração Grace Vieira Becker. São Paulo. Atlas, 1996.

AVALIAÇÃO DE NOVO MÉTODO DE NOTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EM ONCOLOGIA

Alice Bertotto Poersch, Juliana Oliveira Ximenes, Samanta Inês Vanzin

INTRODUÇÃO

Reação adversa a medicamentos (RAM) justifica a prevenção, tratamento específico, alteração do regime de dosagem ou retirada do medicamento. Na oncologia, pode agravar o quadro clínico do paciente proporcionalmente ao grau de sua severidade. A farmacovigilância analisa e classifica as suspeitas de RAM através de notificações, possibilitando aos centros de vigilância a avaliação e definição da causalidade a fim de estabelecer a relevância da reação.
Objetivos: Avaliar adesão a um novo método de notificação de RAM no tratamento oncológico e caracterizar os pacientes que as apresentaram, de forma a não gerar retrabalho a equipe assistencial.

METODOLOGIA

Analisou-se notificações de RAM no setor de oncologia de um Hospital do Rio Grande do Sul registradas nas evoluções de enfermagem de novembro de 2020 até julho de 2021 e comparou-as com as realizadas anteriormente em período equivalente. Após o registro, o sistema de gestão gerou um relatório com as seguintes informações: sexo, idade, medicamento, reação apresentada, intervenção realizada e notificações no Vigimed.

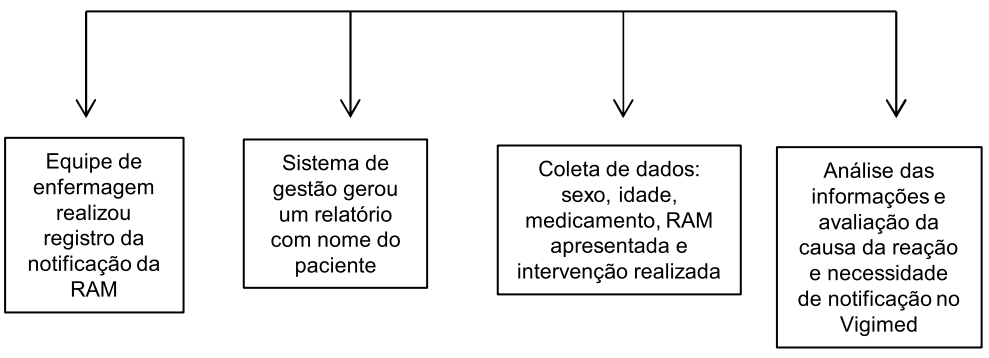


Fig. 1. Fluxograma do novo método de notificações de RAMs

RESULTADOS

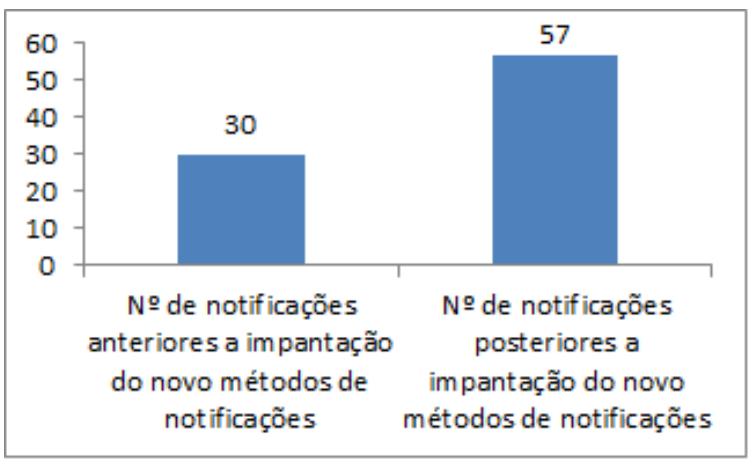


Fig. 2. Comparação do número de notificações anteriores e posteriores a implantação do novo método de notificações.

Média de idade dos pacientes: 58 anos

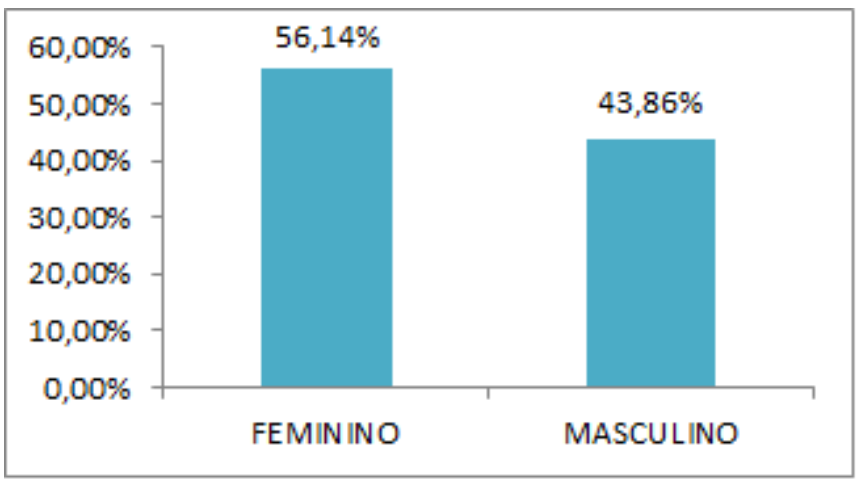


Fig. 3.. Sexo dos pacientes que apresentaram RAMs (%

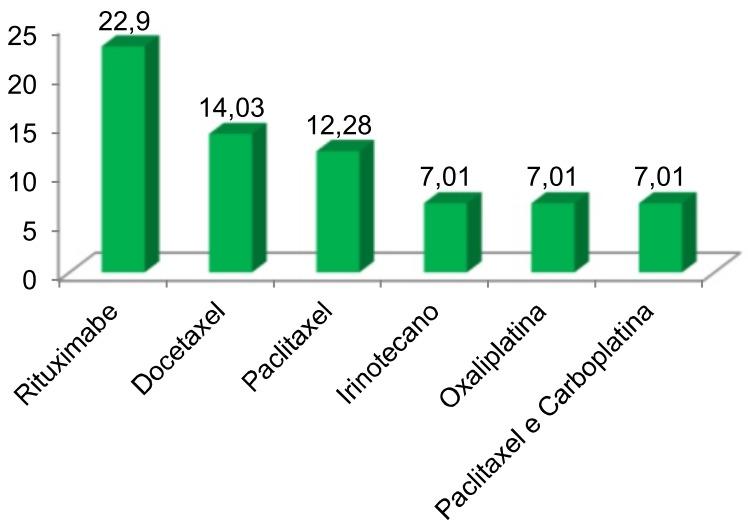


Fig. 4. Medicamentos mais citados como causa das RAMs (%)

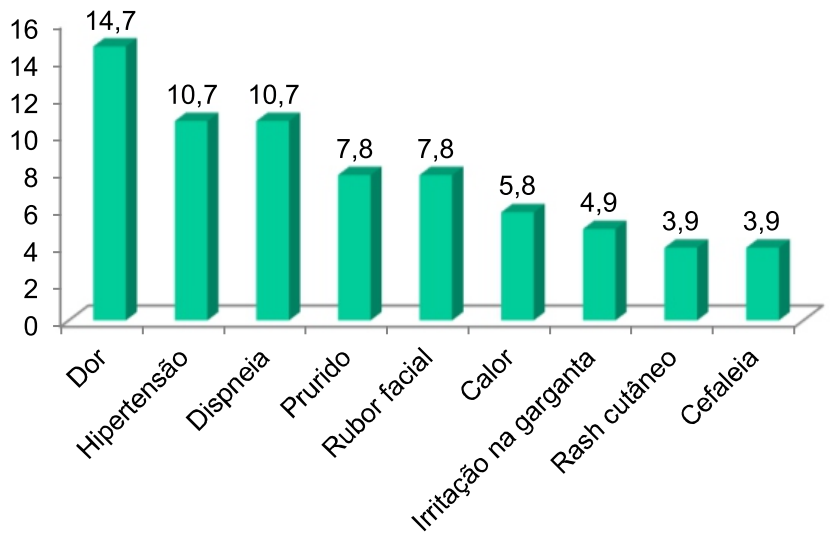


Fig. 5. Principais RAMs apresentadas pelos pacientes (%)..

Principais intervenções acionadas para manejar as RAMs: Uso de medicamentos (88,67%) e Encaminhamento para emergência (7,21%).

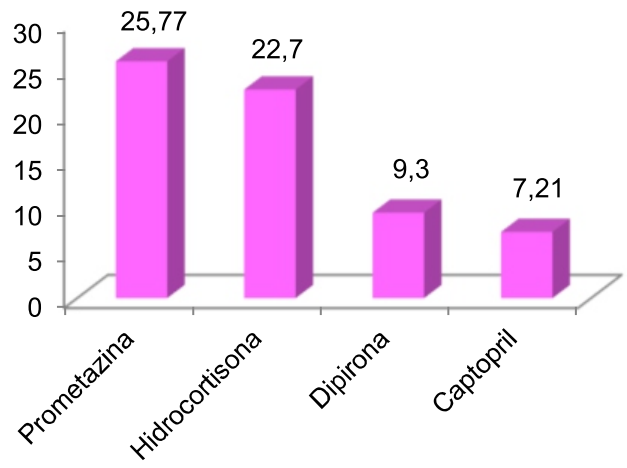


Fig. 6. Medicamentos administrados para o manejo das RAMs (%)

Notificações no Vigimed: (31,7%).

CONCLUSÕES

Aumento de 90% nas notificações após implantação da ferramenta. Medicamento mais citado: Rituximabe, RAM mais apresentada: dor, principal intervenção encontrada: administração de prometazina. A coleta de resultados estruturada facilitou a análise dos dados, o que proporcionou agilidade para notificação ao Vigimed.

REFERÊNCIAS

1-Aronson JK , Ferner RE . Clarification of terminology in drug safety . Drug Saf 2005 ; 28 : 851 – 70 . 2-Guia para notificação de reações adversas em oncologia / Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia - SOBRAFO ; Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA . -- 2. ed. -- São Paulo : Conectfarma Publicações Científicas, 2011.

AVALIAÇÃO DO USO DO ELMO (CAPACETE DE RESPIRAÇÃO ASSISTIDA) EM PACIENTES CONFIRMADOS PARA COVID-19 INTERNOS EM UMA UTI DE UM HOSPITAL PARTICULAR DE MACEIÓ /AL.

Mônica Rocha de Melo Silva, Yelnya Cardoso Silva Dória, Meryanne Fernandes de Aguiar Ferreira, Luana Melo Davino de Araújo

INTRODUÇÃO

A doença por Coronavírus (COVID-19) tornou-se a pandemia mais mortal do novo milênio. Os pacientes que apresentam infecção por SARS-CoV-2 apresentam alto risco de insuficiência respiratória aguda e grande parte requer internação em UTI e intubação. O ELMO foi criado no estado do Ceará com intuito de tratar pacientes com insuficiência respiratória, este fornece altas frações de oxigênio e pressão positiva, o que facilita a entrada de ar para os pulmões, sendo um mecanismo de respiração artificial não invasivo que pode reduzir em até 60% a intubação de pacientes com Covid-19. Entendendo o impacto desta patologia, a falta de insumos e ainda a alta mortalidade em pacientes intubados, em março de 2021, o serviço de fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva - UTI instituiu o uso do ELMO, visto algumas experiências em outras unidades hospitalares apresentarem desfechos favoráveis e ter recebido aprovação da ANVISA em outubro de 2020.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo de março a julho de 2021 com 272 pacientes positivos por COVID-19 internos na UTI com critérios para insuficiência respiratória aguda hipoxêmica (não hipercápnica) e que se enquadravam na escala HACOR. Os dados foram coletados no prontuário eletrônico e tabulados em Excel.

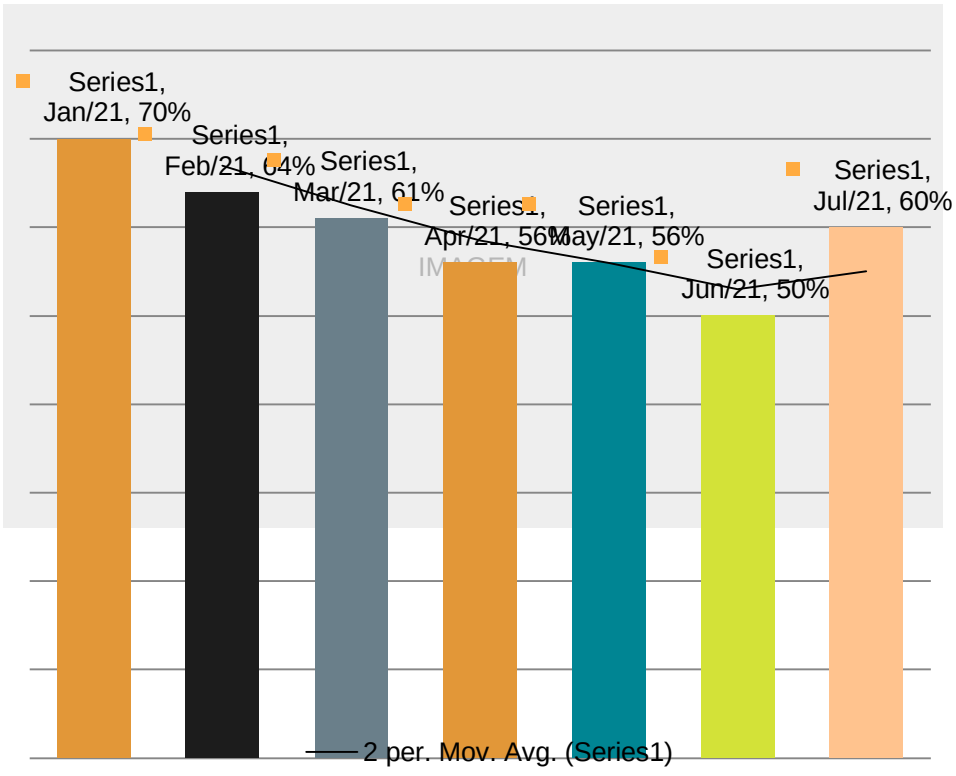
Parameter	HACOR Score
Heart rate	
≤120 beats/min	0
≥121 beats/min	1
pH	
≥7.35	0
7.30–7.34	2
7.25–7.29	3
<7.25	4
Glasgow coma scale score	
15	0
13–14	2
11–12	5
≤10	10
P_{aO_2}/F_{IO_2}	
≥201 mm Hg	0
176–200 mm Hg	2
151–175 mm Hg	3
126–150 mm Hg	4
101–125 mm Hg	5
≤100 mm Hg	6
Frequency	
≤30 breaths/min	0
31–35 breaths/min	1
36–40 breaths/min	2
41–45 breaths/min	3
≥46 breaths/min	4

ESCALA HACOR
Fonte: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103523/mario_setubal.pdf

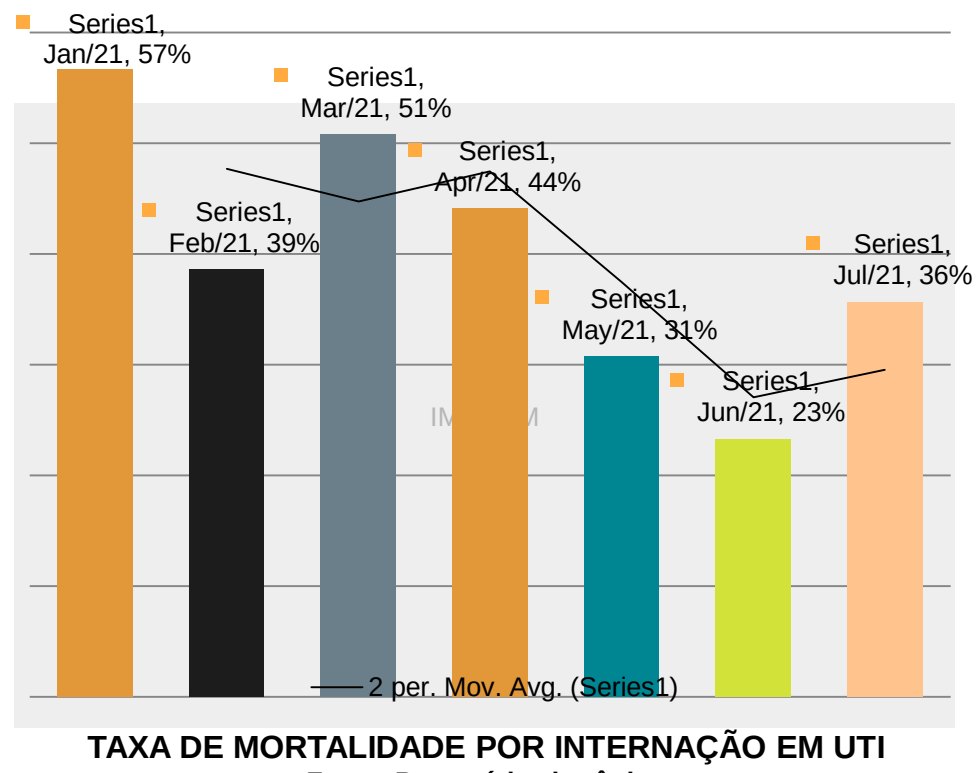
CAPACETE ELMO
Fonte: https://noticias.portaldaindustria.com.br/noticias/inovacao-e-tecnologia/1-mil-capacetes-elmo-ajudam-a-combater-o-coronavirus-no-ceara/

RESULTADOS

Foram admitidos na UTI do estudo 272 pacientes, no período de janeiro a julho de 2021; a partir de março foi observado uma redução da taxa de intubação e da mortalidade na UTI após a adesão ao uso do elmo como pode ser observado nos gráficos abaixo.



TAXA DE INTUBAÇÃO NA UTI
Fonte: Prontuário eletrônico



TAXA DE MORTALIDADE POR INTERNAÇÃO EM UTI
Fonte: Prontuário eletrônico

CONCLUSÕES

Como possibilidade de terapêutica ventilatória, utilizando mistura de gases (Oxigênio e Ar comprimido) e pressão positiva, frente ao combate a COVID-19, nos pacientes com Insuficiência respiratória hipoxêmica, o ELMO apresentou desfechos positivos. Associado a sedação adequada e manutenção do aporte nutricional, o dispositivo contribuiu efetivamente na oxigenação, redução do trabalho respiratório, dos índices de intubação orortraqueal e letalidade.

REFERÊNCIAS

http://www.utisbrasileiras.com.br/sari-covid-19/benchmarking-covid-19/

Avaliação dos indicadores de qualidade de uma equipe de terapia nutricional em um Hospital privado de São Paulo

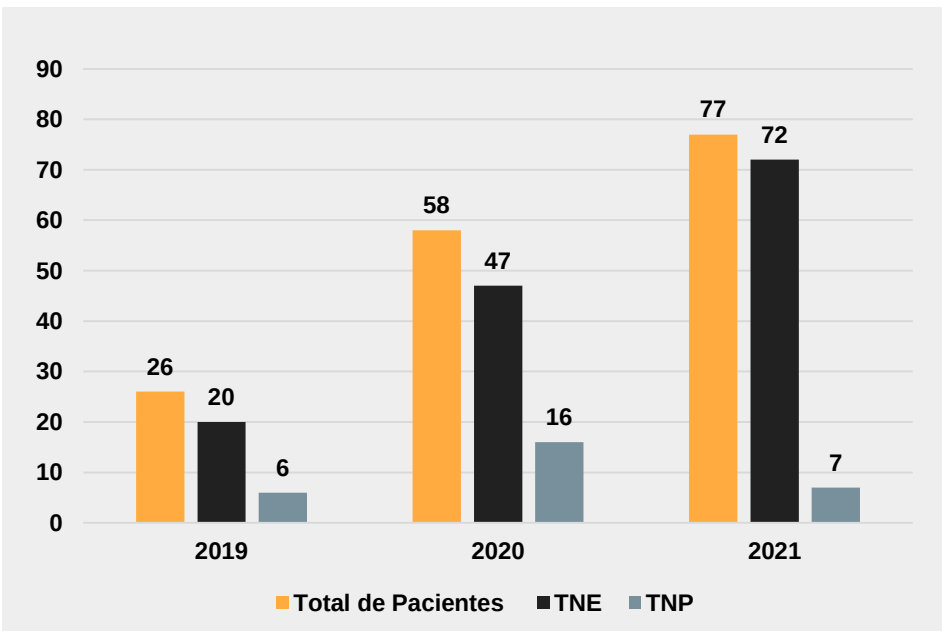
NIVIANNE ANDRADE, PAULA SCORSI, TAMIRES MANDUCA

INTRODUÇÃO

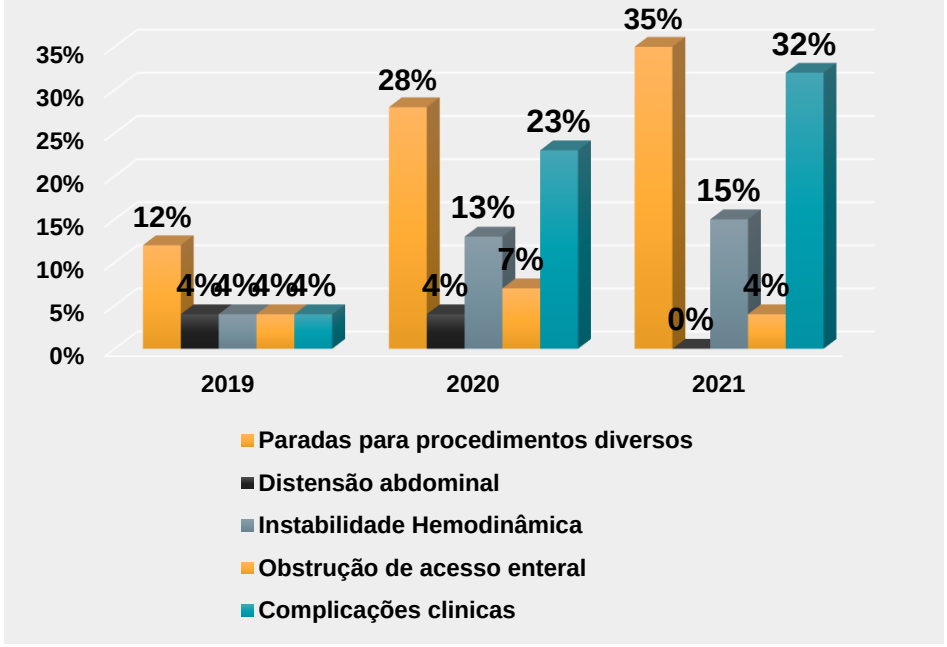
Os pacientes em terapia nutricional apresentam alto risco de depleção do estado nutricional, o que pode agravar ainda mais sua condição clínica. O alcance da excelência na qualidade da assistência é uma meta que vem sendo almejada por instituições de saúde. Diante disso, o objetivo desse estudo é avaliar os indicadores de qualidade de uma equipe de terapia nutricional após a implementação de um protocolo gerenciado de cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA

Realizado estudo descritivo com análise quantitativa, em um hospital privado de alta complexidade da cidade de São Paulo em pacientes que fizeram uso de terapia nutricional enteral e parenteral, no período de janeiro de 2019 até Julho de 2021, mediante consulta aos instrumentos de gerenciamento da equipe de terapia nutricional que são alimentados diariamente e avaliados mensalmente pela enfermeira líder da Equipe multiprofissional de terapia nutricional.



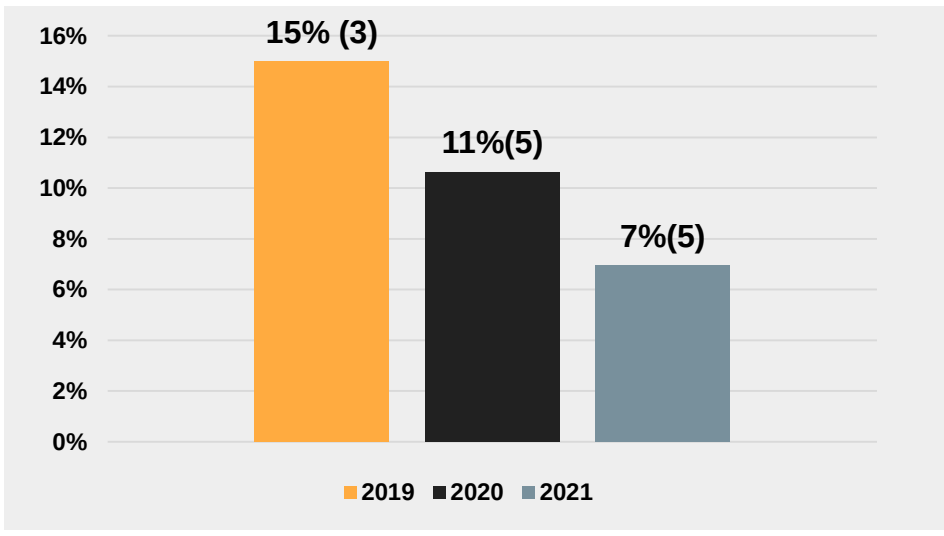
Total de pacientes que receberam em terapia nutricional no período de 01/2019 a 07/2021.



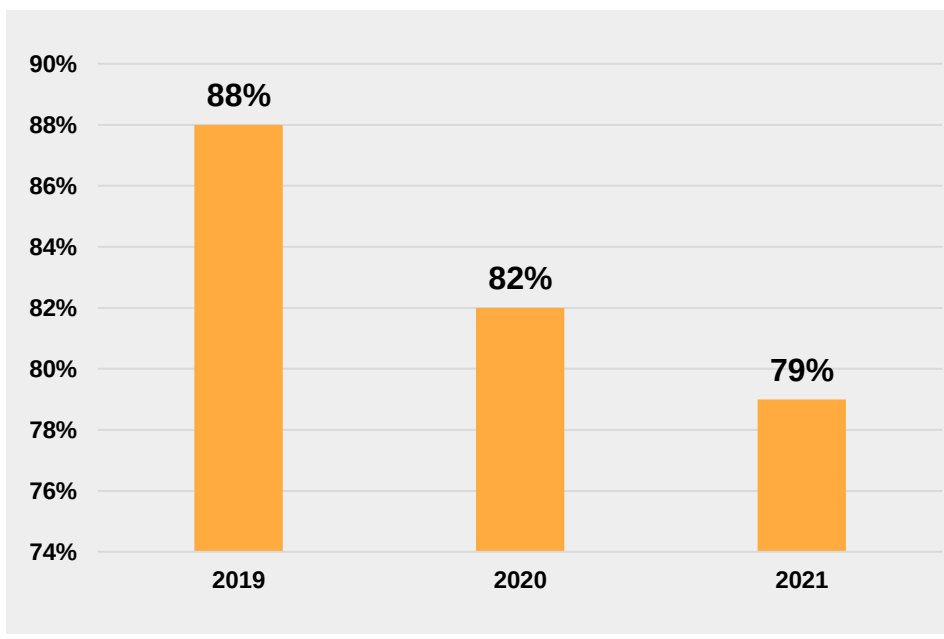
Causas de interrupção da Terapia nutricional enteral no período de 01/2019 a 07/2021.

RESULTADOS

Obteve um total de 161 pacientes em uso de Terapia nutricional nesse período, e foi constatado um aumento de 100% do número de pacientes em TN em 2020 e 2021 quando comparado a 2019 e os valores médios de dias de Terapia nutricional enteral e parenteral em 2019 apresentam tendências estatísticas inversas em relação aos três anos de análise. O volume prescrito versus o volume infundido permaneceu dentro da meta estabelecida (>80%). As causas de retirada de SNE foram devido a retirada pelo paciente e obstrução de sonda. Referente as causas de interrupção da Terapia Nutricional as predominantes foram paradas para procedimentos diversos, complicações clinicas e instabilidade hemodinâmica. Os indicadores utilizados nesse estudo foram os recomendados pela Força Tarefa de Nutrição Clínica do ILSI- Brasil



Retirada acidental de SNE no período de 01/2019 a 07/2021.



Média do Volume Prescrito x Volume Infundido no período de 01/2019 a 07/2021.

CONCLUSÕES

Foi possível observar a evolução da qualidade da assistência em terapia nutricional nos três levantamentos anuais. Tais informações são fundamentais para embasar os cuidados de enfermagem e estabelecer práticas assistenciais com foco nos melhores resultados e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Thais Ortiz Hammes, Indicadores de qualidade em terapia nutricional: uma revisão integrativa. Rev. Adm. Saúde (On-line), São Paulo, v. 19, n. 77: e190, out. – dez. 2019, Epub 20 out. 2019. http://dx.doi.org/10.23973/ras.77.190
2. International Life Sciences Institute do Brasil [Internet]. Indicadores de qualidade em terapia nutricional:10 anos de IQTN no Brasil: resultados, desafios e propostas. São Paulo: ILSI Brasil, 2018 .

BENEFÍCIOS DA AUTOMAÇÃO IMUNOHEMATOLÓGICA PARA ROTINA DE BANCO DE SANGUE

Suelen Stephane Ferreira de Oliveira, Carlos Souza Lima

INTRODUÇÃO

A rotina imunohematógica, definida como a identificação dos antígenos presentes nos eritrócitos e os anticorpos correspondentes, permite o funcionamento do banco de sangue e tem como principal objetivo garantir a segurança transfusional. Embora a transfusão seja vital para salvar vidas, ela não é isenta de riscos. Além das reações adversas relacionadas à transfusão, a falha ou demora no processamento dos testes podem levar pacientes ao óbito. Diante do exposto os bancos de sangue tem desenvolvido várias ações para minimizar os danos causados por transfusões. Uma das ações implantadas no Hospital Márcio Cunha para reduzir falhas no processamento dos testes transfusionais e assim aumentar a segurança das transfusões foi a automatização da rotina imunohematológica do banco de sangue. A automação de processos com uso de tecnologia aumenta a segurança e reduz o risco de possíveis falhas associadas à ação humana. O objetivo da automação não é substituir os profissionais, é apenas contribuir para a otimização de processos críticos. Com a implantação da automação no fim do ano de 2020, percebe-se ganhos expressivos no primeiro semestre do ano de 2021. No período, a rotina teve uma produção aproximadamente 30.000 exames (crescimento de mais de 50% em relação ao ano anterior), e devido a esse crescimento e a necessidade de assegurar a qualidade das transfusões, a rotina manual foi inteiramente substituída pela automação.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste num avaliação retrospectiva dos resultados obtidos pelo setor de imunohematologia após a implantação da automação do banco de sangue. Os dados foram retirados de relatórios de um sistema de gestão em saúde em uso pela instituição e dados do próprio equipamento, conforme a figura 1:

Figura 1: Imagem do Equipamento Ortho Vision usado na rotina imunohematológica.

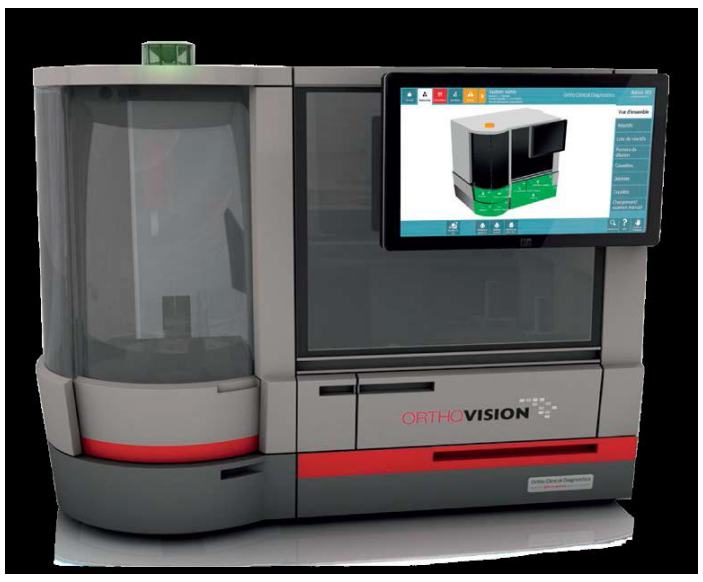


Imagem do Equipamento Ortho Vision usado na rotina imunohematológica.

RESULTADOS

Após análise dos relatórios da instituição, percebe-se que os benefícios da incorporação da automação foram inúmeros, dentre eles: aumento na capacidade de produção; rapidez na entrega de laudos (aumento de 2,5% na entrega de laudos antes do prazo); redução de 83% no envio de exames para confirmação de resultados em laboratórios de apoio; redução nas falhas analíticas, visto que após a automação não foi registrado nenhuma falha na etapa analítica; maior precisão dos processos e redução de custos: economia de R$ 14.464,26 no gasto com insumos e redução no custo total do serviço em 7% se comparado ao processo anterior, gerando uma economia de R$ 22.420,51 no primeiro semestre de 2021.

CONCLUSÕES

A automação da rotina imunohematológica proporcionou um crescimento na produção na instituição de forma segura e eficaz, além de uma importante economia aumentando a vantagem competitiva e garantindo segurança assistencial.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, M. B. S. C.; RIBEIRO, F. C.; VIZZONI, A. G. - Conceitos básicos e aplicados em imuno-hematologia, 2013.

GIRELO, A. L.; KOHN, T. I. B. B. – Fundamentos da Imunohematologia Eritrocitária, 2016.

MOTA, M. S. S. - Manual Prático de Imunohematologia, 2020.

Benefícios da implementação do check list de prona na prevenção de lesão por pressão no contexto da pandemia do COVID 19

Letícia de Carvalho Batista, Miguel Koite Rodrigues, Daniel de Santana Moreira, Patrícia Dias Serralheiro Guimarães

INTRODUÇÃO

A prona foi uma intervenção recorrente no contexto da pandemia do COVID 19 em pacientes com ventilação mecânica, cuja finalidade era melhorar as trocas gasosas e facilitar a abertura dos alvéolos, melhorando assim os parâmetros respiratórios. Lesões por pressão relacionadas ao posicionamento em prona são complicações que podem ocorrer com a falta de padronização de dispositivos, materiais e educação multiprofissional.

A quantidade de pacientes transferidos de outros serviços com lesões por pressão graves relacionadas a posição prona foi o interesse para a implementação de um protocolo de prona, construção de um checklist de execução, padronização de coxins conformáveis, engajamento da equipe multiprofissional (figura 1) e desenvolvimento do "*card* prona" (figura 2) com o objetivo de controle visual pela equipe assistencial do tempo total de prona em horas (protocolo institucional 17-20h) como barreira adicional a programação do *timing* para desprona.

O objetivo desse trabalho foi analisar o impacto da implementação de um checklist de prona e a relação com lesões por pressão associadas a esta intervenção.

Figura 1: Kit Prona com coxins conformáveis

Figura 2: *Card Prona*

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo relacionado a implementação de um checklist de prona em um hospital privado na cidade de São Paulo.

Os dados foram obtidos de pacientes que tinham hipoxemia refratária na presença ou não de síndrome do desconforto respiratório, com diagnóstico de COVID 19, após criteriosa avaliação da equipe multiprofissional.

Os pacientes eram adultos, internados em unidade de terapia intensiva. Os dados clínicos referente a lesão por pressão relacionada a prona foram avaliados pela equipe multiprofissional.

RESULTADOS

O protocolo de prona padronizou dispositivos para proteção da pele com cobertura de espuma multicamada nas áreas de proeminências óssea; uso do Kit prona com coxins conformáveis e um check list com tempos de avaliações da pele.

O check list para avaliação dos pacientes pronados foi constituído de quatro tempos de auditoria em prona: primeiras seis horas, 12, 18 e 24 horas. Os tempos tiveram a finalidade de ser barreira para lesão de pele associada à prona.

Antes da implementação do protocolo de prona o hospital teve cinco lesões de pele associadas à prona notificadas. Após treinamento da equipe multiprofissional, aplicabilidade dos dispositivos padronizados e uso do Kit Prona foram incluídos 30 pacientes para aplicabilidade do checklist de prona. Houve uma lesão relacionadas à prona após implementação do checklist e protocolo.

CONCLUSÕES

Os benefícios da construção de um protocolo, checklist de execução de prona, padronização de coxins conformáveis, engajamento da equipe multiprofissional e desenvolvimento do "card prona" reduziu os resultados de lesões por pressão relacionados a intervenção, determinou o tempo de desprona e teve impacto direto na segurança do paciente com COVID 19.

REFERÊNCIAS

Mora-Arteaga JA, Bernal-Ramírez OJ, Rodríguez SJ. The effects of prone position ventilation in patients with acute respiratory distress syndrome. A systematic review and metaanalysis. Med Intensiva. 2015;39(6):359-372. doi:10.1016/j.medin.2014.11.003

Lavana J, Shekar K. Oscillating between prone ventilation and ECMO?. *J Thorac Dis*. 2018;10(Suppl 33):S4144-S4146. doi:10.21037/jtd.2018.10.71

Coppo A, Bellani G, Winterton D, et al. Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2020;8(8):765-774. doi:10.1016/S2213-2600(20)30268-X

Moore Z, Patton D, Avsar P, et al. Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *J Wound Care*. 2020;29(6):312-320. doi:10.12968/jowc.2020.29.6.312

Bingo Nutricional – Projeto lúdico que fortalece a educação continuada e o tratamento dialítico

Fernanda Pascuotte, Carla Rodrigues, Cilene Oliveira da Silva Santos, Thais de Abreu Pedroso

INTRODUÇÃO

De acordo com a sociedade brasileira de nefrologia (SBN) existem orientações específicas quanto à alimentação e ingestão hídrica, especialmente no que tange à qualidade da ingestão proteica, com restrição parcial de alguns alimentos ricos em fósforo e potássio. A adesão do paciente, apoiado por seus familiares, é importante para que não ocorram hipercalemia, hiperfosfatemia e hipervolemia. Ao se utilizar de forma lúdica o Bingo Nutricional para pacientes em hemodiálise durante a sessão, a orientação nutricional adquiriu um novo sentido e o cuidado se tornou mais personalizado e humanizado.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência de um hospital privado de Atibaia-SP. Durante a sessão de hemodiálise, a equipe multidisciplinar do Hospital Novo Atibaia, composta por assistentes sociais, enfermagem, médicos, psicóloga e nutricionista, realizou bingo semelhante ao tradicional, através de 6 cartelas diferentes contendo 56 alimentos distribuídos e classificados de acordo com seu teor de fósforo e potássio. O sorteio foi feito mencionando-se a qual coluna o alimento pertencia, orientando o paciente sobre formas de preparo, possibilidades de substituição do cardápio e consequências de seu abuso, quando existirem. O Bingo Nutricional foi realizado em julho/2021 para todos os turnos do setor e prêmios foram doados pela comunidade e pelos pacientes aos ganhadores.

OBJETIVO

Fortalecer a educação e a adesão ao tratamento do paciente portador de doença renal crônica dialítica de forma lúdica e personalizada.

Bingo: Cartela do Bingo contendo imagens de alimentos com teores baixo, médio e alto de fósforo e potássio.

RESULTADOS

O Bingo Nutricional foi esperado pelos pacientes e recebeu elogios documentados de forma escrita à Ouvidoria do hospital, além de elogios verbais à equipe multidisciplinar. Familiares e pacientes conseguiram realizar modificações alimentares importantes para o tratamento do doente renal crônico dialítico a partir do conhecimento adquirido.

Premiação: Entrega de brinde à paciente ganhadora do Bingo.

Premiação: Entrega de brinde ao paciente ganhador do Bingo

CONCLUSÕES

Atividades lúdicas favorecem a aquisição de informações importantes, além de promoverem diversão e aproximação entre equipe multidisciplinar e pacientes, influenciando de forma positiva na mudança do cardápio e na humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Nefrologia, Disponível em: https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/orientacoes-nutricionais/ Acesso: 25/08/2021

BOLETIM DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Lucas Magedanz, Ana Maria Gonçalves da Rocha Santos, Marina Lea Fleury Oliveira Santana, Liliana Cristina de Castro

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído no Brasil em 2013, estabeleceu protocolos básicos a serem elaborados e implantados em todos os serviços de saúde, a fim de mitigar os riscos e prevenir a ocorrência de incidentes. Esse conjunto de protocolos, definido pela Organização Mundial de Saúde, trouxe a "Comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde" como uma das temáticas obrigatórias. Neste sentido, e considerando a disseminação sistemática da Cultura de Segurança como um dos princípios do Núcleo de Segurança do Paciente, foi elaborado o boletim mensal para veiculação de informações sobre o tema.

OBJETIVO

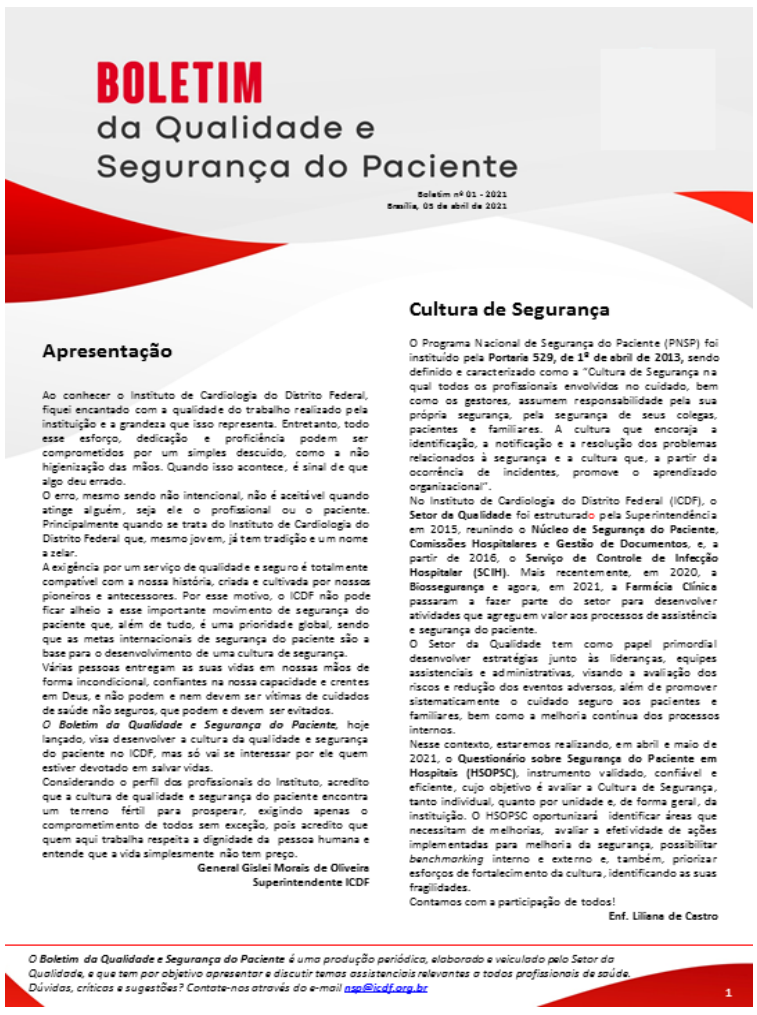
Apresentar os princípios, propósito, conteúdos e forma de divulgação de um boletim institucional, destinado a profissionais de saúde em uma instituição filantrópica terciária.

METODOLOGIA

Estudo descritivo do processo de elaboração, editoração e divulgação de um boletim técnico institucional.

RESULTADOS

A criação do Boletim da Qualidade e Segurança do Paciente ocorreu em março de 2021, mantendo uma periodicidade mensal. O Escritório da Qualidade é responsável pela elaboração, desde o conteúdo até veiculação. Seu propósito contempla o debate de temas relevantes à área assistencial e demais profissionais envolvidos nos processos institucionais. Entre os assuntos abordados, inclui-se uma seção permanente que aborda as notificações recebidas no mês anterior, divididas em "não conformidades" e "eventos adversos", a fim de atualizar os colaboradores sobre eventos de maior incidência e locais em que ocorreram. Ao mesmo tempo, o periódico se mostra oportuno para aprofundar aspectos da Cultura de Segurança (protocolos institucionais e boas práticas), divulgar treinamentos planejados, apresentar indicadores relacionados às práticas de segurança do paciente e lembrar datas comemorativas na saúde (dia mundial da segurança do paciente, dia mundial da higiene de mãos, entre outros). A divulgação se dá no início de cada mês, por meio dos e-mails institucionais e veiculação de cópias impressas em locais de maior circulação de profissionais de saúde, além do armazenamento em repositório digital (intranet).


BOLETIM
da Qualidade e Segurança do Paciente

Boletim nº 01 - 2021
Brasília, 05 de abril de 2021

Apresentação

Ao conhecer o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, fiquei encantado com a qualidade do trabalho realizado pela instituição e a grandeza que isso representa. Entretanto, todo esse esforço, dedicação e proficiência podem ser comprometidos por um simples descuido, como a não higienização das mãos. Quando isso acontece, é sinal de que algo deu errado.

O erro, mesmo sendo não intencional, não é aceitável quando atinge alguém, seja ele o profissional ou o paciente. Principalmente quando se trata do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal que, mesmo jovem, já tem tradição e um nome a zelar.

A exigência por um serviço de qualidade e seguro é totalmente compatível com a nossa história, criada e cultivada por nossos pioneiros e antecessores. Por esse motivo, o ICDF não pode ficar alheio a esse importante movimento de segurança do paciente que, além de tudo, é uma prioridade global, sendo que as metas internacionais de segurança do paciente são a base para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Várias pessoas entregam as suas vidas em nossas mãos de forma incondicional, confiantes na nossa capacidade e crentes em Deus, e não podem e nem devem ser vítimas de cuidados de saúde não seguros, que podem e devem ser evitados.

O Boletim da Qualidade e Segurança do Paciente, hoje lançado, visa desenvolver a cultura da qualidade e segurança do paciente no ICDF, mas só vai se interessar por ele quem estiver devotado em salvar vidas.

Considerando o perfil dos profissionais do Instituto, acredito que a cultura de qualidade e segurança do paciente encontra um terreno fértil para prosperar, exigindo apenas o comprometimento de todos sem exceção, pois acredito que quem aqui trabalha respeita a dignidade da pessoa humana e entende que a vida simplesmente não tem preço.

General Gislei Morais de Oliveira
Superintendente ICDF

Cultura de Segurança

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela **Portaria 529, de 1º de abril de 2013,** sendo definido e caracterizado como a "Cultura de Segurança na qual todos os profissionais envolvidos no cuidado, bem como os gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. A cultura que encoraja a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança e a cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional".

No Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), o **Setor da Qualidade** foi estruturado pela Superintendência em 2015, reunindo o **Núcleo de Segurança do Paciente, Comissões Hospitalares e Gestão de Documentos**, e, a partir de 2016, o **Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).** Mais recentemente, em 2020, a **Biossegurança** e agora, em 2021, a **Farmácia Clínica** passaram a fazer parte do setor para desenvolver atividades que agreguem valor aos processos de assistência e segurança do paciente.

O Setor da Qualidade tem como papel primordial desenvolver estratégias junto às lideranças, equipes assistenciais e administrativas, visando a avaliação dos riscos e redução dos eventos adversos, além de promover sistematicamente o cuidado seguro aos pacientes e familiares, bem como a melhoria contínua dos processos internos.

Nesse contexto, estaremos realizando, em abril e maio de 2021, o **Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**, instrumento validado, confiável e eficiente, cujo objetivo é avaliar a Cultura de Segurança, tanto individual, quanto por unidade e, de forma geral, da instituição. O HSOPSC oportunizará identificar áreas que necessitam de melhorias, avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança, possibilitar *benchmarking* interno e externo e, também, priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando as suas fragilidades.

Contamos com a participação de todos!

Enf. Liliana de Castro

O Boletim da Qualidade e Segurança do Paciente é uma produção periódica, elaborado e veiculado pelo Setor da Qualidade, e que tem por objetivo apresentar e discutir temas assistenciais relevantes a todos profissionais de saúde. Dúvidas, críticas e sugestões? Contate-nos através do e-mail nsp@icdf.org.br

1

Figura 1. Folha de rosto da primeira edição do Boletim, com a apresentação do propósito da produção.

17 de setembro
Dia Mundial da Segurança do Paciente

A 72ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2019 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu o dia **17 de setembro** como o **Dia Mundial de Segurança do Paciente**. O propósito da data é mobilizar pacientes, profissionais de saúde, formuladores de políticas, pesquisadores, redes de profissionais e gestores de saúde na adoção de estratégias na promoção da Segurança do Paciente.

O tema definido na Campanha de 2019 foi "**Segurança do paciente: uma prioridade global de saúde**" e em 2020, diante do cenário mundial da COVID-19 que revelou enormes desafios e riscos enfrentados pelos profissionais de saúde, o tema trabalhado foi "**Segurança do profissional de saúde: uma prioridade para a segurança do paciente**".

Neste ano, a OMS definiu que as ações de segurança do paciente devem enfatizar a importância de um "**Cuidado materno e neonatal seguro**". Assim, o *slogan* escolhido para a campanha de 2021 – "**Aja agora para um parto seguro e respeitoso!**" – apela a todas as partes interessadas para que acelerem as ações necessárias para garantir um parto seguro e respeitoso.

No Brasil, a **Aliança Nacional para o Parto Seguro e Respeitoso** defende essas ações. A iniciativa busca gerar um diálogo em prol da melhor assistência à mães e bebês, garantindo direitos básicos no parto e no nascimento, em nosso país.

Alinhados com a campanha, o Escritório da Qualidade promoverá Evento de Segurança do Paciente 2021, iluminação do prédio na cor laranja, discussão de caso e apresentação mensal de indicadores dos principais eventos, bem como planos de melhorias junto aos gestores. Contamos com o engajamento de todos.

Participem e apoiem a campanha!

Segurança do Paciente – os desafios do ICDF

Alinhados ao objetivo do planejamento estratégico do ICDF 2021/2024 – **Obter o selo de hospital acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)** –, publicado no Boletim Diário no dia 10/09/2021, os desafios para a Segurança do Paciente devem ter como foco principal a melhoria contínua dos processos e serviços prestados na instituição.

Para tal, estimulamos o reforço na coleta de dados assistenciais, econômicos e de qualidade para detalhar o cenário atual da instituição e, a partir deles, estabelecer boas práticas que agreguem resultados assistenciais e de eficiência. Dessa forma, poderemos entender melhor o patamar em que o ICDF se encontra, baseado em informações fidedignas e estruturadas (de qualidade), e que nos permitirá projetar oportunidades de melhoria, como redução de desperdícios e entrega de serviços de qualidade e seguros a todos os usuários do ICDF.

Nesse contexto, os esforços priorizam a educação dos gestores para a governança clínica e gestão de risco dos processos, visando mudanças a serem implementadas nos próximos anos, aliada à participação ativa da alta liderança.

Não será uma tarefa fácil, e contamos com o apoio das lideranças e o compromisso de todos os colaboradores, para a estruturação dos processos e fluxos. Salientamos que o trabalho em equipe e o monitoramento contínuo são ferramentas indispensáveis para o alcance do objetivo estratégico e a entrega de valor na assistência à saúde cardiológica e transplante.

Núcleo de Segurança do Paciente / Gestão de Risco

Resultados dos treinamentos

Meta 3 – Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

No mês de agosto, o Escritório da Qualidade promoveu quatro treinamentos, no formato *online*, a todos os profissionais de saúde, com a temática do **Uso Seguro de Medicamentos**. Tivemos uma participação de cerca de ¼ dos profissionais, principalmente da Enfermagem (enfermeiros e técnicos) (Figura 2). Infelizmente, não obtivemos participação expressiva da categoria médica.

O Escritório da Qualidade agradece a todos que participaram dos treinamentos, e incentiva a disseminação dos cuidados com medicamentos na rotina assistencial, desenvolvendo a Cultura de Segurança na instituição.

Serviço de Farmácia Clínica

O Boletim da Qualidade e Segurança do Paciente é uma produção periódica, elaborado e veiculado pelo Setor da Qualidade, e que tem por objetivo apresentar e discutir temas assistenciais relevantes a todos profissionais de saúde. Dúvidas, críticas e sugestões? Contate-nos através do e-mail nsp@icdf.org.br

2

Figura 2. Edição de setembro/2021 abordou o "Dia Mundial da Segurança do Paciente", entre outros.

CONCLUSÕES

A criação de um boletim técnico é uma estratégia para disseminar temas relacionados à qualidade e segurança do paciente, melhorando a comunicação entre profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília (DF); 2013.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2013.

CAPACITAÇÃO DOS GESTORES PARA O USO DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Tais Martins Cano, Cibele Quaranta, Juliana A. Claudino Santana, Adriana Ferreira dos Santos

INTRODUÇÃO

Pensando em auxiliar e capacitar os gestores, elaboramos um treinamento sobre ferramentas da Qualidade. As ferramentas da Qualidade são técnicas que utilizamos com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Ao longo das últimas décadas, as ferramentas de gestão ajudam os executivos a atingirem seus objetivos. Mas o segredo não está em descobrir uma ferramenta mágica, mas sim em entender as diferentes ferramentas e saber quando e como utilizá-las.

METODOLOGIA

Agendamos a capacitação, onde apresentamos um vídeo para aplicação do Brainstorming em equipe e posterior discussão. Na sequência foram apresentadas as ferramentas da Qualidade que utilizamos em nossa Instituição e os exemplos completos e incompletos de análises que encontramos hoje no sistema. Demonstramos também a nova ferramenta do Sistema Interact para elaboração da análise crítica dos indicadores e estruturação de planos de ação. Realizamos a padronização dos itens necessários para a realização de uma análise adequada. Ao final da apresentação, aplicamos atividade para praticar a elaboração de Diagrama de Ishikawa e Plano de ação através da ferramenta 5W2H. Foi elaborado um checklist de acompanhamento da efetividade da qualidade das analises, para ser aplicado pela equipe da Qualidade.

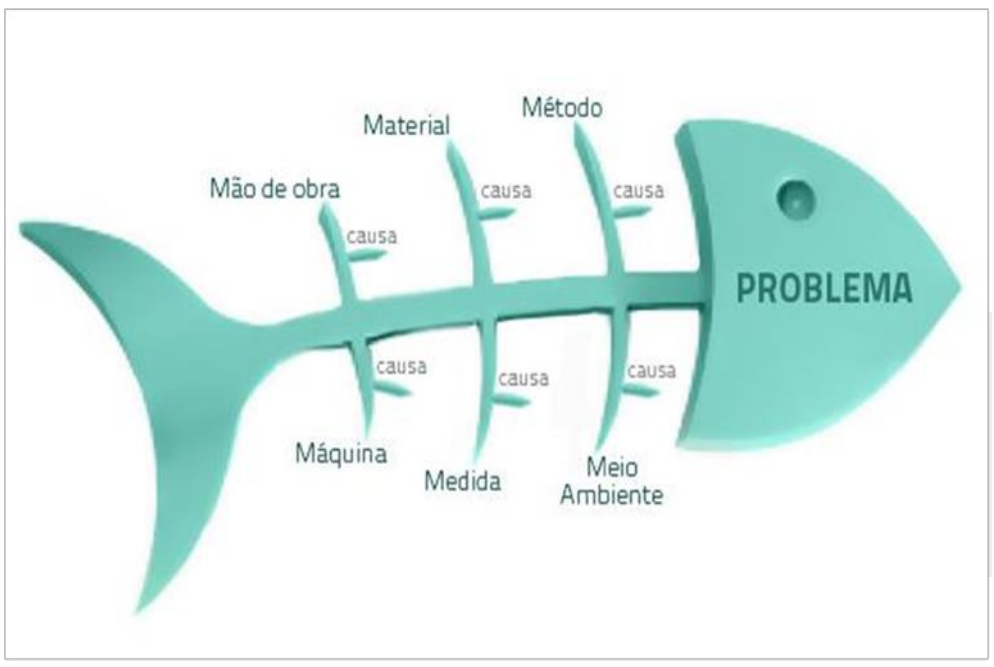


Fig 1: Exemplo de Diagrama de Ishikawa

Fig 2: Modelo de 5W2H

RESULTADOS

Foram realizados 7 encontros (manhã e tarde), com uma média de 12 pessoas por encontro. Dos 108 gestores e seus pares, houve a participação de 81%, onde todos puderam elaborar na prática um diagrama de Ishikawa e análise crítica do indicador, após a realização de um brainstorming. Todos receberam por email conteúdo da aula e passo a passo da realização da análise crítica.

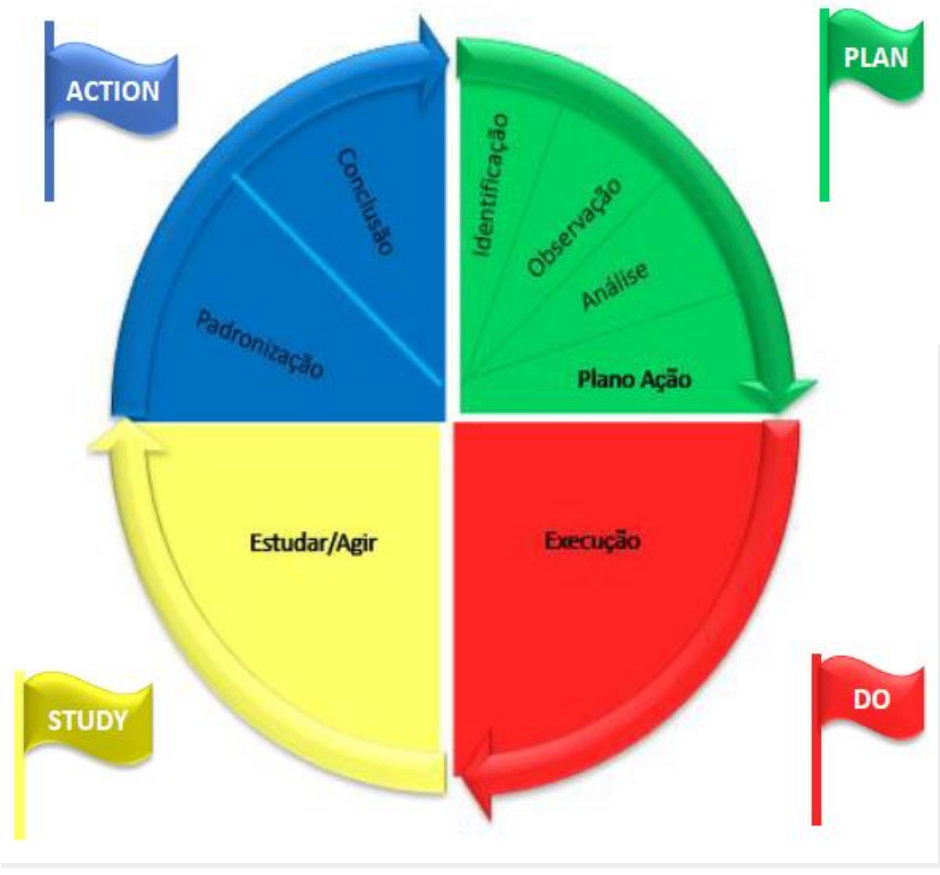


Fig 3: PDSA

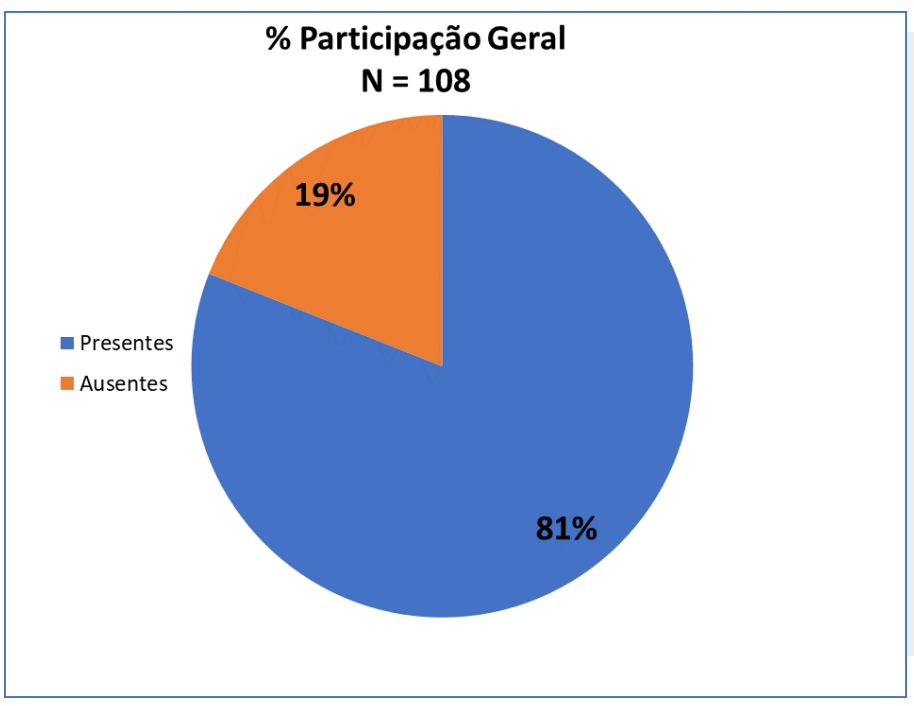


Fig 4: Gráfico com a % de participação

,

CONCLUSÕES

Ao final, os grupos puderam conhecer os pontos que precisam ser observados para a descrição da Análise: Não analisar os dados sozinho (Brainstorming); definir um problema (Ishikawa); Avaliar e tomar as decisões (5W2H); Manter o controle (Observar o cumprimento dos prazos/acompanhar as etapas propostas); Analisar os resultados (os dados coletados tiveram melhorias/ as ações implementadas foram efetivas para solucionar o problema).

REFERÊNCIAS

- https://gestao-de-qualidade.info/ferramentas-da-qualidade/pdca.html
- Possarle,Roberto. Ferramentas da Qualidade. Editora Senai – SP Editora, 2014
- Alves, Vera Lucia Souza. Gestão da Qualidade – Ferramentas que contribuem para o gerenciamento da qualidade e de riscos nos serviçoes de enfermagem. 3 ed. Martinari.

CARTÃO AFETIVO DO PACIENTE

Karoline Augusta Pereira de Melo, Luthielly Barros de Arruda

INTRODUÇÃO

Para proporcionar momento de conforto na segunda onda da pandemia pelo vírus SARS-Cov-2, surge a ideia de realizar algo voltado para a saúde e bem-estar do paciente, proporcionando um momento afetivo com a família e equipe multiprofissional. A intenção é a interação dos familiares e amigos no bem-estar do paciente, visto que ambas as partes passam por momentos de insegurança, medo, aflição, angústia, solidão. Como uma maneira de amenizar esse misto de sentimentos, são realizadas perguntas simples aos pacientes quando acordados e conscientes, e aos familiares quando os pacientes se encontram sedados. Perguntas como: time de futebol, comida favorita, esporte favorito, profissão, qual o seu animal e nome, o que gosta de fazer, qual a sua música favorita, entre outras, e solicitamos fotos desses momentos, desenvolvendo assim o Cartão Afetivo do Paciente.

METODOLOGIA

Após a coleta das respostas ser efetuada pela enfermeira, elas são encaminhadas para o setor de marketing para que seja desenvolvida a arte de um cartão no programa Adobe Illustrator. Ao finalizar a criação, realiza-se impressão colorida em um papel de folha A4, para ser entregue a esses pacientes. Essas entregas são registradas via fotografias através do Marketing da instituição, com a autorização de uso de imagem, e divulgadas nas redes sociais do hospital. Ao finalizar a entrega dos cartões, eles ficam na beira do leito.

Modelo do Cartão do Paciente, desenvolvido com informações enviadas pelo familiar do paciente.

No momento da entrega foi solicitado para o paciente realizar a leitura, para estimular a fala, o mesmo havia realizado a troca de traqueostomia.

RESULTADOS

Podemos evidenciar no ato da entrega do cartão um misto de sentimentos como: alegria, gratidão, conforto, acolhimento e satisfação dos pacientes, em receber esse gesto. No momento da entrega dos cartões solicita-se ao pacientes fazerem a leitura da mensagem que se encontra no interior do cartão, como forma de estímulo a eles, que passaram por procedimentos invasivos como traqueostomia e ventilação mecânica.

Paciente recebeu cartão como forma de demonstrar o quanto ela é importante para a equipe assistencial e seus familiares.

Recebeu o cartão afetivo no momento da alta junto com a sua esposa.

CONCLUSÕES

Observamos que os paciente se sentem acolhidos ao verem o cartão contendo as imagens os(as) filhos(as), esposo(a), amigos, familiares, animais e momentos como viagens ou do seu esporte favorito que se tornaram marcantes em sua vida. É de grande importância para a reabilitação de sua saúde a entrega dos cartões contando um pouco da sua história. Podendo observar que levamos a esses pacientes momentos de alegria após longos dias de internação entre unidade de internação e unidade de terapia intensiva. No ato da entrega recebemos uma resposta positiva como forma de gratidão deles com a equipe. Pois temos todo cuidado ao solicitar aos familiares, acompanhantes dados pessoais desses pacientes quando eles se encontram sedados e em ventilação mecânica, diferente dos dados coletados na beira do leito dos pacientes que se encontram acordados e conscientes.

REFERÊNCIAS

Prontuário afetivo: atendimento humanizado ajuda na melhora de pacientes... - Veja mais em https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/06/12/prontuario-afetivo-atendimento-humanizado-ajuda-na-melhora-de-pacientes.htm?cmpid=copiaecola

CARTILHA DIGITAL PARA CUIDADOS DOMICILIARES DO PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

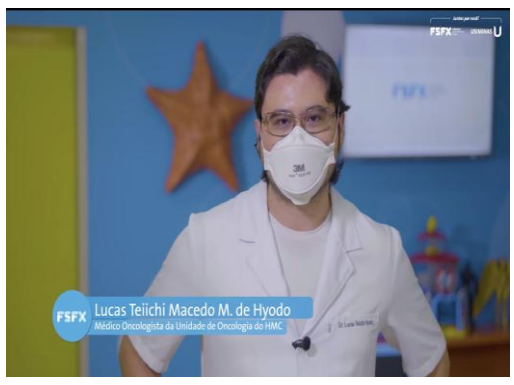
Ferreira, D.F.R.; Hyodo, L.T.M.M.C.; Magalhães, V.M.

INTRODUÇÃO

O correto cuidado domiciliar com o paciente oncológico pediátrico constitui uma das essenciais ferramentas para o sucesso do tratamento.
As orientações de cuidados domiciliares eram até então realizadas em nosso serviço de maneira oral e escrita, em formato impresso, entregue aos familiares do paciente, nos moldes do que hoje é feito nos principais centros oncológicos pediátricos nacionais de referência.
Contudo, observado a dificuldade de interpretação destas orientações por parte de muitas famílias, seja pelo grau de instrução/entendimento, seja pela dificuldade de absorção de informações em um momento emocional desfavorável.
Por isso, foi elaborada a idéia de uma cartilha digital de orientações, disponível pelo celular, para acesso a qualquer hora e em qualquer lugar, tornando o entendimento mais fácil e prático, garantindo assim uma maior segurança ao paciente durante seu período em domicílio.

METODOLOGIA

Realização de um vídeo, com recursos audiovisuais e participação multiprofissional – médico oncologista pediátrico, enfermeira, pedagogo, odontologista pediátrica – com as principais orientações de cuidados domiciliares com o paciente oncológico pediátrico.
O vídeo tem duração total de 4 minutos e 55 segundos e fora disponibilizado aos pacientes em tratamento oncológico quimioterápico e seus familiares, no momento de sua alta hospitalar, por meio de aplicativo de celular.



RESULTADOS

Desde sua implementação, a cartilha teve boa aceitação por parte dos pacientes.
Os objetivos de melhor entendimento das orientações e da maior facilidade de acesso a tais informações foram alcançados, conforme retorno dos próprios pacientes e seus familiares.
Houve redução das internações por intercorrências oncológicas mensais de 3 internações/mês para apenas 1 internação/mês.

CONCLUSÕES

O tratamento oncológico pediátrico apresenta efeitos colaterais significativos, notadamente devido ao quadro de imunossupressão secundário.
Por este motivo, é fundamental um correto cuidado destes pacientes quando no período domiciliar.
As orientações de cuidados domiciliares fornecida pela equipe assistencial, relacionadas a alimentação, higiene, cuidados dentários e profilaxia de infecções, devem ser rigorosamente seguidas pelo paciente e sua família.
A cartilha digital, de fácil acesso e com recursos audiovisuais, leva a um melhor entendimento destas orientações por parte do paciente e seus familiares.
Tal melhoria na adoção dos cuidados leva a uma redução na internação hospitalar destes pacientes por intercorrências oncológicas, principalmente infecciosas, relacionadas ao tratamento.

CATETER NASAL DE ALTO FLUXO (CNAF) EM PACIENTES COM COVID- 19. A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS.

Eliane Novotny Riboldi, Josiane de Oliveira Mateus, Luiz Fernando de Oliveira Moderno, Silvia da Cruz Serri

INTRODUÇÃO

O cateter nasal de alto fluxo (CNAF) é uma forma terapêutica, não invasiva, de fornecer altas concentrações de O2 por meio de um fluxo alto, umidificado e aquecido.
O CNAF pode ser utilizado como tratamento alternativo ou associado à ventilação mecânica não invasiva, como estratégia para evitar a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva em pacientes com insuficiência respiratória aguda hipoxêmica.

METODOLOGIA

O objetivo do presente estudo, retrospectivo, foi descrever e analisar os resultados obtidos com a utilização do CNAF nos pacientes com covid-19 internados na unidade de terapia intensiva adulto.

Os dados foram obtidos por meio de análise de prontuário, sendo concedida a isenção da aplicação do TCLE pelo CEP da Instituição, uma vez que não houve nova intervenção ou identificação dos sujeitos da pesquisa. Parecer nº 4.926.953.

Foram avaliados quarenta e sete pacientes internados no período de janeiro a junho de 2021. Dados como idade, sexo, presença de comorbidades, tempo de utilização do recurso, oxigenoterapia imediatamente antes do CNAF, fluxo e FiO2 administradas, percentual de acometimento observado na tomografia computadorizada de tórax (TC), índice de oxigenação, necessidade ou não de intubação orotraqueal (IOT) e o desfecho (alta ou óbito) foram tabulados e avaliados com a aplicação do programa JASP 12.2 e fixou-se o nível de significância de 5%.

Imagem 1 - Paciente utilizando CNAF

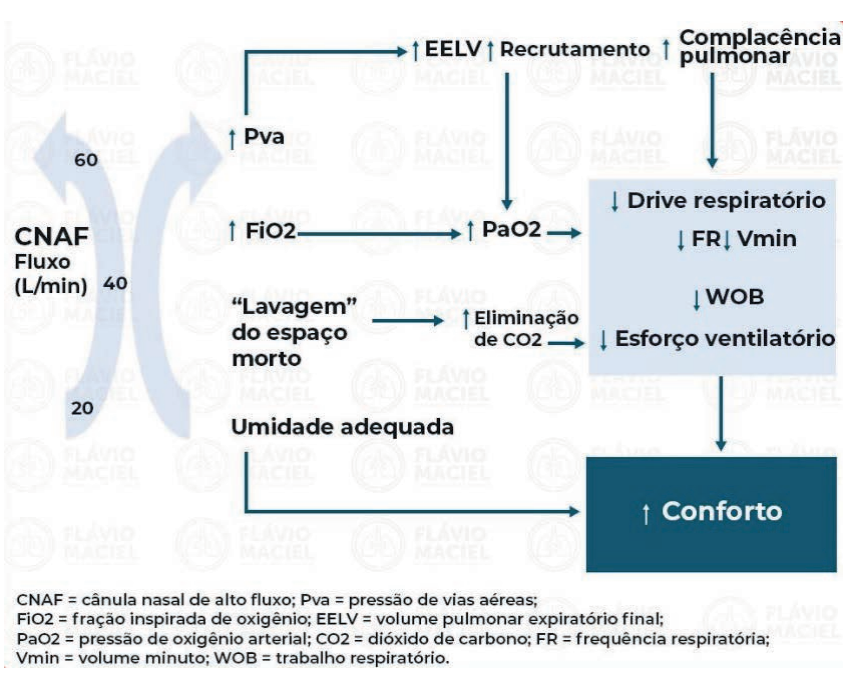


Imagem 2 – Efeitos do CNAF

RESULTADOS

Ao analisarmos os dados observamos, em relação a avaliação da tomografia de tórax (TC) realizada na admissão, uma associação positiva entre a necessidade de IOT com o maior comprometimento do parênquima pulmonar. Em relação as condições ventilatórias, observamos que os pacientes que necessitaram de suporte ventilatório invasivo eram mais hipoxêmicos e permaneceram por menor tempo em uso de CNAF. Não houve associação entre a necessidade de intubação e o óbito. Houve uma correlação moderada entre a FiO2 inicial e a TC de entrada dos pacientes (R2=0.434 – p=0,003). Fatores associados a chance de intubação dos pacientes covid-19 submetidos ao CNAF ajustados para idade, sexo, ter morbidade e nível de FiO2 acima de 70%, demonstrou que cada hora a mais de permanência no CNAF reduziu em 2,2% a chance de necessitar de suporte invasivo (McFadden R2 = 0,362).
Dentre os 47 pacientes graves que utilizaram o CNAF, 17 pacientes não necessitaram de ventilação mecânica.

	IOT (n=30)	Não-IOT (n=17)	Valor teste	Valor p
Idade (anos)	53,4±11,5	56,1±15,0	0,644	0,523
Sexo M – n (%)	22(73,3)	14(82,4)	0,118	0,731
Ter comorbidade n (%)	24(80,0)	12(70,59)	0,536	0,464
TC de entrada			9,815	0,007
<25%	9(30,0)	3(18,8)		
25-50%	11(36,7)	13(81,3)[#]		
50-75%	10(33,3)	0(0,0)[#]		
Fluxo O2 pré (lpm)			1,387	0,500
<5	2(6,7)	2(11,8)		
6 a 9	7(23,3)	6(35,3)		
>10	21(70,0)	9(52,9)		
FiO_2>70 n (%)	24(23,6)	13(13,4)	0,081	0,776
Relação PaO_2/FiO_2	105,4±28,5	84,8±26,2	2,253	0,031
Horas de uso de CAF	47,3±64,9	162,6±82,3	5,307	<0,001
Óbito n(%)	8(26,7)	1(5,9)	1.834	0,176

Imagem 3- Resultados obtidos

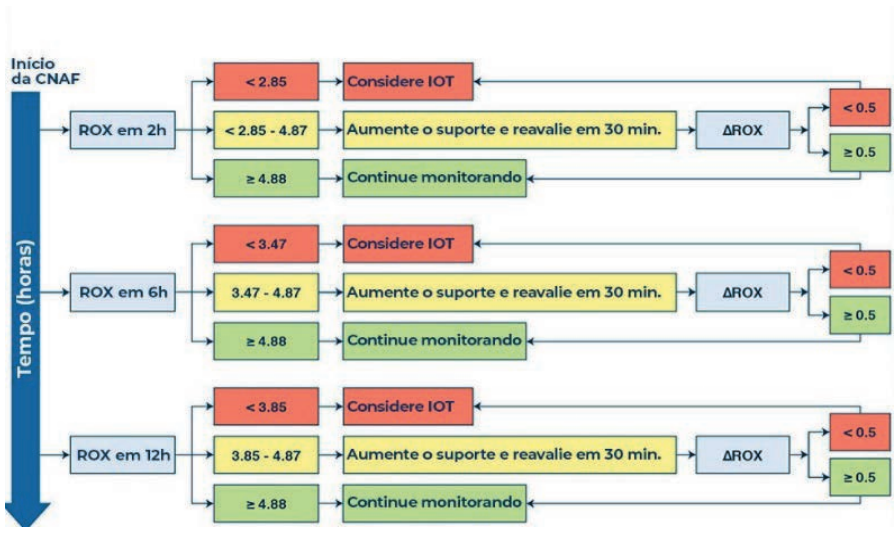


Imagem 4 - Indice Rox e resposta ao CNAF na IRpA.

CONCLUSÕES

A análise dos dados do presente trabalho vai ao encontro dos achados de literatura sobre o tema, no sentido de ser um recurso eficaz para atendimento de pacientes com hipoxemia moderada, inclusive em pacientes com covid-19.
Complementarmente, devemos atentar para algumas limitações do presente estudo, como o fato de ser retrospectivo e o fato dos pacientes infectados com o SarsCov-19 apresentarem diferentes fenótipos e, por consequência, diferentes níveis de alteração de mecânica respiratória.
Por fim, os resultados obtidos contribuirão para a revisão do protocolo de utilização do recurso em nossa Instituição.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, G.C. **Uso de cateter de alto fluxo em terapia intensiva.** Programa de atualização PROFISIO, 2021. Ciclo 7, vol 2.

DOMENICO, L. G.; SALVATORE, M. M.; Oriol, R. **Non-invasive ventilatory support and high-fow nasal oxygen as frst-line treatment of acute hypoxemic respiratory failure and ARDS.** Intensive Care Med, 2021. 47:851–866

ROCA, O.; CARAL, B.; MESSIKA, J.; SAMPER, M.; SZTRYMF, B.; HERNANDEZ, G. et al. **An Index Combining Respiratory Rate and Oxygenation to Predict Outcome of Nasal High-Flow Therapy.** J Respir Crit Care Med., 2019. Jun 1;199(11):1368-1376. doi: 10.1164/rccm.201803-0589OC.

CENTRO DE COMANDO OPERACIONAL REDUZ A MEDIANA DE ATRASO DE EXAMES DE IMAGEM ELETIVOS AMBULATORIAIS

Marcius Conceição Prestes; Andrea Trennepohl Conrad; Andreia Sampert Clos

INTRODUÇÃO

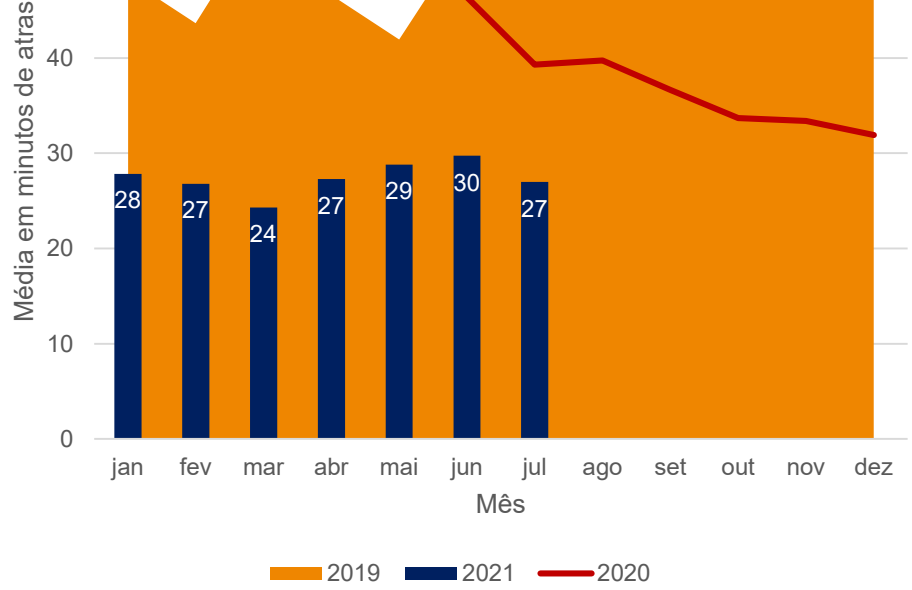
Clifford Bleustein comenta em seu artigo de 2014 sobre o novo paradigma das soluções de saúde, cada vez mais voltado para o consumidor, com tratamentos personalizados. Deve-se fornecer não apenas cuidados de qualidade, mas também a satisfação geral do paciente. Os tempos de espera podem se manifestar de várias maneiras, incluindo atrasos no agendamento de exames e procedimentos.

De acordo com o estudo Vitals de 2018, há uma forte correlação entre quanto tempo um paciente teve de esperar e a classificação por estrelas da unidade de saúde. *Anil Pandit* comenta em seu estudo de 2016 que a impressão de serviços ambulatoriais muitas vezes influencia a sensibilidade dos pacientes em relação ao hospital. Reduzir atrasos e garantir aos pacientes cuidado certo no momento certo traz efeito benéfico na qualidade. Um estudo no Hospital de Atenção Terciária em Pune para determinar o tempo médio despendido pelo paciente nos serviços ambulatoriais, identificou associação entre tempos de espera, experiência do paciente em relação ao atendimento prestado e número de atendimentos prestados.

METODOLOGIA

Avaliar o impacto das ações de melhoria contínua na redução atrasos em exames de ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (RM) ambulatoriais eletivos.

Criamos um sistema de alerta automatizado de paciente ingressados expostos em painéis na operação do serviço diagnóstico com sinalização a equipe operacional de um código amarelo sobre atrasos de até 20 minutos do horário agendado e vermelho mais tempos superiores. Nosso centro de comando também passou a notificador os gestores por mensagens em tempo real. Analisamos 28409 ingressos para RM e 13415 para TC de 01/01/2019 à 31/07/2021, comparando as medianas de atraso pelo teste de Mann-Whitney por se tratar de amostras não normais, considerando significativo um $p<0,05$.



RESULTADOS

Houve diferença estatística significante entre as medianas de atraso da RM: 21 minutos, 33 minutos e 39 minutos, respectivamente dos anos 2021, 2020 e 2019. Assim como confirmamos entre as medianas de atraso de 20 minutos, 33 minutos e 40 minutos, respectivamente dos anos 2021, 2020 e 2019 para os exames de TC.

Fachada do hospital

CONCLUSÕES

Trazer visibilidade para equipe operacional em tempo real risco de atrasos ao nível de paciente, reduzir a mediana de atrasos de exames ambulatoriais eletivos.

Tomográfico do serviço

REFERÊNCIAS

1. Clifford Bleustein; David B. Rothschild; Andrew Valen; Eduardas Valaitis; Laura Schweitzer e Raleigh Jones. Wait Times, Patient Satisfaction Scores, and the Perception of Care. Am J Manag Care. 2014;20(5):393-400.
2. Holly Chu; Robert A Westbrook; Sarah Njue-Marendes; Thomas P Giordano e Bich N Dang. The psychology of the wait time experience – what clinics can do to manage the waiting experience for patients: a longitudinal, qualitative study. BMC Health Services Research. 2019;19:459
3. Anil Pandit; Lalit Varma e Amruta P. Impact of opd waiting time on patient satisfation. International Education & Research Journal. 2016; 2(8):86-90.

Choosing wisely: uma ferramenta para a sustentabilidade

Sílvia Letícia de Souza Fernandes

INTRODUÇÃO

Há uma cultura de “se não faz mal, é bom” que se relaciona estreitamente com o contexto do cuidado à saúde, fazendo-nos pensar que se um procedimento não é visto como prejudicial à saúde é bom que seja feito. O constante desenvolvimento dos serviços de assistência à saúde oferece uma alta diversidade de procedimentos e exames, porém, estes procedimentos agregam benefícios apenas quando utilizados da forma correta.

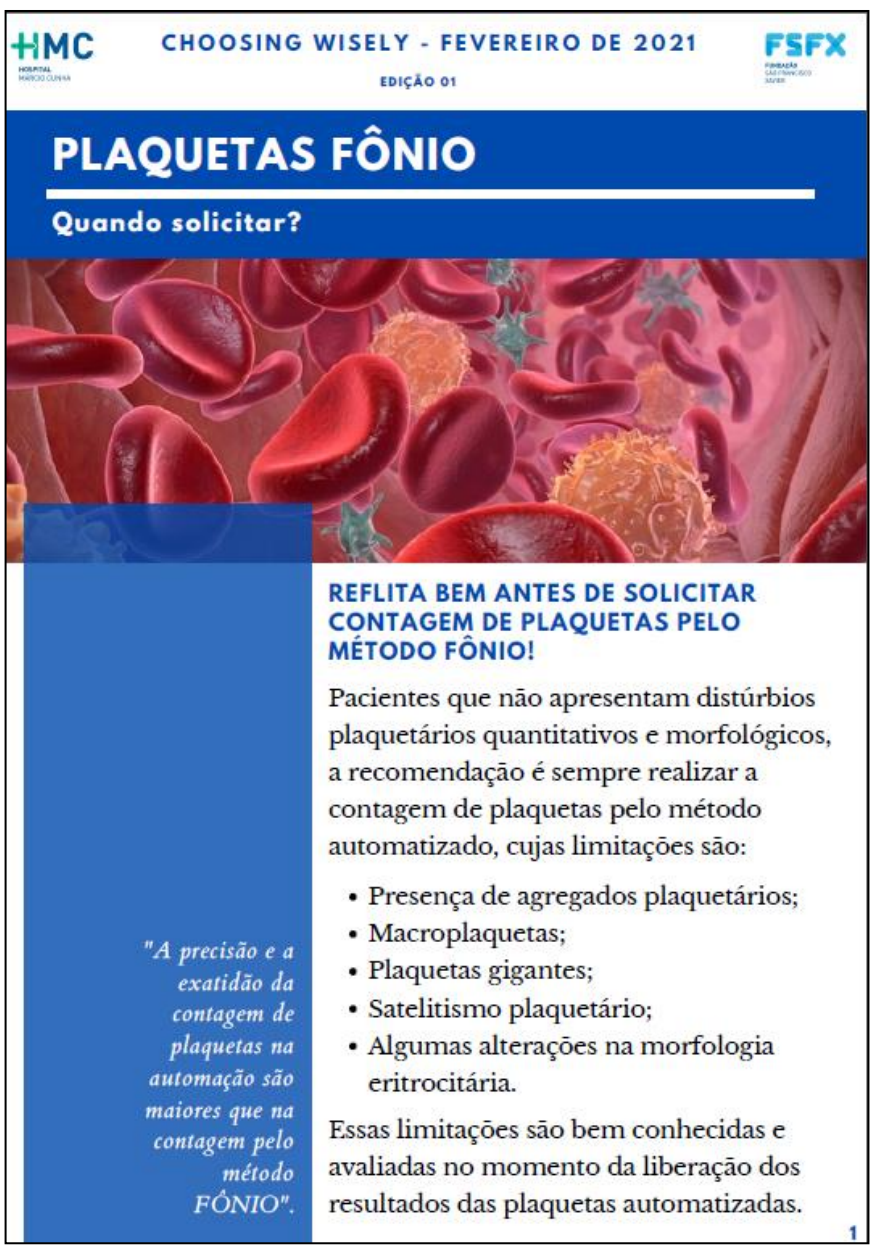
A campanha *Choosing wisely*, lançada pelo Conselho Americano de Medicina em 2012, tem como principal objetivo estimular o uso racional de procedimentos em saúde, incluindo exames laboratoriais. Sua livre tradução significa “escolhendo com sabedoria” e é um assunto já difundido em vários países.

Pensando no contexto de sustentabilidade e qualidade do atendimento ao cliente, o laboratório do Hospital Márcio Cunha iniciou a campanha *Choosing wisely* nas unidades hospitalares e ambulatoriais da instituição com o intuito de informar médicos e profissionais da assistência sobre o uso racional de exames. A campanha propõe reflexão sobre a escolha do exame.

METODOLOGIA

Cada edição da campanha traz um assunto relacionado às demandas mapeadas na instituição: a equipe do laboratório analisa quantitativos de exames, questionamentos e dúvidas médicas, relevância clínica e impacto assistencial dos resultados dos exames laboratoriais, além de observar o que as campanhas *Choosing wisely* pelo mundo estão abordando para selecionar o assunto de cada mês.

Após a seleção do tema, um material com informações rápidas sobre a aplicação do exame, metodologia e significado do resultado é confeccionado e divulgado para a equipe do hospital via rede corporativa e noticiado no jornal semanal *on line*.


CHOOSING WISELY - FEVEREIRO DE 2021

EDIÇÃO 01

PLAQUETAS FÔNIO

Quando solicitar?

REFLITA BEM ANTES DE SOLICITAR CONTAGEM DE PLAQUETAS PELO MÉTODO FÔNIO!

Pacientes que não apresentam distúrbios plaquetários quantitativos e morfológicos, a recomendação é sempre realizar a contagem de plaquetas pelo método automatizado, cujas limitações são:

- Presença de agregados plaquetários;
- Macroplaquetas;
- Plaquetas gigantes;
- Satelitismo plaquetário;
- Algumas alterações na morfologia eritrocitária.

Essas limitações são bem conhecidas e avaliadas no momento da liberação dos resultados das plaquetas automatizadas.

"A precisão e a exatidão da contagem de plaquetas na automação são maiores que na contagem pelo método FÔNIO".

1

Material da campanha *Choosing wisely* do Hospital Márcio Cunha, edição de fevereiro de 2021 – página 1.

CHOOSING WISELY - FEVEREIRO DE 2021

EDIÇÃO 01

MÉTODO FÔNIO

A contagem de plaquetas pelo método FÔNIO consiste em verificar de forma manual e visual, a proporção de plaquetas em esfregaço de sangue corado (sem presença de anticoagulante) e relacionar esta contagem com o número de eritrócitos por milímetro cúbico.

Seu uso é recomendado para pacientes que possuem plaquetopenia (< 80.000mm³) ou nos casos limitantes da automação. Logo, a análise será realizada apenas nessas condições.

“Esse método é inteiramente dependente do microscopista, e possui um coeficiente de variação significativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIN, J. B. – Células Sanguíneas: Um Guia Prático, 5ª ed., 2016.

HOFMAN, A. V. – Fundamentos da Hematologia, 6ª ed., 2011.

LORENZI, F. T. – Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica, 4ª ed. 2006.

2

Classificação da informação: USO INTERNO HO CO DIAGN Ramal Hematologia: 9371

Material da campanha *Choosing wisely* do Hospital Márcio Cunha, edição de fevereiro de 2021 – página 2.

RESULTADOS

A primeira edição da campanha, publicada em fevereiro de 2021, trouxe o tema “Plaquetas fônio: quando solicitar?”. A publicação buscou explicar as diferenças entre o método fônio e o método recomendado para contagem de plaquetas bem como as situações em que este exame deve ser aplicado.

O laboratório executava, em média, 302 exames de plaquetas fônio por mês. Após a divulgação da campanha, a média caiu para 180 exames/mês. Esta redução de prescrições desnecessárias, baseando-se no valor médio pago pelo exame, refletiu na economia de R$ 4.611,60 para operadoras de planos de saúde suplementar, o Sistema Único de Saúde e para o próprio bolso dos clientes num período de 5 meses avaliados.

A segunda edição, divulgada no mês de março/2021, sobre solicitação de anatomopatológico de placenta também mostrou resultados positivos com a redução das prescrições em 35% no período posterior à publicação.

CONCLUSÕES

O sucesso da campanha só confirma a necessidade de discussão sobre o assunto. A comunicação assertiva e, de forma continuada, contribui para conscientização e melhoria da utilização dos recursos disponíveis.

Medidas que auxiliem positivamente nas decisões clínicas são importantes e elas devem estar atreladas a oportunidades que buscam a redução de desperdícios e que ajudam a evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde, objetivando sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

CHOOSING WISELY BRASIL. Disponível em: https://www.choosingwisely.com.br/. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

CHOOSING WISELY. Disponível em: https://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/choosing-wisely-around-the-world/. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

CO-MANEJO CLÍNICO ORTOPÉDICO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Juliana de Angelo Morás Marinho, Leoncio Batista Neto, Daniella Lins Neves

INTRODUÇÃO

A medicina hospitalar não pode ser considerada como apenas uma equipe de apoio clínico, mas sim um grupo de assistência integral durante a permanência nosocomial. Classicamente, é composta por um grupo de médicos que assume o cuidado do paciente e a coordenação dos processos assistenciais com foco no paciente e na efetividade dos serviços. Esse modelo pode reduzir, em média, o tempo de internação dos pacientes em 12% segundo dados norte-americanos[1].

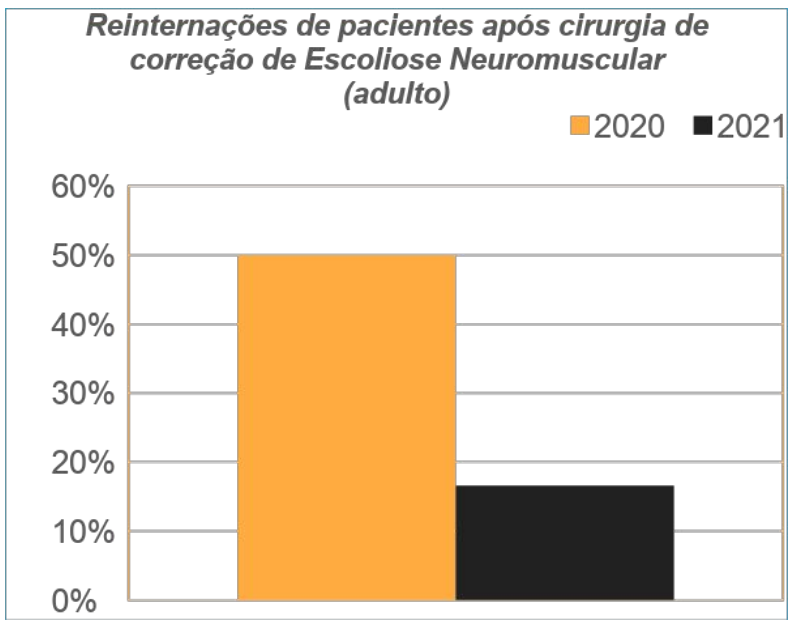
METODOLOGIA

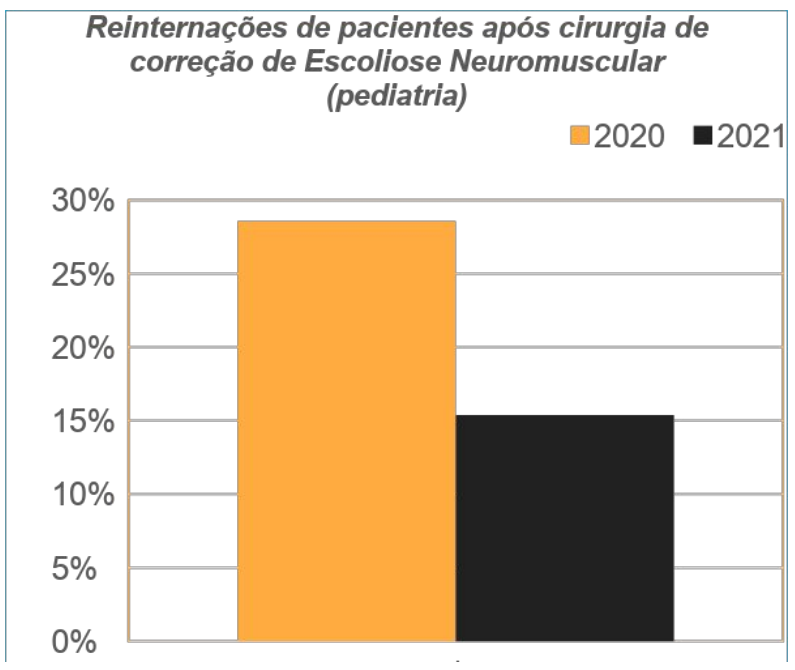
Compomos o corpo clínico de um hospital ortopédico no município de São Paulo com internações eletivas para procedimentos cirúrgicos. Anteriormente, esperava-se que o bom cirurgião tivesse a capacidade de conduzir o paciente durante todo o perioperatório, porém devido à maior complexidade do sistema hospitalar, as parcerias clínico-cirurgião tornaram-se ferramentas altamente eficientes para bons desfechos.
Adotávamos um modelo composto com hospitalistas porém havia postura reativa com relação ao atendimento de intercorrências. Nesse contexto, foi criado o projeto co-manejo clínico / pediátrico / ortopédico de pacientes de um andar do hospital.
A população elencada para acompanhamento clínico foi de pacientes submetidos a correção escoliose neuromuscular e maiores de 60 anos com ao menos uma comorbidade que afetasse o risco cirúrgico. Já os pacientes pediátricos elencados para seguimento foram pacientes submetidos a correção de escoliose, reconstrução de quadril em pacientes com encefalopatia crônica não evolutiva e aqueles que possuíssem concomitantemente traqueostomia e gastrostomia. Realizamos análise retrospectiva por meio de prontuário eletrônico. O período de análise foi de Julho de 2020 a Julho 2021 (doze meses).

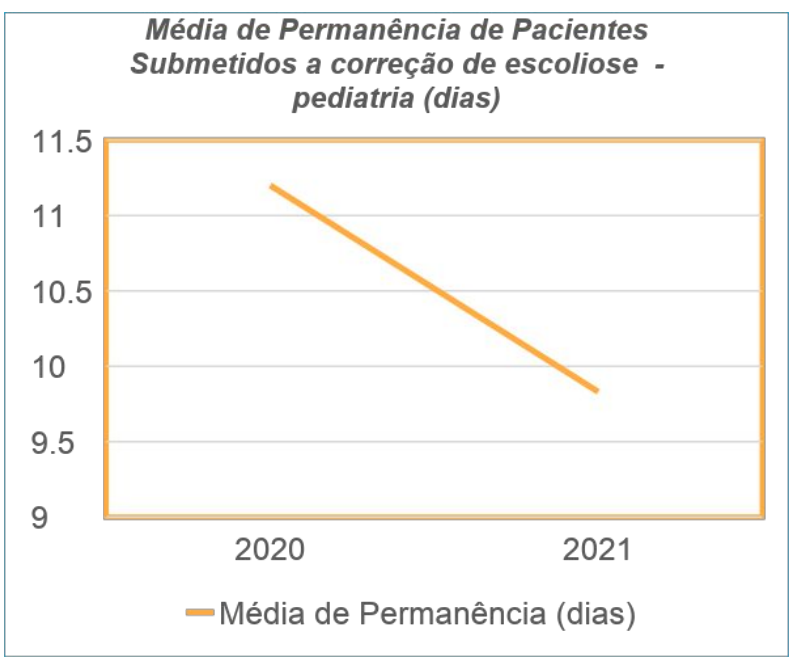
Layout da unidade de internação escolhida para o desenvolvimento do piloto. Acervo AACD.

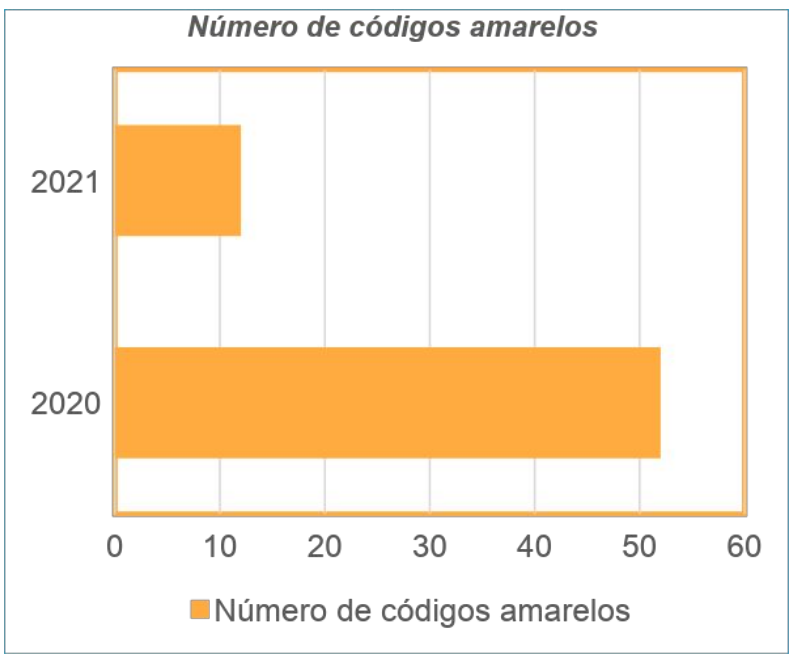
RESULTADOS

Após a intervenção (manejo clínico) as reinternações de pacientes com escoliose neuromuscular da população adulta que em 2020 que perfaziam 50% passaram para 16,60% em 2021.
Na população pediátrica, a média de permanência hospitalar de pacientes com escoliose caiu de 11,2 dias para 9,83 dias. Quanto a escoliose neuromuscular a redução da permanência hospitalar em uma população de alta complexidade com múltiplas comorbidades associadas apresentou queda de 11,2 dias para 10,97 dias. As reinternações nesse perfil de pacientes cairam de 28,57% para 15,38% sendo que nas escolioses de modo global (congênitas, idiopáticas e neuromusculares) as reinternações de 13,33% para 6,77% dos pacientes.
Quando observado desfecho objetivo no cuidado como número de códigos amarelos nos três meses anteriores e posteriores a implementação do projeto houve 4,9 vezes menos códigos amarelos abertos em comparação aos três meses anteriores a implementação do co-manejo.









CONCLUSÕES

Os dados obtidos evidenciam o co-manejo como importante ferramenta da prevenção de agravos e otimização de recursos a longo prazo nas unidades de saúde. A população elencada para o estudo foi de pacientes submetidos a cirurgias de grande porte. Sugerimos mais estudos para evidenciar o benefício em demais populações.

REFERÊNCIAS

1. Society of Hospital Medicine. Core Competencies in Hospital Medicine [internet]. In: Society of Hospital Medicine. Philadelphia: SHM; 2017.

Consequências da LGPD na proteção dos dados de funcionários de hospitais e clínicas

Thör Silva Carvalho

INTRODUÇÃO

Os dados dos funcionários de instituições de saúde também estão protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). O processo de adequação de uma instituição de saúde para a LGPD leva naturalmente os funcionários a ter maior conhecimento da necessidade da proteção de seus dados. Tal conhecimento, inevitável, pode levar a risco para uma instituição que não esteja adequadamente preparada.

METODOLOGIA

Durante a adequação da instituição para o cumprimento das regras previstas na LGPD, foi dada especial atenção ao setor de recursos humanos. Foi realizado diagnóstico de dados no setor, para mapear quais dados eram coletados, se eram realmente necessários e de que forma eram armazenados e eliminados. Foram alterados procedimentos de admissão e seleção. Os contratos de trabalho dos funcionários e os contratos com as empresas terceirizadas de fornecimento de mão de obra foram revistos. O processo de guarda e eliminação de documentos foi revisto. Foi realizado treinamento de todo o pessoal dos recursos humanos da instituição. Passou a fazer parte do processo de admissão o treinamento na LGPD.

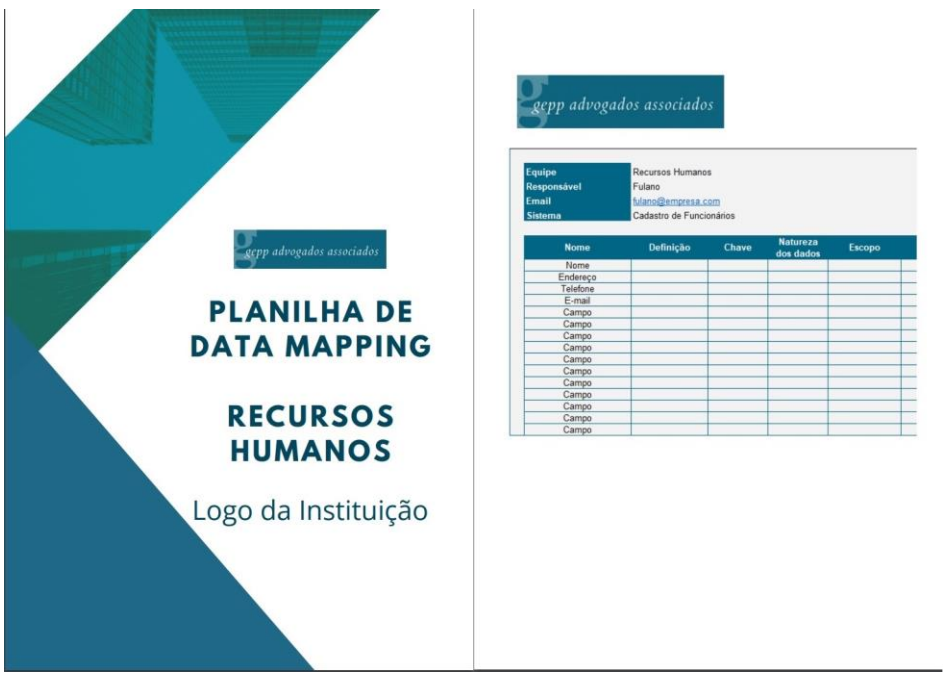


Figura 1. Planilha de mapeamento de dados do setor de Recursos Humanos.

Figura 2. Planilha de temporalidade para guarda de documentos do setor de Recursos Humanos.

RESULTADOS

Os dados pessoais dos funcionários e terceirizados passaram a ser objeto de um cuidado ainda maior por parte do setor de recursos humanos. Possíveis incidentes de segurança dos dados puderam ser evitados, a partir do treinamento desde a contratação dos colaboradores. Foram definidos prazos de eliminação de dados já utilizados, bem como formas de guarda de documentos físicos e digitais. O risco de ações judiciais por parte de sindicatos e órgãos de proteção do trabalhador foi reduzido.

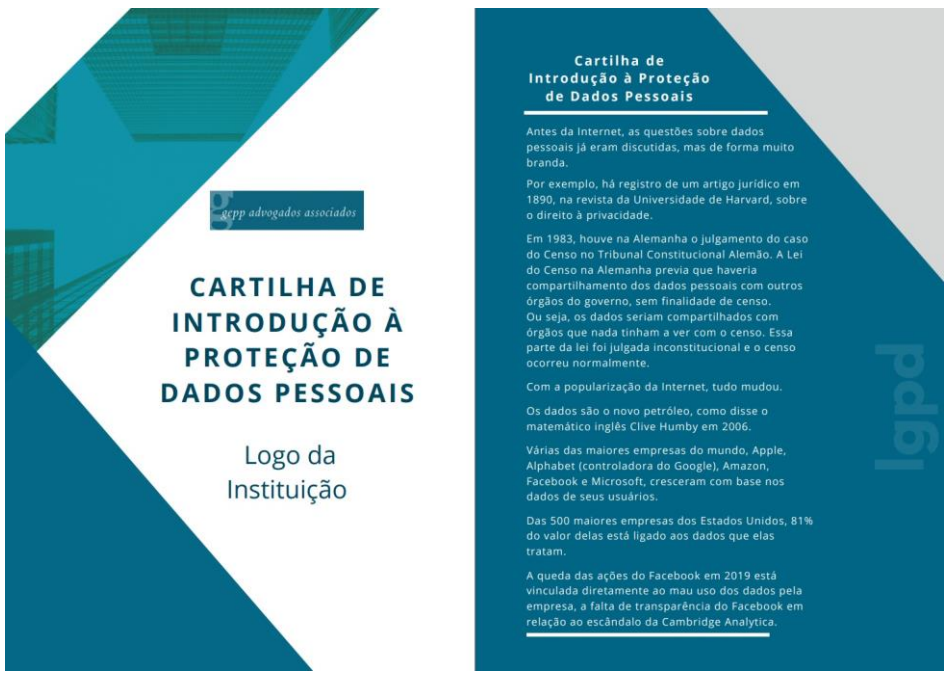


Figura 3. Cartilha de Introdução à Proteção de Dados Pessoais.

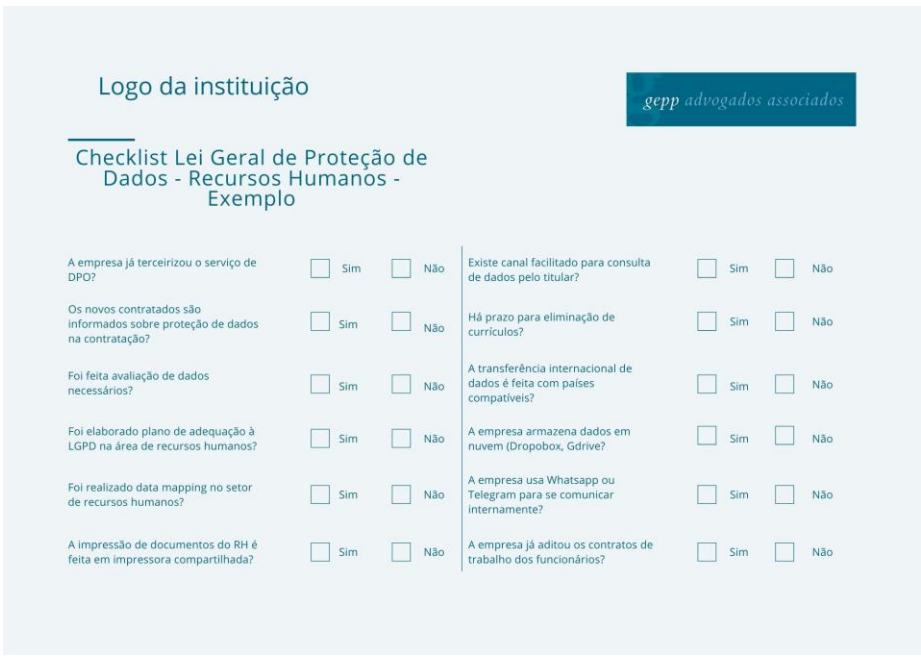


Figura 4. Exemplo de Checklist para Setor de Recursos Humanos.

CONCLUSÕES

Toda a instituição de saúde se beneficiou da implementação da LGPD no setor de recursos humanos, uma vez que a cultura da proteção de dados foi introduzida a partir da contratação dos colaboradores.

REFERÊNCIAS

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

CONSTRUÇÃO DE PRÁTICA DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Maria Lívia Leite de Abreu Gomes, Priscila Maria Gabos, Adriana Aparecida Fregonese e Silvia Maria Cury Ismael

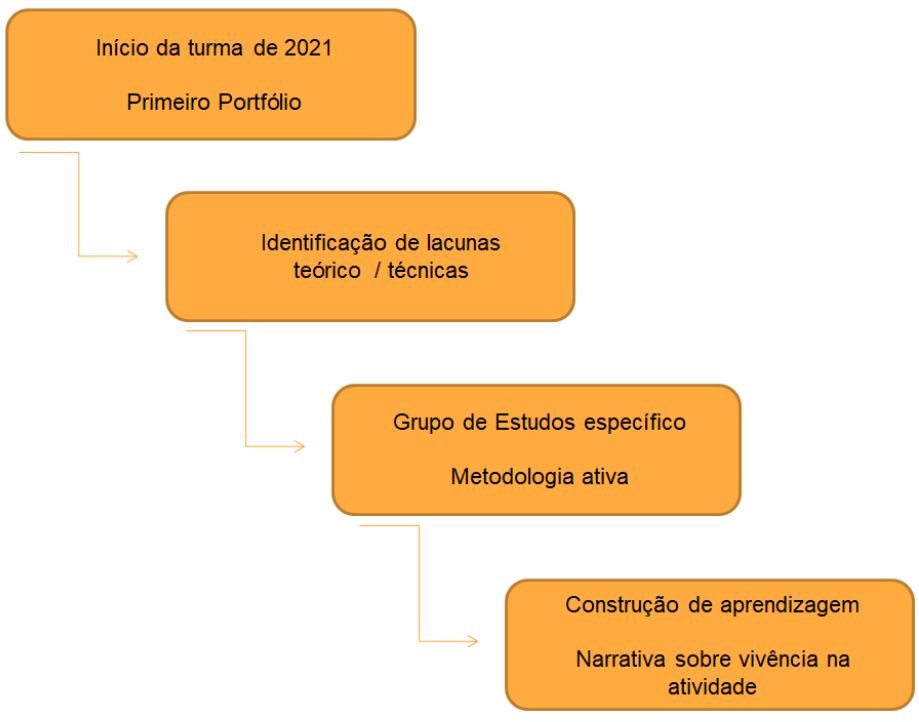
INTRODUÇÃO

A metodologia ativa é o principal recurso utilizado para ensino-aprendizagem em Residência Multiprofissional. Os preceptores são desafiados a conduzir uma prática profissional que valorize um saber compartilhado, reflexivo, problematizador e transformador.
O preceptor também tem como tarefa desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem que fomentem a corresponsabilização e a práxis, como é o caso das metodologias ativas, com o intuito de deixar o processo de ensino-aprendizagem mais didático (MATTOS, 2016).

METODOLOGIA

Com o ingresso de novos residentes em março de 2021, foram identificadas dificuldades no desemprenho das práticas assistenciais. Foi organizado um grupo de estudos específico para trabalhar competências comportamentais, atitudinais e técnicas partindo do aprofundamento teórico. O trabalho teve como objetivo a construção de uma prática de ensino-aprendizagem para o Programa de Residência Multiprofissional à partir da necessidade real do residente.

O grupo foi composto de 24 encontros semanais, com 3 residentes ingressantes e 2 preceptoras. A partir de um disparador da prática, as residentes buscaram referências na literatura. Foram solicitados fichamentos de artigos científicos com discussões referentes a esses dados. Ao término dos encontros, foi proposto uma narrativa como ferramenta de auto avaliação. Fundamentando-se no conteúdo emergente dessa ultima atividade, construiu-se categorias que contemplam os resultados dessa prática de ensino-aprendizagem.



Construção do Grupo de Estudos, a partir da necessidade de melhorias teórico-práticas.

A análise de conteúdo temática se pauta na leitura flutuante de todo o material a ser analisado, para a busca de relações e criação de categorias que organizam as informações trazidas (MINAYO, 2010). Trata-se de uma metodologia quali-quantitativa para a análise de dados em pesquisa, levando em consideração também o processo dos sujeitos estudados.

Portanto, a categorização dos conteúdos das atividades e das reflexões dos residentes propiciou contemplar os ganhos e a evolução na construção da aprendizagem.

RESULTADOS

Inicialmente, as residentes se tornaram receosas com o teor avaliativo do Grupo, tendo dificuldade em se expressarem na construção do raciocínio teórico. Tal posicionamento foi refletido em suas narrativas como “insegurança” e “impacto”, evidenciando que a maior parte das dificuldades se pautavam em questões emocionais pessoais projetadas na prática assistencial.

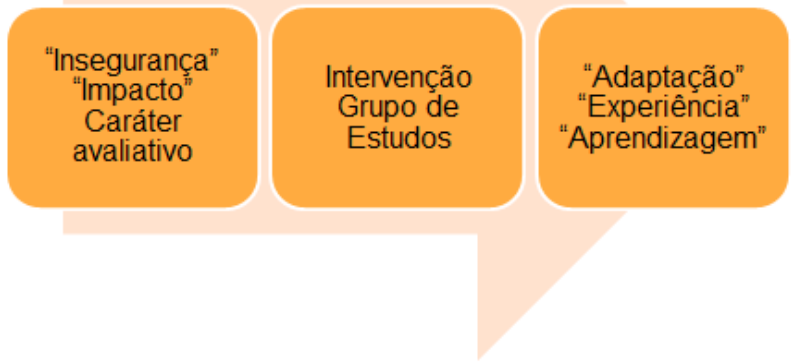
Uma variável importante foi a construção de vínculo com as preceptoras, implicando em mais confiança e disponibilidade por parte das residentes na busca de literatura específica, desmistificando o caráter avaliativo da relação residente-preceptor. Assim, as categorias “adaptação”, “experiência” e “aprendizagem” apareceram de forma relevante nas narrativas e no último encontro. As residentes se mostraram mais reflexivas, comunicativas, engajadas e mais seguras em se exporem.

Evidenciaram-se ganhos importantes favorecidos pela metodologia ativa do grupo de estudos, comprovados nas participações mais ativas e assertivas em tutorias e condução de intervenções práticas.

Uma hipótese levantada para o posicionamento inicial das residentes foi o impacto da necessidade de sair do papel de estudante para a busca de uma postura mais ativa e encontro de seus papéis profissionais. Além disso, sugeriu-se a possibilidade de que o enfrentamento de um último ano de graduação em meio à pandemia da COVID-19, com ensino de forma virtual, pudesse ter distanciado as residentes da dimensão profissionalizante, favorecida pelo curso presencial.

Compreende-se que, criando o espaço do grupo de estudos, as residentes puderam encontrar formas de vincular sua bagagem teórica prévia, a necessidade da busca constante de aprimoramento técnico-prático e criação de vínculos profissionais com as preceptoras.

O processo conversacional é um substrato fundamental para o tensionamento do já conhecido e para a emergência de novas concepções. Quando o foco sai do objeto e vai para a interação, a forma de avaliação da eficácia do processo educacional não é mais a aproximação a um conhecimento ideal, onisciente, universal, mas sim uma avaliação da mobilização de capacidades para enfrentar, com sucesso e de modo contextualizado, os problemas da prática (FREIRE, 2011).



Resultados no decorrer da intervenção

CONCLUSÕES

O grupo de estudos mostrou-se uma ferramenta favorável para a construção de habilidades teórico-práticas, facilitando a espiral do conhecimento.
Observou-se também ganhos na experiência do residente, acolhimento de suas dificuldades e, consequentemente, melhores práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

MATTOS, T.M.C. Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010
FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica. São Paulo: Paz e Terra; 2011

CONSTRUÇÃO DO PROJETO MULTIPLICADORES COMO ALICERCE DA EDUCAÇÃO CONTINUADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natalia Martinez Vanni, Larissa Guanaes dos Santos, Mariana Monteiro Amarello, Luana Dias Ruiz

INTRODUÇÃO

Frente ao surgimento de novas patologias, a educação permanente em saúde se torna cada vez mais importante para o aprimoramento dos colaboradores. Nesse contexto, devido ao aumento do Turnover nas instituições de saúde, impactado pela pandemia da COVID-19, foi necessário criar um grupo com profissionais multiplicadores nas unidades de internação.

METODOLOGIA

Relato de experiência que descreve a construção de um grupo de profissionais denominados “multiplicadores’ nas unidades de internação adulto e infantil de um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo. O projeto foi divulgado no final de 2020 em parceria com lideranças e enfermeiras de treinamento. Os colaboradores se inscreveram de forma espontânea através de um QR-Code, que direcionava para a plataforma de ensino e aprendizagem da instituição. Após, foi enviado o cronograma do primeiro encontro aos profissionais interessados.

Cartaz de divulgação do projeto multiplicadores com acesso ao QR Code aos profissionais que gostariam de participar. São Paulo, Brasil. 2021

Dinâmica realizada no primeiro encontro doo Projeto Multiplicadores. São Paulo, Brasil. 2021

RESULTADOS

Quatro encontros foram realizados de fevereiro a julho de 2021, ao todo 87 membros da equipe de enfermagem se inscreveram. O primeiro encontro teve como foco identificar o que os membros esperavam com a participação no projeto, abordou atitudes e comportamentos relevantes para a construção de um perfil de multiplicador. No segundo encontro foram apresentadas algumas metodologias de ensino e, após, discutiu-se o primeiro tema que todos participantes multiplicariam ao restante da equipe, o tema central foi comunicação. Ao todo, 12 projetos foram colocados em prática pelos multiplicadores com as seguintes temáticas: efetividade da comunicação na passagem de plantão; elaboração de informativo sobre balanço hídrico e rotinas de uma unidade de TMO Pediátrico; comunicação assertiva na admissão do paciente e clareza na comunicação com o paciente. As metodologias utilizadas para conduzir os projetos foram: gamificação, encenação e discussão de casos.

Nuvem de palavras realizada em um dos encontros que emergiu o tema sobre comunicação utilizado nos projetos. São Paulo, Brasil. 2021

Foto: Multiplicadores capacitando a equipe de enfermagem quanto à comunicação assertiva. São Paulo, Brasil. 2021

CONCLUSÕES

Houve um desenvolvimento no engajamento dos colaboradores e o grupo foi capaz de fomentar discussões para melhorar a qualidade da assistência. Incluir colaboradores em projetos que fomentem o seu desenvolvimento permite que eles se tornem figuras de referência nas equipes para conduzir treinamentos e garantir qualidade assistencial aos pacientes.

REFERÊNCIAS

Gomes ILV, Alves AR, Moreira TMM, Campos DB, Figueiredo SV. Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital. Glob Acad Nurs. 2020;1(3). Disponível em: https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.202000500
Campos, KFC, Sena, RR de, Silva, KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20160317. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?format=pdf&lang=pt

CONTINGÊNCIA DO TREINAMENTO ADMISSIONAL DEVIDO COVID-19

Silvia Helena Frota Mendonca, Camilla do Rosario Nicolino Chiorino, Flavio Augusto de Oliveira Serra, Kelle Cristina da Rocha

INTRODUÇÃO

O cenário da Pandemia COVID-19 trouxe vários enigmas para o mundo inteiro, principalmente para as instituições e profissionais da área da saúde, uma vez que havia um grande número de informações a respeito da doença e as referências, protocolos, diretrizes mudavam a cada semana, além de ser necessário novas contratações em massa devido afastamentos de muitos colaboradores.

Neste sentido, realizar a capacitação e manter todos os profissionais no mesmo nível de aprendizagem se tornou um grande desafio, sendo necessário desenvolver estratégias de ensino e aprendizagem implementando modelo híbrido.

METODOLOGIA

Para essa construção, utilizamos a metodologia PDSA, onde identificamos um problema em potencial relacionado à como manter um distanciamento seguro dos novos colaboradores com relação número de contratações neste período com a programação de 60 horas de treinamento.

Desta forma remodelamos nosso cronograma de treinamento, planejando para, conseguir atender esta demanda sem perder a qualidade e quantidade de conteúdo ministrado com base em LNT.

Em um segundo momento, após a implantação do novo modelo, avaliamos nossos indicadores de treinamento como taxa de aprendizagem, homem hora treinado (HHT) e avaliação de reação. Utilizamos ferramentas virtuais disponíveis no momento como: Formulário Forms e plataforma Workplace.

PDSA

PLAN	DO	STUDY	ANALIZE
Brainstorm para novo planejamento: • Conteúdo x Priorização • Forma: presencial/ virtual • Teste da ferramenta on line • Carga horária • Ferramenta de controle do projeto • Equipe do projeto	• Montagem do cronograma híbrido: presencial e virtual • Plano de trabaho no Trello • Produção e validação das vídeos aulas • Revisão/ adaptação dos pós testes para Formulário Forms • Criação do tutorial • Comunicação da mudança	• Acompanhamento da Taxa de adesão ao conteúdo virtual • Análise e correção dos problemas • Inclusão do cadastro no Workplace no período presencial • Criação da pasta compartilhada (alternativa para visualização dos vídeos)	Acompanhamento e análise dos Indicadores de treinamento: • Taxa de Adesão/ Participação, • Hora Homem Treinamento • Taxa de Efetividade do Admissional • Avaliação de Reação - avaliação geral

Quadro 1 - PDSA da reformulação do Treinamento Admissional

Fotos: Adequação do ambiente, com banner de orientações e redução de capacidade em sala de aula

RESULTADOS

Durante o período de abril/20 à julho/21 foram treinados 669 colaboradores, sendo 35% em 2020 e 65% em 2021. Tivemos um acréscimo de 112% na média de entrada de novos colaboradores em comparação à 2020 e à 2019.
Em 2020, houve um declínio de 19,85% no volume de contrações, muito embora este declínio esteja relacionado às determinações impostas durante o período mais crítico da pandemia – cancelamento de procedimentos de rotinas, influenciando na ocupação das instituições.
O novo cronograma de treinamento admissional passou a ter 20 horas presenciais e 35 horas em ambiente virtual. Para o novo cronograma foram produzidos cerca de 20 vídeos aulas. As vídeo aulas foram disponibilizadas na rede social Workplace® (WP) da instituição. O WP é a rede social do Facebook ® para empresas.
Em 2019, a média de HHT era de 56 horas, com a nova reformulação manteve 56 horas em 2020 e aumentou para 60 horas em 2021, pois houve aumento do período presencial.
Para solução da dificuldade do acesso à plataforma WP, foi criado vídeo de orientação e infográfico disponibilizados na comunicação dos treinamentos.
Quando analisamos a qualidade do treinamento por meio da avaliação de efetividade em relação ao período anterior, observamos melhora na taxa que era de 90,7% e no período do estudo evoluiu para 96,0%, mantendo padrão de qualidade de treinamento, mesmo que em um modelo adaptado.

Quadro 2 – Evolução do Modelo do Treinamento Admissional

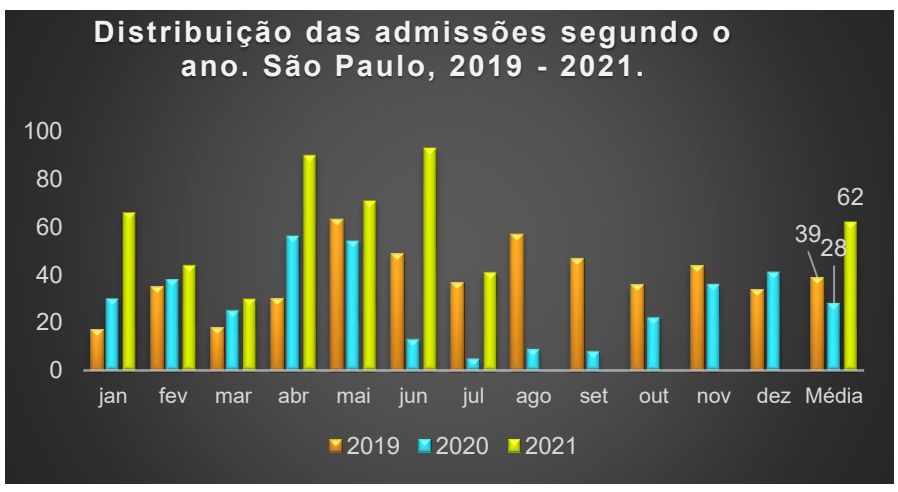


Gráfico 1 – Volume de novos colaboradores por ano

CONCLUSÕES

A produção de vídeo aulas foi um fator determinante para o desenvolvimento deste modelo de treinamento híbrido (sala de aula e ambiente virtual). A busca por novos métodos de ensinar, como por exemplo, a utilização do Workplace como ferramenta de ensino, idealizou a implementação de um ambiente virtual voltado ao ensino, e fomentou a implantação da academia virtual, sistema oficial LMS.
A tendência é que cada vez maior para seguirmos os ambientes virtuais, devido a melhor capilarização dos conteúdos para o público alvo, além dos controle de indicadores de ensino, de forma sistematizada e efetiva.

REFERÊNCIAS

Noronha, KVMS; et all. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(6):e00115320. Disponível em https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt&format=pdf, Acessado em 30.set.2021.

CONTRIBUIÇÃO DE UM NÚCLEO HOSPITALAR DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA RACIONALIZAÇÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS VIGENTES

Laura R. S. de Oliveira, Cíntia C. F. de Oliveira, Eliane W. Roesch, Maria Angélica P. Ferreira

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) tem como principal atribuição assessorar gestores na tomada de decisão sobre incorporação de novas tecnologias em saúde, aproximando-os das evidências científicas. A ATS hospitalar parte da perspectiva da instituição e pode ser usada para avaliar manutenção ou desinvestimento em tecnologias já disponíveis.

OBJETIVO

Descrever situações em que o NATS foi demandado para avaliar uso de tecnologias já incorporadas e discutir a contribuição das avaliações na otimização do uso de recursos tecnológicos e financeiros da instituição.

METODOLOGIA

Por solicitação da Diretoria Médica (DM), o NATS avaliou o uso de 3 dispositivos já incorporados: campo cirúrgico adesivo transparente em poliuretano (CCAP), terapia de pressão negativa para feridas (TPN) e bisturi ultrassônico (BTU). A indicação clínica prevista na padronização era prevenção de infecção de ferida operatória, tratamento de deiscência de ferida operatória de mediastinotomia e incisão e hemostasia em cirurgia videolaparoscópica, respectivamente. Foram elaborados pareceres técnico-científicos (PTC), cuja metodologia incluiu revisão de literatura científica, levantamento de dados locais de efetividade (“mundo real”), análise de custos e da demanda assistencial, e consultorias técnicas com especialistas.

Imagem 1. Fluxograma da solicitação de avaliação de tecnologias em saúde pelo NATS

RESULTADOS

O TPN e o BTU vinham sendo usados fora de indicações previstas. A revisão da literatura identificou situações adicionais em que há evidências de benefício com TPN. O uso de BTU foi redimensionado, sendo definidas indicações com melhores evidências de benefício. As evidências de eficácia e segurança sobre CCAP foram de baixa qualidade, não sendo possível excluir o aumento de risco de infecção, especialmente em cirurgias de longa duração. Os PTCs recomendaram desinvestimento parcial em CCAP e manutenção das demais tecnologias, com ajustes em indicações e consumo. Os PTCs foram apresentados à DM, que acatou as recomendações e comunicou aos serviços assistenciais e administrativos, as medidas de adequação.

CONCLUSÕES

Os NATS hospitalares colaboram não apenas para a avaliação de novas incorporações, como também contribuem para qualificar a assistência e racionalizar o uso de tecnologias disponíveis na instituição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition.2018.186 p. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf. Acesso em 29 de setembro de 2019.
2. Sutton PA, Awad S, Perkins AC, Lobo DN. Comparison of lateral thermal spread using monopolar and bipolar diathermy, the Harmonic Scalpel and the Ligasure. Br J Surg. 2010;97:428–33.
3. Webster J, Liu Z, Norman G, Dumville JC, Chiverton L, Scuffham P, Stankiewicz M, Chaboyer WP. Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD009261. DOI: 10.1002/14651858.CD009261.pub4.

CRIAÇÃO DE AGENDA PARA PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS NA UTI NO CENÁRIO COVID

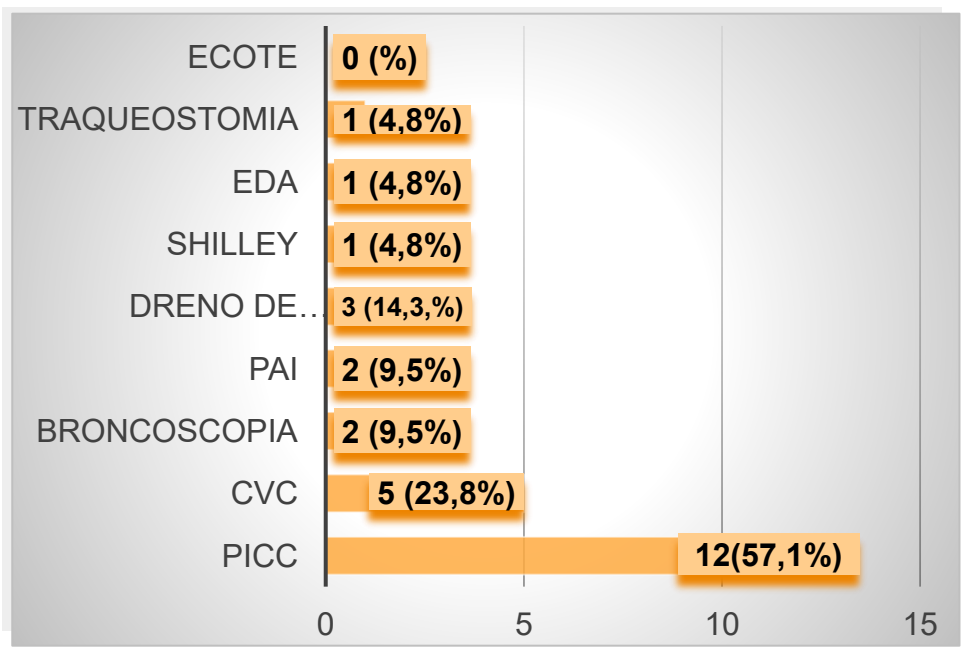
GISLEIDE OLIVEIRA , NIVIANNE ANDRADE, PAULA SCORSI

INTRODUÇÃO

No contexto da pandemia do COVID-19 gerou-se um acúmulo de procedimentos invasivos na terapia intensiva, e com o aumento da demanda observou-se a necessidade de organizar e planejar a assistência de uma forma mais estruturada. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destaca-se pela complexidade técnica, processual e multidisciplinar, pois envolve um conjunto de elementos destinados à realização de procedimentos invasivos, bem como, a recuperação do paciente. Em cima disso foi elaborado uma agenda de procedimentos baseado no agendamento cirúrgico onde foi adotado essa estratégia devido a produtividade na UTI para segurança do paciente e diminuição de sobrecarga na equipe.

METODOLOGIA

1) Foi realizada reunião com a equipe para o desenvolvimento do projeto; 2) Criado um grupo de comunicação com envolvidos; 3) elaborado o caderno de procedimentos e uma Agenda/lousa de procedimentos dentro da UTI; 4) Capacitação da equipe. Realizado um estudo qualitativo de todos os procedimentos realizados previamente agendados, com os resultados deste estudo, observou-se a possibilidade de gerenciarmos mensalmente os seguintes indicadores: atrasos de procedimentos, n° de procedimentos fora dos horários permitidos, n° de procedimentos realizados em emergências e especialidades mais acionadas.



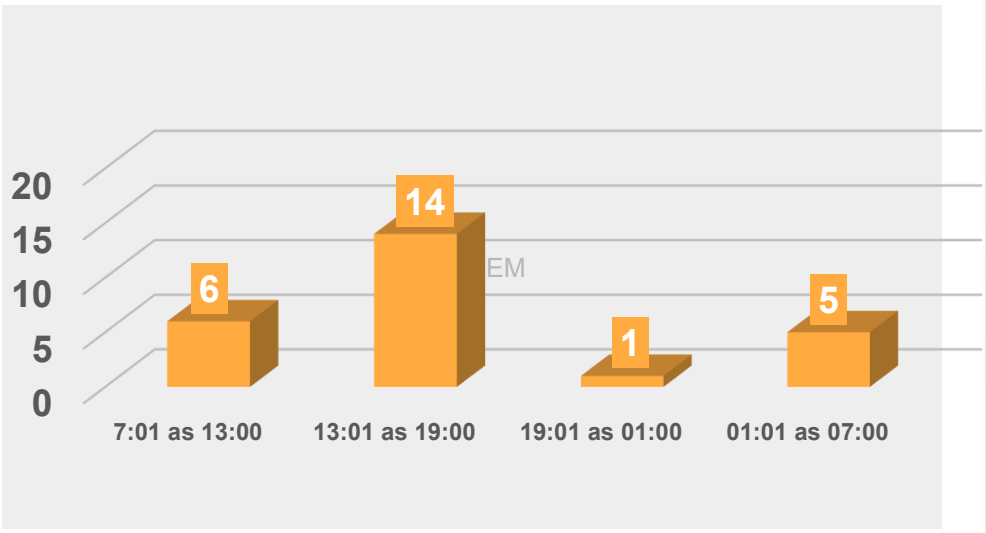
Tipos de Procedimentos no mês de Julho

20 procedimentos realizados no horário agendado
01 realizado em atraso

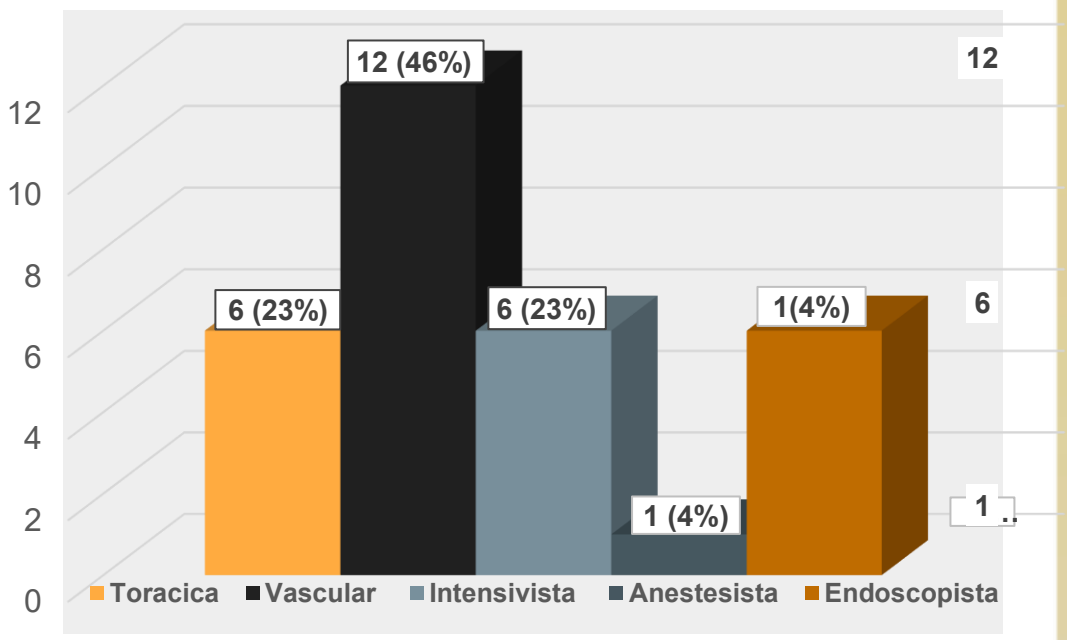
RESULTADOS

A agenda foi implantada em abril de 2021, após o inicio do projeto evidenciou-se uma melhora no tempo da execução dos procedimentos por ser totalmente programado onde o enfermeiro ao disparar o procedimento com os dados do paciente e tipo de procedimento a equipe da farmácia tem um tempo de 10 minutos para entrega dos materiais no setor.

O estudo resultou no total de 146 procedimentos realizados entre o mês de abril ao mês de agosto de 2021. Desses 146 procedimentos observou-se 21 atrasos por motivos médicos . Analisou-se que as equipes mais acionadas foi vascular com um total de 55 procedimentos , em seguida os intensivistas com um total de 29 procedimentos.



Total de Procedimentos por Turno no mês de Julho



Procedimentos por Médico/Especialidade

CONCLUSÕES

Após a implementação e implantação da agenda foi possível verificar que os procedimentos programados garante aos pacientes uma maior segurança e eficácia diminuindo o número de eventos adversos e sobrecarga da equipe. O resultado depende da efetividade de cada etapa do processo e do apoio das áreas envolvidas. A agenda em unidade terapia intensiva não é uma realidade geral, porém, mostrou-se eficaz na qualidade dos procedimentos e otimizando tempo e recursos.

REFERÊNCIAS

REIS,DÉBORA OLIVEIRA NUNES DA SILVA; MENESES, RICARDO DE OLIVEIRA; PINTO,CECÍLIA MARIA IZIDORO;SILVA, MARIA VIRGÍNIA GODOY DA;TEXEIRA, NATHÁLIA FERREIRA. Indicadores Gerenciais Do Mapa Cirúrgico De Um Hospital Universitário. **REV. SOBECC.** Disponível em: https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/viewFile/516/pdf. Acesso em: 20.mai.2021.

Cuidado com a saúde emocional: Programa Única Mente

Autores
Autor: Claudia Martini [1]
Co-autores: Priscila Oliveira[2]; Katia Weber[2]; Barbara Fonseca[3]
[1] Psicóloga, [2] Enfermeiras, [3] Marketing

Introdução

As doenças e transtornos mentais afetam, ao longo da vida, cerca de uma a cada cinco pessoas, sendo uma das maiores causas de incapacitação, queda de produtividade no trabalho e agravamento de doenças concomitantes. Os números são alarmantes no mundo inteiro, em um estudo recente da Organização Mundial da Saúde estimou que, a cada ano, os transtornos depressivos e de ansiedade custam cerca de US$1 tri de dólares em produtividade à economia global. Visto este cenário desenvolvemos um programa de saúde emocional chamado **Única Mente**, que atende a todas as faixas etárias e acolhe os principais transtornos emocionais. O programa possui duas linhas de atendimento: Individual com atendimento multiprofissional (psiquiatra e psicólogo) com acompanhamento de evolução clínica ou “In company” com módulos oferecidos para diagnóstico situacional da empresa, treinamentos da liderança e tratamento dos colaboradores identificados. As duas linhas de atendimento conta com jornada de edução em saúde mental, com foco na quebra do estigma, desfecho clínico, fortalecimento do sigilo médico.

Objetivo

Nosso objetivo é proporcionar um cuidado diferenciado e individualizado aos pacientes com transtornos mentais, oferecendo acolhimento e estimulando a quebra do estigma sobre o tema, e apoia-lo na jornada do cuidado.

Metodologia

Realizamos um estudo descritivo com a população de participantes no programa Única Mente. A população estudada foi de 12mil participantes, de 2 a 95 anos, no período de setembro de 2019 a julho de 2021.

Resultados

Em quase dois anos de programa realizamos mais de 15 mil consultas (10.400 com psicólogos e 4.905 com psiquiatras) com avaliação na zona de excelência (NPS 86). No geral, cerca de 57% dos diagnósticos são ansiedade, e 45% de depressão, lembrando que uma pessoa pode ter mais de um diagnóstico.

Em uma visão consolidada 89% dos beneficiários acompanhados pelo programa apresentaram melhora nos índices de depressão e ansiedade. Este monitoramento se dá na aplicação recorrente de escalas cientificamente comprovadas (PHQ9 e GAD7) aplicadas antes da primeira consulta e mensalmente durante toda a jornada de cuidado.

Considerações Finais

Com os resultados encontrados, verificamos que os diagnósticos de ansiedade e depressão são os mais relevantes nesta população. O plano de cuidado integrado proporciona melhor adesão no tratamento e possibilita que em 30 dias de acompanhamento o participante já consiga ter percepção de melhora no seu quadro clínico.

Esperamos cada vez mais ser uma referência para os nossos beneficiários, para sociedade e para a Saúde Suplementar sendo reconhecida como uma fonte confiável de informação e cuidado integral.

Referências Bibliográficas

Global Report - OMS 2018

CUSTO COVID-19 E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

Mauro Heleno Ladeira de Oliveira, Eliane Cristina Montanari Gonçalves, Kleber Tertuliano Caldas, Márcia Aparecida Buzelin de Oliveira

INTRODUÇÃO

A necessidade de redirecionamento da oferta de serviços da rede de saúde para pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, trouxe o risco de desequilíbrio ou agravamento da situação financeira dos hospitais. Assim, os gestores hospitalares e suas fontes de financiamento criaram estratégias relevantes para, no curto prazo, garantir acesso a esses pacientes e no médio e no longo prazo, garantir a continuidade da oferta no período pós-pandêmico.

Neste estudo, pretende-se demonstrar os custos dos atendimentos à Covid-19 de um hospital de grande porte orçamentado (recebe o que gasta) e referência para pacientes suspeitos ou confirmados da doença; descrever o impacto dos principais componentes no custo hospitalar e comparar o custo do paciente com diagnóstico positivo para Covid-19 com os demais pacientes.

METODOLOGIA

O método utilizado foi o de custeio por absorção. Ele considera todos os custos de produção e serviços, sejam eles diretos ou indiretos, fixos ou variáveis.

Utilizamos o critério Duplo/Matricial (fig.1) onde os centros de custos não assistenciais (94 centros) distribuem os custos entre si sem sequência definida e depois os rateia para os centros produtivos. Após a tratativa, os atendimentos foram agrupados conforme DRG Brasil (Diagnosis Related Groups – Grupo IAG Saúde) utilizando ferramenta BI.

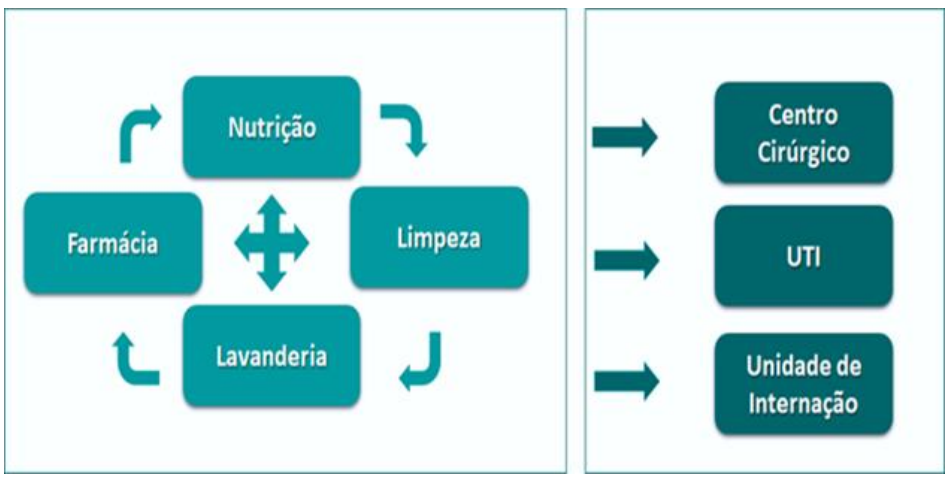


Figura 1: Modelo Duplo/Matricial. Fonte: (Manual de Contabilidade-FIPECAFI) Adaptado pelo setor de Contabilidade e Custos do hospital

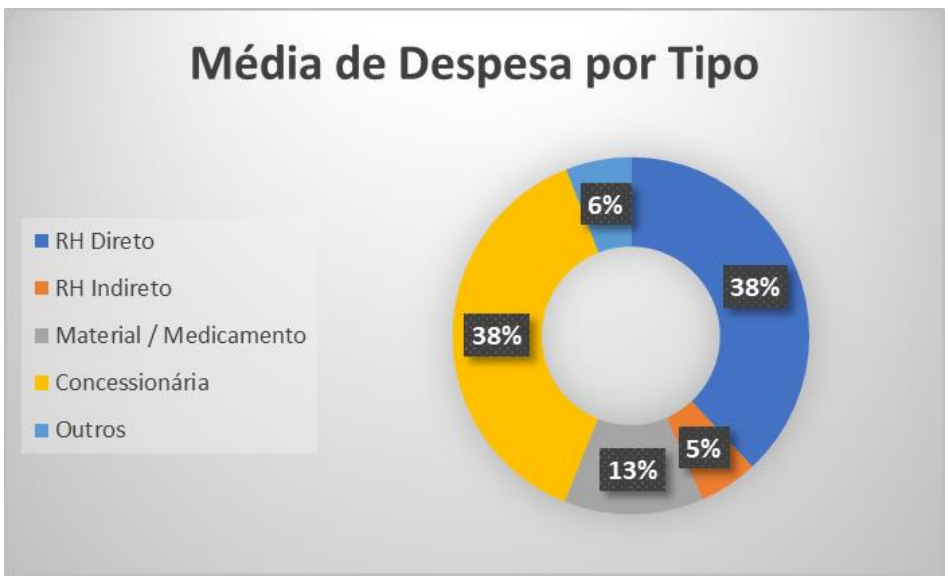


Gráfico 1: Fonte: Sistema Tasy – Contabilidade e Custos

RESULTADOS

De março/20 a agosto/21 o Hospital atendeu 10.595 internações suspeitas de Covid-19, sendo 5.137 casos positivos.

No período, o percentual relativo ao custo do pessoal assistencial variou entre 36,6% e 40,2% (aumento de quadro/expansão de leitos). Já o custo com materiais e medicamentos, impulsionado pela inflação, oscilou entre 9,2% e 15,6%.

O custo médio do leito/dia de enfermaria Covid neste período foi de R$1.378,62 enquanto no CTI Covid chegou a R$3.367,75.

Em abril e maio de 2021, o "custo Covid" foi, respectivamente, 71,80% e 72,54% do custo do hospital.

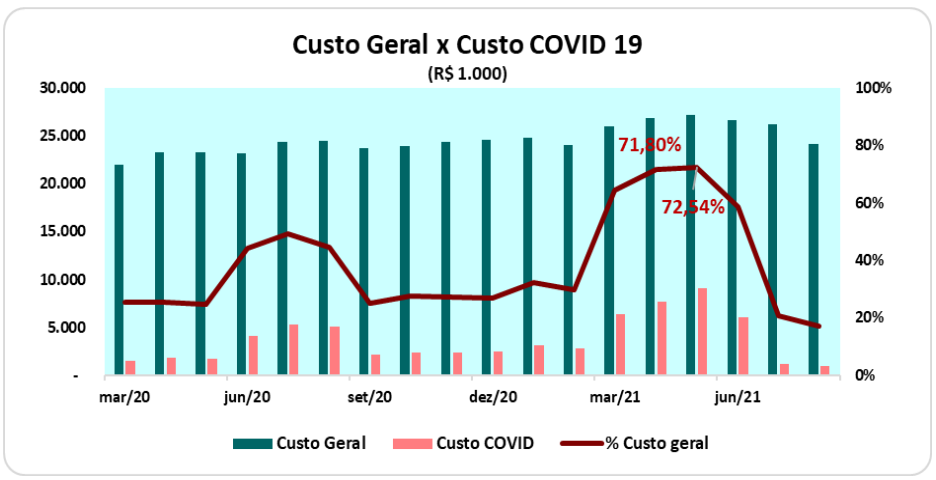


Gráfico 2: Fonte: Sistema Tasy - Contabilidade e Custos.

Resultado da Produção Hospitalar no período analisado	Custo total (R$ 1.000)	Custo Pct-dia (R$)	Nº de pacientes
Atendimentos totais	**443.040**	**2.276**	**22.576**
Covid Geral (Suspeitos/Confirmados)	178.373	1.424	10.595
Covid Geral (Confirmados)	**84.519**	**1.379**	**5.137**
CTI Covid (Suspeitos/Confirmados)	72.450	3.258	1.344
CTI Covid (Confirmados)	**25.042**	**3.368**	**443**
ENF Covid (Suspeitos/Confirmados)	105.923	1.157	9.251
ENF Covid (Confirmados)	**59.461**	**1.192**	**4.694**

Figura 2: Custos totais e custos com atendimentos a pacientes suspeitos/ e ou confirmados com Covid-19 conforme classificação DRG.

CONCLUSÕES

O Hospital estudado é o segundo com maior número de atendimentos a pacientes Covid-19 em MG no período, apresentando elevação importante de suas despesas.

A apuração de forma ágil e confiável dos custos, possibilitou gerenciar e redirecionar as receitas ordinárias e específicas para cobertura de toda a mobilização realizada. Em uma época de escassez onde o principal financiador é órgão público, a gestão eficiente das áreas assistenciais e o acompanhamento dos custos possibilitou o melhor uso dos recursos.

REFERÊNCIAS

Manual de Contabilidade Societária FIPECAFI - Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras, Ed. Atlas, **E.R.Gelbcke; A.Santos; S.Iudícibus; E.Martins**, 2018.

DRG Brasil - Diagnosis Related Groups, Grupo IAG Saúde.

Dados Estruturados do Prontuário Eletrônico no Enfrentamento da Sepse: CDC Toolkit para Vigilância de Eventos e Modelos de Inteligência Artificial para Identificação Precoce.

Antonildes N Assuncao-Jr; Felipe Augusto de Moraes Machado; Felipe Veiga Rodrigues; José Mauro Vieira Junior

INTRODUÇÃO

Com 50 milhões de casos/ano, a sepse possui taxa de mortalidade de 20%. O custo anual desta condição supera 20 bilhões de dólares nos Estados Unidos. Um desafio é a própria identificação da doença, susceptível à subjetividade e mudanças de critérios ao longo do tempo. Incidências com vieses podem dificultar decisões a nível de gestão. Embasado em estudo multicêntrico de validação, o CDC passou a recomendar um Toolkit com regras para classificar sepse utilizando apenas dados estruturados do prontuário eletrônico (PE)[1,2]. Identificado o momento inicial do evento, algoritmos de aprendizado de máquina (ML) têm o potencial de acuradamente identificar precocemente pacientes sob maior risco.

Nossos objetivos: 1) Implantar na nossa instituição as regras do Toolkit para classificação de sepse; 2) Investigar a performance de um algoritmo de ML para predição de sepse.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo no Hospital Sírio-Libanês, incluindo 51921 internações de 2017 a 2019. O Toolkit classifica um paciente adulto como sepse quando apresenta 2 componentes do critério A e pelo menos 1 componente do critério B:

A) Suspeita de infecção:

- Coleta de hemocultura
- Pelo menos 4 dias de uso de antimicrobiano qualificado, iniciado dentro de uma janela temporal de ± 2 dias da coleta de hemocultura.

B) Disfunção orgânica (dentro de uma janela temporal de ± 2 dias da suspeita de infecção):

- Início de droga vasoativa (norepinefrina, dopamina, epinefrina, fenilefrina ou vasopressina).
- Início de ventilação mecânica invasiva, com duração maior que 24h;
- O valor da creatinina dobrar ou diminuição do clearance de creatina > 50% em comparação ao valor basal;
- Bilirrubina total maior ou igual 2,0 mg/dL ou aumento de 100% em relação ao valor basal;
- Contagem de plaquetas menor que 100.000/mm³ ou queda maior que 50% em relação ao valor basal;
- Aumento do lactato sérico maior que 2,0 mmol/L.

O momento mais precoce (suspeita ou disfunção) é considerado o momento inicial da sepse. A partir desse, criamos um modelo de predição alinhado à direita para as próximas 6h, com criação de covariáveis em janela temporal de 3h (Figura 1). Covariáveis: idade, sexo, CID, sinais vitais, laboratórios, passagem na UTI, dispositivos invasivos, cirurgias na internação. Foi escolhido um momento temporal aleatório nos casos negativos para criação de covariáveis. Foi feita validação interna (treinamento/test: 2:1), com reamostragem por validação cruzada (k = 10) para escolha de hiperparâmetros. O algoritmo de ML com melhor desempenho foi XGBoost.

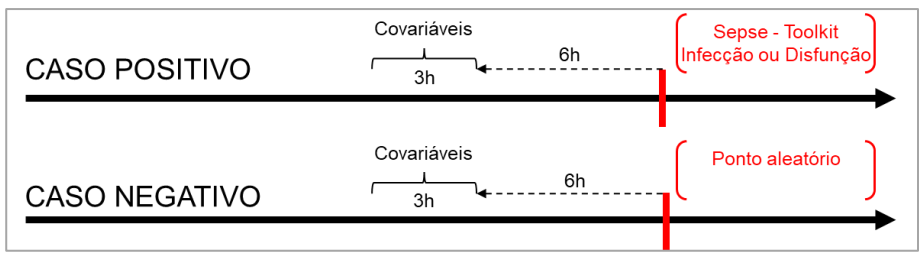


Figura 1. Janelas temporais e criações de covariáveis para ML de acordo com o fenótipo de cada paciente em relação ao diagnóstico de sepse pelo Toolkit.

RESULTADOS

Com a implantação do Toolkit, identificamos o momento inicial da sepse de 3981 casos: 1136 em 2017 (6,7%); 1287 em 2018 (7,6%) e 1558 em 2019 (8,5%). O algoritmo de ML apresentou excelente performance para identificar precocemente (6h antes) sepse, com AUC de 0,88, sensibilidade de 72% e especificidade de 87%. O modelo de ML apresentou boa calibração (slope de 1,18; Brier de 0,76), com subestimação em probabilidades intermediárias e superestimação em altas probabilidades.
.

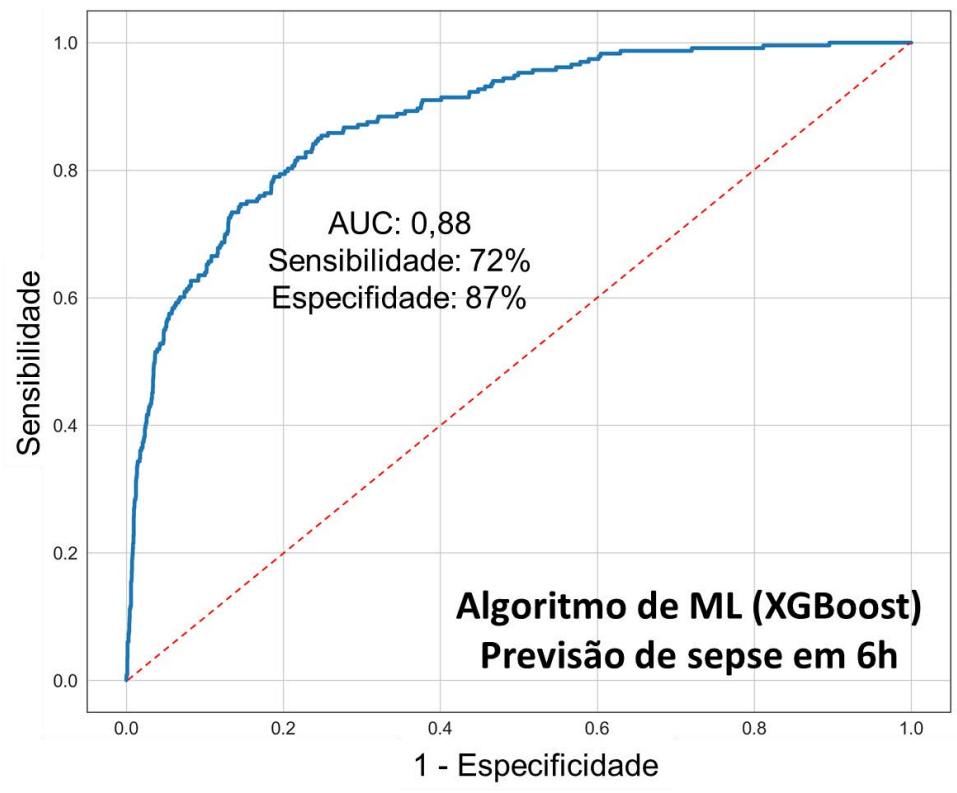


Figura 2. Curva ROC mostrando a performance diagnóstico do algoritmo de ML na identificação de casos de sepse com 6h de antecedência.

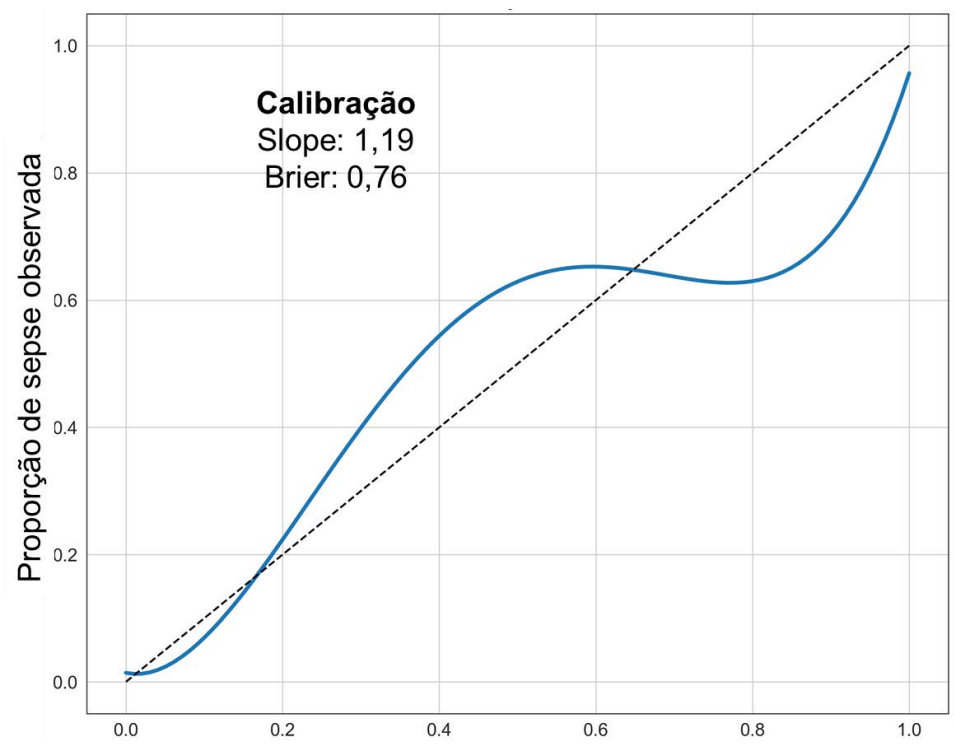


Figura 3. Curva de calibração do algoritmo de ML na identificação de casos de sepse com 6h de antecedência..

CONCLUSÕES

1) Toolkit para classificação automatizada de sepse com dados estruturados do PE pode reduzir tempo com buscas manuais e contribuir para vigilância de casos de sepse a nível de gestão, reduzindo variabilidade do indicador (intra- e inter-hospitais);
2) ML pode ajudar a desencadear medidas mais precoces de suporte/tratamento em pacientes de maior risco, com consequente redução de disfunção orgânica e morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

1) https://www.cdc.gov/sepsis/pdfs/Sepsis-Surveillance-Toolkit-Mar-2018_508.pdf
2) Rhee C et al. Incidence and trends of sepsis in US hospitals using clinical vs claims data, 2009-2014. JAMA. 2017 Oct 3;318(13):1241–9.

DEFENSE - O JOGO DA META 5

Roberta Garcia Charello Ossoski, José Geraldo Lopes de Noronha Filho, Bruno Campagnolo de Paula, Rogério de Fraga, Maíra de Mayo Oliveira Nogueira Loesch, Vanusa Aparecida do Rocio Boumer, Gabriele Castro Schleuner, Paulo Henrique Reis Negreiros.

INTRODUÇÃO

A meta de 5 de Segurança do Paciente tem como objetivo reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde e uma das estratégias para atender esta meta é por meio da higienização das mãos nos 5 momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como: antes e após do contato com o paciente (imagem 1 e 2), antes de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluídos corporais e após contato com as áreas próximas ao paciente.

METODOLOGIA

Através de resultados obtidos na análise crítica das taxas de adesão de higienização das mãos dos profissionais da saúde, observou-se menor adesão nos momentos de higiene das mãos. Foi realizada uma ação corporativa entre Gerência Médica, Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (NECIH), Centro de Ensino, Pesquisa e Inovação do Hospital Marcelino Champagnat em conjunto com a Escola Politécnica do curso de Tecnologia e Jogos Digitais da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), para desenvolvimento da estratégia educativa denominada "*Defense* - o Jogo da Meta 5". Foram realizadas gravações com vídeo em 360° com simulações de cuidados prestados (imagem 3 e 4) ao paciente e transformadas em um jogo. Os objetivos são de proporcionar a inovação nos treinamentos por meio da metodologia interativa com *gameficação* digital adequadas ao treinamento; aumentar a adesão e engajamento da equipe multiprofissional e proporcionar que as equipes correlacionem os momentos com as práticas assistenciais. Foram inseridas perguntas e opções de respostas nos vídeos para acesso ao conteúdo proposto. Para validação do protótipo, será necessária a amostragem por área e, dessa forma, analisar o comportamento da ferramenta com o problema identificado.

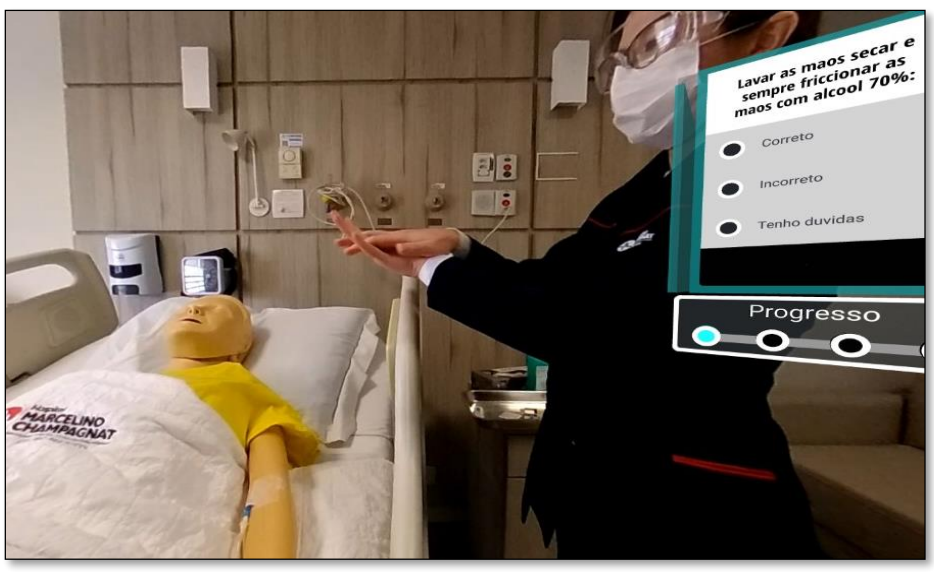


Imagem 1: Demonstração do momento de higienização das mãos "antes do contato com o paciente" e pergunta relacionando o momento de higiene de mãos com a prática assistencial.

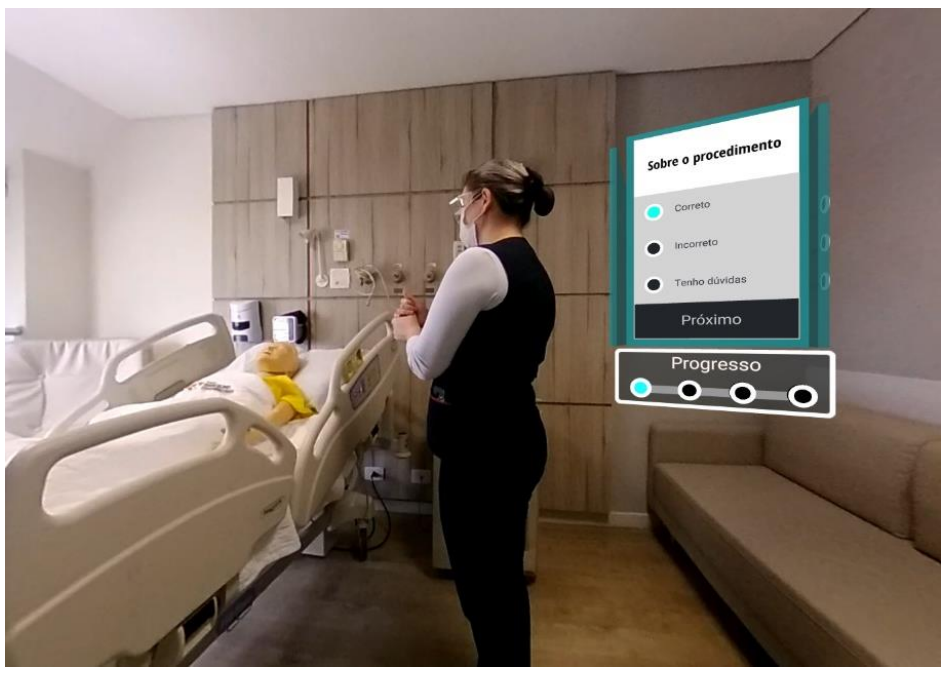


Imagem 2: Demonstração do momento de higienização das mãos "após contato com o paciente" e pergunta relacionando o momento de higiene de mãos com a prática assistencial..

RESULTADOS

O desenvolvimento deste protótipo reforça a importância da higienização das mãos nos 05 momentos preconizados pela OMS durante as práticas assistenciais e de segurança do paciente. Foram inseridas perguntas e opções de respostas durantes os vídeos para acesso ao conteúdo proposto. Para validação do protótipo, será necessária amostragem por área e, dessa forma, ser analisado o comportamento da ferramenta com o problema identificado. Atualmente o projeto está na fase de prototipagem e MVP desenvolvidos. Para uma segunda fase de desenvolvimento já está prevista a evolução com reforço visual das áreas de acerto e erro sendo uma forma de reforçar os pontos críticos em cada questão abordada, e para uma terceira fase usando uma captação de imagens de maior qualidade pode-se gerar um filme com a finalidade de aprimorar o treinamento em setores com menos recursos computacionais.

Imagem 3: Demonstração de cuidado prestado ao paciente (administração de medicamento) e pergunta relacionando o momento de higiene de mãos com a prática assistencial.

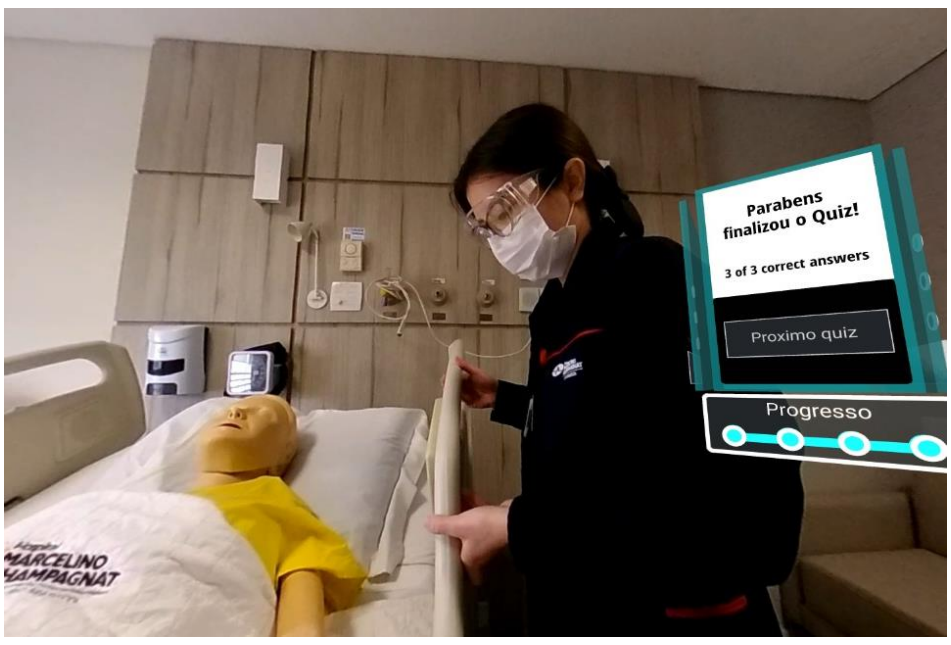


Imagem 4: Demonstração de cuidado prestado ao paciente (elevando as grades do leito) e pergunta relacionando o momento de higiene de mãos com a prática assistencial.

CONCLUSÕES

Como resultados esperados, está a maior adesão dos profissionais capacitados por meio do uso da tecnologia e proporcionar maior acesso à treinamentos inovadores além de gerar indicadores de desempenho por setor, por categoria profissional, entre outros.

REFERÊNCIAS

Diretrizes da OMS sobre Higienização das Mãos na assistência à saúde - Organização Mundial da Saúde. Título original: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, 2009, Genebra, Suíça.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO NA UTI SOB O IMPACTO DO SARS-COV2 E IMPLANTAÇÃO DO BUNDLE DE ENFERMAGEM

VERA GOLFETTO FERNANDES, CLAUDIMERI DADAS DE OLIVEIRA, WANDERLÉIA LECH BRANCO

INTRODUÇÃO

A revalorização da humanização do paciente dentro de uma perspectiva pandêmica foi sem duvida uma necessidade imposta pelo advento da pandemia trazida pelo Sars-Cov2. As privações de um convívio em sociedade aparecem dentro do universo hospitalar, restringindo a presença de acompanhantes e visitas, acentuando ainda mais o medo e a solidão durante o tratamento. Frente a este cenário, surge a necessidade imediata de implantação de medidas que venham amenizar o medo, angústia e frustração do paciente. O bundle de enfermagem proporciona essa alternativa, com ferramentas para melhorar a comunicação, aumentar o comprometimento do paciente com o tratamento e melhorar a experiência durante a hospitalização.

OBJETIVOS

Assegurar um ambiente humanizado mesmo sem a presença da família, proporcionando uma relação empática e de confiança fortalecendo o cuidado centrado no paciente.

METODOLOGIA

Estabelecido pacote de intervenções composto por: ronda de enfermagem a cada hora que visa antecipar as necessidades do paciente, metas terapêuticas disponibilizadas em todos os leitos que integram o tratamento, passagem de plantão a beira leito que insere o paciente no progresso frente à terapêutica e visita virtual com os familiares que proporciona um contato mais próximo paciente/família.

Imagem 1: Box da UTI Covid -19 do Hospital Vita Batel com quadro informativo utilizado para o bundle de enfermagem.

RESULTADOS

No período de março 2020 à agosto 2021 foram admitidos 597 pacientes na UTI exclusiva Covid-19, a média de permanência dos pacientes no período foi de oito dias. Dos internamentos no período, evidenciou-se que 98% dos pacientes e familiares avaliados indicam a UTI como um ambiente seguro e humanizado. As medidas estabelecidas e a aproximação da equipe trouxeram resultados efetivos e satisfatórios para os pacientes e familiares.

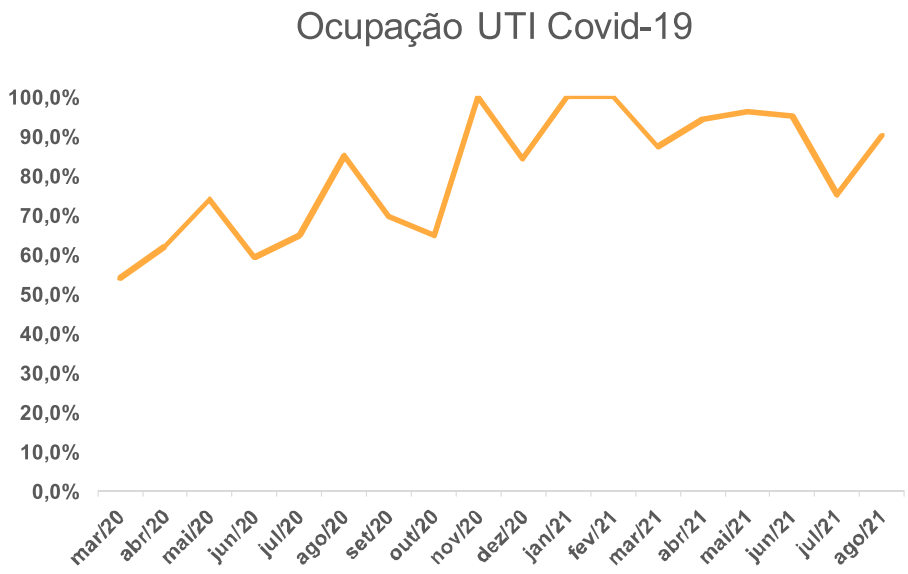


Gráfico 2020/2021 Ocupação na terapia intensiva covid-19 Hospital Vita Batel

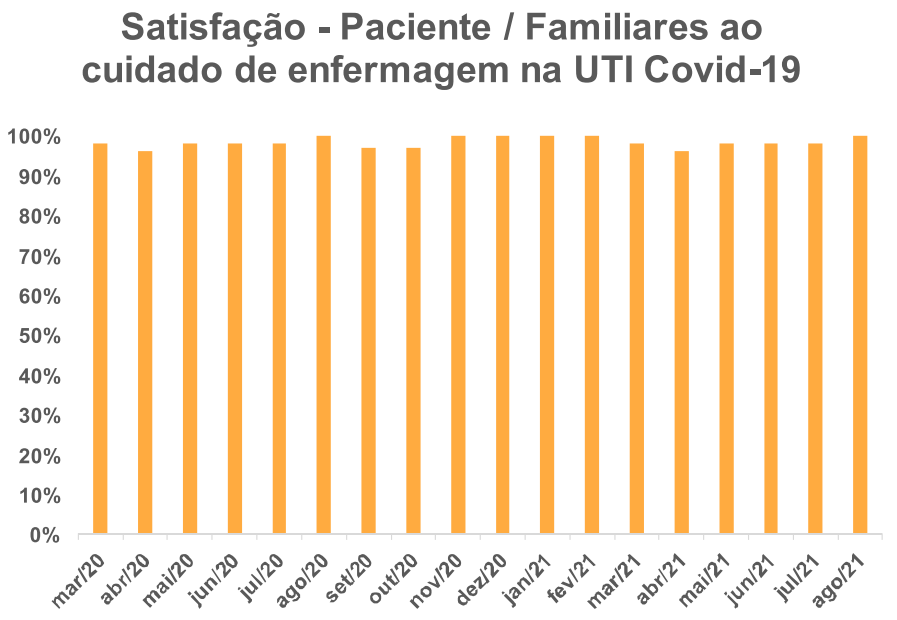


Gráfico 2020/ 2021 Dados Satisfação Psicologia e Ouvidoria Hospital Vita Batel

CONCLUSÃO

Com base nos resultados, evidenciamos a eficácia das medidas implantadas, apesar do numero elevado de pacientes internados, somente dezesseis pacientes apresentaram insatisfação. No entanto a presença constante da equipe e sua proximidade com o paciente geram segurança. O conhecimento técnico e científico, a paciência e o respeito são atitudes que facilitam a interação com o paciente, ele adquire mais segurança e tranquilidade em relação ao ambiente e ao tratamento oferecido, pois a equipe passa a representar uma extensão da família que ficou do lado de fora, oferecendo todo amparo e assistência.

REFERÊNCIAS

Institute of Healthcare Improvement What is a bundle? Disponível em: http://www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/WhatIsaBundle.htm/. Acesso em 05 de Set 2021

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: . Acesso em: 05 de Set. 2021.

DESAFIO DE ATENDER A DEMANDA DE UTI GERADA PELA COVID-19 PRESERVANDO O ATENDIMENTO DAS UTIS GERAIS

Milton Henriques Guimarães Júnior, Bruno Nunes Ribeiro, Michelly Gomes Soares Salgado, Maressa Dias Amorim Godoy

INTRODUÇÃO

O Hospital Márcio Cunha é referência para uma população de 1,3 milhão de habitantes, em uma região com carência de leitos (1,45 leitos por 1000 habitantes - capacidade muito inferior à preconizada pela OMS, que é de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes). Ele desempenha um importante papel filantrópico, já que 74% dos atendimentos são destinados a usuários do SUS. O ano de 2020 trouxe um grande desafio: a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2. E enfrentar esse desafio exigiu planejamento em duas frentes: ações de combate à pandemia e manutenção dos serviços essenciais. Esse processo envolveu gestão coordenada, contratação e treinamento de pessoal, revisão e readaptação de processos. O objetivo desse estudo foi descrever os resultados obtidos no ano de 2020 pela instituição, que teve que se reestruturar para atender a demanda gerada pela pandemia de covid-19, ao mesmo tempo em que teve que manter os serviços essenciais oferecidos a comunidade.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva do número de leitos e de pacientes admitidos em terapia intensiva no ano de 2020, comparados ao ano de 2019.

RESULTADOS

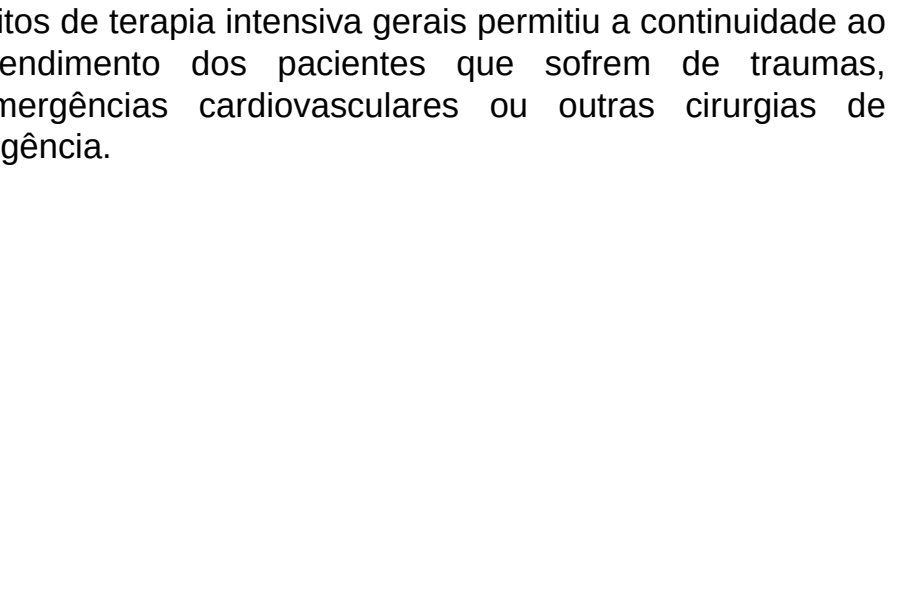
Readequação de um andar hospitalar, antes destinado à internação, com criação de 50 leitos de terapia intensiva destinados ao atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-Cov-2 e manutenção dos 40 leitos de terapia intensiva destinados ao atendimento de pacientes com outras condições que não infecção pelo coronavírus.

Novos leitos de enfermaria e UTI exclusivos para pacientes com Covid-19

Fonte: Imagens arquivo institucional - Relatório de Sustentabilidade da Fundação São Francisco Xavier, 2020.

Essa reestruturação possibilitou um aumento de mais de 100% na capacidade de oferta de leitos de terapia intensiva na instituição. Foi possível observar um aumento de 27% no número de pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva, que passou de 3.170 pacientes em 2019 para 4.023 pacientes em 2020, conforme apresentado no Gráfico 1:

Gráfico 1: Comparação entre o número de atendimentos em UTI realizados nos anos de 2019 e 2020.



Fonte: Número de atendimentos em UTI realizados em 2019 e 2020 no HMC.

CONCLUSÕES

Esse importante aumento na capacidade de oferta de terapia intensiva foi essencial para se evitar o colapso na saúde na região, permitindo absorção de grande número de pacientes com suspeita de covid-19. A manutenção de leitos de terapia intensiva gerais permitiu a continuidade ao atendimento dos pacientes que sofrem de traumas, emergências cardiovasculares ou outras cirurgias de urgência.

REFERÊNCIAS

Relatório de Sustentabilidade da Fundação São Francisco Xavier, 292 p., 2020.

Brasil tem menos leitos de hospitais que o mínimo indicado pela OMS. ANAHP, 2021. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/brasil-tem-menos-leitos-de-hospitais-que-o-minimo-indicado-pela-oms/>. Acesso em: 20/09/2021.

DESAFIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE FRENTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana Monteiro Amarello, Natalia Martinez Vanni, Carolina Cristina Garcia, Leonice dos Santos.

INTRODUÇÃO

A educação permanente em saúde é sinônimo de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento da performance e mudanças atitudinais dos profissionais para aprimoramento do conhecimento técnico-científico entrelaçadas com as áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação e adaptação do processo educacional em saúde. Nesse contexto, a pandemia causada pelo SARS-COV2, trouxe à tona a urgente necessidade de transformação das práticas educativas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre as estratégias de ensino-aprendizagem desenvolvidas no período de março de 2020 a julho de 2021. Todas as ações educativas foram realizadas “on the job” e no Instituto de Conhecimento Ensino e Pesquisa (ICEP) de um hospital privado, de grande porte, da cidade de São Paulo.

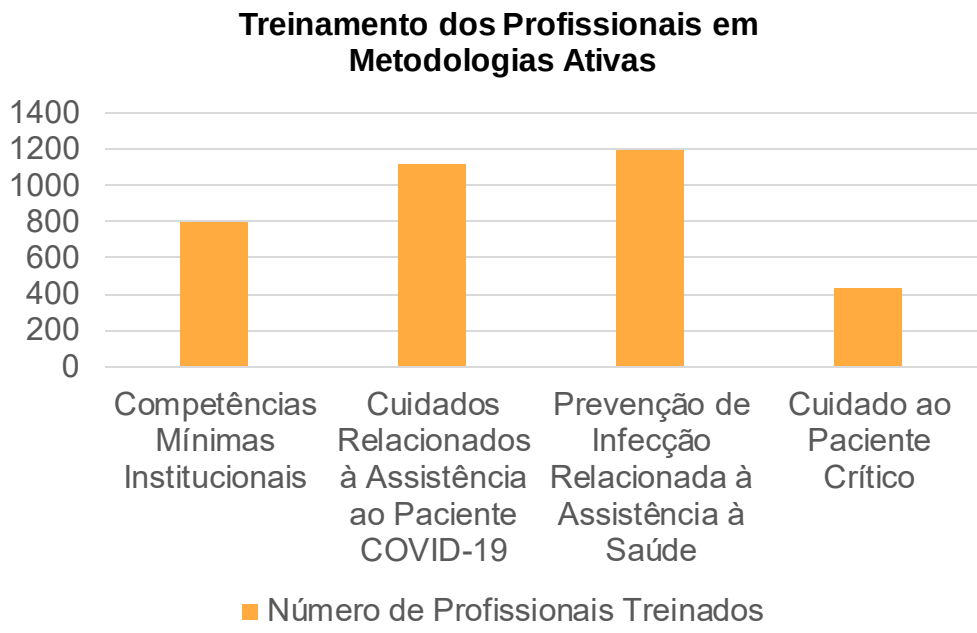
Conscientização de higiene das mãos.

Paramentação e Desparamentação adequada.

Boas práticas e principais cuidados de enfermagem com o paciente crítico.

RESULTADOS

Foram capacitados 1281 profissionais de saúde através de metodologia ativa, treinamentos com técnicas de artes cênicas, ensinos à distância, roda de conversa com especialistas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a partir das dúvidas dos profissionais sobre COVID-19. Os temas abordados foram competências mínimas institucionais aos colaboradores recém-admitidos; cuidados relacionados à assistência ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, incluindo paramentação, desparamentação, manejo da Parada Cardiorrespiratória e intubação orotraqueal; prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde; prevenção de lesão de pele; uso de oxigenoterapia e adequação ao uso de novos equipamentos e insumos.



Manejo da Parada Cardiorrespiratória e intubação oro traqueal ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.

CONCLUSÕES

O uso de metodologia ativa e a inovação da forma de ensinar foram aprimorados a partir das novas adaptações ao cenário da pandemia. Dessa forma, contribuiu na aprendizagem dos colaboradores, os quais passaram assimilar o conteúdo de forma participativa, a partir das situações reais de trabalho. Essa inovação no segmento de educação permanente em saúde demonstrou-se bastante positiva, destacando-se maior satisfação e adesão às atividades educa tivas, facilidade de compreensão, além de proporcionar períodos de descompressão à equipe assistencial.

REFERÊNCIAS

Antonio, MMP. Estratégia de Ensino-Aprendizagem remota para agentes comunitários de saúde no contexto da Covid-19. Research, Society and Development 2020; (9):134-48.

WHO. Considerations for public health and social measures in the workplace in the context of COVID-19. Disponível em: < https://www.who.int/publications/i/ item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplace-in-thecontext-of-COVID-19>. Acesso em: 20 mai. 2020.

Desafios do Processo de Transferências: Taxa de Recusa como Indicador

Celio Ribeiro, Andrea Jesus, Claudia Lunardi, Willian Melo

INTRODUÇÃO

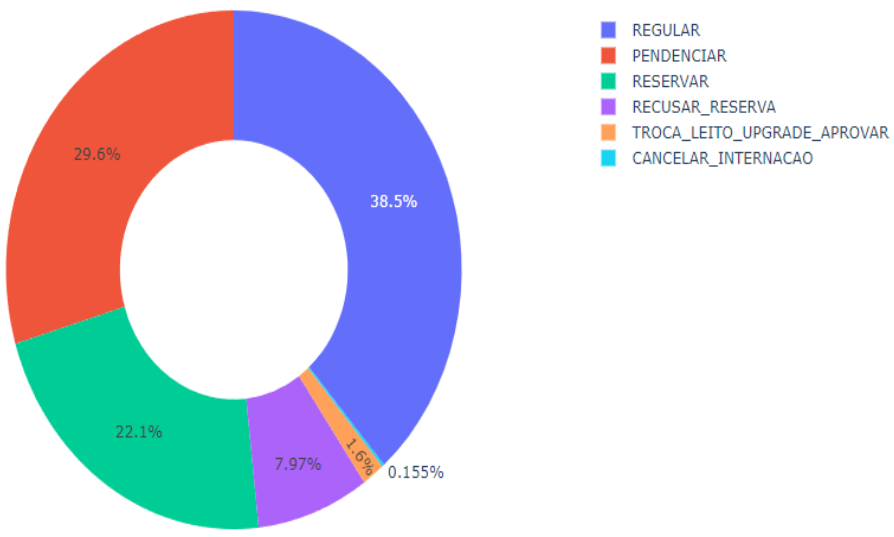
A regulação em saúde é um instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Regulação teve suas diretrizes delineadas na Portaria MS/GM Nº 1.559/2008[1], com o acesso ordenado através de sistemas para a equidade e melhor monitoramento. Assim, atenuar as distorções[2] do acesso por plataforma de regulação exige revisão e análise constantes para identificar pontos de melhoria. O presente trabalho tem por objetivo apontar os possíveis pontos de melhorias do processos regulatórios de acesso.

METODOLOGIA

Realizou-se uma análise exploratória dos registros do Sistema de Regulação de Internação (SER II) utilizado na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Foram avaliados os registros dos eventos de recusa entre 01/06/20 – 31/05/21. Os dados foram extraídos, tratados e avaliados com ferramentas de Data Science, gratuitas e de fácil acesso, utilizando as bibliotecas Python (Pandas, Numpy e Pyodbc). Identificou-se um processo não retilíneo em 3.752 solicitações no sistema SER II que resultaram em transferência ou internação na própria unidade. Encontrou-se 976 eventos de recusa em 519 solicitações de internação. Avaliou-se o impacto da ação de recusa que posteriormente resultou em internação e/ou transferência no sistema, para apontar os possíveis pontos de mudança à gestão. O evento RECUSAR_RESERVA interrompe o fluxo de acesso à internação, o que o evidencia como altamente estratégico e para ser estudado.

Eventos
SOLICITAR
FOLLOWUP
REGULAR
INTERNAR
DAR_ALTA
RECUSAR_RESERVA
PENDENCIAR
EDITAR
RESERVAR
TROCA_LEITO_UPGRADE_APROVAR
INDEFERIR
CANCELAR_INTERNACAO
ALTERAR

Tabela 1 Eventos registrados no sistema de regulação SER II com possibilidade de estudo.



Frequência percentual de ocorrências dos eventos de solicitação de internação com possíveis estudos de impacto neste fluxo.

RESULTADOS

A amostra representou aproximadamente 14% das solicitações que não foram canceladas, ocorrendo 976 eventos de recusa, que impactam negativamente na internação. Chamou a atenção que em 42,2% o motivo foi ausência de vaga e em 57.8% o motivo notificado foi outros. Dentre as unidades que mais recusam uma delas não possui emergência clínica. Embora a maioria dos eventos tratavam de transferências, observou-se que 0.48% dos casos ocorreu recusa de solicitação de internação na própria unidade.

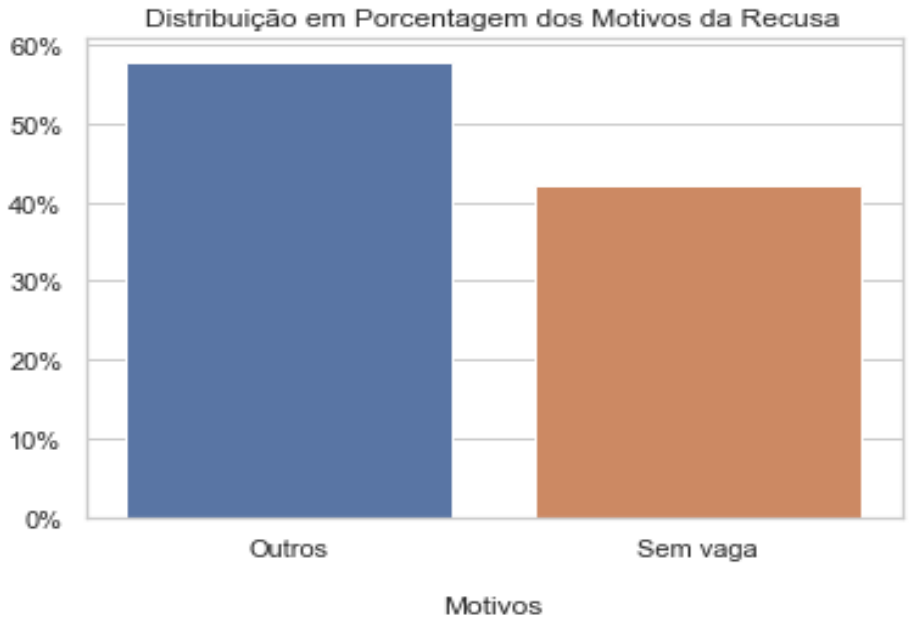


Gráfico de barras que exibe a distribuição percentual dos motivos das recusas nas solicitações.

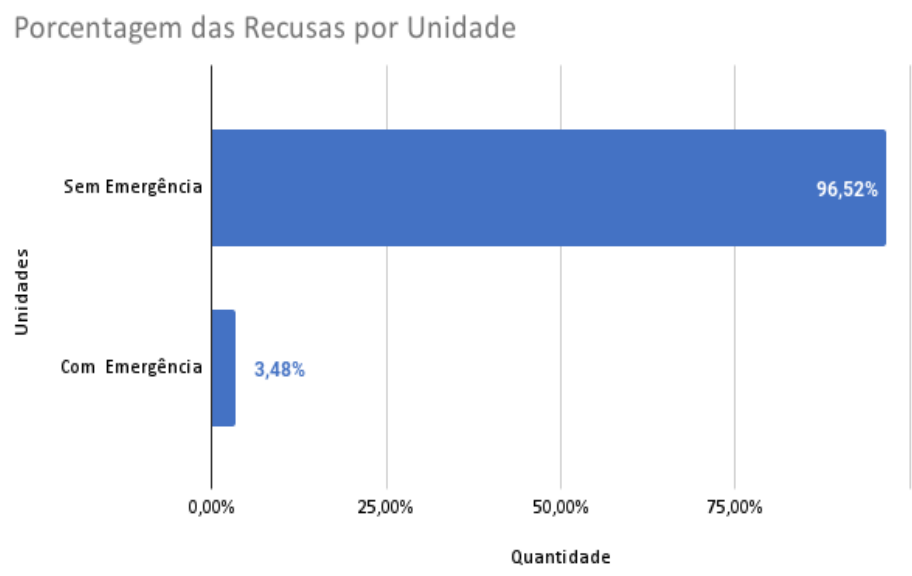


Gráfico de barras horizontais que exibe a distribuição percentual das recusas por unidade que possui ou não entrada por emergência.

CONCLUSÕES

As análises apontam a taxa de recusa de internação como indicador de processo de valor técnico, revelando a necessidade de parametrização de motivos de forma especificar o motivo “outros”. O motivo recusa por ausência de vagas, aponta a necessidade de avaliação e treinamento das equipes do NIR das unidades executantes reforçado pela recusa de ocupação do próprio leito da unidade.

REFERÊNCIAS

[1] Portaria de Consolidação MS Nº 2/2017 - Anexo XXVI : Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.o de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008.
[2] Vilarins, Geisa Cristina Modesto, Shimizu, Helena Eri e Gutierrez, Maria Margarita UrdanetaA regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate. 2012, v. 36, n. 95, pp. 640-647. Disponível em: <>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 2358-2898.

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE SCORE PARA ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO UTILIZANDO BUSINESS INTELLIGENCE (BI)

Helen Salvador Lopes Medeiros, Érica Silveira Rocha, Thayana Aparecida Ferreira Silva, Carine Aparecida Barbosa

INTRODUÇÃO

O acompanhamento farmacoterapêutico tem como objetivo identificar problemas relacionados à terapia do paciente, possibilitando monitorar e avaliar, de forma contínua, possíveis riscos apresentados durante a internação. O score de risco terapêutico é uma ferramenta baseada em dados que visa selecionar pacientes para esse acompanhamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma implantação de um score para acompanhamento terapêutico utilizando o Business Intelligence (BI). Esta ferramenta auxilia no acompanhamento farmacêutico através da estratificação de criticidade do paciente sem influência da visão do avaliador. Foi desenvolvido juntamente com a TI uma ferramenta BI integrada ao sistema de informação da instituição. Foram definidos cinco critérios para a coleta de dados dentro do prontuário eletrônico sendo estes: risco de TEV, stewardship, interações medicamentosas, risco de sangramento e por fim uso de opióide fixo. Cada critério apresenta uma pontuação de 10 pontos que gera um somatório para o score e define a classificação de gravidade dos pacientes. Esses dados são apresentados em um painel que é atualizado diariamente. Além do score informações como atendimento, dias de internação, tipo de internação (clínica ou cirúrgica) e setor são apresentadas. Este painel é utilizado como consulta pelos farmacêuticos clínicos para realização do acompanhamento farmacoterapêutico.

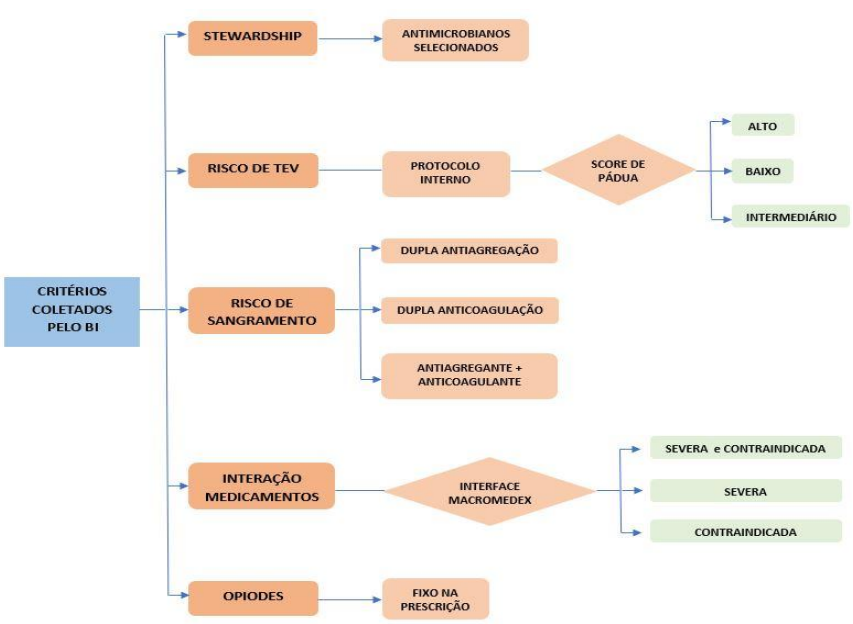


Figura 01 / Critérios avaliados pelo BI para classificação de gravidade dos pacientes, expresso pelo score.

Figura 02 / Descrição dos medicamentos que foram avaliados dentro dos critérios do score.

RESULTADOS

Entre o período de julho à agosto de 2021, foram realizados 1023 acompanhamentos. Os pacientes foram acompanhados enquanto o risco persistiu, logo esse número absoluto não reflete a quantidade total de pacientes acompanhados, pois um mesmo paciente pode ter sido evoluído mais de uma vez.

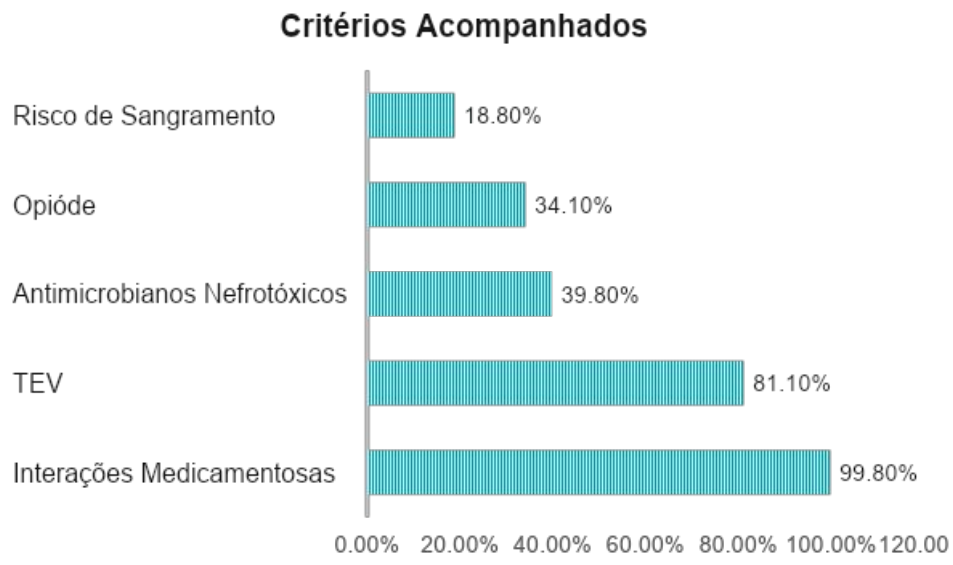


Figura 03 / Estratificação dos riscos em porcentagem do total de acompanhamento realizado após implementação do BI.

A avaliação diária será realizada com base nas informações fornecidas pelo BI, permitindo um menor número de não conformidades, pois para cada situação não conforte, são realizadas intervenções com a equipe médica com o objetivo de prevenir danos oriundos do tratamento dos pacientes.

ORIZONTI

Score	Atendimento	Tipo	Dias de internação	Paciente	Setor atual	Risco de TEV	Stewardship	Risco de sangramento	Interação medicamentosa	Uso de opioide
40	914660	Clínico	40	H M F	CTI 03 - 5º PAV / 37	Alto risco	●		●	●
30	926765	Cirúrgico	13	W A P	CTI 03 - 5º PAV / 38	Alto risco	●		●	
10	930041	Clínico	5	C S M A	CTI 04 - 5º PAV / 42		●			
20	929941	Cirúrgico	6	L M R	CTI 04 - 5º PAV / 43	Baixo risco			●	
20	912597	Cirúrgico	44	G P F	CTI 04 - 5º PAV / 45		●		●	
30	915995	Clínico	36	R N R D	CTI 04 - 5º PAV / 48	Alto risco	●		●	
10	867106	Clínico	164	S S A	CTI 05 - 5º PAV / 53				●	
20	921729	Clínico	23	J M S P	CTI 05 - 5º PAV / 56		●		●	
20	923661	Clínico	18	A I A	CTI 05 - 5º PAV / 57	Alto risco			●	
0	931104	Cirúrgico	2	R V S	UI Posto 2 - 4º PAV / 4119					
10	930051	Clínico	4	M C C M	UI Posto 2 - 4º PAV / 4120			●		
30	923536	Cirúrgico	20	N M C	UI Posto 2 - 4º PAV / 4205	Baixo risco			●	●
0	930992	Cirúrgico	2	J B C	UI Posto 2 - 4º PAV / 4207					
10	931392	Clínico	2	M C B	UI Posto 2 - 4º PAV / 4208				●	
30	930416	Cirúrgico	3	M L A C	UI Posto 2 - 4º PAV / 4211	Alto risco			●	●
20	928747	Cirúrgico	7	V H F S J	UI Posto 2 - 4º PAV / 4212	Alto risco			●	
20	930016	Clínico	5	C A B D	UI Posto 2 - 4º PAV / 4213	Alto risco			●	
20	931385	Clínico	2	E A R	UI Posto 2 - 6º PAV / 6201 A				●	●
10	927241	Clínico	10	M J J	UI Posto 2 - 6º PAV / 6201 B				●	
30	929415	Cirúrgico	7	C F L	UI Posto 2 - 6º PAV / 6203 B		●		●	●
0	931266	Cirúrgico	2	V O M	UI Posto 2 - 6º PAV / 6206 B					
10	930743	Cirúrgico	2	S L A S	UI Posto 2 - 6º PAV / 6207 A	Alto risco				
20	927467	Cirúrgico	9	E F S	UI Posto 2 - 6º PAV / 6207 B	Intermediário			●	
0	931012	Cirúrgico	2	S R V M	UI Posto 2 - 6º PAV / 6208 A					

Figura 04 / BI de acompanhamento, estratificado por score segundo critérios determinados para classificação dos riscos.

CONCLUSÕES

Diante dos dados obtidos observa-se que o uso do BI contribui para a elegibilidade dos pacientes garantindo uma análise de todos os internados. Acreditamos que o uso de uma ferramenta BI para classificação por score dos pacientes, facilita a avaliação e padronização dos parâmetros a serem acompanhados pelo farmacêutico clínico, possibilitando melhorar os resultados em saúde e prevenir danos oriundos do tratamento.

REFERÊNCIAS

1.Lavrador M., Business Intelligence no setor farmacêutico. A importância dos dados para a correta tomada de decisões. Rev. Port. Farmacoter. v.6 n. 2 p. 96-108, abril 2014.

2.Silva LS G., Elaboração de método de acompanhamento farmacoterapêutico em uma unidade de referência em doenças infecciosas: contribuição para a segurança do paciente. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro/RJ, 2017.

Desfecho Clínico em Pacientes com Sepse

Luciana Gardin Barbosa, Alessandra Fátima de Sousa, Victoria Chagas Abreu, Juliana de Angelo Morás

INTRODUÇÃO

Definida como uma disfunção orgânica ameaçadora a vida, causada pela resposta desregulada do organismo à infecção, a sepse tem altos índices de mortalidade, podendo chegar a 65% em países em desenvolvimento. Entre os sobreviventes, o efeito também pode ser devastador, sendo comum encontrarmos indivíduos com limitações físicas, psicológicas e sociais após um evento de sepse. Analisar os desfechos clínicos dos pacientes críticos torna-se essencial para a entrega de uma saúde de melhor qualidade, através do direcionamento de recursos para o que gera valor ao paciente.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo para mapear os desfechos clínicos dos pacientes que cursaram com sepse durante a internação. Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado através da análise de prontuários de janeiro de 2018 a agosto de 2021.
Foram analisados os registros dos profissionais médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos envolvidos no cuidado dos pacientes, de onde retiramos as informações previamente selecionadas. São elas:

- Nome
- Idade
- Sexo
- Data de internação e alta
- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico cirúrgico
- Data da abertura do protocolo sepse
- Classificação (choque séptico ou sepse)
- Desfecho do atendimento (transferido para a UTI ou mantido na Unidade de Internação)
- Desfecho da internação (Óbito, alta com Home Care, alta sem Home Care ou transferência para outro serviço)
- Avaliação funcional na internação
- Avaliação funcional na alta
- Avaliação nutricional na internação
- Avaliação nutricional na alta
- Avaliação fonoaudiológica na internação
- Avaliação fonoaudiológica na alta
- Necessidade de suporte ventilatório pré-internação, durante a internação e na alta
- Presença de via aérea artificial pré-internação, durante a internação e na alta
- Necessidade de oxigênio pré-internação, durante a internação e na alta

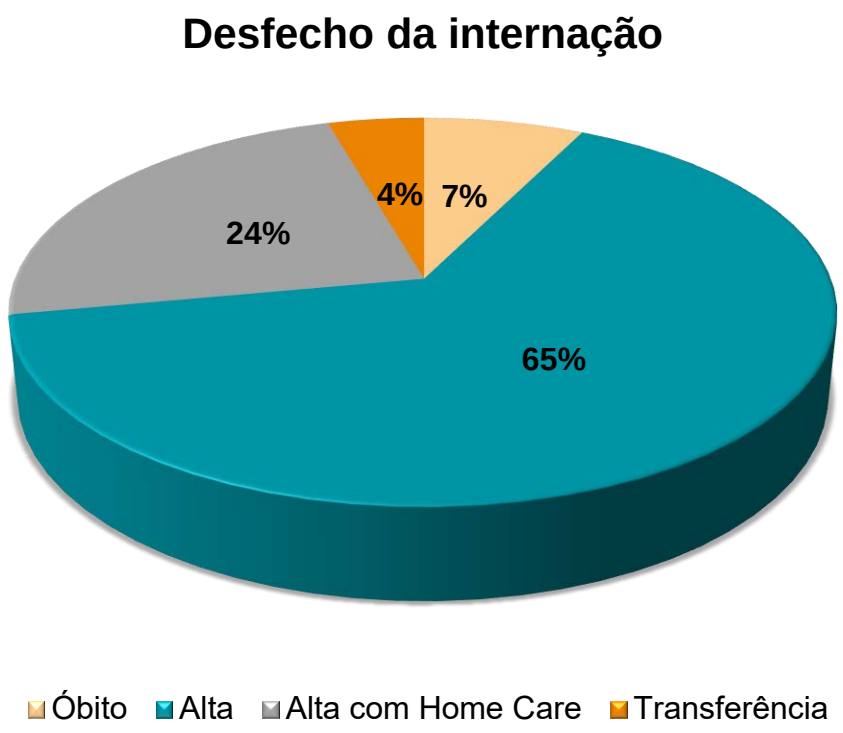
RESULTADOS

68 pacientes preencheram os critérios para sepse no período de 2018 a agosto de 2021. 20 deles (29%) evoluíram para choque séptico.
Desses, 54% eram crianças e 46% adultos. A média de tempo de internação foi de 90 dias (± 211).
A distribuição da incidência dos focos infecciosos foram:

Foco infeccioso	Incidência
Pneumonia/empiema	42%
Infecção de ferida operatória	20%
Infecção urinária	10%
Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter	8%
Infecção abodminal aguda	8%
Outras Infecções	4%
Foco não definido	4%
Infeção óssea/articular	3%
Pele/partes moles	1%
Infecção de prótese	1%

Tabela 1. Distribuição por foco infeccioso.

Os desfechos da internação foram: óbito em 5 casos (7%), 3 (4%) foram transferidos para outros serviços, 44 (65%) tiveram alta sem serviços de assistência domiciliar na modalidade Home Care e 16 (24%) com necessidade desse tipo de assistência.



Ao analisar os desfechos funcionais dessa amostra, verificou-se que 24 pacientes (34%) cursaram com perdas funcionais durante a internação, como redução da mobilidade, necessidade de auxílio para a marcha ou necessidade de adaptação da dieta. Entretanto, em 23 pacientes constatou-se que a perda funcional era esperada para o tipo de procedimento cirúrgico a que foram submetidos e que não tiveram relação a sepse.
Em 1 único caso a perda funcional foi relacionada ao evento da sepse e este foi reabilitado no ambulatório na própria Instituição.
Nenhum paciente teve alta com via aérea artificial ou com suporte ventilatório adicional ao que já utilizavam antes da internação.
Em relação a readmissão hospitalar, 3 pacientes (4%) tiveram reinternações não planejadas por infecção em nosso serviço em no ano subsequente ao evento, sendo essas reinternações para reabordagem cirúrgica do foco infeccioso (sítio cirúrgico).
Como a coleta foi realizada através de análise de prontuários, não temos informação sobre readmissões em outros serviços. Identificamos esse ponto com uma limitação do estudo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, em nosso serviço, os desfechos clínicos para sepse são positivos em relação aos apresentados pela literatura, o que pode estar relacionado a característica do serviço (Hospital cirúrgico eletivo) e por sermos referência em reabilitação. A implantação de um modelo de avaliação clínica e funcional e de um processo de coleta prospectiva de dados são os próximos passos, com o objetivo de gerar melhorias na assistência aos pacientes que cursem com sepse durante a internação.

REFERÊNCIAS

1. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W et al (2020) Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Med 46(Suppl 1):10–67
2. Battle, C., Davies, G., Vijayakumar, M. *et al.* Long-term health-related quality of life in survivors of sepsis: an epidemiological study. *Crit Care* 19**,** P18 (2015). https://doi.org/10.1186/cc14098

DESFECHOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATRAVÉS DA IMPLANTAÇÃO DO TELEMONITORAMENTO EM PERIODO PANDÊMICO

Ingrid Nascimento Lopes Faleiro, Grasiele Soares Ribeiro da Costa, Camilla Gonçalves Barcala Braga Ramos

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus acelerou as práticas do telemonitoramento, que consiste no monitoramento e suporte à distância do paciente. Para atender a uma demanda impulsionada pelo isolamento social, garantir assistência e orientações aos pacientes, soluções foram implantadas para continuidade do cuidado. Desse modo, ampliamos o escopo de atividades e a equipe de enfermagem na Central de Atendimento e Informações para realização de telemonitoramento, ativo e receptivo, de grupos elegíveis de paciente oncológico. Nosso objetivo foi, orientar os pacientes e evidenciar para que o desfecho seja manter o paciente em domicílio, sem exposições ou idas desnecessária ao pronto atendimento.

METODOLOGIA

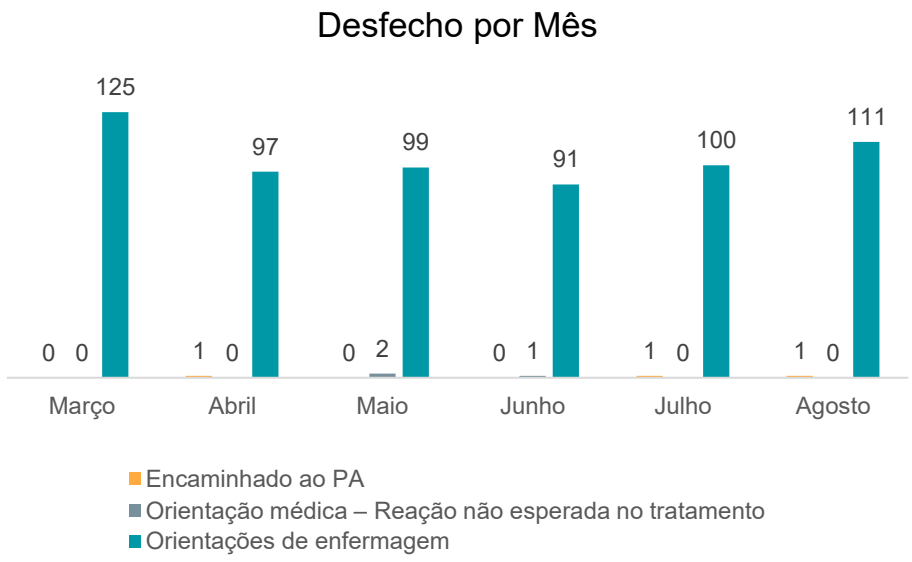
Estudo descritivo e retrospectivo, realizado de março a agosto de 2021. A amostra é composta por 629 pacientes em tratamento oncológico e em monitoramento pela Central de Atendimento e Informações.
Com o intuito de reduzir a exposição desnecessárias de pacientes em serviços de saúde foi realizada um trabalho de comunicação institucional para que os pacientes entrassem em contato em caso de duvidas, o que chamamos de contato ‘receptivo’ de clientes.
O monitoramento ‘ativo’ de clientes, ocorre quando ligamos para grupos elegíveis de pacientes nas seguintes situações: primeira quimioterapia e trocas ou ajustes de quimioterapia, com orientações de efeitos colaterais esperados. Também faz parte do grupo elegível, o monitoramento de pacientes que se ausentaram da quimioterapia diante da contaminação pela COVID-19.
Além das orientações, identificamos e monitoramos dois principais desfechos: paciente permaneceu em domicílio ou se o paciente foi direcionado para um pronto atendimento. As orientações e desfechos foram registrados no sistema de prontuário eletrônico *Tasy*. Realizada análise estatística descritiva simples com o apoio do desenvolvimento de um painel BI - *Business Intelligence*.

Painel produzido com os dados do telemonitoramento de pacientes

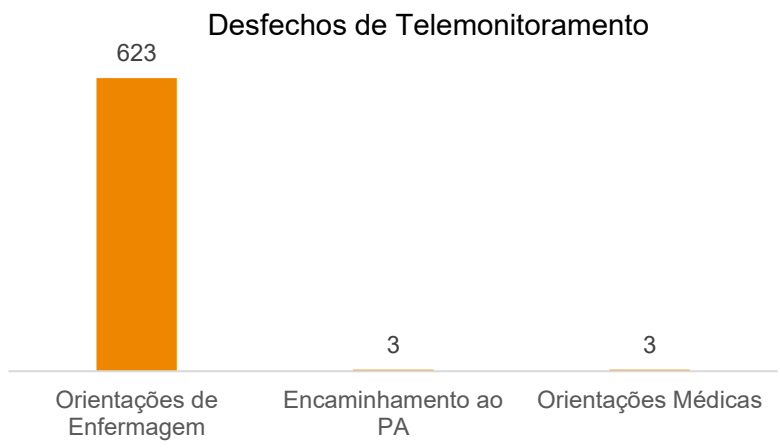
RESULTADOS

Durante o acompanhamento por telefone, os pacientes demandaram orientações quanto aos cuidados e manejos das reações adversas medicamentosas, orientações de reconhecimento de sinais de complicações, demanda de conforto e apoio emocional no enfrentamento do medo da morte e relacionado à COVID-19.

Dos 629 pacientes atendidos, 46% (290) apresentaram reações adversas a medicamentos (RAM). Destaque para os pacientes de Câncer de Mama, que tiveram o maior volume de reação adversa medicamentosa. Além das orientações de enfermagem, esses pacientes tiveram como principal desfecho permanecerem em domicílio, sem idas ao Pronto Atendimento (PA) ou descontinuidade do tratamento.
Foram 623 (99%) de pacientes que receberam orientações e permaneceram em domicílio e 0,5% orientados a se direcionarem ao PA.
Os pacientes com necessidade de direcionamento para o PA se deu diante das situações: Paciente 1 - devido a queixa de dispneia e fadiga intensa limitando as atividades diárias; Paciente 2 - devido a queixa de hematúria, diarreia e fadiga intensa; Paciente 3 - devido a queixa de dispneia. Todos os casos foram monitorados com retorno ao tratamento oncológico posterior.
Outros 0,5% dos casos, entramos em contato com o médico de referência para definição de conduta.



Desfecho dos telemonitoramento realizados por mês



Desfecho dos telemonitoramento realizados

CONCLUSÕES

O telemonitoramento pode ser visto como tecnologia aliada ao cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. Essa ação favorece a continuidade do cuidado, possibilita maior adesão ao tratamento, auxilia no esclarecimento de dúvidas com informação de qualidade e o principal, evita idas desnecessárias do paciente oncológico ao pronto atendimento. Desta forma, trazendo resultados benéficos aos pacientes em tratamento, evitando exposições desnecessárias e maior segurança, principalmente diante da pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. F., & SENNE, F. **Indicadores sobre a adoção de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na saúde**. Journal of Health Informatics, 8(4). (2016).

CAETANO, R., *et al*. **Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro**. Cad. Saúde Pública 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14/12/2020.

SANTOS, W. S., *et al*. **Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: Oportunidade ou ameaça.** Rev. gest. sist. saúde, São Paulo, 9(3), 433-453. 2020, set./dez. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>. Acesso em: 14/12/2020.

STAMM B, *et al***. Intervenção telefônica para manejo da ansiedade de pacientes oncológicos: ensaio clínico randomizado.** Acta Paul Enferm. 2018;31(2):137-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800021>. Acesso em: 14/12/2020.

DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA E EFETIVA POR MEIO DE RONDA MULTIDISCIPLINAR

DAYANNE DOMASKI DA PAIXÃO, FABIOLA AMORIN DE LIMA

INTRODUÇÃO

O acompanhamento multidisciplinar se dá pela combinação de profissionais de diferentes áreas, com qualificações e experiências complementares, trabalhando juntos para garantir tratamento completo e sistêmico. O modelo assistencial de gerenciamento do cuidado multidisciplinar proposto é pautado na integralidade das ações de saúde preventivas de risco, de recuperação e reabilitação do indivíduo, treinando-o para o cuidado com a saúde no domicilio.

OBJETIVOS

Discussão multidisciplinar, para promoção do cuidado centrado ao paciente, visando a desospitalização efetiva, redução dos riscos de infecção por internação prolongada, apoio a família para continuidade no tratamento e maior adesão ao cuidado em home care, alta hospitalar com segurança, melhorando o giro de leito hospitalar.

METODOLOGIA

Implantação da Ronda Multidisciplinar na unidade clínica com 27 leitos, com reuniões semanais em dias e horários definidos pela equipe composta por Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutico e Técnico de Enfermagem, com discussão dos casos dos pacientes clínicos com maior probabilidade de longa internação e maior complexidade assistencial. Os pacientes são selecionados pelo Enfermeiro da Unidade conforme critérios de elegibilidade, cada profissional realiza suas considerações referentes ao paciente, visando coordenar a assistência segura, checar os riscos assistenciais e medidas de prevenção, bem como estabelecer metas diárias de tratamento e cuidado, acolhendo o paciente e familiares preparando-os para a alta. Após o término da Ronda, toda conduta definida pela equipe é registrada em prontuário eletrônico pelo enfermeiro da unidade, descrevendo cada ação a ser implementada.

Formulário multidisciplinar, individualizado, para preenchimento durante a ronda multidisciplinar. Fonte: Formulários internos Hospital Vita Batel

RESULTADOS

Melhora na comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar, redução de 20% de falhas conforme registros dos números de RMQ (relatório de melhoria da qualidade) no mesmo período do ano anterior e redução do número de pacientes com tempo de internação acima de 30 dias, redução de 8,33% para 5,31%, internações acima de 60 dias, redução de 6,63% para 2,74% e internação acima de 90 dias redução de 6,33% para 1,26%.

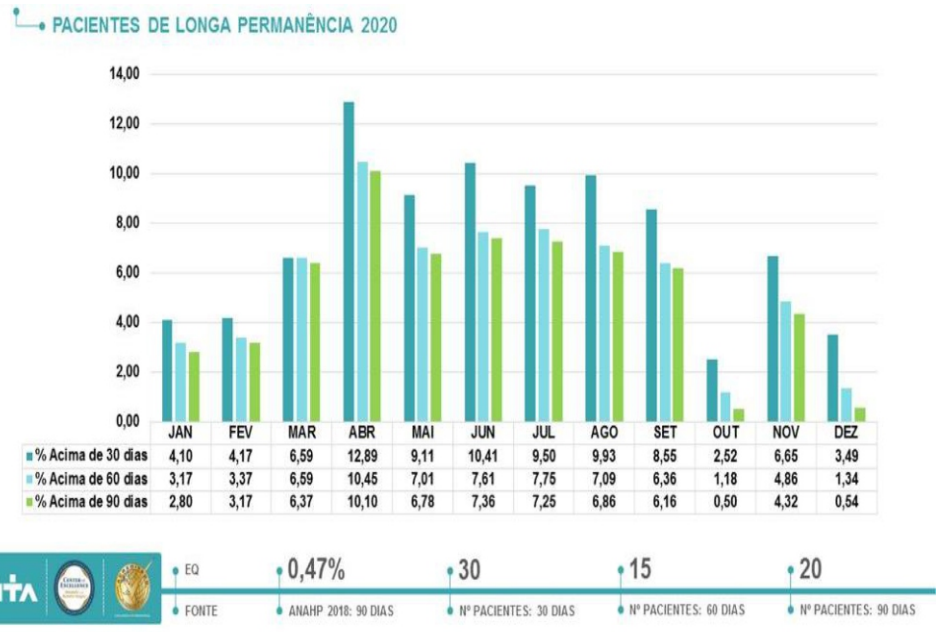


Gráfico de 2020, com os dados de tempo de internação maior que 30, 60 e 90 dias. Fonte: Escritório da qualidade Hospital Vita Batel

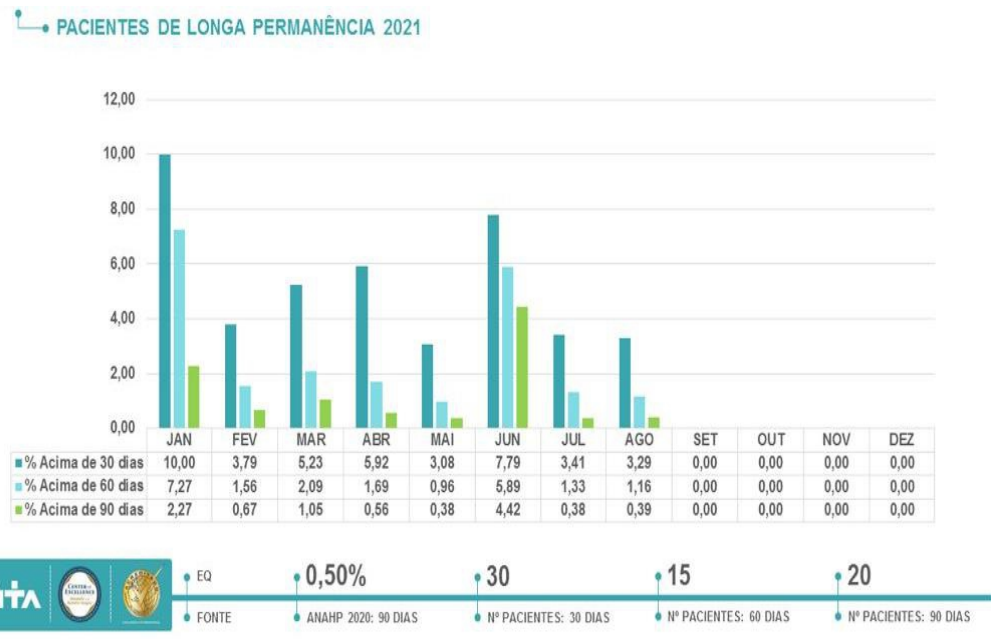


Gráfico de 2021, com os dados de tempo de internação maior que 30, 60 e 90 dias. Fonte: Escritório da qualidade Hospital Vita Batel

CONCLUSÃO

A melhora na comunicação entre os profissionais proporciona cuidado centrado ao paciente, e a redução do tempo de internação garante a desospitalização segura e desfecho clínico favorável, maior giro de leitos, consequentemente maior número de pessoas atendidas.

REFERÊNCIAS

Ronda Multidisciplinar Tática e Operacional focada na Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente com participação efetiva da alta gestão - Dia D da Segurança do Paciente . Com. Ciências Saúde. 2018;29 Suppl 1:30-33.

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS INDIVIDUALIZADA:

DA FARMÁCIA PARA O LEITO DO PACIENTE

Suellen Santos Pegnolato, Joyce Luiza Jardim Reis, Carine Aparecida Barbosa

INTRODUÇÃO

Eventos adversos no processo de assistência à saúde não são incomuns de ocorrerem nas instituições hospitalares. Nesse cenário, a prevenção de erros com medicamentos se torna relevante considerando toda cadeia medicamentosa. A incorporação de barreiras de segurança no processo de distribuição de medicamentos confere mais controle e confiança nesse processo.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato da implantação do processo de distribuição individualizada de medicamentos, que saem direto da farmácia central ao leito do paciente. Desta forma pode-se promover a segurança da entrega do medicamento correto ao paciente correto, através do uso de recursos tecnológicos para checagem do mesmo. Devido uso do coletor de dados, barreiras para segurança são ativadas, através da leitura do crachá do colaborador da farmácia e leitura do código de barras que fica no armário de cada leito. No horário prescrito para administração, a equipe de enfermagem prepara e administra o medicamento à beira leito, utilizando novamente o coletor de dados para realizar as checagens e identificação do paciente por meio da leitura da pulseira.

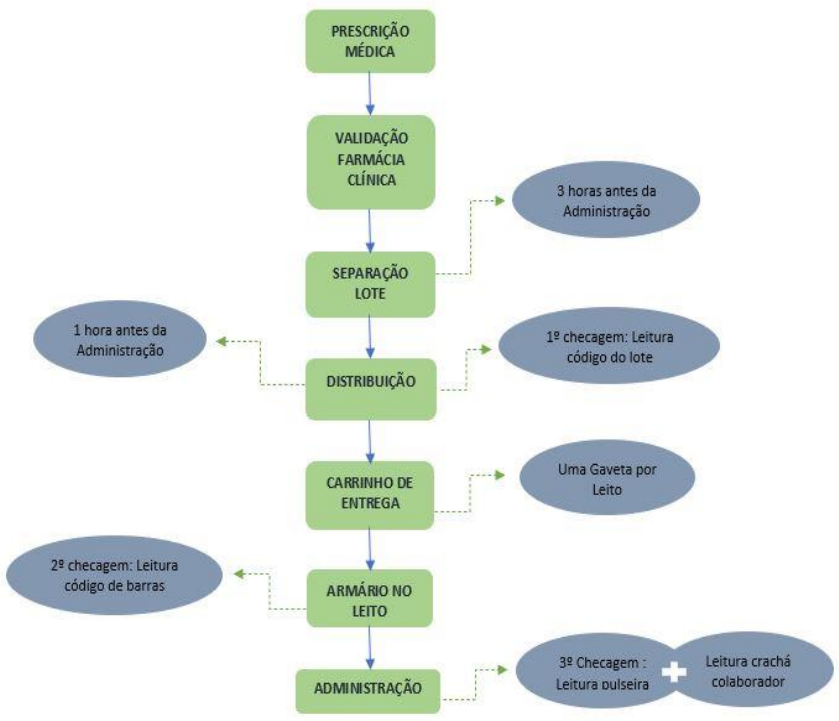


Figura 01/ Fluxo do processo de distribuição individualizada de medicamentos e as barreiras existentes no processo.

Figura 02 / Carrinho de entrega dos medicamentos utilizado pela farmácia (uma gaveta por leito).

RESULTADOS

Foi possível rastrear toda operação da cadeia medicamentosa, em especial a etapa de distribuição de 100% dos medicamentos que foram deixados de forma individualizada e por horário dentro do leito do paciente. Através do uso da tecnologia a entrega foi rastreada quanto ao responsável da farmácia pela separação do lote, o colaborador responsável pela dispensação do lote, os medicamentos que foram deixados no leito e o número do leito em que foi entregue o lote. Estas informações são registradas no sistema de informação utilizado pela instituição e são de acesso aos colaboradores da farmácia, logo o processo pode ser acompanhado e corrigido caso ocorra algum desvio em alguma barreira.

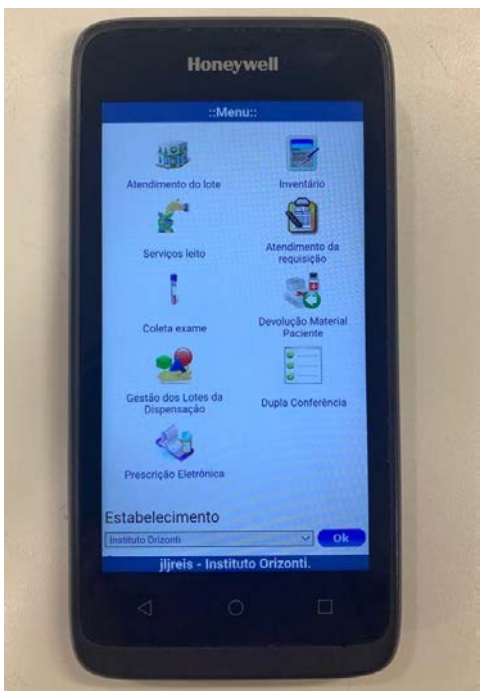


Figura 03 / Coletor de dados utilizado pela farmácia e enfermagem para realização de checagens das barreiras.

Figura 04/ Armário de medicamentos do leito do paciente, com código de barras de identificação do leito (acesso exclusivo da equipe assistencial)

CONCLUSÕES

O processo de distribuição individualizada de medicamentos no leito, aliado ao uso da tecnologia, contribuiu com a segurança medicamentosa. Isto ocorre devido garantia da rastreabilidade de todas as etapas do processo bem como apoia a equipe de enfermagem nas etapas que antecedem a administração segura no que tange ao medicamento, paciente e horário certos.

REFERÊNCIAS

1.Cassiani SH de B, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 1º de junho de 2017 [citado 8º de outubro de 2021];11(2).

2.Pedro RS, Souza AMT de, Abreu PA, Sistema de Distribuição Individualizada: A importância da identificação dos pontos críticos nos processos de dispensação e devolução de materiais e medicamentos. Infarma - Ciências Farmacêuticas, [S.l.], v. 21, n. 5/6, p. 38-42, jan. 2013.

Educação Continuada como instrumento de desenvolvimento em tempo de pandemia

Sabrina do Rocio Kopietz, Erika Ferreira Oliveira

INTRODUÇÃO

Apesar dos hospitais privados estarem preparados para tratar pacientes com sintomas de Covid-19 conforme recomendações divulgadas no início da pandemia, ações e treinamentos precisaram ser adiados e compeliu a uma nova rotina.

Além disso, o cansaço físico e mental, e a contaminação dos colaboradores exigiram contratação imediata de nova mão de obra sem expectativas de conhecimento e fidelização na instituição. Destarte, o cenário despontou a necessidade de novos treinamentos e informações a serem divulgados de forma rápida e objetiva com o desafio de tornar ágil e seguro o acesso ao novo conhecimento.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com relato de experiência. A prática foi conduzida em um hospital de alta complexidade com referência para atendimento a Covid-19 com padrões de excelência de acreditação internacional. Foi desenvolvido um projeto de educação aliando a teoria e a prática utilizando metodologias ágeis de ensino.

No início do projeto os colaboradores foram submetidos a um teste relacionado a formação técnica. Os profissionais envolvidos no projeto obtiveram a formação de assuntos relacionados as técnicas e protocolos assistenciais instituídos no hospital, aplicando o conhecimento com a prática, através de simulados.

Treinamento teórico / prático sobre o procedimento de aspiração de vias aéreas para os novos colaboradores.

Jogos interativos e digitais para fixação de conteúdo em grupos.

RESULTADOS

Como resultado do teste obteve-se 42 profissionais com média de 62 pontos e 6 com média de 80 pontos. Após 15 dias do ingresso do profissional no setor, foram enviados 48 formulários online com as mesmas questões, mensurando o conteúdo absorvido aliado a prática no ambiente de trabalho. Destes, 40 formulários foram respondidos, 7 não retornaram e 1 desclassificado.

Como resultado do pós-teste 3% dos profissionais obtiveram nota de 40, 8% de 60, 22% de 70, 25% de 80, 19% de 90, 6% de 100 e 17% não obtiveram nota.

Treinamento teórico / prático sobre o procedimento de curativo de traqueostomia e apresentação do protocolo da instituição.

Treinamento teórico / prático sobre o procedimento de banho de leito e higiene oral, apresentando os produtos e protocolo da instituição.

CONCLUSÕES

Educar no ambiente hospitalar é estimular os profissionais a desenvolverem pensamento crítico e se autogerenciarem. O resultado do projeto é significativo no que se refere a compreensão de técnicas e protocolos, além de contribuir nas relações interpessoais, colaborando para uma assistência segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS

Pinto, J. R., Ferreira, G. S. M., Gomes, A. M. A., Ferreira, F. I. S., Aragão, A. E. A., & Gomes, F. M. A. Educação permanente: reflexão na prática da enfermagem hospitalar. Tempus, actas de saúde colet, Brasilia, 9, 1-11.

Efeito do Gerenciamento do Protocolo de Antibioticoprofilaxia na Taxa de Infecção Cirúrgica

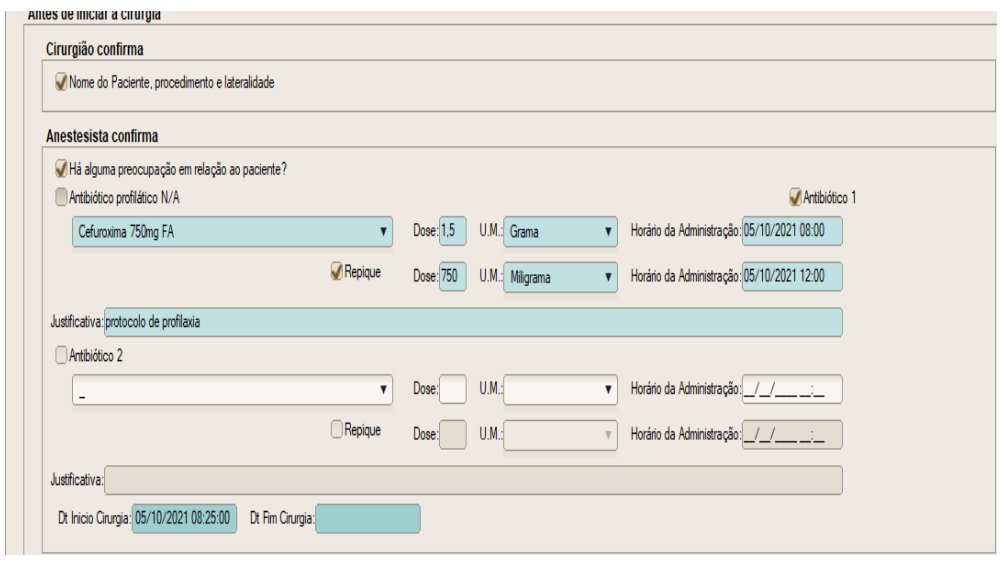
KARINA CEZARETE SEMENÇATO, MARIA ANGÉLICA DOMINGOS, THALITA MONTONI BEZERRA, LUCIANE MATOS TORRANO

INTRODUÇÃO

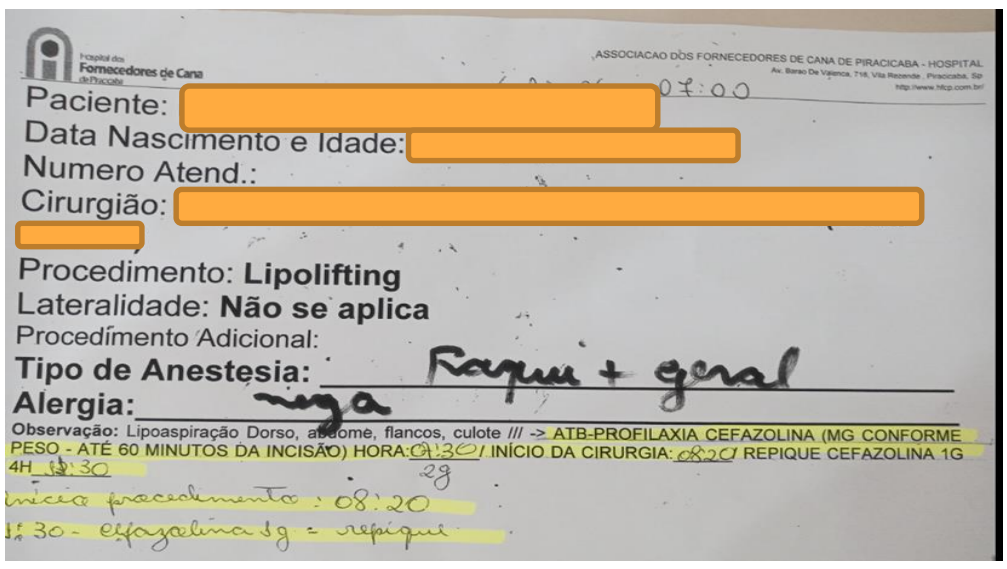
A infecção de sítio cirúrgico (ISC) é aquela que ocorre até 90 dias após a realização do procedimento cirúrgico e, em caso de implante de prótese, até um ano após o procedimento. Os pacientes infectados têm mais chances de serem readmitidos após alta (5x), de passar algum tempo na UTI (2x), e mais chances de ir a óbito (2x). A antibioticoprofilaxia (ATB) é uma das estratégias fundamentais para prevenção das infecções cirúrgicas. Juntamente com a antissepsia da pele e técnicas cirúrgicas adequadas, o uso racional dos antibióticos reduz as taxas de infecções de forma significativa. Conseguir que o antimicrobiano seja dado no momento certo, e que doses suplementares sejam administradas, requer uma organização multidisciplinar, principalmente da equipe de enfermagem no centro cirúrgico.

METODOLOGIA

Para gerenciamento do referido protocolo, em 2019 foram realizadas adequações no sistema do prontuário eletrônico, em especifico no check list da cirurgia segura, para alimentar os dados e base para relatórios. O foco foi buscar a adesão de três marcadores do protocolo de ATB:
1) ATB conforme protocolo;
2) Tempo de administração do ATB em até 60 min antes do início do procedimento cirúrgico, para garantir nível sérico e tissular no ato operatório;
3) Tempo de repique.



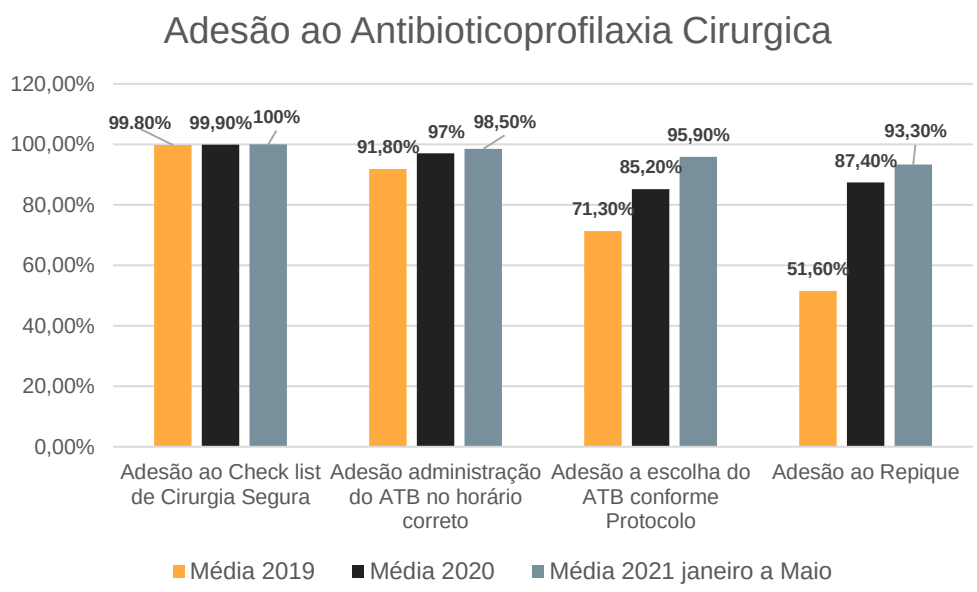
Adequação no prontuário eletrônico, com inclusão dos 3 marcadores necessários no Check list da Cirurgia Segura: ATB administrado, horário da administração e repique



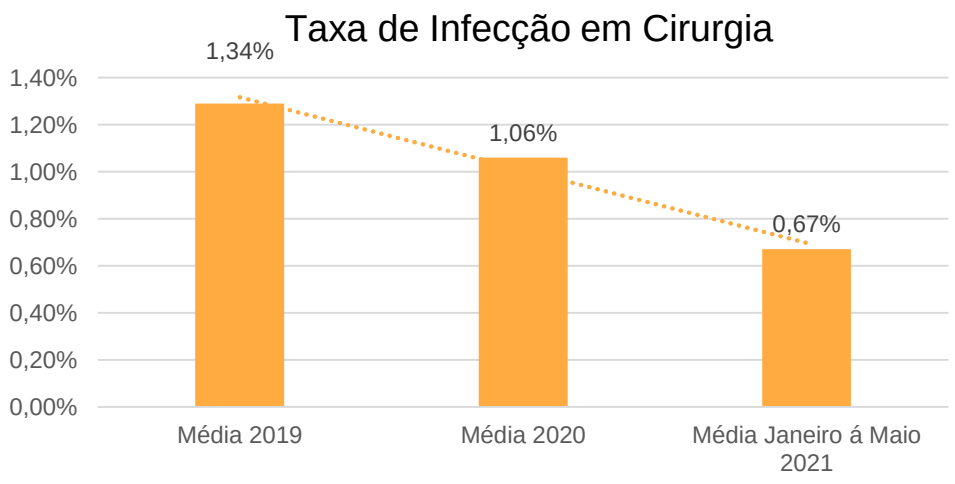
Kanban de leito do paciente com inserção do ATB pelo enfermeiro, facilitando a informação através da visualização, garantindo que a informação chegue até a ponta.

RESULTADOS

Com isso, o objetivo do trabalho foi o gerenciamento do Protocolo de ATB, com foco na qualidade e segurança na assistência do paciente, além da otimização de resultados e financeiro, para diminuição da infecção cirúrgica. Como resultado, a adesão do ATB conforme protocolo aumentou de 71% em 2019 para 96% em 2021; a adesão da administração do ATB no horário correto aumentou de 91% em 2019 para 98% em 2021; enquanto a adesão ao repique aumentou de 51% em 2019 para 93% em 2021. Com isso a taxa de infecção cirúrgica, que já foi de 2,43% em 2016 e 1,34% em 2019, caiu para 0,67% em 2021. Isso se deve as melhorias durante esse período como: a revisão do protocolo de antibiótico de profilaxia cirúrgica, com envolvimento dos médicos; elaboração do manual de antibiótico por procedimento cirúrgico junto ao médico coordenador da SCIH; inclusão de antibiótico vinculado ao kit cirúrgico montado e dispensado pela farmácia; e inserção do ATB pelo enfermeiro do centro cirúrgico, com o repique no kanban de leito do paciente, facilitando a informação através da visualização, garantindo que a informação chegue até a ponta.



Linha histórica de 2019 a maio/2021, nos mostra a adesão ao protocolo de cirurgia segura, adesão a administração do antibiótico no horário correto, escolha do antibiótico correto e tempo de repique adequado.



Linha histórica de 2019 à maio/2021, nos mostra a redução do índice de infecção em cirurgia limpa.

CONCLUSÕES

O bom resultado se deve ao envolvimento da equipe multidisciplinar, tendo ainda como desafio os cirurgiões com atendimentos esporádicos na instituição, quebra de paradigmas e a continuidade da profilaxia no pós-operatório imediato.

REFERÊNCIAS

Gama, Bárbara Peres; Bohomol, Elena. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos Rev. SOBECC ;25(3): 143-150, 30-09-2020.
Costa, Adriano Carneiro da; Santa-Cruz, Fernando; Ferraz, Álvaro A B. O QUE HÁ DE NOVO EM INFECÇÃO EM LOCAL CIRÚRGICO E ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM CIRURGIA; 33(4): e1558, 2021.
Batista, Larissa Bianca Leite; Silva, Sabrina Bianca Azevedo; Martins, Dulce Aparecida; Lara, Maristela Oliveira; Lucas, Thabata Coaglio. Infecção do sítio cirúrgico: medidas de vigilância e prevenção de risco são institucionalmente aplicadas.Cogitare enferm ; 24: e62968, 2019. Tab.

EFETIVIDADE DO PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE, DA UTI À ALTA HOSPITALAR: UM RELATO DE CASO

CLAUDIA GAZZETTA, CAMILA CRISTIANE DE TOLEDO, MARINEZ SEVERO RAMOS CAMPANARI

INTRODUÇÃO

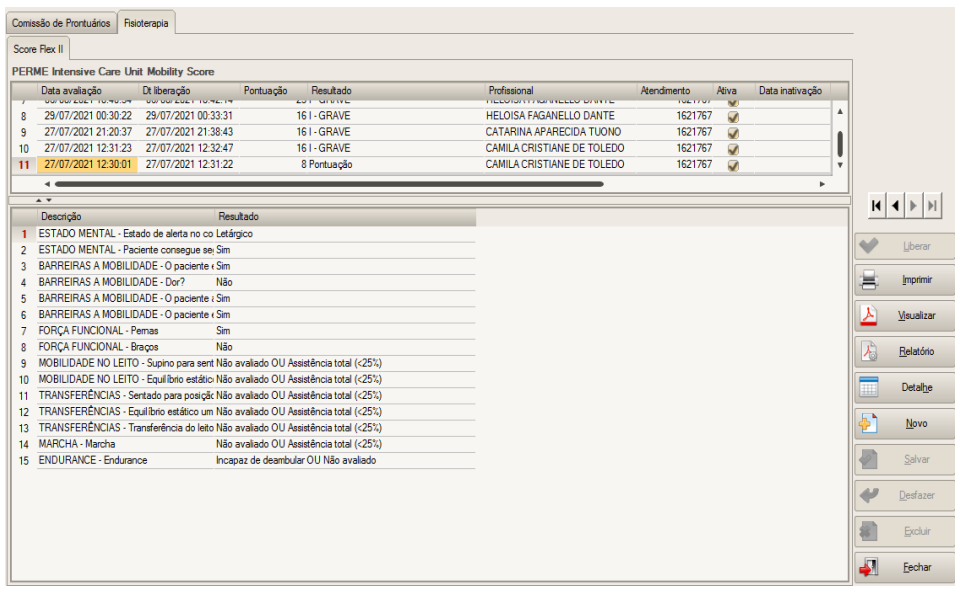
Atualmente não é apenas suficiente para o doente crítico sobreviver a uma internação prolongada, torna-se necessário promover a alta hospitalar com sequelas mínimas relacionadas à permanência no hospital. A fraqueza muscular adquirida na UTI e a perda da funcionalidade estão associadas ao tempo prolongado de internação. O instrumento válido para avaliar a força muscular é a escala MRC, que avalia força muscular periférica com uma pontuação de 0-5 para cada grupo, classificando como 0 nenhuma contração visível e 5 força normal. A escala considera fraqueza muscular o MRC < 48. Para mensurar a melhora da condição de mobilidade o escore PERME mostra-se uma forma mais objetiva de avaliação que varia de 0 a 32 pontos, é divididos em 15 itens, agrupados em 7 categorias: estado mental, potenciais barreiras a mobilidade, força funcional, mobilidade no leito, transferências, dispositivos de auxílio para deambulação e medidas de resistência. Uma pontuação elevada indica alta mobilidade e menor necessidade de assistência.

OBJETIVO

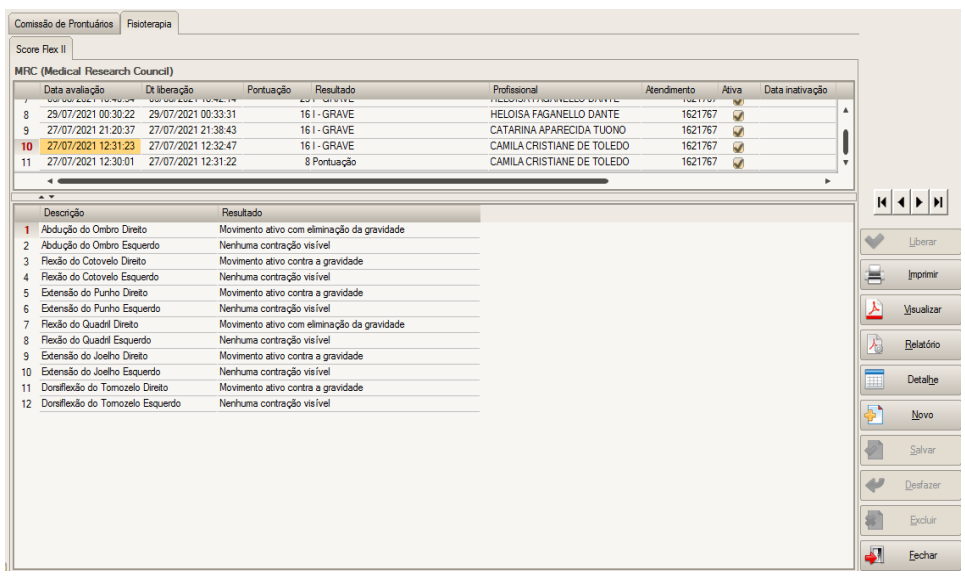
Relatar os efeitos de um protocolo de mobilização precoce na musculatura periférica e na funcionalidade de um paciente crítico desde a UTI até a alta hospitalar.

METODOLOGIA

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário.



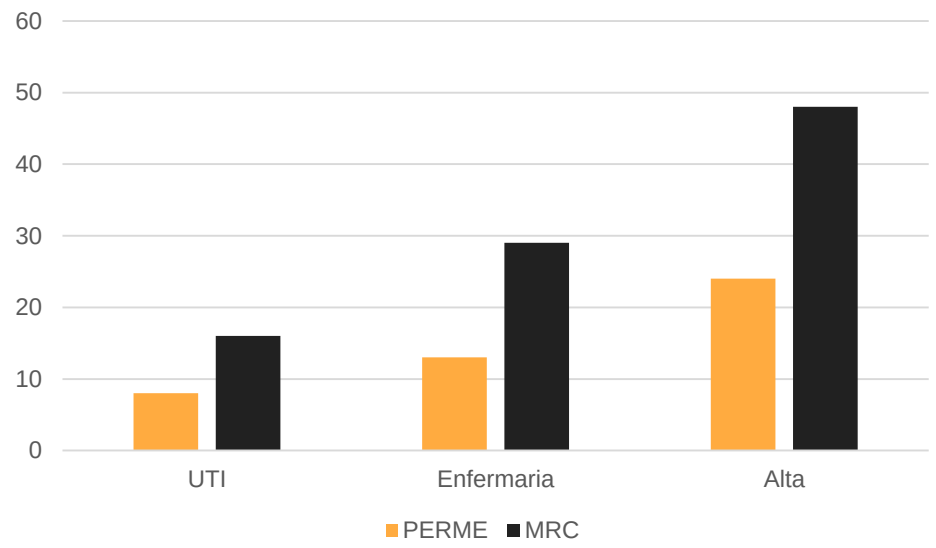
Escala Perme adaptada para avaliação no sistema Tasy.



Escala MRC adaptada para avaliação no sistema Tasy

RESULTADOS

Paciente do sexo masculino, 38 anos, no dia 17/07/2021 foi intubado devido quadro de rebaixamento do nível de consciência, diagnosticado com Hemorragia Subaracnóidea Fisher 4. Permaneceu sedado por três dias, mas só despertou no dia 27/07/2021 (10 dias) quando iniciou o protocolo de mobilização precoce. A avaliação do MRC mostrou uma soma de 16 pontos e o escore PERME 8 pontos, evidenciado uma perda muscular grave e necessidade de assistência máxima da equipe. Dia 11/08/2021, após 15 dias de MP o paciente foi transferido para enfermaria com MRC 29 e PERME 13, que mostra a evolução do paciente que neste momento necessita de mínima assistência. Os 5 dias que permaneceu na enfermaria foram suficientes para o paciente apresentar MRC 48 e PERME 24, números compatíveis de independência funcional.



Evolução do paciente desde a inclusão no protocolo de mobilização precoce até a alta hospitalar

CONCLUSÕES

O caso relatado evidencia a efetividade de um protocolo de mobilização precoce: da UTI a alta hospitalar e a utilização de escala com escore que auxiliam na prescrição correta dos exercícios. Sobretudo a importância da atuação da Fisioterapia em todo o âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

AQUIM, E. E. et al. Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva,** v. 31, p. 434-443, 2020. ISSN 0103-507X.

KAWAGUCHI, Y. M. F. et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** v. 42, p. 429-434, 2016. ISSN 1806-3713.

THIELO, L. F.; QUINTANA, L. D.; RABUSKE, M. Protocolo fisioterapêutico com base na escala Perme Intensive Care Unit Mobility Score para doentes críticos. **ASSOBRAFIR Ciência,** v. 11, p. 0-0, 2021.

IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA USO RACIONAL DE SEDATIVOS E ANALGÉSICOS NOS PACIENTES SARSCOV-2

MARQUES, N.; GARBELOTTO, TZ; CARELLI, CG; NOGUEIRA, LD.

INTRODUÇÃO

Diante da escassez de medicamentos enfrentada durante a pandemia se fez necessária à implementação de estratégias para minimizar danos ao paciente. Nesse contexto os conceitos de segurança do paciente são amplamente estudados e a administração segura de medicamentos é um ponto crucial na elaboração de métodos que aumentem a qualidade nos serviços de saúde.

O objetivo deste trabalho foi descrever a elaboração de um protocolo de sedoanalgesia para pacientes críticos com infecção por SarsCov-2.

METODOLOGIA

Elaboração e implementação de protocolo para sedoanalgesia em pacientes críticos com diagnóstico de infecção por SarsCov-2.

O protocolo contém informações de fácil acesso baseado em literatura cientifica como: medicamentos, soluções padrão, concentração da solução, estabilidade, dose de ataque, dose mínima e máxima, velocidade de infusão e incompatibilidade em Y dos principais sedativos e analgésicos endovenosos para sedação padrão, assim como medicações adjuvantes utilizadas como plano de contingência para falta no mercado.

Incompatibilidade em Y	Amicacina	Amiodarona	Atracúrio	Cetamina	Cisatracúrio	Clonidina	Dexametasona	Dexmedetomidina	Diazepam	Fenobarbital	Fentanil	Furosemida	Hidrocortisona	Insulina Regular	Levofloxacino	Meropenem	Metilprednisolona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Noradrenalina	Omeprazol	Pancurônio	Piperacilina+ Tazobactam	Polimixina B	Propofol	Rocurônio	Tiopental	Vancomicina	Vasopressina
Amicacina		C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	I	C	C
Amiodarona	C		C	C	C	I	I	C	I	I	C	I	I	C	I	I	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I	C	I	C	C
Atracúrio	C	C		I	I	I	C	C	I	I	C	I	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	I	I	C	I	I	I	C	C
Cetamina	C	C	I		I	C	I	I	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	C	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	I
Cisatracurio	C	C	I	I		I	C	C	I	I	C	I	C	I	C	C	I	C	C	C	C	I	I	C	I	I	I	I	C	C
Clonidina	I	I	I	C	I		I	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	C	C	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Dexametasona	C	I	C	I	C	I		C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	C
Dexmedetomidina	C	C	C	I	C	I	C		I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C
Diazepam	I	I	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I
Fenobarbital	C	I	I	I	I	C	C	C	I		C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C
Fentanil	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C
Furosemida	C	I	I	I	I	I	C	C	I	C	C		C	C	I	C	C	C	I	C	I	I	I	C	C	C	I	C	I	I
Hidrocortisona	C	I	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C		C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	C
Insulina Regular	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	I	I	C	I	I	C	C
Levofloxacino	C	I	C	I	C	I	C	C	I	I	C	I	C	C		C	C	C	C	C	C	I	I	C	I	I	I	C	I	C	C
Meropenem	C	I	I	I	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C		I	C	I	C	C	I	C	I	I	I	C	I	C	C
Metilprednisolona	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	I		C	C	C	C	I	C	C	C	I	I	I	I	C
Metoclopramida	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	I	C	C	C	I	C	I	C	C
Midazolam	C	C	C	C	C	C	I	C	I	I	C	I	I	C	C	I	C	C		C	C	I	C	I	C	I	C	I	C	C
Morfina	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	I	C	C	C	I	C	C	C	C
Noradrenalina	C	C	C	I	C	C	C	C	I	I	C	I	C	I	I	C	C	C	C	C		I	C	C	C	C	I	I	C	C
Omeprazol	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I
Pancurônio	C	C	I	C	I	C	C	I	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I		C	C	C	I	C	I	C
Piperacilina + Tazobactam	C	I	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C	C	I	C		I	I	I	I	C	C
Polimixina B	C	C	C	I	I	I	I	I	I	C	C	C	I	I	I	I	C	C	C	C	C	I	C	I		I	I	I	C	C
Propofol	I	I	I	C	I	I	C	C	I	C	C	C	C	C	I	I	I	I	I	I	C	I	C	C	I		I	I	I	I
Rocurônio	C	C	I	I	I	I	C	I	C	C	C	I	I	C	C	I	C	C	C	C	I	I	I	I	I	I		I	I	C
Tiopental	I	I	I	I	I	I	I	C	I	I	C	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		I	C
Vancomicina	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I	I	I		C
Vasopressina	C	C	C	I	C	I	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	I	C	C	C	

Legenda
C = Compatível
I = Incompatível

Figura 1: Tabela parcial de incompatibilidade em Y dos medicamentos descritos no protocolo

RESULTADOS

Após a implantação do protocolo de sedoanalgesia, observou-se a adesão as informações contidas no documento, garantindo acesso de forma segura e rápida a literatura atualizada. Levando a padronização da administração de medicamentos contemplando alguns fatores dos "9 certos" da administração de medicamentos como: medicação certa, dose certa, via de administração certa, forma farmacêutica correta e monitoramento correto. Além disso, o protocolo foi uma estratégia muito importante para falta de medicamentos no mercado pois trouxe opções farmacológicas para os faltantes e também permitiu direcionamento ao controle de estoque.

Solução-padrão e doses							Velocidade de infusão para paciente de 70Kg		Diferença de velocidade de infusão a cada 10Kg*
Medicamento	**Solução padrão****	**Concentração da solução**	**Estabilidade da solução**	**Dose de ataque ou dose inicial**	**Dose mínima**	**Dose máxima**	**Velocidade de infusão mínima (mL/h)**	**Velocidade de infusão máxima (mL/h)**	**mL/h**
Cetorolaco 30mg/mL	30mg diluído em 10mL de SF	3mg/mL	Uso imediato	Não necessária	15mg	90mg	-	-	-
	As doses devem ser administradas até de 6/6h por até 5 dias								
Fentanila 50mcg/mL (Ampola 10mL)	20mL diluídos em 80mL de SF	10mcg/mL	24h	Não necessária	0,7mcg/Kg/h	5mcg/Kg/h	5	35	2
	5 ampolas (puro)	50mcg/mL	24h	Não necessária	0,7mcg/Kg/h	5mcg/Kg/h	1	7	1
	A infusão de fentanila pode chegar a 10mcg/Kg/h.								
Metadona 10mg/mL ampola	Puro	10g/mL(ampola)	Uso Imediato	Não necessária	20mg/dia	40mg/dia	-	-	-
	A administração EV é contraindicada. *A via de administração de escolha é SC e IM. Também disponível na forma de comprimido (5mg).*								
Morfina 10mg/mL	10mL (100mg) em 90mL de SF	1mg/mL	24h	Não necessária	0,07mg/Kg/h	0,5mg/Kg/h	5	35	2
Remifentanila 2mg (Reconstituir em 2mL de Água destilada)	6mg em 94mL SF	60mcg/mL	24h	1,5mcg/Kg	0,5mcg/Kg/h	15mcg/Kg/h	1	18	1
	Somente em caso de falta de Fentanila e Morfina.								
Tramadol 100mg/2mL	100mg em 100mL SF	1mg/mL	24h	Não necessária	100mg/dia	400mg/dia	-	-	-

Figura 2: Tabela parcial de medicamentos para analgesia e sedação com a ordem de informações apresentadas no protocolo.

CONCLUSÕES

Diante de uma situação adversa que foi a falta de medicamentos observamos a necessidade de união entre as equipes envolvidas na cadeia medicamentosa e médica, assim através de uma demanda organizada foi possível garantir o tratamento adequado e minimizar danos ao paciente, promovendo qualidade em saúde.

REFERÊNCIAS

Uptodate. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 12 de junho de 2020

Vender, J. et al. The Use of Neuromuscular Blocking Agents in the ICU: Where Are We Now? CRITICAL CARE MEDICINE 2013; 41:1332–1344.

Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET et al. Clinical practice guidelines for the sustained use and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002; 30(1): 119-141

Ho KM, Ng JY. The use of propofol for medium and long-term sedation in critically ill adult patients: a meta-analysis. Intensive Care Med 2008; 34(11):1969 – 1979

Barr, J. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. CRITICAL CARE MEDICINE 2013; 41(1):263-306.

Truven Health Analytics. MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA.

Engajamento da Equipe Multiprofissional com bons resultados na Pandemia Covid 19

Rubens S. Silva Franco Walter C. Girardelli Baptista Manoela Moreira de Sousa Aline Ribeiro Moreira

INTRODUÇÃO

A doença do coronavírus 19 (COVID-19) é uma síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2), identificado pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Com a escalada global de novos casos, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o surto pelo novo coronavírus uma Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como uma pandemia. Desde então, a COVID-19 tornou-se uma preocupação mundial, exigindo esforços globais para a sua prevenção e controle.

OBJETIVO

Apresentar os indicadores do Centro de Terapia Intensiva (CTI) advindo das ações conjuntas das Equipes Assistenciais, Administrativa e Corporativas do Hospital Novo Atibaia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, exploratória e descritiva com pretensão explicativa utilizando a base de dados do Sistema Epimed-Monitor e AMIB-UTIs Brasileiras.

RESULTADOS

No período de 01/01/2021 a 30/06/2021foram internados 253 novos pacientes no CTI-1, sendo 226 com diagnóstico de Covid 19 confirmados pelo Rt PCR. O tempo médio de permanência no CTI foi de 10,76 dias. A média de idade dos pacientes foi 56,34 anos, 60,47% eram do sexo masculino e 39,54 % do sexo feminino.75,20% dos pacientes foram submetidos a Ventilação Mecânica (VM), com tempo médio de permanência no Respirador de 11 dias, 49,19% receberam Aminas Vasoativas e 3,25% receberam Suporte Renal. O Escore Médio de Gravidade-SAPS 3 à internação foi 59,49, a mortalidade na Unidade foi de 18,70% e a Taxa de Mortalidade Padronizada (Observado/Esperado) foi 0,56. No Benchmarking realizado no período de 01/03/2020 a 18/08/2021 disponível no site da AMIB- UTIs Brasileiras selecionamos os 394 Hospitais Privados com 1.101 UTIs adulto, onde foram internados 129.966 pacientes com diagnóstico de Covid 19.

O tempo médio de permanência nas UTIs foi de13,1 dias. A média de idade foi 59,2 anos, 60,6% dos pacientes eram do sexo masculino e 39,4% feminino,44% foram submetidos a Ventilação Mecânica com média de 15,1 dias de permanência no Respirador, 29,8% receberam Aminas Vasoativas e 10,2% receberam Suporte Renal. A média do SAPS- 3 foi 47,6, a mortalidade nas unidades foi de 29,5% e a Taxa de Mortalidade Padronizada foi 1,57.

Ações realizadas pelas Equipes Assistências, Administrativas e Corporativas iniciaram no final de fevereiro de 2020, antes do primeiro paciente com Covid 19 ser internado no Hospital, com o Comitê de Crise composto de profissionais de todas as áreas, que se reuniam periodicamente, sendo implantados fluxos específicos para atendimento e internação de pacientes com Covid 19, treinamento para todas equipes assistências, aquisição de insumos, medicamentos e equipamentos, protocolos assistenciais que periodicamente foram atualizados de acordo com as evidencias cientificas, além de sub comitês para gestão de leitos na Unidades de Internação e Terapia Intensiva nos picos da Pandemia e gestão de medicamentos no período de desabastecimento.

CONCLUSÃO

A integração das Equipes Assistenciais, Administrativas e Corporativa foi um dos fatores que favoreceu os bons resultados dos nossos indicadores durante a Pandemia

Tabela 1 – Comparativo de indicadores

	CTI1 Hospital Novo Atibaia	UTIs Hospitais Privados
Total de paciente	226	129.966
Média de idade	56,34 anos	59,2 anos
Média de permanência	10,76 dias	13,1 dias
Tempo médio de VM*	11 dias	15,1 dias
SAPS 3	59,49	47,6
Mortalidade	18,70%	29,50%
Taxa de mortalidade padronizada	0,56	1,57

REFERÊNCIAS

1-Base de dados do Sistema Epimed Monitor.
2-Site da Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB – UTIs Brasileiras.

ENVOLVIMENTO FAMILIAR E TECNOLOGIAS COMO FERRAMENTA PARA REDUÇÃO DE QUEDAS EM UM HOSPITAL PRIVADO.

Fernanda Rodrigues Silva Fernandes, Giseli Carvalho, Victor Magalhães de Paula Souza, Fabio Marques Novaes

INTRODUÇÃO

Frente a pandemia COVID-19 nos deparamos com o desafio de envolver a família no cuidado mesmo com protocolos pré estabelecidos de distanciamento social. A “doença da solidão”, como assim denominada por muitos trouxe aos grandes hospitais o desafio de promover uma assistência segura e livre de danos aos pacientes, que por muitas vezes permaneciam sozinhos sem a presença de um acompanhante. Para isso diversas estratégias precisaram se desenvolver permitindo que pacientes fossem monitorados 24 horas por dia. O uso da tecnologia, o envolvimento da equipe multidisciplinar e a aproximação do familiar mesmo a distância propiciou uma assistência segura e livre de danos. Como conceito queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade[1].

METODOLOGIA

Estudo descritivo relatando as estratégias multidisciplinares para alinhar o uso da tecnologia e envolvimento familiar na redução de quedas de um hospital privado de alta complexidade da cidade de São Paulo. Os dados foram obtidos através do acompanhamento de pacientes adultos com risco de queda em Unidade de Internação e Unidade de Terapia Intensiva.

RESULTADOS

Dados comparativos entre os anos de 2020 e 2021 referenciando o marco de inicio da pandemia pela COVID-19 e a necessidade de continuidade dos cuidados em 2020 os resultados demonstraram que a implementação de medidas tecnológicas, como: alarmes de cama que comunicam a movimentação dos pacientes no leito, integração de uma plataforma on-line que faz interface automática com o prontuário eletrônico do paciente com as informações de “modo de saída do leito”, “altura da cama”, “*status* do alarme da cama”, “travamento de rodas”, “elevação da grades”, entre outros; A utilização de uma ferramenta de conectividade que faz interface direta e automática com o posto de enfermagem, sendo possível visualizar em tempo real o modo atual em que a cama se encontra, como: Altura da cama, as grades que encontram-se elevadas ou abaixadas, a altura da cama e o alarme de ativação de saída do paciente do leito, dados semelhantes ao da interface com o prontuário eletrônico do paciente, com dados resumidos; O uso de vídeo chamadas que aproximam a família no cuidado; Monitoramento dos riscos multidisciplinares (Escala de Morse) acompanhada diariamente e o plano educacional envolvendo familiar e o aproximando do cuidado pode se reduzir de 1,04 para 0,74 e 0,22 respectivamente a densidade de incidência de queda nas unidades assistenciais.

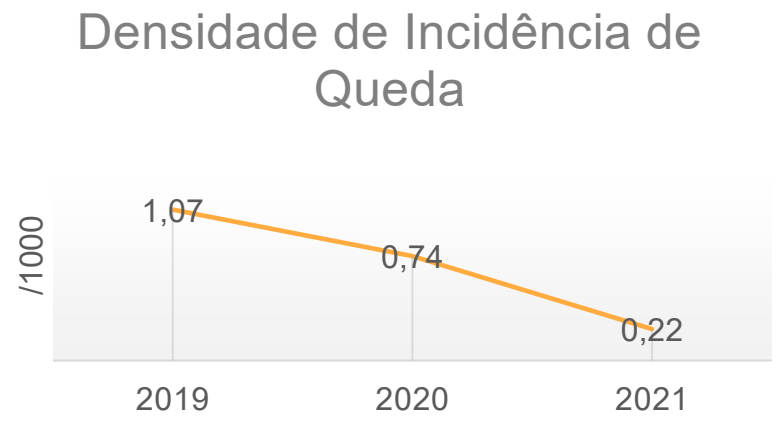


Gráfico 01: Gráfico demonstrativo a melhoria relacionada a Densidade de Incidência de Queda

CONCLUSÕES

Envolver os familiares nos cuidados, alinhando cuidados da equipe multidisciplinar na revisão do cuidado a estratégias tecnológicas no cuidado levaram a redução da densidade de infecção assim como melhora na percepção do cuidado dos pacientes internados. Além disso propiciou engajamento das equipes na avaliação e percepção de medidas preventivas para queda.

REFERÊNCIAS

1. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Projeto Diretrizes - Quedas em Idosos: Prevenção. Acesso em: 15 de outubro de 2021. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf.

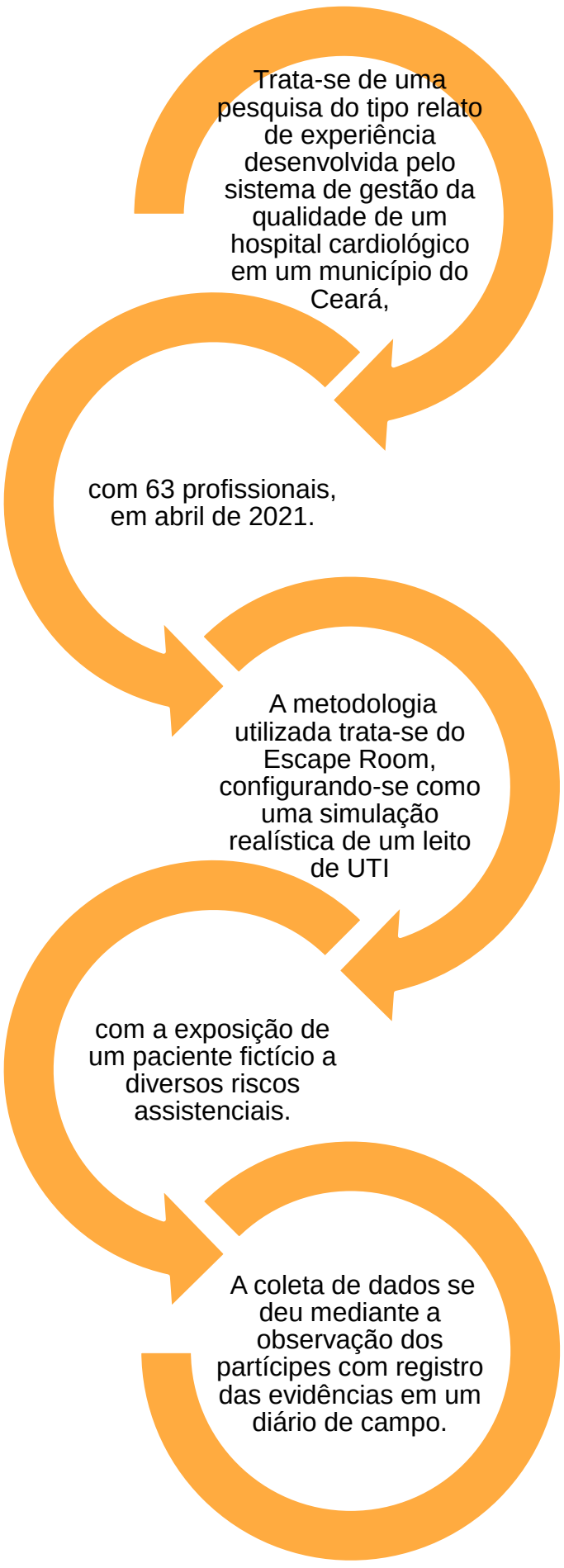
ESCAPE ROOM: METODOLOGIA EDUCATIVA SOBRE RISCOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Kairo Cardoso da Frota; Maria da Conceição Nunes da Silva; Luís Felipe Alves Sousa; Maria Gabriela Miranda Fontenele

INTRODUÇÃO

Reconhecer os riscos assistenciais e estabelecer medidas para a mitigação desses riscos são estratégias que reduzem significativamente a ocorrência de eventos adversos. Dessa forma, compreende-se que as educações permanentes com foco na mitigação dos riscos são cruciais para a implementação de boas práticas em saúde. O estudo descreve ações de educação permanente sobre mitigação de riscos assistenciais desenvolvidas através da metodologia ativa escape room.

METODOLOGIA



RESULTADOS

Participaram colaboradores vinculados aos serviços assistenciais da unidade, sendo 81% enfermeiros e 19% técnicos de enfermagem. A escolha da temática se deu a partir da análise dos indicadores hospitalares acerca dos riscos assistenciais evidenciados no último trimestre. O escape room configurou-se como um espaço de simulação realística de um leito de UTI apresentando falhas envolvendo as seis metas internacionais de segurança do paciente. Os funcionários eram convidados a verificar o local e sinalizar todos os riscos que poderiam estar envolvidos, sendo alguns deles a ausência de identificação correta, a ausência de classificação de risco de lesão por pressão e a estrutura física propícia à queda. A dinâmica promoveu a discussão entre todos os envolvidos e clarificou a aplicabilidade dos protocolos de segurança do paciente da instituição.

CONCLUSÕES

Evidenciou-se que o uso da metodologia ativa facilitou a troca de conhecimentos entre os colaborados para a aprendizagem acerca da análise dos riscos assistenciais. A estratégia é uma iniciativa inovadora que viabiliza a educação permanente em saúde de forma lúdica e criativa.

REFERÊNCIAS

MALAGÓN-LONDOÑO, G.; LAVERDE, G. P.; LONDOÑO, J. R.. **Gestão Hospitalar Para Uma Administração Eficaz**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

ESTABELECIMENTO DE PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA USO DE MEDICAMENTOS

Graziela Guidolin, Ariel Moura Martins

INTRODUÇÃO

Com os desafios impostos pela pandemia quanto a escassez de medicamentos houve a necessidade de reavaliação de rotinas e planos de contingências para o enfrentamento deste período. O desafio hora enfrentado gerou um grau de aprendizado para a instituição para se reposicionar em novos momentos de crise que continua ocorrendo e deverão ser recorrente em um futuro não tão distante.

OBJETIVO

Criação de plano de contingência quanto ao uso de medicamentos sedativos e relaxantes musculares, prezando a segurança na cadeia medicamentosa desde a prescrição, preparo e administração ao paciente

METODOLOGIA

Foram relacionados os principais medicamentos sedativos e relaxantes musculares utilizados no hospital, agregando outras opções não-padronizadas na Instituição e que estavam disponíveis no mercado.

Juntamente às Coordenações dos Serviços de Terapia Intensiva, Anestesiologia e Farmácia definiram-se critérios das melhores escolhas terapêuticas contendo as doses de acordo com o perfil do paciente, criando-se um Plano de Contingência para a gestão da escassez de medicamentos com foco no apciente. A partir disso foram elencados os itens a serem utilizados exclusivamente no Centro Cirúrgico e nas UTI´s.

Realizadas parametrizações no Sistema Tasy das prescrições protocolo, que foram utilizados de acordo com a disponibilidade dos insumos verificados diariamente.

COVID-19

Código: COVID.HNSG.000 Pag: 1/1

PLANO DE CONTINGÊNCIA ESCASSEZ MEDICAMENTOSA

Indução – Sequência rápida de intubação

Primeira escolha			
Medicamento	Apresentação	Dose	Monitorar
Midazolam	15 g/3ml ampola	0,2 a 0,3/kg	Bradipneia, náuseas, hipotensão e agitação paradoxal
Fentanil	100mcg/2ml ampola		Bradicardia e dependência
Succinilcolina	100 mg pó frasco + 10 ml de AD		

Segunda escolha			
Medicamento	Apresentação	Dose	Monitorar
Propofol	200 mg/20ml frasco	1,5 a 3 mg/kg	Hipotensão e Hipertrigliceridemia
Fentanil	100mcg/2ml ampola		Bradicardia e dependência
Succinilcolina	100 mg pó frasco + 10 ml de AD		

Sedoanalgesia – Solução combinada (Contingência redução de uso de bomba de infusão)

Primeira escolha				
Medicamento	Apresentação	Quantidade	Volume	Concentração Solução pronta
Midazolam	50 mg/10ml ampola	5 ampolas	*	2,5 mg/ml
Fentanil	250mcg/5ml ampola	3 ampolas	*	7,5 mcg/ml
Solução Fisiológica	0,9%	*	34 ml	*
Volume total da solução	100ml			

Segunda escolha				
Medicamento	Apresentação	Quantidade	Volume	Concentração Solução pronta
Midazolam	15 mg/3ml ampola	17 ampolas	*	2,5 mg/ml
Fentanil	250mcg/5ml ampola	3 ampolas	*	7,5 mcg/ml
Solução Fisiológica	0,9%	*	35 ml	*
Volume total da solução	100ml			

Manutenção Sedação

Primeira escolha				
Medicamento	Apresentação	Quantidade	Volume	Concentração Solução pronta
Midazolam	50 mg/10ml ampola	5 ampolas		2,5 mg/ml
Solução Fisiológica	0,9%	*	50 ml	

RESULTADOS

A implantação do Plano de Contingência norteou as estratégias necessárias para as tomadas de decisões das equipes auxiliando na otimização dos insumos disponíveis e na minimização do risco de prescrições de doses incorretas.

O Plano de Contingência aliado ao controle diário do estoque e aquisições auxiliou para que não houvesse ruptura dos insumos, garantindo principalmente a segurança assistencial além do reforço notório da sinergia entre a equipe multiprofissional.

CONCLUSÕES

Os desafios impostos pela pandemia quanto à dificuldade de aquisição dos mais variados insumos fizeram com que a Instituição reavaliasse protocolos e planos assistenciais com o objetivo de garantir a excelência no cuidado.

Entendemos que a adoção de ações como estas serão fundamentais para o desenvolvimento das atividades em saúde nos próximos anos..

REFERÊNCIAS

Instrução de Trabalho Interna – IT. COVID.HNSG 090. Revisão: 00. - PLANO DE CONTINGÊNCIA ESCASSEZ MEDICAMENTOSA

ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA DE REUSO - ETAR

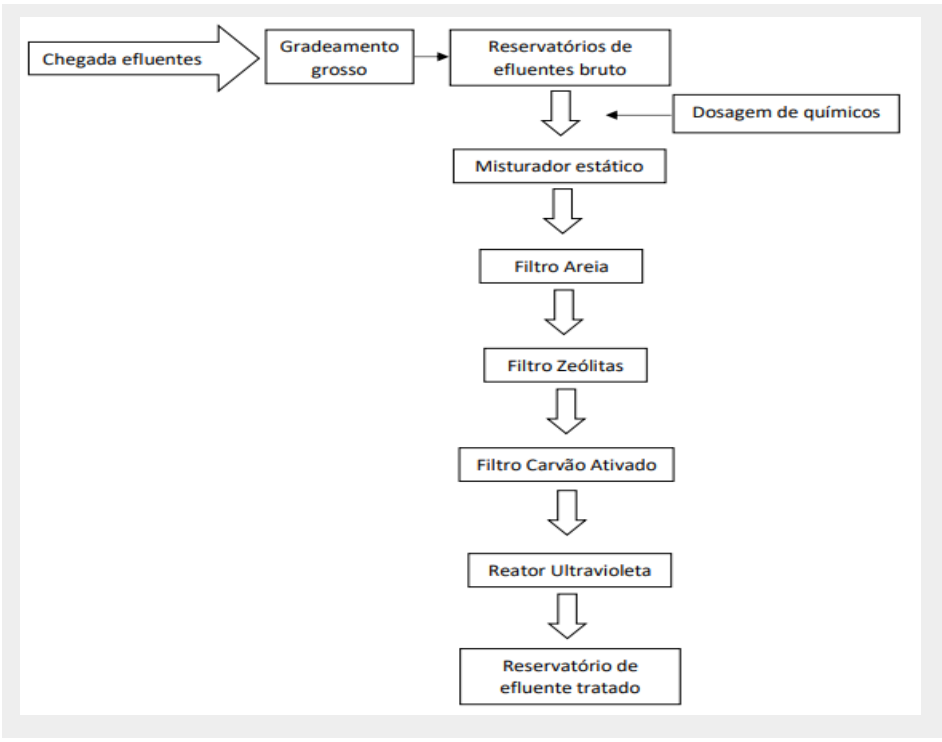
Alexandre Bartolomei Gutierrez, Idalina de Oliveira Rocha

INTRODUÇÃO

O Hospital vem ao longo do tempo buscando alternativas para reduzir seu impacto nos recursos ambientais, tais como sistemas de vácuo a seco, projetos de eficiência energética para iluminação, ar condicionado, ar comprimido medicinal e a racionalização de consumo de água. Com a crise hídrica que se intensificou em 2020, com o início de rodízios de abastecimento de água a partir do mês de Março, o projeto de tratamento de água para lavanderia ganhou dimensão e importância, pois as previsões para o futuro em decorrência das mudanças climáticas são de reduções de chuvas na região de Curitiba. Um estudo da Fiocruz de 2016, realizado por Reginaldo Alvez aponta que, para a região de Curitiba, nos próximos 21 anos a temperatura deve subir 3ºC e o período sem chuvas deve aumentar em 30%, indicando sério risco de períodos de desabastecimento de água. Sendo este recurso fundamental aos processos hospitalares.

METODOLOGIA

Com o objetivo de continuamente reduzir o impacto ambiental casado pelo Hospital, foi elaborado um estudo de significância do impacto de cada área consumidora de água, e dentre as áreas analisadas a lavanderia apresentou a maior correlação entre consumo de água e produção da área se compara ao SND ou CME. Assim concluiu-se que a lavanderia seria a grande fronteira de consumo de água a ser atacada, pois além da forte relação da produção com o consumo ela representa aproximadamente 50% da demanda de água do Hospital. Por consequência foi iniciado estudo de engenharia para viabilidade do processo de tratamento e reuso da água industrial utilizada nas máquinas da lavanderia. Neste estudo foram determinadas as necessidades de qualidade de água específicas para o processamento das roupas e a caracterização do efluente gerado pelas máquinas da lavanderia. Na sequência foram elaborados os projetos técnicos e a orçamentação final que após aprovados resultaram na execução da obra e implantação do sistema. Com a contribuição de um químico especializado a equipe responsável pela manutenção e operação do sistema recebeu o treinamento necessário a monitorização e manutenção do sistema.



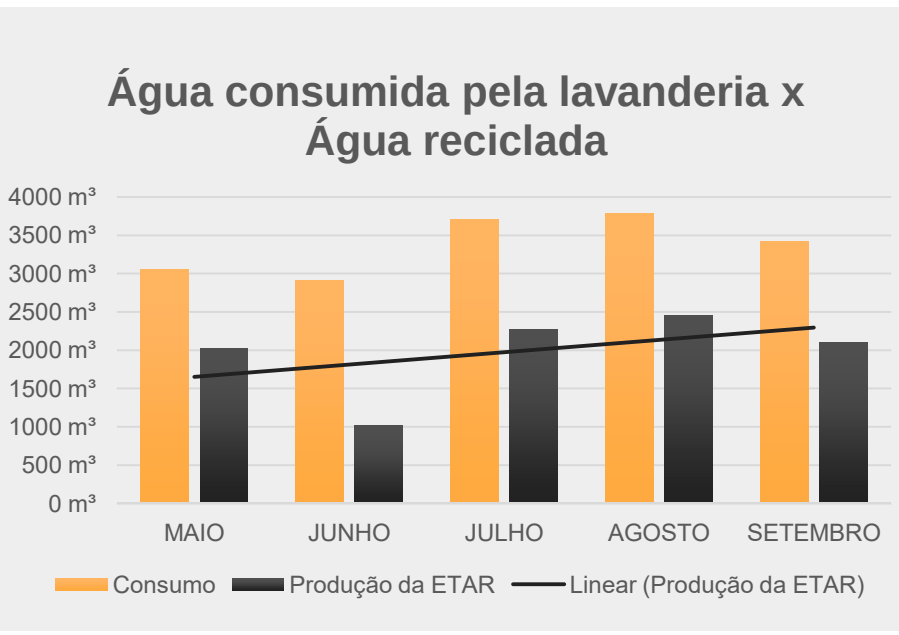
Fluxo do processo de tratamento.

Fotos da ETAR em Operação

RESULTADOS

Com resultado da operação da estação de tratamento de água de reuso até o momento obtivemos uma redução média de 1.942 m³ de água por mês, equivalente a uma economia de R$ 28.096,48 por mês ou o consumo equivalente de 230 residências.

Foto do efluente bruto e da água após passagem pelo sistema de tratamento



Evolução da eficiência da reciclagem de água, a linha representa a progressão média de água reciclada pelo sistema de tratamento.

CONCLUSÕES

O projeto contribui para a sustentabilidade futura não só do Hospital, mas também do sistema de saúde como um todo, em um cenário onde a água se torna um recurso não só de alto custo, mas também escasso. Contribuímos assim para reduzir a exposição do hospital a um risco de desabastecimento.

REFERÊNCIAS

METCALF & EDDY. Inc. Wastewater Engineering treatment Disposal Reuse. 4. ed. New York, McGraw - Hill Book, 1815p. 200
Reginaldo Alvez, Projeto Vulnerabilidade à Mudança do Clima / Fiocruz Minas, Rio de janeiro, Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, 2016.

Estímulo à Gentileza como programa de comunicação empática no ambiente de saúde

Noélia Pereira Prado, Adélia Cristina de Oliveira, Márcia Salvador Géo e Renata Salvador Grande

INTRODUÇÃO

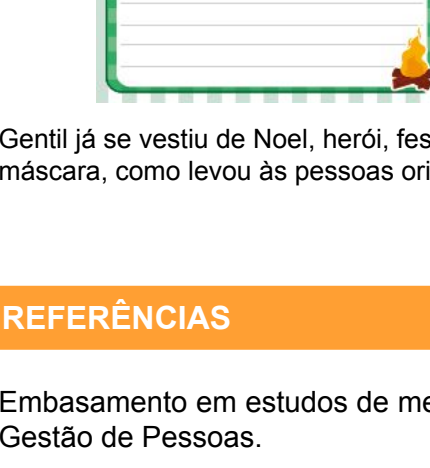
A fim de zelar pela qualidade dos serviços prestados aos pacientes, promover a empatia e o bem-estar genuíno das relações no ambiente de trabalho, tornou-se necessário ampliar o relacionamento da empresa com os colaboradores por meio de um programa de comunicação interna que privilegia o ser humano e incentiva a gentileza entre os colegas.

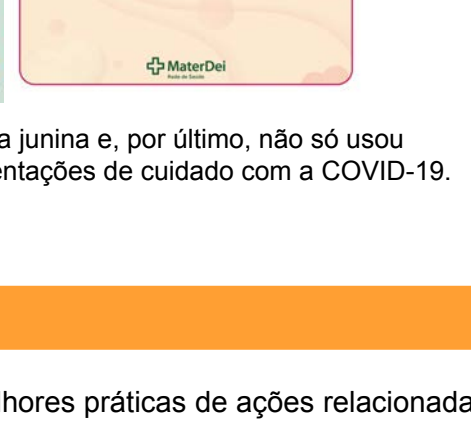
Por isso, a Rede Mater Dei de Saúde criou, em 2018, o Gentil, mascote que fala sobre gentileza.

METODOLOGIA

A princípio o Gentil apenas transmitia mensagens de motivação e empatia, via cartas, para os colaboradores da Rede Mater Dei. No entanto, ao ser bem recebido por todas as equipes da Mater Dei, foram criados cartõezinhos personalizados do mascote, com "de", "para", "data" e espaço para redigir uma mensagem, e distribuídos em pontos estratégicos da instituição. O objetivo, neste ponto, era que os próprios colaboradores pudessem utilizá-los para repassar mensagens de agradecimento e de reconhecimento ao seu colega, seja do próprio setor ou de outra área.

No último ano, em função da pandemia e a fim de ampliar a atuação do Gentil, foi criada a "Sexta da Gratidão", que consiste na divulgação de alguns dos elogios enviados pelos pacientes aos colaboradores e membros do corpo clínico, toda sexta-feira. Além disso, em uma ação especial do Gentil, no início de 2021, abrimos a "Sexta da Gratidão" para que colaboradores e membros do corpo clínico mandassem mensagens entre si e a divulgação foi feita em para todos os hospitais. As ações se tornaram momentos de reconhecimento do trabalho e de incentivo para todos que compõem o time da Mater Dei.





Na esquerda: o Gentil - mascote da gentileza da Rede Mater Dei | Na direita: o primeiro modelo de cartão de troca de mensagens entre colaboradores.

Gentil já se vestiu de Noel, herói, festa junina e, por último, não só usou máscara, como levou às pessoas orientações de cuidado com a COVID-19.

RESULTADOS

Desde a criação do Gentil, já foram impressos e distribuídos mais de 10.000 cartões do mascote, que foram se adaptando aos acontecimentos e às épocas do ano. Foram também recebidos e divulgados mais de 600 elogios de pacientes aos colaboradores e membros do corpo clínico e, na ação especial da Sexta da Gratidão, foram recebidas, em 24 horas, mais de 460 mensagens de agradecimento que foram divulgadas na Instituição.

Atualmente, o Gentil faz parte de todas as ações que são voltadas para empatia e reconhecimento da Rede Mater Dei, e faz parte da rotina dos colaboradores, que sempre procuram pelos cartõezinhos para enviar recados positivos para os colegas.

Na esquerda: layout de divulgação das mensagens dos pacientes na “Sexta da Gratidão” | Na direita: a divulgação da “Sexta da Gratidão Especial”.

O Gentil também virou figurinhas para WhatsApp e foi adaptado para ações específicas dos setores da Mater Dei.

CONCLUSÕES

Ao recapitular a história e constatar o modo como o Gentil foi recebido pelos colaboradores e membros do corpo clínico da Rede Mater Dei de Saúde, entendemos e reforçamos a teoria de que o reconhecimento dos pacientes e dos colegas são molas propulsoras para que as pessoas se sintam motivadas a realizar um atendimento empático e personalizado em todas as áreas, sejam elas assistenciais ou administrativas.

E isso nunca foi tão importante como agora: uma palavra gentil é indispensável para o cuidado com o outro. "Gentileza gera gentileza".

REFERÊNCIAS

Embasamento em estudos de melhores práticas de ações relacionadas à Employer Branding, Comunicação Interna e Gestão de Pessoas.

Estímulo à Gentileza como programa de comunicação empática no ambiente de saúde

Noélia Pereira Prado, Adélia Cristina de Oliveira, Márcia Salvador Géo e Renata Salvador Grande

INTRODUÇÃO

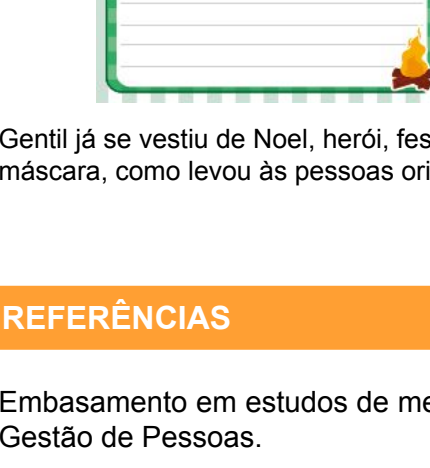
A fim de zelar pela qualidade dos serviços prestados aos pacientes, promover a empatia e o bem-estar genuíno das relações no ambiente de trabalho, tornou-se necessário ampliar o relacionamento da empresa com os colaboradores por meio de um programa de comunicação interna que privilegia o ser humano e incentiva a gentileza entre os colegas.

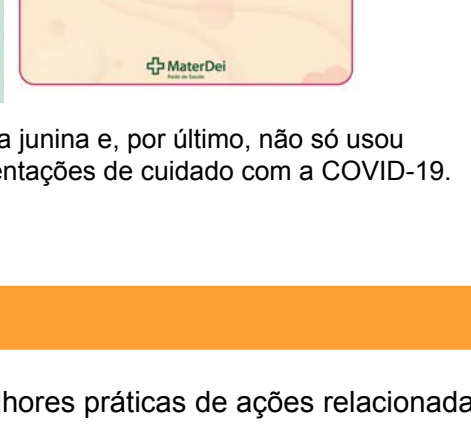
Por isso, a Rede Mater Dei de Saúde criou, em 2018, o Gentil, mascote que fala sobre gentileza.

METODOLOGIA

A princípio o Gentil apenas transmitia mensagens de motivação e empatia, via cartas, para os colaboradores da Rede Mater Dei. No entanto, ao ser bem recebido por todas as equipes da Mater Dei, foram criados cartõezinhos personalizados do mascote, com "de", "para", "data" e espaço para redigir uma mensagem, e distribuídos em pontos estratégicos da instituição. O objetivo, neste ponto, era que os próprios colaboradores pudessem utilizá-los para repassar mensagens de agradecimento e de reconhecimento ao seu colega, seja do próprio setor ou de outra área.

No último ano, em função da pandemia e a fim de ampliar a atuação do Gentil, foi criada a "Sexta da Gratidão", que consiste na divulgação de alguns dos elogios enviados pelos pacientes aos colaboradores e membros do corpo clínico, toda sexta-feira. Além disso, em uma ação especial do Gentil, no início de 2021, abrimos a "Sexta da Gratidão" para que colaboradores e membros do corpo clínico mandassem mensagens entre si e a divulgação foi feita em para todos os hospitais. As ações se tornaram momentos de reconhecimento do trabalho e de incentivo para todos que compõem o time da Mater Dei.





Na esquerda: o Gentil - mascote da gentileza da Rede Mater Dei | Na direita: o primeiro modelo de cartão de troca de mensagens entre colaboradores.

Gentil já se vestiu de Noel, herói, festa junina e, por último, não só usou máscara, como levou às pessoas orientações de cuidado com a COVID-19.

RESULTADOS

Desde a criação do Gentil, já foram impressos e distribuídos mais de 10.000 cartões do mascote, que foram se adaptando aos acontecimentos e às épocas do ano. Foram também recebidos e divulgados mais de 600 elogios de pacientes aos colaboradores e membros do corpo clínico e, na ação especial da Sexta da Gratidão, foram recebidas, em 24 horas, mais de 460 mensagens de agradecimento que foram divulgadas na Instituição.

Atualmente, o Gentil faz parte de todas as ações que são voltadas para empatia e reconhecimento da Rede Mater Dei, e faz parte da rotina dos colaboradores, que sempre procuram pelos cartõezinhos para enviar recados positivos para os colegas.

Na esquerda: layout de divulgação das mensagens dos pacientes na “Sexta da Gratidão” | Na direita: a divulgação da “Sexta da Gratidão Especial”.

O Gentil também virou figurinhas para WhatsApp e foi adaptado para ações específicas dos setores da Mater Dei.

CONCLUSÕES

Ao recapitular a história e constatar o modo como o Gentil foi recebido pelos colaboradores e membros do corpo clínico da Rede Mater Dei de Saúde, entendemos e reforçamos a teoria de que o reconhecimento dos pacientes e dos colegas são molas propulsoras para que as pessoas se sintam motivadas a realizar um atendimento empático e personalizado em todas as áreas, sejam elas assistenciais ou administrativas.

E isso nunca foi tão importante como agora: uma palavra gentil é indispensável para o cuidado com o outro. "Gentileza gera gentileza".

REFERÊNCIAS

Embasamento em estudos de melhores práticas de ações relacionadas à Employer Branding, Comunicação Interna e Gestão de Pessoas.

Estratégia de busca ativa de eventos de broncoaspiração e o impacto na melhoria da qualidade e segurança da assistência

Penelope Roberta da Silva, Karina Niscolo Tomassini Dos Santos, Sergio Ricardo Barbosa , Marcia Martiniano de Sousa e Sá

INTRODUÇÃO

A broncoaspiração é considerada um dos principais indicadores de disfagia e o mais preocupante. Ela ocorre pela infiltração de partículas alimentares, fluidos da orofaringe ou conteúdos gástricos em vias aéreas inferiores, podendo desencadear pneumonia infecciosa, pneumonite química e síndrome da angústia respiratória. Estas complicações contribuem para o aumento significativo das taxas de morbidade e mortalidade, prolongando em média 5 a 9 dias o tempo de internação dos pacientes, acarretando também na elevação significativa dos custos hospitalares[1].

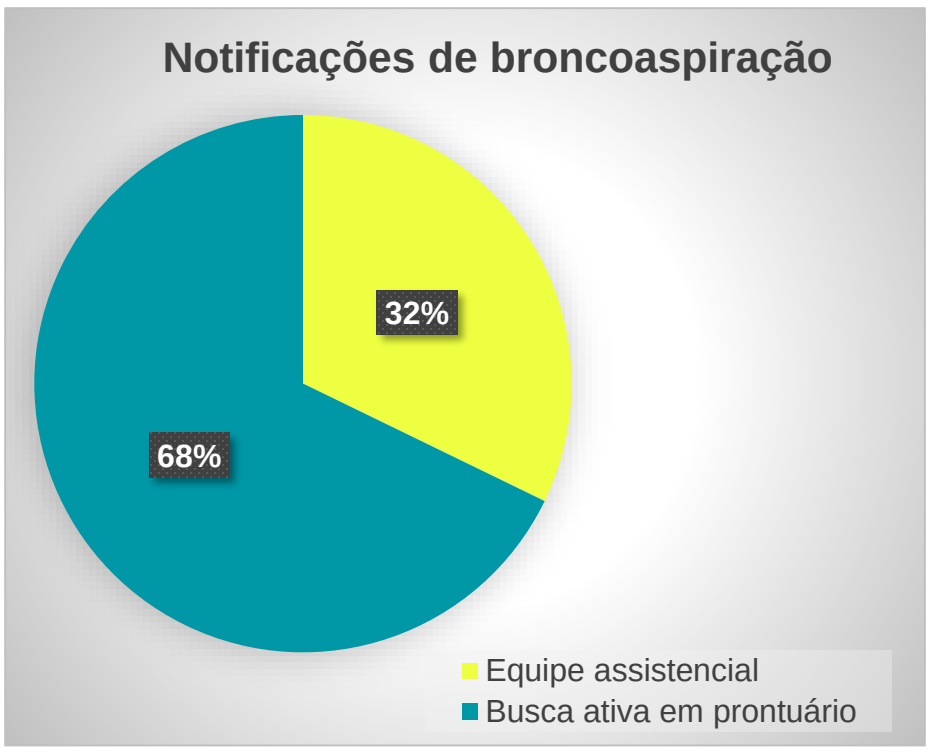
A broncoaspiração no ambiente hospitalar é um evento adverso evitável com impactos relacionados ao aumento da morbimortalidade, tempo de internação e experiência do paciente. Conhecer a incidência é fator essencial para definição de ações focais e sistêmicas de prevenção e melhoria dos processos, entretanto a subnotificação é um desafio a ser solucionado.

METODOLOGIA

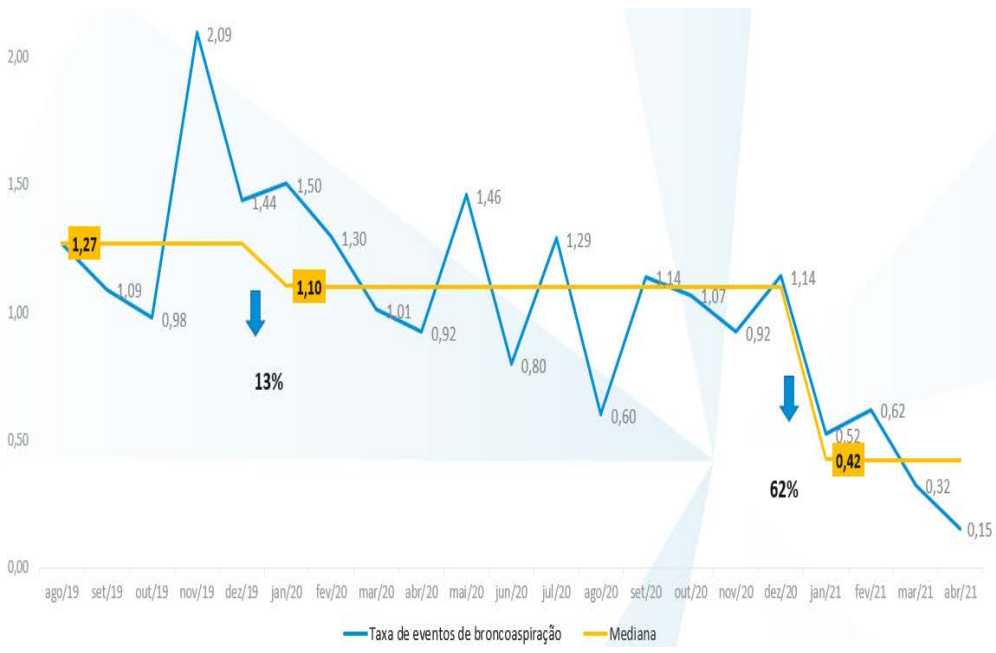
Estudo transversal, quantitativo que considerou os registros em prontuário, de pacientes que apresentaram episódio de broncoaspiração durante a internação no HSL, Unidade Bela Vista, no período de 01/08/2019 até 30/04/2021. Foi definida estratégia de busca ativa dos diagnósticos secundários via sistema APR-DRG nos prontuários eletrônicos e sistemática de notificação no sistema eletrônico de notificação. Paralelamente, foi feita sensibilização das equipes da importância de notificação do evento. Conforme processo institucional os casos foram analisados pelo Serviço de Segurança e Riscos Assistenciais e Comitê de Broncoaspiração para definição de principais causas associadas e definição de ações de melhoria.

RESULTADOS

Neste período foram identificados 236 casos de broncoaspiração. Destes, 160 (67,79%) foram identificados pelo mecanismo de busca ativa com considerável redução da subnotificação e aprimoramento da análise epidemiológica do evento. A partir de então, com ações direcionadas à fatores e unidades específicas, houve redução de 67% na mediana desses eventos na instituição, quando comparado o ano de 2019 para 2021.



Casos de broncoaspiração notificados de 01/08/2019 até 30/04/2021.



Taxa de eventos de broncoaspiração, desde início do projeto.

CONCLUSÕES

A implementação de busca ativa de notificações de broncoaspiração reduziu sistematicamente a subnotificação do evento, pois no ano anterior a implementação a média de eventos era de 1 por mês, passando para 12 eventos/mês no período do estudo, o que possibilitou a realização de ações direcionadas e efetivas para redução da incidência e danos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

Carmo, Layanne Ferreira dos Santos et al. Management of the risk of bronchoaspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. Revista CEFAC [online]. 2018, v. 20, n. 4 [Acessado 13 Outubro 2021] , pp. 532-540. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182045818>. ISSN 1982-0216. https://doi.org/10.1590/1982-021620182045818.

ESTRATÉGIA DE PERSONALIZAÇÃO ENVELOPES PARA ACONDICIONAMENTO SEGURO DE MÁSCARAS N95.

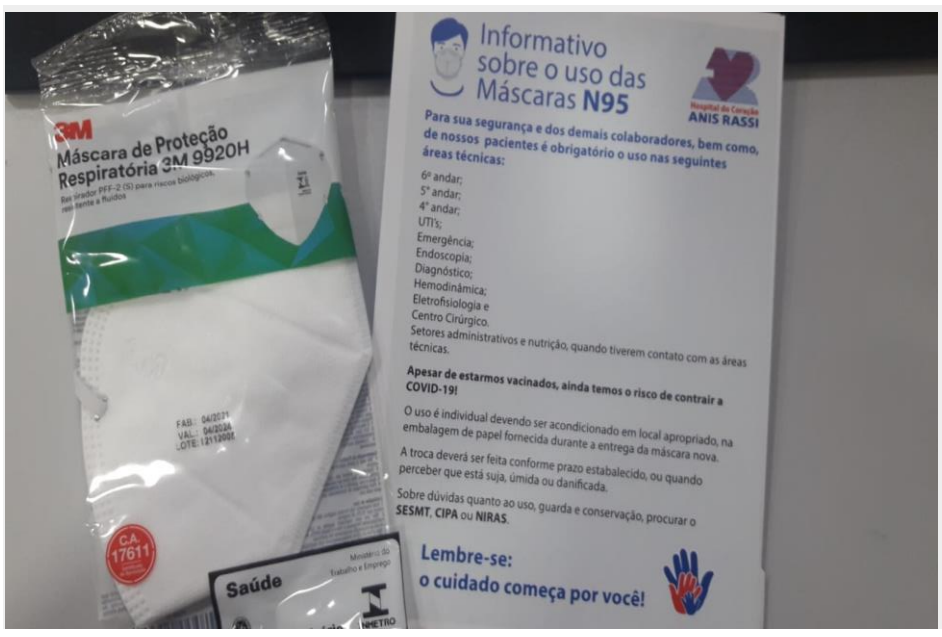
Danielly Nogueira, Gabriela Butrico, Nathália Melo.

INTRODUÇÃO

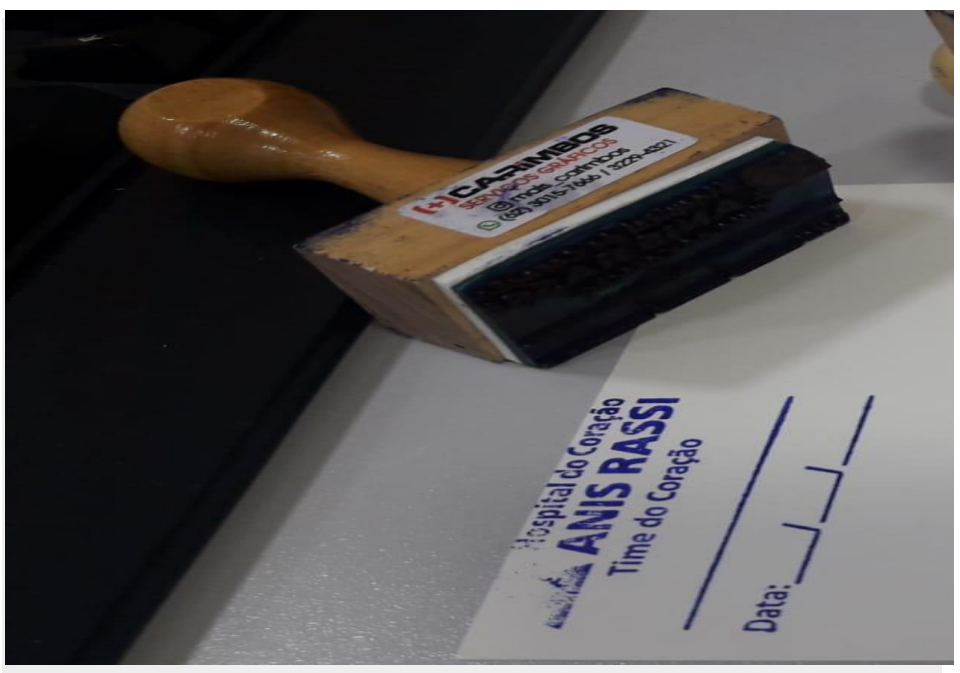
Diante o cenário de pandemia e redução do quantitativo de EPI (Equipamento de Proteção Individual), a preocupação quanto ao uso correto de máscaras N95 vem ao encontro de ações que visam desde a garantia de segurança ao trabalhador a redução de desperdícios e manutenção da saúde financeira de uma instituição.

METODOLOGIA

Foi realizado personalização de envelopes para armazenamento de máscaras N95, de forma a registrar no envelope recomendações da ANVISA conforme a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 e orientações validadas pelo NIRAS.
Para auxiliar como informação e lembrete de data de troca da máscara, fizemos um carimbo personalizado, com campos para nome do profissional e data de início de utilização e de troca da máscara. Esse carimbo além de ser utilizado no envelope foi estratégia também para utilização na máscara N95, com intuito de promover a responsabilidade mútua de cuidado com EPI entre os trabalhadores.



Máscara N95 e envelope personalizado com as recomendações da ANVISA e NIRAS.

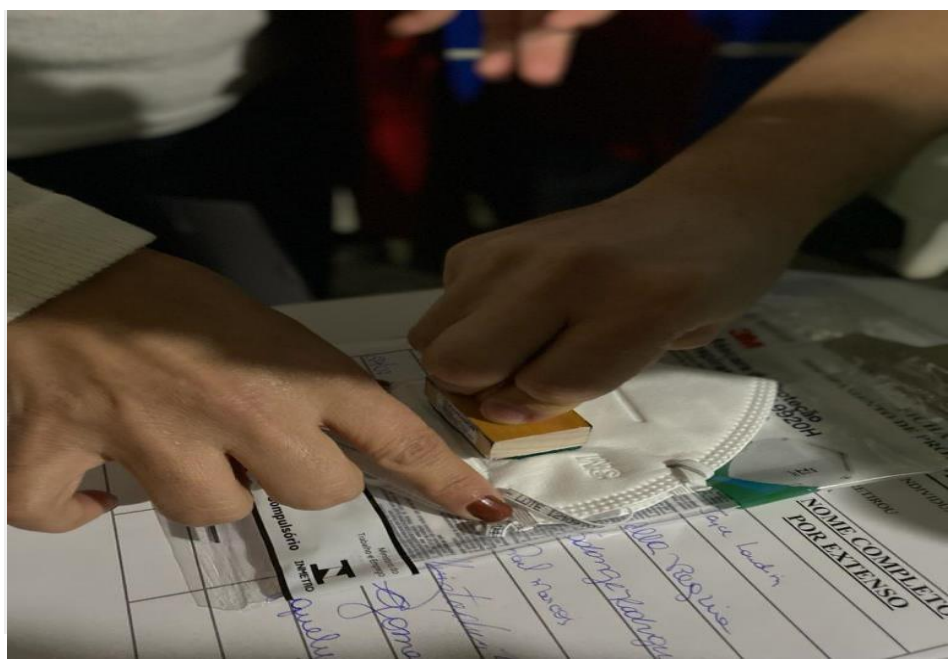


Carimbo personalizado com espaço para nome e data de início de utilização da máscara.

RESULTADOS

Através da disponibilização dos envelopes no momento de dispensação da máscara ao trabalhador, garantimos que ele tenha de fácil acesso: local adequado para armazenamento a fim de evitar contaminação e dano a estrutura da máscara e informações importantes para sua segurança. Dessa forma o trabalhador poderá usar com segurança seu EPI, e a instituição de saúde terá garantia de redução de desperdícios por manipulação inadequada.

Membro da CIPA realizando orientações e entrega de máscara N95.



Máscara N95 sendo carimbada.

CONCLUSÕES

A informação de fácil acesso agregada a material de utilização recorrente promove a imersão no conhecimento e garante eficiência, qualidade e segurança nas atividades dos profissionais saúde.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – 25/02/2021 orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2021. [Acessado 17 Agosto 2021]. Disponível em:https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS INTRA-HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andrea Zavalis, Debora Winne Alves Honton Guerreiro, Isis da Costa Coutinho, Kalliza Kary Rodrigues da Costa

INTRODUÇÃO

Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a crise provocada pelo coronavírus como pandemia. A velocidade com que as informações se modificavam descortinaram o fundamental papel dos serviços de educação e treinamentos em saúde. Segundo Chiavenato (2010 treinamento é uma das estratégias para aquisição de aprendizagem e pode ser definida como um processo educacional aplicado de maneira sistemática. Assim, este trabalho tem por objetivo descrever uma experiência de treinamento e desenvolvimento de práticas educativas durante a pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa do tipo relato de experiência, vivenciado por enfermeiros de educação continuada em um hospital privado no Rio de Janeiro, no período de março a setembro de 2020.

RESULTADOS

Foram desenvolvidas ações educativas contemplando os seguintes temas**: Coleta de amostra para COVID-19; Manejo de atendimento em casos suspeitos de coronavírus; Importância do uso adequado da máscara; Atualização das rotinas para COVID-19; Uso adequado dos EPIs; Fluxo de utilização dos elevadores, Habilidade técnica de higiene das mãos, Intubação em sequência rápida na COVID-19 e termo de consentimento informado para procedimentos invasivos durante a pandemia da COVID.**

Foram treinados no período, 1.676 colaboradores sobre os temas citados, sendo 1.261 profissionais da área de enfermagem e 415 de outras áreas.

Os métodos utilizados foram estrategicamente adaptados de acordo com o tema, contemplando ferramentas de vídeos para divulgação em massa através de pasta institucional compartilhada e aplicativo de mensagens instantâneas. Cartilhas e informativos ilustrativos foram elaborados usando linguagem simples e objetiva.

Durante os treinamentos houve demonstração de insegurança quanto às técnicas, dando maior destaque ao uso adequado dos EPI's e à exposição ao risco de contaminação especialmente durante a desparamentação Diante deste cenário emerge a importância dos multiplicadores ampliando a capacidade e extensão das orientações e treinamentos, sendo estes essenciais diante do cenário de crise.

CONCLUSÕES

Treinamento de IOT em sequência rápida na COVID-19

FONTE: Arquivo Pessoal

As reflexões apontam para distintos desafios de educadores de enfermagem referentes às práticas educativas durante a pandemia da COVID-19. O enfermeiro educador mostra-se protagonista em cenários de crise, sendo indispensável para proporcionar segurança e ferramentas de conhecimento e aprendizagem, essenciais para aquisição rápida da informação. As atividades realizadas evidenciaram a responsabilidade da instituição com os seus colaboradores, dando-lhes subsídios para autonomia na assistência segura diante de um cenário incerto e uso correto dos EPI's para enfrentamento da COVID-19. Destacou-se ainda, a necessidade de constante atualização sobre os métodos ativos de treinamento, uso da tecnologia na aprendizagem, comunicação e interpelação além de, versatilidade, pois cenários de crise exigem abordagem à toda equipe multiprofissional com objetivo de garantir a efetividade dos treinamentos de práticas.

O enfrentamento da COVID-19 tem sido uma lição sobre liderança, ética, qualidade e segurança no atendimento ao paciente, mudando, assim, para sempre o panorama educacional intra-hospitalar.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - Situation Report 67 [Internet]. Geneve: WHO; 2020 Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200327-sitrep-67-covid-19.pdf?sfvrsn=b65f68eb_4>. Acesso em 31 Out 2020.

CHIAVENATO, Idalberto. Gestão de Pessoas. 3. ed. Rio de Janeiro. Elsevier; 2010.

FILATRO, Andrea. Metodologias Inovativas na educação presencial, a distância e corporativa.1. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

DE LIMA CAVALCANTE, Bruna Luana; DE LIMA, Uirassú Tupinambá Silva. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012º.

ARAUJO, Paula Maria Corrêa de Gouveia; D'INNOCENZO, Maria; CARDOSO, Maria Lucia Alves Pereira. Avaliação da eficácia e efetividade de treinamentos ministrados à enfermagem de um hospital geral acreditado. **Nursing (São Paulo)**, p. 3751-3759, 2020.

ESTRATÉGIAS PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA CAPACITAÇÃO DO REGISTRO SEGURO IN LOCO DURANTE A PANDEMIA

Cibele Quaranta, Juliana A. Claudino Santana, Tais Martins Cano, Adriana Ferreira dos Santos

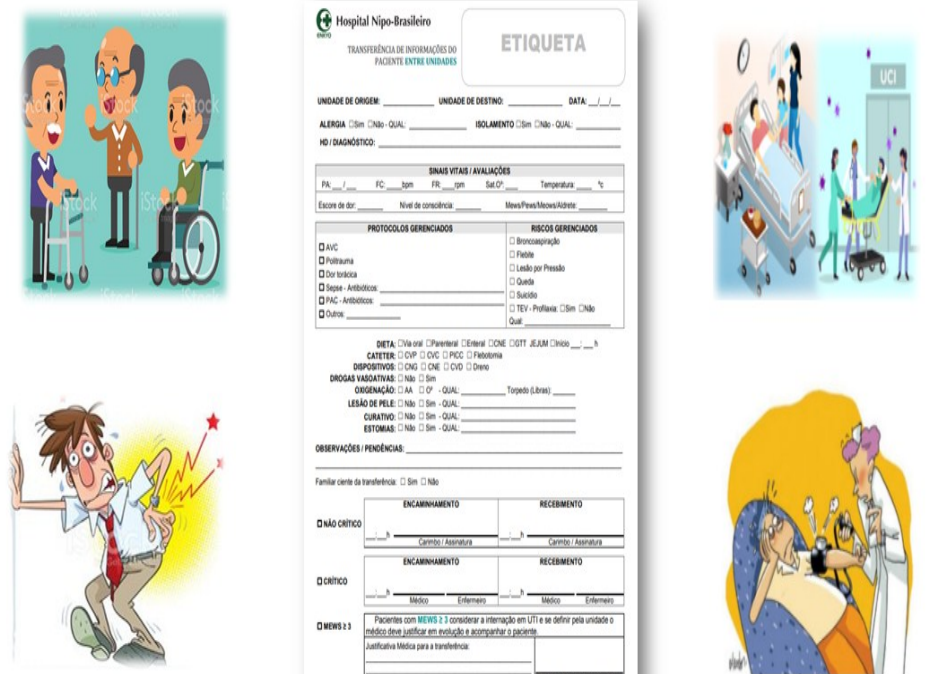
INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato de experiência da campanha do dia mundial da segurança do paciente in loco durante a pandemia. O foco foi a elaboração de estratégias para garantir o registro seguro nos processos administrativos e assistenciais. O processo de comunicação com as equipes foi muito desafiador devido ao foco do colaborador nos cuidados e a sobrecarga de atividades devido a gravidade dos pacientes.

METODOLOGIA

A técnica do treinamento foi realizada através de figuras lúdicas com os pontos importantes que devem ser registrados nos processos de admissão, transferência, e alta dos pacientes. Durante a dinâmica a equipe elegeu um representante para avaliarmos os registros após 1 mês da capacitação. Após a capacitação foi realizada a auditoria dos registros nos prontuários através da aplicação de uma lista de verificação. Os itens avaliados foram: Aplicação das abreviações em conformidade com o siglário, o registro das informações sobre admissão, transferência e alta completos, a presença do carimbo e assinatura pelo profissional da saúde, a inclusão dos horários antecedendo o registro e a dupla checagem para medicamentos de alta vigilância. De acordo com a categoria profissional os itens não condizentes com o registro foram sinalizados como não se aplica. Os profissionais com a conformidade dos itens em 100% receberam um brinde simbólico por garantir o registro seguro.

Material Lúdico para treinamento Registro Seguro

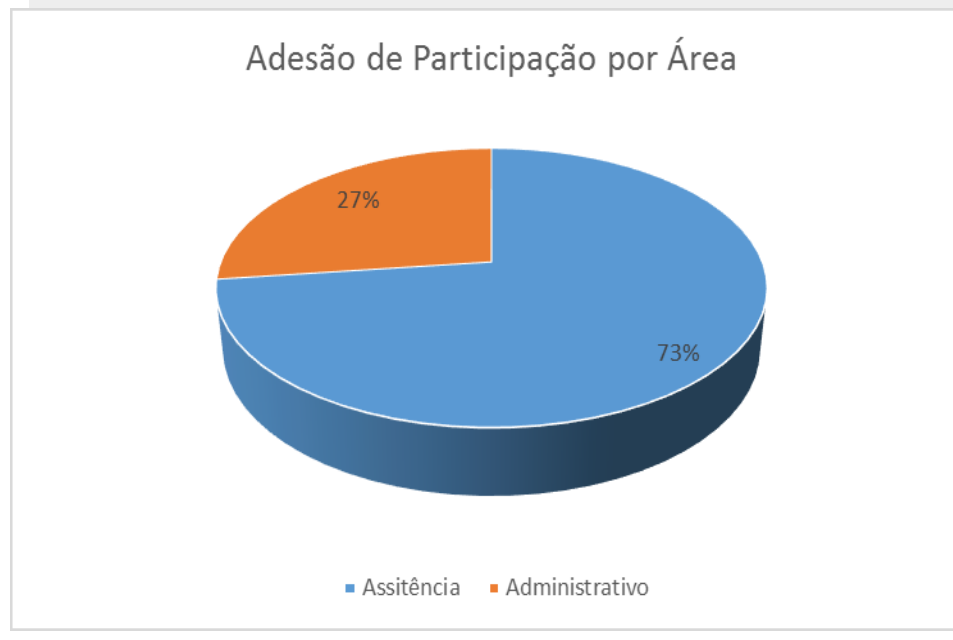


Material Lúdico para treinamento Registro Seguro

RESULTADOS

Foram 7 dias de campanha com participação de 579 profissionais da saúde (administrativo 27% e assistencial 73%). Nos processos administrativos foram entregues flyer de orientações .Nos processos assistenciais foram realizadas orientações in loco durante os turnos de trabalho. Após um mês da campanha foram mensuradas as efetividades do treinamento com a aplicação de uma lista de verificação. Foram avaliados 62 registros dos colaboradores capacitados em prontuários com adesão de 100% em 34% dos registros.

Folder de Orientação Área Administrativa



,
Percentual de Adesão de Participação por Área

CONCLUSÕES

Concluímos que a capacitação durante a pandemia foi uma estratégia assertiva. E a efetividade da capacitação foi de 34% para a equipe assistencial que realizaram o registro completo com todos os itens avaliados.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a forma de Anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem. Resolução Cofen 191, de 31 de maio de 1996. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

ETRATÉGIAS PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS E NÃO CONFORMIDADES COMO FERRAMENTA DE MELHORIA

Adriana Ferreira dos Santos , Cibele Quaranta, Juliana A. Claudino Santana, Tais Martins Cano

INTRODUÇÃO

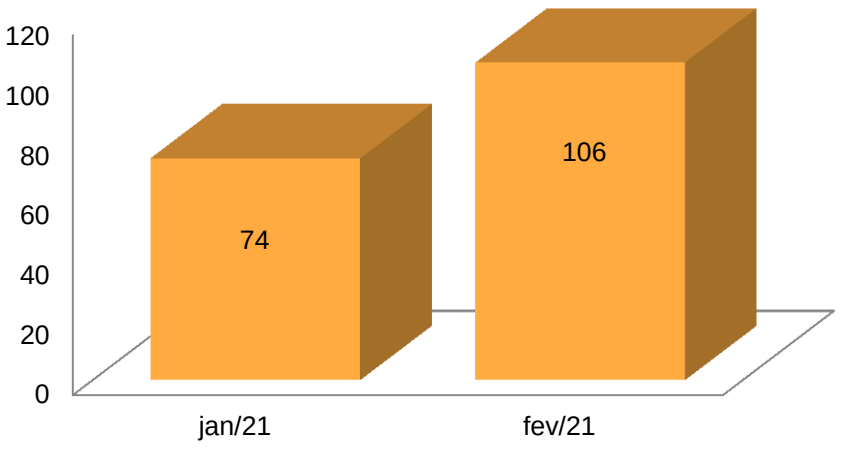
Trata-se de um relato de experiência em Campanha de conscientização realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2021 para estimular a notificação de eventos e não conformidades na Instituição. As falhas nos processos são consideradas como não conformidades e evento adverso quando atinge o paciente, com isso foi realizada in loco, orientação das equipes multidisciplinares e administrativas quanto o significado e o objetivo das notificações.

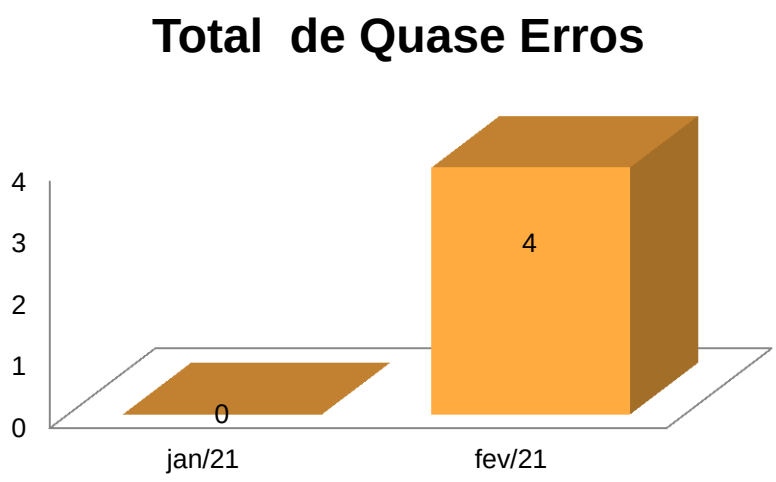
METODOLOGIA

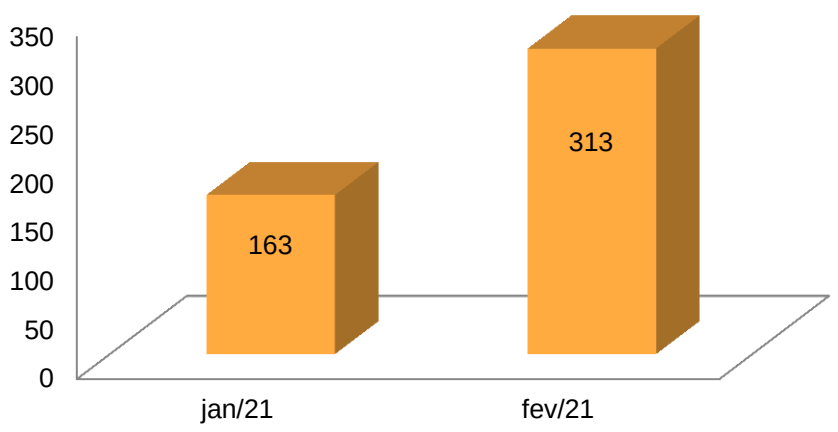
A Campanha foi realizada nos setores assistenciais e administrativos, usando 10 perguntas em filipetas impressas e numeradas de 1 a 10, com as questões: Quem pode notificar? Onde posso notificar? O que posso notificar? Eu notifico TEV e TEP? O que eu notifico como Hemovigilância? O que notificar como Tecnovigilância?, Por que Notificar? O que notificar como Farmacovigilâncias? O que notificar como Quase Erro? O que notificar como Não Conformidade?. As perguntas foram escolhidas de forma aleatória pelo colaborador sinalizando o número de sua escolha de 1 a 10, onde o colaborador descrevia seu conhecimento e experiência, sendo realizada as orientações necessárias de acordo com cada resposta.

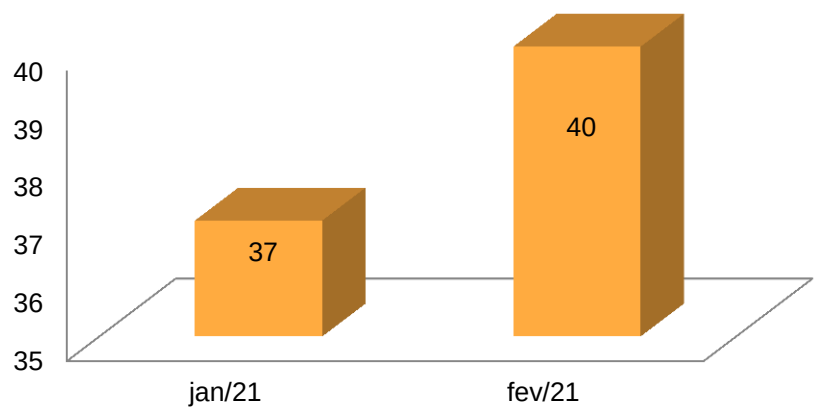
RESULTADOS

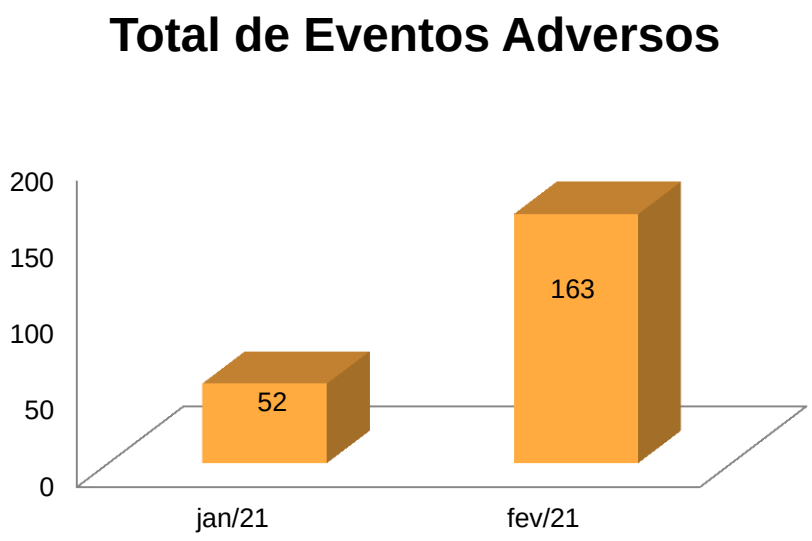
Foi realizada a orientação de mais de 400 colaboradores nas diversas áreas da Instituição com maior foco na área administrativa, área que menos notificava na ocasião. As Notificações de Fevereiro de 2021 tiveram aumento em relação ao mês de Janeiro do mesmo ano após a Campanha de Conscientização. Notificações de Quase Erro aumentaram em 400%, Notificações de Eventos sem Dano 8%, Eventos Adversos 213%, Não Conformidades 43%. As notificações totais da Instituição em Janeiro de 2021 foram de 163 e ao final de Fevereiro do mesmo ano foram para 313, havendo um aumento de 92 % no total de Notificações.











Números Absolutos de Notificações

CONCLUSÕES

A conscientização da notificação de eventos e não conformidades como uma ferramenta de melhorias é necessária e deve ser contínua na Instituição de saúde. Durante a Campanha as áreas relataram as mais diversas situações impeditivas para a realização das notificações e o setor da Qualidade deve ser um facilitador e orientador no uso dessa ferramenta.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília, DF: ANVISA.2017

Estratégias para mitigar a extubação acidental em pacientes com COVID 19 submetidos a prona

Juliana Regina Berto Wada, Ligia Maria Oliveira Curtinhas, Bruno Penitente Ribeiro, Elaine Jardim de Carvalho

Introdução

No cenário de maior gravidade da Covid -19, os pacientes evoluem para Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). O tratamento dessa condição, além da utilização de sedoanalgesia adequada, bloqueadores neuromusculares e ventilação mecânica (VM) protetora, o posicionamento em prona é amplamente difundido e pesquisado e tem se mostrado promissor, esta posição distribui de maneira mais uniforme o estresse e a tensão pulmonar, resultando em melhora da troca gasosa, redução da duração da VM e da taxa de mortalidade, dentre os pacientes elegíveis. O posicionamento em prona tem como complicação importante o risco de extubação não programada, desposicionamento e/ou torção do tubo orotraqueal (TOT), intubação seletiva, além do risco de perda dos demais dispositivos invasivos venosos e enterais, requerendo assim uma maior atenção de toda equipe multidisciplinar. Dentre os eventos adversos (EA), complicações associadas a pronação, a categoria “estabilidade e patência de tubos e cateteres” são os mais recorrentes, sendo a extubação não programada o de maior risco na fase aguda e com maior potencial de fatalidade.

Objetivo

Apresentar os resultados obtidos advindos das práticas assistências realizadas em paciente em intubação orotraqueal (IOT) em prona. Trata-se de um estudo retrospectivo, analisado de Janeiro a Julho de 2021, incluindo pacientes em terapia intensiva com diagnóstico de Covid-19 submetidos a IOT e posicionamento em prona no CTI adulto no Hospital Novo Atibaia.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo, analisado de Janeiro a Julho de 2021, incluindo pacientes em terapia intensiva com diagnóstico de Covid-19 submetidos a IOT e posicionamento em prona no CTI no Hospital Novo Atibaia.

Resultados

Incluíram-se no estudo 298 pacientes submetidos a IOT, destes 30,8% (n:92) evoluíram com necessidade de posicionamento em prona, não houve perda do TOT por extubação não programada. O cuidado prévio incluiu a utilização de fixação padronizada com placa de hidrocoloide o que minimiza a ocorrência de lesões em face, certificação das adequadas condições de fixação do TOT, formação de equipe que realizará o procedimento tanto para pronação quanto supinação e revisão de todas as fixações dos dispositivos invasivos antes e após o procedimento.

Medidas preventivas aplicadas antes do posicionamento prona

Medidas
Fixação padrão com hidrocolóide
Confirmação do adequada fixação do TOT
Formação de equipe multidisciplinar (6 pessoas)
Adequada fixação de sondas, drenos e cateteres

Conclusão

O foco de atendimento deve ser a aplicação cuidadosa de estratégias baseada em evidências de melhora da SDRA, minimizando o risco de EA, sendo que o engajamento de toda equipe multidisciplinar possibilitou o desfecho favorável, trazendo benefício aos pacientes em tratamento.

REFERÊNCIAS

Mathews KS, Soh H, Shaefi S, et al. Prone Positioning and Survival in Mechanically Ventilated Patients With Coronavirus Disease 2019-Related Respiratory Failure [published online ahead of print, 2021 Feb 17]. Crit Care Med. 2021;10.1097/CCM.0000000000004938.

Koulouras V, Papathanakos G, Papathanasiou A, Nakos G. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. World J Crit Care Med. 2016 May 4;5(2):121-36. doi: 10.5492/wjccm.v5.i2.121.

ETUDO DE CASO: AÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO DE VÍNCULO E AFETIVIDADE EM UMA CLASSE HOSPITALAR

Autores: Luciane Rosa de Souza, Adriana Ferreira de Azevedo, Silvia Beatriz Mori Fernandes, Andrea Mayumi Loureiro Hayashi.

INTRODUÇÃO

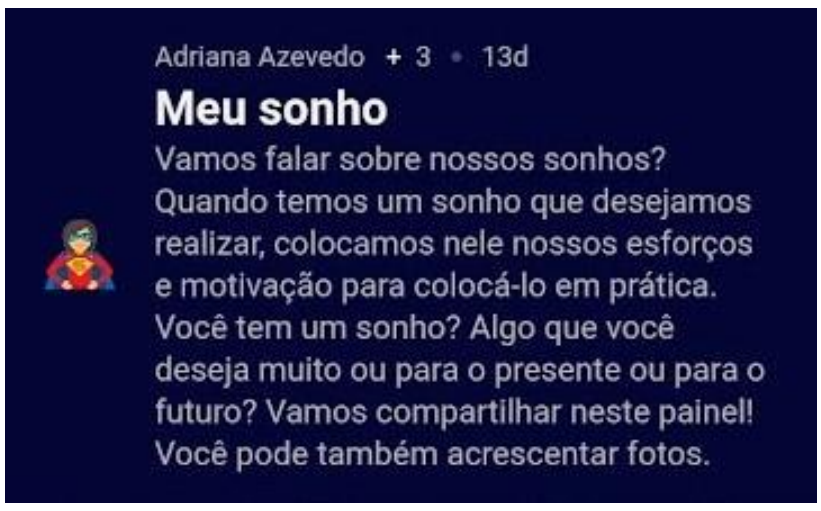
A pandemia nos desafiou a criar oportunidades diante das inseguranças e das incertezas vivenciadas, alterando o ritmo de vida social, familiar, profissional e escolar, buscando por métodos inovadores através da tecnologia, [1] como reuniões e aulas remotas. A pandemia impactou uma Classe Hospitalar recém-implantada na Pediatria, sendo proposto estratégias de adequação do formato presencial para virtual. Haja vista as demandas socioemocionais que a pandemia nos trouxe, foi desafiador inserir ações que proporcionassem o estreitamento do vínculo e na construção da afetividade e motivação através das aulas remotas. Objetivo: Descrever o vínculo e a afetividade construída numa ação multidisciplinar em uma Classe Hospitalar virtual, em tempos de pandemia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, de caráter qualitativo, em uma Classe Hospitalar Virtual.

RESULTADOS

O aluno foi inserido na classe após contato inicial com a mãe e a enfermagem, relatando que possuía dificuldades leitoras e de socialização, onde a pedagoga hospitalar pediu que ele registrasse no mural de um aplicativo virtual como ferramenta de aprendizagem, qual era o seu sonho para o futuro. Sem hesitar, disse que gostava de mecânica e de construir coisas novas, através de um kit de iniciação em robótica (mecânica e estrutural) trazido pela professora. Com o vínculo inicial estabelecido, manteve contato virtual diário, através do envio de fotos e vídeos das montagens. Mesmo após a alta, manteve contato frequente, após meses de vínculo 100% virtual.



CONCLUSÕES

A ação multidisciplinar entre saúde e educação em prol do atendimento das crianças hospitalizadas, foi essencial na continuidade do processo cognitivo, necessários para o desenvolvimento intelectual, social e afetivo. O vínculo no atendimento pedagógico a distância, foi de extrema importância para que houvesse a continuação no processo de ensino-aprendizagem do aluno intra e pós-hospitalar, buscando atender e suprimir necessidades educacionais, emocionais e sociais, através do vínculo e afetividade, para maior participação e espaço na sociedade. [2]

REFERÊNCIAS

1. Santos MF, Almeida IS, Reis NS, Leite DC, Gomes HF, Costa AJ. A Percepção da Hospitalização pelos Adolescentes: Contribuições para o Cuidado de Enfermagem. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) ; 10(3): 663-668, jul.-set. 2018. 2. Appenzeller S, Menezes FH, Santos GG, Padilha RF, Graça HS, Bragança JF. Novos Tempos, Novos Desafios: Estratégias para Equidade de Acesso ao Ensino Remoto Emergencial. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2020, v. 44, n. Suppl 01 [Acessado1 Setembro 2021], e155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200420>. Epub 02 Out 2020. ISSN 1981-5271.

EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO RESET EM UM HOSPITAL PRIVADO.

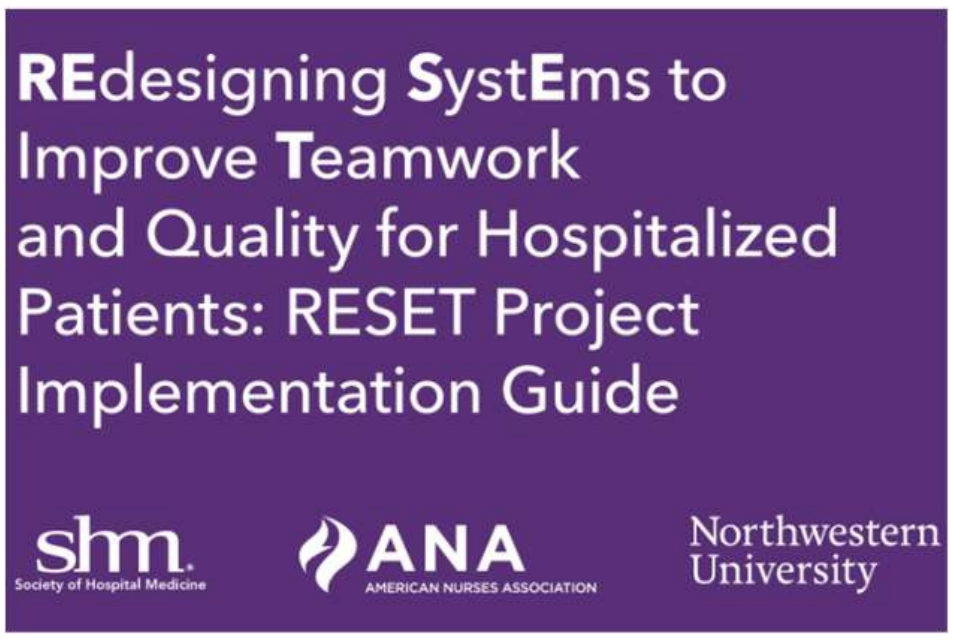
Francine Janaína Nascimento; Pedro Gibson Paraiso; Pedro Henrique Franco Matos; Ricardo Braga Coelho

INTRODUÇÃO

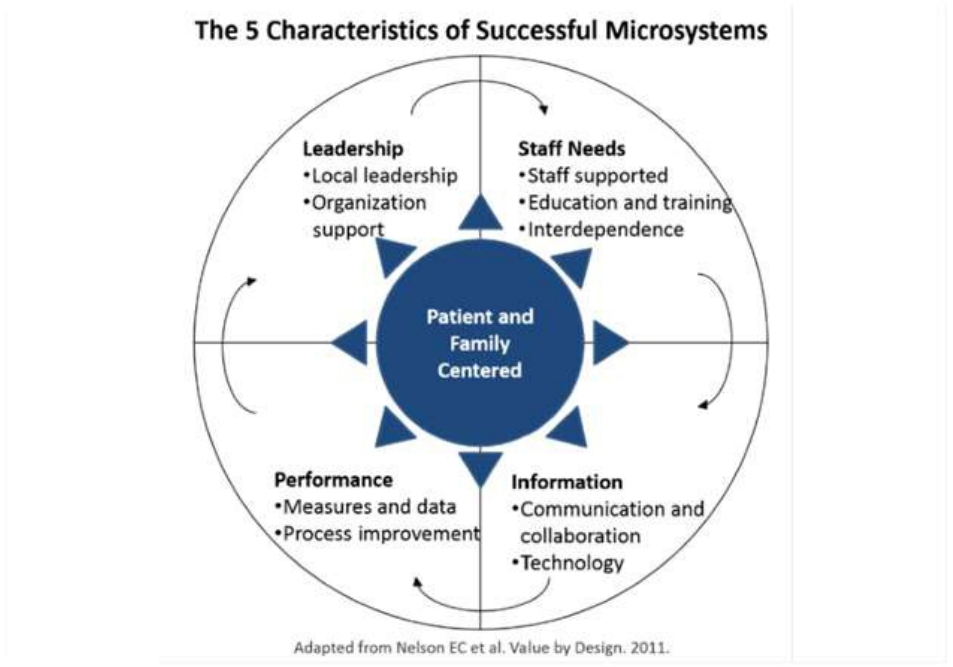
Trabalho em equipe é um aspecto chave para garantir uma assistência segura e de qualidade aos pacientes. Entretanto, o contexto da unidade de internação oferece inúmeras barreiras para uma interação produtiva entre os diferentes profissionais de saúde. O Projeto RESET (Redesigning Systems To Improve Teamwork and Quality for Hospitalized Patients), uma iniciativa promovida pela Sociedade Americana de Medicina Hospitalar e pela Associação Americana de Enfermagem, busca contornar essas barreiras redesenhando a assistência com base em princípios de microssistemas clínicos de alta performance.

METODOLOGIA

Nos meses de fevereiro e março, a fase de preparação, foram realizadas 5 reuniões com toda a equipe multidisciplinar, que redesenharam a unidade de internação para se adequar aos 5 pilares do RESET: Localização geográfica do médico hospitalista assistente por unidade; coliderança médica e enfermagem das unidades; corridas multiprofissionais aprimoradas; indicadores de performance estratificados por unidade e atividades de engajamento do paciente. Durante a implementação entre abril e agosto realizamos mais 4 reuniões para feedback e ajustes.
Pesquisamos o clima de trabalho em equipe junto aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem utilizando um questionário adaptado do projeto em dois momentos: antes da implementação, em março, e ao final dela, em agosto. Ao término da implementação medimos ainda dados sobre fidelidade aos princípios do projeto como realização de corridas multidisciplinares e distribuição dos pacientes por unidade. As equipes de cardiologia e geriatria, as duas outras especialidades clínicas atuando com referência primária na unidade de internação, não participaram dessa fase e serviram de controle.



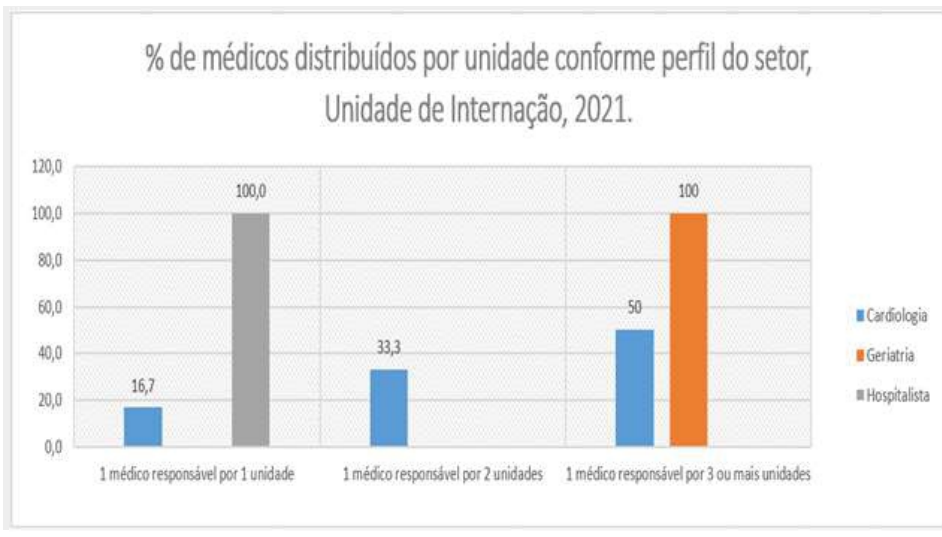
Guia de implementação do projeto RESET disponibilizado pelos autores.



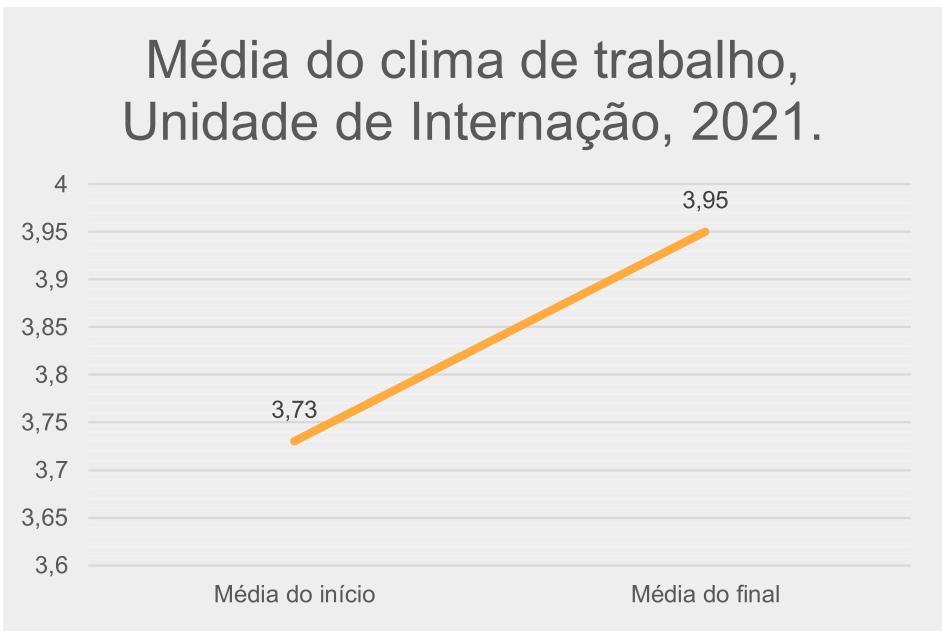
Características dos microssistemas de sucesso. Base teórica que embasa as intervenções do projeto Reset.

RESULTADOS

No total, foram realizadas 9 reuniões multidisciplinares para implementação do projeto. Ao final da fase I, 100% dos médicos hospitalistas tinham seus pacientes distribuídos em única unidade, enquanto apenas 12,5% dos cardiologistas e geriatras, não incluídos nessa fase do projeto, tinham seus pacientes distribuídos em um único posto e 62,5% deles em mais do que dois postos. Cada unidade ficou com uma liderança médica hospitalista e duas de enfermagem que se reuniam regularmente para analisar indicadores e propor melhorias.
As corridas multidisciplinares foram o maior desafio do projeto. Diferentemente do preconizado pelo RESET, foram realizadas com frequência sem a presença de todos os profissionais da equipe ou aconteceram à distância da beira do leito. O clima de trabalho em equipe, a principal métrica do Reset. variou de 3,73 (1-5) na medida inicial para 3,95 na final ao término da fase I da implementação.



Equipes clínicas e % de distribuição dos médicos por setor conforme especialidade.



Medidas seriadas do clima de trabalho em equipe, mensuradas com escala Likert de 5 pontos a partir de questionário adaptado do projeto RESET.

CONCLUSÕES

Nossa experiência mostra a viabilidade de desenhar um modelo assistencial que incorpore os pilares essenciais de microssistemas clínicos de alta performance. Sua implementação foi acompanhada de discreta elevação no clima de trabalho em equipe. O maior desafio é a implementação de corridas multidisciplinares regulares que deve ser abordada nas fases de melhoria e sustentação previstas no Reset. A localização geográfica do hospitalista assistente se revelou o maior ganho e a pedra angular do projeto.

REFERÊNCIAS

Redesigning Systems To Improve Teamwork and Quality for Hospitalized Patients (RESET Project). Content last reviewed July 2020. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resetguide.html

Experiência de um Hospital Terciário na Implementação de um Serviço de Telemedicina Durante a Pandemia

Marcia Mesquita Serva Reis, Uri Adrian Prync Flato, Maria de Fatima Silva Romão e Thiago Victor Cambauva Cardoso

INTRODUÇÃO

O Hospital Beneficente Unimar (HBU) é uma instituição com 20 anos de existência com princípios e cultura totalmente direcionados para a excelência e melhoria contínua na assistência ao paciente. O aumento de número de casos relacionado ao Sars-Cov2 é uma preocupação institucional e necessita de ações multimodais para a mitigação e biossegurança dos colaboradores institucionais e corpo discente. Com o intuito de apoiar este momento, desenvolvemos o projeto Telemedicina COVID19 para apoiar a saúde dos colaboradores e reduzir os desfechos desfavoráveis.

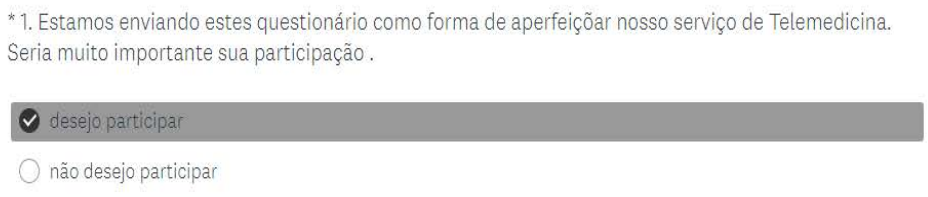
METODOLOGIA

O projeto contemplou 6 etapas (Planejamento, questionário eletrônico, agendamento telemedicina, atendimento tele presencial, atendimento PA Código Roxo e monitoramento de 7 dias). Em virtude da alta demanda de atendimento médico hospitalar, utilizamos triagem COVID-19 por meio de questionário eletrônico (plataforma Survey Monkey) enviado a mídias de Smartphone e freeware de telemedicina (telemedicinaconectamedico) de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Os pacientes com sinais de alerta (baseados em diretrizes Institucionais) foram direcionados a consulta presencial no setor Código Roxo do Hospital Beneficente da Unimar (HBU). Período de fevereiro a abril de 2021.

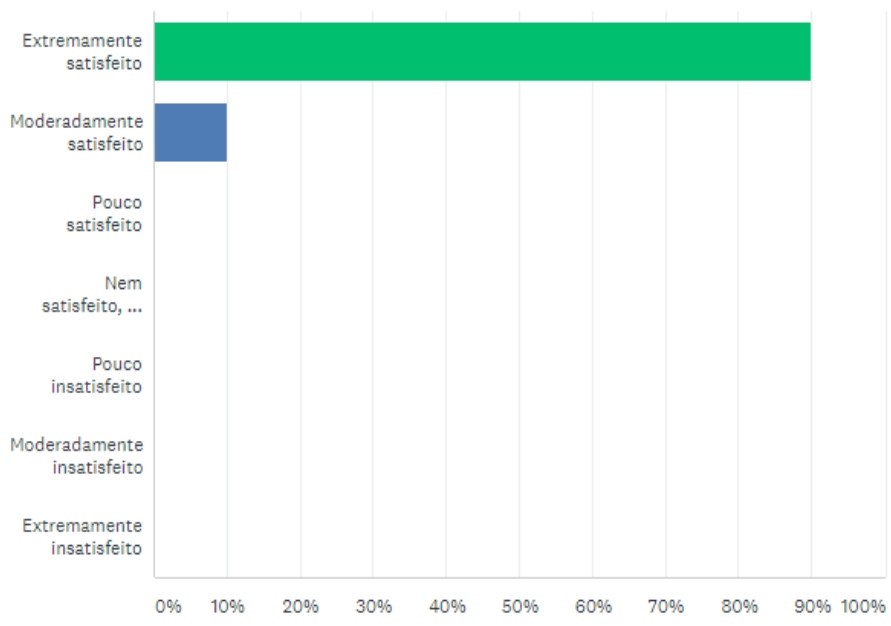
Freeware de telemedicina.

RESULTADOS

Obtido 100 contatos telefônicos estratificados por sintomas e data de início de sintomas, dos quais 39 consultas de telemedicina foram realizadas. Observamos 4 casos graves com necessidade de encaminhamento para consulta presencial no pronto atendimento da instituição. Evitou-se o aumento da demanda de atendimento de emergência associado a uma alta taxa de satisfação do usuário. (100% NPS >9).



NPS (Net Promoter Score) aplicado a pacientes atendidos pela telemedicina por meio de questionário eletrônico.



Grau de satisfação do paciente. NPS>9

CONCLUSÕES

A implementação de um serviço de telemedicina associa-se a redução de utilização de recursos físicos, otimização de recursos humanos, experiência favorável do usuário e talvez redução de custos hospitalares. Novos estudos são necessários para análise da custo-efetividade em nossa instituição.

REFERÊNCIAS

Ena J. Telemedicina aplicada a COVID-19 [Telemedicine for COVID-19]. *Rev Clin Esp*. 2020;220(8):501-502.doi: 10.1016/j.rce.2020.06.002

Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19, Revista Clínica Española, Volume 220, Issue 8, 2020, Pages 472-479, ISSN 0014-2565, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301557.

FARMÁCIA SATÉLITE SELF CHECKOUT: A VIABILIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Paula Grazielle Scorsi de Queiroz, Alexandre Teruya, Denise Souza Amorim, Gisleide Oliveira dos Santos

INTRODUÇÃO

A ocorrência da pandemia por COVID-19 sobrecarregou os sistemas de saúde, público e privado, com um grande de volume de pacientes críticos colocando a prova os processos e modelos de assistência previamente estabelecidos, impondo aos gestores romper conceitos rígidos e desenhando novos fluxos. O modelo Self Checkout, propõe a industrialização do serviço em que o cliente/usuário participa ativamente do processo, de grande efetividade em bancos, mercados e na Internet.

METODOLOGIA

1) Reunião para composição da equipe de desenvolvimento: farmácia, compras/suprimento, fisioterapia, enfermagem, diretoria, engenharia, tecnologia da informação 2) desenvolvimento do PDCA; 3) estudo do processo e do consumo do setor; 5) alteração do espaço físico; 5) implantação do sistema de segurança (ponto de lançamento, leitor de código de barras, identificação de acesso com travas, câmeras de segurança; 6) definição do estoque (após análise do consumo e dos procedimentos realizados no setor); 7) desenvolvimento do sistema de armazenamento do material e rotina de reposição; 8) descrição do processo; 9) desenvolvimento do instrumento para identificar falha de lançamento; 10) treinamento da equipe assistencial; 11) rastreamento das diferenças e pontos de vulnerabilidade do processo; 12) monitorias; 13) contagem de estoque com auditoria; 14) reuniões semanais de acompanhamento do processo; 15) validação dos novos colaboradores com o desafio de implantar uma cultura de vigilância aos usuários.

Acesso com identificação pessoal, permitido o acesso de um colaborador por vez.

Sistema de armazenamento com identificação colorida por segmento e código de cadastro no sistema.

RESULTADOS

O projeto foi implantado em abril de 2021, e a partir da análise inicial de consumo, o estoque foi reduzido em 32%, desenvolvemos Kits dispensados pela farmácia central para procedimentos específicos (sondagem vesical, pressão arterial invasiva, cateter venoso central, traqueostomia e drenagem geral) com contratualização para tempo de entrega de 10 minutos a partir da solicitação (projeto que cursou paralelo a implantação de agenda de procedimentos da UTI adaptado a partir do processo de agendamento cirúrgico), com tempo médio de 7 min em agosto/2021 para entrega destes materiais. Também evidenciou-se a redução no tempo de contagem do estoque (4 horas em abril de 2021), totalizando em 1hora e 15 minutos em Agosto de 2021.

Acesso ao sistema de cobrança com identificação do colaborador e no prontuário do paciente.

Leitura do código de barras permitindo a rastreabilidade do material.

CONCLUSÕES

Em face da pandemia por COVID 19 a efetividade na execução de cada etapa de um processo se tornou um diferencial dentro das Unidades de Terapia Intensiva, otimizando tempo e recursos através de implantação de recursos tecnológicos. O projeto evidenciou que diante da sobrecarga no sistema a otimização de tempo, custo, redução de perdas (desperdícios), sem acréscimo de mão de obra e eventos adversos é possível trazer processos consolidados no mercado para assistência de saúde sem impacto no cuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

MADUREIRA, Vítor Hugo Valente Gomes; MORGADO, Maurício Gerbaudo. Auto-atendimento de manutenção de terminais de pagamento: comparações entre realidade aumentada e vídeo. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28399. Acesso em: 10.jul.2021.

FARMACOECONOMIA COMO FERRAMENTA PARA GESTÃO DE DESPESAS COM MEDICAMENTOS EM UM CENTRO DE ONCOLOGIA: relato de experiência

Fabiano De Faveri[1]; Carla Toigo Stabile[2]; Rafaela Dall Agnol[2], Aline Formiguieri Noro[3]

INTRODUÇÃO

As neoplasias são hoje uma das principais causas de morte no mundo. A extraordinária diversidade do câncer pode ser observada pelas variações na magnitude e no perfil da doença entre e no interior das regiões do planeta.

O Brasil está entre os países com maior incidência de câncer na atualidade. Embora existam esforços crescentes direcionados para rastreamento e diagnóstico precoce, fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de diversos tipos de câncer estão muito presentes na população brasileira, destacando-se o tabagismo, a dieta ocidental, a obesidade e o sedentarismo.

Observa-se ainda, a busca frequente das operadoras na implantação de estratégias que auxiliem na redução de custos na área da oncologia, sem deixar de lado a garantia da qualidade assistencial, observando-se na farmacoeconomia uma excelente oportunidade.

A farmacoeconomia é a aplicação da economia ao estudo dos medicamentos, otimizando os gastos financeiros sem prejuízo ao tratamento do paciente. Diferentes estudos farmacoeconômicos podem ser empregados, sendo que os principais são: minimização de despesa, análise custo-utilidade, custo-benefício e custo-efetividade. Assim o objetivo deste trabalho é descrever os resultados obtidos com a utilização da farmacoeconomia como ferramenta de gestão de despesas com medicamentos em um serviço de oncologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado em um serviço de oncologia, pertencente a uma operadora de plano de saúde, com hospital próprio na região sul do Brasil, onde foram analisados os dados do período de maio a julho de 2021.

O serviço de oncologia atualmente realiza atendimentos na área de oncologia e hematologia. Entre os atendimentos realizados destacam-se a realização de consultas médicas, administração e dispensação de medicamentos oncológicos, atendimentos a pacientes portadores de cateteres totalmemte implantado e estomizados, além de realizar a administração de medicamentos imunobiológicos para pacientes não oncológicos.

O perfil dos pacientes atendidos caracteriza-se pela prevalência de neoplasias de mama, próstata, colorretal e hematológicas, como o mieloma múltiplo.

Os dados foram levantados através da análise da agenda de pacientes, planilha de otimização e desperdícios utilizada pela equipe de farmacêuticas e solicitações de compras de medicamentos.

RESULTADOS

No trimestre analisado foram realizados 756 atendimentos para tratamento quimioterápico e economizado o valor total de R$ 80.893,83 com as seguintes ações: utilização de critérios para agendamento de paciente, agrupando-se os pacientes com tratamento que apresentam as mesmas drogas, compra por princípio ativo, utilização do *overfill* e o planejamento de abertura de frascos com apresentações maiores, para consumo no dia.

As drogas que apresentaram maior otimização foram nivolumabe, bevacizumabe, daratumumabe, trastuzumabe, paclitaxel e fluoruracila, devido ao perfil dos atendimentos realizados.

CONCLUSÕES

A farmacoeconomia ainda é uma área recente no Brasil, porém tem se mostrado essencial para as tomadas de decisões quanto aos recursos farmacológicos, proporcionando ganhos para o sistema de saúde suplementar, tanto em termos financeiros quanto terapêuticos, por meio da escolha da melhor opção tanto para o paciente quanto para a instituição hospitalar.

A implementação dos estudos farmacoeconômicos pode ser uma importante estratégia para a racionalização terapêutica, permitindo avaliar diferentes variáveis, como o custo, a eficácia, o benefício, a utilidade e a eficiência de diferentes tratamentos.

Torna-se, assim, necessária a utilização da farmacoeconomia como uma importante ferramenta para a tomada de decisão quanto aos recursos farmacológicos, permitindo a escolha da melhor opção de tratamento ao paciente, adequada à possibilidade de custeio do hospital.

REFERÊNCIAS

Não de aplica.

FATORES DE RISCO MATERNOS PARA PARTO PREMATURO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula Fernandes Pereira, Danúsia Cardoso Lago – Universidade Federal da Bahia (UFBA)

INTRODUÇÃO

A prematuridade é uma intercorrência obstétrica que pode favorecer desde atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e social da criança, até aumentar o risco de morte materno-infantil. Com o intuito de conhecer as variáveis associadas a este agravo, este estudo objetiva analisar os fatores de risco maternos associados ao nascimento prematuro encontrados na literatura e compará-los com dados epidemiológicos brasileiros.

METODOLOGIA

O estudo analisou os artigos originais de pesquisa, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, indexados na base de dados Science Direct no período de 2009 a 2019, e comparou-os com os dados epidemiológicos brasileiros coletados na plataforma DATASUS/SINASC (Departamento de Informática do SUS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) entre os anos de 2009 e 2017. Foram utilizados os descritores “prematuridade” e “fatores de risco maternos”, totalizando 57 artigos encontrados. Após a leitura do título, foram excluídos prontamente 4 artigos repetidos e, após uma análise mais refinada do resumo, 48 foram excluídos por serem fora da temática, resultando em 5 artigos que embasaram esta revisão (Figura 1) Na análise dos dados do DATASUS foi utilizada a ferramenta Excel para agrupar variáveis, fazer cálculos estatísticos de porcentagem e para a elaboração dos gráficos a fim de tornar a leitura do trabalho mais didática.

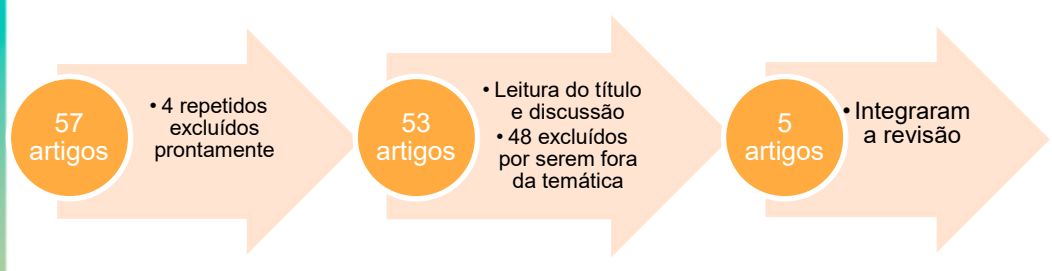


Figura 1: Processo de seleção dos artigos para integrar a revisão de literatura

Fatores de risco materno atrelados ao parto prematuro	Prevalência nos estudos de
Consultas pré-natais insuficientes	Garcia (2019)
Renda	Sadovsky (2018); Hackenhaar (2014)
Escolaridade	Hackenhaar (2014)
Idade	Hackenhaar (2014)
Hábitos de vida (tabagismo)	Hackenhaar (2014)
História de aborto e parto prematuro	Hackenhaar (2014)
Hipertensão Arterial sistêmica	Kiv (2015)

Figura 2: Fatores atrelados ao desfecho e prevalência na literatura

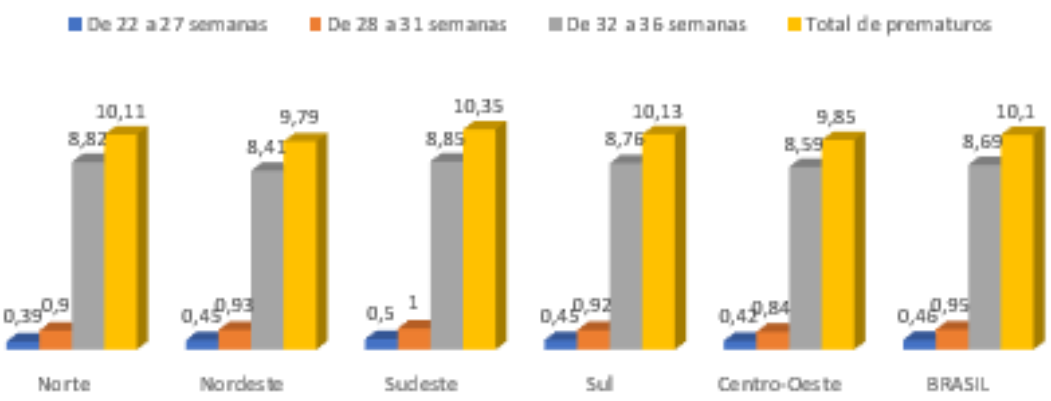


Figura 3: Porcentagem de Nascidos vivos prematuros agrupados por Idade Gestacional nos anos de 2009 a 2017 (DATASUS - SINASC)

RESULTADOS

Os fatores de risco maternos mais relevantes para o desfecho de parto prematuro encontrados na literatura foram: número insuficiente de consultas pré-natais, baixa renda familiar, escolaridade e idade materna, tabagismo, história de aborto ou parto prematuro e hipertensão arterial sistêmica (Figura 2). Na pesquisa dos dados epidemiológicos brasileiros constatou-se que 10% de todos os nascimentos entre 2009 e 2017 foram considerados pré-termo, e a prevalência destes foi maior na região sudeste (Figura 3), em mães que tinham escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (Figura 4), com idade de 20 a 34 anos (Figura 5) e o número de consultas pré-natais maior que 6 (Figura 6).

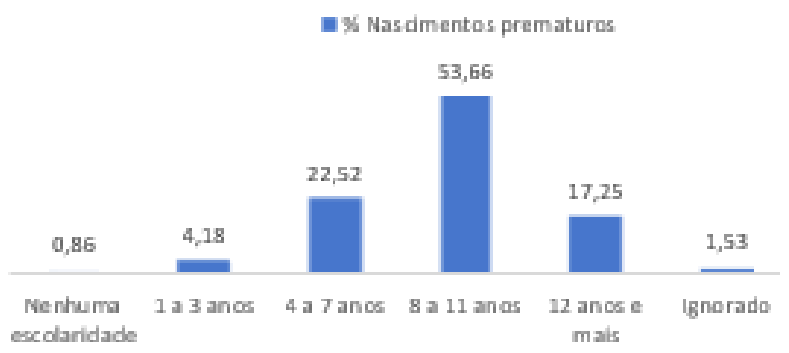


Figura 4: Nascimentos Prematuros no Brasil de acordo com a Escolaridade Materna nos anos de 2009 a 2017 (DATASUS - SINASC)

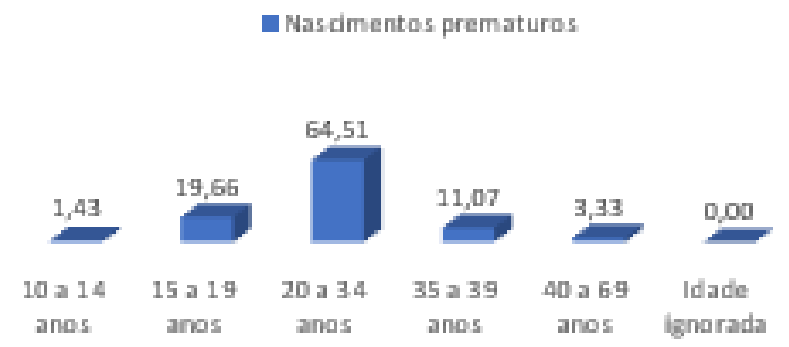


Figura 5: Nascimentos Prematuros por Idade Materna nos anos de 2009 a 2017 (DATASUS - SINASC)

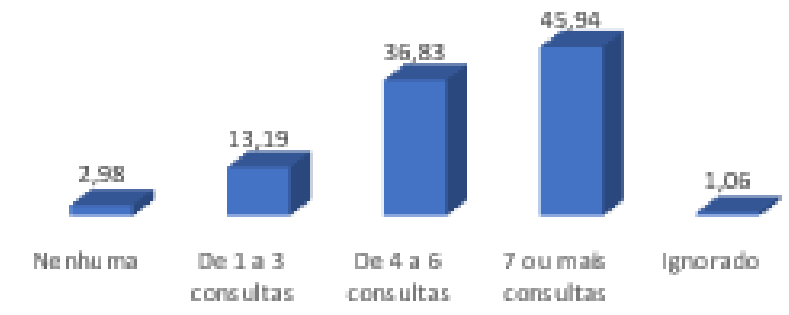


Figura 6: Nascimentos Prematuros por Número de Consultas pré-natais nos anos de 2009 a 2017 (DATASUS - SINASC)

CONCLUSÕES

Com este trabalho foi possível conhecer melhor as circunstâncias que podem levar ao parto prematuro. Os resultados fomentam estudos e análises mais aprofundadas das políticas públicas a fim de melhorar o acesso à saúde da gestante, ampliar as possibilidades terapêuticas e intervir em questões socioeconômicas que são causadoras da prematuridade.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. SINASC - sistema de informação sobre nascidos vivos; [acesso em 7 fev 2020]. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS À INFECÇÃO PUERPERAL APÓS PARTO CESÁREO

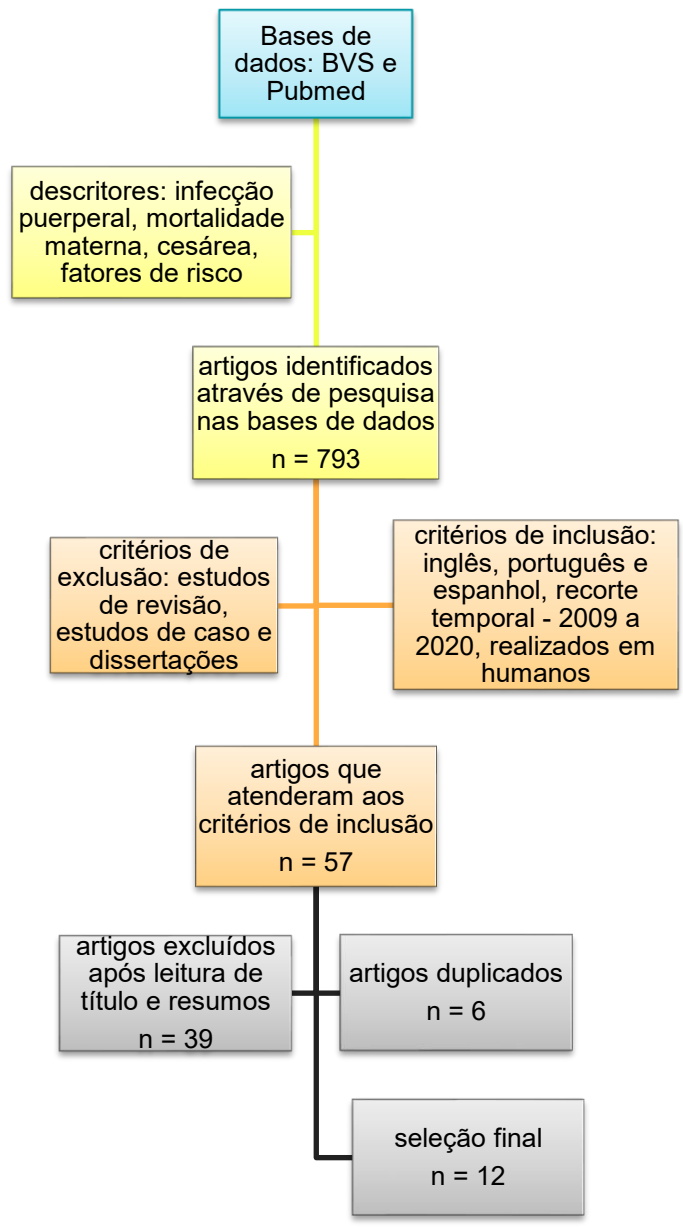
Rayane Mayara Costa Santos, Danúsia Cardoso Lago

INTRODUÇÃO

Tendo em vista a importância da prevenção da infecção puerperal (IP) para redução da morbimortalidade materna, foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de analisar as principais características obstétricas relacionadas à infecção puerperal em mulheres submetidas ao parto cesáreo.

METODOLOGIA

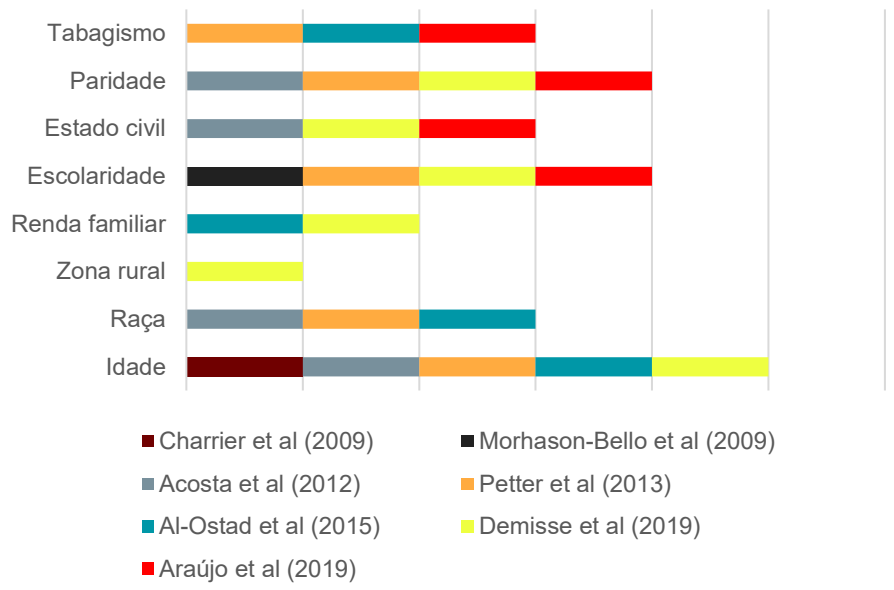
Trata-se de uma revisão sistemática, a qual foi realizada entre agosto e setembro de 2019, sendo revisada em novembro de 2020.



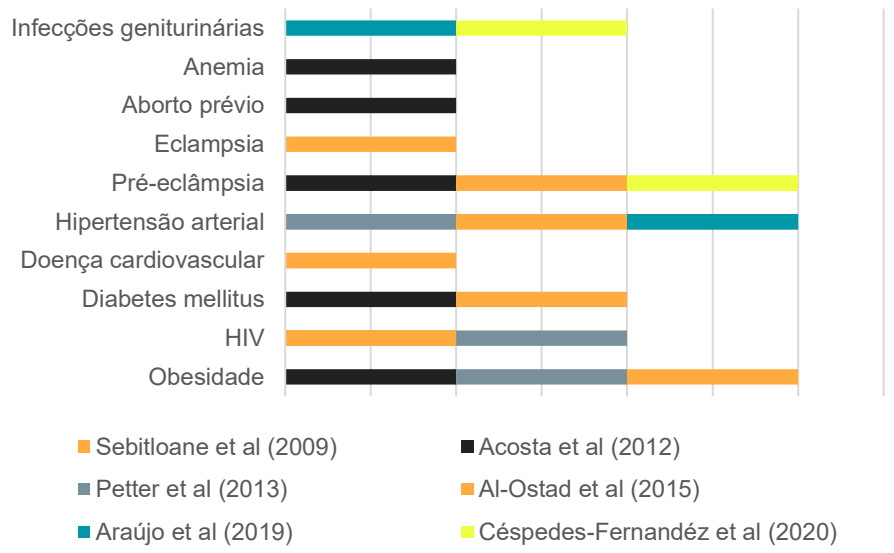
Percurso de escolha dos estudos analisados.

RESULTADOS

Após análise e levantamento das variáveis identificadas nos artigos, reuniu-se aquelas estatisticamente significativas para o desenvolvimento da IP, sendo divididas em subgrupos a saber: fatores sociodemográficos, clínicos, obstétricos e assistenciais. Nesse resumo, são apresentados os fatores sociodemográficos e clínicos relacionados à IP. Entre os fatores sociodemográficos, identificaram-se idade (extremos de idade), condição socioeconômica e escolaridade baixas, moradoras de zona rural, raça negra, primiparidade e tabagismo. A raça negra pode estar relacionada à vulnerabilidade econômica a qual estas mulheres geralmente estão submetidas. Entre as condições clínicas às quais as gestantes estariam submetidas antes do parto, a infecção por HIV, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, anemia, doenças cardiovasculares, pré-eclâmpsia e eclampsia foram apontados como fatores de risco pelos estudos analisados.



Variáveis sociodemográficas identificadas nos artigos revisados como fatores de risco para IP distribuídas de acordo com os seus respectivos autores.



Variáveis clínicas identificadas nos artigos revisados como fatores de risco para IP distribuídas de acordo com os seus respectivos autores.

CONCLUSÕES

Os fatores apresentados nesse resumo, são ditos fatores independentes, ou seja, são variáveis que independem da ação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto. Entretanto, o seu reconhecimento permite um pré-natal mais direcionado para as necessidades da gestante, com um olhar mais atento para possíveis determinantes de morbidade puerperal, a exemplo da IP, podendo orientar o cuidado a essas mulheres com vistas à prevenção da infecção puerperal.

REFERÊNCIAS

Acosta, CD, Bhattacharya S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Maternal sepsis: a Scottish population-based case–control study. BJOG. 2012; 119: 474–83.

Al-Ostad G, Kezouh A, Spence AR, Abenhaim HA. Incidence and risk factors of sepsismortality in labor, deliveryand after birth: population-based study in the USA. J. Obstet. Gynaecol. Res. ago, 2015; 41(8): 1201–06.

Araújo ABS de, Dantas J da C, Souza FM de LC, Silva BCO da, Santos WN dos. Ocorrência de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea em uma maternidade pública. Revista Enfermería Actual. Edicão Semestral, jul-dez, 2019; (37).

Céspedes-Fernández PL, Díaz-Martínez A, Vázquez-Nassiff JJ, Céspedes-Díaz PE. Factores asociados a la presentación de sepsis puerperal en provincia Guantánamo, 2017-2018. Revista Información Científica. jan/fev, 2020; 99(1).

Charrier L, Serafini P, Ribatti A, Castella A, Rabacchi G, Zotti CM. Post-partum surgical wound infections: Incidence after caesarean section in an Italian hospital. J Prev Med HYG. 2009; 50: 159-63.

Demisse GA, Sifer SD, Kedir B, Fekene DB, Bulto GA. Determinants of puerperal sepsis among post partum women at public hospitals in west SHOA zone Oromia regional STATE, Ethiopia (institution BASEDCASE control study). BMC Pregnancy and Childbirth. 2019; 19(95).

Morhason-Bello IO, Oladokun A, Adedokun BO, Obisesan KA, Ojengbede OA, Okuyemi OO. Determinants of post-caesarean wound infection at the university college hospital ibadan nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice. mar, 2009; 12(1): 1-5.

Petter CE, Farret TCF, Scherer J de S, Antonello VS. Fatores relacionados à infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. Scientia Medica. 2013; 23(1): 28-33.

FLUXO VISITA ALÉM DA JANELA

MARIA JÚLIA MONTEIRO DE CARVALHO
GISELLE CORDEIRO SAUCEDO DOMINGUEZ
ANELVIRA DE OLIVEIRA FLORENTINO

INTRODUÇÃO

A partir dos primeiros anúncios sobre a covid-19 e as primeiras internações, atingindo um número significativo de pessoas, os hospitais lidam com o constante desejo da família em visitar seu familiar internado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou na ala restrita de pacientes com coronavírus. Assim, ampliando o olhar sobre diversos fatores que influenciam no processo saúde-doença, foi criado pela equipe multiprofissional, formada pelas áreas de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem da Ala da Covid-19 a visita “além da janela”.

METODOLOGIA

Considerando a complexidade da pandemia e a multiplicidade dos processos e impactos envolvidos, optou-se por direcionar os esforços para a elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP), sendo essencial para garantia da padronização da visita pela janela a ser realizadas com os pacientes/familiares e profissionais da saúde no cuidado da saúde mental. De maneira segura tanto para o paciente quanto para a família, a visita na janela busca minimizar estresse e angustia que o diagnóstico dessa doença e a internação proporciona, que por segurança têm que se manter em isolamento e sem a possibilidade de visitas presenciais.
A visita pode ser solicitada pelo próprio paciente ou pelos seus familiares e também a partir da observação da equipe multidisciplinar, no qual o desejo de contato com seu familiar não é expressado verbalmente e se apresenta como uma demanda importante na recuperação e na melhora do paciente. Para ser solicitado a visita a família deve agendar com a Assistente Social. A Assistente Social informa a Psicóloga para que seja avaliada as condições psíquica e emocionais do paciente com objetivo de que a visita seja possível e se aceita pelo paciente e ou benéfica a ele, evitando riscos e regressão do seu estado clínico.

Agendamento da visita pela janela com a Assistente Social na tentativa de amenizar a saudade e aumentar a adesão ao tratamento.(Foto autorizada)

Visita pela janela ao paciente, de forma planejada e com todos os cuidados para garantir a segurança de todos envolvidos. (Foto autorizada)

RESULTADOS

A visita ocorre de forma planejada e com todos os cuidados para garantir a segurança dos pacientes, visitantes e profissionais de saúde. Os familiares recebem orientações antecipadas para o uso obrigatório de máscaras e da higiene das mãos, antes e após a visita pela janela.
Seguindo de maneira correta esse fluxo, as visitas podem ocorrer diariamente, bem como para fins comemorativos, como aniversário, notícia de alta hospitalar e despedidas.
Durante os meses de janeiro a setembro de 2021, foram realizados 2.344 atendimentos na ala de covid com aproximadamente 2.000 visitas pela janela.
Portanto, os resultados estão sendo muito positivos e os familiares estão agradecidos com essa possibilidade.
É uma experiência muito gratificante, tanto para os pacientes como para os familiares. Esses encontros à distância têm um papel importante na humanização e recuperação dos pacientes. O aspecto emocional ajuda e aumenta a adesão ao tratamento.

Paciente idosa, recebendo visita e podendo conversar com familiar durante a internação. (Foto autorizada)

Visita pela janela. Familiar interagindo com o paciente em área de Isolamento (janela fechada).(Foto autorizada pelos integrantes)

CONCLUSÕES

Por fim, o “além da janela” foi criado com o objetivo de humanizar a internação dos pacientes com covid-19, que por segurança têm que se manter em isolamento e sem a possibilidade de visitas presenciais.
Com isso, de maneira segura tanto para o paciente e família, a visita na janela busca minimizar estresse e angustia que o diagnóstico de uma doença e a internação proporciona e, principalmente tem como foco: o acolhimento tanto familiar como do paciente, o desenvolvimento do bem estar, de mecanismos de enfrentamento, e auxiliar da recuperação do paciente.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak.2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf

Gemba Walk: Identificação de oportunidades de melhoria pela filosofia Lean

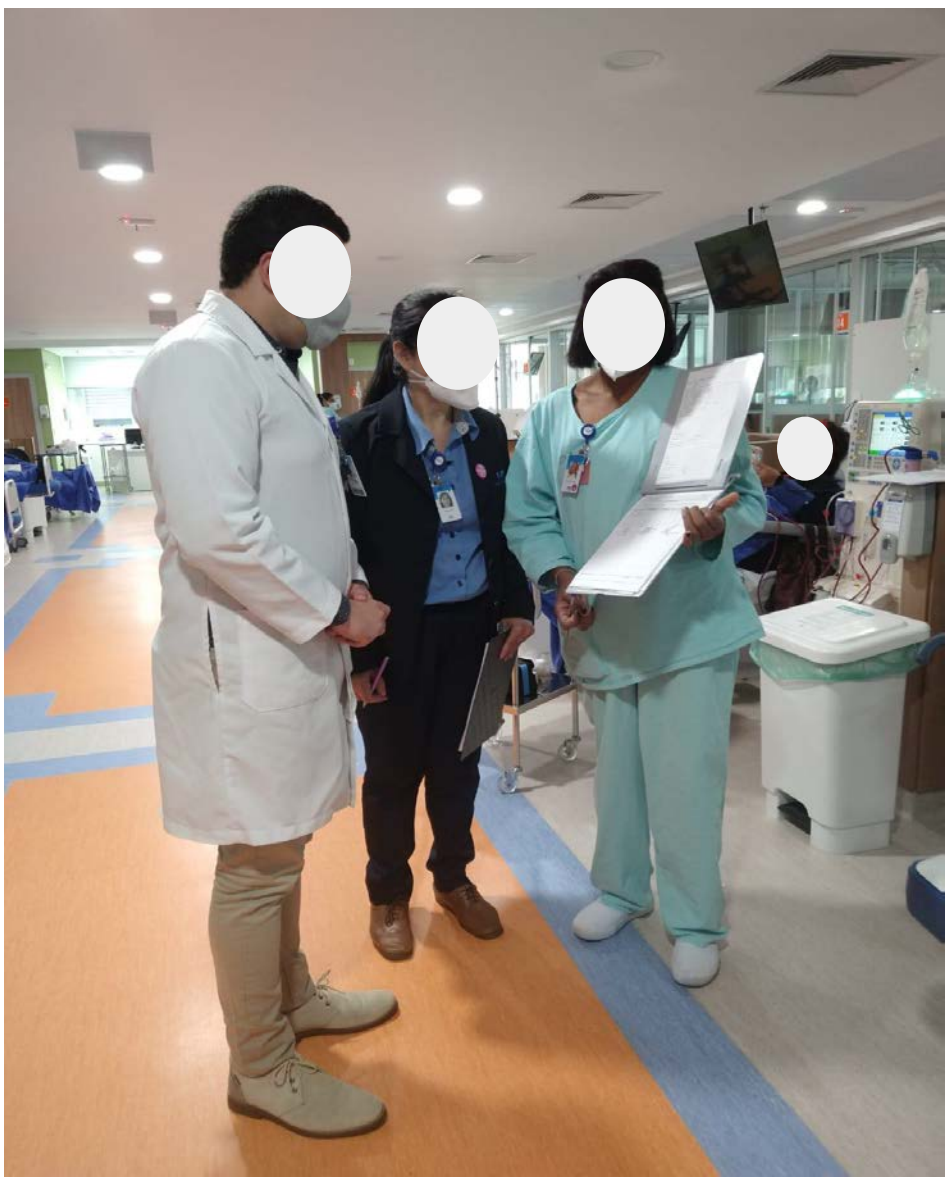
Nycolas Kunzler Alcorta, Ana Paula Bettencourt Carvalho, Cíntia da Silva Tavares, Marcia Ortiz

INTRODUÇÃO

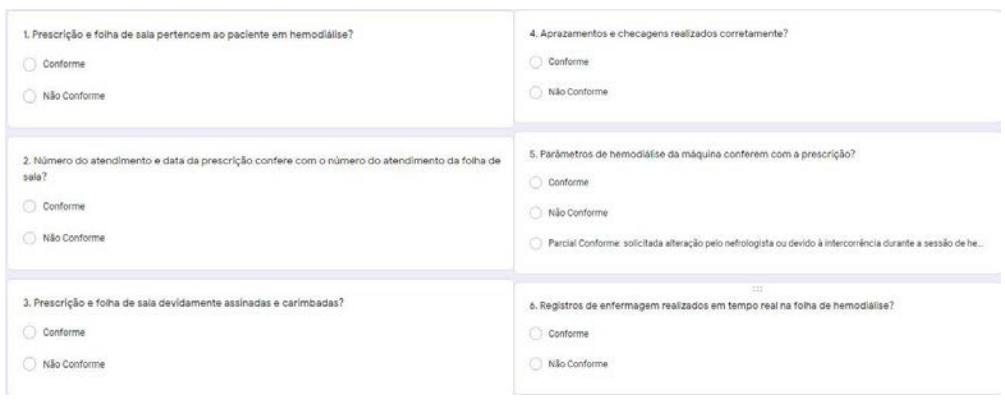
Na metodologia Lean, *Gemba* significa o local mais importante para a equipe, pois é onde o trabalho realmente acontece. Em estabelecimentos de assistência à saúde, gemba pode ser um setor de atendimento ou mesmo o leito do paciente. O *gemba walk* (GW) é uma atividade de observação pessoal que permite aos gestores a observação do processo de trabalho e obtenção de informações para melhoria contínua por meio do contato com os colaboradores.

METODOLOGIA

Participaram do GW o gestor do CND, 1 auditora de contas, 1 farmacêutica, 1 enfermeiro e 10 técnicos de enfermagem (TE) abordados individualmente no seu turno de trabalho. Cada TE apresentou dois prontuários contendo a prescrição da hemodiálise (HD) e a folha de sala (FS) dos pacientes em atendimento na sua escala. Utilizou-se um instrumento semi-estruturado que avaliou os seguintes itens: Identificação correta do paciente na prescrição e FS; Data e número de atendimento equivalentes na prescrição e FS; assinatura e carimbo dos profissionais na prescrição e FS; materiais e medicamentos aprazados e checados; parâmetros de HD prescritos conferem com configuração da máquina de diálise e registros de enfermagem realizados em tempo real. O cenário do estudo foi o CND de um hospital clínico-cirúrgico privado, acreditado ONA nível 2, localizado em Porto Alegre-RS.



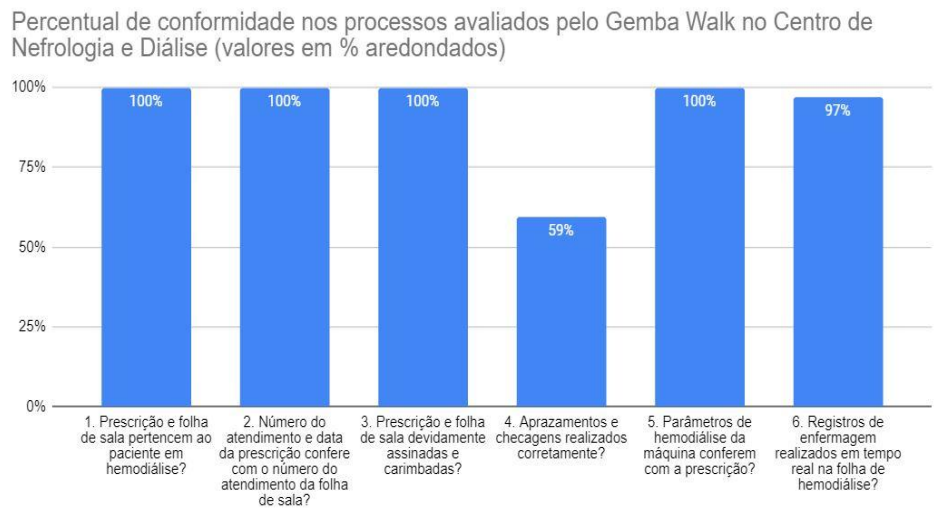
Parte da equipe do CND durante o *Gemba Walk*: atividade de observação dos processos de aprazamentos e checagens para melhoria contínua.



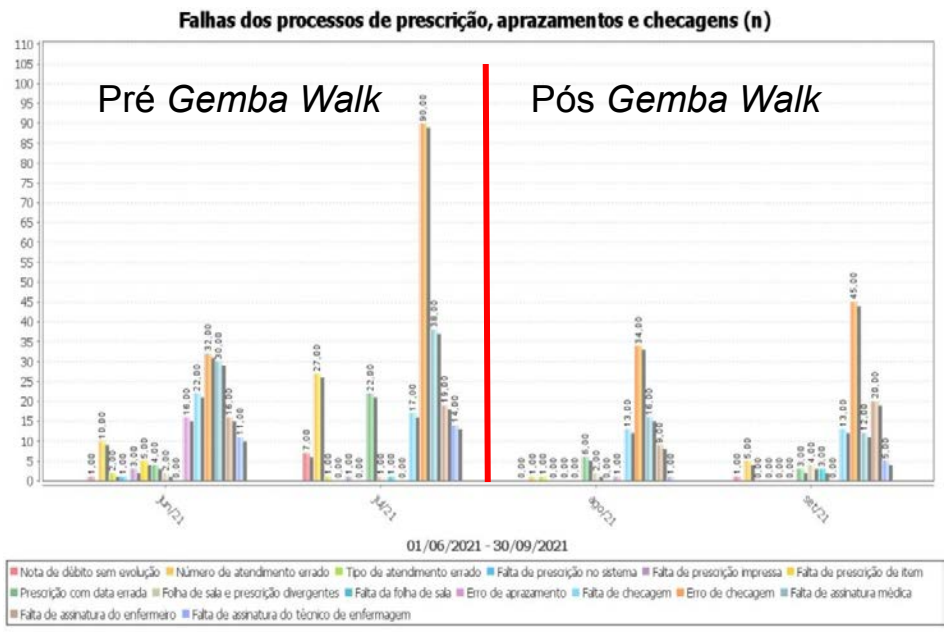
Instrumento de avaliação dos processos abordados durante o *Gemba Walk* para melhoria contínua.

RESULTADOS

Foram avaliadas 32 sessões de HD em execução. Identificou-se 40,6% de oportunidades de melhoria no item materiais e medicamentos aprazados e checados e 3,1% de oportunidades no item registros de enfermagem realizados em tempo real. As oportunidades de melhoria foram solucionadas no momento do GW, a partir da orientação do TE quanto à necessidade do correto aprazamento e na checagem dos materiais utilizados para a sessão de HD, bem como o registro em tempo real na FS.



Percentual de conformidade dos processos avaliados pelo Gemba Walk no Centro de Nefrologia e Diálise do Hospital Ernesto Dornelles.



Percebe-se redução das falhas de processo identificadas pela pré auditoria de contas após a implantação do *Gemba Walk*.

CONCLUSÕES

O GW permitiu à gestão participar do trabalho do TE e corrigir as falhas de processo no local em que eles acontecem. A correção das não conformidades no ato da assistência agiliza a cobrança das sessões realizadas, graças à redução de desperdícios e retrabalhos prévios ao faturamento das contas hospitalares. Embora focada em processos, o GW deve ser realizado como uma atividade educativa, pois objetiva a melhoria contínua e o desenvolvimento pessoal dos colaboradores.

REFERÊNCIAS

Kanbanize. Gemba Walk: Onde o Trabalho Realmente Acontece. Disponível em: https://kanbanize.com/pt/gestao-lean/melhoria/o-que-e-gemba-walk Acesso em: 06 out. 2021.

Lean Institute Brasil. Lean é uma filosofia de gestão inspirada em práticas e resultados do Sistema Toyota: Definição e Aplicações. Disponível em: https://www.lean.org.br/o-que-e-lean.aspx. Acesso em 05 out. 2021.

Santos DMC, Santos BK, Santos CG. Implementation of a standard work routine using Lean Manufacturing tools: A case Study. Gestão & Produção, 28(1), e4823, 2021 | https://doi.org/10.1590/0104-530X4823-20

GERENCIAMENTO DIÁRIO: MODELO DE GESTÃO PARA AS LIDERANÇAS ASSISTENCIAIS

LUCIANE MATOS TORRANO

INTRODUÇÃO

Analisar os indicadores estratégicos uma vez por mês nos deixava sempre com uma gestão retrospectiva e pouco efetiva. Justificávamos os resultados, não agíamos em tempo oportuno e a maioria das vezes não envolvíamos a equipe na análise. Em 2021, resolvemos desdobrar o planejamento estratégico até o nível operacional e implantar o Gerenciamento Diário. O propósito do hospital é "Cuidar e Encantar pessoas", baseado nisso, escolhemos 3 direcionadores estratégicos: Valor para o paciente, Qualidade e Segurança e Custo Unitário. Temos realizado o desdobramento pelas Linhas de Cuidado: Clínica, Cirúrgica, Emergencial, Crítica e Materno Infantil. O Gerenciamento diário é o processo contínuo que garante que está sendo feito o trabalho certo, do modo certo, no tempo certo para alcançar o sucesso do negócio. Nosso objetivo, alcançar 70% das metas estabelecidas no primeiro semestre de 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um Hospital Filantrópico Terciário do interior de São Paulo com 232 leitos. Na nossa metodologia, para cada Linha Cuidado dentro de cada Diretriz estratégica foi escolhida um indicador diário e semanal. Todas as quartas feiras as equipes se reúnem para discutir o desempenho na semana e os próximos passos para alcançar as metas estabelecidas.

Gestão Visual do Desdobramento do Planejamento Estratégico – 1º Semestre 2021

DESDOBRAMENTO DO ESTRATÉGICO - ASSISTÊNCIA				
PROPÓSITO: CUIDAR E ENCANTAR AS PESSOAS				
Linha de Cuidado	**Direcionador estratégico**	**Mensal**	**Semanal**	**Diário**
Clínico	Valor para o paciente	Tempo médio de permanência	Tempo médio de permanência	Pendências ou preocupações com a alta
	Qualidade e Segurança	Número de Infecções	Número de Infecções	Visita Beira Leito - Dispositivos e oportunidade de retirada
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo unitário	Avaliar solicitações no Suprimentos
Cirúrgico	Valor para o paciente	Cirurgia Segura	Apresentação do FMEA	Tratativa Individual de cada falha
	Qualidade e Segurança	Repique de Antibioticoprofilaxia	Apresentação do FMEA	Kanban nas salas cirúrgicas
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo unitário	Avaliar lançamentos em conta
Crítico	Valor para o paciente	Tempo médio de permanência	Tempo médio de permanência	Pendências ou preocupações com a alta
	Qualidade e Segurança	Infecção de Corrente Sangúinea	Acompanhamento das culturas	Visita Beira Leito - Dispositivos e oportunidade de retirada
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo unitário	Avaliar desperdícios
Emergencial	Valor para o paciente	Tempo de Desfecho do Amarelo	Tempo de Desfecho do Amarelo	Avaliar exames laboratoriais e de Imagem
	Qualidade e Segurança	Satisfação dos Clientes	Elogios e Reclamações	Incentivar preenchimento NPS
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo unitário	Acompanhar Hora Extra e lançamentos no Centro de Custos
Materno Infantil	Valor para o paciente	Tempo médio de permanência	Tempo médio de permanência	Pendências ou preocupações com a alta
	Qualidade e Segurança	Infecção de Corrente Sangúinea	Resultado do Bundle	Número de dias sem infecção
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo unitário	Avaliar desperdícios

Desdobramento dos indicadores por linha de cuidado: mensal, semanal e diário

Linha de Cuidado	Direcionador estratégico	Mensal	Metas / Limite Aceitável
Clínico	Valor para o paciente	Tempo médio de permanência	3 dias
	Qualidade e Segurança	Número de Infecções	4
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo orçado e realizado
Cirúrgico	Valor para o paciente	Cirurgia Segura	95%
	Qualidade e Segurança	Repique de Antibioticoprofilaxia	98%
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo orçado e realizado
Crítico	Valor para o paciente	Tempo médio de permanência	6 dias
	Qualidade e Segurança	Densidade de IPCS associada Cateter Venoso Central	10
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo orçado e realizado
Emergencial	Valor para o paciente	Tempo de Desfecho do Amarelo	85%
	Qualidade e Segurança	Satisfação dos Clientes	96%
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo orçado e realizado
Materno Infantil	Valor para o paciente	Tempo médio de permanência	2 dias
	Qualidade e Segurança	Densidade de IPCS associada Cateter Venoso Central	16,85
	Custo Unitário	Custo orçado e realizado	Custo orçado e realizado

Metas definidas e desdobradas até o nível operacional pelos direcionadores estratégicos

RESULTADOS

Como resultado, ao todo alcançamos 61% das metas estabelecidas, sendo na diretriz Valor para o paciente 93%, Qualidade e Segurança 53% e custo unitário 37%. Nosso maior desafio nesse período foi o controle das infecções e alcançar o custo orçado. Como oportunidade macro de melhoria, nossos custos haviam sido orçados baseado na série histórica de 2019 sem pandemia e serão recalculados para o próximo semestre considerando a aumento de materiais e medicamentos que tivemos, além da maior complexidade dos nossos pacientes.

Gestão Visual das Metas atingidas por mês de cada Linha de Cuidado

Desdobramento semanal realizado com a equipe assistencial

Gestão Visual do Desdobramento do Planejamento Estratégico – 2º Semestre 2021

CONCLUSÕES

Depois da implantação do Gerenciamento diário, evitamos surpresas, iniciamos a solução de problemas o mais breve possível, geramos aprendizado organizacional, envolvemos as pessoas, mantemos os indicadores chaves em constante controle, além de sedimentarmos um novo modelo de gestão para as lideranças (presença diária é indispensável, disciplina na atualização e participação, valorar os problemas como fonte de aprendizado e melhoria e principalmente não buscar culpados).

REFERÊNCIAS

Dennis, Pascal. **Fazendo acontecer a coisa certa: Um guia de planejamento e execução para líderes**. Lean Institute Brasil, 2007.

GESTÃO À VISTA DE CUIDADOS EM UNIDADES DE ATENDIMENTO COVID: COMUNICAÇÃO VISUAL DINÂMICA E EFETIVA

Angela Fatima Kindler, Luis Fernando de Aguiar Goulart , Juliano Menezes Haslinger, Sabrina Capeletti Peres

INTRODUÇÃO

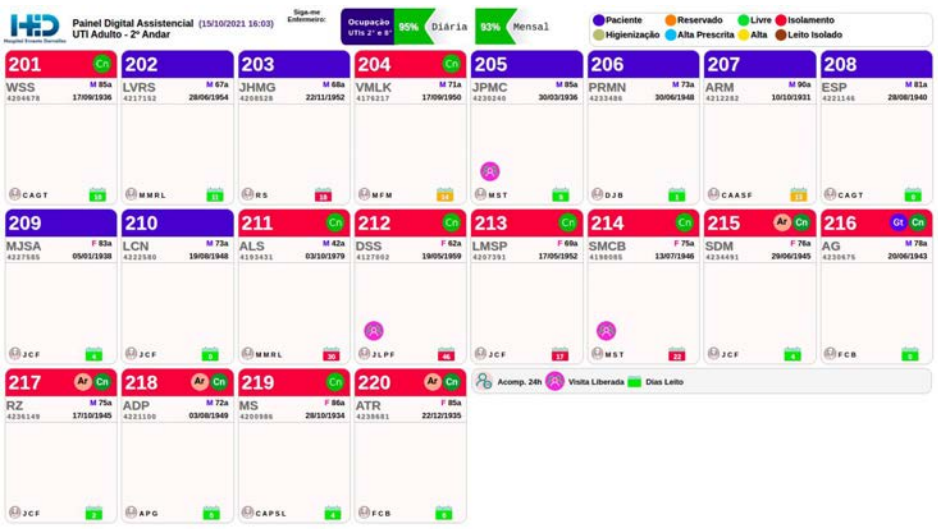
A pandemia COVID 19 trouxe grandes desafios para o segmento saúde, com novo perfil de cliente, equipes com sobrecarga de trabalho, aumentando o risco de falhas de comunicação. A gestão à vista de cuidados pode facilitar o entendimento, reduzir omissões e erros, acelerar a tomada de decisão e melhorar os processos de trabalho por meio do compartilhamento ágil e eficiente de informações relevantes, otimizando o tempo das equipes de cuidado.

METODOLOGIA

Descrição do case: Etapas:

1) Mapeamento das informações relevantes;
2) Parametrização das variáveis selecionadas nas diversas fontes de dados institucionais, tempo de atualização dos dados e ícones associados às variáveis;
3) Arranjo e disposição visual das informações em painéis digitais, considerando a proteção de dados pessoais dos pacientes.
4) Submissão da ferramenta às equipes de cuidado para validação das informações e estrutura apresentada;
5) Definição do local adequado para instalação e visualização dos painéis digitais;
6) Instalação dos painéis nas unidades de atendimento COVID 19;
7) Nivelamento da equipe de cuidado para utilização da ferramenta.

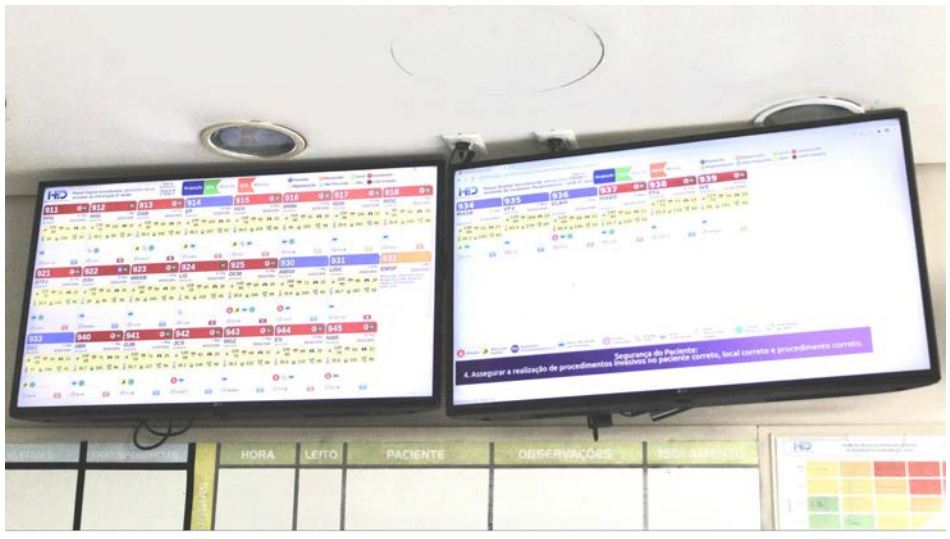
Painel Digital Assistencial unidade de internação COVID.



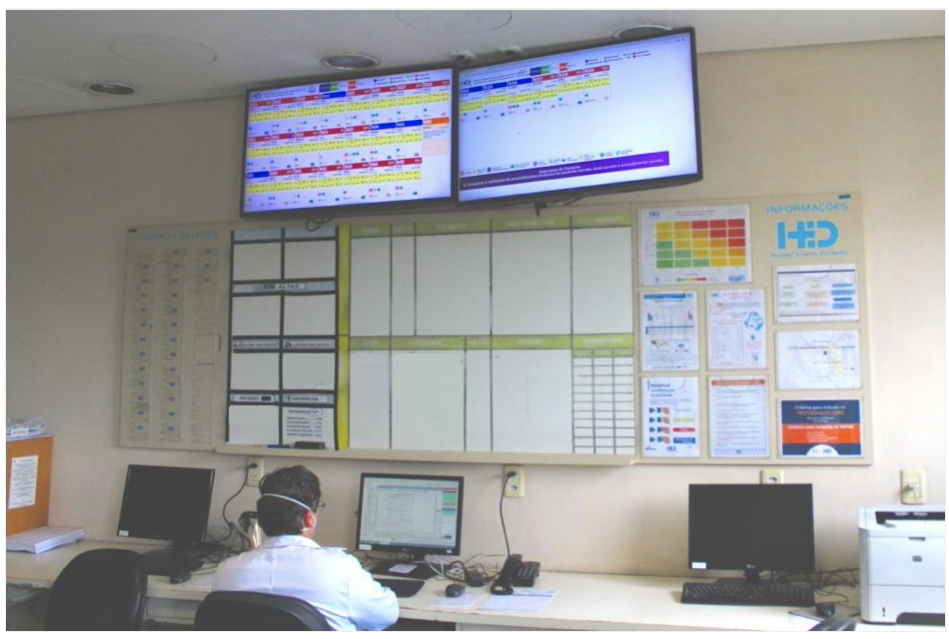
Painel Digital Assistencial unidade de tratamento intensivo COVID.

RESULTADOS

Melhoria dos processos assistenciais por meio do compartilhamento das informações com maior agilidade e segurança. Dentre elas destacamos registros de sinais vitais, protocolos institucionais, isolamentos, procedimentos agendados, transferências internas, ocupação setorial e hospitalar e tempo de permanência.



Painel Digital Assistencial unidade de internação COVID / Posto Assistencial.



Painel Digital Assistencial unidade de internação COVID / Posto Assistencial.

CONCLUSÕES

A gestão à vista de cuidados otimiza a comunicação, promove agilidade no processo assistencial, aumenta a segurança das informações, reduz o risco de erros e contribui para a melhoria da jornada do paciente.

REFERÊNCIAS

1. CLARK W., MOLLER S., O'BRIEN L. Electronic patient journey boards a vital piece of the puzzle in patient flow. Australian Health Review 38, 259-264, 2014. [acesso em 06 out 2021]. Disponível em https://www.publish.csiro.au/ah/AH13192
2. Conselho Federal de Enfermagem. Saúde de Profissionais de Enfermagem é foco em tempos de Covid-19 [Internet]. Brasília: COFEN; 2020. [acesso em 06 out 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/saude-de-profissionais-de-enfermagem-e-foco-em-tempos-de-covid-19_78321.html
3. MIRANDA FMA, SANTANA L DE L, PIZZOLATO AC, SAQUIS LMM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 06 out 2021]; 25. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702

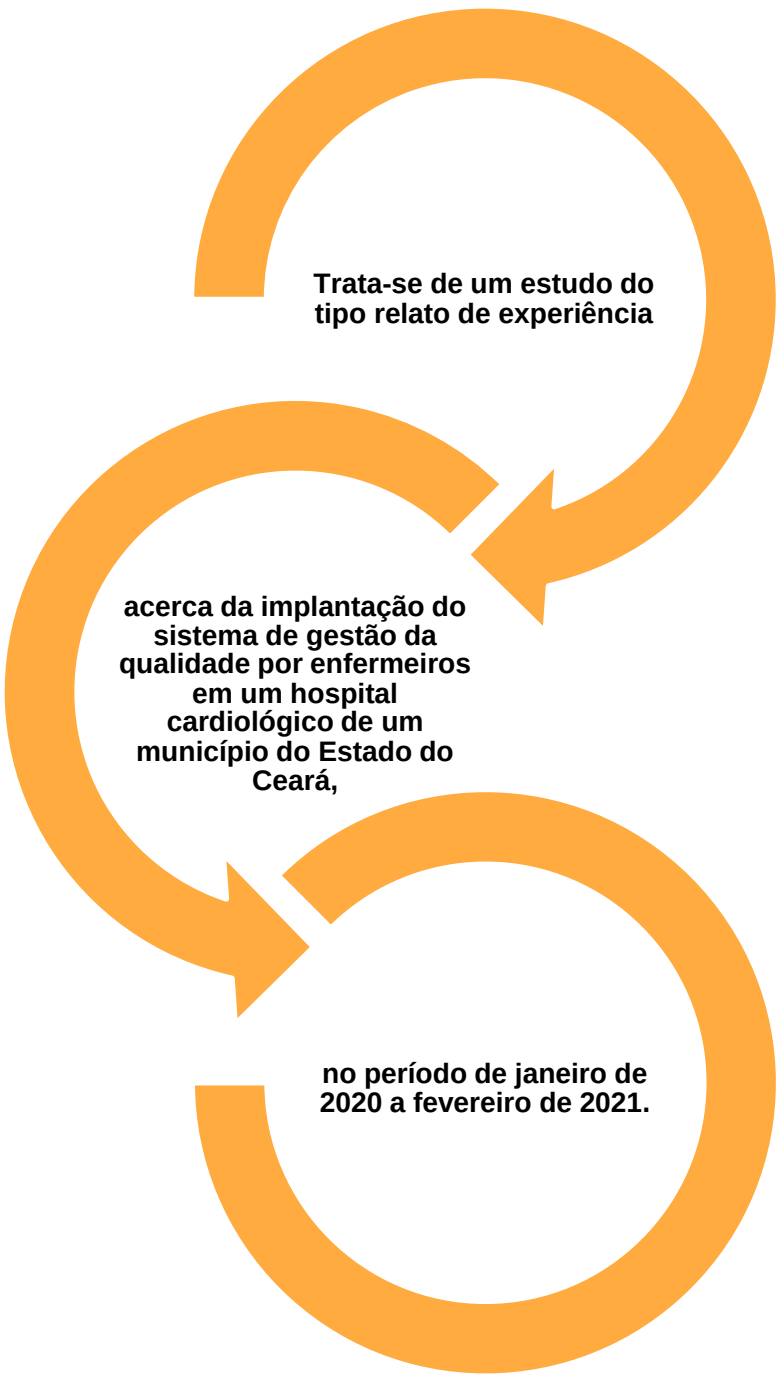
GESTÃO DA QUALIDADE NO CONTEXTO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: NOVOS CAMINHOS PARA A ENFERMAGEM

Kairo Cardoso da Frota; Maria da Conceição Nunes da Silva; Luís Felipe Alves Sousa; Maria Gabriela Miranda Fontenele

INTRODUÇÃO

O contexto da acreditação hospitalar se deriva de um bom sistema de gestão da qualidade, sendo de grande valia a contribuição do enfermeiro neste processo, tendo em vista as particularidades envolvidas na área da qualidade e as competências desse profissional. O estudo relata a experiência de enfermeiros frente a implantação do sistema de gestão da qualidade com o intuito de alcançar a acreditação hospitalar.

METODOLOGIA



RESULTADOS

A unidade hospitalar, referência em serviços cardíacos, passou pelo processo de Acreditação Nível I em Janeiro de 2021, tornando-se o segundo Hospital filantrópico do Estado do Ceará a conquistar esta importante certificação de Qualidade. No decorrer do processo foram realizadas diversas atividades gerenciadas por enfermeiros, tais como: padronização de documentos institucionais; treinamento sobre o processo da qualidade para as lideranças; auditorias internas para levantamento das não-conformidades existentes; apresentação dos resultados da auditoria interna; apresentação do processo da Qualidade aos colaboradores da Instituição; implantação de informativos da qualidade; transparências quanto incidentes ocorridos assim como registro correto; gerenciamento das comissões hospitalares e dos riscos institucionais e assistenciais e reuniões quinzenais junto a direção para acompanhar o andamento do processo da qualidade e fatores críticos de sucesso para a acreditação.

CONCLUSÕES

A conquista do título da acreditação foi resultado de um trabalho conjunto, sendo estruturado por enfermeiros com foco na qualidade e segurança dos pacientes e colaboradores, baseando-se nas exigências estabelecidas no manual da Organização Nacional de Acreditação. O processo de acreditação incentiva a repensar toda a logística envolvida na prestação do serviço em saúde, desafiando a buscar dia após dia a melhoria, tendo em vista uma assistência segura e resolutiva.

REFERÊNCIAS

CERVILHERI, A. H. *et al* . QUALIDADE EM HOSPITAL ACREDITADO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Cogitare enferm**., Curitiba , v. 25, e65470, 2020 . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100316&lng=pt&nrm=iso.

GESTÃO DA ROTINA: MELHORIA DOS PROCESSOS COM FOCO NO CUMPRIMENTO DE METAS

Renata Ferreira, Aline Marques Araujo, Celso Ricardo Santos e Roberta Alexandra Alves

INTRODUÇÃO

A gestão da rotina é um conjunto de técnicas inspiradas na prática das empresas japonesas da década de 1990. As técnicas e ferramentas da gestão da rotina auxiliam os gestores de diferentes hierarquias, a entender seus processos e gerenciá-los com foco nas metas estabelecidas.

Este trabalho teve como objetivo orientar os gestores de cada setor do Suprimentos, testar novas maneiras de se fazer o que fazemos, medindo e melhorando os resultados.

METODOLOGIA

Para melhorar o acompanhamento dos gestores de cada setor pertencente ao Suprimentos, foi estruturada a gestão da rotina operacional, onde estabeleceu-se cronograma de reunião mensal com 60 minutos de duração, iniciadas em setembro/2020. Nas reuniões iniciais, definiu-se os indicadores e suas metas com base no mapeamento de processos e risco, realizados previamente. Definiu-se também os indicadores e suas metas, com o objetivo de avaliar a qualidade das saídas dos processos e os itens de verificação (entradas). Após a finalização da definição das metas, iniciou-se a avaliação mensal dos indicadores, onde para cada meta não atingida foram estabelecidos planos de ação. Utilizou-se a ferramenta 5W2H para o acompanhamento da execução, e de acordo com o PDCA, os planos de ação que não refletiram em melhorias, foram descartados e o ciclo repetido até a meta ser atingida. Também foi aplicado para os gestores um formulário com 4 questões, com o objetivo de validar a compreensão da implementação da gestão da rotina.

Fig. 1 – Reunião de Gestão da Rotina.

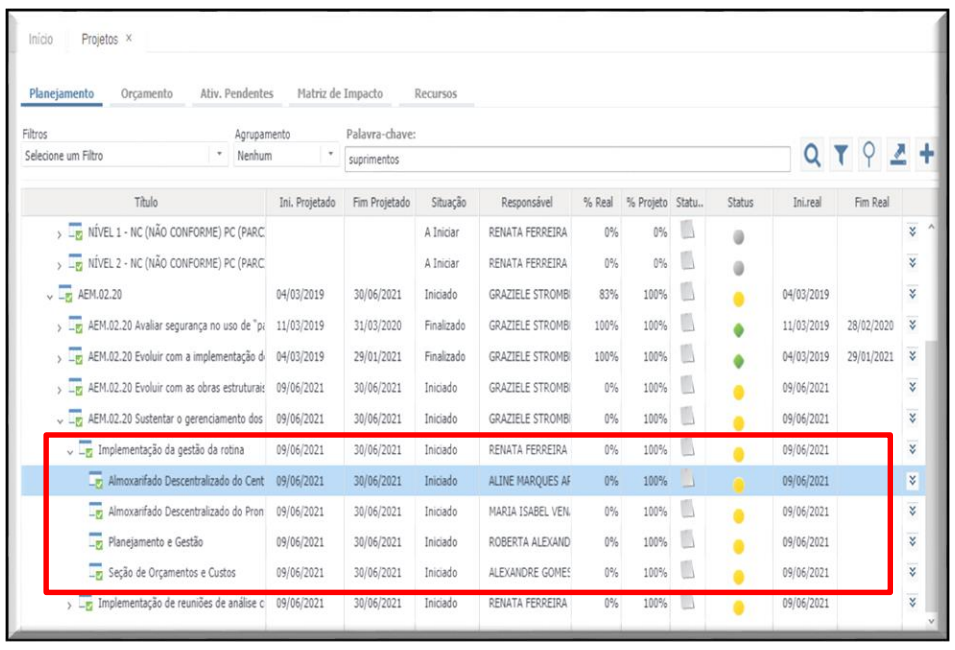


Fig. 2 – Sistema informatizado de gestão de projetos (MV).

RESULTADOS

No período de setembro/2020 a julho/2021 foram realizadas 10 reuniões com os 4 setores do Suprimentos, totalizando 40 reuniões. Foram estabelecidos 23 indicadores para acompanhamento durante a gestão da rotina, sendo que 14 atingiram as metas. Estabeleceu-se também 23 planos de ação, com a finalização de 19, onde foi possível identificar melhoria no processo, através dos indicadores estratégicos.

Por meio do questionário aplicado, identificou-se que 100% (6) dos gestores compreenderam melhor o que o seu setor deve entregar de resultado para a instituição

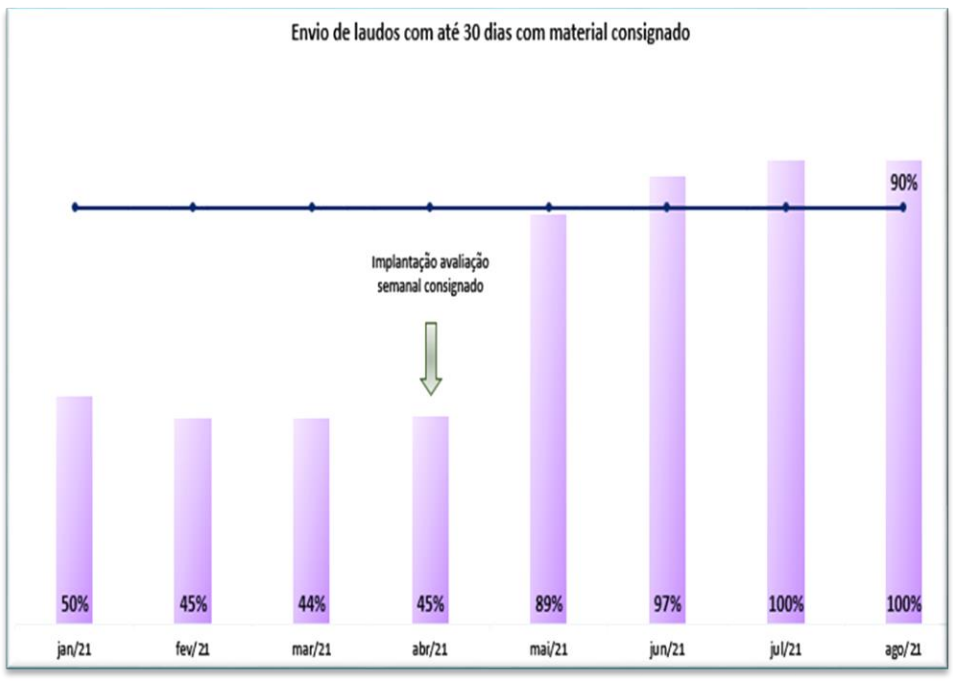


Fig. 3 – Exemplo de indicador estratégico com evidência de melhoria no processo.

Fig. 4 – Formulário de avaliação da compreensão dos gestores

CONCLUSÕES

Com a implementação da gestão da rotina, foi possível estabelecer ações efetivas de curto e médio prazo, que refletiram positivamente nos indicadores estratégicos estabelecidos previamente com a diretoria do Instituto Central.

O resultado das ações desenvolvidas evidenciaram melhor compreensão do papel de cada setor e dos gestores na segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- FALCONI, V. **GERENCIAMENTO DE ROTINA** – Do trabalho do dia a dia. Editora Falconi; 9ª ed., 2013.
- OLIVEIRA, P. GESTÃO DE RESULTADOS: O QUE É? COMO IMPLEMENTAR?, 2021. Disponível em: https://www.fm2s.com.br/gestao-de-resultados/

Gestão de Fluxo de Pacientes Internados: Uso de Inteligência Artificial para Predição do Tempo Total de Internação e Probabilidade de Alta Diária

Antonildes N Assuncao-Jr; Felipe Augusto de Moraes Machado; Felipe Veiga Rodrigues; Thais Gouvea Manoel

INTRODUÇÃO

Um fluxo de pacientes sem desnecessárias longas permanências promove: 1) baixa exposição aos riscos associados à hospitalização como infecções hospitalares e eventos adversos a medicamentos; 2) uso eficiente de recursos, incluindo melhor giro de leitos; 3) melhor satisfação dos pacientes e acompanhantes. A gestão desse fluxo requer mudança de práticas, com reuniões diárias multidisciplinares para identificação de pacientes aptos a receber alta [1-4]. Algoritmos de aprendizado de máquina (ML) vêm sendo utilizados em várias áreas de negócio, oferecendo um aumento de acurácia em relação a modelos tradicionais.

Nosso objetivo foi investigar a performance de um algoritmo de ML para estimar o tempo total de internação (TTI) e a probabilidade de alta hospitalar diariamente (AHD) de pacientes.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, realizado no Hospital Sírio-Libanês (~500 leitos), incluindo 66 mil internações entre os anos de 2015 e 2019. O modelo de predição de TTI foi treinado com dados das primeiras 24h de internação (demográficos, CIDs, sinais vitais, laboratoriais) e o modelo de AHD (até as 14:00h) com dados das últimas 48h (além dos dados anteriores, passagem em UTI, cirurgia na internação, relacionados ao calendário). Alta hospitalar até 14:00h reflete o melhor momento para receber outro paciente. Foi feito uma validação interna (treinamento/teste: 2:1) e reamostragem com validação cruzada (k = 10) para escolha de hiperparâmetros. Comparamos o modelo de TTI com a tempo de internação predito pelo APR-DRG 3M usando dados da alta do paciente.

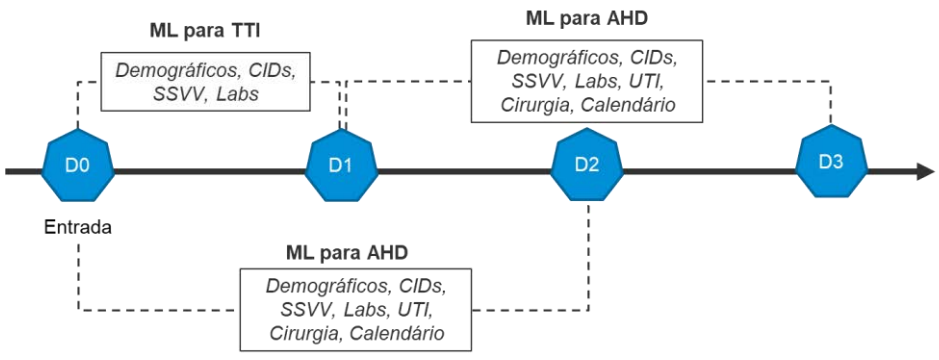


Figura 1. Desenho do estudo para construção do modelo de ML para predição do TTI e AHD. Os modelos são alinhados à direita.

RESULTADOS

O modelo de TTI apresentou boa acurácia (erro absoluto médio, MAE, de 2,57, erro médio quadrático, MSE, de 18,6), com estimativas similares ao APR-DRG de alta (MAE de 2,54 e MSE de 16,9). O modelo de ML mostrou melhor calibração do que o APR-DRG (Figura 2), sobretudo para a predição de menores valores de TTI (o que representa a maioria das internações no Hospital).

Nosso modelo de AHD apresentou AUC de 0,78, com sensibilidade semelhante à de outros modelos de ML reportado por Barners et al[5] (60%), e maior especificidade (77% versus 66%), portanto com menor taxa de falso alarme. A sensibilidade/especificidade reportada na literatura de médicos ao ler o prontuário é 34%/93% (Tabela 1). Nosso modelo de AHD possibilita uma redução de tempo de procura manual de AHD em até 60% (Figura 3).

RESULTADOS

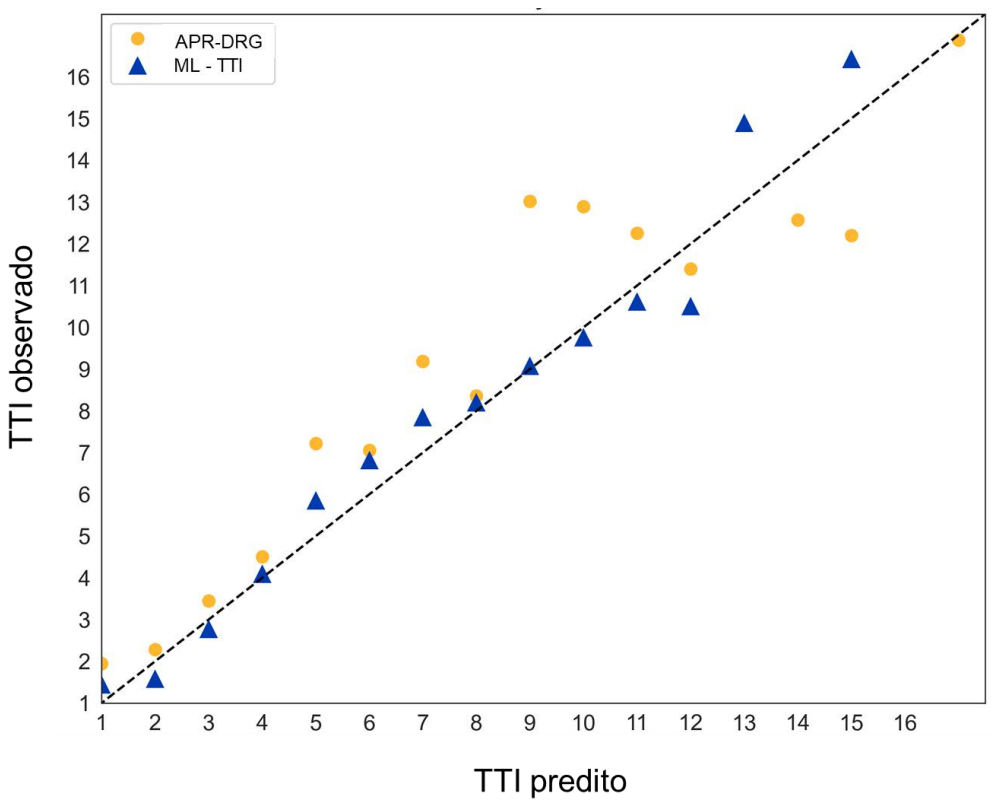


Figura 2. Curva de calibração do modelo de TTI e APR-DRG.

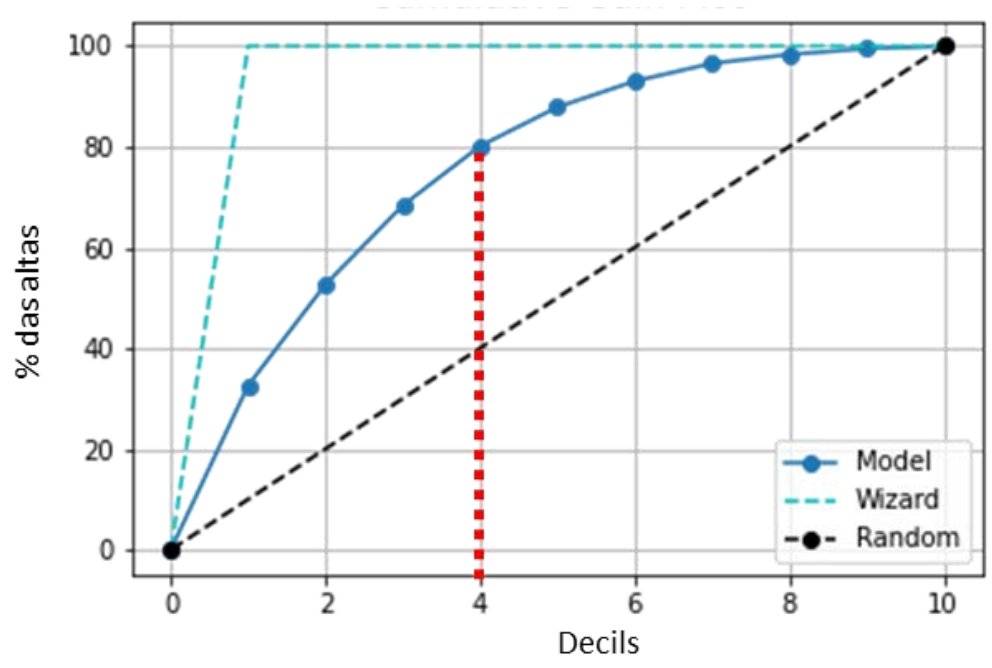


Figura 3. Curva de ganho do modelo de AHD.

Tabela 1. Comparação de performance do modelo de AHD com a literatura. # valores não reportados.

	ML HSL	ML Barners*	Médicos Barners*
AUC	0,78	#	#
Sens	60%	60%	34%
Esp	77%	66%	93%

CONCLUSÕES

O uso em tempo real de algoritmos de ML, seja para estimativa do TTI quanto AHD, tem o potencial de contribuir com a gestão do fluxo de pacientes, com menor variabilidade, significativa redução do tempo de busca de pacientes e diminuição de desnecessárias longas permanências com ações de desospitalizações precoces.

REFERÊNCIAS

1. Nguyen HB et al. Acad Emerg Med. 2000 Dec;7(12):1354-61.
2. Chalfin DB et al. Crit Care Med. 2007 Jun;35(6):1477-83.
3. Lucas R et al. Acad Emerg Med. 2009 Jul;16(7):597-602.
4. Hall et al, Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery. New York, NY: Springer; 2006.
5. Barnes S et al. J Am Med Inform Assoc. 2016 Apr;23(e1):e2-e10.

GESTÃO DE UMA UNIDADE HÍBRIDA: O FUTURO QUE NOS ESPERA.

Tatiane Gonçalves Gomes de Novais do Rio, Fernanda Ferreira do Nascimento, Sibele Ferreira da Silva, Luana Dias Ruiz

INTRODUÇÃO

A pandemia iniciada em 2020 exigiu das instituições de saúde a necessidade de rápida resposta e adaptações e com isso, a transformação de unidades de internação com perfis bem definidos anteriormente, para o formato definido como híbrido. Este conceito configura a unidade como um local capaz de receber qualquer perfil de paciente, independentemente da faixa etária, antes de ser confirmado ou excluído o diagnóstico de COVID-19.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a estruturação de uma unidade de internação de atendimento hibrido, com 27 leitos operacionais, em um hospital privado localizado na região centro-oeste cidade de São Paulo.

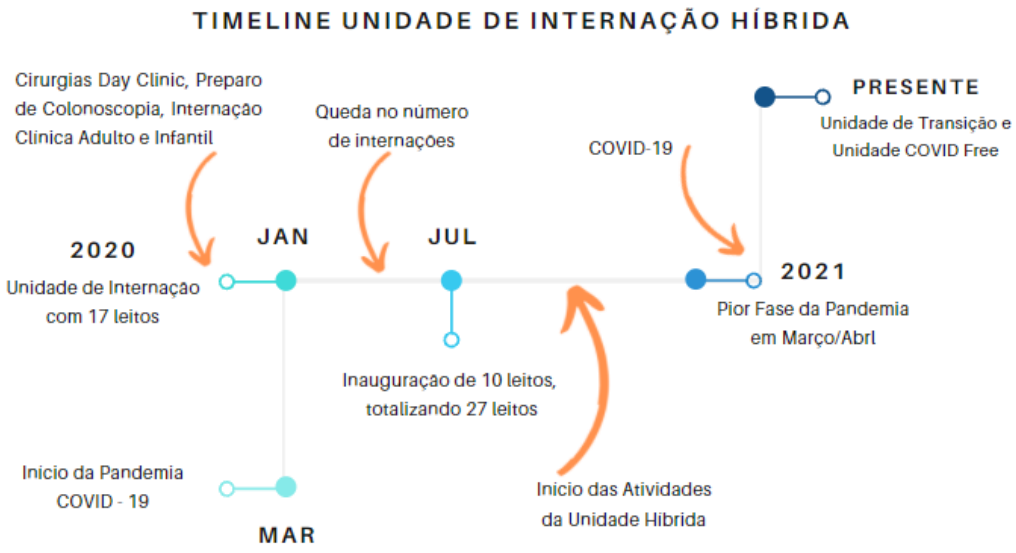


Figura 1 - *Timeline* da Unidade Híbrida, São Paulo, 2020.

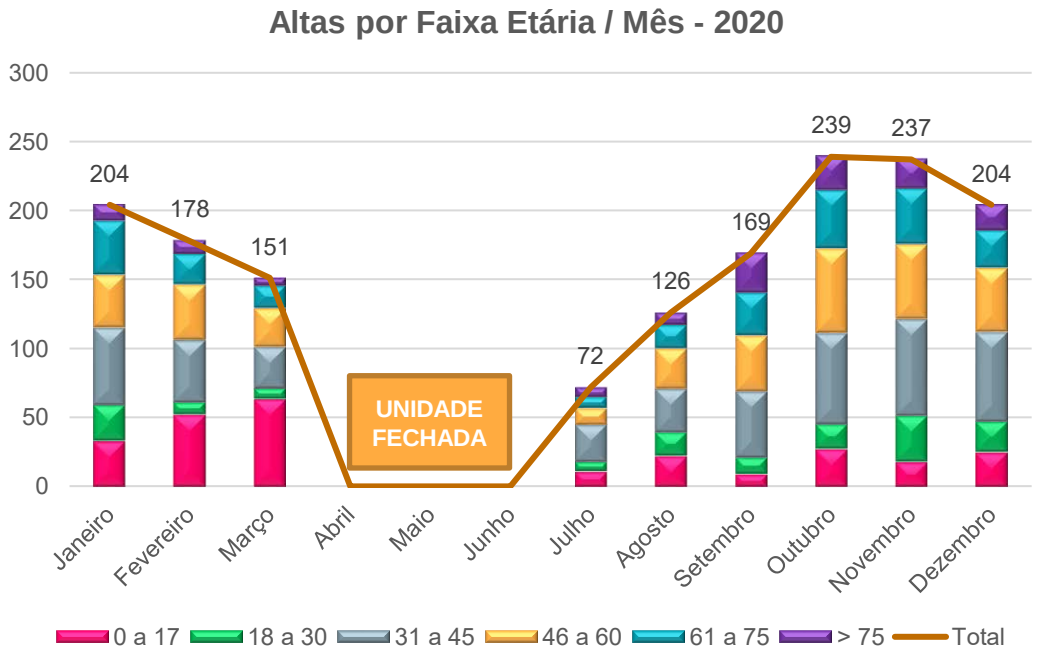


Figura 2 – Altas por Faixa Etária, São Paulo, 2020.

RESULTADOS

No início de 2020 a unidade de internação operava com 17 leitos com perfil *Day Clinic* para preparo de colonoscopia, endoscopia e pré-operatório de cirurgias ambulatoriais além de internação clínica adulto e infantil. No 1º trimestre foram atendidas 148 (27,8%) crianças e 385 (72,2%) adultos, porém, nota-se que o período mais expressivo de atendimento pediátrico ocorreu em março, antes da unidade fechar em decorrência da pandemia. A partir do segundo trimestre, o número de internações em toda instituição diminuiu consideravelmente, a ponto da unidade ser fechada e manter-se desta forma por 03 meses.

Em julho de 2020 foi inaugurado 10 leitos como extensão desta unidade, que possuía como proposta inicial o atendimento de pacientes de complexidade intermediária; desta forma 27 leitos estavam disponíveis. Porém, devido a demanda, e a necessidade de aprendizado no cenário pandêmico, todos os leitos e profissionais da unidade foram adaptados para receber qualquer perfil de paciente, abrangendo um público de 0 a 102 anos, que aguardava o resultado para triagem COVID-19. Esta ação requiriu do time assistencial rápida resposta e resiliência frente às mudanças necessárias. Nota-se ainda que a partir do 3º trimestre, com a diminuição da frequência das crianças à escola, o número de público pediátrico (10,7%) diminuiu importantemente enquanto de adultos (89,3%) se sedimentou.

No primeiro semestre de 2021, a faixa etária e o perfil da unidade mantiveram-se, entretanto, foi observado mudança de comportamento dos pacientes, com aumento de antecedentes psiquiátricos, quando comparado ao mesmo período de 2020, demandando da equipe atenção para as necessidades biopsicossociais.

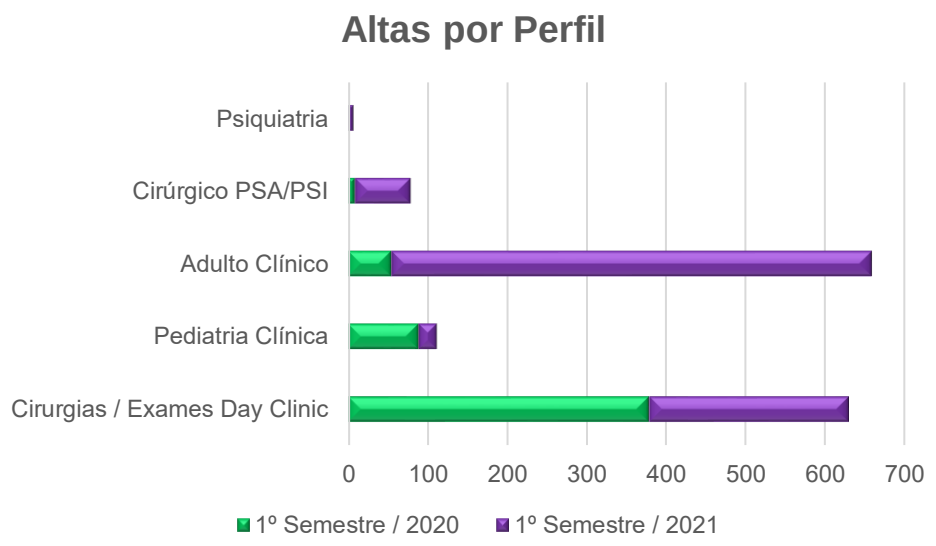


Figura 3 – Comparação de Altas por Perfil – 1º Semestre 2020 x 1º Semestre 2021, São Paulo, 2020.

CONCLUSÕES

O futuro ainda é incerto, mas nota-se aumento de internações de pacientes em que o comportamento pós-pandemia está extremamente lábil, e o cenário de doenças clínicas associadas a distúrbios psiquiátricos provavelmente será o maior desafio dos próximos anos. Além disso, ter a possibilidade de modificar uma unidade conforme a necessidade, é um diferencial que a instituição que possuir um time assistencial facilmente adaptável, com certeza sairá à frente na disputa de mercado. Cabe aos serviços de saúde, adaptar as unidades e preparar os colaboradores nos âmbitos teórico, técnico e comportamental.

GESTÃO DO CORPO CLÍNICO ATRAVÉS DO DESDOBRAMENTO ESTRATÉGICO

RAFAEL DE CARVALHO AMORIM E LUCIANE MATOS TORRANO

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios dos gestores da área da saúde é gerenciar os profissionais que compõem seu corpo clínico. A formação médica, ainda hoje, é altamente direcionada à assistência, entretanto, cada vez mais se faz necessária uma atuação sinérgica entre qualidade assistencial, administrativo-financeiro e cuidado centrado no paciente, sendo o médico pilar fundamental desse modelo.

OBJETIVO

Demonstrar modelo de desdobramento estratégico com as lideranças médicas, criando contextualização de mercado, transparência e engajamento na gestão da organização.

METODOLOGIA

Dentre as diversas especialidades que constituem nosso corpo clínico, foram destacadas dez delas que correspondem a 90% dos pacientes por dia da instituição, sendo elas: cardiologia, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, hematologia, hospitalista, oncologia clínica, nefrologia, ortopedia, pediatria e pronto atendimento. Como direcionadores estratégicos foram determinados três cenários para oportunidades de melhoria: cuidado centrado no paciente (como o paciente percebe a instituição), performance assistencial (qualidade e segurança do paciente) e performance financeira (sustentabilidade e longevidade). Em seguida, foi definido um indicador para cada um dos direcionadores, individualizado por especialidade e estabelecido uma meta baseada na série histórica do primeiro trimestre de 2021. Como ferramenta de apoio utiliza-se o sistema de gestão Tasy e a ferramenta DRG. As reuniões de alinhamento e desdobramento estratégico acontecem mensalmente, sempre analisando o mês anterior.

DESDOBRAMENTO ESTRATÉGICO EQUIPES MÉDICAS HFC SAÚDE 2021

Reunião mensal	Equipes	Cuidado centrado no paciente	Performance Assistencial	Performace financeira
2af. 13:30	CARDIOLOGIA	TURP	Adesão ao protocolo de TEV / Plano Terapêutico	Ocupação agenda de ECO-TT
4af. 11:00	CIRURGIA GERAL	TURP	Adesão ao protocolo de ATB profilaxia	Receita / Custo
5af. 13:00	HEMATOLOGIA	NPS	Infecção de corrente sanguínea	Ocupação dos 3 leitos TMO
N/A	HOSPITALISTA	TURP	Assertividade protocolo TEV	Receita / Custo
4af. 9:30	INFANTIL	TURP	Infecção de corrente sanguínea	Receita / Custo
4af. 14:00	MATERNO	TURP	Partos normais Robson < 4	Receita / Custo
4af. 15:00	NEFROLOGIA	NPS	Hospitalização	Receita / Custo
4af. 13:00	ONCOLOGIA CLÍNICA	NPS	Ocupação dos ambulatórios	Conversão do atendimento em QT e RT
3af. 10:00	ORTOPEDIA	TURP	Fast-track fratura de fêmur	Receita / Custo
6af. 16:00	PA/PS	Taxa de satisfação do cliente	Tempo de desfecho fichas amarelas	Custo variável unitário

Planejamento do desdobramento estratégico com as 10 principais especialidades e o cronograma de reuniões mensais na terceira semana de cada mês.

RESULTADOS

Foram 5 meses desde o início do desdobramento estratégico com o corpo clínico e muitas oportunidades de melhoria já foram desenvolvidas, seja através de ações pontuais ou mesmo como projetos institucionais. Como resultado, encontramos uma redução da média de permanência evidenciada pela redução do TURP – permanência realizada dividida pela permanência prevista pelo DRG Brasil, apesar do aumento evolutivo da complexidade assistencial dos pacientes nos últimos meses.

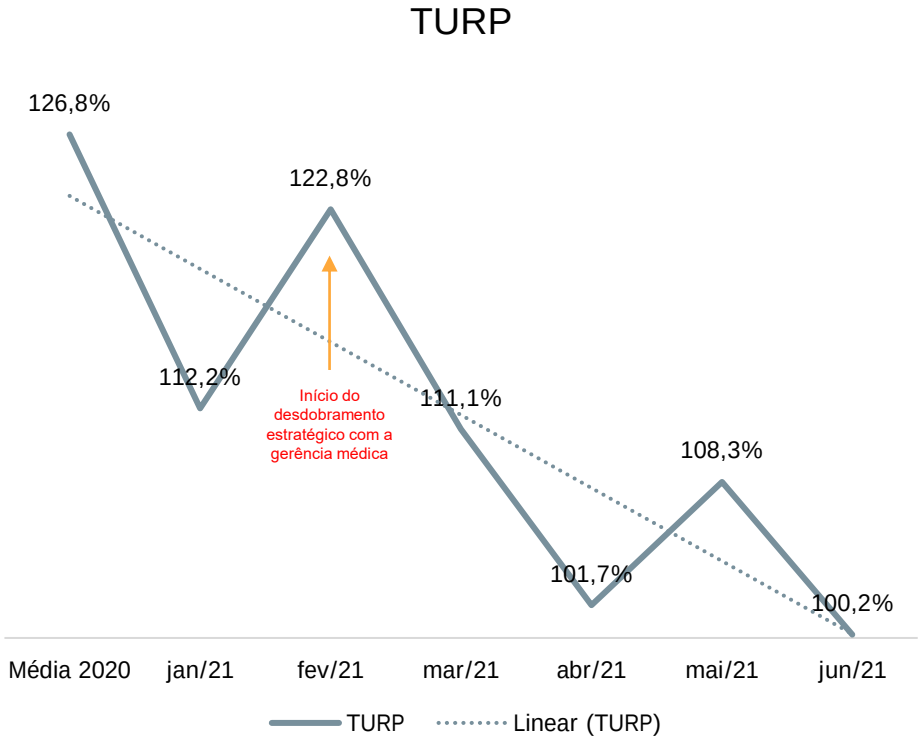


Gráfico evolutivo do TURP global – média de permanência realizado / média de permanência prevista. Como comparativo, apresentada série histórica de 2020 e janeiro de 2021, seguida pelo período de atuação da gerência médica na gestão do corpo clínico através do desdobramento estratégico.

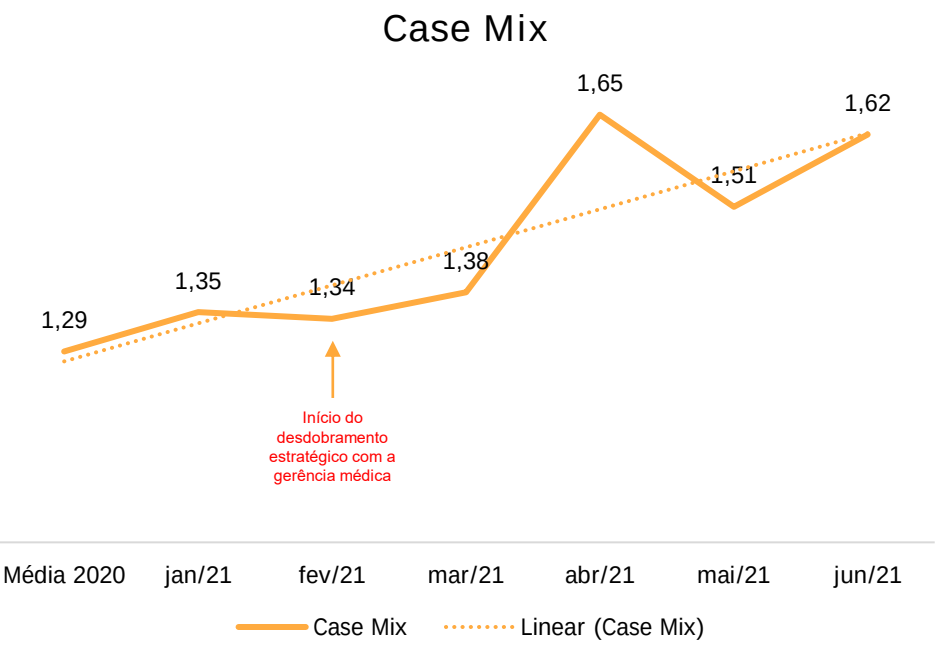


Gráfico evolutivo do Case-Mix – complexidade assistencial. Como comparativo, apresentada série histórica de 2020 e janeiro de 2021, seguida pelo período de atuação da gerência médica na gestão do corpo clínico através do desdobramento estratégico

CONCLUSÕES

O desdobramento estratégico com o corpo clínico tem sido uma importante ferramenta de ligação entre a administração/diretoria e o corpo clínico, trazendo transparência, corresponsabilidade e reconhecimento da equipe médica. Como desafios para o futuro está a capilarização para todas as equipes e o incremento de novos indicadores.

REFERÊNCIAS

- Couto R, Impacto da ausência de indicadores de qualidade na prestação de serviços de saúde no Brasil. São Paulo, IESS, s/ data;
- Kaplan RS, Norton DP. A estratégia em ação: balanced scorecard. 4ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997

GESTÃO PRAGMÁTICA DO CORPO CLÍNICO: FATORES CONTINGENCIAIS QUE INFLUENCIAM RESULTADOS

Vinícius P. Souza, Rodrigo Baroni de Carvalho, Lara Salvador Géo

INTRODUÇÃO

Uma gestão pragmática do corpo clínico, orientada por resultados e indicadores de excelência é complexa em uma organização hospitalar. Inúmeros desafios relacionam-se ao volume, velocidade e fragmentação do conhecimento em saúde, identidade e idiossincrasias dos profissionais, especialidades e áreas do conhecimento, variabilidade na tomada de decisão, custos, acesso à informação e desenvolvimento tecnológico. Uma visão holística e integral deste processo articula múltiplas dimensões como capacidade absortiva, construção de sentido, criação de conhecimento e tomada de decisão, alicerçadas em sólida base de tecnologia da informação e governança clínica. Tal modelo foi publicado por Souza, Baroni, Choo *et al.* em 2021 (Figura 1), evidenciando uma visão holística deste processo. Mas, quais os fatores contingenciais que podem influenciar a execução deste modelo? Quais são os fatores que atuando perifericamente no modelo fazem esta roda girar? O objetivo desta pesquisa consiste em identificar os fatores críticos que afetam o modelo integrativo de gestão do corpo clínico, aplicada ao contexto específico do corpo médico de uma rede hospitalar privada de saúde.

METODOLOGIA

Adotou-se uma estratégia de pesquisa qualitativa pelo método do estudo de caso exploratório, realizada na Rede Mater Dei de Saúde - organização hospitalar privada acreditada em nível 3 pela *Joint Comission International* - JCI. A metodologia de pesquisa contemplou coleta e análise de múltiplas fontes de evidência, como relatórios e dados de indicadores gerenciais e assistenciais, publicações da Rede para o corpo clínico e informações disponíveis na internet. Foram realizadas entrevistas em profundidade gravadas com 16 profissionais corporativos de vários níveis hierárquicos dentro da organização - coordenadores de equipes médicas, gerentes administrativos, coordenadores de enfermagem de áreas assistenciais e membros da alta administração. Realizada transcrição das entrevistas com posterior categorização de dados e análise com NVivo versão 11.

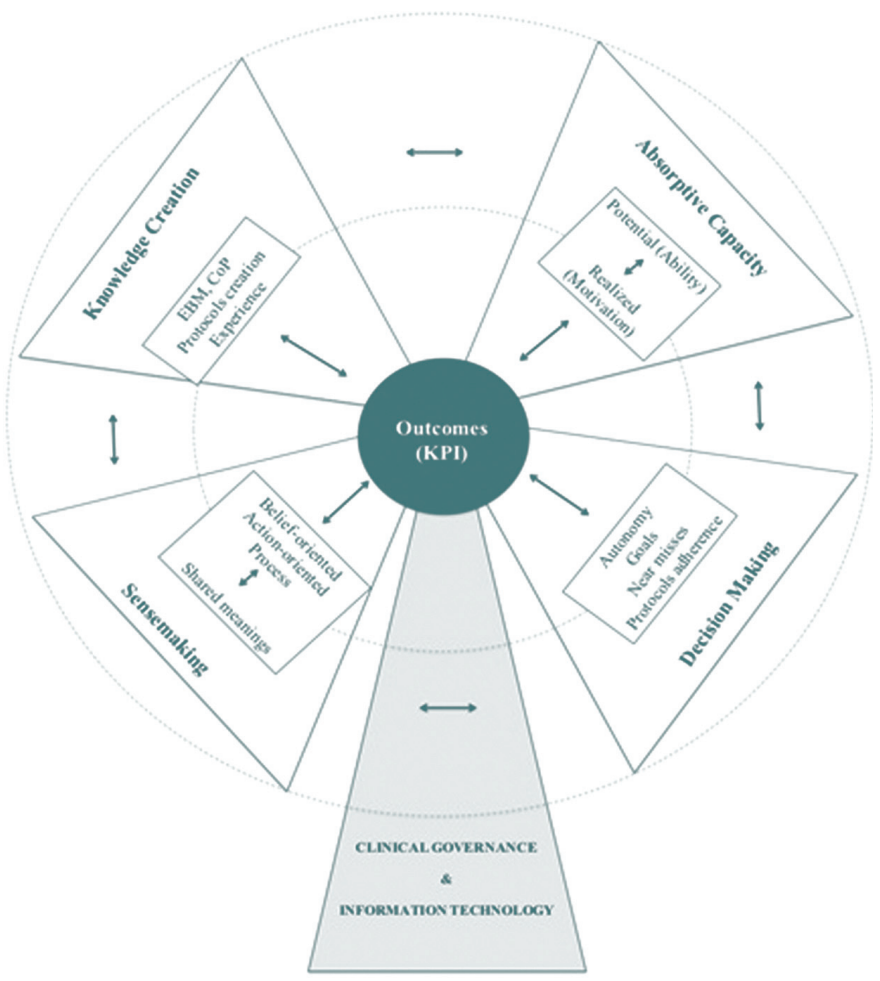


Figura 1 - Modelo Integrativo para a gestão do conhecimento em saúde com foco na melhoria de resultados. Souza VP, Baroni RC, Choo CW - JKM 2021.

RESULTADOS

Gestão estratégica de recursos humanos (GERH), conhecimento externo, inovação e lideranças foram identificados como fatores contingenciais críticos para a articulação das diferentes dimensões associadas ao modelo integrativo de gestão do corpo clínico. Tais variáveis modulam e podem fomentar ou inibir a interação entre capacidade absortiva, criação de conhecimento, tomada de decisão e construção de sentido, influenciando a busca e a orientação por resultados em um processo dinâmico ao longo do tempo (Figura 2).

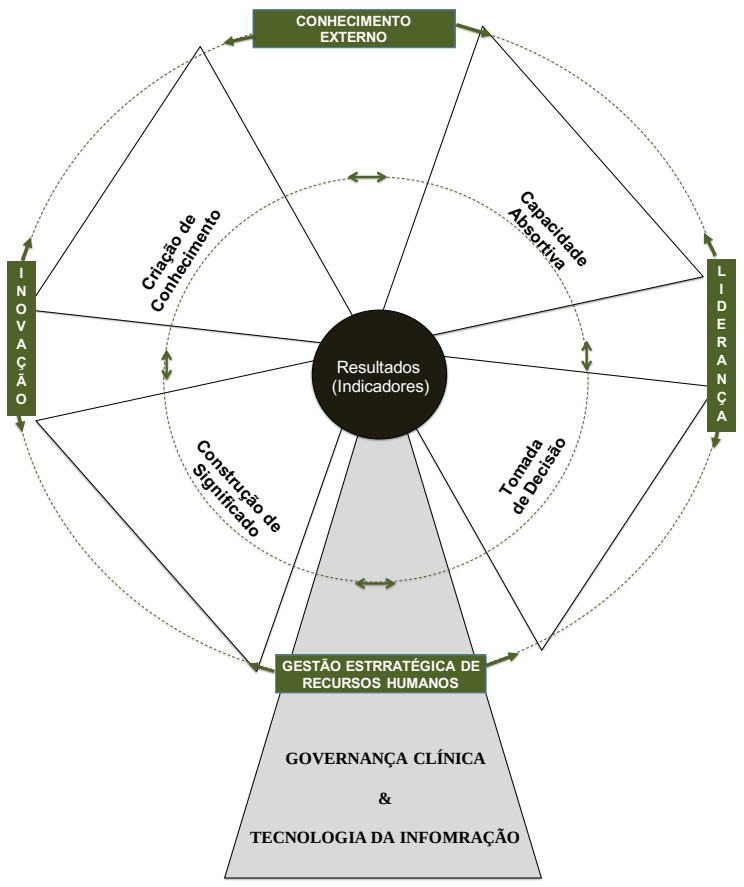


Figura 2 -Fatores contingenciais que fazem girar o Modelo Integrativo de Gestão do Conhecimento em uma Rede privada de saúde.

- **GERH:** alinha políticas e práticas do corpo clínico com o nível estratégico da organização, conduzindo-o na personalização da assistência. A Rede Mater Dei desenvolve a análise crítica de indicadores e resultados clínico-assistenciais, sendo esta análise realizada nos níveis estratégico, gerência média e operacional, com o desenvolvimento de planos de ação alinhados com a proposta de valor da Rede.
- **Conhecimento Externo:** retirou profissionais da zona de conforto, promovendo pela busca e análise do ambiente alterações na estrutura e na estratégia, que resultaram em novos modelos assistenciais, como o Hospital Integrado do Câncer: ‘‘...trabalhávamos com especialistas de todas as áreas. Integramos o atendimento do paciente oncológico, com interação ativa entre os profissionais... ”.
- **Inovação:** resultou em melhorias incrementais de processos com a análise sistemática de indicadores com equipes assistencias e administrativas, e projetos disruptivos, como o ‘’Mais Saúde’’, que evidenciou melhoria de desfechos de longo prazo.
- **Lideranças: ‘’...** podem ser formais ou informais’’, contribuem para alavancar projetos e desenvolver pessoas. Comportamentos meramente punitivos não geram contexto capacitante para a melhoria de resultados.

CONCLUSÕES

A melhoria de resultados em Saúde implica na articulação e integração de variáveis e construtos ao longo do tempo, em um processo dinâmico de configuração e reconfiguração dos recursos da organização. Simples ajustes de metas não são suficientes. O modelo proposto fornece uma visão holística e integradora para administradores, gestores e profissionais de saúde, a fim de estruturar uma gestão do corpo clínico pragmática, orientada a resultados.

REFERÊNCIAS

Souza VP, Baroni RC, Choo CW, *et al*. – Knowledge management in healthcare: an integrative and result-driven clinical staff management model – Journal of Knowledge Management 2021,25(5):1241-1262. Disponível em https://doi.org/10.1108/JKM-05-2020-0392.
Choo CW – The Knowing Organization 2003.

Grupo de Referência em Diabetes: repensando o cuidado com perspectivas em melhorias futuras.

Aline Alves de Oliveira Küch, Camila Freitas Gambim, Elisandra Leites Pinheiro, Vanessa Favero.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma enfermidade, que se caracteriza pelo aumento da glicemia presente no sangue. É estimado que o Brasil passe da 8a posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6a posição, 11,3%, em 2030 (Brasil,2013). O processo de educação em DM, reduz as complicações e consequentemente melhora a qualidade de vida dos pacientes, por este motivo observou-se a necessidade da reestruturação do grupo de DM na instituição.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a reestruturação e o dia "D" do grupo DM. Primeiramente, conversou-se com as equipes sobre dúvidas no atendimento ao paciente diabético, administração de insulinas e hipoglicemiantes orais. Num segundo momento, revisou-se protocolos assistenciais direcionados a este paciente. Após, identificou-se os pacientes diabéticos, os motivos das internações, e a qualidade dos registros no atendimento bem como toda a assistência prestada. A ação se repete mensalmente num processo constante de orientação e avaliação.

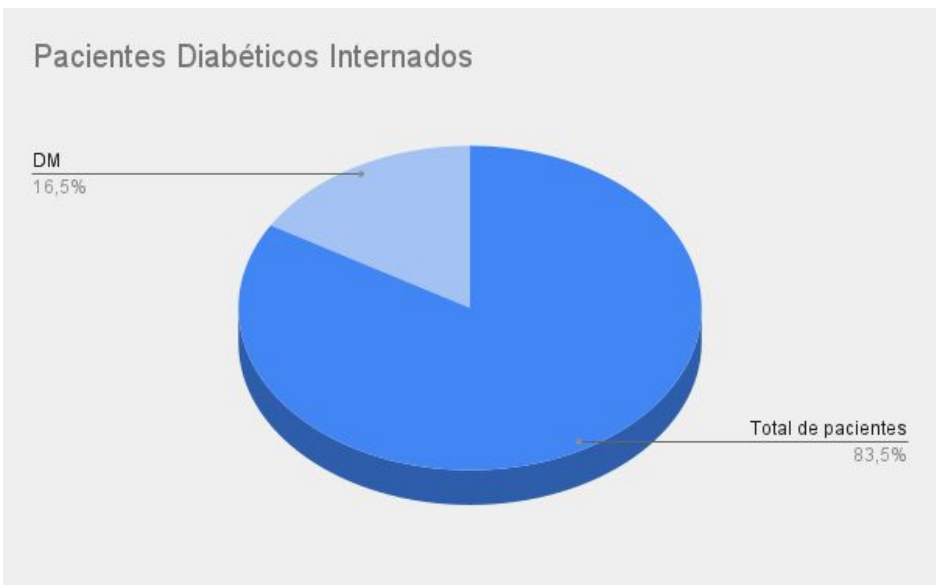
Grupo de Diabetes do Hospital Moinhos de Vento - envolvidos nas ações e coleta de dados.

Integrantes do Grupo de Diabetes - orientação lúdica para as equipes.

RESULTADOS

A conversa com as equipes de enfermagem diagnosticou dúvidas quanto as prescrições de insulina fixa ou conforme esquema de glicemia, bem como necessidades de registros no controle assistencial. Em comparação com os dias "D" subsequentes, percebemos melhora gradativa nos registros, cuidados e desempenho das equipes com o cliente portador de DM. Foram avaliados nos 5 meses de ações 1.609 pacientes, destes 318 diabéticos. O trabalho do grupo evidenciou uma melhora significativa no registro de inconformidades nos prontuários, sendo que no primeiro mês tínhamos 32,7% melhorando para 9,4% a qualidade dos mesmos.

Coleta de dados: Nos primeiros dois meses avaliamos apenas as Unidades de Internação e nos demais todas as Unidades (CTI, Maternidade, etc.)



Amostra de pacientes avaliados: Internados x Diabéticos

CONCLUSÕES

A reestruturação do grupo de DM com ações educativas e melhorias dos protocolos na instituição, está sendo fundamental para uma assistência qualificada englobando todas as necessidades e minimizando os problemas relacionados ao paciente portador de DM. A educação ao paciente durante a internação, motiva o mesmo, junto a família, a participar do processo de melhoria e controle metabólico com seguimento desse cuidado após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. S.; SHIOMATSU, G. Y.; NINOMIYA. V. Y.; CARVALHO, R. T. Por Que Os Diabéticos Fazem Parte Do Grupo De Risco Da Covid-19. Secretaria do Estado de Minas Gerais. 2020. Disponível em: Acesso em: 30.04.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

GRUPOS ASSISTENCIAIS DE REFERÊNCIA: INOVAÇÃO E PROTAGONISMO NO CENÁRIO DA PANDEMIA COVID - 19

Elisandra Leites Pinheiro; Bruna Correa Lopes; Lidiane Miranda; Daiane Cunha

INTRODUÇÃO

Grupos assistenciais de referência são formados por equipes multidisciplinares, engajadas e de alta performance com o objetivo de replicar as melhores práticas a toda equipe assistencial. Novas estratégias para continuar fornecendo capacitações as equipes foi fundamental durante a pandemia pela Covid-19.

OBJETIVO

Descrever a inovação e o protagonismo das supervisoras de enfermagem frente às equipes assistenciais diante do cenário atual.

METODOLOGIA

Relato de experiência, vivenciado por supervisoras de enfermagem das unidades de internação na gestão de estratégias nos grupos de assistenciais de referência. Como novas formas de ferramentas utilizou-se treinamentos in loco e EAD, lives, aulas online, treinamentos e reuniões através de uma plataforma virtual de comunicação, participações em congressos, simpósios e seminários, criação de workshops, mantendo medidas de segurança e distanciamento.

RESULTADOS

Observamos o fortalecimento das equipes e o envolvimento dos novos colaboradores, fazendo com que se sintam parte da instituição e dos processos. Abaixo são ilustradas alguns painéis com indicadores e resultados de acordo com cada grupo assistencial de referência.

Painéis de resultados dos grupos de referencias.

CONCLUSÃO

Os grupos de referência tem um papel fundamental na manutenção dos resultados, engajamento das equipes e continuidade dos treinamentos e capacitações

REFERÊNCIAS

Referências: JOURNAL OF AGING AND INNOVATION, DEZEMBRO, 2018, 7 (3) ISSN: 2182-696X. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/>. Acesso em: 28 de abril de 2021.

HORA SEGURA: ABORDAGEM POSITIVA PARA AVALIAÇÃO DE RISCOS COM FOCO NA SEGURANÇA

Mileide Inacio Arruda Xavier, Nayara Pinheiro Ribeiro Freitas, Eliane Alves de Andrade, Patricia Andrade Costa Santos

INTRODUÇÃO

A Segurança do Trabalho atua na prevenção de riscos ocupacionais e acidentes relacionados ao trabalhador, proporcionando um ambiente laboral saudável. Mediante a necessidade de conscientização da equipe e ações constantes de segurança e prevenção de acidentes, foi implementada a "**Hora Segura"**, um momento específico de inspeção de segurança com objetivo de detectar e corrigir desvios, assim como gerar compromisso através de uma liderança visível e um comportamento seguro.

METODOLOGIA

A Hora Segura é realizada semanalmente, com data e horário específico, onde o supervisor e um membro da Segurança do Trabalho, identificados com um colete específico, dedicam um tempo exclusivo para ir em suas áreas operacionais e realizar uma inspeção focada na segurança. Utilizam um check-list estruturado, focando nos riscos com maior incidência. Além disso, é um momento ideal do líder realizar uma auditoria comportamental e na estrutura física da área, envolvendo os colaboradores no processo de segurança, demonstrando seu exemplo pessoal e engajando a equipe na busca do acidente zero. Os registros da Hora Segura são lançados em uma ferramenta de gestão pela área responsável. Os eventos de não conformidades apontadas são tratadas através de um plano de ação corretivo e as conformidades são registradas em um plano de ação preventivo para acompanhamento. Todos os dados são apresentados mensalmente para a direção da instituição.

Fonte: Imagem Ilustrativa do Programa Hora Segura, iniciado em Janeiro de 2021 na Fundação São Francisco Xavier.

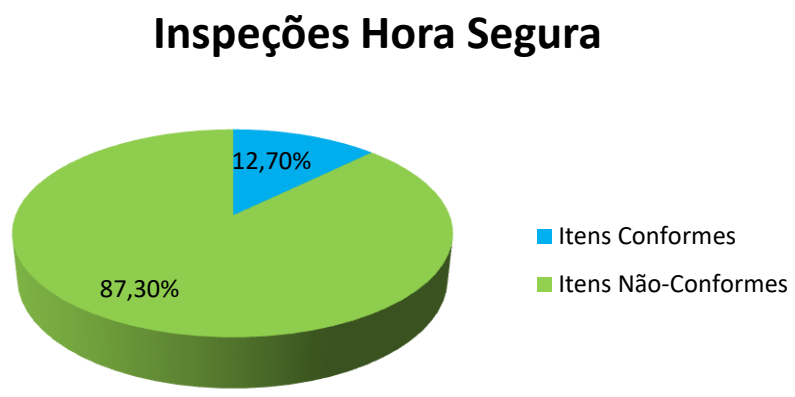
Figura 1: Inspeção da Hora Segura realizada na Unidade de Internação – 5° Andar pela Supervisora e Técnico de Segurança HMC/FSFX.

Imagem arquivo institucional: Programa Hora Segura, 2021.

RESULTADOS

O projeto iniciou-se em janeiro/2021 e até o mês de junho/2021 foram realizadas 260 inspeções, sendo 4.017 itens avaliados, apresentando 87,30% de itens conformes e 12,7% de não conformidades, que são tratados pontualmente.

Gráfico 1: Percentual de Itens Conformes e Não-Conformes das inspeções realizadas de Janeiro a Junho de 2021.



Fonte: Dados do sistema interno da segurança do trabalho da FSFX, 2021.

CHECK LIST HORA SEGURA			FSFX
Setor:	Ramal:		
Coordenador:	Matrícula:		
Responsável pela avaliação:			
PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO			
	SIM	NÃO	NA
Existem produtos inflamáveis no processo?			
Os locais de estocagem estão sinalizados contra o risco de perigo?			
Os extintores, hidrantes e chuveiros automáticos (sprinklers) estão desobstruídos?			
Possui sinalização de segurança, inclusive com telefones de emergência?			
O local de estocagem dos produtos inflamáveis, possui proteção contra incêndio?			
Outros:			
COMPORTAMENTAL			
	SIM	NÃO	NA
Os empregados utilizam EPIs de acordo com o risco de exposição?			
As medidas de prevenção contra COVID estão sendo utilizadas?			
Os EPIs utilizados estão em bom estado de conservação?			
Os trabalhadores sabem de que forma podem reportar possíveis falhas de segurança e acidentes a seus superiores?			
A conduta dos funcionários (postura, respeito ao procedimento, etc) diante da atividade esta adequada?			
Outros:			
INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS			
	SIM	NÃO	NA
Ambientes encontram-se organizados?			
As instalações que apresentam risco, estão sinalizadas e bloqueadas contra acesso de pessoas ?			
Máquinas e equipamentos estão em boas condições de uso?			
O local destinado a guarda de equipamentos de uso e/ou acesso restrito tem controle de acesso?			
O ambiente de trabalho passa por inspeções regulares?			
O local para execução da atividade está adequado ergonomicamente?			
Outros:			
MEIO AMBIENTE			
	SIM	NÃO	NA
A destinação dos resíduos está de acordo com o PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde?			
A caixa coletora está posicionada em local adequado?			
As instalações hidrossanitárias estão em perfeitas condições de uso e sem vazamentos?			
As lixeiras estão integras e dentro do seu limite de capacidade?			
Outros:			
AÇÕES PARA AS CORREÇÕES DOS DESVIOS ENCONTRADOS			

Check List estruturado aplicado no momento da inspeção de Hora Segura.

CONCLUSÕES

Com a implantação do Programa de Hora Segura percebe-se o fortalecimento da cultura de segurança nas rotinas dos profissionais. Essa ação veio reforçar cada vez mais a importância do tema na instituição.

REFERÊNCIAS

Dados internos da Segurança do Trabalho retirados do Geplanes (Ferramenta do Sistema de Gestão da Qualidade) do Hospital Márcio Cunha/Fundação São Francisco Xavier

HUDDLE DE SEGURANÇA: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO APLICADA À SAÚDE.

Clarissa Cristina dos Reis Borges; Elisa Amaral de Melo; Mauro Moraes de Araújo Gonçalves; Pedro Henrique Franco Matos; Ricardo Braga Coelho

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção multiprofissional tem base na gestão compartilhada das ações assistenciais que impactam no cuidado de pacientes hospitalizados. No contexto da abertura de um hospital geral de 250 leitos a implantação da prática do encontro multiprofissional no início do ciclo de trabalho chamado “Huddle de segurança do paciente” unifica decisões, organiza estratégias e otimiza o trabalho multiprofissional.

METODOLOGIA

Encontro breve da equipe assistencial de até 10 (dez) minutos no início dos plantões (diurno e noturno) incluindo o preenchimento de questionário com a identificação de time de resposta rápida responsável pelo turno e 8 (oito) questões relacionadas às esferas descritas acima. O questionário foi desenvolvido adaptando modelos da literatura médica à realidade do serviço com a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e farmácia) e passou por revisões a partir das considerações do grupo. Os resultados são reportados a gestão superior com periodicidade mensal.

HUDDLE DE SEGURANÇA DO PACIENTE
UNIDADE DE INTERNAÇÃO

DATA: _____/_____/_____ INÍCIO: TÉRMINO: LOCAL:

Time de Resposta Rápida: ENF1 ENF2 TEC1 TEC2 TEC3

MED (tel) FISIO (tel)

Questionamentos		Quais	Ação	Responsável
1 - Alta prevista durante turno de trabalho?	( ) SIM ( ) NÃO			
2 - Paciente (ou familiar) preocupado, críticos ou instável?	( ) SIM ( ) NÃO			
3 - Estamos com terapias, procedimentos, protocolos ou dispositivos de alto risco ou não habituais?	( ) SIM ( ) NÃO			
4 - Programação de Procedimentos Invasivos (cirurgia / exames)?	( ) SIM ( ) NÃO			
5 - Houve a ocorrência de procedimentos invasivos não planejados ou situações de emergências nas ultimas 12h?	( ) SIM ( ) NÃO			
6 - Incidentes em Saúde nas ultimas 12h (Evento adverso sem dano, Evento adverso com dano leve, moderado ou grave, Near Miss ?	( ) SIM ( ) NÃO			
7 - Temos o que precisamos (estrutura/equipamentos/materiais) para oferecer o atendimento seguro?	( ) SIM ( ) NÃO			

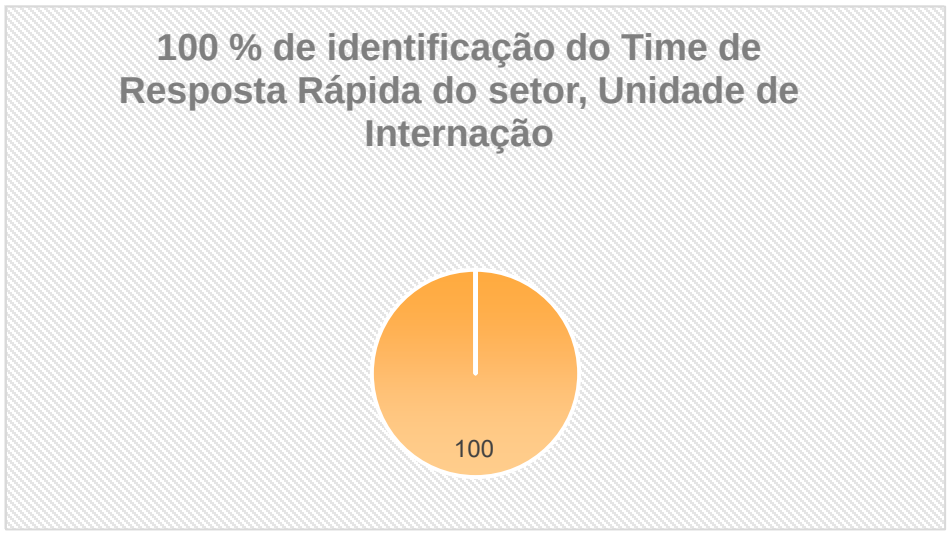
Ass:_____

Formulário do Huddle de Segurança

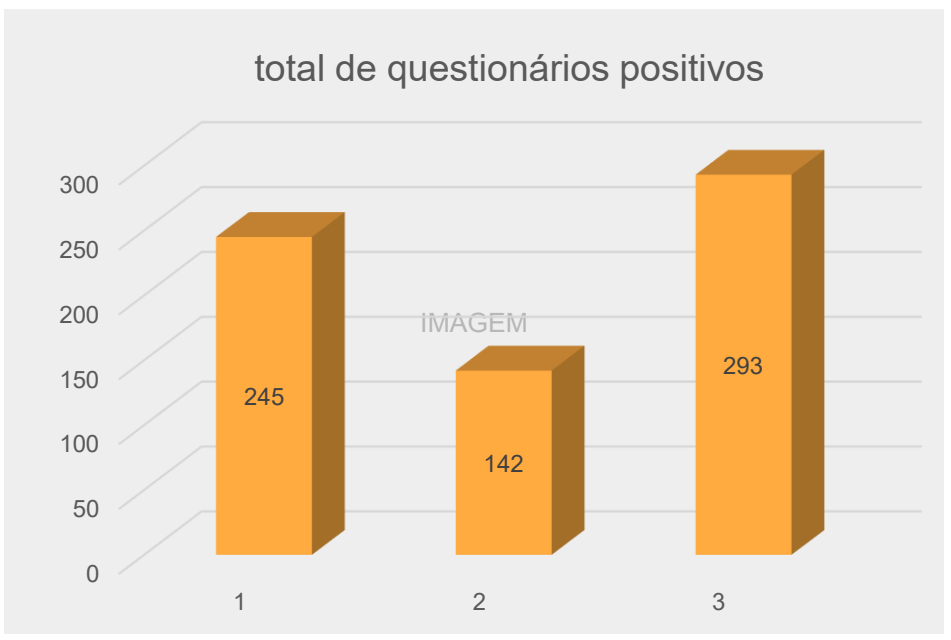
Formulário do Huddle de Segurança no sistema de qualidade da instituição.

RESULTADOS

Foram realizados 978 questionários no período de Novembro 2020 a Julho 2021 nos 4 (quatro) postos de enfermagem da unidade de internação com identificação do time de resposta rápida incluindo o médico, enfermeiro e fisioterapeuta em 100% das respostas. Identificados 245 (25,05%) situações de pacientes e/ou familiares preocupados ou em momento de gravidade clínica, 142 (14,51%) eventos relacionados a gestão de risco assistencial, 293 (29,95%) inconsistências estruturais.



100 % de identificação do Time de Resposta Rápida no setor durante a realização do huddle de segurança.



Total de questionários com respostas positivas nos 3 domínios avaliados

CONCLUSÕES

O huddle de segurança do paciente é uma ferramenta de gestão utilizada para rastreio de oportunidades de melhorias com agilidade e eficiência. Na ocasião da abertura de um serviço de alta complexidade pode ser de fundamental importância para organização e desenvolvimento do processo de trabalho sendo considerado em nossa instituição uma boa prática assistencial.

REFERÊNCIAS

Poadi SUS – huddle de segurança do paciente em UTI

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE HOSPITALIDADE

Bárbara Rech, Jorge Luz, Juliana Cardozo Fernandes, Patrícia Griebler

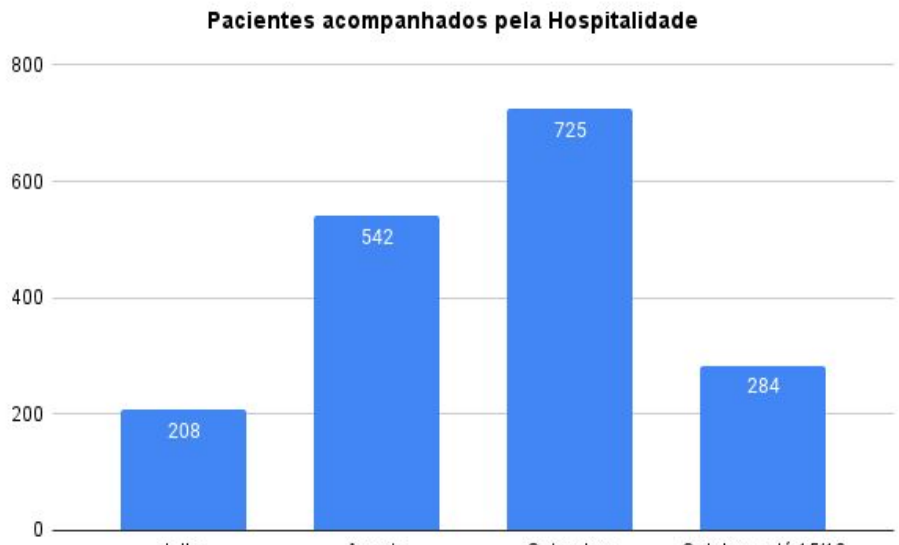
INTRODUÇÃO

Quando pensamos em hospitalização e ao imaginarmo-nos em situação de dor, sofrimento ou desconforto, nos questionamos, quase instantaneamente, aonde buscar ajuda. É natural do ser humano, sofrer ou ser acometido por algum problema patológico, muitas das vezes o simples gesto de suspeitar que está doente, já desencadeia um sinal de alerta e nos remete quase que impulsivamente a figura do hospital como o lugar ideal para resolver nossos problemas. Com a intenção de se tornar cada vez mais esse lugar ideal, implantamos o Serviço de Hospitalidade, que visa proporcionar uma experiência de hospitalização exclusiva e individualizada marcada pelo acolhimento humanizado. E ao falar em humanização entendemos a importância de compreender e ouvir as necessidades e relatos dos pacientes com respeito, empatia e segurança.

METODOLOGIA

Acompanhamento de 1,759 pacientes internados nos últimos 3 meses, sendo de diferentes setores de internação, tais como, neurologia, ortopedia e traumatologia, oncologia, pneumologia incluindo covid-19 positivo, dentre outros. Atendimentos realizados à beira-leito diariamente, com intenção de colocar-se a disposição, escutando e acolhendo suas demandas e suas necessidades, realizando a interface entre as áreas mencionadas, buscando a resolução imediata dos problemas mencionados minimizando deste modo, o descontentamento do cliente.

Também é realizado o acolhimento desde a entrada do hospital até o destino do paciente/familiares, onde o concierge realiza o primeiro atendimento no hall principal da Instituição auxiliando com suas bagagens e/ou cadeira de rodas.

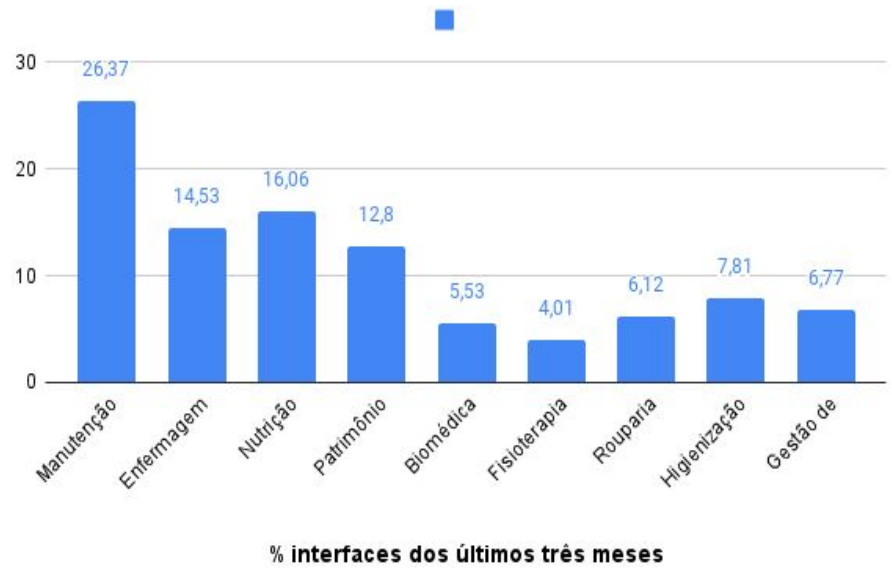


Total de pacientes acompanhados diáriamente pelo serviço de Hospitalidade a beira-leito.

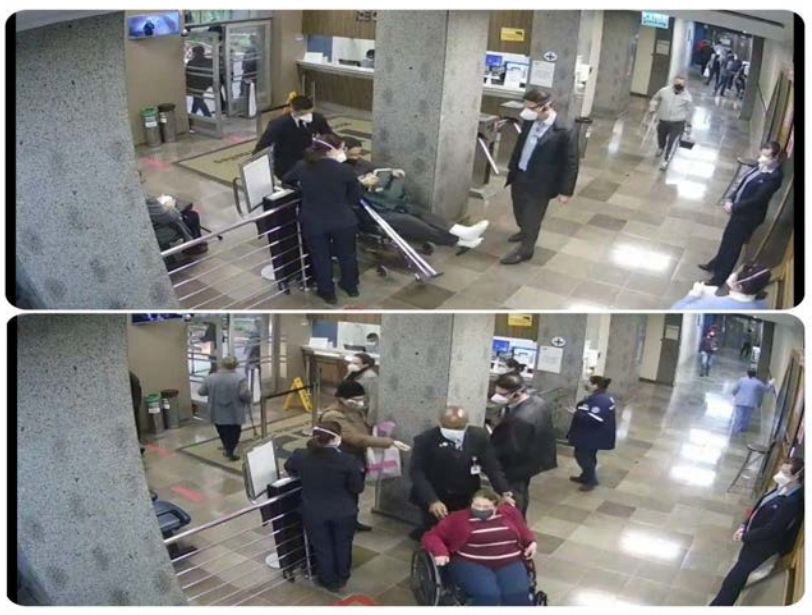
Acolhimento de pacientes e familiares na chegada ao Hospital.

RESULTADOS

A intenção de acompanhar o paciente durante a internação é dar "voz" ao mesmo, escutando-o atentamente com empatia e respeito, recebendo suas necessidades de caráter não assistencial e realizar a interface entre as diferentes áreas do Hospital, no decorrer dos últimos 3 meses foram realizados 1,759 acompanhamentos nos quais surgiram diversas demandas, que correspondem a 26% manutenções em geral, 16% nutrição, 14% enfermagem, as quais foram solucionadas após a contato com as áreas. Deste modo, resgatando a confiança do paciente para com a Instituição.



Principais demandas encontradas durante as visitas aos pacientes.



Diferentes equipes do hospital auxiliando pacientes com dificuldes de deambulação.

CONCLUSÕES

A experiência vivida por pacientes e familiares, durante a internação Hospitalar é de extrema importância para Instituição, o serviço de Hospitalidade, através de uma busca ativa, oferece aos clientes um canal de resolução imediata de suas demandas, fazendo que o cliente sinta-se acolhido, recebido, aceito, abrigado, amparado e protegido durante a internação, evitando assim que sua hospitalização signifique uma exclusão da sua vida cotidiana.

Deste modo, a hospitalidade, visa contribuir para o incremento da experiência e satisfação de nossos clientes.

REFERÊNCIAS

BOEGER, Marcelo Assad. Gestão em hotelaria hospitalar. São Paulo: Atlas, 2003.
DENCKER, Ada de Freitas Maneti; BUENO, Marielys Siqueira. Hospitalidade: cenários e oportunidades. São Paulo: Thomson, 2003
GODOI, Adalto Felix de. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais. São Paulo: Ícone, 2004.

IMPACTO DA AUTOMAÇÃO DO ESTOQUE PERIFÉRICO DA UTI DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE GRANDE PORTE

Roberta Alexandra Alves, Celso Ricardo dos Santos, Aline Marques Araujo e Renata Ferreira

INTRODUÇÃO

O dispensário eletrônico permite monitorar em tempo real o estoque periférico de materiais e medicamentos, com eficiência, qualidade e segurança, disponibilizando os insumos diretamente na unidade, otimizando o tempo da equipe assistencial e recursos financeiros. Este trabalho teve como objetivo automatizar a dispensação de materiais médicos hospitalares descartáveis, permitindo melhorias na assistência ao paciente, monitoria do estoque e otimização dos recursos.

METODOLOGIA

No período de junho de 2019 a janeiro de 2020, para a implantação do processo de automação no atendimento de insumos, foi criado um grupo de trabalho com representantes de Suprimentos, Enfermagem, Fisioterapia e Informática. Realizou-se benchmarking com outras instituições parceiras, foi realizado um processo licitatório para aquisição dos dispensários eletrônicos e vistoria nas UTI´s. Definiu-se junto a Engenharia o local e estrutura necessária para a instalação dos equipamentos. Após a finalização do processo de compra, realizou-se a avaliação do elenco utilizado na UTI considerando consumo, valor e espaço físico do dispensário. Definiu-se estoque mínimo e máximo, cronograma de reposição para assegurar os insumos 24horas/dia e perfil de usuários de acordo com a função. Efetuou-se treinamento para cadastro dos materiais, abastecimento e dispensação. Estabeleceu-se o plano de contingência para a manutenção do atendimento em caso de falhas do equipamento e falta de energia elétrica.

Fig.1 – Treinamento para a equipe assistencial.

Fig.2 - Acondicionamento dos materiais médicos hospitalares no dispensário eletrônico.

RESULTADOS

Após a automação da UTI, o Suprimentos passou a ter visibilidade do estoque periférico e do consumo em tempo real, o que permitiu manter no dispensário 72 horas de cobertura de estoque. Identificou-se a redução de 92,5% (24) do número de solicitações mensais e 41,25% (23.500) da quantidade de unidades distribuídas/mês.

Houve o treinamento de 239 profissionais da enfermagem, fisioterapia, suprimentos e informática. Após o início da dispensação de materiais médicos hospitalares de forma automatizada, identificou-se também a redução de consumo médio mensal valorado de 83% (R$56.871,24).

Outros pontos relevantes relacionados a implantação dos dispensários eletrônicos na UTI foram: a eliminação de notificação de incidentes relacionados a ruptura de estoque, sendo que já havíamos recebido 15 ocorrências e a melhoria na comunicação entre as áreas envolvidas, reduzindo conflitos.

Fig.3 - Relatório de movimentação de material médico.

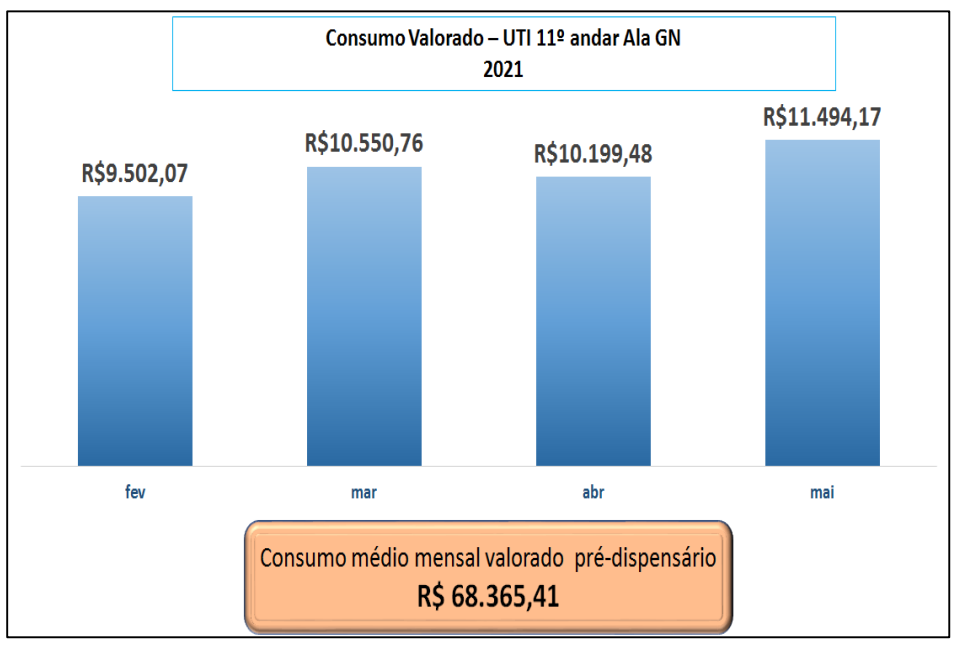


Fig.4 – Consumo valorado.

CONCLUSÕES

Com a implantação da automação do estoque da UTI otimizou-se recursos financeiros e melhoria no controle do estoque devido a visibilidade em tempo real das movimentações. Identificou-se a necessidade de uma equipe dedicada para a gestão dos processos dos estoques automatizados.

Desta forma atingimos a eficiência, eficácia e a efetividade almejada no início do projeto de automação.

REFERÊNCIAS

CAPELLI, Alexandre. Automação industrial: controle do movimento e processos. contínuos. 2. ed. São Paulo, SP: Érica, 2007.

IMPLANTAÇÃO DA HORA DO ÁLCOOL NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Patricia Andrade Costa Santos, Eliane Alves de Andrade, Mileide Inacio Arruda Xavier e Nayara Pinheiro Ribeiro Freitas.

INTRODUÇÃO

Em virtude dos desafios da redução de infecção hospitalar em tempos de pandemia, onde a mudança de perfil dos pacientes internados, com várias comorbidades agravadas pelas complicações da covid-19 tornou este perfil mais susceptível ao desenvolvimento de infecção hospitalar, foi-se necessária à elaboração de estratégia inovadora que estimulasse a participação efetiva da equipe assistencial, pacientes e acompanhantes. Com base neste pensamento, foi estabelecido na unidade de internação a **"Hora do Álcool"**, objetivando assegurar a corresponsabilidade de todos com as boas práticas que fortaleçam a cultura da redução de eventos infecciosos no âmbito hospitalar.

METODOLOGIA

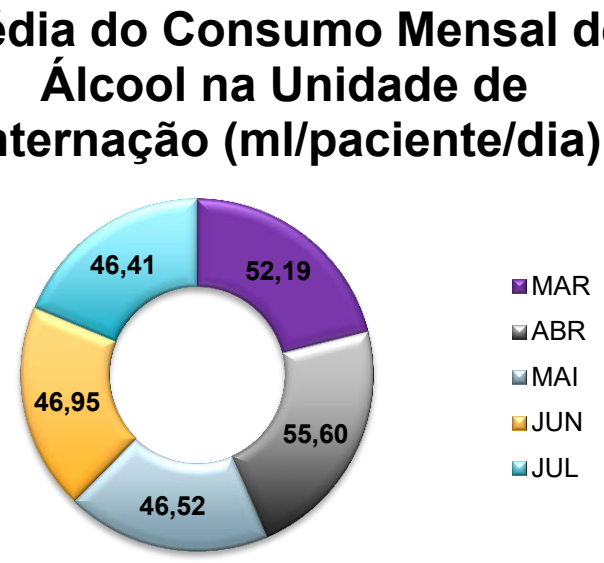
A Hora do Álcool consiste da abordagem humanizada, dinâmica e de caráter educativo, direcionada aos clientes internos e externos, onde é trabalhado a técnica correta e os momentos importantes da higienização das mãos.

Execução da Hora do Álcool realizada na Unidade de Internação.

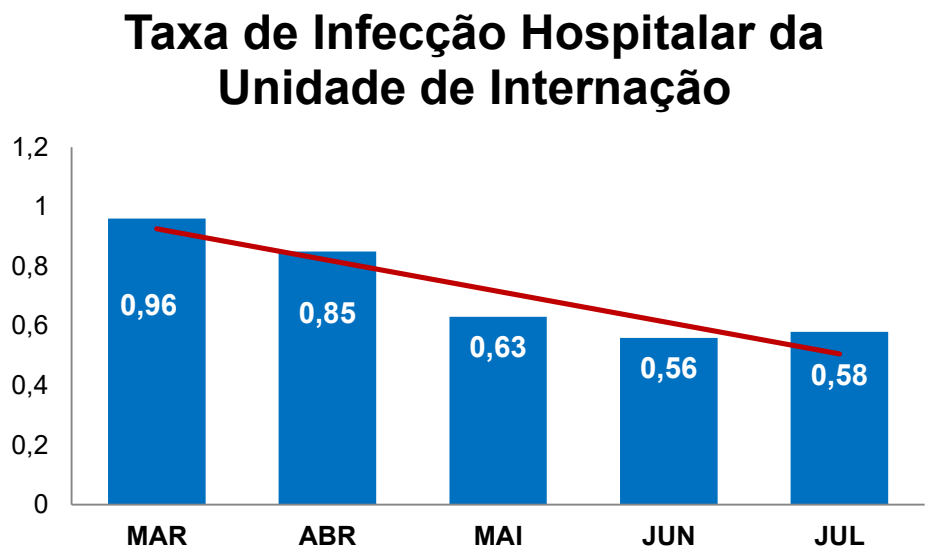
Envolvimento da equipe multidisciplinar na difusão da cultura da higienização das mãos.

RESULTADOS

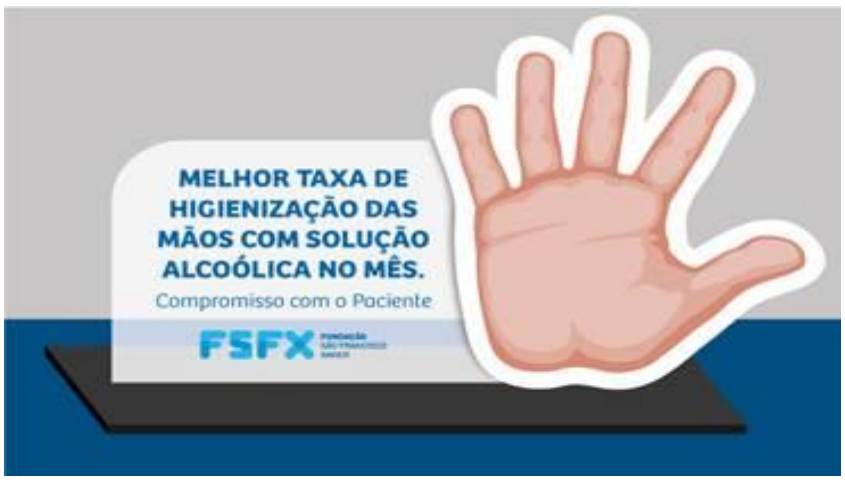
Após adotar tal prática, identificado um aumento da adesão ao processo de higienização das mãos pelos clientes internos e externos, evidenciado através da taxa de consumo de álcool na unidade de internação, consequentemente, observa-se uma redução significativa da taxa de infecção hospitalar a partir da implantação em março/2021.



Média mensal do consumo mensal em ml por paciente/ dia na unidade de internação de Março à Julho de 2021.



Taxa de infecção hospitalar na unidade de internação de Março à Julho de 2021.



Troféu itinerante "Melhor taxa de higienização das Mãos com Solução alcoólica no mês".

CONCLUSÃO

Além do fortalecimento da cultura de segurança de forma dinâmica, descontraída e participativa, o projeto ainda estimula a competitividade saudável na instituição, onde o setor destaque recebe o troféu itinerante "Melhor taxa de higienização das Mãos com Solução alcoólica no mês", que é repassado mensalmente para a unidade de maior consumo de álcool em gel por paciente/dia durante o mês avaliado. Além disso, essa prática trabalha os 05 momentos da higienização das mãos com a equipe multidisciplinar e pacientes/acompanhantes, fortalecendo a cultura de prevenção de infecção hospitalar.

REFERÊNCIAS

Dados internos da Unidade de Internação e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Márcio Cunha/Fundação São Francisco Xavier. Extraídos da plataforma digital - Núcleo de Informações da FSFX (https://nucleoinformacao.fsfx.com.br/) Acessado em 02/09/2021.

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES SUSTENTÁVEIS PARA GESTÃO DE ÁGUA E ENERGIA EM INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA DE SAÚDE

Thiago Awad Prudente; Eduardo Lins Ferreira de Araújo Neto

INTRODUÇÃO

Engajada pelas alterações ambientais globais ocasionadas pela exploração dos recursos naturais e emissões de gases de efeito estufa, a Santa Casa da Bahia adotou por iniciativa própria ações sustentáveis com foco na eficientização do consumo em diferentes escalas e unidades, visando a correção dos impactos ambientais ocasionados, e a prevenção dos possíveis danos associados a continuidade do problema.

METODOLOGIA

A Santa Casa da Bahia alinhou-se aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU), para estruturação de programas de gestão sustentável para consumo eficiente de água e energia no Hospital Santa Izabel (HSI), com a metodologia PDCA; ou seja, atualização contínua das etapas estratégicas.

Com início em 2017, após diagnóstico inicial de eficiência com ambos insumos, as atividades para a gestão de água e gestão de energia somaram investimento total de R$230.000,00 e de R$2,3 milhões, respectivamente, e atualmente estão divididas em oito etapas estratégicas cada. São elas:

Figura 1: Programa de Gestão Sustentável do consumo de água.

Figura 2: Programa de Gestão Sustentável do consumo de energia.

RESULTADOS

Além do fortalecimento das estratégias de atuação junto ao compromisso internacional ***Race to Zero***, firmado pela Santa Casa da Bahia em 2021, o HSI obteve uma redução geral de 43% no consumo de água, significando uma economia de R$5.000.000,00 acumulados desde 2018. Para 2021, após a conclusão da frente de autossuficiência em água, calcula-se uma economia anual de R$450.000,00.

Já com as iniciativas de gestão de energia, a soma das ações de Iluminação LED, climatização e refrigeração, aquecimento solar e gerenciamento de energia, atingiu uma economia de R$360.000,00/ano. As placas fotovoltaicas para geração de energia elétrica nas unidades satélites geram uma economia anual de R$94.000,00. Já a iniciativa de geração de energia térmica, com conclusão prevista para dezembro de 2021, terá uma economia anual estimada em R$700.000,00.

Além disso, o projeto alcançou uma redução de emissões de GEE na ordem de 74 ton CO_2e/ano (toneladas de dióxido de carbono equivalente por ano).

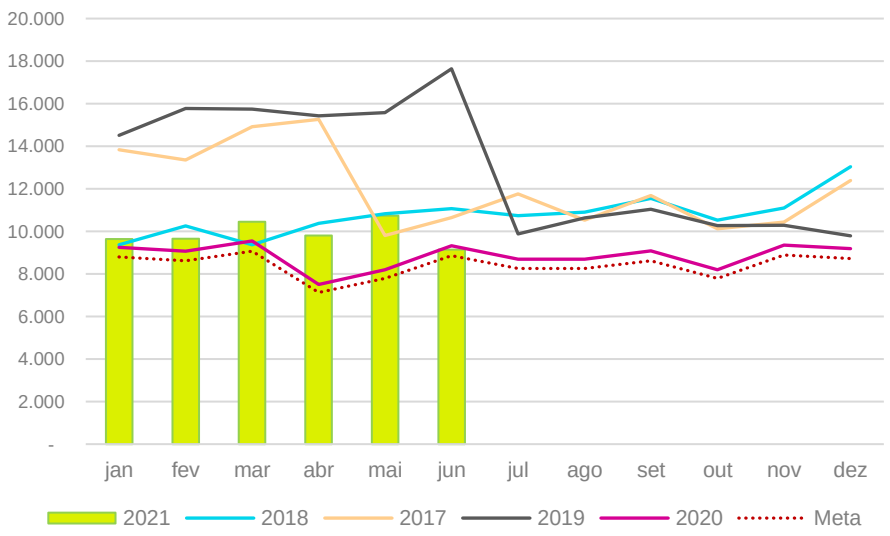


Figura 3: Histórico de consumo de água potável no Hospital Santa Izabel (m^3).

Figuras 4, 5 e 6: Usina Fotovoltaica para autoprodução; Retrofit CAG para automação e ecoeficiência; Medidores setorizados de Energia Elétrica.

CONCLUSÕES

A elaboração e implantação destes sistemas de gestão confirma-se sustentável quando atinge, de forma positiva, os níveis social, ambiental e econômico. Ou seja, além dos ganhos socioambientais, os ganhos financeiros com estas ações são significativos e importantes. No entanto, vale salientar que este é um processo contínuo, onde haverá necessidade de atualizar e retomar algumas etapas para aperfeiçoamento.

Ainda, os programas são adaptáveis a diferentes estruturas de EAS, agindo na difusão da sustentabilidade no setor, e alcance de resultados similares.

REFERÊNCIAS

[1] PRUDENTE, T. A.; ARAÚJO NETO, E. L. F. de. Gerenciamento de água no Hospital Santa Izabel (BA): mapeamento do consumo com foco no controle, redução e identificação de vazamentos. Governo de São Paulo - Prêmio Amigo do Meio Ambiente 2018. São Paulo, 2018. 10 p.
[2] PRUDENTE, T. A.; ARAÚJO NETO, E. L. F. de. Gestão da Energia Elétrica no Hospital Santa Izabel (BA): eficientização do consumo e autogeração renovável. Governo de São Paulo - Prêmio Amigo do Meio Ambiente 2019. São Paulo, 2019. 8 p.

IMPLANTAÇÃO DE PPP (PRÉ PARTO, PARTO E PÓS PARTO) COM FOCO NO ATENDIMENTO DIFERENCIADO DO CLIENTE

Alécio Danilo dos Santos Sol,Anisio Martins Felippe Filho,Paula Abreu Assunção,Priscila Silva Cunha

INTRODUÇÃO

Com a expansão da Rede Mater Dei de Saúde, crescimento exponencial dos serviços assistenciais e aumento da demanda por parto natural humanizado em um ambiente adequado, surgiu a necessidade de criar um espaço de PPP diferenciado para atendimento dos clientes, baseado nas sugestões dos usuários, considerando as premissas estabelecidas pelas normas vigentes, garantindo uma melhor experiência com qualidade e segurança assistencial.

METODOLOGIA

O trabalho consiste na implantação de uma estrutura física de quartos preparados para inclusão do parto humanizado PPP, oferecendo atendimento diferenciado com base nas experiências adquiridas para acolhimento das parturientes e suas famílias em um momento especial, convertendo a impressão de um quarto hospitalar para um ambiente que transmita bem-estar para o paciente, além de segurança e qualidade na assistência.

O projeto de arquitetura elaborado por uma especialista em área hospitalar, propôs solução às necessidades apontados pela equipe multidisciplinar assistencial e relato das experiências das clientes da rede e benchmarking externo. Por se tratar de uma empresa de grande porte, toda reestruturação foi executada pela equipe de Engenharia de Obras e Reformas da Rede empregando as melhores práticas, profissionais e materiais do mercado.

Figura 01: Imagem do posto de enfermagem.
Fonte: Fornecida pela Rede Mater Dei.

Figura 02: Imagem da área de circulação.
Fonte: Fornecida pela Rede Mater Dei

RESULTADOS

O novo espaço dispõe de 18 apartamentos amplos, sendo três suítes com ante-sala, que oferecem maior espaço, privacidade, conforto e possibilidade de decoração temática pelos pais para comemorarem a chegada do(s) bebê(s). As mesmas dão a possibilidade aos pais de optarem pela aquisição do quarto ao lado, tornando-a suíte master. O parto natural (PPP: Pré, Per e Pós parto), quando indicado pelo obstetra, poderá ser realizado nestas suítes ou no andar do Centro Obstétrico.

Disponibilidade de um espaço diferenciado que contempla uma estrutura moderna afastando do aspecto hospitalar com ambientação adequada, controle de luminosidade, conforto térmico e acústico, mobiliário moderno com destaque e versatilidade para cada momento. Apartamentos apropriados para a instalação das banheiras infláveis descartáveis, com um sistema eficiente de abastecimento de água, controle de temperatura, sistema de escoamento de água local eficiente, com múltiplas funcionalidades para atender diferentes perfis dos clientes.

Figura 03: Imagem da suíte.
Fonte: Fornecida pela Rede Mater Dei.

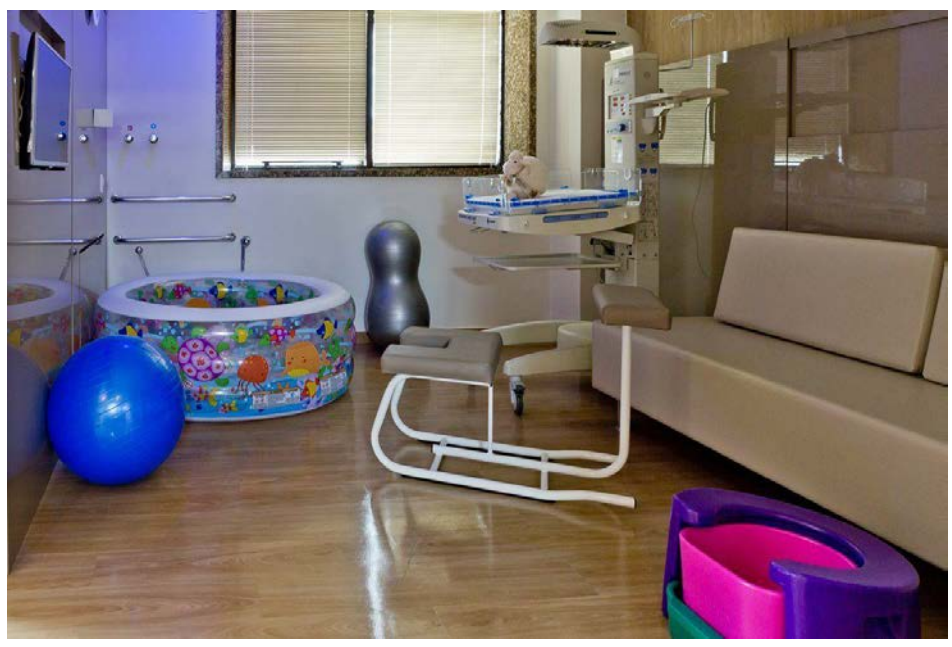


Figura 04: Imagem da suíte com as instalações do quarto PPP.
Fonte: Fornecida pela Rede Mater Dei.

CONCLUSÕES

Uma estrutura física diferenciada, desenvolvida com base nas necessidades da equipe assistencial e dos clientes, proporcionando conforto e segurança aos usuários da rede Mater Dei de saúde.

REFERÊNCIAS

RDC 50. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA, 2002. Serviços de Saúde, 2. ed. Brasília, 1965.
NR 36. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA, 2008. Serviços de Saúde, 2. ed. Brasília, 1965.

IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIA ON TIME PARA DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO.

Adriane Marines dos Santos, Fernanda Invernizzi, Marcela Dachery, Maria Geci da Costa Borges

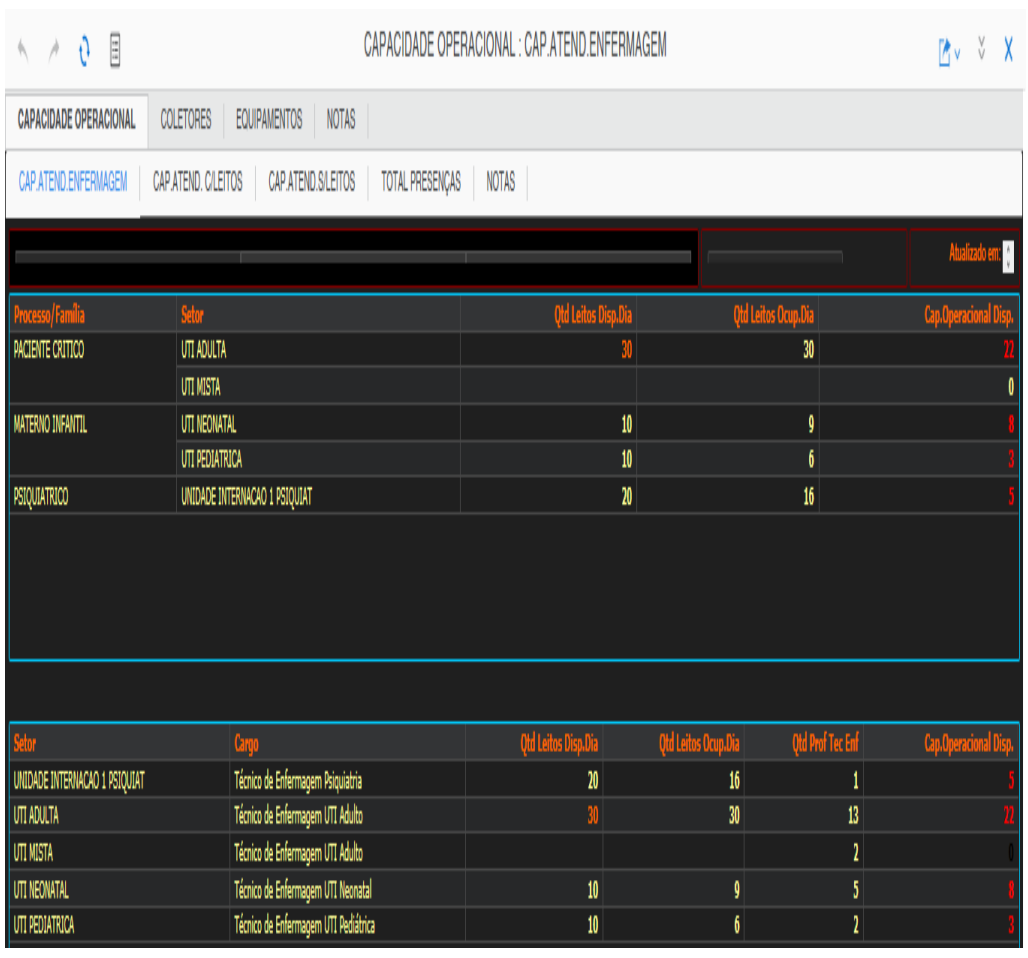
INTRODUÇÃO

A Gestão do serviço de saúde intra hospitalar visa a promoção da assistência integral, implementando modelos gerenciais, que permitam planejamento, organização, controle e prestação de atendimento qualificado de enfermagem.[1] Aliado a isso, o gerenciamento do cuidar é complexo, exigindo uma visão de administração do microambiente e macroambiente de trabalho, onde essas vertentes devem ter inter-relação com possibilidade de cuidado direto e indireto aos clientes.[2] Para os enfermeiros torna-se primordial o uso de instrumentos que auxiliem e facilitem o melhor dimensionamento da equipe, com garantia de quantitativo e qualitativo para promoção de assistência conforme especificidade de cada paciente e garantia de ações seguras no atendimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiros acerca do uso da ferramenta de capacidade operacional via sistema eletrônico no BI *(Business Intelligence)* em unidades de internação de um Hospital de Grande Porte da Serra Gaúcha. Esta ferramenta informatizada e parametrizada apresenta a média de técnicos de enfermagem pela produção ou número de pacientes a eles designados gerando a capacidade operacional em um painel.

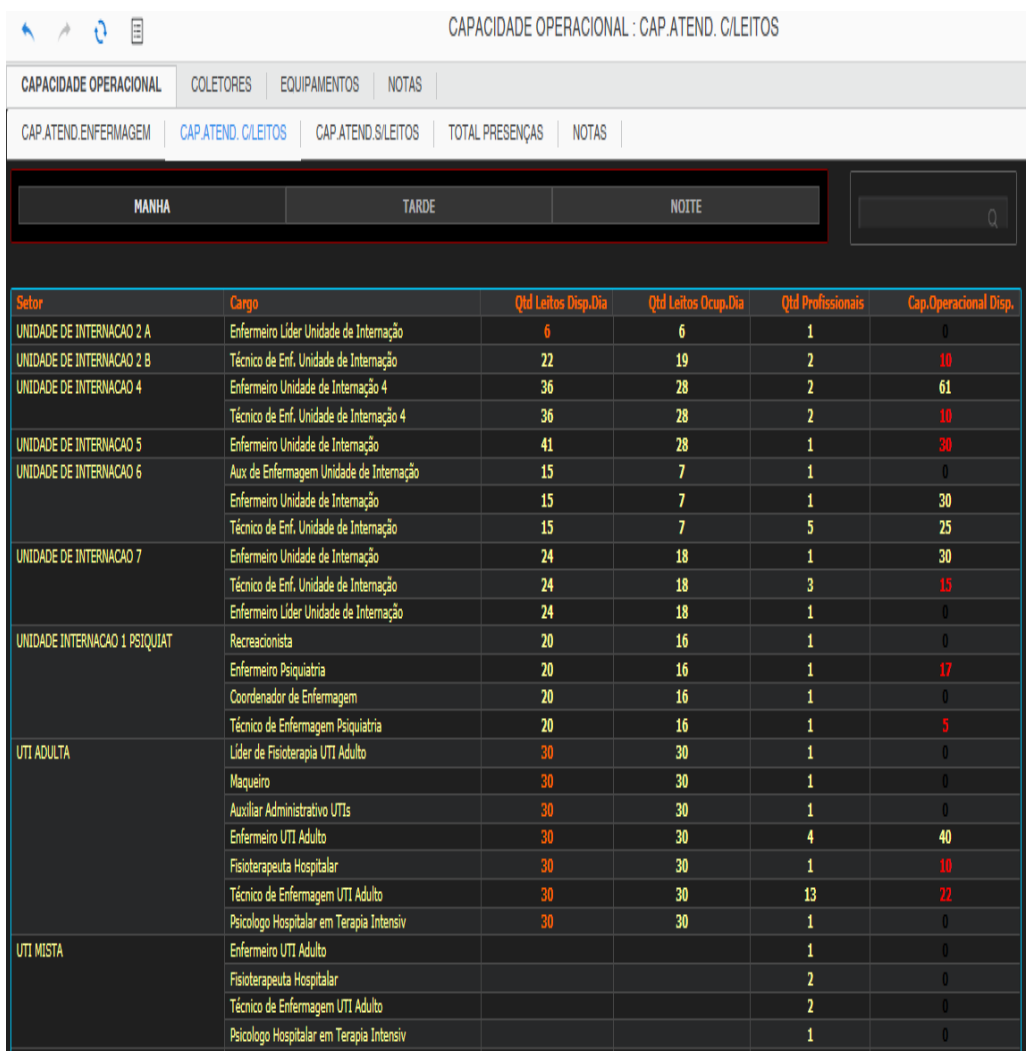
OBJETIVO: Apresentar uma ferramenta de capacidade operacional on time para adequação de recursos humanos.



Processo/Família	Setor	Qtd Leitos Disp.Dia	Qtd Leitos Ocup.Dia	Cap.Operacional Disp.
PACIENTE CRITICO	UTI ADULTA	30	30	22
	UTI MISTA			0
MATERNO INFANTIL	UTI NEONATAL	10	9	8
	UTI PEDIATRICA	10	6	3
PSIQUIATRICO	UNIDADE INTERNACAO 1 PSIQUIAT	20	16	5

Setor	Cargo	Qtd Leitos Disp.Dia	Qtd Leitos Ocup.Dia	Qtd Prof Tec Enf	Cap.Operacional Disp.
UNIDADE INTERNACAO 1 PSIQUIAT	Técnico de Enfermagem Psiquiatria	20	16	1	5
UTI ADULTA	Técnico de Enfermagem UTI Adulto	30	30	13	22
UTI MISTA	Técnico de Enfermagem UTI Adulto			2	0
UTI NEONATAL	Técnico de Enfermagem UTI Neonatal	10	9	5	8
UTI PEDIATRICA	Técnico de Enfermagem UTI Pediátrica	10	6	2	3

Painel com capacidade operacional de atendimento de enfermagem.

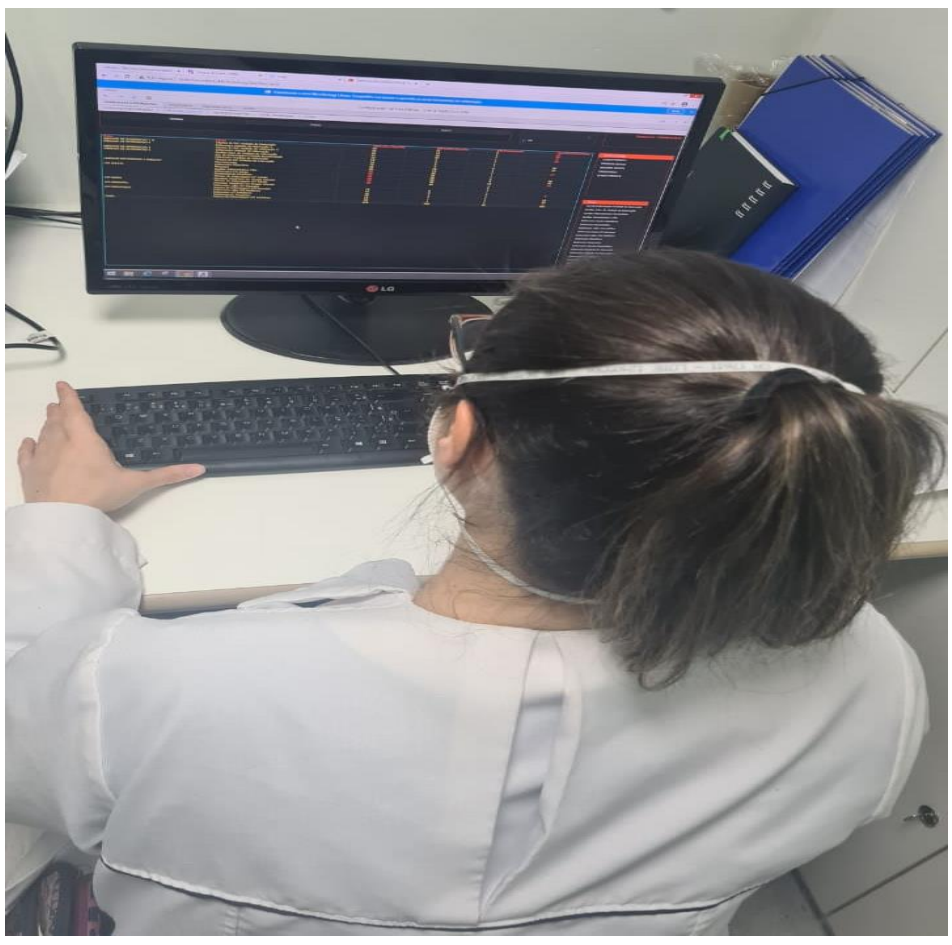


Setor	Cargo	Qtd Leitos Disp.Dia	Qtd Leitos Ocup.Dia	Qtd Profissionais	Cap.Operacional Disp.
UNIDADE DE INTERNACAO 2 A	Enfermeiro Líder Unidade de Internação	6	6	1	0
UNIDADE DE INTERNACAO 2 B	Técnico de Enf. Unidade de Internação	22	19	2	10
UNIDADE DE INTERNACAO 4	Enfermeiro Unidade de Internação 4	36	28	2	61
	Técnico de Enf. Unidade de Internação 4	36	28	2	10
UNIDADE DE INTERNACAO 5	Enfermeiro Unidade de Internação	41	28	1	30
UNIDADE DE INTERNACAO 6	Aux de Enfermagem Unidade de Internação	15	7	1	0
	Enfermeiro Unidade de Internação	15	7	1	30
	Técnico de Enf. Unidade de Internação	15	7	5	25
UNIDADE DE INTERNACAO 7	Enfermeiro Unidade de Internação	24	18	1	30
	Técnico de Enf. Unidade de Internação	24	18	3	15
	Enfermeiro Líder Unidade de Internação	24	18	1	0
UNIDADE INTERNACAO 1 PSIQUIAT	Recreacionista	20	16	1	0
	Enfermeiro Psiquiatria	20	16	1	17
	Coordenador de Enfermagem	20	16	1	0
	Técnico de Enfermagem Psiquiatria	20	16	1	5
UTI ADULTA	Líder de Fisioterapia UTI Adulto	30	30	1	0
	Maqueiro	30	30	1	0
	Auxiliar Administrativo UTIs	30	30	1	0
	Enfermeiro UTI Adulto	30	30	4	40
	Fisioterapeuta Hospitalar	30	30	1	10
	Técnico de Enfermagem UTI Adulto	30	30	13	22
	Psicologo Hospitalar em Terapia Intensiv	30	30	1	0
UTI MISTA	Enfermeiro UTI Adulto			1	0
	Fisioterapeuta Hospitalar			2	0
	Técnico de Enfermagem UTI Adulto			2	0
	Psicologo Hospitalar em Terapia Intensiv			1	0

Ferramenta mostrando dados como: capacidade de profissionais e quantidade de leitos.

RESULTADOS

O BI foi aplicado em 6 unidades de internação que atendem especificidades clínicas e cirúrgicas, abrangendo particular, convênios e sistema único de saúde. Diariamente a coordenadora do processo clínico ao chegar no turno de trabalho, entra na ferramenta BI que mostra o número de leitos ou sítios funcionais, além da busca on time do número de pacientes ou procedimentos realizados com o número de profissionais. Nesse sentido, o gestor de enfermagem pode organizar e otimizar a tomada de decisão no direcionamento de sua equipe de forma adequada. Entre os resultados obtidos, observou-se progressos na tomada de decisão em tempo hábil, e na segurança no atendimento aos pacientes com prestação de assistência apropriada, evitando sobrecarga de trabalho, uma vez que o dimensionamento ocorre de forma específica. Também, evidencia-se a melhoria na assistência prestada, com promoção da humanização e do cuidado individualizado, com garantia da satisfação dos clientes e familiares.



Enfermeira consultando a ferramenta BI no início do plantão.

Gestora de enfermagem orientando equipe sobre dimensionamento.

CONCLUSÕES

O uso da ferramenta de capacidade operacional auxilia na melhor gestão do cuidado ao promover o dimensionamento da equipe adequado, com segurança e seguimento da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Dias AKG, Toledo LV, Amaro MF, Siman AG. Perception of nurses regarding their managerial role in the hospital context. J Nurs UFPE online; 2017 May;11(5):2185-94. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963- v11i5a23374p2185-2194-2017

2. Madureira GC, Santos MF, Santos DSS, Batalha EMSS. Reflection about nursing in the management of basic units of health. Rev baiana saúde pública. 2016 Oct/Dec;40(4):848-61. DOI: https://doi.org/10.22278/2318- 2660.2016.v40.n4.a1943

Implantação de uma nova metodologia de passagem de plantão entre turnos de enfermagem

Diego Jungs de Stumpfs; Maitê Nunes de Miranda, Sabrina Puntel.

INTRODUÇÃO

As passagens de plantão entre as equipes de saúde são consideradas ferramentas fundamentais para a continuidade da assistência, prevenção de falhas e erros nos cuidados aos pacientes. Entretanto, observa-se que a falta de processos de comunicação integrados entre os profissionais são fatores que contribuem para as falhas durante a realização de cuidados. A forma como estão estruturados os repasses de informações entre as equipes de saúde nas passagens de plantão pode ser considerada crítica para a ocorrência de eventos adversos.

OBJETIVO

Relatar a implantação de uma metodologia de passagem de plantão entre turnos numa instituição do município de Porto Alegre com foco na comunicação, trabalho em equipe e cuidado centrado na pessoa.

METODOLOGIA

Foi elaborado um time de trabalho com foco na transferência de cuidados e utilizada a ferramenta *Plan-Do-Study-Act* (*PDSA)*. A aplicação dessa ferramenta mostrou que a metodologia *SIGNOUT* é a mais adequada para esse processo. *SIGNOUT* é o mnemónico que descreve os seguintes conceitos: *sick* (criticidade ou paciente com limitações terapêuticas), *identification* (identificação), *general course* (resumo clínico); *new events* (novos eventos); *overwall status* (impressão clínica atual); *upcoming possibilities* (plano para intercorrências); *task* (tarefas). Após essa primeira etapa, foi elencado uma unidade piloto e realizada um plano de capacitação que incluiu explanações sobre a metodologia escolhida, contexto de segurança do paciente e o raciocínio clínico. Realizou-se avaliação pré e pós implantação para compreender o desempenho do novo processo.

COMUNICAÇÃO SIGNOUT			EXEMPLO	
S	Situação de gravidade do paciente ou limitações terapêuticas		S	É o paciente mais grave da unidade
I	Identificação do paciente Nome, data de nascimento,idade, diagnóstico		I	João Alcides de Souza,77 anos, internado por pneumonia.
G	História atual Motivo da internação e breve história do que aconteceu com o paciente dentro desse período.		G	Ele internou há 1 semana por hipoxemia e hipotensão e apresentou uma melhora após iniciar com levofloxacin IV.
N	Novos eventos ocorridos no dia		N	Teve febre DE 39,5°c e bacteremia. Foi coletado hemocultura e urocultura. A inserção do acesso estava um pouco vermelha e começou com vancomicina.
O	Condição clínica hoje		O	Spo2 98% com óculos nasal à 2l/mim e afebril
U	Plano para possíveis complicações		U	Se febril ou se hipotensão, comunicar médico assistente.
T	Tarefas para o dia		T	avaliar sinais vitais do paciente pela 00h.
Alguma pergunta?			Alguma pergunta?	

Card SIGNOUT. Cartão elaborado para ser utilizado como exemplo de utilização da metodologia.

RESULTADOS

Durante a aplicação do piloto, constatou-se que houve redução do tempo de passagem de plantão, de 15mim28s para 12mim20s; a identificação do paciente teve uma excelente adesão, de 7,5% passou a ser 75%; as informações desnecessárias reduziram de 5,8 para 0,325. Também verificou-se que um documento apropriado para a transferência de cuidados contribuiu para o registros das informações importantes.

Manhã	Tarde	Noite
S - [ ] Paciente Crítico Limitações terapêuticas:	S - [ ] Paciente Crítico Limitações terapêuticas:	S - [ ] Paciente Crítico Limitações terapêuticas:
I- Identificação do Paciente e Diagnóstico		
G- Motivo da Internação e breve história no Hospital		
N- Novos Eventos Ocorridos no dia		
O- Condições Clínicas Hoje		
U- Possíveis Complicações/Plano de Contingência		
T- Tarefas a serem realizadas		

Protótipo de documento eletrônico. Modelo de documento eletrônico para passagem de plantão.

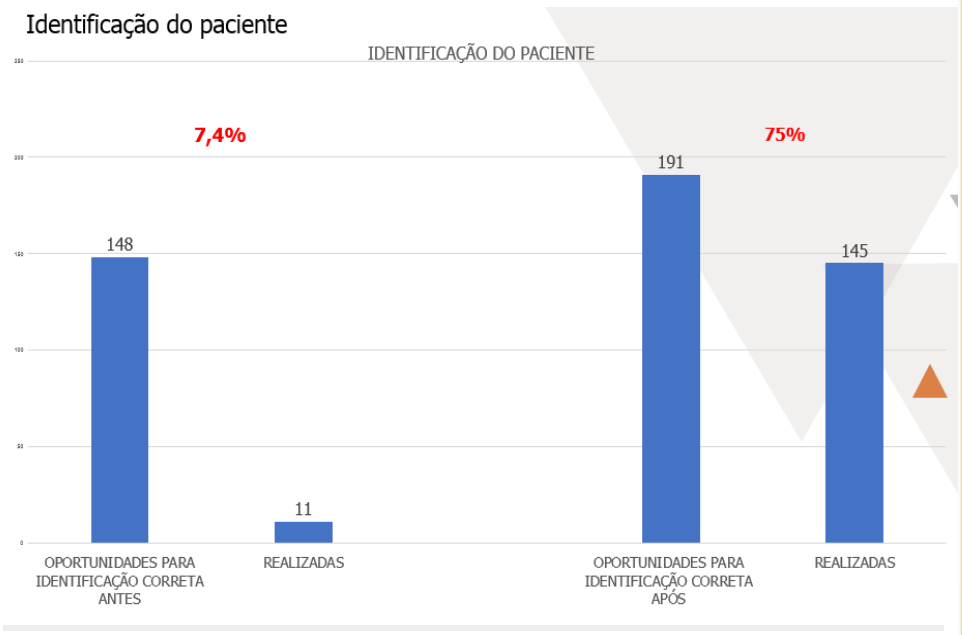


Gráfico que apresenta a melhoria no processo de identificação do paciente após implantação da metodologia através do número de observações realizadas.

CONCLUSÕES

Ao se implantar uma metodologia estruturada para a transferência de cuidados, a enfermagem ganhou melhor performance ao ter o registro acurado das informações relacionado ao cuidado, redução das informações incongruentes e a diminuição das omissões e redução do tempo gasto. Proporcionando dessa forma, melhor atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS

1.Rudiger F. As teorias da comunicação. Porto Alegre (RS): Penso; 2011.
2. World Health Organization. World Alliance for PatientSafety. the conceptual framework for the internationalclassification for patient safety. Final technical report and technical annexes [online]. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/
3. World Health Organization. World Alliance forPatient Safety. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014
5.Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre(RS): EDIPUCRS; 2013.
6. IHI. Institute for Healthcare Improvement. Kit de ferramentas essenciais para melhoria da qualidade: Planilha PDSA.IHI,2017. Disponível em: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx.

Implantação do Centro de Serviços Compartilhados na Rede Mater Dei de Saúde

Alyne de Lima Carvalho Costa, Gustavo de Matos Paiva, Jéssica Juliana Vieira e Rafael Magalhães Nunes

INTRODUÇÃO

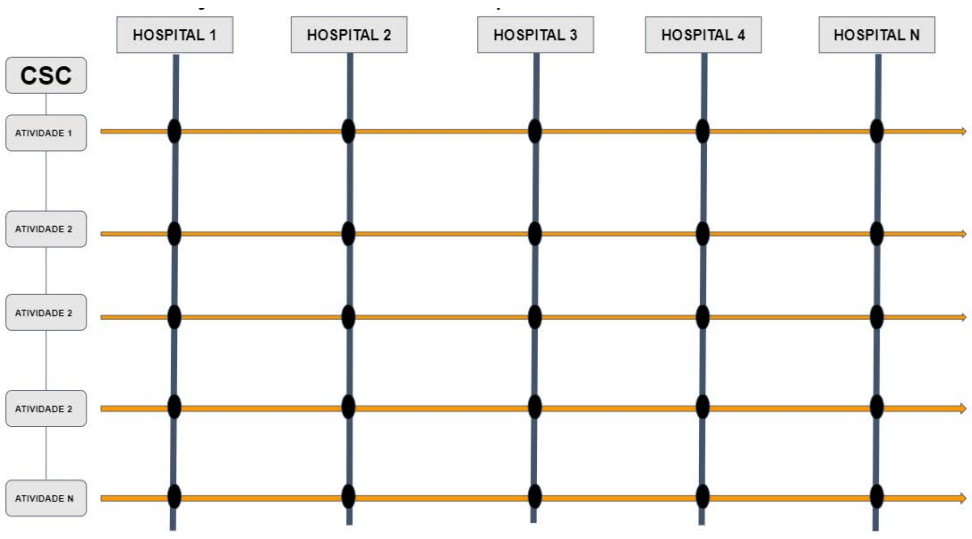
O Centro de Serviços Compartilhados foi implantado na Rede Mater Dei de Saúde visando a organização e automatização dos processos operacionais, sendo caracterizado como uma área que presta serviços, a partir de um mesmo ponto de atendimento, para as demais unidades da organização. O CSC se baseia em quatro princípios: alta velocidade, qualidade, eficiência e baixo custo.

.

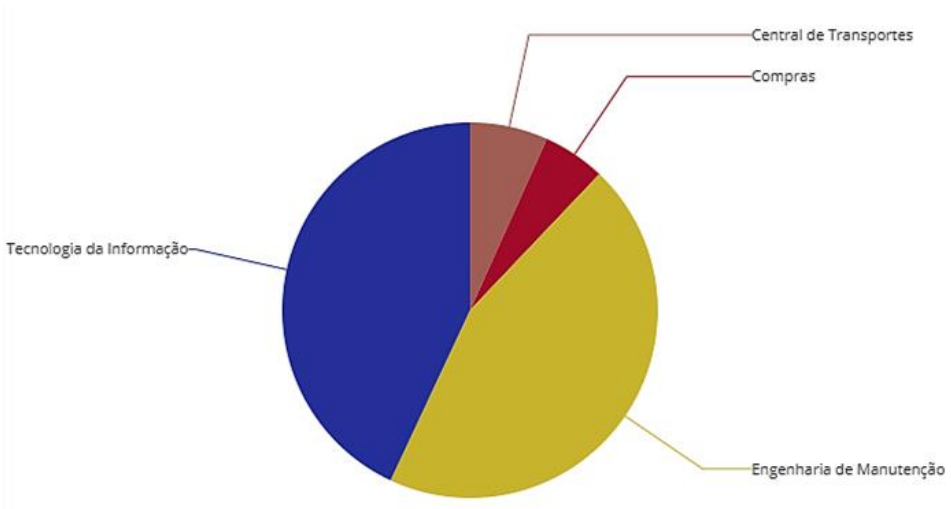
METODOLOGIA

Para este projeto foi escolhido um time de implantação que teve como objetivo o planejamento, monitoramento, execução e controle das atividades, desde *brainstorming* até a operação assistida. A metodologia ágil *SCRUM* foi utilizada, com seus ritos e dinâmicas seguidas. A implantação foi dividida em etapas e *sprints* de entregas sendo: 1º *Kickoff* com toda equipe do setor a ser trabalhado, 2º "*AI IS"*, 3º Catálogo de serviços e *SLA*, 4º "*TO BE"* e mapeamento de *API*, 5º Desenvolvimento, 6ª Homologação, 7º Capacitação dos atendentes e usuários, 8º Entrada em produção por processos e 9º Operação assistida.

O setores que se encaixavam ao projeto foram divididos em ondas para implantação. Na divisão das ondas foi levado em consideração: facilidade de implantação X ganhos potenciais. Este trabalho contempla a primeira onda com os seguintes setores: Engenharia, Compras, TI e Central de Transportes.



Centralização de diversos serviços de uma grande empresa, de modo a garantir ganhos em produtividade e crescimento escalonado sem precisar replicar estruturas por unidade.



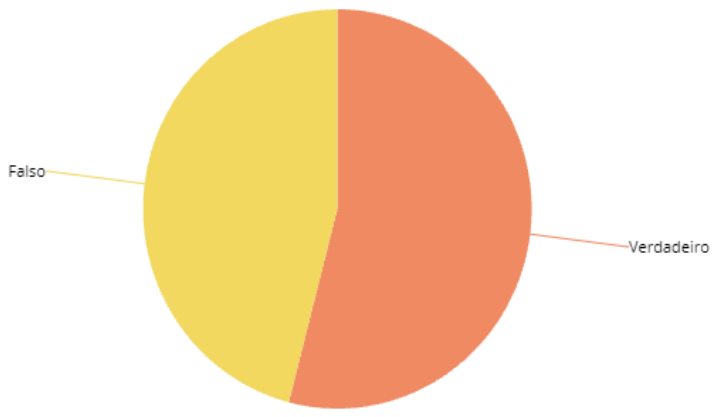
Setores da 1ª onda do CSC e seu volume de atividades em 1ºsem 2021 : Engenharia (45%), Compras (5%), TI (43%) e Central de Transporte (7%).

RESULTADOS

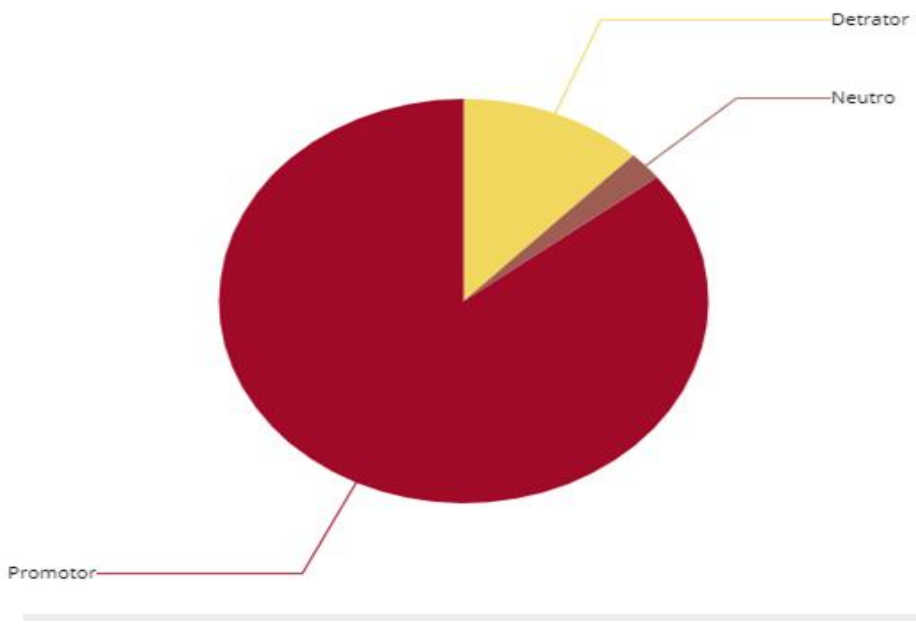
A implementação do CSC consistiu em:

- Fluxos automatizados de solicitação de serviços para Engenharia de Manutenção, Compras, Central de Transportes e TI.
- Padronização de atendimento em toda Rede.
- Verificação em tempo real do status do serviço solicitado.
- Criação de SLAs para mensuração de tempo de atendimento.
- Mensuração em tempo real do NPS.
- Acompanhamento do custo de compras vinculado a projetos e obras.
- Saneamento e higienização da base de dados de produtos e fornecedores.

Com a implementação do CSC, esperamos atingir: criação de multifuncionalidade das cadeias de serviços, redução de custo, padronização de processos e aumentar a eficiência operacional e produtividade.



Resultado da performance dos acordos da cadeia cliente fornecedor (SLA). Temos 55% conforme acordo, mesmo assim nossos clientes são satisfeitos, visto impacto positivo da implantação.



Satisfação do cliente interno (NPS), sendo 85 são para Promotores, 12 são para os Detratores e 3 são para Neutros.

CONCLUSÕES

Consideramos que o projeto de implantação do Centro de Serviços Compartilhados da Rede Mater Dei de Saúde foi concluído em sua primeira onda com sucesso.

Os indicadores mostram que é preciso focar no tempo de atendimento para melhoria do SLA e que os clientes internos estão satisfeitos com os serviços executados.

As próximas ondas envolvem a implementação nos serviços de contas a pagar, patrimônio, SND e recursos humanos.

REFERÊNCIAS

João Paulo Bittencourt e Givanildo Silva - "Implementação de um centro de serviços compartilhados de recursos humanos: Estratégia de uma multinacional" - Internext - São Paulo,v.11, n. 2, p. 81-93, mai./ago. 2016

Samir Lótf, Maria Clara Castro, Victor Vianna Gomes – "Centro de Serviços Compartilhados: principais conceitos e práticas" – acesso em: http://www.fdc.org.br/professorespesquisa/publicacoes

IMPLEMENTAÇÃO DE CHATBOT NO ATENDIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Gabriella de Freitas Andrade, Priscila Ribeiro Silva, Andrea Cristina Matos, Viviane Vasconcelos do Nascimento

INTRODUÇÃO

O volume de atendimentos na área de Recursos Humanos e o canal SAC-RH (Serviço de Atendimento ao Colaborador) tem aumentado de acordo com o crescimento do quadro de colaboradores da instituição e o surgimento dos novos produtos e serviços das áreas. Com intuito de incentivar o autoatendimento com tecnologias que garantam acessibilidade às informações, agilidade nos atendimentos e impulsionar a transformação cultural e digital na instituição, implementou-se um chatbot com uso da inteligência artificial e cognitiva, com foco na melhoria da experiência dos colaboradores.

METODOLOGIA

Utilizou-se a Metodologia Ágil com a formação de um time multidisciplinar de profissionais de RH e de outras áreas para contribuir com o projeto, que propôs melhorias relacionadas ao atendimento e tecnologia. As atividades foram organizadas a partir do uso da ferramenta KANBAN e com *sprints* semanais.

Em uma primeira fase de *review* foram utilizadas entrevistas realizadas em 2019 com os colaboradores de diversos níveis e áreas da instituição, durante a capacitação da metodologia Design Thinking, para levantamento de dores relacionadas ao atendimento e das principais dúvidas de produtos e serviços de RH. Com o objetivo de manter a humanização no atendimento, o time construiu a Brand Persona da assistente virtual e em seguida foi desenvolvida um piloto para testes, que inicialmente foi realizado pela *squad*, posteriormente com os demais profissionais de RH e com uma seleção de colaboradores, que avaliaram a performance do chatbot e contribuíram com o conteúdo. A partir desta experimentação, foram mapeadas melhorias inicias importantes com foco na experiência do cliente. O nome da assistente virtual foi escolhida por meio de uma enquete com todos os colaboradores da instituição e em 24/08/2020 ocorreu o lançamento da Tina.

Primeiro encontro da *squad* com a construção do KANBAN.

Sprint com a *squad* com participação de profissionais de Tecnologia da Informação e consultoria externa especializada.

RESULTADOS

O lançamento ocorreu em 24/08/2020 e o chatbot Tina possibilitou a ampliação no numero de atendimentos, se tornando uma integrante importante ao time de RH. Após 1 ano, ela absorveu 29% do total de atendimentos em RH com uma média de 87 interações por dia e 2.582 por mês. No total conta com mais de 50 mil interações, 53 assuntos de RH, 280 respostas e alguns serviços como: Agendamento de Consultas, Desbloqueio de Prontuários e Redefinição de Senha, entre outros. Os seus indicadores servem como base para ações de melhoria contínua para as áreas de RH, ganho de produtividade com automatização dos processos, ofertando um atendimento de excelência aos colaboradores, proporcionando maior autonomia nos atendimentos e contribuindo para uma nova cultura baseada na transformação digital. Ao longo desse período teve participações em eventos importantes na Instituição, foi premiada na Exposição da Qualidade na categoria de Eficiência Operacional por ter apoiado os colaboradores com respostas imediatas, proporcionado uma melhoria na experiência do colaborador e consequentemente dos pacientes.

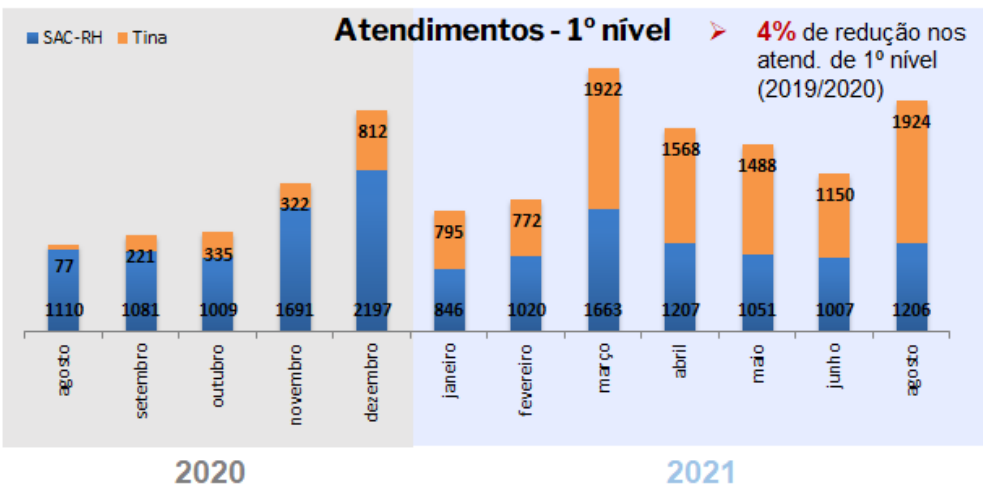


Gráfico demonstrando o volume de atendimentos de 1º nível (dúvidas) do canal SAC RH x Tina.

Imagem da assistente virtual Tina.

CONCLUSÕES

A implementação da Tina trouxe diversos ganhos, como a automatização dos processos, facilidade de acesso às informações devido a disponibilidade do chatbot 24 horas em diversos canais, respostas imediatas e agilidade no atendimento, resultando na melhoria de experiência do colaborador. O conteúdo é constantemente revisado, em um trabalho minucioso de curadoria com o objetivo de manter um atendimento de excelência. O seu uso é incentivado nas comunicações internas como forma de cada vez mais promover o autoatendimento.

Atualmente a Tina esta sendo preparada para atingir um 2º nível de atendimento, com conteúdos personalizados e novos serviços automatizados aos colaboradores.

REFERÊNCIAS

- Capacitação Metodologia Ágil - consultoria externa especializada
- Capacitação Metodologia Design Thinking - consultoria externa especializada
- Brand Persona (construção e definição da persona) - fornecedor externo
- Treinamento Software LUIS (gestão de conteúdo para IA (Inteligência Artificial)) – fornecedor externo
- Treinamento Software KIBANA (gestão de indicadores) - fornecedor externo
- *Benchmarking* de mercado com empresas que utilizam chatbot com inteligência artificial voltada ao atendimento aos clientes

IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA USO RACIONAL DE SEDATIVOS E ANALGÉSICOS NOS PACIENTES SARSCOV-2

MARQUES, N.; GARBELOTTO, TZ; CARELLI, CG; NOGUEIRA, LD.

INTRODUÇÃO

Diante da escassez de medicamentos enfrentada durante a pandemia se fez necessária à implementação de estratégias para minimizar danos ao paciente. Nesse contexto os conceitos de segurança do paciente são amplamente estudados e a administração segura de medicamentos é um ponto crucial na elaboração de métodos que aumentem a qualidade nos serviços de saúde.

O objetivo deste trabalho foi descrever a elaboração de um protocolo de sedoanalgesia para pacientes críticos com infecção por SarsCov-2.

METODOLOGIA

Elaboração e implementação de protocolo para sedoanalgesia em pacientes críticos com diagnóstico de infecção por SarsCov-2.

O protocolo contém informações de fácil acesso baseado em literatura cientifica como: medicamentos, soluções padrão, concentração da solução, estabilidade, dose de ataque, dose mínima e máxima, velocidade de infusão e incompatibilidade em Y dos principais sedativos e analgésicos endovenosos para sedação padrão, assim como medicações adjuvantes utilizadas como plano de contingência para falta no mercado.

Incompatibilidade em Y	Amicacina	Amiodarona	Atracúrio	Cetamina	Cisatracúrio	Clonidina	Dexametasona	Dexmedetomidina	Diazepam	Fenobarbital	Fentanil	Furosemida	Hidrocortisona	Insulina Regular	Levofloxacino	Meropenem	Metilprednisolona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Noradrenalina	Omeprazol	Pancurônio	Piperacilina+ Tazobactam	Polimixina B	Propofol	Rocurônio	Tiopental	Vancomicina	Vasopressina
Amicacina		C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	I	C	C
Amiodarona	C		C	C	C	I	I	C	I	I	C	I	I	C	I	I	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I	C	I	C	C
Atracúrio	C	C		I	I	I	C	C	I	I	C	I	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	I	I	C	I	I	I	C	C
Cetamina	C	C	I		I	C	I	I	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	C	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	I
Cisatracurio	C	C	I	I		I	C	C	I	I	C	I	C	I	C	C	I	C	C	C	C	I	I	C	I	I	I	I	C	C
Clonidina	I	I	I	C	I		I	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	C	C	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Dexametasona	C	I	C	I	C	I		C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	C
Dexmedetomidina	C	C	C	I	C	I	C		I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C
Diazepam	I	I	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I
Fenobarbital	C	I	I	I	I	C	C	C	I		C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C
Fentanil	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C
Furosemida	C	I	I	I	I	I	C	C	I	C	C		C	C	I	C	C	C	I	C	I	I	I	C	C	C	I	C	I	I
Hidrocortisona	C	I	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C		C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	C
Insulina Regular	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	I	I	C	I	I	C	C
Levofloxacino	C	I	C	I	C	I	C	C	I	I	C	I	C	C		C	C	C	C	C	C	I	I	C	I	I	I	C	I	C	C
Meropenem	C	I	I	I	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C		I	C	I	C	C	I	C	I	I	I	C	I	C	C
Metilprednisolona	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	I		C	C	C	C	I	C	C	C	I	I	I	I	C
Metoclopramida	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	I	C	C	C	I	C	I	C	C
Midazolam	C	C	C	C	C	C	I	C	I	I	C	I	I	C	C	I	C	C		C	C	I	C	I	C	I	C	I	C	C
Morfina	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	I	C	C	C	I	C	C	C	C
Noradrenalina	C	C	C	I	C	C	C	C	I	I	C	I	C	I	I	C	C	C	C	C		I	C	C	C	C	I	I	C	C
Omeprazol	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I
Pancurônio	C	C	I	C	I	C	C	I	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I		C	C	C	I	C	I	C
Piperacilina + Tazobactam	C	I	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C	C	I	C		I	I	I	I	C	C
Polimixina B	C	C	C	I	I	I	I	I	I	C	C	C	I	I	I	I	C	C	C	C	C	I	C	I		I	I	I	C	C
Propofol	I	I	I	C	I	I	C	C	I	C	C	C	C	C	I	I	I	I	I	I	C	I	C	C	I		I	I	I	I
Rocurônio	C	C	I	I	I	I	C	I	C	C	C	I	I	C	C	I	C	C	C	C	I	I	I	I	I	I		I	I	C
Tiopental	I	I	I	I	I	I	I	C	I	I	C	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		I	C
Vancomicina	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I	I	I		C
Vasopressina	C	C	C	I	C	I	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	I	C	C	C	

Legenda
C = Compatível
I = Incompatível

Figura 1: Tabela parcial de incompatibilidade em Y dos medicamentos descritos no protocolo

RESULTADOS

Após a implantação do protocolo de sedoanalgesia, observou-se a adesão as informações contidas no documento, garantindo acesso de forma segura e rápida a literatura atualizada. Levando a padronização da administração de medicamentos contemplando alguns fatores dos "9 certos" da administração de medicamentos como: medicação certa, dose certa, via de administração certa, forma farmacêutica correta e monitoramento correto. Além disso, o protocolo foi uma estratégia muito importante para falta de medicamentos no mercado pois trouxe opções farmacológicas para os faltantes e também permitiu direcionamento ao controle de estoque.

Solução-padrão e doses							Velocidade de infusão para paciente de 70Kg		Diferença de velocidade de infusão a cada 10Kg*
Medicamento	**Solução padrão****	**Concentração da solução**	**Estabilidade da solução**	**Dose de ataque ou dose inicial**	**Dose mínima**	**Dose máxima**	**Velocidade de infusão mínima (mL/h)**	**Velocidade de infusão máxima (mL/h)**	**mL/h**
Cetorolaco 30mg/mL	30mg diluído em 10mL de SF	3mg/mL	Uso imediato	Não necessária	15mg	90mg	-	-	-
	As doses devem ser administradas até de 6/6h por até 5 dias								
Fentanila 50mcg/mL (Ampola 10mL)	20mL diluídos em 80mL de SF	10mcg/mL	24h	Não necessária	0,7mcg/Kg/h	5mcg/Kg/h	5	35	2
	5 ampolas (puro)	50mcg/mL	24h	Não necessária	0,7mcg/Kg/h	5mcg/Kg/h	1	7	1
	A infusão de fentanila pode chegar a 10mcg/Kg/h.								
Metadona 10mg/mL ampola	Puro	10g/mL(ampola)	Uso Imediato	Não necessária	20mg/dia	40mg/dia	-	-	-
	A administração EV é contraindicada. *A via de administração de escolha é SC e IM. Também disponível na forma de comprimido (5mg).*								
Morfina 10mg/mL	10mL (100mg) em 90mL de SF	1mg/mL	24h	Não necessária	0,07mg/Kg/h	0,5mg/Kg/h	5	35	2
Remifentanila 2mg (Reconstituir em 2mL de Água destilada)	6mg em 94mL SF	60mcg/mL	24h	1,5mcg/Kg	0,5mcg/Kg/h	15mcg/Kg/h	1	18	1
	Somente em caso de falta de Fentanila e Morfina.								
Tramadol 100mg/2mL	100mg em 100mL SF	1mg/mL	24h	Não necessária	100mg/dia	400mg/dia	-	-	-

Figura 2: Tabela parcial de medicamentos para analgesia e sedação com a ordem de informações apresentadas no protocolo.

CONCLUSÕES

Diante de uma situação adversa que foi a falta de medicamentos observamos a necessidade de união entre as equipes envolvidas na cadeia medicamentosa e médica, assim através de uma demanda organizada foi possível garantir o tratamento adequado e minimizar danos ao paciente, promovendo qualidade em saúde.

REFERÊNCIAS

Uptodate. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 12 de junho de 2020

Vender, J. et al. The Use of Neuromuscular Blocking Agents in the ICU: Where Are We Now? CRITICAL CARE MEDICINE 2013; 41:1332–1344.

Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET et al. Clinical practice guidelines for the sustained use and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002; 30(1): 119-141

Ho KM, Ng JY. The use of propofol for medium and long-term sedation in critically ill adult patients: a meta-analysis. Intensive Care Med 2008; 34(11):1969 – 1979

Barr, J. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. CRITICAL CARE MEDICINE 2013; 41(1):263-306.

Truven Health Analytics. MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA.

IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO FORMATO DE TREINAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DE UM CENÁRIO PANDÊMICO

Larissa Guanaes dos Santos, Luana Dias Ruiz, Mariana Monteiro Amarello, Natalia Martinez Vanni

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado pela deflagração da pandemia causada pelo SARS-Cov-2 e as instituições de saúde tiveram que contratar muitos profissionais para dar suporte à alta complexidade da doença e seu tratamento. Às margens de um ensino no formato *on-line*, a formação dos profissionais de enfermagem não foi capaz de abranger todas as competências necessárias, principalmente o conhecimento teórico-prático.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a implementação de um novo formato de ensino-aprendizagem, conduzido por uma enfermeira, a qual presta assistência integral ao paciente junto aos profissionais recém admitidos. Após esse período, o novo colaborador é acompanhado por profissional designado "multiplicador", até realizar as suas atividades de maneira segura.

RESULTADOS

O treinamento teve início em janeiro de 2021. Até agosto, foram treinados 82 colaboradores, sendo 22 enfermeiros e 60 técnicos de enfermagem. O índice de *Turnover* em 2020 foi de 22,62%, com média de 1,88%. Em oito meses de treinamento, houve queda na rotatividade dos profissionais com índice de 13,54%. A média de permanência do colaborador em treinamento prático assistencial foi de cinco dias. Após o término, os colaboradores preencheram uma avaliação de reação com cinco perguntas que analisavam a satisfação de zero a dez, sobre: tempo de treinamento, metodologia utilizada, conteúdo abordado, atividades desenvolvidas e desempenho no setor de trabalho após o treinamento. Os colaboradores revelam como mais importante no treinamento: aprendizado de protocolos; sensação de segurança; aquisição de novos conhecimentos técnicos e habilidades; assistência a beira leito; foco nas necessidades individuais de aprendizado e acolhimento. Por meio dessa estratégia, o colaborador recém-contratado se sentiu pertencente à instituição e observa que há uma preocupação com o seu aprimoramento.

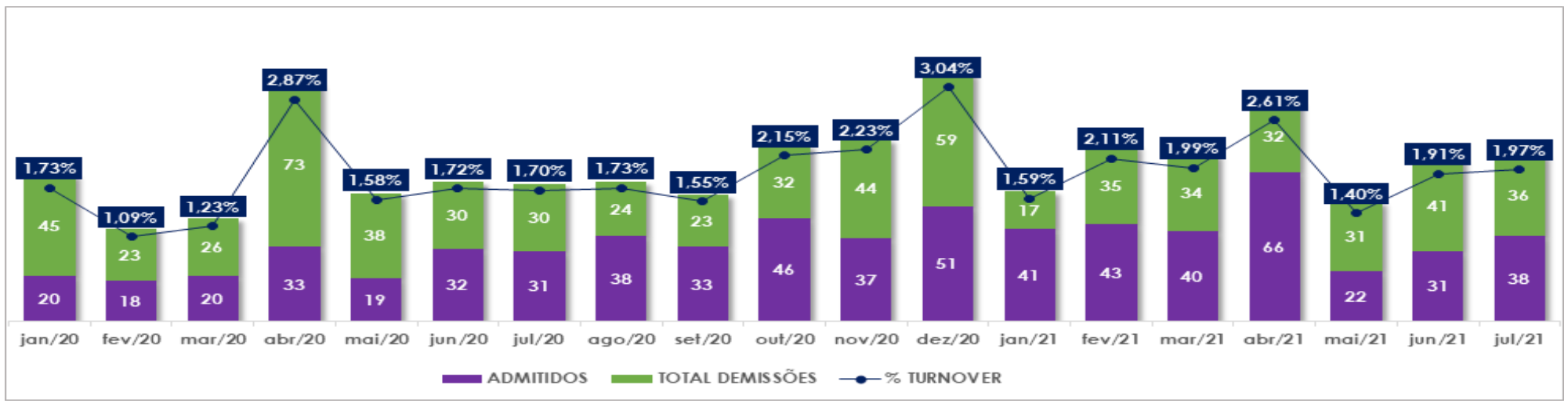


Gráfico 1 - Consolidado do *Turnover* das Unidade de Internação de um hospital privado. São Paulo, Brasil. 2021

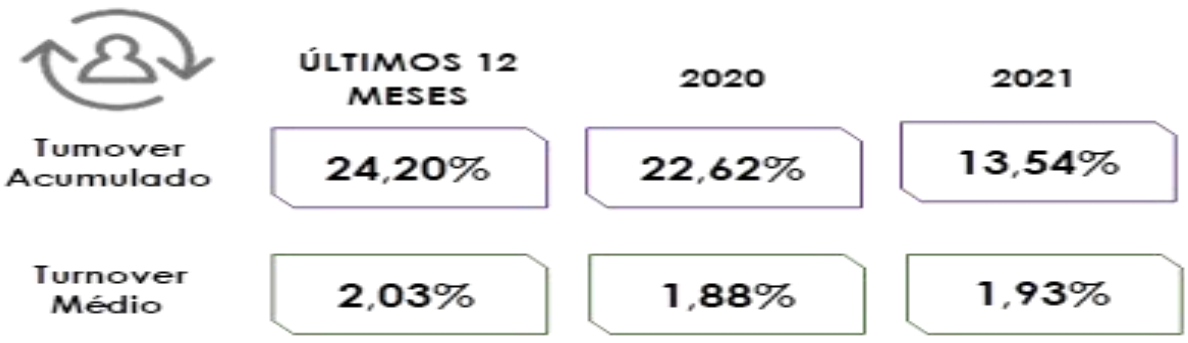


Gráfico 2 - Comparação entre os índices de *Turnover* acumulado e o *Turnover* Médio das Unidades de Internação de um hospital privado entre 2020 e 2021. São Paulo, Brasil. 2021

Imagem 1 - Competências reveladas pela equipe de enfermagem após treinamento com novo formato. São Paulo, Brasil. 2021

CONCLUSÕES

O cenário pandêmico contribuí para uma formação profissional com inúmeras oportunidades de melhoria. O atual desafio para as instituições de saúde é lapidar sua responsabilidade em acolher, aprimorar e fomentar o desenvolvimento de seus colaboradores, com foco na satisfação do profissional e impacto na qualidade da assistência e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Matsubara MGS. Estratégias de treinamento admissional da equipe de enfermagem de um cancer center durante a pandemia do covid-19. Enferm. Foco 2020; 11 (Esp. 2): 134-142.

Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, Mendes JS, Sampaio LS, Soares GL. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200339. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE FAMILIARES EM UMA UTI-COVID

Rafaela Cassol da Cunha, Jade Silveira da Rosa, Luana Rosa Teixeira, Bárbara Cristina Steffen Rech

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus é considerada uma crise de saúde pública mundial, provocando mudanças significativas na vida da população. Com o intuito de controlar a disseminação da COVID-19 e proteger as pessoas mais vulneráveis, os hospitais criaram protocolos restritivos de visitação. Além do risco à integridade física, somam-se aspectos emocionais, visto a condição de distanciamento e a falta de suporte afetivo entre paciente e família. Dentre os sentimentos despertados, destacam-se: desamparo, impotência, solidão, ansiedade, medo e tristeza. Visando reduzir os danos psicológicos para pacientes e familiares, o Serviço de Psicologia de um hospital privado da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, desenvolveu um protocolo de acolhimento e acompanhamento psicológico para familiares em UTI-COVID.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de relato de experiência sobre a implementação de protocolo assistencial para familiares, em uma UTI de 20 leitos, entre março/2020 e julho/2021. Para a realização das intervenções, utilizaram-se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) - telefone e tablet (Figura 2 e 3). O protocolo consistiu em: acolhimento de familiar de referência para levantamento de histórico do paciente e aspectos familiares, orientações sobre fluxos assistenciais; organização de videochamadas considerando critérios pré-estabelecidos; combinações quanto ao acompanhamento psicológico; disponibilização de contatos dos familiares para equipe assistencial e, para as famílias, comunicação direta com a Psicologia (Figura 1).

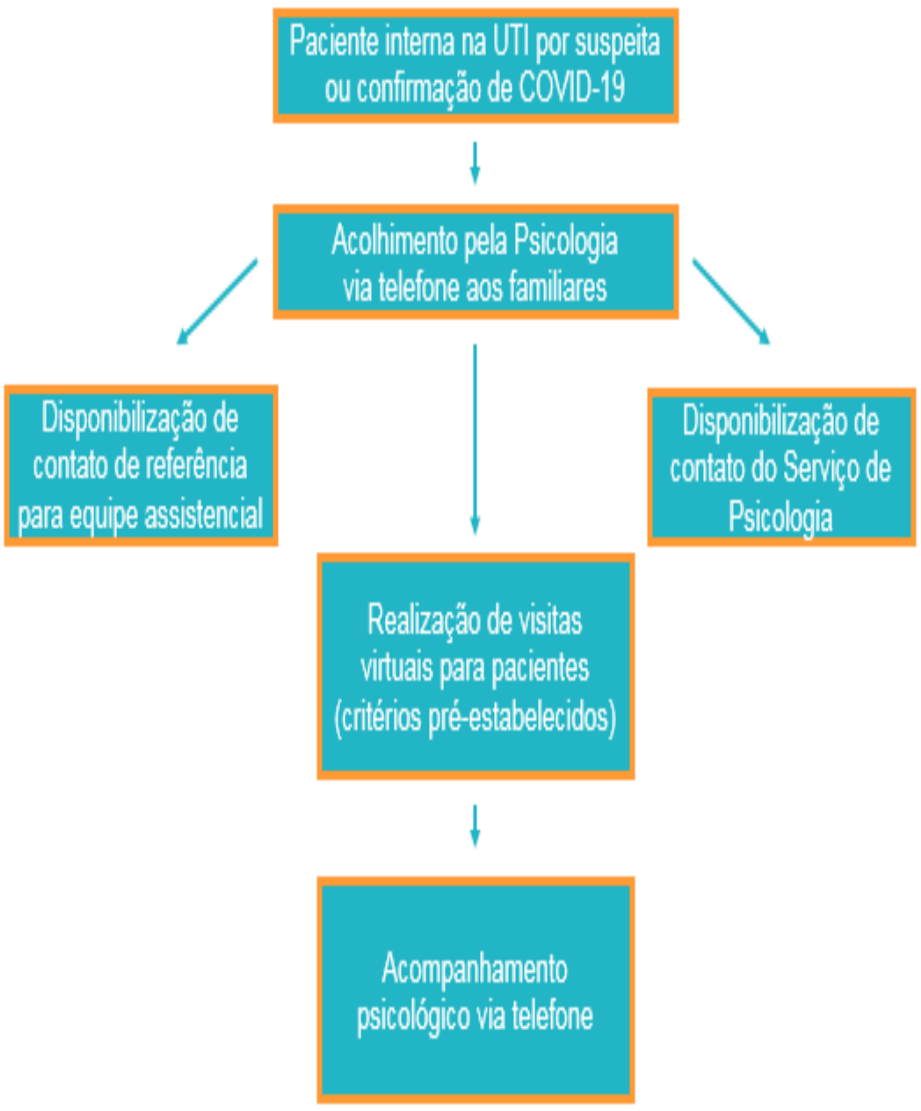


Figura 1: Fluxograma de Atendimento Psicológico de Familiares em UTI-COVID

RESULTADOS

Considerando 557 internações na Unidade no período, foram contabilizados 909 atendimentos, contemplando atendimento de familiares e videochamadas. A equipe assistencial identificou redução importante de sintomas ansiosos nas famílias, bem como melhor organização familiar. Também identificou-se redução de sentimentos negativos entre os pacientes, que sentiram-se mais próximos de suas famílias. As intervenções psicológicas focalizaram-se na psicoeducação de familiares, regulação emocional e desenvolvimento de recursos de enfrentamento, reforço de habilidades de comunicação e mediação de conflitos.

Figura 2: Acolhimento/atendimento psicológico de familiares em UTI COVID

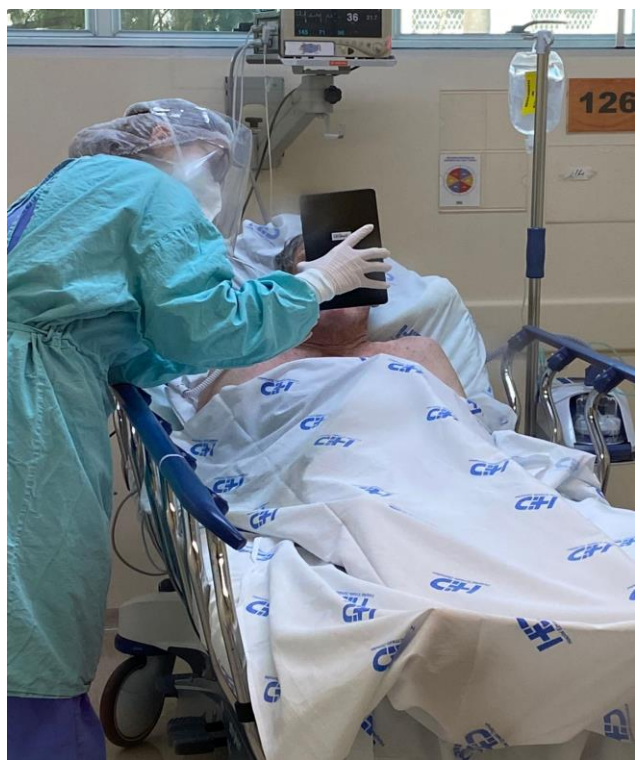


Figura 3: Videochamada entre paciente e sua família. Concedida autorização de uso de imagem pelo paciente.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que a existência de um canal direto de comunicação com a psicologia pode ser compreendido como um facilitador no suporte emocional às famílias. Estimular o sentimento de pertencimento ao tratamento do paciente, assim como comportamentos de proatividade frente suas demandas, pode resultar em redução de ansiedade nas famílias neste contexto. Aproximar paciente e familiares, mesmo que virtualmente, pode auxiliar no enfrentamento da doença, no encorajamento e apoio mútuo e na redução de sentimentos desagradáveis, como desamparo e solidão.

REFERÊNCIAS

Galea, S. (2020). Compassion in a time of COVID-19. The Lancet.

Hosey, M. M., & Needham, D. M. (2020). Survivorship after COVID-19 ICU stay. Nature Reviews Disease Primers, 6(1), 1-2.

Rios, I. C., Carvalho, R. T. D., Ruffini, V. M. T., Montal, A. C., Harima, L. S., Crispim, D. H., ... & Bonfa, E. S. D. D. O. (2020). Virtual visits to inpatients by their loved ones during COVID-19. Clinics, 75.

Resolução nº 04, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Conselho Federal de Psicologia. http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333

Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis. BMJ Quality & Safety.

Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not dying alone—modern compassionate care in the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine, 382(24), e88.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International journal of environmental research and public health, 17(5), 1729.

Incremento na taxa de conversão do orçamento cirúrgico através da metodologia Lean Six Sigma

Edenir de Oliveira Fernandes, Cássio Santos Araújo Rocha, José Eduardo Freitas

INTRODUÇÃO

Diante do desafio de garantir a sustentabilidade financeira num cenário extremamente voraz, as instituições de saúde buscam alternativas que promovam benefícios em detrimento as condições adversas como forte concorrência, redução de margens e aumento das glosas, portanto racionalizar processos e promover a satisfação do cliente são meios para manter-se competitivo no mercado. Diante deste cenário o objetivo deste trabalho é descrever ações para aumentar a taxa de conversão de orçamentos cirúrgicos particulares proporcionando crescimento da produção cirúrgica e receita em um hospital particular em Aracaju.

METODOLOGIA

Aplicação da metolologia Lean, do uso de ferramentas estatísticas, da qualidade e etapas DMAIC - Define (definir), Measure (medir), Analyze (analisar), Improve (implementar) e Control (controlar), no período de fevereiro de 2018 a setembro de 2019. O programa foi desenvolvido por uma equipe capitaneada por um colaborador que possui formação Green Belt na metodologia Lean, com abordagem na redução do tempo de emissão do orçamento, revisão do preço dos pacotes, negociação do preço de OPME diretamente com o fornecedor, implementação da solicitação de orçamento via site institucional e alteração da condição de pagamento da cirurgia particular.

RESULTADOS

Foi observado um crescimento na ordem de 10% na taxa de conversão de orçamento cirúrgico no período de 2019 versus 2018, 12% na comparação entre 2020 e 2019.

Este crescimento promoveu um aumento de 52,2% e 36,2% respectivamente na produção financeira dos períodos apresentados, mesmo em período pandêmico, como demostrado na Figura 1. Além destes benefícios, houve uma redução de 97,7% no tempo médio de emissão do orçamento cirúrgico através da automatização do processo com a utilização do software de gestão hospitalar, além do surgimento de solicitações de orçamentos cirúrgicos de pacientes dos estados vizinhos a Sergipe. Passando de 3 dias para cerca de 3 minutos (Figura 2).

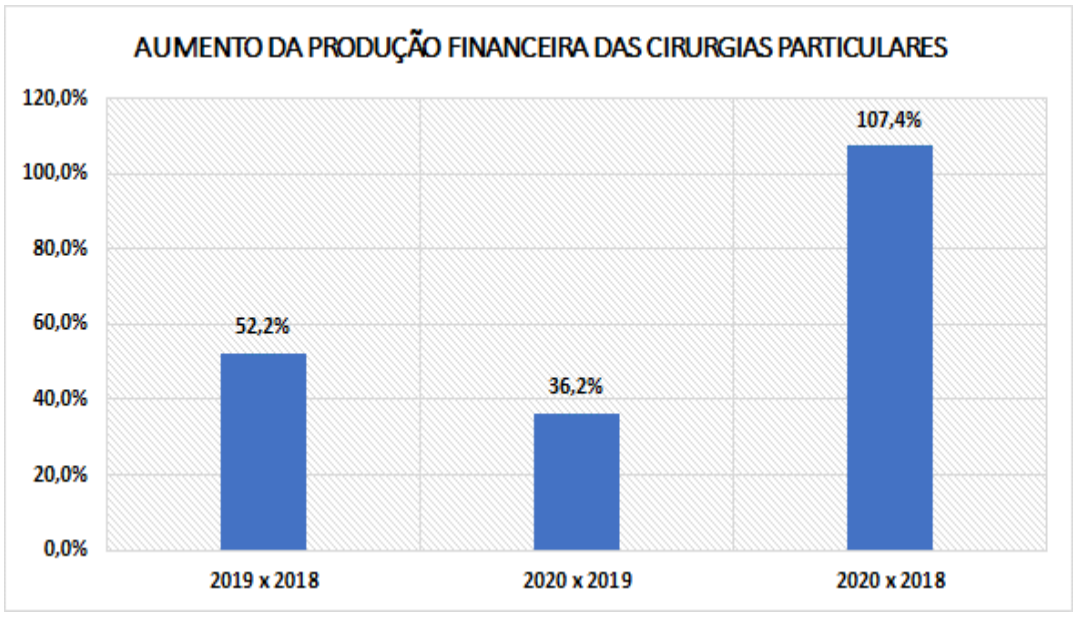


Figura 1 : Apresentação do aumento da produção após melhorias realizadas

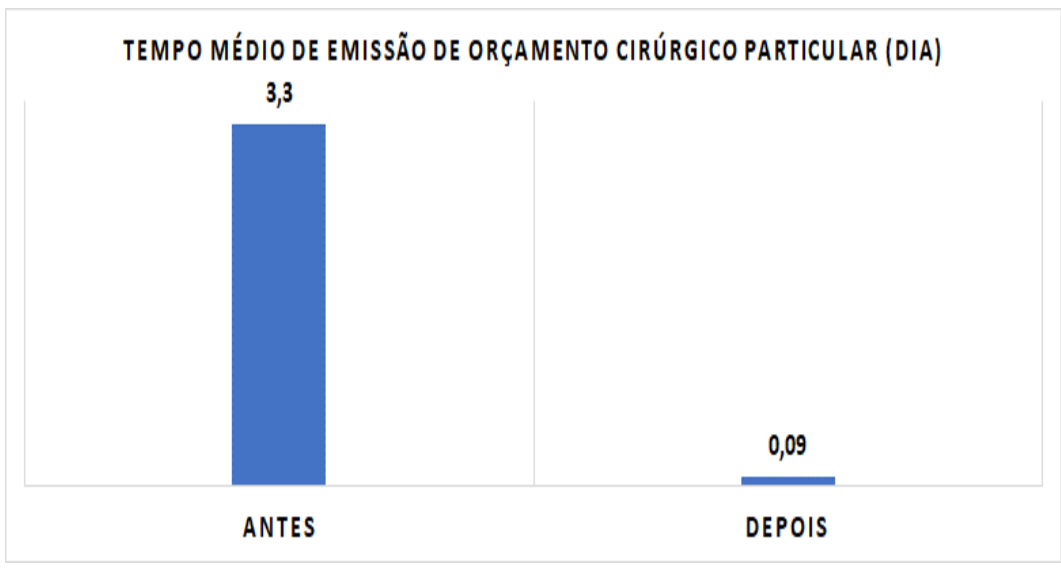


Figura 2 : Demonstrativo da redução do tempo de emissão do orçamento cirúrgico particular.

CONCLUSÕES

A implementação de processo mais racional e melhor acessível ao cliente, aliado a preços competitivos e com melhor condição de pagamento foram importantes para proporcionar o aumento da produção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Isabelita Rodrigues de; MACHADO, Aldenis da Silva; MARTINS, Álissan Karine Lima. Programa Seis Sigma: estratégia para melhoria da gestão hospitalar. 2011.

JORGE, Gabriela Andre; MIYAKEA, Dario Ikuo. Estudo comparativo das ferramentas para mapeamento das atividades executadas pelos consumidores em processos de serviço. 2014.

LOGOTIPO DA EMPRESA
OU PROJETO

Infecção por SARS-CoV-2 em gestantes e controle da infecção em hospital da ANAPH

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2021

Eduardo Martins Netto, Jesus Patiño, Monica Moreira

INTRODUÇÃO

Mais de 1000 gestantes morreram a causa do SARS-CoV-2 no Brasil, a taxa de mortalidade materna foi de 12,7%, 58,9% das quais tinham sido admitidas em UTI.

METODOLOGIA

OBJETIVO. Determinar a incidência de SARS-CoV-2 em gestantes e estabelecer regras de controle da infecção intrahospitalar.

MÉTODO: Estudo de incidência da COVID19 entre 24 de maio e 17 de julho do 2020, durante o primeiro pico pandêmico nas maternidades de Salvador/Bahia. Descrição das medidas de combate a pandemia implantadas pelo Comitê de Atenção à Covid19.

TABLE 1. SARS-CoV-2 infection screened in pregnant women at admission at the Hospital Santo Amaro / Fundação José Silveira or Maternidade Climério de Oliveira / Universidade Federal da Bahia, June to Mid-July, 2020

Prevalence		SARS-CoV-2 Positive			SARS-CoV-2 Negative	Total
Prevalence within pregnant mother		28	(8,5%)		301	329
Newborn, if mother infected		2	(7,1%)		26	28
Institution						
Hospital Santo Amaro		26	(9,7%)	*	243	269
Maternidade Climério de Oliveira		2	(3,3%)		58	60
Influenza-like Symptoms*	Yes	9	(40,9%)	**	13	22
	No	19	(6,2%)		288	307

*: Fever over 38ºC, newly presentation (less than 2 weeks) of cough or dyspnea; *: p = 0.13; **: p < 0.01

Tabela - Atenção à gestante nas unidades da Fundação José Silveira durante a pandemia de Covid-19 de janeiro-2020 até maio-2021

Unidade da FJS	Partos			Atendimento obstétricos***			Óbitos evitáveis**** ou por covid 19	
	20*	21**	T	20	21	T	20	21
Hospital Santo Amaro (Salvador)	3044	1324	4368	5351	2586	7937	0	0
Santa Casa de Jequié (H São Judas Tadeu) (Jequié)	4049	1669	5718	10875	4718	15593	0	0
Hospital Cristo Redentor (Itapetinga)	754	401	1.155	859	443	1.302	0	0
Total	**7847**	**3394**	**11241**	**17085**	**7747**	**24832**	**0**	**0**

FJS: Fundação José Silveira; * - janeiro a dezembro; ** - janeiro a maio; *** - atendimentos hospitalares; **** - óbitos com identificação de sinais de evitabilidade.

RESULTADOS

O SARS-CoV-2 foi detectado em 8,5% (28/329) gestantes por teste RT-PCR, 9,7% (26/269) em maternidade privada. 67,8% (19/28) não apresentavam sintomas na coleta. Os sintomas mais frequentes foram: febre (21%), tosse (17%) e dispneia (8%). A presença de sintomas, foi 6,6 vezes mais frequente quando detectado o SARS-CoV-2. 67,8% (19/28) eram assintomáticas no momento da coleta da amostra. O SARS-CoV-2 foi detectado em dois recém-nascidos por cesárea com 40 sem., um com placenta com sinais de inflamação, vilosite e perivilosite. As duas mães sem comorbidades nem intercorrências durante a gravidez. A partir dos achados, foram reforçados protocolos clínicos para acolhimento e manejo de gestantes e puérperas com suspeita ou confirmação da Covid19: triagem laboratorial diferenciada, inclusive para pacientes assintomáticas, e segregação de fluxos para casos suspeitos ou confirmados. Além disso, foram adotadas medidas para garantir a continuidade da assistência para casos de neoplasias, ISTs, sangramento uterino, entre outras, cuja interrupção pudesse afetar ainda mais a saúde da mulher. O resultado foi ausência de mortalidade devido à Covid19 dentro das unidades da instituição, após 4368 partos e 7937 atendimentos obstétricos até jan/2021.

CONCLUSÕES

A alta incidência de Covid19 em gestantes e de casos assintomáticos, mais baixas das relatadas por Sutton (15 e 88%) e semelhante (10 e 74%) na Univ. Birmingham, motivaram a adoção de protocolos clínicos para identificação rápida e precisa de mulheres grávidas com COVID19 e implementação de medidas de isolamento para prevenir a transmissão hospitalar, conseguindo zero desfechos maternos graves. Estas medidas destacam o compromisso da instituição com a saúde das pacientes assegurando uma vida saudável e promovendo o bem-estar por meio de serviços acessíveis, disponíveis e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Https://Covid19.Who.Int/. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Https://Covid.Saude.Gov.Br/. Shah PS., Diambomba Y., Acharya G., Morris SK., Bitnun A. Classification system and case definition for SARS-CoV-2 infection in pregnant women, fetuses, and neonates. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(5). Doi: 10.1111/aogs.13870. 3. Sutton D., Fuchs K., D'Alton M., Goffman D. Universal Screening for SARSCoV-2 in Women Admitted for Delivery. N Engl J Med. 2020;382(22). Doi: 10.1056/NEJMc2009316.

INOVAÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO DURANTE A COVID 19.

Marina Coelho, Karoline Bernardi, Elisandra Leites e Daniela Tenroller.

INTRODUÇÃO

Hospitalização por Covid gera uma angústia para os pacientes e familiares, intensificando sentimentos de medo, ansiedade e solidão, com tudo, fica evidenciado que quando unimos um atendimento técnico e humanizado obtemos um retorno positivo no tratamento e no estado emocional dos nossos pacientes.

METODOLOGIA

Relato de experiência baseado na ação o cuidado além do toque, realizada em uma unidade de internação adulto que recebia pacientes com covid-19 positivo ou suspeita, com a distribuição de corações de tecido, que cabem na palma da mão para os pacientes que ficaram desacompanhados, o intuito era que eles não se sentissem sozinhos, e se sentissem acolhidos. A equipe conseguiu transmitir uma mensagem de paz e esperança.

Com a alegria em ter vencido a covid 19.

Equipe que idealizou momentos aos nossos pacientes.

RESULTADOS

Ao iniciar a ação o cuidado além do toque com os corações de tecidos, podemos observar que os pacientes se sentiram mais acolhidos, seguros e mais esperançosos.
Podemos evidenciar com análise do indicador e satisfação Hfocus de 2021 dos pacientes da unidade, onde em janeiro foi de 8,9%, fevereiro 7,5% e em março após a ação subiu para 10%, e os meses consecutivos seguiram acima da média de 9,4.

Simbolizando coração na palma de sua mão juntamente com a equipe.

Símbolo de esperança.

CONCLUSÕES

Os pacientes relatam sentir-se acolhidos, amados e que não estavam sozinhos e na sua alta hospitalar levam o coração como símbolo da sua vitória.
A ação do cuidado além do toque aumentou o nível de satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Mazzetti, M. (2020). *Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais*.Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3854.shtml>. (Acesso em 26/04/21).

INTEGRAÇÃO COMPLETA DA PLATAFORMA DE GESTÃO DE DADOS CLÍNICOS COM O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Flávio Amaro Oliveira Bitar Silva, Yara Fulaneti Alexandre, Sofia de Araújo Mendes, Felipe Salvador Ligório

INTRODUÇÃO

Devido ao grande volume de dados assistenciais produzidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e pela agilidade nas tomadas de decisões que o setor demanda, temos desenvolvido, desde 2010, projetos de integração de dados nas nossas UTIs. Apesar de possuirmos um parceiro desenvolvedor de plataforma de gestão de dados clínicos que compartilha da nossa visão de a) melhorar a experiência da equipe assistencial, retornando para eles informações clínicas qualificadas a partir dos dados registrados; b) proporcionar visão sistematizada e estratégica da assistência aos gestores, não havíamos obtido êxito na integração eficaz do nosso prontuário eletrônico (PEP) com a plataforma de gestão de dados. Sempre houve retrabalho do time assistencial durante o registro dos dados clínicos, uma vez que a maioria dos dados deveriam ser registrados 2 vezes: no nosso PEP e na plataforma. Essa prática acaba causando resistência da equipe assistencial, levando à subutilização ou abandono da ferramenta de gestão de dados.

O objetivo deste projeto era integrar o nosso PEP à plataforma parceira, garantindo a transferência de 100% dos dados necessários para o funcionamento ideal da plataforma, poupando esforço da equipe assistencial. Dessa forma, teríamos: 1) maior entendimento do perfil de pacientes; 2) gerenciamento mais eficiente de indicadores clínicos; 3) validação de processos de qualidade e segurança, 4) análise de desempenhos clínico e financeiro, 5) benchmarking entre UTIs; e 6) engajamento da equipe assistencial ao registro de dados, completando um ciclo virtuoso.

METODOLOGIA

Formamos duas frentes de trabalho: a primeira, responsável por transcrever dados do PEP para a plataforma parceira, assim como realizar reuniões mensais com gestores da rede, esclarecendo o processo de registro de dados e orientando a utilização da plataforma. A segunda estaria responsável pelo desenvolvimento da integração entre nosso PEP e a plataforma parceira, visando automatizar 100% do preenchimento dos seguintes módulos nativos da plataforma: Dispositivos Invasivos, Suporte na Unidade, SAPS3, Complicações de 1º dia, Comorbidades e Diagnósticos.

O projeto teve início em fevereiro de 2021, com prazo para julho de 2021. Foram envolvidas equipes multidisciplinares das nossas 3 UTIs adultas, integrantes da Gerência de Práticas Assistenciais, TI, Gerentes das UTIs, Gerentes gerais e a Alta Direção.

Figura 1: *Exemplo de dados epidemiológicos da UTI*

Figura 2: *Exemplo de painel de Indicadores Clínicos da UTI*

RESULTADOS

Conseguimos integrar os 6 módulos propostos, dentro do cronograma estipulado. Somos hoje a primeira instituição de saúde brasileira a ter 100% da integração desses módulos ao PEP.

Como resultado secundário desse projeto, conseguimos: 1) melhorar documentos do nosso PEP, aumentando a agilidade e o conforto nas atividades diárias de médicos e enfermeiros; 2) engajar as lideranças das UTIs na utilização da plataforma, gerando análises críticas construtivas e insights valiosos.

O sucesso desta iniciativa incitou um novo projeto com a plataforma, visando agora integrações das nossas UTIs Pediátricas e Neo-natais. Além disso, definimos como objetivo interno conseguirmos o "selo de excelência" da plataforma, que sinaliza, dentre as UTIs que utilizam a solução, aquelas que apresentam as melhores performances.

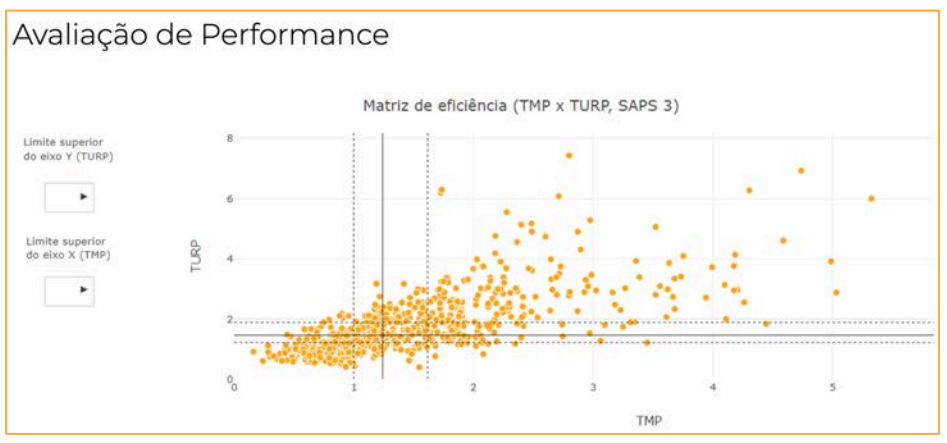


Figura 3: *Avaliação de performance. (**TMP**: Taxa de mortalidade Padronizada; **TURP**: Taxa de Utilização de Recursos Padronizada)*

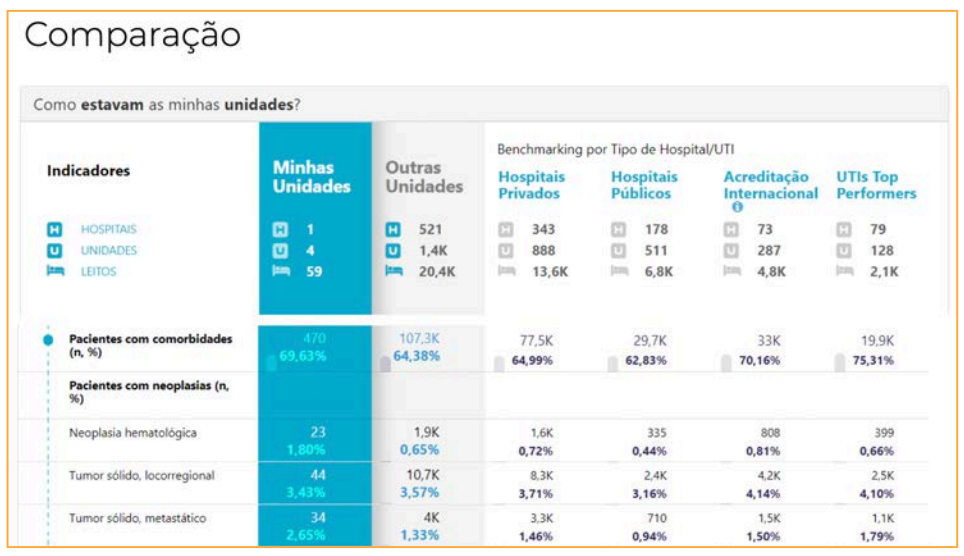


Figura 4: *Exemplo de comparações possíveis entre UTIs*

Figura 5: *Outro exemplo de comparações possíveis entre UTIs*

CONCLUSÕES

A formação da cultura de dados de uma empresa é um grande desafio. Precisamos buscar cada vez mais projetos e soluções que facilitem o manejo dos dados em saúde. Só assim conseguiremos tomar decisões assistenciais ou estratégicas dirigidas por dados.

Entendemos que estabelecer uma Cultura de Dados é o caminho necessário para que possamos oferecer assistência centrada no paciente, na qual conseguiremos melhorar desfechos clínicos, assim como as experiências dos usuários e dos profissionais envolvidos, sem elevar ou, idealmente, reduzindo custos.

REFERÊNCIAS

1. Big Data and AI Executive Survey 2021 - The Journey to Becoming Data-Driven: A Progress Report on the State of Corporate Data Initiatives. New Vantage Partner (NVP)

JEITO SANTA CASA DE SER FELIZ

Ana Paula Maia Benjamin Miareli, Cibele de Freitas Soares, Gabriela de Macedo Guedes, Milena Mendes Gonçalez, Pâmella Lemos Cançado e Talita Abreu Rodrigues

INTRODUÇÃO

A felicidade vem sendo amplamente estudada atualmente, e tem conquistado grandes avanços com a Psicologia Positiva. Através da compreensão do tema é possível entender melhor a importância do significado e propósito que cada vez mais tem sido forte nas escolhas de carreira, em especial nas novas gerações[1]. O conceito de felicidade no trabalho pode assumir diferentes significados para cada pessoa dentro das organizações. Portanto, compreender e entender a motivação dos seus colaboradores ajuda as organizações, visto que pessoas motivadas podem se envolver mais com os objetivos da empresa e, consequentemente, causar engajamento e realização, com a tendência de proporcionar melhores resultados[2]. A felicidade implica em estado de espirito positivo no presente e uma perspectiva para o futuro[1]. Pensando em despertar nas pessoas a possibilidade de estreitar a distância entre às atitudes e às decisões, Stevey Covey[3] idealizou um modelo que simplificou e deu possibilidade de construirmos planos de ação destacando que estas capacidades representam as quatro necessidades básicas de todas as pessoas, a saber: viver (sobrevivência), amar (relacionamentos), aprender (crescimento e desenvolvimento) e deixar um legado (significado e contribuição).

METODOLOGIA

Para identificar o nível de felicidade do time da Instituição foi utilizado um questionário que analisa a Felicidade Interna Bruta (FIB), na versão adaptada pela UNICAMP em 2014[4], aplicando-se adaptações quanto ao nome da instituição e substituição do termo aluno por funcionário. Foram incluídas também perguntas para traçar se o perfil dos funcionários de acordo com algumas variáveis (idade, tempo na Instituição, setor, cargo (liderança ou não), turno de trabalho e vínculo empregatício) poderiam trazer algum impacto na felicidade.

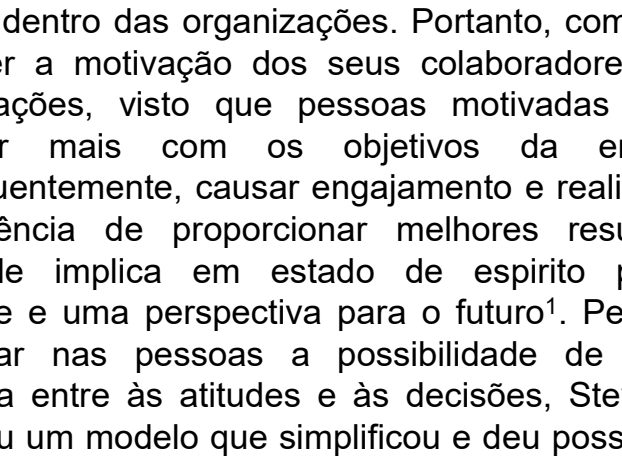


Figura 1 – Pilares do FIB que foram avaliados na Santa Casa de Misericórdia de Passos

O questionário direcionado a todos os colaboradores (cerca de 1.800 profissionais) em junho/2020, sendo seu preenchimento de forma autônoma e online. Foram registradas 849 respostas, amostra suficiente para considerar nível de confiabilidade acima de 95%. A análise quantitativa apresentada pelo FIB classifica cada fator avaliado em uma escala de 1 a 5, com as legendas: Infeliz / Razoavelmente Feliz / Amplamente Feliz / Profundamente Feliz. O resultado geral da Instituição foi de 2,63 (razoavelmente feliz). Posteriormente foram realizadas oficinas para que pudéssemos ouvir a voz dos clientes (VOC), sendo divididos em 5 grupos (assistenciais, equipe multidisciplinar, administrativo, liderança e apoio). Desenvolveu-se então um plano de trabalho com duração de 12 meses, com a meta de mudar o indicador para a faixa Amplamente Feliz, sendo escolhidas algumas variáveis a serem trabalhados no âmbito da Instituição, eliminando as variáveis de âmbito pessoal e social.

Domínio	Valor Médio
Quão saudável você considera o ambiente profissional que vive na Santa Casa?	2,69%
Eu sinto que o meu esforço é recompensado na Santa Casa?	2,47%
Quanto tempo você passa fazendo as coisas de que gosta?	2,44%
Quão satisfeito você está com a proporção entre o tempo de trabalho e descanso/lazer?	2,36%
A gestão é feita de forma participativa e posso contribuir nas decisões.	2,17%
Eu decido como vou fazer o meu trabalho na Santa Casa.	2,15%
Considerando o último ano, com que frequência você se sentiu sozinho?	2,11%
Considerando o último ano, com que frequência você doou seu tempo para atividades voluntárias?	1,56%

Realizado então uma busca e análise dos programas internos voltados para o cuidado dos funcionários e bem estar, sendo: Comitê de Humanização, Caráter Conta, Evoluir, Pausa Laboral, Coral além do Saúde para o Trabalhador. De forma a orientar esta reestruturação, foram criadas as diretrizes do Jeito Santa Casa de Ser Feliz, que serão a base orientadora para todas as novas definições estratégicas dos programas, conforme apresentada abaixo:

Figura 2 – Diretrizes Jeito Santa Casa de Cuidar

Após definição da metodologia aplicou-se então o FIB em 2 grupos pilotos distintos denominados: Grupo Saúde para o Trabalhador (receberia cuidado integral pautado nas quatro dimensões: corpo, mente, coração e espírito) e o Grupo Ambulatório HRC (receberia cuidados fragmentados). Os Grupos tiveram respectivamente os resultados de 2,77% Amplamente feliz e 2,68% (Razoavelmente feliz).

RESULTADOS

Após 12 meses de ciclo de cuidados conforme planejado, foi reaplicado o FIB, com percepção de aumento no índice de felicidade em ambos pilotos, sendo que o Grupo Saúde para o Trabalhador, aumentou o grau de felicidade de 2,77% para 2,90% e o Grupo Ambulatório HRC de 2,68% para 2,93%.

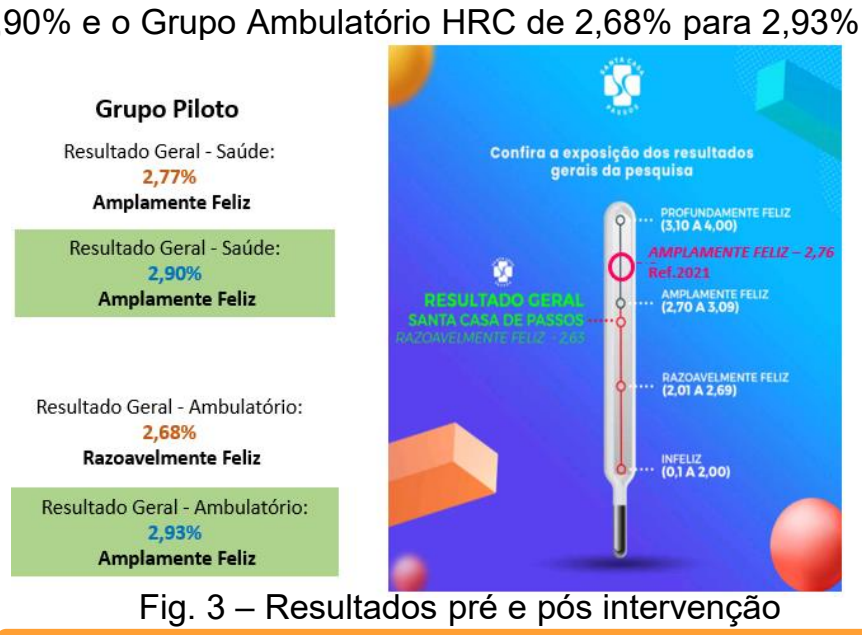


Fig. 3 – Resultados pré e pós intervenção

CONCLUSÕES

Com o alinhamento dos programas e diretrizes do Jeito Santa de Cuidar, esperamos proporcionar ganhos softs na percepção do time sobre o ambiente organizacional, com impacto no bem estar dos colaboradores, principalmente no âmbito da Instituição e a felicidade de todos. O cuidado integral proporciona a oportunidade de vivenciar os novos programas, de forma integrada e estratégica, proporcionando ao colaborador o protagonismo e a descoberta do seu propósito.

REFERÊNCIAS

1. ACHOR, Shawn; WOODCOCK, Neil. O jeito Harvard de ser Feliz. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.
2. FISHER, C. D. Happiness at work. International Journal of Management Reviews, 2009.
3. COVEY, Stephen. O 8º hábito: da eficácia à grandeza. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
4. Adaptação do índice “felicidade interna bruta” e avaliação entre estudantes da UNICAMP. VALENTIM CC; STREY DF; FERREIRA EM; MACEDO RL; DESSOTTI V, Revista Ciências do Ambiente On-Line, V 10, N 2, Campinas, 2014.

JORNADAS DO PACIENTE: OTIMIZANDO A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA ONCOLOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Camilla Gonçalves Barcala Braga Ramos, Carlos Eduardo Miranda Vieira, Priscila Amejeiras Santiago

INTRODUÇÃO

Os mapas de jornada traçam todo o curso de relacionamento do cliente com a empresa. Todas as etapas que os clientes tomam ao descobrir, usar e avaliar um produto ou serviço e os pontos de contato que interagem ao longo do caminho[1]. Mapeamos as jornadas do paciente considerando os ajustes necessários diante da pandemia do novo coronavírus e estabelecemos um único objetivo que foi entregar a melhor experiência para o paciente na oncologia.

METODOLOGIA

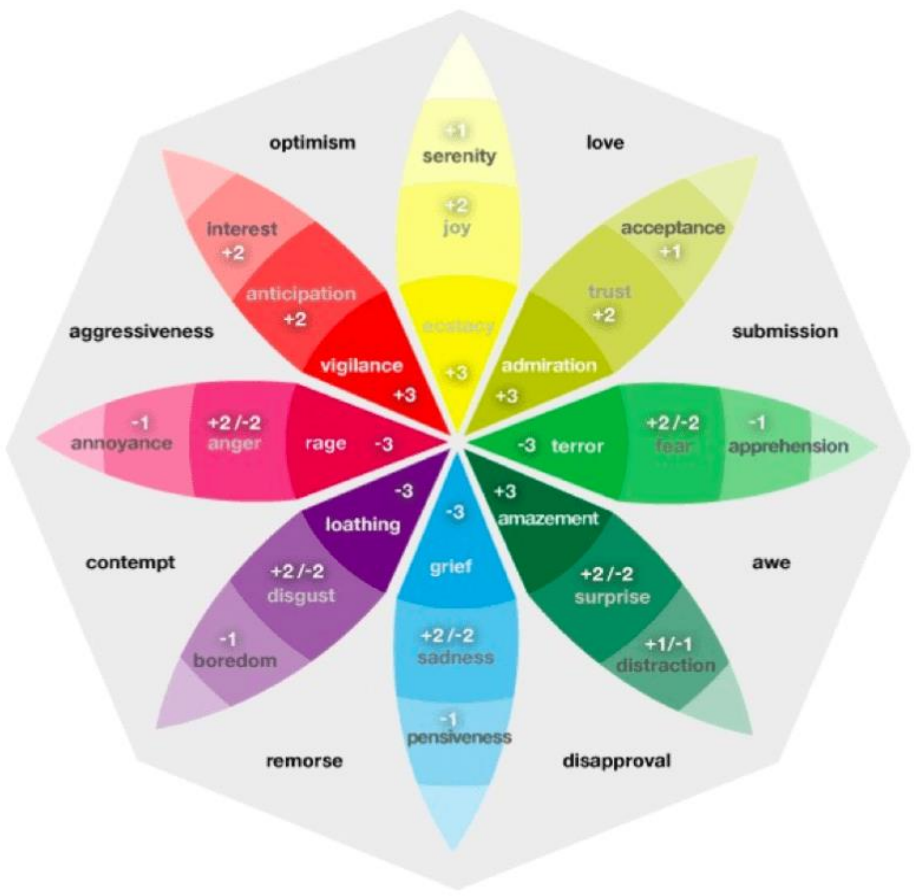
Iniciamos o mapeamento das jornadas do paciente de janeiro a junho de 2020 com alterações imediatas em março com a chegada da pandemia do novo coronavírus. Foram mapeados para o desenho das jornadas: os atores; pontos de contato; setores de apoio; comunicação indispensável; melhorias necessárias, os objetivos e as emoções do paciente.

A validação dos objetivos e emoções foram realizadas em amostra qualitativa com pacientes reais em tratamento de Câncer de Mama e Próstata. Foram ouvidas as pacientes C.G.L. e C.C.C.M. em tratamento de Câncer de Mama e o paciente J. R. M. T em tratamento de Câncer de Próstata. Os cânceres de mama e próstata representam 60% da população da clínica.

As validações ocorreram por videoconferência utilizando o software *Teams*. As emoções foram mensuradas utilizando a Roda de Emoções de *Plutick*[2]. Para cada emoção relatada, o contexto era entendido e atribuída uma pontuação, positiva ou negativa, formando um gráfico de emoções.

Em cada ponto de contato do paciente, foi realizada uma analise e proposto melhorias. Identificamos também no mapeamento da jornada, momentos da verdade, pontos de espera do paciente e momentos de destaque (*wow).*

Ao fim de cada jornada é enviado ao paciente a pesquisa NPS - *Net Promoter Score*.



Roda de Emoções de Plutick com sua pontuações por emoção.

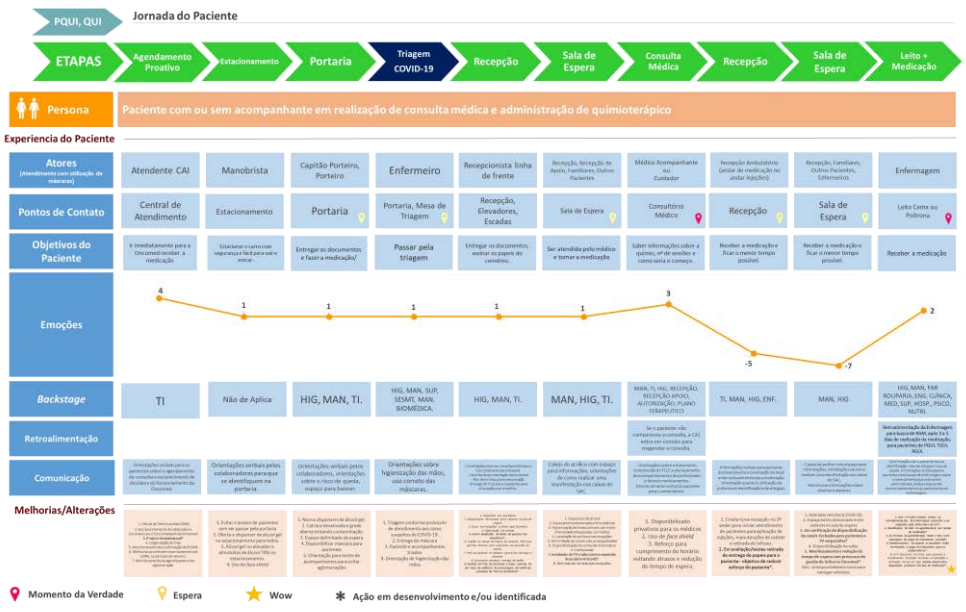
RESULTADOS

Identificamos 02 principais jornadas: Atendimento médico e atendimento com medicação. Através da curva de emoções dos pacientes observamos que, quando as emoções são negativas, estão diretamente relacionadas com pontos de espera e refletem os sentimentos de angústia, medo, tristeza e antecipação. Ou seja, a percepção de 'tempo', com a COVID-19 passou a ser um valor e os pacientes não querem ser expostos de forma desnecessária a esperas. Identificamos também que, o objetivo do paciente não é igual ao da equipe e isso gerou uma necessidade de revisão de vários processos, além das melhorias identificadas e propostas em cada ponto de contato.

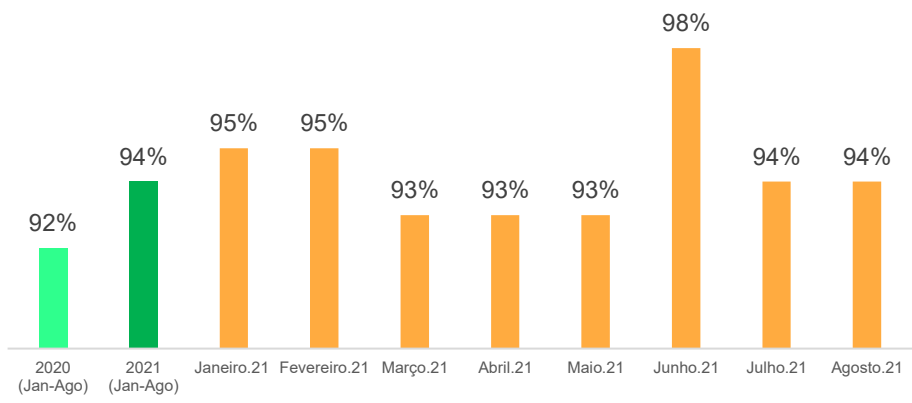
Toda a clinica passou pelas adequações necessárias relacionadas a COVID-19, mas ainda assim, os pacientes observam que quando um número limite de pacientes é alcançado em um espaço, ele se sente inseguro.

O momento com o médico é considerado como momento da verdade e com emoções positivas dos pacientes. O profissional possui papel fundamental como coordenador do cuidado e parte do engajamento do paciente. E por fim, a comunicação alinhada é imprescindível e merece destaque.

Definimos que nosso NPS Global é composto pelo NPS das principais jornadas. Após a implantação das melhorias e treinamento da equipe sobre as jornadas, observamos um aumento no acumulado do NPS de 02 pontos percentuais em 2021 comparado com 2020 no mesmo período, de Janeiro a Agosto. Também alcançamos um NPS histórico em Junho/2021 com um resultado de 98%.



Jornada do Paciente - Atendimento com medicação



NPS de Janeiro a Agosto e estratificado por mês em 2020 e 2021.

CONCLUSÕES

Entendemos que o mapeamento das jornadas como uma ação da Experiência do Paciente pode proporcionar diversos avanços nos serviços de saúde. Assim, utilizar os conceitos de *Customer* e *Patient Experience* criam um jeito diferente de entregar saúde e nos permite inovar com o paciente no centro do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Manning, Harley, Bodine, Kerry. Outside in: The Power of Putting Customers at the Center of Your Business. New York, 2012.

2. Plutchik, Robert.; Kellerman, Henry. Theories of emotion. New York: Academic Press, 1980.

LINHA DE CUIDADO COVID-19 EM UM HOSPITAL PARTICULAR

Cássia Regina Lima, Francine Janaína Magalhães Nascimento, Pedro Gibson Paraiso, Sarah Cristina López Pires Ribas.

INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia por COVID-19, distintas complicações relacionadas à infecção viral, como eventos tromboembólicos, provocaram alto índice de comorbidades em todo o mundo. Nesse cenário, faz-se necessário o estabelecimento de uma linha de cuidado[1], como uma estratégia de organizar, estudar e planejar intervenções nos denominados grupos de risco. Essa é a oportunidade de estabelecer processos e ações efetivas, de maneira integrada aos diversos níveis de atenção, em que acesso e resolutividade são palavras-chave. A criação de uma linha de cuidado reduz o risco de desenvolvimento dessas complicações, assim como a detecção precoce e o manejo adequado reduzem o impacto da infecção viral pelo novo coronavírus, tanto em porcentagem de incidência de complicações e nas reinternações.

METODOLOGIA

A Linha de Cuidado da COVID-19 foi desenvolvida baseado no programa de gestão de cuidados de transição rápida, de referência mundial[2]. O estudo base foi responsável pelo acompanhamento de 1.979 pacientes durante 3 meses em 14 hospitais diferentes, com redução de 30% da taxa de reinternação comparado aos que não foram monitorados, por isso foi criado um programa próprio em hospital particular. Esse acompanhamento dura 14 dias, avaliando os pacientes nos domínios clínicos, comportamentais e sociais.

Para a construção da linha de cuidado da COVID-19, baseado no estudo referência, nesse seguimento, a equipe foi composta por enfermeira navegadora, responsável pelo contato direto com os pacientes a partir do dia 01/12/2020. A equipe também é composta por médicos hospitalistas, tratando-os desde o primeiro atendimento na internação até o seguimento ambulatorial quando necessário, inclusive no apoio às orientações diárias de acordo com a evolução de cada caso, centralizando o cuidado e mantendo a horizontalidade do mesmo.

Todos os dados foram inseridos e coletados via prontuário eletrônico.

Etapas da Linha de Cuidado da COVID-19.

Na prevenção primária, são realizadas ações de contenção de disseminação da doença através da educação, treinamentos e imunização para toda a sociedade.

O diagnóstico precoce e o tratamento foi estabelecido com laboratório próprio da unidade realizando coleta. A equipe de emergencistas realizando classificação de gravidade do paciente em leve, moderado e grave para nortear a tomada de decisão no Pronto Atendimento e consequentemente encaminhá-lo para o setor especifico.

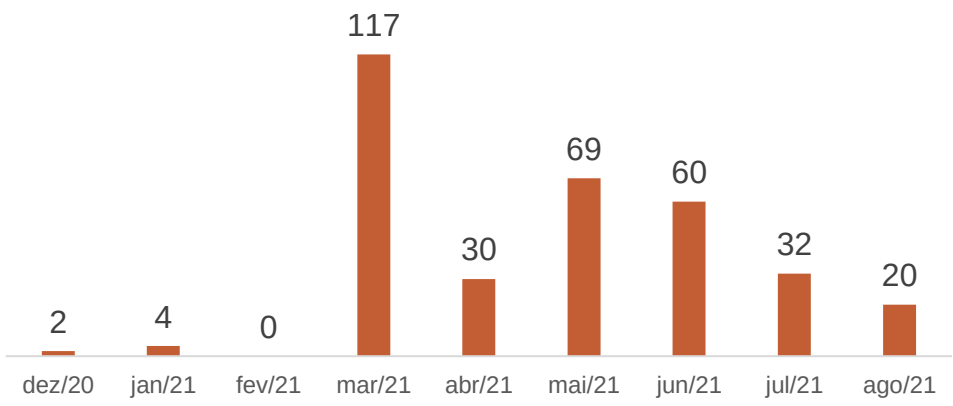
Na desospitalização e alta, define-se a necessidade e o grau do apoio da equipe multidisciplinar para continuidade dos cuidados em domicílio.

RESULTADOS

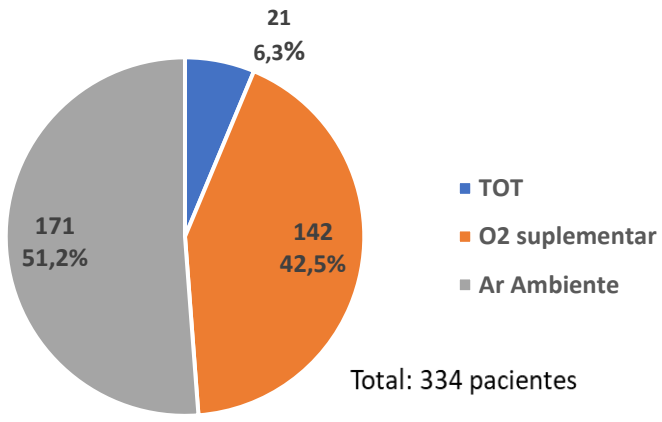
Estabelecido no período de 1 de dezembro de 2020 a 30 de agosto de 2021 a análise dos dados do monitoramento de todos os pacientes diagnosticados com COVID-19. A navegação da linha de cuidado do paciente diagnosticado com infecção por COVID-19 englobou 334 pacientes, sendo 117 deles no mês de março/21, momento de maior índice de transmissão em Belo Horizonte/MG.

O acompanhamento permitiu a prevenção de complicações, como piora do quadro respiratório, diante do encaminhamento no momento adequado para atendimento de urgência e/ou internação e redução de complicações pós-COVID.

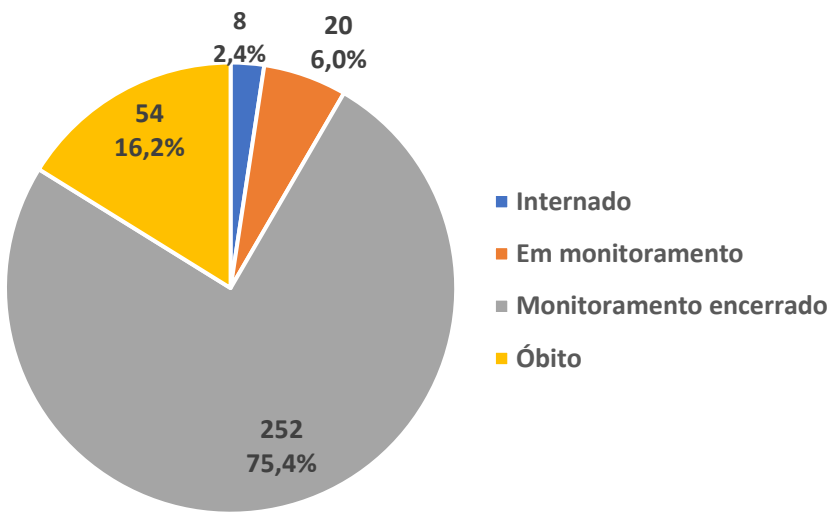
No monitoramento pós-alta são realizados contatos telefônicos e encaminhadas mensagens em aplicativo multiplataforma para avaliação do estado de saúde do paciente, em datas específicas, com 24h, 48h, 72h, 7 dias e 14 dias. Quando necessário, são realizadas orientação de enfermagem, esclarecimento de dúvidas ou indicação de comparecimento ao serviços de saúde.



Distribuição de pacientes segundo o mês de internação por COVID de dezembro 2020 à agosto 2021.



Distribuição de pacientes que foram internados por COVID segundo tipo de ventilação à admissão de dezembro 2020 à agosto 2021



Monitoramento dos pacientes de admissão até alta.

CONCLUSÕES

A execução da linha de cuidados centrada no paciente desde o diagnóstico até o seguimento pós-alta permitiu um acompanhamento detalhado do paciente, com eficiência assistencial que permitiu redução de complicações e evitou reinternações secundárias à infecção pelo COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. European Pathway Association. Sobre caminhos do Cuidado. Acesso em 20 de agosto de 2021. Disponível em https://e-p-a.org/care-pathways/.

2. Brown, et. al. Prompt Launch of a Rapid Transitions Care Model Prevents Re-hospitalizations of Covid-19 Patients. Vol. No. 3, December, 2020.

METODOLOGIA LÚDICA PARA EXPOR INDICADORES EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Kelly Trindade, Regina Fusuma Fontoura, Tathiane Eutalia Rocha Faria

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de indicadores assistenciais direciona ações para aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e prevenir eventos adversos. Educar a equipe para conhecer os indicadores permite engajamento para que os membros tenham responsabilidade na aplicação de intervenções assertivas, com foco na melhoria dos resultados.

METODOLOGIA

Foram conduzidas atividades lúdicas em um período de quatro meses para transmitir às equipes os resultados dos indicadores gerenciados (flebite, queda, infecção de trato urinário, lesão por pressão e infecção de corrente sanguínea) em duas unidades. Estas foram denominadas como "A" e "B" a título de reconhecimento. Após esse período, foi utilizado o formulário Google Forms® aplicado a 76 colaboradores no mês de agosto de 2021 para coleta de dados. As ações lúdicas incluíram brincadeiras como: passa ou repassa, verdade ou mito, pescaria de perguntas e respostas durante o mês de festas juninas e jogo de dardos. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo de forma objetiva e sistemática, a fim de quantificar a aceitação e relevância das atividades transmitidas por dinâmicas interativas.

Imagem 1: Dinâmica do "*Arraiá dos indicadores*" . São Paulo, Brasil 2021.

Imagem 2: Dinâmica do "*Verdade ou mito?*" . São Paulo, Brasil 2021.

RESULTADOS

A pesquisa mostrou aprovação de 97,3% dos participantes em relação às estratégias aplicadas. Observou-se também impacto positivo nos indicadores assistenciais em ambas as unidades.
Na Unidade "A" houve diminuição de 50% dos eventos de flebite e na "B", houve redução de 25% nos eventos de queda.
Após as ações, as equipes envolvidas se mostraram nitidamente mais preocupadas nos cuidados necessários para manter os bons resultados dos indicadores, trazendo impacto positivo na qualidade da assistência e segurança do paciente. O engajamento dos colaboradores durante as atividades também trouxe maior entendimento e interesse sobre o assunto no cotidiano das unidades.

Imagem 3: Dinâmica do "*Tiro ao alvo*" . São Paulo, Brasil 2021.

Imagem 4: Dinâmica do "*Passa ou repassa*" . São Paulo, Brasil 2021.

CONCLUSÕES

Diante do resultado favorável expressado pela alta aprovação das equipes a respeito do método lúdico para transmitir os dados, nota-se maior interesse e compreensão acerca dos indicadores assistenciais. As metodologias aplicadas permitiram que as equipes se sentissem motivadas a participar ativamente na implementação das intervenções necessárias para as melhorias dos resultados.

REFERÊNCIAS

Fernandes CN, Angelo M. Estratégias lúdicas utilizadas em enfermagem – Uma revisão integrativa. Rev av Enferm., 2018;36(1):88-98.

Souza JB, Colliselli L, Madureira VSF. A Utilização do Lúdico como Estratégia de Inovação no Ensino da Enfermagem. Rev de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1227.

METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM E A ABORDAGEM LÚDICA PARA O RESGATE DA CULTURA DE SEGURANÇA EM SAÚDE

Carolina Sityá Carús, Letícia Luziano, Marina Bortolini, Ana Carolina Campos

INTRODUÇÃO

Diante da complexidade hospitalar, diversos fatores dificultam a educação das equipes, tais como: pressão do tempo, multiplicidade de informações, necessidade de um trabalho colaborativo com foco no paciente, além dos diferentes níveis de educação dos colaboradores, subjetividades múltiplas, capacidade de compreensão individual e as experiências relacionais. Por consequência, as metodologias ativas de aprendizagem e a abordagem lúdica são estratégias para o desenvolvimento de competências que reificam a supremacia da técnica e do discurso.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso realizado em uma instituição hospitalar de natureza filantrópica, grande porte, em Porto Alegre/Rio Grande do Sul, desenvolvido pela equipe do Núcleo de qualidade e segurança do paciente, no período de janeiro a agosto de 2021, mediante a adoção de metodologias ativas de aprendizagem e abordagem lúdica das equipes sobre segurança do paciente, fomentadas pelo conhecimento e envolvimento do tutor para o desenvolvimento do raciocínio crítico e sensibilização, para tanto, utilizou-se: aprendizagem baseada em problemas (discussão de casos realísticos através do resgate de notificações incidentes mais recorrentes, graves e ou potencial de gravidade e principalmente os “near miss”; rotação por estações; relato de casos e reflexão filosóficas de abordagem prática e discussão entre o grupo; simulado com foco a sensibilização, técnicas de alívio de decúbito e prevenção de LPP); gameficação (jogos interativos, em times); utilização de instrumentos lúdicos (guarda-chuva colorido com áreas de segurança e práticas organizacionais obrigatórias de acreditação hospitalar; jaleco das 6 metas internacionais de segurança e personagens caracterizados e equipados), musicalização (música temática alusiva ao erro como fator humano).

Jogo da memória - Treinamento Institucional de Acreditação e Qualidade hospitalar com funcionários do Hospital São Lucas da PUCRS – julho/21.

Jogo de Caça-Palavras - Treinamento Institucional de Acreditação e Qualidade hospitalar com funcionários do Hospital São Lucas da PUCRS – julho/21.

RESULTADOS

A ambiência lúdica e baseada em problema oportunizou o compartilhamento de experiências diversas, cotidianas e práticas, foi capaz de aguçar sentidos, sentimentos e promover atitudes concretas. Estes achados foram evidenciados através de devolutivas pessoais, participação dos colaboradores, expressões e posturas corporais, aumento e qualificação dos registros de notificação de incidentes (ano 2020: 62 lesões por pressão, 409 eventos adversos; ano 2021: 360 lesões por pressão, 840 eventos adversos); estabilização na curva de notificação de incidentes desde fevereiro, de um histórico no ano 2020 que a diferença chegou a 450 notificações entre os meses; aumento no registro de queda nos últimos 2 meses (média de 8 quedas nos últimos 6 meses para 17 quedas nos últimos 2 meses); pesquisa de reação satisfatória do treinamento de acreditação e qualidade hospitalar (129 respondentes: 125 avaliaram o treinamento como ótimo e 4, bom, comentários registrados: *Evento dinâmico e de fácil compreensão; ...refletir e reconhecer nossa condição falível; ...Muito explicativo, realidade na abordagem.)*

Resultados de indicadores de gestão de ocorrências do Hospital São Lucas da PUCRS – julho/21.

Liga da Segurança do Paciente/ Ação do Dia Mundial da Segurança do Paciente – setembro/21.

CONCLUSÕES

Foi possível observar que a abordagem lúdica e o uso de metodologias ativas de aprendizagem, com conteúdo baseado em experiências práticas e cotidianas é capaz de promover o engajamento e motivação das equipes, que por sua vez, pode ser demandada por outras áreas além da educação, à exemplo deste estudo com aplicabilidade em hospital, na área de qualidade e segurança do paciente, demonstrando que, é possível transitar entre a regra e a subversão da mesma, entre o real e o ilusório, entre a descontração e a apreensão, entre a espontaneidade e o disciplinamento, e assim obter resultados concretos e mensuráveis sobre a eficácia de tais metodologias.

REFERÊNCIAS

Wosinski J, Belcher AE, Dürrenberger Y, Allin AC, Stormacq C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. Nurse Educ Today. 2018 Jan;60:67-74. doi: 10.1016/j.nedt.2017.08.015. Epub 2017 Sep 8. PMID: 29032293.

Pires, M. R. G. M., Gottems, L. B.D, Fonseca, R.M.G.S. "Recriar-se lúdico no desenvolvimento de jogos na saúde: referências teórico-metodológicas à produção de subjetividades críticas." *Texto & Contexto-Enfermagem* 26 (2017).

Svensson J, Axén A, Andersson EK, Hjelm M. Nursing students' experiences of what influences achievement of learning outcomes in a problem-based learning context: A qualitative descriptive study. Nurs Open. 2021 Jul;8(4):1863-1869. doi: 10.1002/nop2.842. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33709559; PMCID: PMC8186710.

MODELO ESTRUTURADO DE TRABALHO REMOTO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Andrea Cristina Matos, Viviane Vasconcelos do Nascimento, Priscila Ribeiro Silva, Thais Fernanda Leite Zoghbi

INTRODUÇÃO

Com a pandemia o modelo de trabalho remoto foi crucial para minimizar os impactos nas organizações para continuidade das atividades, além de contribuir para o isolamento social. O modelo traz benefícios para a empresa, impacto positivo na qualidade de vida do colaborador, fortalecimento das relações familiares e sociais e benefícios para a comunidade.
Este trabalho destaca modelo estruturado pela SBIB Albert Einstein para esta nova forma de trabalho.

METODOLOGIA

Começamos a implantação deste modelo de trabalho em 2015, nesta ocasião realizamos uma pesquisa inicial do novo modelo com as lideranças, levantamento de áreas/cargos elegíveis, definição das premissas para realização de atividades em modelo de trabalho remoto e critérios, criação de comitê para diagnóstico.
Ao longo deste período foram consideradas para a implantação as necessidades de ajustes de processos e identificação/minimização de riscos considerando os 5 pilares para implantação desta iniciativa (cultura, suporte tecnológico, blindagem jurídica, adequação de processos e controle/mensuração de resultados).
Realizamos em 2017 a implantação de um piloto para validar todas as práticas e modelos estruturados neste período. Em 2018 realizamos o lançamento oficial do programa com o engajamento da liderança, capacitação colaboradores, política e processos de apoio definidos e 2019 tivemos a ampliação das áreas em trabalho remoto, adoção de tecnologias, registro de ponto remoto e Novo modelo Teletrabalho full time.

Capacitação e engajamento da liderança com o novo modelo de trabalho remoto.

Capacitação on line para todos os colaboradores elegíveis ao modelo de trabalho remoto.

RESULTADOS

Antes da pandemia o modelo era praticado por 300 profissionais, com o decreto este número cresceu para 1.900 colaboradores imediatamente. Foram implantadas ações de contingência e suporte aos colaboradores, ajuste de benefícios, tecnologia, pesquisa de satisfação e pesquisa de clima abordando esta temática, ações de saúde e bem estar, canal de comunicação com *lives* e conteúdos, melhoria de processos e fluxos, que trouxe atualizações da política de forma atemporal, com duas variações do contrato Home Office ou Teletrabalho.
70% dos colaboradores informam que todas as atividades são possíveis de serem realizadas remotamente, 80% está satisfeito com a estrutura de tecnologia e suporte oferecidas, 61% recebe incentivo do gestor para realização do Home Office. A pesquisa de clima anual mostra a pontuação geral acima de 85 pontos nos itens relacionados a home office.
O modelo de trabalho evidenciou ganhos de produtividade, em amostra realizada os colaboradores foram 28% mais produtivos e seu absenteísmo 46% menor que o presencial.

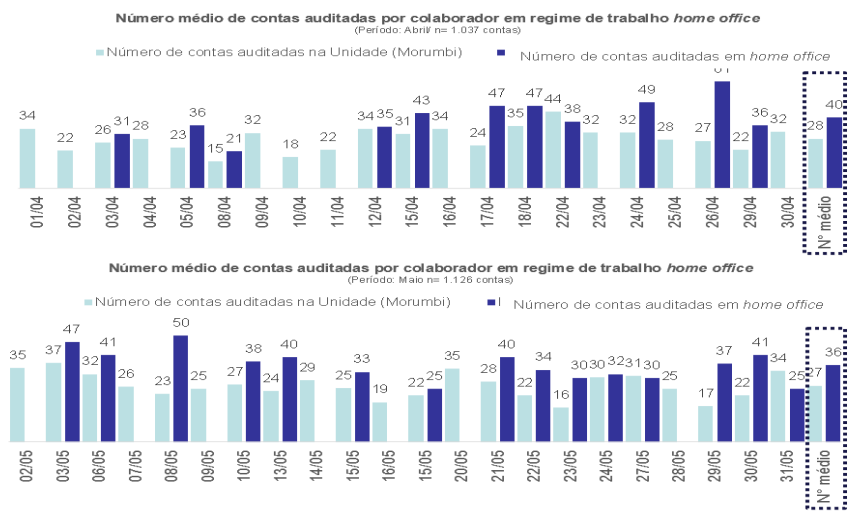


Gráfico comparando produtividade presencial e em home office da auditoria de contas. Evidencia o aumento em 28% da produtividade desta atividade.

Logo do programa criado Mais Conectados e treinamento realizado com a liderança sobre as atualizações da política e boas práticas do modelo.

CONCLUSÕES

Atualmente temos 2.652 em modelo de trabalho remoto.
11% do grupo de ativos são líderes e 85% realizam atividades administrativas. Diante das novas expectativas da força de trabalho e competitividade por talentos, o modelo de trabalho remoto é um forte fator de decisão para o ingresso em um empresa. Além de possibilitar a ampliação das fontes de contratação de profissionais em diferentes localidades e como ferramenta de inclusão. As pessoas querem, cada vez mais equilíbrio e bem estar, qualidade de vida, reconhecimento e flexibilidade.
Estruturar o trabalho remoto em uma empresa não é uma tarefa, e nem um projeto. Mas sim uma jornada , contínua, cheia de desafios e experimentação.

REFERÊNCIAS

CLT e NR17
The Future of Work is an Adaptive Workforce, por J. P. Gownder em Forrester 2019
Fatos considerados “Wild Cards” são Antecipadores do Futuro - Copenhagen Institute For Futures Studies
Instituto Trabalho Portátil | Artigo "The Five Levels of Remote Work" de Matt Mullenweg
Benchmarking com instituições de diversos segmentos

Newborn de Páscoa: Experiências Vivenciadas pelas Mães na UTI Neonatal

Autores: Luciane Rosa de Souza, Raysa de Sousa Santos, Silvia Stiefano Nitrini, Francymary Furtado Brandão.

INTRODUÇÃO

Durante a internação na UTI Neonatal, as mães vivenciam sentimentos como: medo, insegurança, impotência, culpa e perda do controle situacional. [1] Estratégias que buscassem acolher e minimizar as fragilidades emocionais das mães de recém-nascidos internados na unidade, foram trazidas pela equipe multiprofissional com a chegada da comemoração da páscoa, discutindo a ideia da realização de uma sessão de fotos como recordação nesta data. Objetivo: Relatar experiências vivenciadas pelas mães durante o evento Newborn de Páscoa, na uti neonatal de um Hospital Geral no Município de Guarulhos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado em um Hospital Geral no Município de Guarulhos, sendo referência para recém-nascidos de alto-risco, possuíndo 12 leitos de UTI Neonatal e 18 leitos de UCIN. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, tendo como questão norteadora: diga-me como foi para você a experiência da sessão de fotos na UTI Neonatal/UCIN? Após coleta, os dados foram agrupados por macrotemas, através da análise temática.

RESULTADOS

Após a análise temática, os relatados das mães foram: pra mim foi ótima atitude, muito legal, eu gostei muito […] (Girassol). Vocês fizeram uma coisa muito importante, obrigada pela atenção que vocês tiveram […] (Violeta). Foi muito bom mesmo, ele estando internado, podendo viver experiências assim, comemorativas […] (Lavanda). Experiência sensacional, onde pudemos compartilhar uma data especial, mesmo estando em uma situação de extremo emocional para a mãe (Orquídea).

CONCLUSÕES

Através dos resultados trazidos nas narrativas das mães, foi possível evidenciar que a humanização na uti neonatal, baseado num modelo de cuidado ampliado, busca incluir espaços de diálogo, onde a família possa expressar angústias, expectativas, deixando de ser um expectador, sendo incluída no cuidado, além das dimensões psicobiológicas do neonato. [2]

REFERÊNCIAS

1. Lima lg, Smeha ln. Experiência da Maternidade Diante da Internação do Bebê em UTI: uma Montanha Russa de Sentimentos. Psicologia em estudo [online]. 2019, v. 24 [acessado 20 agosto 2021], e38179. Disponível em: Epub 15 jul 2019. Issn 1807-0329. 2. Lima VF, Mazza VA, Mór LM, Pinto MN. Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Reme – Rev Min Enferm. 2017 [citado em20 agosto 2021]. Disponível em: DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170036.

O Desafios do Acesso: Um Olhar Singular Sobre Cancelamentos por Melhoria Clínica

Celio Ribeiro, Andrea Jesus, Claudia Lunardi, Willian Melo

INTRODUÇÃO

A regulação em saúde é um instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), normatizado como Política Nacional pela Portaria MS/GM Nº 1.559/2008[1], cujo o acesso deve estar ordenado através de sistemas para a equidade. O processo regulatório é relevante, equalizador social do sistema de saúde para atenuar as distorções[2]. O Estudo tem o objetivo de avaliar o acesso por um sistema de regulação da internação identificando os pontos de ação a gestão para melhoraria de acesso à assistência.

METODOLOGIA

Realizou-se uma análise exploratória de registros do sistema de regulação de internação (SER II) utilizado em um município da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Foram avaliados dados entre 01/06/20 – 31/05/21, que continham registros únicos de 15.901 pacientes. Os dados foram extraídos, tratados e avaliados com ferramentas de Data Science, gratuitas e de fácil acesso, utilizando as bibliotecas Python (Pandas, Numpy e Pyodbc), analisando os eventos existentes no sistema. Identificou-se um processo não retilíneo que contém o registro de 7.489 pacientes para transferências Destas, haviam 1.740 solicitações (23,2%) de transferência no sistema SER (Fig.1) que foram canceladas. Examinou-se as solicitações canceladas por parâmetro de melhora clínica (33,0%), em busca de informações que possam apontar intervenções no sistemas ou informações de valor ao gestor.

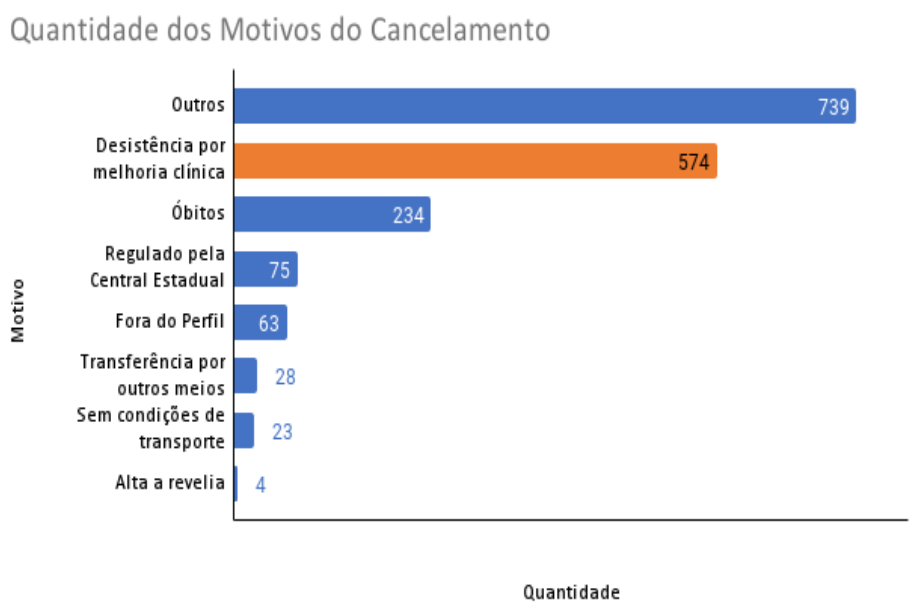


Figura 1 - Quantidade de solicitações com os motivos dos cancelamentos. Destaque para o motivo “Desistência por melhoria clínica”.

Tipo de Leito	N	%
Clínico - Enfermaria	469	81,7
Clínico – UTI adulto	67	11,1
Cirúrgico - Enfermaria	20	3,5
Pediátrico	15	2,6
Adulto S.A. COVID	3	0,5
Total Geral	**574**	**100%**

Figura. 2 - Gráfico em tabela que exibe a distribuição da demanda do leito onde ocorreu o cancelamento por melhora clinica.

RESULTADOS

A amostra de 574 solicitações, representou 33% do total de solicitações canceladas e não resultaram em transferência(Fig.1), onde o leito de enfermaria correspondeu a 81% dos casos (Fig.2). Em 17,6% a melhora clínica ocorreu entre 24 e 48 horas, 10,6% com mais de 240 horas, apontando para tratamento ocorrendo sem oportunidade de transferência para o leito qualificado, além de carência de leito clínico(Fig.3). Dentre os diagnósticos de maior frequência, estão Tratamento para Infecção pelo Coronavírus - COVID, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Cardíaca e Infarto Agudo do Miocárdio (Fig.4).

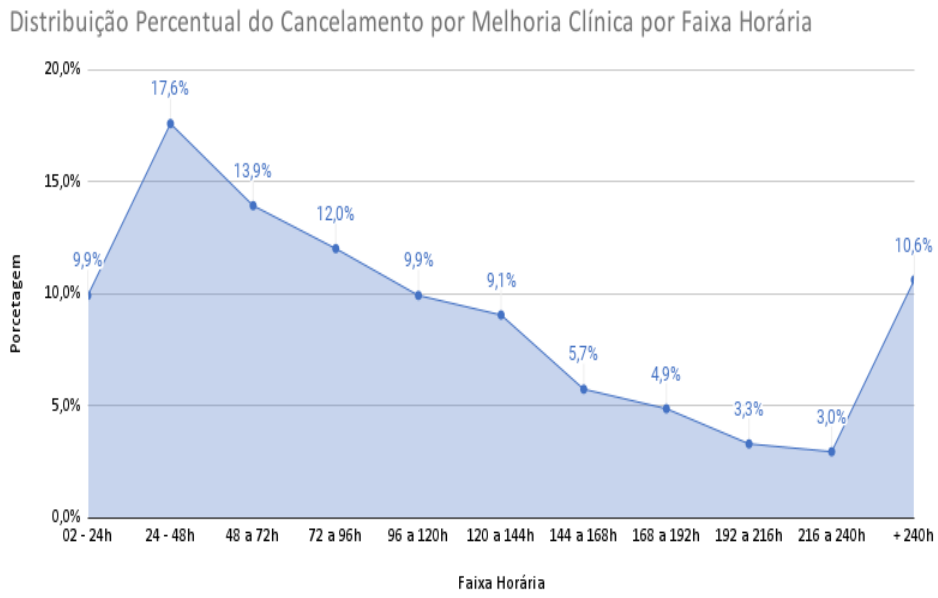


Figura. 3 - Gráfico de área que exibe a distribuição percentual dos cancelamentos por melhoria clínica.

Diagnóstico Primário	N
Infecção por coronavírus de localização não especificada	471
Não Informado	126
Acidente vascular cerebral	106
Infarto agudo do miocárdio não especificado	98
Insuficiência cardíaca	76
Infecção do trato urinário de localização não especificada	52
Pneumonia bacteriana não especificada	22
Influenza gripe com pneumonia	18
Pneumonia não especificada	16

Figura.4 - Gráfico em tabela que exibe os diagnósticos associados aos leitos.

CONCLUSÕES

As análises permitiram evidenciar lacunas de acesso e carência de leitos qualificados que, se tratadas por intervenção, podem ter efeito direto na redução do tempo de regulação para a internação, com possíveis impactos na morbimortalidade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

[1] Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS Nº 2/2017 - Anexo XXVI : Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.o de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008..

[2] Vilarins, Geisa Cristina Modesto, Shimizu, Helena Eri e Gutierrez, Maria Margarita UrdanetaA regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate. 2012, v. 36, n. 95, pp. 640-647. Disponível em: <>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 2358-2898.

O emprego da metodologia Safety Huddle em uma Unidade de Saúde Privada no Estado de Goiás

Alyne Aparecida Ferreira Freitas, Polyanna Quirino de Oliveira, Inês Alves Silva e João Carlos Caldeira

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, percebe-se uma elevada evolução, nos assuntos envolvendo Segurança do Paciente entre profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde, sejam serviços públicos, privados ou de origem filantrópica. A metodologia Safety Huddle, foi desenvolvida por um Hospital comunitário em San Pedro, na Califórnia, por meio de parceria com os principais líderes dos setores de apoio, aos quais eram as partes interessadas (IHI, 2004). O propósito era ser modelo de organização de alta confiabilidade, promovendo melhoria na comunicação, gestão de riscos, otimização de recursos e foco na segurança ao paciente (BRASS, 2018). Tal ferramenta, é operada por colaboradores da linha de frente, auxiliando na disseminação de uma cultura voltada para a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência abordando a ferramenta Safety Huddle em uma unidade de Saúde Privada no Estado de Goiás.

Reunião com a equipe multiprofissional que ocorrem todas as manhãs.

Promovendo um ambiente com maior probabilidade de discutir, avaliar e solucionar os problemas.

RESULTADOS

As reuniões diárias, conduzidas por diferentes profissionais, todos líderes locais, com tempo de duração de 10-15 minutos, apoiada por uma ferramenta tecnológica permitiu a análise de dados dos resultados das ações. Tem-se evidenciado grande melhora da comunicação entre equipe após a implementação do Safety Huddle, promovendo uma disseminação na cultura do uso da ferramenta e consciência situacional desenvolvida. Observou-se ainda uma maior confiabilidade nos dados apontados pela equipe e de forma proativa, quando ações são antecipadas e os riscos minimizados.

Reuniões rápidas e estratégicas com o objetivo de otimizar a assistência ao paciente.

Conectando líderes de todo o Hospital, promovendo a cultura de segurança do paciente.

CONCLUSÕES

A utilização da ferramenta proporcionou um fortalecimento no trabalho em equipe, bem como melhoria na comunicação interna. Possibilitou a conscientização da segurança do paciente em nível operacional, impulsionando avanço na gestão de leitos, melhoria dos recursos empregados e redução de riscos relacionados à assistência.

REFERÊNCIAS

Brass et. Al, Using the Patient Safety Huddle as a Tool for High Reliability. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 44, Issue 4, 2018, Pages 219-226. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725017302258

Institute for Healthcare Improvement. Huddles [Internet]. London: IHI; 2004 [cited 2020 May 07]. Available from: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Huddles.aspx

Mello, Lucas Rodrigo Garcia de et al. Safety Huddle methodology development in patient safety software: an experience report. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, suppl 6 [Acessado 16 Agosto 2021], e20190788. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0788>. Epub 21 Dez 2020. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0788.

O PAPEL DA SUSTENTAÇÃO DA TI EM TESTES DE RECUPERAÇÃO DE DESASTRES

Silvia Regina Gralha, Milena De Avila Peres

INTRODUÇÃO

O HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, conta com um robusto aparato tecnológico que auxilia no seu principal objetivo: o cuidado integral aos pacientes. Ao pensar em tecnologia, é comum ocorrerem falhas e imprevistos que comprometam as atividades e, não estar preparado, significa a perda de dados e arquivos, colocando em risco o atendimento aos pacientes. A TI do HCPA, há alguns anos vem aprimorando o seu plano de recuperação de desastres, ou *disaster recovery plan*, trata-se de um conjunto de ações estratégicas estabelecidas com objetivo de evitar que os dados sejam perdidos frente a um desastre. São estratégias preventivas e recuperativas a fim de restabelecer os serviços mais rapidamente possível. Este estudo objetiva apresentar o trabalho realizado pelos plantonistas do time de Sustentação da TI e qual a sua importância nas atividades realizadas na preparação de um teste de recuperação de desastres.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório de campo, onde se buscou informações relativas às atividades realizadas que envolvem os testes de recuperação de desastres. Assim, foram realizadas entrevistas qualitativas com alguns Analistas do Setor de Sustentação do software AGHUse®, nos quais puderam relatar como foi o trabalho com a realização dessas simulações.

RESULTADOS

Em 2021 já foram realizados 3 testes. Todos iniciaram em um sábado e foram concluídos na segunda-feira. Uma semana antes da data marcada são agendadas reuniões com todos os envolvidos para a realização do teste de recuperação de desastre, onde um Analista de Sustentação é chamado de acordo com sua escala no plantão. Nesta mesma semana são atribuídas as principais tarefas que o Analista deve atuar como: contatar usuários chaves e fornecedores de sistemas terceiros informando as configurações para alteração de Banco de Dados e realização de testes de contingência. No dia da manutenção são acionados os planos de contingência e testes específicos são realizados para garantia da funcionalidade de cada sistema. Abaixo as etapas que compõem o processo descrito.

Etapas que são trabalhadas no processo de Desaster Recover.

CONCLUSÕES

Embora os testes de *Disaster Recovery* tenham um papel muito importante, eles apenas verificam o aspecto técnico do plano de recuperação. Essa pesquisa demonstrou que testes técnicos simulados contribuem para que a equipe de Sustentação esteja preparada para agir de acordo com as políticas documentadas e os procedimentos. O elemento humano nunca deve ser subestimado. Por isso, é de suma importância ter um plano bem definido em resposta a incidentes inesperados.

O PLANO DE PARTO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUA IMPORTÂNCIA NO MOMENTO DO PARTO E PÓS-PARTO

Bruna Costa Alves, Raquel Pompeu de Pontes, Danúsia Cardoso Lago, Thais Meyin Lin Santos Dutra

INTRODUÇÃO

O Plano de Parto (PP) é uma ferramenta que auxilia na tomada de decisões e autonomia da gestante, pois aborda boas práticas no parto e nascimento com a intenção da reorganização da assistência obstétrica para humanização desse processo. O objetivo é descrever as publicações sobre Plano de Parto com a intenção de compor o referencial teórico de uma pesquisa, em andamento, que visa implementar um Programa Educacional na assistência pré-natal em unidades básicas de um município do interior da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com buscas realizadas na BVS, PubMed e *SciELO* nos meses de agosto a setembro de 2019. Utilizou-se descritores em português e inglês: "plano de parto"/"*birth plan*" e "cuidado pré-natal"/ "*prenatal care".* Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações com recorte temporal na década de 2009 a 2019, artigos disponíveis na íntegra cujos descritores constassem no título. Na BVS foram encontrados 103 artigos, na PubMed 209 e na *SciELO* 40, perfazendo um total de 352 estudos. Após leitura dos títulos os artigos repetidos ou indexados nas mesmas bases de dados foram excluídos. Realizou-se a leitura sistemática dos resumos e foram selecionados os que atendiam aos critérios da pesquisa com uma amostra final de 09 artigos para análise, sendo 03 na BVS, 02 na PubMed e 4 na *SciElo.*

QUADRO 1: Resultado final dos artigos selecionados para revisão da literatura.

Base de dados	Nº de publicações encontradas	Número de publicações excluídas	Total de artigos selecionados
BVS	103	100	03
PUBMED	209	207	02
SCIELO	40	36	04
TODAS AS BASES	352	343	09

Fonte: As autoras, 2019.

RESULTADOS

A partir da análise dos nove artigos foram elencadas as seguintes categorias, encontradas em 78% dos estudos selecionados: a) Influência do Plano de Parto durante o trabalho de parto e parto: ferramenta positiva que auxilia na humanização do processo, na tomada de decisões e autonomia da gestante; b) Cuidados humanizados: o Plano de Plano auxilia diretamente na ampliação desses cuidados ao aproximar ainda mais os profissionais de saúde das gestantes e c) Melhoria da qualidade obstétrica: profissionais mais envolvidos com as gestantes e menor taxa de cesariana entre as gestantes que aderiram ao plano de parto.

01 Desejo conhecer a maternidade
( ) Sim ( ) Não
Visita agendada para: ___/___/_____

02 Desejo que me acompanhe durante a internação na maternidade:
( ) Marido/ parceiro/ pai do bebê;
( ) Mãe;
( ) Filha(o) maior de 18 anos;
( ) Amigo(a);
( ) Outro familiar;
( ) Nenhum.

03 Terei uma doula me acompanhando (Lei Municipal 12.314 de 2015)
( ) Sim ( ) Não

04 Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê.
( ) Sim ( ) Não

05 Desejo que meu parto seja fotografado.
( ) Sim ( ) Não

06 Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (assinale um ou mais itens):
( ) Massagens (podem ser realizadas pelo acompanhante ou pela doula);
( ) Orientações sobre técnicas de respiração;
( ) Movimentar e/ou andar caso eu queira;
( ) Exercícios de relaxamento com bola do nascimento;
( ) Banho de chuveiro;
( ) Analgesia medicamentosa por anestesia, quando disponível ;
( ) Outros: _____

07 No trabalho de parto é recomendado que a mulher movimente-se livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante o meu trabalho de parto.
( ) Sim ( ) Não

08 Sei da importância de me manter hidratada e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como (assinale um ou mais itens):
( ) Água ( ) Sucos de frutas ( ) Chás
( ) Gelatina ( ) Outros: _____

09 Cuidar da ambiência ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):
( ) Um ambiente com pouca luminosidade ;
( ) Ouvir música de minha escolha (levar fone de ouvido);
( ) Pouco barulho e conversas;
( ) Privacidade.

10 Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina ou cesárea).
( ) Sim ( ) Não

11 A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):
( ) Sentada/ Cócoras (banqueta);
( ) Semi-sentada com cabeceira elevada;
( ) De quatro apoios (Gaskin);
( ) Outras: _____

12 Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que comuniquem a mim e ao meu acompanhante.
( ) Sim ( ) Não

13 Desejo que, na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia.
( ) Sim ( ) Não

14 Caso seja necessária a cesárea desejo a presença do meu acompanhante, conforme Lei 11.108/2005.
( ) Sim ( ) Não

As atuais diretrizes do Ministério da Saúde contra indicam a manobra de Kristeller (profissional empurrar com a mão/braço a barriga da mulher na hora do nascimento).
A antissepsia (limpeza) da região genital com "povidine" também é desaconselhada e pode ser prejudicial para a saúde do bebê.

Modelo de Plano de Parto da prefeitura de Uberlândia

CONCLUSÕES

O PP é uma estratégia que pode influenciar de maneira benéfica os processos do parto e puerpério, tem a capacidade de trazer reflexão sobre esse processo e autoconhecimento à mulher, além de possibilitar um atendimento de maior cuidado por parte dos profissionais ao estabelecer um vínculo entre os envolvidos e criar um atendimento personalizado, fomentando a melhoria da qualidade obstétrica.

Palavras-Chave: Plano de parto. Assistência pré-natal. Pós-parto.

REFERÊNCIAS

MORAES, Carrilho J; OLIVEIRA, IJR; SANTOS, D; OSANAN, GC; CRUZ-CORREIA, RJ; REIS, ZSN. Pregnant Users' Perceptions of the Birth Plan Interface in the "My Prenatal Care" App: Observational Validation Study. **JMIR Form Res**, vol. 3, 2019.
SANTOS, Fernanda Soares de Resende et al . Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, 2019.

O Programa “4C” e suas linhas de apoio ao paciente oncológico.

Daniele de Souza Locastro, Isolmar Tadeu Schettert, Roseli Tadeu Fonseca, Karine Gomes Pereira da Silva Rocha

INTRODUÇÃO

O Câncer é um desafio devido à sua complexidade etiológica e múltiplas facetas individuais e coletivas. Embora haja evolução no seu tratamento e nos desfechos, o impacto continua devastador e requer uma abordagem integrativa. O projeto 4C consiste em ações com ênfase em conhecimento, condicionamento físico, comunidade e consciência de forma integrativa no cuidado do paciente oncológico.

METODOLOGIA

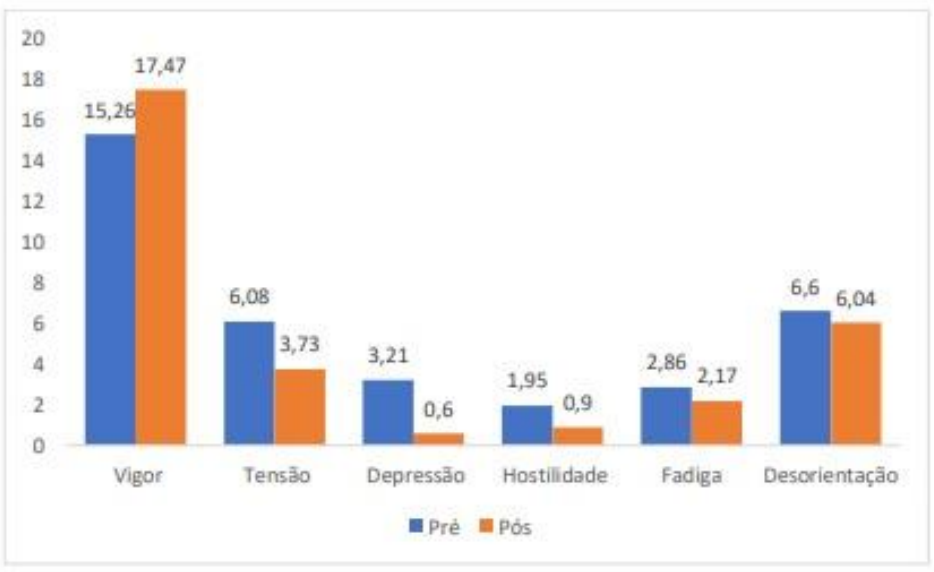
O programa iniciou em 2018 pela equipa da Oncologia do Hospital Novo Atibaia e foram realizadas diferentes ações agrupadas em quatro linhas de atuação:
Conhecimento: Utilizando ferramentas como o perfil cognitivo e diferentes conteúdos de informação oferecidos ao paciente e familiares.
Condicionamento Físico: Prática de condicionamento realizada periodicamente com atividades adaptadas aos diferentes tipos de câncer.
Comunidade: Ênfase em mudança de hábitos é estimulada concomitante às atividades em grupo com ações conjuntas à grupos de artistas, palhaços e imersões na natureza.
Consciência: Experiências de caráter numinoso são estimuladas e compartilhadas com palestras, filmes comentados e oficinas temáticas.
Aplicado um instrumento de coleta de dados em grupos de amostragem antes e após a participação no programa.

Imersão à natureza. Realizado café da manhã e trilha ao ar livre com os pacientes e a equipe da Oncologia do Hospital Novo Atibaia. Set 2019.

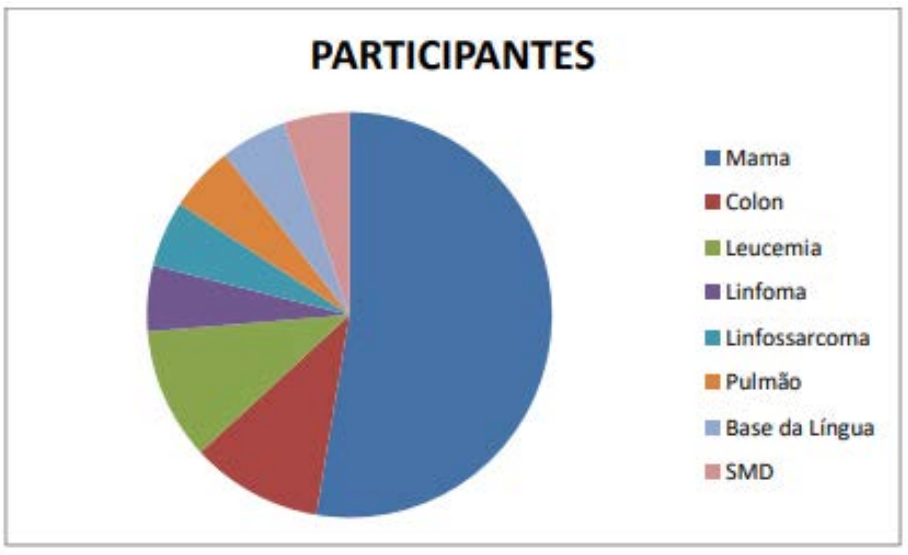
Evento Outubro Rosa. Show de Talentos com os Pacientes e Equipe da Oncologia do Hospital Novo Atibaia. Out 2018.

RESULTADOS

Pacientes que participaram do projeto apresentaram adesão às diferentes ações das linhas dos 4C, sendo que, no seguimento oncológico também foi observada. A linha do conhecimento foi reconhecida como importante e solicitada sua continuidade. Alterações positivas em relação à percepção de vigor, tensão, depressão, hostilidade, fadiga e desorientação ocorreram após eventos comunitários e conforme progressão do condicionamento. Evidenciada melhora na percepção de dor, fadiga e esforço após as imersões na natureza e a redução em internações e atendimentos de urgência num subgrupo de pacientes submetidos aos programas de condicionamento e comunidade.



Representação gráfica dos valores na pontuação de cada item avaliado pelo instrumento utilizado (POMS) no pré e pós contato com a natureza. Jul2019



Perfil dos Pacientes Participantes do Projeto “Imersão à Natureza” por Diagnóstico Oncológico. Edições Jul e Set 2019.

CONCLUSÕES

O programa 4C trouxe inúmeros benefícios aos pacientes, sendo que as atividades realizadas propiciam ações integrativas com melhora da disposição física e bem estar emocional. Além disso, possibilitou um estreito engajamento da equipe multiprofissional e paciente, em uma relação de confiabilidade e pertencimento.

REFERÊNCIAS

Cruz FS, Rossato LG. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Cancerologia 2015; 61(4): 335-341.
Heywood R, McCarthy AL, Skinner TL et al. Efficacy of Exercise Interventions in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2018; 99(12) 2595-2620.
Li Q. Effets des forêts et des bains de forêt (shinrin-yoku) sur la santé humaine : une revue de la littérature [Effect of forest bathing (shinrin-yoku) on human health: A review of the literature]. Sante Publique. 2019; 13:135-143.

O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NO USO DE NOVAS TECNOLOGIAS

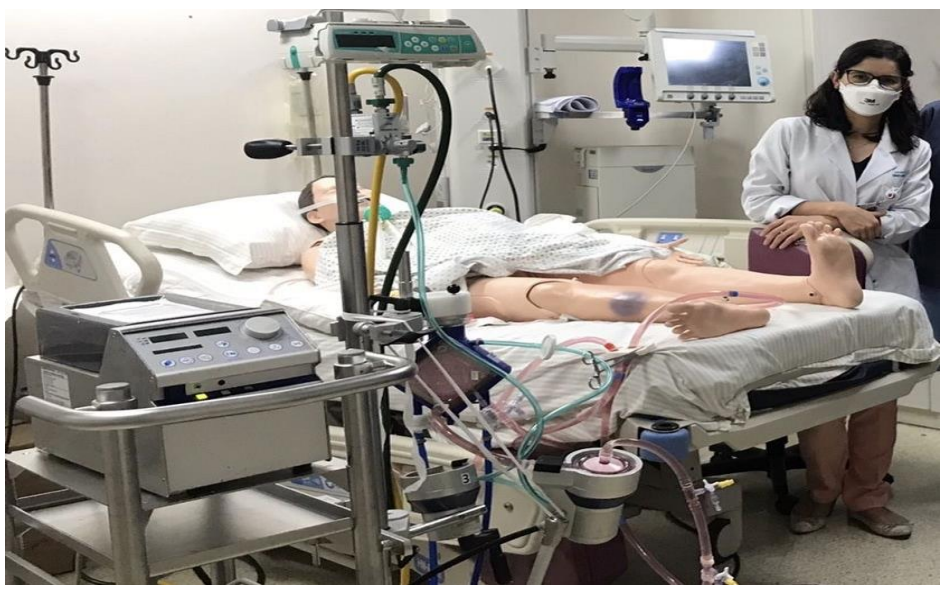
Cassia Cristina Moretto Crivelari, Eliane Laranjeira Saraiva, Leidiane Moreira Santiago, Caroline Daniele de Oliveira

INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas vêm trazendo inúmeros avanços para a área de enfermagem, permitindo ao enfermeiro maior suporte para tomada de decisões, mais segurança e qualificação na assistência prestada, bem como otimização de custo, tempo e desfecho. Pensando nisso, um hospital de grande porte da cidade de São Paulo treinou grupos específicos de enfermeiros que serão referência no hospital para o uso tecnologias avançadas: time de Oxigenação Mecânica Extracorpórea (ECMO), time de enfermeiros especializados no uso de Ultrassom (USG) para avaliação de retenção vesical e volume urinário e time de enfermeiros habilitados em punção venosa periférica guiada por USG com técnica estéril.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de experiência, cujo percurso metodológico foi: elaboração e construção de treinamentos teórico-práticos em ambiente simulado para capacitação no manuseio de equipamentos e dispositivos de alta tecnologia. O time dos enfermeiros referência em ECMO foram treinados em um total de 20h para manusear o equipamento de circulação extracorpórea e capacitar os profissionais de enfermagem para prestar cuidados a este paciente de alta complexidade; o time de enfermeiros especializados no uso USG para avaliação de retenção vesical e volume urinário foi treinado 6h e para o time de enfermeiros em punção venosa periférica guiada por USG com técnica estéril foram oferecidas 5h de treinamento, para a habilitação completa, esses profissionais devem ser acompanhados pelos enfermeiros especialistas em acessos vasculares do hospital nos seus primeiros acionamentos .



Treinamento de ECMO para formação do TIME de enfermeiros responsáveis por manusear o equipamento e prestar assistência ao paciente.

Treinamento dos enfermeiros especializados no uso de Ultrassom (USG) para avaliação de retenção vesical e volume urinário.

RESULTADOS

Foram capacitados para o time ECMO 15 enfermeiros, para o uso de USG para a avaliação de retenção e volume urinário foram capacitados 66 enfermeiros e para punção venosa periférica guiada por USG 8 enfermeiros foram treinados. Os times são responsáveis por prestar assistência segura e de qualidade ao paciente utilizando as novas tecnologias, para isso, foi criado um fluxo de acionamento dessas equipe para atender todo o hospital. Até o presente momento foram realizados: 74 acionamentos para o time de ECMO, aproximadamente 300 para o time de USG vesical e o time de punção venosa periférica guiada por USG foi acionado somente no andar do projeto piloto.

Treinamento de enfermeiros em punção venosa periférica guiada por USG com técnica estéril.

Equipe do desenvolvimento de enfermagem, responsável pela elaboração dos treinamento dos times de enfermeiros especializados em novas tecnologias.

CONCLUSÕES

A introdução de aparelhos modernos e sofisticados na assistência de enfermagem corroborou para o maior empoderamento da classe, permitindo ao enfermeiro maior suporte para tomada de decisões, mais segurança e qualificação na assistência prestada, bem como otimização de custo, tempo e desfecho, resultando em benefícios não apenas para as instituições e seus pacientes, mas também para o próprio enfermeiro que será capaz de tomar decisões assertivas e inovadoras, agregando valor em saúde e possivelmente resultando na melhora da sua satisfação profissional.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes, H., Saraiva, E., & Souza, C. Performance of the nursing team in extracorporeal cardiopulmonary resuscitation. Revista de Enfermagem UFPE [serial on the Internet]. 2018 [cited 2019.05.04]12(11): 3147-53. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236980/30528

O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO MEDIANTE O USO DA INOVAÇÃO E TECNOLOGIA DA VIDEO CONFERENCIA NA PANDEMIA COVID-19

Cristiane Machado Alexandre de Souza, Euclydes Domingues Garcia Florentino, Paulo Fernandes, Simone Isidoro Prado

INTRODUÇÃO

A necessidade de internação de um familiar na unidade de terapia intensiva (UTI) ocasiona um elevado nível de estresse, provoca insegurança, medo, e desequilíbrio emocional tanto para o paciente quanto para o familiar. Esta condição é vivenciada como uma crise real pela família devido às condições de incerteza e insegurança que vivenciam durante o processo de internação do paciente.

METODOLOGIA

Através da utilização de um tablete é realizado o alinhamento com o paciente e família, sendo enviado um link de acesso para a realização da vídeo conferência. Construído um time de enfermeiros para a aplicabilidade da vídeo conferência a beira leito. A proposta deste trabalho vincula a redução do sofrimento dos pacientes e familiares durante o período de internação nas unidades de terapia intensiva. As vídeos conferencias foram realizadas com 150 pacientes no período de março/2020 a Julho 2021, sendo beneficiados com a visita virtual por meio dos *Tablets os* pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, com capacidade de comunicação verbal preservada, fora da ventilação mecânica, com hemodinâmica estável.

Construindo um novo olhar frente aos desafios da pandemia na UTI

A vídeo conferência na construção do elo familiar.

RESULTADOS

O protagonismo do enfermeiro na realização da videoconferência a beira leito da UTI, proporcionou fomentar a redução do sofrimento dos pacientes no período de distanciamento na pandemia COVID 19 no âmbito hospitalar, tornando-se um ponto crucial na mudança em direção ao cuidado centrado no paciente, com a utilização da vídeo conferência e inovação no processo de cuidado.

Protagonismo do Enfermeiro na Vídeo Conferência, reduzindo o distânciamento e amenizando o sofrimento do paciente/Família.

A importância da multidisciplinaridade na pandemia COVID -19

CONCLUSÕES

Assim, a iniciativa da vídeo conferencia, representa uma oportunidade de proximidade dos familiares no processo de tratamento, amenizando a ansiedade e contribuindo para o elo familiar, caracterizando-se, portanto, como um acolhimento essencial, respeitando as necessidades atuais a oportunidade de receber a visita dos familiares.

REFERÊNCIAS

CARRIAS, F.M.S. et al. Visita humanizada em uma unidade de terapia intensiva: um olhar interdisciplinar. Tempus Actas Saúde Coletiva, v. 11, n. 2, p. 103-112, 2018.

CATUNDA, M.L. et al. Humanização no hospital: atuações da psicologia na COVID-19. Cadernos Esp. Ceará, v. 14, n. 1, p. 143-147, 2020.

O trabalho remoto e a produtividade no setor de Tecnologia da Informação (TI) no HCPA.

Milena de Avila Peres, Sílvia Regina Gralha

INTRODUÇÃO

Com o novo cenário trazido pela pandemia do COVID-19, o teletrabalho se tornou essencial. Para garantir a manutenção de sistemas corporativos e da infraestrutura tecnológica do HCPA, o setor de TI precisou adotar o trabalho remoto de forma consciente, respeitando assim, o distanciamento social preconizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Neste período, existiram diversos desafios, porém manter a produtividade no trabalho foi essencial para o atendimento de qualidade prestado aos pacientes do HCPA.

Objetivos: Apresentar os dados sobre a produtividade do setor de TI durante os anos de 2019 e 2020.

METODOLOGIA

Na presente pesquisa descritiva foram levantados dados sobre a produtividade da área de TI do HCPA, dados esses obtidos através da ferramenta de gerenciamento de apoio aos projetos utilizada pela área, chamada Redmine. Foi analisado o quantitativo de tarefas concluídas como: melhorias, incidentes e serviços entre os anos de 2019 a 2020. Os dados serão apresentados através de resultados gráficos, trazendo um comparativo dos dados obtidos.

RESULTADOS

A fim de efetuarmos um comparativo entre os períodos anterior ao início do teletrabalho e no período de teletrabalho, foi verificado que as áreas da TI concluíram, no período de 20.03.2019 à 31.12.2019: 1248,40 macro pontos, 27 tarefas classificadas como automatização de testes, 4665 como incidentes, 972 melhorias, 218 melhorias em produção, 5955 serviços. Já em 2020, no período de pandemia, já em trabalho remoto, no período de 20.03.2020 à 31.12.2020: 1441,40 macro pontos, 314 tarefas classificadas como automatização de testes, 3246 como incidentes, 1049 melhorias, 478 melhorias em produção, 6040 serviços.

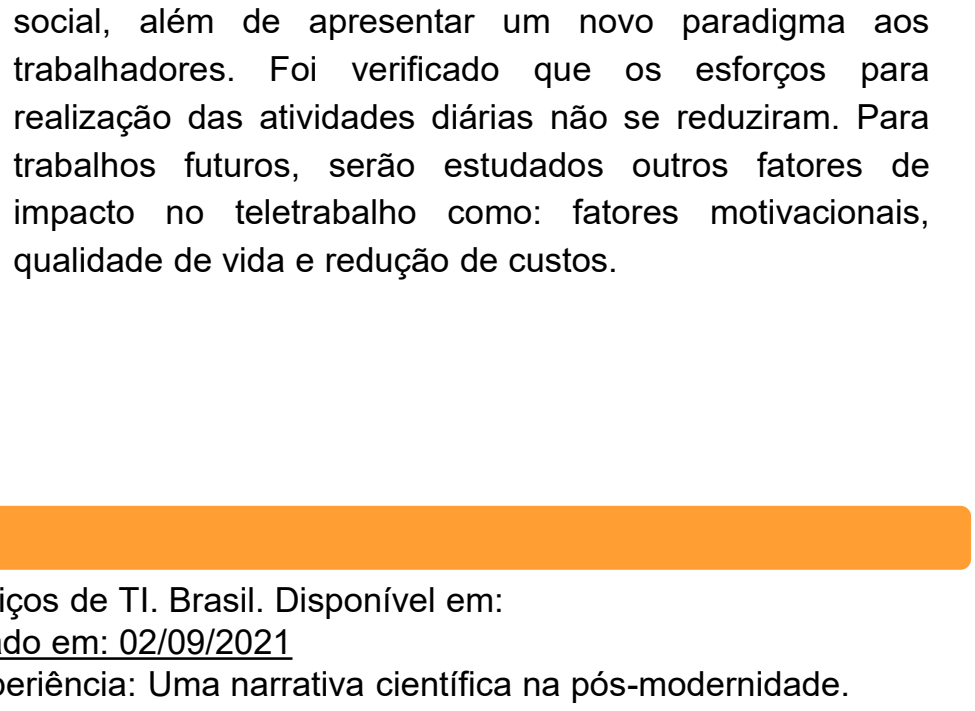


Figura 1: Gráfico tarefas nível 1

CONCLUSÕES

De maneira geral, observou-se que com o teletrabalho a quantidade de tarefas realizadas no ano de 2020 apresentou um número expressivo comparado ao ano de 2019, onde os trabalhadores estavam exercendo suas atividades nas dependências do HCPA. Somando-se a isso o teletrabalho possibilitou o necessário distanciamento social, além de apresentar um novo paradigma aos trabalhadores. Foi verificado que os esforços para realização das atividades diárias não se reduziram. Para trabalhos futuros, serão estudados outros fatores de impacto no teletrabalho como: fatores motivacionais, qualidade de vida e redução de custos.

REFERÊNCIAS

1. Arruda, Átilla. ITIL – Fundamentos em Gerenciamento de Serviços de TI. Brasil. Disponível em: http://www.atillaarruda.com.br/files/apostila_itil.doc, 2010. Acessado em: 02/09/2021
2. Daltro, Mônica Ramos; DE FARIA, Anna Amélia. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.
3. Filardi, F., CASTRO, R. M. P., & Zanini, M. T. F. (2020). Vantagens e desvantagens do teletrabalho na administração pública: análise das experiências do Serpro e da Receita Federal. Cadernos EBAPE. BR, 18(1), 28-46.
4. Grollmus, Nicolás; Tarrés, Joan. Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. In: Forum: Qualitative social research. 2015.
5. Hau, F., & Todescat, M. (2018). O teletrabalho na percepção dos teletrabalhadores e seus gestores: vantagens e desvantagens em um estudo de caso. Navus: Revista de Gestão e Tecnologia, 8(3), 37-52.
6. Brasil. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-927-de-22-de-marco-de-2020-249098775. Acessado em: 10/04/2021.

O uso da tecnologia da Realidade Virtual na reabilitação de pacientes pós COVID -19

Camila Cargnin, Clarissa Netto Blattner, Flávia Franz, Simone Ventura

INTRODUÇÃO

Os sintomas heterogêneos da infecção grave por COVID19 estão diretamente relacionados a redução da força muscular ventilatória, capacidade funcional, fraqueza muscular periférica e redução da tolerância ao exercício físico. Estas alterações impactam diretamente na qualidade de vida pós alta da UTI e aumentam o risco de incapacidades e óbito.

A implementação da tecnologia através de ferramentas que possam ampliar a qualidade assistencial, melhorando a experiência do paciente, tem sido um grande aliado no processo de reabilitação. Nesse contexto, a Realidade Virtual (VR) possui características que agregam imersão e interação ao processo terapêutico

OBJETIVOS

Contribuir para a qualificação do cuidado, implementando a tecnologia junto aos protocolos assistenciais e de ensino da reabilitação ao paciente COVID19 na fase crítica da doença até a alta hospitalar, possibilitando melhor aderência ao tratamento através da motivação gerada pela VR, acelerando a reabilitação e melhorando a experiência do paciente.

METODOLOGIA

Integrado ao processo terapêutico hospitalar foi desenvolvido um protocolo assistencial de uso da VR para incremento de estímulos sensoriais, motores e motivacionais (associada à eletroestimulação muscular e treinamento muscular ventilatório).

Assim, priorizou-se, simultaneamente, a retomada da força física, do controle motor, da coordenação motora e de aspectos lúdicos e comportamentais.

Com a VR, foram apresentados conteúdos interativos que simulam situações reais e do cotidiano como pescarias, caminhadas na praia, dirigir, pedalar ou apenas apreciar o cenário escolhido.

Reabilitação com experiência imersiva em sua atividade laboral como motorista, associada à exercícios de fortalecimento de membros superiores.

RESULTADOS

Aliado às técnicas convencionais utilizadas na reabilitação, a VR propôs a imersão e a interação, promovendo motivação para um trabalho de maior independência funcional aos pacientes. Uma mistura de estímulos sensoriais, auditivos, visuais e, sobretudo, emocionais e motivacionais.

Foram beneficiados mais de 60 pacientes, treinada uma equipe assistencial de 48 fisioterapeutas e mais de 30 estagiários do curso de Fisioterapia, culminando em aceleração do processo terapêutico e melhora funcional acima de 50%.

Realidade virtual como uma ferramenta motivadora em ambiente de terapia intensiva pós COVID - 19

Reabilitação com Realidade Virtual (imagens de ciclismo na praia) associada à fisioterapia, simultaneamente à cicloergômetro de membros inferiores

CONCLUSÕES

Foi possível implantar, implementar, otimizar e humanizar o cuidado aos pacientes.

Através dos estímulos multissensoriais e, sobretudo, emocionais, o processo de reabilitação se tornou mais agradável e motivador, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde atuantes, refletidos na melhora funcional obtida com a utilização da VR no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Lqbal, Ayman et al. The COVID-19 Sequelae: A Cross-Sectional Evaluation of Postrecovery Symptoms and the Need for Rehabilitation of COVID-19 Survivors. Cureus, v. 13, n. 2, 2021.
2. De Ponti, R.; Marazzato, J.; Maresca, A. M. et al. Formação médica de pré-graduação incluindo realidade virtual durante a pandemia de COVID-19: um relato da percepção de alunos. BMC Med Educ. 2020; 20:332.
3. Enda McGovern, Gerardo Moreira & Cuauhtemoc Luna-Nevarez. An application of virtual reality in education: Can this technology enhance the quality of students' learning experience?, Journal of Education for Business. 2020; 95(7):490-496.
4. Din, Taseer F. Macharia, Chege and Harris, Tashneem 2021. Advancing African otolaryngology and head & neck surgery education and training through virtual academic platforms and multidisciplinary teams. Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery. 2021; 29(3):230.

O USO DA TECNOLOGIA NA CAPACITAÇÃO DE TIMES DE SAÚDE EM PARCERIA COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Karen Regina Amato Samos, André S. Barros, Fabiana dos Reis

INTRODUÇÃO

A capacitação contínua de profissionais se caracteriza pela relação com o processo de trabalho da instituição, objetivando o aprimoramento ou a transformação da prática clínica, como uma tendência que oportuniza a precaução contra não conformidades, assegurando excelência e desempenho. A utilização de tecnologias, como o uso de simuladores e cenários simulados em ambientes controlados, possibilita uma aprendizagem apoiada no pensamento reflexivo, dialógico, contextual, colaborativo e construtivo, alinhando protocolos e processos assistenciais focados na segurança do paciente e na promoção da melhor experiência, contudo existe no país, uma disparidade no acesso à tecnologia de ponta e à ambientes controlados que possibilitem a capacitação integrada dos profissionais. As instituições (IS) buscam cada vez mais estabelecer parcerias capazes de auxiliar na capacitação de seus times.

METODOLOGIA

Relato de experiência do centro de simulação de uma rede universitária na parceria com unidades de saúde da cidade de São Paulo na capacitação de profissionais para o atendimento a pacientes com COVID-19.

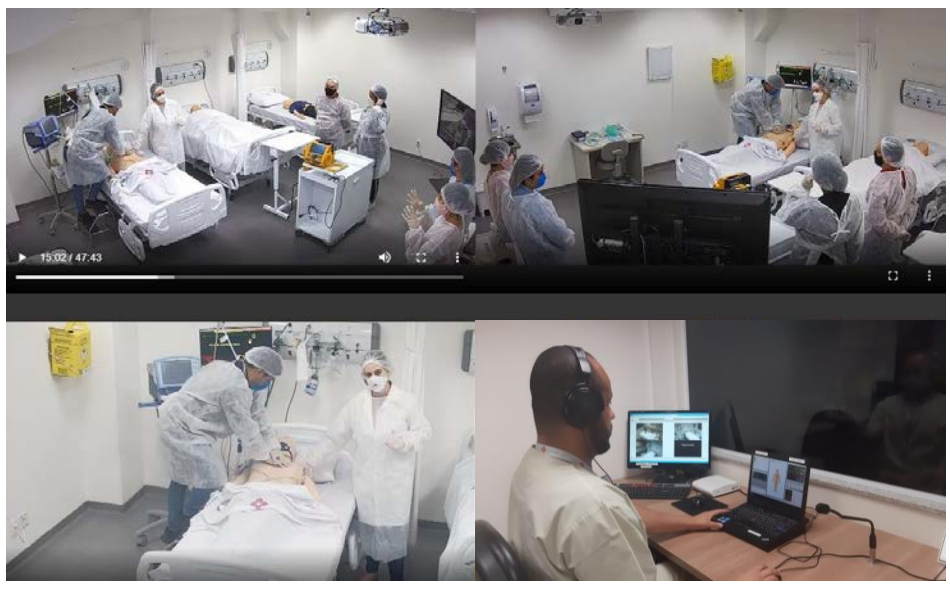
RESULTADOS

No momento em que os países buscam gerenciar os impactos da pandemia, o treinamento das equipes é fundamental. Recurso bastante conhecido, mas ainda de baixo alcance para muitas IS, a simulação realística, atua como uma estratégia de ensino diretamente ligada ao aprimoramento profissional. Visando desenvolver seus profissionais e consolidar processos assistenciais foi firmado uma parceria entre o centro universitário e a prefeitura do município de São Paulo (PMSP) para treinar equipes de saúde. Os profissionais foram selecionados pela PMSP e receberam o treinamento teórico em ambiente virtual de aprendizagem, aqueles que obtiveram aprovação foram encaminhados ao laboratório de simulação do centro universitário. Foram capacitados para a parte prática 101 profissionais (médicos e enfermeiros), que foram divididos em 10 turmas mistas, iniciando o treinamento prático em habilidades, estas, divididas em estações de: paramentação e desparamentação, suporte básico de vida, manejo do desfibrilador externo automático e ventilação por pressão positiva.

Profissionais na estação de habilidades de manejo do sistema respiratório

Após treinadas as habilidades os participantes eram treinados em métodos de abordagem e manejo de máscara laríngea e intubação, respeitando o exercício da lei profissional de cada categoria. Terminada as práticas de habilidades, foram realizados cenários com os participantes, onde foram treinadas: a capacidade de tomada de decisão, interação com equipe e condução da prática clínica assertiva visando o desfecho favorável. A capacitação prática foi facilitada por instrutores e pela equipe de docentes do curso de medicina do centro universitário. Para esse treinamento foram utilizados simuladores de média fidelidade. Ao término da capacitação todos os participantes foram submetidos a uma avaliação com índice de aprovação de 86%.

Profissionais em atuação em cenário simulado.



Realização de cenários em ambiente controlado com o uso de tecnologia

CONCLUSÕES

Capacitar a equipe de modo crescente e constante, com excelência é um grande desafio, envolvendo muito investimento em recursos que muitas vezes não acessíveis a todas as instituições. Neste sentido a parceria de instituições de saúde com instituições de ensino superior possibilita mitigar os custos de investimento e manutenção em recursos físicos de estrutura e tecnologia, além de utilizar potente recurso científico, uma vez que ações pedagógicas se pautam em instrutores e professores renomados, com didática aguçada, alto grau de titulação acadêmica e atualizados para a realidade.

REFERÊNCIAS

- JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Al-Elq AH. Simulation-based medical teaching and learning. J Family Community Med 2010 Jan/Dec; 17(1):35-40. DOI: 10.4103/1319- 1683.68787
- Dieckmann P. The use of simulations from different perspectives: a preface. In: Dieckmann P, ed. Using simulations for education, training and research. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2009. p. 9-17.

O uso de Fóruns Virtuais como estratégia de compartilhamento de conhecimento em uma Rede de Saúde

Marília Fátima Costa Corrêa, Márcia Salvador Géo, Islane Aparecida de Fátima Santos, Joyce Ferreira Silva

INTRODUÇÃO

A gestão do conhecimento é um dos principais recursos estratégicos para geração de valor em uma organização. Entendida como o uso do conhecimento como meio de alcançar os objetivos organizacionais, e propósito de gerar vantagem competitiva[1], a gestão do conhecimento se torna ainda mais relevante em uma Rede de saúde que tem como objetivo manter em seus hospitais o mesmo nível de excelência dos processos e a cultura de qualidade e segurança. Na chamada *Sociedade do Conhecimento*, o desenvolvimento de práticas educativas e as relações sociais adquirem grande importância, tendo em vista que os ambientes de criação do conhecimento vão além da tecnologia, pois exigem pessoas em permanente compartilhamento de ideias[2]. Para sustentar esse propósito, tão grande quanto o desafio de capturar e facilitar o acesso ao conhecimento é o desafio de promover um clima organizacional que incentive o compartilhamento entre as pessoas, valorize o conhecimento disponível e crie oportunidades. Nesse sentido, utilizando da tecnologia como facilitador da comunicação, sendo este um dos grandes aprendizados dos últimos tempos com o advento da COVID-19, foram implantados por meio de videoconferência, os Fóruns de Qualidade e Segurança, organizados pela Gerência de Qualidade, tendo como público-alvo todos os profissionais atuantes na Rede Hospitalar.

METODOLOGIA

Para a seleção dos temas a serem abordados nos Fóruns, são utilizados os seguintes critérios: lacunas de processos constatadas em auditorias internas; demandas identificadas em análises críticas; novos padrões de norma acreditadora; sugestões de gestores e colaboradores.
Para cada Fórum é convidado um especialista no tema escolhido, alternando entre profissionais internos com expertise no assunto, e externos com o mesmo perfil.
A divulgação é realizada pelo setor interno de *Comunicação e Marketing,* através de e-mail aos gestores, corpo clínico e colaboradores, do portal de comunicações internas *Intranet,* além de exibição do convite do Fórum no *desktop* dos computadores.
Para a realização dos Fóruns são utilizadas as plataformas *Google Meet* e *Zoom Meeting*.
Com o intuito de atingir um maior número de participantes, os fóruns ocorrem quinzenalmente, nas tardes de sexta-feira.

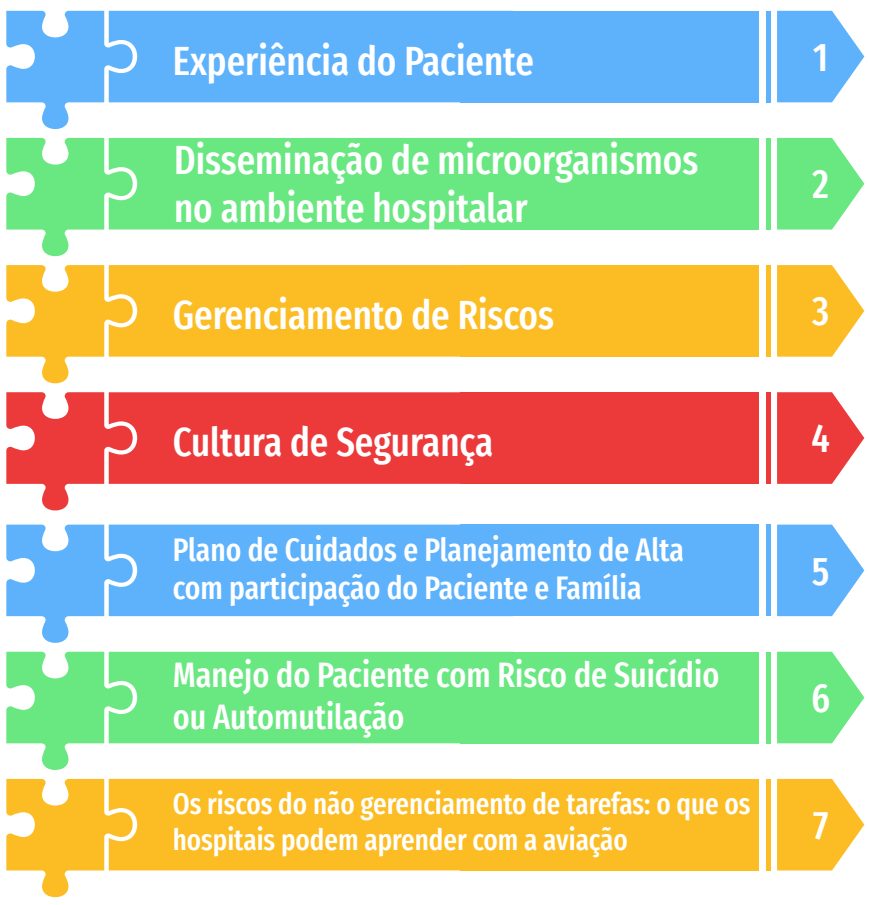


Figura 1: Temas já apresentados nos Fóruns de Qualidade e Segurança.

RESULTADOS

A média de participação nos Fóruns foi de 120 pessoas, contando com o envolvimento de profissionais de diversas áreas de atuação:

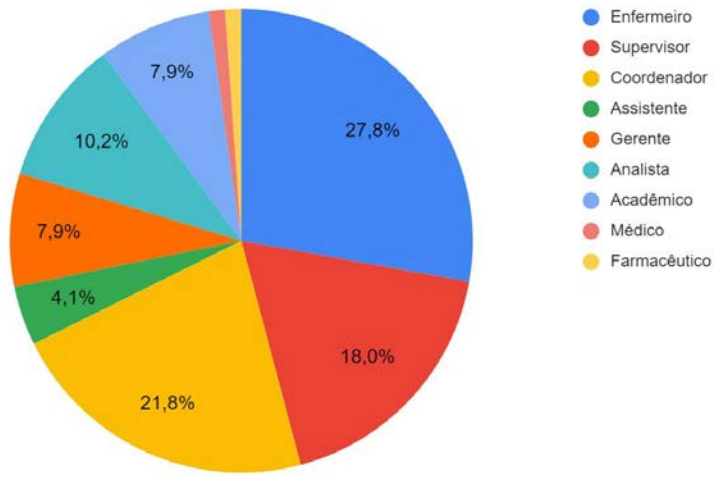


Gráfico 1: Distribuição dos participantes dos Fóruns de Qualidade e Segurança por cargos.

A contribuição dos Fóruns de Qualidade e Segurança para o alinhamento de conceitos e práticas foi percebida através da interação dos participantes com os especialistas convidados.

A realização dos Fóruns resultou também em algumas melhorias de processo na organização, sendo as mais relevantes:

- Implantação do Programa de Experiência do Paciente, com estruturação de método de avaliação e direcionamento de ações a partir dos resultados;
- Reestruturação do processo de gestão de riscos organizacionais, incluindo novos riscos a serem gerenciados;
- Revisão do processo de inspeção das instalações físicas, com adesão de maior número de voluntários para as vistorias de ambiente;
- Revisão do Protocolo de Gestão de Risco de Suicídio e Automutilação, com sistematização de nova escala de avaliação e fortalecimento das medidas para mitigar os riscos do ambiente;
- Ampliação da adesão às Pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente em relação aos anos anteriores, conforme ilustrado no Gráfico 2:

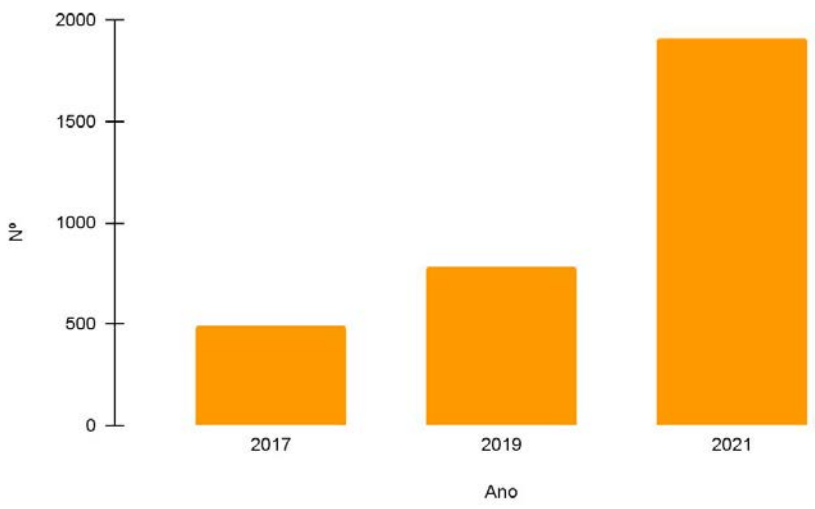


Gráfico 2: Evolução do número de respostas na Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente.

CONCLUSÕES

Observa-se que a realização dos Fóruns como estratégia de gestão do conhecimento contribuiu para a disseminação e compartilhamento de experiências quanto a temas relevantes para a organização de forma sistêmica. Além disso, ao ser associada ao uso da tecnologia, permitiu um maior alcance dos profissionais, promovendo um clima de valorização do aprendizado compartilhado.

REFERÊNCIAS

1. SERVIN, G.; DE BRUN, C. ABC of knowledge management. NHS National Library for Health: Specialist Library, 2005.

2. STRAUHS, Faimara do Rocio *et al*. Gestão do conhecimento nas organizações. Curitiba: Aymará Educação, 2012. (Série UTFinova).

ORGANIZAÇÃO PARA A VISITA DE ACREDITAÇÃO COM MUDANÇA DE NÍVEL: DESAFIOS DURANTE A PANDEMIA

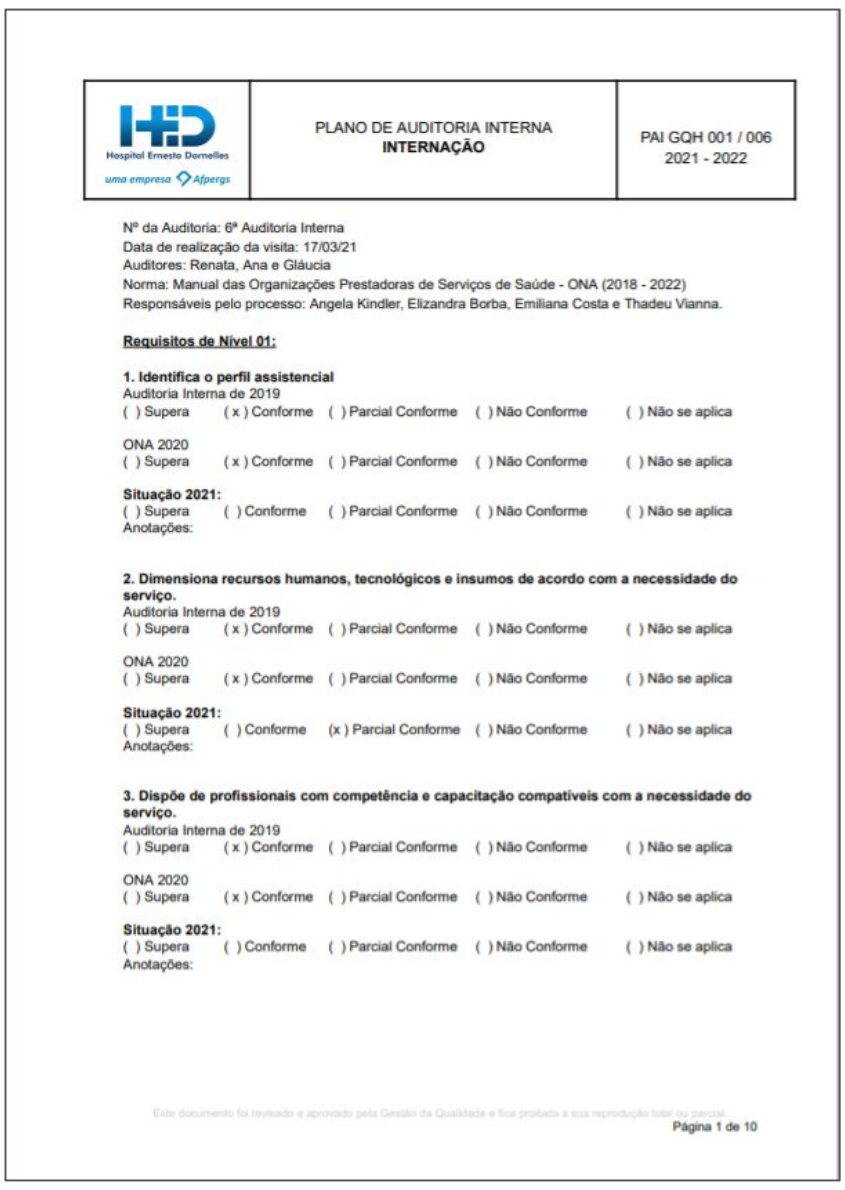
Ana Paula Medeiros Leal e Renata Moreira Gueresi

INTRODUÇÃO

Ser um hospital acreditado significa melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, melhorar a integração entre os processos, reduzir a variação dos riscos relacionados à assistência à saúde, reduzir custos e desperdícios e ter a segurança do paciente consolidada, buscando sempre a melhoria contínua. Dessa forma, a meta para 2021 no Hospital Ernesto Dornelles era de conquistar a acreditação em nível 02, da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

METODOLOGIA

Foi considerado como pilar central deste trabalho o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços da ONA, além das legislações vigentes para a área da saúde.
Diante disso, elaborou-se roteiros de avaliações internas com todos os requisitos de nível 01 e nível 02 do manual, considerando-se **conforme, parcial conforme, não conforme** e **não se aplica** para gerar a pontuação de cada processo avaliado, de acordo com as normas do sistema brasileiro de acreditação. Para tanto, usou-se do Google Docs para a criação dos roteiros e divulgação do resultado da avaliação para os gestores.



Hospital Ernesto Dornelles uma empresa Afpergs	PLANO DE AUDITORIA INTERNA **INTERNAÇÃO**	PAI GQH 001 / 006 2021 - 2022

Nº da Auditoria: 6ª Auditoria Interna
Data de realização da visita: 17/03/21
Auditores: Renata, Ana e Gláucia
Norma: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - ONA (2018 - 2022)
Responsáveis pelo processo: Angela Kindler, Elizandra Borba, Emiliana Costa e Thadeu Vianna.

Requisitos de Nível 01:

1. Identifica o perfil assistencial
Auditoria Interna de 2019
( ) Supera (x) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica

ONA 2020
( ) Supera (x) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica

Situação 2021:
( ) Supera ( ) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica
Anotações:

2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
Auditoria Interna de 2019
( ) Supera (x) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica

ONA 2020
( ) Supera (x) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica

Situação 2021:
( ) Supera ( ) Conforme (x) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica
Anotações:

3. Dispõe de profissionais com competência e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
Auditoria Interna de 2019
( ) Supera (x) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica

ONA 2020
( ) Supera (x) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica

Situação 2021:
( ) Supera ( ) Conforme ( ) Parcial Conforme ( ) Não Conforme ( ) Não se aplica
Anotações:

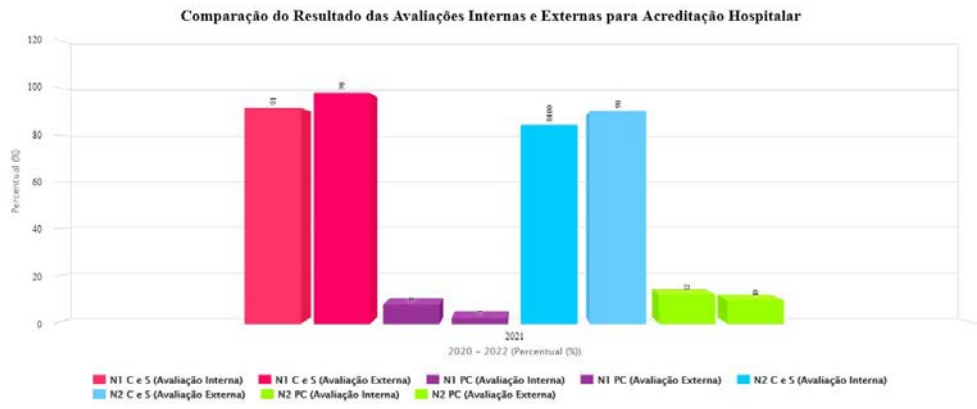
Este documento foi revisado e aprovado pela Gestão da Qualidade e fica proibida a sua reprodução total ou parcial.

Legenda: modelo do plano de visita interna, utilizado para avaliação das unidades de internação, subseção **Internação** do Manual da ONA.

No plano de visita, sempre se considera a avaliação anterior interna e externa para cada requisito avaliado, pois desta forma conseguimos verificar a evolução da instituição.
Sendo que, o principal objetivo foi desenvolver os setores / serviços do HED no cumprimento de todos os requisitos das subseções do manual da ONA para atingirmos a certificação em nível 02 em junho de 2021, buscando eliminar todas as não-conformidades de nível 01. Além de, atender o mínimo exigido pela norma referente aos percentuais de nível 02, fortalecendo a gestão de indicadores, o gerenciamento dos protocolos, a integração entre os processos e a padronização das ferramentas institucionais.

RESULTADOS

Em 2020, devido à pandemia, não foi possível realizar as 33 auditorias internas que estavam planejadas, por isso, realizou-se visitas em apenas 09 locais, considerados mais críticos para a visita de manutenção em novembro de 2020. Logo após, elaborou-se o plano de ação para atingirmos o nível 02 até junho de 2021, que teve como principais ações a realização de 22 auditorias internas, mais 50 reuniões de alinhamento com os gestores dos processos avaliados, que resultou no percentual de 98% de conformidade em nível 01 e 90% de conformidade em nível 02, conforme a avaliação externa da ONA.



Legenda: Resultado comparativo da avaliação interna com a externa, em 2021.

Em relação às visitas internas a instituição em 2021 atingiu 91% de conformidade nos requisitos de nível 01 e 84% de conformidade nos requisitos de nível 02.
Estas avaliações internas ocorreram de março a abril de 2021, sendo que a avaliação externa ocorreu em junho, dessa forma, algumas ações corretivas foram estabelecidas pelos gestores e por isso, atingiu-se um percentual maior na avaliação externa.
O mesmo ocorre na comparação entre os parciais conformes, que na avaliação interna foi de 8% para nível 01 e 12% para nível 02. Já na avaliação externa o percentual ficou em 3% para nível 01 e 10% para nível 02.
Mesmo que nas avaliações internas o hospital estivesse com percentual menor, ainda sim, estávamos dentro do percentual avaliativo do sistema brasileiro de acreditação que exige 70% de conformidade e até 20% de parcial conforme para o nível 02 e 80% de conformidade e até 20% de parcial conforme para nível 01, sendo que em nível 01 a exigência de não conformidade é zero.

CONCLUSÕES

Em meio a um cenário externo desafiador, buscou-se primeiramente oferecer aos gestores todo o suporte necessário para a realização das atividades primárias, mostrando que a metodologia da ONA estava se somando aos esforços que todos estavam realizando nos últimos meses. No período de março a agosto de 2020, a Gestão da Qualidade se dedicou à gestão de documentos, principalmente aos novos protocolos relacionados ao Covid-19 e, também, no auxílio de remodelagem dos fluxos de atendimento. Após este período mais turbulento da primeira onda da pandemia, pode-se retomar as ações para manutenção da certificação em 2020. E, no primeiro quadrimestre de 2021, conseguimos nos reaproximar dos gestores para revisar seus requisitos, processos, indicadores e planos de ação. O principal desafio foi conciliar um tempo para a gestão organizacional e outro para a gestão de pessoas, por causa da pandemia, que provocou a falta de profissionais na assistência de forma constante.

REFERÊNCIAS

BANAS, Fernando. Construindo um Sistema de Gestão da Qualidade. São Paulo: Epse Editora, 2008.
Manual das Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde - São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2018. Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, versão 2018-2022.

OTIMIZAÇÃO DO USO DO LEITO DAS UTI'S COVID E APRIMORAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE COM PROTOCOLO IN

Michelly Gomes Soares Salgado, Milton Henriques Guimaraes Junior, Emmanuel Gomes Correa, Bruno Nunes Ribeiro

INTRODUÇÃO

Um dos problemas enfrentados na assistência dos pacientes com suspeita de infecção pelo coronavírus foi a demora na obtenção do resultado do exame confirmatório, pelo método de RT-PCR para o SARS-Cov-2 em secreções respiratórias.

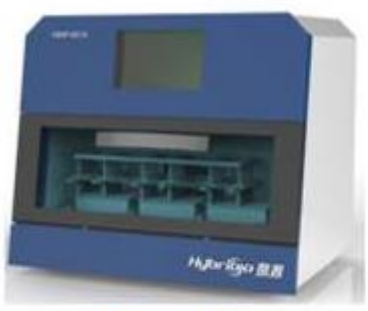
METODOLOGIA

Em Minas Gerais, exames realizados pela rede pública poderiam demorar até 14 dias. Essa demora trouxe três problemas maiores: 1) impacto na rotatividade dos leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) 2) risco de infecção de pacientes que não estavam infectados e foram destinados a setor dos suspeitos 3) fator de ansiedade para pacientes e familiares até confirmação ou não do diagnóstico da infecção.

A instituição, que presta 74% dos atendimentos no âmbito do SUS, buscando solucionar o problema, adquiriu máquina própria para realização in loco dos exames de RT-PCR dos pacientes internados nos leitos UTI, buscando agilidade do diagnóstico, otimização de leitos e aumento da segurança do paciente.

O estudo teve como objetivo avaliar o impacto que a realização do exame teve até o resultado e na otimização do tempo de permanência em leito UTI.

ELITe InGenius - Automação completa, 1 a 12 testes por ciclo.



Hybribio – Sistema de extração automática de RNA, 48 amostras por ciclo.
Biosan – Termociclador para ampliação de RNA, 96 testes por ciclo.

RESULTADOS

Após a aquisição do equipamento, o RT-PCR para diagnóstico molecular da COVID 19, começou a ser executado na instituição com os resultados sendo liberados em até 6 horas após a entrada da amostra no setor técnico. Foram realizados mais de 20.000 exames de diagnóstico de COVID, com isso conseguimos reduzir o tempo médio de permanência do paciente com resultado negativo na UTI COVID de até 14 dias no período pré-implementação da máquina própria para 4 dias após a aquisição dela, havendo um ganho de 663 diárias.

Os resultados foram relevantes para aumento da segurança assistencial comprovando sua aplicabilidade através das decisões clínicas e de melhoria na rotatividade dos leitos, além dos resultados financeiros positivos, visto o alto valor da diária de uma UTI.

Fonte: Arquivo institucional da FSFX, 2021

Fonte: Arquivo institucional da FSFX, 2021

CONCLUSÕES

Com o modelo de gerenciamento de leitos, fomos capazes de aumentar nossa capacidade de internações, sem incremento de estrutura tão complexas. A agilidade na realização dos exames após a aquisição do equipamento foi fundamental para tomada de decisões estratégicas, como a gestão eficiente e consequentemente o aprimoramento da segurança do paciente, reduzindo assim, o seu risco de exposição ao ambiente hospitalar. A implementação dos protocolos institucionais também foram ações fundamentais para o alcance dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

Manual do diagnóstico em COVID-19. Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância. Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais. Versão 2. Acesso em 14 de outubro de 2021.

Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/. Acesso em 14 de outubro de 2021.

PAINEL DE ACIONAMENTO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA AUTOMATIZADO POR SISTEMA DE *BUSINESS INTELLIGENCE*

Juliane de Pinho Novo, Rafaela Lemos dos Santos Dorte, Jonathan dos Santos Feroldi e Souza

INTRODUÇÃO

Não raramente pacientes internados em leitos de enfermaria evoluem de forma desfavorável. Para auxiliar nas situações de urgências/emergências foi criado o time de resposta rápida (TRR), no entanto, muitos eventos adversos ocorriam na condução destes pacientes, principalmente no cenário de parada cardiorrespiratória (PCR). Escalas de deterioração clínica (DC), como a escala de Mews (Modified Early Warning Scoring), que é baseada em parâmetros fisiológicos (respiração, pulso, pressão sistólica, temperatura e nível de consciência) conseguem prever pacientes que irão evoluir de forma desfavorável, possibilitando o reconhecimento precoce da DC e correto encaminhamento destes pacientes para leitos monitorados. Porém o preenchimento da escala é realizado por técnicos de enfermagem e existe um *delay* entre o preenchimento da escala até o acionamento do TRR e até mesmo falhas em seu acionamento.

METODOLOGIA

Utilizando a escala de Mews (Modified Early Warning Scoring) foi criado o protocolo de Alerta Precoce instituído no Hospital que através de um fluxograma (Figura 1) irá definir o manejo correto de cada paciente. Foi desenvolvido uma ferramenta por sistema de business intelligence (BI/SoftExpert Suite) que através da análise de parâmetros fisiológicos preenchidos pela enfermagem em sistema usual (Philips/Tasy) consegue acionar o TRR sempre em que o Mews for ≥ 4 por meio de um painel de chamadas onde consta o nome do paciente, leito, mews anterior e atual (Figura 2). Nesta primeira etapa do estudo foi avaliada a criação da ferramenta, treinamento de equipes, implantação e dados iniciais.

RESULTADOS

A ferramenta encontra-se em fase de implantação concomitante com treinamento de equipes. Apresenta desde seu início, há 30 dias, uma média de 2 chamadas diárias tendo como pontuação mews médio de 4,57. Todos os casos elegíveis com mews ≥ 6 foram direcionados a terapia intensiva neste período. Não houve PCR em enfermaria desde sua ativação.

CONCLUSÕES

Os dados iniciais demonstram que a ferramenta de Business Intelligence auxilia a equipe no reconhecimento precoce da deterioração clínica, no entanto o fortalecimento de treinamentos com a própria escala de mews pode ter auxiliado nestes desfechos iniciais, sendo necessários novos estudos e metodologias para poder avaliar a eficácia da ferramenta. De qualquer forma, a existência de um painel de chamadas do TRR pode zerar os casos omissos, reduzir o tempo de atraso no acionamento e gerar dados como tempo de resposta da equipe.

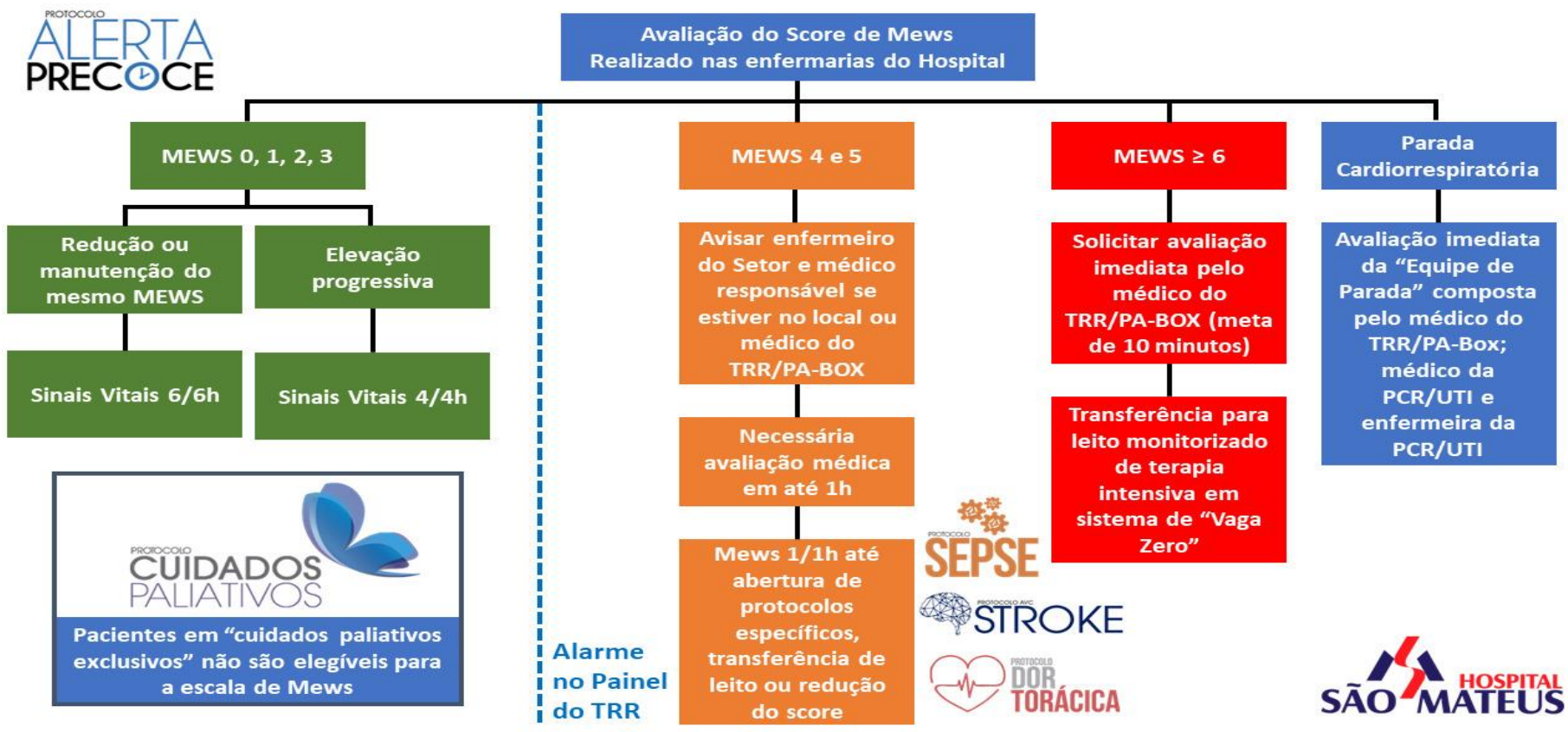


Figura 1: Fluxograma de avaliação do Score de Mews realizado na enfermaria do Hospital / Mews 0-3: Se o paciente estiver em elevação progressiva do Mews deverá realizar sinais vitais a cada 4 horas. Mews ≥ 4 Acionamento no Painel do TRR.

Painel - TRR

ITO	SETOR	CD_UNIDADE	NM_MEDICO_RESP_EUP	QT_PONTUACAO_PRIMEIRA	DT_LIBERACAO	QT_PONTUACAO_MEWS
	POSTO 02	208	CARLOS HENRIQUE ARRUDA SALLES	4,00	12/08/2021 15:18:13	4,00
	POSTO 01	100A	JULIANE DE PINHO NOVO	3,00	11/08/2021 06:47:40	4,00

Figura 2: Painel de acionamento do TRR automatizado por sistema de Business Intelligence / Expressado por Setor da enfermaria, leito, médico responsável pelo paciente, Mews anterior, Mews atual, data e hora da deterioração clínica.

REFERÊNCIAS

Montenegro SMSL.Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em Hospital Público Brasileiro. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde] - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2017.

PARCERIA ENTRE HOSPITAIS PÚBLICO E PRIVADO, PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID 19

Alessandra Marin, Caroline Daniele de Oliveira, Luciana Meira, Rubia Cristina Bozza Schwenck

INTRODUÇÃO

A COVID-19 exigiu dos hospitais uma resposta rápida na ampliação do número de leitos, necessidade de adequação no perfil das áreas, aumento de contratações e redimensionamento de profissionais de unidades não críticas para unidades de cuidados intensivos. Neste contexto um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo, estabeleceu parceria com o maior hospital de referencia pública do Estado[1] na capacitação de profissionais de enfermagem para atuarem diretamente nos cuidados de pacientes graves.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de experiência, cujo percurso metodológico foi: estreitamento da parceria entre as lideranças educacionais dos hospitais público e privado, identificação das necessidades do hospital público (número de funcionários para serem treinados e aspectos com necessidade de fortalecimento); definição dos temas e das estratégias de ensino; elaboração de oficinas teórico-práticas com metodologia dialogada e cenários de simulação; mapeamento dos recursos necessários para o treinamento (humanos, equipamentos, materiais e locais); construção do conteúdo e organização da dinâmica das oficinas baseadas nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do hospital público.

Treinamento da equipe de enfermagem nas oficinas

Temas das 5 oficinas

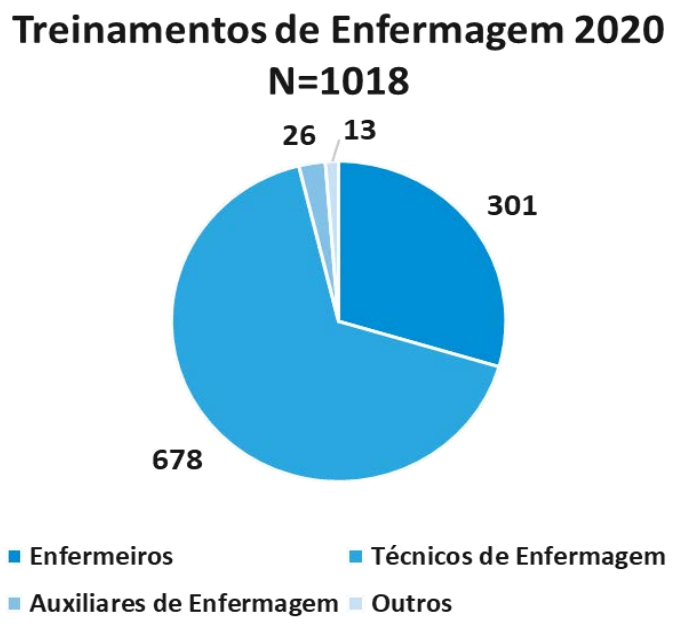
RESULTADOS

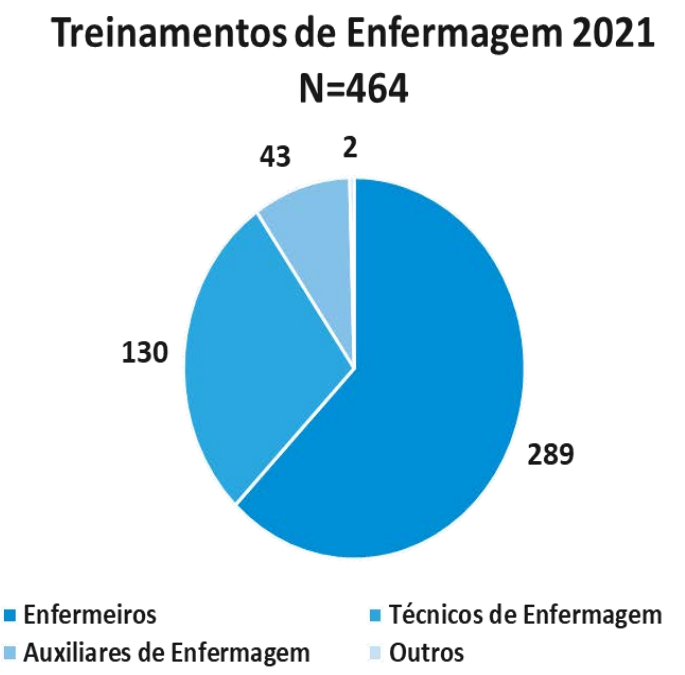
Em 2020, 1018 colaboradores foram treinados, 736 oficinas foram oferecidas, 176 horas de treinamento, 5 horas de treinamento por colaborador, 1hora em cada uma das 5 estações.

Em 2021 repetimos a ação, 464 colaboradores treinados, 500 oficinas, 100 horas de treinamento, 5 horas treinamento por colaborador, 1 hora em cada uma das estações oferecidas.

Avaliação de Reação

CATEGORIAS:APROXIMAÇÃO DE SENTIDO	FREQUÊNCIA
Treinamento: Excelente/ ótimo/ muito bom	306
Produtivo/ contribui com aprendizado	182
Professores dedicados/ dominam conteúdo	132
Obrigada	110
Haja mais vezes	150
Condizente com a prática/ auxílio na prática	66
Linguagem de melhor compreensão	53
Parabéns	78
Atualização de conhecimentos	49
Mais segurança no cuidado	17
Solicita material didático	11





CONCLUSÃO

A parceria entre o Hospital Privado e o Hospital Público além de ter fornecido subsídios para um cuidado de enfermagem de maior qualidade aos pacientes de alta complexidade, contribuiu para atender o desafio de triplicar o número de leitos destinado aos pacientes críticos COVID-19 garantindo o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS)[2].

REFERÊNCIAS

1. http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/autarquias/hospital-das-clinicas-da-universidade-de-sao-Paulo
2. https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/parceria-com-sirio-libanes-auxiliou-hc-no-combate-a-covid-19/

PARTICIPAÇÃO DA COMISSÃO CONSULTIVA DE PACIENTES E FAMILIARES DURANTE A PANDEMIA

Andréa Matheus Basgal; Alice Rosa Ramos, Alessandra Fátima de Sousa, Daniella Lins Neves

INTRODUÇÃO

A Comissão Consultiva de Pacientes e Familiares é um grupo formal que se reúne periodicamente para a colaboração ativa nas atividades da instituição como um canal adicional de voz do cliente, estreitando a comunicação entre pacientes, família e a organização. Durante o período da pandemia da COVID -19 houve a necessidade de reestruturar o modelo de reuniões presenciais e ampliar as discussões com a comissão para atender a velocidade de implementação de ações que a nova realidade impôs.

METODOLOGIA

A Comissão Consultiva de Pacientes e Familiares da AACD foi criada em 2014 como parte da implementação do programa do cuidado centrado na pessoa Planetree. Após abril de 2020, as reuniões presenciais, bimestrais, com duração de 1 hora e 30 minutos foram adaptadas à necessidade do distanciamento social, substituídas por reuniões online e comunicações por mensagens de WhatsApp. Com esse novo modelo, 32 pessoas participaram das interações, incluindo pacientes, familiares e funcionários da organização. Diante da pandemia da COVID – 19, nossas perspectivas e soluções vieram através do uso das tecnologias de comunicação, como plataformas de reuniões digital, interações por mensagens de grupo, plataformas de pesquisa e avaliações online e além de formalização da participação dos membros da comissão por e-mail e assinaturas digitalizadas. As reuniões passaram a ter duração de 1 hora, conduzidas por dinâmicas e ferramentas que facilitam a parceria e a co-criação das melhorias entre pacientes e a instituição. As reuniões foram planejadas para gerar ideias e ações que impactassem diretamente na excelência do cuidado, na qualidade, segurança e experiência do paciente.

Estrutura da Comissão
Grupo heterogêneo
Idade: 18 a 80 anos
Representam odas as fontes pagadoras
Atendidos nos diversos setores da instituição
Processo de Seleção – Perfil Construtivo
Formação da Comissão: 12 membros
Estrutura das Reuniões
Periodicidade: bimestral e extraordinárias sob demanda.
Estratégias das reuniões: dinâmicas e ferramentas que facilitam a parceria e a co-criação
Produto: ideias e ações que impactem diretamente na excelência do cuidado, na qualidade, segurança e experiência do paciente

Tabela: Estrutura da Comissão de Pacientes e Familiares da AACD e estruturas das reuniões.

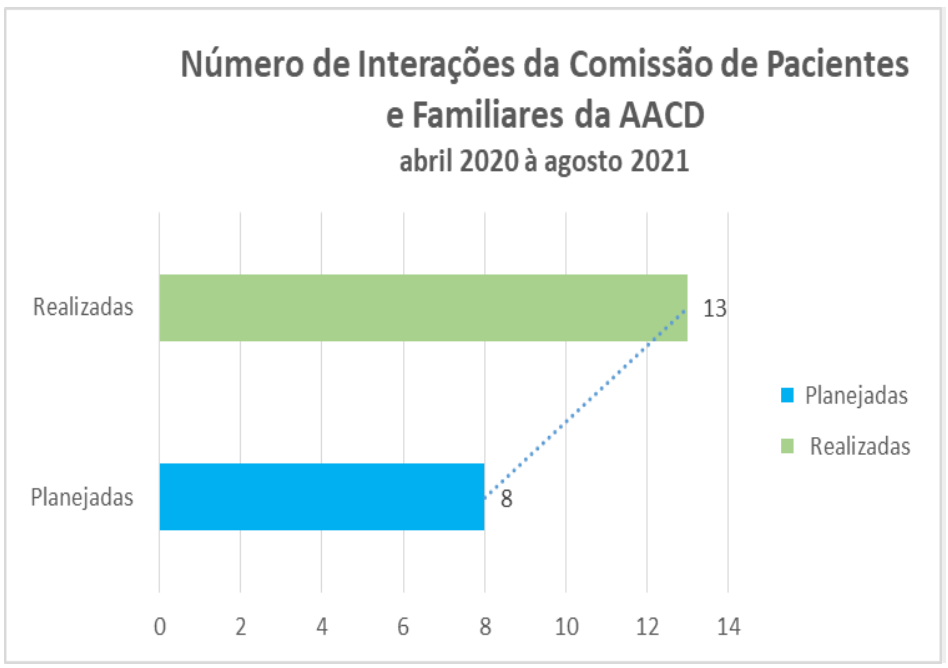


Gráfico: Número absoluto de interações planejadas e realizadas no período de abr. de 2020 a ago. de 2021 pela Comissão de Pacientes e Familiares da AACD.

RESULTADOS

De abril de 2020 a agosto de 2021, pelo método de reuniões presenciais da Comissão Consultiva de Pacientes e Familiares teríamos cumprido o cronograma de 8 reuniões. Com o novo modelo virtual foram realizados 13 momentos online, 534 interações por mensagens de WhatsApp e implementadas 16 ações relacionadas às boas práticas de qualidade e segurança, como estratégias de comunicação e treinamento, validação da linguagem de termos, folders, banners e mensagens de sms para paciente, melhorias de processos internos e envolvendo parceiros. Com relação ao tempo destinado por cada paciente ou familiar às reuniões da comissão tivemos uma economia média de 2,5 h por paciente por reunião, considerando que no modelo virtual adaptamos as reuniões para a duração de 1 hora e eliminamos o tempo de deslocamento para participar das reuniões presenciais (em média 1 h de ida à instituição e 1 h de volta). No modelo presencial cada paciente teria dedicado 20 horas às 8 reuniões planejadas. No modelo adaptado, realizado virtualmente, cada paciente dedicou 13 horas do seu tempo nos 13 momentos interativos realizados, resultando em 7 horas dispendidas a menos de cada paciente, sem prejudicar a produção de conteúdos pela comissão.

Imagem 1. Processos discutidos com os membros da Comissão de Pacientes e Familiares da AACD no fluxo de pacientes internados no hospital.

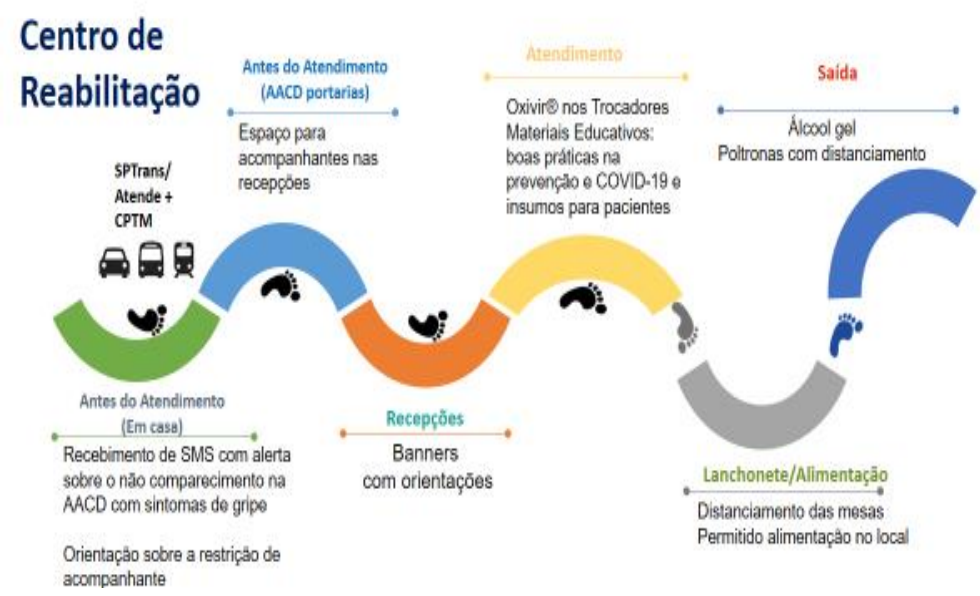


Imagem 2. Processos discutidos com os membros da Comissão de Pacientes e Familiares da AACD no fluxo de pacientes do Centro de Reabilitação.

CONCLUSÕES

A Comissão Consultiva de Pacientes e Familiares é uma estratégia organizacional que possibilita o engajamento do paciente e família nos alinhamentos de processos com foco na perspectiva do cliente. Diante do cenário da pandemia do coronavírus, esse canal de voz do paciente antes realizado em reuniões presenciais, poderia ter sido ameaçado pelas diretrizes de distanciamento social, não aglomeração e recomendações da população permanecer em casa. Através da tecnologia da informação foi possível garantir e ampliar as interações com a comissão, e gerar ações com maior agilidade durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

BERTELSEN, P; KANSTRUP, AM and OLSSON, S. Driving .Patient Perspectives on Patient Participation – Results From a Workshop with a Patient Council in a General Practice. Quality in Informatics: Fulfilling the Promise K.L. Courtney et al. (Eds.) IOS Press, 2015.

FREDRIKSSON and MODIGH. Patient involvement at the managerial level: the effectiveness of a patient and family advisory council at a regional cancer centre in Sweden. BMC Health Services Research (2021) 21:1011.

Manual de Certificação de Organização Centrada na Pessoa – Revisão 2017 (em vigor nos EUA desde 1º de janeiro de 2018 e em 1° de janeiro de 2019, fora dos EUA) https://resources.planetree.org/patient-and-family-advisory-council-membership-application-interview-questions/ Acesso em 20 de abr. de 2021.

Pesquisas institucionais continuas como instrumento de melhoria do clima, engajamento e saúde mental.

Mariana Saldanha Mello, Lucyanne Masson

INTRODUÇÃO

As pesquisas de Clima e de Bem-estar, são instrumentos de apoio para a tomada de decisão em suporte aos Colaboradores nos aspectos da saúde mental, adaptação ao modelo Home Office e a percepção de todos frente as ações da Instituição implantadas para a prevenção ao COVID-19.

O modelo de pesquisa contínua tem por objetivo acompanhar a evolução dos resultados mensalmente, proporcionando embasamento de dados estatísticos para o direcionamento estratégico e maior aproximação dos Colaboradores com a Instituição. Por meio do instrumento, cada Colaborador tem a oportunidade de expressar sua opinião com isenção, com o anonimato garantido.

METODOLOGIA

Os Colaboradores recebem o link do questionário por e-mail e SMS, as perguntas possuem alternativas definidas para resposta e um campo aberto e opcional para comentários.

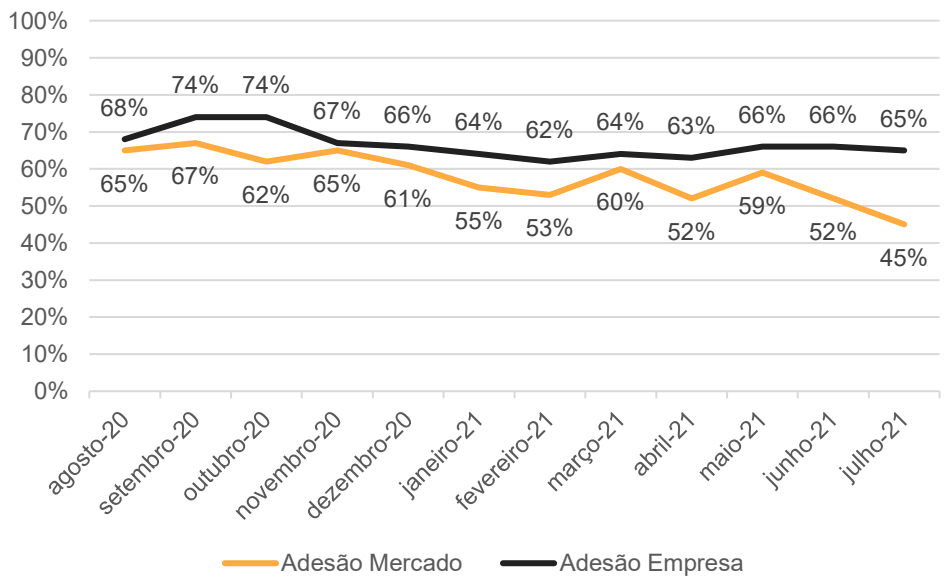
Os comentários são lidos pela equipe de Desenvolvimento Humano e respondidos de forma personalizada e individualizada, com orientações, direcionamentos e solicitações de esclarecimentos para que a construção de planos de melhoria seja mais assertiva. Após a leitura e esclarecimento, os dados compilados são compartilhados com a alta gestão.

Na pesquisa de Saúde mental é aplicado o questionário DASS-21, que investiga as dimensões de estresse e ansiedade. O mapeamento não tem por finalidade um diagnóstico médico mas sim informativo para acompanhamento e prevenção.

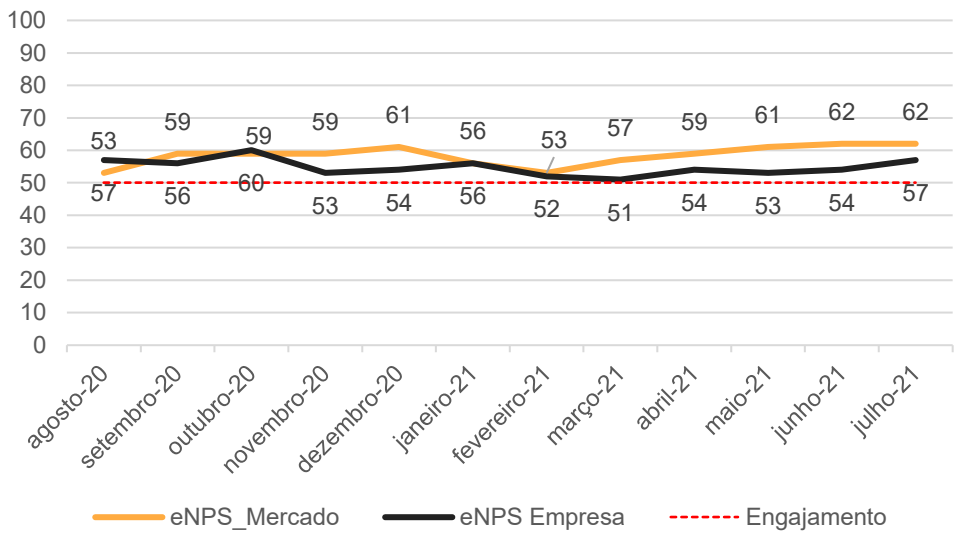
São realizadas 14 perguntas para medir a partir de comportamentos e sensações experimentados nos últimos sete dias os níveis de estresse e ansiedade, através das seguintes opções de resposta: Não senti nenhuma vez; Senti alguma vez ou por algum tempo; Senti de forma considerável ou por uma boa parte do tempo e senti muito ou na maior parte do tempo. Os resultados podem variar de estresse/ ansiedade normal, suave, moderado, severo ou extremamente severo.

RESULTADOS

De agosto de 2020 a julho 2021, a taxa média institucional de adesão a pesquisa foi de 67%, já o índice realizado pelo mercado que executa a pesquisa com a mesma empresa foi de 56%. Com relação aos indicadores de engajamento (eNPS) os resultados dos últimos 12 meses ficaram acima de 50, sendo considerada como uma empresa engajada.



Comparativo de adesão da Instituição e do mercado no período de Ago/20 à Jul/21.



Comparativo de eNPS da Instituição e do mercado no período de Ago/20 à Jul/21

Foram enviados 294 comentários referentes a engajamento e 1872 comentários das perguntas de clima, 602 comentários sobre Saúde Mental, 226 comentários sobre Home Office e 780 comentários sobre a Resposta da Instituição ao COVID-19.

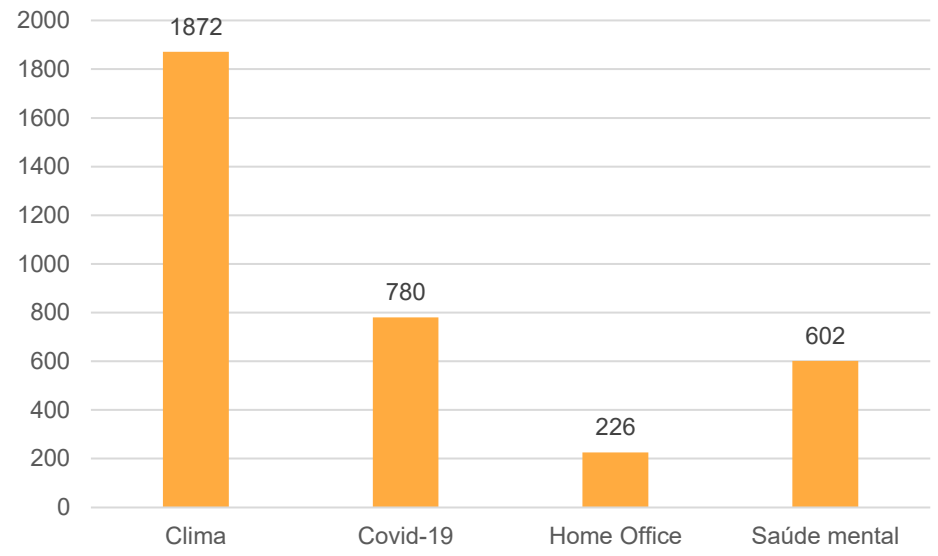
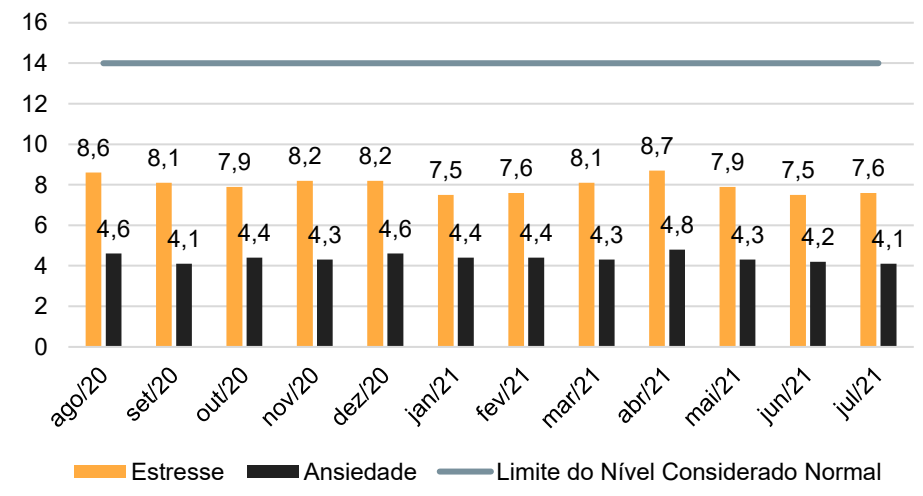


Gráfico referente a quantidade de comentários referente a cada tipo de pesquisa no período de Ago/20 à Jul/21

Na pesquisa de saúde mental a Instituição obteve resultado de estresse e ansiedade dentro do nível considerado normal.



Evolução dos Níveis de Estresse e Ansiedade

CONCLUSÕES

Como resultado desse processo, foi instituída a prática de trabalho remoto, disponibilizando equipamentos de apoio para os Colaboradores, de acordo com a necessidade individual atreladas as melhores práticas ergonômicas.

Visando minimizar o impacto negativo causado pela pandemia da COVID-19, na saúde mental de seus Colaboradores, a Instituição disponibilizou o benefício do atendimento psicológico para todos.

Dar voz aos Colaboradores permite que a Instituição identifique os gargalos presentes para manter o clima de trabalho adequado, bem como o mapeamento periódico de saúde mental, são essenciais para o estabelecimento um ambiente de trabalho cada vez melhor e mais saudável.

REFERÊNCIAS

Dass 21 – Vittude: https://www.vittude.com/blog/test/teste-depressao-ansiedade-stress-dass21/
NACIFE, Jean Marc. Pesquisa de clima organizacional na prática: o passo a passo para sua elaboração, aplicação e análise. Porto Alegre: Simplíssimo, 2019.

PLANO DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA COVID-19 NA ÓTICA DA ENGENHARIA CLÍNICA E HOSPITALAR

Autor: Marcelo Antunes Marciano – Coordenador de Eng. Clínica e Hospitalar
Líderes de equipes: William Knob, Thais Rodrigues e Luís Schneider
Hospital Moinhos de Vento

INTRODUÇÃO

Frente ao cenário de pandemia da doença Covid 19 que acometeu toda a população mundial em 2020, faz-se necessário os hospitais se adequarem para atender a demanda de internação destes pacientes. Dentre as necessárias adequações de processos e operações, também é crucial as adequações do parque tecnológico biomédico e de infraestrutura hospitalar. Nesta pandemia, o microorganismo e as variantes dele não são conhecidos, como também, nem todas as formas de contágios, barreiras e terapia. Assim, torna-se mais relevante o desenvolvimento, exercício, otimização e reforço do trabalho multidisciplinar, conjunto e colaborativo. Pois tudo é um grande aprendizado.

Considerando o cenário pandêmico, **o objetivo deste trabalho** é propor um modelo de Planejamento e Controle de atuação da engenharia clínica e hospitalar, no enfrentamento da pandemia covid 19, de forma que este modelo possa: **i.** Apoiar o Engenheiro Clínico e Hospitalar na preparação e levantamento do cenário atual do parque tecnológico, infraestrutura instalada e recursos disponíveis; e **ii.** Possibilitar o diagnóstico das ações necessárias para adequação da capacidade dos recursos tecnológicos para o atendimento à demanda de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e de internações de pacientes com covid 19.

METODOLOGIA

Elaboração de um "Framework" que demonstre um modelo de Planejamento e Controle de atuação da engenharia clínica e hospitalar, no enfrentamento da pandemia covid 19, de forma integrada com os demais processos, colaborativo e transdisciplinar. O modelo propõe enumerar as frentes ou perspectivas que podem servir de pontos de atenção para execução das atividades. A intenção é que estes pontos possam servir de base ou sugestão para os Engenheiros Clínicos, Hospitalares e de Infraestrutura utilizarem, reconstruírem, melhorarem, conforme o perfil dos Estabelecimentos assistenciais de Saúde que atuam. E modelarem de acordo com a realidade de cada um.

RESULTADOS

Neste modelo é possível enumerar os pontos de controle e atenção para apoio ao Planejamento e Acompanhamento das adequações da capacidade do parque tecnológico e infraestrutura, para atender a demanda de internações, procedimentos de diagnósticos e cirúrgicos, de pacientes com Covid-19. A ilustração a seguir demonstra as 8 perspectivas a serem abordadas:

Fig. 1- Perspectivas a serem abordadas pelo Engenheiro Clínico (EC), Hospitalar (EH) e de Infraestrutura (EI) no **Planejamento e Controle para atender pacientes com Covid-19**.
Fonte: O autor.

PERSPECTIVA 1: Nesta perspectiva tem-se sugeridos os pontos de controles e os levantamentos que podem ser atualizados e unificados num painel sistêmico de bordo. De forma que o Engenheiro Clínico (EC) e Hospitalar (EH) possa visualizar simultaneamente um leque de informações atuais do parque instalado. E assim avaliar as ações necessárias. Ou seja, são demonstrados alguns dos pontos de atenção na avaliação do parque tecnológico quanto a capacidade atual, necessidade de realocação e de ampliações.

PERSPECTIVA 2 - AVALIAÇÕES DE ALTERNATIVAS FRENTE AO CENÁRIO DE PANDEMIA: Nesta perspectiva o propósito é elencar alguns pontos que podemos ter de idéias/"insigths" frente as possibilidades de melhorias, incorporações, inovações, ou mesmo considerar avaliar outras marcas e formas construtivas, que em momentos de normalidade, por um motivo ou outro, não conseguimos conduzir tais avaliações, testes, etc. Nesta perspectiva são demonstrados alguns dos pontos que podemos ter como sinalizadores e lembretes na perspectiva de avaliação de alternativas frente ao cenário.

PERSPECTIVA 3 - UTILIDADES E INFRAESTRUTURA: Nesta perspectiva a intenção é abordar os pontos de atenção, relativos as revisões e a avaliação das condições para levantar os possíveis ajustes necessários para atender a demanda modificada pela pandemia da covid-19, no que tange ao fornecimento de gases medicinais, energia elétrica, água, estrutura predial e de TI. Para que o EC possa informar a demanda dos equipamentos biomédicos e adequações necessárias no que tange a infraestrutura e poder interagir com a engenharia hospitalar.

PERSPECTIVA 4 - FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS: Para que esta rede esteja fortalecida, necessitamos reforçar os elos com os prestadores de serviços, de forma a entender o momento que cada um está vivendo e se adequando pra enfrentar a pandemia e poder oferecer o apoio que os EAS necessitam nesta logística, cadeia de suprimentos e suporte técnico. Nesta perspectiva são abordados alguns dos pontos de atenção e controle na avaliação da situação dos fornecedores e prestadores de serviços de tecnologias e equipamentos.

PERSPECTIVA 5 - INTERAÇÕES E APOIO AO CONTROLE DE INFECÇÃO E MÉTODOS DESCONTAMINAÇÃO: Um dos pontos críticos são os métodos de prevenções e barreiras. No que tange ao processamento dos materiais, instrumentais, biomateriais, etc, suscita e revisão dos métodos de descontaminação... O **Engenheiro Clínico/Hospitalar** necessita aprofundar os conhecimentos e atualizar os conceitos, para agregar valor no trabalho colaborativo e integrado com os Serviço de Infecção Hospitalar. De forma que possa entender as avaliações do Controle de Infecção, as necessidades de melhorias, alterações de procedimentos, bem como sugerir tecnologias e melhorias de processos, pela óptica da engenharia clínica e hospitalar. Nesta perspectiva também se demonstra alguns dos pontos de atenção e controle nesta interação, apoio e revisão dos métodos de descontaminação e qualidade do ar (principalmente em ambientes que os EMHs podem ser um ponto de atenção em exaurir gases, ar, aerossol,.. possivelmente contaminados.

PERSPECTIVA 6 - CONTROLE DAS DESPESAS NA PANDEMIA: Especificamente durante a pandemia é muito relevante manter as despesas controladas, bem como os investimentos, incluindo os extras, que são reflexo das necessidades de adequações para o enfrentamento. O montante adicional de despesas e investimentos reflete o delta existente na estrutura e parque instalado em condições normais e o que é necessário para atender a pandemia. O cenário de pandemia altera o gerenciamento de despesas para manter a operação dos ativos mais diretamente utilizados para atender aos pacientes com covid19. Atendermos as necessidades de adequações frente a pandemia, e manter o foco e todos os esforços para não exceder o orçamento planejado para o ano, é necessário e bastante desafiador.

PERSPECTIVA 7 – ALINHAMENTOS À ESTRATÉGIA ORGANIZAÇÃO, INTER PROCESSOS E ÁREAS: O Trabalho alinhado, integrado e sincronizado pode promover o melhor rendimento e desempenho dos processos frente aos objetivos estratégicos da organização. Outro ponto relevante nesta perspectiva é que a execução do planejamento estratégico, não se faz somente na normalidade por meio de desdobramentos dos objetivos estratégicos em ações e objetivos táticos e operacionais, para que se retroalimente o ciclo, e assim se obtenha o êxito. Mas em momento de pandemias, como estamos passando. Isto pode significar receber ou buscar a clareza das estratégias e objetivos definidos pelo comitê de enfrentamento a pandemia, por exemplo. Para que as diretrizes sejam desdobradas e tenham capilaridade. Ainda mais considerando que estas diretrizes poder ser alteradas frequentemente, frente ao cenário dinâmico das curvas de acometimento da doença na população regional, a qual o EAS está inserido.

É importante ressaltar nesta perspectiva a importância de suscitar, a partir desta vivência, a necessidade de se documentar os Planos de Combate e atuação numa pandemia. Além da atualização dos planos de contingência e de preparo às catástrofes (que usualmente são mais abordados pelas organizações de saúde. Principalmente as quais são acreditadas ou certificadas). Aqui se demonstra alguns dos pontos de atenção e controle quanto a estes alinhamentos, sincronias desdobramentos e capilaridade com equipe operacional de engenharia clínica e hospitalar, fornecedores e prestadores de serviços.

PERSPECTIVA 8 - RECURSOS HUMANO: Esta perspectiva traz o recurso mais precioso: O capital humano. O reconhecimento e a valorização das pessoas transformam o capital humano (Schutz, 1973). Criar condições para desafiar de maneira saudável o indivíduo a fazer o seu melhor e estimular o trabalho em equipe gera envolvimento e, ao ser elogiado aumenta ainda mais o empenho em fazer suas atividades de maneira cada vez melhor. Saber dar destaque ao capital humano leva a organização a resultados efetivos e cria fidelidade aos que participam do processo. Como ativo intangível, ele contribui para a organização à medida que gera conhecimento organizacional (Solides-RH Inteligente, 2020). Outro ponto relevante, é a atualização e desdobre à toda equipe operacional, das orientações advindas dos desdobramentos da estratégia da organização, quando a mesma for revisitada ou adaptada no Período da pandemia. Bem como das definições dinâmicas do comitê de enfrentamento da pandemia, conforme cenário local. Estas considerações apoiam o planejamento da modelagem das equipes para atender a demanda no período pandêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que não é nada simples adequar a quantidade e diversidade de equipamentos biomédicos no meio da pandemia, devido à escassez do mercado. Adicionados a limitações econômico-financeiras que impactam no todo. Não limitado a isto, os hospitais veem encontrando dificuldade de compor as equipes médico-assistenciais e em alguns casos, as equipes de apoio também estão deficientes. Este momento torna ainda mais relevante a **importância dos engenheiros clínicos e hospitalares, bem como destas equipes de engenharia clínica** e hospitalar para apoiar os hospitais a estarem aptos tecnologicamente. Pensar que se esta pandemia ocorresse há mais de 30 anos atrás, os hospitais não teriam estes profissionais e equipes especializadas para compor e dar robustez às equipes multiprofissionais dos Estabelecimentos assistenciais de saúde brasileiros.

AGRADECIMENTOS

O êxito da serviços de engenharia clínica e hospitalar dependem da cooperação, colaboração, internalização dos modelos de trabalho por todas as equipes. Desta forma, **gostaria de agradecer o apoio, comprometimento e desempenho da equipe de Eng. Clínica e Hospitalar (eletromecânica e predial) do Hospital Moinhos de Vento**.

REFERÊNCIAS

The resource-based view of the firm in two environments: The Hollywood film studios from 1936 to 1965. (Fiol, 1991; Hall, 1993; Itami, 1987; Lado & Wilson, 1994).
The structures of the life-world, (Schutz, 1973) El propósito estratégico. G Hamel, CK Prahalad - Harvard Deusto Business …, 1990 - libroweb.alfaomega.com.mx por Gary Hamel y CK Prahalad
EDVINSSON, L.; MALONE, M. Intellectual Capital: Realizing Your Company's True Value by Finding its Hidden Brainpowe. Harper Collins Publishers Inc., 1998.
SCHWAB, Klaus. A Quarta Revolução Industrial. 1ª edição. São Paulo: Edipro, 2016 Solides RH, Como a indústria 4.0 influencia o RH? Disponível em: Acesso em: 04 set. 2017.
GESTALT-TERAPIA EXPLICADA. PERLS, Frederick SAloman- São Paulo, 1977.
JOURNAL ARTICLE. THE PLEASURE HELMET AND THE SUPER PLEASURE HELMET. William H. Davis. Journal of Thought. Vol. 10, No. 4 (NOVEMBER, 1975), pp. 290-293 (4 pages). Published By: Caddo Gap Press. https://www.jstor.org/stable/42588515
THEORY OF CONSTRAINTS. Eliyahu M. Goldratt, 1990.
Fritjof Capra.A Teia da Vida, 1996.
A IMPORTÂNCIA DA VISÃO BASEADA EM RECURSOS NA EXPLICAÇÃO DA VANTAGEM COMPETITIVA. J Kretzer, EA Menezes - Revista de economia mackenzie, 2006

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVOS MÉDICOS EM MEIO A PANDEMIA DE COVID-19.

Patricia Pedroso da Silva, Daiany dos Santos Fernandes, Elisandra Leites Pinheiro, Daniela Tenroller de Oliveira

INTRODUÇÃO

No cenário atual onde estamos enfrentando a pandemia de Covid-19, frente a isso, notou-se um aumento do número de pacientes com necessidade de suporte ventilatório, devido a complexidade dos casos, levando a um aumento no número de novos casos de lesão por pressão, sendo esta uma das principais complicações.

A equipe de enfermagem é um dos principais atuantes para a prevenção de lesões, frente a tais incidências,ela deve ir em busca não só da melhora clínica do paciente, mas também diminuir as complicações associadas, como a formação de lesão por pressão.

As lesões por pressão são definidas como um dano localizado na pele ou em tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos, geralmente apresentam o padrão ou a forma do dispositivo e devem ser categorizadas de acordo com o sistema de classificação de lesão por pressão.

O enfermeiro tem competência para realizar o gerenciamento de riscos através de avaliação e aplicação de escalas de risco, implementando também estratégias para a prevenção de danos aos pacientes.

Orientar e conscientizar as equipes assistenciais das onze unidades de internação adulto sobre a prevenção de lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos e reduzir o número de novos casos de lesões, diminuindo também o indicador institucional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que faz parte de um projeto guarda-chuva da instituição, como parecer CAAE: 57679316.9.0000.5330, que relata a ação realizada pelas enfermeiras assistenciais I, integrantes do grupo GREST (Grupo de Referência em Estomaterapia), nas unidades de internação adulto de uma instituição hospitalar privada da cidade de Porto Alegre / RS. Foi realizado um treinamento em serviço no mês de janeiro, nas onze unidades de internação adulto da instituição, a fim de conscientizar as equipes sobre o uso de coberturas para a prevenção de lesão por pressão relacionadas a dispositivos médicos na face, conforme o protocolo institucional, sendo elas: filme transparente, filme de poliuretano, curativo de espuma hidrocelular trilaminado e curativo multicamadas. As mesmas devem ser aplicadas em todos os pacientes que estejam em uso de suporte ventilatório, tais como, a ventilação mecânica não invasiva, óculos ou cateter nasal e cateter nasal de alto fluxo, nos locais de pressão do dispositivo com a pele (Região frontal, nasal, zigomática, queixo e região posterior da orelha).

RESULTADOS

A incidência de lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos no mês de janeiro foi de 2,34%, após a realização do treinamento em serviço, podemos observar uma diminuição de novos casos, sendo evidenciado pela redução do índice nos meses de fevereiro que foi de 0,99% e março que foi de 0,83%. Observamos também o empenho e engajamento das equipes em instalar as medidas de prevenção, a fim de prevenir novos casos.

Enfermeiras das unidades de internação adulto, integrantes do grupo GREST.

CONCLUSÕES

Frente aos resultados obtidos, podemos concluir que, com a educação em serviço e o trabalho em equipe, iremos conseguir promover ao paciente um cuidado seguro e de qualidade aos nossos pacientes. Vimos também a importância da educação permanente nos serviços de saúde, bem como conhecimento dos protocolos institucionais de prevenção e tratamento de lesões por pressão. Portanto, não só o enfermeiro, mas toda a equipe assistencial, deve-se envolver no cuidado com o paciente, entendendo o que é lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos, bem como suas causas e a forma de prevenção.

REFERÊNCIAS

Escola Superior de Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS. Programa de Pós-Graduação - Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso. Manejo do paciente com COVID-19 em pronação e prevenção de Lesão por Pressão. Brasília, V. 1 n. 2, 2020.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Staging Consensus Conference that was held. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages>. Acesso em 25 de abril de 2021.

Silva MLN, Caminha RTO, Oliveira SHS, Diniz ERS, Oliveira JL, Neves VSN. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. Rev Rene [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3623>. Acesso em 25 de abril de 2021.

Laurenti, T. C.; Domingues, A. N.; Gabassa, V. C.; Zem-Mascarenhas, S. H. Gestão informatizada de indicadores de úlcera por pressão. J Health Inform [Internet]. 2015 jul-set. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/345/239>. Acesso em: 25 de abril de 2021.

PRIMARIZAÇÃO DO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE REFEIÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA EXPERIÊNCIA DO CLIENTE E REDUÇÃO DE CUSTOS NA UNIDADE BETIM-CONTAGEM

Tâmara Laura Pacheco Miranda;Lêda Lúcio Pinto Renault

INTRODUÇÃO

Diante de um cenário onde os clientes estão comprando experiências entregues através de produtos e serviços, a Rede Mater Dei de Saúde definiu como estratégia a primarização do processo de produção de refeição para solucionar as insatisfações de nossos clientes externos acarretadas aos problemas trazidos com a terceirização devido à falta de um planejamento adequado na implementação dos serviços de alimentação hospitalar da unidade Betim-Contagem.

METODOLOGIA

Realizado benchmarking em 11 hospitais da ANAHP com produção de refeição primarizada em busca do conhecimento das melhores práticas, para que em seguida as estratégias de planejamento, operação e custo/refeição fossem traçados e implantados. A gestão deste processo é realizada mensalmente através das ferramentas de NPS e BI – Análise SND Autogestão, tendo como foco a apresentação dos resultados vinculados a satisfação do cliente e custo de refeição/paciente-dia.

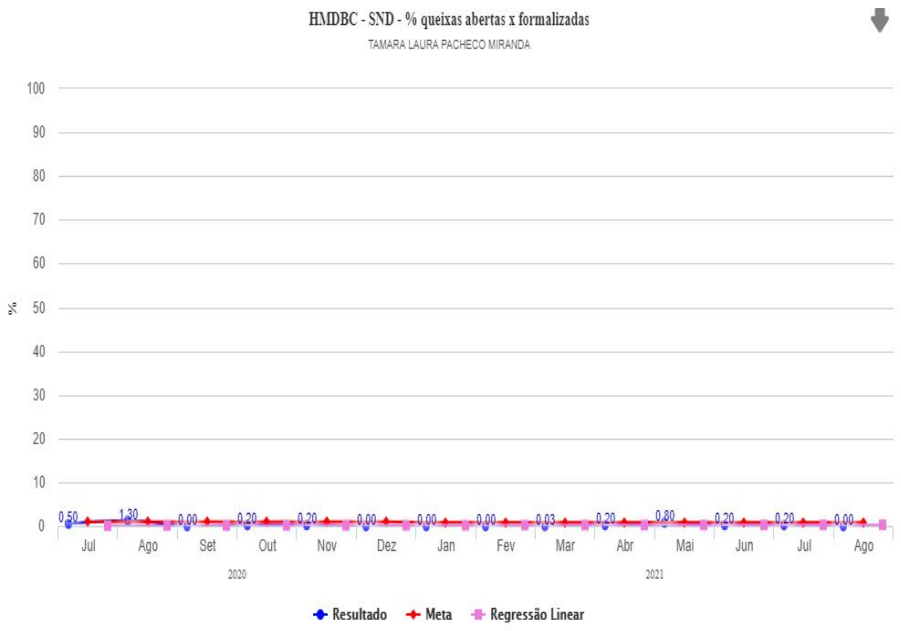


Fig 2: Indicador % de queixas abertas x formalizadas SND HMBC.

RESULTADOS

A primarização do processo de produção de refeição além de elevar os índices de satisfação dos nossos clientes através da redução do volume de queixas formalizadas, proporcionou a valorização e melhores condições de trabalho dos nossos colaboradores que integram a equipe do SND, através de maior proximidade entre supervisão e operação, tendo maior controle de todos os processos críticos que permeiam o setor, obtendo assim melhores custos na gestão deste processo devido ao maior poder de negociação para aquisição de gêneros alimentícios, bem como um controle mais efetivo na conta de material de copa e cozinha; sendo estas duas contas de maior representatividade no orçamento do serviço de nutrição e dietética.

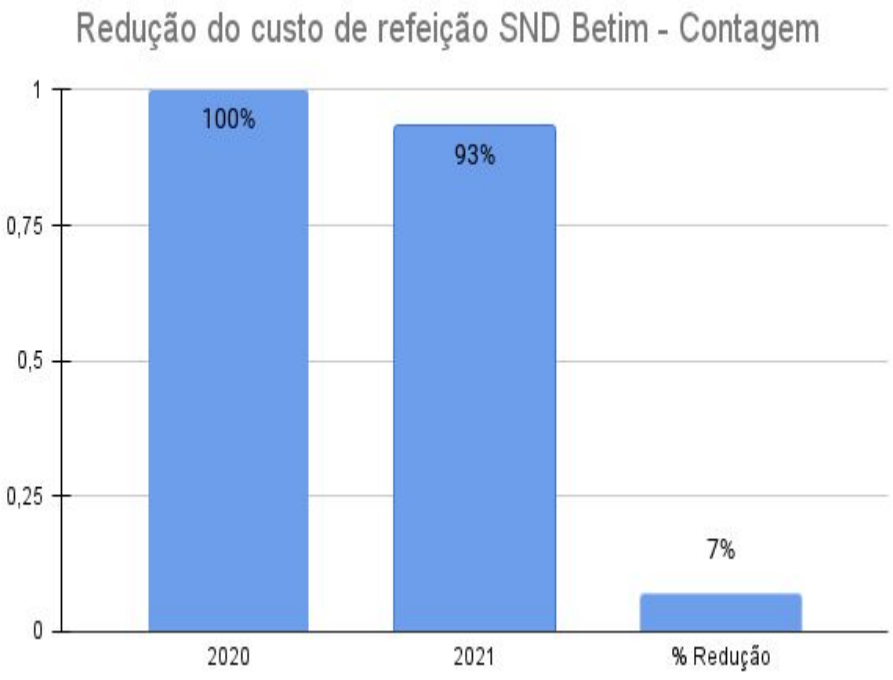


Fig 3: Redução de custo de 2020 / 2021 SND Betim- Contagem com a autogestão.

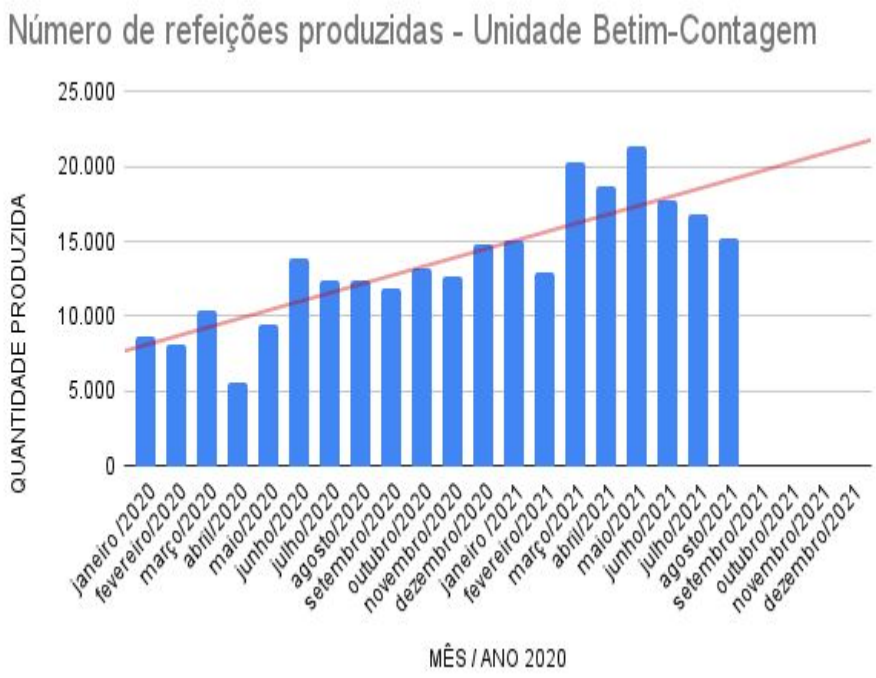


Fig 1:Número de refeições produzidas - Unidade Betim -Contagem.

CONCLUSÕES

A mudança do processo de produção de refeição hospitalar da Rede Mater Dei de Saúde na Unidade Betim-Contagem para Autogestão, nos trouxe maior autonomia, agilidade nas tomadas de decisões para execução do processo, proporcionando menor custo, maior controle e qualidade do mesmo, garantindo assim maior segurança assistencial, operacional e melhor experiência de nossos clientes.

REFERÊNCIAS

Fonte: Portal Interact Web Rede Mater Dei de Saúde;

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA BIBLIOTECA DE INFUSÃO SEQUENCIAL EM EXAMES CARDIOLÓGICOS

Leidiane Moreira Santiago, Fernanda Raquel Piai Martins Nascimento, Ligia da Silva Pereira e Caroline Daniele de Oliveira

INTRODUÇÃO

Embora as Bombas de Infusão (BI) tenham revolucionado a terapia intravenosa, os profissionais de saúde ainda estão suscetíveis a causar eventos adversos quando manuseiam este equipamento. Como forma de minimizar o perene risco de falhas humanas, um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo, buscou aprimorar o processo de trabalho da equipe de enfermagem através do refinamento desta tecnologia, por meio da implantação da biblioteca de infusão sequencial em exames cardiológicos, tornando os exames de ecocardiograma e teste ergométrico sob estresse farmacológico mais seguros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de experiência, com a utilização do ciclo PDCA e análise de causa raiz para redução de eventos com falha de programação na BI.

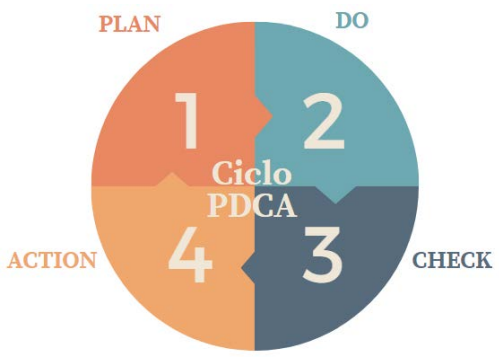


Figura 1. Ciclo PDCA

O projeto, seguiu as seguintes etapas:

1. Identificação das fragilidades do processo com uso do diagrama de Ishikawa e planejamento das ações com 5W2H.

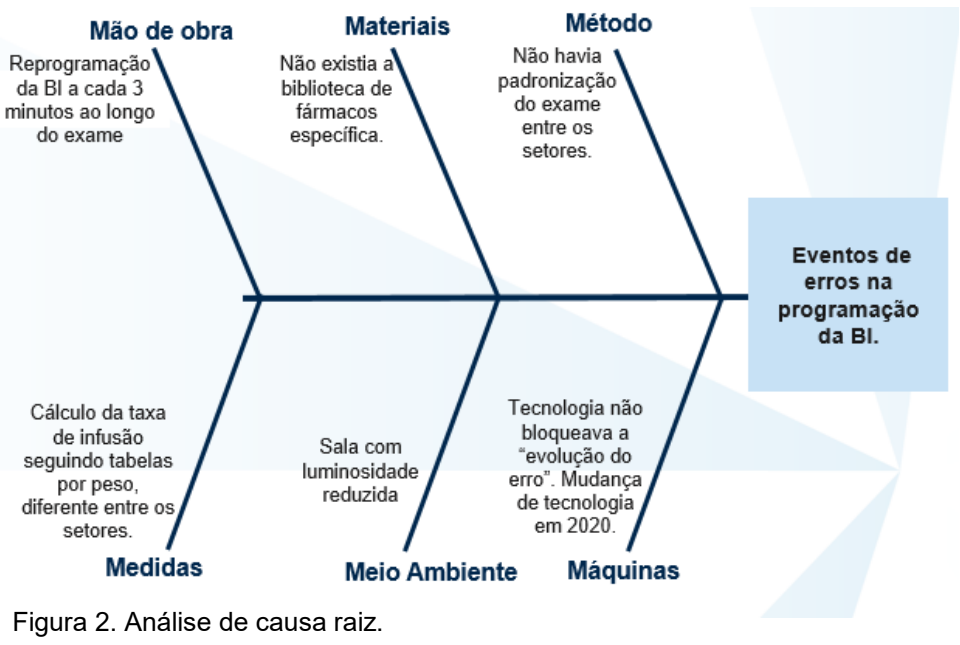


Figura 2. Análise de causa raiz.

- **O quê?** Criação de biblioteca específica.
- **Por quê?** Mitigar eventos.
- **Quem?** Enfermagem, médicos do CDI, farmacêuticos, práticas assistenciais, desenvolvimento e engenharia clínica.
- **Quanto?** Utilizando a tecnologia da nova bomba de infusão, sem custos adicionais.
- **Como?** Construção e validação de biblioteca de infusão sequencial com testes em laboratório de usabilidade.
- **Quando?** Final de 2019 – 2021.
- **Onde?** Cardiodiagnóstico.

Figura 3. Ferramenta 5W2H – planejamento das ações.

2. Após estas primeiras etapas, dado seguimento nas ações, formação de equipe multiprofissional, levantamento de prática baseada em evidência; construção e validação da biblioteca sequencial por especialistas.
3. Testes de infusão e simulados foram realizados até a versão final da biblioteca e implantação nos setores de Cardiodiagnóstico.

RESULTADOS

As fragilidades encontradas no processo de administração de fármacos em BI para realização de ecocardiograma e teste ergométrico sob estresse farmacológico estavam relacionados com: inexistência de biblioteca padronizada entre os setores, necessidade de várias programações da bomba de infusão ao longo do exame pelo profissional de enfermagem, necessidade da realização de diversas funções pelo mesmo profissional, luminosidade da sala reduzida, cálculo da infusão seguindo tabela com diversos pesos, possibilidade de falha na transcrição da taxa de infusão e, bomba de infusão não possibilitava o bloqueio de doses acima das doses recomendadas (limite rígido).

Ao longo de 1 ano e 5 meses, várias ações foram realizadas, mudança da tecnologia da BI, testes em laboratório com simulação de infusão, até chegar na versão final da biblioteca que permitiu construir e validar uma biblioteca com intervalos de infusão sequencial, automatizada, sem a intervenção do profissional.

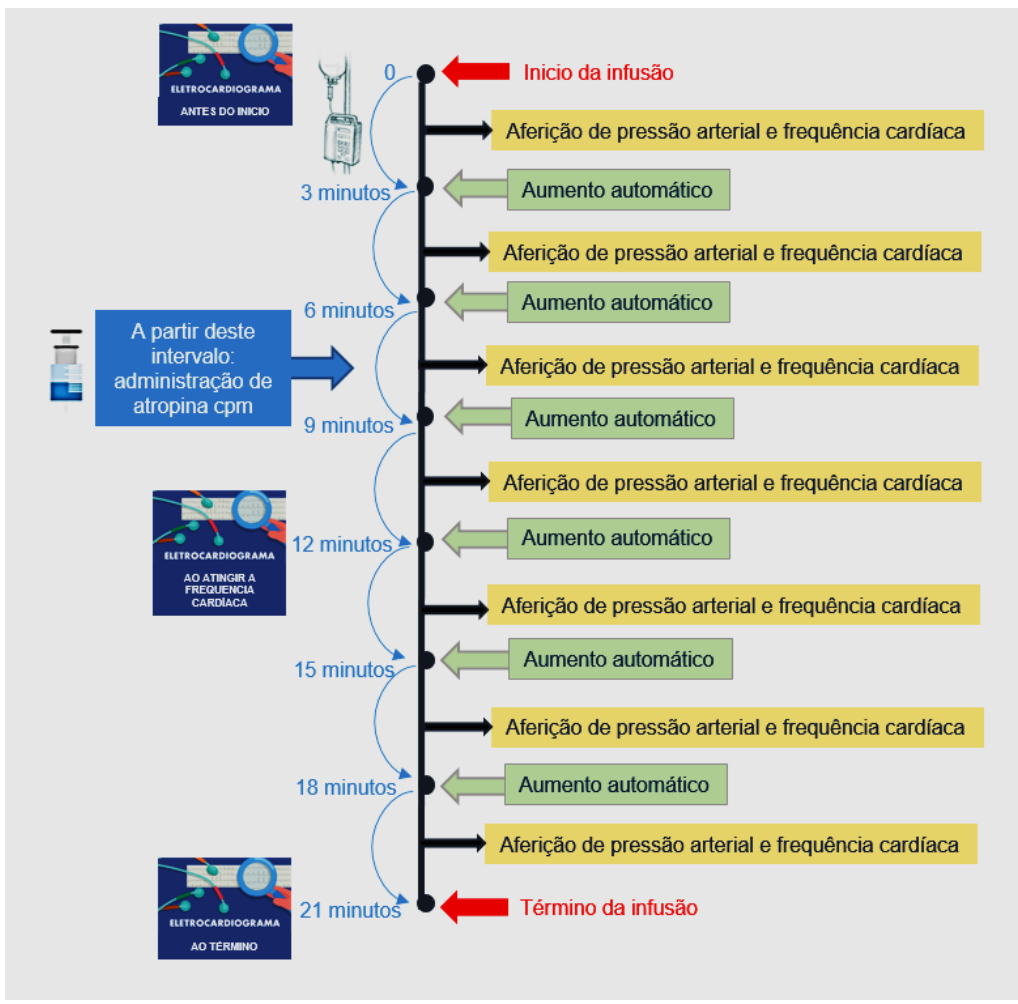


Figura 4. Protocolo do exame de ecocardiograma sob estresse farmacológico com o uso da infusão sequencial de Dobutamina

CONCLUSÕES

A implantação da biblioteca de infusão sequencial em exames cardiológicos resultou em economia do tempo despendido pela equipe de enfermagem, por meio da interoperabilidade do software da bomba e profissional. Inovação a nível ambulatorial, uma vez que os estudos internacionais e nacionais, focam no uso de bibliotecas em unidades críticas e, redução em 87,5% da oportunidade de erro de programação, impactando na segurança, eficiência e qualidade do cuidado, gerando valor em saúde.

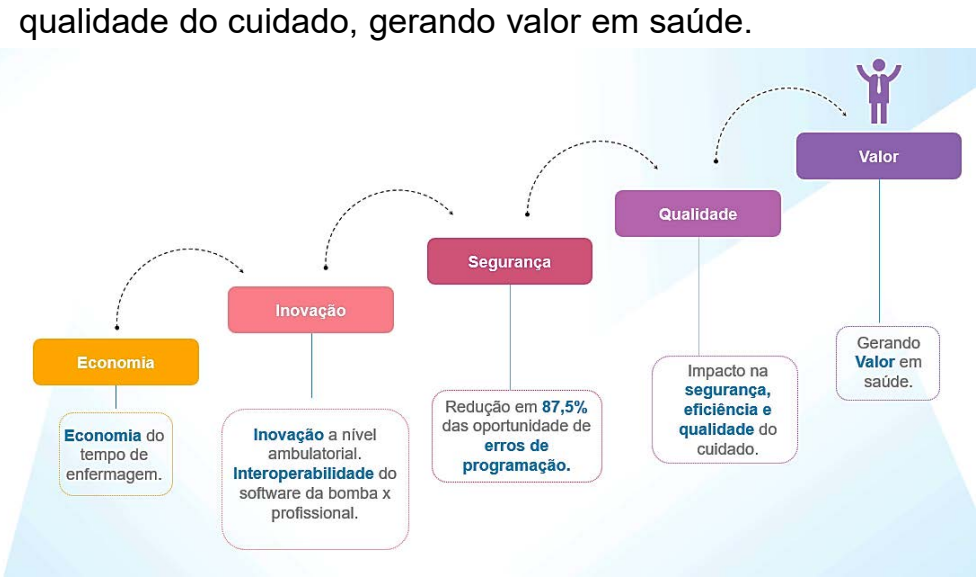


Figura 5. Processo de melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

Wei, Wenfei; Coffey, William; Adeola, Mobolaji; Abbasi, Ghalib. Impact of smart pump-electronic health record interoperability on patient safety and finances at a community hospital. Am J Health Syst Pharm ; 2021 Jul 14.

Moreira, Ana Paula Amorim et al. Handling errors in conventional and smart pump infusions: A systematic review with meta-analysis. Rev Esc Enferm USP ; 54: e03562, 2020.

Schnock KO, Dykes PC, Albert J, Ariosto D, Call R, Cameron C. et al. The frequency of intravenous medication administration errors related to smart infusion pumps: a multihospital observational study. BMJ Qual Saf. 2017;26(2):131-40. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004465.

PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DIGITAL DO RH DO HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

Miriam Branco, Priscila Surita, Taise Miranda, Jadde Rocha, Tatiane Cabral, Simone Azevedo, Caroline de Lima Andrea Matos, Viviane Vasconcelos, Fernanda Amaral

INTRODUÇÃO

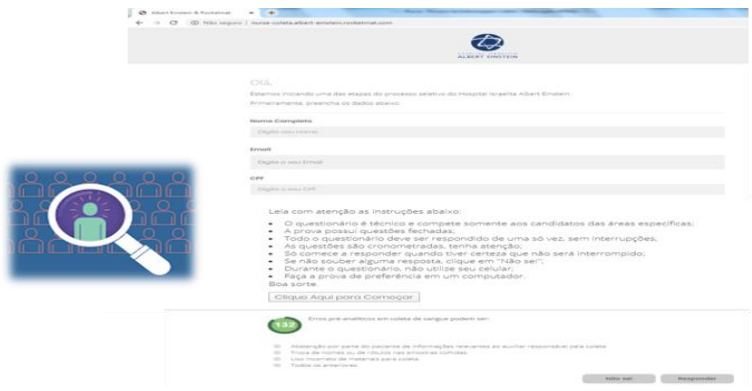
Em março de 2020, a área de Recursos Humanos do Hospital Albert Einstein recebeu a demanda de 2 mil contratações (assistenciais e administrativas) para início imediato devido demanda expressiva no segmento Hospitalar para enfrentamento da COVID-19.
Como ação de contingência as equipes corporativas e de Recursos Humanos foram alocadas no formato Home Office e com isso foi necessário adaptar o fluxo de processo seletivo, admissão e integração dos candidatos.

METODOLOGIA

O trabalho foi feito a partir de uma análise descritiva exploratória. Segundo Duran e Toledo (2011) A "pesquisa descritivo-exploratória pela característica de observar, classificar e descrever fenômenos".
Ele foi feito devido a contratação para suportar a demanda do covid-19 por meio de estudo de caso realizado pela equipe de recursos humanos do Hospital Albert Einstein e empresas parceiras que atuaram na transformação e mudança do processo que anteriormente era presencial e físico para o formato online.

Modelo Convencional

Modelo Digital

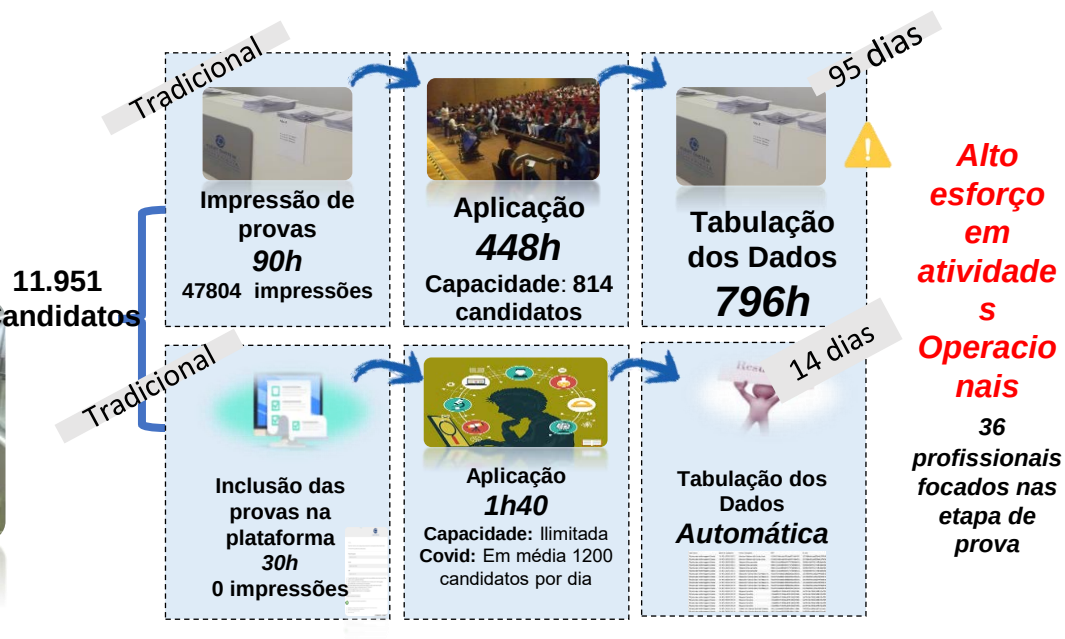


A imagem acima retrata como o processo era no formato convencional e como ele se transformou para o digital.

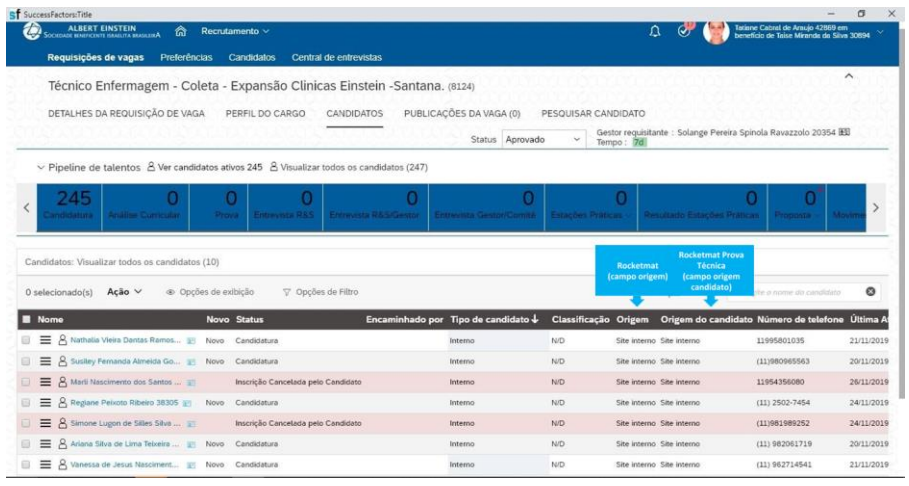
A imagem acima ilustra os processos seletivos que foram conduzidos de forma online.

RESULTADOS

Os principais ganhos da implantação online para o processo seletivo foram: proporcionar melhor experiência do candidato, agilidade no fechamento das vagas.
Processo de prova 100% automatizado, ampliação do alcance dos candidatos em menor tempo, criação de provas hibridas, históricos de provas arquivados em sistema, questões cronometradas e randômicas, monitoramento do comportamento do candidato de forma antecipada, processo de comparação já inicia na etapa de prova. Com as mudanças e adaptações do processo seletivo foi possível alcançar a meta de contratação no tempo total de 6 dias (a média no ano de 2019 com o fluxo presencial foi de 26 dias).
O processo admissional contou com a implantação de tecnologia de Inteligência Artificial que possibilitou a realização de conferência da documentação por meio de bot ,possibilitou do candidato enviar sua documentação sem sair de casa com maior segurança trazendo economia/sustentabilidade e conforto.



No modelo tradicional seria necessário uma equipe específica com 36 profissionais focados no desdobramento das atividades e logística.



Com a implantação e Integração entre os sistemas os dados dos candidatos ficaram armazenados em um único local, sendo possível de consulta e análise do gestor da vaga.

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo contar o processo de transformação da área de Recursos Humanos no Hospital Albert Einstein para atender o aumento da demanda de contratação do covid-19.
Dentre as mudanças causadas é possível concluir que o processo da maneira que era conduzido anteriormente não será mais, ou seja, que o processo de transformação digital veio para ficar e facilitar o modo de atração, seleção, admissão e onbording dos candidatos.

REFERÊNCIAS

Duran, E.C.M. Toledo, V. P. *ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM PROCESSO DE ENFERMAGEM: estudo exploratório-descritivo.* Revista Gaúcha Enfermagem: Porto Alegre, 2011.

Processo de transformação do modelo presencial do Programa Quem indica amigo É para Gamificação.

Miriam Branco, Priscila Surita, Taise Miranda, Jadde Rocha, Tatiane Cabral

INTRODUÇÃO

O programa foi implementado em 2013 com **objetivo de fortalecer** a recomendação dos nossos colaboradores, **fomentar a cultura interna** por meio de quem à vivência todos os dias e garantir a formação de banco de profissionais qualificados para suprir a necessidade de contratação.

Em **06 anos** do programa foram recebidas 74.270 indicações, 2.311 (3%) contratados, 247 turmas conduzidas, 1.976 horas (13 meses) dedicadas a condução dos processos seletivo .

Devido aumento de procura de emprego estávamos recebendo mais indicações do que conseguimos atender por dia e aproveitar em nossas vagas. No momento da pandemia foi preciso rever o formato da condução do processo seletivo que era presencial.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi PDCA do inglês: PLAN - DO - CHECK - ACT ou Adjust). É um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos.

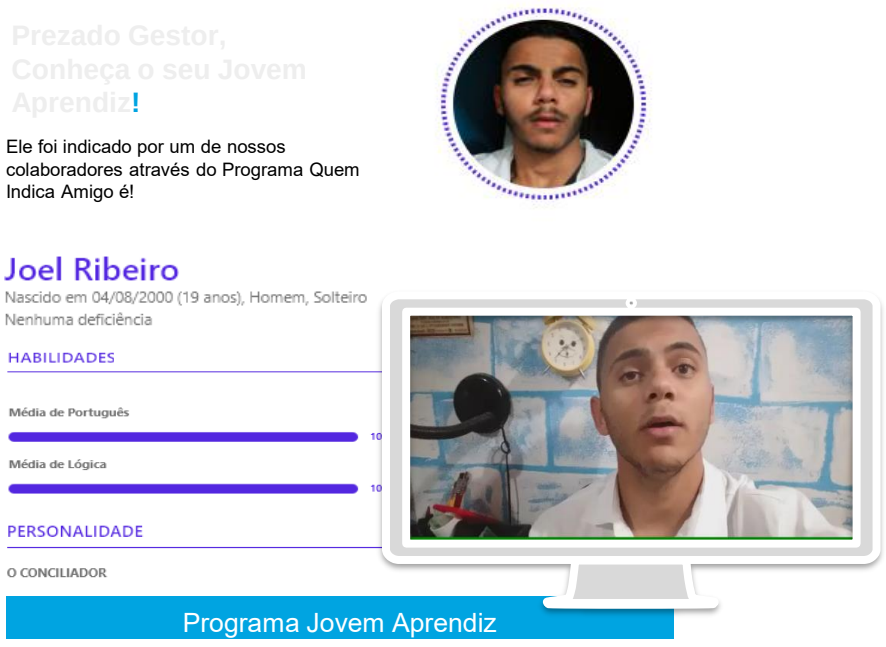
RESULTADOS

Para melhor experiência do candidato a jornada de inscrição dos candidatos está sendo no formato de gamificação o que torna a marca empregadora mais atraente e proporciona uma experiência estimulante e desafiadora por meio de jogos corporativos, plataformas digitais ou realidade virtual.

Observa-se que com a mudança do modelo do Programa Quem indica Amigo é do presencial para o Online, há um ganho significativo em eficiência operacional. Houve uma redução de 13 dias na condução do piloto de aprendiz, eliminando etapas operacionais, presenciais e melhorando a experiência do candidato

Com a implantação ampliamos o alcance de candidatos, eliminamos o processo de triagem manual então de acordo com o perfil de fit cultural e perguntas obrigatórias a plataforma define o ranking de candidatos.
Além de acompanhamento dos indicadores em tempo real.
Além de tornar o processo mais atrativo, utilizamos o recurso disponível de vídeo entrevista, o processo seletivo pode ser realizado sem a necessidade de deslocamento, diminuindo gastos com transporte e evitando a exposição do candidato ao COVID-19.
Conseguimos extrair o material padronizado dos candidatos, perfil comportamental detalhado, e vídeo entrevista para avaliação do futuro gestor.

Considerando o alto número de indicações x número de vagas, esse novo modelo fortalece o conceito de ecossistema de empregabilidade, ou seja, o perfil do candidato indicado estará disponível para outras empresas que também utilizam a mesma plataforma.



Formato do material enviado para o gestor.

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo contar o processo de transformação do Programa de Indicação do Hospital Albert Einstein para o formato de gamificação. Dentre as mudanças causadas é possível concluir que o processo digital e de gamificação possui ganho em eficiência operacional como a redução no tempo gasto na realização do processo seletivo e também uma melhor experiência do candidato e gestor tornando o processo mais atrativo devido a gamificação e a possibilidade de realizar em sua residência. Além de contar com modelo fortalece o conceito de **ecossistema de empregabilidade**, ou seja, o perfil do candidato indicado estará disponível para outras empresas que também utilizam a plataforma TAQE;

REFERÊNCIAS

Gestão da Qualidade: conceitos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE AVALIADORES

Helidea Lima, Ana Claudia Fernandes, Vanessa Melo Torres, Laíse Moreira

INTRODUÇÃO

Desenvolver pessoas proporciona crescimento, fornecendo uma base sólida de capital intelectual. Para o desenvolvimento das lideranças dos escritórios de qualidade de uma rede de hospitais privados, foi construído o Programa de Desenvolvimento da Qualidade Corporativa. As visitas técnicas são realizadas com base no Manual de Práticas Assistenciais e modelo de acreditação do hospital.

Objetivos: desenvolver e descentralizar profissionais.

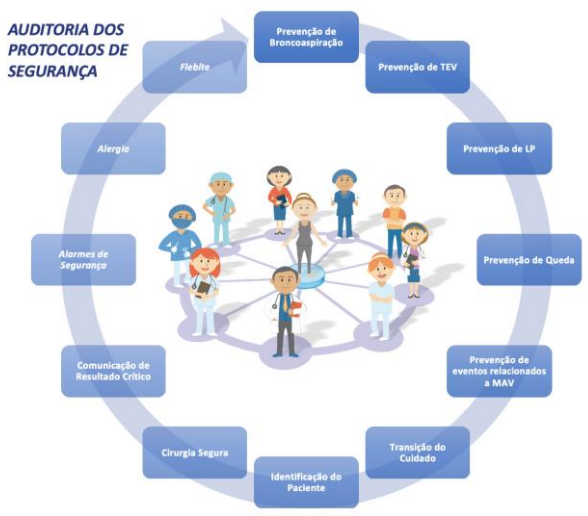
METODOLOGIA

O programa contempla cinco etapas: Organização: identificação dos profissionais com perfil versus hospital a ser avaliado e cronograma; Alinhamento: reunião para direcionamento e elucidação das dúvidas, baseado no manual orientativo; Preparação: os avaliadores criam um roteiro de acordo com as áreas escaladas; Participação na visita técnica: avaliação utilizando como base o manual e a metodologia de acreditação; Relatório: elaboração com as oportunidades de melhoria. Ao final da visita é realizado um alinhamento para diagnóstico organizacional.

Os avaliadores são acompanhados e tem a avaliação de performance com base em oito requisitos: Planejamento; Habilidade de relacionamento; Pontualidade e assiduidade; Comunicação escrita; Organização; Comportamento; Habilidade específica; Solução de problemas.

Para upgrade no programa os avaliadores devem participar das visitas e atingir a pontuação mínima. É trabalhada a performance através de feedback abordando os pontos fortes e oportunidades de melhorias.

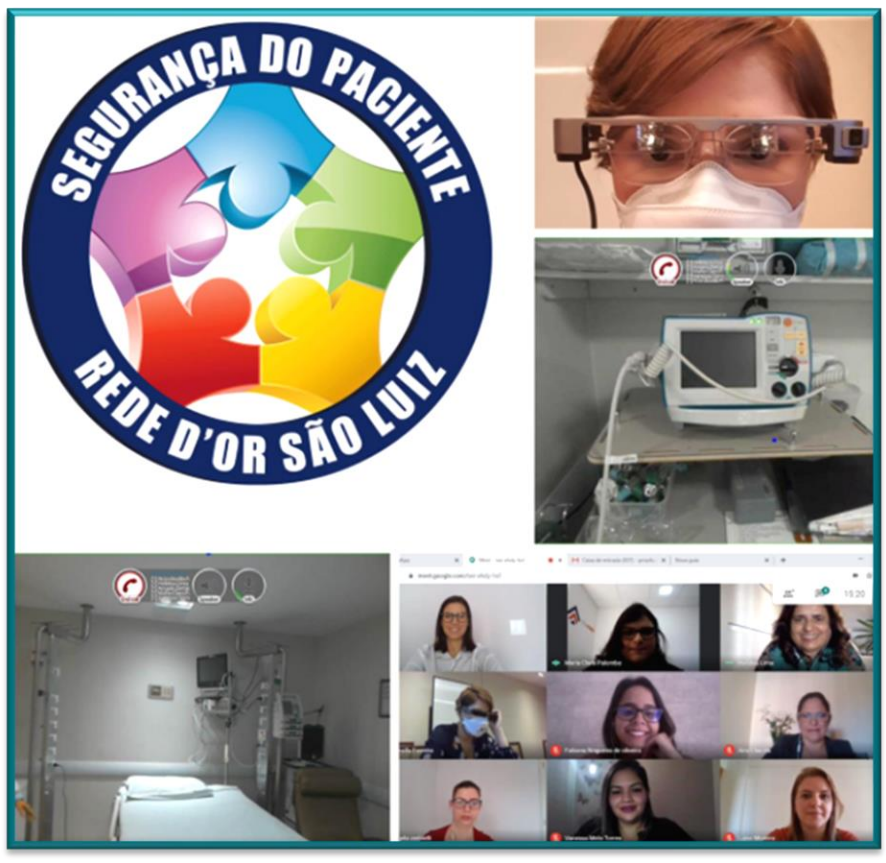
Manual de orientações para visitas técnicas remotas, desenvolvido pela qualidade corporativa.



Escopo das auditorias de protocolos, desenvolvido pela qualidade corporativa.

RESULTADOS

No 1º semestre de 2021 o Programa de Desenvolvimento da Qualidade Corporativa, contou com a participação de 31 profissionais dos escritórios de qualidade em 28 visitas técnicas (13 visitas híbridas e 15 visitas remotas). Dos 31 profissionais 06 avaliadores evoluíram com upgrade de avaliador trainee para avaliador junior e 01 de avaliador junior para avaliador pleno, sendo a classificação sênior como a quarta e última etapa do programa, nesta última classificação o avaliado está apto para assumir sozinho áreas do cronograma da visita técnica conduzindo entrevistas, sem a supervisão dos consultores da qualidade corporativa. A profissão desses profissionais são enfermeiros e administradores. O feedback logo após o término da visita por esses profissionais que participam do programa é positivo e satisfatório, entendem que o programa amplia a visão sistêmica e organizacional das instituições, além de experienciarem boas práticas.



Treinamento da ferramenta remota para apoio na busca das evidências no modelo de visita técnica remota Rede D'Or São Luiz.

Reunião de feedback dos avaliadores participantes do Programa de Desenvolvimento de Qualidade da Rede D'Or São Luiz.

CONCLUSÕES

O Programa de Desenvolvimento da Qualidade Corporativa possibilita a amplificação do entendimento sistêmico das atividades a serem exercidas pelos profissionais dos escritórios de qualidade e na implementação de melhorias relacionadas as práticas de segurança do paciente nas unidades dos avaliadores participantes do programa. O sucesso do projeto e a procura por outros profissionais, nos provoca para a ampliação dos critérios para participação de acordo com os níveis hierárquicos dos escritórios de qualidade das unidades hospitalares e equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- Pereira, M.;Fernandes. A importância de se adaptar em tempos de mudanças: V.2.N.2(2020) Revista Científica da Faculdade Unimed. Disponível em: https://revista.faculdadeunimed.edu.br/index.php/RCFU1/article/view/132.
- Manual de Orientações Visita Remota Rede D'Or São Luiz: 1ª edição.

PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PUÉRPERAS

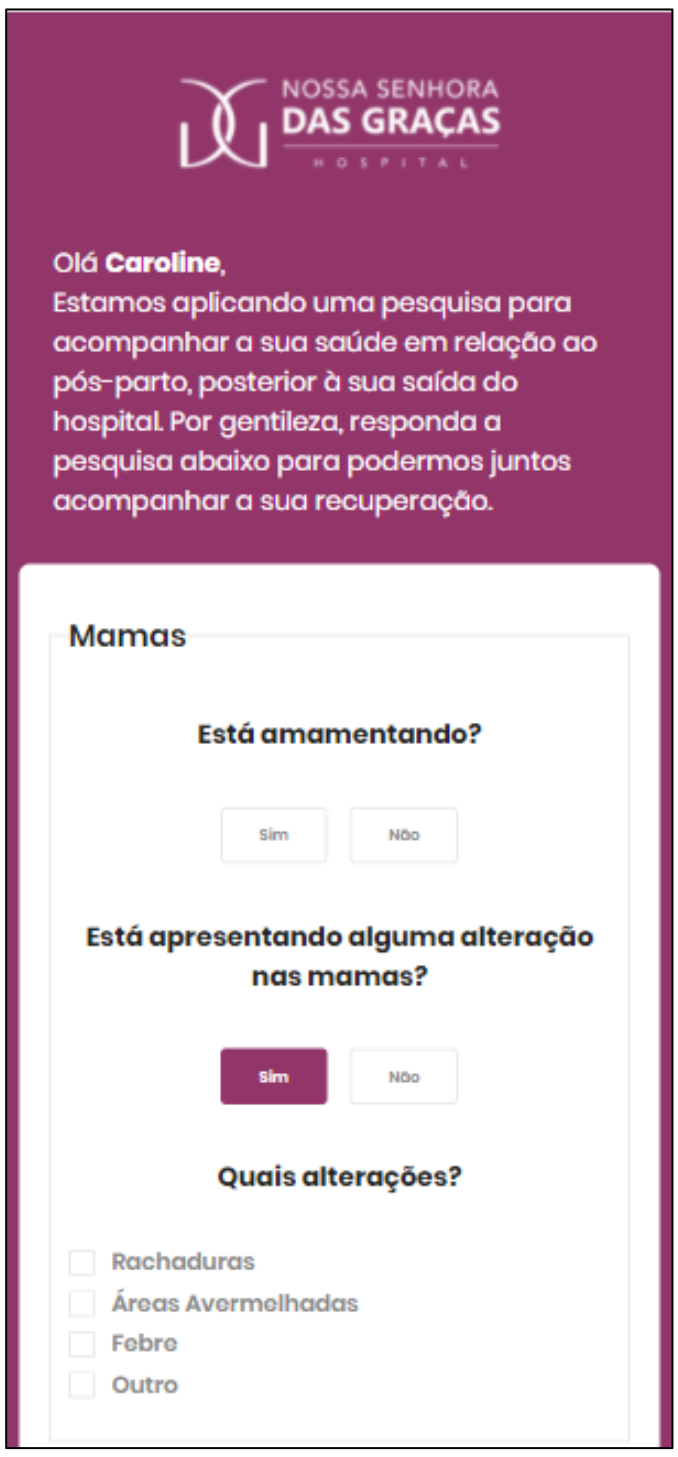
Ana Paula Gulinelli de Andrade, Priscilla Almeida Cunico, Zenira Da Aparecida Boeno Santana, Helena Maria Amorin

INTRODUÇÃO

Os cuidados com os pacientes durante o período de internação tem como objetivo fazer com que o mesmo tenha recuperação completa ou que seu estado de saúde permita a continuação da recuperação em casa. No entanto, é de extrema importância que o acompanhamento dos pacientes pós-alta sejam mantidos, para que mantenham os cuidados necessários e recebam orientações para evitar piora ou até mesmo uma reinternação. Pensando nisso, como as pacientes puérperas necessitam de demasiados cuidados pós-alta, o hospital realizou um Programa de Qualidade de Vida de Pacientes Puérperas, que engloba o monitoramento das pacientes puérperas por meio de uma pesquisa via SMS.

METODOLOGIA

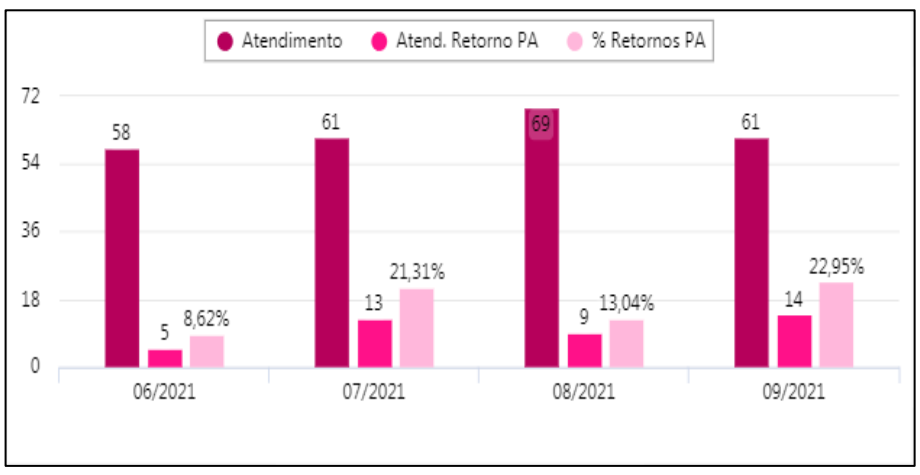
Monitorar as pacientes puérperas através de uma pesquisa via SMS no pós alta para acompanhamento, avaliando seu estado físico e emocional para direcionamento clínico se necessário e para análise dos dados mensalmente, avaliando quais são os principais sintomas para criar planos de ação para minimizar as chances de novas pacientes terem os mesmos sintomas no pós-alta.



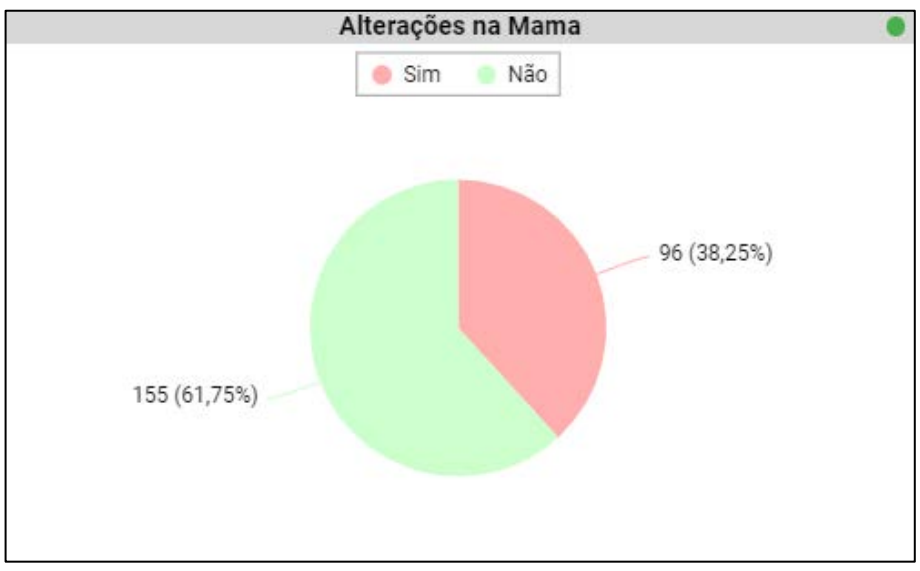
Pesquisa enviada para as pacientes via SMS.

RESULTADOS

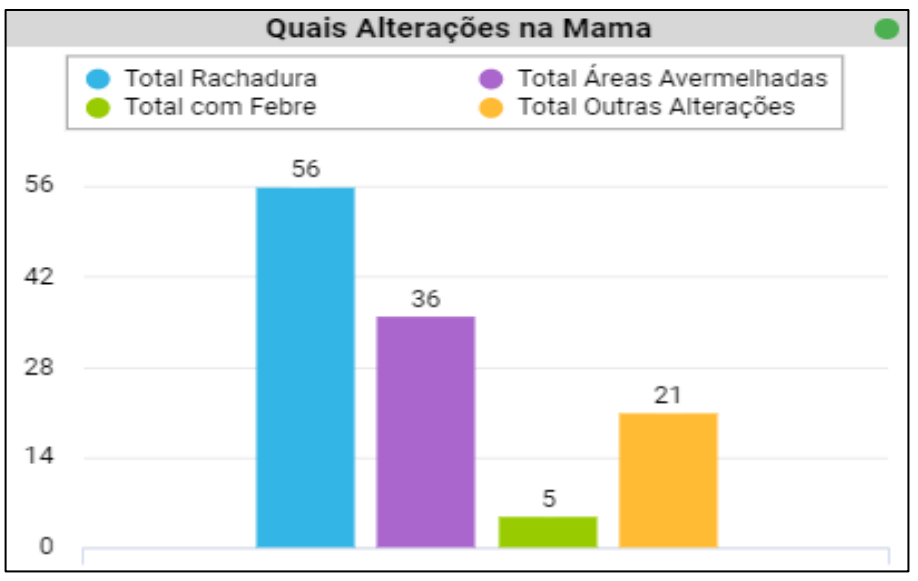
O programa de qualidade de vida das puérperas fez com que o hospital além de acompanhar e orientar as pacientes, faz com que tenha um programa de melhoria contínua, identificando quais são os principais sintomas das pacientes e trabalhando nos mesmos para minimizar as chances de acontecer novamente. Desde o início da pesquisa foi identificado que a principal queixa estava relacionado à rachadura nas mamas, a partir disso, foi realizado um trabalho de reforço em orientações na amamentação e disponibilizado a pomada lanolina de forma gratuita.



Controle de retornos das pacientes ao pronto atendimento.



Controle de pacientes com alterações nas mamas.



Controle de quais alterações nas mamas as pacientes possuem.

CONCLUSÕES

Continuar com o cuidado do paciente no pós-alta faz com que os pacientes se sintam acolhidos pelo hospital, diminui o risco de piora do quadro clínico e auxilia no planos de melhoria do hospital.

REFERÊNCIAS

PAM-033 - PROTOCOLO DE AMAMENTAÇÃO

“Projeto Abraço com Palavras” – Implementação do Plano de contingência do atendimento psicológico

Anastácia Camila Moreira David, France Matos de Oliveira, Leticia A S Marques, Mariana Guarize de Souza

INTRODUÇÃO

A emergência de saúde mundial deflagrada em março de 2020 proporcionou mudanças em diversos âmbitos de toda a sociedade, tornando evidente a importância da saúde mental durante a pandemia Covid-19. A crise instalada pelo isolamento social, afastamento físico e ausência de tratamento curativo geraram sentimentos de angústia, medo e ansiedade.

Dentro do cenário hospitalar, familiares foram apartados dos pacientes como forma de controle do risco de contágio, o que gerou uma série de inquietações, desconfortos e sofrimento psíquico. Profissionais da área da saúde, em contrapartida, tiveram mudanças súbitas em sua rotina de trabalho e a necessidade de rápida adaptação à nova realidade das Instituições. Além disso, foram imersos em situações ameaçadoras e, por vezes, mantiveram-se distantes dos vínculos familiares, habitualmente protetores.

A implementação do Plano de contingência na assistência - “Projeto Abraço com Palavras” - foi elaborado pela Equipe de Psicologia do Hospital 9 de Julho, priorizando a escuta, o acolhimento e a formação de laços com o paciente, família e equipe.

METODOLOGIA

Objetivo: Criar, reestruturar e implementar a atuação do serviço de psicologia hospitalar na pandemia para suporte emocional ao paciente, família e colaboradores.

Método: Para desenvolvimento do projeto foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre a aplicabilidade de tecnologias na escuta e intervenção em situação de crise, análise da Nota Técnica do CRP N° 01/2020/CRP-18/SCPH sobre os benefícios, limites e cuidados necessários ao uso de tecnologia para atendimento psicológico, inscrição da equipe no e-psi para adequação dos profissionais à modalidade de atendimento on-line de acordo com os critérios do Conselho, participação no grupo “Achar Palavra” LABPSI-USP sobre a atuação do psicólogo hospitalar durante a pandemia para observar e discutir o manejo do novo contexto junto a Instituições pares, reuniões com a gerência de enfermagem e diretoria técnica, elaboração de fluxo de atendimentos.

O **Projeto Abraço com Palavras** abarcou ações direcionadas aos profissionais da saúde e reestruturação no atendimento aos pacientes e familiares.

Ações para profissionais: mensagens diárias inseridas em prontuário eletrônico (PEP) e encaminhadas em grupos de WhatsApp aos colaboradores das unidades COVID cujos conteúdos reflexivos e informativos visaram acolhê-los frente à importância de suas atuações em um momento crítico; escuta breve e individual remota aos colaboradores a partir de livre procura.

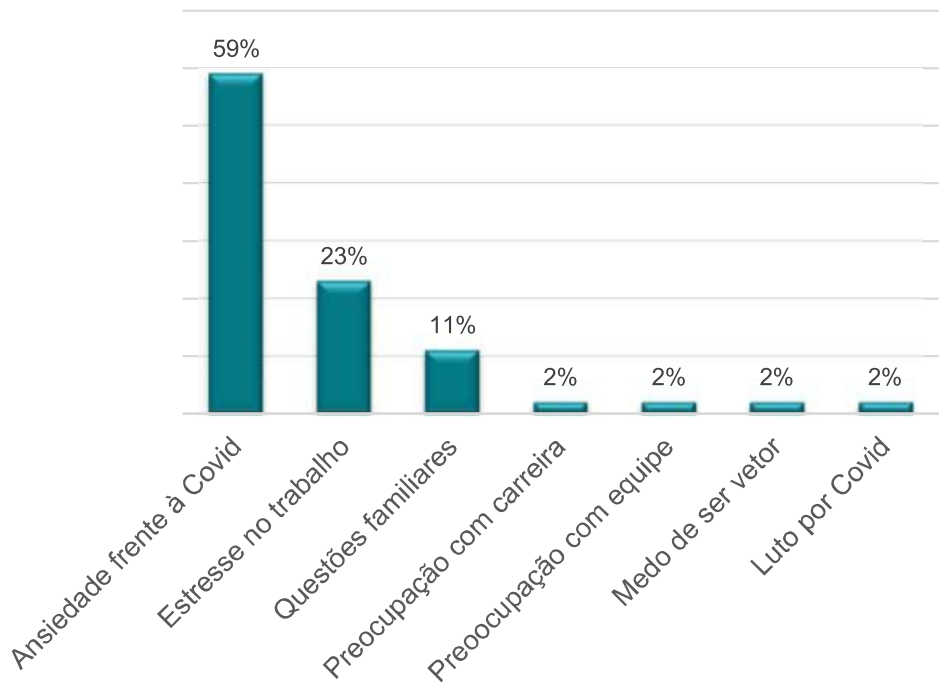
Ações para pacientes e familiares: atendimento aos pacientes internados e familiares em suas residências, por busca ativa ou solicitação da equipe/paciente/família, realizados por telefone ou vídeo-chamada através de aplicativo de telemedicina (Plataforma Conexa Saúde).

RESULTADOS

As mensagens diárias inseridas no PEP e encaminhadas em grupos de WhatsApp aos colaboradores das unidades COVID somaram um total de 141 slides, contando com 2062 visualizações ao PEP na aba Abraço com Palavras.

Foram realizados 145 atendimentos breves aos colaboradores entre os meses de abril a setembro de 2020. Aqueles que apresentaram demandas não relacionadas ao momento de pandemia foram encaminhados a outros serviços para continuidade do acompanhamento psicológico.

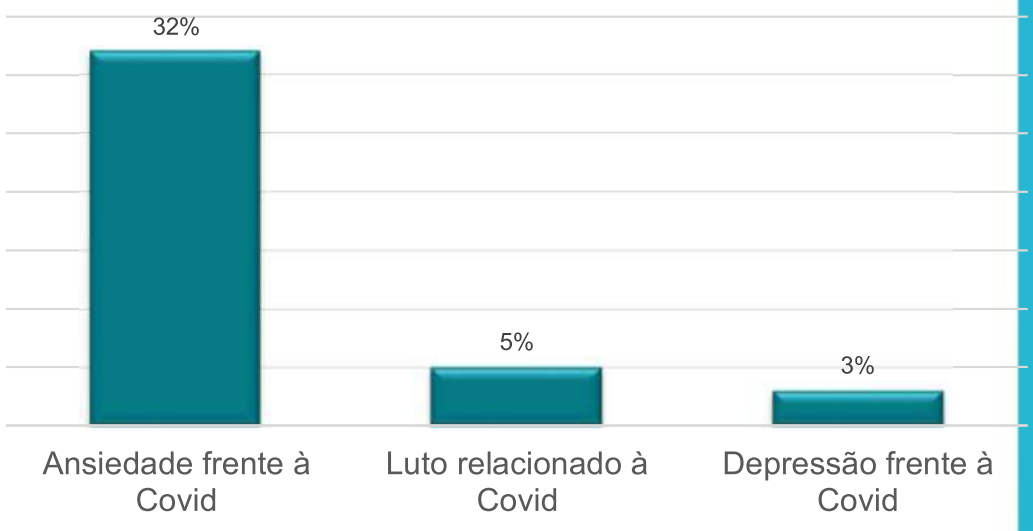
As principais demandas observadas nesses atendimentos foram: sintomas de ansiedade relacionados à COVID-19 (59%); estresse diante do cenário de trabalho (23%); questões familiares pouco relacionadas à COVID-19 (11%); preocupação com a carreira e mudanças de vida (2%); preocupação com a equipe de trabalho (2%); medo de ser vetor aos familiares (2%); luto complicado (familiar falecido por COVID) (2%).



Demandas observadas nos atendimentos aos colaboradores

Entre os meses de abril a setembro, os atendimentos remotos destinados a pacientes e familiares totalizaram o número de 291. Diante da análise profissional, casos com demanda para continuidade de psicoterapia foram encaminhados a serviços externos de referência.

As principais demandas observadas nos atendimentos foram: ansiedade frente à Covid-19 (32%), luto relacionado à Covid-19 (5%) e sintomas depressivos frente à Covid-19 (3%).



Demandas observadas nos atendimentos aos pacientes e familiares

CONCLUSÕES

Como marco do período, observou-se que todo o sistema de saúde foi impactado e passou por reavaliações contínuas das ações propostas, assim como a atuação da equipe de Psicologia nesse cenário.

O projeto Abraço com Palavras destacou a necessidade do engajamento de toda a equipe multidisciplinar no cuidado em saúde mental, sendo irrestrito à psicologia a atenção aos aspectos emocionais de paciente e família. Salientou, também, a importância do acolhimento e escuta aos colaboradores, mobilizados sobremaneira por essa experiência.

E por fim, o cenário da pandemia apontou a relevância da inserção do serviço de psicologia no contexto hospitalar e a possibilidade de incrementar as novas tecnologias, estendendo-as como rotina, para maior alcance do suporte emocional aos pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

CREPALDI, Maria Aparecida et al . Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v.37, e200090, 2020.

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana D.; FREITAS, Carlos M. (Orgs). Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

PROJETO
ALTA SEM FALTA

Marcella P. Srougé, Jéssica Tavares, Ruth Galvão, Cleyton Dionizio, Gutemberg Lavoisier

INTRODUÇÃO

O processo de transição segura do cuidado para o ambiente domiciliar é um desafio para hospitais no mundo todo. Um processo de alta de excelência otimiza não apenas o giro de leitos e, portanto, a alocação correta de recursos, mas também reduz a chances de complicações pós-hospitalares, agregando valor em experiência e desfecho aos pacientes. Adicionalmente, otimiza o trabalho das equipes multiprofissionais e direciona o olhar para a assistência de forma mais coordenada e cooperativa.

METODOLOGIA

As metodologias utilizadas para construção do projeto combinaram princípios do **LEAN six sigma (processos) e da metodologia ágil (gerenciamento do trabalho)**. Como roteiro geral das ações, utilizou-se a ferramenta **DMAIC (Definição, Medição, Análise, Implementação, Controle).**

DEFINIÇÃO

Foram avaliadas as rotinas do andar por meio de **GEMBA** e da aplicação do **Makigami**, para mapemaneto de fluxos e tempos.

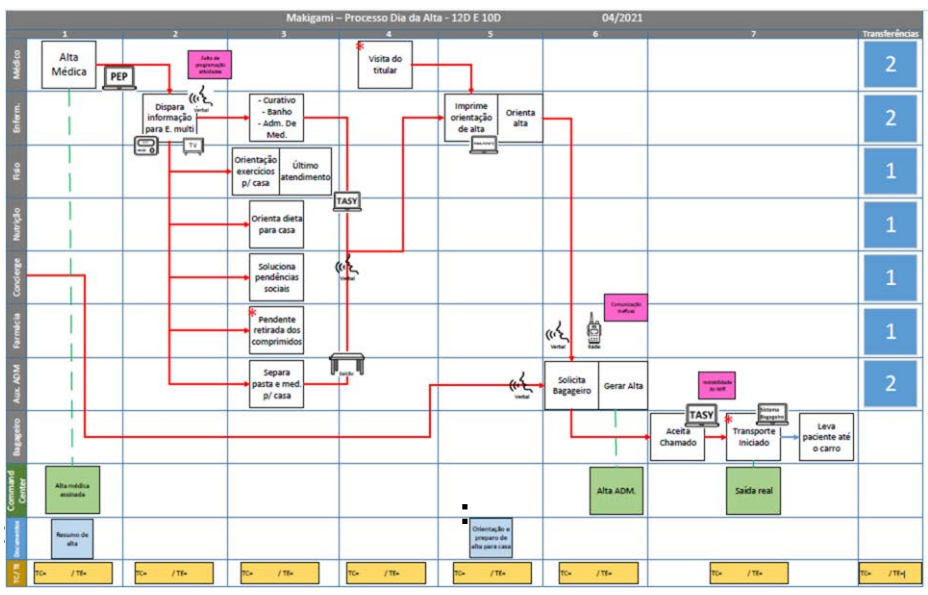


Figura 1. Makimami do processo de alta

MEDIÇÃO

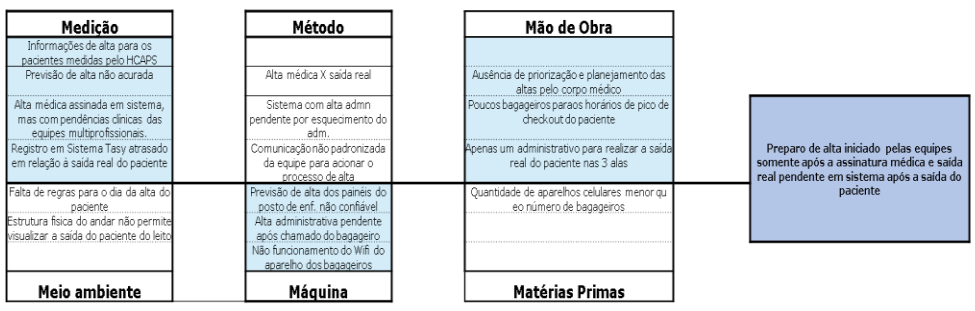
Na etapa de medição aplicamos a **matriz de esforço x impacto** e focamos os planos de ação nas causas de maior impacto.

Alto impacto e baixo esforço
Paciente aguardando o cuidador para ir embora
Saída real pendente em sistema
Equipe só inicia o preparo de alta após a assinatura do médico
Alta médica não é definitiva (múltiplas equipes)
Falta de regras no dia da alta
Alta em sistema, porém paciente liberado após procedimentos.

Tabela 1. Matriz de esforço X impacto.

ANÁLISE

Na etapa de análise aplicamos o **diagrama de Ishikawa** para chegar a causa raiz do problema.



IMPLEMENTAÇÃO

Ações voltadas para o paciente:

Folder do paciente: material com regras e dicas para uma alta segura e de qualidade.

Figura 2. QR code do folder do paciente

Figura 3. Anagrama - folder do paciente

Sala de alta: espaço destinado a pacientes com alta hospitalar.

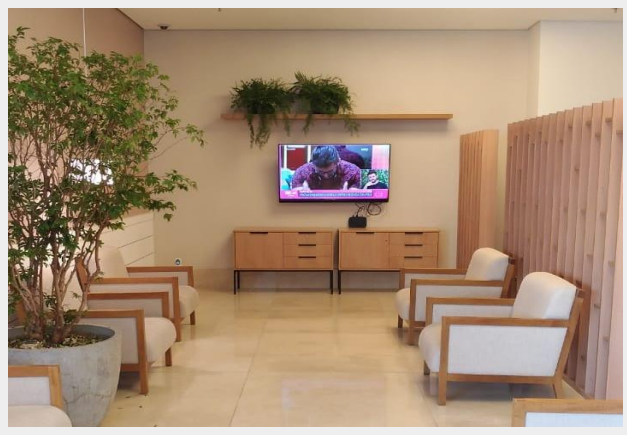


Figura 4. Sala de alta.

Ações voltadas para as equipes assistenciais:

Kamishibai: Quadro visual de gestão de altas atualizado durante às 24h por todas as equipes.

Figura 5. Painel de gestão de alta.

Pit de alta: Reunião diária com duração de 15min.

Figura 6. Pit de alta

Ações voltadas para o corpo clínico:

Marketing

Conteúdos de conscientização da importância da alta e conteúdos educacionais.

RESULTADOS

CONTROLE

Semanalmente os dados são compilados e compartilhados em reunião formal do time dedicado ao projeto. A partir dos dados e também das observações trazidas, são desenhados planos de ação para a melhoria continua do processo.

Para manter as práticas implementadas pelo projeto designaram-se **"Guardiões da alta"**. Os guardiões são um grupo formado por representantes de todas as áreas envolvidas no processo, para a disseminação e continuidade das melhores práticas relacionadas ao processo de alta.

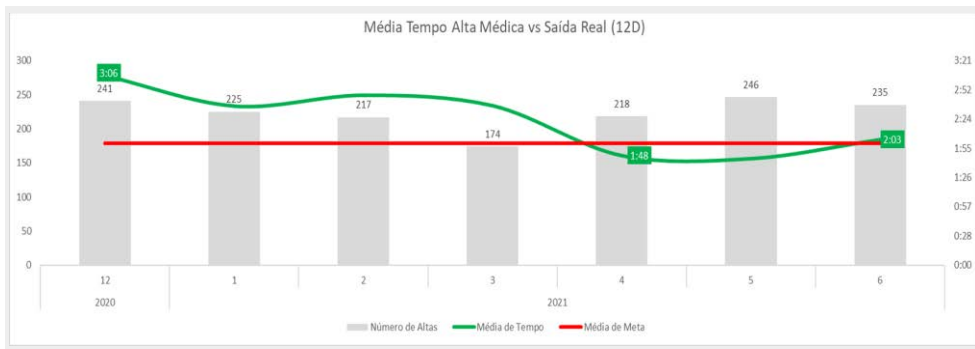


Gráfico 1. Média mensal de tempo entre a alta médica assinada e a saída real, indicador do 12 andar. Premissas: Excluídos da amostra Sem óbitos, altas médicas com horário automático da 00h, tempos superiores a 10h. Semana: Considerado de Domingo a sábado

CONCLUSÕES

O **Projeto Alta Sem Falta** proporcionou o alcance da meta estabelecida, reduzindo em mais de 1:30h a média de tempo mensal; e concomitantemente inferiu-se:

- Melhora da **interação entre as equipes** ao estabelecer-se um fluxo de comunicação em relação ao processo;
- **Coordenação e otimização do trabalho** para preparo de alta;
- Aumento da **assertividade das informações** referentes a alta administrativa e a saída real para a Gestão de leitos.
- **Paciente como protagonista do seu cuidado**, aumentando assim seu engajamento;
- **Disseminou-se** entre as equipes médicas a importância desse processo e o impacto no giro do leito;
- **Aumentou o giro de leito na unidade** em que foi implantado.

REFERÊNCIAS

1. Pesquisa sobre a transições de 2012 do clinical operations Board; entrevistas e análises do Advisory Board.
2. Advisory board, The Discharge Strategy Handbook . Disponível em: www.advisory.com/-/media/project/advisoryboard/advisory/topics/throughput-and-length-of-stay/toolkit/how-to-reduce-avoidable-inpatient-length-of stay/27911%20COB%20Discharge%20Strategy%20final%20for%20web%20and%20pdf.pdf. Acesso:janeiro 2021.
3. Chin-Jung Lin, Shih-Jung Cheng, Shou-Chuan Shih, Cheng-Hsin Chu, Jin-Jin Tjung. Discharge Planning, International Journal of Gerontology, Volume 6, Issue 4, Pages 237-240. 2012.

Projeto de criação da Saúde Corporativa da Rede Mater Dei de Saúde e integração de dados em saúde

Marcelo Sonneborn, Matheus Junqueira, Fernanda Cotta, Telma Santos

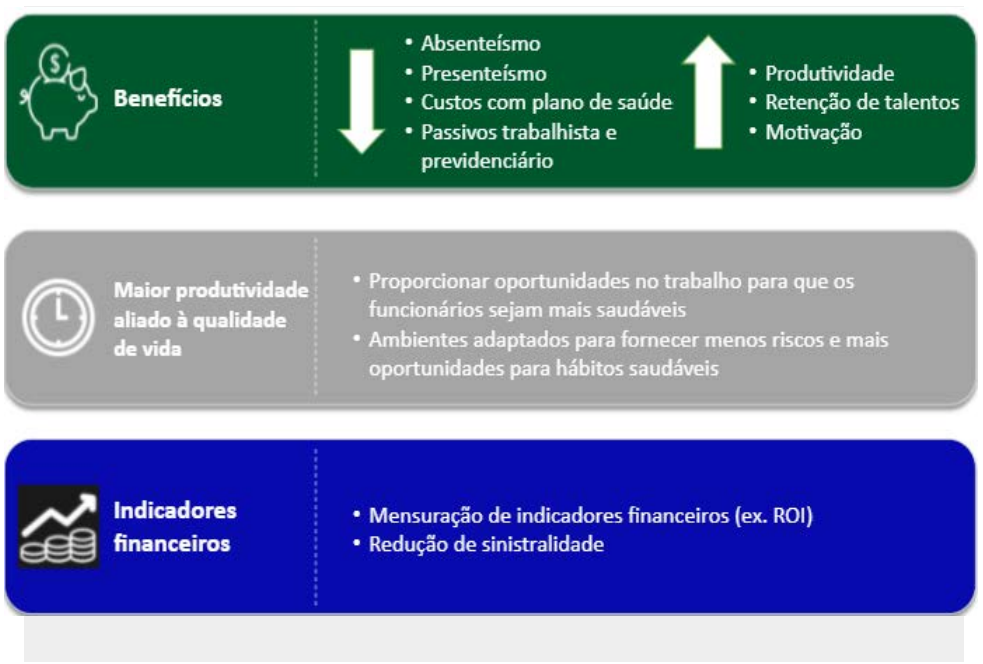
INTRODUÇÃO

Em consequência do aumento da variação do custo médico hospitalar (vcmh) ser historicamente **acima da inflação e o** plano de saúde ser o **segundo maior gasto** com pessoal das empresas a Rede Mater Dei estruturou um modelo de Saúde Corporativa para seus colaboradores.

METODOLOGIA

O projeto iniciou-se em fevereiro de 2019, com a construção de uma estrutura física dedicada, formada por duas equipes de atenção primária à saúde. Paralelamente iniciamos uma estruturação e integração de dados de absenteísmo, prontuário médico ocupacional/assistencial e dados de utilização da operadora. Em um segundo momento estruturamos linhas de cuidado de acordo com o perfil de saúde da população assistida.

Pilares da Atenção Primária à Saúde que abrange toda a jornada do colaborador



Integração de dados estruturados e não estruturados para tomada de decisão mais assertiva

RESULTADOS

A Saúde Corporativa da Rede Mater Dei, atingiu os seguintes resultados, desde sua implantação: equipe da atenção primária com 84% de resolutividade desde o início da operação; NPS com média de 88%; Captação da população de 97%; Redução do absenteísmo em 15% (segundo semestre de operação, frente ao primeiro semestre); realização de mais de 36 mil atendimentos médicos e de enfermagem.

Dados referentes Agosto 2021

Dados referente Agosto/2021

CONCLUSÕES

A implementação do modelo da saúde corporativa da Rede Mater Dei proporcionou resultados nas esferas assistenciais, financeiras, e de satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017
https://www.gov.br/ans/pt-br

PROJETO GESTÃO POR COMPETÊNCIA

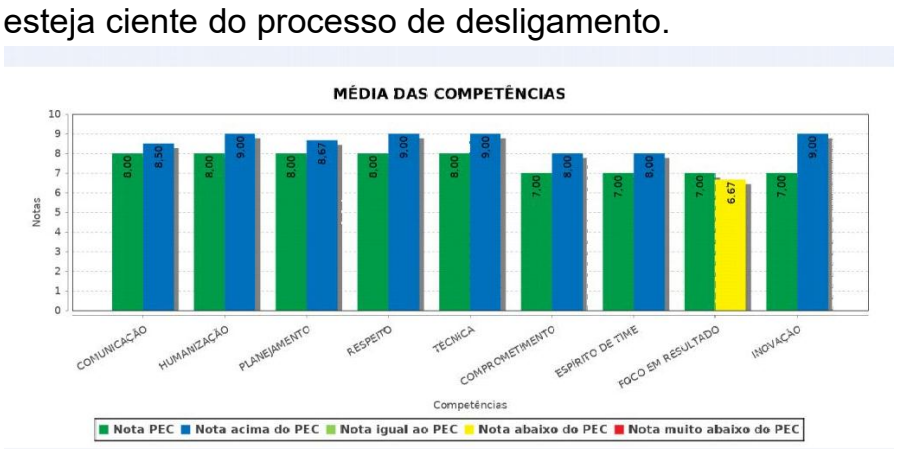
Thainã da Silva Teixeira, Ana Paula Maia Benjamin Miareli e Milena Mendes Gonçalez

INTRODUÇÃO

O modelo tradicional de RH focava nas ações burocráticas e operacionais, muitas vezes sem priorizar resultados e o alcance de metas. O RH estratégico está focado em captar e reter os talentos, estudando o perfil de cada trabalhador e direcionando suas atividades de acordo com suas habilidades soft e hard skills. Este modelo de gestão de Recursos Humanos em que os profissionais são parte estratégica da empresa, tem a missão de otimizar processos e decisões com o uso de tecnologia, dados e indicadores, auxiliando no crescimento e rentabilidade do negócio, desenvolvimento de pessoas e auxiliando nas tomadas de decisões.

METODOLOGIA

Em 2009 foi implantado na Santa Casa de Misericórdia de Passos/ MG o modelo de Gestão por Competência. O Hospital investiu em um software de gestão por competência denominado GCPEC, isto garantiu que as tomadas de decisões fossem embasadas em avaliações de desempenho e feedback. Um dos processos que tiveram impacto após a implantação foi do desligamento. Anteriormente, o gestor apenas comunicava o desligamento para o RH para que fosse realizado os trametes legais: pagamento, exame demissional entre outras burocracias. Após 2017 foi realizado a revisão da política de desligamento. Neste novo processo o RH se torna estratégico na tomada de decisão para validação ou não do desligamento do colaborador, inclusive no período de experiência. A principal mudança foi que todo desligamento deve ser acompanhado pelo setor Gestão de Pessoas, seja o desligamento por iniciativa do empregador ou empregado. É de suma importância o acompanhamento para que os reais motivos sejam esclarecidos e o colaborador esteja ciente do processo de desligamento. Este acompanhamento é embasado com registro do sistema de gestão por competência - GCPEC e é necessário ter evidências concretas para demissão do colaborador, tais como: feedbacks, avaliação de desempenho e advertências. Se houver feedbacks, avaliação de desempenho que compete o desenvolvimento do colaborador, o RH junto com gestor traça planos de ações na tentativa de retenção do colaborador e orienta o gestor em suas condutas. Se mesmo após a tentativa de reter o colaborador, este não apresentar nenhum tipo de desenvolvimento, o desligamento por parte do empregador poderá acontecer, mas somente após esgotadas todas as tentativas. É de suma importância o acompanhamento para que os reais motivos sejam esclarecidos e o colaborador esteja ciente do processo de desligamento.



PLANOS DE AÇÃO - SINTÉTICO
Ano Referência: 2019/07

Competência: FOCO EM RESULTADO			
Indicador	PEC	Consenso	Status
Gerencia os custos e as metas orçamentárias do seu setor de acordo com o planejado.	8	7	Realizado
O que?	Como?		
Rever a metodologia de análise de custos nos setores e elaborar pelo menos duas ações de melhoria no período.			

Data de inclusão	Tipos de feedback	Fato Ocorrido	Compromisso Assumido	Competência vinculada
01/05/2021	Elogio	Colaboradora muito atuante em sua área de responsabilidade, participou da recertificacao selo Diamante da Hemodinamica, demonstrando envolvimento e segurança nos processos. Parabéns.	-	FOCO EM RESULTADO
01/05/2021	Elogio	Colaboradora engajada nos processos que envolvem os projetos do Lean, promovendo melhorias na organização e andamento dos processos nos setores. Parabéns	-	
02/05/2021	Elogio	Registro em feedback a ouvidoria interna de "Quero registrar um elogio à enfermeira tayne da hemodinamica pelo excelente desempenho durante a recertificação. Com muito domínio e segurança deu show. Parabéns!"	-	

Figura 1 – Modelo de acompanhamento do colaborador: avaliação e feedback

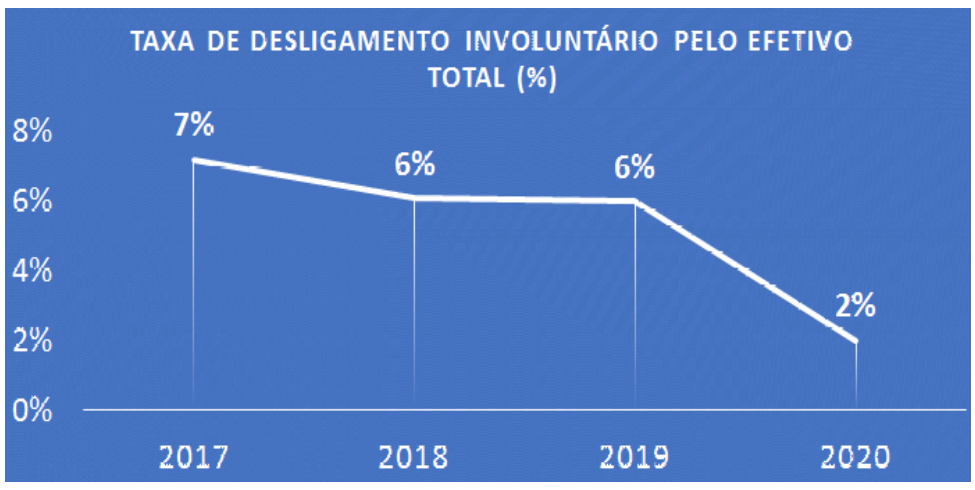


Figura 2 – Taxa de desligamento involuntário

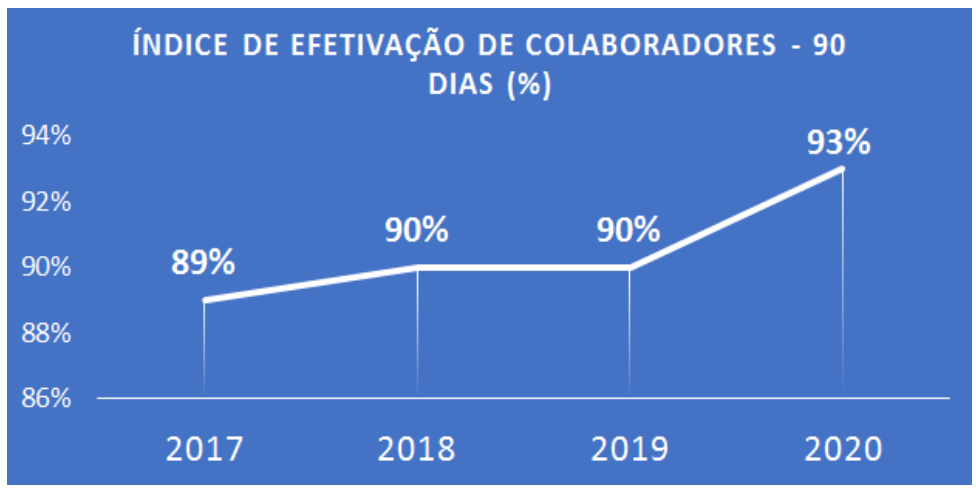


Figura 3 – Taxa de efetivação do período de experiência – 90 dias

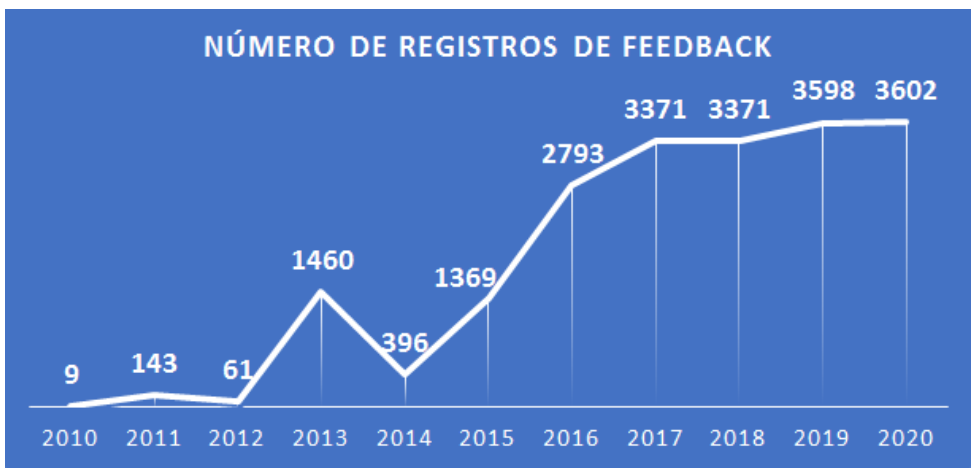


Figura 4 – Registros de feedback

RESULTADOS

Nestes 12 anos, o hospital aumentou seu quadro de pessoal em 43%, sendo que mesmo com este aumento houve redução no número de desligamentos por parte do empregador em 51% após implantação da gestão por competência. Outro destaque é a redução dos desligamentos no período de experiência, antes da revisão do processo a taxa de efetivação dos 90 dias era de 89% e em 2020 foi de 93%. Um dos fatores que sempre foi de importância para Instituição é a transparência no processo de desenvolvimento do colaborador através dos registros de feedback, ao longo dos anos houve um aumento significativo que dão base para as tomadas de decisões compartilhadas entre o gestor e o RH.

CONCLUSÕES

O RH hoje tem uma atuação muito mais ligada à gestão de pessoas. É essencial que o RH assuma a responsabilidade consultiva na empresa, a fim de contribuir para seu crescimento. O RH consultivo guia os líderes para fazerem essa gestão de talentos em parceria. Dentro desse papel, o profissional atua como consultor nas empresas, diagnosticando os problemas na administração de talentos, propondo soluções e implementando ações, que podem melhorar o aproveitamento do capital humano dentro da organização. Isso significa que cuidar das pessoas se tornou um olhar compartilhado entre liderança e Recursos Humanos.

REFERÊNCIAS

1. ROSSO, Fabrício. Liderança em 5 atos: Ferramenta em instituições de saúde. Ed. Loyola. 2020.

2. ROSSO, Fabrício. Gestão ou indigestão de pessoas – Manual de sobrevivência para RH na área da saúde. Ed. Loyola. 2003.

Projeto Sinapse: a busca pela melhoria contínua

Marcos Vinicio Sacramento Rocha, Leonardo Monteiro Santos, Edenir de Oliveira Fernandes e Cassio Santos Araújo Rocha

INTRODUÇÃO

A Gestão da Qualidade tem, dentre outras, a premissa de fomentar a melhoria continua. Diante disto, poder criar estratégias que auxiliem as áreas na resolução dos problemas que por muitas vezes são incorporados à rotina, mesmo afetando a operação, é um passo importante para impulsionar mudança de mentalidade, para busca da solução em definitivo. A partir desta percepção o setor de qualidade lança o Projeto Sinapse, em uma instituição particular em Aracaju.

METODOLOGIA

Os projetos foram divididos por diretoria: administrativa, Comercial/Apoio e Técnica. As áreas deveriam enviar para o setor da qualidade três sugestões de projetos de melhoria; que em conjunto com a respectiva diretoria, definia a ordem de execução baseado em critérios:

1. Impacto dos resultados para a instituição;
2. Necessidade de recurso da área de tecnologia da informação
3. Tempo de execução.

Cada execução era denominada de “onda”, podendo cada área passar por no mínimo três ondas, não passando de 20 dias corridos o tempo de execução de cada projeto. O setor da qualidade forneceu conhecimento sobre a metodologia Lean, para o planejamento e execução das ações, além da mentoria e incentivo, duas vezes por semana; ficando a cargo do setor a execução e do setor de tecnologia da Informação a priorização da demanda. Ao final, os resultados dos projetos de maior impacto eram apresentados a respectiva diretoria, posteriormente na reunião de Avaliação Gerencial Mensal para todas as lideranças, além de ter divulgação garantida no boletim interno.

RESULTADOS

Foram apresentados 57 projetos, sendo 30 da Diretoria Comercial/Apoio, 11 da Diretoria Técnica Assistencial e 16 da Administrativa. Destes foi possível finalizar 38. (Figura 1)

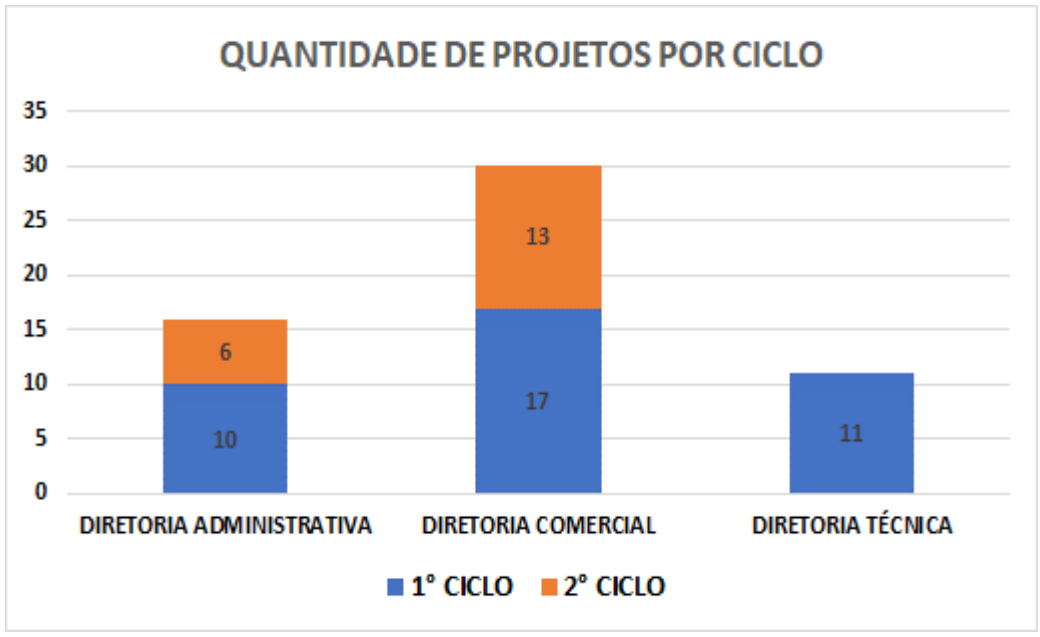


Figura 1: Quantitativo de projetos enviados por diretoria

A figura 2 representa os projetos que se destacaram.

Setor	Situação-Problema	Proposta de Melhoria	Resultado
Diagnose Campos	Ausência de fluxo sistematizado para atender solicitação de 2ª via de exames.	* Sistematizar a solicitação de 2ª via de exames – Tasy; * Definir e atualizar tabela de preços para cada tipo de 2ª via de exames; * Agilizar o atendimento do cliente; * Monitorar através de indicadores esse tipo de solicitação.	No primeiro mês rendeu R$ 3.810,00
Internamento	Baixa adesão ao Procotolo Sepse.	* Modificação no critério de abertura; * Informatização do Protocolo; * Prescrição de exames descriminando que se trata de um Protocolo; * Implantação do Score Q Sofa no Tasy para critério/evidência da necessidade de transferência do paciente para unidade de tratamento intensivo.	De 6 para 26 protocolos abertos. 400% de aumento.
Faturamento	Cadastros incorretos e incompletos da matrícula dos pacientes (número da carteira do convênio).	Implantação do digito verificador para as matriculas dos pacientes, com crítica em caso de falha no preenchimento. Operadoras com entrada pela emergência: Geap, Unimed, Petrobras, Cassi e Bradesco.	De 60% para 0%.
Financeiro	Baixa de cartão de crédito manual.	Importação diária de arquivos das operadoras de cartão (TKS,BANESE CARD, STONE).	De 4h/dia para 1h/dia.
Adm. Pessoal	Inconsistência no processo de Estrutura Salarial.	Realizar cadastro e manutenção da Estrutura Salarial, atualizar tabelas de cargos e realizar manutenção nos postos de trabalho.	De 3 dias de verificação para 1 dia.

Figura 2: Projetos em destaque

Figura 3: Imagem utilizada na divulgação no Boletim Interno.

CONCLUSÕES

Através de uma metodologia simples embasada em conhecimento sobre ferramentas da qualidade e metodologia Lean, foi possível criar um ciclo de melhoria organizacional.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, Renan Maia; REIS, Augusto da Cunha; SENNA, Pedro. Utilização Da Metodologia Dmaic Em Um Hospital Da Rede Pública Federal Com Foco Em Melhoria Da Previsão De Demanda Por Consultas. Revista Brasileira de Gestão e Inovação, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.60-83, jul. 2017.

PROPOSTA LEAN HEALTHCARE PARA DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Aline Oliveira Russi Pereira, Ana Paula Maia Benjamin Miareli, Marcelo de Oliveira Soares, Milena Mendes Gonçalez e Neymar Alessandro Toledo

INTRODUÇÃO

A complexidade das Instituições de saúde tem mobilizado à busca de uma metodologia inovadora e eficaz que atenda a diversidade dos profissionais, clientes e processos de trabalhos como forma de garantir o cuidado centrado no paciente e a humanização com os colaboradores[1]. Dentre as Instituições organizacionais, o hospital é considerado um dos mais complexos devido à diversidade de profissionais, usuários, tecnologia, relações interpessoais, processo de trabalho e suas formas de organização[2]. O dimensionamento de pessoal é a etapa inicial do processo de provimento de headcount, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionário por categoria, requerida para suprir as necessidades do hospital de forma direta ou indiretamente na prestação do cuidado ao paciente. A nossa proposta foi uma revisão a partir do planejamento de headcount baseado no Lean Healthcare.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Passos/ MG entre os anos de 2017 a 2019, tendo como objetivo criar uma metodologia para planejamento de headcount baseado no Lean Healthcare para todas as áreas do Hospital, alinhando a capacidade produtiva com a demanda de cuidados. Primeiramente realizou-se um levantamento bibliográfico relacionado aos dados e informações dos hospitais, das variáveis condicionantes dos quantitativos de profissionais, e das leis, decretos e resoluções. Foram coletados os dados de número de leitos e/ou produção obtida, nos últimos 12 meses para minimizar a sazonalidade. Após a coleta de dados foram desenvolvidas duas ferramentas para o planejamento de pessoal: uma com foco na área de internação e a outra para as demais áreas do Hospital. Foi realizado também a revisão do fluxo do processo de requisição de novas vagas, eliminando a subjetividade da solicitação que em muitos casos o gestor utilizava sua percepção para avaliar uma possibilidade de aumento de quadro. Para os setores assistências levou-se em consideração o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP); Taxa de ocupação; Taxa de Absenteísmo; Taxa de Turnover; Número de leitos; Turno de trabalho; Número atual de enfermeiros e técnicos.

Figura 1 - Painel resumo do dimensionamento do quadro de colaboradores dos profissionais assistenciais

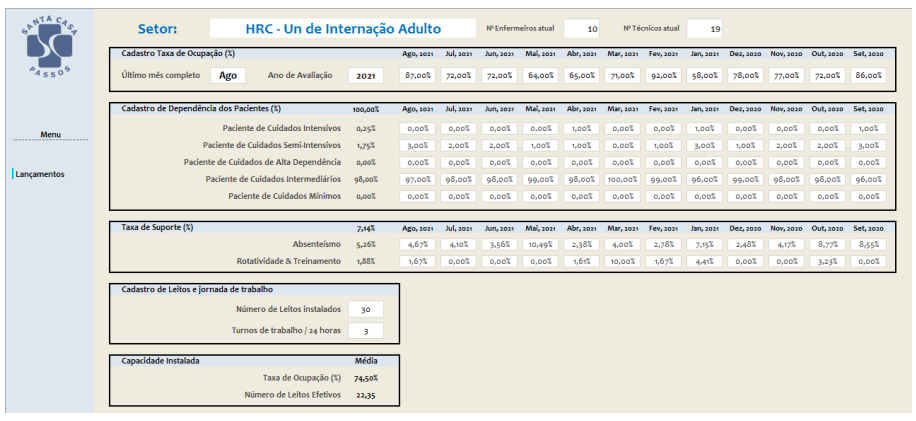


Figura 2 - Tabela de alimentação com os dados de produção: Taxa de ocupação, Cadastro e dependências dos pacientes, taxa de absenteísmo, rotatividade, cadastro de leitos e jornada de trabalho.

Já para os setores assistências considerou-se o Regime de revezamento – Carga horária semanal; Pausa para treinamento Número de funcionários; Faltas e atestados; Processo; Tempo; Demanda.

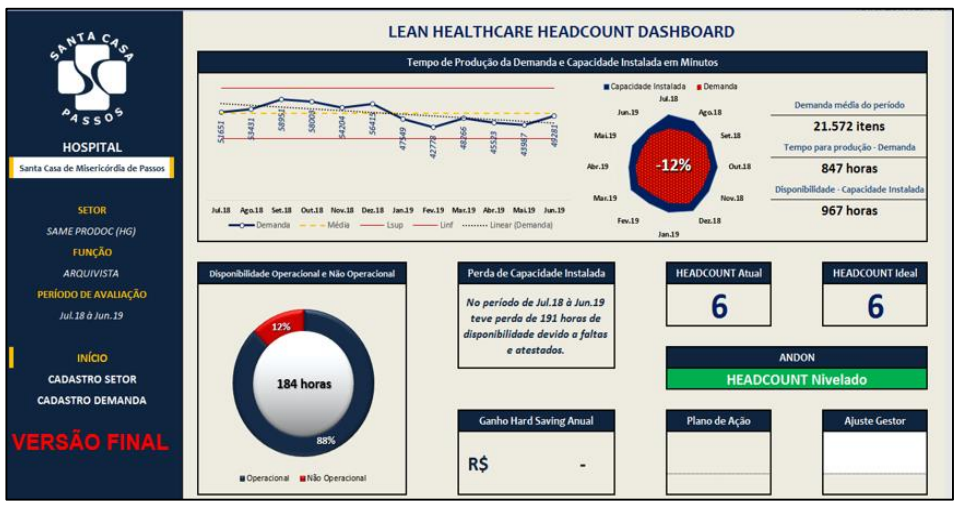


Figura 3 - Painel resumo do dimensionamento do quadro de colaboradores dos profissionais administrativos

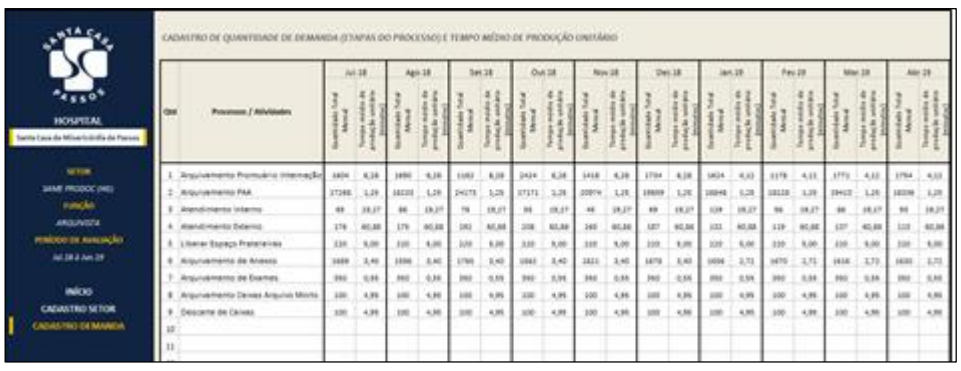


Figura 4 - Tabela de alimentação com os dados de produção: descrição das atividades desenvolvidas, quantidade de demanda mensal e tempo médio para desenvolvimento da demanda unitária.

Finalizando as ferramentas, houve a necessidade de incluir também a ferramenta A3, para que o solicitante da vaga possa estruturar seu planejamento, acompanhamento e comunicar as melhorias.

RESULTADOS

Observou-se na literatura a existência de um grande número de modelos, métodos de cálculo e de variáveis para descrever o dimensionamento de pessoal na assistência à saúde. Podemos verificar que os problemas de dimensionamento ocorrem: quando desconsideram a complexidade e especificidade do serviço ou área dimensionada; quando inexiste a contextualização com as variáveis; quando não há envolvimento e parceria do gestor de área com o setor de Gestão de Pessoas. Com a implantação desta metodologia, tivemos a redução do lead time de autorização de vaga de 14 dias para 7 dias; identificação de oportunidades de melhorias nos processos setoriais, não sendo necessário a contratação de novos profissionais, como foi possível verificar no serviço de nutrição, psicologia e almoxarifado.

CONCLUSÕES

A metodologia Lean Healthcare aplicada ao planejamento de headcount demonstra viabilidade na agilização de tomada de decisão com relação à quantificação de profissionais, como também identifica possíveis melhorias nos processos setoriais. É possível também eliminar à subjetividade nas solicitações de aumento de quadro, possibilitando uma análise detalhada dos processos de trabalho aos gestores hospitalares e da área de Gestão de Pessoas. Acreditamos que a aplicação da metodologia pode impactar ganhos indiretos como: melhoria da qualidade da assistência hospitalar; diminuição do tempo ocioso dos profissionais; otimização da produção; planejamento de pessoal alinhada à capacidade x demanda; melhoria de padronização dos processos.

REFERÊNCIAS

1. FEUERWERKER, L.; LLANOS C., M. (Org.). A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança, 1. Ed., São Paulo: HUCITEC, 1999.

2. ALMEIDA, Adriano M. As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(3):252-257. 2011.

Protocolo de gerenciamento de Tocilizumabe em virtude da escassez em período de pandemia

MASCARENHAS, Lícia Costa, BORTOLUZZI, Aline Frosard Ribeiro, KOYAMA, Bruno, SILVA, Flávia Jaqueline Santos da

Introdução

Em meio à pior crise de saúde pública do século causada pelo avanço da pandemia de Covid-19 no Brasil e no mundo, tem-se observado um aumento significativo do uso do medicamento Actemra® Tocilizumabe, agente bloqueador do receptor de IL-6 que é proposto para o tratamento da artrite reumatoide e vem sendo utilizado como um recurso terapêutico para o tratamento de pacientes acometidos por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave). Devido esta indicação não está descrita em bula o uso do medicamento é classificado como “off label”. Estudos desenvolvidos pela comunidade científica brasileira e internacional tem avaliado o uso do medicamento para alguns casos específicos de Covid-19 e observou-se que o mesmo apresentou resultados significativos, porém ainda não há dados conclusivos para estabelecer a eficácia e segurança ao uso[1].

Devido o aumento de demanda em relação ao uso do medicamento, em face da grande procura e consequente baixa disponibilidade do medicamento no mercado, houve a necessidade de implementar critérios para a utilização do fármaco no Hospital do Coração(Hcor), visando reduzir o uso indiscriminado e focando em pacientes com quadro clínico que poderiam ser beneficiados com o tratamento[2].

Objetivo

Estabelecer critérios para prescrição de Tocilizumabe no manejo de pacientes com Covid-19 no período de pandemia.

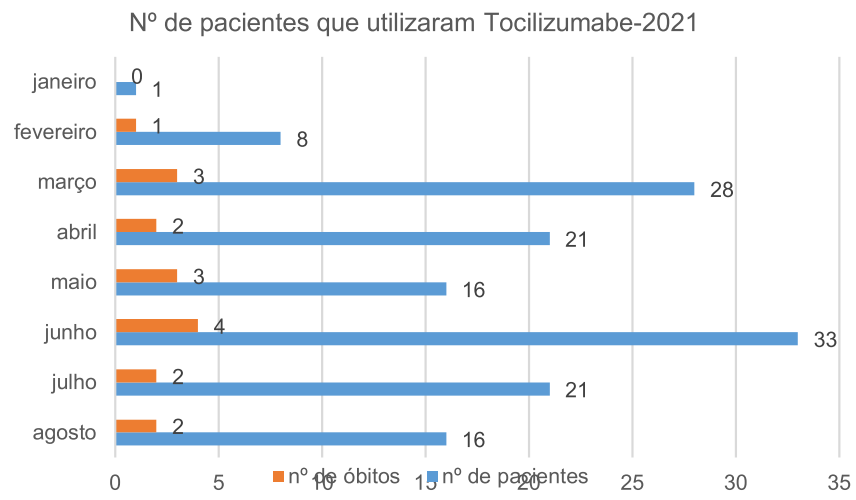
Metodologia

O método utilizado foi através de estudo quantitativo sendo avaliados os casos em um hospital particular de grande porte. Foram estabelecidos os parâmetros para utilização do medicamento como: peso, idade, saturação de oxigênio, exames laboratoriais de PCR (Proteína C-reativa), Dímero-D, Função renal (Ureia e Creatinina), Função hepática (TGO e TGP) PA, FC, uso de corticoide e dependência de CAF (Cânula nasal de Alto Fluxo) assim como o inicio do aparecimento dos sintomas para avaliação e aprovação do uso pela gerência médica.

A escolha dos critérios foi decisiva para diferenciar o paciente com maior potencial de agravamento do quadro clínico e foi submetida pela avaliação médica

Resultados

Os parâmetros foram coletados pela equipe de Farmácia Clínica e enviados para avaliação de uma comissão composta pela Gerência de Clínica Médica e Gerência Farmacêutica. Baseando-se nos parâmetros coletados foram identificados e avaliados 144 pacientes eletivos ao uso de Tocilizumabe, desse total os resultados obtidos foram: 127 pacientes (88,2%) obtiveram sucesso no tratamento e recuperados receberam alta hospitalar, os demais 17 pacientes (11,8%), apesar de terem recebido o medicamento, tiveram regressão do quadro clínico e evoluíram à óbito por complicações da doença.



Conclusão

A implementação de um protocolo intra-hospitalar para gerenciar o uso de um fármaco inovador para o tratamento de Covid-19 se mostrou relevante devido a escassez do medicamento no mercado. Avaliar a vantagem da sua aplicabilidade no plano terapêutico de cada paciente garantiu que os pacientes que apresentaram parâmetros tendendo ao declínio, tivessem a possibilidade de obter o mais promissor tratamento farmacológico disponível no mercado no momento. Sua utilização precede o gerenciamento adequado dos medicamentos em situação de falta semelhante.

Referências Bibliográficas

1. Rationale and evidence on the use of tocilizumab in COVID-19: a systematic review. A Cortegiani 1, M Ippolito 2, M Greco 3, V Granone 4, A Protti 5, C Gregoretti 6, A Giarratano 7, S Einav 8, M Cecconi 9. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2020.07.003.
2. RECOVERY Collaborative Group. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): preliminary results of a randomised, controlled, open-label, platform trial. medRxiv: (2021). doi: https://doi.org/10.1101/2021.02.11.21249258.

Protocolo de jejum: desafios e estratégias para alcance de resultados

SILVA, T.G.B; OLIVEIRA, R.S

INTRODUÇÃO

O jejum prologado no pré-operatório é uma prática culturalmente disseminada, e mostra-se obsoleta à luz dos novos achados científicos. A medicina baseada em evidências tem demonstrado a importância do jejum pré-operatório no tempo adequado, conforme as novas diretrizes. O cumprimento assertivo do jejum promove a redução da sensação de fome e sede, desidratação, perda da massa muscular, náuseas e vômitos no pós-operatório. Em contrapartida, o jejum prolongado aumenta o estresse metabólico e risco de infecção hospitalar[1].

O objetivo deste estudo é avaliar a consulta de nutrição no pré-internamento como uma das estratégias adotadas para maior adesão dos pacientes no cumprimento do tempo de jejum.

METODOLOGIA

- Tipo de estudo: quantitativo e descritivo
- Local: Hospital particular de Salvador-BA
- Período: junho a agosto de 2021.
- Coleta de dados: foram coletados dados de pacientes submetidos às cirurgias de pequeno à médio porte, que foram atendidos ou não pela Nutricionista antes do internamento.
- Utilizou-se dados de documentos de prontuário: Ficha de Admissão Nutricional no internamento e consulta pré-anestésica.
- A consulta de nutrição foi iniciada em julho de 2021, ocorrendo no mesmo dia do atendimento do Anestesista.
- Foram realizadas orientações do tempo de jejum pré-operatório em acordo ao protocolo institucional (sólidos 08 horas e líquidos restritos 02 horas).
- Para análise dos resultados, utilizou-se os indicadores em percentuais (%):
- Pacientes que seguiram as orientações de jejum pelo anestesista antes da implantação da consulta pré-operatória com a nutricionista; Pacientes atendidos na consulta pré-operatória de nutrição que seguiram a orientação de jejum.

RESULTADOS

- Observou-se que no mês de junho apenas 33% dos pacientes seguiram as orientações do anestesista quanto ao jejum (Gráfico 1).
- No mês de julho, observa-se a efetividade da consulta de nutrição, onde 63% dos pacientes atendidos pela nutricionista cumpriram o tempo de jejum adequado (Gráfico 2).
- Em paralelo, apenas 31% dos pacientes atendidos somente pelo anestesista seguiram o jejum corretamente (Gráfico 2).

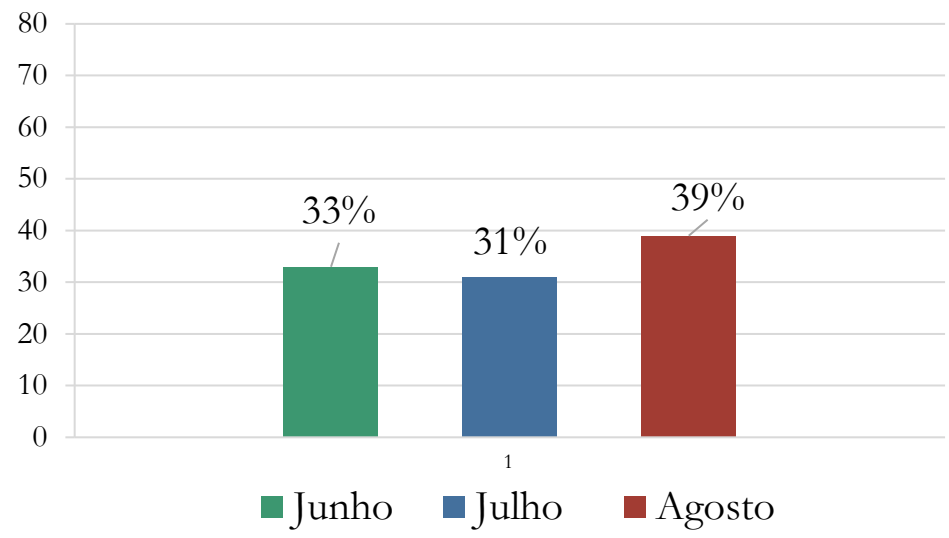


Gráfico 1. Percentual (%) de pacientes que seguiram as orientações de jejum pré-operatória realizadas pelo Anestesista de junho a agosto de 2021.

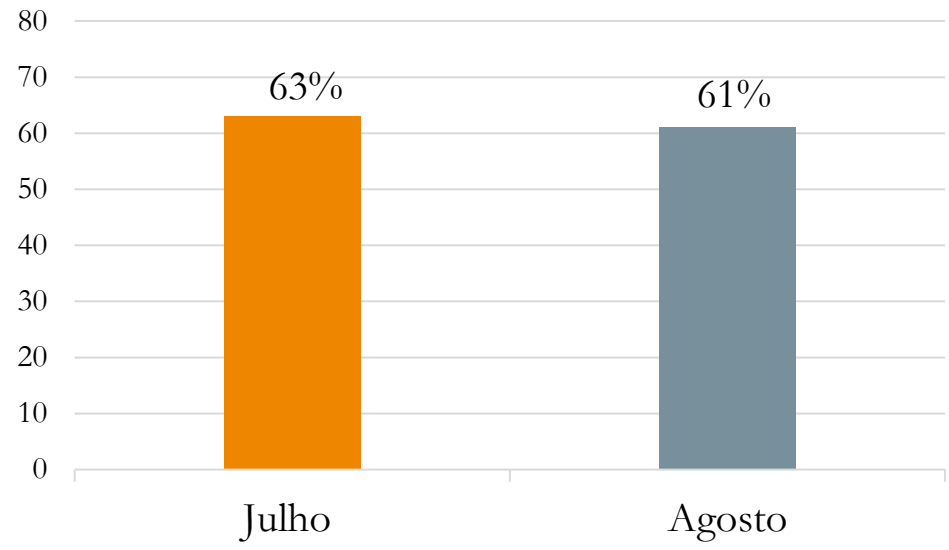


Gráfico 2. Percentual (%) de pacientes que seguiram as orientações de jejum pré-operatória realizadas pela Nutricionista de julho a agosto de 2021.

CONCLUSÕES

Conclui-se que orientações bem fundamentadas quanto ao tempo de jejum adequado e seus benefícios são necessários para maior adesão dos pacientes ao tempo de jejum adequado, e a inserção do Nutricionista neste processo é de suma importância para agregar o olhar individualizado, considerando os aspectos socioculturais e alimentares do paciente.

REFERÊNCIAS

1. DE-AGUILAR-NASCIMENTO, J. E et al. Projeto ACERTO-15 anos modificando cuidados perioperatórios no Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 48, 2021.

REALIDADE VIRTUAL IMERSIVA COMO INOVAÇÃO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

Mariana Scorsatto Boeira, Paulo Ricardo Marques Filho, Cristiano Rodrigues, Thiago Fontoura.

INTRODUÇÃO

Já são conhecidos os efeitos deletérios da imobilidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e suas consequências (1). O uso da realidade virtual (RV) imersiva em UTI tem sido estudado como uma ferramenta para a redução da prevalência de delirium (2), diminuição da percepção da dor (3), principalmente durante o tratamento de pacientes queimados (4), melhora da qualidade do sono (5), entre outros.

Embora existam trabalhos demonstrando o uso da RV no exercício, poucos estudam os efeitos do uso da realidade virtual imersiva durante a sessão de fisioterapia no doente crítico.

Paciente utilizando óculos de realidade virtual imersiva durante a sessão de fisioterapia, utilizando o cicloergômetro no leito.

OBJETIVO

Avaliar o efeito da RV imersiva no tempo de exercício físico em pacientes críticos.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo. Os dados foram coletados no período de abril de 2019 a fevereiro de 2020 de prontuário eletrônico. Foram avaliados o tempo de exercício físico durante a sessão de fisioterapia sem RV (SRV) e com a utilização da RV (CRV). A análise estatística foi realizada pelo teste Mann-Whitney e foi considerado diferença estatística p< 0,05.

Paciente utilizando óculos de realidade virtual imersiva durante a sessão de fisioterapia na maca ortostática.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 13 participantes com idade média de 72±12.4 anos de ambos os sexos. Foi observado que a RV proporcionou um aumento no tempo de execução do exercício físico (CRV vs. SRV; U= 26,0; p<0,000), como demonstrado no gráfico a seguir:

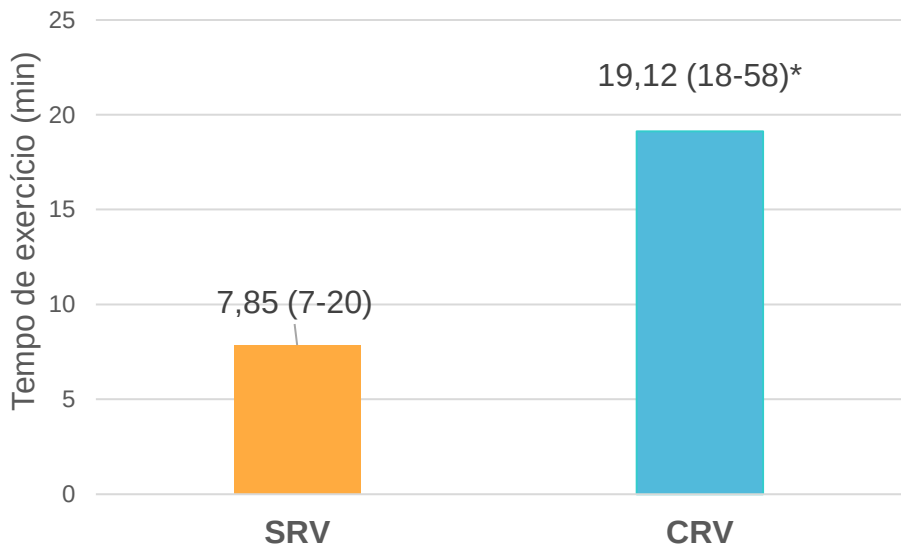


Gráfico do tempo de exercício nos grupos Sem Realidade Virtual (SRV) e Com Realidade Virtual (CRV). * = p<0,05.

CONCLUSÕES

Em nosso estudo, a RV imersiva durante o exercício físico no paciente crítico provocou um aumento no tempo de execução da sessão de fisioterapia, sendo uma importante ferramenta adicional para futuros benefícios da funcionalidade. Esses efeitos podem ser em decorrência da RV imersiva aumentar a tolerância da atividade física. Sendo necessários mais estudos sobre o uso dessa tecnologia durante o exercício em pacientes críticos.

REFERÊNCIAS

1- Denehy L, Lanphere J, Needham DM. Ten reasons why ICU patients should be mobilized early. Intensive Care Med. 2017 Jan;43(1):86-90. doi: 10.1007/s00134-016-4513-2. Epub 2016 Aug 25. PMID: 27562244.

2 - Naef AC, Jeitziner MM, Gerber SM, et al. Virtual reality stimulation to reduce the incidence of delirium in critically ill patients: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2021;22(1):174. Published 2021 Mar 1. doi:10.1186/s13063-021-05090-2

3 - Mosso-Vázquez JL, Gao K, Wiederhold BK, Wiederhold MD. Virtual reality for pain management in cardiac surgery. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014;17(6):371-378. doi:10.1089/cyber.2014.0198

4 - Scapin SQ, Echevarría-Guanilo ME, Fuculo PRB Junior, Martins JC, Barbosa MDV, Pereima MJL. Use of virtual reality for treating burned children: case reports. Rev Bras Enferm. 2017 Nov-Dec;70(6):1291-1295. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0575. PMID: 29160492.

5 - Lee SY, Kang J. Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial. Intensive Crit Care Nurs. 2020 Aug;59:102849. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102849. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32241625.

REDUÇÃO DE ATRASO DE CONSULTAS MÉDICAS POR MEIO DA VISIBILIDADE DE INDICADORES AUTOMATIZADOS

Marcius Conceição Prestes; Carmela Nicolini; Priscila Zanetti

INTRODUÇÃO

Clifford Bleustein comenta em seu artigo de 2014 sobre o novo paradigma das soluções de saúde, cada vez mais voltado para o consumidor, com tratamentos personalizados. Um dos seis princípios do Institute of Medicine é a garantir atendimento oportuno com redução de atrasos prejudiciais. De acordo com o estudo Vitals de 2018, há uma forte correlação entre quanto tempo um paciente teve de esperar e a classificação por estrelas da unidade de saúde. Médicos com as classificações mais altas tiveram uma espera média de pouco mais de 13 minutos, enquanto aqueles com as classificações mais baixas tiveram tempos de espera médios de mais de 34 minutos. Anil Pandit comenta em seu estudo de 2016 que que a impressão de serviços ambulatoriais muitas vezes influencia a sensibilidade dos pacientes em relação ao hospital. Reduzir o tempo de espera e garantir que os pacientes recebam os cuidados certos no momento certo terá um efeito benéfico significativo na qualidade dos cuidados que os pacientes recebem. Um estudo no Hospital de Atenção Terciária em Pune para determinar o tempo médio despendido pelo paciente nos serviços ambulatoriais, identificou associação entre tempos de espera, experiência do paciente em relação ao atendimento prestado e número de atendimentos prestados.

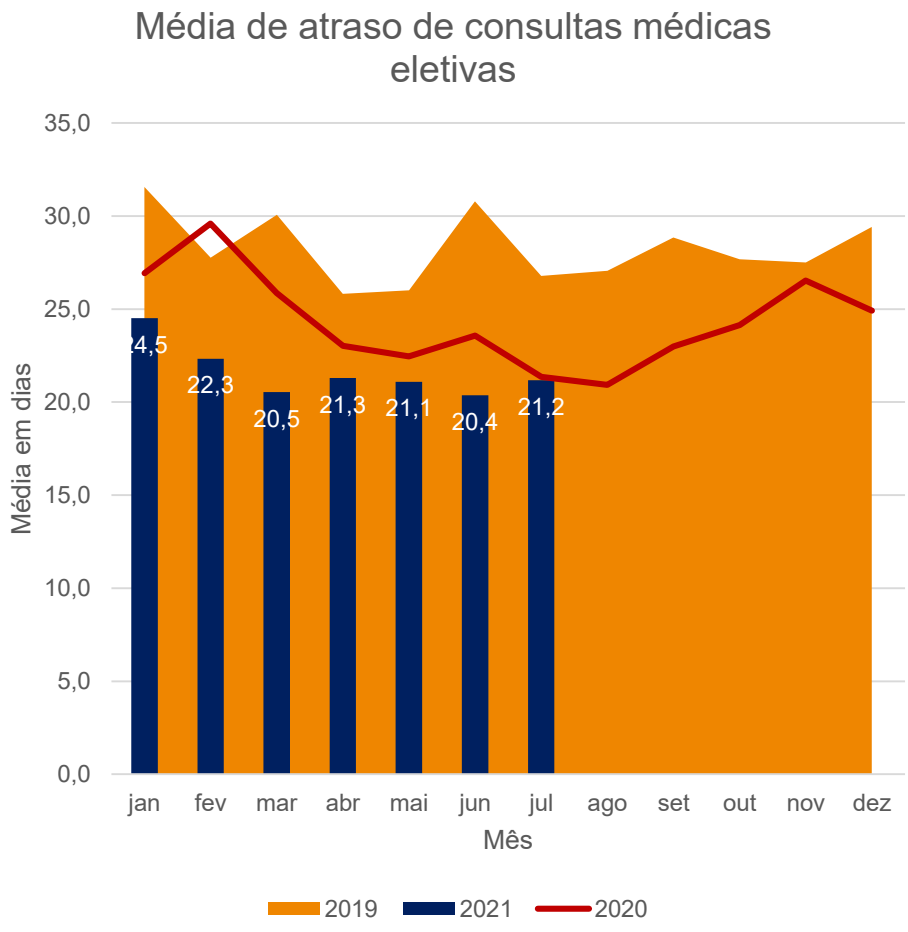
METODOLOGIA

Avaliar o impacto das ações de melhoria contínua na redução atrasos para consultas médicas ambulatoriais eletivas.
Criamos um indicador automatizado de paciente ingressados com tolerância até 15 minutos do horário agendado. Trabalhamos com a equipe de recepção e os gestores médicos das especialidades em reuniões do serviço para reduzimos os atrasos. Analisamos 53434 atendimentos do dia 01/01/2019 à 31/07/2021, comparando as medianas de atraso pelo teste de Mann-Whitney por se tratar de amostras não normais, considerando significativo um $p<0,05$.

Setor de atendimento de consultas eletivas

RESULTADOS

Houve diferença estatística significante entre as medianas de atraso das consultas médicas eletivas: 15 minutos, 17 minutos e 19 minutos, respectivamente dos anos 2021, 2020 e 2019.



Fachada do hospital

CONCLUSÕES

Trazer visibilidade para as equipes com indicadores eletrônicos em reuniões de serviço para rodarmos ciclos de melhoria, reduz a mediana de atrasos de consultas ambulatoriais eletivas.

REFERÊNCIAS

1. Clifford Bleustein; David B. Rothschild; Andrew Valen; Eduardas Valaitis; Laura Schweitzer e Raleigh Jones. Wait Times, Patient Satisfaction Scores, and the Perception of Care. Am J Manag Care. 2014;20(5):393-400.
2. Holly Chu; Robert A Westbrook; Sarah Njue-Marendes; Thomas P Giordano e Bich N Dang. The psychology of the wait time experience – what clinics can do to manage the waiting experience for patients: a longitudinal, qualitative study. BMC Health Services Research. 2019;19:459
3. Anil Pandit; Lalit Varma e Amruta P. Impact of opd waiting time on patient satisfation. International Education & Research Journal. 2016; 2(8):86-90.

Redução de No-Show em Pacientes de Alto Risco para Absenteísmo Classificados por Inteligência Artificial

Antonildes N Assuncao-Jr; Felipe Veiga Rodrigues; César Higa Nomura; Giovanni Guido Cerri

INTRODUÇÃO

O absenteísmo ou no-show em exames agendados é comum, com perdas de receitas de até 20%. Na radiologia, sobretudo na ressonância magnética (RM), o absenteísmo é especialmente problemático devido aos custos fixos elevados. Algoritmos de aprendizado de máquina (ML) podem, de forma acurada, identificar pacientes com maior risco para no-show, sendo possível realizar um engajamento adicional ou preencher esses espaços com pacientes internados [1-3].

Objetivos: 1) Investigar o impacto na redução de no-show de ligações telefônicas para agendamentos na RM classificados como alto risco por um algoritmo de ML; 2) Verificar a viabilidade e aceitabilidade operacional de um protocolo de engajamento.

METODOLOGIA

Estudo prospectivo, randomizado, com alocação 2:1, realizado entre agosto – outubro/2018, no Hospital Sírio-Libanês, setor de RM. O grupo intervenção (n = 648) recebeu ligação telefônica adicional, 1 dia antes da mensagem automatizada, com um roteiro de engajamento para evitar falta. O grupo controle (n =389) seguiu apenas o protocolo institucional com mensagens automáticas 3 dias antes do exame. 3456 pacientes foram classificados como baixo risco (Figura 1).

O algoritmo de ML usado foi desenvolvido com dados retrospectivos da nossa instituição: covariáveis (demográficas, georreferencias, relacionadas ao calendário – por exemplo, tempo de espera e dia da semana, relacionadas ao exame – por exemplo, uso de contraste ou anestesia) e performance (AUC de 0,80, com curva de ganho de ligações para apenas 40% dos agendamentos para atingir 80% dos faltantes).

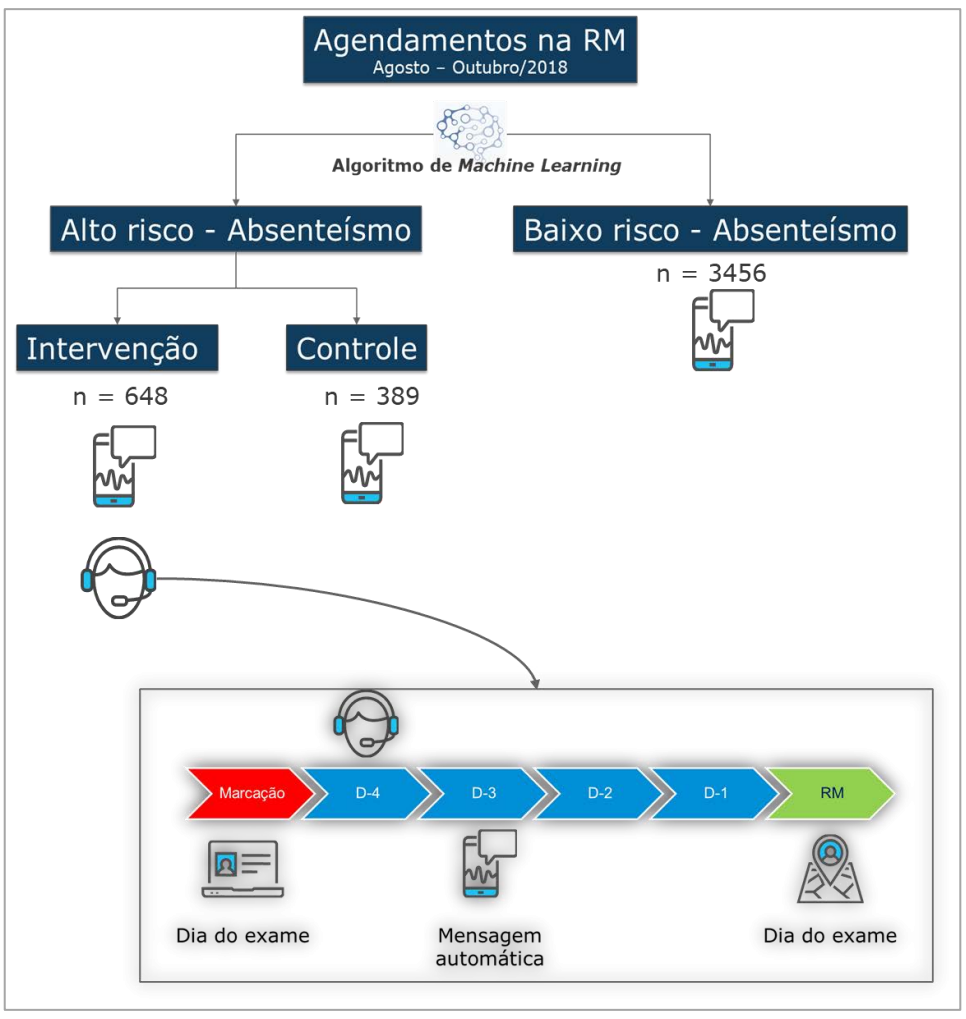


Figura 1. Fluxo de estudo e protocolo de intervenção com ligação para engajamento adicional com ligação telefônica.

RESULTADOS

No grupo intervenção, o agendamento foi confirmado em 71% das ligações. Os pacientes que confirmaram o agendamento tiveram a menor taxa de absenteísmo (inclusive quando comparado com baixo risco – 10% versus 11,2%). Ligações telefônicas adicionais levaram a uma redução de risco absoluto de 4,6 pontos percentuais (22,4% no controle vs 17,8% no grupo intervenção, p < 0,05) (Figura 2). Isso permite estimar que a cada 21 ligações de um atendente, ocorre a recuperação de um agendamento (a média de exames por agendamento nessa coorte foi de 1,5 exames). A capacidade de ligações de um atendente, seguindo o roteiro de engajamento, foi ao redor de 1000 ligações/mês.

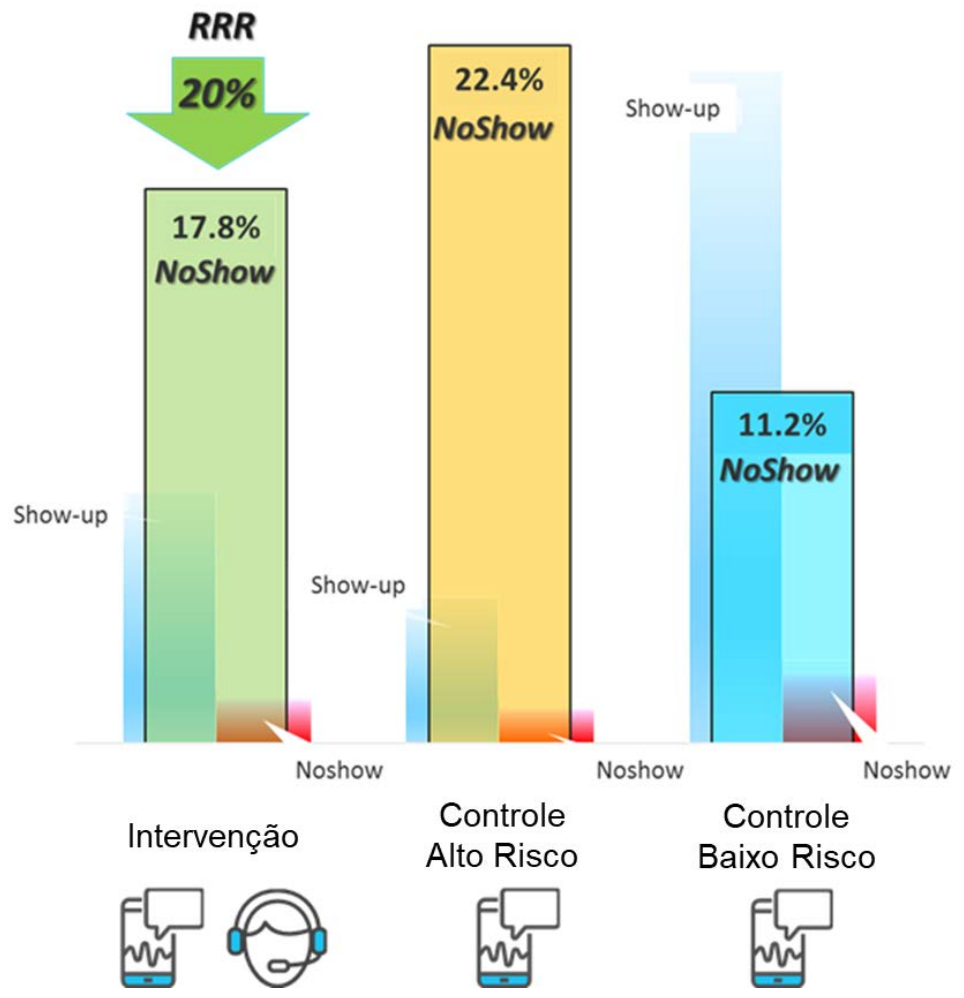


Figura 2. Impacto das ligações telefônicas na redução de absenteísmo ou noshow de acordo com os grupos de estudo. RRR – redução do risco relativo.

CONCLUSÕES

1) Ligações telefônicas adicionais com um roteiro de engajamento reduzem a taxa de no-show na RM em população classificada como alto risco por um algoritmo de ML;
2) Foi possível confirmar o atendimento na maioria dos pacientes (71%). Este grupo apresentou a menor taxa de absenteísmo (inclusive quando comparado com baixo risco).

REFERÊNCIAS

1. Kheirkhah P et al. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. BMC Health Serv Res. 2016 Jan 14;16:13.
2. Berg BP et al. Estimating the cost of no-shows and evaluating the effects of mitigation strategies. Med Decis Making. 2013 Nov;33(8):976-85.
3. Harvey HB et al. Predicting No-Shows in Radiology Using Regression Modeling of Data Available in the Electronic Medical Record. J Am Coll Radiol. 2017 Oct;14(10):1303-1309.

REDUÇÃO DO TEMPO DE INGRESSO PARA CIRURGIAS ELETIVAS POR MEIO DE INDICADOR AUTOMATIZADO

Marcius Conceição Prestes; Darlene Peruzzo Scaravelli; Isabel Cristina Oliveira Ferreira, Lucas Caselani Brito

INTRODUÇÃO

Clifford Bleustein comenta em seu artigo de 2014 sobre o novo paradigma das soluções de saúde, cada vez mais voltado para o consumidor, com tratamentos personalizados. Deve-se fornecer não apenas cuidados de qualidade, mas também a satisfação geral do paciente. De acordo com o estudo Vitals de 2018, há uma forte correlação entre quanto tempo um paciente teve de esperar e a classificação por estrelas da unidade de saúde. Anil Pandit comenta em seu estudo de 2016 que a impressão muitas vezes influencia a sensibilidade dos pacientes em relação ao hospital. Reduzir o tempo de espera e garantir que os pacientes recebam os cuidados certos no momento certo terá um efeito benéfico significativo na qualidade. Um estudo no Hospital de Atenção Terciária em Pune associou tempos de espera com a experiência do paciente em relação ao atendimento prestado, e, por conseguinte, aumento do número de atendimentos prestados.

Objetivos: Avaliar o impacto das ações de melhoria contínua no processo de ingresso administrativo de cirurgias eletivas.

METODOLOGIA

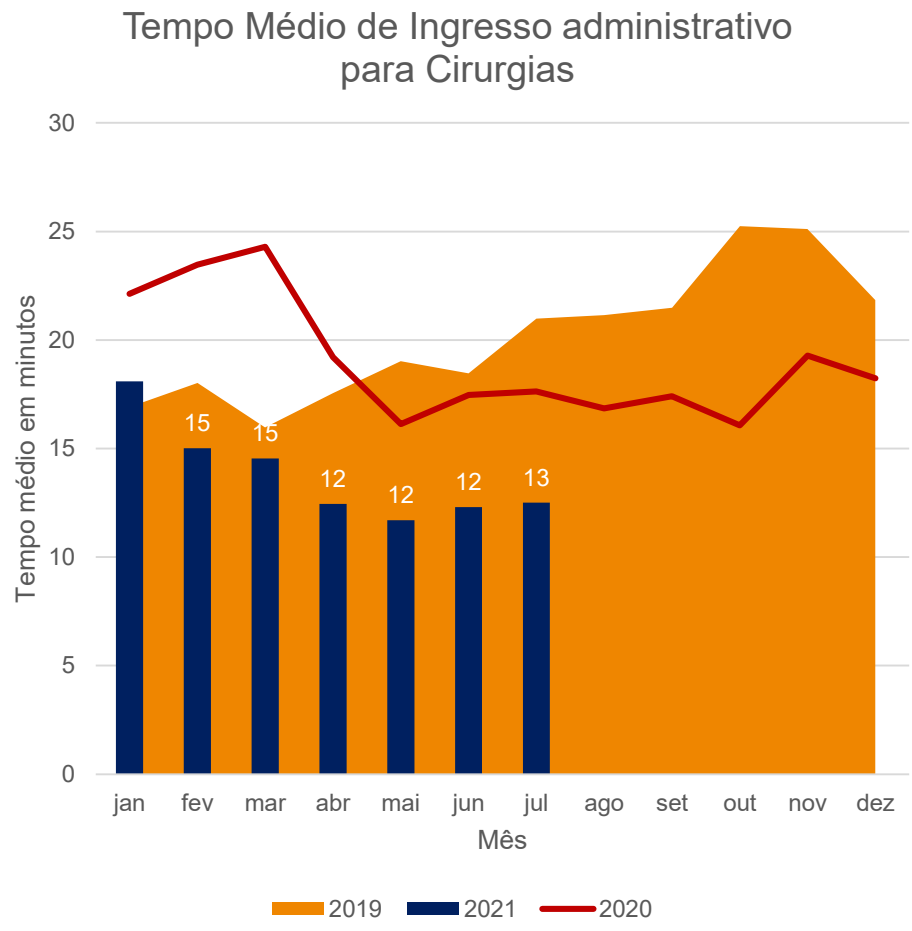
Criamos um indicador automatizado de taxa de pacientes ingressados para os gestores do serviço internação com meta de conclusão de todo processo em até 15 minutos para cada paciente. Esses trabalharam em reunião serviço, o engajamento do time operacional à meta. Nosso centro de comando também passou a notificador os gestores sobre o desempenho de cada turno. Analisamos 27952 ingressos para de cirurgias eletivas de 01/01/2019 à 31/07/2021, comparando as medianas de atraso pelo teste de Mann-Whitney por se tratar de amostras não normais, considerando significativo um $p<0,05$.

Recepção de internações eletivas

Sala cirúrgica do centro cirúrgico

RESULTADOS

Houve diferença estatística significante entre as medianas do tempo de ingresso administrativo: 11.22 minutos, 15.62 minutos e 16.27 minutos, respectivamente dos anos 2021, 2020 e 2019.



Fachada do hospital

CONCLUSÕES

Com as ações implementadas até o momento conseguimos identificar melhoria no processo de admissão do paciente cirúrgico eletivo em comparação com o 2° semestre do ano passado, porém é uma categoria ainda apontada pelo cliente nas pesquisas de satisfação com demandando mais melhoria. Sendo assim, planejamos investimentos tecnológicos para acelerar processos no próximo ciclo, dando autonomia ao cliente para um pré-checkin.

REFERÊNCIAS

1. Clifford Bleustein; David B. Rothschild; Andrew Valen; Eduardas Valaitis; Laura Schweitzer e Raleigh Jones. Wait Times, Patient Satisfaction Scores, and the Perception of Care. Am J Manag Care. 2014;20(5):393-400.
2. Holly Chu; Robert A Westbrook; Sarah Njue-Marendes; Thomas P Giordano e Bich N Dang. The psychology of the wait time experience – what clinics can do to manage the waiting experience for patients: a longitudinal, qualitative study. BMC Health Services Research. 2019;19:459
3. Anil Pandit; Lalit Varma e Amruta P. Impact of opd waiting time on patient satisfation. International Education & Research Journal. 2016; 2(8):86-90.

REDUÇÃO DO TEMPO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA PACIENTES INTERNADOS

LUCIANE MATOS TORRANO, CRISTIANO RICARDO BORGES E REGIANE CRISTINA RESENDE PINHEIRO

INTRODUÇÃO

Com a implantação do Filosofia Lean na nossa instituição, passamos a avaliar a contínua eliminação de desperdício, sistemática resolução de problemas e o desenvolvimento das pessoas. Pinto (2014) aponta que no sistema desaúde, poucas tarefas e atividades são verdadeiramente planejadas. As pessoas acabam absorvidas pela rotina e não mais questionam sobre por que isso é assim ou o que poderia ser mudado. Os serviços crescem e se organizam de forma aleatória, sem qualquer planejamento ou discussão sobre qual o melhor processo a ser adotado para essa ou aquela condição. (Pinto,2014). Em setembro de 2020, os médicos pontuaram um aumento na média de permanência dos pacientes internados devido a demora na realização e liberação dos laudos Ressonância Magnética (RM) e Tomografia Computadorizada (TC). A produção média mensal de 2020 para RM era de 64 exames internados e de TC 476 exames. Avaliamos o apontamento dos médicos e percebemos que na RM o tempo mínimo em 2020 foi de 33h e o tempo máximo 73h e para TC o tempo mínimo foi de 19h e o tempo máximo 42h. Nosso objetivo foi reduzir o tempo de realização de exame e laudo de RM e TC para paciente internado dentro de 24 horas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um Hospital Filantrópico Terciário do interior de São Paulo com 232 leitos. Como metodologia, mapeamos todas as etapas de prescrição a laudo e utilizamos o Diagrama de Ishikawa para organizar as causas da demora de realização de exames. Utilizamos o A3 como ferramenta de resolução científica de problemas.

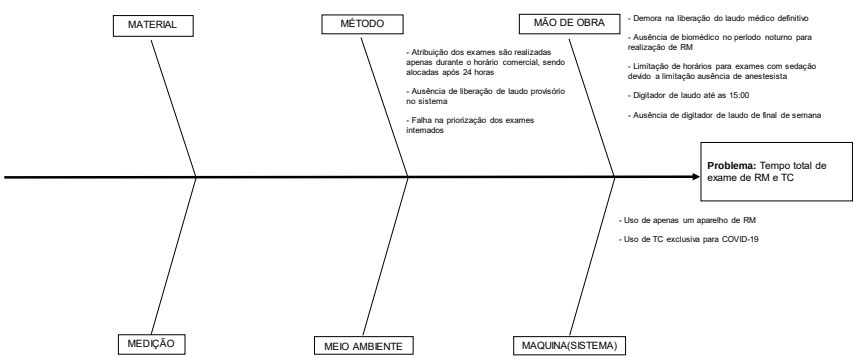
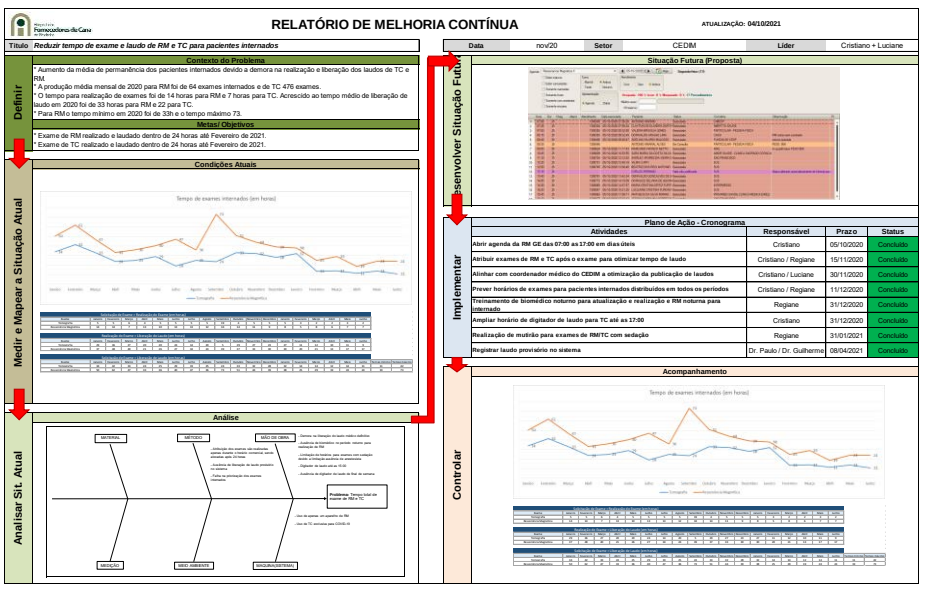


Diagrama de Ishikawa com os principais problemas identificados.



Representação do A3 com todas as etapas do Projeto

RESULTADOS

As principais ações implantadas foram: reavaliação da agenda dos equipamentos, previsão de horários de exames para pacientes internados distribuídos em todos os períodos, alteração da metodologia de atribuição de laudos após realização dos exames, ajuste do horário do digitador de laudos, alinhamento da otimização de publicação de laudos pelos radiologistas, treinamento de um biomédico para realização das RM no período noturno e implantação do laudo provisório no sistema. Como resultado, de Setembro/20 a Junho/21, reduzimos 49 horas do tempo total de exames para RM internado e 13 horas do tempo total do exame para TC internado.

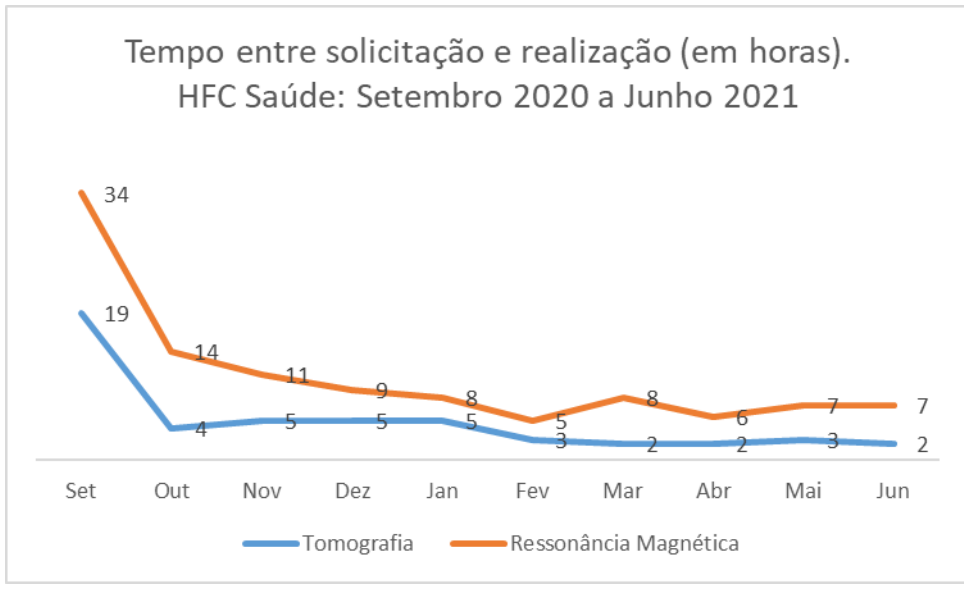


GRÁFICO 1 – Tempo entre a solicitação e a realização dos exames.

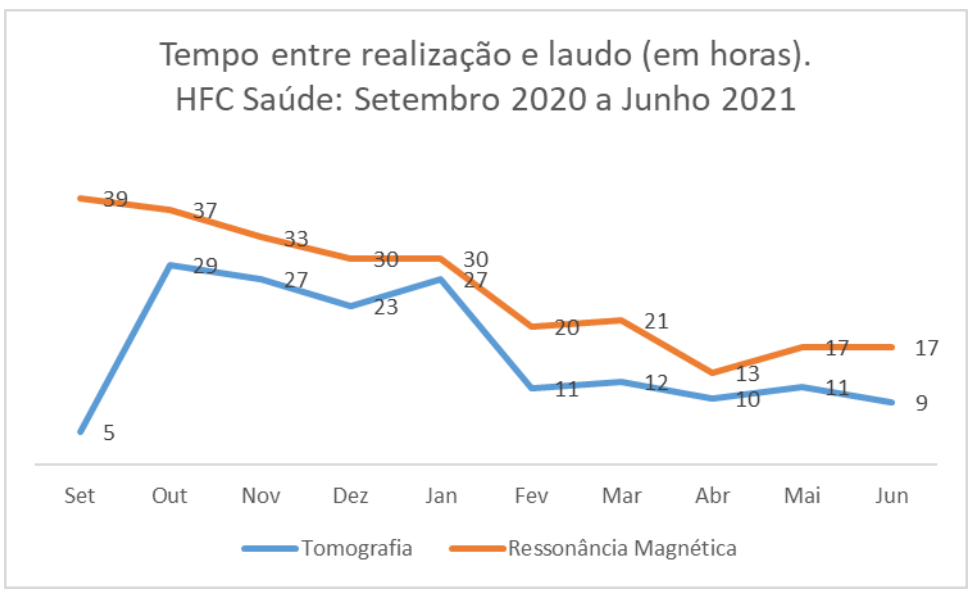


GRÁFICO 2 – Tempo entre a realização e o laudo dos exames.

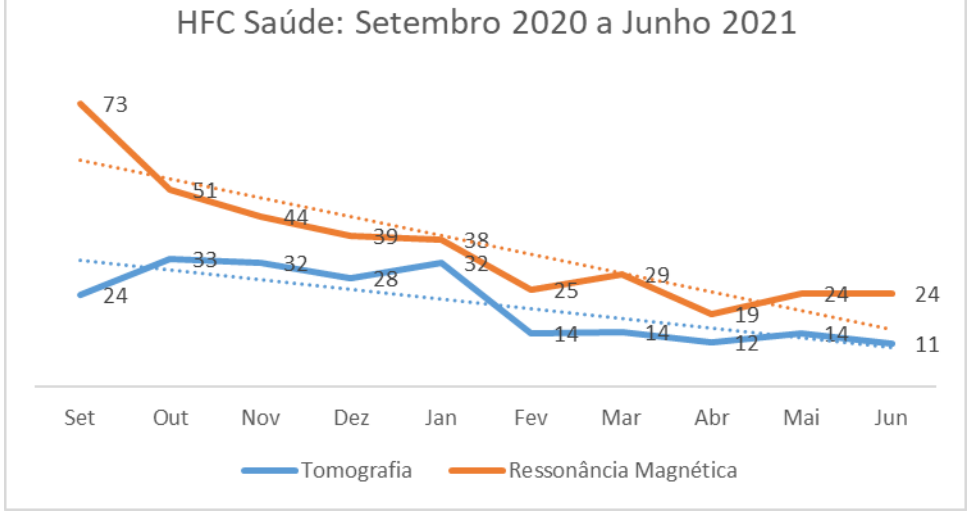


GRÁFICO 3 – Tempo total entre a solicitação e o laudo dos exames.

CONCLUSÕES

Concluímos que a interação das áreas de apoio diagnóstico tem um impacto importante na média de permanência dos pacientes. Alcançamos nossos objetivos e temos realizado a RM em 24 horas e a TC em 11 horas.

REFERÊNCIAS

PINTO, Carlos Frederico. **EM BUSCA DO CUIDADO PERFEITO: Aplicando LEAN na Saúde**. São Paulo: LEAN INSTITUTE BRASIL, 2014

Redução do tempo médio de atendimento no laboratório através da metodologia Lean Six Sigma

Edenir de Oliveira Fernandes, Cássio Santos Araújo Rocha

INTRODUÇÃO

Os clientes estão cada vez mais ávidos por serviços que aliam rapidez e segurança, quando esta combinação não é ofertada na prestação da assistência, ocorrem reclamações constantes através dos canais de comunicação da instituição; como observado em um laboratório de análise clínica em um hospital particular em Aracaju. Propor estratégias para redução de pelo menos 30% do tempo médio de atendimento no referido laboratório é objetivo deste trabalho.

METODOLOGIA

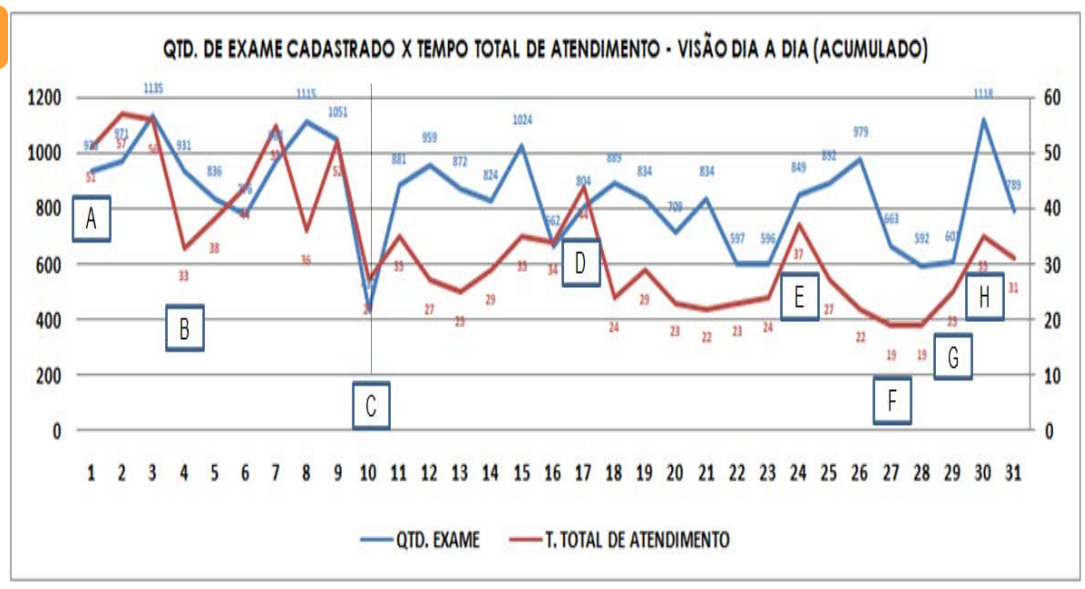
Aplicação da metodologia Lean, do uso de ferramentas estatísticas, da qualidade e etapas DMAIC - Define (definir), Measure (medir), Analyze (analisar), Improve (implementar) e Control (controlar), no período de setembro a dezembro de 2019. O programa foi desenvolvido por uma equipe capitaneada por um colaborador que possui formação Green Belt na metodologia Lean, com abordagem na melhoria de processo visando a redução significativa do tempo que não agregava valor na realização do ciclo de atendimento, ou seja, espera para cadastro, cadastro, tempo aguardando a coleta e coleta de material biológico.

RESULTADOS

Algumas ações foram realizadas, como:

1. ajuste da escala de colaboradores da recepção e da coleta aos horários de alta demanda,
2. sistematização da gestão de senha da recepção e da coleta,
3. mudança do local para realização dos exames periódicos dos colaboradores da empresa, que concorriam com os clientes externos,
4. contratação de mais um técnico para laboratório (ferista), implementação do processo para prévia autorização dos exames e treinamento dos colaboradores.

As figuras 1 a 3 demonstram os resultados alcançados.



A) INICIO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES – 04/11;

B) ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE RECEPCIONISTAS E COLETADORES CONFORME DEMANDA DE CLIENTES – 08/11;

C) IMPLEMENTAÇÃO CHAMADA AUTOMÁTICA DE SENHA NA COLETA – 16/11;

D) PROBLEMA NO SISTEMA – 25/11;

E) PROBLEMA NA ESCALA DA EQUIPE DE CADASTRO E COLETA DEVIDO ÀS FÉRIAS – 03/12;

F) PRIMEIRO DIA DO EXAME PERÍODICO FORA DO LABORATÓRIO – 06/12;

G) SEGUNDO DIA DO EXAME PERÍODICO FORA DO LABORATÓRIO – 09/12;

H) QUANTIDADE ELEVADA DE EXAMES CADASTRADOS – 10/12.

Figura 1: Comportamento da relação de quantidade de exames versus tempo de atendimento.

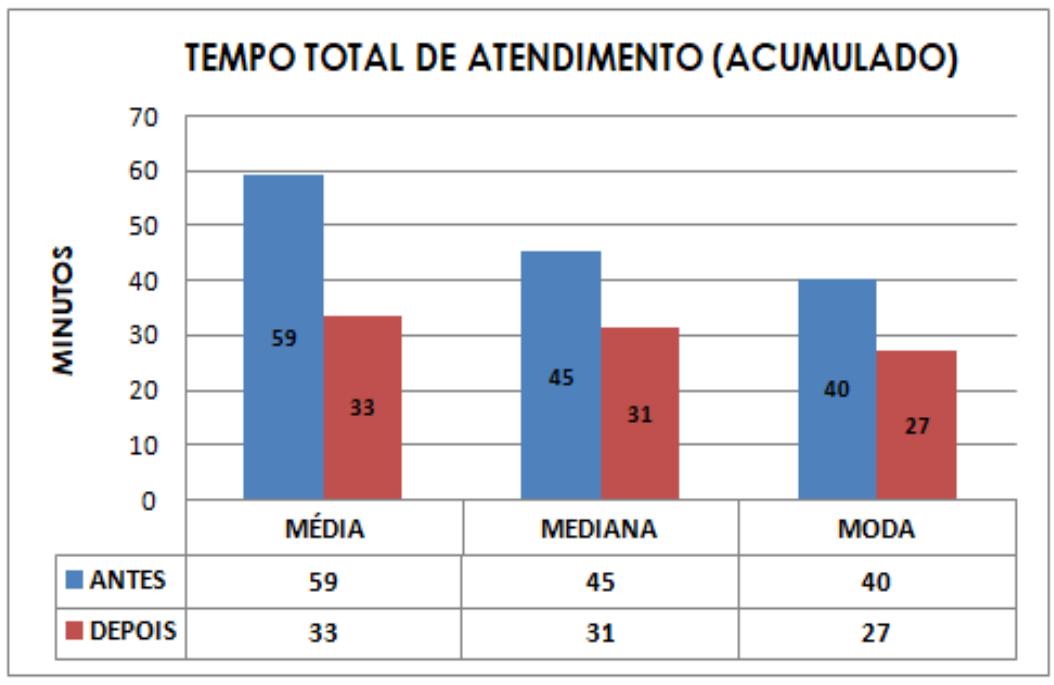


Figura 2: Redução do tempo médio de atendimento para realização do exame

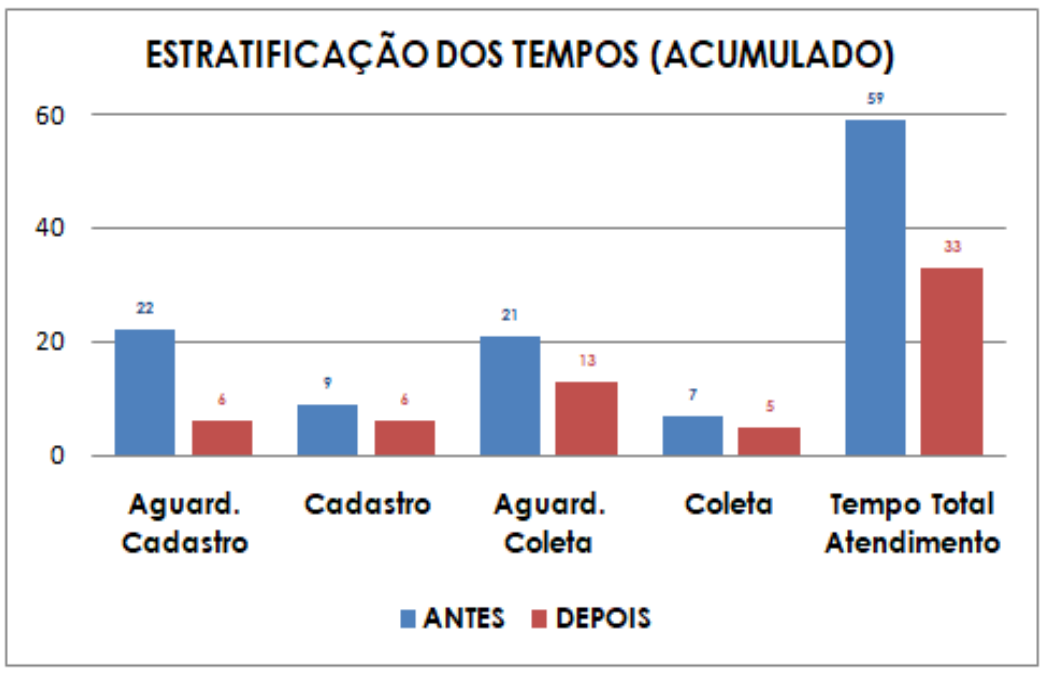


Figura 3: Demonstrativo do tempo por etapa do processo.

CONCLUSÕES

As melhorias desenvolvidas através do projeto garantiram fluidez ao processo e menor tempo de atendimento, contribuindo para a satisfação e fidelização do cliente.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Isabelita Rodrigues de; MACHADO, Aldenis da Silva; MARTINS, Álissan Karine Lima. Programa Seis Sigma: estratégia para melhoria da gestão hospitalar. 2011.

JORGE, Gabriela Andre; MIYAKEA, Dario Ikuo. Estudo comparativo das ferramentas para mapeamento das atividades executadas pelos consumidores em processos de serviço. 2014.

REESTRUTURAÇÃO DE *KEY PERFORMANCE INDICATORS* COM A UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTA DE *BUSINESS INTELLIGENCE*

Ricardo Rocha, Neidamar Fugaça, Marta Fragoso, Claudimeri Dadas

INTRODUÇÃO

Com o aceleramento da transformação digital vivenciada de maneira exponencial nos últimos meses, a utilização de ferramentas inovadoras e tecnológicas, como o *Business Intelligence,* contribuem para geração de *insights* estratégicos num ambiente dinâmico e volátil.

METODOLOGIA

Utilizou-se a VOC - *Voice of the Customer* (voz do cliente) para entender as necessidades iniciais dos usuários, e para transformar a VOC, que é abstrato, em algo mensurável, aplicou-se a Árvore CTQ - *Critical To Quality* (requisitos críticos de qualidade) para a composição dos requisitos de performance do projeto. Definiu-se o *Team Project* com representantes de setores assistenciais, estruturou-se 05 *Sprints* (eventos que contêm cada uma das etapas do projeto). Nas Sprints 01 e 02 utilizou-se ferramentas como o MFV (Mapa de Fluxo de Valor) e o Diagrama de Afinidades (utilizada para identificar a origem dos dados) para análise de situação atual por meio de dinâmicas práticas. Na Sprint 03 projetou-se o MFV (Mapa de Fluxo de Valor) futuro, relacionando os KPIs às perspectivas do *Balanced Scorecard*, bem como o desenvolvimento da Árvore de Indicadores. Para finalizar o projeto, na Sprint 04 foram confeccionados protótipos físicos dos dashboards setoriais e na Sprint 05 os mesmos foram implementados na ferramenta de *Business Intelligence.*

Imagem 1: Foto do Time do Projeto na Sprint 01 com a construção do Kanban, VOC - *Voice of the Customer* (voz do cliente) e Árvore CTQ - *Critical To Quality* (requisitos críticos de qualidade).

Imagem 2: Foto do Time do Projeto na execução das ações propostas em cada uma das 5 Sprints.

RESULTADOS

A reestruturação dos *Key Performance Indicators* operacionais com base nos conceitos e ferramentas do Lean & Six Sigma, possibilitou a implementação da ferramenta de *Business Intelligence*, aumentando a performance do processo em mais de 90% (de 2,54% para 93,3%) combatendo os desperdícios de tempo, retrabalho, defeitos e má utilização do capital humano.

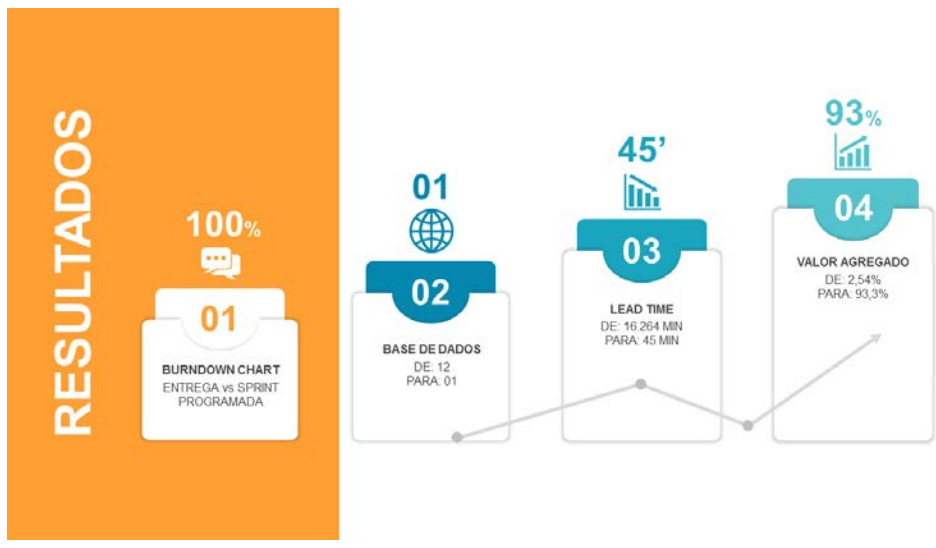


Imagem 3: Resultados obtidos de Burndown Chart, Base de Dados, Lead Time e Valor Agregado após implementação do projeto.

Imagem 4: Estrutura de projeto na ferramenta Relatório A3 do Lean.

Imagem 5: Foto do Time do Projeto com o certificado de reconhecimento institucional pelos resultados obtidos.

CONCLUSÕES

Diante do desempenho da entrega do projeto, o uso da ferramenta de *Business Intelligence* foi expandida para outras iniciativas, como o monitoramento de colaboradores suspeitos e/ou infectados por Sars-CoV-2, perfil epidemiológico detalhado de pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 e o Boletim Diário da COVID-19, frentes que demandam por informações rápidas para geração de *insights* estratégicos e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

- Em Busca do Cuidado Perfeito. Carlos Frederico Pinto. 2014.
- Hospitais Lean - Melhorando a Qualidade, a Segurança dos Pacientes e o Envolvimento dos Funcionários. Graban, Mark. 2013.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA AO USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE AO COMBATE A COVID-19.

Luisa Juliana da Silva Pavinatto, Daiana Soares Rabelo, Camila Chagas, Elisandra Leites Pinheiro

INTRODUÇÃO

A transmissão no novo coronavírus (SARS-CoV-2), segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é através de gotículas respiratórias ou contato. Dessa forma, os profissionais que mantém contato próximo com pacientes que tenham sintomas respiratórios, estão em risco de serem expostos a gotículas potencialmente infecciosas. Diante desse cenário, ressaltamos a importância dos profissionais que compõem a linha de frente no combate e controle da propagação do COVID-19, estejam protegidos com insumos indispensáveis para garantir a sua segurança.

METODOLOGIA

O estudo tem como característica ser uma pesquisa qualitativa de origem descritiva exploratória, sendo desenvolvida em unidades de internação adulto com cuidados exclusivos a pacientes com COVID-19.

Colaboradores recebendo orientações de prevenção de LPP

Grupo GREST realizando ações de prevenção a lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos

RESULTADOS

A fim de conter a disseminação da infecção, a Organização Mundial da Saúde indica o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) por todos os profissionais envolvidos no cuidado com pacientes COVID-19. Assim, são indispensáveis uso de luvas, máscaras cirúrgicas, óculos de proteção ou proteção facial, batas cirúrgicas, máscaras de classificação N95 e aventais. O uso desses EPIs se refere às manifestações dermatológicas associadas ao uso prolongado e à pressão que imprimem no local de uso, causando dor e desconforto ao profissional envolvido. Frente a essa nova realidade, foi desenvolvido ações e treinamentos dentro da instituição com o intuito de orientar os colaboradores sobre os cuidados necessários com a pele afim de evitar lesões por dispositivos. Os colaboradores foram orientados para manter a pele limpa e hidratada, aumentando também a ingesta hídrica, evitar esfregar fortemente a pele que está em risco de lesão por pressão, realizar alivio da pressão a cada 2horas, utilizar cobertura preventiva nas áreas de contato, principalmente nos pontos de pressão. Indicamos e fornecemos o uso de curativo de silicone transparente (opsite gentle), hidrocoloide fino e espuma hidrocelular (allevyn).

Conscientização da prevenção de lesão por dispositivos para os colaboradores

CONCLUSÕES

Os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem que atua tão bravamente no combate ao vírus e ao cuidado ao próximo, muitas vezes acaba esquecendo desse auto cuidado que é tão importante e necessário. Desta forma toda orientação, suporte e cuidado sempre será bem vinda, para que assim o profissional esteja com a sua saúde preservada para continuar realizando o seu papel na sociedade.

REFERÊNCIAS

1 – Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da covid-19 na atenção especializada. Brasília, DF: O ministério.2020

2-Ramalho AO et al. Lesão de pele relacionadas ao uso de equipamentos de proteção individual em profissionais de saúde: Estratégia de prevenção frente a pandemia por covid- 19. São Paulo. SOBEST.2020

Remodelagem de Escalas de Enfermagem com foco no Paciente com COVID-19

Emiliana dos Santos Costa; Angela Fatima Kindler; Elizandra Borba de Oliveira; Juliana Pereira Mallmann

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 trouxe grandes desafios para o segmento saúde e aprendemos lições valiosas a respeito de resiliência, da relevância de uma capacitação profissional de qualidade. Com o novo perfil de pacientes com COVID-19 e a carência de profissionais de enfermagem para atender as unidades especializadas, tivemos que unificar com velocidade máxima e eficiência, todas as escalas de enfermagem de um grande hospital, remodelando a distribuição e dimensionamento das escalas de enfermagem, com foco em cuidados respiratórios para a garantia de uma assistência segura

METODOLOGIA

Remodelar a distribuição e dimensionamento das escalas de enfermagem com foco em cuidados respiratórios para pacientes COVID-19 :

Descrição do case:

Etapas:

1. Definição de 29 leitos de Unidades de Internação para cuidados Covid-19, mais duas UTIS de 20 leitos e abertura de um novo centro de atendimento COVID19 na emergência com mais 20 leitos (área vermelha com leitos críticos para cuidados intensivos);
2. Remanejo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem das áreas que estavam suspendendo atendimentos: ambulatórios, centro cirúrgico e internações eletivas.
3. Negociação com áreas de apoio como nutrição e higienização para suporte e igualmente distribuição de pessoal nestas áreas Covid-19
4. Incremento dos afastamentos dos colaboradores de risco, unificando as escalas de áreas desativadas, com visão de redimensionamento para pacientes não covid e para os críticos e semicríticos
5. Utilizou-se a Escala de Fugulin, que estabelece a carga de trabalho de enfermagem para subsidiar os cálculos. A remodelagem é orgânica , ou seja, realizada até o presente momento em três turnos, onde cada coordenador de enfermagem responsável alinha com as equipes de trabalho a distribuição de pessoal e recalcula a cada 24hs o quantitativo (imagem 1);
6. Para garantir atendimento seguro ao paciente, houve envolvimento das seguintes áreas capacitadas pela enfermagem: Higienização, distribuição de dietas, laboratório, banco de sangue, serviços de imagem e diagnóstico e serviços administrativos que atuam diretamente nos locais de internação.
7. Atenção em especial à qualidade de vida dos colaboradores que permaneceram na linha de frente sendo realizado um "round" da psicologia, que consistia em 1 hora diária em grupos focais, trabalhando-se especialmente a ansiedade e medo perante a nova doença.

segunda-feira 11/10

Setores	Enf. Turno Manhã	Ocupação Manhã	Quantidade de técnicos 1	ATM / Falta/vaga aberta	Quantos pacientes por técnico
UTI 2	3	19	11	2	1,727272727
UTI 8	3	19	11	3	1,727272727
UI 4º	2	41	7	3	5,857142857
UI 5º	2	41	6	4	6,833333333
UI 6º	2	36	7	1	5,142857143
UI 9º	1	22	3	0	7,333333333
UI10º	1	36	5	3	7,2
UCE	1	5	3	0	1,666666667
UCR	1	5	2	0	2,5
LARANJA SE	1	6	3	2	2
VERMELHA SE	1	16	7	1	2,285714286
P.A. SE	1	-	4	2	-X-
CIRURGIAS					-X-
			Total ATM/FALTAS	21	

Imagem 1: Reunião diária com coordenadoras de enfermagem para avaliação e distribuição de pessoal no atendimento de áreas com pacientes Covid-19.

RESULTADOS

O Absenteísmo na área assistencial historicamente mantém uma estabilidade mensal, com média mês de 3,4% no ano de 2019. Em 2020 com advento da pandemia COVID 19 este índice aumentou significativamente a partir de abril/20 (imagem 2) com piora muito expressiva no mês de junho/20 (12,07%) onde esforços com remanejos para manter segurança e qualidade assistencial foram intensificados e redobrados. Fechamos o ano de 2020 com média mês de absenteísmo em 6,16%, praticamente o dobro do ano anterior. Em relação às horas extras, observamos uma redução significativa (62%) em 2020 na média mês em relação a 2019 (imagem 3), mesmo com alto índice de absenteísmo foi possível pela rápida decisão de capacitação das equipes para remanejos internos das áreas com redução de demanda para aquelas que mantiveram altas taxas de ocupação com atendimentos aos pacientes com COVID19. Foram 180 horas de reuniões extras com coordenadores de enfermagem no período de março a dez de 2020, 130 horas de treinamento de SCIH no mesmo período e uma adaptação sugerida pelos próprios profissionais para 60 horas de atendimento psicológico para unidade covid no período de maio a agosto (6 meses).

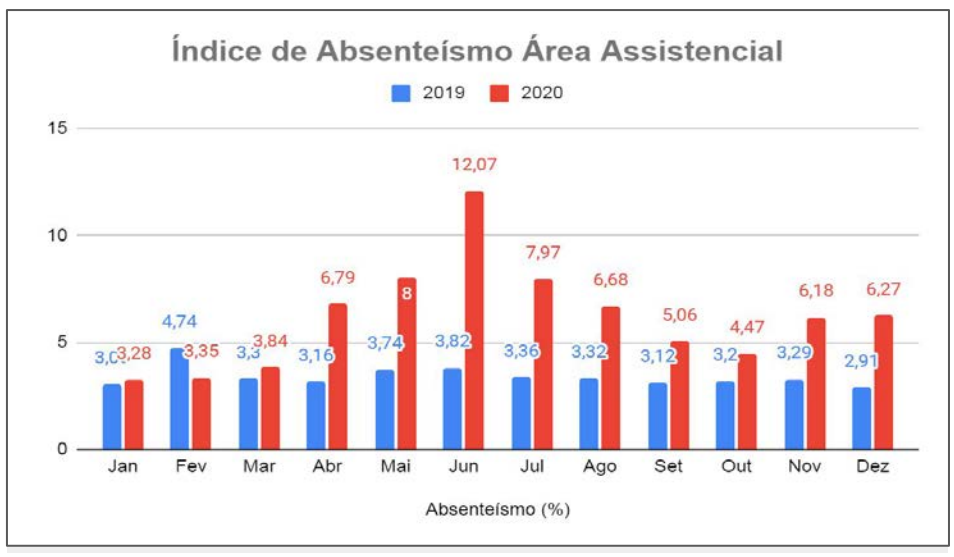


Imagem 2: Índice de Absenteísmo na área assistencial.

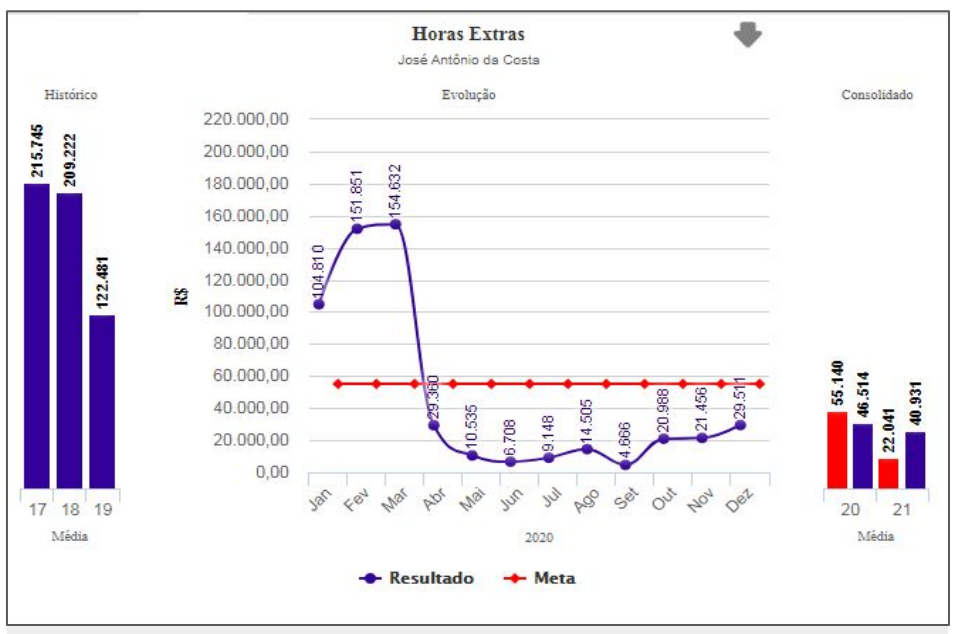


Imagem 3: Observamos uma importante e significativa redução em 2020 de 62% de hora extra na média mês em relação ao ano anterior, principalmente a partir de abril/20

CONCLUSÕES

A redistribuição das escalas de enfermagem bem como capacitações das áreas de apoio trouxe um novo panorama, inovando o modelo de assistência, de resiliência e adaptação, onde mudamos o paradigma de escalas fixas de enfermagem por áreas, tornando possível a remodelação conforme as exigências de qualidade e segurança ao paciente, ampliando a visão sistêmica do hospital e reduzindo significativamente custos hospitalares como hora extra e/ou novas contratações, visando a sustentabilidade da instituição.

REFERÊNCIAS

MICHAELSEN, Simara Claudia et al. Subsídios para o dimensionamento da equipe de enfermagem na assistência à pacientes em isolamento por COVID-19. 2021.

NISHIYAMA, Juliana Aparecida Peixoto et al. Dimensões laborais, éticas e políticas do dimensionamento de pessoal de enfermagem diante da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

ROCHA, Debora Oliveira et al. DESAFIO DA GESTÃO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR NA PANDEMIA DO COVID 19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **TCC-Enfermagem**, 2021.

REORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA E DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA NO COMPLEXO CONTEXTO DA PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS

Milton Henriques Guimarães Junior, Renilton Aires Lima, Danilo Ribeiro de Miranda, Carlos Alberto Chalabi Calazans

INTRODUÇÃO

O Hospital Márcio Cunha é referência para uma população de 1,3 milhão de habitantes, em uma região com carência de leitos (1,45 leitos por 1000 habitantes - capacidade muito inferior à preconizada pela OMS, que é de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes). Ele desempenha um importante papel filantrópico, já que 74% dos atendimentos são destinados a usuários do SUS. O ano de 2020 trouxe um grande desafio: a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2. E enfrentar esse desafio exigiu planejamento em duas frentes: ações de combate à pandemia e manutenção dos serviços essenciais – como os serviços de terapia renal substitutiva, transplante renal e obstetrícia. Esse processo envolveu gestão coordenada, contratação e treinamento de pessoal, revisão e readaptação de processos. Este estudo teve como objetivo descrever os resultados obtidos no ano de 2020 nos serviços de terapia renal substitutiva, transplante renal e obstetrícia após reorganização e adaptação ao contexto de pandemia.

METODOLOGIA

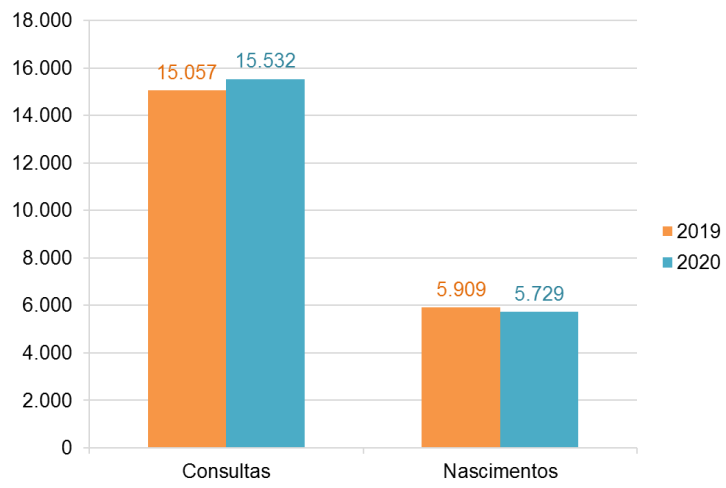
Análise retrospectiva do número de sessões de diálise, transplantes renais e do número de atendimentos e de partos realizados em obstetrícia no ano de 2020, comparando-os com os dados de 2019. Esses dados foram retirados do Relatório de Sustentabilidade 2020 da Fundação São Francisco Xavier (FSFX).

Capa do Relatório de Sustentabilidade 2020 da FSFX.

RESULTADOS

Em relação ao número de consultas realizadas observou–se um aumento de 3%, comparando-se os anos de 2019 e de 2020 e a quantidade de nascimentos se manteve estável, conforme apresentado no gráfico 1:

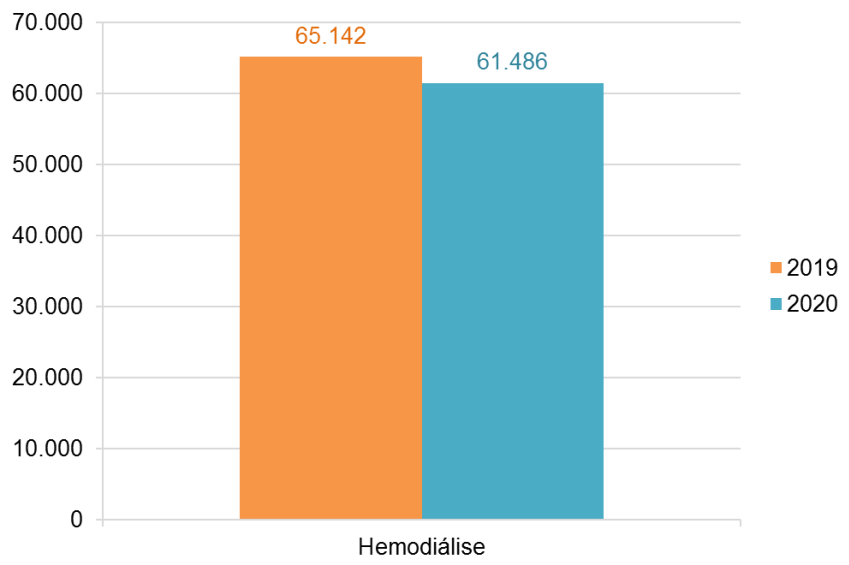
Gráfico 1 - Comparação entre número de consultas realizadas em 2019 e em 2020 e entre a quantidade de nascimentos em 2019 e em 2020



Número de consultas realizadas em 2020 e em 2021 e a quantidade de nascimentos em 2019 e em 2020. Relatório de Sustentabilidade FSFX, 2020.

No centro de terapia renal substitutiva, em 2020, foram realizadas 61.486 sessões de hemodiálise - número 6% menor do que o realizado em 2019, conforme apresentado no gráfico 2:

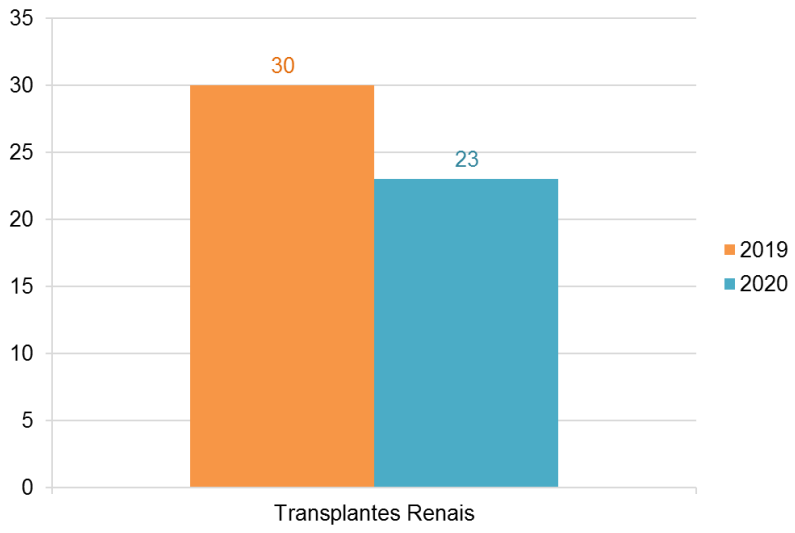
Gráfico 2 - Comparação entre o número de sessões de hemodiálise realizadas em 2019 e em 2020



Número de sessões de hemodiálise realizadas em 2019 e em 2020. Relatório de Sustentabilidade FSFX, 2020.

Em relação a quantidade de transplantes renais realizados houve uma redução de 23,3% no ano de 2020 comparando-se com o total realizado no ano de 2019, conforme apresentado no gráfico 3:

Gráfico 3 - Comparação entre o número de transplantes renais realizados em 2019 e em 2020



Número de transplantes renais realizados em 2019 e em 2020. Relatório de Sustentabilidade FSFX, 2020.

CONCLUSÕES

A instituição se adaptou ao complexo contexto da pandemia e atingiu o objetivo de manutenção dos serviços de obstetrícia e de nefrologia. A pequena redução de 6% no número de sessões reflete, possivelmente, o impacto da pandemia de COVID-19 tanto na procura do paciente pelo atendimento médico quanto na redução do número de encaminhamentos para o setor da terapia renal substitutiva. A pandemia tornou ainda mais complexo o contexto para a realização dos transplantes renais, que foram mantidos, ainda que em menor número ao praticados em 2019.

REFERÊNCIAS

Relatório de Sustentabilidade da Fundação São Francisco Xavier, 292 p., 2020.

Brasil tem menos leitos de hospitais que o mínimo indicado pela OMS. ANAHP, 2021. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/brasil-tem-menos-leitos-de-hospitais-que-o-minimo-indicado-pela-oms/>. Acesso em: 20/09/2021.

REORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E URGÊNCIAS CARDIOVASCULARES DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19

Milton Henriques Guimarães Junior, Bruno Nunes Ribeiro, Luciano de Souza Viana, Harley Francisco de Oliveira

INTRODUÇÃO

O Hospital Márcio Cunha é referência para uma população de 1,3 milhão de habitantes, em uma região com carência de leitos (1,45 leitos por 1000 habitantes - capacidade muito inferior à preconizada pela OMS, que é de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes). Ele desempenha um importante papel filantrópico, já que 74% dos atendimentos são destinados a usuários do SUS. O ano de 2020 trouxe um grande desafio: a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2. E enfrentar esse desafio exigiu planejamento em duas frentes: ações de combate à pandemia e manutenção dos serviços essenciais – como os serviços de radioterapia, quimioterapia, e atendimento as urgências cardiovasculares. Esse processo envolveu gestão coordenada, contratação e treinamento de pessoal, revisão e readaptação de processos. Este estudo teve como objetivo descrever os resultados obtidos no ano de 2020 pela instituição, após reorganização dos serviços de oncologia e radioterapia, assim como os esforços na manutenção do serviço de hemodinâmica no contexto da pandemia pelo novo coronavírus.

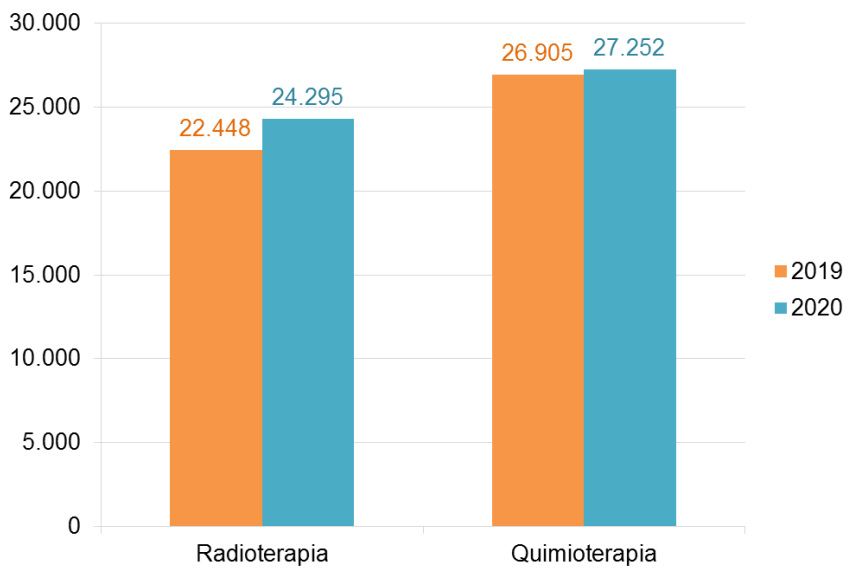
METODOLOGIA

Análise retrospectiva do número de sessões de quimioterapia, radioterapia, e do número de angioplastias primárias para tratamento de infarto agudo do miocárdio realizadas no ano de 2020, comparando-as com o ano de 2019.

RESULTADOS

É possível observar que em relação ao ano de 2019 houve um aumento de 8,2% nas sessões de radioterapia, bem como um aumento de 1,2% na quantidade de sessões de quimioterapia realizadas, comparando-se com o ano de 2020, conforme apresentado no gráfico 1:

Gráfico 1 – Comparação entre número de sessões de radioterapia e quimioterapia nos anos de 2019 e 2020



Fonte: Número de sessões de radioterapia e quimioterapia em 2019 e 2020. Relatório de Sustentabilidade da Fundação São Francisco Xavier, 2020.

Em relação à quantidade de procedimentos de angioplastia de urgência (angioplastia primária) para tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, houve um aumento de 12% em 2020, comparando-se com o total de procedimentos realizados em 2019, conforme apresentado no gráfico 2:

Gráfico 2 – Comparação entre o número de angioplastias de urgência realizadas nos anos de 2019 e 2020

Fonte: Número de angioplastias de urgência em 2019 e 2020. Relatório de Sustentabilidade da Fundação São Francisco Xavier, 2020.

CONCLUSÕES

O hospital se adaptou ao complexo contexto da pandemia e atingiu o objetivo de manutenção dos serviços essenciais em oncologia e cardiologia no conturbado ano de 2020, prestando importante serviço à comunidade.

REFERÊNCIAS

Relatório de Sustentabilidade da Fundação São Francisco Xavier, 292 p., 2020.

Brasil tem menos leitos de hospitais que o mínimo indicado pela OMS. ANAHP, 2021. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/brasil-tem-menos-leitos-de-hospitais-que-o-minimo-indicado-pela-oms/>. Acesso em: 20/09/2021.

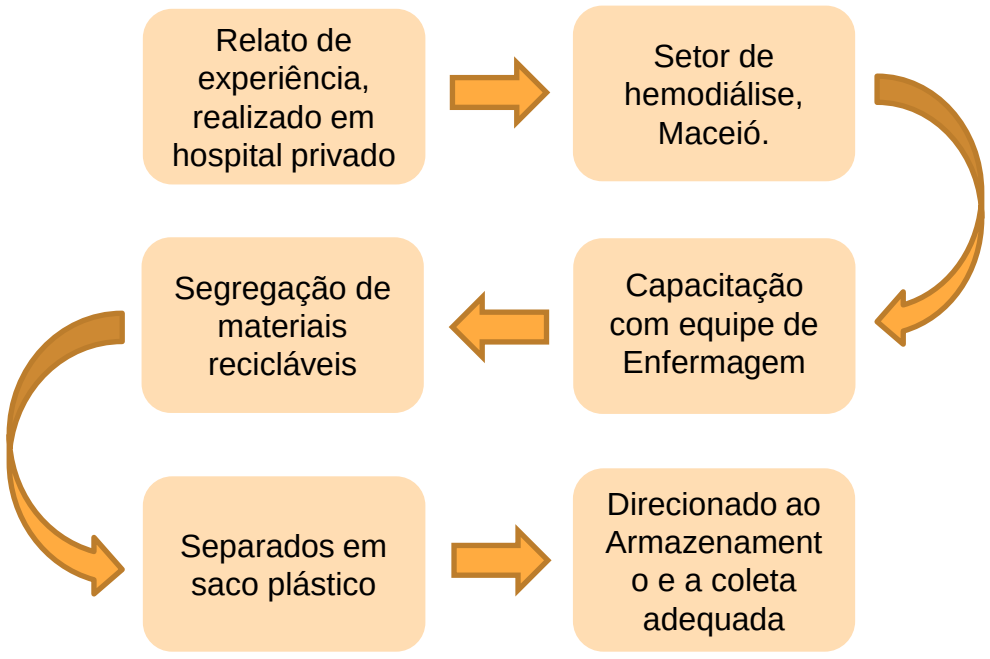
REPERCUSSÕES DO DESCARTE DE MATERIAIS RECICLÁVEIS CORRETO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monik Provatti Nascimento, Janaína Barbosa Calixto dos Santos, Thais de Melo Araújo, Vivian Marcella dos Santos Silva

INTRODUÇÃO

Os resíduos dos serviços de saúde são nocivos, e se forem gerenciados de forma inadequada podem ocasionar eventos adversos à população. Essa gestão incide no manejo adequado dos resíduos, desde sua geração até a disposição final. A mesma, é de responsabilidade dos serviços de saúde, tendo como base as políticas públicas de saúde e o trabalho em equipe de modo disciplinar.

METODOLOGIA

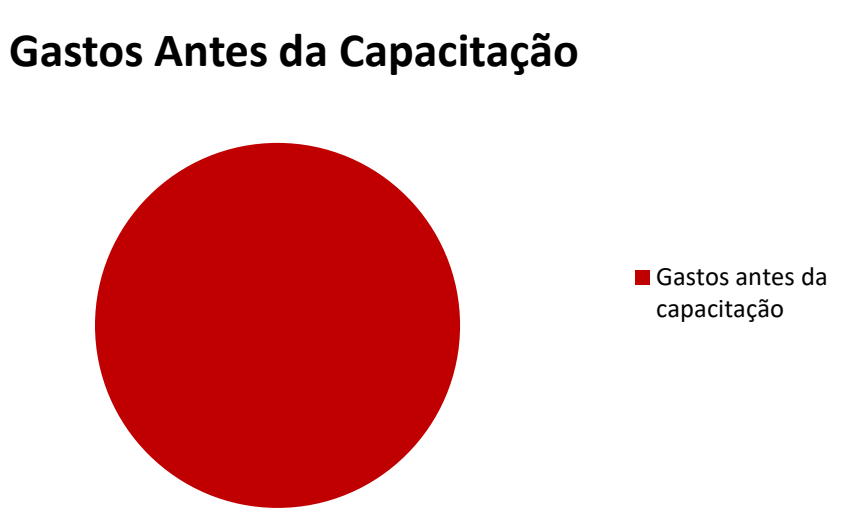


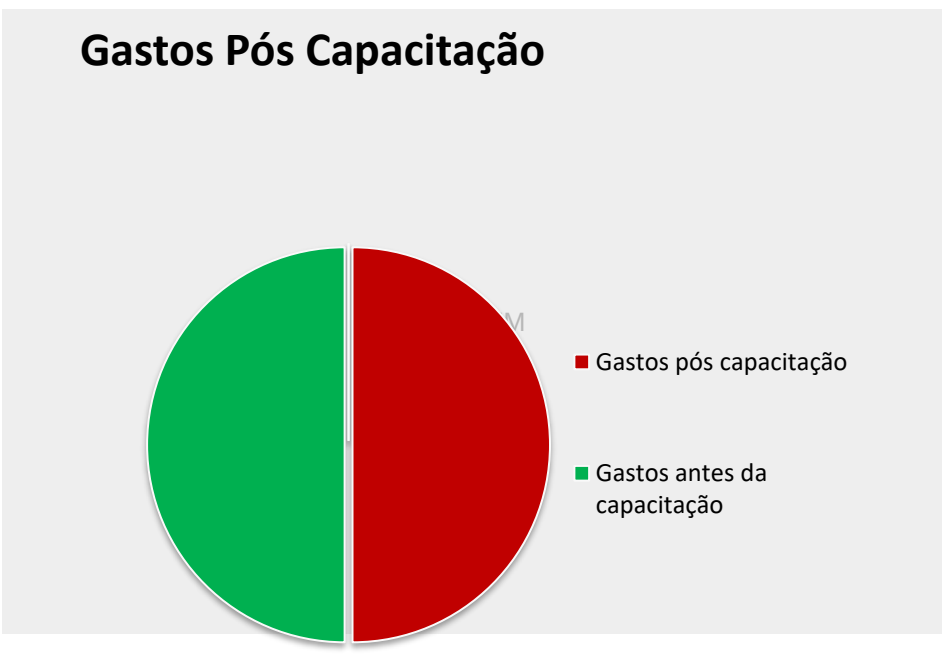
Passos metodológico descrito em forma de gráfico.

Descartes de materiais descartáveis em lixeira especifica e identificada; Comum e Reciclável

RESULTADOS

A partir da ação desenvolvida, foi obtido resultado positivo pois, houve redução dos custos para o hospital, e da quantidade e volume dos resíduos, os quais passaram a ser tratados adequadamente. Bem como houve diminuição do risco de contaminação, além de torna-se uma geração d renda para famílias que depende da coleta desses materiais.





Redução dos gastos com lixos de 50%, após a capacitação dos profissionais de enfermagem e adesão ao descarte de materiais recicláveis.

CONCLUSÕES

Compreende-se que a ação realizada trouxe aspectos positivos, pois, a equipe de enfermagem aderiu a prática e o resíduo reciclável foi destinado a segregação adequada e sustentável, bem como trouxe benefícios às famílias que necessitam desse tipo de material para sobreviver.

REFERÊNCIAS

DELEVATI, D. S.; CASTRO, M. M. R. S.; REIS, E. F.; BAYER, V. M. L.; ROCHA, V. M. P. Desafios na gestão de resíduos de estabelecimentos de saúde pública perante a RDC 222/18. Saúde Debate. V. 43, n. 3, p. 190-199, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe3/0103-1104-sdeb-43-spe03-0190.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

Ressonância De 7 Tesla :Nova Fronteira no Diagnóstico Do Alzheimer

Edijane Ramos dos Santos, coautora DRA Claudia da Costa Leite

INTRODUÇÃO

A neuroimagem tornou-se uma ferramenta útil e poderosa para as neurociências. A aplicação mais evidente em 7T é ganhar uma melhor resolução do cérebro em comparação a imagens obtidas em aparelhos de 3T. De interesse clínico específico para aplicações neuro é o córtex cerebral em 7T, para a detecção de alterações na estrutura cortical, como a visualização de placas corticais.

As imagens do hipocampo apresentam excelente resolução, podendo detectar acúmulo de ferro que pode fornecer um fator prognóstico para a doença. Isso levou um aumento nas pesquisas das imagens de Ressonância Magnética 7 Teslas, com aquisição paralela e métodos de radiotransmissão de curta duração superam as limitações de tempo de varredura e resolução espacial, de modo que o tamanho máximo da matriz de imagem pode alcançar 128x128. Os benefícios desse método de aquisição para pesquisa do cérebro comprovam a viabilidade e as vantagens do diagnóstico por imagem tanto de rotina como de pesquisa clínica a 7T.

Fonte: Revista de Pesquisa FAPESP

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é demonstrar o papel da Ressonância Magnética (RM) 7 Tesla no estudo pós morte da Doença de Alzheimer (DA) a Ressonância Magnética 7 Tesla com auxílio de constraste, permite a realização de autópsia minimamente invasiva e sem cortes, removendo fragmentos de tecido de cadáveres, trazendo um novo conceito de estudo de áreas profundas do cérebro para a pesquisa da Doença de Alzheimer, entre outras. Com a alta resolução das imagens de RM, não há a necessidade de abrir os cadáveres.

Através de pesquisa de campo e revisão da literatura, apresentamos os principais conceitos sobre a Doença de Alzheimer e aparelhos de ressonância magnética de 7 teslas e sua aplicação na DA.

RESULTADOS

Com a tecnologia 7T é possível adquirir imagens com resolução de menos de 0,1 milímetros possibilitando uma varredura nas estruturas cerebrais, inclusive nas de menores dimensões.

CONCLUSÕES

A contribuição da RM 7T no estudo de doenças degenerativas, tumores cerebrais, malformações cerebrais, doença cerebrovascular, epilepsia, distúrbios do movimento, doenças infecciosas cerebrais está sendo mais bem definido através de grande quantidade de pesquisas de sua aplicação, vantagens e desvantagens.

Foto da internet

METODOLOGIA

O presente estudo baseia-se em fontes de pesquisa como da revista Fapesp-2015 na plataforma do Google, artigos científicos GRINBERG, L. T. *et al.* biomarcadores-na-doença-de-Alzheimer e visita técnica com todo acompanhamento necessário para finalização da pesquisa.

Referências

Instituto Alzheimer Brasil. Acesso em: 10 de fevereiro de 2021. Disponível: <http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/demencias-detalhes-Instituto_Alzheimer_Brasil/109/doenca_de_alzheimer>.

Livro: Robbins Patologia 8 edição

Revista de Pesquisa FAPESP. Para ajudar quem está vivo, 2015. Disponível: <https://revistapesquisa.fapesp.br/para-ajudar-quem-esta-vivo/>.

Acesso em: 11 de fevereiro de 2021. Disponível: <https://revistapesquisa.fapesp.br/para-ajudar-quem-esta-vivo/>.

RITUAIS DE GESTÃO COM FOCO NA EXPERIÊNCIA DO CLIENTE

Cristiana Almeida, Jaqueline Souza, Marjory Guimarães

INTRODUÇÃO

A pandemia mudou o comportamento e os hábitos de saúde de milhões de pessoas e seus efeitos são amplamente conhecidos por sobrecarregar o sistema de saúde, seja ele público ou privado. Neste contexto, garantir eficiência, qualidade, segurança e a melhor experiência nunca foi tão importante. Assim, o Hospital Márcio Cunha fortaleceu seu ritual de gestão com pauta exclusiva para tratar a Dimensão Cliente. As reuniões são conduzidas pelo Núcleo de Experiência do Cliente, Planejamento Estratégico e Alta Direção, abordando desempenho de indicadores, reclamações e elogios relacionados à jornada do Cliente, visando desenvolver processos que ofertem experiências únicas, humanizadas e acima de tudo seguras aos nossos pacientes e clientes.

Os objetivos do Ritual na Dimensão Clientes são acompanhar, alinhar e fortalecer a cultura centrada na pessoa, alinhar as ações às diretrizes do Planejamento Estratégico vigente; atuar de forma consultiva e apoiar os líderes a chegar aos objetivos traçados, através da análise do resultado NPS e registros de manifestações do cliente; avaliar se as diretrizes definidas para alcance dos objetivos estão sendo ou não eficazes, e caso não estejam, quais ações devem ser tomadas para redirecionar o caminho a ser tomado. Em suma, garantir uma comunicação eficiente entre alta direção e líderes da organização.

METODOLOGIA

Como estratégia, foram adotadas reuniões mensais com a Alta Direção, onde são apresentados os resultados e ações, definidas as prioridades e o alinhamento estratégico, seguida de reuniões com as unidades de negócio com maior impacto no resultado para o desdobramento e monitoramento da execução das ações e resultados.

RESULTADOS

A **cultura organizacional influencia diretamente os resultados e disseminá-la e torná-la natural** no ambiente de trabalho é um grande desafio, e por isso os **rituais de gestão** são tão importantes.

E, são justamente os valores da cultura organizacional que viabilizaram ações e comportamentos dos gestores e colaboradores, direcionando o alcance de uma meta comum e principalmente contribuem **para melhorar o clima, a produtividade e a eficiência.**

Desta forma, o alinhamento das estratégias, o fortalecimento da cultura centrada na pessoa e as ações planejadas contribuíram para o crescimento progressivo do NPS e consequentemente o cumprimento da meta estabelecida pelo Hospital.

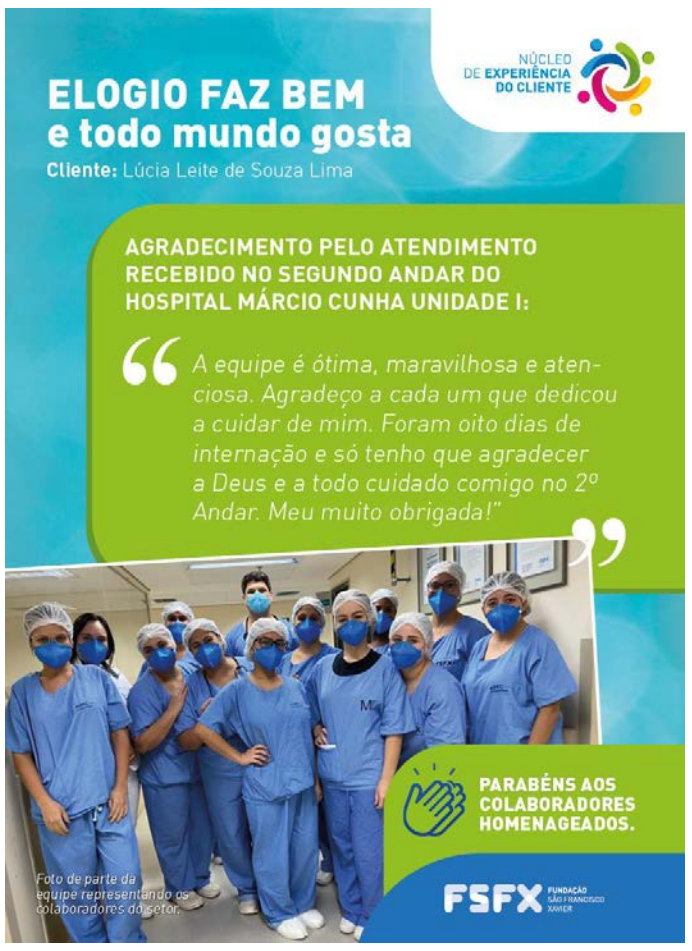
2018	2019	2020	2021
71,54	80,21	81,85	82,76%

Acumulado até Setembro/2021*

Resultado da pesquisa NPS - Net Promoter Score no Hospital Marcio Cunha

Ainda nesta perspectiva, dentre as ações, o reforço positivo através dos elogios, foi uma das estratégias utilizada para engajar, inspirar e estimular a cultura. Os elogios são enviados aos colaboradores e aos gestores, divulgados institucionalmente através dos canais internos de comunicação, o que proporcionou aumento significativo nos registros.

Elogio enviado a médica e o gestor.



Elogio publicado na Intranet da equipe assistencial do HMC.

CONCLUSÕES

O ritual Dimensão Cliente, possibilitou que a Alta Direção patrocinasse diversas iniciativas e a reforçar junto a liderança e operação a importância de um olhar atento e de atuar em todos os pontos da jornada do paciente, oferecendo sempre a melhor experiência, garantido que estejam claros quais são os objetivos a serem alcançados e também que todos estejam alinhados às estratégias que são definidas. Esta sinergia permite que todos remem sempre na mesma direção.

REFERÊNCIAS

LALOUX Frederic. Reinventando as Organizações, Editora Voo; 1ª edição (23 novembro 2017)
MAGRUGADA Roberto. Gestão do Relacionamento e Customer Experience - A Revolução na Experiência do Cliente, Atlas; 1ª edição (29 agosto 2018)

Grupo de Acesso: Destinatários deste e-mail

ROTINA MOLECULAR LABORATORIAL PRÓPRIA E SEU IMPACTO NO PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES.

Farm. Bioq. *MSc.* Nina Rocha Dutra ; Farm. Bioq. Carlos Souza Lima

Fundação São Francisco Xavier – FSFX ; Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 ficará registrado como um dos anos mais atípicos da história da humanidade. O surgimento da COVID-19 compeliu a sociedade a repensar suas atitudes, desde comportamentais até econômicas. Os sistemas de saúde em todo o mundo, em especial no Brasil, viram-se diante de uma sobrecarga sem precedentes recentes que escancarou a heterogeneidade de recursos disponíveis em diferentes regiões. Sob tal cenário a assistência em saúde precisou se adaptar e inovar, buscando ampliar a prestação de serviços, com agilidade e qualidade, além de reduzir custos, objetivando, em última instância, a própria sobrevivência dos serviços. Trata-se de uma doença de etiologia viral cujos métodos de diagnóstico precoce envolvem a detecção genética molecular do vírus em amostras biológicas. Tornou-se de grande importância a ampliação dos serviços de Biologia Molecular globalmente. É nítido que o manejo clínico dos pacientes com COVID-19 se torna otimizado quando o diagnóstico laboratorial é ágil. Ciente desse fato foi implantada, em uma instituição hospitalar do estado de Minas Gerais, uma rotina laboratorial para a detecção do vírus SARS-CoV-2 pela técnica da *reação em cadeia da polimerase em tempo real*, ou RT-PCR, tornando-se o primeiro serviço laboratorial dessa natureza em sua região.

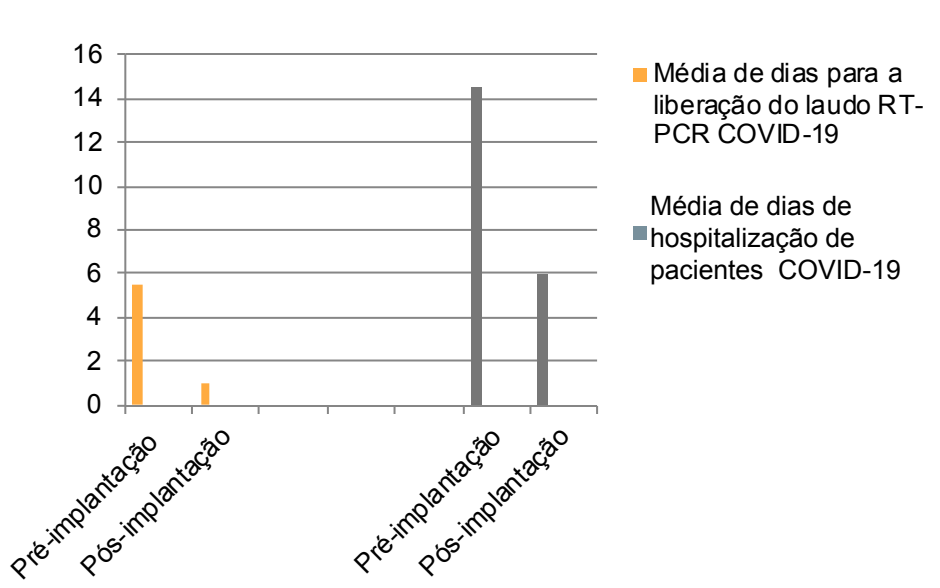
METODOLOGIA

Para avaliar o impacto de tal medida um estudo retrospectivo foi realizado analisando uma amostra de 80 prontuários de internação de pacientes atendidos por esse serviço hospitalar, sendo 40 desses prontuários abertos no período imediatamente anterior à implantação do serviço próprio de Biologia Molecular (maio/2020), e os outros 40 abertos cerca de 1 ano após (março/2021), momento em que o serviço já estava em pleno funcionamento, atendendo tanto a pacientes hospitalizados quanto à população ambulatorial da região. Em todos os 80 prontuários analisados os pacientes apresentaram resultados de RT-PCR positivos para o vírus SARS-CoV-2 durante o período da internação.

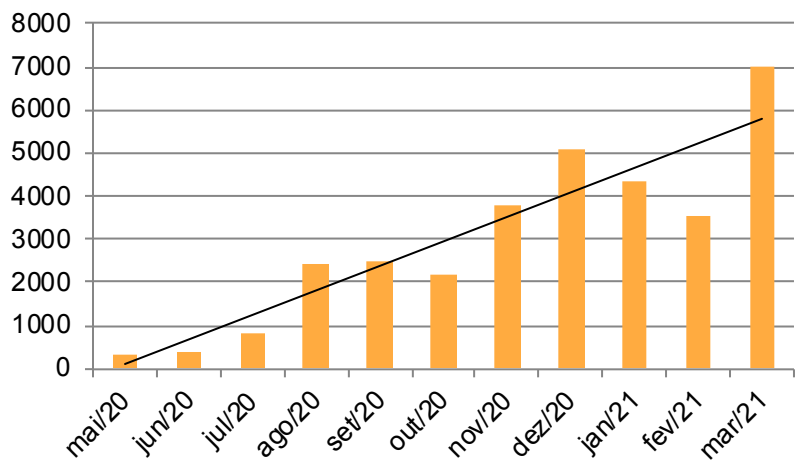
O setor de Biologia Molecular do Hospital Márcio Cunha – Ipatinga, MG.

RESULTADOS

O estudo mostrou que, no período prévio à implantação da nova rotina laboratorial, quando as amostras ainda eram encaminhadas para análise em laboratórios de referência, o número médio de dias para a liberação do laudo do exame foi de **5,5 dias**. Nesse mesmo período a duração média da internação dos pacientes era de **14,5 dias**. A comparação desses mesmos indicadores no período pós-implantação da rotina molecular laboratorial própria mostrou um quadro bastante favorável: a média de dias para a liberação do laudo foi de **1 dia** e duração média da internação de **6 dias**.



Impacto da implantação de rotina molecular própria de Biologia Molecular para na hospitalização de pacientes COVID-19 no Hospital Márcio Cunha – Ipatinga,MG.



Evolução do número de atendimentos realizados pelo setor de Biologia Molecular do Hospital Márcio Cunha – Ipatinga,MG durante o período do estudo.

CONCLUSÕES

Os resultados acima descritos apontam para impacto bastante positivo em vários aspectos no que se refere à instalação de rotina própria de análise molecular em nossa instituição: manejo otimizado de pacientes hospitalizados com COVID-19 possibilitando melhores desfechos clínicos, redução de custos, incremento de receita com a prospecção de novos clientes também na modalidade ambulatorial, ampliação do portfólio de exames ofertados pelo serviço laboratorial e melhoria da utilização de recursos. Em suma: **sustentabilidade**!

REFERÊNCIAS

1. Manual do diagnóstico em COVID-19. Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância. Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais. Versão 2. Acesso em 05 de outubro de 2020.
2. Corman Victor M, *et al*. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro Surveill. 2020;25(3):pii=2000045. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045
3. Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/. Acesso em 15 de março de 2021.

ROUND EXECUTIVO: ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO DA ALTA LIDERANÇA A ASSISTÊNCIA PRESTADA

LUCIANE MATOS TORRANO E LUCIMEIRE RAVELLI PEIXOTO

INTRODUÇÃO

Demonstrar o envolvimento da alta liderança com a qualidade e segurança do paciente para equipe operacional sempre é um desafio, além de ser um dos itens essenciais para demonstrar a cultura de segurança. O objetivo do Round Executivo é promover visitas periódicas, semanais, dos integrantes da alta liderança aos pacientes e unidades do hospital para discutir aspectos de qualidade e segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um Hospital Filantrópico Terciário do interior de São Paulo com 232 leitos. Semanalmente são selecionados três pacientes internados acima de 7 dias de unidades diferentes para serem visitados. Como nossa média de permanência são 3 dias, esses pacientes são mais graves ou tem algum problema administrativo que pode ser resolvido. Temos um roteiro pré-definido de entrevista: como tem sido o cuidado prestado no hospital, os senhores têm expressado sua preocupação de tratamento ou segurança, o que o senhor acredita que essa unidade poderia fazer regularmente para melhorar a segurança e o que de melhor e pior aconteceu nesse período de internação.

HFC Saúde

ROUND EXECUTIVO

Data: _____

Participantes: _____

Paciente / Atendimento: _____

Leito: _____ Convênio: _____

1. *Como tem sido o cuidado prestado pelo hospital?*

2. *Os senhores têm expressado suas preocupações de tratamento ou segurança?*

3. *O que o senhor acredita que esta unidade poderia fazer regularmente para melhorar a segurança?*

4. *O que de melhor lhe aconteceu neste período de cuidado? E o de pior?*

Feedback com a equipe:

Devolutiva: _____

Roteiro do Round Executivo

Foto Round Executivo com o Presidente do Hospital

RESULTADOS

Até o momento, foram realizadas 36 visitas em todas as unidades de internação do hospital. Todos os apontamentos realizados são resolvidos no mesmo dia pela equipe multidisciplinar.

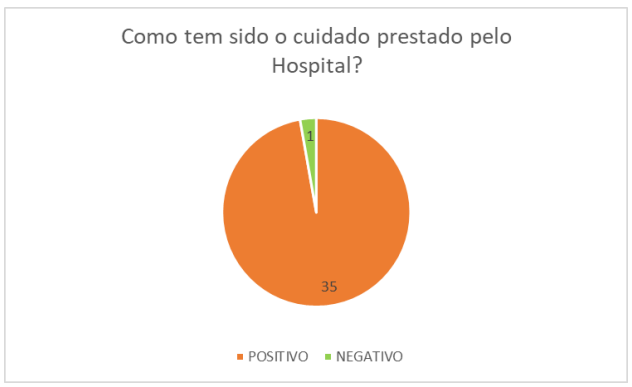


Gráfico 1 – Percepção de como tem sido o cuidado prestado

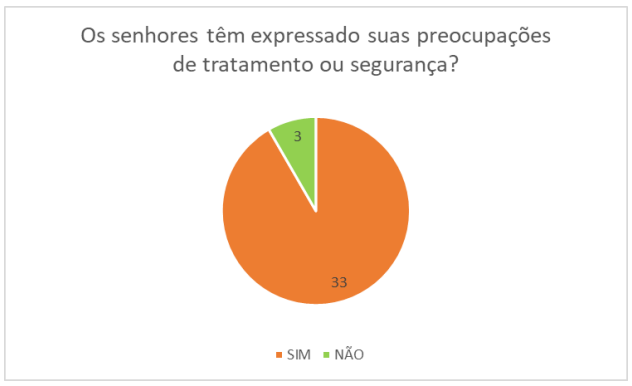


Gráfico 2 – Comunicação com a equipe

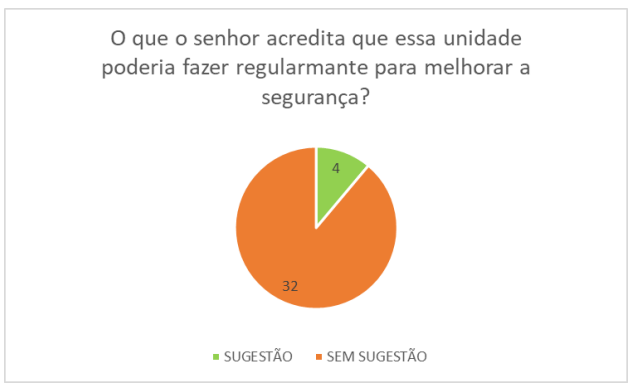


Gráfico 3 – Sugestões de melhoria para unidade

Durante as visitas, os pacientes se sentem honrados de estarem sendo visitados pelo Presidente, Superintendente e Gerência. Todos os apontamentos realizados são resolvidos no mesmo dia pela equipe multidisciplinar. Quando a equipe da unidade é reunida, surgem apontamentos de que só conheciam a alta liderança por fotos e há oportunidade de se conhecerem pessoalmente. Alguns esclarecimentos de estrutura física, equipamentos e pessoas são alinhados. A equipe é elogiada ou desafiada de acordo com os apontamentos de cada paciente. Depois da visita ao paciente, toda equipe é reunida para um feedback. Há uma devolutiva formal para todos os gestores das unidades com as percepções do paciente, equipe e alta liderança.

CONCLUSÕES

Concluímos que o Round Executivo é uma boa oportunidade da liderança mostrar preocupação genuína com a qualidade do atendimento, aproveitar o conhecimento dos colaboradores da linha de frente in loco e ainda estimular um diálogo aberto para melhorar o clima de segurança e resolver problemas práticos. O clima informal e a proximidade entre os profissionais da linha de frente fazem a diferença, ao tirar a formalidade do encontro com um membro da alta liderança.

REFERÊNCIAS

https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/ronda-de-seguranca-da-lideranca/

Segurança do Paciente, Eventos Adversos e Registro Seguro: Aprimoramento para Novos Colaboradores Assistenciais

Ana Eliza Campos Christopoulos, Hillary de Andrade Pereira Cavalcante, Larissa Andrade de Araújo Silveira, Mayara Jordão Oliveira Santos.

INTRODUÇÃO

A necessidade de realizar um aprimoramento com os novos colaboradores da equipe assistencial, para conscientizá-los e ensiná-los sobre Notificação de Incidentes, Eventos Adversos e Registro Seguro, objetivando melhorar a Segurança do Paciente nos processos institucionais, surgiu como mais uma estratégia para implantação uma cultura de segurança solidificada, antes mesmo de o colaborador iniciar sua atuação direta com o paciente, tornando-o um multiplicador do conhecimento.

METODOLOGIA

O momento de aprimoramento assistencial ocorre seguido da integração geral para novos colaboradores, possuindo uma duração de 2h (duas horas), abordando as temáticas: Cultura de Segurança, Gerenciamento de Riscos, Eventos Adversos, Notificação de Incidentes e Registro Seguro. Sendo explanado de forma dinâmica, com exercício de fixação ao término do momento, em forma de jogo e competição entre equipes, visando uma aprendizagem leve e eficaz.

Finalização do momento de Aprimoramento de Novos Colaboradores Assistenciais.

Finalização do momento de Aprimoramento de Novos Colaboradores Assistenciais.

RESULTADOS

Após a implantação desta nova estratégia de solidificar uma cultura de segurança na instituição, obtivemos os seguintes resultados: Aumento das notificações de incidentes e/ou Eventos Adversos; Aumento dos multiplicadores da Cultura de Segurança na Instituição; Redução dos erros relacionados ao Registro Seguro; Redução de glosas técnicas advindas de falhas no registro em prontuário. Estes resultados são acompanhados através de dashboards e mensurados através de indicadores.

Finalização do momento de Aprimoramento de Novos Colaboradores Assistenciais.

Finalização do momento de Aprimoramento de Novos Colaboradores Assistenciais.

CONCLUSÕES

A utilização da metodologia de instruir, capacitar e conscientizar os novos colaboradores assistenciais, tornando-os multiplicadores e geradores de mudanças, proporcionou um renovo para implementação diária de medidas em prol da Segurança do Paciente, pois os novos colaboradores podem contribuir com olhares direcionados para rumos não identificados anteriormente, fazendo com que alcancemos melhorias contínuas em prol do paciente e da instituição.

REFERÊNCIAS

ABJAUDE, Samir Antonio Rodrigues. **Estratégias para sensibilizar a notificação de eventos adversos**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, Dalvânia Lopes et al. Análise de uma estratégia de redução de subnotificações de evento adverso em um hospital.

SEGURANÇA PARA O COLABORADOR DURANTE COMBATE À PANDEMIA – CENÁRIO 2020

Michelly G. Soares Salgado, Danilo Ribeiro de Miranda, Maressa Dias Amorim Godoy, Milton Henriques Guimaraes Junior

INTRODUÇÃO

No contexto pandêmico, os desafios da gestão da saúde são complexos e desafiadores. A chegada do vírus SARS Cov desafiou a capacidade de atendimento na área de recursos humanos que se mostrou essencial ao enfrentamento da pandemia, sendo necessário a implementação de medidas de segurança para continuidade das atividades.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido iniciativas em diferentes frentes de atuação, com o objetivo de acompanhar a saúde física e emocional dos colaboradores, minimizando e controlando os riscos ocupacionais e ambientais, garantindo o cumprimento de requisitos legais e, acima de tudo, um ambiente de trabalho saudável e seguro.
Foram elaborados protocolos institucionais para o enfrentamento da doença. Além disso foi criado um Comitê de Gestão de Risco, atuando na implementação precoce de ações de prevenção à contaminação e à transmissão do vírus, mantendo a integridade e segurança dos colaboradores, seus familiares e da sociedade.
Foram também criados fluxos de atendimento aos pacientes e colaboradores, protocolo de tratamento e recomendação quanto ao uso de equipamentos individuais (EPI's), com itens de proteção (avental, máscara descartável incluindo N95 e PFF2 e protetor facial).

Fonte: Arquivo institucional - Segurança no trabalho da FSFX, 2021.

Fonte: Arquivo institucional - Segurança no trabalho da FSFX, 2021.

RESULTADOS

Preocupados com sua força de trabalho, iniciou-se as testagens estratégicas dos colaboradores, garantindo a minimização da contaminação.
Com o objetivo de acompanhar a saúde física e emocional dos colaboradores foi implantado o projeto "FalaAí Saúde", oferecendo orientações e suporte através do monitoramento periódico com o intuito de deflagrar a necessidade de acolhimento imediato, identificando a necessidade de acompanhamento psicológico ou médico.
O notável avanço da responsabilidade social corporativa é vista no desfecho favorável relacionado a preservação da vida desses heróis, não sendo registrado em 2020 nenhum óbito dos colaboradores infectados.

Fonte: Arquivo institucional da FSFX, 2021.

Fonte: Arquivo institucional da FSFX – Fala Aí , 2021.

CONCLUSÕES

Importante destacar o empenho coletivo dedicado, de forma excepcional, pelos profissionais na absorção dos atendimentos aos pacientes com a Covid-19, que foi essencial para enfrentamento da pandemia, restauração da saúde, promoção da segurança e bem-estar individual e coletivo. São atitudes muitas vezes heroicas, exercidas por pessoas comprometidas com a missão de promover a transformação social por meio da atuação de excelência.

REFERÊNCIAS

1. Dados internos da Medicina Ocupacional do Hospital Marcio Cunha/Fundação São Francisco Xavier
2. Protocolo Manejo Clínico COVID-19 Prevent Senior. 25/05/2020.

Simulação Clínica como Estratégia para a Educação Permanente: treinamento para a equipe assistencial no enfretamento à COVID-19.

Carina Aleixo de Oliveira Sampaio, Daiana Miranda Lago, Giliane dos Santos Bittencourt Azevedo, Jaqueline Amaral de Almeida Dourado.

INTRODUÇÃO

As complicações da COVID-19 revelaram a necessidade de adequações no manejo do paciente crítico, promovendo segurança para o paciente e profissionais envolvidos. Nesse sentido, surge a demanda de treinamentos para desenvolver novas habilidades técnicas e aprimorar o conhecimento sobre suporte avançado de vida. Este estudo objetiva propor a aplicação de simulações clínicas no desenvolvimento de equipes assistenciais.

METODOLOGIA

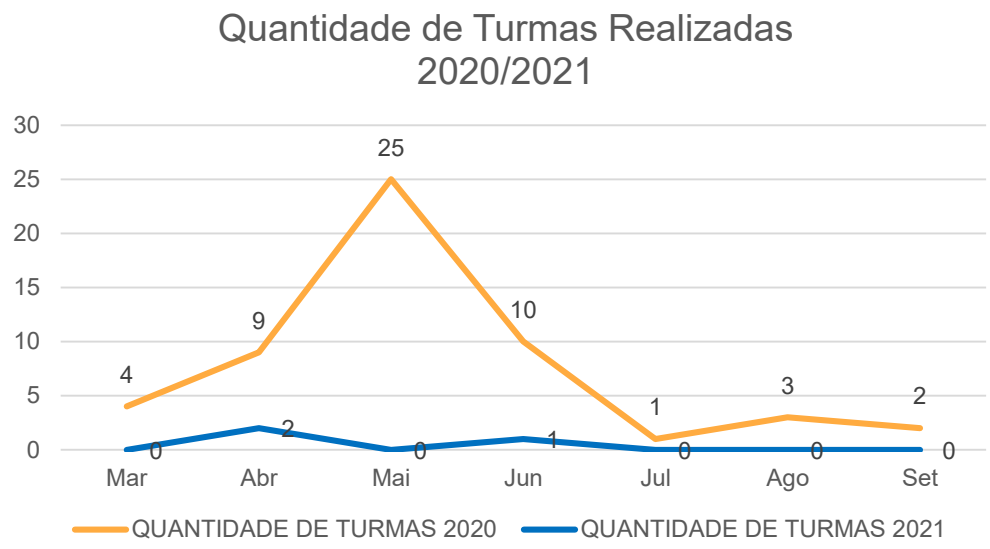
Trata-se de um relato de experiência sobre treinamentos para a equipe multidisciplinar atuante na assistência ao paciente com COVID-19. As aulas tinham carga horária de duas horas e turmas com quantitativo máximo de doze pessoas, devido às medidas de isolamento social, realizadas em quartos de enfermaria. Os recursos aplicados foram materiais utilizados na prática assistencial, manequim antropomórfico e projeções ilustrativas.
De acordo com a diversidade profissional dos participantes, a mediação foi realizada por médico intensivista, fisioterapeuta com experiência em UTI e enfermeira de Educação Permanente para a equipe assistencial e dos médicos do serviço de anestesia para a equipe médica. As equipes receberam instruções através de demonstração, seguidas de simulações clínicas, nas quais eram abordados os temas Sequência Rápida de Intubação Orotraqueal para COVID-19, Manuseio do Ventilador de Transporte e Ressuscitação Cardiopulmonar.

04/04/2020 – Simulação Atendimento do Paciente em PCR e IOT COVID-19 com a equipe multidisciplinar de unidades de internação Adulto.

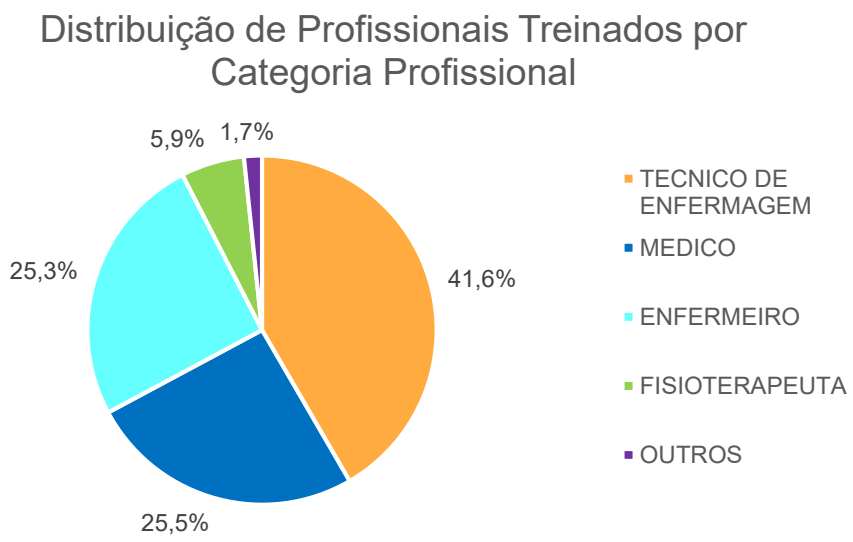
18/05/2020 – Simulação IOT COVID-19 com a equipe multidisciplinar .

RESULTADOS

Entre os anos de 2020 e 2021, foram realizadas 57 turmas de treinamentos, concentrando a maior quantidade nos meses de Abril a Junho, correspondendo ao início da pandemia de COVID19, com o objetivo de preparar as equipes para atender ao novo perfil de pacientes.
Participaram um total de 768 colaboradores e terceiros, dentre enfermeiros, técnicos de Enfermagem, fisioterapeutas e médicos, atuantes nas unidades de internação, emergência e terapia intensiva, destinadas a pacientes adultos e pediátricos, tendo maior público a equipe de enfermagem com 66,9%. A estratégia educativa adotada resultou em maior aproveitamento em decorrência da aplicação do conteúdo no novo contexto de trabalho dos profissionais, ocasionado pela pandemia. Por ser um tema emergente, o interesse em aprender a manejar o paciente crítico com COVID-19 e como se proteger da contaminação pelo vírus, foram aspectos que também contribuíram para aumentar o engajamento das equipes nos treinamentos.



Quantidade de turmas de treinamentos realizadas em 2020 e 2021.



Distribuição de Profissionais Treinados por Categoria Profissional.

CONCLUSÕES

Em cenários atuais, nos quais os profissionais de saúde estão desgastados sob os pontos de vista físico e emocional, torna-se ainda mais desafiador para a Educação Permanente buscar alternativas para o desenvolvimento profissional dos colaboradores, de modo a gerar melhor qualidade na assistência aos pacientes. Portanto metodologias de ensino que possibilitam a problematização promovem maior envolvimento dos participantes e potencializam a aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Orientações sobre o manejo de medicamentos analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares para intubação traqueal, manutenção de pacientes em ventilação mecânica e anestesia em situações de escassez no contexto da pandemia Covid-19. Disponível em www. amib.org.br
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 1. ed. rev. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2020.

SISTEMA DE CONTROLE DE VACINAÇÃO COVID-19 E PESQUISA

Alessandra Bastos Borges, Luiz Ernesto Faria Reis, Bruna de Souza Lima Murta, Milton Henriques Guimarães Silva

INTRODUÇÃO

É notável que a pandemia acelerou alguns processos de trabalho e uma grande aliada deste crescimento é a tecnologia da informação, que se tornou essencial na mitigação de impactos causados pela Covid-19. Os sistemas de informação são eficazes na preservação da documentação, essenciais na investigação histórica em matéria de saúde pública, de extrema importância para a gestão das instituições e no auxílio à prática clínica baseada na evidência. Em busca de controle e armazenamento de informações, coleta de dados, agilidade, acompanhamento da vacinação dos colaboradores e desenvolvimento de uma pesquisa referente às vacinas contra a Covid-19, foi criado um sistema *web* com parceria entre o setor de Ensino e Pesquisa, o setor de Saúde Ocupacional e o setor de Tecnologia da Informação da instituição. Este estudo teve como objetivo registrar e controlar a vacinação contra Covid-19 dos colaboradores, e desenvolver, coletar e armazenar dados de uma pesquisa clínica do tipo coorte.

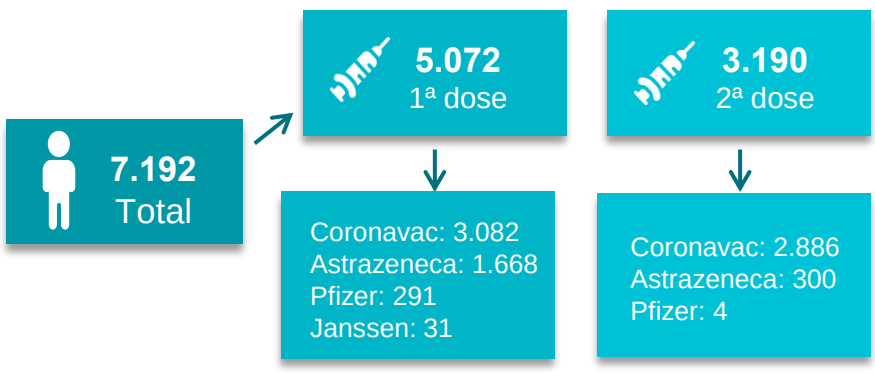
METODOLOGIA

Foi desenvolvido um sistema web para registro e armazenamento de dados da vacinação contra Covid-19 e dados da pesquisa clínica, com as seguintes variáveis: data do recebimento da vacina, tipo da vacina, dose, lote, validade e responsável pela administração. Questionário sociodemográfico; questionário pré-vacinação; questionários após 1ª e 2ª doses; dados vacinais e resultados das contagens de anticorpos.

Fonte: Imagens do layout do Sistema de Controle de Vacinação contra COVID-19 e Pesquisa, 2021.

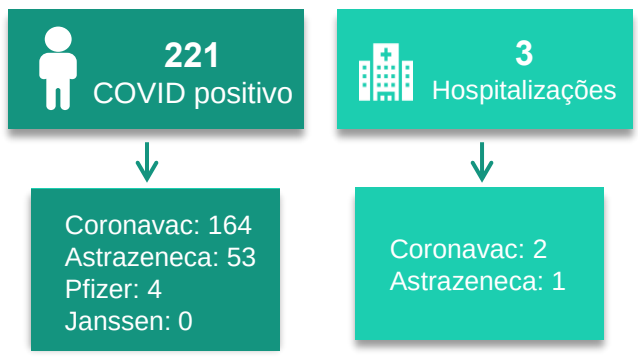
RESULTADOS

O sistema permitiu que até o final do mês de agosto de 2021 fossem registrados dados vacinais de um total de 5.072 (70%) colaboradores da Fundação São Francisco Xavier (FSFX) que receberam a 1ª dose da vacina e 3.190 (44%) colaboradores que receberam a 1ª e a 2ª dose ou a dose única da vacina, conforme apresentado no esquema abaixo:



Esquema apresentando o detalhamento da vacinação dos colaboradores da FSFX.

Com o sistema foi possível identificar um total de 221 (4,35%) colaboradores que testaram positivo para COVID-19 após o recebimento da 1ª dose e um total de 3 (0,1%) hospitalizações após a 1ª dose, conforme descrito no esquema abaixo:



Esquema apresentando o detalhamento de colaboradores que testaram positivo após primeira dose da vacina.

Na pesquisa foram registrados um total de 617 participantes. Predominou-se o sexo feminino e uma média de idade de 34 anos, conforme descrito no Quadro 1:

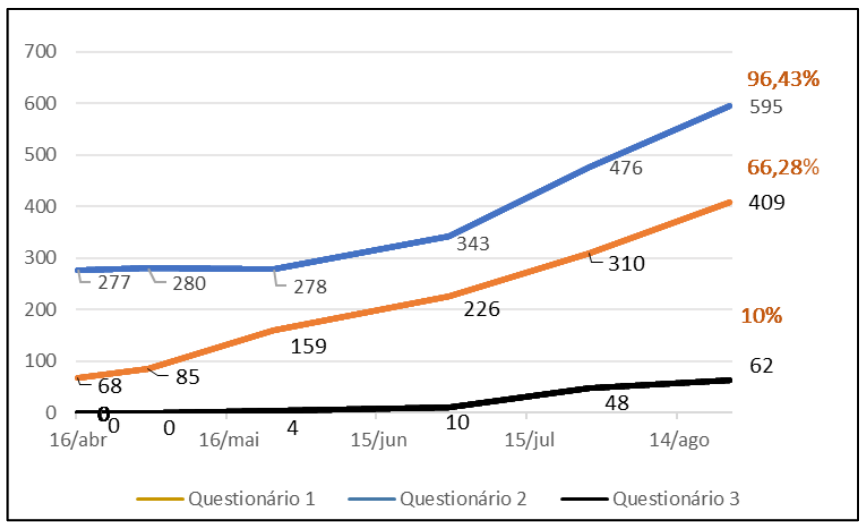
Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos participantes da Pesquisa por tipo de vacina

VACINA	Participantes incluídos	Média idade	Feminino	Masculino
AstraZeneca	427 (69%)	33	301 (70%)	124
CoronaVac	109 (18%)	29	59 (54%)	51
Pfizer	63 (10%)	33	24 (38%)	39
Janssen	18 (3%)	31	4 (22%)	14
TOTAL	617 (100%)	34	388 (63%)	229

Fonte: Sistema de Controle de Vacinação COVID-19 e Pesquisa, 2021.

Um total de 595 (96%) participantes da pesquisa responderam ao questionário pré-vacinação, 409 (66%) responderam ao questionário após 1ª dose e 62 (10%) responderam após a 2ª dose, conforme apresentado no Gráfico 1:

Gráfico 1 – Percentual de participantes que responderam aos questionários da Pesquisa, 2021.



Fonte: Sistema de Controle de Vacinação COVID-19 e Pesquisa, 2021.

CONCLUSÕES

O Sistema de Controle de Vacinação e Pesquisa contribui para a redução de custos, melhoria dos processos, controle de registros e prazos da pesquisa, centralização e compartilhamento dos dados, elevando a precisão e eficiência na obtenção das informações para tomadas de decisões mais assertivas.

REFERÊNCIAS

Dados extraídos do Sistema de Controle de Vacinação contra Covid-19 e Pesquisa, 2021.

Relatórios Sistema Tasy, Sistema de Gestão de Serviços de Saúde, 2021.

SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR PARA AUXÍLIO DE TOMADA DE DECISÕES COM FOCO NO PACIENTE

José Rodrigues de Freitas Sousa, Lia Gomes da Frota Machado, Klebson Carvalho Soares

INTRODUÇÃO

O Sistema de Gestão Hospitalar, é um software que otimiza o trabalho nas instituições, integrando seus departamentos e atividades. Integram a esse programa, tarefas administrativas até assistenciais, utilizando o potencial da tecnologia da informação. No Complexo Santa Casa, possui numa única plataforma: ferramentas assistenciais, financeiras, administrativas, estratégicas e gerenciamento de informações clínicas, no que resulta uma maior eficiência na gestão e no atendimento.

METODOLOGIA

A implantação do software de gestão hospitalar iniciou de forma gradativa e programada, com reuniões de levantamento de pré-requisitos, alinhamento de fluxos e processos, treinamentos com todos os envolvidos no processo, e a migração por áreas específicas. O prontuário eletrônico do paciente foi o primeiro software a ser implantado, e na sequencia o restante dos módulos do sistema.

Imagem 2: Exemplo de algumas informações aos quais o médico tem acesso

RESULTADOS

Em setembro de 2020, foi implantado o prontuário médico do paciente na nova plataforma HTML5, onde foi treinado o corpo clínico do hospital e enfermagem para a utilização do sistema, trazendo excelentes benefícios ao acompanhamento e continuidade da assistência ao paciente.

Em março de 2021, foi implantado o sistema de gestão hospitalar denominado SOULMV, onde foi contemplado todos os setores da instituição. Com o novo sistema, a instituição evoluiu no sentido de estar atualizado com um software moderno, facilitando o manuseio através de aplicativos móveis com interação através de navegadores WEB. Houve ganho em controle de estoques e com isso reduzindo as falhas nas compras do hospital, trazendo economia financeira. Com o SOULMV, ganhou-se consideravelmente na integração entre os módulos, trazendo rotinas mais otimizadas, reduzindo tempo de digitação de dados por parte dos setores.

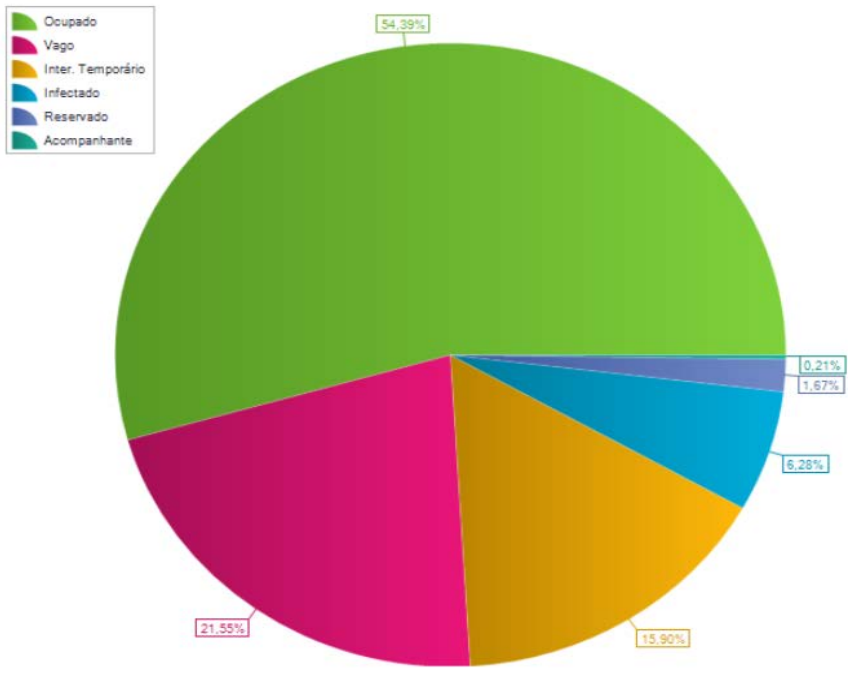


Imagem 3: Modelo de gráfico de acompanhamento da ocupação de leitos

CONCLUSÕES

Com a aquisição de novas tecnologias para a instituição, é possível em curto espaço de tempo, visualizar mudanças significativas no que tange o acompanhamento efetivo de todas as informações da instituição, buscando através de plataformas disponibilizadas para acompanhamento de indicadores, uma tomada de decisão mais acertiva em todos os pontos do hospital. Com a implantação do sistema, foi possível proporcionar a diminuição da probabilidade de erros médicos com acesso fácil e rápido às informações e histórico dos pacientes.

SISTEMA PARA GESTÃO DE ATIVOS HOSPITALARES BUSCANDO AUMENTO DE CONFIABILIDADE E REDUÇÃO DE CUSTOS

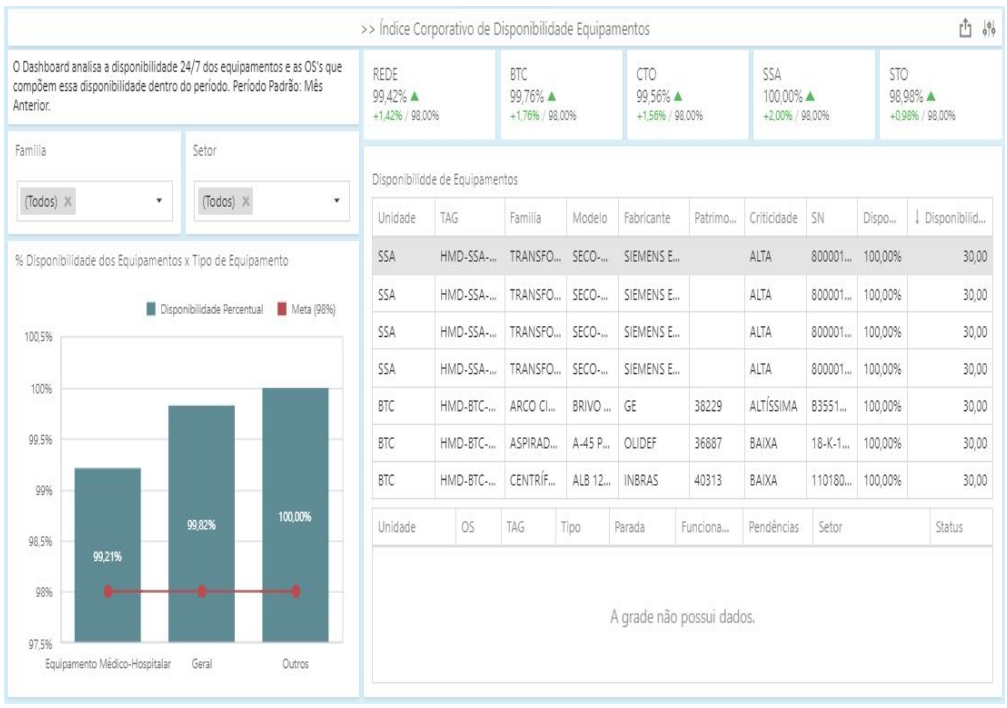
Glauco Peixoto Alves da Silva, Ely Dias Duarte Neto, Gabriela Gonçalves Rocha, Weverton dos Santos Batista

INTRODUÇÃO

Com o crescimento da Rede Mater Dei de Saúde aumenta os desafios com relação à gestão de ativos. Neste contexto, a utilização de uma ferramenta é primordial para aumento da confiabilidade e disponibilidade de equipamentos e infraestrutura, trazendo maior segurança operacional e assistencial. Da mesma forma, redução de custos de manutenção dos ativos se torna fator relevante na sustentabilidade das organizações. A ferramenta utilizada é parametrizada pela Rede Mater Dei de Saúde foi o sistema Neovero.

METODOLOGIA

O sistema Neovero foi parametrizado pelo time de Engenharia de Manutenção da Rede Mater Dei de Saúde para criação de rotinas com foco em práticas proativas: manutenção preventiva, manutenção preditiva, inspeção com base na condição e gestão de sobressalentes. Além dessas práticas, o software possibilita um controle sistêmico de custos e a geração de KPIs que permitem melhor gestão de Engenharia de Manutenção.
Todas as informações, são atualizadas on-time com as informações provindas das equipes de campo, que utilizando as ferramentas eletrônicas instaladas nos tablets, acessam, recebem é processam todas as informações relacionadas as manutenções executadas no campo.

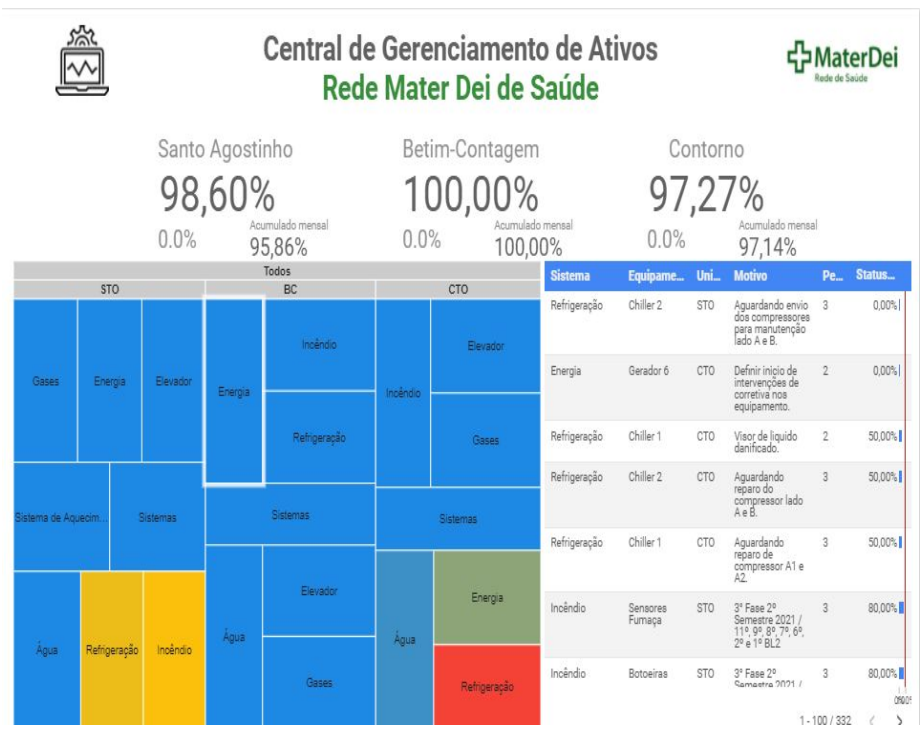


Dashboard: Disponibilidade de equipamentos médicos

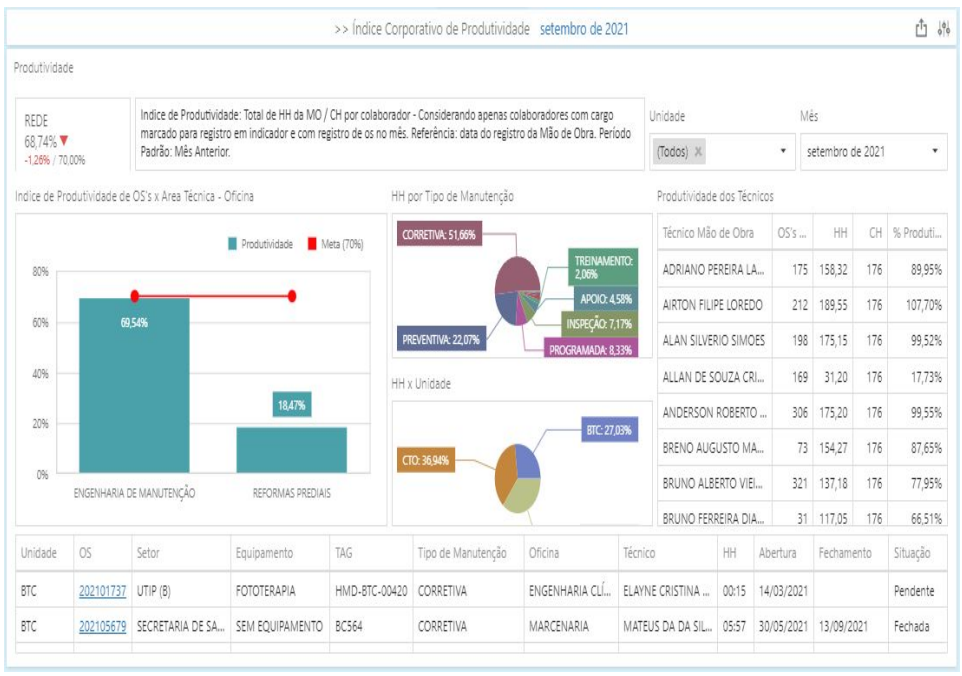
Dashboard Monitoramento do avanço do plano de planejadas mensal.

RESULTADOS

A gestão de ativos de infraestrutura da Rede Mater Dei de Saúde utilizando o sistema Neovero tem proporcionado melhor gestão de recursos, aumento de produtividade, maior disponibilidade, maior confiabilidade e menor custo de manutenção. Consequentemente, conquista-se segurança assistencial, operacional e melhor experiência de clientes internos e externos.
Os dados, das figuras abaixo, representam os dashboards desenvolvidos dentro da plataforma que permitem a comunidade acompanhar e analisar a performance dos principais indicadores de engenharia.



Boletim estatístico semanal dos sistemas críticos CGA.



Dashboard: Produtividade das Oficinas de Engenharia rede.

CONCLUSÕES

Um sistema de gestão de Engenharia de Manutenção com foco em Engenharia Clínica, Manutenção Predial e Automação tem proporcionado melhoria de resultados ligados aos sistemas críticos de infraestrutura da Rede Mater Dei de Saúde utilizando práticas proativas de manutenção, gerando maior segurança assistencial, operacional e melhor experiência de clientes internos e externos é garantindo uma visualização on-time dos ativos da Rede.

REFERÊNCIAS

https://materdei.neovero.com/, (Sistema de gestão MaterDei).
https://www.materdei.com.br/

SOCORRISTAS EM SAÚDE MENTAL: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA NAS ORGANIZAÇÕES

D.L.G. Rodrigues, A.C. Martins, L.P. Mendonça, L.F. Serpa

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem maior prevalência de depressão da América Latina e é o país mais ansioso do mundo, com piora importante destes indicadores após a atual pandemia por SARS-CoV-2. A estratégia de implementação de estratégias em Saúde Mental iniciou na Austrália, através do curso “mental health first aid.”

METODOLOGIA

Objetivo: descrever uma das estratégias em Saúde Mental promovida pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz chamada de I Curso de Formação de Socorristas em Saúde Mental e a inserção destes profissionais no dia-a-dia da instituição.

Método: equipes de médicos dos setores de Inovação e Responsabilidade Social, psicólogos do programa de saúde integral e professores da Faculdade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, realizaram reuniões semanais para discussão do tema, tópicos relevantes e melhor metodologia de ensino para o desenvolvimento deste curso. A metodologia utilizada foi baseada no aluno, com um total de 60 horas de aula, 100% online, distribuídas entre aulas semanais síncronas (ao vivo), atividades científicas na plataforma de ensino e projeto individual.

RESULTADOS

O curso teve início em 28 de abril de 2021 e foi finalizado em 18 de agosto de 2021. Os temas abordados neste curso estão descritos na tabela 1:

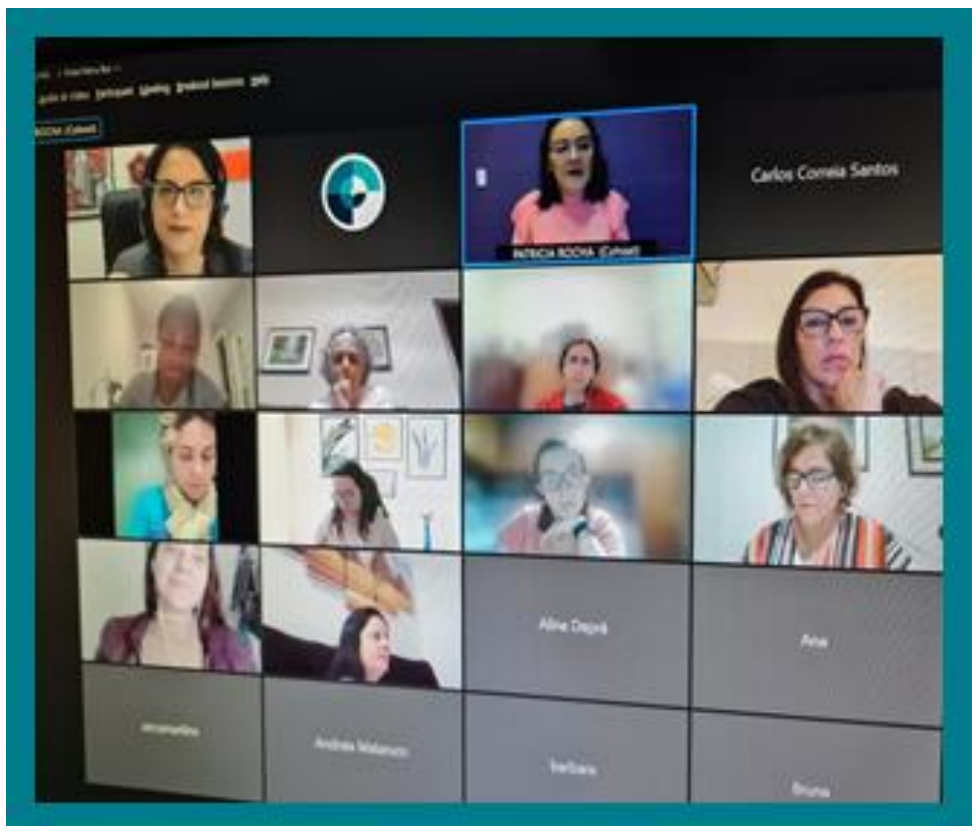


Figura 1: Panorama de uma das aulas síncronas do curso.

Diante da atual demanda por ações voltadas especificamente para a Saúde Mental dos colaboradores nas diferentes organizações, a formação de Socorristas em Saúde Mental, com o objetivo de identificar e acolher colegas em situação de risco, se torna estratégica. Este curso, além de ser inédito no Brasil, possui as vantagens de ser abrangente, com aulas ao vivo que permitem interação dos alunos com os palestrantes, acessível a profissionais de áreas não-hospitalares além de permitir uma discussão mais ampla sobre o tema de Saúde Mental, levando em consideração e ampliando o conceito preconizado pela OMS.

Além disso, o HAOC, através da formação de equipe interna de Socorristas, é o primeiro Hospital do Brasil a ter um quadro de funcionários voltados especificamente para atenção à Saúde Mental de seus colaboradores.

MÓDULO 1	MÓDULO 2	MÓDULO 3	MÓDULO 4
Conceito de felicidade e bem-estar	O impacto dos super alimentos na saúde mental	Musicoterapia	Gestão de conflitos
Conceito de Saúde Mental	O impacto do ambiente na saúde mental	Mindfulness	Gestão de mudanças
Relevância das principais doenças	O impacto da sustentabilidade na saúde mental	Atividade física	Liderança
	O impacto do estilo de vida na saúde mental	Espiritualidade	Estratégias anti-burnout

Tabela 1: Grade de programação do Curso de Formação de Socorristas em Saúde Mental.

Inicialmente, 146 alunos se inscreveram, e 101 completaram o curso. Destes, 37 eram funcionários do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. O perfil profissional dos alunos foi bastante variado, correspondendo não só de profissionais da área da saúde, como enfermeiros e psicólogos, mas também de equipes administrativas de diferentes empresas, equipes de recursos humanos, educadores, profissionais da aviação e do setor de comércio (Figura 1).

CONCLUSÕES

Através da formação de uma equipe de colaboradores voltadas especificamente para identificação e o acolhimento de funcionários em risco para doenças mentais, o HAOC contribui com estratégias inovadoras em prol de um ambiente de trabalho mais saudável e harmônico.

REFERÊNCIAS

1- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *24*, 201-209.
2- Factors associated with mental health and quality of life during the COVID-19 pandemic in Brazil
3- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., ... & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,
4- https://www.mentalhealthfirstaid.org/

SOLUÇÕES COLABORATIVAS INTEGRADAS

Programa de Desenvolvimento de Supervisores da FSFX

Adriana Gonçalves Nunes, Camila Aparecida de Figueiredo Braga, Erica De Cassia Barbosa Marques e Leidimar Gleicielle Oliveira.

INTRODUÇÃO

A FSFX considera que a tomada de decisão é inerente aos Supervisores. No entanto, a tomada de decisão envolve o risco de acertar e o risco de errar. Portanto, não é razoável esperar 100% de acerto nas decisões tomadas em qualquer nível. Além disso, "lidar bem com o risco" é uma característica das equipes de Alta *Performance*. Baseada nessa crença, a FSFX realizou o Programa de Desenvolvimento de Supervisores como estratégia de empoderamento e aumento da confiança de seus Supervisores na tomada de decisão, por meio da aplicação de **Soluções Colaborativas Integradas.**

METODOLOGIA

O programa **Soluções Colaborativas Integradas** foi centrado numa metodologia ativa problematizadora conhecida como Espiral Construtivista.

Nesse modelo, os participantes trazem experiências e conhecimentos prévios e interagem para criar conhecimento compartilhado. Assim, todos aprendem com todos. Um dos ganhos dessa metodologia em treinamentos corporativos é o aumento da confiança para lidar com situações desafiadoras e complexas por meio da colaboração.

Com duração de 12 meses, as 3 etapas do programa foram: **1) Jornada Pré-desenvolvimento:** Identificação e seleção das situações-problema; **2) Oficinas Colaborativas:** Formulação conjunta de hipóteses; Construção de novos significados a partir do confronto entre os saberes prévios e novas informações; Elaboração da solução a ser aplicada; e **3) Workshop Virtual:** Apresentação das soluções e avaliação por pares, gerentes e diretores.

A Figura 1 representa os movimentos recursivos e contínuos do processo de aprendizagem, por meio da Espiral Construtivista.

Figura 1 – Representação esquemática da Espiral Construtivista
Lima V. V. Constructivist spiral: an active learning methodology. Revista Interface. Botucatu, 2017.

Figura 2 – Jornada Pré-desenvolvimento
Identificação e seleção das Situações-problema a serem solucionadas.

RESULTADOS

O programa contou com a participação de 71 Supervisores das áreas Assistenciais (UTI, Internação, Pronto-Socorro, Diagnóstico Imagem, Centro Obstétrico e Cirúrgico, Farmácia) e Administrativas (Suprimentos, Logística, Financeiro, Comercial).

Na Jornada Pré-desenvolvimento, gerentes e especialistas de diversas áreas mapearam 24 situações-problema. Dessas, 10 foram selecionadas e trabalhadas pelos Supervisores nas Oficinas Colaborativas. Ao final do programa, por meio de um Workshop Virtual, os Supervisores apresentaram aos diretores da FSFX as soluções para tratar 5 das 10 situações-problema analisadas durante o Programa.

Além das soluções propostas pelos Supervisores para as situações-problema trabalhadas, destacam-se como resultados alcançados pelo programa: a) ampliação da visão sistêmica sobre a FSFX e seus processos; b) aumento da sinergia entre os setores e os Supervisores das áreas envolvidas no programa; c) o fortalecimento da resiliência e da resolutividade; e, d) o empoderamento dos Supervisores para lidar com situações-problema complexas, para lidar com riscos e erros, e assumir maiores desafios na Instituição.

Figura 3 – Oficinas Colaborativas
Formulação de hipóteses e elaboração das soluções de forma colaborativa.

Figura 4 – Workshop Virtual
Apresentação e avaliação das soluções pelos pares, gerentes e diretores.

CONCLUSÕES

Na avaliação da FSFX, a implantação de soluções colaborativas tem-se apresentado como um caminho sem volta, tanto na formação e desenvolvimento de Supervisores e Líderes de Equipes, quanto no aprimoramento e alcance de melhores resultados dos processos com interface entre duas ou mais áreas da organização. Afinal, o ambiente corporativo contemporâneo globalizado, com turbulência nível 5 e conhecimento cada vez mais especializado, exige soluções flexíveis, adaptativas e integradas. Essas são características presentes em soluções colaborativas. Contudo, para situações complexas, que envolvem um maior número de áreas, não basta ser colaborativa, e sim colaborativa integrada.

REFERÊNCIAS

ALVIM, J. C. A gênese dos paradigmas - do taylorismo às redes de inovação aberta. Mestrado em Administração. FUMEC, Belo Horizonte, 2010.

LIBOEIRO, K. R.; BORGES, R. S. G. Gestão de Equipes de Alto Desempenho. Revista Gestão & Regionalidade, São Caetano do Sul, v. 34, nº 102, p. 5-22, set. / dez. 2018.

LIMA V. V. Constructivist spiral: an active learning methodology. Revista Interface, Botucatu, v. 21, nº 61, p.421-434, abr../jun. 2017.

ROBBINS, S. P. Comportamento Organizacional. 11 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005, 536p.

Suscetibilidade do serviço de emergência e eventos adversos relacionados a Medicamentos Look Alike/Sound Alike (LASA)

Pâmela Ceroni Silveira, Marcius Prestes, Maite Miranda

INTRODUÇÃO

A rotatividade de pacientes em pronto-socorro e suas dinâmicas de atendimento são fatores de risco a qualidade do atendimento e a segurança do paciente. Uma assistência segura é responsabilidade de cada profissional e das incitações realizadas e estabelecidas pelos serviços de saúde através de recursos materiais de qualidade e de capacitações on job que conduzam a tomadas de decisão rápidas e assertivas especialmente em momentos assistenciais críticos. Eventos adversos relacionados a medicamentos são frequentemente observados na cadeia de atendiemnto hospitalar e definem -se por “qualquer evento evitável que possa causar ou conduzir ao uso inadequado de medicamentos ou a danos no doente, enquanto a medicação estiver sob o controle do profissional de saúde, doente ou consumidor.” Sendo assim a conscientização da equipe de pronto-socorro para o uso vigilante de medicamentos em situações de urgência é fundamental para práticas seguras de atendimento.

METODOLOGIA

Revisão da jornada do paciente do pronto socorro a partir de um evento adverso de administração de medicamento, através do mapeando as etapas dos atendimentos e pontos que conduziram a falha sob a perspectiva dos profissionais envolvidos no evento. Através desse mapa foi desenvolvido um alerta visual para medicamentos com aparência, ou nomes parecidos, conhecidos como medicamentos Look Alike/Sound Alike (LASA), existentes no carro de urgências da unidade. E realizada uma capacitação one a one da equipe correlacionando o evento ao alerta visual e necessidade de vigilância profissional nas prescrições verbais das situações de urgência.

Legenda: Alerta visual para medicamentos LASA do carro de parada. HMD,2021.

RESULTADOS

Com essa capacitação tornamos a equipe consciente para risco de eventos relacionados a medicamentos LASA durante a cadeia de cuidado. Evitamos um novo evento adverso durante um atendimento de urgência envolvendo um anticoagulante dispensado de forma inadvertida e que foi barrado na cadeia de atendimento pela dupla checagem feita pré administração. O evento foi notificado pela equipe como uma quase-falha e atribuído a importância de dupla checagem a solicitação verbal e semelhança de pronúncia com outros medicamentos.

CONCLUSÕES

Estratégias de promoção de cultura de segurança, favorecem aos ciclos de melhoria em serviço hospitalares, o que aumentam a qualidade do atendimento prestado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. ISMP. Institute for Safe Medication Practices. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. 2013.
2. da SilvaW. M., et. Al Eventos adversos e segurança do paciente no atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 9, p. e4057, 25 set. 2020.

Camilla do Rosário Nicolino Chiorino; Silvia Helena Frota Mendonça

INTRODUÇÃO

Dentro do Programa de Educação existe uma importância grande a comunicação com a equipe multiprofissional, pois existem diversas ações educacionais que ocorrem e precisam ser valorizadas e contempladas no prontuário funcional do colaborador.

Para estimular a aquisição de conhecimentos e habilidades temos diversos treinamentos organizados internamente pela educação, bem como muitas ações educacionais surgem de plano de ação, sendo estas conduzidas pela equipe assistencial.

Temos também a possibilidade de realizar cursos externos custeados pela BP, e ainda precisamos garantir uma rápida comunicação para melhorias que envolvam os cadastros de enfermagem no nosso prontuário eletrônico.

METODOLOGIA

Com o objetivo de unificar e sistematizar da comunicação com o modelo já utilizado pela TI (TopDesk), foi estruturado um brainstorming com a equipe da educação continuada identificando os maiores pontos de contato com a equipe assistencial.

A partir dos resultados, foi estruturado o PDSA para a execução e então, iniciado o piloto com o item de LNT (Levantamento de Necessidade de Treinamento) anual.

PDSA para criação da Ferramenta

Layout da Ferramenta no Top Desk

RESULTADOS

Com a estruturação e divulgação às lideranças do canal de comunicação, foi observada uma curva de aprendizagem desde a divulgação (fevereiro/2021) ao fim 1º semestre (junho/2021).

No começo, houve baixa interface com a equipe, sendo o maior foco as lideranças. Agora já temos uma comunicação direta com toda a equipe, facilitando o recebimento destas evidências e agilidade no registro e retorno.

Possibilitando uma maior fidedignidade dos dados dos colaboradores no sistema de gerenciamento de recursos humanos (RM). Acompanhamos os chamados e temos o SLA de retorno em 2 dias, sendo o total em 2021 de 903 chamados, sendo que 96% já foram resolvidos e somente 4% ainda estão entre: aguardando solicitante, andamento e registrado.

Diagrama dos principais resultados

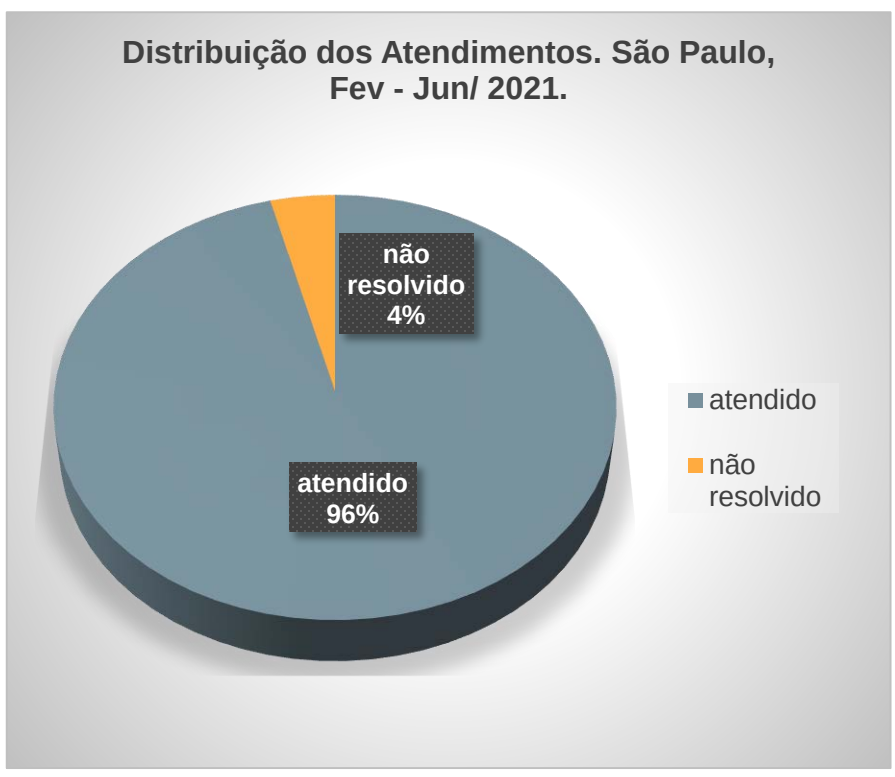


Gráfico: Distribuição dos Atendimentos. São Paulo, Fev - Jun/ 2021.

CONCLUSÕES

Todas as ações desenvolvidas conduziram para uma aproximação atemporal da educação continuada com as equipes assistenciais, de maneira contínua, com efetividade e eficiência.

Utilizar a tecnologia e ferramentas já conhecidas torna a adaptação mais leve e o projeto com maior chance de sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Caetano, M; Kurumoto, JS; Amaral, DC. Estratégia de Integração Entre Tecnologia e Produto: Identificação de Atividades Críticas no Processo de Inovação, **RAI Revista de Administração e Inovação**, Volume 9, Issue 2, 2012, p.124-148. Disponível em https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809203916303266, Acesso em 30.set. 2021.

TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO APLICADA A PROCESSOS ASSISTENCIAIS EM AMBIENTE HOSPITALAR: Relato de experiência.

Ana Trindade Pereira[1]; Sidney Crisostomo Monteiro[2]; Edgar Sobrinho de Brito[3]; Marcia Helena Alves Rodrigues[4]

INTRODUÇÃO

A tecnologia de informação (TI) no ambiente hospitalar deve ser desenvolvida para oferecer assistência clínica de qualidade, com recursos diagnósticos e terapêuticos que facilitem o processo decisório. Além disso, a inserção de ferramentas tecnológicas deve ser pautada na necessidade crescente de utilidade, aliada ao investimento financeiro necessário e as facilidades para incorporar essas funcionalidades nas rotinas assistenciais. Fazendo-se necessário intensificar a relação da TI à gestão institucional. O sistema chamado Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), onde as informações referentes ao paciente são armazenadas e protegidas em um banco de dados confidencial, tornando o fluxo de informações mais rápido e seguro onde o acesso é permitido somente a pessoas legalmente autorizadas. Este estudo tem como objetivo relatar experiências sobre aplicações práticas da TI na gestão a vista de unidades de internação clinica em serviço de saúde.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo tipo relato de experiência acerca das experiências das equipes assistenciais de unidade de internação sobre a efetividade da aplicação prática da TI através do uso de um painel eletrônico no ambiente assistencial de trabalho de um hospital privado, de atenção terciaria situado na cidade de Belém-PA.

RESULTADOS

Foi criado um painel eletrônico com “semáforos” onde profissionais de saúde autorizados utilizam dados em tempo real do prontuário eletrônico referente à adesão às avaliações de risco segundo protocolos institucionais e pendencias referentes aos processos assistenciais, este painel também indicava status de exames e avaliações de cada paciente internado na unidade. Facilitando a gestão da unidade e a tomada de decisão em tempo oportuno no cuidado e recuperação do cliente, integrando as informações relevantes para segurança do paciente. Percebeu-se que sua implantação forneceu subsídios não disponíveis pelo sistema de papel: diminuindo a desorganização e perda de dados, auxiliando na adesão aos protocolos bem como alcance dos indicadores assistenciais e segurança do paciente. A TI é uma ferramenta importante, deve ser utilizada para promoção da segurança do paciente, prevenindo erros terapêuticos e eventos assistenciais, otimizando o atendimento e assegurando qualidade.

CONCLUSÕES

Concluímos que a TI viabiliza o gerenciamento dos processos assistenciais nas instituições de saúde e fortalece a segurança das informações relacionadas ao prontuário do paciente. É importante seu desenvolvimento por impactar positivamente na qualidade e eficiência destes serviços, tornando-se relevante e essencial sua aplicação nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

MONTENEGRO, L. C.; *et al*. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. J. health inform, 5(1)mar; 2013. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. Organizadores Tereza Setsuko Toma [et al. ...] - São Paulo : Instituto de Saúde, 456p; 2017.

NAVOA, Claudio; NETTO Antônio Valério. Fundamentos de gestão e informática em saúde. Revisor Paulo Celso Budri Freire. São Paulo. Universidade Federal de São Pulo, 77 f.; Epub. 2019.

PINOCHET, L H C; *et al*. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. Ver. O mundo da saúde; 35(4):382-394. São Paulo: 2011

Teleatendimento como intervenção de enfermagem no acompanhamento à pacientes oncológicos e otimização da gestão de agendas ambulatoriais.

Ribeiro, K.C.P.; Stokler, C.P.S.; Viana, L.S.

INTRODUÇÃO

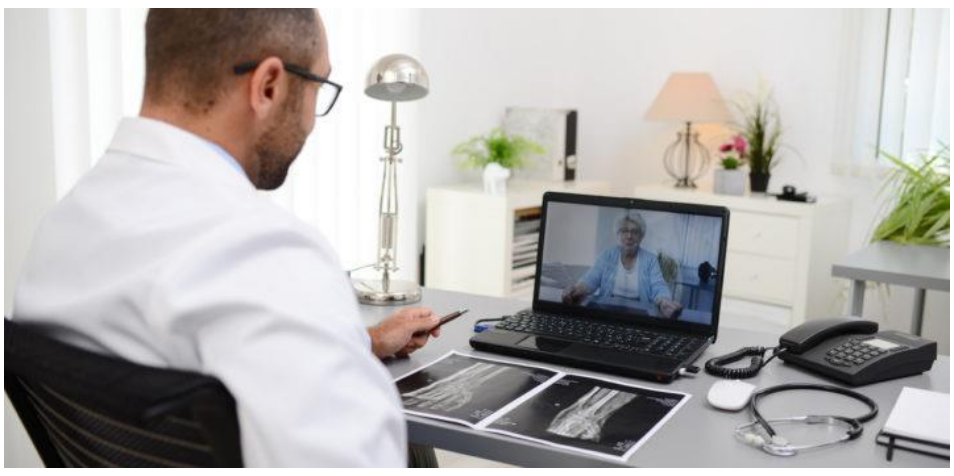
O paciente e seus familiares, passam por um turbilhão de emoções desde o diagnóstico oncológico e durante todo a tratamento. Em oncologia é fundamental a atuação de profissionais que proporcionem assistência especializada e diferenciada. Todo o processo de acolhimento e tratamento é complexo e minucioso, portanto para melhor atender a essa clientela é importante garantir a qualidade, segurança e humanização. Para tal é proposto o tele atendimento de enfermagem.

O teleatendimento é uma excelente opção para o acompanhamento do paciente oncológico durante o tratamento antineoplásico, é rápido, seguro e evita deslocamento do paciente.

O teleatendimento de enfermagem tem o objetivo acolher e antecipar as necessidades dos pacientes oncológicos em quimioterapia, contribuindo para a qualidade da assistência e agilidade dos processos através de consultas de enfermagem utilizando o telefone. Antecipando demandas como solicitação de laudos, receitas, autorizações, conduzindo o cliente por sua linha de cuidados, identificando fragilidades, toxicidades e atendendo as particularidades de cada paciente, proporcionando atendimento diferenciado, com segurança e a melhor experiencia durante jornada do paciente.

METODOLOGIA

Foi estruturada uma estação de trabalho para os enfermeiros mantendo um ambiente reservado contribuindo para execução do atendimento. O projeto piloto abrange parte das agendas médicas de pre-quimioterapia de convênio, com possibilidade de ampliação para as demais agendas médicas de pre-quimioterapia. Foi criada uma evolução estruturada contendo todas as informações pertinentinentes a esse atendimento para promover registros completos e adequados. As ligações são realizadas um dia antes da consulta médica de pre–quimioterapia.

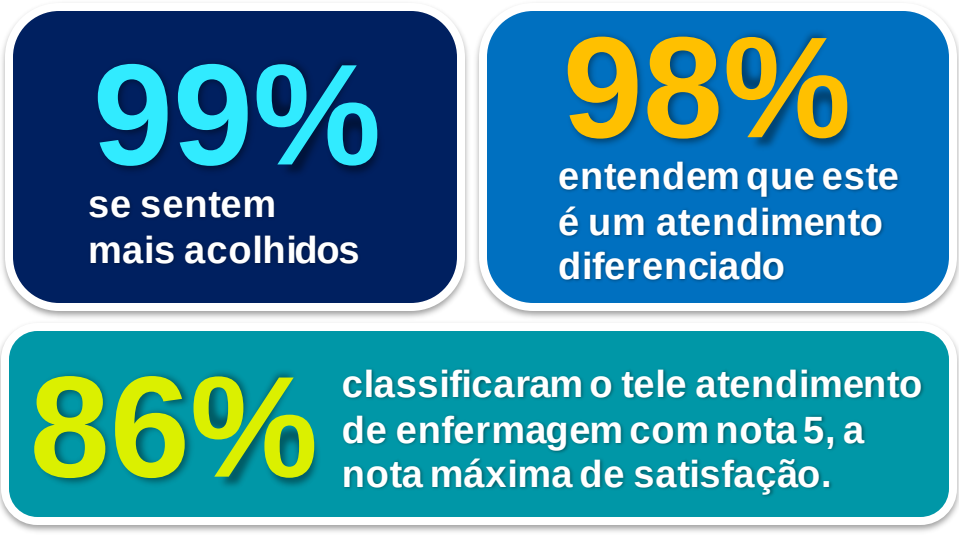


Estação de trabalho contendo telefone e computador com acesso ao prontuário eletrônico, permitindo que durante o teleatendimento o profissional verifique o histórico de saúde do paciente e realize o registro do teleatendimento em tempo real.

Evolução estruturada, garantindo registros completos e adequados.

RESULTADOS

Uma vez que o objetivo principal é a satisfação e acolhimento diferenciado do paciente oncologico, foi aplicada uma pesquisa de satisfação com os clientes que foram incluidos no projeto piloto de teleatendimento de enfermagem, obtendo resultados expressivos relacionados a experiencia do paciente. Do total de pacientes atendidos, **99%** se sentem mais acolhidos, **98%** entendem que este é um atendimento diferenciado e **86%** classificaram o tele atendimento de enfermagem com nota **5**, **a nota máxima de satisfação**. Durante a pesquisa de satisfasção os clientes mencionaram palavras como “acolhimento”, “valorização”, “segurança”, “apoio”, “momento para retirada de duvidas”, o que reflete a contribuição do projeto para o acolhimento ao paciente oncologico. **Deixando evidente o potencial da iniciativa e a importancia da atuação do profissional de enfermagem nesse processo.**



Resultado obtido através da pesquisa de satisfação aplicada aos pacientes que foram incluídos no projeto piloto.

CONCLUSÕES

A tecnologia e a expansão dos meios de comunicação oferecem diferentes possibilidades de assistencia em saude que permitem ampliar a conexão com diversos perfis de pacientes, podendo ser aplicada em estratégias como o teleatendimento de enfermagem permitindo que os profissionais conduzam e monitorem os pacientes durante o processo do cuidar.

O teleatendimento de enfermagem possui o objetivo de ofertar cuidado especializado e individualizado ao cliente. O serviço proporciona flexibilidade, acessibilidade, comodidade, acesso facilitado a informações, vencendo barreiras geográficas e estreitando a comunicação entre profissional, paciente e familiar promovendo acolhimento e segurança na assistência. O acolhimento permite que seja criado um vínculo de compromisso e confiança entre os envolvidos tornando experiência do paciente mais leve e humanizada.

Cabe ao enfermeiro que realiza esta atividade auxiliar paciente e seus familiares a vivenciar a jornada do tratamento da melhor forma possível, esclarecendo duvidas, orientando, identificando sinais de alerta, atuando preventivamente no manejo de complicações, favorecendo assim o aumento à adesão e sucesso do tratamento.

O projeto esta em fase inicial podendo ser ampliado para os demais atendimentos de oncologia. Um dos desafios é melhorar suas técnicas e usabilidade dispondo de tecnologias de automatização de atendimento via aplicativos, para otimização de recursos humanos e maior acessibilidade aos clientes. Certamente este é um campo promissor para incorporação de possibiliadades e de atuação estategica para a enfermagem garantir a exelencia na assistencia ao paciente oncologico.

REFERÊNCIAS

- Silva, S. M. de O., Holanda, M. de A., Alves, I. D. de F., Amorim, F. T. B., & Felix, S. C. N. (2018). Consulta de enfermagem no ambulatório de quimioterapia do centro de assistência de alta complexidade em oncologia – HUPAA. *Gep News*, *1*(1), 75–80. Recuperado de https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4687
- Johns, Shelley A.; Kroenke, Kurt; Theobald, Dale E.; Wu, Jingwei; Tu, Wanzhu (2011). *Telecare Management of Pain and Depression in Patients With Cancer. Journal of Ambulatory Care Management, 34(2), 126–139.* doi:10.1097/JAC.0b013e31820ef628
- Souza-Junior, Valtuir Duarte; Mendes, Isabel Amélia Costa; Mazzo, Alessandra; Godoy, Simone (2016). *Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. Applied Nursing Research, 29(), 254–260.* doi:10.1016/j.apnr.2015.05.005
- Kaye, Rachelle; Rosen-zvi, Miriam; Ron, Reut (2020). *Digitally-Enabled Remote Care for Cancer Patients: Here to Stay. Seminars in Oncology Nursing, (), 151091–.* doi:10.1016/j.soncn.2020.151091

Grupo de Acesso: Destinatários deste e-mail

TELEATENDIMENTO EM REABILITAÇÃO AMBULATORIAL: UM DESAFIO PROMISSOR

Fábio Rodrigues Branco

INTRODUÇÃO

As restrições impostas aos serviços de saúde devido à pandemia de COVID-19 trouxeram a necessidade de reconstruções e inovações aos processos, incluindo o atendimento ambulatorial, de forma a garantir continuidade do cuidado aos pacientes em reabilitação física.
Para tanto, apresentamos as estratégias utilizadas em nosso Centro de Reabilitação em 2020 e 2021.
Trata-se de uma estrutura composta por 212 profissionais (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, musicoterapeuta, arteterapeutas e assistentes sociais), que antes da pandemia prestavam atendimento a 1.682 pacientes por semana, realizando em média 18.000 atendimentos por mês.

OBJETIVOS

Garantir de forma segura, eficaz e satisfatória, a continuidade do programa de reabilitação dos pacientes em tratamento, bem como seu plano educacional em ambiente domiciliar.

MÉTODO

O processo foi estruturado em 2 fases, complementares e coexistentes:
1- Elaboração e divulgação em redes sociais de vídeos contendo exercícios fundamentais, específicos, direcionados e ao mesmo tempo simples de serem executados em casa pelos pacientes em reabilitação;
2- Estruturação, construção, agendamento e execução do teleatendimento através de plataforma específica integrada ao sistema de agendamento da instituição, contemplando todas as áreas e especialidades envolvidas no processo de reabilitação.
Nesta fase, além do teleatendimento propriamente dito, pudemos, com a retomada de parte dos atendimentos presenciais, intercalar em alguns casos esta modalidade com o teleatendimento, de forma a confirmar se as orientações e exercícios passados estavam sendo adequadamente aplicados ao ambiente de vida diária.

Tela inicial de um dos vídeos disponibilizados no YouTube^{R} em que o paciente recebe orientações de exercícios para serem feitos em casa.

Print da tela contendo um dos exercícios de uma sequência disponibilizada ao paciente neste vídeo, com uma das formas de alongamento de MMII.

RESULTADOS

Os vídeos divulgados em redes sociais atingiram **27.838 visualizações**, gerando interação com os pacientes através de perguntas e respostas. Realizamos **10.612 teleatendimentos** de abril de 2020 a setembro de 2021, sendo **5.398 consultas médicas** e **4.373 terapias** em todos os setores de reabilitação, com indicador de satisfação dos pacientes NPS = 79.
Nosso maior desafio foi a adaptação dos programas terapêuticos presenciais ao modelo de teleatendimento nas diversas áreas da reabilitação. Terapias como a psicologia e a pedagogia e atendimentos como os do Serviço Social, são mais facilmente adaptáveis ao teleatendimento, o que não ocorre da mesma forma com fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, uma vez que tais terapias requerem manuseios específicos. No entanto, nossa intervenção à distância também nestas modalidades manteve o foco em orientações e checagem de manuseios dos familiares / acompanhantes ou cuidadores, que puderam aplicar as intervenções orientadas e tirar suas dúvidas, além de exibir resultados obtidos. Foi ainda possível avaliarmos a aplicabilidade e execução adequada em ambiente domiciliar dos manuseios e orientações passadas durante terapias. Isto nos trouxe ganhos consideráveis no contexto da reabilitação funcional, uma vez que o atendimento virtual possibilita orientações e manejos do paciente no ambiente em que vive e passa a maior parte do seu dia.

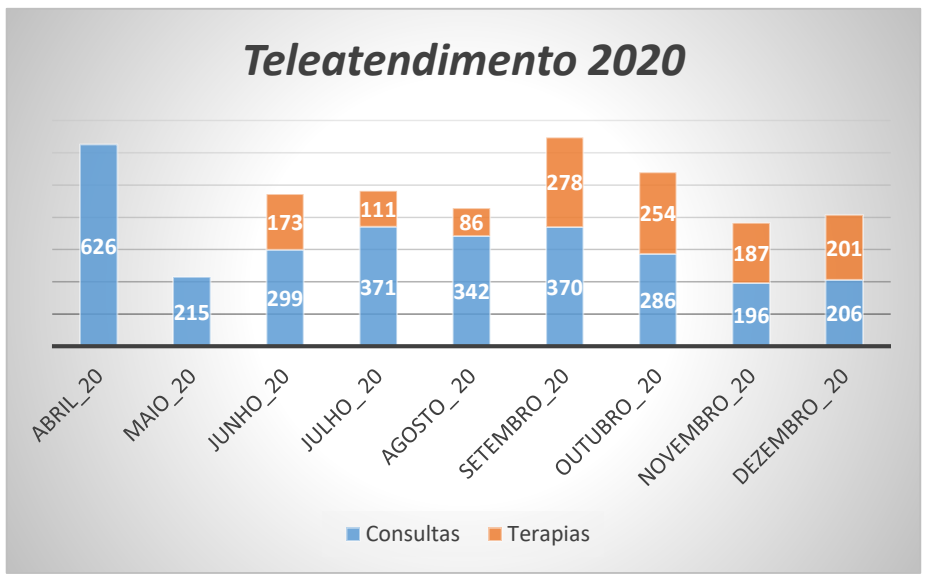


Gráfico contendo os teleatendimentos realizados, demonstrando os números absolutos de consultas e terapias realizadas nesta modalidade em 2020.

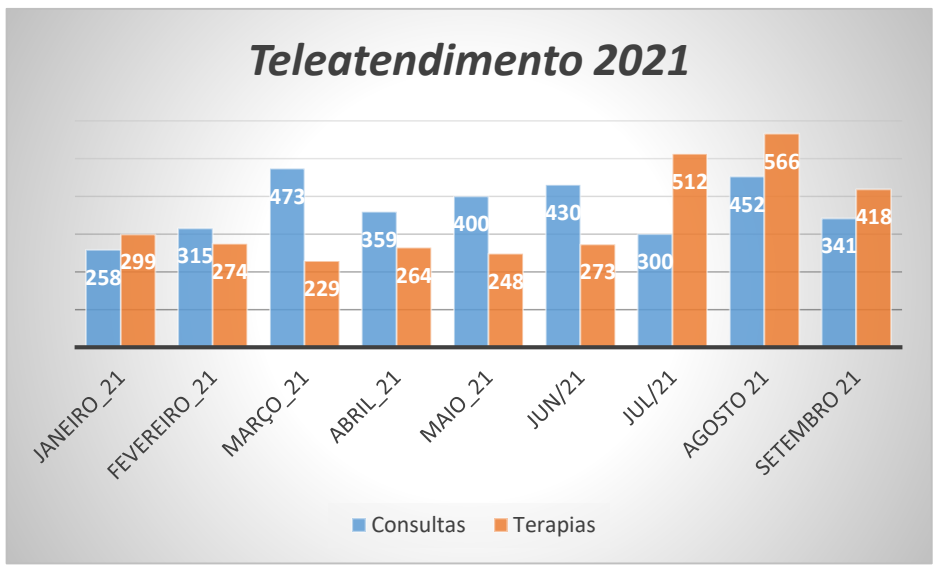


Gráfico contendo os teleatendimentos realizados, demonstrando os números absolutos de consultas e terapias realizadas nesta modalidade em 2021.

CONCLUSÕES

As estratégias e recursos utilizados garantiram continuidade do cuidado e plano educacional adequado dos pacientes em reabilitação, com segurança, bom índice de satisfação e resultados promissores para o futuro do atendimento ambulatorial, atingindo número significativo de pessoas beneficiadas. Além disso, identificamos grande contribuição para o nosso processo de reabilitação, baseado nos pilares e diretrizes da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), uma vez que a abordagem do paciente no ambiente e no contexto em que ele vive diariamente nos permite avaliar e propor condutas que sejam positivas sob o ponto de vista de reabilitação funcional que invariavelmente considera o paciente, a tarefa a ser executada, o ambiente em que acontecerá e sob acompanhamento / supervisão de quem.

REFERÊNCIAS

Bashshur R, Shannon G, Krupinski E, Grigsby J. The taxonomy of telemedicine. Telemed J E Health 2011; 17:484-94; Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, Ministério da Saúde. Estratégia e-Saúde para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017; Caffery LJ. Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: a scoping review. J Telemed Telecare 2016; 22:504-12; Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicina na era da Covid-19. J Allergy Clin Immunol Pract 2020; 8:1489-91; Zhai Y, Wang Y, Zhang M, Gittell H, Jiang S, Chen B, et al. From isolation to coordination: how can telemedicine help combat the Covid-19 outbreak? medRxiv 2020; 23 fev. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025957v1
» https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025957v1

TIMES HÍBRIDOS: RESILIÊNCIA E ADAPTABILIDADE DA NOVA GERAÇÃO. ESTA É A TRILHA PARA O FUTURO?

Tatiane Gonçalves Gomes de Novais do Rio, Fernanda Ferreira do Nascimento, Bruna Sakamoto Peres, Sibele Ferreira Silva

INTRODUÇÃO

Unidades de internação híbridas se tornaram uma tendência nas instituições de saúde durante a pandemia, diluindo a necessidade de unidades especializadas.

Todavia, para que esta realidade não tenha impacto na qualidade da assistência e no atendimento ao paciente, é essencial que os times sejam capacitados e treinados[1] a ter flexibilidade para atender a qualquer perfil de público, patologia ou idade.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a estruturação de um time assistencial, em um hospital privado localizado na zona oeste da cidade de São Paulo.

Figura 1 – *Timeline* contratação e capacitação de profissionais, São Paulo, 2020 - 2021.

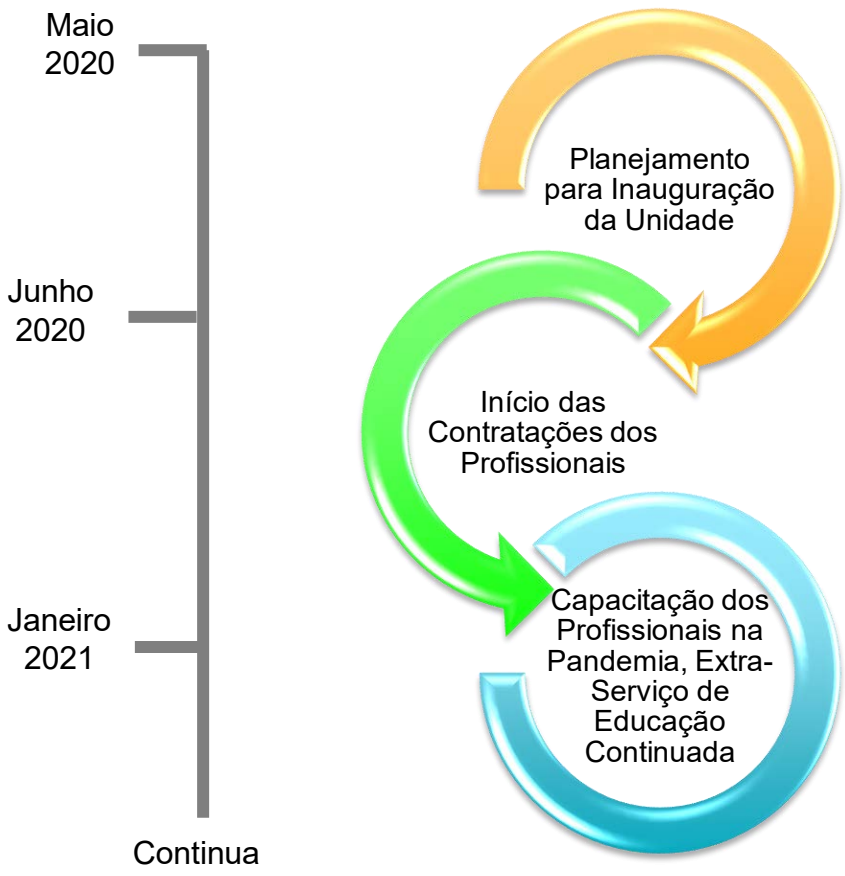
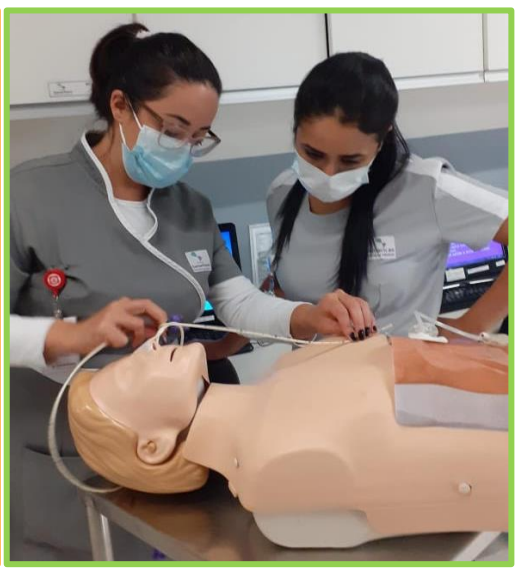


Figura 2 – Profissionais em capacitação contínua, *on the job*, realizado pelas enfermeiras do time, na Unidade Híbrida, São Paulo, 2021



RESULTADOS

Entre janeiro a julho de 2020 a unidade de internação em que houve a proposta de mudança operava com 17 leitos de perfil clínico e *day clinic* e o *headcount* era composto por 22 profissionais. Com a extensão da unidade em 10 leitos, com proposta inicial de unidade de complexidade intermediária, houve aumento de quadro para o total de 43 profissionais; todavia, com o cenário de pandemia, esta unidade, assim como os demais 17 leitos, tornaram-se híbridos, sem perfil determinado de patologia ou faixa etária. Para contratação do novo quadro, foram critérios de recrutamento e seleção: profissionais que já haviam tido alguma experiência com público adulto e infantil e, haveria uma maior probabilidade de admissão se o colaborador já tivesse passagem em unidades críticas.

De junho de 2020 a julho de 2021 foram contratados 37 profissionais, considerando o *turnover* por performance durante o período de experiência. A média de idade dos profissionais da unidade é de 34,8 anos. Nenhum profissional foi contratado sem experiência, porém a diferença de anos de experiência e a necessidade de adaptação do setor de educação continuada durante a pandemia foram fatores intrínsecos que impactaram na divergência do nível de conhecimento entre os admitidos.

O maior desafio se estabeleceu no alinhamento das informações nesta fase inicial. Além disso, a constante modificação do perfil da unidade, remeteu a necessidade de formar tutores em nível técnico para apoiar no treinamento e acompanhamento destes profissionais. Atualmente, o time encontra-se na fase de coesão da equipe e fortalecimento das boas práticas norteadas pelo hospital.

CONCLUSÕES

O cenário de rápida adaptabilidade do profissional de saúde é o futuro. Habilidades de resiliência permitem que o colaborador seja capaz de gerenciar novos conhecimentos e técnicas adquiridas, com foco na qualidade da assistência. O desafio atual está na inserção destes profissionais nas competências comportamentais principalmente diante de modelos tão variados de perfis e necessidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS

[1]Porto MEA, Granetto SZ. Gestão de Pessoas nos ambientes hospitalares: uma revisão sobre os principais pontos de uma gestão eficiente. Braz. J. of Develop, 2020. 6(6): 38366-38382

Trabalhadores bem cuidados durante a pandemia: valor ético do Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro

HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2021

Autora: Maria do Carmo, coautores: Breno Alves, Luiza Costa, Valéria Mendes

INTRODUÇÃO

A manutenção da força de trabalho na pandemia de COVID-19 tem sido um dos maiores desafios para a gestão hospitalar. As estratégias até então praticadas para provimento e fixação de profissionais e evitar o absenteísmo tornaram-se insuficientes devido ao medo, insegurança, apreensão e cansaço das equipes. Isso exigiu dos gestores a aplicação de dispositivos de escuta e respostas para mitigar o problema. O Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC), segundo hospital em Minas Gerais[1] que mais atendeu pacientes com a doença, criou um projeto específico denominado NOSSA FORÇA É VOCÊ, direcionado aos seus profissionais. O objetivo deste trabalho é descrever as estratégias utilizadas pelo projeto para lidar com os medos, apreensões e insegurança no trabalho e na vida pessoal dos profissionais, bem como ações realizadas com vistas a tornar mais leve o cotidiano no enfrentamento da doença.

METODOLOGIA

Para definir as estratégias de atuação do NOSSA FORÇA É VOCÊ foi criado um grupo multiprofissional que se reunia semanalmente para elaboração e execução de ações:

- atendimento ambulatorial, testagem e *follow-up* dos profissionais sintomáticos;
- promover escutas e trocas de experiências através de grupos focais e rodas de conversa;
- promover atividades para tornar mais leve o cotidiano de trabalho: música no CTI, lanches especiais, palestras, oficinas terapêuticas, formação de coral, mural de recados, atividades físicas e relaxamento;
- atendimento aos profissionais do HMDCC por psicólogos voluntários através de consultas virtuais.

HMDCC implementou ambulatório dedicado ao atendimento de profissionais com síndromes gripais e realização de exames RT-PCR.

Ação do NOSSA FORÇA É VOCÊ, o *Música no CTI* leva palavras, harmonia e ritmo para profissionais de saúde e pacientes

RESULTADOS

De abril de 2020 a 31 de agosto de 2021, houve:

- Realização de 2.034 atendimentos ambulatoriais e 1.664 exames de RT-PCR exclusivos para os profissionais sintomáticos do hospital.
- Criação e implementação de 40 atividades relacionadas ao NOSSA FORÇA É VOCÊ, cujo objetivo é cuidar da saúde física e mental dos trabalhadores. Dentre as atividades, foram realizados grupos focais, escutas individuais, palestras sobre luto e perdas, ações específicas de comunicação entre a diretoria e equipes, e inter-equipes nos espaços interno e redes sociais, lanches e brindes especiais, mensagens de artistas e outras personalidades direcionadas aos trabalhadores do hospital, fixação de faixa de grande porte reconhecendo o valor dos profissionais, e outros.

Dados do Ambulatório de Sintomáticos Respiratórios do HMDCC criado para atendimento aos trabalhadores

Painel instalado em 22/12/2020 homenageou o trabalho dos profissionais do HMDCC na pandemia de COVID-19.

CONCLUSÕES

O NOSSA FORÇA É VOCÊ nasceu para ser um projeto de curta duração, no momento de enfrentamento da pandemia, e, em função do retorno positivo da equipe, se transformou em um programa permanente da instituição, que irá compor a estratégia de promoção à saúde do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do HMDCC a partir de 2022.

REFERÊNCIAS

[1] SIAH/SUS, 2020 e 2021.
Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JCM. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2020.

TRANSFORMANDO A JORNADA DO PACIENTE

Lamis Majzoub, Lucas Leocadio

INTRODUÇÃO

Em 2021, focamos nossa energia em ações que transformem a jornada do paciente, visando otimizar sua experiência em toda cadeia de cuidado, para que ele se sinta acolhido com um atendimento ágil, cortês, empático com iniciativas que garantam o futuro da saúde com um olhar de sustentabilidade. Para isso acontecer, implantamos diversos projetos, sendo eles: Gestão do Acesso - Cirurgias SUS e Terapias, com objetivo de garantir a gestão do acesso e reduzir o tempo de espera para atendimento na AACD, filas ocasionadas na pandemia, devido redução da capacidade de atendimento, pela necessidade do distanciamento social e pela suspensão dos atendimentos, com isso foram estabelecidas ações para a melhoria da experiência dos pacientes como check in antecipado para internação, otimização da jornada na recepção atrelado ao projeto Paperless e inclusão dos resultados dos exames no site.

METODOLOGIA

Através das análises realizadas por meio de Ishikawa, matriz causa e efeito, 5 por quês e matriz esforço e impacto, reuniões com equipe multidisciplinar, definimos as ações necessárias:

Gestão do acesso – Cirurgias e Centro de Reabilitação

- Revisão das filas – avaliação clínica de todos os pacientes em fila de espera;
- Criação de uma fila única, gerida pelo núcleo de gestão de filas considerando critérios pré estabelecidos baseados em condição clinica e ordem cronológica;
- Alteração da proporcionalidade de carga horária médica cirúrgica e ambulatorial conforme necessidade;
- Redução de subespecialidades e revisão dos protocolos clínicos facilitando o acesso e aumentando a capacidade de atendimento mantendo a mesma estrutura e quadro de colaboradores;
- Revisão dos protocolos de enquadramento;

Jornada Recepção

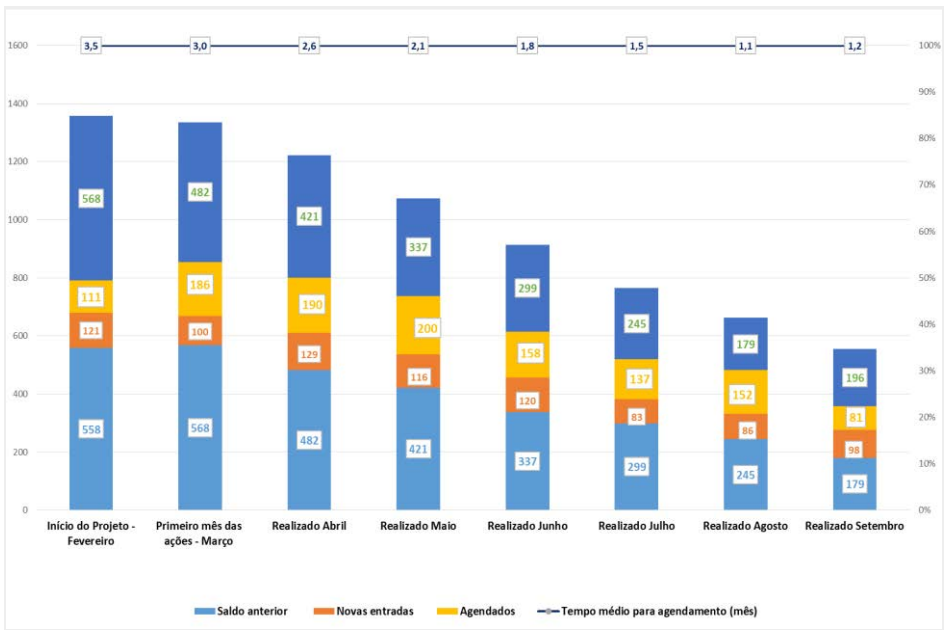
- Implantação de atendimento em uma única recepção - abertura de ficha única para todas as terapias;
- Implantação do check in antecipado para internações cirúrgicas;

Paperless

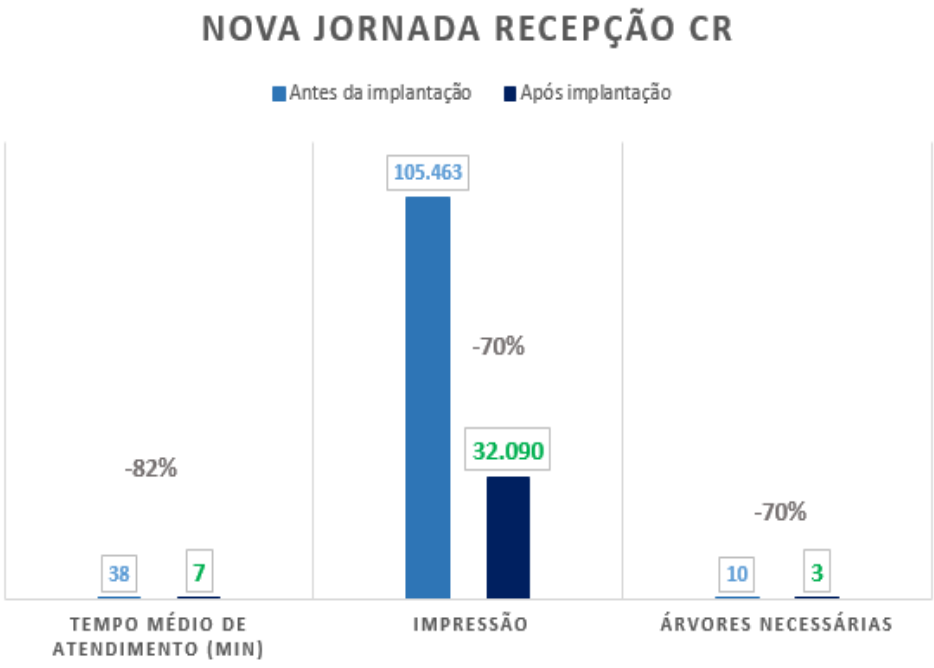
- Implantação da assinatura digitalizada reduzindo a impressão desnecessária de documentos eletrônicos nas áreas ambulatoriais

Facilidades

- Resultados dos exames no site da AACD.



Panorama da redução da fila de espera do Centro de Reabilitação – indicando a fila no início do projeto e a fila atual



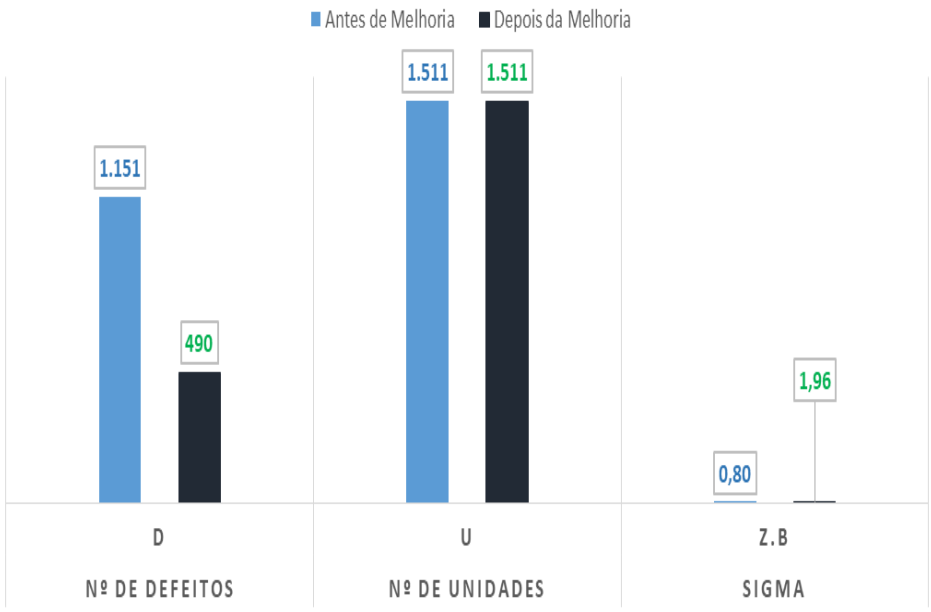
Otimização da jornada na recepção – reduzindo o tempo de atendimento na recepção e apoiando na sustentabilidade – comparativo de Julho a Setembro de 2021 – 3 meses

RESULTADOS

Redução da fila de pacientes do SUS para realizar terapias em nosso Centro de Reabilitação em 65% - iniciamos o projeto com 558 pacientes em fila e estamos com 196 mantendo um tempo médio para início de 31 dias;
Redução da fila de pacientes do SUS para realizar cirurgias em nossa instituição em 31% - iniciamos o projeto com 953 pacientes em fila e estamos com 654 mantendo as entradas;
Otimização da Jornada do paciente na recepção em 82% - o paciente se deslocava por mais de uma recepção para abrir seu atendimento com um tempo médio de 38 minutos e hoje ele é atendido em uma única recepção com um tempo médio de 7 minutos sendo possível concentrar sua energia em seu tratamento, com essa ação, foi possível também reduzir a impressão de cerca de 73 mil folhas que equivalem a 7 árvores aproximadamente no período 3 meses e no ano resultará em uma redução de 292 mil folhas, que equivalem a 29 árvores aproximadamente;
O projeto Paperless, nos apoiou na redução de 32% de impressão de documentos de prontuário eletrônico nas áreas ambulatoriais

Panorama da redução da fila de espera de Cirurgias do SUS – indicando a fila no início do projeto e a fila atual

.



Capabilidade - Nível Sigma

CONCLUSÕES

Através das ações implantadas e resultados adquiridos, se tornou perceptível a agilidade e equidade na gestão desses pacientes que aguardavam para iniciar o tratamento utilizando os recursos já existentes porém com foco na gestão dos mesmos, além da melhoria do nível Sigma de 0,8 para 1,96 (comparativo de fevereiro de 2021 a setembro de 2021). Continuaremos com o olhar focado para o paciente garantindo sua experiência global.

REFERÊNCIAS

Base de dados AACD.

TRIAGEM AUTOMÁTICA DE RADIOGRAFIAS DE TÓRAX: REDUZINDO O TEMPO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE

André Coutinho Castilla, Marco Dahruj Anauati, Jessica Santos Oliveira, Anthony Moreno Eigier

INTRODUÇÃO

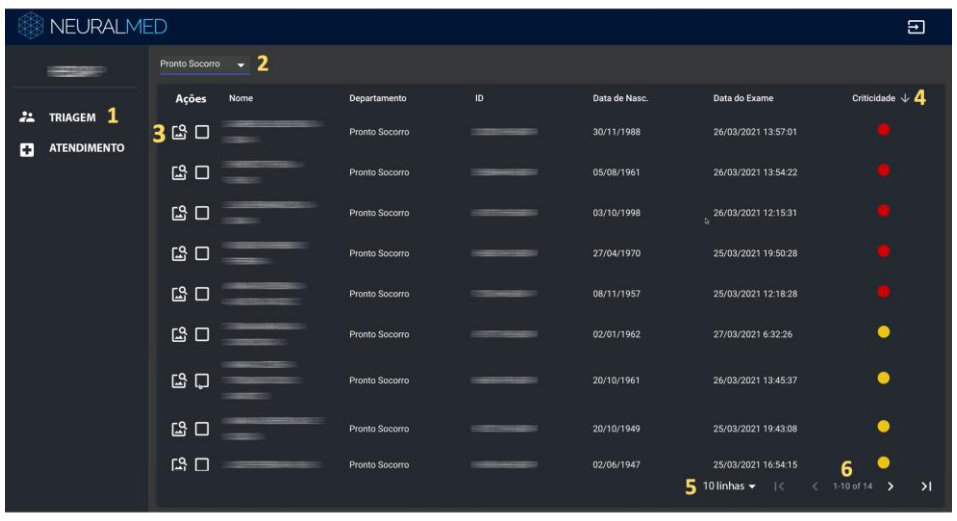
A triagem automática de radiografia de tórax em adultos é possibilitada através de tecnologias como Deep Learning (Aprendizado Profundo), que são treinadas para identificar possíveis alterações nos exames, auxiliando na identificação de casos mais graves e, com isso, sendo um potencial recurso para reduzir tempo de espera de casos críticos. O objetivo deste estudo é determinar o tempo de redução no atendimento de pacientes após a introdução de um sistema da NeuralMed, especialmente desenvolvido para este fim.

METODOLOGIA

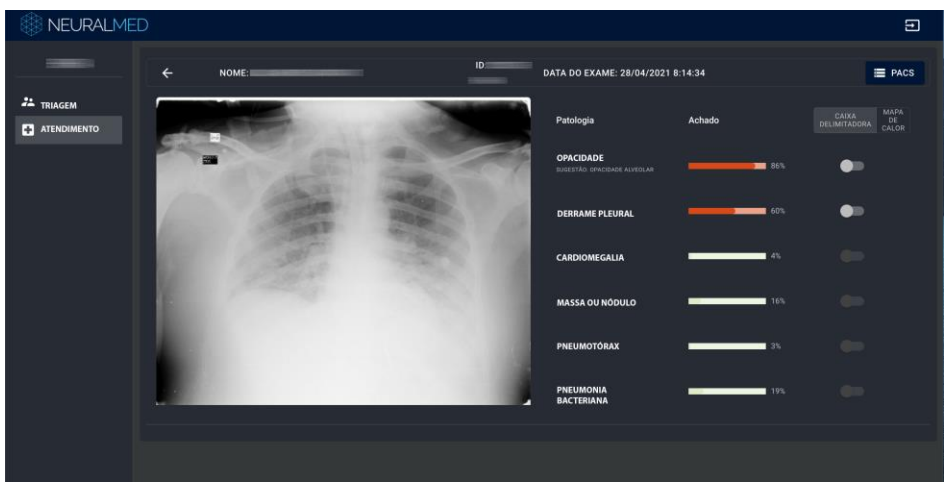
A NeuralMed desenvolveu o trIA, um sistema de triagem utilizando algoritmos de Deep Learning que identifica em um exame de radiografía de tórax patologías clínicas como: pneumotórax, cardiomegalias, opacidades como covid, entre outros e ordena esses exames pela criticidade, que é definida de acordo com esses achados.

O trIA foi instalado em um hospital público do município de São Paulo. Os pacientes que apresentam maior criticidade estimada têm seu atendimento priorizado pela equipe de enfermagem.

Para o estudo foram selecionados atendimentos no ambiente de pronto socorro que realizaram radiografia de tórax em períodos antes e após a implantação do sistema. Foram coletados 2902 atendimentos antes da implantação entre 19/10/2018 e 19/01/2019, e 3684 atendimentos entre 19/10/2019 e 19/01/2020 no período pós implantação. Para cada atendimento foram recuperados os horários de início do atendimento e o encerramento da ficha e obtida sua diferença em minutos.



Interface de priorização de pacientes ordenado pela criticidade do exame estimada pelo trIA.

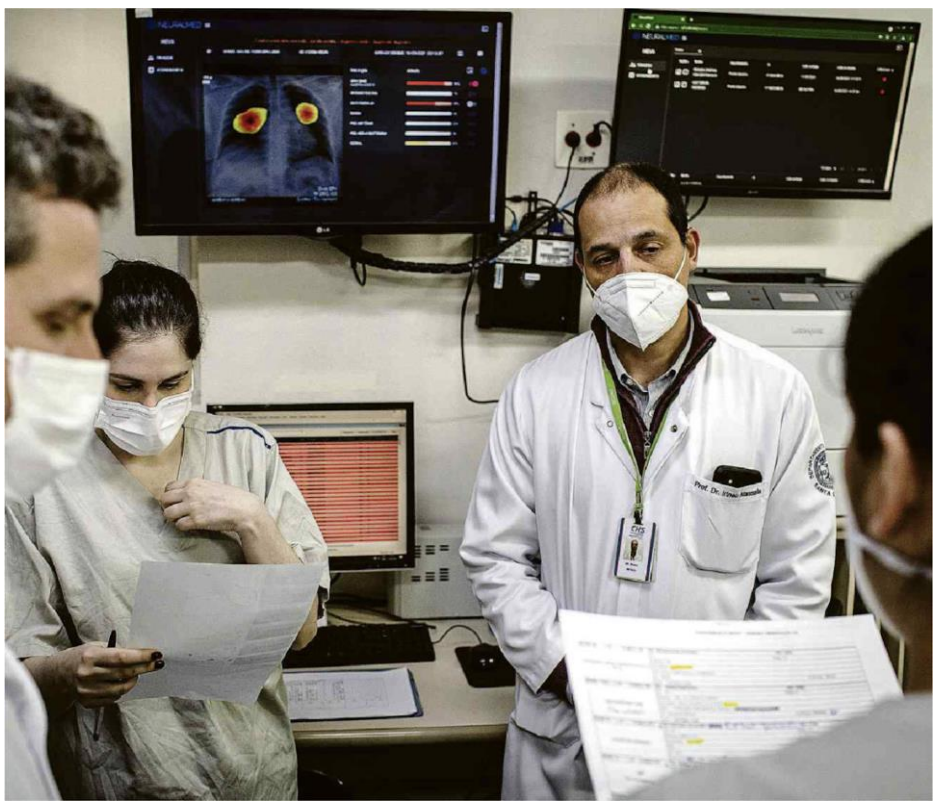


Interface que detalha os achados identificados pelo sistema.

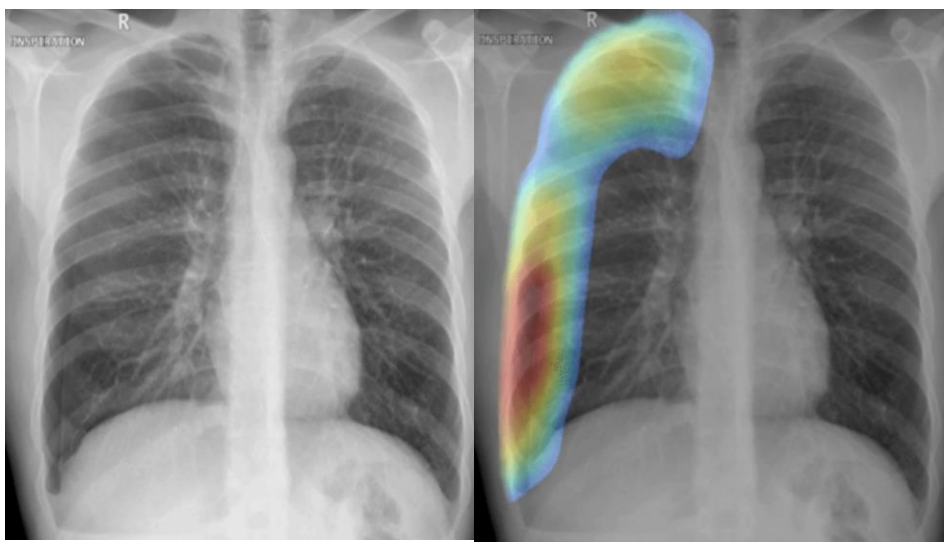
RESULTADOS

Durante o período anterior a implantação o tempo de atendimento médio foi de 188 minutos enquanto que no período após o início do uso do sistema houve uma redução de 9%, diminuindo para 171 minutos em média.

Esta diferença de 17 minutos foi estatisticamente significante com p= 0,000057 de acordo com teste t de Student.



Equipe do Hospital Estadual da Vila Alpina, na zona leste de São Paulo, analisa exames com ajuda do trIA. Crédito: Bruno Soares - Folhapress



Pneumotórax detectado e localizado pelo sistema.

CONCLUSÕES

O uso de ferramentas de triagem automatizada de radiografias de tórax pode reduzir o tempo de atendimento de pacientes que realizaram este tipo de exame.
Este achado tem potencial de reduzir custos através da diminuição do tempo de permanência e de melhorar o desfecho por priorizar os pacientes com necessidade de maiores cuidados no atendimento.

REFERÊNCIAS

Automated Triaging of Adult Chest Radiographs with Deep Artificial Neural Networks, Mauro Annarummac et al, Radiology 2019; 291:196–202

“TUDO OU NADA”: ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES DE ACESSOS VASCULARES EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Rosana Gomes dos Santos, Telma Francois de Almeida Marson, Elisângela de Fátima Delain Marchioni, Paula Gurgel da Fonseca

INTRODUÇÃO

A terapia intravenosa (TIV) é amplamente realizada no cuidado hospitalar. Sua aplicabilidade se dá através de cateteres vasculares centrais e periféricos que possibilitam a administração de medicamentos, nutrição parenteral, hemoderivados, quimioterapia, além de monitorização hemodinâmica invasiva, medição do débito cardíaco e realização de hemodiálise. Práticas inadequadas de inserção e manutenção de cateteres colaboram para o aumento do risco de infecções que estão associadas ao aumento da mortalidade e do custo da hospitalização de pacientes

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência sobre um projeto de auditoria de dispositivos intravenosos, desenvolvido em um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo, com início em 2020, após a ocorrência de uma flebite grau IV em uma unidade de internação com perfil de pacientes oncológicos. O *checklist* é composto pela avaliação de: fluxo e refluxo em cateteres centrais e apenas fluxo sanguíneo em acessos periféricos; aderência e aspecto da película de cobertura; data de instalação; data do conector valvulado; cobertura aplicada adequada; presença de refluxo sanguíneo na extensão do dispositivo; sinais flogísticos na inserção e se há indicação de uso para o cateter instalado.

RESULTADOS

A aplicação do checklist teve início em agosto de 2020, com um total de 80 cateteres auditados. Em 2021 de janeiro a agosto foram analisados 93 cateteres. Em relação à conformidade, no primeiro mês houve apenas 17% e no mês seguinte a evolução foi significativa chegando a 83%. Notou-se um maior envolvimento da equipe de enfermagem no cuidado com a terapia intravascular e participação dos resultados das auditorias através da discussão dos casos de não conformidades.

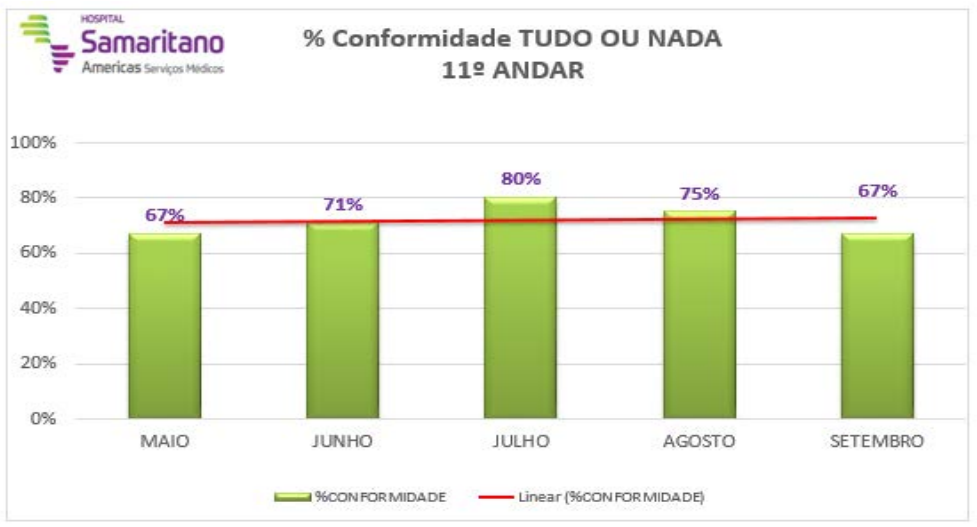


Gráfico1: Conformidade de Maio a Setembro de 2021.

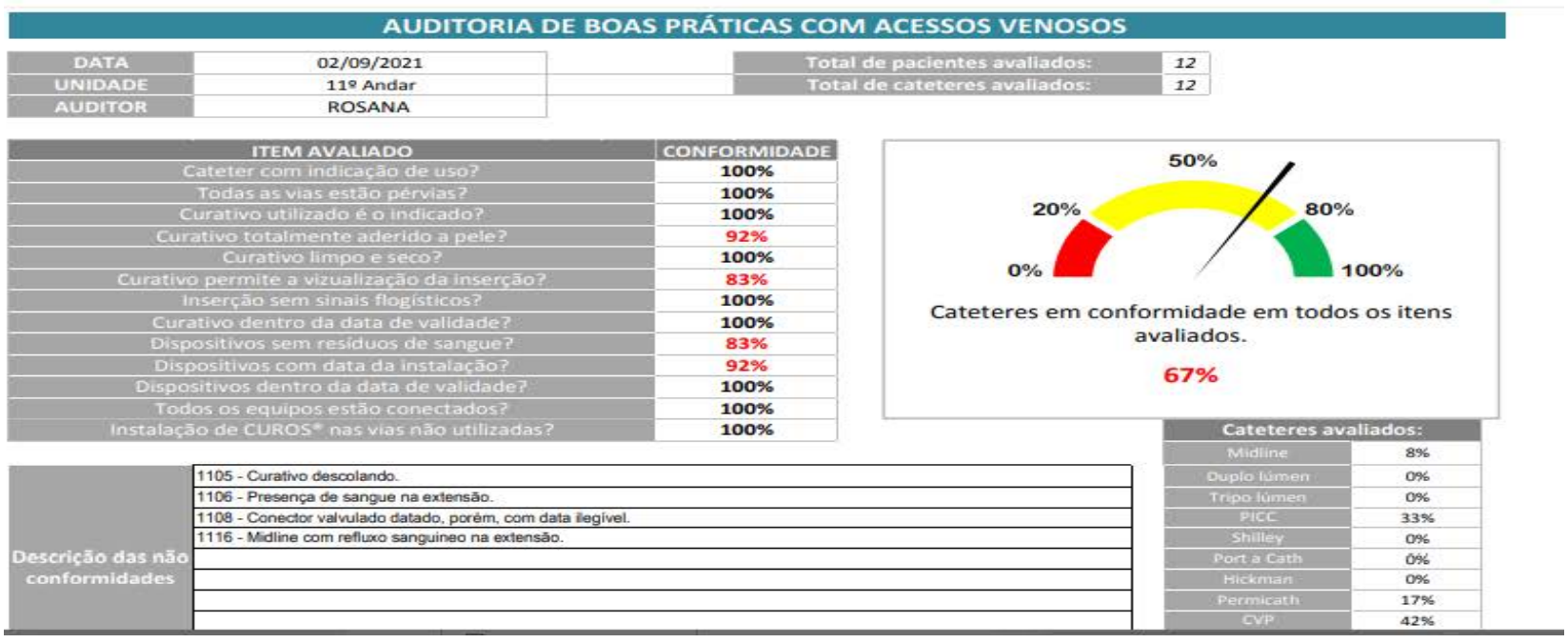


Figura 1: Demonstração da auditoria realizada em setembro.

CONCLUSÕES

A auditoria para prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateter, contribuiu para elevar o nível de cuidado dispensado aos dispositivos intravenosos e envolver a equipe para obter um olhar mais crítico e de reconhecimento das situações de risco para o paciente mediante a instalação e manutenção de um cateter venoso.

REFERÊNCIAS

Mendonça KM, Neves HCC, Barbosa DFS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. Atuação da Enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 330-333, abr./jun. 2011.

UM MINUTO DO SILÊNCIO: UMA TECNOLOGIA LEVE E INOVADORA NO CUIDADO HUMANIZADO NO PROCESSO MORTE MORRE

Júlia Ruth Toledo da Silva; Elisandra Leites Pinheiro; Daniela Oliveira; Vanessa Porto

INTRODUÇÃO

O processo morte morrer se faz muito presente no cotidiano da oncologia e requer dos profissionais preparação adequada, envolvendo a prática do cuidado com habilidades e estratégias humanizadas entes (VASQUES; LUNARDI; SILVA; AVILA; SILVEIRA; CARVALHO, 2019). O projeto intitulado “Um minuto do silêncio” foi criado em julho de 2020, sendo composto por um conjunto de ações realizadas pela equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiências vivenciadas no decorrer das práticas profissionais dando ênfase em uma estratégia de intervenção de tecnologia leve. As ações do projeto Um minuto do silencio tem o proposito de fortalecer o cuidado humanizado no processo da morte, essas ações têm início logo após o falecimento do paciente com a reunião de toda equipe, respeitando o distanciamento social, vestindo jaleco branco, com uma imagem que simboliza um momento de transição, com a figura de uma pássaro. Em seguida, é lida uma mensagem de respeito e carinho ao paciente falecido e realizado um minuto de silencio no setor reverenciando a vida deste paciente.

RESULTADOS

Desde a implementação deste projeto, já foram realizadas mais de trinta ações e foi possível perceber que estas ações proporcionaram momentos mais especiais aos familiares, conferindo-lhes tranquilidade, apoio e conforto, promovendo e acentuando a integralidade do sujeito falecido. Quanto à percepção da atuação do enfermeiro na realização destas ações, nota-se como um integrante agregador e mediador entre os demais profissionais de saúde, visto por ser uma profissão de múltiplas vertentes e que tem como alicerce o gerenciamento do cuidado, tornando-se um produto de trabalho.

Equipe Multiprofissional no momento da ação.

Equipe Multiprofissional no momento da ação

CONCLUSÃO

Apesar do significado e cultura frente ao processo da morte ser diferente a cada sujeito, percebe-se que a implementação deste método de acolhimento e humanização tem sido bem aceito ao público-alvo e que além disto, desenvolve a equipe a compreender cada vez mais este processo, fomentando um preparo pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

VASQUES, Tania Cristina Schäfer; LUNARDI, Valéria Lerch; SILVA, Priscila Arruda da; AVILA, Liziani Iturriet; SILVEIRA, Rosemary Silva da; CARVALHO, Karen Knopp de. EQUIPE DE ENFERMAGEM E COMPLEXIDADES DO CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE-MORRER. **Rev, Trabalho, Saúde e Educação**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 3, p. 92-100, jan. 2019.

UNIDADE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS COVID19: MODELO COM FOCO NO RISCO VENTILATÓRIO E PACIENTE NO CENTRO DO CUIDADO

Juliana Cardozo Fernandes; Emiliana Costa; Clarissa Leães; Cassiana Prates.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 colocou a saúde em foco. Se por um lado expõe as fragilidades da saúde e o potencial risco de colapso do sistema, por outro, oportunizou que as instituições hospitalares remodelaram seus processos de trabalho buscando maior eficiência e redução de desperdício, garantindo qualidade assistencial, segurança do paciente e uma melhor experiência na jornada do paciente e sua família.

OBJETIVO

Relatar a experiência na estruturação de uma unidade de cuidados respiratórios para pacientes covid-19 com foco na vigilância respiratória, controle da deterioração clínica e reabilitação, bem como apresentar os desfechos clínicos associados ao processo assistencial.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: Relato de Experiência;
Campo: Hospital privado do sul do Brasil, com 312 leitos de internação, sendo 40 de terapia Intensiva. Durante a pandemia, foram destinados 20 leitos de UTI e 29 de enfermaria exclusivos para atendimento à pacientes suspeitos e confirmados COVID-19;
Período: abril de 2020 a agosto de 2021;
Considerações éticas: anuência da Direção foi obtida para apresentação deste relato.

RESULTADOS

Usando modelo da enfermeira de referência e paciente no centro do cuidado foi adotada estratégia de destinar unidade de 29 leitos, com 14 leitos duplos (6 leitos de risco ventilatório com monitorização) e 15 leitos privativos para casos suspeitos e confirmados de pacientes com COVID19.

Estabelecida equipe de trabalho responsável e referência no cuidado que dominam todas rotinas assistenciais estabelecidas: 4 enfermeiros referência, 4 médicos especialistas pneumologistas, 4 médicos residentes com rotatividade mensal, 4 fisioterapeutas, 1 médica nutróloga, 2 nutricionistas.

Pacientes de maior risco ventilatórios que necessitavam de cateter de alto fluxo nasal ou ventilação não invasiva foram alocados nos 6 leitos de risco ventilatório.

Rotinas estabelecidas:

I. Rondas de enfermagem a cada 2h com vigilância do padrão ventilatório;
II. Assistência fisioterapia 3x dia com manobras de prona assistida, mobilização do leito e teste de grau de dessaturação ao esforço para definir mobilização;
III. Avaliação nutricional admissão, adaptação e suporte nutricional conforme condições clínicas de risco ventilatório diária com suplementação precoce proteica;
IV. Reavaliação médica permanente sempre que gatilhos de risco acionados, protocolos de oscilação da saturação periférica e ajuste de fluxo de O2 pela equipe de fisioterapia e enfermagem;
V. Acompanhamento da psicologia sempre que demanda existente;
VI. Permitido familiar acompanhar no leito com devida paramentação e segurança.

Indicadores	Resultado
Nº de internações	1.938
Nº de pacientes-dia	10.783
Média de permanência	5,4 dias
Incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central	1,3/1.000 cvc-dia
Incidência de infecção urinária associada a cateter vesical de demora	3,2/1.000 cvd-dia
Incidência de quedas	0,5/1.000 pctes-dia
Incidência de lesão por pressão	zero
Incidência de parada cardiorrespiratória	0,7/1.000 pctes-dia
Taxa geral de mortalidade	1,7%

CONCLUSÕES

Unidade especializada com foco, identidade como equipe e propósitos claros podem oferecer entrega de maior valor aos clientes mesmo em doenças extremas como COVID19 sem prejuízo na segurança e qualidade.

REFERÊNCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). PSNet Annual Perspective: Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient Safety. 2021. Disponível em: https://psnet.ahrq.gov/perspective/ahrq-psnet-annual-perspective-impact-covid-19-pandemic-patient-safety#. Acesso em: 09 ago. 2021

BÁO, A. C. P. et al. Patient safety in the face of the COVID-19 pandemic: theoretical-reflective essay. Research, Society and Development, v. 9, n. 11, p. e73091110252, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10252. Acesso em: 08 ago. 2021.

McMULLEN, K.; SMITH, B.; REBMANN, T. Impact of SARS-CoV-2 on hospital acquired infection rates in the United States: Predictions and early results. American Journal of Infection Control, v. 48, pg. 1409−11, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329659/. Acesso em: 08 ago. 2021.

Uso da Telemedicina e Telessaúde durante a pandemia do SARSCov-2/COVID-19

Beatriz Cristina de Freitas [1], Isabel Cristina de Freitas [2], Dagmar de Paula Queluz[1]
[1] Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil – UNICAMP
[2] Faculdade de Medicina de Uberaba - UNIUBE

INTRODUÇÃO

Desde o início de 2020 a pandemia causada pelo coronavírus SARSCov-2 impôs ao mundo todo e ao Brasil sérias limitações para um enfrentamento emergencial sem precedentes, com graves consequências para a saúde das populações, para os sistemas de saúde e para a atividade econômica. À medida que a pandemia continua, muitos estudos têm relatado grandes mudanças na utilização dos serviços de saúde devido a medidas como bloqueios, pedidos de permanência em casa, além da alteração no fluxo de atendimento dos serviços de saúde por realocamentos da força de trabalho e/ou limitações do atendimento presencial. A Telemedicina e a Telessaúde, podem ser um recurso importante para aumentar a capacidade de combate ao COVID-19 e, ao mesmo tempo, manter o funcionamento dos serviços de saúde, aumentando a segurança, ofertando suporte clínico e eliminando barreiras. O objetivo desta pesquisa foi responder a seguinte questão: qual foram as experiências com o uso da Telemedicina e Telessaúde durante a pandemia do COVID-19?

METODOLOGIA

Trata-se de revisão sistemática rápida que foi realizada de acordo e com as diretrizes da Cochrane* com a lista de verificação PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses)**.
Esta pesquisa foi estruturada nos componentes do acrônimo PICo, onde cada letra do acrônimo representou um componente da pergunta, de acordo com os seguintes interesses de análise: P= Profissionais de saúde, I= uso da Telemedicina e da Telessaúde, Co=Pandemia do COVID-19 definindo assim a pergunta norteadora da pesquisa: "Quais foram as experiências como o uso da Telemedicina e da Telessaúde durante a pandemia COVID-19?
Esta pergunta orientou a identificação dos descritores de busca e a exploração das bases eletrônicas de dados utilizadas.

Fontes de informação, pesquisa e triagem

Os artigos foram pesquisados separadamente em fontes de estudos primários nas bases de dados eletrônicas: PubMed/MedLine, LILACS, Scopus, Web of Science, Embase, Scielo, Google scholar e Open Gray. A estratégia de pesquisa incluiu os seguintes termos do MeSH, DeCS e Emtree, e para modular a pesquisa também foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR".

Seleção dos estudos

Foram incluídos apenas Ensaios Clínicos Randomizados, publicados de 2020 a 2021. Os artigos identificados foram importados para a plataforma de seleção Rayyan (https://rayyan.org), onde foram retirados os duplicados. A seleção dos estudos ocorreu em duas fases. Na primeira fase, títulos e resumos foram sistematicamente analisados por dois revisores (BCF, ICF),as discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas por consenso por um terceiro revisor (DPQ). Na segunda fase, os artigos triados pela primeira fase tiveram os seus textos completos obtidos e avaliados com o objetivo de verificar se preenchiam os critérios de elegibilidade definidos anteriormente.

Sumarização dos dados

Os estudos incluídos tiveram seus dados sumarizados através de uma planilha do Microsoft Excel. Os dados extraídos foram: autor/ano, país do estudo, amostra (n), desenho do estudo (tipo de estudo), análise estatística, principais resultados e conclusões.

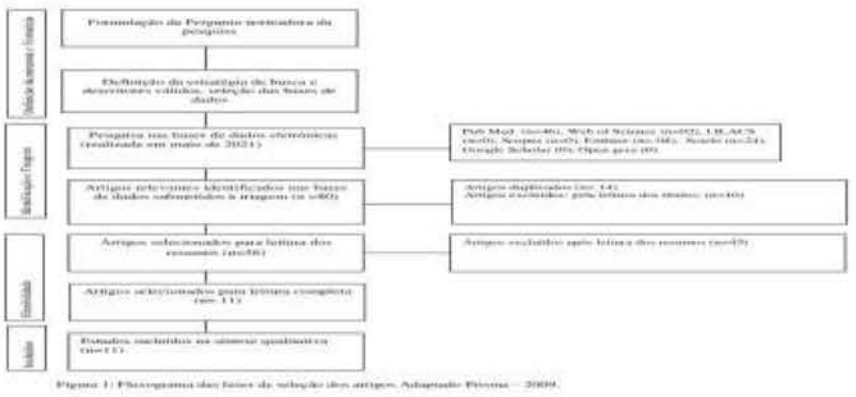


Figura 1 Fluxograma da seleção dos artigos

RESULTADOS

Foram identificados 56 estudos, sendo 11 deles incluídos na análise qualitativa. Na análise qualitativa 5 estudos (Risk of Bias/Cochrane) foram classificados com baixo risco de viés, 2 com risco médio, e 4 com risco incerto. Um estudo foi excluído da pesquisa por apresentar alto risco de viés. No total os estudos envolveram 3250 participantes. Os resultados apontam que o uso da Telemedicina e da Telessaúde é viável para apoiar profissionais de saúde e pacientes por meio de triagem e monitoramento, com impacto positivo, permitindo que uma pluralidade de serviços pudessem ser prestados à distância, possibilitando a continuidade do atendimento ambulatorial em domicilio e limitar a exposição à infecção; podendo também ser estruturado de acordo com um gradiente de complexidade e necessidades. Dentre esses serviços destacam-se: manutenção e intervenção dietética, atendimento a pacientes com doenças crônicas, como DPOC, diabetes, hipertensão, dentre outros; telereabilitação, teleducação, monitoramento de transtornos mentais, ideação suicida, e vigilância passiva em saúde.
Os estudos também apontaram limitações de requisitos tecnológicos sofisticados, baixos níveis de instrução e conhecimento tecnológicos por médicos, profissionais de saúde e pacientes.

CONCLUSÕES

A Telemedicina e a Telessaúde devem ser pensados e estruturados para ajudar os sistemas de saúde a alocar esforços para mitigar a falta de atendimento e reduzir distâncias e cuidados desnecessários na recuperação pós-pandemia. A recomendação das autoras é de que é necessário a realização de mais estudos que forneçam evidências robustas sobre os resultados, alcance do usos dessas ferramentas, e sua viabilidade. Os resultados apontam evidências que fortalecem a indicação de incorporação da Telemedicina e da Telessaúde dentro das políticas de saúde através de uma regulamentação específica e uma política nacional de saúde digital.

REFERÊNCIAS

Higgins JPT, Thomas J, Li T, et al, editores. CochraneHandbook for Systematic Reviews of Interventions.v 6.2 (updated July 2019). Cochrane; 2019. [acessado 2020 Mar 18]. Disponível em:https://training.cochrane.org/handbook
Transparent Reporting Of Systematic Reviews And Meta-Analyses.PRISMA 2020 checklist.[cited2021Abr3]. Disponível em:http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA_2020_checklist.pdf

USO DE PLATAFORMA DIGITAL COMO NOVO MODELO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE COLABORADORES

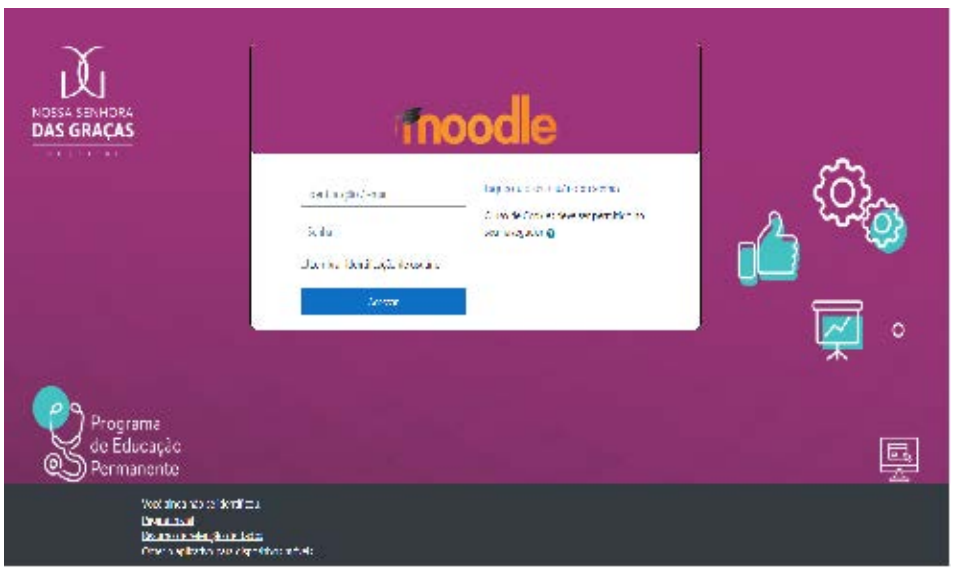
Jessica de Oliveira Machado do Amaral;Janaina de Siqueira Silveira; Karine Mainardes Vieira;Vilma Tereza Pazzetto

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo em uma era que a entrega de resultados é vital para as instituições. Mas para que isto ocorra, os colaboradores devem estar constantemente atualizados e
preparados com novos conhecimentos e habilidades necessárias para elevar a qualidade e eficácia do trabalho, contribuindo assim com resultados em todas as perspectivas de processos internos, atendimento ao cliente e a sustentabilidade financeira . São muitas oportunidades e ameaças e é nesse momento que aproveitamos as oportunidades do universo digital, promovendo treinamentos e learning dentro de uma instituição hospitalar
na região sul do País.

METODOLOGIA

Implementação da plataforma Moodle – treinamentos online - com acesso a todos os colaboradores da instituição de acordo com a realidade e assuntos do dia a dia do Hospital. O desenvolvimento dos assuntos seguem o fluxograma para elaboração do conteúdo e análise dos setores envolvidos. Após a criação dos vídeos e materiais, estes são disponibilizados na plataforma para que os colaboradores tenham acesso as temáticas desenvolvidas e de interesse por público.



Área de login da plataforma moodle

RESULTADOS

Em 20/06/2021 à 20/07/2021, foi disponibilizado o treinamento “Limpeza e Desinfecção do Ambiente – área do Paciente” para os colaboradores das UTI Geral, UTI Cardíaca, UTI Geral II e UTI Geral III. A adesão do treinamento foi de 98,59%, um índice superior a média atual praticada nos treinamentos presenciais tradicionais

Imagem do vídeo da colaboradora realizando a técnica correta da higienização das superfícies

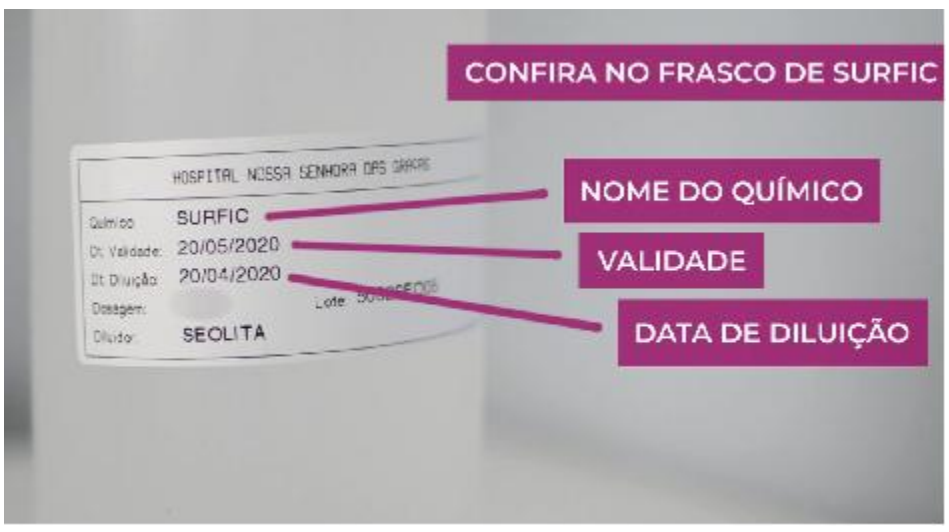


Imagem do vídeo explicando a leitura correta da embalagem.

CONCLUSÕES

A pandemia nos desafiou e mostrou que seria possível atender a necessidade constante de desenvolvimento dos colaboradores, mesmo com todas as restrições e cuidados necessários frente ao Novo Coronavírus. Observamos que a utilização de uma plataforma digital para desenvolvimento e treinamento não era exclusividade apenas do setor da educação, mas podemos aplicar de forma eficaz na área da saúde como um todo, fazendo com que o desenvolvimento de nossos colaboradores seja mais abrangente, com uma adesão superior ao modelo tradicional e ainda mais focado e personalizado.

REFERÊNCIAS

FLX-271 Realização de Treinamento na Plataforma.

USO DO WORKPLACE® COMO PLATAFORMA DE TREINAMENTO

Silvia Helena Mendonça, Camilla do Rosário Nicolino Chiorino

INTRODUÇÃO

No início de 2020 chagava ao Brasil a pandemia do COVID-19. O setor de saúde foi rapidamente consumido pelas demandas da nova doença. Parte destas demandas era a de treinamento, quer pelas novas orientações de prevenir e tratar o COVID, quer pelo alto volume de contratações, já que os profissionais de saúde foram contaminados pelo COVID.

Como manter uma agenda de treinamento se havia a restrição do distanciamento e não tínhamos uma plataforma de educação à distância (EaD) na instituição?

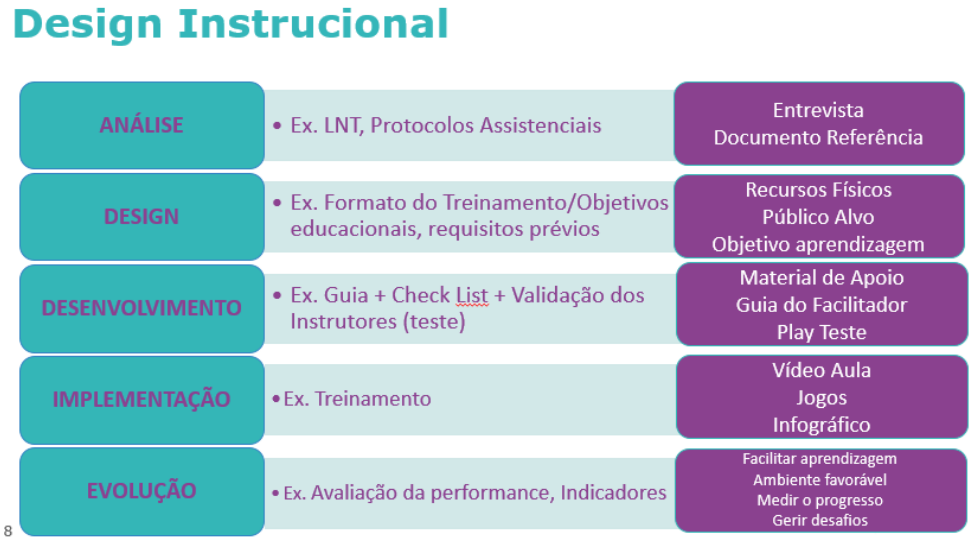
O objetivo desse trabalho é descrever a construção de uma estratégia educacional a partir de ferramentas da mídia social corporativa.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo, realizado em um hospital terciário da cidade de São Paulo. Aplicado o modelo de design instrucional ADDIE para construção de uma EaD.

Com base no mapeamento de processo da área foi avaliado a necessidade de adaptação de cada etapa, considerando o modelo ADDIE: análise (Analize), design (Design), desenvolvimento (Develop), implementação (Implement) e avaliação (Evoluation).

Para implementação foi planejado e testado o uso de rede social como ferramenta para divulgação virtual dos treinamentos. O piloto utilizou o Workplace®, que é uma rede social do Facebook® criada para empresas. Esta rede não é um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) por definição, porém devido a permissão de hospedagem de material didático e a possibilidade de capilarização, foi escolhida para ser um AVA.



Quadro 1 – Aplicação da Matriz ADDIE

Quadro 2 – Ferramentas para Plano de Comunicação: Criação da Comunidades por modalidade de treinamento; Vídeo Instrucional; Canal de dúvidas

RESULTADOS

Na fase **Análise**, foi revisto as necessidades de treinamento prevista para 2020, novas solicitações e temas obrigatórios por legislação.

Em **Design**, foi escolhido criação de vídeos como solução de treinamento. Para os vídeos, foi elaborado um script para os educadores com os principais pontos a serem seguidos: tempo, apresentação, agenda, objetivo de aprendizagem, público alvo.

As fases de **Desenvolvimento e Implementação** foram as mais desafiadoras, pois incluíam não só o desenvolvimento/ aperfeiçoamento de uma nova habilidade (confecção de vídeo), como também resolver o problema da divulgação e hospedagem do material. Inicialmente foi escolhido software de criação e elaboração de vídeos de uso livre na rede internet e que os educadores tivessem mais domínio.

Para as **Avaliações** existentes na instituição – avaliação de reação e pós teste imediato, utilizamos formulários online disponíveis com rotinas de retirada dos relatórios semanalmente.

Foram criados 4 Comunidades de Treinamento no Facebook/ Workplace®(WP) da Instituição, com campanha de adesão e cadastro dos novos colaboradores na admissão. Juntas, as comunidades somavam mais de 2300 participantes. A divulgação dos novos temas de treinamentos acontecia também no WP e nos grupos de e-mails de treinamento. Foram criados 39 vídeos, gerado mais de 13 mil horas de treinamento online, com aumento nas taxas de participação (88%) e de efetividade dos treinamentos (94%).

TOTAL HOMEM/HORA/TREINAMENTO ON LINE	PAULISTA		MIRANTE		CORPORATIVO	
	ON LINE	GERAL	ON LINE	GERAL	ON LINE	GERAL
JANEIRO						
FEVEREIRO						
MARÇO						
ABRIL	729	5.396	0	1.901	729	7.296
MAIO	417	6.986	0	965	417	7.951
JUNHO	478	3.966	186	1.566	664	5.532
JULHO	1.545	6.788	234	2.070	1.778	8.858
AGOSTO	1.440	6.802	453	1.827	1.893	8.629
SETEMBRO	1.123	4.406	548	1.558	1.671	5.964
OUTUBRO	1.384	8.381	919	1.879	2.304	10.260
NOVEMBRO	1.279	7.594	847	1.806	2.126	9.400
DEZEMBRO	991	6.713	337	3.896	1.328	10.609
SOMA	9.386	57.032	3.524	17.467	12.910	74.498
Média	1.043	6.337	392	1.941	1.434	8.278

Quadro 3 – Distribuição de Horas na plataforma Workplace® e Presencial

CONCLUSÕES

Educação à distância traz a vantagem da autonomia como premissa, porém também pressupõe disciplina e planejamento do educando, nesse caso o profissional de saúde. O domínio do ambiente virtual de aprendizagem e a organização do tempo são aliados para o profissional usufruir de todas as informações disponíveis e possíveis dessa modalidade de ensino e assim transformar o conhecimento em habilidades e competências.

O design instrucional permitiu o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta originalmente criada como mídia social, para uma solução de aprendizagem de sucesso, com manutenção da qualidade e efetividade do treinamento

REFERÊNCIAS

MARTINS, D. O.; TIZIOTTO, S. A; CAZARINI, E. W. Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVAs) como ferramentas de apoio em Ambientes Complexos de Aprendizagem (ACAs). **Revista da Associação Brasileira de Educação a Distância**, São Paulo, v. 15, 2016. Disponível em: http://seer.abed.net.br/index.php/RBAAD/article/view/277. Acesso em: 8 abr. 2021.

UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA SBAR NA MELHORIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS PARA GARANTIR A SEGURANÇA ASSISTENCIAL

CARLOS EDUARDO BURATI, DAYANNE DOMASKI DA PAIXÃO ,VERA GOLFETTO FERNANDES

INTRODUÇÃO

A transferência de informação é uma das ações realizadas com mais frequência nos serviços de saúde e guarda grandes riscos de erros, ferramentas para evitar lacunas de informação, conhecidas por siglas como SBAR , já são muito utilizadas e podem, inclusive, agilizar as passagens de plantões garantindo a continuidade da assistência. A SBAR é um mnemônico para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação, uma das ferramentas de comunicação estruturada mais famosa em razão de sua simplicidade. O processo de comunicação precisa incluir os fatos relevantes, ser compreensível e conciso, para evitar perda de tempo e de atenção.

OBJETIVOS

Padronizar e melhorar a qualidade da comunicação intra-hospitalar por meio de formulários estruturados dentro da realidade institucional, facilitar a comunicação entre setores e garantir a continuidade na assistência ao paciente, melhorando a qualidade do atendimento.

METODOLOGIA

Utilização de formulários e metodologias específicas para cada transição dentro da unidade hospitalar, entre setores de internação, unidades criticas e serviço de apoio e diagnostico terapia. Realizados no momento da transição do paciente, com dupla checagem no setor de destino (Figura 1).

Figura 1. Ferramentas implantadas para transferência de informação.
FONTE: Diretório da Qualidade – Hospital VITA Batel.

RESULTADOS

Redução de 37,5% no número total de notificações relacionadas à transferência de informação no primeiro semestre de 2021 comparado ao mesmo período de 2020.
Em 2020 o incidente estava como 4º maior número de registro de incidentes notificados através de Relatório de Melhoria da Qualidade , e em 2021 caiu para o 6º incidente, evidenciando melhoria da qualidade da transferência de informação, garantindo benefício ao paciente com um cuidado mais seguro, e aperfeiçoamento na qualidade no registro das informações repassadas durante o transporte para procedimentos e exames, transferências entre setores e passagens de plantão setorial.

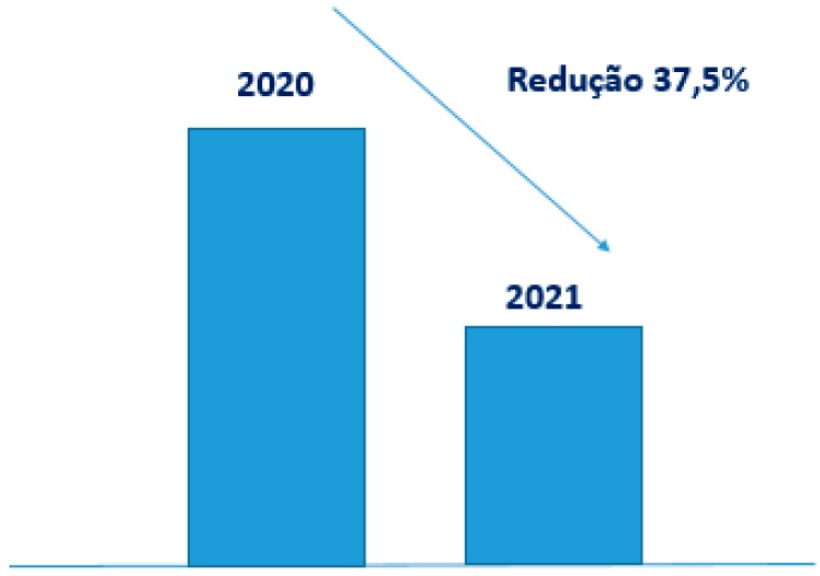


Gráfico 1. Notificações 1º Semestre 2020/ Notificações 1º Semestre 2021 - Transferência de Informação. FONTE : Relatório de Melhoria da Qualidade.

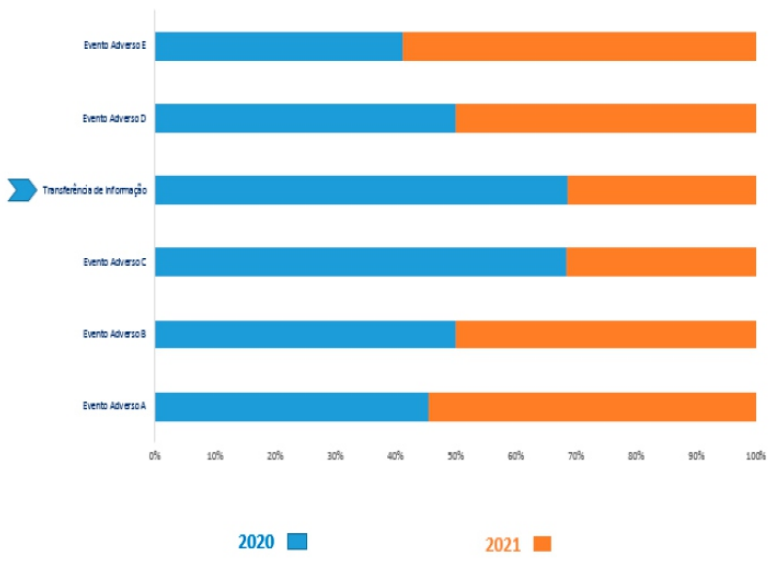


Gráfico 2. Notificações 1º Semestre 2020/ Notificações 1º Semestre 2021.
FONTE : Relatório de Melhoria da Qualidade.

CONCLUSÃO

Com a implantação da metodologia SBAR de transferência de informação, foi possível identificar um ciclo de melhoria no processo de comunicação interna entre os profissionais e entre os setores, garantindo ao paciente uma maior segurança e continuidade na assistência.

REFERÊNCIAS

Portal Segurança do Paciente – **Como usar o método SBAR na transição do cuidado** . Disponível em : https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/como-usar-o-metodo-sbar-na-transicao-do-cuidado/, acesso em 06/09/21.

Utilização de *Machine Learning* para alocação de pacientes em fila fast track em um pronto socorro médico na cidade de São Paulo

Christian Valle Morinaga*, Magali Aldrin Lopes Marion*, Amanda Bernal Silva*, João Rafael Dias**
* Hospital Sírio Libanês –Bela Vista
** Fundação Getúlio Vargas

INTRODUÇÃO

A lotação de serviços de emergência são um problema inerente a serviços de porta aberta e um desafio mundial e acarretam em tempos de espera prolongados. A equipe assistencial busca priorizar o cuidado utilizando critérios de urgência, o que pode gerar aumento do tempo de permanência de casos não urgentes e o tempo total de permanência dos pacientes no Pronto Socorro. Este cenário leva a frustração de pacientes e equipe assistencial e levanta preocupação quanto a segurança do paciente.

Uma das estratégias para lidar com o problema de lotação é implementar uma fila separada para pacientes de baixo risco. Este processo é chamado "***fast track***" e é dedicado ao grupo de pacientes previamente identificados pela enfermeira da triagem como pacientes que não necessitarão utilizar recursos tais como medicações ou exames subsidiários (Figura). Estes pacientes são avaliados pelo médico em um processo "avaliar e tratar" sem a necessidade de observação ou reavaliação (Banerjee, 2008). Há evidência forte na literatura que o "*fast track*" melhora o fluxo do paciente no Pronto Socorro (Oreadson, 2011), diminuindo o tempo de espera, aumentando a satisfação do paciente e reduzindo o tempo de permanência tanto da fila *fast track* quanto da fila convencional.

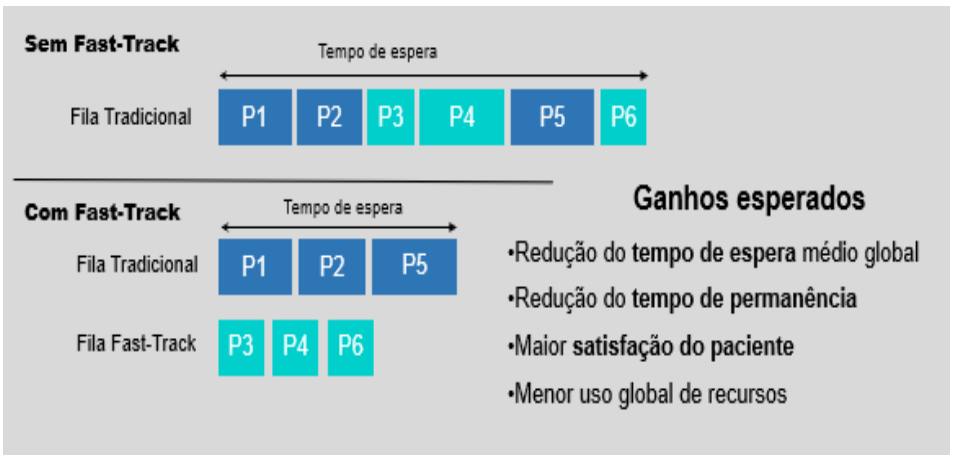


Figura. Ilustração esquemática do funcionamento do fluxo *fast track*

A acurácia na predição de recursos necessários para um determinado paciente é o cerne para um processo de "*fast track*" eficiente. Silva (Silva, 2017) mostrou uma concordância de 34% do número de recursos preditos pela enfermeira da triagem e o número de recursos utilizados em um pronto socorro terciário no Brasil. A triagem inadequada de *fast track* pode levar a um aumento do tempo de espera e uma troca de filas e processos improdutiva.

Modelos de *machine learning* têm sido estudados como alternativa aos fluxogramas utilizados pela maior parte dos hospitais. Estudos mostraram performance superior aos fluxogramas existentes (Levin 2017, Raita 2019), porém, estes modelos foram validados baseados na detecção de pacientes críticos e não aos de baixa complexidade. Não há descrição na literatura do uso de *machine learning* com objetivo de identificar pacientes não críticos e que precisem pouco ou nenhum recurso de pronto socorro.

O objetivo geral deste projeto é comparar o modelo tradicional de triagem com modelos de machine learning para triagem e alocação da fila de *fast track* de atendimento de pacientes em um pronto socorro médico na cidade de São Paulo.

METODOLOGIA

Foram analisados 89.419 atendimentos no período de 2018 e 2019. Considerou-se variável resposta a não utilização de medicações endovenosas, exames subsidiários, honorários de procedimentos e taxas de observação. Em relação aos exames subsidiários, foi considerada exceção aqueles exames de resultado imediato, a saber: Radiografias simples, eletrocardiograma de 12 derivações e análise de urina tipo I.

Foram consideradas *features*: data da avaliação, dados de histórico de passagens hospitalares prévias, dados de identificação (idade e sexo) e dados de triagem (queixa e sinais vitais).

De forma aleatória foram separados 70% dos atendimentos para a realização dos modelos. Os 30% restantes foram utilizados como amostra de teste, para validação dos modelos.

Foram realizadas as técnicas de Árvore de Decisão, *Random Forest*, *Gradient Boosting Machine* (GBM) e Redes Neurais.

RESULTADOS

A performance de cada modelo analisado é ilustrada na tabela abaixo. Para o modelo de *Random Forest*, foi realizada a avaliação de performance em população de pacientes atendidos na área não-COVID do pronto atendimento em 2020 e 2021 com encontro de performance semelhante.

Modelo	AUC
Triagem atual	0,5877
Árvore de Decisão	0,6933
Rede Neural	0,7035
Gradient Boosting Machine	0,7326
Random Forest	0,7353

Tabela. Performance atual e dos diversos modelos desenvolvidos para predição de pacientes elegíveis a fila fast track

CONCLUSÕES

É possível otimizar a performance da triagem de um pronto socorro utilizando modelos de *machine learning* na seleção de pacientes elegíveis para *fast track*, com ganhos de performance em AUC de até 0,58 para 0,73.

Para o modelo atual de triagem, a utilização do modelo de melhor performance reduziria em 21% o número de pacientes inadequadamente triados em *fast track*, gerando maior dinamismo e eficiência na fila. Além dos benefícios em satisfação e redução de lotação, a otimização do recurso na cadeia do processo, permite melhores negociações com operadoras.

Trata-se de um estudo baseado em um único serviço o que limita a **generalização** dos seus resultados. Fatores como a eficácia real do modelo e aceitação da equipe assistencial necessitam ser avaliadas prospectivamente.

REFERÊNCIAS

- Banerjee A, Mbamalu D, Hinchley G. The impact of process re-engineering on patient throughput in emergency departments in the UK. International Journal of Emergency Medicine 2008; 1:189-92. doi: 10.1007/s12245-008-0055-x
- Levin S, Toerper M, Hinson J, Gardner H, Henry S, McKenzie C, Whalen M, Hamrock E, Barnes S, Martinez D, Kelem G. Machine-learning-based Electronic triage: a prospective evaluation. Annals of Emergency Medicine 2018; 72(4): S116. doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.08.299
- Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, Asplund K, Castrén M, Farrohknia N. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2011; 19:43 10.1186/1757-7241-19-43
- Raita Y, Goto T, Faridi MK, Brown DFM, Camargo Jr. CA, Hasegawa K. Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. Critical Care 2019;23:64. DOI: 10.1186/s13054-019-2351-7
- Silva JA, Emi AS, Leão ER, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Emergency Severity Index: accuracy in risk classification. Einstein 2017; 15(4): 421-7. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3964.