CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

SESSÃO PÔSTER

Conheça os trabalhos **vencedores desta edição**

1º

IMPLANTAÇÃO DE UM HUB DE INOVAÇÃO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO FILANTRÓPICO

GUILHERME HERNANDES GARCIA SANCHEZ
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO
MATEUS FREDERICO DE PAULA

2º

IMPACTO FARMACOECONÔMICO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DO RS

ARIELEN DAGOSTIM BORGES
FERNANDA VIERO FLORES
GABRIELE LENHART
VITÓRIA VOLFART DA ROCHA

3º

RASTREAMENTO ORGANIZADO DE CÂNCER COLORRETAL ATRAVÉS DO TESTE FIT PARA OS COLABORADOR DO HCFMUSP

ADRIANA VAZ SAFATLE-RIBEIRO
JOSÉ ELUF NETO
SÉRGIO CARLOS NAHAS
ULYSSES RIBEIRO JÚNIOR

INICIAR

IMPLANTAÇÃO DE UM HUB DE INOVAÇÃO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO FILANTRÓPICO

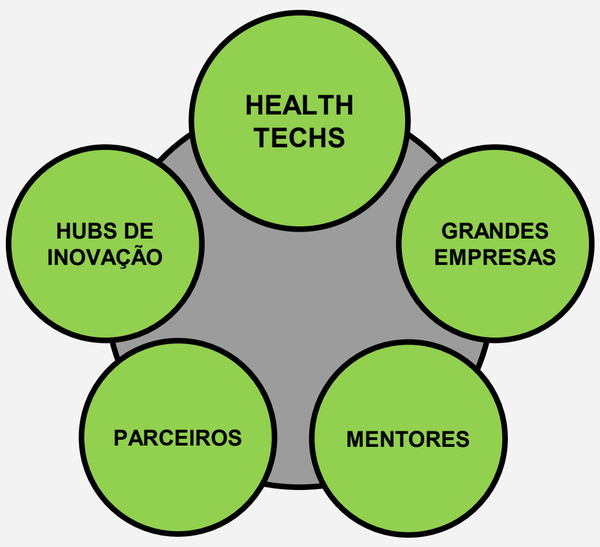
GUILHERME HERNANDES GARCIA SANCHEZ, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGOLO, MATEUS FREDERICO DE PAULA

INTRODUÇÃO

A aplicação de tecnologia e inovação no sistema de saúde consolida-se cada vez mais como um importante caminho para aumento da produtividade, redução de custos e melhoria da qualidade do atendimento em saúde. Apenas o uso de Inteligência Artificial na área da saúde possui potencial de reduzir até 4,5% o desperdício anual de recursos do sistema. O uso da tecnologia se autofinancia à medida que reduz o esforço e custos de qualidade dos processos de saúde. Este trabalho teve como objetivo a implantação de um Hub de Inovação em um hospital oncológico filantrópico, permitindo acelerar a adesão de novas tecnologias em processos gerenciais e assistenciais.

METODOLOGIA

Foi definida a utilização do conceito Open Innovation como base da estruturação do projeto, proporcionando colaboração com startups, empresas privadas, firmas de capital de risco e instituições de ensino e pesquisa do ecossistema de inovação. A implantação do Hub de Inovação foi sustentada por três pilares implantados entre jun/21 e jul/2022. O primeiro pilar foi a ativação de um Board de Inovação deliberativo para projetos de inovação, formado por 14 membros entre gerentes e diretores da instituição. O segundo pilar foi a criação de Programas de Aceleração de Startups que acontecem duas vezes ao ano com a participação de 15 startups por edição e duração de 12 semanas. Por fim, o terceiro pilar foi a criação dos Squads de Projetos de Inovação, formados por colaboradores nomeados para trabalhar em Provas de Conceito (POC's) com as startups egressas do programa.

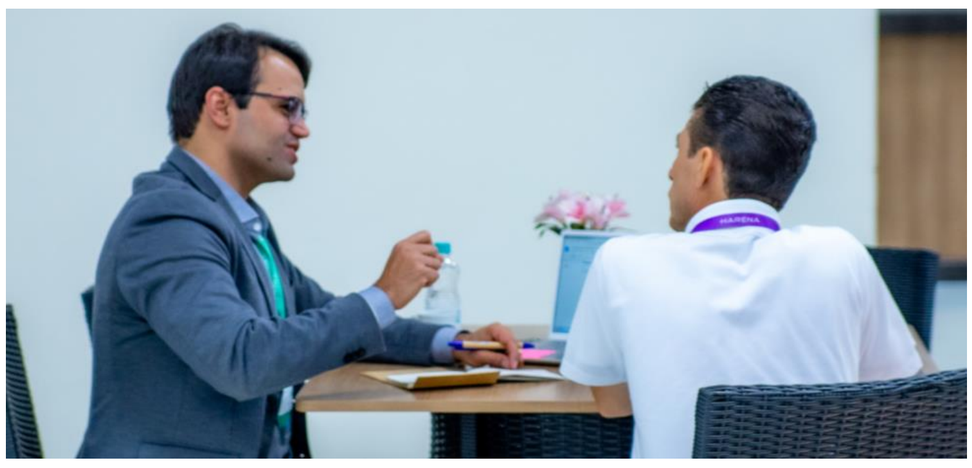


Legenda: estrutura do ecossistema de inovação aberta do Hospital de Amor de Barretos

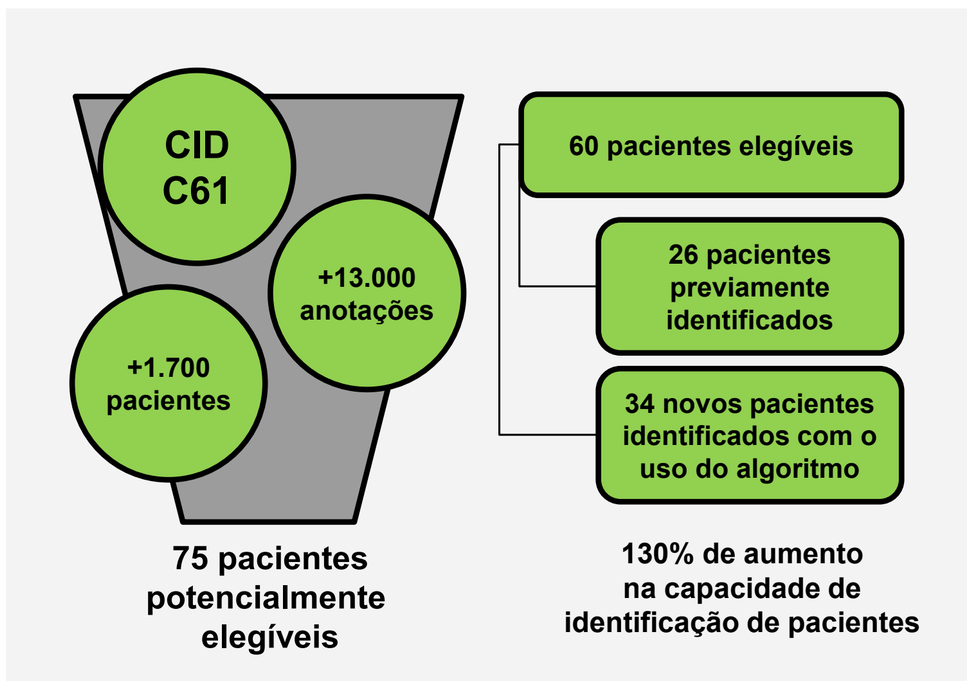
Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.

RESULTADOS

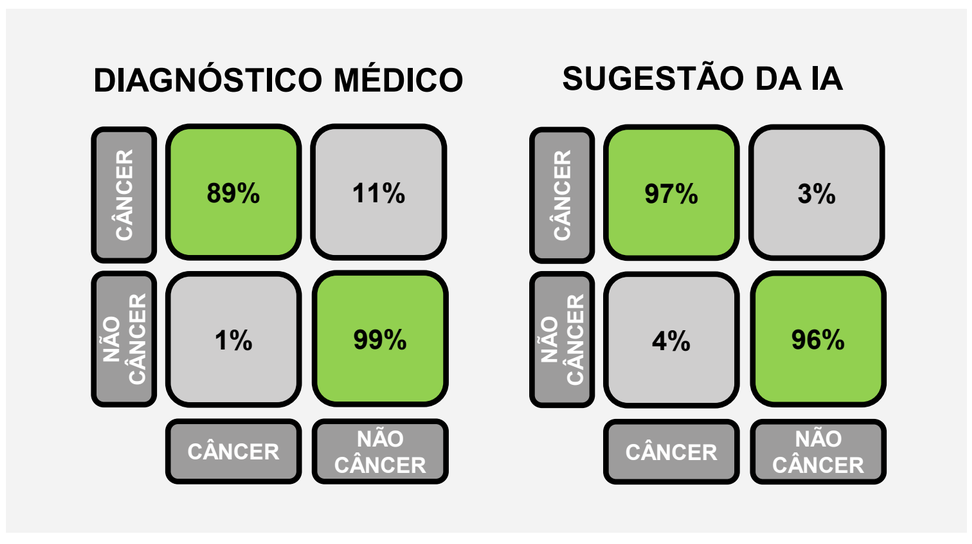
Com o projeto, foram aceleradas 46 startups e 9 projetos foram deliberados pelo Board de Inovação para formação de Squads de Projetos de Inovação com as startups aceleradas. Os projetos geraram como resultado o aumento de 130% no recrutamento de pacientes para estudo clínico de câncer de próstata utilizando Inteligência Artificial, predição de câncer infanto-juvenil na cavidade abdominal e sistema nervoso central com acurácia geral acima de 95% e desenvolvimento de um cenário virtual para gamificação do tratamento de câncer infantil.



Legenda: mentorias realizadas nos programas de inovação aberta entre startups e especialistas de mercado.



Legenda: resultados atingidos para o projeto de recrutamento de pacientes para estudos clínicos de câncer de próstata



Legenda: matriz de confusão dos diagnósticos definidos pelos médicos *versus* sugestão da IA

CONCLUSÕES

O Hub de Inovação possui um papel significativo para acelerar a adesão de tecnologia na saúde pública. É possível evidenciar a capacidade de autofinanciamento do projeto a partir do aumento da eficiência, eficácia e efetividade dos processos assistenciais e gerenciais.

REFERÊNCIAS

CHESBROUGH, Henry. Business Model Innovation: Opportunities and Barriers. Long Range Planning, v. 43, n. 2, p. 354-363, 2010.
CHRISTIANSEN, Jed (2009). Copying Y Combinator: A Framework for Developing Seed Accelerator Programmes. Dissertação de MBA - Judge Business School & Jesus College, Cambridge University of Cambridge. 2009.
STARTUP COMMONS. *Startup* Development Phases - ***Startup* Commons**. Disponível em: <https://www.*startup*commons.org/*startup*-development-phases>. Acesso em 20 de junho de 2021.

IMPACTO FARMACOECONOMICO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DO RS

Vitória Volfart da Rocha[1]; Gabriele Lenhart[1]; Fernanda Viero Flores[1]; Arielen Dagostim Borges[1]

[1]Hospital Mãe de Deus do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Os medicamentos representam o principal recurso terapêutico e constituem uma importante fração das despesas de uma instituição de saúde. No contexto econômico, quando empregados de forma adequada são frequentemente os recursos mais custo-efetivos. A farmácia clínica é o setor responsável por garantir a farmacoterapia adequada ao paciente. Neste sentido, a avaliação farmacêutica da prescrição pode resultar em intervenções e economia para a instituição, além de promover o uso racional e seguro de medicamentos

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a economia gerada a partir da avaliação de prescrições médicas realizadas pelos farmacêuticos clínicos

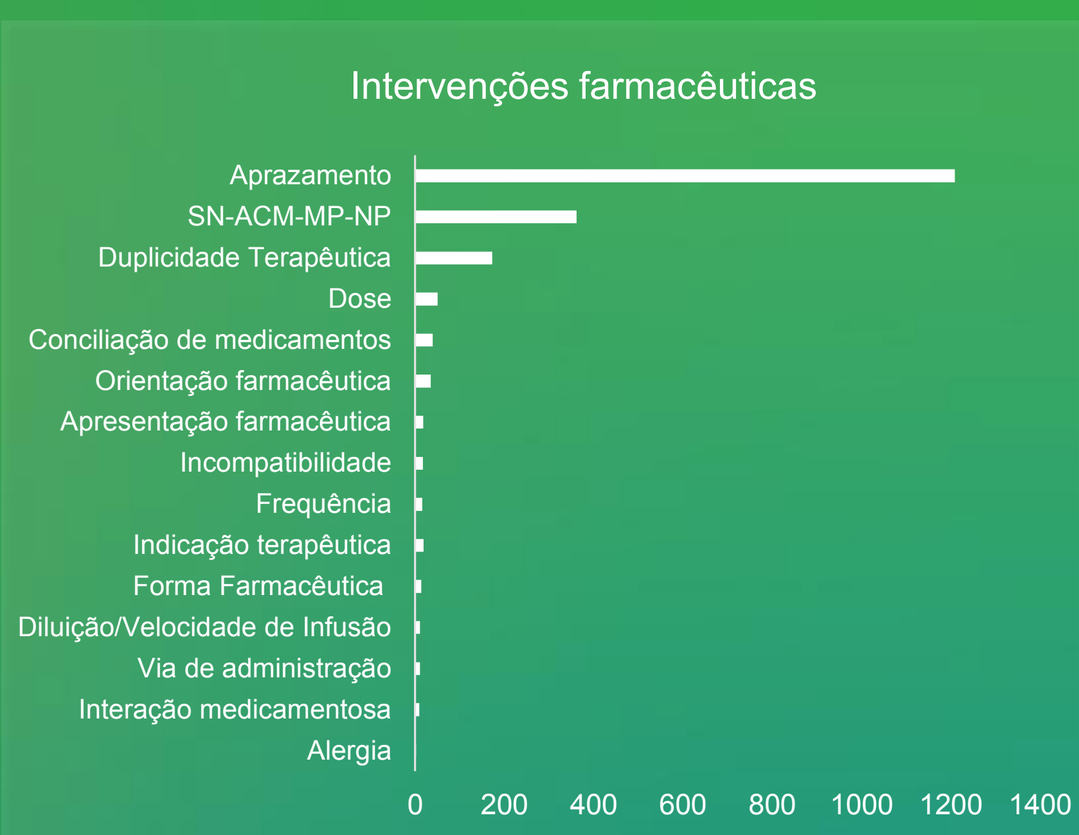
METODOLOGIA

Foi realizado estudo transversal e analítico, através da plataforma de inteligência artificial *NoHarm*, em que foi analisado a economia gerada proveniente das intervenções realizadas pelos farmacêuticos, no período do mês de julho de 2022, durante o processo de avaliação de prescrição

RESULTADOS

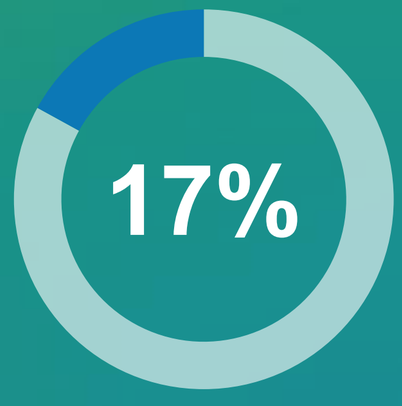
Foram realizadas 1986 intervenções no período do estudo, sendo 335 incluídas, as quais geraram economia total de R$27.041,66. As três principais intervenções que promoveram redução de custo foram o ajuste de prescrição conforme observação médica, duplicidade terapêutica/medicamentosa e ajuste de dose. Duzentos e dezoito intervenções de adequação da prescrição, representaram 50,2% do valor economizado. Além desta, foram realizadas 99 intervenções de duplicidade, representando 34,3% e 11 intervenções de dose, responsáveis por 6% da economia

Intervenções farmacêuticas



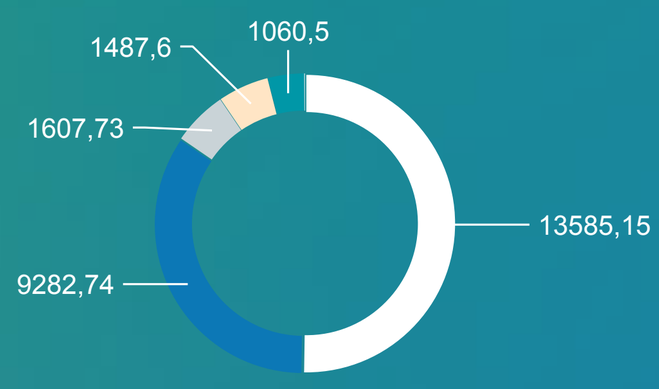
Tipos de intervenções farmacêuticas realizadas no mês de Julho/2022 – Hospital Mãe de Deus/RS

Intervenções que geraram economia (%)



% de intervenções que geraram economia no mês de Julho/2022 – Hospital Mãe de Deus/RS

Economia gerada por intervenção farmacêutica (R$)



Economia gerada por intervenção farmacêutica no mês de Julho/2022 – Hospital Mãe de Deus/RS

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstram que a atuação do farmacêutico clínico é fundamental na otimização do tratamento, uma vez que as intervenções analisadas além de promoverem economia para a instituição, evitam problemas relacionados ao uso de medicamentos e garantem segurança ao paciente

REFERÊNCIAS

Rascati, KL. Introdução à farmacoeconomia. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Tonon, LM; Tomo, TT; Secoli, SR. Farmacoeconomia: análise de uma perspectiva inovadora na prática clínica da enfermeira. Texto contexto - enferm., v. 17, n. 1, p. 177-182, 2008.

Jhaveri BN, Patel TK, Barvaliya MJ, Tripathi CB. Drug utilization pattern and pharmacoeconomic analysis in geriatric medical in-patients of a tertiary care hospital of India. J Pharmacol Pharmacother. 2014 Jan;5(1):15-20. doi: 10.4103/0976-500X.124411. PMID: 24554905; PMCID: PMC3917160.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Rastreamento organizado de câncer colorretal através do teste imunoquímico e automatizado fecal (FIT) para os colaboradores do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: resultados preliminares

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Autores(as): Adriana Vaz Safatle-Ribeiro, Ulysses Ribeiro Jr, Fábio Luis Recioli Ferreira da Rocha, Márcio Roberto Facanali Junior, Isabella Nicácio de Freitas, Fábio Kawaguti, Afonso Henrique da Silva e Sousa Junior, Eliézer Machado Dias, Ludmila Caroline Dias, Antônio dos Santos Barboza, Elizabeth de Faria, Antônio José Rodrigues Pereira, Vera Lucia Pagliusi Castilho, Elenice Messias do Nascimento Gonçalves, José Eluf Neto e Sérgio Carlos Nahas

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é a 3ª causa de mortalidade por câncer no mundo. No Brasil, os estádios avançados (III e IV) representam mais de 60% dos casos ao diagnóstico, com impacto tanto nas taxas de sobrevida, prognóstico, na qualidade de vida e econômico. Programas de rastreamento, através de teste imunoquímico fecal quantitativo (FIT) demonstram alta sensibilidade e especificidade, com elevada taxa de adesão em relação aos outros testes de pesquisa de sangue oculto fecal. Programas organizados demonstram redução da mortalidade por câncer. O rastreamento nos colaboradores da área da saúde reflete o engajamento institucional no projeto em **"CUIDAR DE QUEM CUIDA!"**

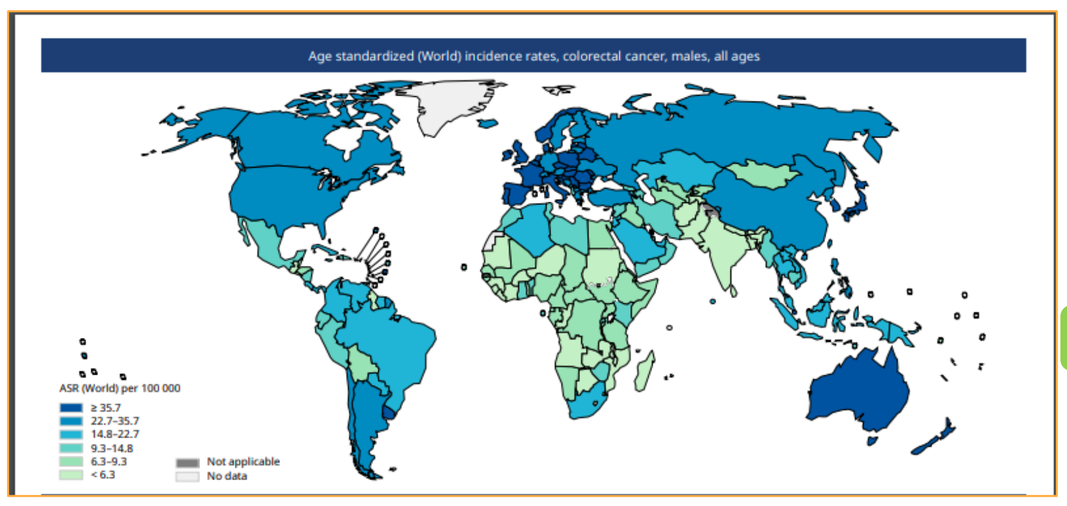
OBJETIVO

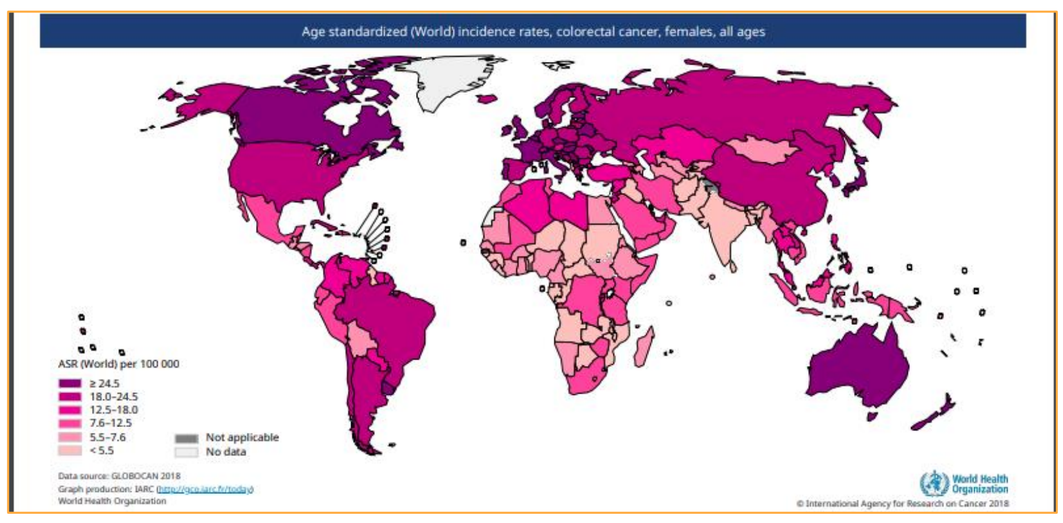
Implantar o rastreamento organizado para o CCR através do FIT, seguido de colonoscopia para os casos positivos, nos colaboradores do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

METODOLOGIA

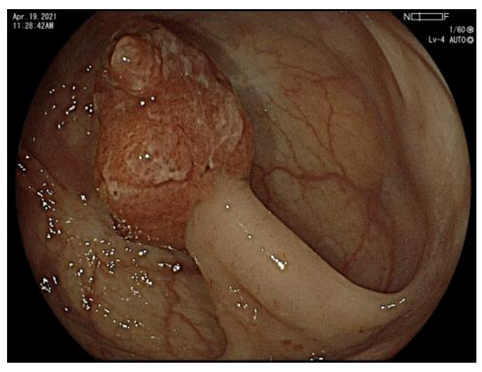
Colaboradores, entre 50 e 75 anos, foram convidados a participar e receberam o kit para coleta de fezes e o FIT. Pacientes com FIT positivo (nível > ou = 50 ng/mL) foram encaminhados para realização de colonoscopia com aparelhos de alta definição, com magnificação e auxílio de inteligência artificial.

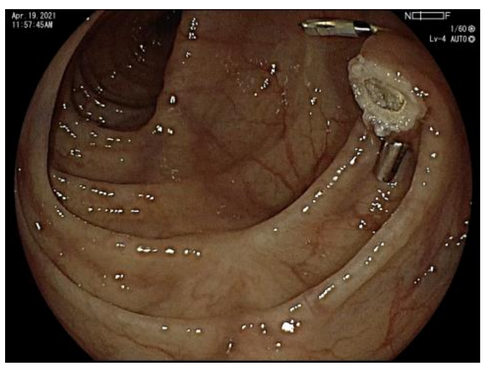
CCR no Mundo: 3a. Neoplasia maligna mais frequente





CCR no Brasil: 2a. Neoplasia maligna mais frequente ♂ / ♀





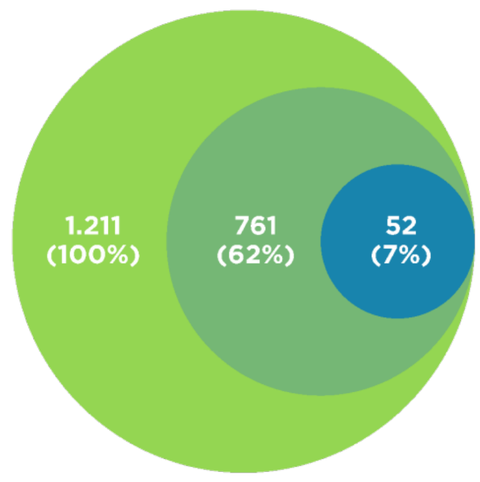
Pólipo pediculado diagnosticado e ressecado por colonoscopia de alta definição, cujo resultado histológico foi adenoma de alto grau

Pólipos encontrados em dois pacientes com FIT positivo ressecados por colonoscopia. Resultado histológico: adenoma com displasia de alto grau

RESULTADOS

De um total de aproximadamente 9.000 colaboradores, 1211 foram submetidos ao FIT. 63% devolveram o teste para análise. Destes, 52/761 (7%) tiveram FIT positivo. 46 pacientes foram submetidos à colonoscopia. Todas as colonoscopias foram completas, até ceco ou íleo, e apresentavam preparo bom ou excelente, à exceção de 1, que apresentou preparo regular. 73,9% eram mulheres, 65,2% eram brancos e a média de idade foi de 56 anos. O intervalo entre realização do FIT e colonoscopia foi de 35 dias em média (12-115), com valor do FIT variando de 54-2263 ng/dL. A taxa de detecção de adenoma foi 60,9% (28 pacientes). Foram detectadas 90 lesões, com tamanho médio de 5,8 mm (2-30), sendo destes 60,7% (54) adenoma com displasia de baixo grau, 2,2% (2) adenoma com displasia de alto grau, 5,6% (5) de lesões serrilhadas e neoplasia em 1 paciente.

RESULTADOS



Programa permanente

Atualmente: 117 colonoscopias
Taxa de detecção de adenoma = 61%: 146 adenoma baixo grau;
6 adenoma alto grau; 12 serrilhados = tratamento colonoscópico
3 neoplasias malignas = tratamento cirúrgico

CONCLUSÕES

1. A implantação do programa de rastreamento organizado para os Colaboradores do Complexo HCFMUSP tornou-se uma realidade, porém demonstra moderada taxa de adesão, devendo-se aprimorar estratégias para incentivar a participação; 2. Resultados parciais demonstraram alta taxa de detecção de adenoma nos colaboradores FIT positivos.

Paciente de 56 anos com FIT positivo apresentando três lesões elevadas que foram ressecadas por colonoscopia

APOIO:

ubuntu med.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer, 2021; 2.Sung et al. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-493; 3. Zauber et al., N Engl J Med 2012; 366:687-964; 4. Shahidi et al, Canadian J Gastroenterol & Hepatol 2016; 46505; 5. Teixeira et al., Ann Gastroenterol 2017;30:442-56; 6. Larsen et al, Gastroenterology 2018;55:99-1067; 7. Sehgal et al., Gastroenterology 2021; 160(6):2018-2028

CONHEÇA TODOS OS

TRABALHOS APROVADOS

INÍCIO

ANTERIOR

PRÓXIMO

A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E DISSEMINAÇÃO DE SEU CONCEITO EM UM HOSPITAL PRIVADO APÓS A APLICAÇÃO DA PESQUISA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

ROMÃO Tatiana Lima, COSTA Suellen Dias Lacerda, PAURA Mariane Rizzetto Coelho

INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato de experiência sobre a “A construção da cultura de segurança do paciente em um hospital privado na cidade de São Paulo, onde no ano de 2022 foi aplicada a primeira pesquisa de cultura de segurança adaptada à realidade da instituição.

O objetivo da pesquisa foi identificar quais eram as fragilidades que os colaboradores enxergavam em sua a atuação direta na assistência aos pacientes diante a gestão de riscos do hospital.

METODOLOGIA

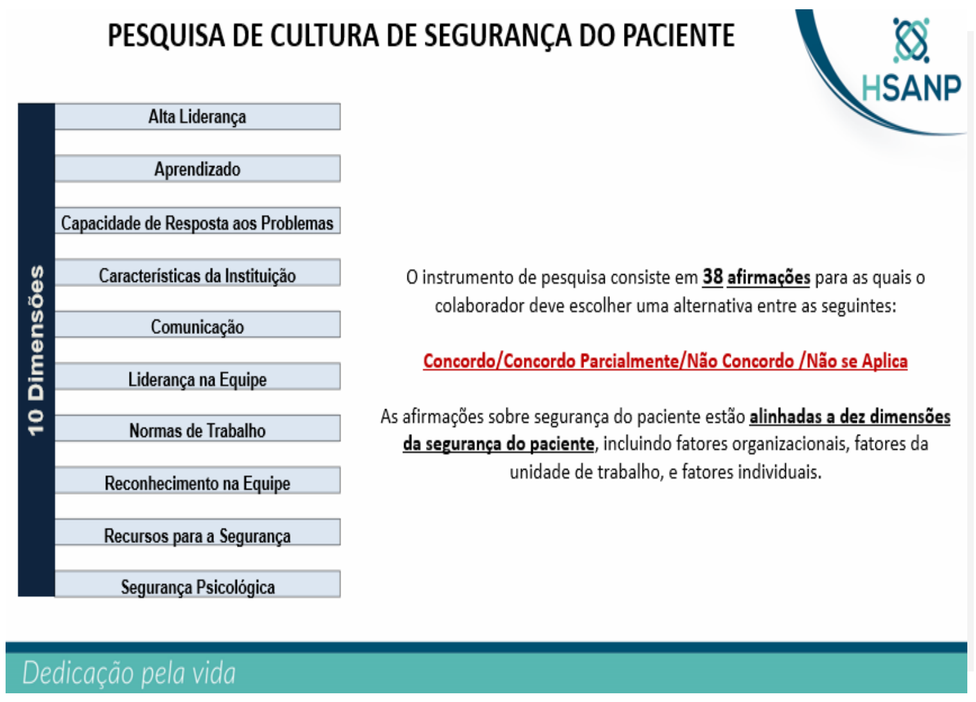
O método da aplicação da pesquisa se deu através da aplicação de questionário via formulário eletrônico, onde os participantes responderam de forma anônima, sem necessidade de inclusão de login e senha.

As perguntas foram voltadas ao tema de segurança do paciente e notificação e ocorrência de incidentes.

O formulário era composto de 38 perguntas e 4 possíveis respostas à escolher: Concordo/Concordo Parcialmente/Não Concordo /Não se Aplica.

A pesquisa foi dividida em tópicos: Alta Liderança, Aprendizado, Capacidade de Resposta aos Problemas, Características da Instituição, Comunicação, Liderança na Equipe, Normas de Trabalho, Reconhecimento na Equipe, Recursos para a Segurança e Segurança Psicológica.

O público participante da pesquisa eram setores com contato direto ao paciente.



Informativo sobre o Método da pesquisa

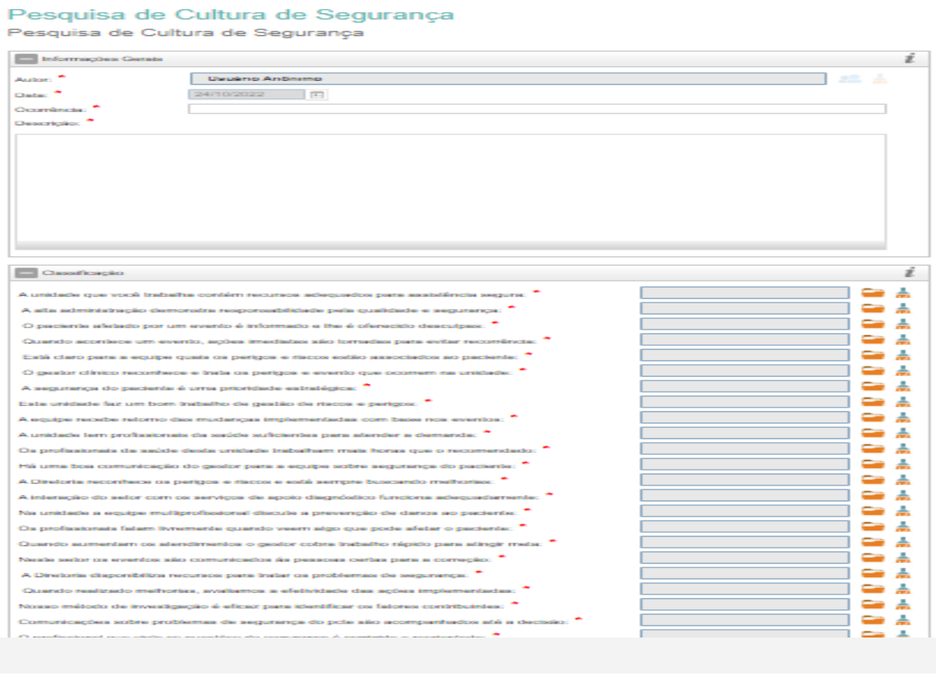


Imagem do formulário eletrônico com a pesquisa de cultura de segurança realizada.

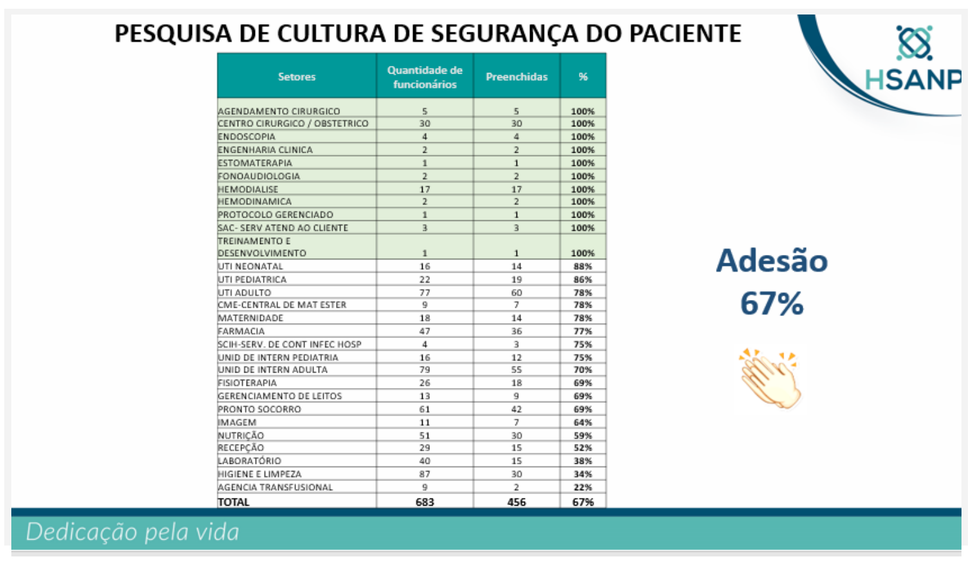
RESULTADOS

A pesquisa foi realizada no período do dia 14 de junho ao dia 29 de junho de 2022 e obteve a participação de 456 colaboradores, com uma adesão de 67% do público alvo, onde pudemos observar os seguintes resultados:

Resultados favoráveis obtidos nos seguintes temas: Liderança na Equipe: 61%; Aprendizado: 60%; Normas de Trabalho: 60%; Alta Liderança: 57%; Capacidade de Respostas aos Problemas: 56%;

Os tópicos que foram tratados como oportunidades de melhorias foram: Segurança Psicológica: 48%; Reconhecimento da Equipe: 48%; Comunicação 45%, Recursos para Segurança 43%; Característica da Instituição 40%.

Os resultados foram apresentados, através de reuniões, para os gestores dos processos envolvidos, onde foram realizadas sugestões de melhorias.



Setores	Quantidade de funcionários	Preenchidas	%
AGENDAMENTO CIRURGICO	5	5	100%
CENTRO CIRURGICO / OBSTETRICO	30	30	100%
ENDOSCOPIA	4	4	100%
ENGENHARIA CLINICA	2	2	100%
ESTOMATERAPIA	1	1	100%
FONOAUDIOLOGIA	2	2	100%
HEMODIALISE	17	17	100%
HEMODINAMICA	2	2	100%
PROTOCOLO GERENCIADO	1	1	100%
SAC- SERV ATEND AO CLIENTE	3	3	100%
TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	1	1	100%
UTI NEONATAL	16	14	88%
UTI PEDIATRICA	22	19	86%
UTI ADULTO	77	60	78%
CME-CENTRAL DE MAT ESTER	9	7	78%
MATERNIDADE	18	14	78%
FARMACIA	47	36	77%
SCIH-SERV. DE CONT INFEC HOSP	4	3	75%
UNID DE INTERN PEDIATRIA	16	12	75%
UNID DE INTERN ADULTA	79	55	70%
FISIOTERAPIA	26	18	69%
GERENCIAMENTO DE LEITOS	13	9	69%
PRONTO SOCORRO	61	42	69%
IMAGEM	11	7	64%
NUTRIÇÃO	51	30	59%
RECEPÇÃO	29	15	52%
LABORATÓRIO	40	15	38%
HIGIENE E LIMPEZA	87	30	34%
AGENCIA TRANSFUSIONAL	9	2	22%
TOTAL	683	456	67%

Imagem demonstrando o percentual de adesão na pesquisa..

Gráfico do resultado da pesquisa.

CONCLUSÕES

A pesquisa de cultura de segurança se mostrou um instrumento capaz de captar os principais problemas envolvidos no programa de cultura de segurança do paciente do hospital, auxiliando na construção de soluções e impulsionou o início de vários projetos relacionados área de comunicação, reconhecimento da equipe e recursos para segurança.

REFERÊNCIAS

Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., Weeks, W. B. . *“Measuring patient safety climate: a review of surveys” Qual Saf Health Care (2005)* 14:364–366 Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. . *“Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) . Measurement Instrument Database for the Social Science.”* (2012) Retrieved from www.midss.ie Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. . *“Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey”*

Abordagem/reunião familiar como estratégia para desospitalização

Rosana Pereira Canuto Faria, Bruna Carolina Martins da Silva, Juliana de Jesus Correia, Rosana Santos Araújo

INTRODUÇÃO

O processo de desospitalização tem seus desafios, e diante desse cenário as equipes de saúde precisam constantemente criar novas estratégias para promover a desospitalização dos pacientes internados. Isto posto, tem se identificado que as desospitalizações mais complexas são as associadas aos pacientes idosos policormobidos, com demandas sociais relevantes, que apresentam queda da funcionalidade, uso de dispositivos e dependência para as atividades básicas da vida diária, tornando-se desafiador traçar um plano de cuidado pós alta.

Em razão disso, observa-se cada vez mais a necessidade de promover espaços de escuta e esclarecimentos de dúvidas da família/paciente sobre o plano terapêutico e cuidados indicados nos pós alta, para a providência dos recursos necessários nessa transição através da saúde suplementar, particular ou público.

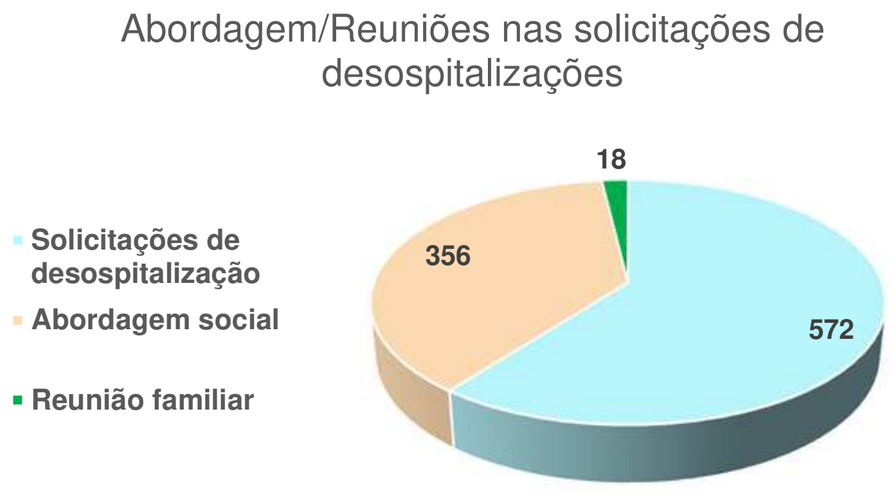
METODOLOGIA

O profissional de Serviço Social realiza abordagem as famílias de pacientes hospitalizados. A seleção dos casos é mediante a indicação médica de desospitalização dos pacientes, independente do tempo de permanência. Nesse contexto o profissional além de explicar ao paciente/família os tramites burocráticos que envolvem a desospitalização, identifica problemas ou situações que possam impactar no planejamento de alta e, consequentemente, na desospitalização. Quando isso ocorre, prontamente família/paciente é convidada a participar de uma reunião com a equipe medica, multiprofissional, áreas de apoio e, sazonalmente , operadora e empresas de *atendimento pós alta.* Essas discussões são realizadas por videochamada ou presencial. A reunião tem pretensão de envolver e acolher as famílias na organização precoce das necessidades pós alta, levando responsabilização do cuidado. Durante o encontro é possível esclarecimentos de dúvidas sobre a transição e a modalidade de assistência mais adequada para o momento e como premissa o alinhamento da comunicação entre todas as partes.

RESULTADOS

No primeiro semestre/2022 das 572 solicitações de desospitalização foram realizadas 356 abordagens sociais aos pacientes e famílias. Essas abordagens resultaram em 18 reuniões com a participação das equipes assistenciais (médico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, enfermeira) e a família/paciente.

Algumas famílias não aceitaram a desospitalização, contestando a indicação de alta médica e concessão da operadora no cuidados pós alta e por este motivo a paciente permanece hospitalizada até a data atual. Nos demais casos, em decorrência da assertividade da reunião em momento oportuno, os pacientes foram desospitalizados, em sua grande maioria, tiveram alta com *home care.*



N de solicitações de desospitalizações no 1º semestre de 2022, abordagens sociais e reuniões familiares.

CONCLUSÕES

A abordagem social atua junto aos pacientes e familiares, contribuindo para uma orientação precoce quanto as liberalidades das operadoras e busca de recursos disponíveis na comunidade previamente identificados. Dessa maneira torna-se possível atuar nas fragilidades psicossociais desse núcleo familiar considerando não só fatores socioeconômico, mas de enfrentamento da condição atual.

Considerando que as providências necessárias passam a ser concluídas em tempo hábil, antes mesmo da alta hospitalar evidencia-se que as famílias se sentem acolhidas e apoiadas.

REFERÊNCIAS

1. Hospital BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo. (2022) Bando de dados Serviço de Núcleo e Apoio e Planejamento de alta.

2. Associação Nacional de Hospitais Privados (ANHP) (2015). Os desafios na gestão de leitos de longa permanência. ANHP.

3.. Hospital Israelita Albert Einstein. (2016) Manual de boas práticas para pacientes com risco para longa permanência hospitalar.

AÇÕES PARA MELHORIAS NA CADEIA MEDICAMENTOSA NO PRONTO SOCORRO

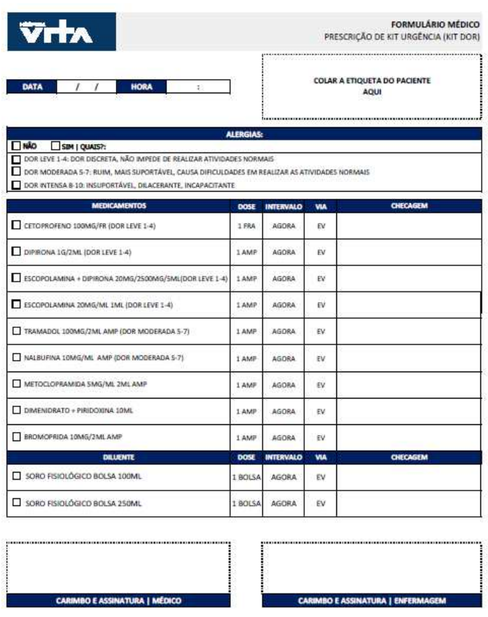
Mariângela Godoy, Natália Maia Martins, Rafaela Barroso Chaves, Rita de Cássia Peixoto

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos representa uma importante estratégia terapêutica e tem sido fundamental para a prevenção, controle e cura de doenças, contribuindo não somente para o aumento da expectativa de vida como para sua qualidade (MARQUES ET AL. 2015). Para garantir uma maior segurança na administração de medicamentos, após uma avaliação de Acreditação, foram tomadas algumas ações em conjunto com a equipe multidisciplinar para melhorias na cadeia medicamentosa do pronto socorro.

METODOLOGIA

Alteração da dispensação no fluxo de dor: revisado o formulário de dor, instrumento utilizado pelo médico em forma de um check list, que define o que será dispensado pela farmácia, sem a necessidade de realizar a prescrição eletrônica no ato do atendimento. Houve uma redução dos materiais e medicamentos disponíveis nesta lista.
Implantação de caixa lacrada: A dispensação de psicotrópicos ocorre numa caixa lacrada (lacre verde). Após a administração do medicamento a ampola vazia retorna protegida por um invólucro plástico dentro da caixa lacrada (lacre vermelho), para na sequência ser conferida e encaminhada para o descarte seguro na farmácia.
Maleta de emergência lacrada para transporte: surgiu como plano de contingência em caso de queda de energia em situações que o paciente tenha que ser transferido do Pronto Socorro para o setor de imagens ou encaminhado para internação.
Reconciliação Medicamentosa: processo formal de obtenção da lista de medicamentos de uso contínuo sendo realizada no ato da admissão de pacientes clínicos internados, garantindo a terapia adequada desde a porta de entrada do Hospital.



FORMULÁRIO MÉDICO
PRESCRIÇÃO DE KIT URGÊNCIA (KIT DOR)

DATA / / HORA :

COLAR A ETIQUETA DO PACIENTE AQUI

ALERGIAS:
☐ NÃO ☐ SIM | QUAIS?:
☐ DOR LEVE 1-4: DOR DISCRETA, NÃO IMPEDE DE REALIZAR ATIVIDADES NORMAIS
☐ DOR MODERADA 5-7: RUIM, MAIS SUPORTÁVEL, CAUSA DIFICULDADES EM REALIZAR AS ATIVIDADES NORMAIS
☐ DOR INTENSA 8-10: INSUPORTÁVEL, DILACERANTE, INCAPACITANTE

MEDICAMENTOS	DOSE	INTERVALO	VIA	CHECAGEM
☐ CETOPROFENO 100MG/FR (DOR LEVE 1-4)	1 FRA	AGORA	EV	
☐ DIPIRONA 1G/2ML (DOR LEVE 1-4)	1 AMP	AGORA	EV	
☐ ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 20MG/2500MG/5ML(DOR LEVE 1-4)	1 AMP	AGORA	EV	
☐ ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML (DOR LEVE 1-4)	1 AMP	AGORA	EV	
☐ TRAMADOL 100MG/2ML AMP (DOR MODERADA 5-7)	1 AMP	AGORA	EV	
☐ NALBUFINA 10MG/ML AMP (DOR MODERADA 5-7)	1 AMP	AGORA	EV	
☐ METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML AMP	1 AMP	AGORA	EV	
☐ DIMENIDRATO + PIRIDOXINA 10ML	1 AMP	AGORA	EV	
☐ BROMOPRIDA 10MG/2ML AMP	1 AMP	AGORA	EV	
DILUENTE	**DOSE**	**INTERVALO**	**VIA**	**CHECAGEM**
☐ SORO FISIOLÓGICO BOLSA 100ML	1 BOLSA	AGORA	EV	
☐ SORO FISIOLÓGICO BOLSA 250ML	1 BOLSA	AGORA	EV	

CARIMBO E ASSINATURA | MÉDICO

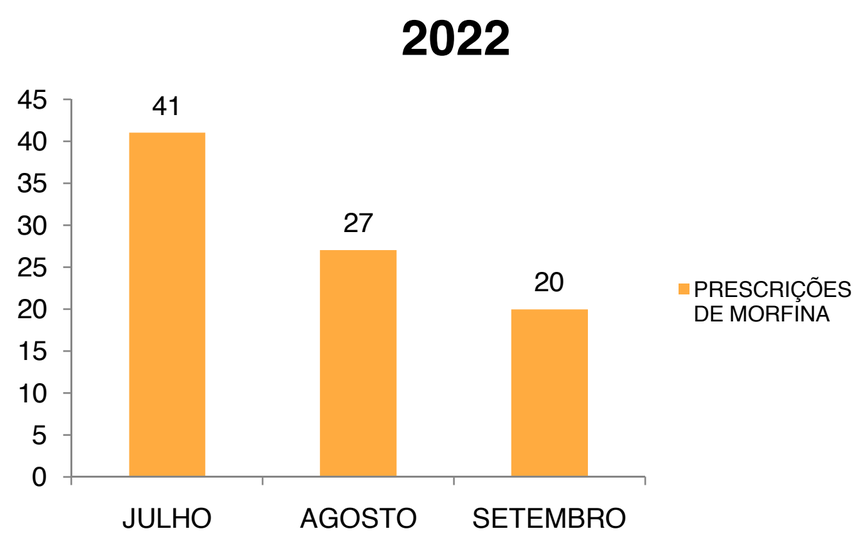
CARIMBO E ASSINATURA | ENFERMAGEM

Formulário Kit dor

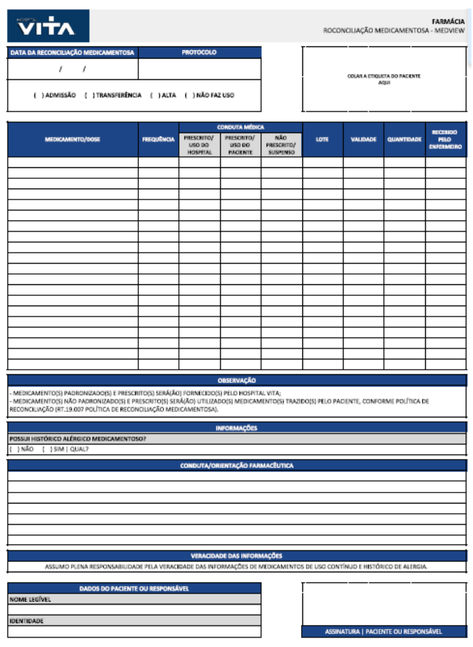
Caixa lacrada para dispensação de Psicotrópicos

RESULTADOS

Através das ações desenvolvidas foi possível otimizar o uso de medicamentos através do formulário do kit dor além da redução do uso de morfina no pronto atendimento.
O uso da caixa lacrada demonstrou uma melhor gestão na dispensação e descarte de medicamentos controlados.
A maleta de transporte lacrada garante a segurança e fortalece o compromisso com a qualidade de atendimento.
A Reconciliação medicamentosa na porta de entrada do hospital tem trazido grandes ganhos em relação a definição da terapia com o contato direto com a equipe médica.



Utilização de Morfina no Pronto Socorro nos meses de Julho, Agosto e Setembro.



FARMÁCIA
RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDVIEW

DATA DA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA / / | PROTOCOLO
( ) ADMISSÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) ALTA ( ) NÃO FAZ USO

COLAR A ETIQUETA DO PACIENTE AQUI

MEDICAMENTO/DOSE	FREQUÊNCIA	CONDUTA MÉDICA: PRESCRITO/ USO NO HOSPITAL	CONDUTA MÉDICA: PRESCRITO/ USO DO PACIENTE	CONDUTA MÉDICA: NÃO PRESCRITO/ SUSPENSO	LOTE	VALIDADE	QUANTIDADE	RECEBIDO PELO ENFERMEIRO

OBSERVAÇÃO
- MEDICAMENTO(S) PADRONIZADO(S) E PRESCRITO(S) SERÃO(ÃO) FORNECIDO(S) PELO HOSPITAL VITA;
- MEDICAMENTO(S) NÃO PADRONIZADO(S) E PRESCRITO(S) SERÃO(ÃO) UTILIZADO(S) MEDICAMENTO(S) TRAZIDO(S) PELO PACIENTE, CONFORME POLÍTICA DE RECONCILIAÇÃO (RT.7.9.607 POLÍTICA DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA).

INFORMAÇÕES
POSSUI HISTÓRICO ALÉRGICO MEDICAMENTOSO?
[ ] NÃO [ ] SIM | QUAL?

CONDUTA/ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES
ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO E HISTÓRICO DE ALERGIA.

DADOS DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
NOME LEGÍVEL
IDENTIDADE

ASSINATURA | PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Formulário de Reconciliação Medicamentosa no Pronto Socorro

CONCLUSÕES

Além do foco em garantir a qualidade e segurança nos processos, o trabalho da equipe multidisciplinar tem se fortalecido cada vez mais, demonstrando o comprometimento da instituição com a busca pela melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

MARQUES, Liete de Fátima; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Segurança do Paciente no uso de medicamentos – Ênfase em Alta hospitalar. 1ª edição. Ed. Pharmabooks, 2015.

ADAPTAÇÃO DE MÉTODO SCRUM PELA ÁREA DE QUALIDADE E APLICAÇÃO NO PROCESSO DE AUDITORIA PARA A JCI

Carla Bernardes Ledo, Cristina Suemi Takada, Conrado Brocco Tramontini, Flávia Maria Gonçalves, Noerci Batistela Júnior

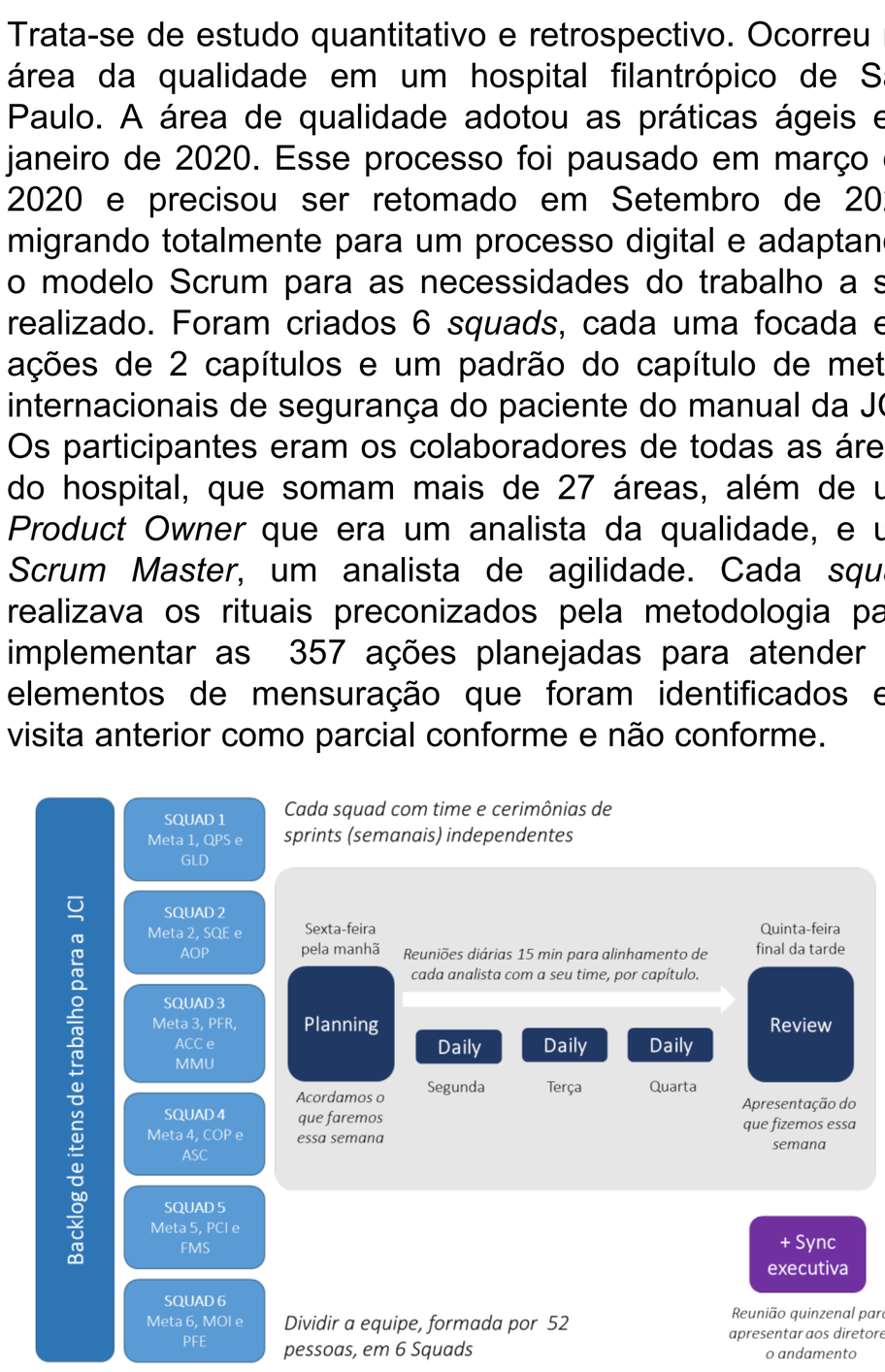
INTRODUÇÃO

Fundada em 1951, a história da acreditação da The Joint Commission pelo Colégio Americano de Cirurgiões se mistura à de uma saúde de qualidade. Presente em mais de 100 países a Joint Commission International (JCI), identifica, mede e compartilha práticas de qualidade e segurança dos pacientes com 612 hospitais acreditados pelo mundo, sendo 46 no Brasil. O processo de acreditação envolve visitas técnicas, análises documentais e avaliação de aproximadamente 1.300 elementos de mensuração, descritos no manual de padrões de acreditação da JCI para hospitais e que nos apontam não conformidades e parciais conformidades a serem trabalhadas. A partir do resultado apresentado em avaliação anterior um hospital filantrópico, de grande porte, na cidade de São Paulo adotou, para a auditoria de 2020, a abordagem ágil e o método Scrum para gerir os itens de trabalho relacionados aos apontamentos realizados.
O Scrum é um framework de desenvolvimento ágil - está alinhado com valores e princípios do Manifesto Ágil com a qual as pessoas podem lidar com problemas adaptativos complexos , enquanto fornecem produtos de maneira criativa e produtiva . Tem como base uma abordagem iterativa e incremental para otimizar a previsibilidade e controlar riscos. Três pilares sustentam todas as implementações do controle empírico de processos: transparência , inspeção e adaptação.

Objetivo: Utilizar a metodologia ágil para trabalhar os planos de ação decorrentes de apontamentos da auditoria anterior buscando redução das não conformidades e parciais conformidades na auditoria de reacreditação.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo e retrospectivo. Ocorreu na área da qualidade em um hospital filantrópico de São Paulo. A área de qualidade adotou as práticas ágeis em janeiro de 2020. Esse processo foi pausado em março de 2020 e precisou ser retomado em Setembro de 2020 migrando totalmente para um processo digital e adaptando o modelo Scrum para as necessidades do trabalho a ser realizado. Foram criados 6 *squads*, cada uma focada em ações de 2 capítulos e um padrão do capítulo de metas internacionais de segurança do paciente do manual da JCI. Os participantes eram os colaboradores de todas as áreas do hospital, que somam mais de 27 áreas, além de um *Product Owner* que era um analista da qualidade, e um *Scrum Master*, um analista de agilidade. Cada *squad* realizava os rituais preconizados pela metodologia para implementar as 357 ações planejadas para atender os elementos de mensuração que foram identificados em visita anterior como parcial conforme e não conforme.

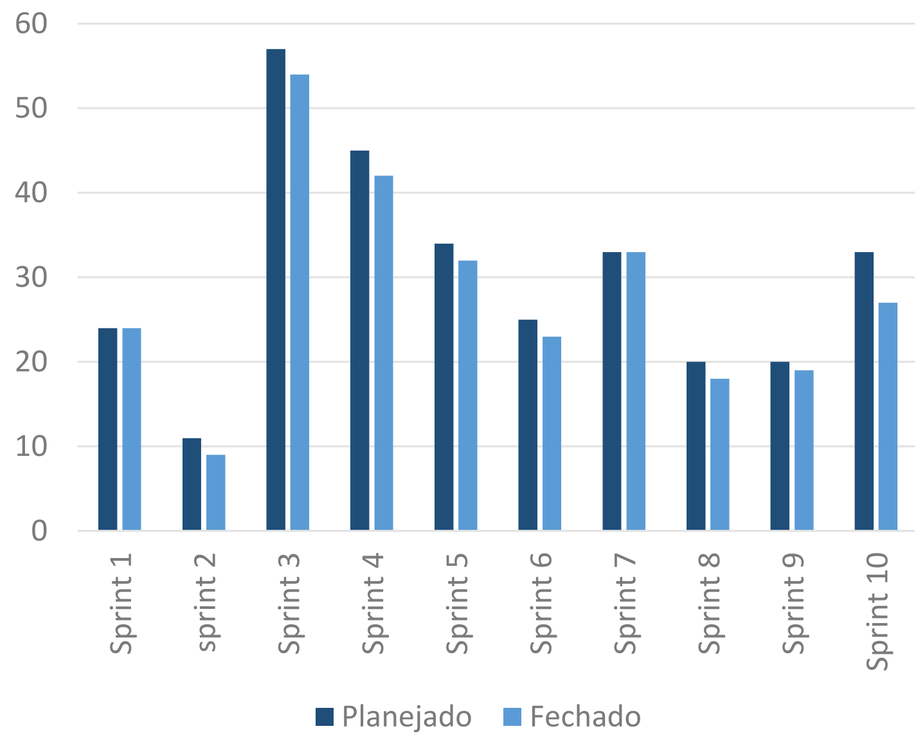


Modelo de trabalho adaptado para o time de qualidade, orientado pelo Framework Scrum.

RESULTADOS

Ao final do processo a auditoria da JCI reacreditou a instituição com somente 29 apontamentos considerados conformidade parcial, enquanto a auditoria de 2017 havia apontado 36 conformidades parciais e 04 não conformidades.

Foram mapeados 357 itens de trabalho, distribuídos entre as 6 squads, e o tempo médio para conclusão dos itens de trabalho eram de 12 dias, sendo que a média varia entre as squads. A taxa média entre os itens planejados e os concluídos foi de 92%, o que consideramos um índice satisfatório, uma vez que existia também uma prática com a ferramenta que levava em alguns casos a não encerrar o item no momento correto.



Contagem de itens de trabalho planejado e concluído e visualização da evolução por sprint – não consideramos a complexidade dos itens.

Squads (Meta e capítulo)	Itens de trabalho	Média de dias para conclusão
SQUAD 1 (IPGS1 -QPS -ACC)	38	12
SQUAD 2 (IPGS2 -GLD-MOI)	46	11
SQUAD 3 (IPGS3 - MMU - SQE)	93	11
SQUAD 4 (IPSG 4 -ASC - PCC)	89	3
SQUAD 5 (IPSG 5 -PCI -FMS)	65	16
SQUAD 6 (IPSG 6 - AOP - COP)	26	22

Itens de trabalho por squad e média de dias entre o início e a conclusão dos itens

CONCLUSÕES

No período em que atuou com a abordagem agil, a área de Qualidade conseguiu mobilizar as diversas equipes envolvidas no cuidado solucionando as não conformidades relacionadas e entregando qualidade e sendo reacreditado com sua melhor avaliação, desde 2007. A adoção da abordagem ágil permitiu a organização dos times e o desenvolvimento de um modelo de trabalho adaptado do framework Scrum que atendeu as características e necessidades dos times, trazendo visibilidade para os envolvidos e permanece em uso pelo time de qualidade para as suas atividades.

REFERÊNCIAS

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais - 7ª edição, Janeiro de 2021.
2020 Ken Schwaber and Jeff Sutherland This publication is offered for license under the Attribution Share-Alike license of Creative Commons, accessible at https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode

Previneo

Algoritmos de IA para estratificar o risco de desenvolvimento dos principais tipos de doenças

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Hélio Rubens de Oliveira Filho; Rinaldo Guazzelli; Wander Azevedo; Beatriz Rovaris

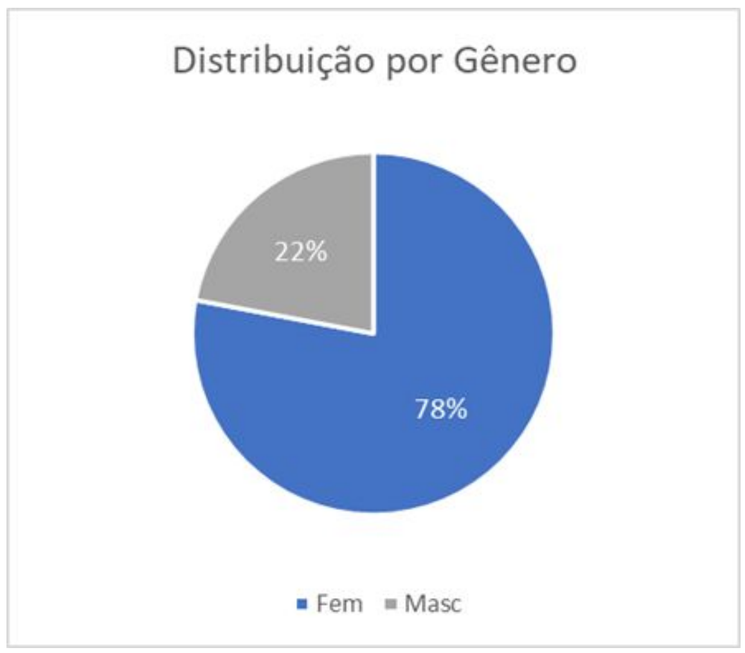
INTRODUÇÃO

Você sabia que mais de 8 milhões de pessoas morrem por ano devido ao câncer?
E que quase 2.000.000 dessas mortes prematuras poderiam ser evitadas?
Nós trabalhamos para prevenir, diagnosticar precocemente e reduzir os riscos de incidência dos principais tipos de câncer (mama, próstata, cólon, pulmão e útero) que ocorrem no Brasil. Nossa missão é simples: promover saúde e reduzir a incidência e mortalidade de câncer e outras doenças no país.

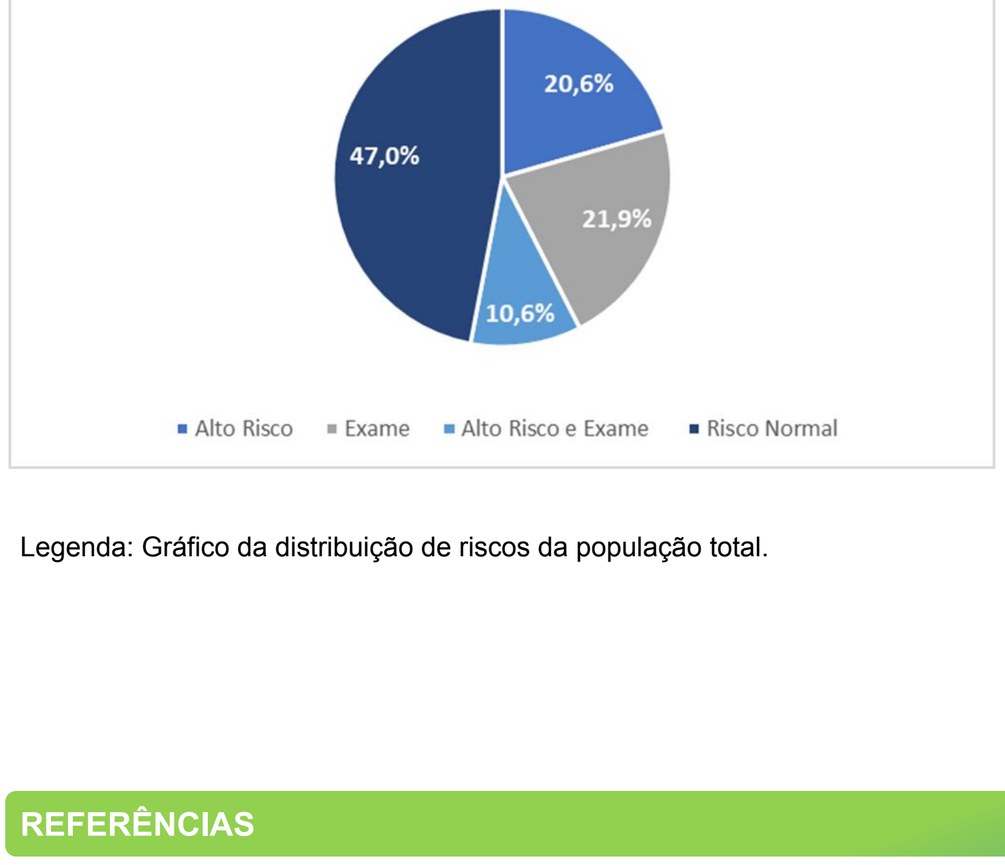
METODOLOGIA

Identificação, através de uma anamnese online, rápida e objetiva. Rastreamento, através de algoritmos de inteligência artificial para a identificação da população de risco. Orientação, onde nosso sistema desenvolve estratégias personalizadas e um concierge digital, para dúvidas e agendamento de consultas e exames. Monitoramento, o qual acompanha o desfecho dos casos, lembra de exames vencidos e atualiza sobre os riscos. Temos um dashboard em real-time para análise do projeto.

O método foi aplicado em um Hospital na região sudeste do Brasil, entre julho de 2021 e julho de 2022. 1.770 pacientes se cadastraram no sistema, sendo que esses 78% eram mulheres e 22% homens, com média de idade de 40 anos. Estratificando os dados observamos a distribuição de risco de desenvolvimento de câncer nessa população, onde 47% tem risco normal, aproximadamente 20% da população possui alto risco ou exames pendentes e cerca de 10% apresentam alto risco e exames pendentes.



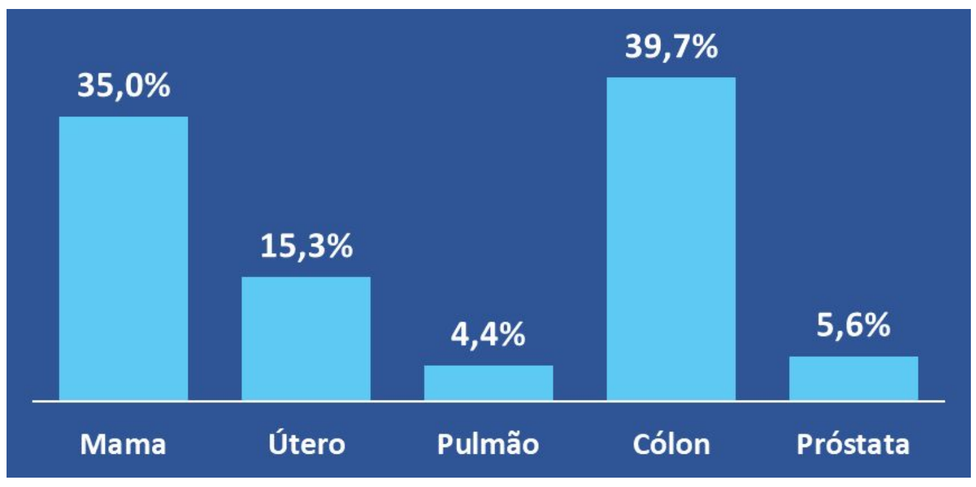
Legenda: Gráfico da distribuição por gênero do preenchimento dos questionários.



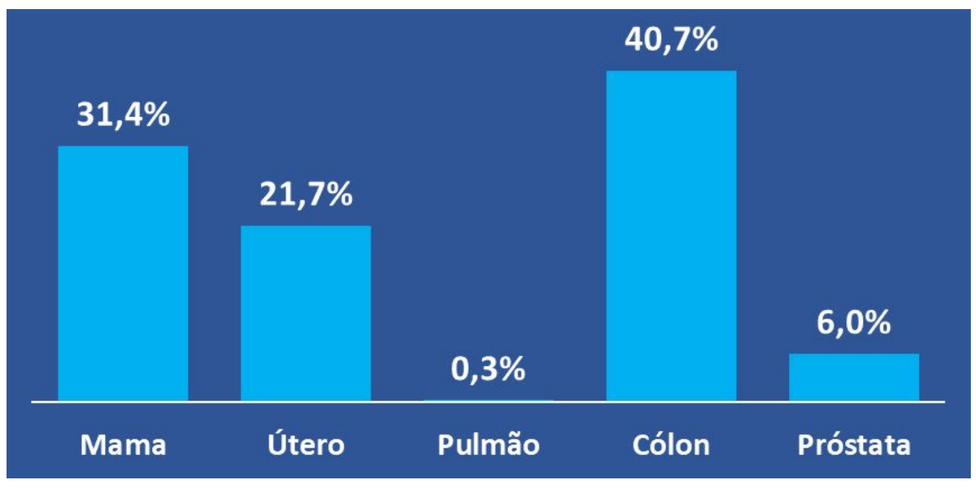
Legenda: Gráfico da distribuição de riscos da população total.

RESULTADOS

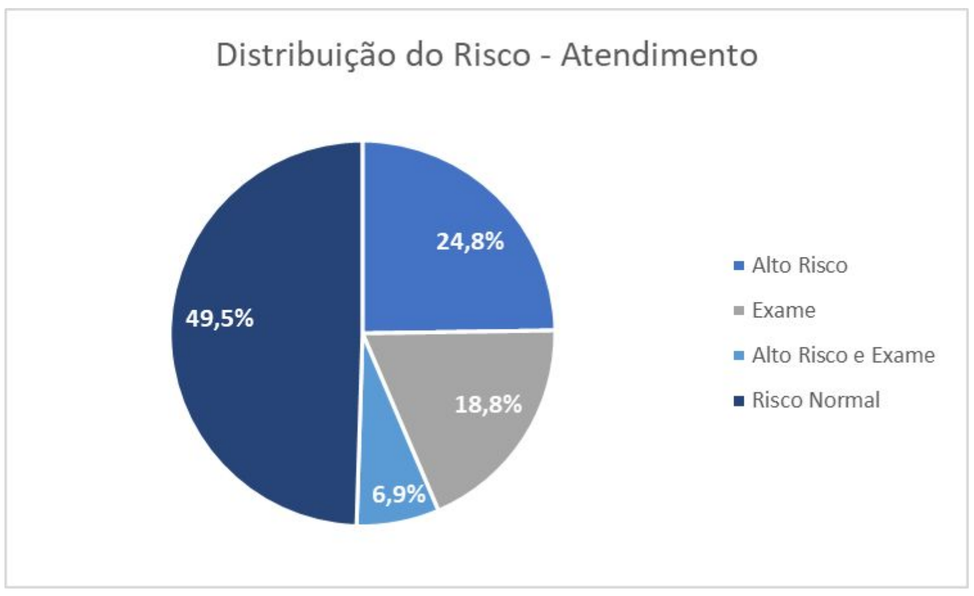
Observamos nessa instituição, concentrações de alto risco para Mama (35%) e Cólon (39,7%). Dos pacientes com alto risco, aproximadamente, 4% (101 pessoas) foram direcionados para o Hospital para efetivar a estratégia preventiva apontada pelo algoritmo. Com essa ferramenta conseguimos identificar pessoas que estavam fora do sistema de saúde (consideravam-se saudáveis), identificar de maneira personalizada o seu risco e desenvolver estratégias individualizadas pautadas por rigor científico para redução de casos (prevenção primária e secundária - rastreamento).



Legenda: Gráfico da concentração de risco separados por especialidade.



Legenda: Gráfico dos exames pendentes divididos por especialidades.



Legenda: Gráfico da distribuição de usuários que buscaram atendimento médico.

CONCLUSÕES

O potencial de salvar vidas com um estratégia preventiva direcionada por um sistema de inteligência artificial, reduzir custos desnecessários e piores desfechos clínicos com diagnóstico tardio e gerar receita com exames/consultas/terapêuticas personalizados foi efetivamente demonstrado nesse case.

REFERÊNCIAS

In: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

ANÁLISE DA REPRESENTATIVIDADE DA FARMACOECONOMIA DE MEDICAMENTOS PARENTERAIS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Epifânio José Pereira Filho, Sândrea Ozane do Carmo Queiroz, Paula do Socorro Oliveira Soares, Hebert Moreschi.

INTRODUÇÃO

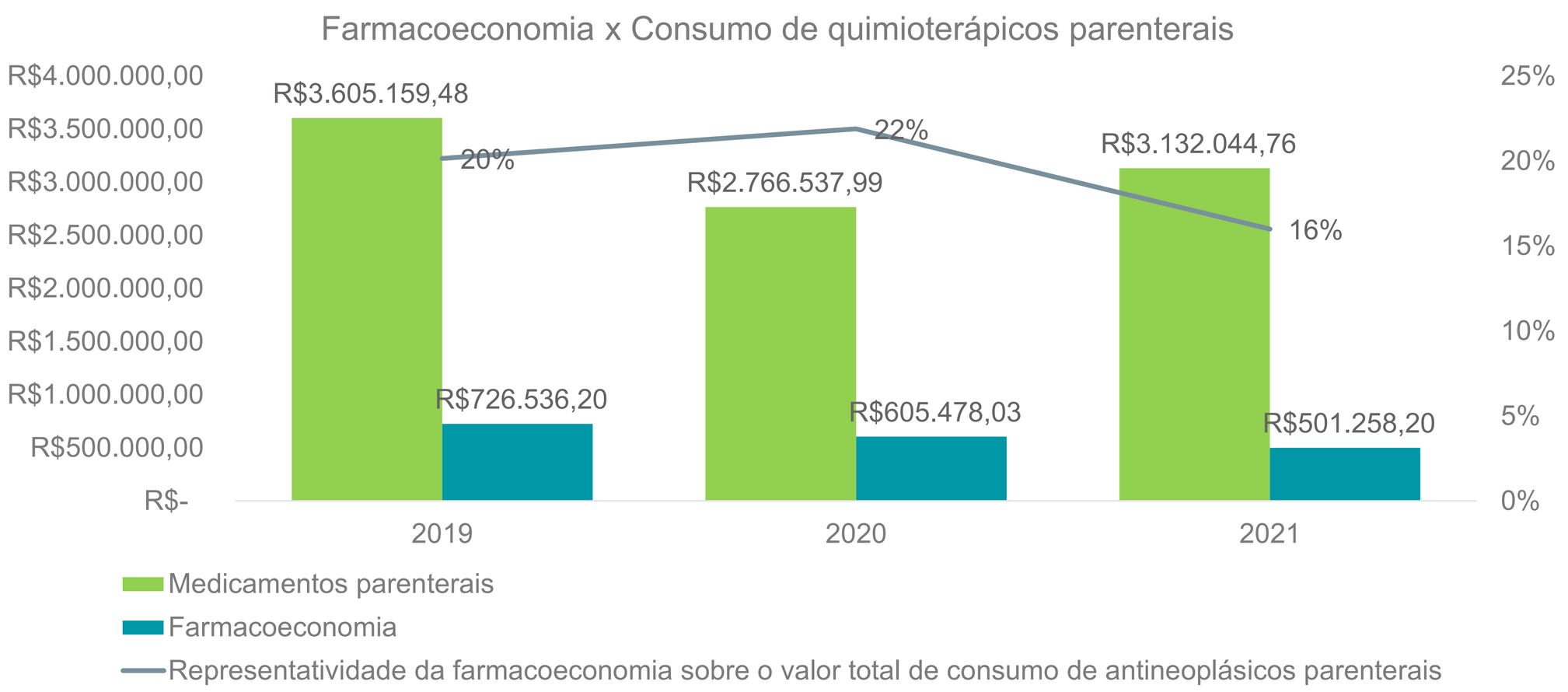
A farmacoeconomia é um método relativamente novo, especialmente no sistema de saúde pública, que visa identificar, calcular, comparar riscos e benefícios de terapias específicas, como nas antineoplásicas, e determinam melhores alternativas com melhores resultados frente aos recursos investidos. Objetivo:
Analisar a representatividade da farmacoeconomia de quimioterápicos parenterais sobre o consumo de antineoplásicos no período pré e pós pandemia (2019 a 2021) em um hospital público terciário do oeste do Pará. pactos no cenário mundial, tanto na esfera da morbimortalidade quanto socioeconômica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, longitudinal, retrospectivo, quantitativo, extraído da análise de indicador de farmacoeconomia entre 2019 e 2021.

RESULTADOS

A partir do relatório gerado pelo sistema informatizado do hospital, constatou-se que em 2019 antes da pandemia houve um gasto de R$3.605.159,48 reais com medicamentos parenterais e uma farmacoeconomia de R$726.536,20 reais. Com a imersão na pandemia houve um decréscimo no valor de gastos de medicamentos parenterais, assim como na redução da farmacoeconomia em 2020 com R$2.766.537,99 e R$605.478,03 reais, respectivamente. Com o receio da contaminação pelo virus do covid-19 e o comparecimento no hospital oncológico para darem continuidade de seus tratamentos antineoplásicos pelos pacientes oncológicos, nesse período demonstrou mais uma queda na farmacoeconomia de medicamentos parenterais e mostrando uma melhor representatividade da farmacoeconomia de antineoplásicos. Em 2021 a farmacoeconomia foi de R$501.258,20 reais e o gasto de medicamentos parenterais de R$ 3.132.044,76 reais. Desta forma, a representatividade da farmacoeconomia sobre o valor total de consumo de antineoplasicos parenterais teve variação de 20,15% a 16% nesse período.



Indicadores de farmacoeconomia e consumo de drogas e medicamentos.. Fonte: Farmácia Clínica HRBA

CONCLUSÕES

As oportunidades de intervenção para redução de custos são positivas em qualquer processo, mas compreender a importância de tratar mais pacientes com câncer a um menor custo, demonstra a eficiência da equipe multiprofissional e a efetividade das ações estabelecidas, o que se torna primordial para atingir a perenidade de qualquer organização.

REFERÊNCIAS

SILVA, JDS et al. Farmacoeconomia como um meio para tomada de decisões na atuação dos farmacêuticos na gestão hospitalar: uma revisão integrativa. Visão acadêmica, curitiba, v.23, n.2, abr. - Jun. /2022 - ISSN 1518-8361.
PACKEISER, PB; RESTA, DG. Farmacoeconomia: uma ferramenta para a gestão dos gastos com medicamentos em hospitais públicos. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v26.e4.a2014.pp215-223. Acessado em 28/10/22.

ANÁLISE DE PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS EM UNIDADES HOSPITALARES PARA O PÓS-PANDEMIA.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Danilo Vitorio Marques da Silva, Viviane Fernandes Marques de Souza, Vinicius Loures de Oliveira, Vinicius Gomes de Oliveira.

INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2020, o primeiro caso de infecção por SARS-CoV-2 foi notificado no Brasil[1]. Nos meses subsequentes, o total de infecções cresceu e, com isso, houve uma maior ocorrência de internações em unidades hospitalares brasileiras. Assim, o objetivo do trabalho é analisar a presença de parcerias público-privadas, na região sudeste, nos períodos antes e após o término do período de emergência em saúde no Brasil e fazer uma comparação entre os índices de gestão dessas unidades, buscando demonstrar a sustentabilidade e eficácia dessas parcerias para o pós-pandemia.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, com dados coletados do Sistema de Informação de Saúde, do DATASUS. Foram analisados dados dos 3 meses prévios ao primeiro caso de SARS-CoV-2 no Brasil e dos 3 meses após o término do período de emergência em saúde no país, decretado em Maio de 2022 pelo Ministério da Saúde. Foram analisados a quantidade de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), custos dos serviços de saúde com as internações, tempo de permanência e óbitos. Os dados foram agrupados em “Administração Pública”, “Empresa Pública” e “Entidades Privadas”.

RESULTADOS

A coleta de dados demonstrou que, nos três meses prévios ao primeiro caso de infecção por SARS-CoV-2, houve um total de 1.167 milhão de AIHs em todas as esferas (pública, empresa pública e entidades privadas), conforme o gráfico 1. Do total, as entidades privadas concentraram maior quantidade de AIHs (602.897). Dessas internações, a média de permanência foi de aproximadamente 8 dias, conforme gráfico 2, apresentando maior tempo de permanência. Entretanto, quando se compara o desfecho dessas internações, a quantidade de óbitos foi levemente menor, apresentando 29.645 óbitos no período analisado, ao passo que na administração pública ocorreram 30.303 óbitos registrados. Além disso, o custo das internações nas entidades privadas foi maior, totalizando 807.909.504,10 reais no período, enquanto que o setor público totalizou 516.674.929,06 reais gastos.

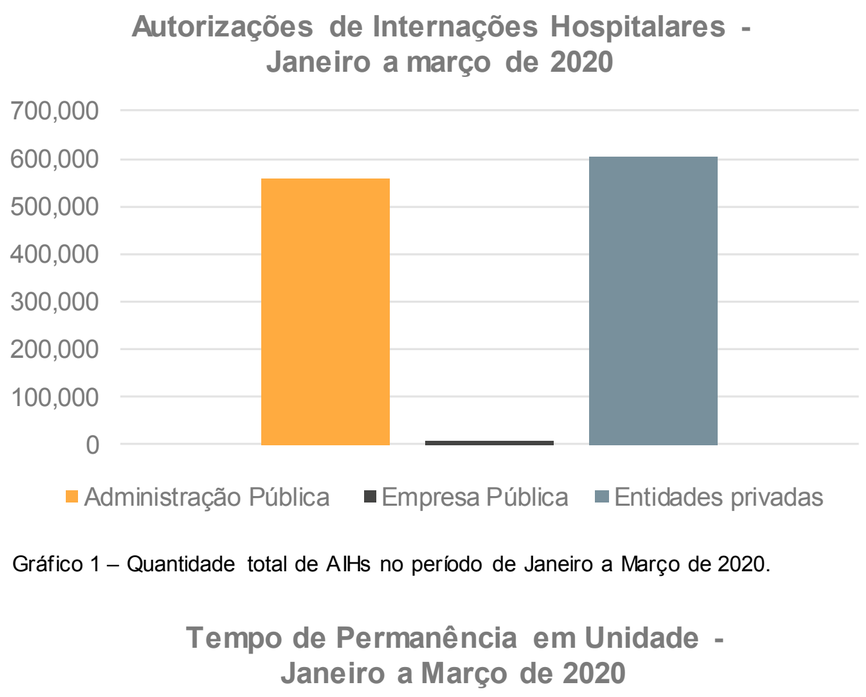


Gráfico 1 – Quantidade total de AIHs no período de Janeiro a Março de 2020.

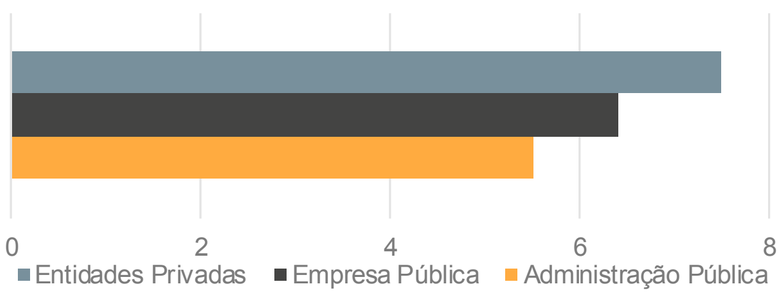


Gráfico 2 – Média de tempo de permanência de internação nas unidades hospitalares analisadas – Janeiro a Março de 2020.

No período pós-término da emergência em saúde no país (Junho a Agosto de 2022), o total de internações foi de 1.241 milhão de AIHs aprovadas (gráfico 3), havendo um crescimento de 6,34% no total de AIHs entre os períodos analisados. Desse total, 629.624 ocorreram no setor privado. A média de permanência em unidades privadas reduziu para pouco mais de 6 dias, enquanto que a maior média de permanência se concentrou em unidades comandadas por Empresas Públicas, com média de 6,1 dias (gráfico 4). Quando analisado os óbitos no período pós-término da emergência em saúde, os índices mantiveram semelhantes aos iniciais, com as entidades privadas apresentando uma menor quantidade total de óbitos, com 33.851, ao passo que as unidades públicas apresentaram 34.378. Os custos com serviços de saúde das internações nas esferas analisadas foram de 966.391.761,00 reais nas entidades privadas e 658.509.864,00 reais na administração pública.

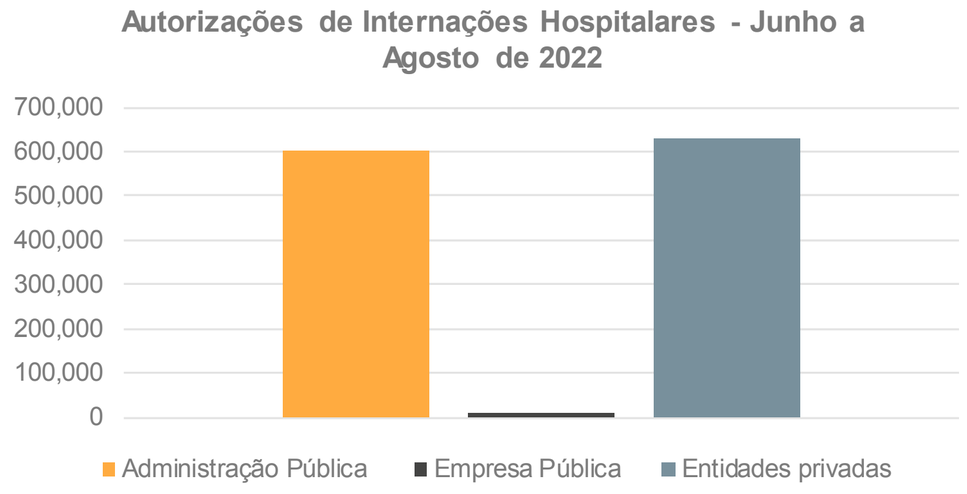


Gráfico 3 - Quantidade total de AIHs no período de Junho a Agosto de 2022.

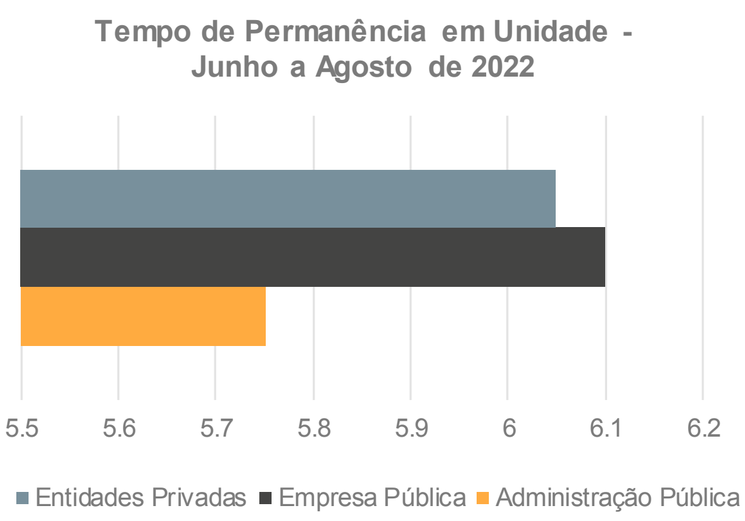


Gráfico 4 – Média de tempo de permanência de internação nas unidades hospitalares analisadas – Junho a Agosto de 2022.

CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos, é possível concluir que no período pré-pandemia, a maior quantidade de AIHs ocorreu no setor privado, também apresentando maior custo total em internações e maior tempo de permanência. Em contrapartida, o desfecho em óbitos foi menor. Quando analisado o pós-pandemia, a quantidade de AIHs aprovadas no setor particular permaneceu mais elevada, mantendo maior custo total por montante de internações, porém com redução do tempo de permanência. O desfecho em óbitos por internações continuou com menor taxa. Com isso, tanto no pré quanto no pós-pandemia, a quantidade de AIHs particulares ocorreu em maior número, com custos dessas internações com valores maiores e o tempo de permanência também mais alto. Assim, embora com custos maiores, as parcerias público-privadas podem ser uma alternativa para a lotação da rede pública hospitalar, atuando como auxiliadora de saúde no país. Por fim, com os dados coletados, não é possível mensurar a razão pela qual ocorreu maior quantidade de AIHs aprovadas no setor privado e pelo maior tempo de permanência no mesmo setor, sendo necessários maiores estudos para compressão desses fatores.

REFERÊNCIAS

1 – UNA-SUS. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença.** Disponível em: < https://www.unasus.gov.br > Acesso em 17 Out. 2022

2 – Tabnet – DATASUS. **Informações de Saúde. Ministério da Saúde do Brasil.** Disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def > Acesso em 17 Out. 2022

3 – Ministério da Saúde do Brasil. **Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Pandemia da COVID-19** – Resumo Executivo. Brasília, DF, 2021.

Análise de viabilidade para aquisição e permanência de softwares a partir de comitê multifocal

Daniel Magalhães Nicodemos, Maria Thereza Camisasca Romanelli, Rafael Simão, Tâmara de Oliveira Brandão

INTRODUÇÃO

A transformação digital é uma realidade em todo o mundo. Na área da saúde, ela perpassa por uma mudança de mentalidade onde somente é possível, na grande maioria das vezes, a partir da aquisição de softwares.
Além dos ERP´s e sistemas para gestão e regulação, as soluções tecnológicas têm transformado o ecossistema de hospitais e clínicas.

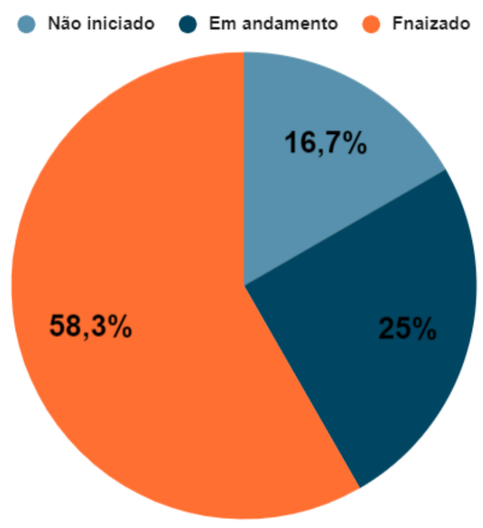
Com objetivo de automatizar processos, organizar informações, gerir melhor os custos e garantir a sustentabilidade, foi criado um grupo multidisciplinar que tem como premissa, analisar a usabilidade e a efetividade das principais soluções de tecnologia existentes e também das propostas para aquisição de novos softwares.

METODOLOGIA

O gestor submete o software para análise do comitê e em uma reunião apresenta a solução tecnológica tendo como foco a atuação deste sobre as “dores” e onde a tecnologia pode atuar mitigando riscos ou melhorando os indicadores de performance.
Uma vez submetido ao comitê, o software é alocado na categoria quantitativo ou qualitativo. Essas categorias sinalizam se os ganhos serão monetários ou em qualidade, confiabilidade ou segurança dos processos, em seguida avalia os dados enviado pelo gestor da área e em uma segunda reunião informa o parecer para o gestor e a diretoria o parecer final.

RESULTADOS

A avaliação dos softwares foi realizada por um grupo multiprofissional compostos por pessoas com foco na assistência e experiência do paciente, gestão de custos, controle de processos e a área de tecnologia da informação.
O comitê de avaliação foi criado em fevereiro de 2022 e tem em seu escopo atual 12 softwares para serem avaliados até o fim de 2022. O gráfico a seguir mostra, em percentual, o trabalho do comitê diante do volume de ferramentas que estão para serem analisadas.



Status das demandas para analise de soluções tecnológicas

Através das tabelas abaixo, é possível evidenciar alguns dos resultados obtidos através das analises realizadas dentro do comitê conforme categorias em que os sistemas se enquadram.

Software	Rentabilidade após a implantação	Variável analisada	Status da avaliação
Solução 1	R$ 556.000,00	Redução de glosa	Aprovado
Solução 2	R$ 125.200,00	Redução de custo com pessoal	Aprovado
Solução 3	R$ 79.187,00	Integração de processos	Aprovado
Solução 4	R$ 125.000,00	Maior precisão dos processos de faturamento das contas hospitalares	Aprovado
Total de economia		**R$ 885.387,00**	

Tabela 1: softwares que foram analisados dentro da categoria ganho em rentabilidade.

Software	Resultado após a implantação	Variável analisada	Status da avaliação
Solução 5	Aumento no volume de visualização	Acesso aos conteudodos da REDE	Aprovado
Solução 6	Assertividade nas contratações	Qualidade na seleção de candidatos	Aprovado
Solução 7	Melhoria dos processos de auditoria interna	Segurança e confiabilidade de dados	Aprovado
Solução 8	Melhoria no processo de triagem de pacientes	Tempo para triagem, interface com outros softwares já utilizado, qualidade dos dados , impacto na assistência ao paciente	Reprovado
Total de economia		**R$ 0,00**	

Tabela 2: softwares que foram incluídos na categoria ganho em qualidade e segurança.

CONCLUSÕES

O Comitê de análise de tecnologia é mais uma forma de auxiliar os gestores na melhoria de seus processos através de estudos e evidências qualitativas e quantitativas ligadas ou não à assistência direta ao paciente.
O volume de softwares analisados ainda é pequeno diante da variedade de soluções já implantadas na instituição e naquelas que ainda serão adquiridas, porém, a metodologia utilizada e o grupo multiprofissional tem se mostrado uma forma eficiente de analisar e comprovar a garantia do investimento proposto, fatos que ainda não são uma realidade na maioria das instituições de saúde.

APLICAÇÃO DO DIÁRIO MICCIONAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL A PACIENTES COM DISFUNÇÕES DO SOALHO DA PELVE

LAURA ALMEIDA GONÇALVES, BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, MONICA MILINKOVIC DE LA QUINTANA E SHEILA SANTOS DA SILVA

INTRODUÇÃO

O Diário Miccional (DM) constitui em uma ferramenta importante de avaliação terapêutica para Incontinência Urinária (IU). Pode registrar os horários e volumes das micções, episódios de IU e número de absorventes higiênicos utilizados, além de outras informações como ingestão hídrica e severidade da urgência miccional e da IU[1]. O Diário Eletrônico é de maior confiabilidade que a versão impressa, mas sua aplicabilidade requer mais pesquisas[2]. Apesar de não categorizar a IU revela sintomas de armazenamento, tais como frequência miccional, micções em "etapas" e noturnas, noctúria e pode, assim, auxiliar no diagnóstico urológico, além de monitorar a eficácia do tratamento[1].

Este estudo teve como objetivo descrever a aplicação do diário miccional na assistência de enfermagem ambulatorial a pacientes com disfunções do Soalho da Pelve (SP), com a finalidade de avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência profissional, sobre a aplicação do DM em pacientes submetidos à Reabilitação Perineal em um Hospital Privado localizado na zona norte de São Paulo.

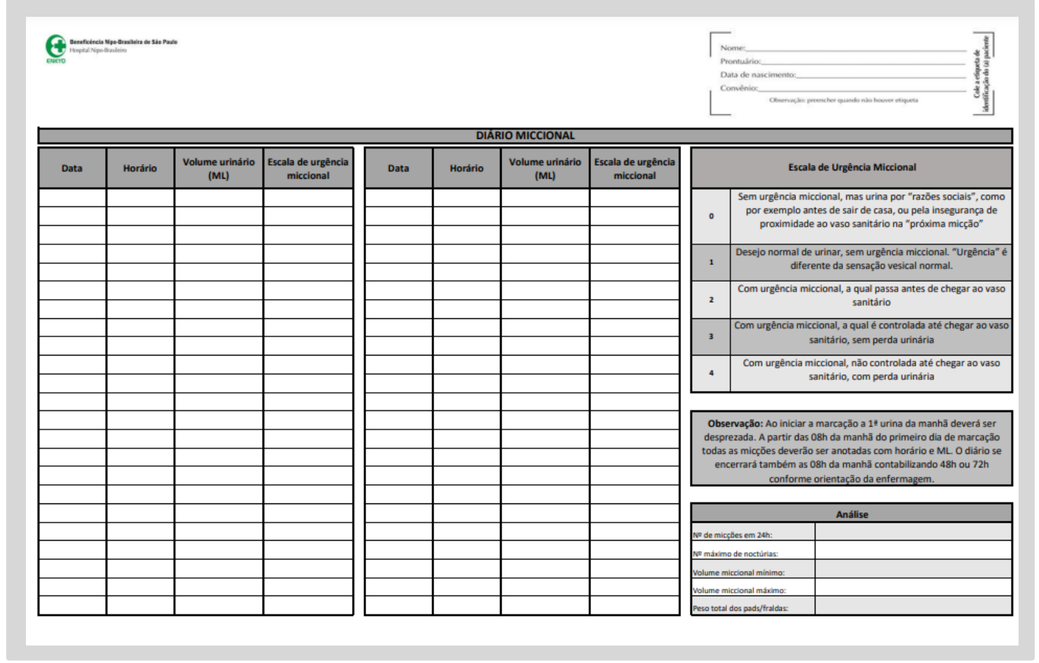
RESULTADOS

O DM é um instrumento importante no sentido de retratar os sintomas relatados pelo paciente, constituindo forma não invasiva de avaliação e de fácil aplicabilidade. Com relação à duração, pode ser de dois dias, consecutivos ou não[3]. Na nossa prática "solicitamos três dias, mas aceitamos dois dias de preenchimento do impresso" a depender da disponibilidade do paciente, mas não abrimos mão de que sejam consecutivos, uma vez que comumente o paciente relata o efeito de monitoramento: "urinar com maior ou menor frequência" no primeiro dia de preenchimento, o que pode impactar na ocorrência da IU.

RESULTADOS

Acreditamos que incluir a variável magnitude da IU "fideliza" o paciente na reabilitação, uma vez que possibilita seu monitoramento em relação à regressão dos escapes urinários, atuando como fator motivacional, uma vez que o mesmo colabora com o preenchimento do impresso e o empodera no seu tratamento.

No contato telefônico foi observado predisposição para recidivas, foram notificados a comparecer à consulta multiprofissional para reavaliação da doença crônica.



Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Nome:
Prontuário:
Data de nascimento:
Convênio:
Observação: preencher quando não houver etiqueta

Cole a etiqueta de identificação do(a) paciente

DIÁRIO MICCIONAL

Data	Horário	Volume urinário (ML)	Escala de urgência miccional	Data	Horário	Volume urinário (ML)	Escala de urgência miccional

Escala de Urgência Miccional	
0	Sem urgência miccional, mas urina por "razões sociais", como por exemplo antes de sair de casa, ou pela insegurança de proximidade ao vaso sanitário na "próxima micção"
1	Desejo normal de urinar, sem urgência miccional. "Urgência" é diferente da sensação vesical normal.
2	Com urgência miccional, a qual passa antes de chegar ao vaso sanitário
3	Com urgência miccional, a qual é controlada até chegar ao vaso sanitário, sem perda urinária
4	Com urgência miccional, não controlada até chegar ao vaso sanitário, com perda urinária

Observação: Ao iniciar a marcação a 1ª urina da manhã deverá ser desprezada. A partir das 08h da manhã do primeiro dia de marcação todas as micções deverão ser anotadas com horário e ML. O diário se encerrará também as 08h da manhã contabilizando 48h ou 72h conforme orientação da enfermagem.

Análise	
Nº de micções em 24h:	
Nº máximo de noctúrias:	
Volume miccional mínimo:	
Volume miccional máximo:	
Peso total dos pads/fraldas:	

Figura 1 – Impresso Diário Miccional.

CONCLUSÕES

Apesar de o Estudo Urodinâmico avaliar objetivamente as queixas dos pacientes, pode não retratar a realidade e não reproduzir a IU: a bexiga é uma testemunha infiel[4]. Outrossim, há demanda reprimida de realização desse exame na rede de saúde pública, o que retarda o diagnóstico urológico. A interpretação do DM compete ao enfermeiro e possibilita e implementação rápida de medidas comportamentais. Na nossa prática utilizamos o DM como principal instrumento de avaliação, pois o mesmo é capaz de evidenciar queixas, que por vezes passam despercebidas no momento da consulta médica. Além disso, pode elucidar o quadro clínico e em interface com a equipe médica alterar o desfecho terapêutico, evitando ou postergando intervenções cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P et al. (Eds) Incontinência 6ª Edição (2017). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol, Reino Unido, ISBN: 978-0956960733; **2.** Abrams P et. al. Electronic Bladder Diaries of Differing Duration versus a Paper Diary for Data Collection in Overactive Bladder. Inc Neurourology and Urodynamics, 2015; **3.** ICS Standards. Las Vegas, United States of America. 2020-2021; **4.** Abrams P. Editorial Comment, Neurourology and Uroldynamics, 15:457, 1996.

APP 360º

Mariele Chrischon de Almeida, Pâmela Barata Moraes, Ana Paula Teló Belíssimo, Fabrício Dhein

INTRODUÇÃO

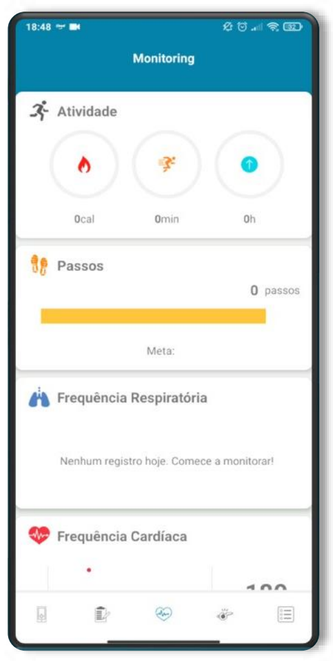
O cenário de pandemia e a realidade pós-pandemia aceleraram e sedimentaram o caminho de acesso multicanais as organizações de saúde. De forma pioneira e inovadora, o app mãe 360º é resultado de um conceito que busca um olhar completo de cuidado da saúde de forma virtual via app e presencial no hospital garantindo acesso e atenção integrada ao paciente.

METODOLOGIA

O Mãe 360° é resultado de um conceito que busca um olhar completo de cuidado da saúde de forma virtual via app e presencial no hospital garantindo acesso e atenção integrada ao paciente. No aplicativo é possível realizar agendamento de consultas, exames, telemedicina, acesso ao histórico de exames e atendimentos, realizar o pré check-in, otimizando o fluxo da unidade, cadastrar o uso de medicamentos com alertas, além de possibilitar a gestão da saúde com foco na prevenção e no acompanhamento dos dados clínicos e monitoramento de indicadores. Entre as informações integradas ao app Mãe 360º, estão as características físicas do paciente e o aviso de suas comorbidades e alergias.

Outra possibilidade da tecnologia é a telemedicina 24 horas, pela qual tanto os médicos podem atender os pacientes remotamente, quanto a Enfermeira navegadora, que busca gerenciar a jornada dos pacientes que procuram por linhas específicas de tratamento e, que reduz a necessidade de atendimento presencial na instituição, gerando conforto e segurança aos pacientes.

Tela inicial do App.



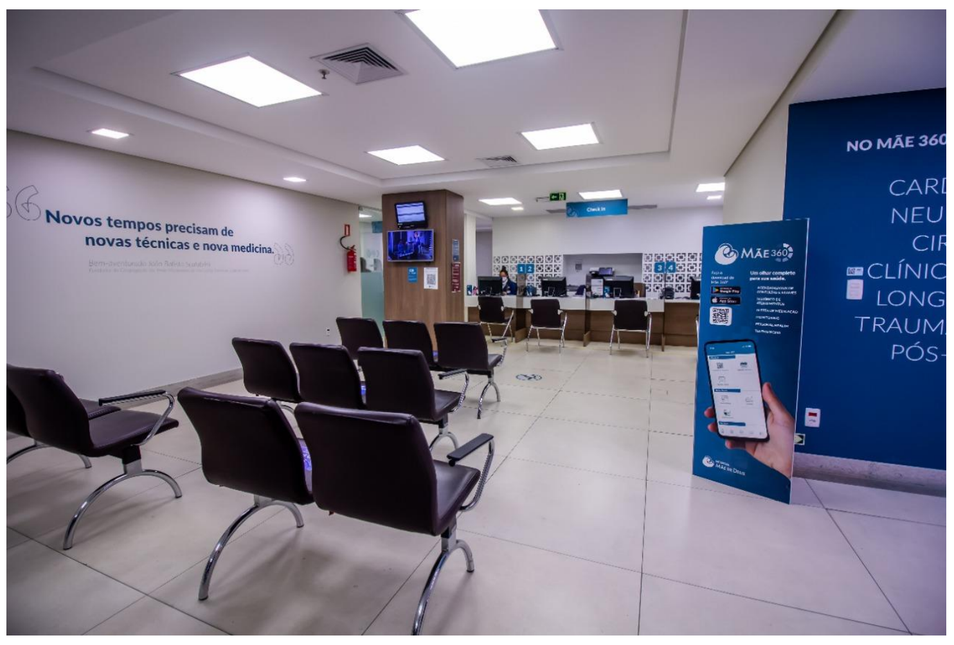
Monitoramento de dados.

Resultados de exames.

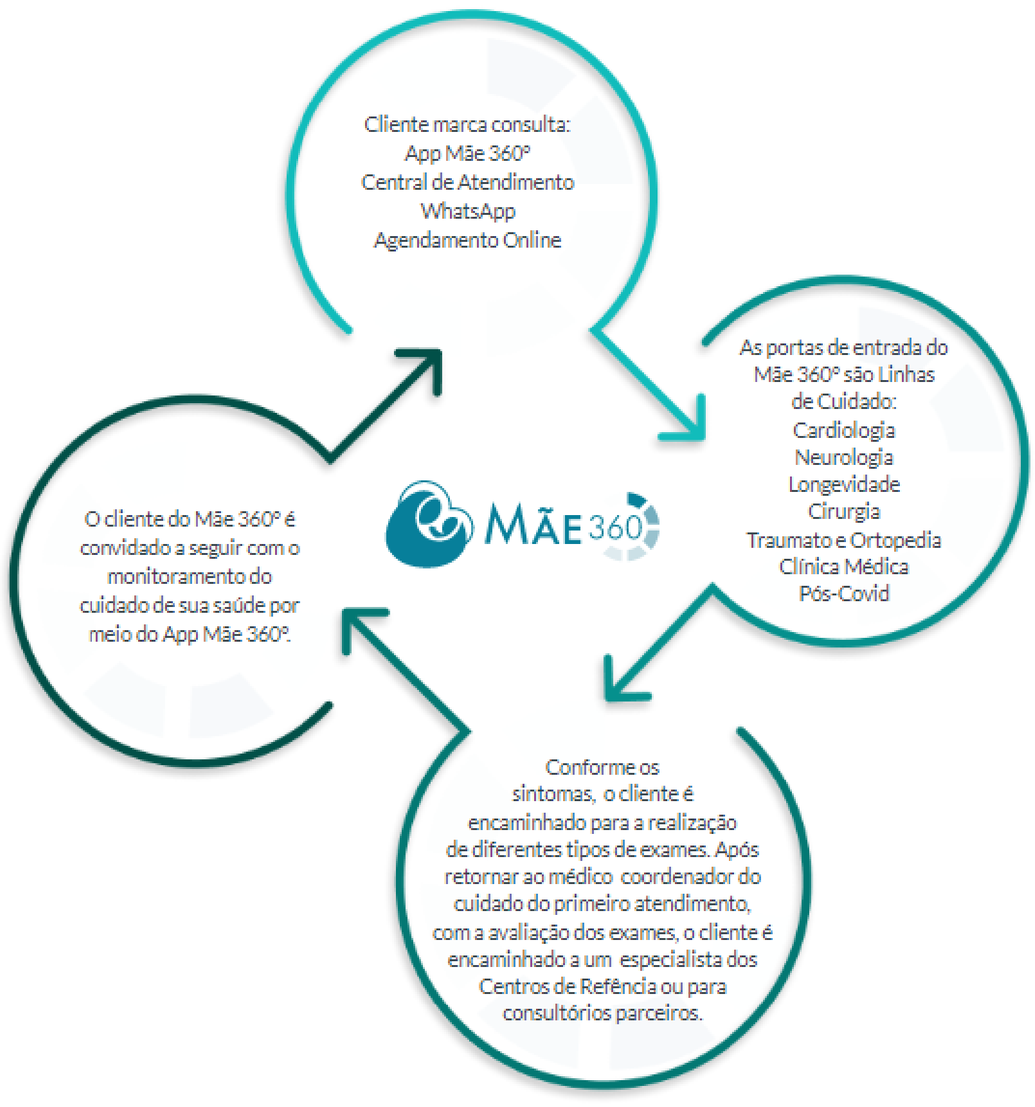
Medicamentos cadastrados.

RESULTADOS

Atualmente mais de 13.000 clientes se beneficiam desse modelo de cuidado coordenado, utilizando o aplicativo e o espaço mãe 360°. Por meio dessa inovação foi possível gerar acesso a mais de 5.000 atendimentos mês de forma presencial e virtual. Nosso cliente demonstra satisfação de 90% na experiência com a sua jornada e com NPS de 82%.



Espaço Físico de consultórios Mãe 360° no Hospital Mãe de Deus.



Infográfico Mãe360º.

CONCLUSÕES

O app mãe 360º é um grande passo para transformação digital e o empoderamento do paciente permitindo a gestão das suas informações de saúde e compartilhamento com as equipes que prestam o atendimento para um olhar único do cuidado integrado. Faz parte do ecossistema desenvolvido com foco na saúde e prevenção para o paciente, e é mais uma ferramenta que oferecemos para o bem-estar de quem procura o Hospital Mãe de Deus para cuidar da própria saúde.

ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE PELE NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: AÇÕES NO PROCESSO ASSISTENCIAL

Sandra de Moraes Postanovski, Neidamar Pedrini Arias Fugaça

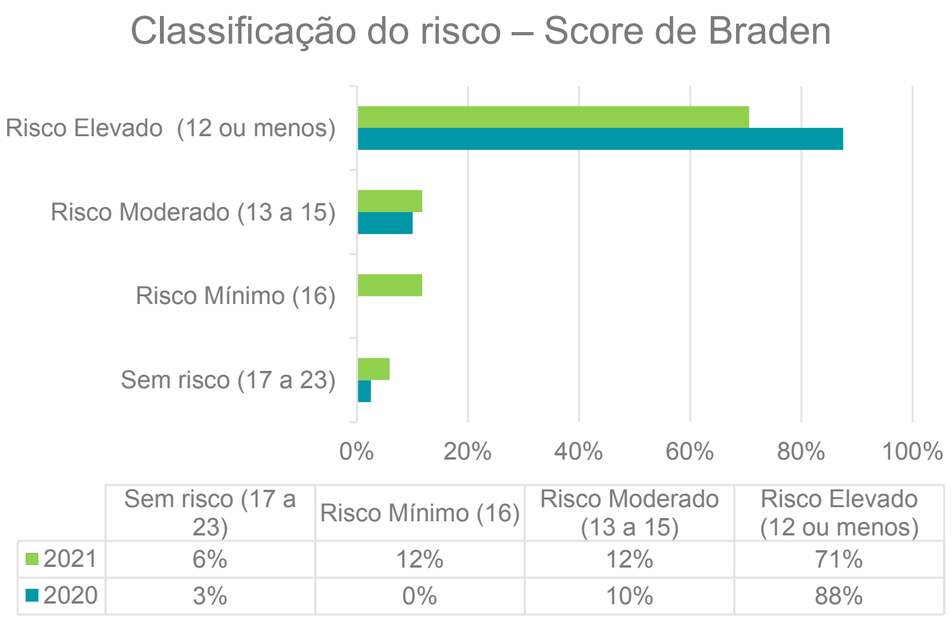
INTRODUÇÃO

Considerando a magnitude do problema da lesão por pressão (LPP), a prevenção é apontada como o melhor caminho para minimizar esse evento, embasado em diretrizes e protocolos clínicos efetivos.
Esta assistência requer uma avaliação do paciente de forma sistematizada, considerando os riscos e adotando medidas preventivas apropriadas para todos os pacientes expostos ao risco.

METODOLOGIA

Estudo quali/quantitativo, realizado em um hospital privado da cidade de Curitiba. Houve a revisão do protocolo no mês de março de 2021 e em julho a comissão de pele teve papel primordial no direcionamento da equipe assistencial através de capacitação por meio de metodologia ativa com rotação por estações, a Rotação por Estações de Aprendizagem consiste em criar uma espécie de circuito dentro da sala, cada uma das estações deve propor uma atividade diferente sobre o mesmo tema, no contexto proposto foram criadas estações com os seguintes temas: sessão prevenção, sessão estadiamento, sessão tratamento, sessão mensuração, sessão registro, jogo dos sete erros, casos de sucesso. Houve uma repescagem em dezembro do mesmo ano.
Para contemplar maior número de profissionais foram realizadas capacitações em vários horários durante dia e também no período noturno com o objeto de abranger todos os períodos. O conhecimento de estratégias e medidas de prevenção representam uma poderosa ferramenta no gerenciamento do cuidado de pacientes sob o risco de desenvolver LPP.

Capacitação das equipes –rotação por estações metodologia ativa - arquivo do autor

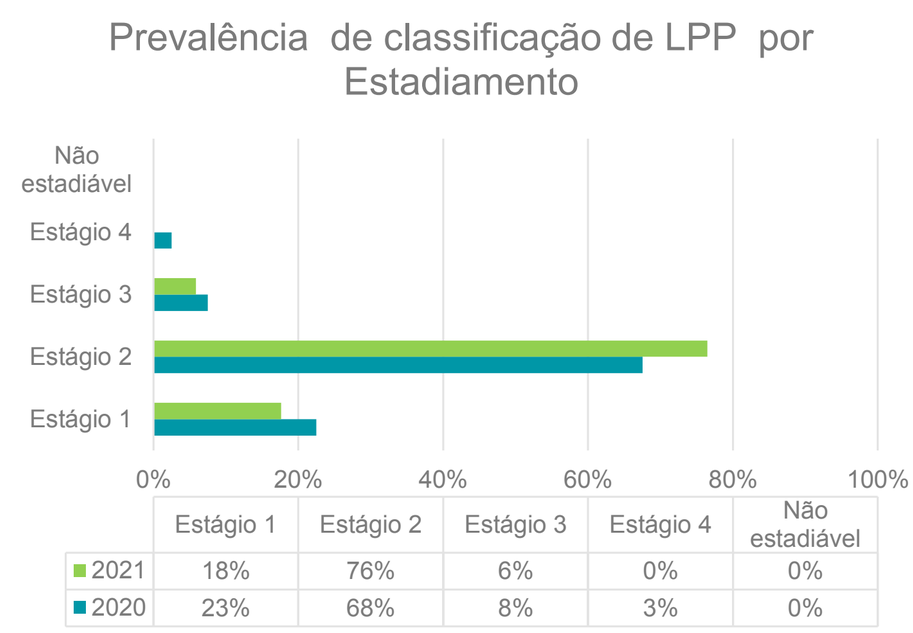


	Sem risco (17 a 23)	Risco Mínimo (16)	Risco Moderado (13 a 15)	Risco Elevado (12 ou menos)
2021	6%	12%	12%	71%
2020	3%	0%	10%	88%

Gráfico 1: Classificação de risco conforme Score de Braden – Fonte: Planilha gerenciamento de riscos escritório da qualidade.

RESULTADOS

O levantamento dos dados ocorreu no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021, coletados das planilhas de indicadores de qualidade assistencial avaliando a densidade de incidência de LPP, havendo um comparativo pré e pós capacitação.
A composição da amostra foi o número de novas lesões desenvolvidas na instituição x número de pacientes/dia, tendo como meta referencial os dados obtidos da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). O estudo constituiu-se na classificação do risco ao qual o paciente está exposto, utilizado como ferramenta de avaliação o Score de Braden, inclusos os pacientes de moderado a alto risco para desenvolver LPP, sendo evidenciado a prevalência do risco elevado (Gráfico 1).
No que se refere ao estadiamento da lesões observa-se a prevalência de Estágio 2 nos dois anos analisados (Gráfico 2).
Em 2020 a densidade de incidência geral da instituição ficou em 1,77 e em 2021 os valores chegaram em 0,62, uma redução de 65% comparado ao ano anterior e ficando abaixo do referencial institucional estipulado de 1,68, demonstrando eficácia da capacitação proposta (Gráfico 3).



	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Não estadiável
2021	18%	76%	6%	0%	0%
2020	23%	68%	8%	3%	0%

Gráfico 2: Classificação por estágio da LPP - Fonte: Planilha gerenciamento de riscos escritório da qualidade.

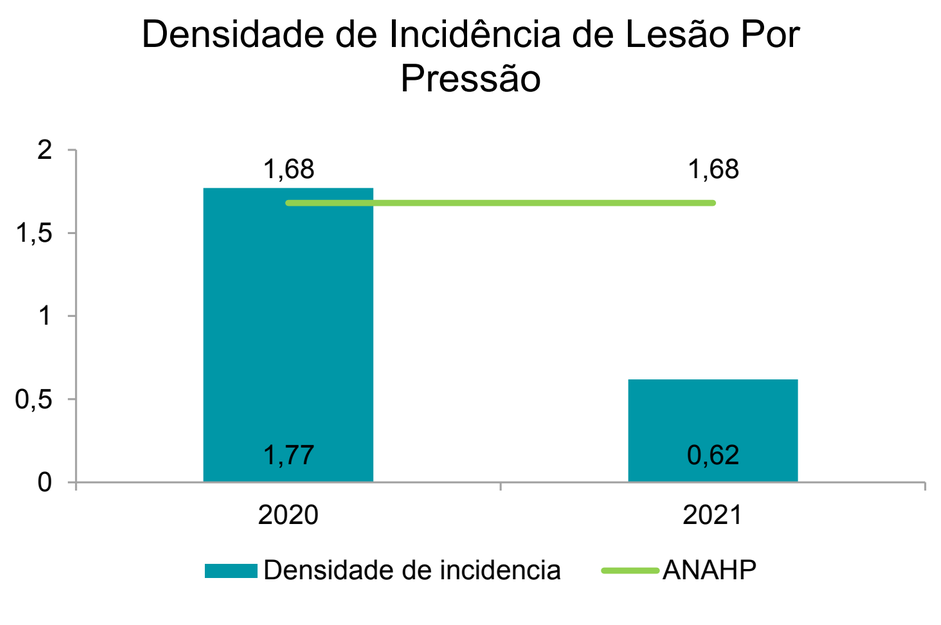


Gráfico 3: Densidade de Incidência de Lesão Por Pressão – Fonte: controle planilha indicador institucional comissão de pele

CONCLUSÕES

A atuação da comissão de pele foi uma estratégia eficaz na prevenção das lesões, sendo necessário para o profissional enfermeiro conhecer as melhores práticas assistenciais, e assim planejar o cuidado de maneira holística, aplicando intervenções preventivas precocemente através da capacitação obtida e embasada em evidencias clínicas. Evidencia-se no período que, a atuação da comissão de pele mediante as práticas adotadas e ações implementadas para a melhoria continua do cuidado influenciaram a redução gradativa na densidade de incidência de LPP.

REFERÊNCIAS

Domansky, R. C.; Borges, E. L. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências. Editora Rubio, Rio de Janeiro, 2014.
LIMA, Angela C. B.; GUERRA, Diana M,. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciênc. Saúde Coletiva vol.16 no.1. Rio de Janeiro Jan. 2011.
Incidência de úlcera por pressão (UPP) - PROQUALIS/ práticas de saúde. Disponível em: https://proqualis.net/indicadores/incidência-de-úlcera-por-pressão-upp, Acesso em 03/08/2022.

ATUAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA BASEADA NO USO DO NEWS

Enilson Vieira Moraes, Luana de Souza Oliveira, Raquel de Lima Santos, Thalytta Goes Matos Santana.

INTRODUÇÃO

Os Times de Resposta Rápida (TRR) surgiram com o objetivo de avaliar precocemente pacientes em deterioração clínica. O TRR é um time composto por médicos, que são acionados após alteração dos parâmetros vitais, pontuados a partir do National Early Warning Escore (NEWS). Esses valores podem ser isolados ou compor escores agregados. O TRR atua nos setores, de forma conjunta com a equipe multidisciplinar, para definir as melhores condutas e intervir de forma rápida. **Objetivo:** Demonstrar a atuação do Time de Resposta Rápida, na Unidade de Internamento, e seus impactos positivos na assistência prestada ao paciente em um Hospital particular.

METODOLOGIA

A tabela NEWS, através dos sinais vitais, pontua um escore no prontuário eletrônico do paciente. A partir dele, a equipe de enfermagem pode acionar código amarelo (pontuação acima de sete), sepse (além de alteração dos sinais vitais, há alteração do nível de consciência) e código azul (parada cardiorrespiratória). Todos são acionados via rádio comunicador. Além disso, são realizados chamados por contato telefônico quando o paciente apresenta mudanças significativas no NEWS, sendo elas: 3 isolado, 5 e 6.

Fluxograma dos acionamentos direcionados ao Time de resposta rápida.

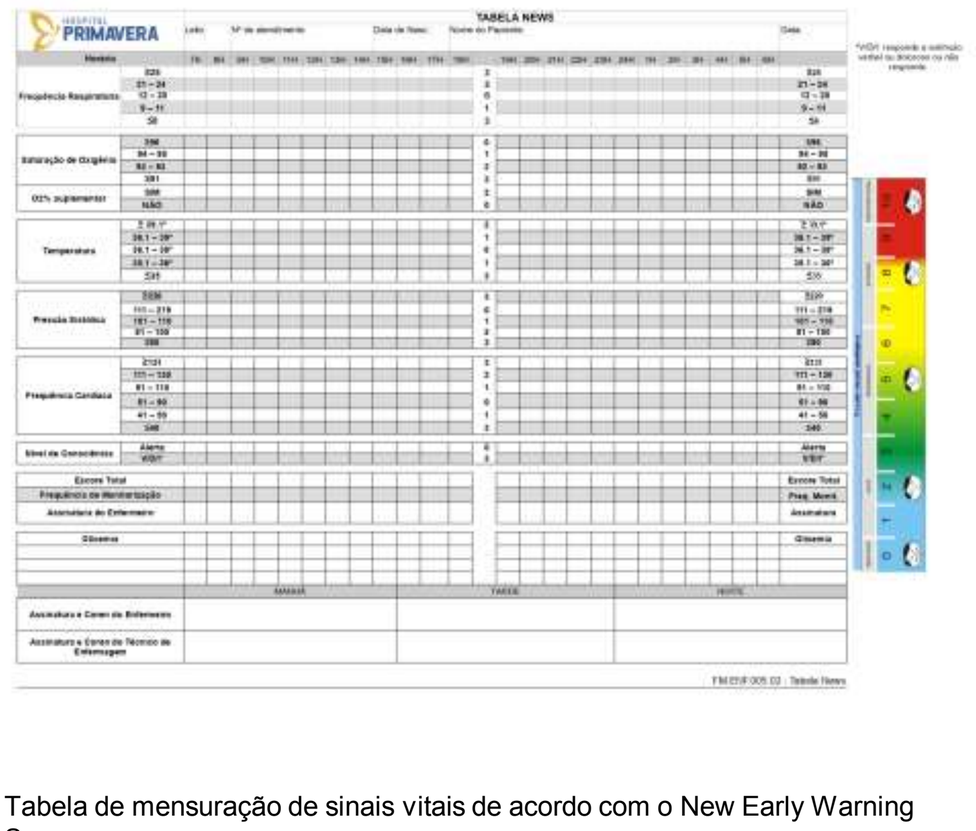


Tabela de mensuração de sinais vitais de acordo com o New Early Warning Score.

RESULTADOS

O TRR foi implantado no Hospital em janeiro de 2016 e é notória a mudança que causou na rotina assistencial. Antes de sua implantação, os sinais vitais eram verificados de forma padronizada, a cada 6 horas. Eram constantes os chamados para paradas cardiorrespiratórias. No ano de 2020, obtivemos apenas 0,10% de acionamentos de códigos azuis. Após a inclusão do Time de Resposta Rápida e do NEWS, o aprazamento da verificação dos parâmetros vitais pode ser alterado conforme a pontuação do escore anterior, possibilitando que o paciente seja reavaliado em um menor tempo, evitando desfechos inesperados.

Acionamentos TRR 2020

Taxas	
Setor de Atendimento	Total Geral
Chamada de Plantão	96,09%
Código amarelo	3,81%
código azul	0,10%
Total Geral	**100,00%**

Dados dos acionamentos dos códigos e chamadas de plantão do Hospital Primavera.

Gráfico - Proporção de registros por acionamentos e ações do TRR de Janeiro a Setembro de 2022.

CONCLUSÕES

É perceptível que, a partir da inclusão do Time de Resposta Rápida no Hospital, houve uma mudança de perspectiva em relação ao cuidado do paciente, gerando maior controle da deterioração clínica e diminuição de intercorrências inesperadas. A equipe de enfermagem é peça fundamental na avaliação do quadro clínico e verificação correta dos sinais vitais. Já a equipe médica no atendimento ao chamando e na definição das melhores intervenções, garantindo uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

ROCHA, Hermano, et al. Efetividade do uso de times de resposta rápida para reduzir a ocorrência de parada cardíaca e mortalidade hospitalar: uma revisão sistemática e metanálise. Rev Bras Ter. Intensiva, 2018, 30(3), p. 366-375.

ALMEIDA, M. C., FERNANDES, G.C., Implantação de um time de resposta rápida em um grande Hospital filantrópico brasileiro: melhora na qualidade dos cuidados de emergência por meio do ciclo Planejar-Fazer- Estudar-Agir. Rev Bras Ter. Intensiva, abril-junho 2019, v-31.

AUTOMATIZAÇÃO DE INDICADORES: UTILIZANDO O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA GESTÃO DE DADOS E TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA.

Monique de Aguiar Ferreira, Aline Thomaz e Rafael de Carvalho Amorim

INTRODUÇÃO

A tecnologia aliada a gestão de indicadores vem sendo uma realidade cada vez mais presente na área da saúde, visto que o prontuário eletrônico traz inúmeras informações assistenciais que contribuem não só para uma assistência segura e continuidade do cuidado, mas também para gestão e tomada de decisão baseada em dados. Pautados na estratégia institucional de oferecer medicina baseada em valor, aumento da cultura de segurança e sustentabilidade financeira, uma rede de hospitais em São Paulo iniciou em 2022 a revisão dos indicadores, suas respectivas fichas técnicas, visando a uniformização e implantação de métricas comparativas com bases bibliográficas e automatização dos dados em Power BI.

O objetivo deste trabalho é demonstrar todo o modelo de implantação da automatização dos indicadores.

METODOLOGIA

Trata-se um relato de experiência que ocorreu entre os meses fevereiro a Julho de 2022, em 5 unidades de uma rede de hospitais particulares da cidade de São Paulo. Para a gestão dos indicadores foram utilizados formulários estruturados e a ferramenta Power BI.

Essa primeira etapa, tinha como primícias e pautadas em algumas fases, sendo elas:

- Definição dos indicadores de resultados a serem mensurados;
- Reuniões de alinhamento com a equipe de inteligência de dados para ajuste da metodologia;
- Identificação dos sistemas disponíveis por unidade;
- Levantamento dos Indicadores existentes no Power BI;
- Levantamento dos Indicadores em ferramentas paralelas (Excel e outros) - Por área;
- Listagem dos Indicadores definidos em Mapa de Fluxo de Valor - Por área;
- Relatório comparativo entre unidades, ferramentas e necessidades;
- Avaliação das ficha técnicas dos indicadores, prioritariamente Power BI;
- Validação junto a equipe de Inteligência de Dados (fórmula e fonte);
- Alinhamento com a Qualidade quanto as informações e dados identificados.

FICHA TÉCNICA - NOME DO INDICADOR	
TIPO DE INDICADOR	
( ) Estrutura ( ) Processo ( ) Resultado	
FORMA DE DETECTAR MELHORA DA QUALIDADE	
( ) Quanto menor, melhor ( ) Quanto maior, melhor	
DESCRIÇÃO	
METODOLOGIA	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
UNIDADE DE MEDIDA (número absoluto, percentual, tempo, dias)	
CÁLCULO	
META/ TOLERÂNCIA	
PERIODICIDADE	
FONTE	
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	

Figura 1: Modelo da Ficha de Indicador estruturada

RESULTADOS

O processo de revisão e automatização de indicadores em rede, iniciou-se pelos indicadores de resultado, que geram impacto diretamente na estratégia organizacional. A equipe de Qualidade e Inteligência de Dados esteve à frente do projeto, contando com o apoio da equipe de Sistemas para desenvolvimento de campos estruturados, criação de formulários ou outras demandas que possibilitassem a extração de dados diretamente do prontuário eletrônico. O grande desafio da revisão e automatização, foi realizar o alinhamento entre as equipes dos hospitais, para uniformização das fórmulas de cálculo e base de dados de onde seriam extraídos cada um dos números que compõem a fórmula. As reuniões iniciais de diagnóstico de cada uma das unidades, aconteceram presencialmente, sendo de suma importância para determinar o nível em que cada hospital se encontrava em relação a maturidade de gestão de dados e análises críticas. Para discussões em rede, utilizamos plataformas online, que possibilitaram a participação das equipes sem necessidade de deslocamento.

Figura 2: Modelo de painel disponível aos gestores

CONCLUSÕES

Entendemos que o processo de indicadores tem a perspectiva de integrar e comunicar, de forma simples e por meio da quantificação, os resultados diretos de determinado processo ou operação. Assim após serem identificados, essas falhas e erros podem ser prontamente corrigidos a fim de os processos se tornem cada vez mais otimizados.

Neste caso, reforçamos novamente a importância de acompanhar seus indicadores de desempenho o mais regularmente possível.

Contudo nesses modelos é possível melhorar seus processos continuamente.

REFERÊNCIAS

ANAHP – Associação Nacional de Hospital Privados – Manual de Indicadores de Qualidade Hospitalar – São Paulo – 2022

CQH – Programa de Comprimisso com a Qualidade – Estatistica e Indicadores Hospitalares – São Paulo.

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TEMPO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL PARTICULAR DE MACEIÓ-AL

MONICA ROCHA DE MELO SILVA, YELNYA CARDOSO SILVA DORIA, RODRIGO DANTAS DA CRUZ, ROSA ALINY MOTA DE CARVALHO

INTRODUÇÃO

Estima-se que mundialmente sejam realizadas entre 187 e 281 milhões de cirurgias de grande porte anualmente. Entendendo que as infecções de sitio cirúrgico são eventos adversos frequentes em todo o mundo, sabendo da importância da administração do antibiótico correto em até 1hora da incisão como profilaxia de infecções relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, bem como que medidas de profilaxia cirúrgica resultam em comprovada redução das taxas de infecção pós-operatória, resolveu-se avaliar a adesão ao tempo de antibioticoprofilaxia cirúrgica em hospital particular de Maceió.

METODOLOGIA

Estudo transversal retrospectivo, no qual foram avaliadas pela farmacêutica do Serviço de controle de infecção hospitalar- SCIH 3808 cirurgias em 2021 e 2561 de janeiro a maio de 2022. Inicialmente auditava-se o tempo de administração do antibiótico em uma amostra aleatória de 30% das cirurgias através da análise da ficha de controle do SCIH (Figura 1), a qual era preenchida pela equipe do centro cirúrgico. A partir de agosto de 2021foi possível avaliar 100% das cirurgias, graças à formulação em Excel de um relatório do checklist de cirurgia segura gerado pelo prontuário eletrônico- Tasy (Figura 2) . Posteriormente os dados foram tabulados em uma planilha de Excel para elaboração do indicador mensal.

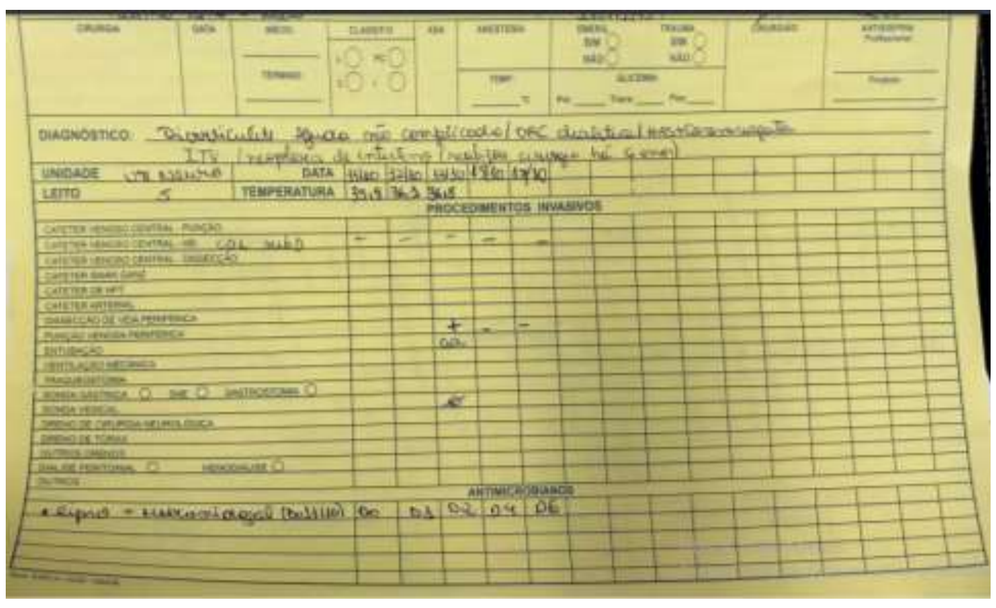


Figura1: Ficha de controle do SCIH

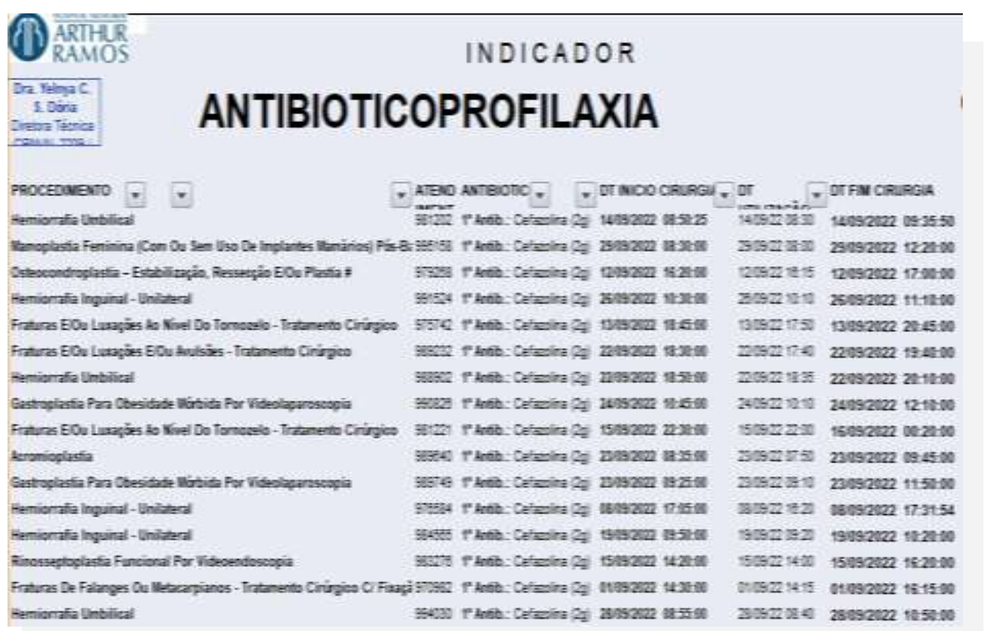


Figura 2: Relatório do checklist de cirurgia segura
Fonte : Tasy

RESULTADOS

Foram encontradas as taxas descritas no gráfico conforme figura 3.

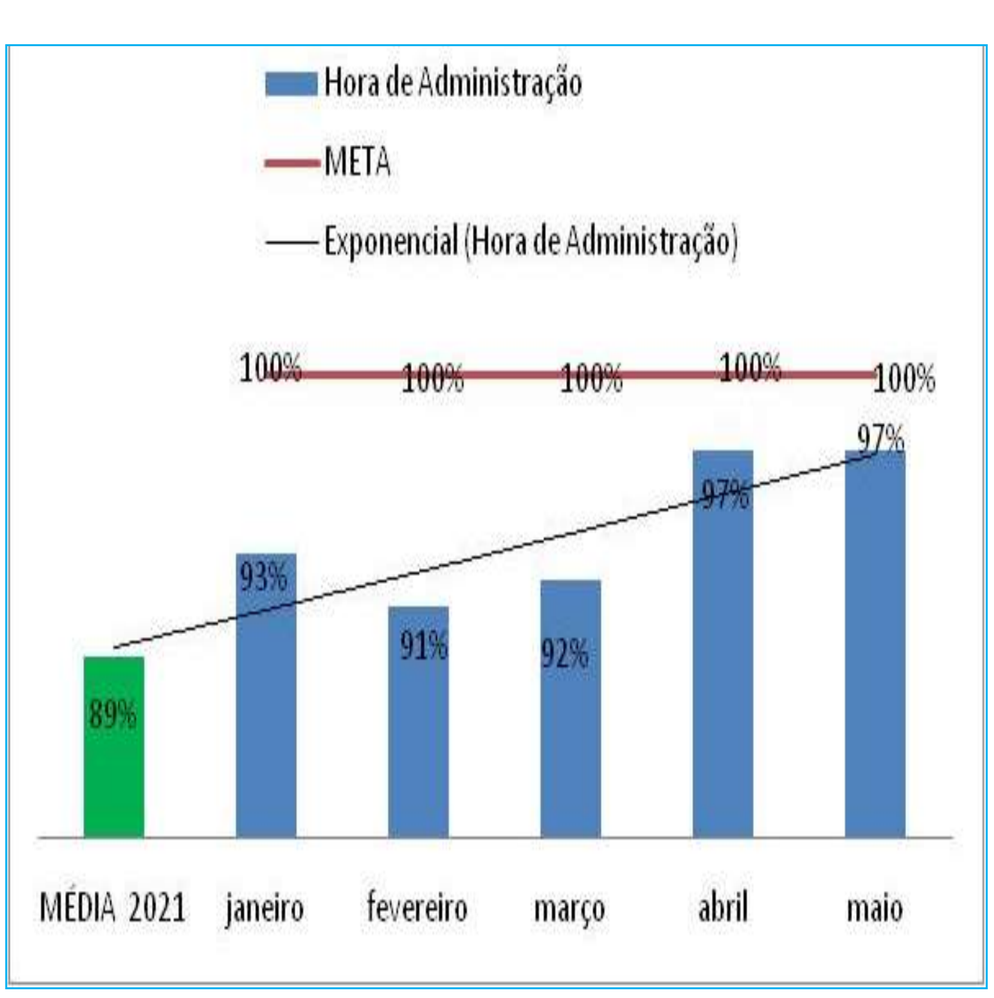


Figura 3: Gráfico da taxa de antibioticoprofilaxia cirúrgica no tempo certo- HMAR 2022.

CONCLUSÕES

Em 2020, antes de o indicador fazer parte do planejamento estratégico da instituição, a taxa média de adesão ao tempo de administração do antibiótico profilático era de 83%. Atribui-se a elevação da taxa nos dois últimos anos à utilização de instrumentos da qualidade como ishikawa (estudo de causas e efeito), elaboração de PDSA e desenvolvimento das ações do plano de ação como: reuniões e treinamentos com cirurgiões, anestesistas e enfermeiros do centro cirúrgico; divulgação do guia de antibioticoprofilaxia cirúrgica; visitas ao centro cirúrgico para discussão dos indicadores; aperfeiçoamento do campo de antiboticoprofilaxia no checklist de cirurgia segura no Tasy e disponibilização do antibiótico no kit de medicamentos cirúrgicos, dentre outros. Ainda há ações a implementar a fim de continuar no caminho da melhoria continua.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Brasil. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

Avaliação de Tecnologias em Saúde na Saúde Suplementar brasileira

Raquel M. Lisbôa, Rosângela Caetano

INTRODUÇÃO

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) respalda políticas públicas na gestão de tecnologias em diversos países. Sua relevância vem sendo ampliada no atual contexto de custos crescentes e recursos escassos com que os sistemas de saúde convivem. Ao proporcionar decisões embasadas nas melhores evidências disponíveis, centrada nas necessidades dos pacientes e das sociedades, considerando benefícios, riscos e custos das tecnologias a serem incorporadas, favorece a alocação mais racional dos recursos escassos. No Brasil, foi a partir do ano 2000 que a institucionalização da ATS avançou. O Ministério da Saúde (MS) capitaneou esse processo que culminou em 2011 com a promulgação da Lei 12.401/11, que instituiu a Comissão Nacional para Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) participou ativamente dos comitês do Ministério voltados para implementação da ATS (Figura 1). No entanto, mesmo diante de uma política única, o sistema público e a saúde suplementar trilharam diferentes caminhos nesse processo. Dentre as competências legais da ANS cabe elaborar e atualizar um rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória por parte das operadoras que atuam no País. É justamente no processo de atualização do Rol que a Agência refere utilizar a ATS como ferramenta para embasar as suas decisões.

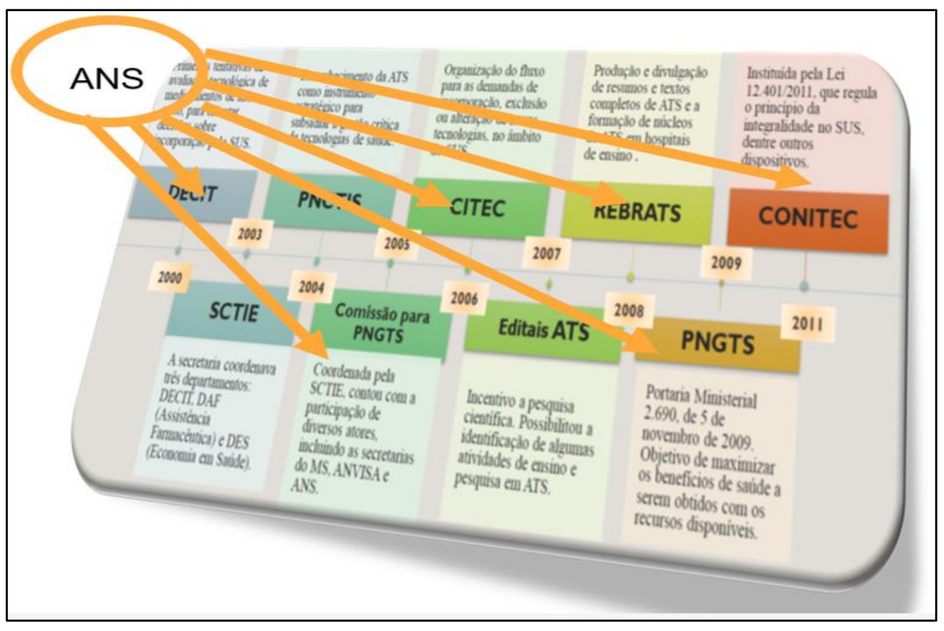
O objetivo deste trabalho consistiu em descrever e analisar a institucionalização da ATS na saúde suplementar brasileira, observando as consonâncias e dissonâncias existentes entre os setores público e privado neste processo e identificando as possíveis consequências para o sistema de saúde.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa exploratória, utilizando métodos qualitativos. As principais fontes de evidências foram:

- ✓ Revisão bibliográfica – realizada revisão de escopo da literatura sobre a temática;
- ✓ Análise documental - realizada análise dos principais documentos da ANS relativos ao processo de ATS – Leis, Resoluções, Notas Técnicas, Atas de reuniões, entre outros; e
- ✓ Entrevistas semiestruturadas com atores-chaves, escolhidos por terem participado do processo, em diferentes períodos e áreas de atuação – governo, setor privado e academia.

Figura 1 – Participação da ANS na Institucionalização da ATS no SUS



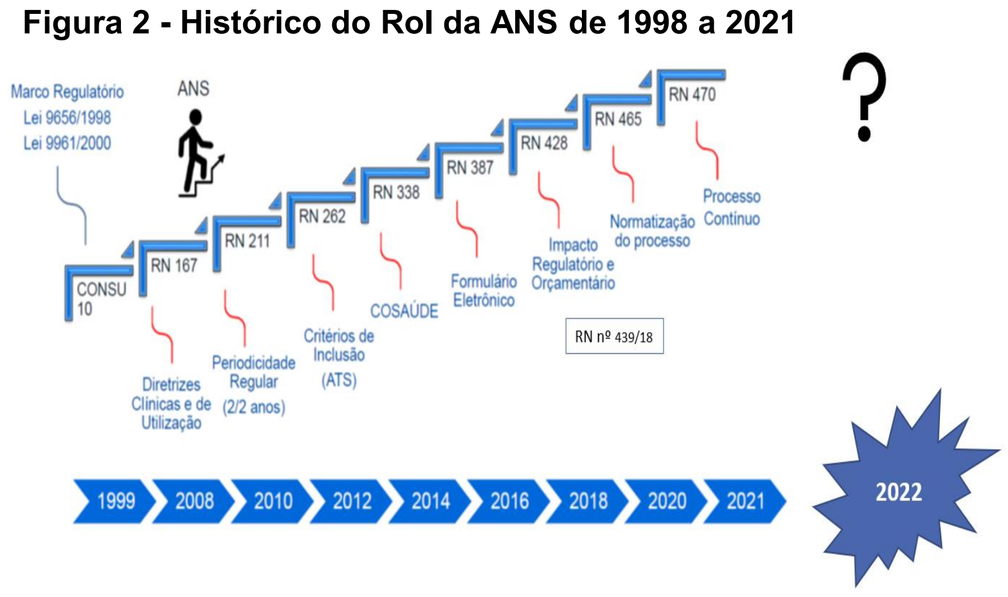
Legenda: DECIT: Departamento de Ciência e Tecnologia, SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, PNCTIS: Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, CITEC: Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde, ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde, REBRATS: Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, PNGTS: Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
Fonte: Elaboração própria, com base em Guimarães, 2014.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que a ANS iniciou junto com o MS a implementação de ATS, contudo, diversos fatores não favoreceram esta implementação neste setor como, por exemplo: Questões políticas internas e externas à ANS; Comportamento do mercado das operadoras de planos e seguros privados de saúde; e, Intervenções dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no processo de Revisão do Rol da ANS.

Até o ano de 2018, observou-se um descompasso na implementação da ATS entre o SUS e a saúde suplementar. A partir da publicação da RN nº 439/2018, que regulamentou o processo de revisão do Rol, este passa a guardar maior semelhança com o modelo implementado na CONITEC. Contudo, mudanças na legislação do setor, ocorridas em 2022, alteraram significativamente o *modus operandi* do processo recém estabelecido pela Agência. Novos estudos serão necessários para acompanhar a evolução do processo e seus desdobramentos. A Figura 2 ilustra essa trajetória com base nos principais documentos sobre o tema.

Figura 2 - Histórico do Rol da ANS de 1998 a 2021



Fonte: Elaboração própria, com base na análise documental. Documentos disponíveis em; www.ans.gov.br.

Quadro 1 – Análise comparada ATS no SUS e na saúde suplementar, por eixos de análise selecionados

Eixo de análise	CONITEC/SUS	ANS/Saúde Suplementar	
		Antes 2022	Depois 2022
Arcabouço legal e infralegal	Lei nº 12. 401, de 2011 Decreto nº 7.646, 2011	Nota técnica nº 26, de 2013, RN nº 439, de 2018, RN nº 470, de 2021.	MP 1.067 de 2021, Lei 14.307 de 2022.
Instituição responsável	CONITEC	ANS	ANS
Instância decisória	Secretario da SCTIE/ Ministro da Saúde	Diretoria Colegiada da ANS	Diretoria Colegiada da ANS
Atores envolvidos	Governo, plenário da CONITEC	Técnicos da ANS, Membros da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS	Técnicos da ANS, Membros da CAMSS, especialistas convidados
Participação da sociedade	Consultas e audiências públicas	Consultas e audiências públicas	Consultas e Audiências Públicas

Fonte: Elaboração própria com base na análise documental. Documentos disponíveis em www.ans.gov.br e www.gov.br/conitec.

CONCLUSÕES

Como consequências da dicotomia público privada na implementação das políticas públicas de ATS foram sinalizadas a ineficiência e o retrabalho nos processos de incorporação de tecnologias, além do aumento das inequidades no acesso às tecnologias no sistema de saúde.

Conclui-se que apesar dos desafios inerentes a implementação de políticas de ATS, os resultados apontam para as vantagens de se almejar uma política única e sólida, que privilegie o fortalecimento da utilização das evidências científicas nas difíceis escolhas que permeiam à área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. LISBÔA, R.M.; CAETANO, R., Avaliação de tecnologias em saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. Saúde em Debate, 44 (127):1255-1276, 2020.
2. GUIMARÃES, R. Technological incorporation in the Unified Health System (SUS): the problem and ensuing challenges. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 12, p. 4899–4908, dez. 2014.
3. https://www.gov.br/ans/pt-br.
4. https://www.gov.br/conitec/pt-br.

Avaliação do conhecimento sobre doença arterial coronariana por meio do questionário CADE-Q em pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Mariana Molinar, Daniela Silva, Louise Pavini, Marcos Nascimento, Ana Ligia Maida, Renato Righetti, Welligton Yamaguchi, **Gabriela Calicchio**

INTRODUÇÃO

Mais de 230.000 mortes no Brasil, 73.035 foram por infarto agudo do miocárdio (IAM). A mudança de hábitos de vida tem um resultado positivo no desfecho clínico, controle e prevenção da doença arterial coronariana.

O Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q) é um instrumento validado que avalia o conhecimento e mede os efeitos do processo de ensino-aprendizagem e possíveis mudanças no comportamento de pacientes com doença arterial coronariana (DAC).

METODOLOGIA

Participaram do estudo 35 pacientes, com média de idade de 63,6 anos

O questionário CADE-Q:

Avalia o conhecimento sobre DAC;

Foi aplicado no pré-operatório e 7 dias após a cirurgia de Revascularização do Miocárdio;

Aborda 19 questões, divididas em 4 áreas de conhecimento:

A1, fisiopatologia e sinais e sintomas da doença;

A2, fatores de risco e estilo de vida;

A3, diagnóstico, tratamento e medicação e

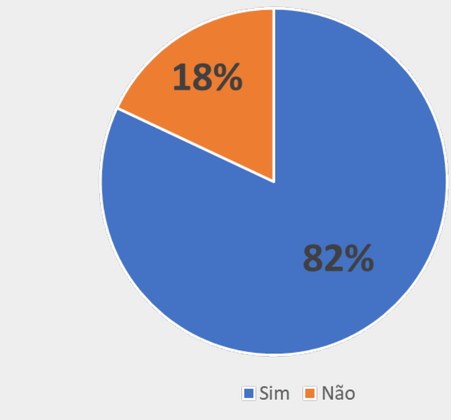
A4, exercício físico

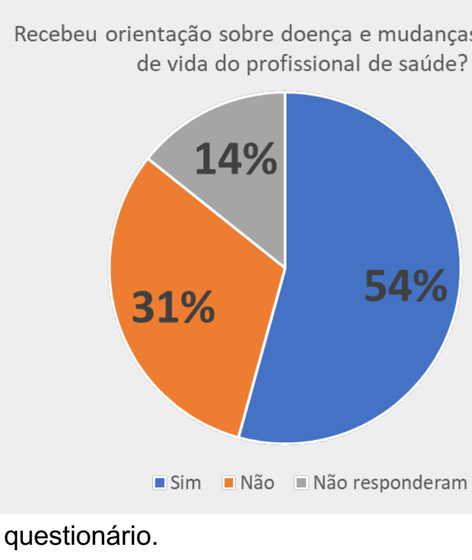
Escore de pontuação:

- 90 a 100% 51 a 57 pontos - Ótimo
- 70 a 89% 40 a 50 pontos - Bom
- 50 a 69% 29 a 39 pontos - Aceitável
- 30 a 49% 17 a 28 pontos - Pouco conhecimento
- ≤ 30% Abaixo de 17 pontos - Conhecimento insuficiente

Pre	Pós					
	Insuficiente	Pouco	Aceitável	Bom	Ótimo	Total
Insuficiente	_	_	_	_	_	_
Pouco	_	2	1	1	_	4
Aceitável	1	2	5	4	_	12
Bom	_	_	1	15	_	16
Ótimo	_	_	_	2	1	3
Total	**1**	**4**	**7**	**22**	**1**	**35**

Escore da pontuação do CADE-Q da população estudada

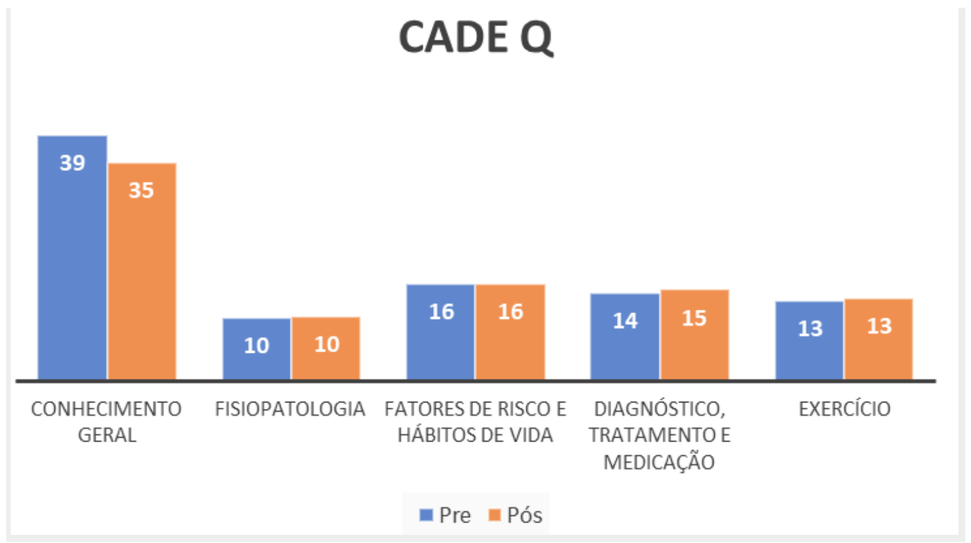




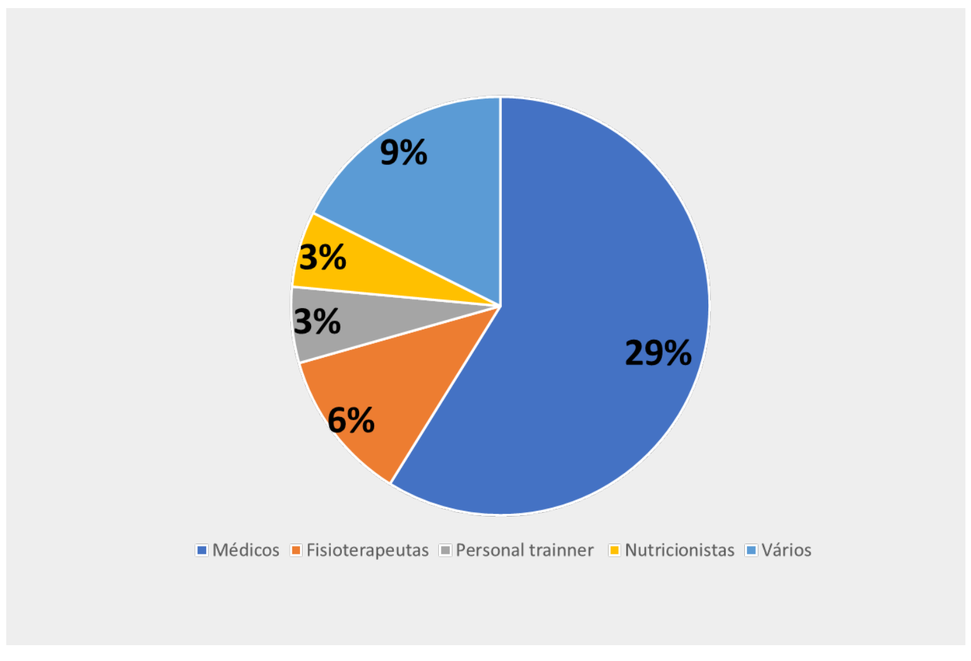
Questões extra questionário.

RESULTADOS

- A pontuação geral de conhecimentos não mudou quando comparado com as características sóciodemográficas, antecedentes clínicos e motivo da internação.
- O conhecimento sobre DAC não mudou durante o período de sete dias de pós-operatório de cirurgia de RM;
- Identificamos áreas de maior e menor conhecimento sobre DAC em pacientes hospitalizados
- A hipótese de tempo e interação com a equipe multidisciplinar do Hospital Sírio Libanês não teve impacto no conhecimento de DAC;
- 31% do pacientes responderam que não receberam nenhum orientação sobre sua doença.
- Mapeamos as áreas multidisciplinares que mais promovem ações educativas sobre a doença frente ao paciente.



Avaliação do nivel de conhecimento sobre a DAC no Pré e Pós operatório de cirurgia de RM



Questão extra aplicada no Pré e Pós RM: Recebeu orientação sobre doença e mudança de hábitos de vida diária do profissional de saúde?

CONCLUSÕES

Nossa amostra de pacientes apresentou um bom a regular nível de conhecimento sobre DAC e não sofreu alteração significativa desse conhecimento durante o período de sete dias do pós operatório de cirurgia RM. Conseguimos identificar quais os pontos de maior e menor conhecimento sobre a DAC de pacientes hospitalizados. Traçar um diagnóstico educacional nos permite desenvolver uma estratégia individualizada de educação em saúde baseada nas reais necessidades de cada paciente ou em um grupo de doença.

REFERÊNCIAS

- GhisiGL, Durieux A, Manfroi WC, Herdy AH, Carvalho T, Andrade A, et al. Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. Arq Bras Cardiol. 2010;94(6):813-22.
- Ghisi Gl, Oh P, Thomas S, Benetti M. Assessment of patient knowledge of cardiac rehabilitation: Brazil vs Canada. Arq Bras Cardiol. 2013 Sep;101(3):255-62

BOAS PRÁTICAS: Padronização da assistência de enfermagem para satisfação do cliente

Crissieli Carolina Doddi Ehlers[1]; Marlene dos Santos[2]; Renata Delfina Torres[3]; Erica Vieira de Farias[4]

Enfermeiras[1-4] do Hospital Samaritano Higienópolis de São Paulo

INTRODUÇÃO

A padronização do atendimento em serviços de saúde é essencial, capaz de assegurar práticas seguras e respeitosas aos clientes. Portanto, pode resultar em boa experiência de satisfação, no qual foi a motivação desse trabalho devido resultados anteriores não satisfatórios dos índices de Net Promoter Score (NPS), constatados em pesquisa de ano anterior na mesma unidade.

METODOLOGIA

Realização de simulação realística de um atendimento a um paciente cirúrgico, desde a admissão até a alta hospitalar, em um quarto hospitalar, guiadas por enfermeiras de unidade de internação de um hospital privado de São Paulo. Foram preparados 03 cenários distintos, com as seguintes cenas: admissão hospitalar, retorno do centro cirúrgico e alta hospitalar.

A participação foram de 6 à 8 colaboradores por sessão, com um total de 34 profissionais da enfermagem treinados, onde disponibilizamos todo material necessário para realização do atendimento no cenário, após esse atendimento, as enfermeiras instrutoras faziam um breve debriefing e apresentavam a mesma cena de forma acolhedora e cordial, dando exemplo dessas boas práticas no dia a dia.

Figura 1. Simulação realística da admissão da paciente em unidade de internação. Hospital Samaritano Higienópolis de São Paulo. 2022

Figura 2. Simulação realística do atendimento de enfermagem a uma paciente internada na unidade de internação. Hospital Samaritano Higienópolis de São Paulo. 2022

RESULTADOS

Ficou evidente na percepção da equipe de enfermagem sobre a importância da uniformização no atendimento, a necessidade de melhorias na escuta ativa, nas orientações, acolhimento, bem como no operacional, através da divisão de tarefas, evitando o retrabalho, e assim favorecendo melhor planejamento do tempo e satisfação da própria equipe na entrega da assistência prestada.

Percebemos que para estes colaboradores as simulações permitiram a identificação e a reconstrução de condutas, por meio de um feedback imediato após o término das simulações.

No NPS, observamos relatos de pacientes dizendo que receberam um tratamento acolhedor, cordial e humanizado.

Figura 3. Debriefing com a equipe de Enfermagem sobre a simulação realística. Hospital Samaritano Higienópolis de São Paulo. 2022

Figura 4. Debriefing com a equipe de Enfermagem sobre a simulação realística. Hospital Samaritano Higienópolis de São Paulo. 2022

CONCLUSÕES

De fato a padronização da assistência de enfermagem, as constantes atualizações das práticas de trabalho, são fundamentais para melhorar o score de satisfação do cliente, da própria equipe de saúde, bem como, da excelência da assistência prestada na instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Simulação realista e habilidades na saúde / Augusto Scalabrini Neto, Ariadne da Silva Fonseca, Carolina Felipe Soares Brandão – 1. ed Rio de Janeiro : Atheneu 2017.

2. Manual de Simulação Clínica – COREN 2022

CERTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ESTRATEGIA DE TREINAMENTO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Selma Tavares Valério, Jaqueline Aline de Oliveira, Ana Claudia Arroyo Cruz e Neila Maria Marques Negrini

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no processo de administração de medicamentos visando segurança e qualidade assistencial. Embora seja uma atividade frequente no cuidado assistencial, erros ocorrem mundialmente, resultando em consequências ao paciente e família, além de pode acarretar eventos adversos graves e incapacitações. Neste contexto, desenvolvemos um programa de certificação do processo de administração de medicamentos com uso da simulação realística, metodologia em que avalia o desempenho profissional no processo de administração de medicamentos, em ambiente controlado, pois replica situações cotidianas que permitem identificar e desenvolver habilidades, conhecimentos e atitudes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a implementação da programa de certificação de medicamentos com simulação realística, em um hospital geral de grande porte da cidade de São Paulo. O programa foi dividido em 03 etapas: conteúdo prévio, certificação de medicamentos com simulação, feedback . Foram desenvolvidos cenários baseado em eventos adversos reais e nas competências de enfermagem, considerando a interface deste processo com o prontuário eletrônico, após testes dos cenários para avaliação de complexidades e ajustes para replicar o ambiente real. Enfermeiros seniores foram capacitados para aplicação de checklist estruturado e na técnica de feedback, proporcionando melhor experiência de aprendizagem.

Etapas do processo de certificação, Esquema do autor, SBIBAE, 2022

Certificação de administração de medicamentos, registro do autor, SBIBAE, 2022

RESULTADOS

No total foram certificados 1827 profissionais entre Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem. As notificações de eventos adversos relacionados ao processo de administração de medicamentos diminuíram em 30% em comparação aos anos anteriores, após a implementação do programa de certificação.

Etapa 3 – Feedback, registro do autor, SBIBAE, 2022

Acompanhamento do instrutor, registro do autor, SBIBAE, 2022

CONCLUSÕES

O processo de certificação de medicamentos com a metodologia de simulação realística beneficiou a reflexão sobre conhecimento e a prática do processo de administração de medicamentos e apropriação das competências necessárias para esta prática com qualidade e segurança, além de diminuir a notificação de eventos adversos.

Tornou-se também um instrumento de acompanhamento do processo de aprendizagem, onde o facilitador auxilia o participante para melhoria da prática e dos resultados assistenciais, contribuindo com qualidade e segurança do paciente e colaborador no processo de administração de medicamentos.

REFERÊNCIAS

1.Abreu Cidalina da Conceição Ferreira de, Rodrigues Manuel Alves, Paixão Maria Paula Barbas Albuquerque. Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. Rev. Enf. Ref. (Internet]. 2013 Jul (citado 2018 Fev 13] ; 63-68. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200008&lng=pt. http://dx.doi.org/10.12707/RIII1301.

2.Harada Maria de Jesus Castro Sousa, Chanes Daniella Cristina, Kusahara Denise Miyuki, Pedreira Mavilde da Luz Gonçalves. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. Acta paul. enferm. (Internet]. 2012 (cited 2018 Feb 13] ; 25(4): 639-642. Available from:

3.Yusof, A. N. (2012). The Relationship Training Transfer between Training Characteristic, Training Design and Work Environment. Human Resource Management Research, 2(2), 1-8.

Check-Rotina da adesão à prevenção de infecção: análise automática e feedback individualizado

Louranny CB GÓIS, Thais Milene Silva dos SANTOS, Erika VRANDECIC, Bráulio Roberto Gonçalves Marinho COUTO

Biocor Instituto – Nova Lima – MG

INTRODUÇÃO

- O Check-rotina é um instrumento de avaliação de indicadores de resultado, composto por 33 itens avaliando os tópicos: higienização das mãos & limpeza, trato respiratório, acesso vascular, trato urinário e isolamento.

- **Objetivos:**
  a) é possível automatizar a análise do **Check-Rotina**?
  b) quais resultados quantitativos e qualitativos são obtidos pela aplicação do **Check-Rotina** em hospital de alta complexidade?

METODOLOGIA

- O **Check-Rotina** foi disponibilizado como um formulário de auditoria numa aplicação em nuvem, o SACIH 3i, acessado em www.biobytebrasil.com
- Os relatórios, gerais e individualizados, são gerados automaticamente.
- A partir dos relatórios individualizados, gerados de forma anonimizada, é possível fazer feedback aos profissionais envolvidos.
- A população avaliada constitui-se de técnicos e auxiliares de enfermagem dos setores do hospital. Os enfermeiros são avaliados indiretamente uma vez que a não conformidade de um técnico é também atribuída à sua supervisão.

Solução: feedback – taxas e indicadores pessoais

- "O feedback é **extremamente importante** por ser um instrumento de comunicação essencial, capaz de proporcionar uma escuta eficaz, motivar a equipe, **melhorar desempenhos**, resolver gargalos e tornar o processo de aprendizado contínuo".

iFRACTAL. **Feedback: O que é e Qual a Importância na Gestão de Pessoas**. https://ifractal.com.br 7

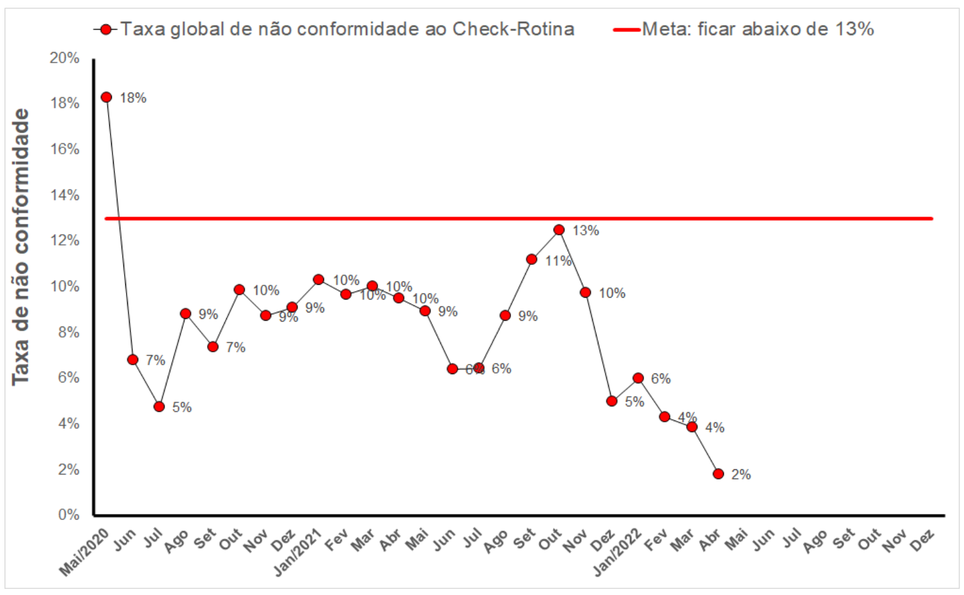
Solução: SACIH 3i

Coleta de dados utilizando o SACIH 3i

Indicadores e Análise

Análise e interpretação automática dos indicadores, além de adesão a protocolos de processos.

RESULTADOS



Checkrotina: bundle universal para unidades não críticas (versão ampla)

Avaliação de indicadores de resultado e processo para prevenção de infecções em unidades não críticas

De: CEQ - Controle Epidemiológico e Qualidade
Para: *Fulano de tal* **Código:** AC475
Categoria Profissional: Técnico de Enfermagem

O objetivo deste relatório é apresentar **taxas individualizadas de não conformidades** a Checkrotina: bundle universal para unidades não críticas (versão ampla) em Biocor Instituto .

Entre 01/2022 e 04/2022, foram avaliados 15726 itens válidos do Checkrotina: bundle universal para unidades não críticas (versão ampla) em Biocor Instituto sendo observadas 608 não conformidades, taxa de 4%

No mesmo período, foram avaliados 304 itens sob sua responsabilidade, sendo observadas 26 não conformidades. Sua taxa de não conformidades foi de 9%.

Taxa média de não conformidades no período, considerando todos os profissionais avaliados = 3%.
Desvio padrão da taxa de não conformidades = 2%.

Interpretação: considerando a sua taxa, a taxa média e o desvio padrão das taxas de todos os profissionais, seu escore padronizado no período foi de +51.0. Um escore acima de +3 é muito alto e um escore abaixo de -3 é muito baixo!
Conclusão: A sua taxa está significativamente acima da taxa típica dos outros profissionais

Auditado	Profissão	Total de itens avaliados e válidos	Frequência de não conformidades	Taxa de não conformidades
AC475	Técnico de Enfermagem	304	26	9%
AA128	Enfermagem	1373	87	6%
AA131	Enfermagem	1806	105	6%
AC384	Técnico de Enfermagem	307	16	5%
AC446	Técnico de Enfermagem	373	18	5%
AC447	Técnico de Enfermagem	314	15	5%
AA12	Enfermagem	511	22	4%
AC130	Técnico de Enfermagem	342	14	4%
AA116	Enfermagem	495	20	4%
AA133	Enfermagem	702	29	4%
AA138	Enfermagem	1256	53	4%
AA143	Enfermagem	479	21	4%
AC450	Técnico de Enfermagem	419	17	4%
AC455	Técnico de Enfermagem	314	12	4%
AA13	Enfermagem	625	16	3%
AC431	Técnico de Enfermagem	408	13	3%
AA145	Enfermagem	676	21	3%
AC441	Técnico de Enfermagem	356	11	3%
AA146	Enfermagem	914	24	3%
AA147	Enfermagem	1446	44	3%
AA149	Enfermagem	796	24	3%
AA152	Enfermagem	1181	39	3%
AC471	Técnico de Enfermagem	350	12	3%
AE760	Outra profissão	358	7	2%
AC445	Técnico de Enfermagem	315	5	2%
AA50	Enfermagem	377	4	1%
AA51	Enfermagem	850	9	1%
AC153	Técnico de Enfermagem	377	4	1%
AC171	Técnico de Enfermagem	377	4	1%
AE783	Outra profissão	357	4	1%

- Taxa individualizada de não conformidade ao Check-Rotina: mesmo num cenário com 4% de não conformidade (global), as taxas variaram de 1% a 9%.

CONCLUSÕES

- A coleta de dados através do Check-Rotina permite:
  a) Avaliar medidas de prevenção de infecção relacionadas com a higienização das mãos, trato respiratório, acesso vascular, trato urinário e isolamentos.
  b) Identificar e orientar cada técnico de enfermagem individualmente, bem como o enfermeiro responsável pela equipe.
  c) Gerar relatórios para fornecimento de feedbacks bem como aquisição de assinatura do profissional, responsabilizando-se pelas não conformidades e pelas orientações recebidas.
  d) Visualizar a necessidade de revisão de protocolos, realização de treinamentos e reforço de medidas de prevenção de infecção.

REFERÊNCIAS

COUTO, BRGM; STARLING, CEF; PESSOA, JM; MACHADO, SA. **Check-rotina para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em relação ao controle das infecçõeshospitalares**. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ENFERMAGEM - SIMEHP, 2001, Belo Horizonte. SIMPÓSIO MINEIRO DE ENFERMAGEM - SIMEHP, 2001.

Como a navegação de pacientes pode intervir na busca do paciente oncológico ao serviço de emergência

Daniele Maria Teche, Evelyn Aparecida Nascimento, Paloma dos Santos Garrido, Regiane de Oliveira Proença

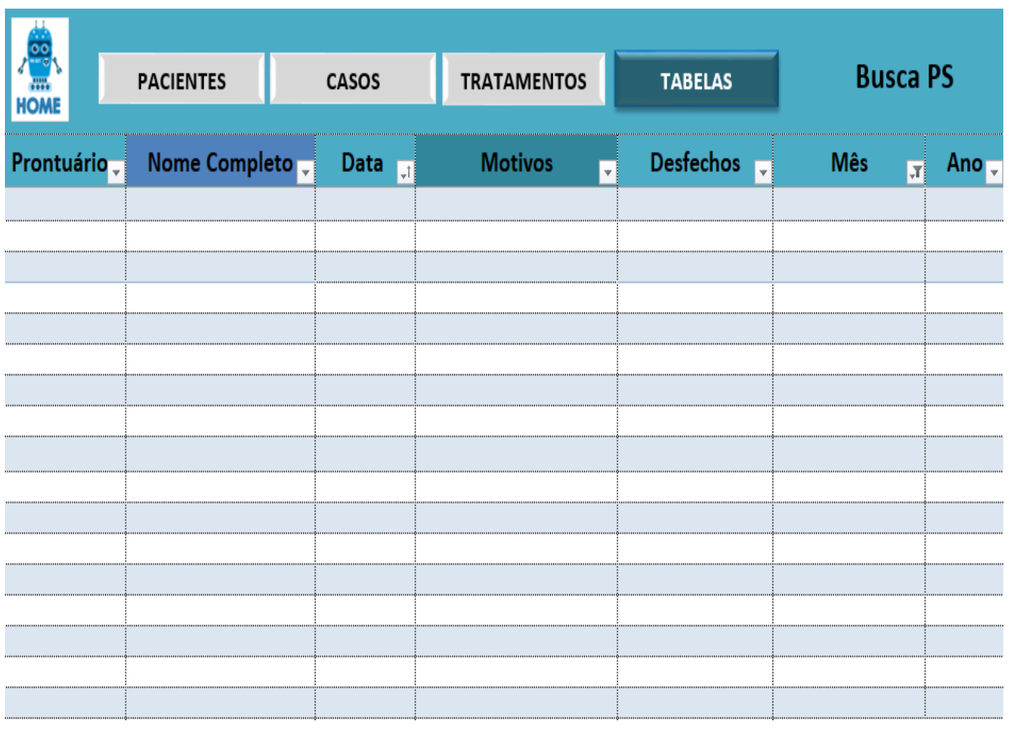
INTRODUÇÃO

A navegação de pacientes oncológicos tem sido considerada de suma importância aos serviços de saúde. A assistência individualizada permite a superação de barreiras do sistema de saúde, fornecendo educação e recursos para facilitar a tomada de decisão, além do acesso aos cuidados recomendados. O acompanhamento clínico dos pacientes é uma das atividades do enfermeiro navegador e observa-se melhoria dos desfechos quando follow-up são efetivos, baseados em classificação de sintomas e condutas estabelecidas em critérios internacionais, em dias estratégicos após a infusão de agentes antineoplásicos. Há evidências sobre a redução de taxas de busca e atendimento em serviço de emergência, o que consequentemente proporciona redução de custos, melhor adesão as orientações quanto aos cuidados em domicílio e evita interrupção dos tratamentos.

METODOLOGIA

Objetivo: Quantificar e estratificar a busca dos pacientes oncológicos vinculados a um programa navegação ao serviço de emergência.

Métodos: Os dados foram coletados em planilha, envolvendo os pacientes oncológicos navegados no período de abril a julho de 2022 no hospital hcor e o motivo de busca no pronto socorro.



Planilha de registro de dados do indicador de busca ao serviço de emergência pelo paciente oncológico.

RESULTADOS

A quantidade de pacientes navegados decorrer dos meses foi crescente, devido à expansão do serviço de oncologia. Em abril, dos 41 pacientes, 3 foram atendidos na emergência, sendo que 2 por motivos da doença e 1 relacionado ao tratamento. Em maio, dos 75 pacientes, 3 por motivos relacionados a doença e 1 por outros motivos; em junho, dos 96 pacientes, 7 buscaram o pronto socorro, sendo que nenhum por consequências ao tratamento, 4 por efeitos da doença e 3 por outros fatores; em julho, dos 118 pacientes, 10 buscaram a emergência, sendo que 7 foram devido a doença e 3 por outros motivos.

Mês	Número de pacientes que buscaram PS	Porcentagem
Abril	3	7,32%
Maio	9	12,0%
Junho	7	7,29%
Julho	10	8,47%

Entrada do Pronto Socorro do hcor

CONCLUSÕES

Concluímos que a busca do serviço de emergência do paciente oncológico se deu por causas relacionadas à doença (55,2%) na qual não podemos manejar ambulatoriamente. O follow-up no D2 e D7, associado a nossas interações com o paciente por mídia social, onde o paciente pode buscar auxilio por livre demanda, demonstrou que somente 6,9% da busca ao pronto socorro foi por motivos relacionados ao tratamento oncológico. O resultado demonstrou que a estratégia adotada atingiu o objetivo.

REFERÊNCIAS

Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. Cancer. 2011;117(15 Suppl):3539-3542. doi:10.1002/cncr.26262.

Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Role of the nurse navigator: integrative review. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021; [cited Jun 26, 2021];39:e2017-01022018. Available from: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79636/46645

Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, Rogak L, Bennett AV, Dueck AC, Atkinson TM, Chou JF, Dulko D, Sit L, Barz A, Novotny P, Fruscione M, Sloan JA, Schrag D. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2016 Feb 20;34(6):557-65. doi: 10.1200/JCO.2015.63.0830. Epub 2015 Dec 7. Erratum in: J Clin Oncol. 2016 Jun 20;34(18):2198. Erratum in: J Clin Oncol. 2019 Feb 20;37(6):528. PMID: 26644527; PMCID: PMC4872028.

COMO AVALIAR PRESTADORES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COM BASE EM VALOR EM SAÚDE

Luiz Fernando de Oliveira Ribas, César Luiz Lacerda Abicalaffe, Eduardo Lima Cat, Ângelo da Silva Cabral

INTRODUÇÃO

Os hospitais sem fins lucrativos (HSFL) representam 65,4% do total de hospitais no estado de Minas Gerais. Diante dos desafios enfrentados na gestão hospitalar, o desenvolvimento de um instrumento que permita avaliar a performance das instituições torna-se imprescindível para a sustentabilidade do sistema. Uma das abordagens possíveis para o desafio em questão é a aplicação da equação desenvolvida e denominada Escore de Valor em Saúde (EVS), cuja fórmula pondera indicadores - com seus respectivos pesos - que compõem os Índices de Qualidade (IQ) e de Custeio (IC). Objetivos: Apresentar o EVS como instrumento para avaliar o serviço entregue pelos HSFL, bem como possibilitar a discussão de novos modelos de remuneração, a fim de viabilizar uma melhora na entrega do Valor em Saúde dessas instituições aos usuários do SUS.

METODOLOGIA

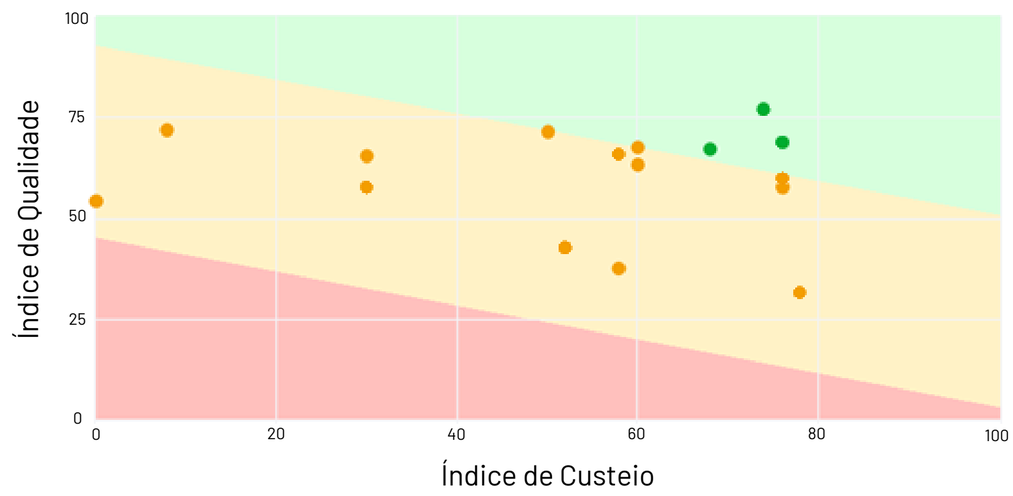
Foram analisados os dados de 2021 de 16 HSFL (que representam 14,5% das internações em Minas Gerais) sob a ótica do EVS. A avaliação da performance dos hospitais foi elaborada a partir de 15 indicadores, distribuídos em 5 domínios (Estrutura, Eficiência, Efetividade, Experiência do Paciente e Custeio). Os quatro primeiros compõem o IQ, que representa 70% do valor do EVS, ao passo que o IC representa os 30% restantes. O valor final do EVS é traduzido em uma escala de 0 a 5 pontos, podendo ser separado em três tercis (satisfatório, intermediário e insatisfatório).

DOMÍNIO	INDICADOR	PESO
Estrutura	Existência de educação continuada	2
	Existência de gestão de custos	2
	Existência de núcleo de segurança do paciente	2
	Existência de protocolo assistencial	2
	Existência do grupo gestor da qualidade com política definida	2
	Relação de enfermagem por leito	2
Eficiência	Taxa de Desempenho em Tempo de Permanência (Ajustado pelo APRDRG)	19
	Taxa de ocupação	19
Efetividade	Taxa de infecção relacionado à CVC (Cateter Venoso Central)	13
	Taxa de Mortalidade (Ajustado pelo APRDRG)	14
	Taxa de Reinternação em até 30 Dias (Ajustado pelo APRDRG)	13
Experiência do Paciente	Realiza Pesquisa de Satisfação	10
Custeio	Custeio Federal Total por Leito	40
	Custo Operacional por Leito	40
	Resultado Líquido	20

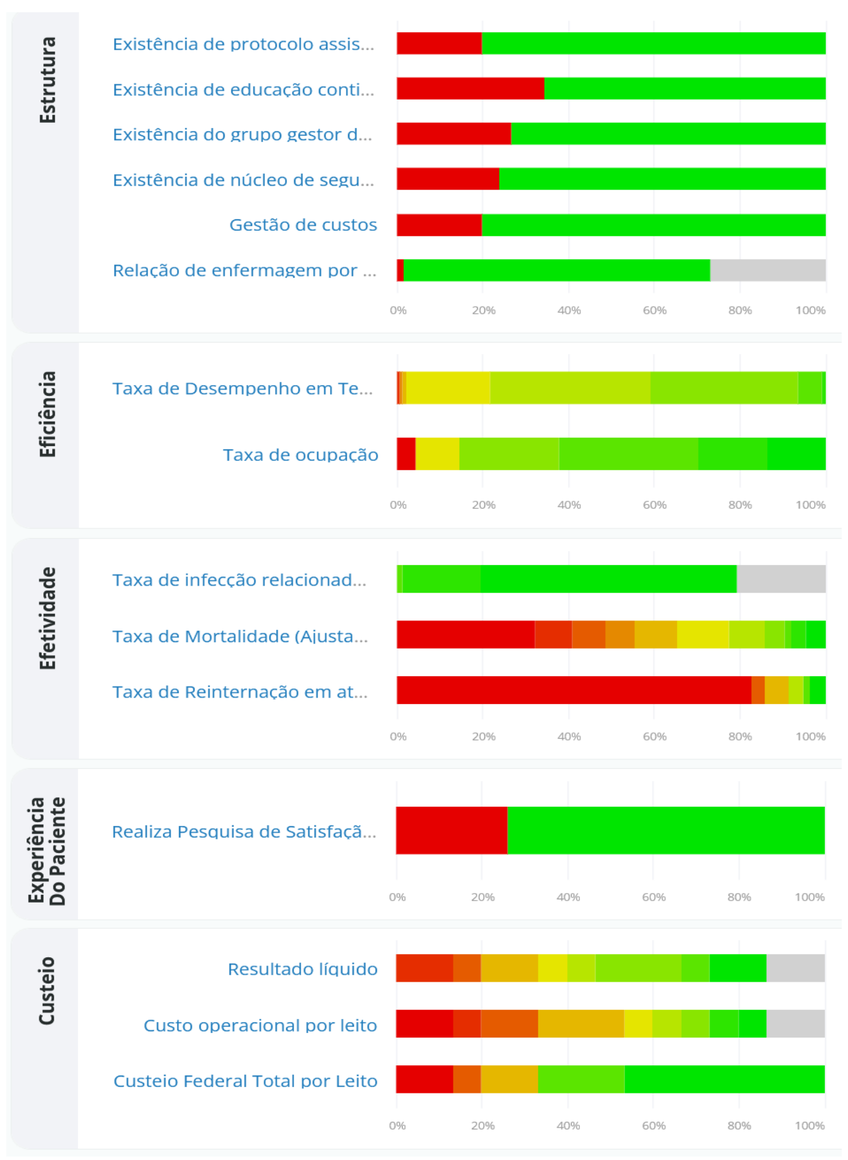
Lista de indicadores por domínio e seus respectivos pesos

RESULTADOS

O valor médio do EVS nos 12 meses de 2021 foi de 2,89. Dos 16 hospitais, três atingiram EVS satisfatório (≥ 3,33), 13 intermediário (1,66 – 3,33) e zero insatisfatório (< 1,66). O indicador com pior desempenho foi “Taxa de Reinternação em até 30 Dias”, pertencente ao domínio da Efetividade.



Distribuição do EVS conforme os Índices de Qualidade e Custeio



Distribuição do desempenho dos indicadores

CONCLUSÕES

O EVS comprovou ser um instrumento de fácil aplicação e compreensão. Também traz referenciais importantes para o gestor hospitalar na tomada de decisão e na organização da prestação do serviço. Já para o financiador do SUS, apoia ações que visem a educação continuada e alternativas de melhoria do aporte de recursos com base em Valor.

REFERÊNCIAS

1. *Abicalaffe CL, et al. Escore de Valor em Saúde (EVS): Uma proposta para mensuração de valor dentro de um sistema de saúde - J Bras Econ Saúde 2022;14(Suppl.2):246-50.*
2. *ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement. What is Value-Based Health Care. 2012. Available from: https://www.ichom.org/faqs/. Accessed on: Jan 24, 2022.*
3. *Porter ME. Perspective – What Is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010;363(1):1-3.*

COMPARATIVO EVOLUTIVO DA FARMACOECONOMIA APÓS IMPLANTAÇÃO DE GERENCIAMENTO DO INDICADOR

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz, Thaila Silva Rodrigues, Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa, Epifânio José Pereira Filho

INTRODUÇÃO

Os medicamentos e insumos são fundamentais para os serviços de saúde, estão entre os custos com maior representatividade dentro dentre as contas hospitalar. A elevação dos custos como estes interfere diretamente no orçamento da instituição. A Farmacoeconomia representa grande importância na performance do serviço de saúde, pois através dela é possível otimizar gastos relacionados a medicamentos sem prejuízo ao tratamento do paciente. O uso de estratégias como compartilhamento de dose, programas de gerenciamento de antimicrobianos contribuem para redução de custos, diminuição de tempo de internação de pacientes e aumento no número de pacientes atendidos. Estas ferramentas nos permitem gerir e criticar as despesas que podem ser evitadas, e auxiliam no direcionamento da prática clínica farmacêutica.

Mostrar a eficácia da farmacoeconomia na gestão de despesas com medicamentos em um hospital de média e alta complexidade do oeste do Pará.

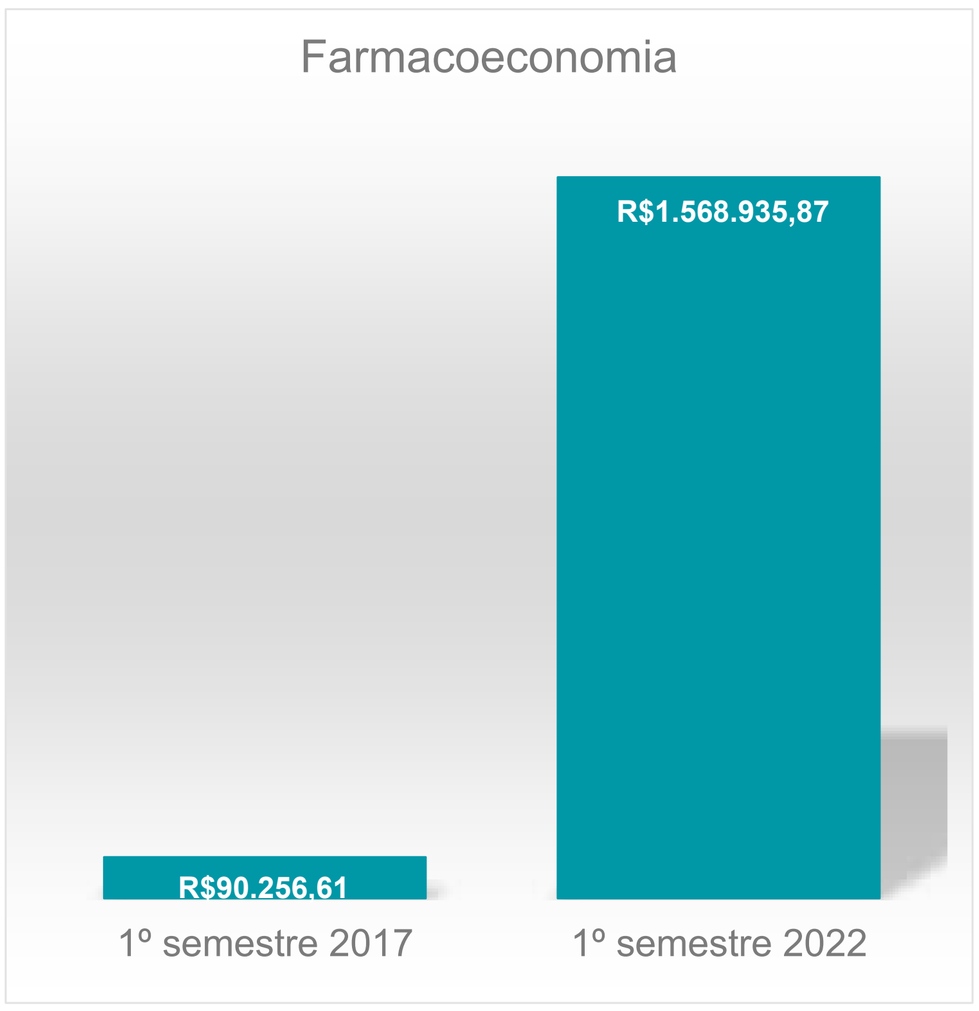
METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo e quantitativo, baseado em dados adquiridos da análise de indicadores de farmacoeconomia no ano de implantação (2017) ao ano em vigência (2022). Os dados foram tabulados em excel para criação de gráficos comparativos.

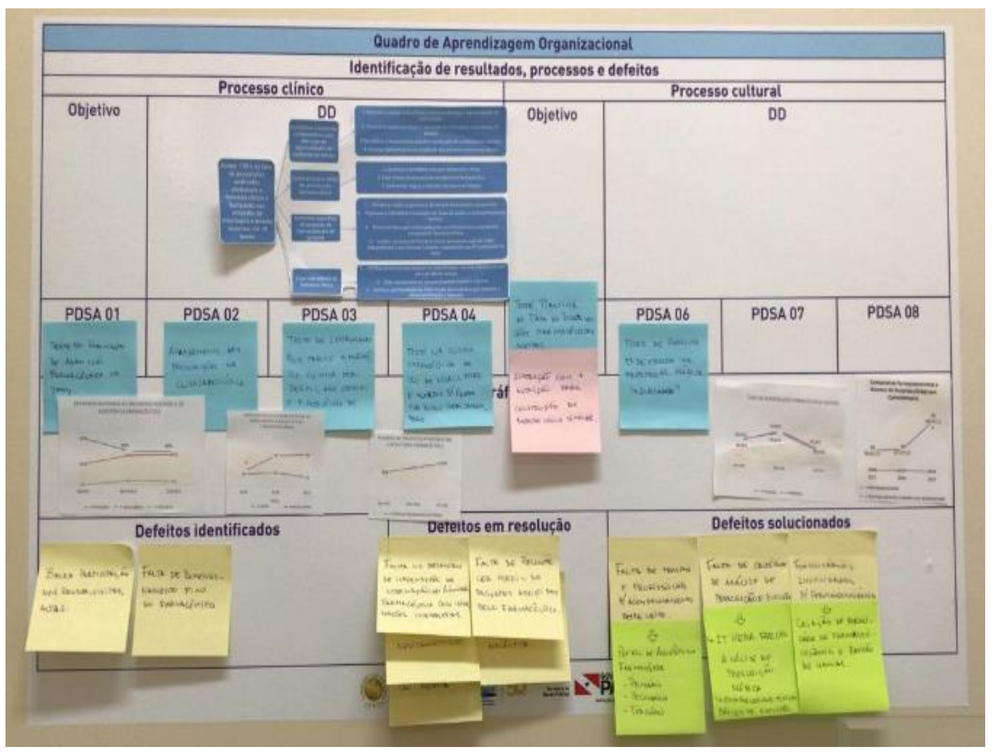
Reunião de análise do indicador de farmacoeconomia. Fonte: Serviço de Oncologia - HRBA.

RESULTADOS

No primeiro semestre de 2017, a farmacoeconomia já era estabelecida no serviço de farmácia hospitalar, porém compreendia apenas os medicamentos quimioterápicos, consolidando um resultado de R$ 90.256,61. Comparando o mesmo período em 2022, verifica-se uma evolução de 1.738% (R$ 1.568.935,87).



Comparativo de resultado de farmacoeconomia. Fonte: Farmácia Clínica HRBA.



Quadro de aprendizagem do PDCA de farmacoeconomia. Fonte: Serviço de Oncologia - HRBA.

CONCLUSÕES

A evolução do indicador de farmacoeconomia deu-se em decorrência à maior interação entre a equipe multiprofissional e ao serviço de farmácia ter utilizado a ciência da melhoria, aplicando a ferramenta de PDSA em outros medicamentos, que não apenas os quimioterápicos, antimicrobianos, e englobou tomadas de decisão que reduzem custo diretos e indiretos, não apenas ligada aos fármacos.

REFERÊNCIAS

SILVA, JDS et al. Farmacoeconomia como um meio para tomada de decisões na atuação dos farmacêuticos na gestão hospitalar: uma revisão integrativa. Visão acadêmica, curitiba, v.23, n.2, abr. - Jun. /2022 - ISSN 1518-8361.

PACKEISER, PB; RESTA, DG. Farmacoeconomia: uma ferramenta para a gestão dos gastos com medicamentos em hospitais públicos. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v26.e4.a2014.pp215-223. Acessado em 28/10/22.

Comunicação visual focada na assistência pediátrica

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Anne Caroline Andrade Trindade, Victor Denisson Mendonça, Viviane Moreira de Camargo

INTRODUÇÃO

Um novo serviço em ambiente hospitalar é sempre um desafio, ainda mais uma unidade pediátrica, por ser um local onde o cuidado de qualidade precisa ser também voltado à humanização. Poder trazer esse conceito de forma lúdica e visual é um desafio das unidades de saúde e o setor de comunicação e marketing dos serviços de saúde, tem um papel importante neste momento. Assim o objetivo deste trabalho é o de descrever a construção de uma nova experiência temática para o universo infantil, seus acompanhantes e colaboradores, primando pelo cuidado humanizado através das cores, formas e objetos, no Hospital Primavera em Aracaju/Sergipe.

METODOLOGIA

Através de um Brainstorm com crianças, familiares e colaboradores das unidades pediátricas, foram coletados informações e preferências deste público que atua e/ou internará na pediatria, para transportá-las do ambiente real para um mundo imaginário, favorecendo o cuidado humanizado e tornando a experiência da internação menos danosa, agregando valor ao cuidado de saúde.

RESULTADOS

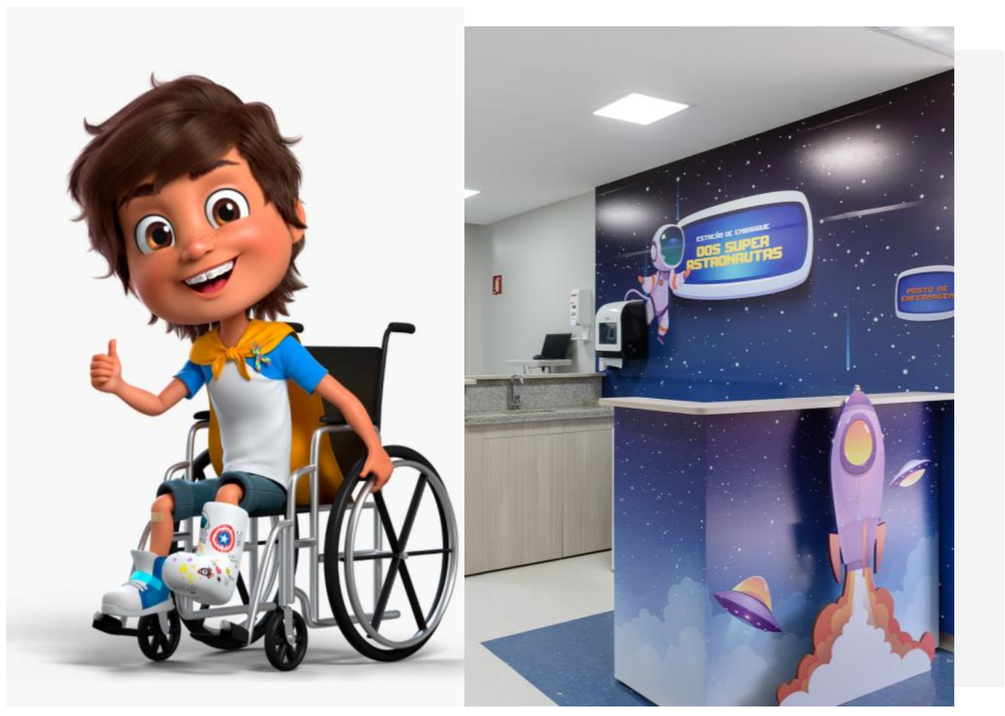
Foram criadas imagens com uso de cores e formas e personagens para que as instalações fossem temáticas com elementos visuais atrativos e divertidos, transmitindo efeito positivo na passagem por cada ambiente (Figura 1).

Além disso foi desenvolvido um personagem de nome alusivo a super herói com a marca do Hospital, com características reais, a exemplo das suas vestimentas, aspectos visuais infantis (aparelho dentário, machucado no joelho, sardinhas no nariz, capa de super herói, tênis com luz, fitinha na roupa a favor dos pacientes com espectro autista), como representado na Figura 2.

Além de serem criadas variações do personagem, na cadeira de rodas, com a perna engessada e astronauta. Também um universo com planetas e nomes próprios, completando todo universo lúdico e acolhedor.

Por meio do acompanhamento de devolutivas dos acompanhantes e colaboradores percebeu-se o diferencial em fazer da passagem pelas alas pediátricas, uma viagem divertida ao universo do Super herói do Hospital.

Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.



Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.

CONCLUSÕES

A comunicação visual é parte importante para a recuperação do paciente, influenciando diretamente na sua experiência, podendo se não minimizar o tempo de internação, torná-lo menos sofrido e mais acolhedor.

REFERÊNCIAS

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cor_ambiente_hospitalar.pdf
http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8654/1/Est%c3%a9phani%20Rodrigues%20Santiago%20e%20Vit%c3%b3ria%20Herculano%20Medeiros.pdf
https://enanparq2016.files.wordpress.com/2016/09/s06-04-lopes-l-naoumova-n.pdf

Conscientizando e reciclando em tempos de pandemia do covid-19

Caio Andrade, Claudia Defendi, Felipe Costa, Fernanda Graciano, Odairo José da Silva

INTRODUÇÃO

O gerenciamento inadequado dos resíduos de serviços de saúde pode causar danos ao meio ambiente e à população humana – inclusive no contexto da pandemia do novo coronavírus. Esse cenário não foi diferente no HMVSC, que se tornou referência pelo SUS no combate à covid-19. Sendo assim, esse projeto tem como objetivo conscientizar os colaboradores e aprimorar o programa de descarte de resíduos no HMVSC, sem prejuízo ao atendimento dos casos de covid-19.

METODOLOGIA

Um total de 10 ações foram elaboradas e implementadas ao longo do ano de 2020 no hospital, entre as quais: alinhamento das coletas interna e externa; mapeamento das lixeiras nos setores administrativos e assistenciais; a aquisição e substituição das lixeiras; melhoria da identificação visual dos descartes de resíduos infectantes e comuns; intensificação dos treinamentos com os colaboradores e das equipes de higiene; realização de rondas de meio ambiente para orientação das equipes in loco e divulgação de peças de comunicação interna com foco no descarte adequado e segregação dos resíduos. Também foram redefinidos os pontos para centralização da coleta de papelão. Em paralelo a isso, foi conduzido um estudo para viabilização da reciclagem das embalagens vazias de álcool em gel.
Para verificação da eficácia das ações, foi mensurado o indicador de geração de resíduos. Para garantir o atingimento do objetivo do projeto, foi considerada a meta de destinar ao menos 10% do volume total de resíduos de 2020 como resíduos recicláveis.

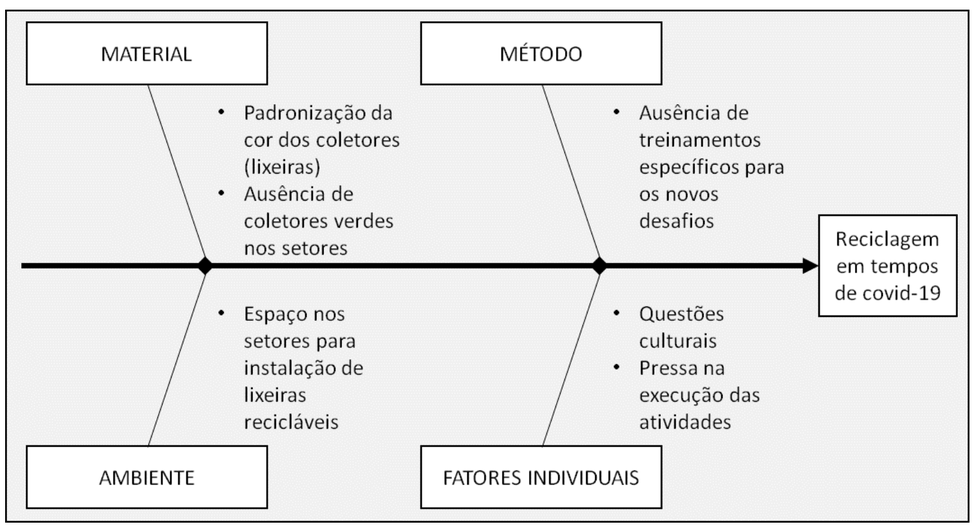


Figura 1 – Diagrama de Ishikawa (análise de causa e efeito)

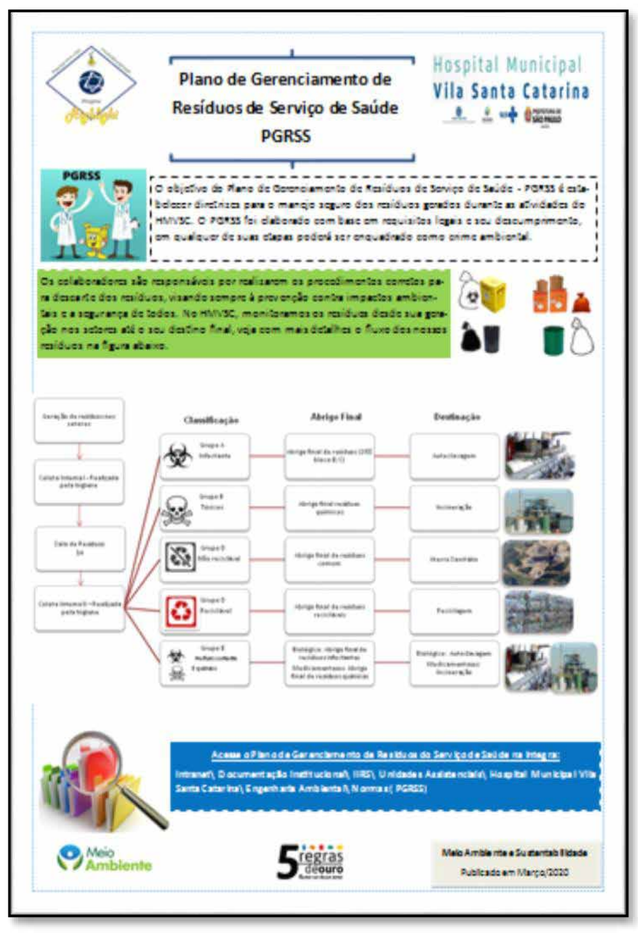


Figura 2 – Material de comunicação para as equipes do hospital com fluxo de descarte de resíduos

RESULTADOS

Comparando a destinação de resíduos recicláveis de 2019 (31.706 kg) com a destinação de 2020 (74.040 kg), houve um aumento de 133,5% na segregação de resíduos recicláveis, ou seja, mais que o dobro do ano anterior.

Gráfico 1 – Coleta de resíduos recicláveis em 2019

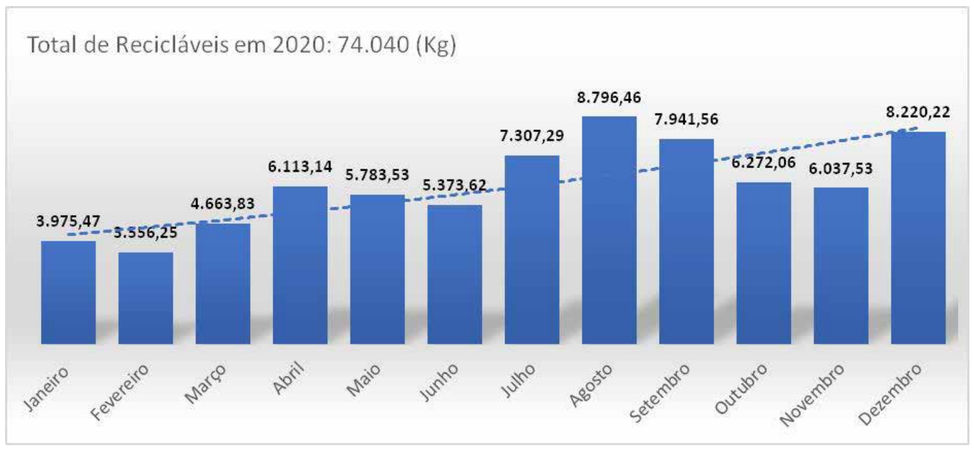


Gráfico 2 – Coleta de resíduos recicláveis em 2020

Conforme os resultados obtidos na coleta I (lixeiras nos setores), a destinação de recicláveis obteve um aumento de 221,5% entre 2019 (8.278 kg) e 2020 (26.616 kg).

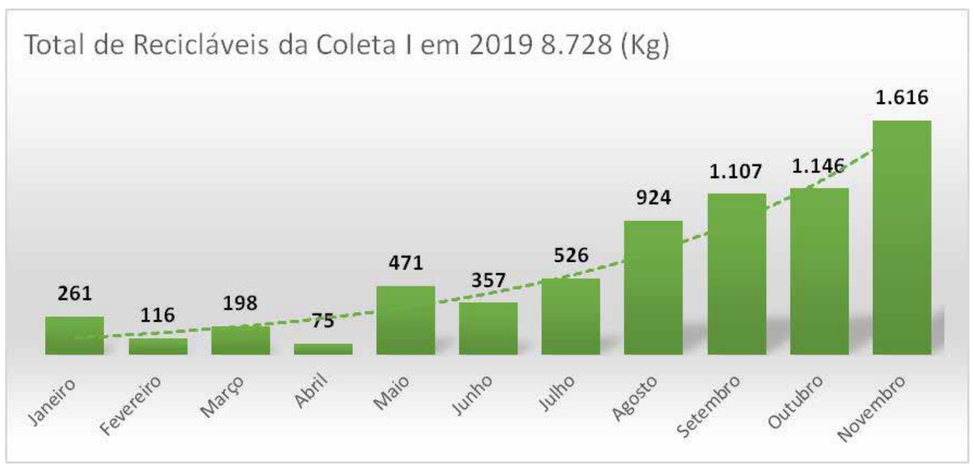


Gráfico 3 – Coleta I (lixeiras) de resíduos recicláveis em 2019

Gráfico 4 – Coleta I (lixeiras) de resíduos recicláveis em 2020

CONCLUSÕES

Este projeto mostra a importância do realinhamento das lixeiras e da conscientização dos colaboradores quanto ao descarte correto de resíduos. A reciclagem no HMVSC, além de contribuir para a preservação dos recursos naturais, trouxe uma economia de R$ 25.722, valor referente à destinação dos resíduos ao aterro sanitário. Ademais, essa ação também abrange o lado social: toda a verba arrecadada com a venda dos recicláveis é revertida para o departamento de voluntariado – em 2020, esse valor chegou a R$ 25.693. Ou seja, este projeto obteve êxito nos três pilares da sustentabilidade: econômico, social e ambiental.

REFERÊNCIAS

RDC ANVISA nº 222
Resolução CONAMA nº 358/2005
Lei Estadual nº 12.300/2006
Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010)

CONSTRUÇÃO DE UM PAINEL DE INDICADORES DE SAÚDE POPULACIONAL PARA UMA CARTEIRA CORPORATIVA

Pedro Henrique Ribeiro Brandes, Gabriela Marques da Silveira Falchi, Flávio Araújo Borges Junior, Cristiane Yahara Seko, Gustavo Daher

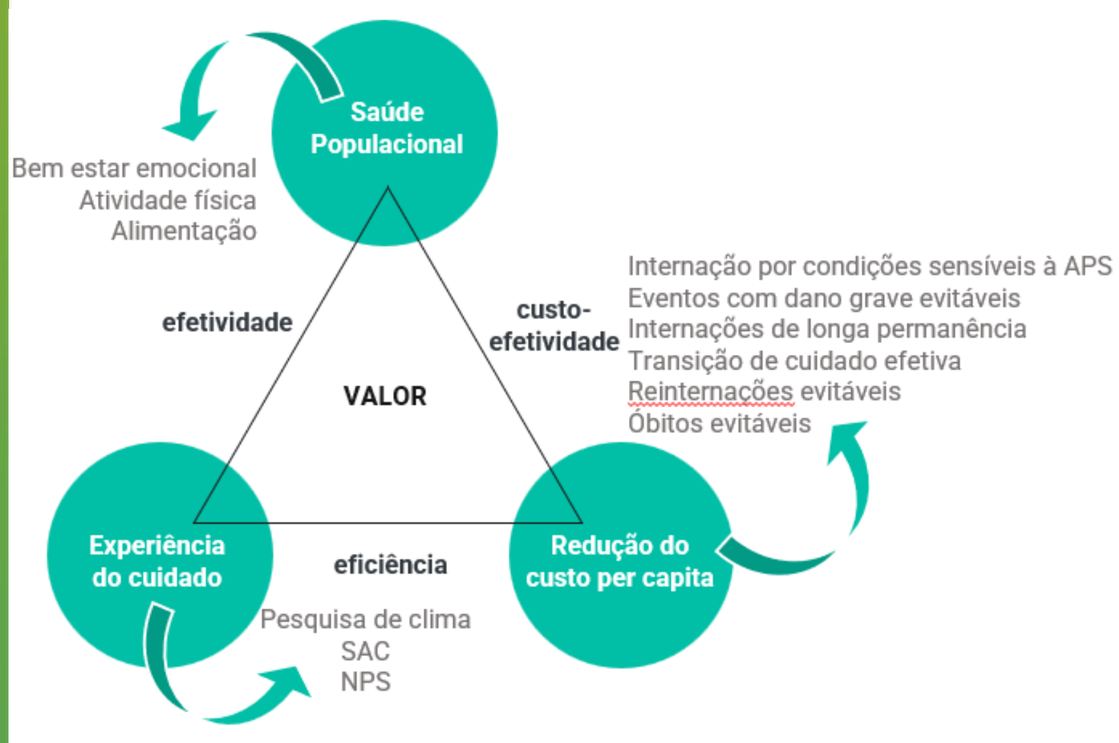
INTRODUÇÃO

A gestão de saúde de uma carteira corporativa com foco no conceito Triple Aim de experiência do cuidado, saúde populacional e custo per capita demanda o monitoramento de indicadores robustos que substanciem intervenções direcionadas no sistema de saúde construído para garantir sua sustentabilidade e seu resultado. Neste pôster relatamos a experiência da construção de um Painel de Indicadores de um Programa de benefício de saúde para funcionários e seus dependentes de uma empresa de grande porte.

METODOLOGIA

Construção de um painel de indicadores relevantes como:
dados de internação,
dados sobre óbitos,
eventos adversos,
experiência do paciente e
bem-estar.
Como etapas cruciais a este propósito foi necessário:

- formação de time de desenvolvimento do painel,
- alinhamento com patrocinador sobre pontos críticos,
- reuniões periódicas com fontes geradoras de dados, e alinhamento de obtenção de informações,
- representação gráfica dos indicadores obtidos,
- rodadas de revisão com stakeholders para análise,
- publicação e
- processos de melhoria subsequentes,
- atualização periódica dos dados reportados.



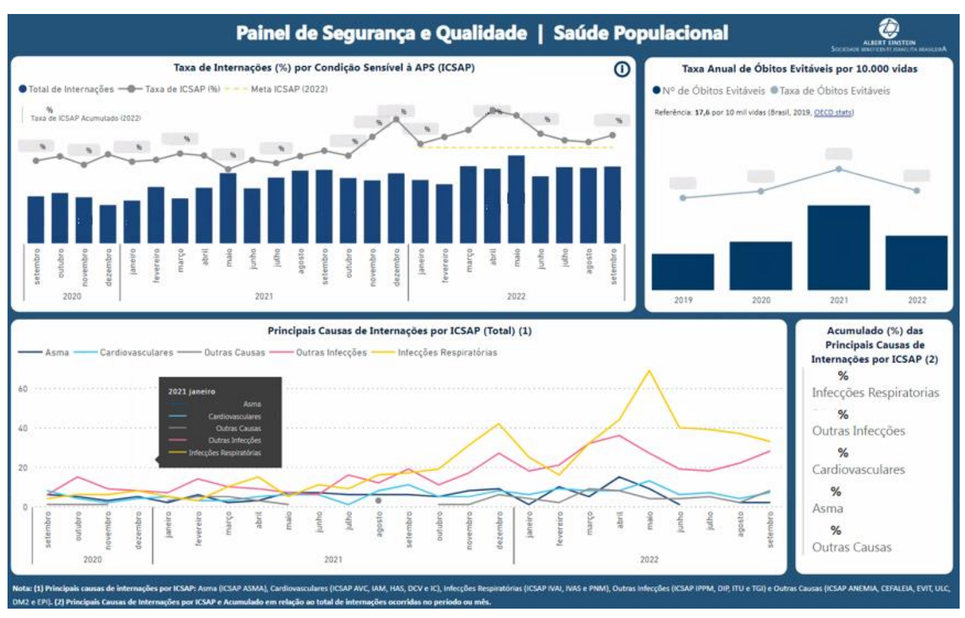
Modelo Triple Aim e desenho de indicadores atrelados a estes pilares indicados pelas setas

Layout da página inicial da primeira versão do Painel de Indicadores

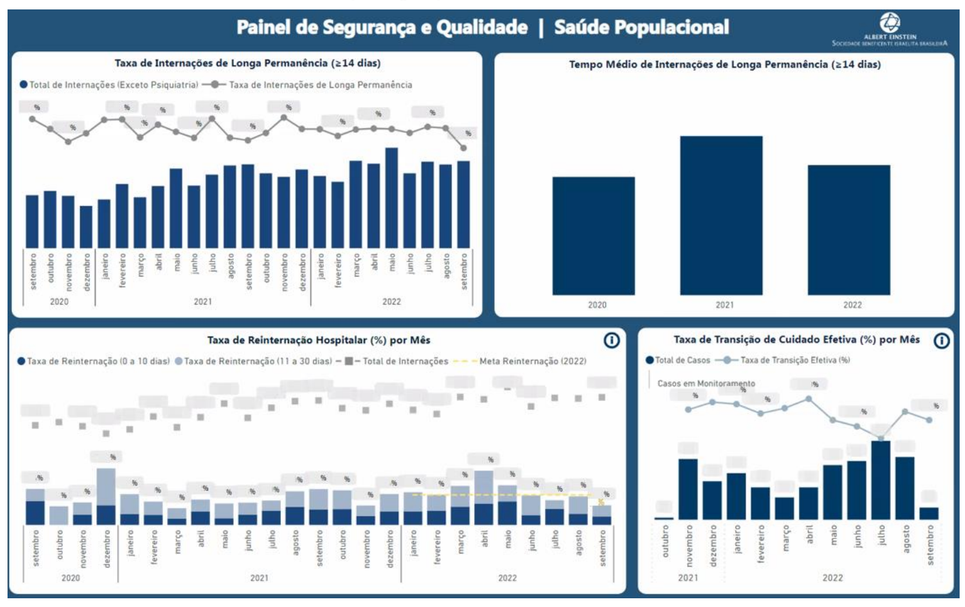
RESULTADOS

Publicação de um Painel de Indicadores de um Programa de Saúde com informações pertinentes classificada em 4 pilares:

- Internação:
  - tempo médio e mediano de permanência,
  - internações de longa permanência e duração,
  - Reinternações evitáveis por tempo até retorno,
  - internações por condições sensíveis a APS,
- qualidade assistencial e segurança
  - eventos adversos de interesse na assistência e
  - eventos adversos graves ou catastróficos,
  - óbitos por causa e
  - óbitos por causas potencialmente evitáveis,
- experiência do paciente:
  - registros de SAC por grupos de manifestações
  - NPS
  - Pesquisa de clima organizacional
- bem-estar populacional:
  - saúde mental e bem estar emocional,
  - nutrição, e
  - atividade física e sedentarismo.



Página do Painel de Indicadores com taxa de internações por condições sensíveis a APS, divididas por grupos de causas, e taxa de óbitos evitáveis



Página do Painel de Indicadores com monitoramento de taxa de internações de longa permanência, reinternações e transição de cuidado efetiva

CONCLUSÕES

Através de rotinas estabelecidas de registro de informações e uma equipe com experiência de ciência de dados é possível unir diferentes fontes em torno de um painel interativo com representação macro dos indicadores pilares de um Programa de saúde para funcionários e dependentes de uma empresa de saúde de grande porte para embasar tomada de decisões para garantir qualidade assistencial e sustentabilidade do sistema.

1. Oecd.org. 2022. Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). [online] Available at: https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf
2. Ministério da Saúde. Portaria no. 221/SAS de 17 de abril de 2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União 2008 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica nº 45/DIDES: Indicadores e Critérios do Fator de Qualidade. Rio de Janeiro, 2016 http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/contrato/nota_tecnica_45.pdf

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

CONSULTA AMBULATORIAL COM ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA PARA DEMARCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CONFECÇÃO DE ESTOMIA ABDOMINAL EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO

BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, LAURA ALMEIDA GONÇALVES, CLAUDIA VIEIRA DAS NEVES E FABIANA HARADA HASEGAWA MATSUDA

INTRODUÇÃO

As estomias intestinais de eliminação é a exteriorização pela parede abdominal das alças intestinais, íleo ou cólon, para a eliminação de efluentes fecais e podem ser temporárias ou definitivas[1]. Algumas complicações pós cirúrgicas podem ocorrer nas estomias, devido confecção em locais que dificultam o autocuidado, além de complexificação da técnica cirúrgica como: necrose, descolamento muco cutâneo, retração, prolapso de alça, hérnia paraestomal, dermatite periestomal entre outros[1,2]. Este cenário pode gerar um impacto na auto imagem do paciente, provocando baixa autoestima ou até sentimento de mutilação[3]. A consulta de enfermagem pré-operatória proporciona ao paciente esclarecimentos referentes a sua condição de saúde e a futura cirurgia, bem como os cuidados pós cirúrgicos, além de ser o momento da confecção da demarcação da futura estomia[1]. A literatura demonstra que a demarcação do estoma é um importante fator para diminuição de complicações pós cirúrgicas. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência em implementar a consulta de enfermagem pré-operatória para confecção de uma estomia no serviço ambulatorial.

METODOLOGIA

Relato de experiência da primeira consulta de enfermagem para orientação e demarcação cirúrgica na confecção de um estoma de eliminação, realizado em março de 2022, no Ambulatório de Estomaterapia de um Hospital Privado, em São Paulo.

RESULTADOS

A consulta de enfermagem com o especialista em estomaterapia foi realizada um dia antes do procedimento cirúrgico para a confecção da estomia intestinal com os seguintes objetivos: esclarecer a cirurgia a ser realizada, os cuidados relacionados a estomia no pós-cirúrgico, a realização da demarcação abdominal e o primeiro contato com equipamento coletor.

RESULTADOS

A demarcação prévia foi utilizada pelo cirurgião para a confecção do estoma, o paciente apresentou segurança durante os primeiros cuidados com o estoma e troca de equipamento coletor.

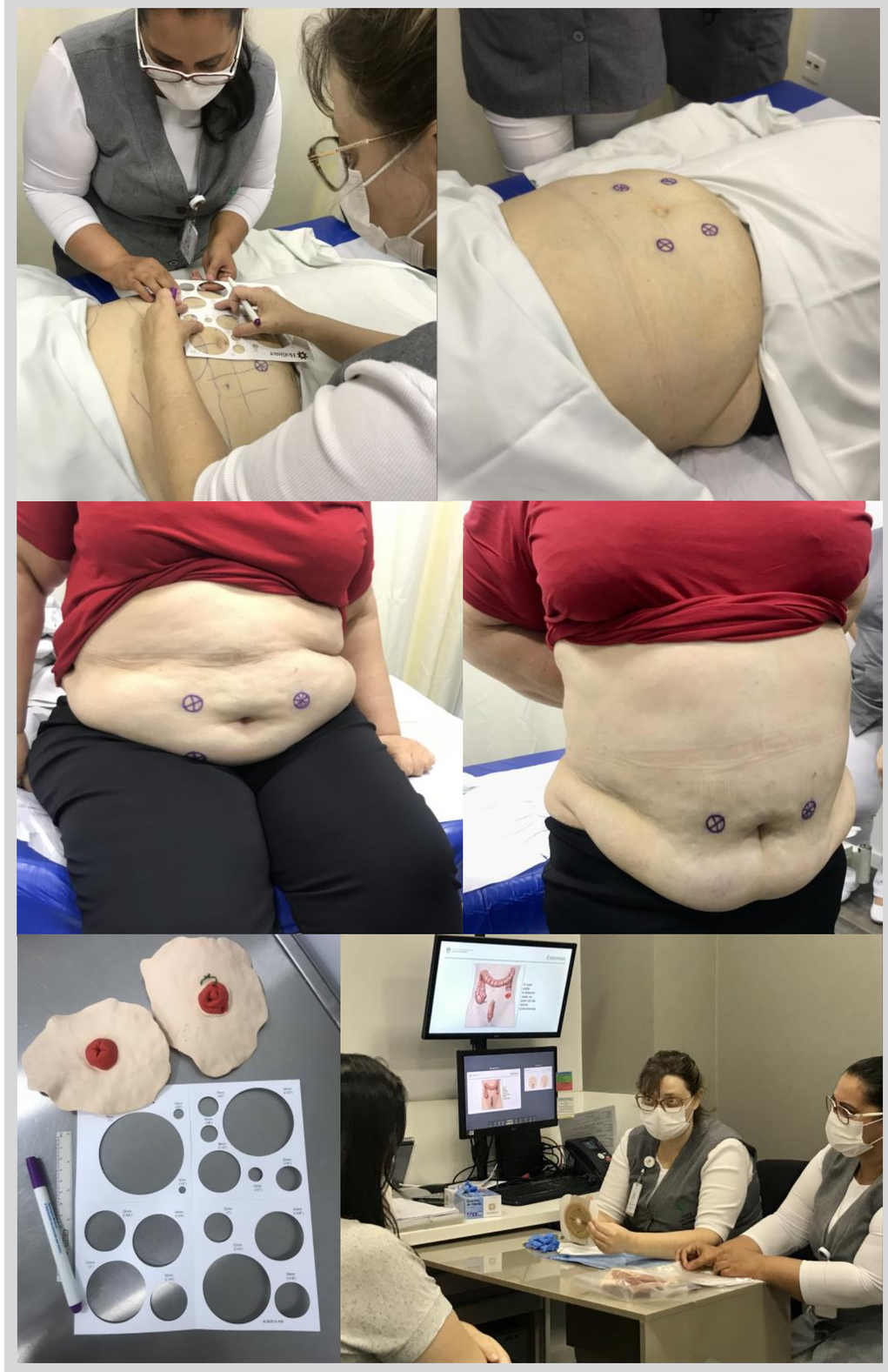


Figura 1 – Consulta e Treinamento de Demarcação de Estomias Intestinais, no Ambulatório de Estomaterapia.

CONCLUSÕES

Diante das observações, surge a necessidade da consulta de enfermagem no pré-operatório de estomias, no sentido de possibilitar ao paciente melhor aceitação de sua nova condição clínica e do seu tratamento. A avaliação pré-operatória de uma cirurgia geradora de estomia é imprescindível para que se alcance uma reabilitação eficiente e redução das suas taxas de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM, Vasconcelos DA, Santos GO, Nascimento JC, Silva TB, Rodriguez EOL, Abud ACF. Nursing care related to the prevention of prolapse in intestinal ostomies: an integrative literature review. Research, Society and Development; [Internet]2022 [Cited 2022 april 20]; 11(2): e11211225496. Available from: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25496 **2.** Costa JM, Ramos RS, Santos MM, Silva DF, Gomes TS, Batista RQ. Complicações do estoma intestinal em pacientes em pós-operatório de ressecção de tumores de reto. READ [Internet]. 11out.2017 [Acesso em: 20/04/2022]; Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/545 **3.** Freire DA, Angelim RCM, Souza NR, Brandão BMGM, Torres KMS, Serrano SQ. Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. Ver Min Enferm. 2017 [Acesso em: 20/04/2022]; 21e-1019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1019.pdf

CONTROLE DA TEMPERATURA E UMIDIFICAÇÃO DURANTE APLICAÇÃO DE VNI EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UTI

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Karina Segatto, Fabiano Frâncio, Mariane Ferreira da Silveira, Simone Caldeira Silva

INTRODUÇÃO

A ventilação não invasiva (VNI) é uma opção terapêutica de primeira escolha em neonatos, principalmente pelas complicações relacionadas ao uso da ventilação mecânica invasiva (VMI). Este estudo visou avaliar a eficácia do controle de temperatura e umidificação dos pacientes em uso da ventilação não invasiva quanto ao sangramento de via aérea superior em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva(UTI) Neonatal.

METODOLOGIA

Estudo de coorte retrospectivo observacional. Amostra foi composta por prematuros submetidos à VNI e foi determinada por conveniência. Foram incluídos os recém-nascidos submetidos à VNI, internados na UTIN no período de junho de 2019 a junho de 2020. Os critérios de exclusão compreenderam neonatos que não fizeram uso da VNI durante esse período. O controle da umidificação e da temperatura foi implementado na UTI Neonatal do Hospital Tacchini em dezembro de 2019, sendo assim foram coletados dados dos prontuários dos pacientes antes e após a implementação. A análise dos dados coletados foi expressa em média e desvio padrão ou frequência (%). As associações foram analisadas através do teste Qui-quadrado (X^2). O programa utilizado foi o SPSS 20.0 e o nível de significância adotado de $p<0,05$.

UMIDIFICADORES PARA USO DE VNI

RESULTADOS

A amostra foi composta por 128 neonatos submetidos à VNI. O tempo médio de internação foi 16 (± 13,91) dias, e o tempo total médio do uso de VNI 4,04 (± 6,24) dias. Verificamos ocorrência de sangramento nasal em 28 pacientes (21,88%).

A idade gestacional (IG) média foi de 34 ± 3,36 semanas. Não observamos associação entre a idade gestacional e a ocorrência de sangramento nasal. Não observamos associação entre o peso ao nascer e a ocorrência de sangramento nasal. O teste de qui-quadrado de independência mostrou que há associação entre o controle de temperatura e a ocorrência do sangramento nasal. Não observamos associação entre o controle rigoroso de umidade e a ocorrência de sangramento e por fim, observamos uma associação entre a necessidade de IOT e a ocorrência do sangramento nasal. Dos 128 pacientes incluídos, apenas 3 (2,34%) evoluíram para óbito.

Fatores Analisados		Ocorrência de sangramento nasal		Valor p*
		Sim n (%)	Não n (%)	
Idade Gestacional	Prematuro extremo n (%)	1 (0,8)	4 (3,1)	0,501
	Muito prematuro n (%)	3 (2,3)	19 (14,8)	
	Prematuro moderado n (%)	8 (6,2)	24 (18,8)	
	Prematuro tardio n (%)	8 (6,2)	37 (28,9)	
	A termo n (%)	8 (6,2)	16 (12,5)	

RELAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL COM A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO NASAL

Fatores Analisados		Ocorrência de sangramento nasal		Valor p*
		Sim n (%)	Não n (%)	
Peso ao nascer	Menor que 2500g n (%)	13 (10,2)	49 (38,3)	0,352
	Menor que 1500g n (%)	3 (2,3)	14 (10,9)	
	Menor que 1000g n (%)	0 (0)	7 (5,5)	
	Maior que 2500g n (%)	12 (9,4)	30 (23,4)	

RELAÇÃO DO PESO AO NASCER COM A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO NASAL

Fatores Analisados		Ocorrência de sangramento nasal		Valor p*
		Sim n (%)	Não n (%)	
Controle rigoroso de temperatura	Sim n (%)	9 (7)	56 (43,8)	0,021*
	Não n (%)	19 (14,8)	44 (34,4)	

RELAÇÃO DO CONTROLE DA TEMPERATURA COM A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO NASAL

Fatores Analisados		Ocorrência de sangramento nasal		Valor p*
		Sim n (%)	Não n (%)	
Controle rigoroso de umidade	Sim n (%)	23 (18)	78 (60,9)	0,427
	Não n (%)	5 (3,9)	22 (17,2)	

RELAÇÃO DO CONTROLE DE UMIDADE COM A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO NASAL

Fatores Analisados		Ocorrência de sangramento nasal		Valor p*
		Sim n (%)	Não n (%)	
Necessidade de intubação	Sim n (%)	2 (1,6)	0 (0)	0,047
	Não n (%)	26 (20,3)	100 (78,1)	

RELAÇÃO DA NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO COM A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO NASAL

CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos nesse estudo concluímos que o controle de temperatura durante a utilização de VNI está intimamente relacionado ao sucesso da técnica, pois observamos que a oferta de gases aquecidos reduz o risco de sangramento nasal e consequentemente evita a intubação orotraqueal. Mais estudos são necessários para mensurar a associação entre controle de temperatura e umidificação durante aplicação de VNI em recém-nascidos e os benefícios de tal prática.

REFERÊNCIAS

1- WHO, M. Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.
2- GANESAN R. Noninvasive mechanical ventilation. Clin Ped Emerg Med, 8:139-44, 2007.
3- CHEIFETZ, IM. Invasive and noninvasive pediatric mechanical ventilation. Respiratory Care; 48 (4):442-58, 2003.
4- LOH, L. Noninvasive ventilation in children: a review. J. Pediatric; 83 (2):91-9, 2007.
5- WORMALD, R. Non-Invasive ventilation in children with upper airway obstruction. Internacional Journal of Pediatric Otorhinolayngology; 73:551-4, 2009.
6- COURTNEY, S. Continous positive airway pressure and noninvasive ventilation. Clin Perinatol 2007; 34: 73-92.
7- ELLIOT, MW. Noninvasive mechanical ventilation. Medicine; 36(5):246-9, 2008.
8- BENDITT, JO. Full-time noninvasive ventilation: possible and desirable. Resp Care; 51(9):1005-12, 2006.
9- SILVA, DCB. Ventilação não invasiva em pediatria. J Pediatr.; 79(2):161-8, 2003.
10- AMBROSINO, N. Noninvasive positive pressure ventilation in the acute care setting: where are we Eur Respir J; 31: 874-86, 2008.
11- GRANDE, MLG. Ventilation no invasiva em las unidades de Cuidados Intensivos. Parte I: fundamentos e interfase. Enferm Intensiva; 18(4):187-95, 2007.
12- NOWAK, R. Noninvasive ventilation. J Allergy Clin Immunol; 124:15-18, 2009.
13- SARMENTO, GJV. Fisioterapia respiratória no paciente critico: rotinas clínicas. Barueri: Manole; 2005.
14- DAVIS, PG. Noninvasive respiratory support of preterm neonates with respiratory distress: Continuous positive airway pressure ans nasal intermittent positive pressure ventilation. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine; 14:14-20, 2009.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Datamart A.R.G.U.S.: aprendizado de máquina e otimização da vigilância de eventos em saúde

Bráulio Roberto Gonçalves Marinho COUTO, Naisses Zoia LIMA, Débora de VASCONCELOS, Marco Aurélio Fagundes ANGELO

Biobyte Tecnologia em Epidemiologia e Hospital Risoleta Tolentino Neves

INTRODUÇÃO

- A vigilância de eventos adversos, infecciosos e não infecciosos, IRAS, condições adquiridas, doenças e agravos de notificação compulsória, é a base do controle e prevenção destas ocorrências.
- Usualmente, a vigilância é realizada por profissionais treinados que revisam manualmente prontuários e outras fontes de dados, buscando critérios definidos para eventos alvo.
- Tais procedimentos, obrigatórios para a maioria dos hospitais, têm custo elevado, além de problemas com confiabilidade e reprodutibilidade dos achados.

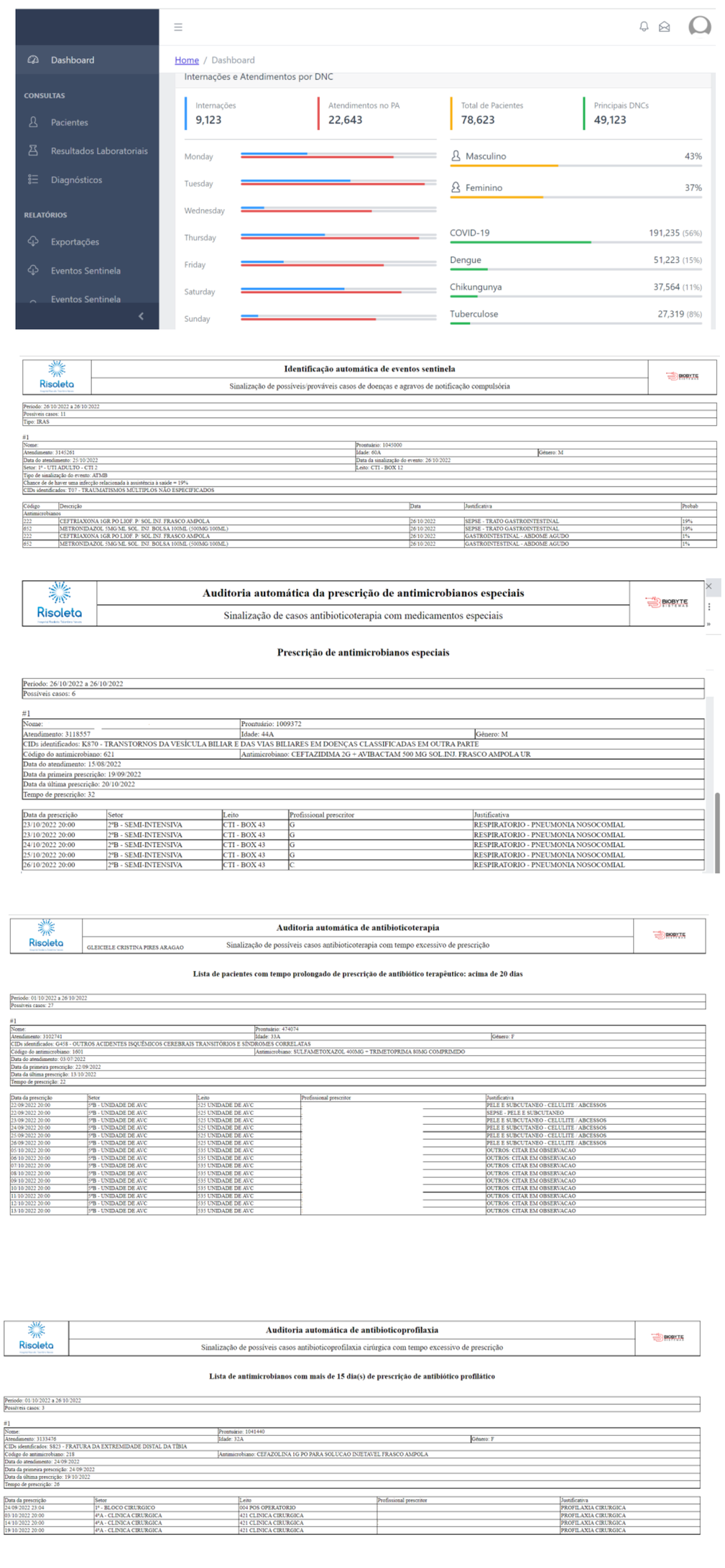
✓ **Objetivos:** apresentar o **A.R.G.U.S.** Assistente de Recuperação e Guarda de Urgências e Sentinelas Epidemiológicas, datamart que faz parte do projeto Datawarehouse para Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NUVEH) e Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH).

METODOLOGIA

- A.R.G.U.S. é plataforma em nuvem (AWS) que faz conexão com o sistema do hospital (MV), sistema de laboratório (MATRIX e GAL), possuindo algoritmos de detecção automática de IRAS, SG – Síndrome Gripal, SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave e outras DNCs – Doenças de Notificação Compulsória.
- Foram gerados modelos de regressão logística, baseados em mineração de texto de justificativas para prescrição de antimicrobianos, dados demográficos e listas de CIDs de pacientes.
- Além de regressão logística, foram feitos testes com Naïve Bayes – NB (classificador probabilístico, bayesiano ingênuo).
- Paralelamente ao processo de detecção de IRAS e DNCs, foi implementado algoritmo para auditoria automatizada de antimicrobianos, otimizando o Programa de Controle de Antimicrobianos (*Stewardship*).

Acesso ao sistema A.R.G.U.S. https://www.risoleta.sacihweb.com/#/login

RESULTADOS



Identificação automática de eventos sentinela

Sinalização de possíveis/prováveis casos de doenças e agravos de notificação compulsória

Período: 26/10/2022 a 26/10/2022
Possíveis casos: 11
Tipo: IRAS

#1

Nome:	Prontuário: 1045000	
Atendimento: 3145261	Idade: 60A	Gênero: M
Data do atendimento: 25/10/2022	Data da sinalização do evento: 26/10/2022	
Setor: 1º - UTI ADULTO - CTI 2	Leito: CTI - BOX 12	
Tipo de sinalização do evento: ATMB		
Chance de de haver uma infecção relacionada à assistência à saúde = 19%		
CIDs identificados: T07 - TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS		

Código	Descrição	Data	Justificativa	Prebab
Antimicrobianos				
222	CEFTRIAXONA 1GR PO LIOF. P/ SOL.INJ. FRASCO AMPOLA	26/10/2022	SEPSE - TRATO GASTROINTESTINAL	19%
652	METRONIDAZOL 5MG/ML SOL. INJ. BOLSA 100ML (500MG/100ML)	26/10/2022	SEPSE - TRATO GASTROINTESTINAL	19%
222	CEFTRIAXONA 1GR PO LIOF. P/ SOL.INJ. FRASCO AMPOLA	26/10/2022	GASTROINTESTINAL - ABDOME AGUDO	1%
652	METRONIDAZOL 5MG/ML SOL. INJ. BOLSA 100ML (500MG/100ML)	26/10/2022	GASTROINTESTINAL - ABDOME AGUDO	1%

Auditoria automática da prescrição de antimicrobianos especiais

Sinalização de casos antibioticoterapia com medicamentos especiais

Prescrição de antimicrobianos especiais

Período: 26/10/2022 a 26/10/2022
Possíveis casos: 6

#1

Nome:	Prontuário: 1009372	
Atendimento: 3118557	Idade: 44A	Gênero: M
CIDs identificados: K870 - TRANSTORNOS DA VESÍCULA BILIAR E DAS VIAS BILIARES EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE		
Código do antimicrobiano: 621	Antimicrobiano: CEFTAZIDIMA 2G + AVIBACTAM 500 MG SOL.INJ. FRASCO AMPOLA UR	
Data do atendimento: 15/08/2022		
Data da primeira prescrição: 19/09/2022		
Data da última prescrição: 20/10/2022		
Tempo de prescrição: 32		

Data da prescrição	Setor	Leito	Profissional prescritor	Justificativa
23/10/2022 20:00	2ºB - SEMI-INTENSIVA	CTI - BOX 43	G	RESPIRATORIO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL
23/10/2022 20:00	2ºB - SEMI-INTENSIVA	CTI - BOX 43	G	RESPIRATORIO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL
24/10/2022 20:00	2ºB - SEMI-INTENSIVA	CTI - BOX 43	G	RESPIRATORIO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL
25/10/2022 20:00	2ºB - SEMI-INTENSIVA	CTI - BOX 43	G	RESPIRATORIO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL
26/10/2022 20:00	2ºB - SEMI-INTENSIVA	CTI - BOX 43	C	RESPIRATORIO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL

Auditoria automática de antibioticoterapia

GLEICIELE CRISTINA PIRES ARAGAO — Sinalização de possíveis casos antibioticoterapia com tempo excessivo de prescrição

Lista de pacientes com tempo prolongado de prescrição de antibiótico terapêutico: acima de 20 dias

Período: 01/10/2022 a 26/10/2022
Possíveis casos: 27

#1

Nome:	Prontuário: 474074	
Atendimento: 3102741	Idade: 33A	Gênero: F
CIDs identificados: G458 - OUTROS ACIDENTES ISQUÊMICOS CEREBRAIS TRANSITÓRIOS E SÍNDROMES CORRELATAS		
Código do antimicrobiano: 1601	Antimicrobiano: SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO	
Data do atendimento: 03/07/2022		
Data da primeira prescrição: 22/09/2022		
Data da última prescrição: 13/10/2022		
Tempo de prescrição: 22		

Data da prescrição	Setor	Leito	Profissional prescritor	Justificativa
22/09/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	525 UNIDADE DE AVC		PELE E SUBCUTANEO - CELULITE / ABCESSOS
22/09/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	525 UNIDADE DE AVC		SEPSE - PELE E SUBCUTANEO
23/09/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	525 UNIDADE DE AVC		PELE E SUBCUTANEO - CELULITE / ABCESSOS
24/09/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	525 UNIDADE DE AVC		PELE E SUBCUTANEO - CELULITE / ABCESSOS
25/09/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	525 UNIDADE DE AVC		PELE E SUBCUTANEO - CELULITE / ABCESSOS
26/09/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	525 UNIDADE DE AVC		PELE E SUBCUTANEO - CELULITE / ABCESSOS
05/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
06/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
07/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
08/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
09/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
10/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
11/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
12/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO
13/10/2022 20:00	5ºB - UNIDADE DE AVC	535 UNIDADE DE AVC		OUTROS: CITAR EM OBSERVACAO

Auditoria automática de antibioticoprofilaxia

Sinalização de possíveis casos antibioticoprofilaxia cirúrgica com tempo excessivo de prescrição

Lista de antimicrobianos com mais de 15 dia(s) de prescrição de antibiótico profilático

Período: 01/10/2022 a 26/10/2022
Possíveis casos: 3

#1

Nome:	Prontuário: 1041440	
Atendimento: 3133476	Idade: 32A	Gênero: F
CIDs identificados: S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA		
Código do antimicrobiano: 218	Antimicrobiano: CEFAZOLINA 1G PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA	
Data do atendimento: 24/09/2022		
Data da primeira prescrição: 24/09/2022		
Data da última prescrição: 19/10/2022		
Tempo de prescrição: 26		

Data da prescrição	Setor	Leito	Profissional prescritor	Justificativa
24/09/2022 23:04	1º - BLOCO CIRURGICO	004 POS OPERATORIO		PROFILAXIA CIRURGICA
03/10/2022 20:00	4ºA - CLINICA CIRURGICA	421 CLINICA CIRURGICA		PROFILAXIA CIRURGICA
14/10/2022 20:00	4ºA - CLINICA CIRURGICA	421 CLINICA CIRURGICA		PROFILAXIA CIRURGICA
19/10/2022 20:00	4ºA - CLINICA CIRURGICA	421 CLINICA CIRURGICA		PROFILAXIA CIRURGICA

CONCLUSÕES

- Com a implantação do **A.R.G.U.S.** o processo de geração de eventos sentinela foi automatizado, minimizando o tempo da vigilância, reduzindo erros de diagnóstico, além de aumentar a sensibilidade na detecção de IRAS, doenças e agravos de notificação compulsória.
- O Programa de Controle de Antimicrobianos foi automatizado e otimizado, permitindo controle total sobre uso de antimicrobianos.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Marcelo Vinícius Cysneiros. **Estudo e Avaliação de Classificadores para um Sistema Anti-Spam.** 2018. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência e Tecnologia da Computação, Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia da Computação, Unifei | Universidade Federal de Itajubá, Itajubá - Mg, 2018. Disponível em: https://repositorio.unifei.edu.br/xmlui/handle/123456789/1481. Acesso em: 01 set. 2022

PROJETO HOSPITAL LIBERTAS - DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DE NOVO SERVIÇO HOSPITALAR NA CAPITAL MINEIRA NUM CONTEXTO PÓS-PANDEMIA

ANDRADE, Estêvão; **ATAÍDE**, Júlia; **COSTA**, Luciana; **MOREIRA**, Flávia

INTRODUÇÃO

A Fundação São Francisco Xavier, na rota de sua estratégia de expansão, decidiu, ainda em 2018, avançar para o mercado da capital mineira, implantando uma nova unidade de alta complexidade e levando sua marca já reconhecida nas suas demais unidades hospitalares. Naturalmente desafiadora, a implantação de um hospital numa capital, torna-se duplamente delicada num contexto de competição e pós-pandemia.

METODOLOGIA

Para a concepção do projeto, foram avaliados:

Forças no mercado belo-horizontino

- Novos entrantes – fusões e verticalização de serviços.
- *Market share* – alterações na dominância de players da saúde suplementar.
- Novos modelos de financiamento e movimentos iniciais para remuneração baseada em mérito.

Direcionadores estratégicos

- Oferta e demanda – clientes, operadoras, fornecedores.
- Qualificação da rede – estruturas e georreferenciamento.
- Viabilidade – investimento e avaliação de impactos.

Modelagem do negócio

- Excelência em serviços alta complexidade (resolutividade).
- Gestão da assistência em situações de alta demanda.
- Resolutividade no cuidado e entrega de desfechos (valor).
- Alinhamento institucional de condutas (efetividade).
- Geração conhecimento e legado social.

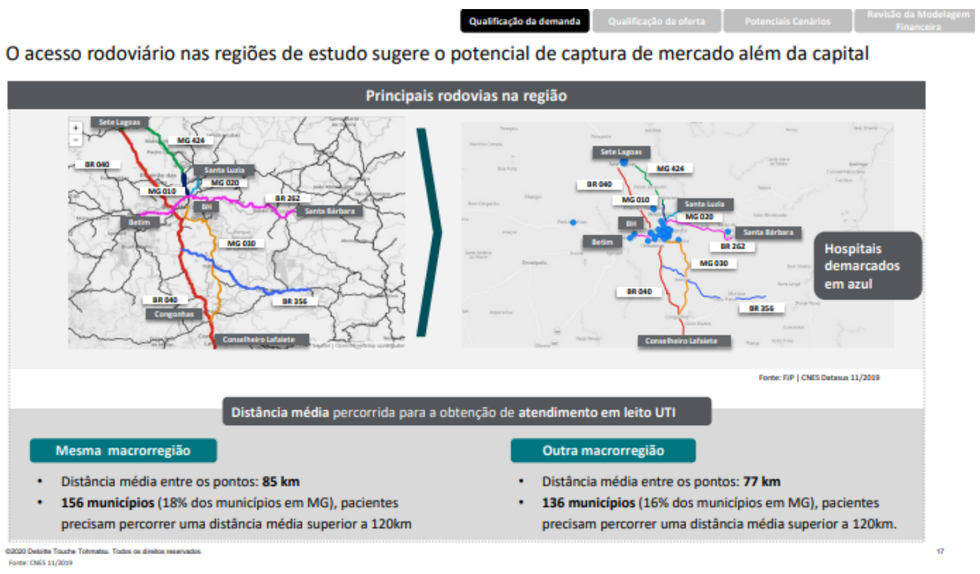


Figura 1: análise de acessibilidade urbana (viária) e corredores de mobilidade na capital mineira [1]

Figura 2: geolocalização do empreendimento e mapeamento de estruturas de suporte [2]

RESULTADOS

A região da Pampulha, ponto turístico e histórico de BH, reunia o maior número de variáveis positivas, tendo-se optado pela a aquisição de prédio emblemático na história da cidade – a antiga sede da Usiminas. Com localização estratégica, numa região até então desguarnecida de estruturas de alta complexidade, o prédio deveria ser capaz de trazer resolutividade às demandas de saúde da região- eletivas ou emergenciais - com responsabilidade adicional de enfrentar necessidades de saúde num contexto pós-pandemia.

O processo de *redesign* estrutural favorecerá o fluxo assistencial e sua rápida reconfiguração em situações de alta demanda. Exercícios prévios de fluxos e *supply-chain* trouxeram criatividade e adaptabilidade ao projeto físico, trabalhando o modelo assistencial em sinergia ao projeto físico. A estrutura final trará experiência diferenciada para os envolvidos na rotina do serviço, com a percepção efetiva de processos fluidos e seguros.

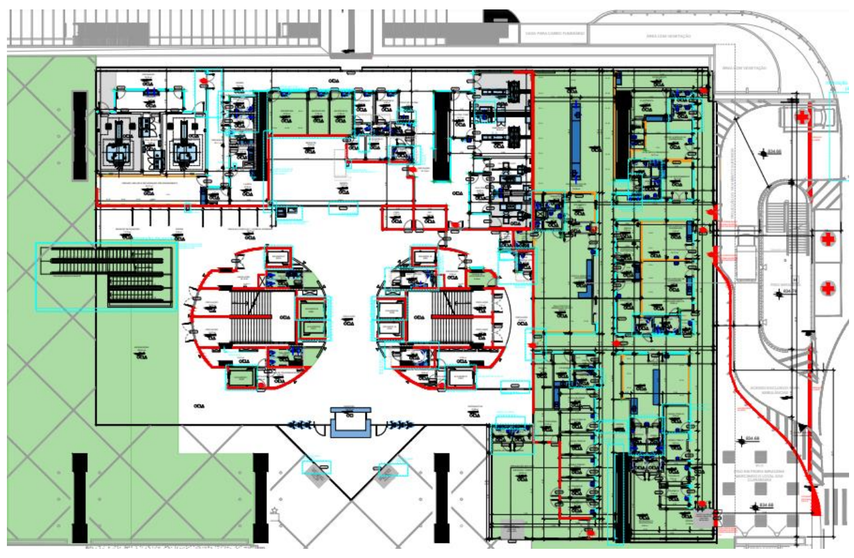


Figura 3: desenho estrutural com mapeamento de fluxos e áreas “quentes”, de alta demanda ou alto risco, para priorização da fluidez da operação [3]

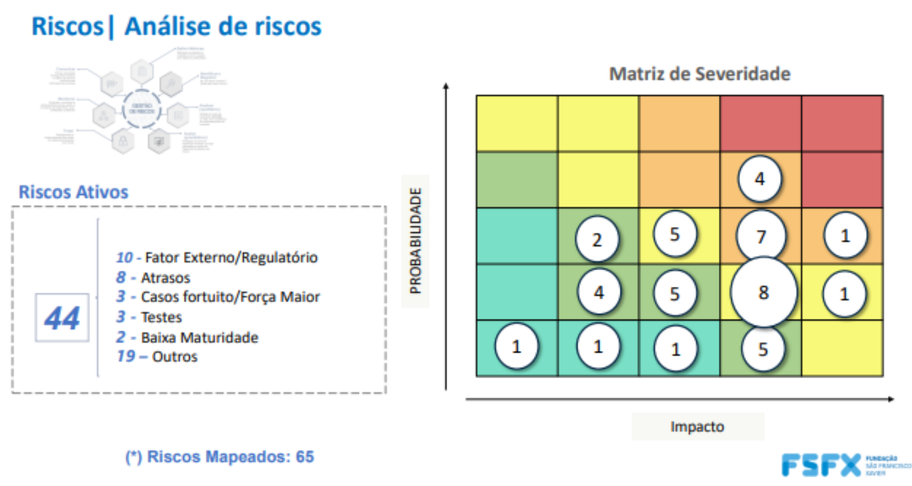


Figura 4: análise de maturidade do projeto e mapeamento de riscos, para estruturação dos respectivos planos de mitigação

CONCLUSÕES

Novos projetos devem se fazer valer das lições aprendidas na pandemia de Covid-19, oferecendo fluxos assistenciais que atendam às necessidades de cuidado, ao mesmo tempo que acomodem, rápida e efetivamente, os processos de operação em situações excepcionais e/ou de alta demanda.

Equipe de projetos dedicada e experiente, com autonomia para conceber, testar e reavaliar é fundamental para garantir que a estrutura física entregue segurança assistencial, desfechos que importam e a melhor experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

[1] Fundação São Francisco Xavier - Relatório de estudo de mercado e revisão da modelagem financeira, setembro de 2020/ Deloitte Touche Tohmatsu; [2] Google Maps/google.com; [3] Planta baixa, 2º pavimento/ Estúdio Origem – Arquitetura e Urbanismo; [4] Relatório de Acompanhamento – Comitê de Acompanhamento/ Equipe Projeto e A&M Alvarez&Marsal

DESOSPITALIZAÇÃO COMO AÇÃO ESTRATÉGICA PARA GESTÃO DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

Epifânio José Pereira Filho, Sândrea Ozane do Carmo Queiroz, Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa, Paula do Socorro Oliveira Soares.

INTRODUÇÃO

O processo de internação e permanência do paciente no hospital deve ser medida de maneira cautelosa, sendo produto de uma decisão coletiva da equipe multiprofissional. Assim como, compreender o momento de desospitalizar o paciente, transcende os impactos relacionados à sua internação e permite que mais pacientes que necessitam com maior urgência e gravidade de cuidados tenham acesso ao serviço. É oportuno compreender que a gestão de leitos atrelada à avaliação de custos, permite direcionar qual maior benefício para ambos neste momento, ainda que o hospital assuma a responsabilidade em subsidiar tratamentos por um certo período.
Mensurar os dados relacionados ao processo de desospitalização e analisar influência sobre o indicador de tempo médio de permanência de uma unidade hospitlar.

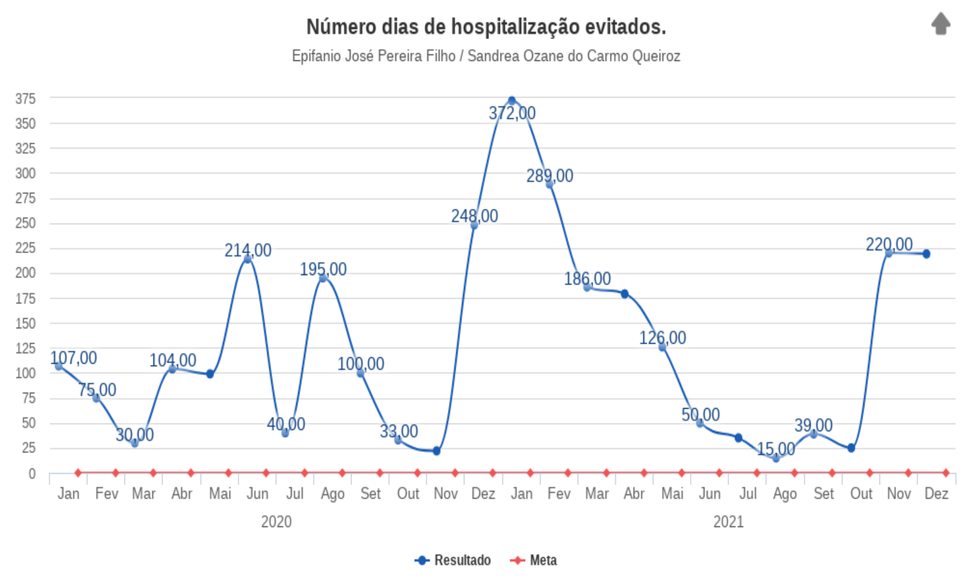
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo e quantitativo, baseado em dados obtidos através de planilha de desospitalização da instituição dos anos de 2019 a 2021, que computavam número de pacientes desospitalizados, número de dias de hospitalização evitados e valor com hospitalização evitados. Foram levantados ainda dados do indicador de tempo médio de permanência no hospital.

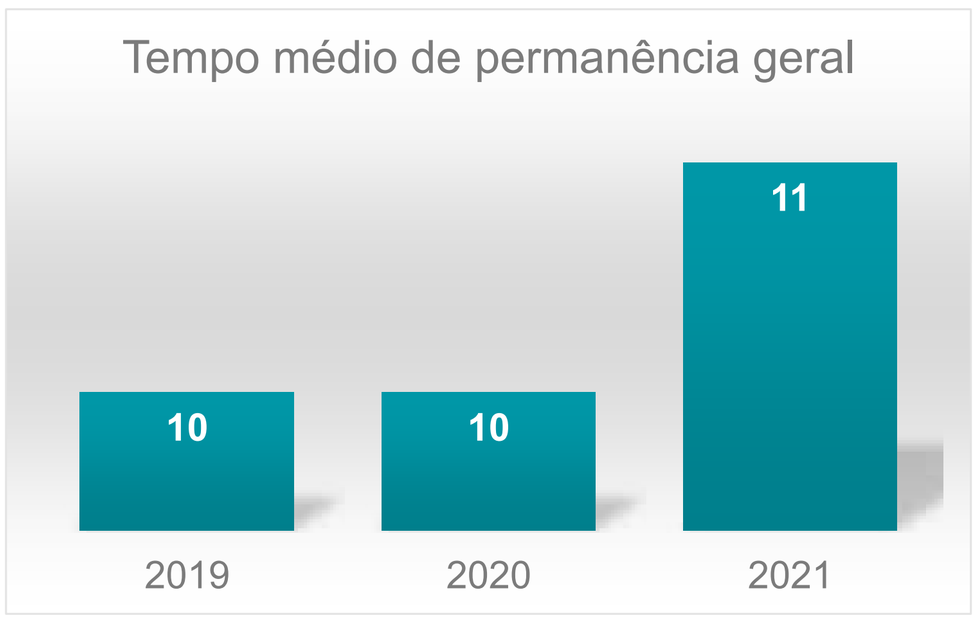
Farmacêutico realizando entrega do medicamento para tratamento domiciliar e orientação de uso racional do medicamento. Fonte: Ascom HRBA.

RESULTADOS

Durante o período de 2019 a 2021 foram realizadas 188 desospitlizações no hospital, impactando em 3.426 dias de hospitalização evitados. Este feito possibilitou economizar R$ 3.484.915,17 de custos de internação. Quanto ao tempo médio de permanência em dias, verifica-se a manutenção de 10 dias de permanência em 2019 e 2020, aumentando para 11 em 2021.



Indicador de dias de hospitalização evitados com a interação farmacêutico clínico/equipe multidisciplinar/ alta direção. Fonte: Farmácia Clínica HRBA.



Indicador Média Geral de Permanência. Fonte: SAS – HRBA.

CONCLUSÕES

A compreensão da necessidade de internação disseminada entre a equipe multiprofissional, permite que o objetivo estratégico da empresa seja atingido, assegurando mais tratamentos possíveis, ponderando o ônus e o bônus do processo. A desospitalização tende a contribuir positivamente com a performance do giro de leitos, e ainda, garantir a efetividade dos indicadores, bem como a melhorar as taxas de ocupação e média permanência da instituição, reduzindo custos. Vale ressaltar que em meio a uma fase de elevadas internações durante a pandemia em 2021, a desospitalização contribuiu para que a elevação do tempo médio não fosse abrupta, mantendo a qualidade do atendimento. Evitar a exposição do paciente aos riscos do ambiente hospitalar também são frutos importantes trazidos por esta estratégia.

REFERÊNCIAS

GOIS, EAS et al. Liderança e novos desafios da gestão hospitalar diante da pandemia de covid-19. Revista Univap. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 27, n. 55,2021. ISSN 2237-1753.
SILVA, KL; SENA, RR; CASTRO, WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e67762.

Documentação automatizada de sinais vitais e acionamento do time de reposta rápida (TRR): subanálise de um protocolo de ensaio randomizado em cluster.

Autores: José César Ribeiro, Aline Marcadenti, Cristina Sgorbissa, Ana Clara Peneluppi Horak.

INTRODUÇÃO

Dispositivos automatizados que podem coletar e trocar informações sem interferência humana vem surgindo como uma alternativa interessante à coleta de dados manual.[1,2,3] Esses dispositivos também podem acionar protocolos específicos, como o Time de Resposta Rápida (TRR), sem interferência humana direta. Entretanto, apesar dos potenciais benefícios dos dispositivos automatizados sobre a coleta de dados manual,[4,5] poucos estudos clínicos foram realizados para comparação direta entre os dois métodos com relação ao acionamento do TRR e aos desfechos hospitalares.[1,6] Dessa forma, desenhamos um ensaio clínico randomizado para avaliar a hipótese de que o uso de um sistema de coleta por monitor de sinais vitais automatizado associado à ativação automática do TRR pode resultar em um aumento no número de acionamentos mais rápidos e efetivos em tempo hábil apropriado.

Os objetivos são identificar o número de acionamentos do TRR por meio do uso de uma solução automatizada em comparação à ativação manual e cronometrar e comparar o tempo que profissionais de enfermagem demandaram para realizar a aferição dos sinais vitais de acordo com o método de coleta dos sinais vitais.

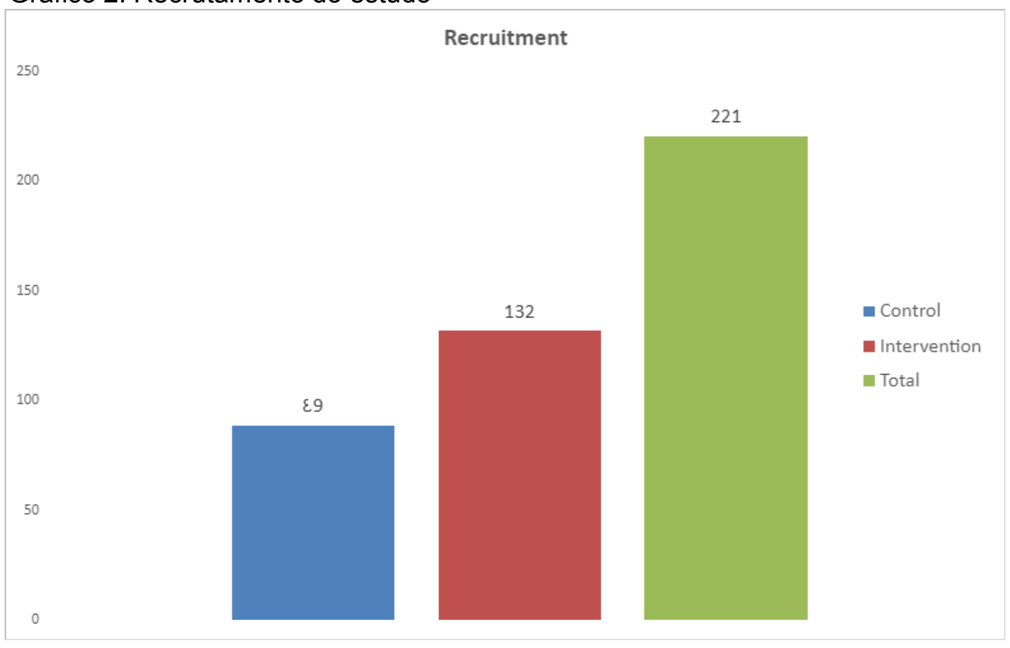
METODOLOGIA

Estudo randomizado em cluster conduzido em um hospital terciário, para o qual foram selecionadas seis enfermarias com perfil semelhante de pacientes e número elevado de episódios de TRR. Estas foram designadas randomicamente para uso da solução automatizada (grupo intervenção) ou manter os cuidados habituais (aferição manual; grupo controle).

Foram incluídos dois grupos de três enfermarias com 28 leitos (um grupo de intervenção e um grupo controle). As enfermarias serão distribuídas aleatoriamente para utilizar a solução automatizada (grupo de intervenção) ou para manter a rotina habitual (grupo controle) em relação ao acionamento do time de resposta rápida. O desfecho primário será o número absoluto de ocorrências de acionamento do time de resposta rápida em tempo hábil. Como desfechos secundários, características clínicas como mortalidade, parada cardíaca, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e duração da hospitalização serão avaliadas de forma exploratória por grupos. Estimou-se uma amostra de 216 acionamentos de time de resposta rápida para identificar uma possível diferença entre os grupos nos meses de abril a setembro de 2021, entretanto atingimos um número de 221 acionamentos.

Gráfico 1: Projeção do Recrutamento

Gráfico 2: Recrutamento do estudo



RESULTADOS

Foram realizadas 44 cronometragens com o equipamento automático e 45 no grupo controle, de forma manual.

A maioria das aferições no grupo controle (~82%) demoraram mais que 3 minutos, contra 31,8% no grupo intervenção (P <0,001).

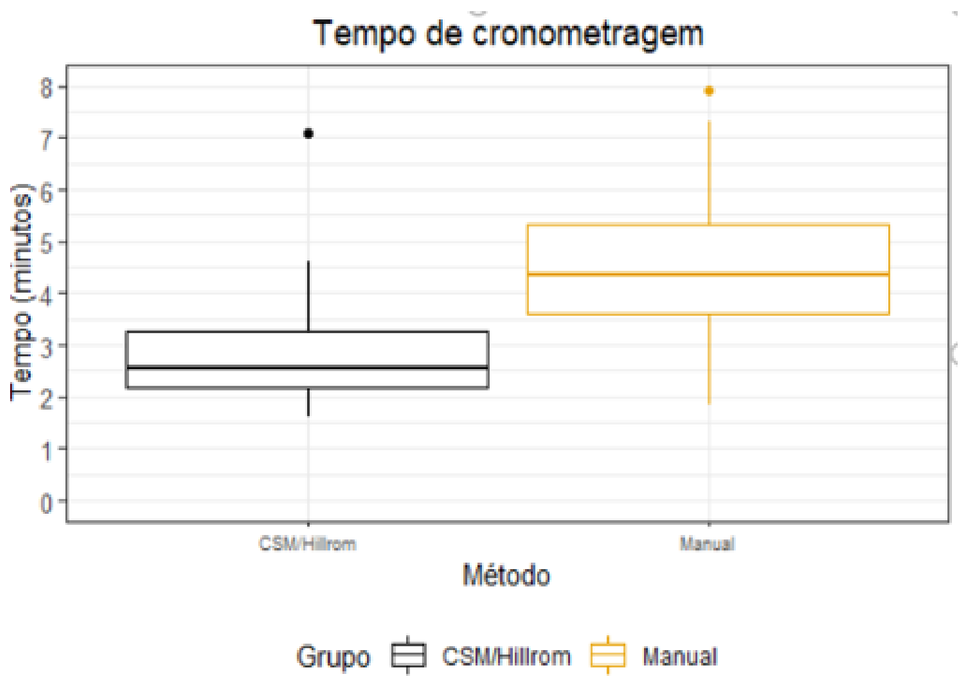
Tabela 1. Intercorrências e duração em minutos das aferições segundo método.

	CSM/Hillrom (n=44)	Manual (n=45)	Total (n=89)
Intercorrências; n (%)	7 (15,9%)	1 (2,2%)	8 (9,0%)
Duração (minutos); média ± dp	02:45 ± 00:55	04:30 ± 01:27	03:38 ± 01:30

Tabela 2. Análise do tempo cronometrado segundo método de aferição

	CSM/Hillrom (n=44)	Manual (n=45)	Total (n=89)	p
Tempo de cronometragem (minutos)				
Média ± dp	2.8 ± 0.9 (n=44)	4.5 ± 1.5 (n=45)	3.6 ± 1.5 (n=89)	<0,001
Mediana [quartis]	2.5 [2.2 - 3.3] (n=44)	4.4 [3.6 - 5.3] (n=45)	3.3 [2.5 - 4.6] (n=89)	<0,001
Corte (Maior que 3 minutos)	14/44 (31.8%)	37/45 (82.2%)	51/89 (57.3%)	<0,001

Gráfico 3: Tempo de cronometragem do grupo intervenção e grupo controle. .



CONCLUSÕES

Observou-se um múmero maior de acionamentos do TRR com o uso do dispositivo automático, e menor força de trabalho dos profissionais para a aferição dos sinais vitais quando comparado com o método usual de aferição manual.

REFERÊNCIAS

1. Escobar GJ, Liu VX, Schuler A, et al. Identificação Automatizada de Adultos em Risco de Deterioração Clínica Hospitalar. N Engl J Med. 2020;383(20):1951-1960.; 2. da Costa CA, Pasluosta CF, Eskofier B, et al. Internet das Coisas da Saúde: Para o monitoramento inteligente de sinais vitais em enfermarias hospitalares. Artif Intell Med.;3. Mieronkoski R, Azimi I, Rahmani AM, et al. A Internet das Coisas para a revisão básica de cuidados de enfermagem-A. Int J Nurs Stud. 2017;69:78-90.;4. Byrne MD, Jordan TR, Welle T. Comparison of manual versus automated data collection method for an evidence-based nursing practice study. Appl Clin Inform. 2013;4(1):61-74.; 5. Lockwood JM, Thomas J,et al. AutoPEWS: Automating Pediatric Early Warning Score Calculation Improves Accuracy Without Sacrificing Predictive Ability. Pediatr Qual Saf. 2020;5(2):e274.; 6. McGaughey J, Fergusson DA, Van Bogaert P, Rose L. Early warning systems and rapid response systems for the prevention of patient deterioration on acute adult hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. 2021;11(11):CD005529.

EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO, COM ÊNFASE FINANCEIRO E OPERACIONAL, DE RT-qPCR PÓS PANDEMIA, EM UM HOSPITAL DO SETOR PRIVADO.

Samantha Vieira, Márcia Aikawa Assato, Luciana Pessiguini Ardis, Luiz Koiti Kimura

Contato: massato@hjsc.com.br

INTRODUÇÃO

Com o advento da COVID-19, houve a necessidade do desenvolvimento de técnicas rápidas e precisas para o diagnóstico do coronavírus. Desde então, a área da biologia molecular popularizou-se e projetou esse mercado a patamares antes nunca imaginados. Os exames que até então eram realizados em grandes laboratórios, ou de apoio, foram internalizados, trazendo agilidade na entrega, velocidade na tomada de decisão e, consequentemente retornos financeiros e operacionais.

METODOLOGIA

Em 2020 foram realizados 7.437 exames de RT-qPCR pelo laboratório de apoio em nosso hospital (setor privado), tendo prazos de liberação que variavam de 3 a 5 dias úteis.
Em 2021, houve o desenvolvimento de um projeto de internalização, para esse exame especificamente, integrado ao treinamento, capacitação técnica da equipe e a assistência ao paciente. Também houve a implantação da infraestrutura, integração de interfaciamento (Matrix) e aquisição de equipamentos (Qiaquant 96 5plex – Qiagen) (figuras 1A e 1B).

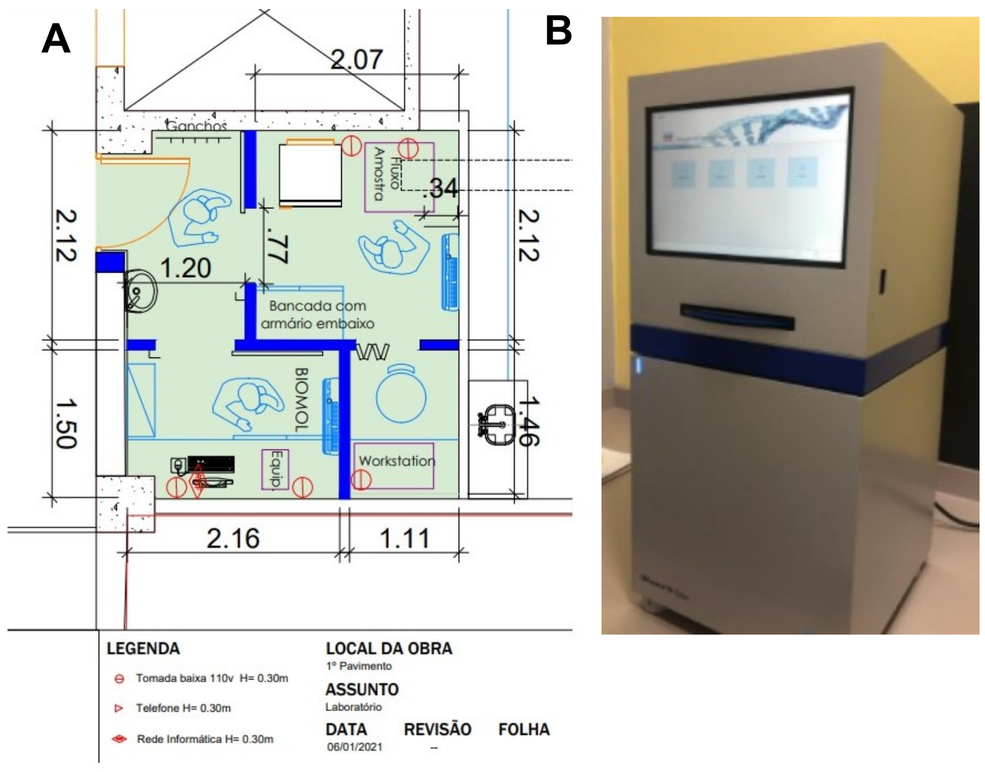


Figura 1. Representação da infraestrutura de desenvolvimento. **A**. Físico (planta baixa) e **B**. Operacional (equipamento).

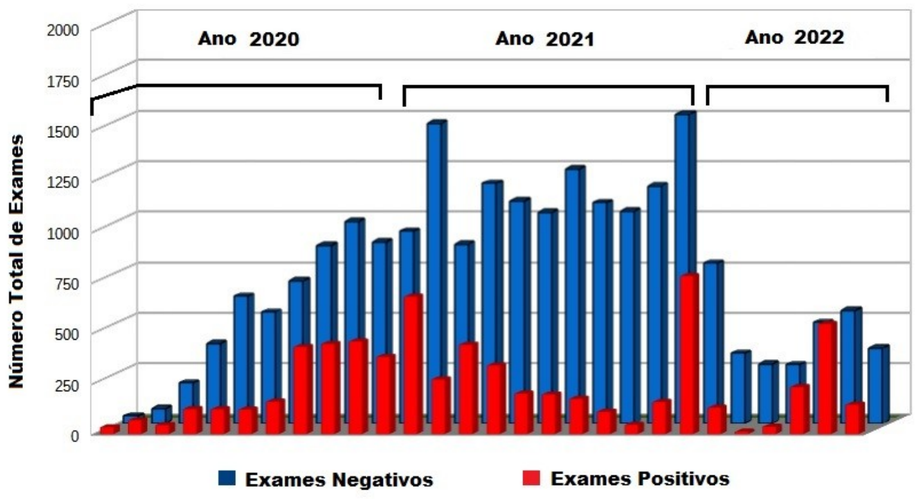


Figura 2. Curva anual de exames de COVID-19 e a tendência de resultados negativos e positivos (protocolo CDC-EUA).

Outras abordagens conduzidas, que não podemos deixar de mencionar, foram a oferta do serviço de apoio pelo nosso hospital a outros hospitais do entorno, o Drive-Thru e a coleta domiciliar particular.

RESULTADOS

Em um período de apenas um mês, o aporte financeiro destinado com a infraestrutura, o fluxo de processos e equipamentos cobriram os custos de investimento, tornando-nos capazes de processar e liberar 20.843 exames de COVID-19 por RT-qPCR [**1**] sem quaisquer retificações de laudos (figura 2).
Durante o período de 2021 a julho de 2022, os lucros gerados para o hospital foram 8 vezes maiores (de cerca de R$ 2.501.160,00) se comparados aos realizados com o laboratório de apoio em 2020 (aproximadamente, R$ 297.480,00), isso via convênio, pois, se compararmos com os exames particulares, os lucros foram 12 vezes maiores (em torno de R$ 3.751.740,00) que o status inicial (figuras 3A, 3B e 3C). Isso sem contar com um aumento na velocidade de entrega e de resultados, que foram reduzidos, de aproximadamente 72hs a 120hs, para 24 horas, e em alguns casos, para até 4 horas de liberação.

A BIOLOGIA MOLECULAR SARS-COV2 por RT-qPCR

Ano	Nº exames RT-qPCR	Lucro	Convênio	Particular	ARRECADOU
2020	7437	R$ 297.480,00	_	_	
2021	15782	_	R$ 1.893.840,00	R$ 2.840.760,00	_
07/2022	5061	_	R$ 607.320,00	R$ 910.980,00	_
TOTAL	28280	R$ 297.480,00	R$ 2.501.160,00	R$ 3.751.740,00	8,4 x+ convênio e 12,6 x+ se particular

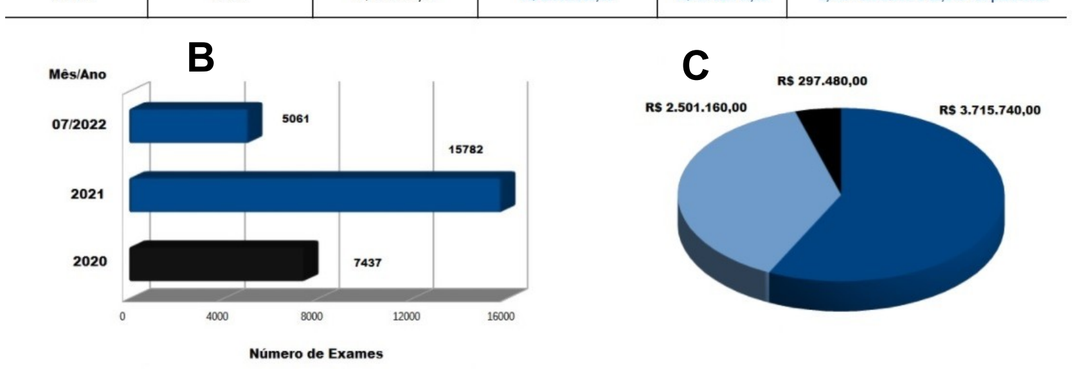


Figura 3. Esquema de aporte financeiro. **A.** Tabela de exames e lucros gerados conforme o ano. **B.** Número de exames realizados. **C.** Lucros gerados de acordo com a receita.

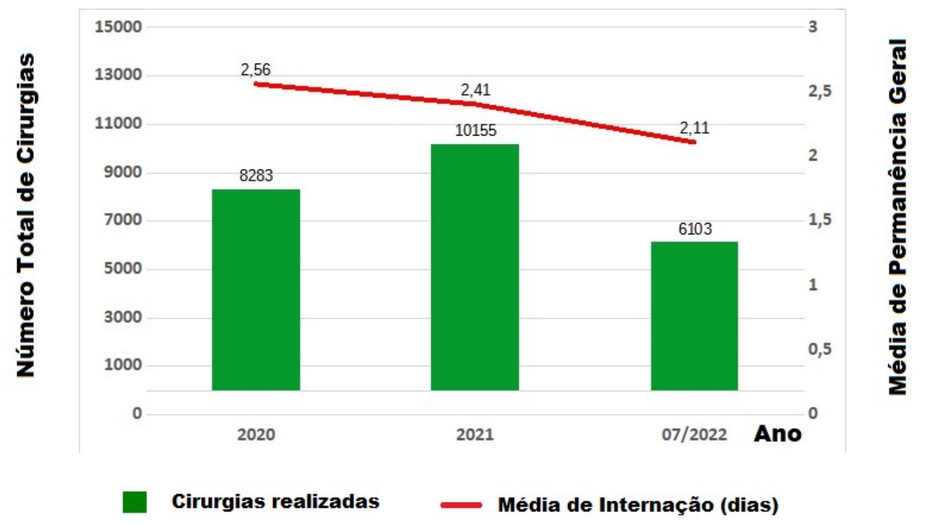


Figura 4. Média de permanência geral de internação das cirurgias via internação realizadas por ano.

O ganho gerado no giro de leito, no fluxo de processos e não somente em termos financeiros foi evidente e trouxe resultados surpreendentes. Em 2020, quando os exames eram realizados pelo laboratório de apoio, os pacientes permaneciam mais dias internados, enquanto que em 2021 e 2022, houve uma mudança desse cenário, com a queda da média de permanência geral dos pacientes (figura 4).

CONCLUSÃO

A importância de possuir um laboratório próprio com a implantação de um serviço de biologia molecular para o assistencialismo, em áreas estratégicas como a oncologia, multi-transplante, de hemodiálise, entre outras, desencadearam processos como a agilidade, o aumento da qualidade e a melhoria na segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Assato, M. A.; Lopes, D. M.; Dino, T. D.; Rosa, D. A.; Vieira, S. A relação entre os números de exames de Rt-qPCR para COVID-19, correspondentes a 1ª (2020), 2ª (2021) e 3ª (2022) ondas e a faixa etária desses pacientes atendidos no Hospital Japonês Santa Cruz 54º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Florianópolis-SC (2022). http://cbpcml.org.br/TemasLivre/InscricaoEtapa/detalhe?idTemaLivre=74&idEtapa=125&idInscricao=6007.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

ENFERMEIRA HOSPITALISTA : NOVO MÉTODO DE GERENCIAR FLUXO DO PACIENTE INTERNADO

Gisele Baldez Piccoli, Natália Fernandes Ferreira, André Wajner, Fabricio Pimentel Fonseca

INTRODUÇÃO

A ENFERMEIRA HOSPITALISTA ATUA NA OTIMIZAÇÃO DOS PROCESSOS, FACILITA O GIRO DE LEITOS E GARANTE RESOLUTIVIDADE À EQUIPE. PARTICIPA ATIVAMENTE NA GESTÃO CLÍNICA DOS PACIENTES INTERNADOS GARANTINDO UM ATENDIMENTO INTEGRADO E HUMANIZADO EM CONJUNTO COM O MÉDICO E TODA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, ALINHADO AS DIRETRIZES DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL. O MÉTODO VEM SENDO DESENVOLVIDO E APRIMORADO CONFORME AS CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS, EPIDEMIOLÓGICAS E DE RECURSOS HUMANOS E TECNOLÓGICOS DISPONÍVIES ATRAVÉS DE CONSULTORIA QUE AVALIA O CENÁRIO EM QUE SERÁ INSERIDO. O OBJETIVO DESTE ESTUDO É APRESENTAR O MÉTODO DE GERENCIAMENTO DE FLUXO DO PACIENTE INTERNADO ATRAVÉS DA ENFERMEIRA HOSPITALISTA, E O RESULTADO EM UM MÊS DE ATUAÇÃO.

METODOLOGIA

A ENFERMEIRA HOSPITALISTA É RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DE FLUXO DOS PACIENTES ADULTOS, INTERNADOS PARA A EQUIPE DE CLÍNICA MÉDICA, EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE MÉDIO PORTE, COM 188 LEITOS, NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL. O ACOMPANHAMENTO OCORRE A TODOS OS PACIENTES ADMITIDOS NO SERVIÇO, ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS COMO SAFETY HUDDLE DIÁRIO, COM PREVISÃO DE ALTA, HUDDLE GERENCIAL, FORNECENDO INFORMAÇÕES E DEFININDO A ALOCAÇÃO DOS PACIENTES. COM A EQUIPE MÉDICA ASSISTENTE, DEFINE E BUSCA A RESOLUÇÃO DE PENDÊNCIAS DE ALTA, COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS DIFERENTES PROFISSIONAIS E LIDERANÇA DE ROUNDS MULTIDISCIPLINARES. CABE RESSALTAR QUE NÃO HÁ ATIVIDADES DE GESTÃO ADMINISTRATIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, OU ASSISTENCIAIS DENTRE AS TAREFAS. OS INDICADORES GERENCIAIS SÃO OBTIDOS E CHECADOS MENSALMENTE DESDE 2021, TABULADOS POR PLANILHAS EXCEL E ANALISADOS EM ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

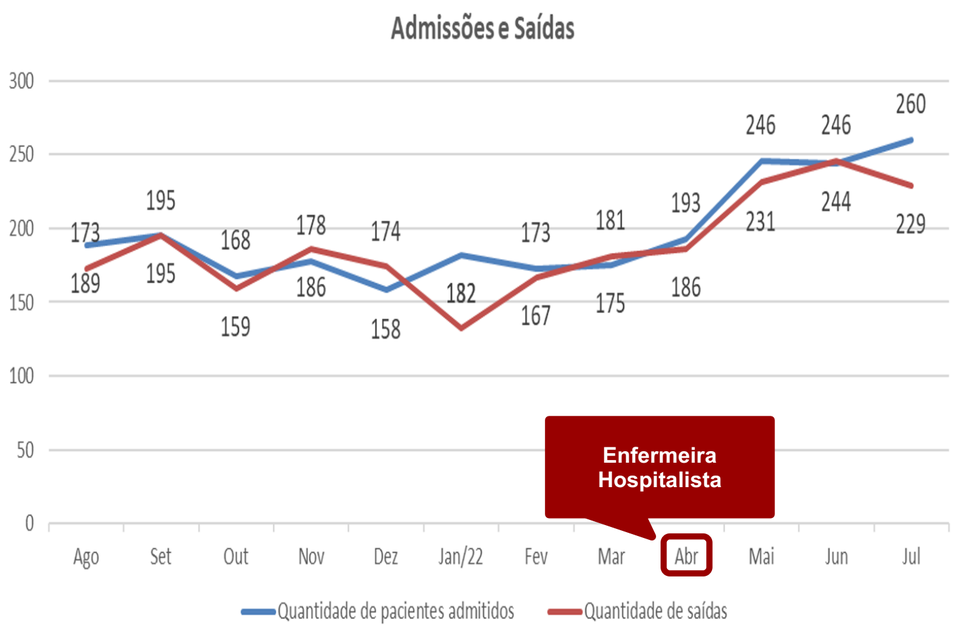


Gráfico 3 – Avaliação da quantidade de admissões e saídas durante 1 ano.

RESULTADOS

FOI AVERIGUADO APÓS O PRIMEIRO MÊS DE INTRODUÇÃO DAS ATIVIDADES DA ENFERMEIRA HOSPITALISTA UMA REDUÇÃO DE 26% NO TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES GERENCIADOS, PASSANDO DE 10,3 PARA 7,3 DIAS. ALÉM DA DIMINUIÇÃO DA TAXA DE PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA (≥15 DIAS INTERNAÇÃO) EM 47% DE 19 PARA 10 PONTOS PERCENTUAIS.

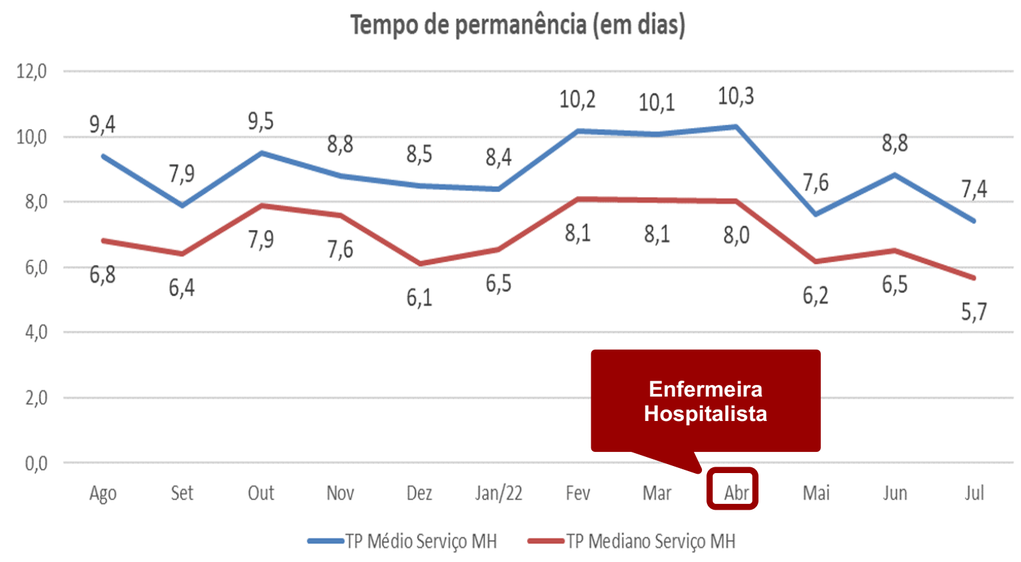


Gráfico 1 – Avaliação do tempo de permanência durante 1 ano.

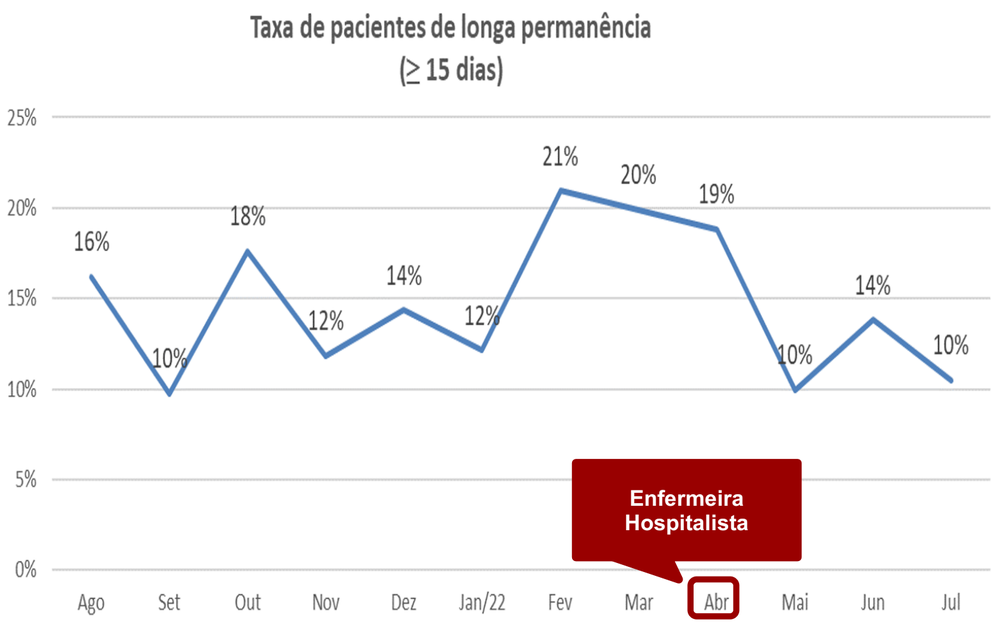


Gráfico 2 – Avaliação da taxa de longa permanência durante 1 ano.

CONCLUSÕES

AS AÇÕES DA ENFERMEIRA HOSPITALISTA NA GESTÃO DO FLUXO DE PACIENTE INTERNADO ISOLADAMENTE CAUSA IMPACTO NOS INDICADORES GERENCIAIS. A CUSTOMIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS PARA CONDUÇÃO DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE É NECESSÁRIA. CONTUDO, O PAPEL DA ENFERMEIRA HOSPITALISTA DESENHADO DE FORMA A GERIR OS PROCESSOS ASSISTENCIAIS É UM NOVO MÉTODO QUE AS INSTITUIÇÕES PODEM FAZER USO, PARA A EFICIÊNCIA E OTIMIZAÇÃO.

REFERÊNCIAS

Pannick S, Davis R, Ashrafian H, et al. Efeitos das intervenções de cuidados da equipe interdisciplinar em enfermarias de clínica geral : uma revisão sistemática . *JAMA Intern Med.* 2015;175(8):1288–1298. doi:10.1001/jamainternmed.2015.2421

Envolvendo o paciente no cuidado: a percepção do cliente sobre a prática de higiene de mãos em hospital privado terciário

Camila Arruda da Silva, Laiane do Prado Gil Duarte, Fernanda Rodrigues da Silva de Freitas, Maria Luísa do Nascimento Moura

INTRODUÇÃO

A higiene de mãos é a forma mais segura e eficaz de prevenir as infecções relacionadas a assistência à saúde. Tradicionalmente, orientações sobre esta prática são centradas nos profissionais de saúde; contudo, os pilares do cuidado centrado no paciente propõem que este conhecimento também faça parte do seu escopo de orientações, a fim de que este possa construir o entendimento do cuidado que está sendo proposto e contribua com o plano de cuidado.

OBJETIVOS

Identificar qual a percepção do paciente e acompanhante quanto à prática de higiene de mãos pelos profissionais de saúde durante internação em hospital privado terciário.

METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas a pacientes e acompanhantes alocados em Unidades de Internação de um hospital privado terciário de 89 leitos, localizado no município de São Paulo, de dezembro/2020 a julho/2022.
As entrevistas foram realizadas a pacientes com no mínimo 12 horas de internação, por membros do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), utilizando-se um questionário contendo 3 perguntas:

1º: Você recebeu orientação sobre higiene de mãos durante a internação?

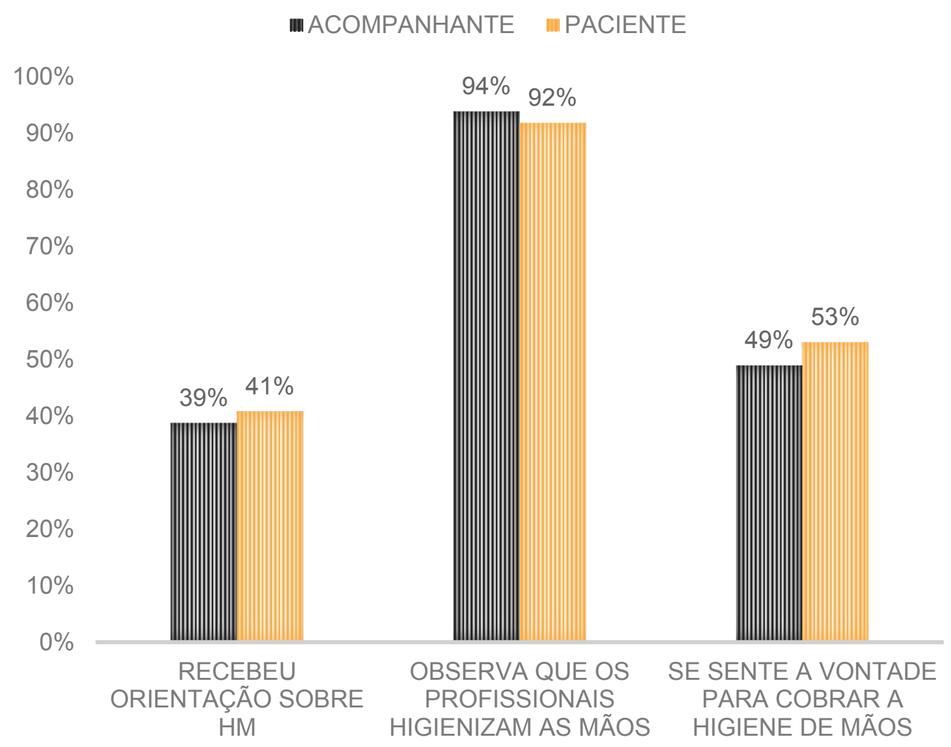
2º: Você observa que os profissionais de saúde higienizam as mãos antes de prestar assistência?

3º: Caso não aconteça, você se sente à vontade para cobrar esta prática?
Os dados foram compilados utilizando-se o Microsoft Excel.

Instrumento de auditoria

RESULTADOS

Foram realizadas 98 auditorias distribuídas em 5 unidades de internação. A taxa de respostas positivas sobre ter recebido orientação sobre higiene de mãos foi de 41% para paciente e 39% para acompanhantes. Quanto à percepção da prática de higiene de mãos pelos profissionais de saúde, 92% dos pacientes e 94% dos acompanhantes responderam que observam a prática. Quanto a sentir-se confortável para cobrar a prática de higiene de mãos dos profissionais, houve uma taxa de positividade de 53% para pacientes e 49% de acompanhantes.



CONCLUSÕES

A alta percepção de que os profissionais de saúde realizam higienização das mãos indica a consolidação dessa prática; no entanto, grande parte dos pacientes não se sente devidamente orientado quanto ao tema e se sente desconfortável para abordar o profissional de saúde a respeito. Tais achados ressaltam a importância de discutir diferentes estratégias no processo de educação do paciente a fim de enfatizar sua autonomia e torná-lo coparticipante do seu processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf . Acessado em 25/08/2022.

2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Segurança do Paciente – Higienização das Mãos. Disponível em https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf. Acessado em 25/08/2022.

3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/GuiadeImplementaoestratgiamultimodaldemelhoriadaHM_LogosAtualizadas.pdf. Acessado em 25/08/2022.

Estratégias de atuação farmacêutica em farmácias hospitalares: redução de custos com antimicrobianos.

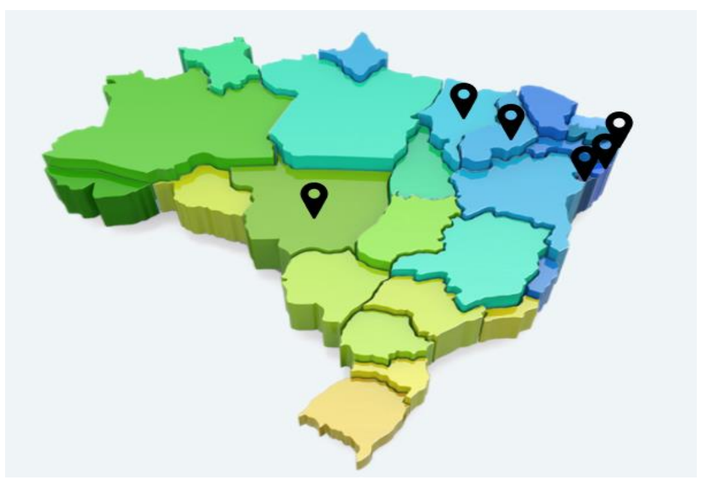
Tatiana da Silva Francelino, Mariana de Sousa Lima, Sara Regina Alves dos Santos, Cibele Cristina Lustre Paronetto.

INTRODUÇÃO

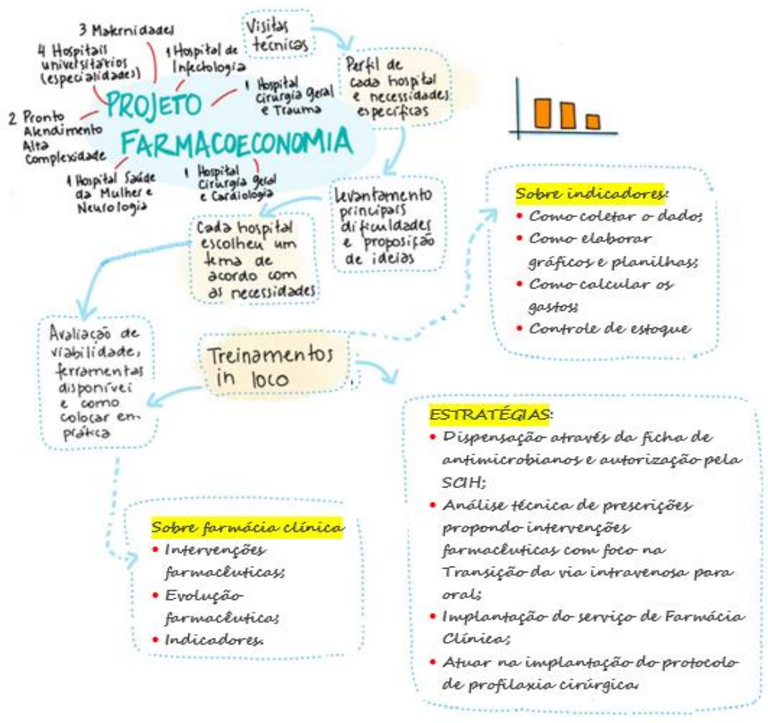
Compreende-se como uso racional de antimicrobianos a disponibilização ao paciente do medicamento adequado, pelo de tempo necessário, na dose correta e com o menor custo. São necessárias ações de gerenciamento, sendo as atividades desempenhadas pelos farmacêuticos fundamentais para garantir o tratamento e alcance do sucesso terapêutico, além da segurança ao paciente e otimização de recursos. O objetivo deste trabalho foi demonstrar processos implantados em farmácias hospitalares com atuação farmacêutica no uso racional de antimicrobianos resultando na otimização de custos.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho observacional com instituições que participaram do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos – RHP, em parceria com DAHU/SAES/MS por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI – SUS). O trabalho foi realizado no período de outubro de 2018 a dezembro de 2020 com 13 instituições de seis estados brasileiros em unidades de terapia intensiva e enfermarias com perfil de atendimento adulto. Foi realizado mapeamento de processos desde a prescrição até o uso desses medicamentos. As principais estratégias utilizadas foram: dispensação através da ficha de antimicrobianos e autorização pela SCIH; análise técnica de prescrições propondo intervenções farmacêuticas com foco na transição da via intravenosa para oral, implantação do serviço de Farmácia Clínica, entre outros. O monitoramento dessas atividades ocorreu com acompanhamento de intervenções farmacêuticas aceitas e análise de custo comparado ao valor inicial previsto para o tratamento e ao valor final gasto após intervenção.



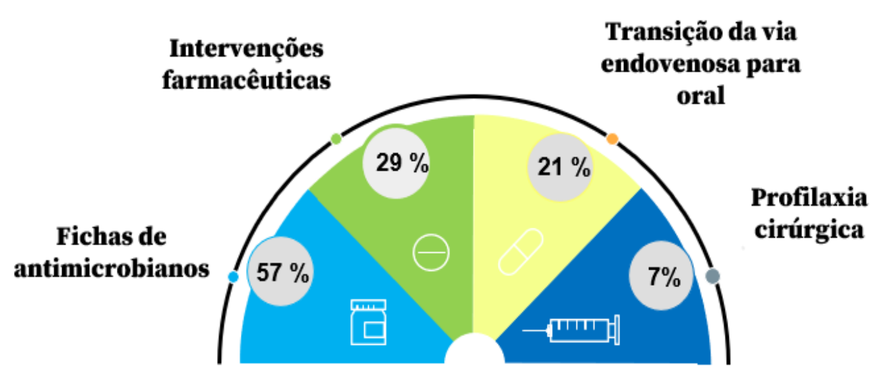
Mapa do Brasil com a sinalização dos estados participantes do trabalho: Mato Grosso, Piauí, Maranhão, Pernambuco, Alagoas e Sergipe.



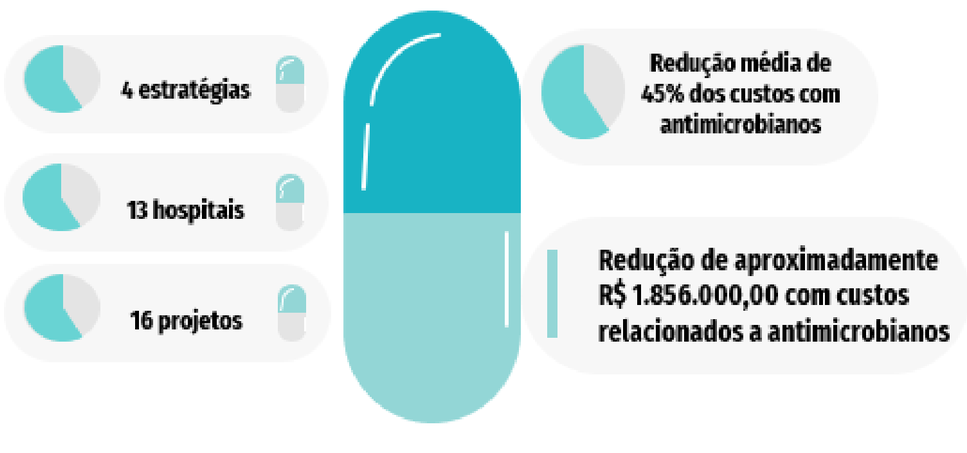
Storytelling com informações do perfil de atendimento dos hospitais, passos seguidos para o desenvolvimento do trabalho e treinamentos relevantes.

RESULTADOS

A estratégia que prevaleceu foi a dispensação de antimicrobianos por ficha de autorização da SCIH, além de realizar a análise técnica de prescrições e propor intervenções farmacêuticas quanto ao ajuste de dose, via de administração, diluição e duração do tratamento, a partir da indicação terapêutica realizada pelo médico prescritor. Com a implantação do serviço de Farmácia Clínica foi possível ampliar a atuação farmacêutica incluindo análise de exames laboratoriais, ajuste de dose para função renal, interações medicamentosas e acompanhamento de antibiogramas. A sugestão de conversão da via intravenosa para oral de antimicrobianos, foi realizado de acordo com condições favoráveis do quadro clínico do paciente e para antimicrobianos com boa absorção. O Farmacêutico também pôde atuar na implantação do protocolo de profilaxia cirúrgica, realizando contato com o médico prescritor e sugerindo a suspensão do antimicrobiano de acordo com o tempo de uso preconizado. No entanto, 23% das instituições executaram mais de um projeto relacionado ao controle de antimicrobianos, sendo 16 trabalhos ao todo realizados. Todas essas estratégias correspondem a média de 45% de redução de custos relacionados a gastos com antimicrobianos, que totalizaram aproximadamente R$1.856.000,00.



Percentual de hospitais que desenvolveram cada estratégia.



Resumo dos resultados do projeto.

CONCLUSÕES

As diversas estratégias fomentadas pelo Projeto RHP, implementadas pelos farmacêuticos, promoveram boas práticas de prescrição e uso racional de antimicrobianos, assim como, maior integração à equipe multiprofissional e ampliação do escopo de atuação do farmacêutico. Além de favorecer uma maior segurança e qualidade ao paciente na sua farmacoterapia, essas ações levaram a significativa redução de custos relacionados ao uso de antimicrobianos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde, 2017;
2. Tamar F. B. et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Clinical Infectious Diseases®. 2016;62(10):e51–e77.

ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.

Aline Alves Ferreira de Rezende, Antonio Carlos Pereira

INTRODUÇÃO

Com a eclosão da Pandemia da Covid-19 no Brasil em março de 2020, os profissionais da saúde se mantiveram em seus postos de trabalho no momento em que o isolamento social foi a principal medida de proteção para contenção do vírus. O *stress* causado pela pandemia afetou em menor ou maior grau os profissionais de saúde (com insônia, sobrecarga de trabalho, ansiedade, depressão e inclusive suicídio) segundo diversos estudos realizados em diferentes países, requerendo dos profissionais de saúde utilização de estratégias de *coping* (enfrentamento) para lidar com o stress acarretado pela pandemia. **Objetivo:** Avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelas equipes de profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do Município de Piracicaba/SP, no início da pandemia

METODOLOGIA

Utilização de 2 questionários autoaplicáveis em um único documento: a primeira parte referente aos dados sociodemográficos, e a segunda o Inventário de *Coping* de Folkman e Lázarus.

RESULTADOS

	Variáveis	N	%
Gênero	Fem	180	90,9%
	Masc	18	9,1%
Grupo de risco	Sim	53	26,8%
	Não	145	73,2%
Escolaridade	2º grau	97	49%
	Superior incomp.	5	2,5%
	Superior	72	36,4%
	Pós-graduado	24	12,1%
Estado civil	Solteiro	51	25,8%
	Casado/U. Est	111	56,1%
	Viúvo	5	2,5%
	Divorciado	31	15,7%
Tempo no serviço público	< 2 anos	24	12,1%
	2 a 5 anos	29	14,6%
	6 a 09 anos	49	24,7%
	>10 anos	96	48,5%
Faixa etária	20 - 30 anos	24	12,1%
	30 – 40 anos	79	39,9%
	40 – 50 anos	55	27,8%
	50 – 60 anos	33	16,7%
	>61 anos	7	3,5%
Categoria Prof	Enfermeiro	27	14,0%
	Dentista	13	6,7%
	Médico	16	8,3%
	Aux. de Enferm.	36	16,1%
	ACS	95	49,2%
	Aux./Tec S.Bucal	9	4,7%
	Outros	2	1,0%

Tabela 1 - Distribuição da amostra de profissionais da saúde da rede de assistência primária de saúde do município de Piracicaba/SP, 2020.

Conforme tabela1. 90,9% da amostra era do gênero feminino; 26,8% estavam no grupo de risco; 49% possuíam até o segundo grau de escolaridade. A categoria profissional predominante do estudo foi os agentes de saúde com 49,2%, seguido dos auxiliares de enfermagem (16%), enfermeiros (14%), médicos (8,3%), dentistas (6,8%), auxiliares de saúde bucal (4,7%) e outro (1%). A estratégia de *coping* mais utilizada foi a reavaliação positiva (0,749), seguida da resolução de problemas (0,692). Quanto ao grupo de risco, a fuga-esquiva foi a forma de enfrentamento mais utilizada (0,806). Para todos os níveis de escolaridade e todas as faixas etárias destacou-se também a prevalência da reavaliação positiva.

Fatores	Nº de Itens	Coeficiente de Cronbach
F1 - confronto	6	0,519
F2 - afastamento	6	0,576
F3 - autocontrole	7	0,560
F4 - suporte social	6	**0,657**
F5 - aceitação da responsabilidade	4	0,600
F6 - fuga-esquiva	8	**0,687**
F7 - resolução de problema	6	**0,692**
F8 - reavaliação positiva	7	**0,749**

Tabela 2 - Coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach (α >0,65) para os fatores de *coping* referente o N da amostra, Piracicaba, 2020

Fator	Sim	Não
F1 – confronto	0,395	0,555
F2 – afastamento	0,385	0,628
F3 – autocontrole	0,504	0,571
F4 – suporte social	0,649	**0,666**
F5 – aceitação da responsabilidade	0,385	0,646
F6 – fuga-esquiva	**0,806**	0,616
F7 – resolução de problema	**0,744**	**0,678**
F8 – reavaliação positiva	**0,740**	**0,750**

Tabela 3 – Coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach (α >0,65) conforme pertencimento ou não ao grupo de risco para Covid-19, Piracicaba, 2020

CONCLUSÕES

Verificou-se que em geral, os profissionais utilizaram, principalmente, os recursos de enfrentamento requeridos pela reavaliação positiva e a resolução de problemas, que constituem formas adaptativas de enfrentamento. Porém é necessário investir em pesquisas nos contextos de pandemia e *coping* que envolvem a capacitação dos trabalhadores para desenvolverem habilidades para lidar com situações de estresse, fornecer melhores condições de trabalho e de oferta recursos materiais, para que o SUS possa, a partir da experiência da Covid, se preparar para futuras crises sanitárias.

REFERÊNCIAS

Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2019.Mar [citado 2022 Mar 10]; 11(2): 55-66. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200005&lng=pt. http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, 1984

Moya M, Willis GB. “La psicologia social ante el covid-19; Monografico del international jornal of social phychology”. Rev. Psi.social; 2020. p.2-11.

Stamu-O’Brien C, Carniciu S, Halvorsen E,Jafferany M. "Psychological aspects of COVID-19". Journal of Cosmetic Dermatology 19(9), p. 2169-2173, 2020.

Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICDM, De Andrade LR, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Rev. Ciência e saúde coletiva. v25(9); set 2020. https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020

Estratégias para elaboração de uma ferramenta de avaliação hospitalar - FAHosp

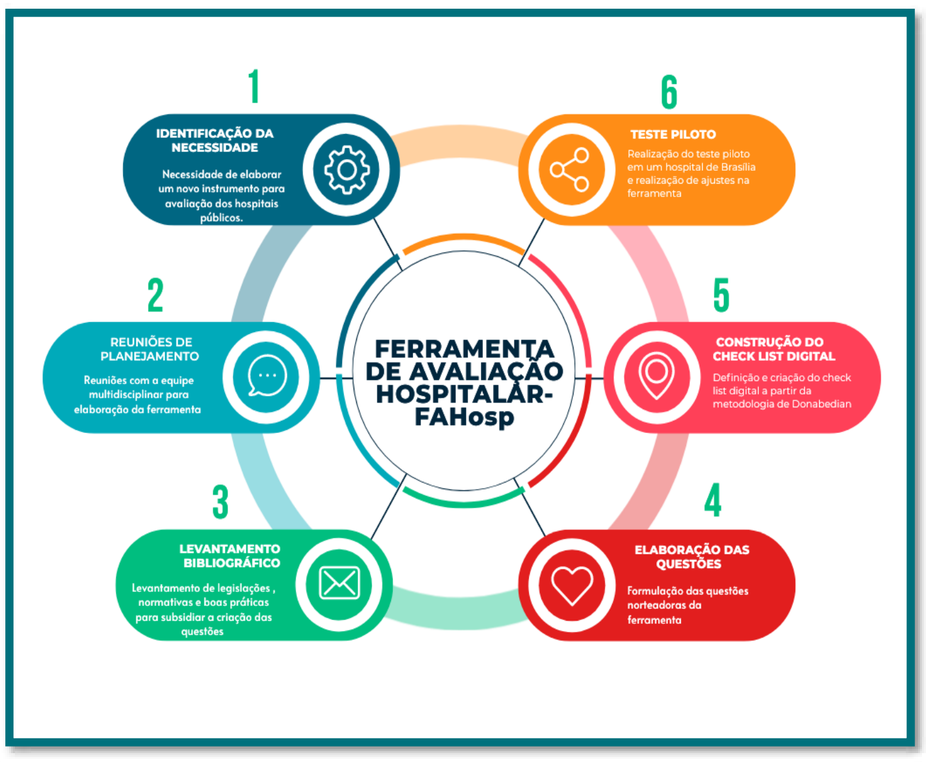
Andrea Francisco, Ana Lúcia Acquesta Tessari, Patrícia Santesso Laurino, Tatiana Francelino

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é compreendida como ações, cuja finalidade é impedir, prevenir e minimizar os desfechos adversos a partir da assistência de saúde. Diante disso, as instituições hospitalares necessitam realizar avaliações de diagnóstico dos processos assistenciais e de gestão, adequado às legislações e boas práticas para melhoria da saúde. O objetivo foi descrever as estratégias da elaboração de uma ferramenta de avaliação hospitalar em hospitais públicos.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da construção de um *checklist* digital, baseado nos conceitos de Donabedian, por uma equipe multidisciplinar do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos/PROADI-SUS. A ferramenta foi desenvolvida durante o período de janeiro a novembro de 2017. Foram realizadas reuniões multidisciplinares com os profissionais do projeto para elaboração da ferramenta, a partir da experiência da equipe, em realizar avaliações nos hospitais. Realizado levantamento de material bibliográfico: legislações, normativas e boas práticas, para subsidiar a formulação das questões norteadoras do instrumento. A ferramenta foi construída para acesso em meios digitais. Após construção e considerações dos técnicos do Ministério da Saúde, foi realizada a aplicação piloto em um hospital de Brasília, em dezembro de 2017.



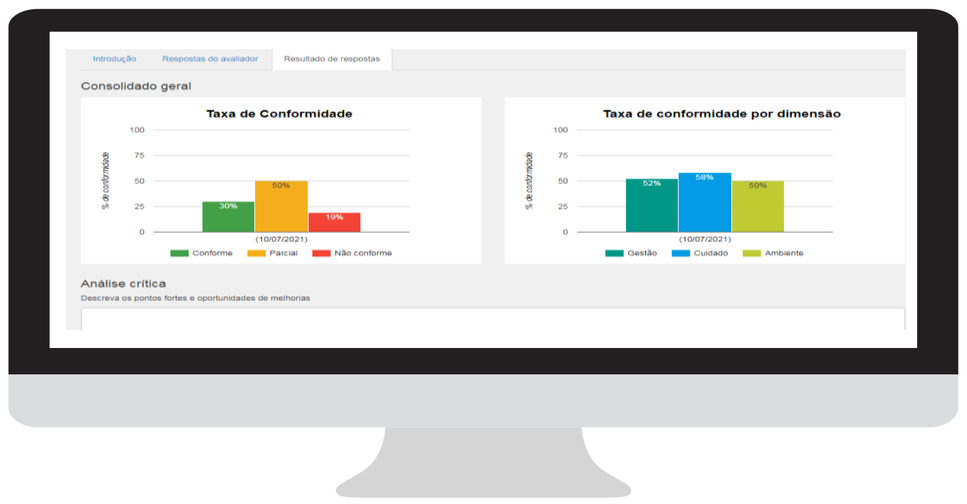
Etapas de construção da ferramenta pela equipe multiprofissional.

Base conceituais para a elaboração da ferramenta FAHosp.

RESULTADOS

A equipe desenvolveu uma ferramenta de diagnóstico hospitalar, denominada FAHosp, que contempla 16 áreas do cuidado, 06 áreas do ambiente e 04 áreas de gestão, com acesso tanto online quanto offline. O cálculo das respostas é feito automaticamente, gerando gráficos e relatórios descritivos. A aplicação e resultado do piloto apresentou uma redução de tempo de 10 para 3 dias, em relação ao checklist manual.

Layout digital da página inicial da ferramenta



Exemplos de Gráficos: do resultado final, por dimensão e consolidado por área, em uma determinada instituição hospitalar pública.

CONCLUSÕES

Consideramos que a ferramenta digital é um meio diagnóstico norteador para ações de melhoria da segurança do paciente, em instituições de saúde. Ela fornece subsídios para levantamento de informações dos processos assistenciais e de gestão, dando maior suporte aos profissionais para a elaboração de planos de ações mais efetivos, podendo ser aplicada periodicamente, observando assim a evolução das conformidades. Assim, a FAHosp instrumentaliza as equipes de saúde na padronização da avaliação, facilidade no acesso e tomada de decisão dos gestores nos processos de melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Portaria MS n° 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília. DF: Ministério da Saúde;2013. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE DESCARTE DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS POR PERDA DE ESTABILIDADE EM UM HOSPITAL DE SÃO PAULO

Aline Rezende, Ederson de Queiroz Angelo, Eliana Guadalupe Morganti do Lago, Vanessa de Oliveira Camandoni

INTRODUÇÃO

Em grande parte dos centros oncológicos o preparo das terapias antineoplásicas é realizado pela própria instituição. Durante esse processo de manipulação de medicamentos injetáveis ocorre o fracionamento dos frascos, para adequação de preparações individualizadas de acordo com a dose prescrita para cada paciente. Essas alíquotas remanescentes, ou sobras, muitas vezes acabam sendo descartadas devido à perda de estabilidade farmacêutica, que é a capacidade do medicamento de manter suas propriedades químicas, físicas, microbiológicas e biofarmacêuticas dentro dos limites especificados, ao longo de sua data de validade.[1] Considerando que grande parte dos antineoplásicos são medicamentos de alto custo, as alíquotas descartadas por estas condições podem representar grande impacto financeiro às instituições, além dos possíveis danos ao meio ambiente e dos custos para o descarte adequado desses resíduos, devido sua citotoxicidade.

OBJETIVO

Implementar estratégias para reduzir o descarte de medicamentos por perda de estabilidade dos frascos parcialmente utilizados.

METODOLOGIA

Realizado um levantamento do descarte de antineoplásicos por perda de estabilidade nas duas filiais da instituição onde são preparados esses medicamentos, sendo possível evidenciar 11 itens como os maiores ofensores. Com esse dado, uma análise da literatura foi feita para avaliar a possível ampliação da estabilidade farmacêutica, além da fornecida pelos fabricantes, permitindo um maior reaproveitamento das alíquotas remanescentes. Foi iniciada também a centralização do preparo de alguns fármacos em uma das filiais, possibilitando assim a unificação das sobras geradas e a otimização do uso dessas em um só estabelecimento. Já para os itens com menor estabilidade, houve a adequação das agendas, concentrando os pacientes em uso daquele medicamento nos mesmos dias da semana.

RESULTADOS

Entre janeiro e março de 2020, a média mensal de descarte de antineoplásicos nas duas filiais da instituição era de aproximadamente R$250.000,00. Após a implantação do projeto incluindo as estratégias descritas, e com a inclusão posterior de mais um item, de abril de 2020 a junho de 2022 houve uma redução no descarte desses medicamentos de R$2.163.289,08.

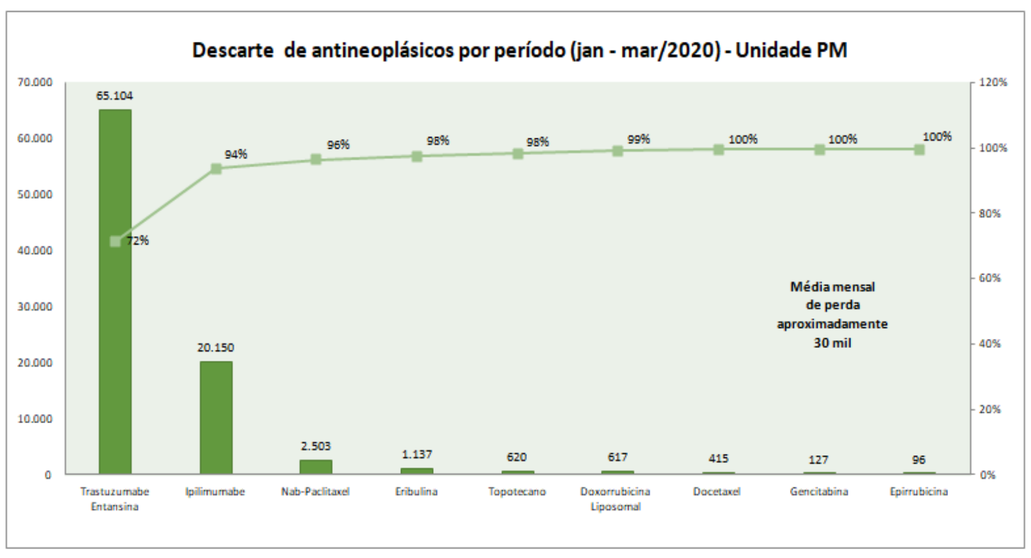


Gráfico de descarte de antineoplásicos para o período de janeiro à março de 2020 – Unidade Pires da Mota

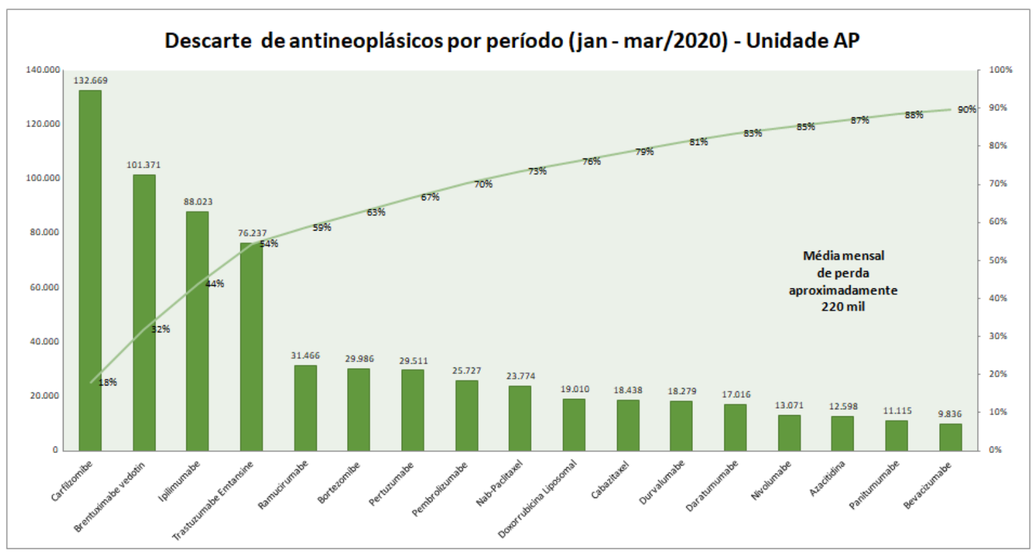


Gráfico de descarte de antineoplásicos para o período de janeiro à março de 2020 – Unidade Antonio Prudente

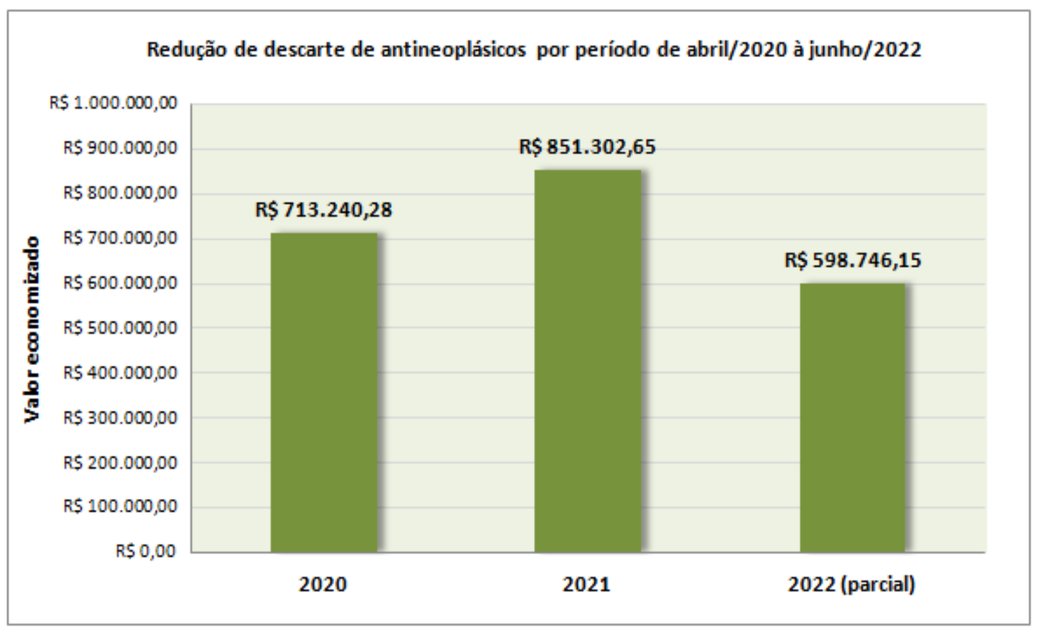


Gráfico de redução de descarte de medicamentos antineoplásicos para o período de abril/2020 à junho/2022.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que as ações implementadas foram eficazes para a redução de descarte dos medicamentos propostos.

REFERÊNCIAS

1. Guidelines for stability testing of pharmaceutical products containing well established drug substances in conventional dosage forms. World Health Organization - WHO Technical Report Series, No. 863, 1996. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/6_Annex_5_report_34.pdf Acesso em 18/08/2022.

ESTRUTURANDO UM ESCRITÓRIO DE VALOR NA ÁREA DA SAÚDE: DO PLANEJAMENTO ÀS LIÇÕES APRENDIDAS

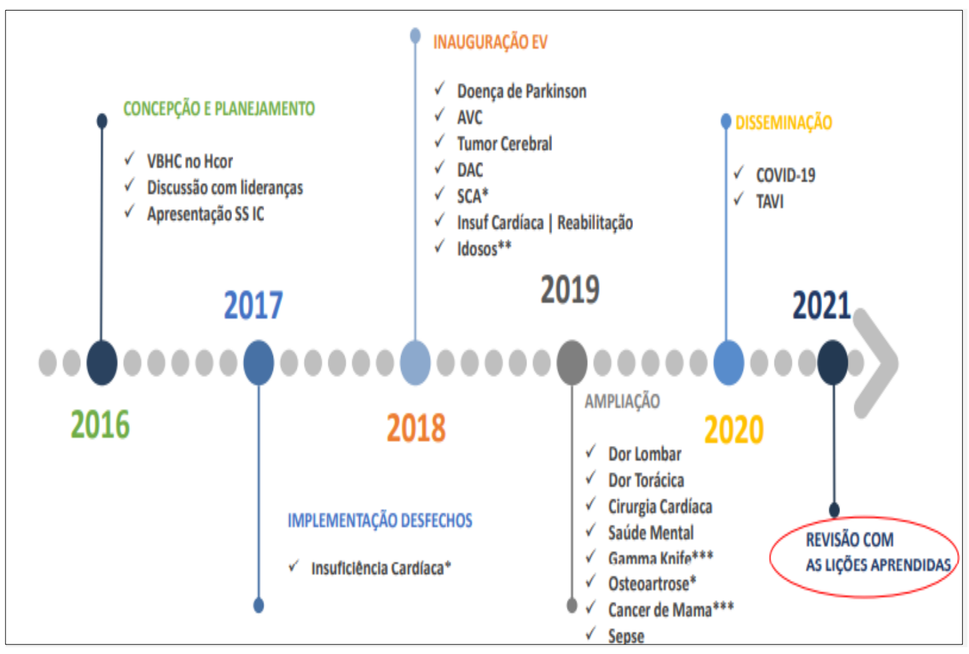
Luciana Alves Lopes; Sabrina Bernandez Pereira; Bianca Pereira Benigni; Lucilene Martins Belarmino

INTRODUÇÃO

O Escritório de Valor (VMO) do Hospital do Coração (HCor) foi criado através de uma co-gestão entre as Superintendências Médica e Comercial/Ambulatorial, alinhada ao planejamento institucional estratégico. A iniciativa começou com a implementação da metodologia ICHOM e envolveu 8 condições de saúde (IC, DAC, AVC, doença de Parkinson, idosos, câncer de mama, osteoartrite e dor lombar).

METODOLOGIA

O HCor lançou o ICHOM como sua primeira iniciativa do VMO em fevereiro de 2018, seguindo as seguintes etapas de implementação por SS: a) Identificação de um líder de projeto para revisar o SS e defender o projeto na instituição; b) Identificação e resolução de problemas operacionais críticos; c) "Gap analysis"; d) Mapeamento de processos e fluxos; e) Construção de banco de dados e planejamento de análises e relatórios de *data quality*; f) Estabelecimento de fluxo de trabalho para medir resultados e monitorar seu progresso; g) Piloto do projeto, aplicando PDSAs; h) Lançamento do SS ICHOM para o corpo clínico. O sistema RedCap® foi utilizado para captura de dados e um *Dashboard* no Power BI® foi construído para gerenciar medidas de desempenho e resultados clínicos. Um relatório detalhado por paciente foi preparado para alguns SS e entregue ao médico assistente do paciente. Foi estabelecido um conselho da ICHOM envolvendo os principais líderes do hospital para discussões mensais sobre a evolução do projeto na ANAHP.



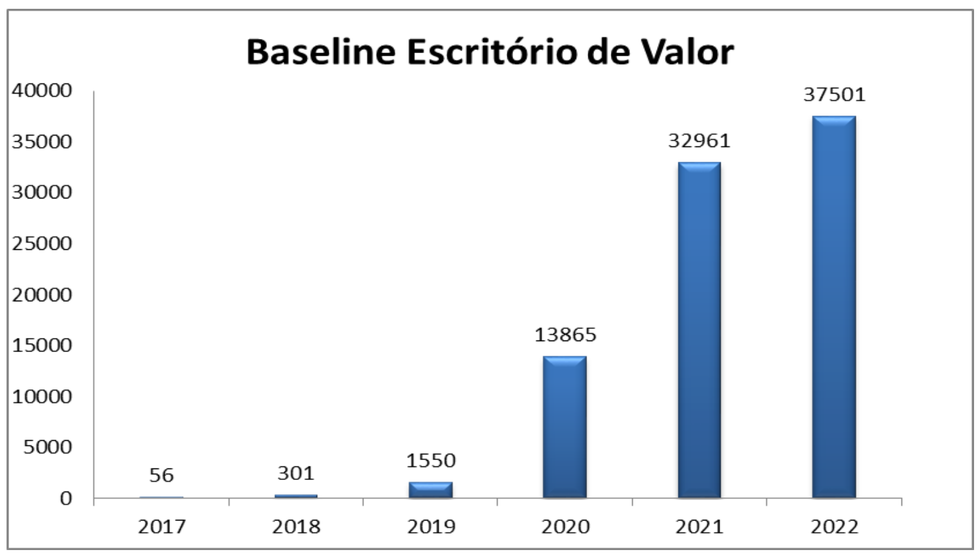
Linha do tempo – Escritório de Valor Hcor.

Planejamento por Standard Set ICHOM – Escritório de Valor Hcor.

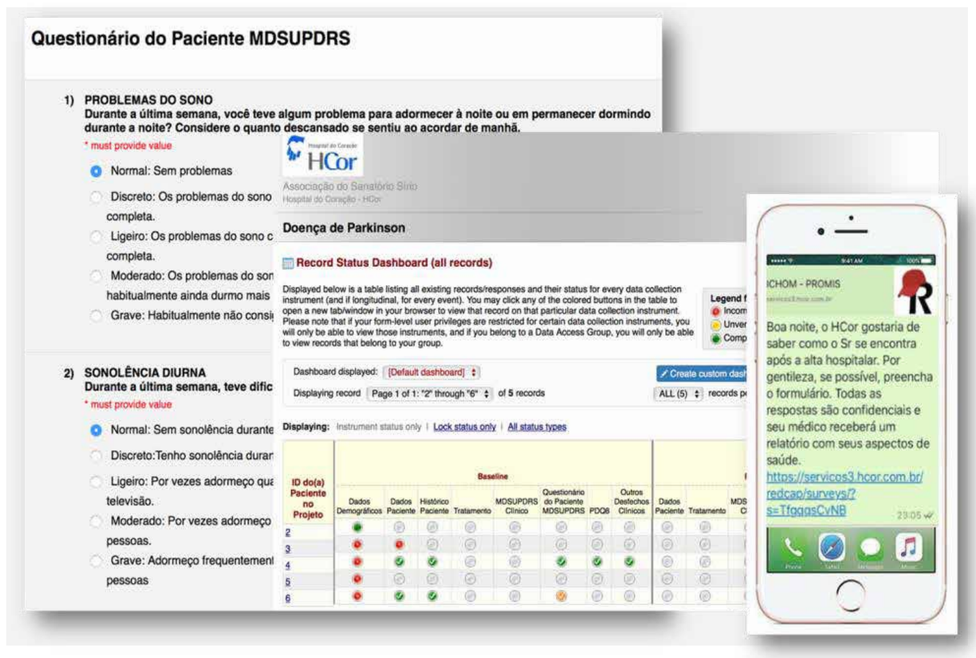
RESULTADOS

Do período de julho de 2017 a agosto de 2022 foram incluídos mais de 37.000 pacientes em diversas condições clínicas incluindo insuficiência cardíaca, doença de Parkinson, AVC, tumor cerebral, DAC estável e síndrome coronariana aguda, idosos, dor lombar, dor torácica, cirurgia cardíaca, depressão e ansiedade, COVID-19. Destes, 8 condições clínicas envolve a coleta de desfechos seguindo a metodologia ICHOM e a demais com metodologia própria Hcor. O tempo de seguimento variou entre as condições clínicas, sendo um máximo de 10 anos de seguimento.

A grande maioria dos pacientes (acima de 95%) preferiram contato telefônico e a perda foi menor do que 5% (aceite na participação / voluntária).



Pacientes incluídos no Programa de Desfechos Clínicos Hcor ao longo dos anos.



Banco de Dados em RedCap® – Escritório de Valor Hcor.

CONCLUSÕES

Para oferecer melhores resultados, uma instituição deve estar preparada para uma coleta de dados mais estruturada, com ferramentas e análise de dados robustas que possam fornecer uma visão rápida dos principais indicadores de desempenho e resultados clínicos; O uso de ferramentas internacionais baseadas na Web, de baixo custo e amplamente utilizadas, como o programa RedCap® e R®, favorece a implementação de coleta sistematizada de dados; O VMO, por si só, promove reação positiva nos pacientes, gerando um sentimento de pertença e uma maior preocupação no conhecimento de sua doença; Um conselho multidisciplinar envolvendo liderança institucional é crucial para o sucesso da implementação de uma iniciativa como essa, que tem resultados promissores em melhoria da qualidade e entrega de valor aos pacientes e à sociedade

REFERÊNCIAS

Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

ESTUDO NO SETOR DA PRÉ- INTERNAÇÃO COM FOCO NA MELHORIA DO FLUXO ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO PACIENTE

Luiz Henrique Biesek de Quadros, Co-autores Marieli Mendonça, Margarete Kavetski, Elenice Carneiro

INTRODUÇÃO

Os estabelecimentos de assistência à saúde estão em constante evolução e transformação, sejam em seus processos, estrutura física ou no modelo assistencial. Há uma necessidade justificada pela melhoria e humanização de seus ambientes, assim como, uma estrutura física funcional que proporcione maior número de atendimentos e redução no tempo de espera, que devem estar alinhadas às premissas de sustentabilidade e a melhor experiência do paciente.

METODOLOGIA

Após aplicação do Kaizen no processo cirúrgico, surgiu a necessidade de intervenção nos ambientes que compreendem o setor da pré-internação. Foi realizado estudo utilizando a metodologia quantitativa, embasando-se nos atendimentos realizados referente ao ano de 2021 e 2022, com a finalidade de comparar o volume de atendimentos realizados anteriores à intervenção.

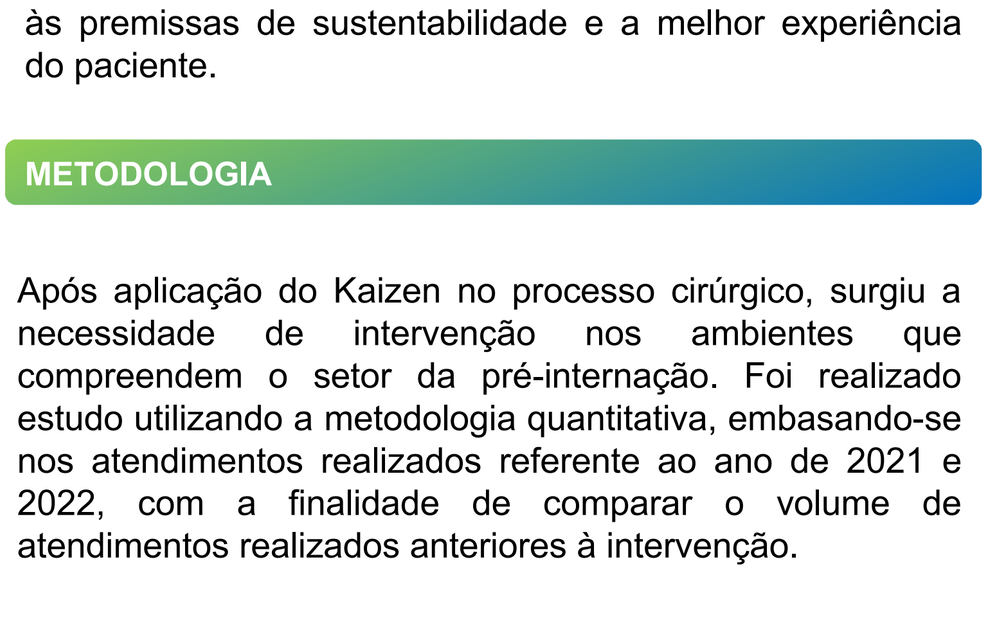


Figura 1: Reunião de inicio do projeto para levantamento de melhorias no fluxo do paciente cirúrgico.

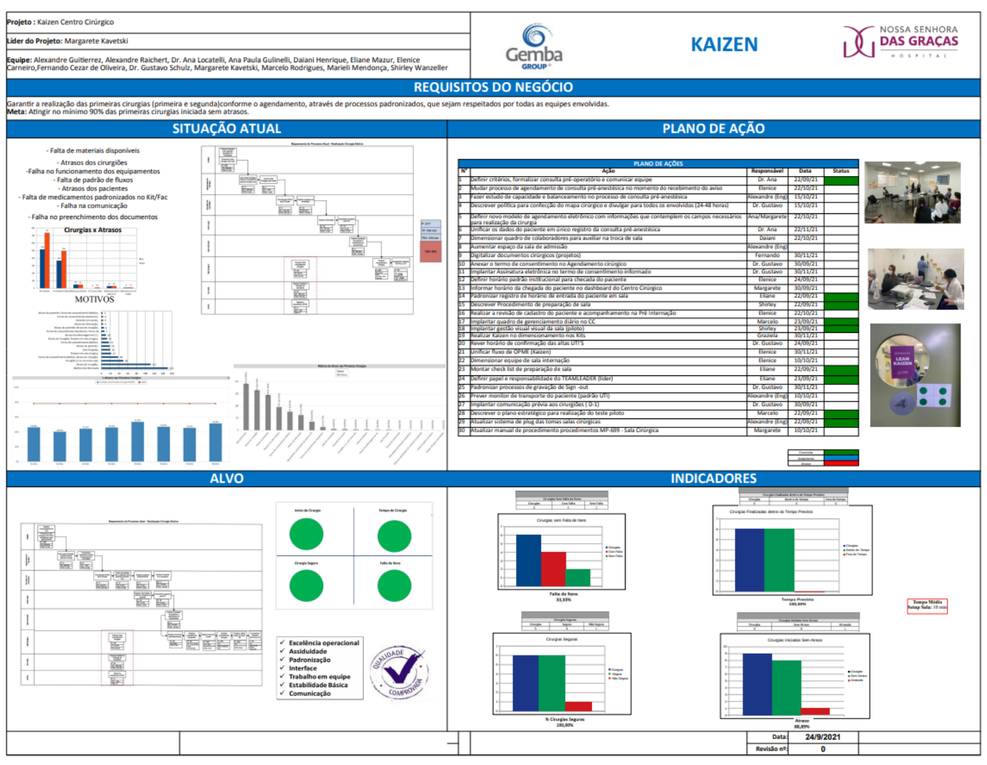


Figura 2 : Kaizen completo do mapeamento do processo cirúrgico.

RESULTADOS

Tendo em vista a necessidade apresentada de readequação da estrutura da pré-internação, o volume de atendimentos teve um aumento de 55% por mês, passando para uma média de 1.124 pacientes/mês, se comparado com o número de pacientes atendidos em 2021 que era de 723 pacientes/mês. O setor de pré-internação anteriormente possuía uma área de 54,35m², sendo composto pelos ambientes: recepção com longarina e 4 cadeiras, 1 guichê de atendimento, 1 banheiro e 3 consultórios. Após as intervenções na estrutura física e no layout concluídas em maio de 2022, houve ampliação na área para 104,83m², composto pelos ambientes: recepção com 20 lugares, 2 guichês de atendimento, 2 banheiros e 5 consultórios, o que refletiu no aumento do número de atendimentos.

Figura 2 : Layout da Recepção do Paciente.

Figura 3: Consultórios Médicos.

CONCLUSÕES

Tendo em vista a necessidade apresentada de ampliação do setor de pré-internação, avaliamos que, após as adequações realizadas, proporcionou maior aderência aos processos de segurança do paciente cirúrgico e melhora na eficiência do setor.

REFERÊNCIAS

MP-940 Agendamento Cirúrgico – Pré-Internação.

“Experiência 5 estrelas” – a utilização do padrão *star rating* na mensuração da experiência humana no cuidado em saúde no Hcor

Rafael Trevizoli Neves, Marcos Bezerra de Meneses Riva, Ricardo Tadeu de Bueno Toledo, Andrea Keiko Fujinami Gushken, Silvia M. Cury Ismael

INTRODUÇÃO

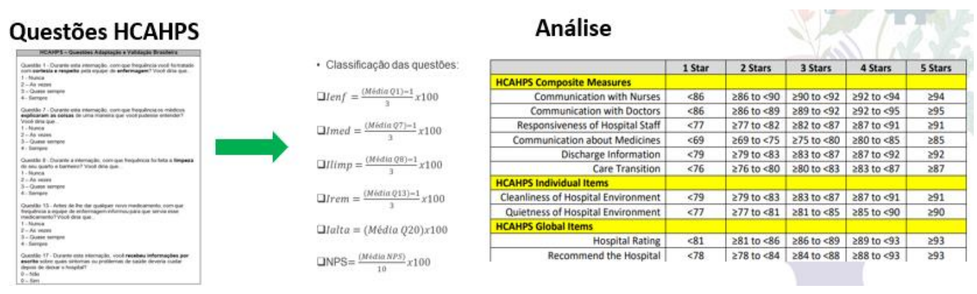
A prestação de cuidados deve respeitar e responder às preferências e necessidades dos pacientes, promovendo uma experiência positiva. O Instituto *Beryl* define a experiência do paciente como “a soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções dos pacientes em todo processo de atendimento”, sendo baseada no tripé ambiente, processos e pessoas. Permanece como desafio a mensuração da experiência de modo que ela possa produzir melhorias no cuidado. O objetivo do presente trabalho é apresentar o estudo piloto da adoção do sistema de classificação por estrelas na avaliação da experiência do paciente no Hcor a partir de questões do HCAHPS®.

METODOLOGIA

Após a delimitação do problema, foi realizada a análise de causa via **Diagrama de Ishikawa** (Figura 1). Posteriormente, foi elaborado o Plano de Ação para cada causa identificada, de acordo com a Metodologia **5W3H,** sendo estruturado o Estudo Piloto de utilização do questionário HCAHPS® com a metodologia *star rating* de apresentação de resultados.

Figura 1. Diagrama de Ishikawa para identificação de causa raiz.

O questionário HCAHPS® possui 31 itens, contudo para o estudo piloto foram selecionadas cinco questões contemplando **Comunicação com Enfermeiros**, **Comunicação com Médicos**, **Comunicação sobre medicamentos, Informações de Alta,** além do acompanhamento do NPS (*Net Promoter Score*). As questões do HCAHPS® foram incluídas na pesquisa de satisfação enviada aos pacientes da Radioterapia, Pronto-Socorro e Unidade de Internação, enviadas 24h após a utilização desses serviços. Os dados foram analisados mensalmente de acordo com as orientações do CMS (*Centers for Medical & Medicaid Services*) e apresentados através do indicador “Índice de Experiência Hcor”. A Figura 2 apresenta, de modo resumido, o processo de análise das informações.



	1 Star	2 Stars	3 Stars	4 Stars	5 Stars
HCAHPS Composite Measures					
Communication with Nurses	<86	≥86 to <90	≥90 to <92	≥92 to <94	≥94
Communication with Doctors	<86	≥86 to <89	≥89 to <92	≥92 to <95	≥95
Responsiveness of Hospital Staff	<77	≥77 to <82	≥82 to <87	≥87 to <91	≥91
Communication about Medicines	<69	≥69 to <75	≥75 to <80	≥80 to <85	≥85
Discharge Information	<79	≥79 to <83	≥83 to <87	≥87 to <92	≥92
Care Transition	<76	≥76 to <80	≥80 to <83	≥83 to <87	≥87
HCAHPS Individual Items					
Cleanliness of Hospital Environment	<79	≥79 to <83	≥83 to <87	≥87 to <91	≥91
Quietness of Hospital Environment	<77	≥77 to <81	≥81 to <85	≥85 to <90	≥90
HCAHPS Global Items					
Hospital Rating	<81	≥81 to <86	≥86 to <89	≥89 to <93	≥93
Recommend the Hospital	<78	≥78 to <84	≥84 to <88	≥88 to <93	≥93

Figura 2. Processo de análise das informações colhidas pelo HCAHPS® de acordo com as recomendações do CMS.

RESULTADOS

Os dados apresentados referem-se ao período de Março à Setembro de 2022. Em média, 842 usuários/mês responderam à pesquisa, o que equivale à 14% das pesquisas enviadas, sendo: 39 usuários/mês na Radioterapia, 610 usuários/mês no Pronto-Socorro e 190 usuários/mês na Unidade de Internação. Com relação ao perfil, 52% eram do sexo feminino, com idade média de 59,2 anos. A Figura 3. apresenta a Planilha de Gestão do Índice de Experiência, utilizada para o acompanhamento das informações relativas à experiência nas diferentes portas e dimensões do HCAHPS®.

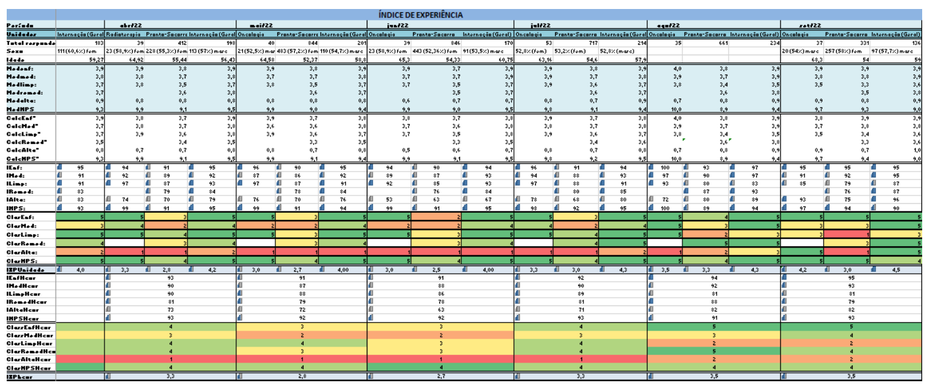


Figura 3. Planilha de Gestão do Índice de Experiência do Hcor.

A Figura 4. apresenta a evolução do Índice de Experiência global do Hcor e de acordo com as portas analisadas (Radioterapia, Unidade de Internação e Pronto Socorro) ao longo desse período. De modo geral, apesar das flutuações nos números absolutos, a classificação das unidades e global, em estrelas, oscilou entre 3 estrelas (≥2,5 a <3,5 pontos) e 4 estrelas (≥ 3,5 a <4,5 pontos).

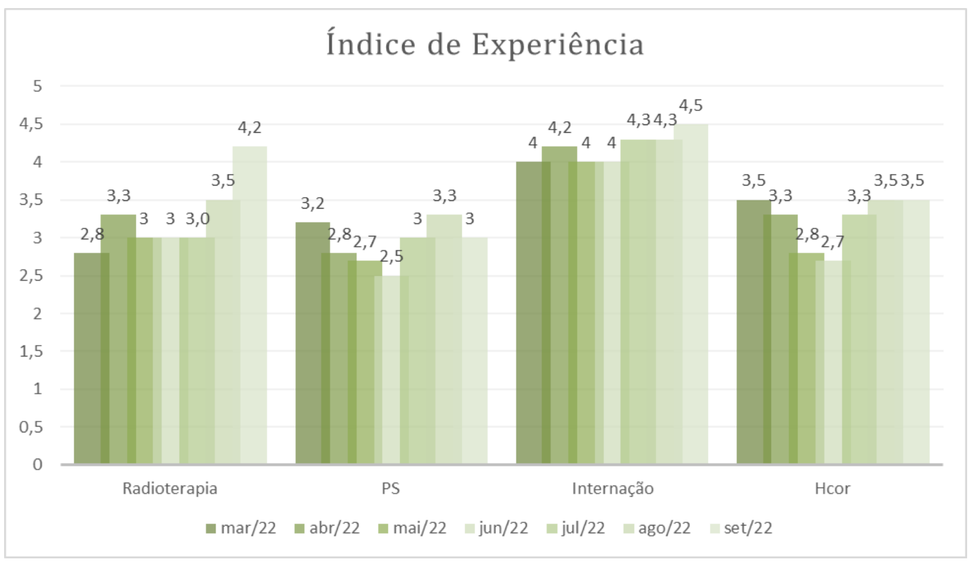


Figura 4. Evolução do Índice de Experiência do Hcor, global e por áreas (Radioterapia, Pronto-Socorro e Unidade de Internação).

Do mesmo modo, é possível acompanhar a evolução por questão do HCAHPS®, conforme apresentado na Figura 5. Em média, a classificação final de Comunicação com Enfermeiros e a Comunicação sobre as medicações recebidas durante a internação obtiveram a classificação final de 4 estrelas. A classificação média da Limpeza ficou em 3 estrelas. Comunicação com médicos e Orientações de alta evidenciaram-se como pontos críticos, com classificações médias de 2 e 1 estrela, respectivamente.

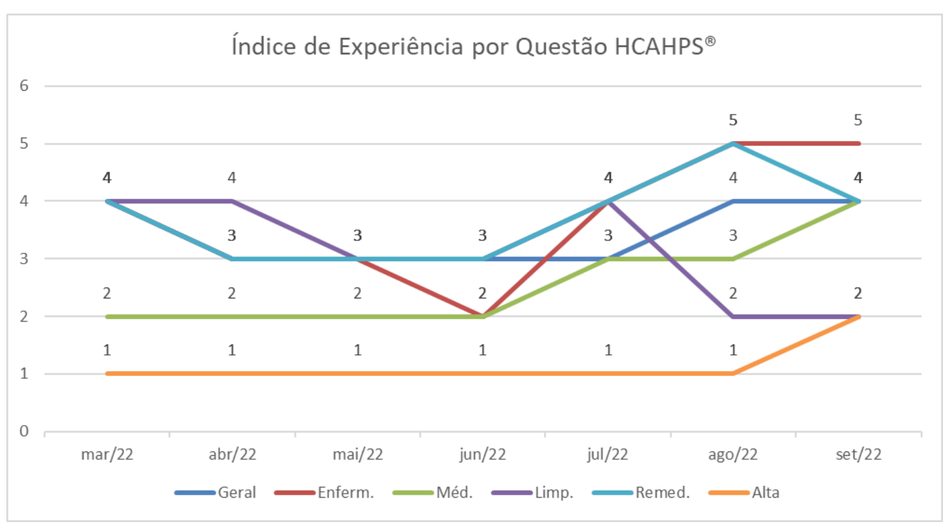


Figura 5. Evolução do Índice de Experiência do Hcor de acordo com as questões do HCAHPS®.

A comunicação dos Índice é realizada em boletim institucional, conforme apresentado na Figura 6. Além da divulgação dos dados globais, são realizados boletins direcionados para unidades e reuniões com as lideranças para desenvolvimento de planos de ação a partir dos resultados.

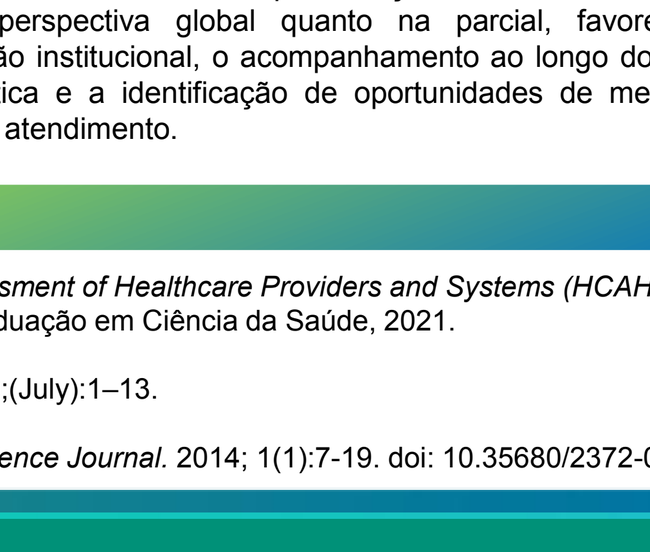


Figura 6. Boletim do Índice de Experiência do Hcor.

CONCLUSÕES

A adoção de parte das questões do HCAPHS® configurou-se viável e atingiu os objetivos esperados. O sistema de classificação por estrelas mostrou-se efetivo na apresentação do Índice de Experiência, tanto na perspectiva global quanto na parcial, favorecendo a comunicação institucional, o acompanhamento ao longo do tempo, a análise crítica e a identificação de oportunidades de melhoria por unidade de atendimento.

REFERÊNCIAS

Amorim, Fernanda Helena Martinelli. *Adaptação transcultural do questionário Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) para utilização no Brasil.* Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pós-Graduação em Ciência da Saúde, 2021.

HCAHPS Star Rating. Technical Notes for HCAHPS Star Ratings. *Agency Heal Res Qual.* 2019;(July):1–13.

Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal.* 2014; 1(1):7-19. doi: 10.35680/2372-0247.1004.

EXPERIÊNCIA DE CENTRO REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE

Laura D. Carraro, Alexandre M. Abla, Marisa M. Regenga, Carlos Alberto C. Hossri

INTRODUÇÃO

Os benefícios da reabilitação cardiovascular (RCV) demonstram redução da morbimortalidade cardiovascular, taxa de hospitalização e ganho de qualidade de vida, justificando a enfática recomendação das sociedades médicas.

RCV é dividida em fases 1, 2, 3 e 4. Sendo a fase 2 pós alta hospital. O serviço de RCV do Hcor atende fases 2 e 3.

A classificação do perfil de risco deve ser determinada pela experiência do serviço e por reavaliações subsequentes.

METODOLOGIA

Após o encaminhamento médico e realização de teste cardiopulmonar o paciente é submetido a avaliação fisioterapêutica onde são realizadas avaliação funcional, estratificação do risco de queda (com testes de força e equilíbrio), testes submáximos (teste de caminhada de 6 minutos e teste de sentar e levantar) junto do questionário de qualidade de vida (QV).

A estratificação de complexidade do paciente foi elaborada para garantir os cuidados individualizados para cada paciente, melhor disposição física do setor, dos profissionais envolvidos e fluxogramas de acionamento e atendimento em casos de emergência.

Utilizando como critérios de estratificação a etiologia, história do paciente, avaliação clínica, laboratorial, imagem, VO2 pico e acionamento de dispositivos implantáveis (CDI) durante o exercício.

Esses pacientes recebem identificação visual em prontuário (de acordo com o grau de complexidade), fazendo uso aparelhos pré-determinados (com faixas adesivas coloridas), visando facilitar acesso e manipulação em caso de evento adverso.

Após avaliação inicial são definidos plano terapêutico, meta de cuidado a longo prazo e meta a curto prazo, sendo esta, reavaliada a cada 8 sessões para progressão da terapia.

Para o auxílio da progressão da terapia foram disponibilizados cartões contendo a escala de Borg (classificação da percepção subjetiva do esforço) em todos os aparelhos, a fim de facilitar a familiarização com a mesma, proporcionando maior segurança na progressão dos exercícios.

Realizado mensalmente indicador de instabilidade, pontuando o número de sessões, perfil de complexidade, tipo de resposta (aceitável ou não aceitável) e as intercorrências (arritmia, hipotensão, náusea, sudorese, não recuperação da frequência cardíaca e pressão arterial pós esforço, queda e angina). Considerando resposta aceitável até 3%.

CARDIOPATAS ALTA COMPLEXIDADE	**Pelo menos 1** das condições relacionadas	FC basal ≥ 100 bpm					
		Estenose Aortica					
		Cardiomiopatia Hipertrófica					
	Pelo menos 2 das condições relacionadas	Níveis plasmáticos de NT-proBNP ≥1000 (na ausência de causas não cardíacas	PA < 90x60mmHg	Caquexia (↓20% do peso nos últimos 6 meses)	Fadiga em repouso ou com esforço mínimo	Pelo menos 2 internações nos últimos 6 meses	Choque no CDI
	Pelo menos 3 das condições relacionadas	Creatinina >1,5 mg/dL	Congestão pulmonar e / ou sistêmica	Hipoperfusão periférica	ECO:HP>50mmHg	ECO: disfunção VD	Hipoperfusão periférica
		Baixo débito (sudorese, enjoo, sensação de empachamento)	VO2 máx <12 a 14mLkg-1 min-1 para idade ≥70a	Incapacidade de exercício	Cansaço a médios esforços. Necessita de intervalos entre os ex.	Distância 6MWT≤300mts	Arritmia Aguda (bigeminismo, Trigeminismo, FA, Taqui-supra ou outras)
		Arritmia cronica (bigeminismo, Trigeminismo, FA , Taqui-supra ou outras)					
PNEUMOPATAS ALTA COMPLEXIDADE	**Pelo menos 1** das condições relacionadas	Indice BODE – classificação III / IV					
		Espirometria abaixo de 40% da CI					
		Limitação do fluxo aéreo (VEF1<30% do previsto)					
		Cor Pulmonale					
		Sat abaixo de 80% em aa (necessidade de utilização contínua de O_2)					
		ECO: disfunção VD					
		Câncer de pulmão					
		Insuficiência respiratória					

Escore de estratificação de risco para os pacientes de ALTA COMPLEXIDADE.

PACIENTE	data de início	sessões/mês (n)	arritmia (esforço)	hipotensão(esforço)	náusea (esforço)	tontuta (esforço)	sudorese excessiva	queda	não recup. FC/PA pós-treinamento	sincope	angina	complexidade	Indice de interc. (%)	Intercorrências:
			1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	3,0	0,5	1,5	1,5			comp. NORMAL - aceitavel se indice < 0,2 comp. ALTA - aceitavel se indice < 0,5

Pontuação de eventos adversos devido a gravidade do evento.

RESULTADOS

Foi realizado levantamento dos indicadores nos últimos 3 meses. Obtendo os seguintes dados.

Maio: Realizados 349 atendimentos – 72 pacientes

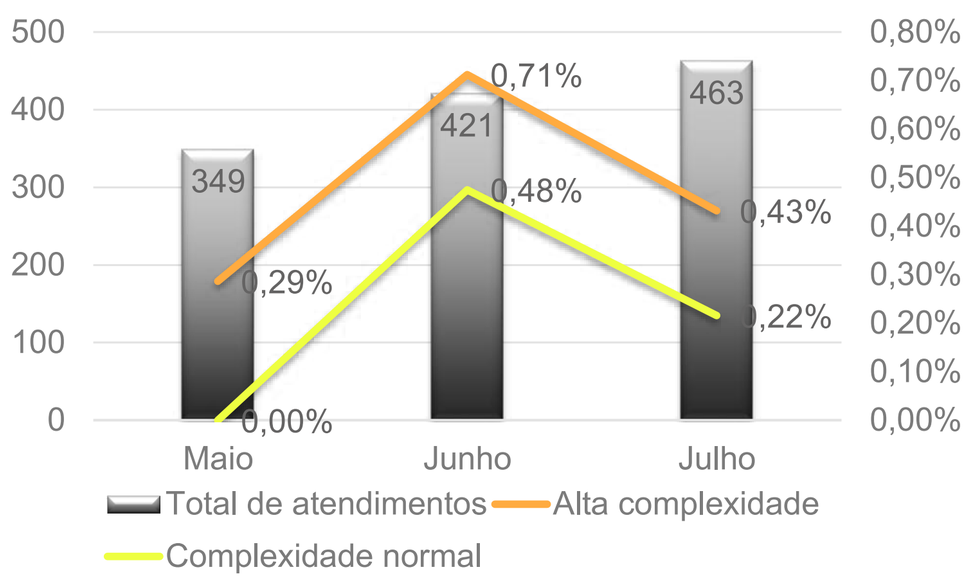
Totalizando 1% de intercorrência (1 paciente de alta complexidade)

Junho: Realizados 421 atendimentos – 86 pacientes

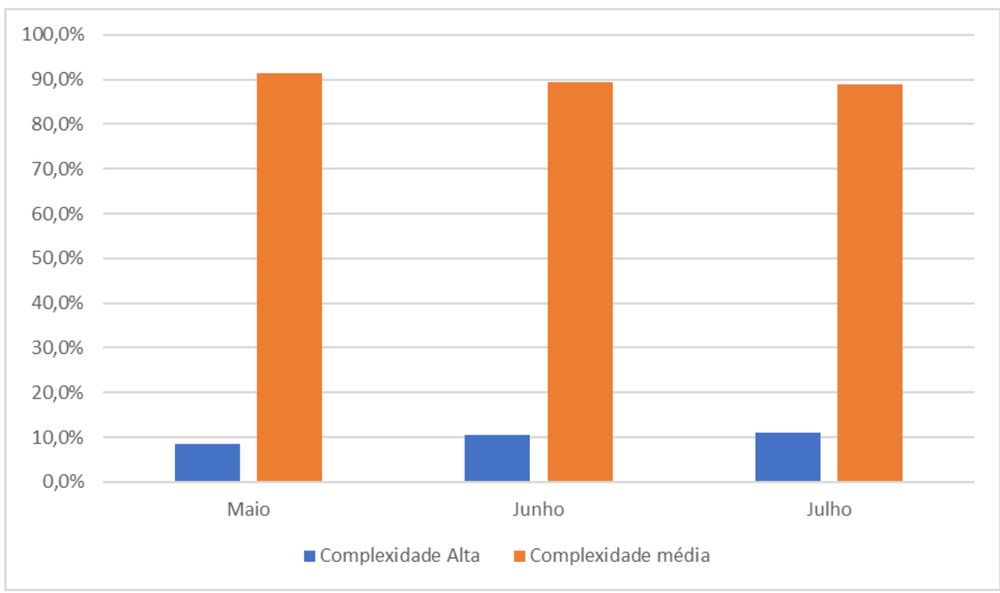
Totalizando 2% de intercorrência (2 pacientes de complexidade normal e 3 de alta complexidade)

Julho: Realizados 463 atendimentos – 91 pacientes

Totalizando: 2% de intercorrência (2 pacientes de alta complexidade e 1 paciente de complexidade normal)



Total de atendimentos e as porcentagens de eventos em pacientes de complexidade normal e alta.



Porcentagem de pacientes de alta e média complexidade.

CONCLUSÕES

A estratificação de pacientes de alta complexidade garante maior acessibilidade, segurança e eficácia da terapia de RCV, visando atingir as metas estabelecidas, permitindo a progressão dos exercícios, obtendo melhora da capacidade funcional, redução dos sintomas e melhora da QV, mantendo foco na segurança do paciente associado a baixos índices de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

Chen MJ, Fan X, Moe ST. Criterion-related validity of the Borg ratings of perceived exertion scale in healthy individuals: a meta-analysis. J Sports Sci 2002;20:873-99.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81

Maron BJ, McKenna WJ, Danielson GK, Kappenberger LJ, Kuhn HJ, Seidman CE, Shah PM, Spencer WH III, Spirito P, Ten Cate FJ, Wigle ED, for the Task Force on Clinical Expert Consensus Documents, American College of Cardiology; Committee for Practice Guidelines, European Society of Cardiology. American College of Cardiology/European Society of Cardiology clinical expert consensus document on hypertrophic cardiomyopathy: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol**. 2003; *42*: 1687–1713.

Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NA III, Freedman RA, Gettes LS, Gillinov AM, Gregoratos G, Hammill SC, Hayes DL, Hlatky MA, Newby LK, Page RL, Schoenfeld MH, Silka MJ, Stevenson LW, Sweeney MO, Smith SC Jr, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Faxon DP, Halperin JL, Hiratzka LF, Hunt SA, Krumholz HM, Kushner FG, Lytle BW, Nishimura RA, Ornato JP, Page RL, Riegel B, Tarkington LG, Yancy CW, for the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices), American Association for Thoracic Surgery, Society of Thoracic Surgeons. ACC/AHA/HRS 2008 guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. **J Am Coll Cardiol**. 2008; *51*: e1–e62

EXPERIÊNCIA EXITOSA: INDICADORES DE ADESÃO AO PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

PAULA LEITE DUTRA, HELEN MARTINS VALENTIM, NATASHA CORALLES LAPS

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar para a melhora da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. A criação do protocolo institucional de CP, tem como proposta auxiliar na identificação dos pacientes internados que sejam portadores de doenças ameaçadoras à vida e/ou com tempo de vida limitado e proporcionar um cuidado centrado nas suas necessidades. Tendo como principais objetivos melhorar a assistência aos pacientes com indicação de CP iniciando o acompanhamento precocemente, conhecer o perfil dos pacientes atendidos, estruturar indicadores para acompanhamento e tomada de decisão baseadas em evidências para melhor atender os pacientes.

METODOLOGIA

Criação de um relatório eletrônico, com coleta de dados a partir de 2021, aplicação da escala de performance paliativa (PPS), tempo entre internação e primeira avaliação, tempo entre internação e o desfecho, tempo de permanência e demais dados de interesse. As avaliações são registradas em documento eletrônico do paciente pelo médico responsável. Criação de um grupo para discussão do protocolo e seus indicadores também foi estabelecido, com reuniões permanentes mensais.

RESULTADOS

Em 2021, foram 407 pacientes incluídos. O tempo médio entre avaliação e o desfecho foi de 10,11 dias e entre internação e avaliação foi de 9,77 dias. Já em 2022, até o mês de julho, foram registradas 291 entradas. O tempo entre a internação e primeira avaliação mostra-se mais precoce, 5,90 dias (Gráfico 1), e o tempo entre avaliação e desfecho em 7,98 dias, conforme demonstrado no Gráfico 2.

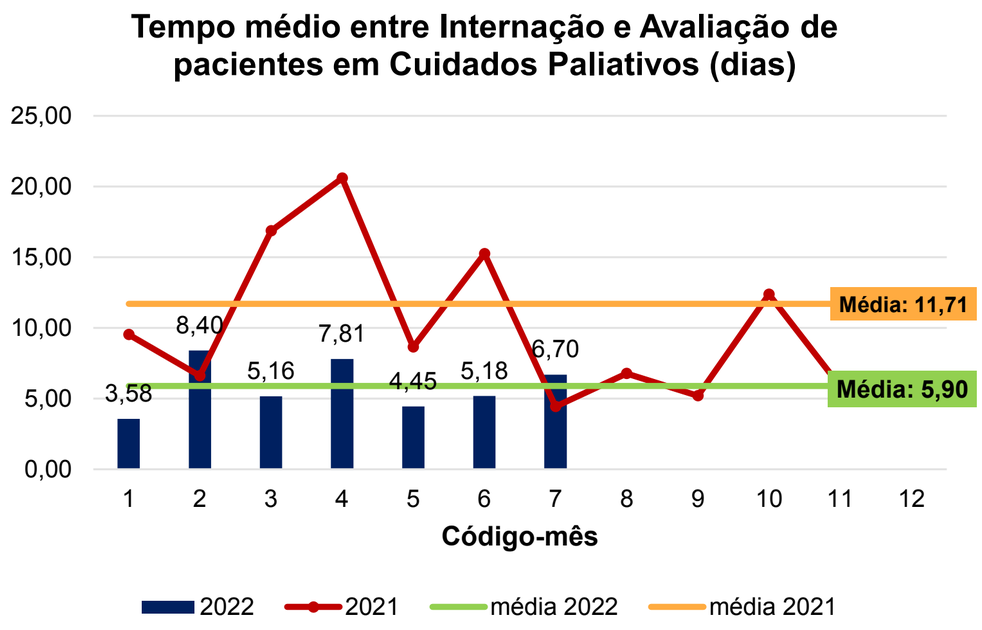


Gráfico 1. Tempo médio entre a internação e a primeira avaliação de CP, conforme histórico mensal dos anos de 2021 e julho de 2022.

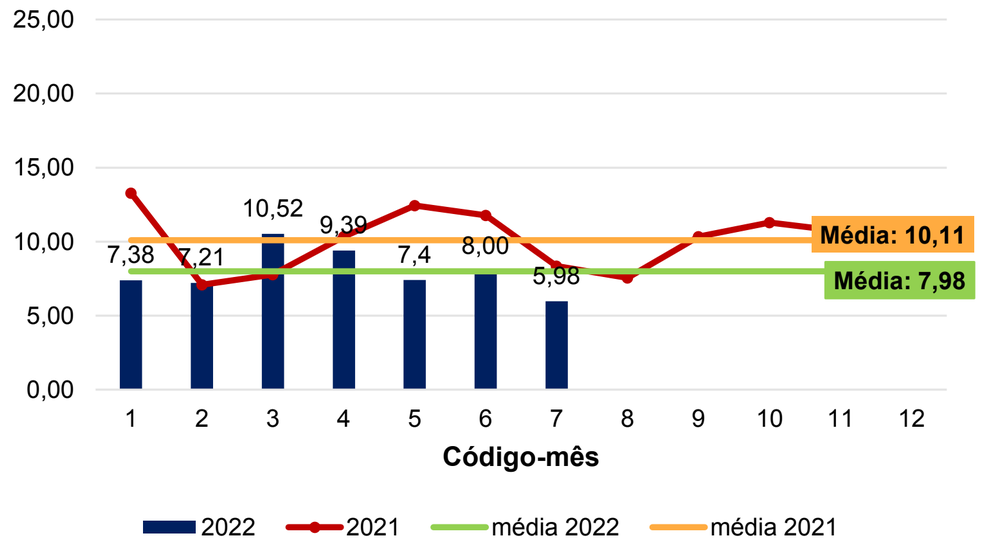


Gráfico 2. Tempo médio entre a primeira avaliação de CP e o desfecho hospitalar, conforme histórico mensal dos anos de 2021 e julho de 2022.

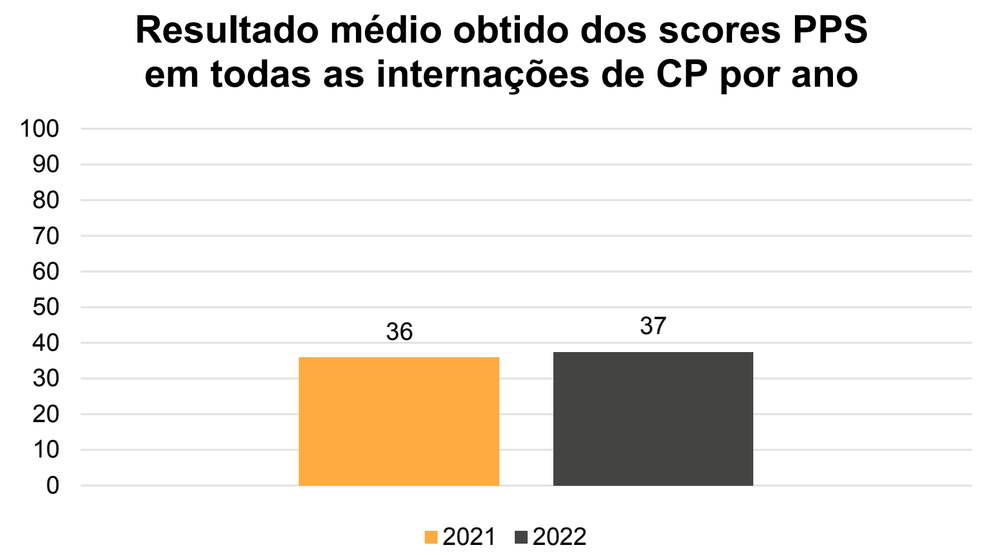


Gráfico 3. Representativo de scores PPS na totalidade de entradas de CP dos anos de 2021 e até julho de 2022.

A média de idade dos pacientes foi 80 anos e do PPS 30-40% (Gráfico 3), sendo em torno de 77% dos pacientes com PPS menor ou igual a 50% (Gráfico 4).

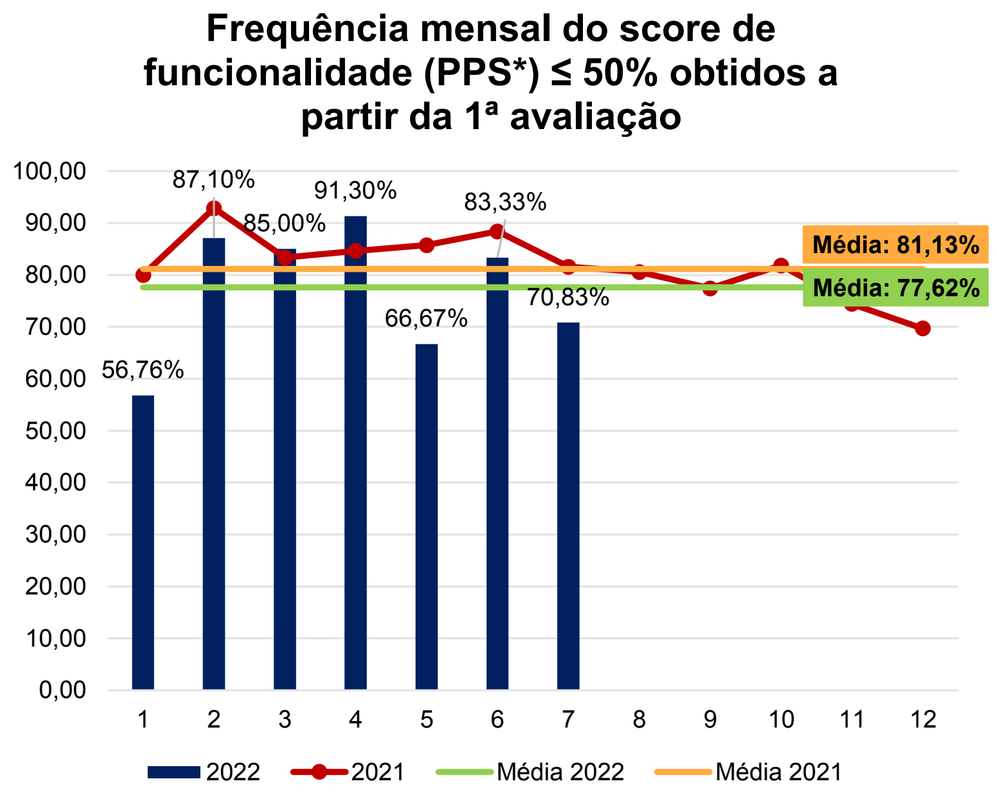


Gráfico 4. Representativo de pacientes com scores de funcionalidades menores ou iguais à 50% na totalidade de entradas de CP, com histórico mensal dos anos de 2021 e até julho de 2022.

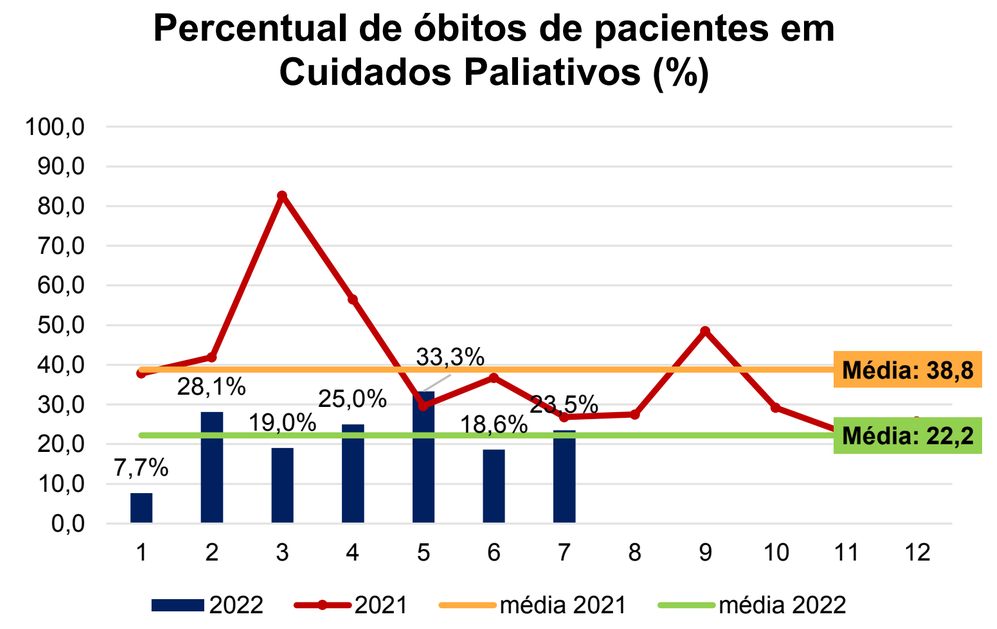


Gráfico 5. Percentual de óbitos com histórico mensal dos anos de 2021 e até julho de 2022.

CONCLUSÕES

Os resultados mostram um melhor direcionamento das equipes frente às propostas do protocolo com avaliação mais precoce do serviço de CP. Através dos dados obtidos, percebemos um número cada vez maior de pacientes incluídos, tempo menor de acionamento e até o desfecho. Mesmo com um perfil de pacientes idosos e com baixa funcionalidade, a grande maioria dos pacientes recebe alta hospitalar. Identificar os pacientes internados que necessitam de CP permite melhor qualidade de atendimento, maior conhecimento do plano terapêutico proposto pela equipe multidisciplinar, gerando mais valor para o paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 60p.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life S. d.
3. WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life WHO. England. 2014

FAST TRACKING CIRÚRGICO: JORNADA CIRÚRGICA ATÉ O DESFECHO CLÍNICO

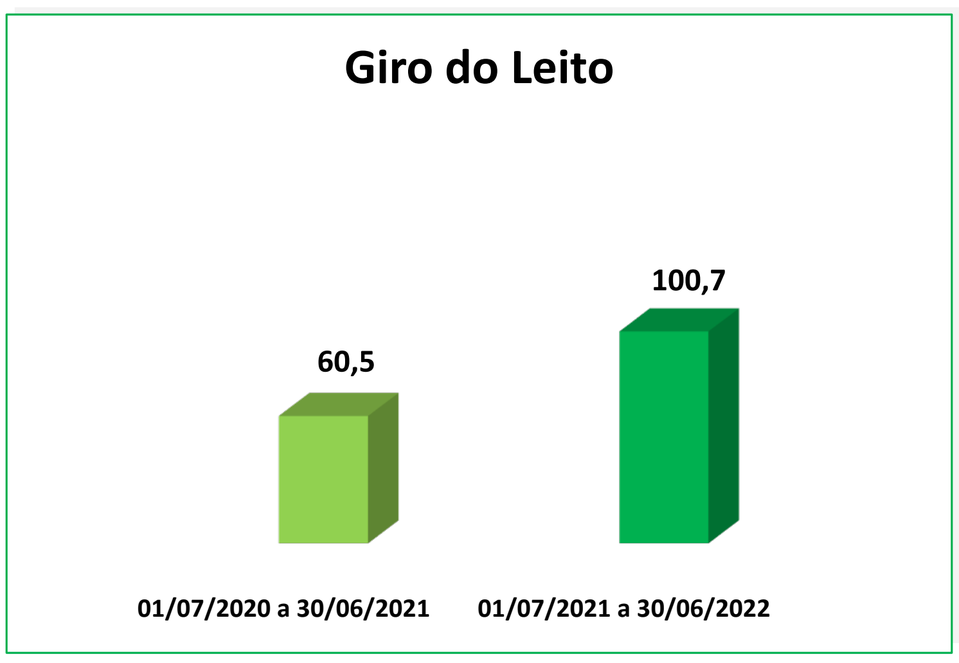
Edilene Domingues Diniz, Sued Rodrigues de Lima, Priscila Faria de Oliveira, Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro

INTRODUÇÃO

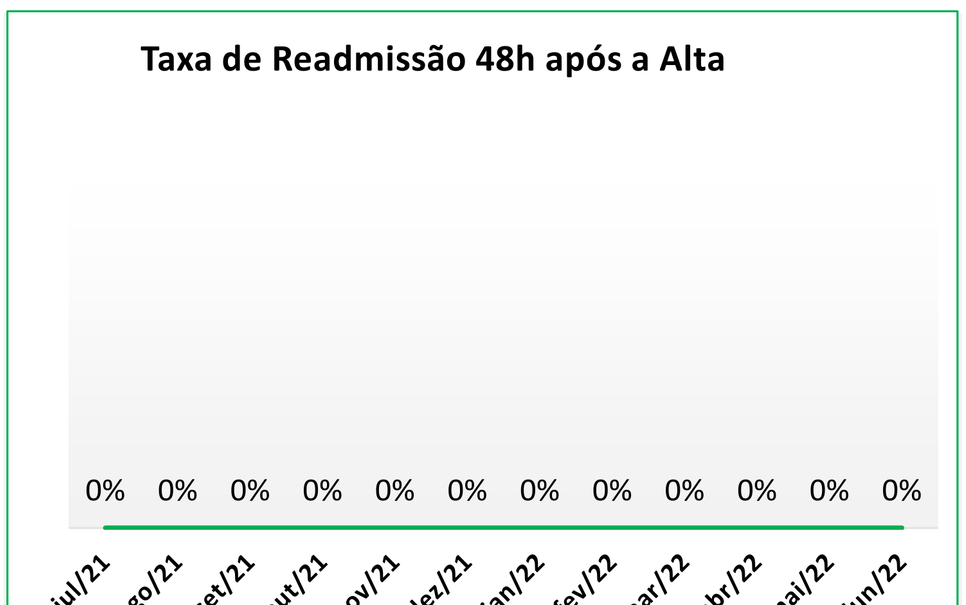
A saúde brasileira está passando pelo desafio da sustentabilidade necessitando de gestão de custos e melhor qualidade assistencial. As internações cirúrgicas possibilitam maior receita para os hospitais, desde que tenha a coordenação do cuidado, com previsibilidade dos custos e entrega de valor ao paciente.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, perspectiva metodológica narrativa, por se tratar de um relato de experiência. Realizado em um hospital filantrópico, de grande porte, alta complexidade, com grande volume de procedimentos cirúrgicos. Ocorreu a padronização da linha de cuidados cirúrgica, padronização da equipe responsável, protocolos, diretrizes clínicas da jornada do paciente, assim como das informações necessárias para a qualidade das informações, propiciando a identificação de pacientes cirúrgicos de baixa complexidade, com baixo risco para alta segura a partir de 5h após o procedimento cirúrgico e posteriormente, padronização do monitoramento clínico até o desfecho e avaliação da experiência do paciente. O período desde a confecção do projeto até a implantação foi de fevereiro de 2021 a julho de 2021.
Para a implantação do *Fast Tracking* cirúrgico foi definida uma estrutura mínima de processos, sendo eles DRG, regulação clínica, monitoramento após alta e a governança clínica.



Análise comparativa do indicador giro de leito no período de 01/01/2020 a 30/06/2021, com a implantação do Fast Tracking cirúrgico nos andares que atendem as demandas do fluxo, sendo o total de 44 leitos no período de 01/07/2021 a 30/06/2022.

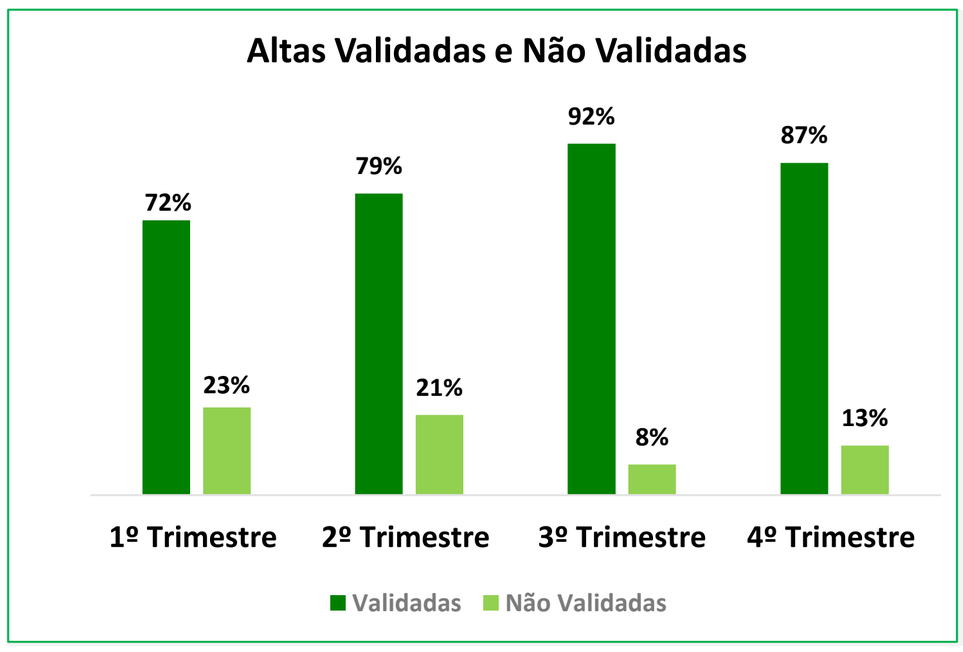


Este indicador reflete o número de pacientes com altas validadas e readmitidos em 48h após alta hospitalar.
Do total de 528 pacientes com altas validadas não ocorreram readmissões em até 48h.

RESULTADOS

528 pacientes foram inseridos no fluxo do *Fast Tracking* Cirúrgico. Destes, 55% são do sexo feminino e 45% masculino. O total de 87% dos pacientes elegíveis tiveram as altas validadas com todos os parâmetros de alta segura estabelecidos pelo fluxo do *Fast Tracking* Cirúrgico e 13% não tiveram a alta validada por fatores relacionados a condição clínica, fator social, ou intercorrência no fluxo operacional. Referente ao tipo de anestesia, 55% dos pacientes foram submetidos a anestesia geral, 23,7% raqui anestesia, 20% anestesia local ou sedação e 1,3% anestesia peridural. A taxa de readmissão em até 48h foi de 0% e a taxa de satisfação medida por entrevista em telemonitoramento até 48h após a alta, foi de 100%. No período de 01/07/2020 a 30/06/2021, que antecede a implantação do programa, evidenciamos um giro de leito de 60,5. Entre 01/07/2021 a 30/06/2022, observamos um giro de leito de 100,7 para os mesmo setores que atendem as demandas do *Fast Tracking* Cirúrgico, o que corresponde a um aumento de 66,4% deste indicador.

Número de procedimentos realizados com adesão ao Fast Tracking Cirúrgico, de julho 2021 a setembro de 2022. Crescimento de 12 vezes quando comparado o primeiro trimestre de 2021 com o primeiro trimestre de 2022.



Percentual de pacientes com critérios de alta segura que tiveram a sua alta validada pela equipe responsável pelo monitoramento do fluxo.

CONCLUSÕES

A implantação *do Fast Tracking* cirúrgico possibilitou o aumento do giro do leito sem perder a qualidade assistencial, sendo possível internar dois pacientes no mesmo leito em 24h. Os protocolos implantados durante toda a jornada do paciente e envolvimento das partes interessadas foram fundamentais para melhores resultados e experiência dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. VIANA, C. S. O papel da auditoria nas instituições hospitalares. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2019;04(11):05-20. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/papel-daauditoria>. Acesso em: 04 agost.2022.
2. CLINICAL AUDIT SUPPORT CENTRE [internet]. What is Clinical Audit.Leicester, 2018. Disponível em: < http://www.clinicalauditsupport.com/what-is-clinicalaudit.html>. Acesso em: 04 agost.2022.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002 (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf>. Acesso em: 05 agos.2022.
4. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008 (Publicada no D.O.U. de 21 de novembro de 2008, Seção I, p. 271). Disponível em:< https://brascrs.com.br/src/uploads/2021/06/resolucao-cfm-no-1886-de-2008-%E2%80%93-cirurgias-de-curta-permanencia-de-internacao.pdf>. Acesso em: 05 agos.2022

FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA O COMPARTILHAMENTO ADEQUADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES E CTI

Daniel Magalhães Nicodemos, Solange Maria Lobo de Oliveira, Tâmara de Oliveira Brandão, Vinicius Vicente de Souza Silva

INTRODUÇÃO

No âmbito empresarial, se faz necessário a otimização de custos visando a sustentabilidade das organizações. Dentre os custos de uma empresa de prestação de serviços, o capital humano representa aproximadamente 34% do total dos custos existentes, sendo este o de maior destaque em função dos demais.

A partir deste cenário, diariamente lideranças são desafiadas a atuarem com equipes cada vez mais enxutas, sem perder o padrão e qualidade nos serviços prestados. Tal gestão reforça a necessidade de ampliar a produtividade do recurso disponível, que pode ocorrer por meio de automatização, treinamentos direcionados, revisão de processos, compartilhamento de tarefas, dentre outros, sem deixar de lado a necessidade de manter a equipe motivada e apta para entregar os resultados esperados.

O compartilhamento de pessoal em atividades afins, se torna um diferencial competitivo, que a partir de capacitações e remanejamentos adequados, viabilizam a otimização de custos e proporcionam a entrega de serviços com qualidade, sem impactar negativamente.

METODOLOGIA

Construção de uma solução tecnológica que reúne em uma mesma interface habilidades de atuação dos colaboradores presentes na empresa (certificada a partir de treinamentos e avaliações já realizadas) e pacientes internados, a partir destes dados, a ferramenta relaciona a necessidade em função da demanda no momento, considerando habilidades dos colaboradores disponíveis.

A ferramenta desenvolvida também prevê a demanda para os próximos dias, através de análise de regressão linear e ferramenta de deep learning, o que possibilita identificar antecipadamente os recursos necessários para este período em uma rede de saúde.

RESULTADOS

A ferramenta teve sua primeira versão disponibilizada para operação ao final de julho/2022. Os dados disponíveis na plataforma foram validados e acompanhados pelos responsáveis técnicos da rede hospitalar, e vem se apresentando 100% assertiva quanto aos dados de demanda e oferta para o dia atual.

As informações referentes a previsão de demanda e recursos disponíveis em função de produção do momento, possibilitaram otimizar nos 3 primeiros meses R$52.140,18 em custo com pessoal conforme demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Economia alcançada através da ferramenta nos 3 primeiros meses pela otimização de custos extras com pessoal.

Imagem 1: visualização de previsão de demanda disponível na ferramenta de tecnologia desenvolvida

Além dos responsáveis técnicos, a ferramenta vem sendo monitorada por um enfermeiro. Este atuou ativamente no desenvolvimento de técnicos de enfermagem, que foram certificados conforme habilidades aperfeiçoadas para atuar nos setores de UTI Adulto, UTI Pediátrica, Unidades de Internação e pacientes oncológicos internados.

O desenvolvimento dos técnicos demonstrou ser de suma importância para garantir a segurança assistencial e possibilitar a otimização de custos alcançada até o presente momento.

O gráfico abaixo demonstra a quantidade de colaboradores certificados para atuar em cada setor até setembro/22.

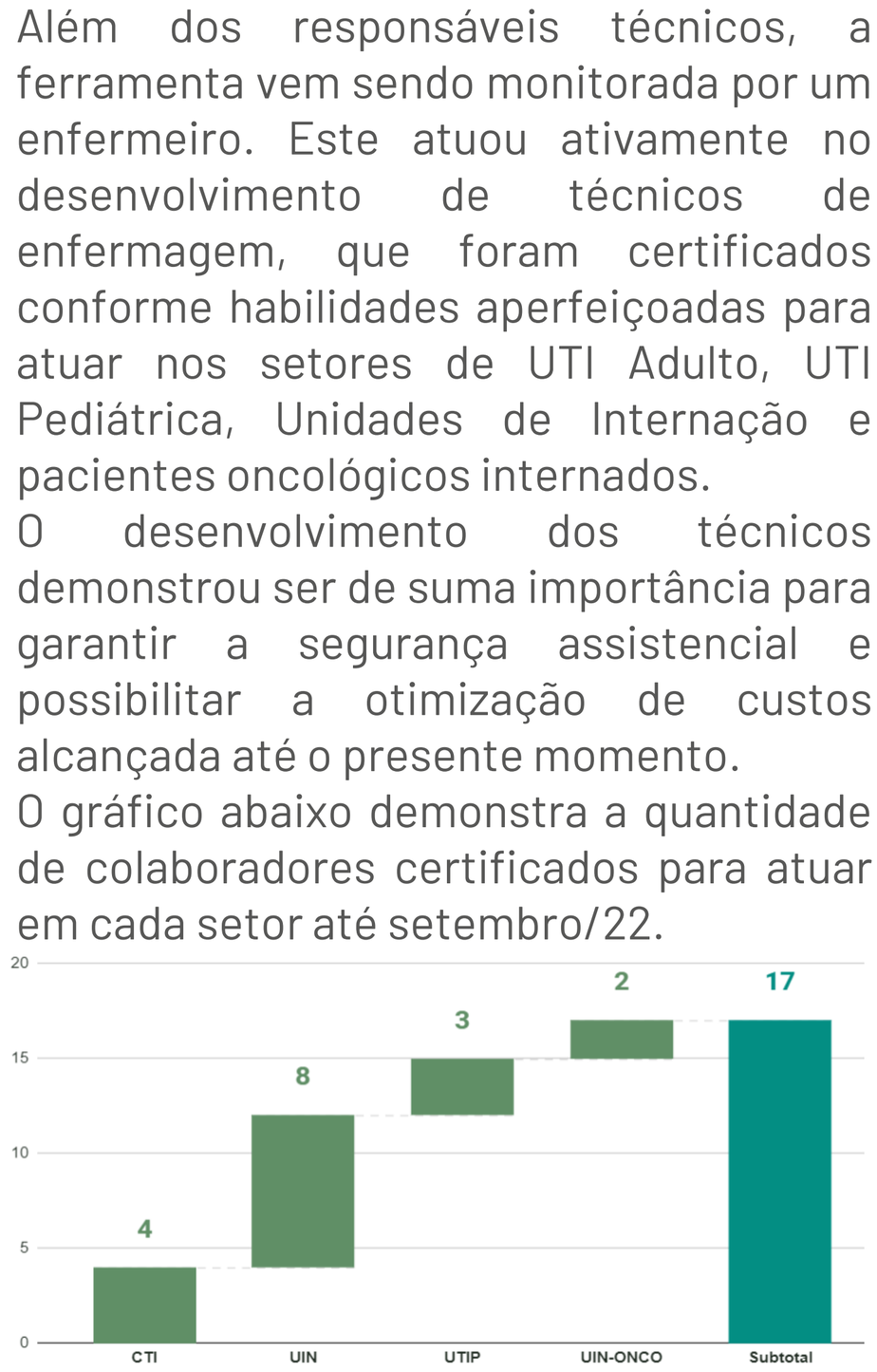


Gráfico 2: Técnicos de Enfermagem certificados por setor

CONCLUSÕES

A ferramenta mostrou-se útil, de fácil operacionalização e eficaz para compartilhar recursos disponíveis conforme as necessidades, mantendo as escalas assistenciais seguras e eficientes.

Para ampliar os resultados obtidos até o presente momento, faz-se necessário a continuidade no processo de certificação de colaboradores e extensão do projeto para outros setores da Rede Hospitalar.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

GERENCIAMENTO DE PROJETOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Angelo Barros Ferreira, Henrique Moraes Salvador Silva, José Henrique Dias Salvador, Nathália Ferreira Marques

INTRODUÇÃO

O crescimento de uma empresa leva os seus gestores a repensarem seu atual modelo de gestão, os processos existentes e os recursos disponíveis. Nesta transformação é necessária a execução de projetos, derivados da estratégia da organização, que permitem a criação e/ou o aumento do valor do negócio.

Os projetos podem se originar para implantar ou alterar estratégias de negócio, bem como para criar, melhorar ou corrigir produtos, processos ou serviços.

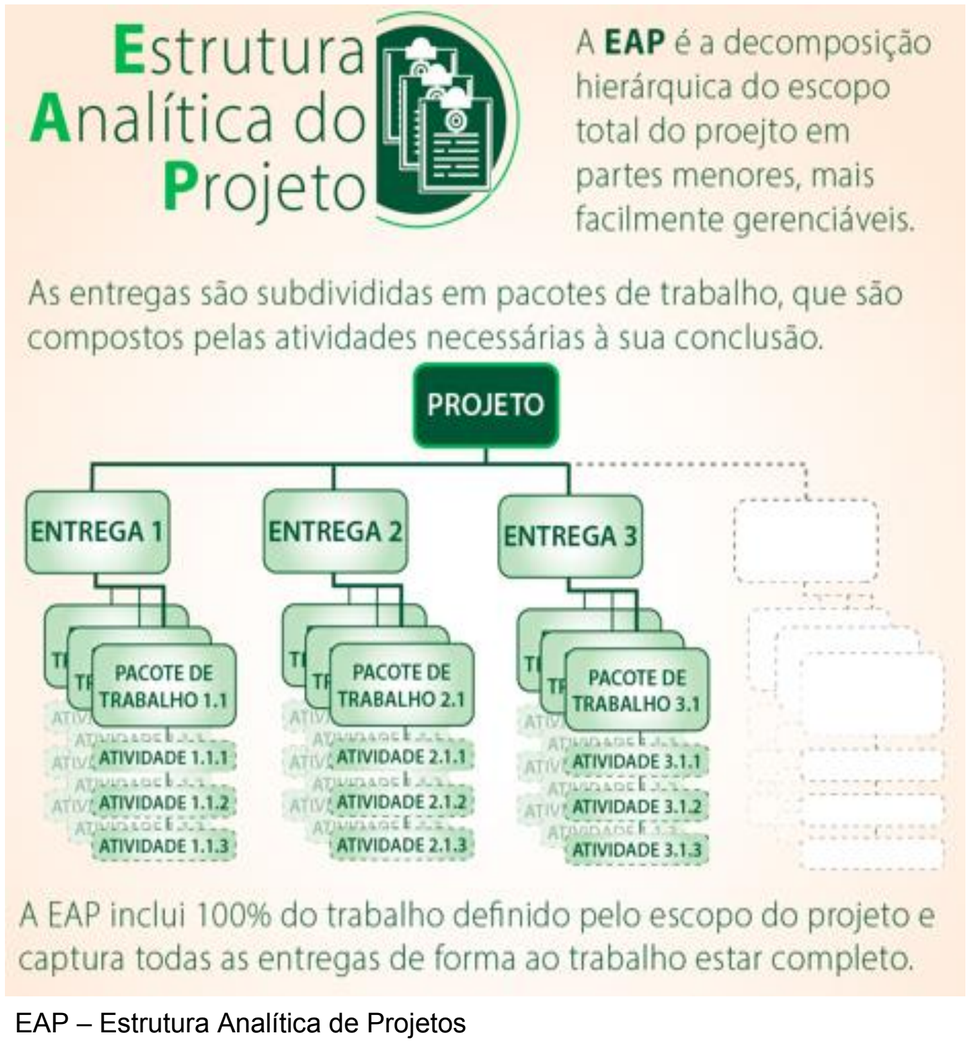
Segundo o PMI, gerenciamento de projetos é a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades do projeto afim de atender aos seus requisitos.

OBJETIVOS

A Rede Mater Dei de Saúde, pensando em um crescimento estruturado e perene, buscou reforçar o seu modelo de gestão, agregando conhecimentos e ferramentas de gerenciamento de projetos.

METODOLOGIA

O Mater Dei adotou algumas das melhores práticas de gerenciamento de projetos, para gerir seus projetos de novas unidades e para integrar os hospitais adquiridos. Utilizando da EAP – Estrutura Analítica de Projetos, a empresa delimita o escopo abrangente de cada projeto, decompondo-o em pacotes de trabalho e atividades. Trata-se de uma ferramenta essencial no planejamento e que contribui substancialmente no monitoramento e controle.



EAP – Estrutura Analítica de Projetos

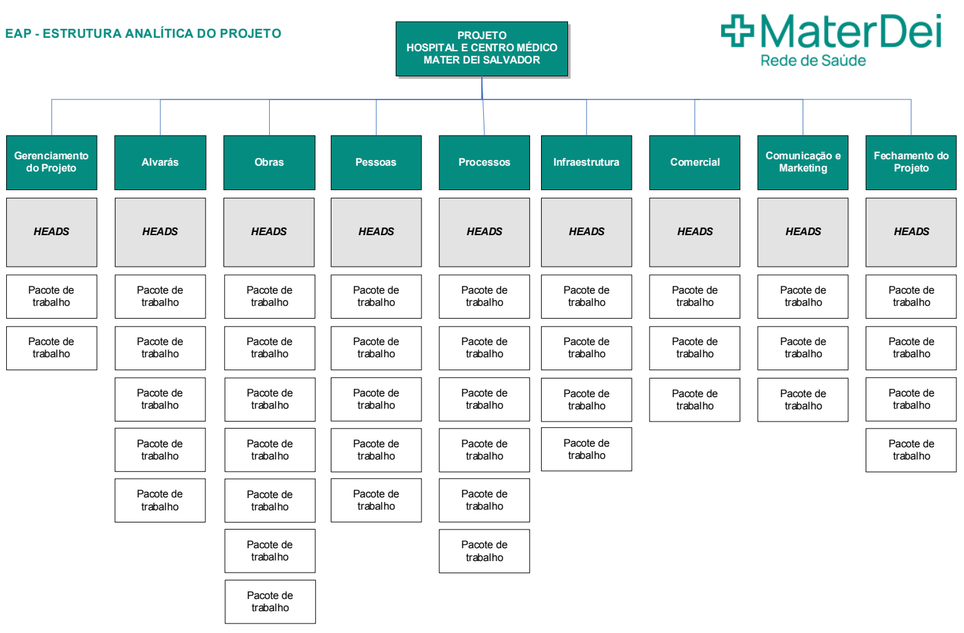


Ilustração sintética da EAP do Projeto do Hospital Mater Dei Salvador, abarcando os entregáveis desde as obras até o ram*p-up.*

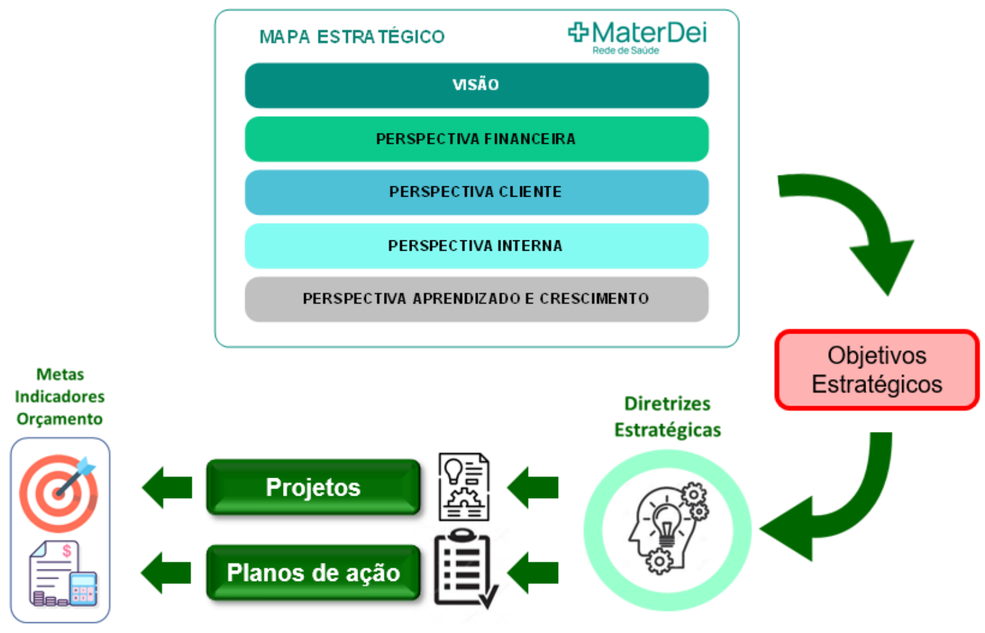
RESULTADOS

A Rede tem conseguido progressivamente bons resultados na gestão de seus projetos de expansão *greenfield*, tendo implantado a metodologia em 3 grandes projetos (Betim Contagem, Salvador e Nova Lima).

Mais recentemente tem utilizado a ferramenta em seus projetos *brownfield*, de integração de unidades hospitalares recém adquiridas (Porto Dias, Santa Genoveva, Premium, Emec e Santa Clara).

A complexidade da gestão destes projetos foi dirimida com a utilização da EAP. A organização consegue abarcar o extenso escopo de cada projeto e gerenciar com maior êxito o cronograma das atividades, com boa aderência dos *stakeholders* envolvidos na gestão e execução, devido a um melhor entendimento e visão holística do projeto.

Projetos *Greenfield* e *Brownfield* da Rede Mater Dei de Saúde



Alinhamento do mapa estratégico com os projetos

CONCLUSÕES

A adoção da metodologia de gerenciamento de projetos agrega valor à Instituição, subsidiando o processo de expansão de forma estruturada, seja ele através da implantação de uma nova unidade hospitalar ou da aquisição de novos hospitais.

Além disso contribui sobremaneira no alinhamento do mapa estratégico com as iniciativas para atingir os objetivos estratégicos da organização.

REFERÊNCIAS

Guia PMBOK, Sexta edição. Um Guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos/Project Management Institute.

GERENCIAMENTO DIÁRIO: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO APLICADA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Adriana Cicera Ribeiro, Juliana de Angelo Morás Marinho, Leoncio Batista Neto, Robson Carvalho de Santana

INTRODUÇÃO

O Hospital Ortopédico da AACD conta com Unidade de Terapia Intensiva mista (adulta e pediátrica) com estrutura física de 14 leitos que prestam assistência a pacientes após procedimentos cirúrgicos eletivos.

Promover eficiência ao processo de altas da UTI para unidade de internação é processo vital para maximizar o giro de leitos e minimizar atraso para admissão dos pacientes advindos do centro cirúrgico, que pode impactar na taxa de atraso cirúrgico. Tendo em vista que trata-se de UTI cirúrgica com média de permanência atual de 2,03 dia (dados de Janeiro a Julho de 2022) e portanto com médias de permanência bastante inferiores inclusive a dados americanos[1] carecíamos de um método que aliasse eficiência a execução de atendimentos de excelência e humanizados.

O Gerenciamento Diário (GD), ferramenta da metodologia Lean de excelência operacional, foi implementado em 2018 no microssistema clínico da Unidade de Terapia Intensiva AACD como estratégia para maior engajamento, agilidade e eficiência na unidade. Essa ferramenta visual de gestão in time envolve a equipe na implementação da cultura de segurança e resolução de problemas de modo proativo. São diária e brevemente discutidas, em frente a um painel de indicadores as questões administrativas da unidade tais como intercorrências relevantes do dia anterior, monitorados os fluxos relacionados a terceiros, pontuadas questões de estrutura física e também realizada a gestão dos fluxos de ocupação.

METODOLOGIA

A partir da admissão do paciente na unidade é traçado plano terapêutico e então suas etapas são cumpridas. A previsão de alta é confirmada na madrugada a fim de priorizar os atendimentos na manhã seguinte. Após visita multiprofissional, no período da manhã, são sanadas pendências para alta ser viabilizada. O tempo de 2h se inicia a partir da alta gerada em sistema. Nesse processo, contamos com empenho da equipe para o ágil cumprimento das metas. Inicialmente foram mensurados os tempos entre a alta gerada e admissão na unidade de internação e então comparamos com dados posteriores à implementação. Como desfecho secundário, analisamos o impacto nas taxas de atraso cirúrgico (ainda que seja apenas um pilar de um processo multifatorial).

RESULTADOS

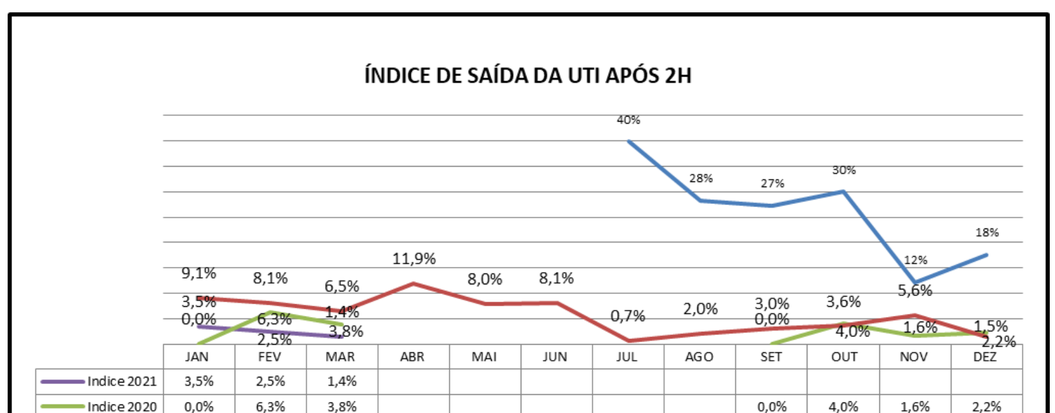


Gráfico com índices de saída da UTI após 2 horas

RESULTADOS

Quando iniciada a implantação em Julho de 2018, 40% das saídas da unidade ocorriam em tempo superior a duas horas.

Como resultado, após a aplicação dessa ferramenta de gestão obtivemos entre os anos de 2019 a março 2021 média de atrasos contabilizados de 4,24% redução que demostra maior efetividade em dez vezes.

Como impacto secundário, a taxa de atrasos cirúrgico que era de 74,24% (2017-2018) passou para 52,74% (2018-2021). Apesar de se tratar de dado multifatorial, notamos impacto dessa variável como fator positivo na obtenção do resultados apresentados.

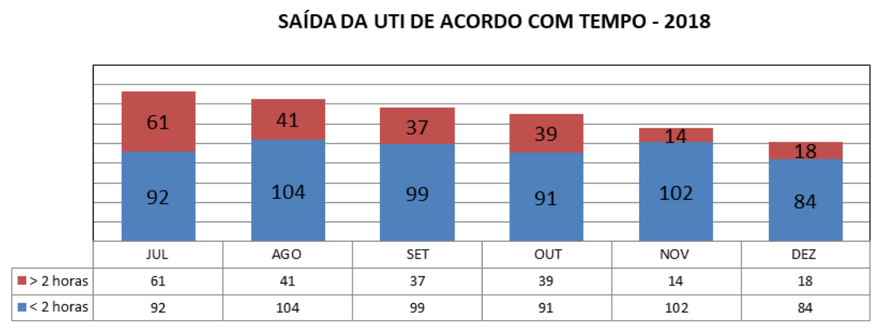


Gráfico 2. Saídas da UTI de acordo com tempo no ano de 2018

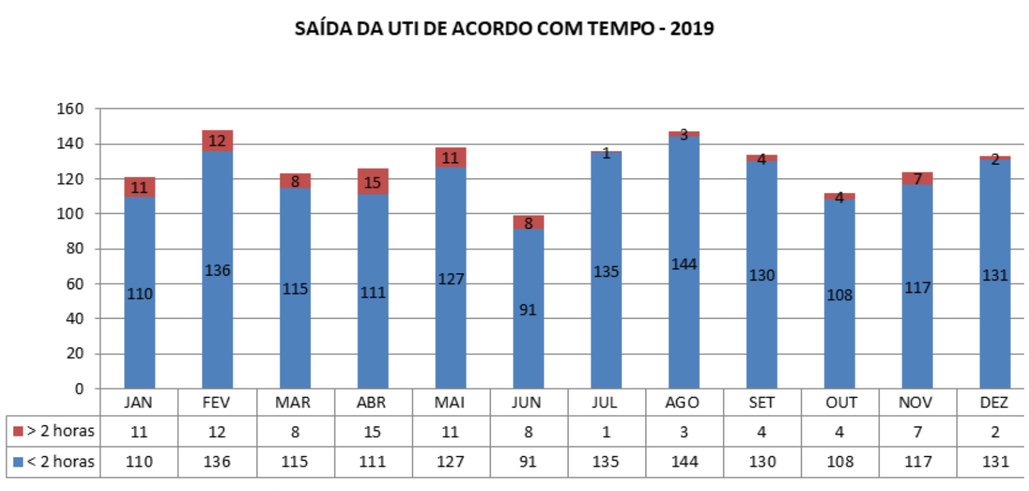


Gráfico 3. Saídas da UTI de acordo com tempo no ano de 2019

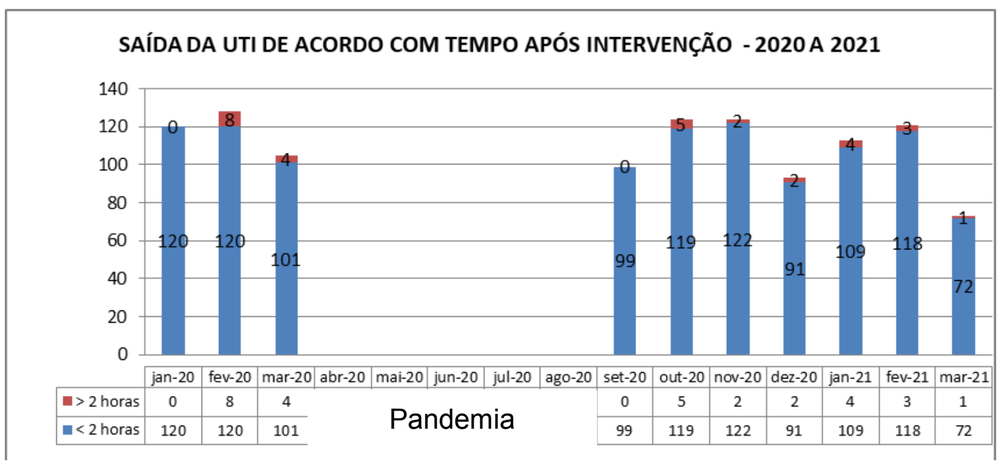


Gráfico 4. Saídas da UTI de acordo com tempo após intervenção (2020-2021). Nota-se que entre abril a agosto de 2020 não houve monitoramento pela redução de procedimentos cirúrgicos eletivos na pandemia.

CONCLUSÕES

Após a implantação do gerenciamento diário, a equipe incorporou a necessidade de agilidade no giro de leitos para melhor andamento dos processos tanto na unidade quanto nas demais áreas que com ela se relacionam. Apesar de baixa ocupação durante a pandemia os bons resultados demonstrados acima reforçam a sedimentação desse modelo de gestão na unidade.

Esse tipo de experiência é exemplo de como a gestão otimiza e reestrutura recursos já existentes criando soluções eficazes.

REFERÊNCIAS

American Hospital Association. *AHA Hospital Statistics.* 2017 edition. Chicago, IL: American Hospital Association; 2017

A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E DISSEMINAÇÃO DE SEU CONCEITO EM UM HOSPITAL PRIVADO APÓS A APLICAÇÃO DA PESQUISA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

ROMÃO Tatiana Lima, COSTA Suellen Dias Lacerda, PAURA Mariane Rizzetto Coelho

INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato de experiência sobre a “A construção da cultura de segurança do paciente em um hospital privado na cidade de São Paulo, onde no ano de 2022 foi aplicada a primeira pesquisa de cultura de segurança adaptada à realidade da instituição.

O objetivo da pesquisa foi identificar quais eram as fragilidades que os colaboradores enxergavam em sua a atuação direta na assistência aos pacientes diante a gestão de riscos do hospital.

METODOLOGIA

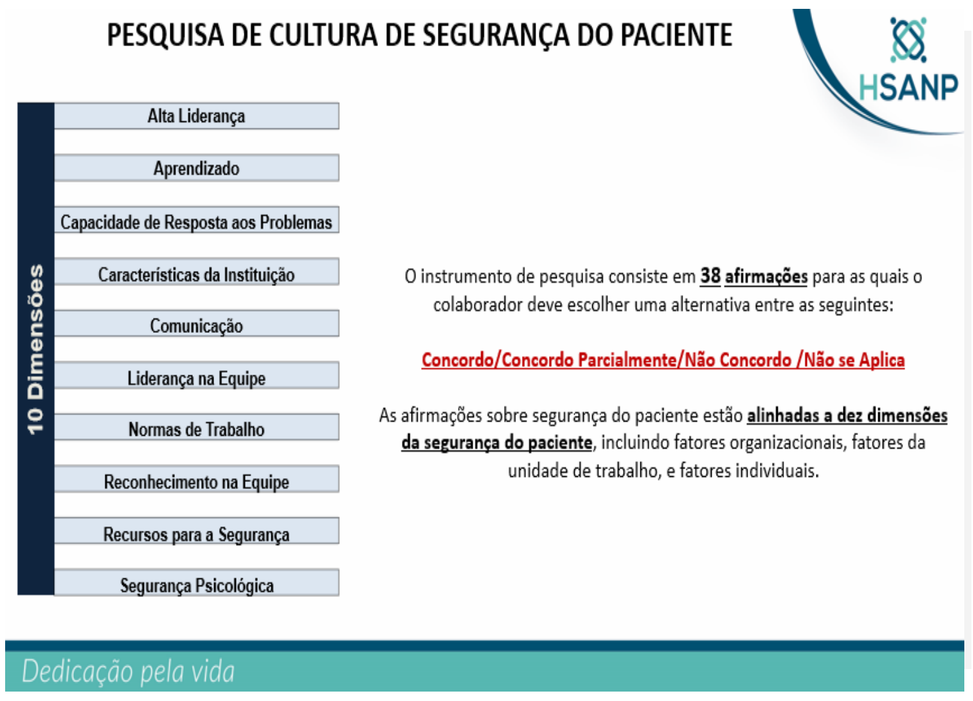
O método da aplicação da pesquisa se deu através da aplicação de questionário via formulário eletrônico, onde os participantes responderam de forma anônima, sem necessidade de inclusão de login e senha.

As perguntas foram voltadas ao tema de segurança do paciente e notificação e ocorrência de incidentes.

O formulário era composto de 38 perguntas e 4 possíveis respostas à escolher: Concordo/Concordo Parcialmente/Não Concordo /Não se Aplica.

A pesquisa foi dividida em tópicos: Alta Liderança, Aprendizado, Capacidade de Resposta aos Problemas, Características da Instituição, Comunicação, Liderança na Equipe, Normas de Trabalho, Reconhecimento na Equipe, Recursos para a Segurança e Segurança Psicológica.

O público participante da pesquisa eram setores com contato direto ao paciente.



Informativo sobre o Método da pesquisa

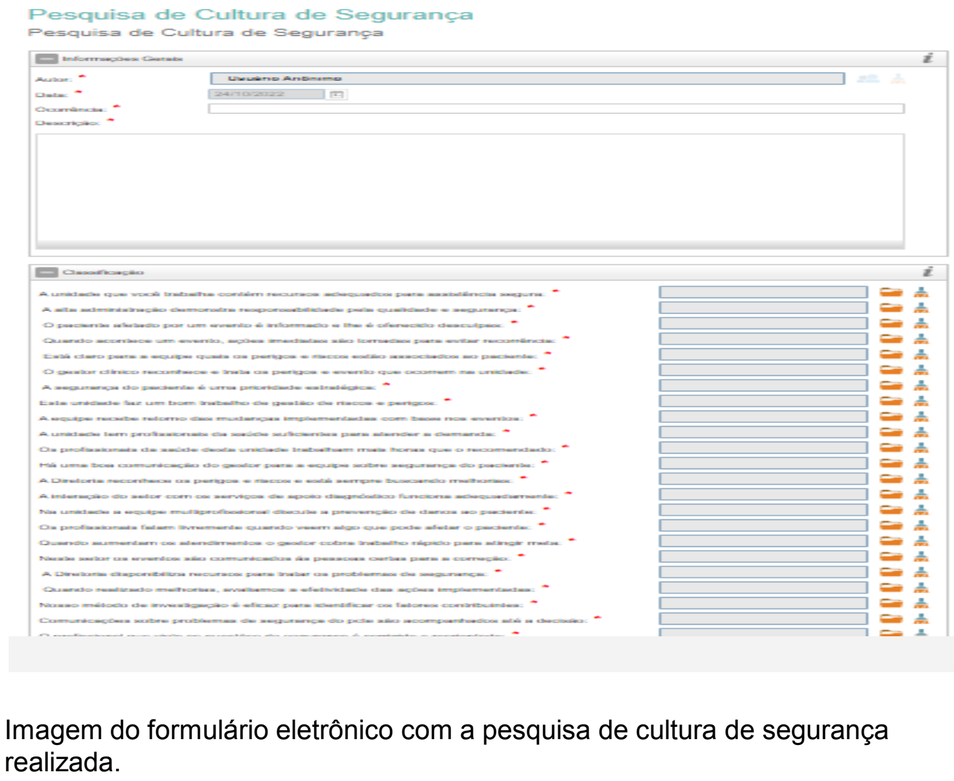


Imagem do formulário eletrônico com a pesquisa de cultura de segurança realizada.

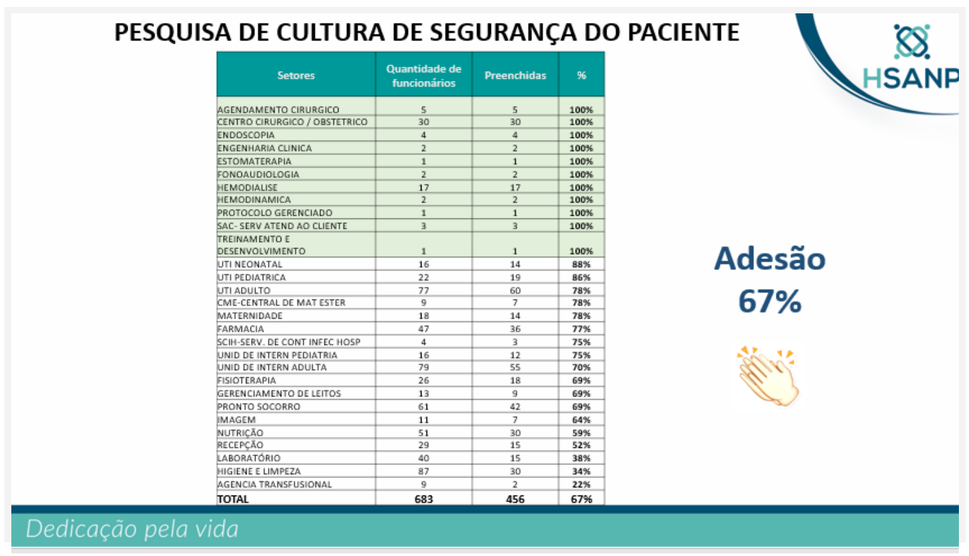
RESULTADOS

A pesquisa foi realizada no período do dia 14 de junho ao dia 29 de junho de 2022 e obteve a participação de 456 colaboradores, com uma adesão de 67% do público alvo, onde pudemos observar os seguintes resultados:

Resultados favoráveis obtidos nos seguintes temas: Liderança na Equipe: 61%; Aprendizado: 60%; Normas de Trabalho: 60%; Alta Liderança: 57%; Capacidade de Respostas aos Problemas: 56%;

Os tópicos que foram tratados como oportunidades de melhorias foram: Segurança Psicológica: 48%; Reconhecimento da Equipe: 48%; Comunicação 45%, Recursos para Segurança 43%; Característica da Instituição 40%.

Os resultados foram apresentados, através de reuniões, para os gestores dos processos envolvidos, onde foram realizadas sugestões de melhorias.



Setores	Quantidade de funcionários	Preenchidas	%
AGENDAMENTO CIRURGICO	5	5	100%
CENTRO CIRURGICO / OBSTETRICO	30	30	100%
ENDOSCOPIA	4	4	100%
ENGENHARIA CLINICA	2	2	100%
ESTOMATERAPIA	1	1	100%
FONOAUDIOLOGIA	2	2	100%
HEMODIALISE	17	17	100%
HEMODINAMICA	2	2	100%
PROTOCOLO GERENCIADO	1	1	100%
SAC- SERV ATEND AO CLIENTE	3	3	100%
TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	1	1	100%
UTI NEONATAL	16	14	88%
UTI PEDIATRICA	22	19	86%
UTI ADULTO	77	60	78%
CME-CENTRAL DE MAT ESTER	9	7	78%
MATERNIDADE	18	14	78%
FARMACIA	47	36	77%
SCIH-SERV. DE CONT INFEC HOSP	4	3	75%
UNID DE INTERN PEDIATRIA	16	12	75%
UNID DE INTERN ADULTA	79	55	70%
FISIOTERAPIA	26	18	69%
GERENCIAMENTO DE LEITOS	13	9	69%
PRONTO SOCORRO	61	42	69%
IMAGEM	11	7	64%
NUTRIÇÃO	51	30	59%
RECEPÇÃO	29	15	52%
LABORATÓRIO	40	15	38%
HIGIENE E LIMPEZA	87	30	34%
AGENCIA TRANSFUSIONAL	9	2	22%
TOTAL	683	456	67%

Imagem demonstrando o percentual de adesão na pesquisa..

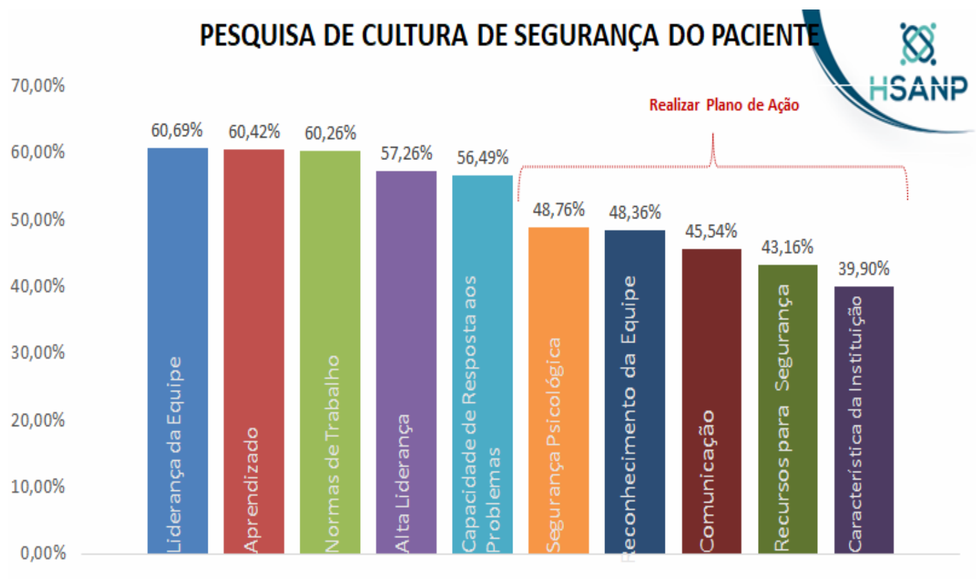


Gráfico do resultado da pesquisa.

CONCLUSÕES

A pesquisa de cultura de segurança se mostrou um instrumento capaz de captar os principais problemas envolvidos no programa de cultura de segurança do paciente do hospital, auxiliando na construção de soluções e impulsionou o início de vários projetos relacionados área de comunicação, reconhecimento da equipe e recursos para segurança.

REFERÊNCIAS

Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., Weeks, W. B. . *“Measuring patient safety climate: a review of surveys” Qual Saf Health Care (2005)* 14:364–366 Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. . *“Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) . Measurement Instrument Database for the Social Science.”* (2012) Retrieved from www.midss.ie Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. . *“Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey”*

GESTÃO DA EFICIÊNCIA NA SALA DE RECUPERÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: REDUÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA

FRITZEN, Aline; GOUVEIA, Jaqueline Lopes; BANDEIRA, Priscila de Marco

INTRODUÇÃO

A sala de recuperação pós-anestésica compreende o setor onde é proporcionada assistência imediata aos pacientes, sob efeito residual anestésico e em pós-operatório de diferentes cirurgias. Para esse fim, a equipe de enfermagem deve ser treinada para prestar esse cuidado. Cabe a equipe garantir o cuidado com olhar clínico, levando em consideração a recuperação dos efeitos do ato anestésico-cirúrgico, com cuidado integral, sem perder a eficiência dos processos.

Na instituição em questão, houve a necessidade de redução da capacidade instalada da sala de recuperação que era constituída por 31 leitos e passou por adequações da estrutura física, reduzindo para 20 leitos, isso motivou a revisão dos processos de trabalho e o desenvolvimento de protocolo de alta dos pacientes.

A revisão dos processos teve como objetivo otimizar o tempo médio de permanência na sala de recuperação pós-anestésica.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência. Vivenciado através da treinamento de 30 técnicos de enfermagem e sete enfermeiros de um hospital referência na cidade de Porto Alegre no período de janeiro a julho de 2022. Esta instituição possui uma média de
1280 procedimentos anestésico cirúrgicos por mês, um CC com nove salas que teve ampliação para 13 salas.

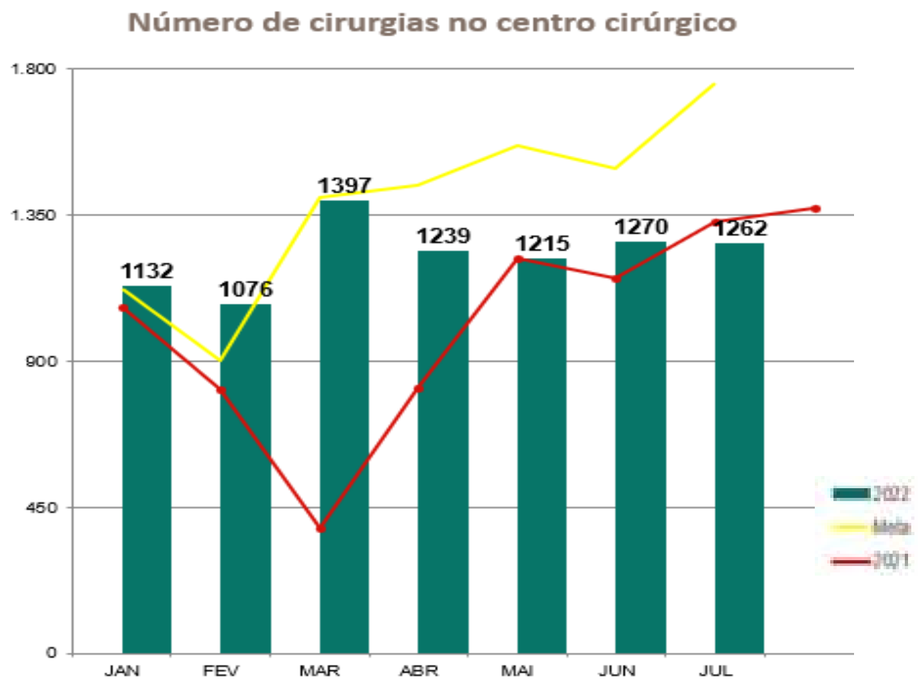


Figura 1 – Numero de cirurgias no centro cirúrgico. Fonte: Elaborado pelas autoras. Porto Alegre/RS – Brasil, 2021.

RESULTADOS

A revisão dos processos de trabalho e o desenvolvimento e implantação de um protocolo foi vital como norteador para equipe de enfermagem e equipe médica, com a finalidade de sistematizar o processo de alta dos pacientes na sala de recuperação, mantendo a qualidade da assistência.

Toda a equipe de enfermagem e equipe médica foi capacitada acerca do protocolo e tiveram oportunidade de trazer contribuições com relação a elaboração do instrumento, representando maior comprometimento.

Deste protocolo destacam-se ações como mobilização precoce com otimização da área de poltronas, antecipação do horário do desjejum por consequência redução do horário de alta e ajuste de horários do plantão médico. A intervenção teve início em março de 2022. Na figura 2 podemos observar que o indicador de tempo médio de permanência em 2021 foi de 5,19horas com total de 31 leitos já a média após a implementação do protocolo e redução de leitos é de 4,25horas.

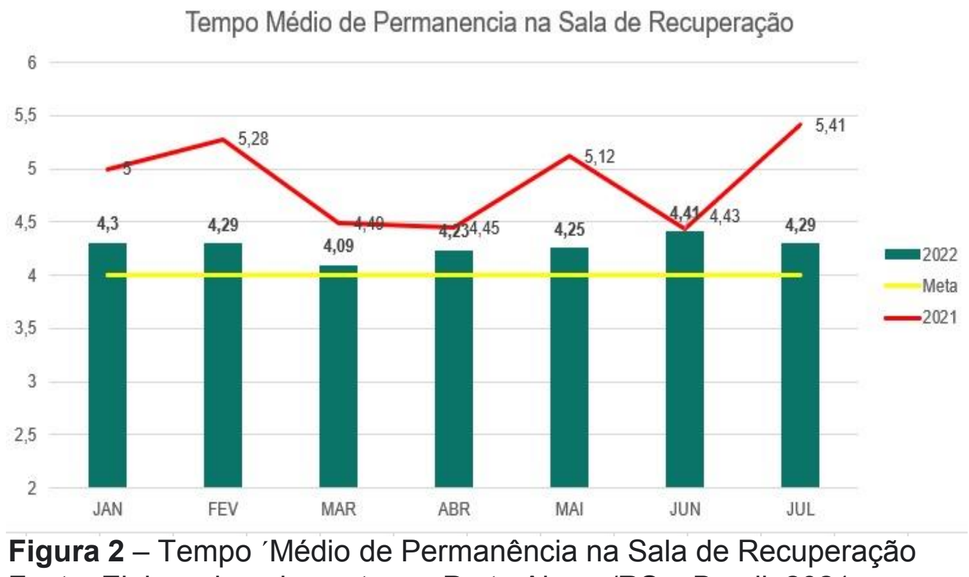


Figura 2 – Tempo ´Médio de Permanência na Sala de Recuperação
Fonte: Elaborado pelas autoras. Porto Alegre/RS – Brasil, 2021.

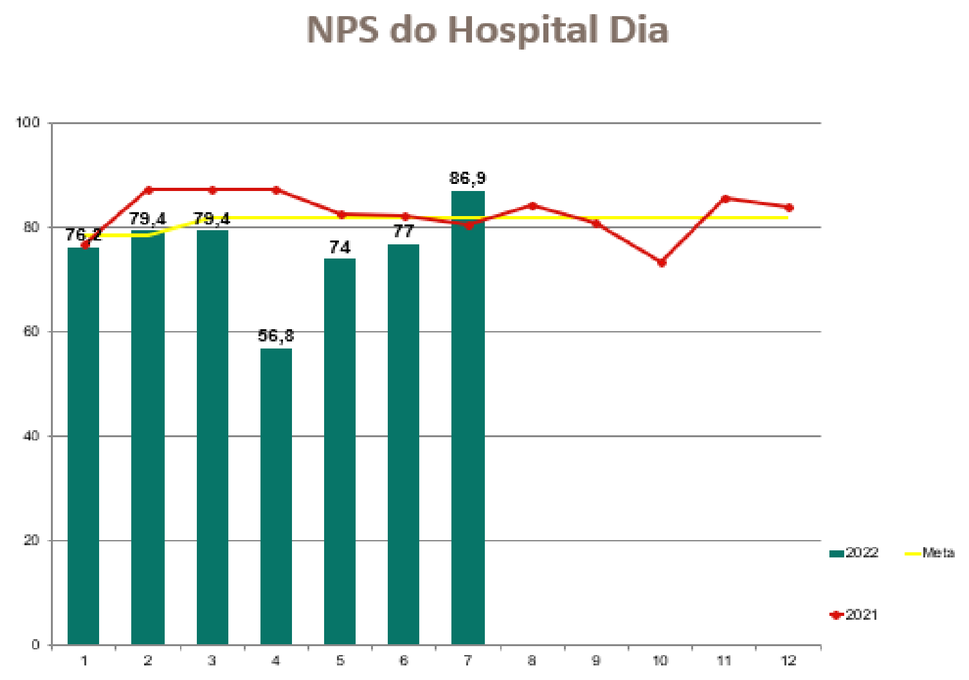


Figura 3 – NPS do Hospital Dia. Fonte: Elaborado pelas autoras. Porto Alegre/RS – Brasil, 2021.

CONCLUSÕES

O protocolo de alta permitiu uma melhora no indicador de eficiência, mostrando uma redução no tempo médio de permanência dos pacientes na sala de recuperação, mesmo após a redução da capacidade instalada, com o mesmo perfil e volume de procedimentos, mantendo a qualidade da assistência e a satisfação dos pacientes que valorizam atendimentos de forma mais eficiente. Um gargalo neste fluxo ainda é o represamento de leitos devido a superlotação hospitalar em determinados períodos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. R. A. e C. de M. e E. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7a ed. Barueri, São Paulo. SOBECC; 2017.

Martini, E.L.; Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução. Saúde coletiva • 2019; (09) N.49

PRESTES, M. C. ; WALDEMAR, F. S. . Redução do Tempo Médio de Permanência Através da Governança Clínica. In: Congresso Nacional de Hospitais Privados, 2019, São Paulo. Sessão Poster do Congresso Nacional dos Hospitais Privados, 2019. v. 1. p. 105-105.

GESTÃO DE ACESSO FACILITADO AO CLIENTE

Darlene Scaravelli, Mariele Chrischon, Diego Trasel Pizzio, Felipe Nunes Abascal Meirelles

INTRODUÇÃO

O modelo de gestão de acesso aos hospitais ainda segue um padrão tradicional de atendimento presencial, com apresentação de documento físico, com crachá de identificação e liberação por meio de catraca. Com a chegada da pandemia, foram exigidas respostas rápidas para segurança de todos, distanciamento social, redução de áreas de contato e filas. A partir desse cenário surgiu a possibilidade de informatizar toda a gestão de acesso do hospital.

METODOLOGIA

Com o cenário de pandemia e a priorização da segurança de todos, distanciamento social e redução de áreas de contato, foi estabelecido como parte do planejamento estratégico a inovação do processo de acesso ao hospital, por meio de redução de contato e filas. Um dos nossos norteadores foi a pesquisa de satisfação e NPS (*Net Promoter Score*), por meio desses indicadores e utilizando como inspiração o BPMN (*Business Process Model and Notation*), que ajuda a organizar os processos de negócios, foi possível realizar o mapeamento dos processos que envolvem o acesso do cliente ao hospital e a gestão de filas de atendimento.

Processo padrão antes da inovação da gestão de acesso.

Processo após a inovação da gestão de acesso.

Totem de autoatendimento.

RESULTADOS

Com a instalação de totens de autoatendimento, com geração de código QR code para gestão de acesso ao hospital, vinculados ao App do cliente, inovamos todo o processo de acesso, eliminando filas de ingresso ao hospital, reduzimos o tempo de ingresso em 50%, automatizamos o envio do documento de identificação, eliminamos 24.000 unidades/ano de crachás, reduzimos consumo de plástico e metais, facilitamos a comunicação e o acesso do paciente elevando o nível de satisfação e NPS. Esta inovação substituiu a utilização de catracas tradicionais por controladoras de acesso com sistema integrado ao totem de autoatendimento e ao aplicativo do cliente, facilitando muito a comunicação integrada entre as diversas áreas do hospital, garantindo a segurança do acesso com sustentabilidade.

Entrada principal do hospital antes da inovação da gestão de acesso.

Entrada principal do hospital após a inovação da gestão de acesso.

CONCLUSÕES

Esse novo modelo de gestão de acesso facilitado proporcionou redução do tempo de fila e empoderamento de todos os clientes, elevando a satisfação e NPS, gerando autonomia e independência para o paciente, familiares, acompanhantes, médicos e prestadores. Também possibilitou a redução de materiais de identificação do paciente, contribuindo para sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

https://www.euax.com.br/2017/02/o-que-e-bpmn-business-process-model-and-notation/ **acesso em outubro 2022.**

https://mv.com.br/blog/5-estrategias-de-gestao-para-reduzir-a-fila-de-espera-em-hospitais **acesso em outubro 2022.**

HARMON, PAUL. **Business Process Change: A Guide for Business Managers and BPM and Six Sigma Professionals**. Segunda edição, 2007.

GESTÃO DE ECONOMIA E REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

Patrícia Ribeiro Fatureto Gavioli, Felipe de Souza Alves, Michelly Venceslau Vendramini Simões, Andressa Rodolfo de Oliveira

INTRODUÇÃO

Medicamentos oncológicos, em especial, anticorpos monoclonais e imunoterapias, se destacam na gestão financeira devido ao seu alto custo. Diante da personalização e especificidade dos tratamentos, é comum ocorrer descartes daquilo que não é utilizado, elevando o custo da operação, maior produção de resíduo e maior consumo de recursos. Realizar a gestão destas sobras e possibilidade de multidose são ações de sustentabilidade que impactam positivamente nos resultados e em ações estratégicas.

METODOLOGIA

O projeto foi submetido a avaliação técnica (equipe de farmacêuticos e Núcleo de Apoio Técnico e Educação Farmacêutica - NATEF) e avaliação jurídica. Teve início em 2019 com o processo de mensuração do desperdício em relação aos medicamentos manipulados, dedicando-se por 9 meses apenas ao levantamento de dados e definição de método. Seguiu-se com o projeto em duas fases e desde então novos medicamentos foram incluídos de acordo com os resultados de desperdício.

1ª Fase

- Considerar 48 horas de uso para os medicamentos prontos para uso.

2ª Fase

- Dispositivo de Sistema fechado e segurança que garante 7 dias de estabilidade microbiológica do medicamento

RESULTADOS

A gestão do uso de multidose de medicamentos de alto custo, bem como o aumento da estabilidade microbiológica com o uso do dispositivo, proporcionaram redução de 60% no custo médio mensal de desperdício, além da redução de produção de lixo químico. Também gerou aumento de 159% no valor médio mensal economizado durante o processo de manipulação.

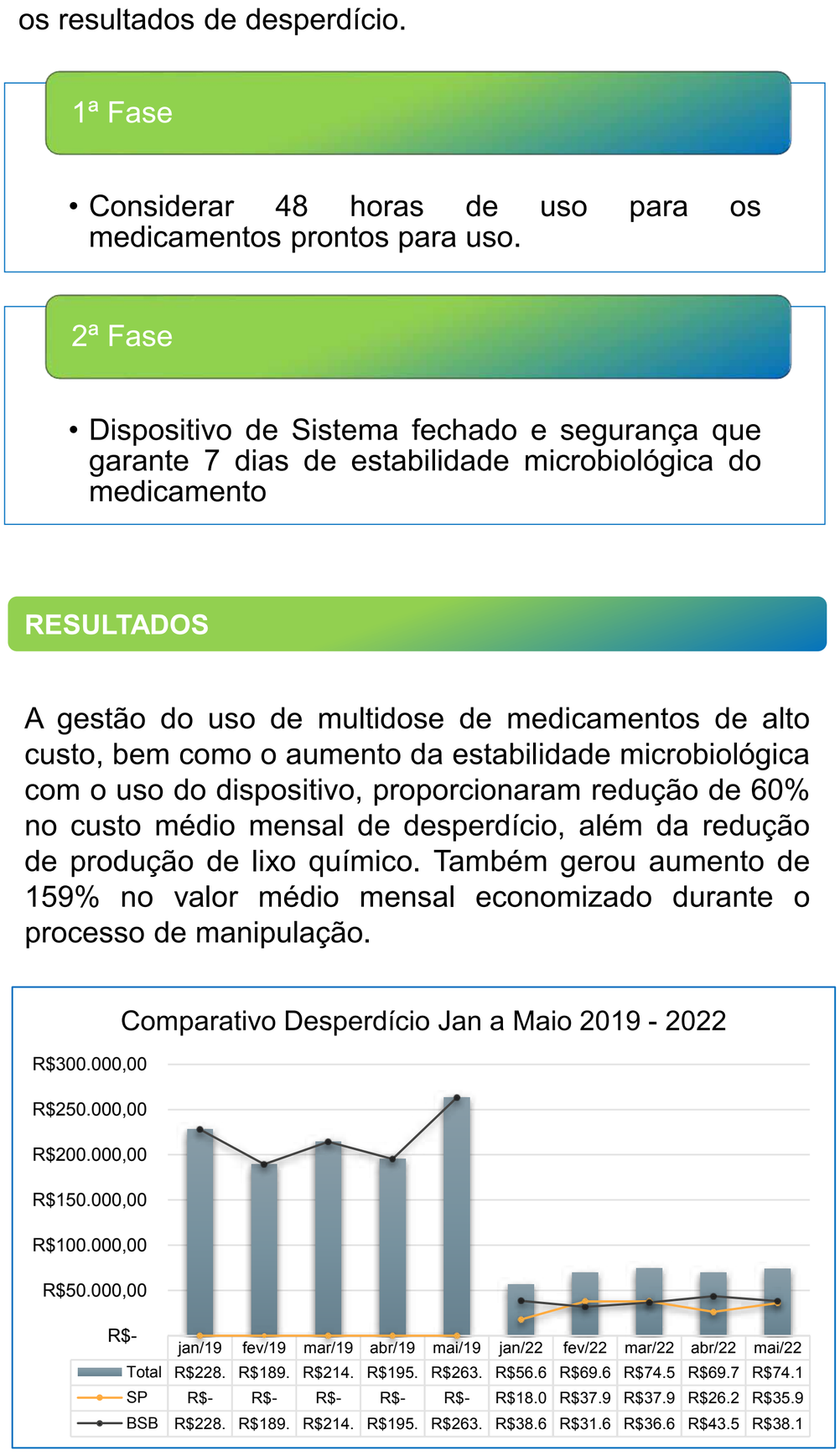


Figura 1. Representação gráfica do desperdício de medicamentos por sobra entre os meses de janeiro a maio nos anos de 2019 e 2022.

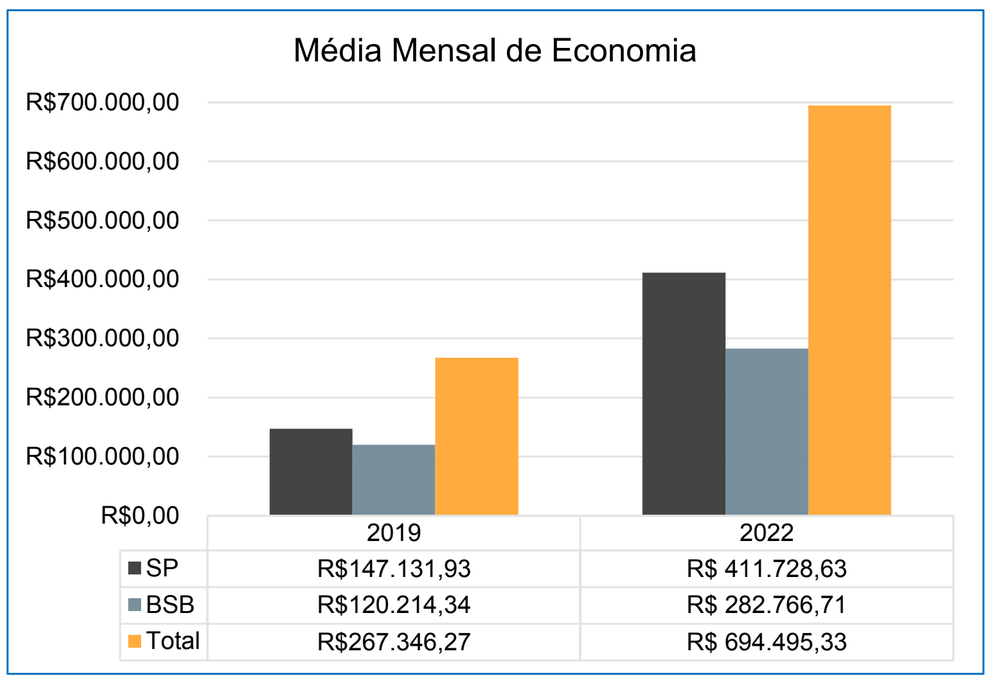


Figura 2. Representação gráfica da média de desperdício mensal nos anos de 2019 e 2022 (até maio).

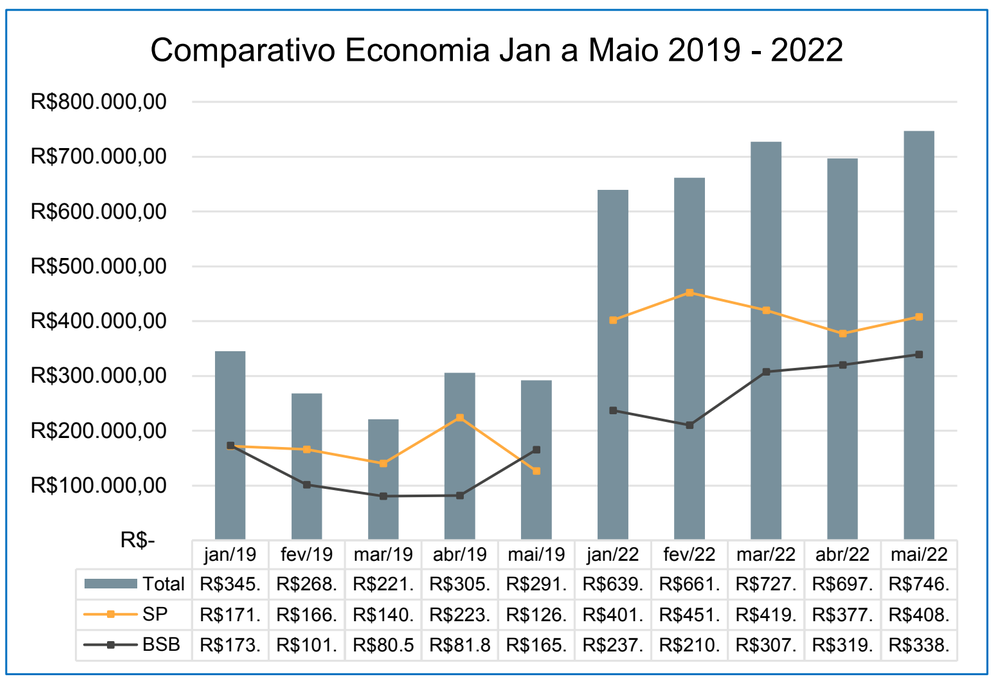


Figura 3. Representação gráfica da economia de medicamentos entre os meses de janeiro a maio nos anos de 2019 e 2022.

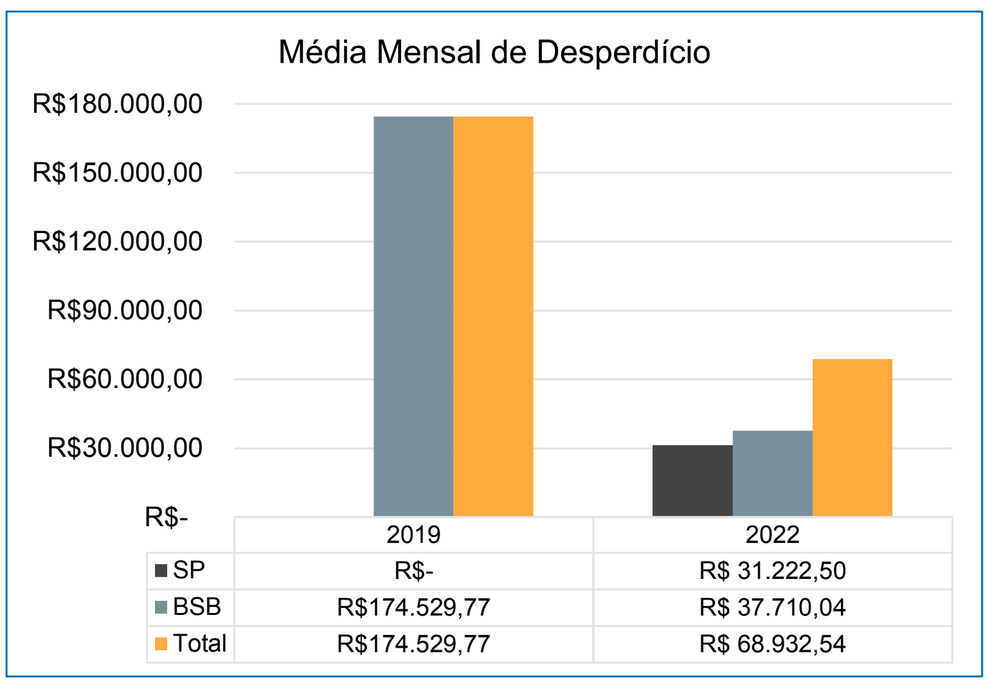


Figura 4. Representação gráfica da média de economia mensal gerada nos anos de 2019 e 2022 (até maio).

CONCLUSÕES

O projeto proporcionou menor custo operacional, garantindo a sustentabilidade e competitividade da unidade de negócio, adequadas as necessidades atuais do mercado de oncologia, assim como ampliou o acesso.

REFERÊNCIAS

1. OncoSafe Arisure Closed Vial Adapter. Campina Grande do Sul: BMR Medical. [2019]. https://bmrmedical.com.br/produtos/manipulacao-de-medicamentos/oncosafe-arisure-instrucoes-de-uso/
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitário (ANVISA). Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação e Preparações Magistrias e Oficinais para Uso Humano em farmácias. RDC 67, de 8 de outubro de 2007. https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007

GOVERNANÇA CLÍNICA APLICADA EM LABORATÓRIO HOSPITALAR

Giselle Feit, Co-autores Nadia Bonnet, Mayara Onishi, Djuliane Debona

INTRODUÇÃO

O termo governança clínica refere-se às estratégias voltadas à melhoria da qualidade assistencial em saúde. O laboratório de análises clínicas tem um papel importante neste contexto pois suas entregas norteiam a conduta médica. Portanto, ações que visem o aumento da eficácia, eficiência e efetividade dos processos laboratoriais proporcionam uma tomada de decisão clínica mais rápida, segura e assertiva.

METODOLOGIA

Avaliação retrospectiva (período de janeiro de 2020 a junho de 2022) dos Indicadores de Qualidade Analítica, de Prazo e de Custo para levantamento de resultados das melhorias de processo.
Análise dos coeficientes de variação de exame imunoquímicos de acordo com as especificações de referência de qualidade analítica (CLIA, RiliBÄK, variação biológica, entre outros), para cálculo de precisão/efetividade clínica.
Recursos utilizados para melhorias:
Ajuste no Painel de coletas (*dashboard)* passando a exibir apenas as coletas executadas pelo laboratório - atrasos ocorriam devido à dificuldade de gerenciamento pré-analítico e analítico
Na fase analítica: a implementação da liberação automática de resultados de exames imunoquímicos
Controle Rigoroso no Controle de qualidade interno e externo para melhoria dos resultados liberados.

Setor	Atendimento	Paciente	Exames	Prot.	Urg.	PCR	Data Prev.
AP1 - 29 HEM	4575445		IMUNOF.L/L.BCRABLQUANT.		Alerta		21/10 13:00
AP1 - 31	4583433		CREA.PCR.HEM.URE.NA.K.		Alerta		21/10 13:00
AP1 - 31 HEM	4595971		CMVPCRQUAN.EBVQUANT.PCR.ADEQ....		Alerta		21/10 13:00
AP2 - 01	4587893		MBT.		Alerta		21/10 13:00
AP3 - 45	4598638		CREA.COAG.HEM.URE.NA.K.		Alerta		21/10 13:00
AP1 - 31	4597648		BTF.		Alerta		21/10 13:00
AP1 - 27	4589192		LACT.PCR.KPTT.TAP.HEM.URE.NA.K.M...		Alerta		21/10 13:00
AP1 - 33	4598096		HEM.PCR.		Alerta		21/10 13:00

Figura 1: Dashboard Painel de coletas

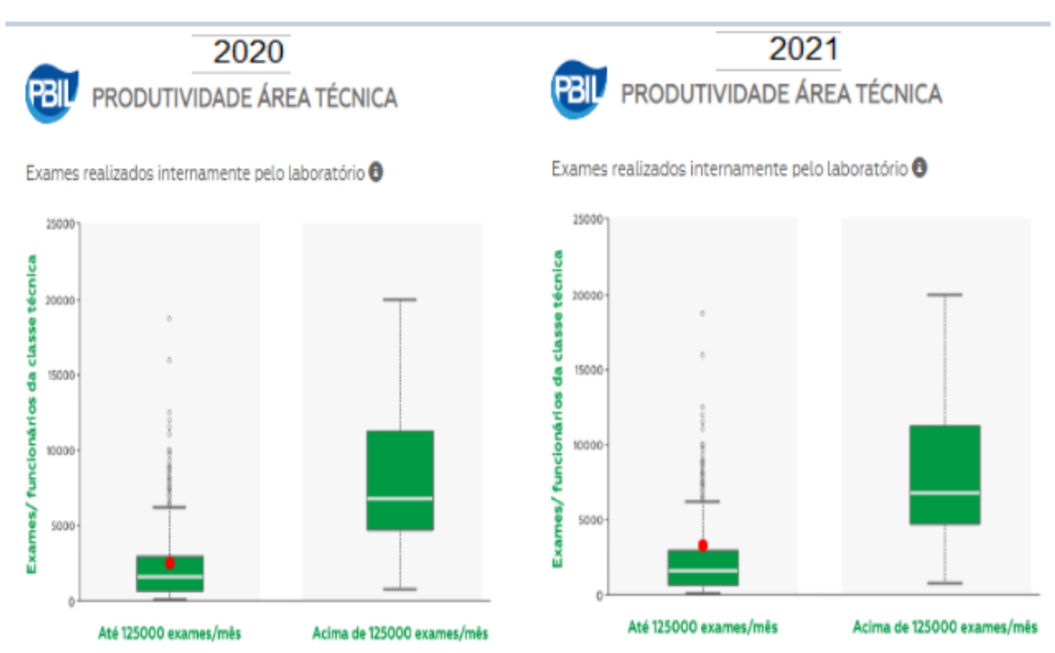


Figura 2: Produtividade técnica 2020 e 2021: resultado do laboratório e Benchmarking

RESULTADOS

De Jan/20 a Jun/21, em média, 43% dos protocolos assistenciais (AVC, DT, DHEG e Sepse) eram entregues integralmente no prazo acordado. Com as alterações, o percentual de protocolos atendidos dentro do prazo aumentou para 74% (Jul/21 a Jun/22).

A produtividade técnica teve um aumento de 30,1% em 2021, com elevação do número de exames sem alteração da equipe técnica, demonstrando maior eficiência operacional durante a pandemia da COVID-19.

Um maior rigor no controle de qualidade de equipamentos e insumos permitiu uma melhora de 94% (2020) para 97% (2022) na precisão nos exames imunoquímicos, reduzindo a variabilidade analítica e contribuindo para maior efetividade clínica. A adequação (exatidão) nos ensaios interlaboratoriais (Controllab) aumentou de 97,5% para 98,9% no mesmo período.

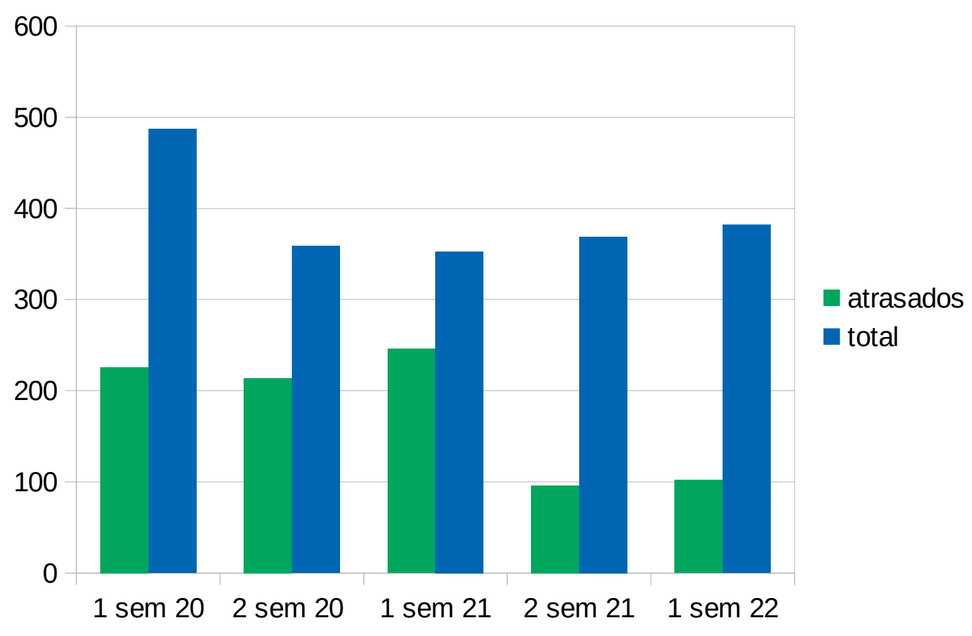


Figura 3: Protocolos assistenciais analisados por semestre no período: AVC, DT, DHEG e Sepse

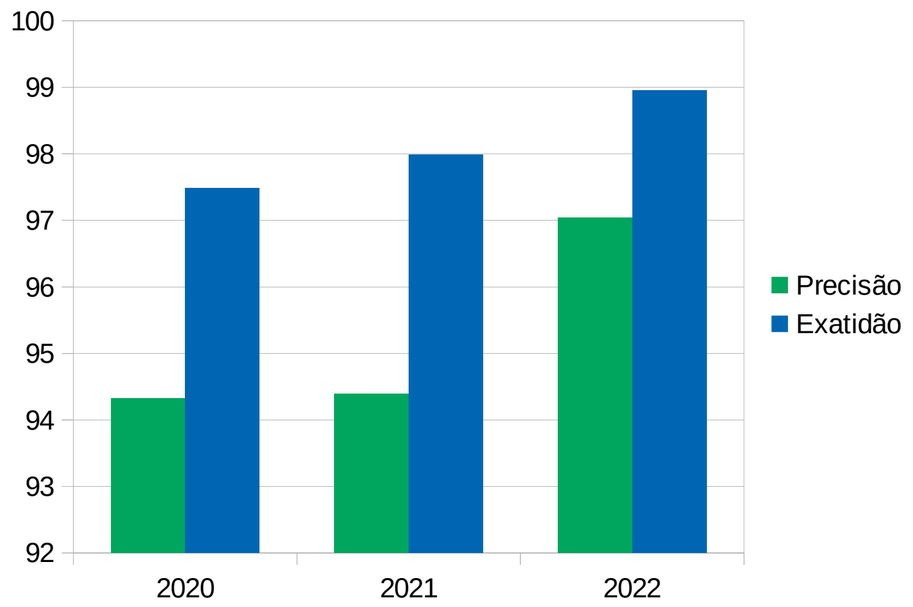


Figura 4: Demonstração do aumento da precisão e exatidão no período de 2020 a 2022

CONCLUSÕES

A análise dos indicadores de tempo de atendimento total de protocolos demonstram que as mudanças implementadas resultaram em melhorias para o atendimento do paciente através da maior celeridade na emissão de laudos. O aumento no rigor dos controles de qualidade na Imunoquímica garantiu a maior confiabilidade nos resultados entregues.

REFERÊNCIAS

SBPC/ML. Recomendações da SBPC/ML: boas práticas em laboratório clínico, 2020;
Dados PBIL (Bechmarking de indicadores) Controllab;
Dados Indicadores de Gestão Tasy;
Software controle de qualidade interno AMS;
Ensaio de proficiência Controllab.

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA HOSPITALAR NO SUL DO BRASIL

Piccoli, Gisele B.,

INTRODUÇÃO

Medicina Hospitalista (MH) é uma metodologia de cuidado ao paciente clínico hospitalizado que tem se expandido nos últimos anos, no Brasil. Chegou ao país na década de 2000, com referência ao método utilizado nos EUA baseado na qualidade, segurança assistencial e o cuidado centrado no paciente. Tem diversas ferramentas que promovem a comunicação efetiva entre os membros da equipe, estratégias que otimizam os processos que envolvem a operacionalização do plano terapêutico, além do gerenciamento de indicadores para tomada de decisão assertiva. O objetivo deste estudo é apresentar o resultado da implantação de um serviço de Medicina Hospitalar nos indicadores gerenciais.

METODOLOGIA

Estudo de antes e depois da implantação do modelo de MH em uma unidade de internação que dispõe de 36 leitos clínicos adultos, em um hospital filantrópico, de médio porte e 100% SUS localizado na região central do Rio Grande do Sul. O período pré-implantação foi de janeiro e junho de 2020 e pós, julho de 2020 a dezembro de 2021. Os indicadores analisados foram novas admissões, saídas, tempo de permanência e giro de leito, sendo tabulados em planilha de excel e posterior análise estatística descritiva. Anuência da instituição foi obtida para realização deste estudo.

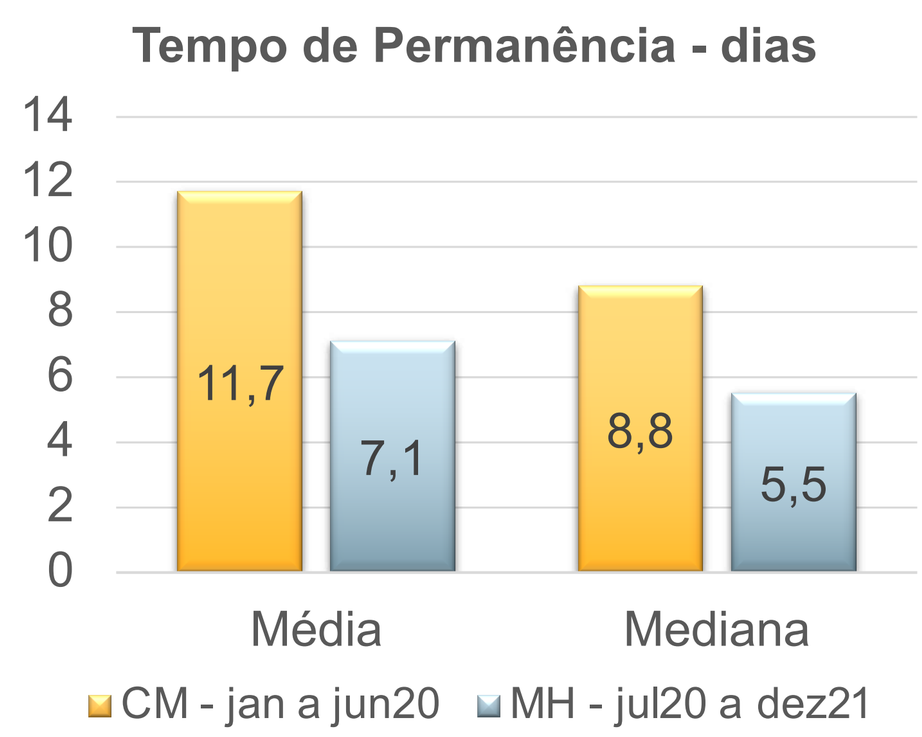


Gráfico 2 – Comparativo dos tempos de permanência.

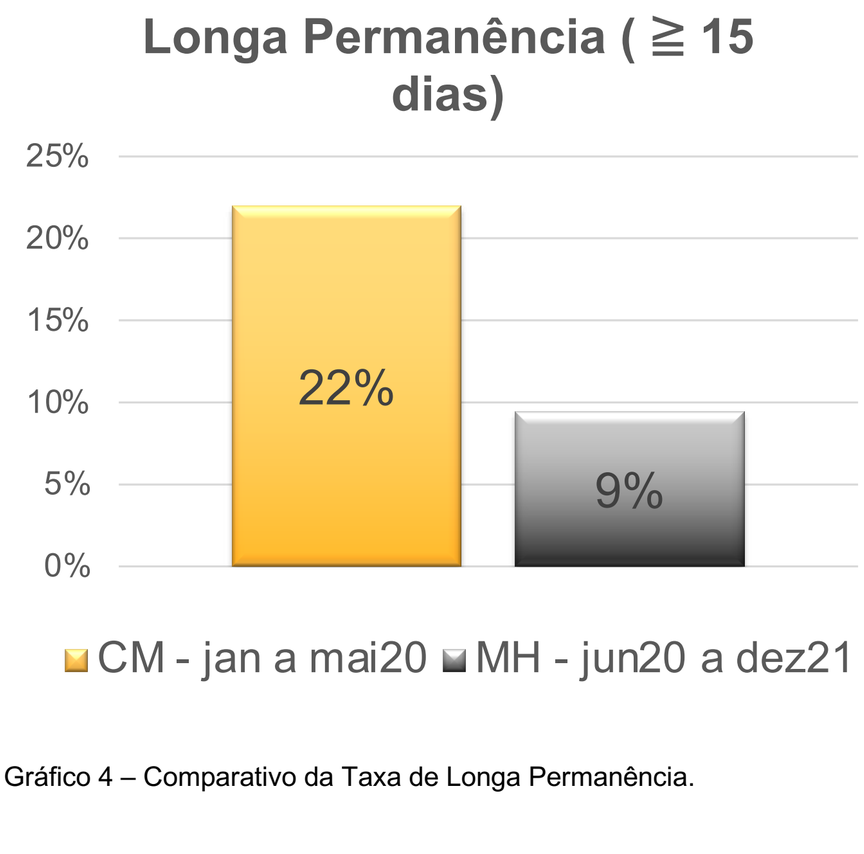


Gráfico 4 – Comparativo da Taxa de Longa Permanência.

RESULTADOS

No período anterior a implantação, a quantidade média de novas admissões no mês foi de 53, aumentando 72%, para 93 no período pós. A média de saídas foi de 49 e 89, respectivamente (aumento de 82%). Houve redução de 39% na média de permanência hospitalar e 37% na mediana, sendo 11,7 dias no período pré e 7,1 dias no período seguinte. O giro de leitos aumentou de 2,2 para 4,4 e a taxa de longa permanência, considerada internação igual ou superior a 15 dias, reduziu em 57% na comparação entre os períodos pré e pós-implantação da MH.

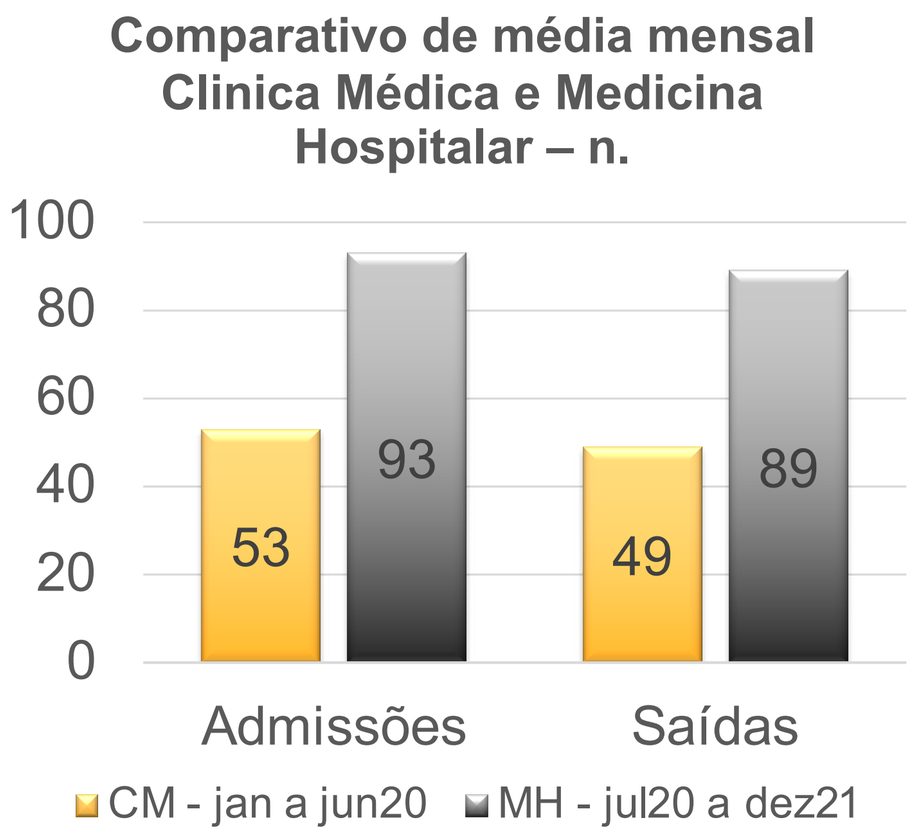


Gráfico 1 – Comparativo das médias mensais de admissões e saídas hospitalares

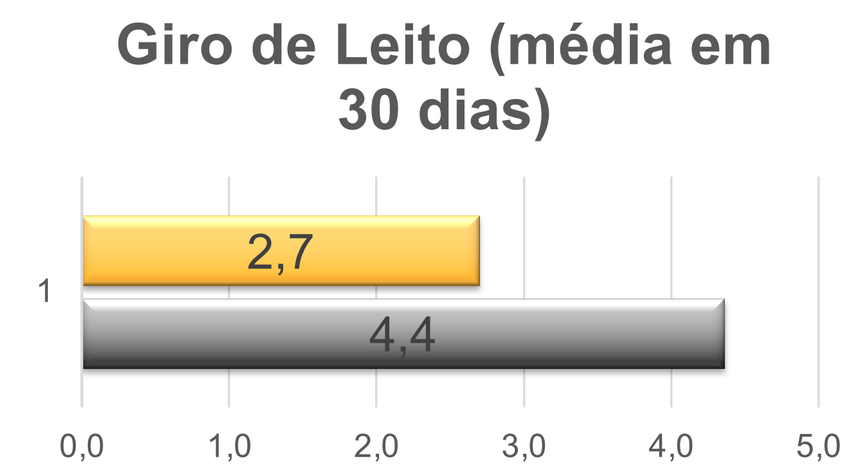


Gráfico 3 – Comparativo da média de giro de leito.

CONCLUSÕES

A implantação da Medicina Hospitalar como modelo de assistência ao paciente hospitalizado tem impacto positivo nos indicadores gerenciais. A redução do tempo de permanência amplia a possibilidade de acesso aos leitos hospitalares, gerando eficiência. O modelo assistencial, baseado nos preceitos da MH, é capaz de contribuir para a melhoria dos fluxos organizacionais, garantindo qualidade e segurança assistencial, bem como uma melhor experiência do paciente ao longo da sua jornada e sustentabilidade para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures--using measurement to promote quality improvement. N Engl J Med. 2010 Aug 12;363(7):683-8. doi: 10.1056/NEJMsb1002320. Epub 2010 Jun 23. PMID: 20573915.

IMPACTO DO PROJETO “SAÚDE EM NOSSAS MÃOS” NAS IRAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS

Rafaela Moura, Flávia Franco, Guilherme Santos, Cristiana Prandini, Karen Dias, Renata Gonsalez, Claudia Garcia de Barros, Luciana Ue, Cristiane Cristalda, Brunno Ferreira Carrijo

INTRODUÇÃO

Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS) representam eventos adversos mais comuns relacionados a assistência, sendo consideradas problema de saúde pública pela elevada morbimortalidade e de alto custo para os sistemas de saúde, globalmente. Destacam-se: Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada à cateter venoso central (IPCSL), pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e infecção do trato urinário associada à cateter vesical (ITU-AC) são as IRAS mais frequentes nas UTIs e quando ocorrem, consomem muito recurso. Objetivo reduzir 30% das infecções associadas a dispositivos invasivos (IPCSL, PAV e ITU-AC) e aumentar em 30% a Adesão a higiene de mãos em UTIs de hospitais públicos e filantrópicos brasileiros em 24 meses.

Os dados apresentados foram obtidos no projeto colaborativo "Saúde em Nossas Mãos" em parceria com Ministério da Saúde do Brasil por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI – SUS).

METODOLOGIA

As equipes de apoio dos seis hospitais PROADI-SUS, denominados HUBs, desenvolvem processo de trabalho padronizado e metodológico juntamente com o Ministério da Saúde, utilizando ciclos de melhoria rápidos por meio de PDSA (Plan-Do-Study-Act) e boas práticas para prevenção de IRAS em 173 UTIs de perfil adulto do projeto.

A metodologia colaborativa utilizada no projeto é denominada Breakthrough Series (BTS), associado ao método do Modelo de Melhoria (Figura 1).

As atividades para desenvolvimento de estratégias de mudanças com os hospitais participantes utilizam Diagrama Direcionador (Figura 2), sessões de aprendizagem, visitas técnicas, relatórios, suporte remoto mensais, feedbacks de atividades, rondas de liderança e visita de equipe multiprofissional (Figura 3), monitoramento de indicadores de processo e resultado.

A apresentação dos dados será realizada por gráficos de *Shewhart* utilizando um *software* de análise estatística.

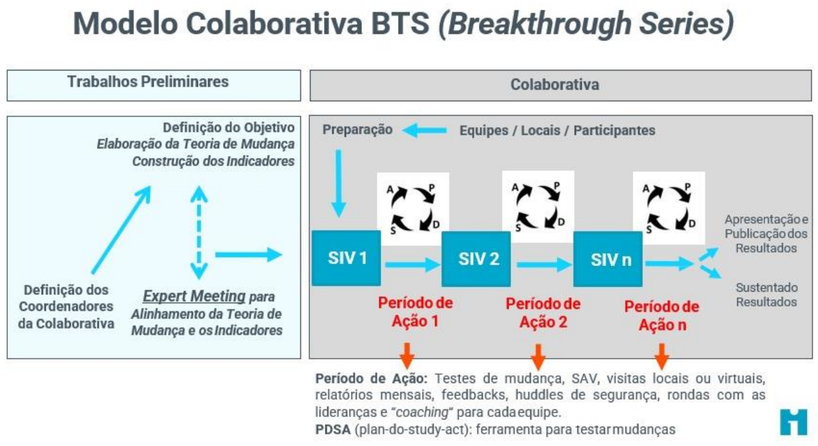
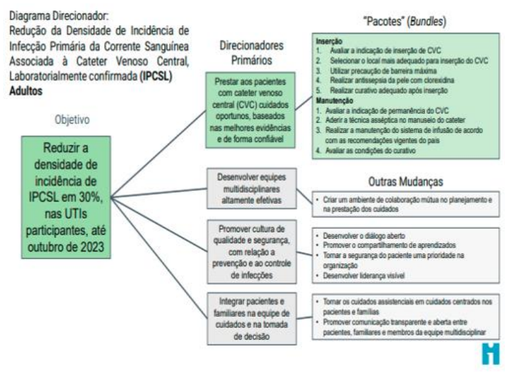
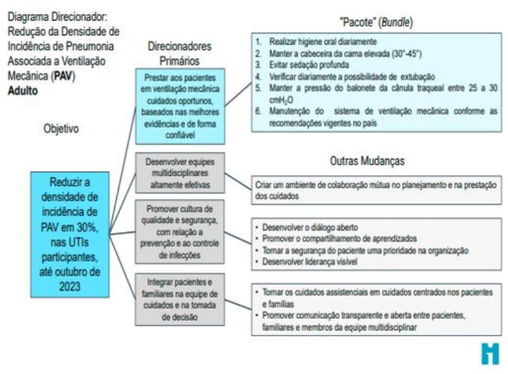
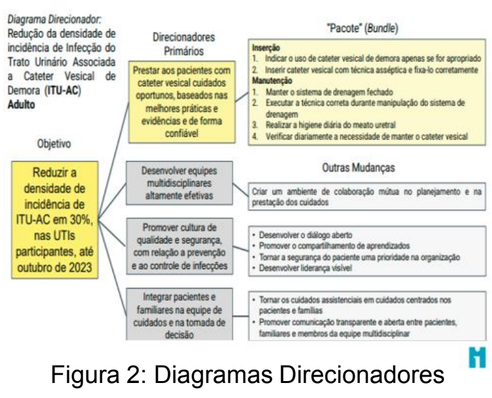


Figura 1: Metodologia colaborativa, Breakthrough Series (BTS), associado ao método do Modelo de Melhoria







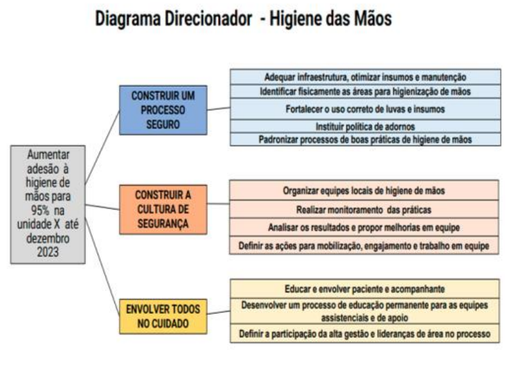


Figura 2: Diagramas Direcionadores

Figura 3: Atividades metodológicas

RESULTADOS

Desde setembro 2021, 173 UTIs adulto participam das atividades propostas.

As UTIs concluíram até junho 2022, 5 Semanas de Imersão Virtuais (30 horas), 3 Sessões de Aprendizagem Virtuais para Lideranças (12 horas), 2 ciclos de visitas técnicas. No período foram realizadas 1.429 Sessões de Aprendizagem Virtuais e suportes remotos entre os hospitais participantes e equipes dos HUBs.

Indicadores agregados da densidade das infecções nas UTIs mostram redução de 16% na PAV (gráfico 1), 26% em ITU-AC (gráfico 2), 0% de IPCSL com tendência de redução (gráfico 3), e 6% em Higiene de mãos em 10 meses de projeto.

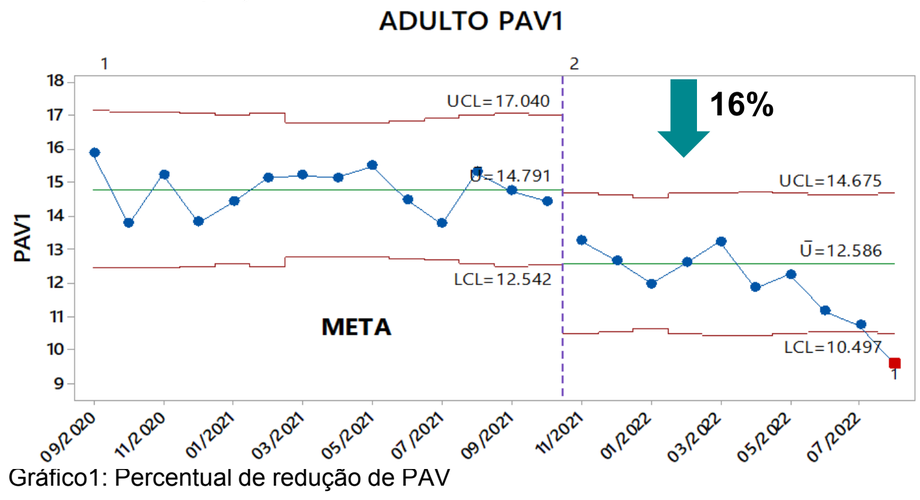


Gráfico1: Percentual de redução de PAV

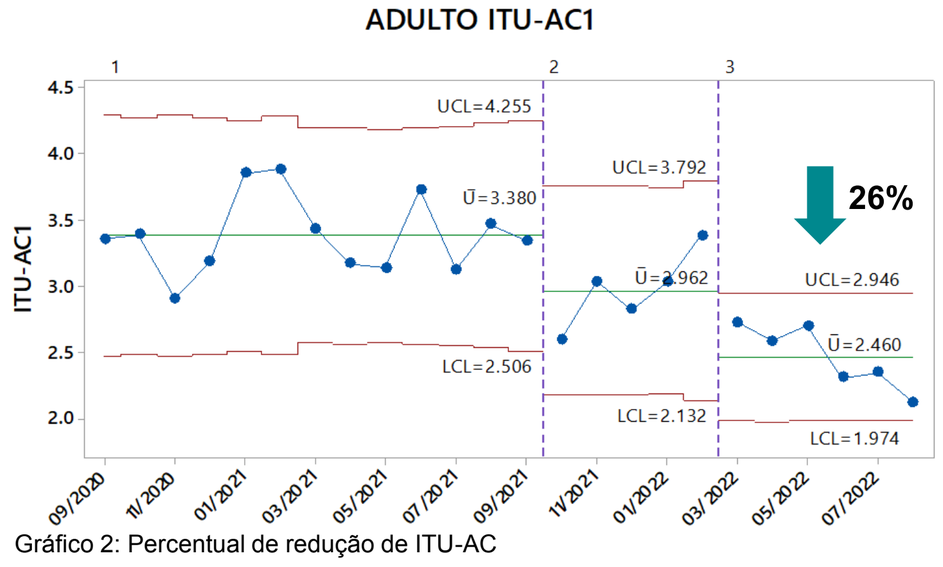


Gráfico 2: Percentual de redução de ITU-AC

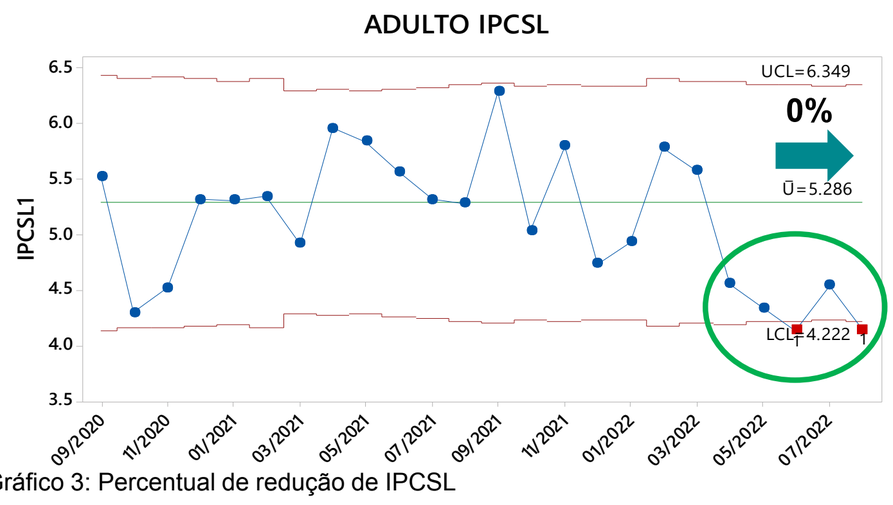


Gráfico 3: Percentual de redução de IPCSL

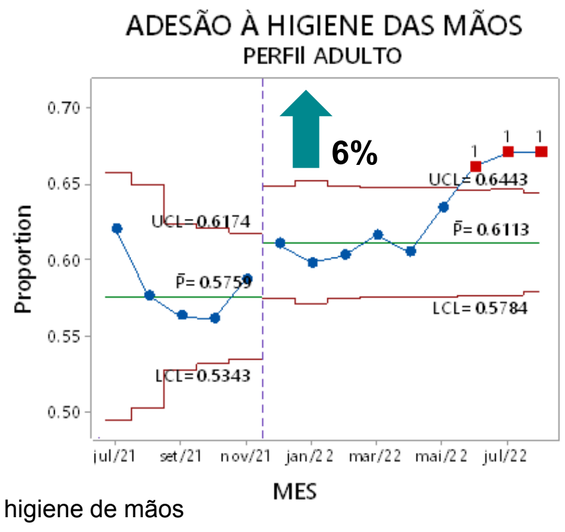


Gráfico 4: Adesão a higiene de mãos

CONCLUSÕES

A utilização da metodologia proposta tem proporcionado a mobilização e engajamento de líderes e equipes na busca de soluções que promovam as práticas seguras, adaptando o recurso disponível por meio de testes de mudanças que auxiliem na melhoria contínua dos processos de trabalho visando a segurança do paciente e a redução do dano na assistência por meio da prevenção e consequente redução das IRAS.

A perspectiva é que nos próximos 12 meses, os hospitais participantes atinjam a meta do projeto de reduzir em 30% as 3 infecções além de aumentar a adesão de higienização das mãos.

REFERÊNCIAS

1.Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação MS/GM n° 5, de 28 de setembro de 2017, Título I, Capítulo VIII, Seção IPortaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#CAPITULOVIIISECI http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

2.Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

3.The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement: 2003.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Impacto do *Stewardship na sustentabilidade e segurança assistencial*

Fragoso, Marta ,Santos, Vanusa, Zoreck, Juliane , Paula, Aline da Silva

INTRODUÇÃO

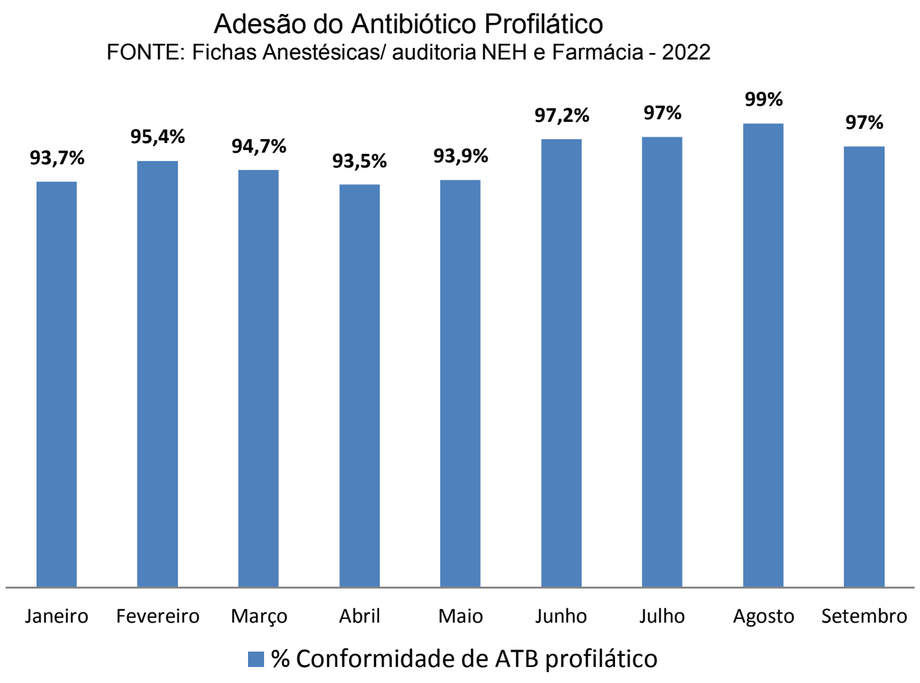
A ampla utilização de drogas antimicrobianas em hospitais nas modalidades terapêutica e profilática resulta em exposição dos pacientes a danos desnecessários e induz a resistência bacteriana desafiando o tratamento das infecções. Estes efeitos indesejáveis afetam diretamente a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a sustentabilidade do sistema de saúde, considerando que a transmissão cruzada de bactérias multidroga resistentes tem significativo impacto global, estimando-se que, até 2050, serão responsáveis por 10 milhões de mortes anualmente. Programas de Gestão de Uso Racional de Antimicrobianos (Stewardship) são fundamentais para otimizar desfechos clínicos, prevenir a indução de resistência bacteriana e exposição desnecessária a eventos adversos medicamentosos.

METODOLOGIA

Objetivos deste trabalho é apresentar os resultados de segurança e sustentabilidade do Programa de Uso Racional de Antimicrobianos. Período de janeiro a julho de 2022, de um Hospital Privado de Curitiba.

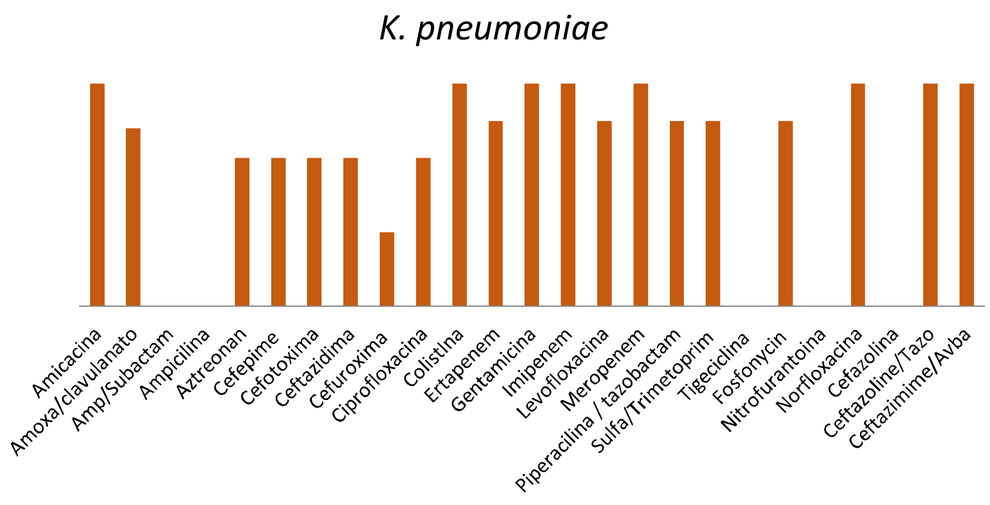
Ações coordenadas e sistemáticas de equipe multidisciplinar (médico infectologista, farmacêutico clínico, enfermeiro do Núcleo de Controle das Infecções relacionadas a assistência e microbiologista clínico) promovendo intervenções na escolha, dose, rota de administração e duração da administração nas modalidades terapêuticas e profiláticas.

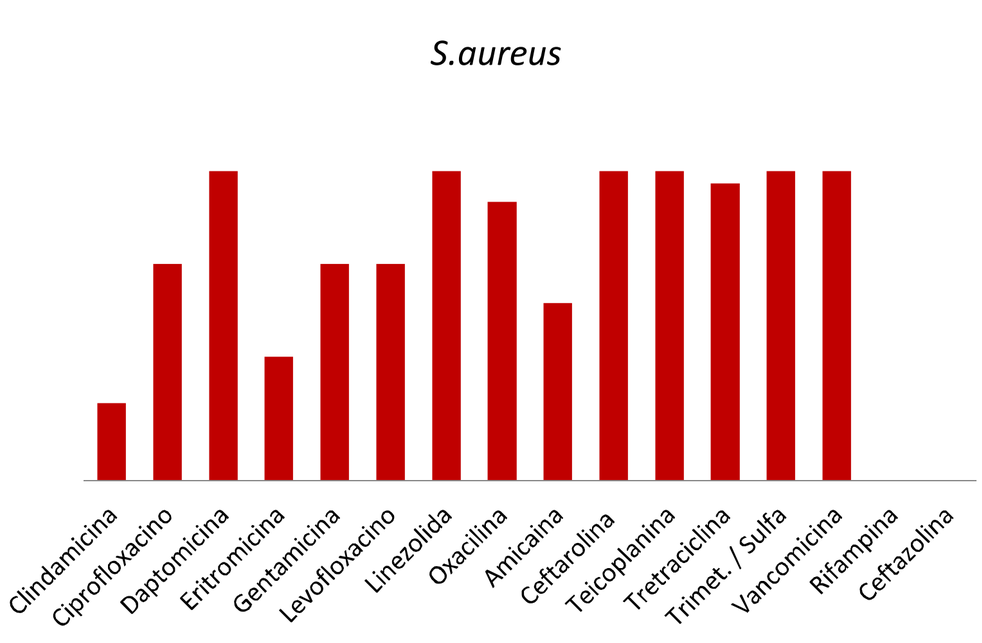
Equipe multiprofissional

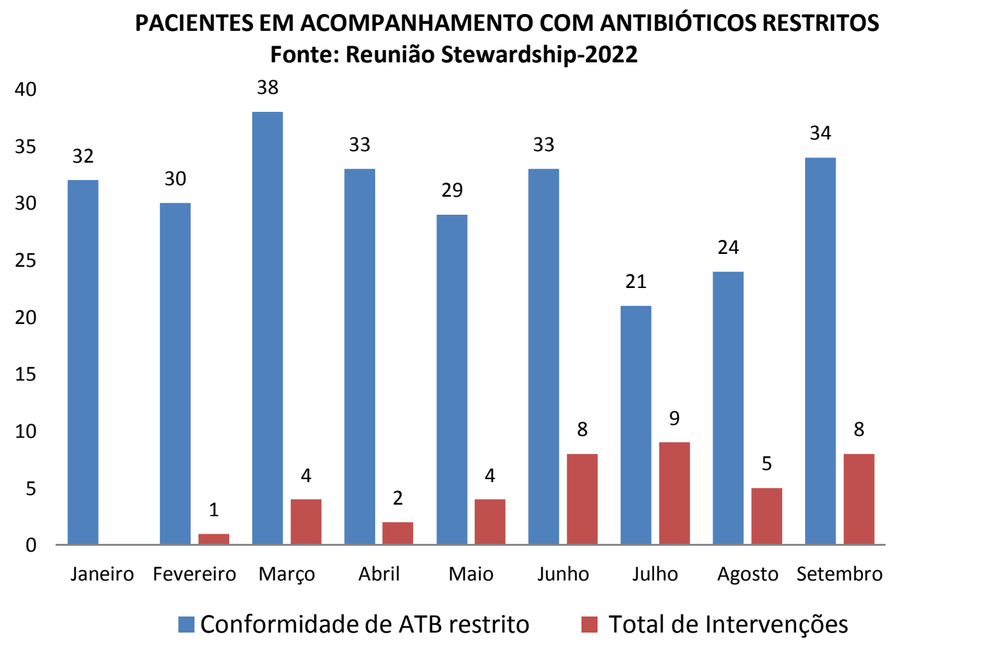


RESULTADOS

Foram avaliadas 243 prescrições de drogas antimicrobianas. Observou-se necessidade de intervenções em 20% das prescrições correspondendo a descalonar ou escalonar espectros de ação e descontinuar prescrições de profilaxia em cirurgia. Observou-se perfil de sensibilidade de P. aeruginosa (70%), ausência de Acinetobacter, Klebsiella (100%) , E. coli (100%), Estafilococos (90%), Enterococos (100%).







CONCLUSÕES

Com essas ações há manutenção de alta adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilático em Cirurgia e Perfil de Sensibilidade das bactérias favorável aos desfechos clínicos com possibilidade de uso de antimicrobianos de menor custo e espectro reduzido.

REFERÊNCIAS

OKUMURA, Lucas M. et al. Efeitos de uma entrada informatizada de pedido de provedor e um sistema de apoio à decisão clínica para melhorar o uso de cefazolina na profilaxia cirúrgica: uma análise de economia de custos. Pharmacy Practice (Granada) , v. 14, n. 3, pág. 0-0, 2016.

DE SOUZA, Louise Vieira Porfírio et al. Stewardship: erros, acertos e dúvidas da prescrição de antimicrobianos. Revista Brasileira de Doenças Infecciosas , v. 26, p. 101771, 2022

GILLIES, Malcolm B. et al. Mudanças na prescrição de antibióticos após as restrições do COVID-19: Lições para administração de antibióticos pós-pandemia. Jornal britânico de farmacologia clínica , v. 88, n. 3, pág. 1143-1151, 2022.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

IMPACTO NO NET PROMOTER SCORE APÓS AÇÕES DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE: O QUE IMPORTA PARA VOCÊ E DESEJO DO DIA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Luan da Silva; Silvania Martins Almeida; Maiara Silva Gonçalves; Daniela Tenroller de Oliveira;

INTRODUÇÃO

A experiência do paciente tem ganhado destaque nas discussões e iniciativas relacionadas à qualidade dos serviços de saúde, constituindo hoje importante elemento na introdução de melhorias na qualidade do cuidado centrado ao paciente. A metodologia Net Promoter Score (NPS) foi criada pelo americano Fred Reichheld com o objetivo de mensurar o grau de lealdade do cliente com a empresa e, a partir da sua publicação em 2003, passou a ser utilizada por gestores de áreas distintas para avaliar a fidelização de clientes à marca (REICHCHELD, 2003). O NPS tem como base a questão: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria a empresa citada para um amigo ou colega?”. A partir dessa pergunta é possível realizar o cálculo do NPS, que classifica os clientes em: Detratores, Neutros e Promotores, conforme a avaliação que fizeram da empresa prestadora de serviço.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte observacional retrospectivo. Os dados utilizados foram extraídos a partir de informações contidas na ferramenta Hfocus num período de 6 meses. Para efeito deste estudo foram analisados os dados do (NPS) da unidade de internação C1. Aplicando intervenções de melhoria na experiência do paciente, como a entrega de plantas suculentas ocorrida em Junho, passeios no bosque em setembro, cinema e noite do sushi ambos em novembro.

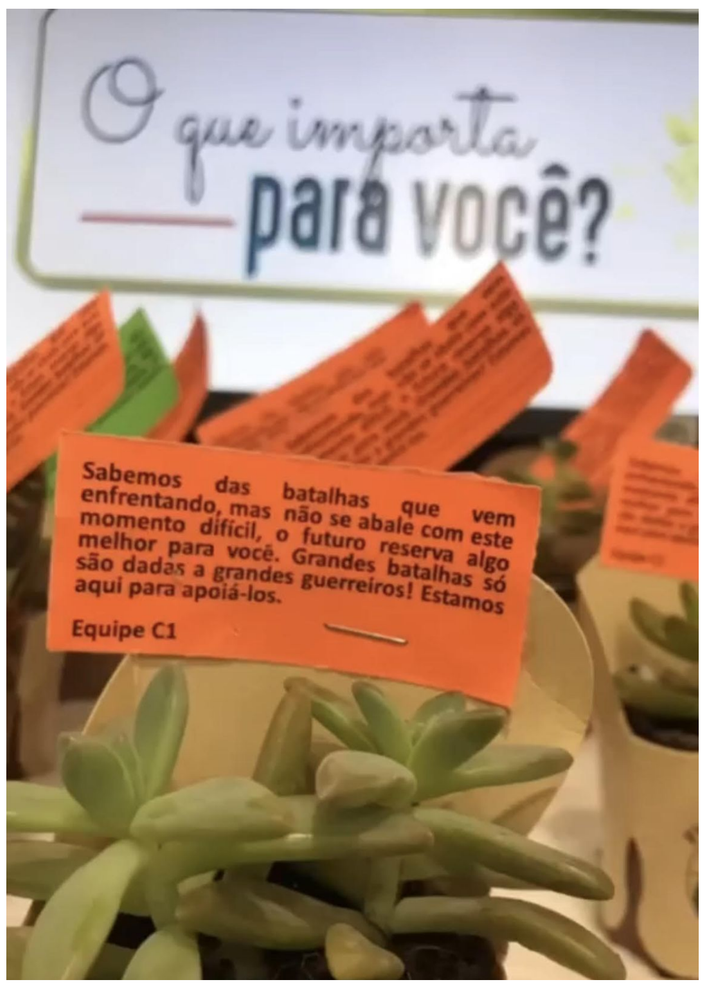
Experiência do paciente: Noite do cinema

RESULTADOS

O NPS do setor melhorou, apresentando valores proporcionais às ações de experiência do paciente; no mês de Junho foram 9 respostas com um NPS de 66,7%, sendo destes 33,3% passivos e 66,7% de promotores, não havendo detratores neste mês; Julho foram 23 respostas com um NPS de 73,9%, destes 8,7% foram passivos, 82,6% de promotores e 8,7% detratores; Agosto foram 33 respostas apresentando um NPS de 57,6%, destes 15,2% detratores, 12,1% passivos e 72,7% de promotores; Setembro foram 21 respostas apresentando um NPS de 71,4%, destes 9,5% detratores, 9,5% passivos e 81% de promotores; Outubro não houveram ações de experiência do paciente foram 21 respostas destas 25% foram detratores, 30% passivos e 45% de promotores, apresentando um NPS de 20%; No mês de novembro intensificamos as ações de experiência do paciente, foram 20 respostas destas 5% foram detratores, 15% passivos e 80% de promotores, apresentando um NPS de 75%; Dezembro contou com 17 respostas destas 5,9% foram detratores, 23,5% passivos e 70,6% de promotores, apresentando um NPS de 64,7%;

CONCLUSÕES

O NPS está atrelado à experiência do paciente, e as ações podem desempenhar uma mudança na percepção do período de internação. O trabalho individualizado e centrado nas necessidades do paciente promove o bem-estar, podendo gerar um impacto positivo na perspectiva do mesmo. Conclui-se que para manter o nível de satisfação e fidelização altas, através da análise dos dados e intervenções, existe a possibilidade do paciente se sentir satisfeito através de ações mais frequentes.



Plantas suculentas entregues com mensagens positivas

1. Silva MLC, Nunes JSS. A Percepção do Enfermeiro na Influência da Hotelaria Hospitalar na Recuperação do Paciente. Id on Line Rev Psicol. 2017 [citado 04 de maio de 2022]: 11(35):168-79. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/715/1009
2. Bezerra ALQ, Silva TO, Paranaguá TB, Tobias GC, Silva AEBC. Satisfação dos usuários com a segurança na assistência de enfermagem. Rev. enferm UFPE on line. 2017[citado 04 de maio de 2022]:;11(2):915-21. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13460

PACIENTE EM PRONA X PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: UM DESAFIO PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO CTI COVID

Marilyn Pinheiro da Silva Martins, Adriana Queiroz Pinto Rei, Roberta Tavares Torres Ferreira, Ricardo Turon Costa da Silva

INTRODUÇÃO

O processo inflamatório sistêmico e a piora da função pulmonar associado ao uso da ventilação mecânica, trouxe à tona o uso de um decúbito pouco utilizado na terapia intensiva até então: a prona ou decúbito ventral.

O paciente acometido por uma doença infectocontagiosa proveniente do novo vírus SARS CoV-2, pode evoluir para um quadro grave de pneumonia viral chamada de COVID-19, e em casos extremos a Síndrome Respiratória Grave Aguda (SRGA).

Quando o paciente segue piorando, sem respostas efetivas a outros tratamentos, estudos mostraram que posição de prona favoreceu uma melhor troca ventilatória, acarretando assim, uma redução da mortalidade dos pacientes quando precocemente colocados nesta posição.

Segundo Ramondetta (2020), há um aumento de lesões atribuído à pressão exercida, principalmente à posição prona nos pacientes em uso de VM. Diante desse cenário, foi desenvolvido no CTI COVID do Hospital Niterói D'or, medidas de proteção da derme dos pacientes que são elegíveis à prona: Instalação de espuma siliconada nas proeminências ósseas da face, utilização de protetor de face acolchoado; implementação de uma planilha para registro de mudança de decúbito cefálico.

METODOLOGIA

A escolha dos dispositivos de proteção foi através de embasamento clínico como Perrillat,et all, (2020) que apresenta artigo que discorre sobre o uso de dispositivos como "coxins a base de silicone ou géis de silicone, rotação regular da cabeça, fixação adequada do tubo orotraqueal com espuma de silicone."

Nos meses de janeiro a abril foi utilizado: hidrocolóides extrafinos em proeminências ósseas e a espuma siliconada utilizadas de modo indevido, o que colaborou para incidência de lesões.

Nos meses subsequentes foram adotadas novas medidas: instalação de espuma siliconada do tamanho correto nas áreas onde incidiam maiores pressões, uso do protetor de cabeça de silicone e treinamento da equipe para o uso correto da planilha de controle de mudança do posicionamento. Outra prática adotada foi o reforço das orientações sobre reposicionamento cefálico. Criando na equipe, uma conscientização com objetivo de reduzir os riscos que a manobra implica ao paciente pronado.

Para direcionar o trabalho da equipe plantonista foi utilizado uma imagem padrão com o correto posicionamento dos protetores de silicone, através de registro fotográfico.

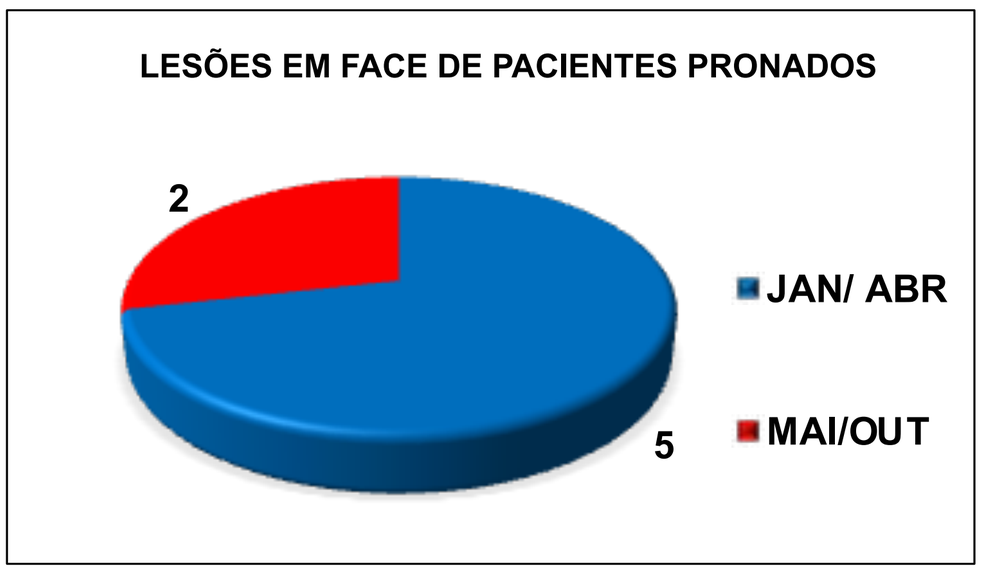
Realizado comparação de incidência de lesões de face nos meses de janeiro a abril e de maio a outubro de 2021.

RESULTADOS

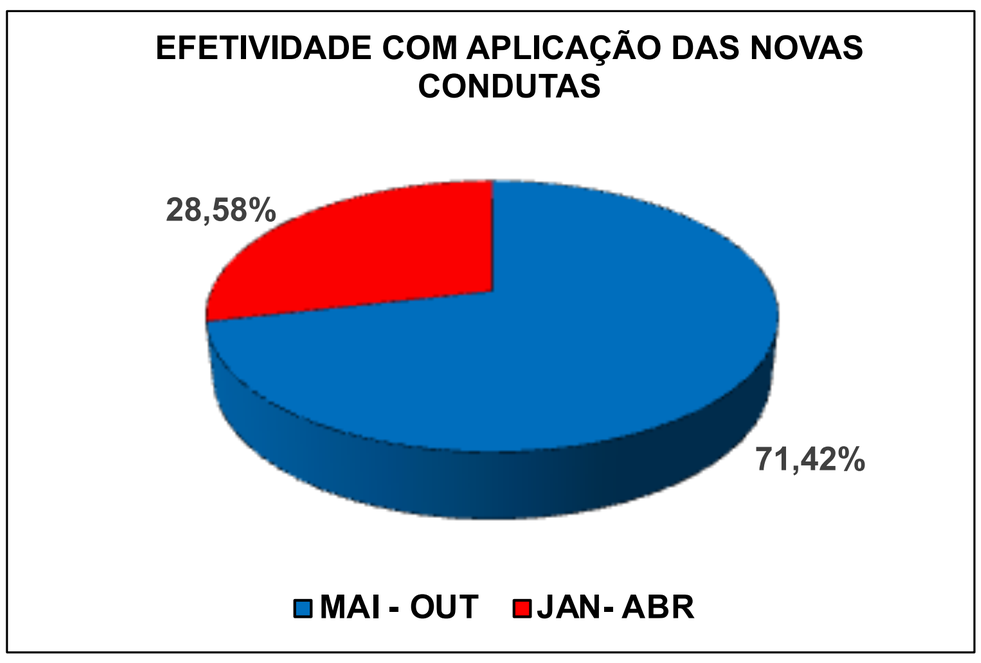
Realizado a avaliação de 01/01/2021 até 13/10/2021, sendo o público alvo os pacientes que internaram no CTI setor COVID.

Segundo EPIMED MONITOR (2021) o CTI COVID admitiu 814 pacientes, desse grupo 183 (22%) evoluíram para uso da VM; com tempo médio de permanência de 11 dias. Dos pacientes em uso de VM 90 pacientes necessitaram ser pronados (47%); com tempo médio em decúbito ventral de 19 horas (média de 09 lateralizações de cabeça / prona). Sendo realizado um total de 352 pronas (média de quatro pronas/ paciente)

Nos meses de janeiro a abril com o uso das proteções utilizadas ocorreram 35 pronas desse total ocorreram 5 casos de lesões em face (14% na taxa de incidência de lesões em face). Nos meses subsequentes com adoção das novas medidas houveram 55 pacientes pronados e apenas 2 casos (4% na incidência), demonstrando uma redução de 71,42% das lesões em face.



Lesões de face no ano de 2021 no CTI COVID



Taxa de efetividade das novas práticas adotadas na prevenção da lesão por pressão em face

CONCLUSÕES

A pandemia da Covid-19 trouxe um enorme desafio para os profissionais de saúde, foi um momento de mudança, medos, ao mesmo tempo trouxe superação e amadurecimento, permanecendo no ideal dos colaboradores sempre a primazia na oferta da assistência prestada.

Todas as medidas preventivas de lesão por pressão em face foram construídas através de um trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, no intuito de aumentar a segurança e a qualidade do atendimento das pessoas que apresentam riscos de desenvolvimento desse agravo.

REFERÊNCIAS

- Perrillat, A; Foletti, JM; Lacagne, AS; Guyot, L; Graillon, N. Facial pressure ulcers in COVID-19 patients undergoing prone positioning: How to prevent an underestimated epidemic?. França, 2020.Disponivel em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F. Acesso em 16 de outubro de 2021.
- Sistema Epimed Monitor. Relatório gerado no dia 19/10/2021 às 07:33 horas.
- Ramondetta, Alice; Ribero, Simone; Costi, Sonia; Dapavo, Paolo. Pression-induced facial ulcers by prone position for COVID-19 mechanical ventilation. Itália, 2020. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F. Acesso em 16 de outubro de 2021.

Implantação de inteligência artificial na elaboração das escalas de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva

Sabrina Capeletti, Viviane Boneli

INTRODUÇÃO

A enfermagem atua nas 24 horas, através do sistema de escalas. Assim, deve-se garantir uma escala mensal com folgas e férias de cada membro da equipe, bem como gerir as ausências, de maneira a não comprometer a assistência ao paciente. Por ser um processo complexo e que demanda muito tempo do enfermeiro, foi implantada uma plataforma de gestão automática de escalas laborais com uso de Inteligência Artificial, chamada de StarGrid

METODOLOGIA

Em parceria com o setor de recursos humanos, cadastramos todos os colaboradores e disponibilizamos o aplicativo para ser utilizado nos dispositivos pessoais ou nos computadores satélites da unidade. Realizada capacitação da ferramenta com a equipe técnica e um treinamento específico da ferramenta de gestão para os enfermeiros referências de cada turno. Na prática a solução funciona da seguinte maneira: primeira etapa: colaborador escolhe suas folgas preferenciais e lança na plataforma. Segunda etapa: gestor da área configura as regras de cada escala (grid), e realiza os ajustes. Terceira etapa: aprovação . O grid é gerado automaticamente. Finalizadas essas três etapas, o colaborador recebe sua escala diretamente no dispositivo.

Panorama geral dos grids aprovados.

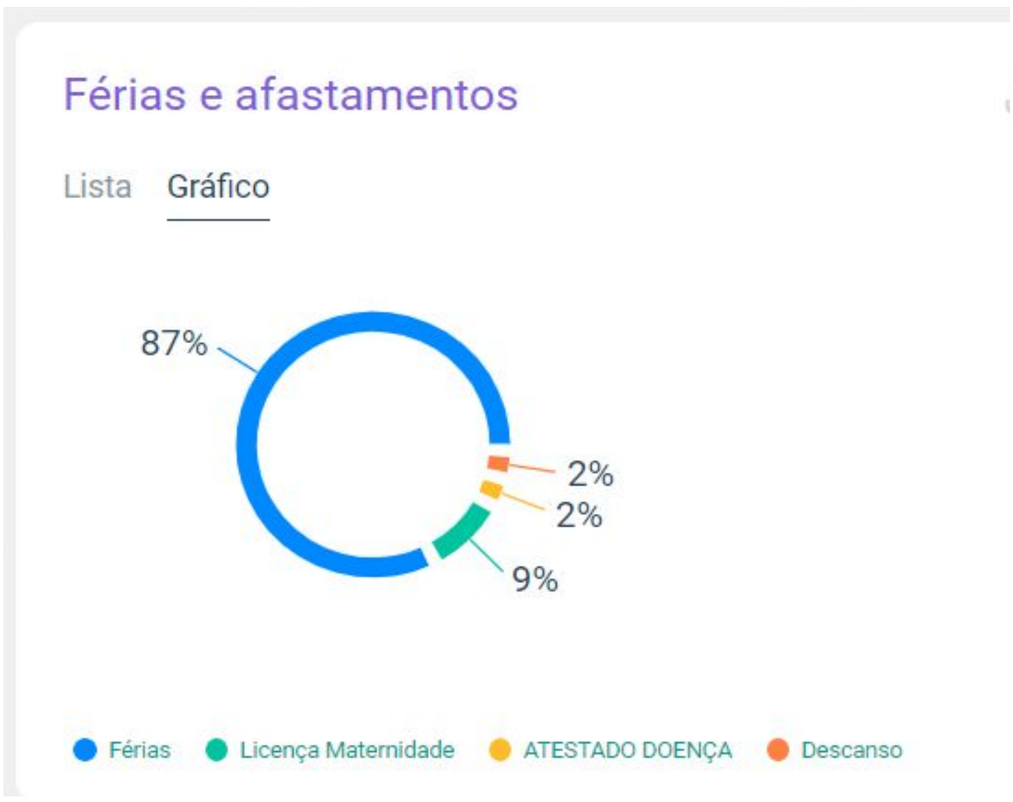
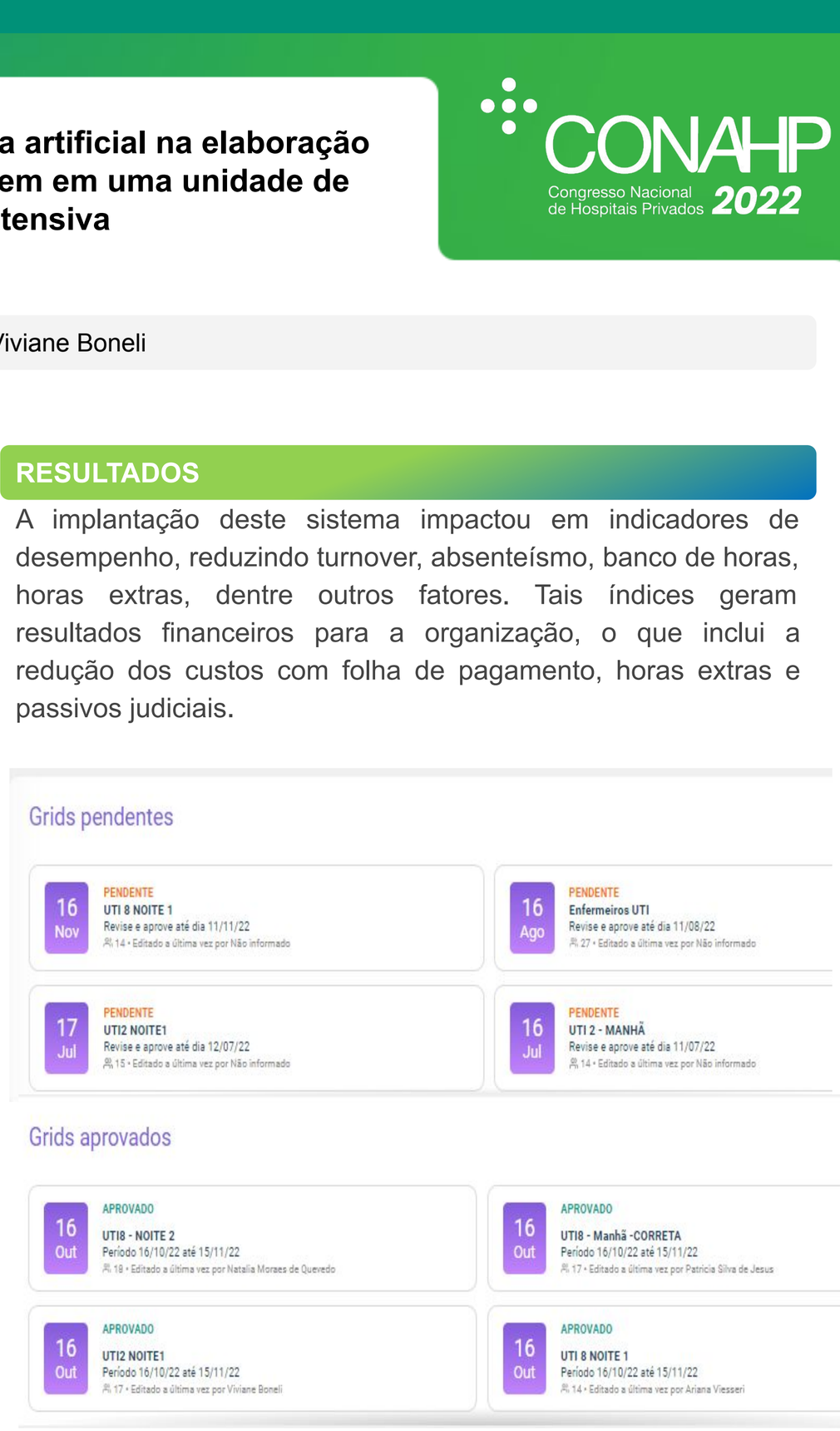


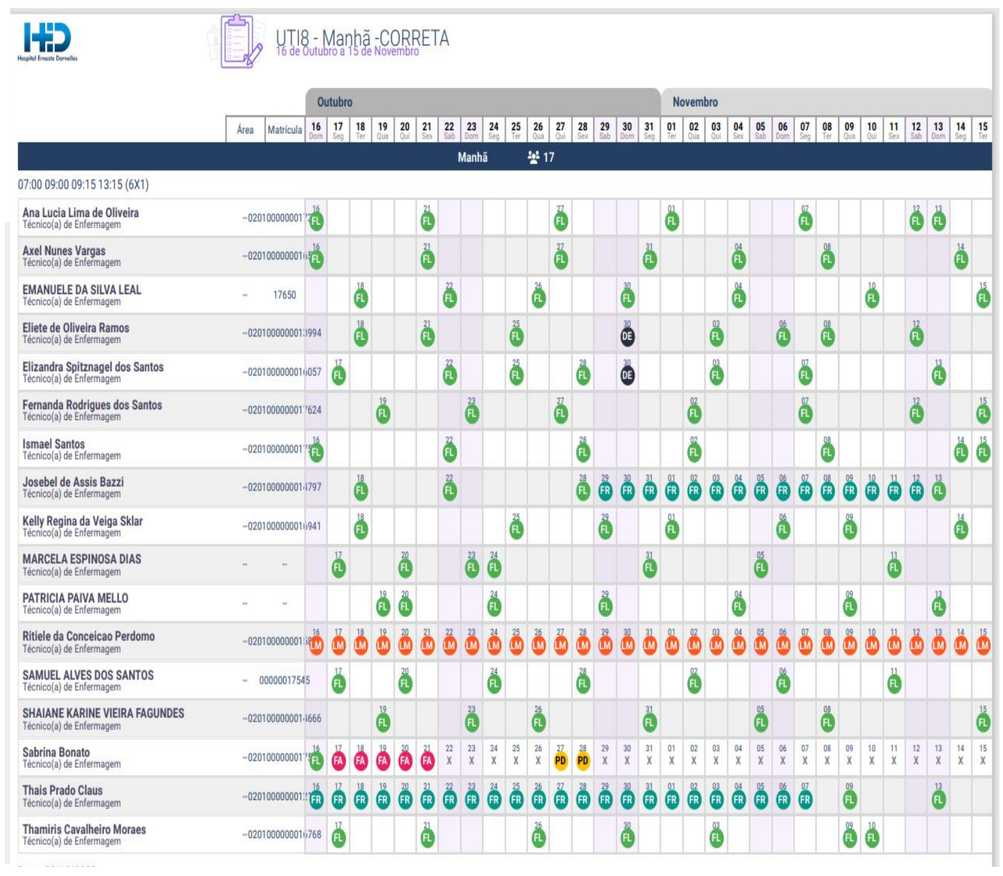
Gráfico de férias e afastamentos gerados mensalmente automaticamente pelo grid.

RESULTADOS

A implantação deste sistema impactou em indicadores de desempenho, reduzindo turnover, absenteísmo, banco de horas, horas extras, dentre outros fatores. Tais índices geram resultados financeiros para a organização, o que inclui a redução dos custos com folha de pagamento, horas extras e passivos judiciais.



Grids que seguem pendentes aguardando aprovação dos gestores e os grids com as folgas já aprovadas.



Escala de folgas e férias geradas pelo grid,após aprovação do gestor, através da marcação de preferência de folga dos técnicos

CONCLUSÕES

A solução proporcionou maior eficiência da equipe assistencial na construção e gestão das escalas, reduzindo o tempo com atividades administrativas e aumentando a satisfação dos colaboradores, além de inibir a elaboração de escalas que possam não atender a legislação trabalhista.

.

REFERÊNCIAS

Aurich EA. Informatização de tarefa administrativoburocrática em Enfermagem: proposta de construção de protótipo de sistema de elaboração de escala mensal de pessoal. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/ USP; 2017

IMPLANTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA NA PERSPECTIVA DO GIRO DE LEITO

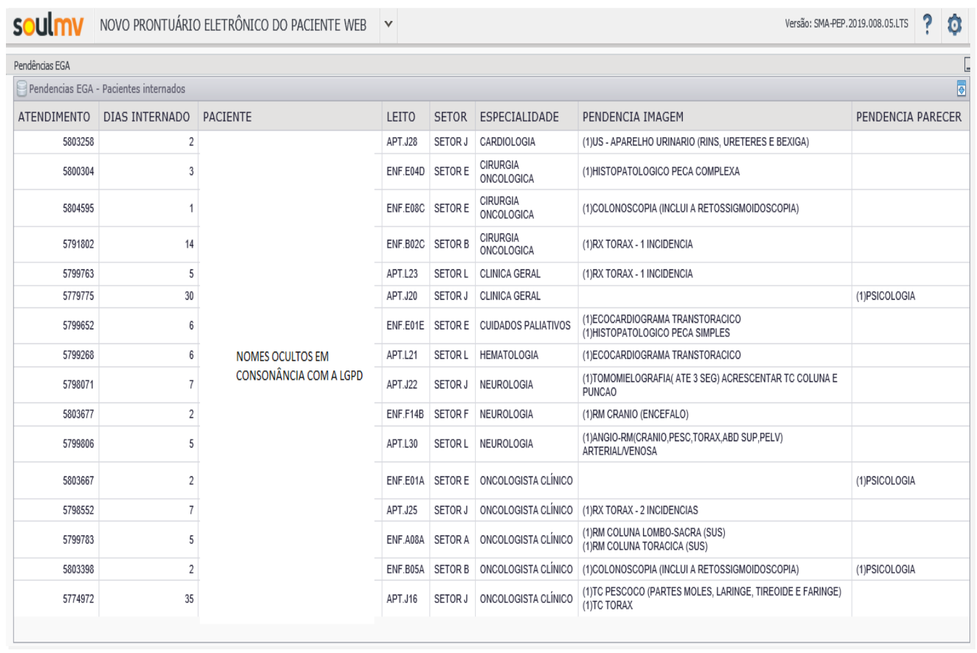
Dalthon Franco Dorce, Marcos Vieira Rangel Pereira, Raianny Silva Mattos Laeber

INTRODUÇÃO

O giro de leitos e a utilização eficiente do leito hospitalar traz inúmeras vantagens nos processos de acesso e continuidade do cuidado das instituições hospitalares. Nessa perspectiva, o Hospital Santa Rita de Cássia implementa o seu Escritório de Gestão de Alta, em junho de 2021, como forma de contribuir com uma maior eficiência e resolutividade dos processos clínicos, garantindo um melhor fluxo dentro da unidade.

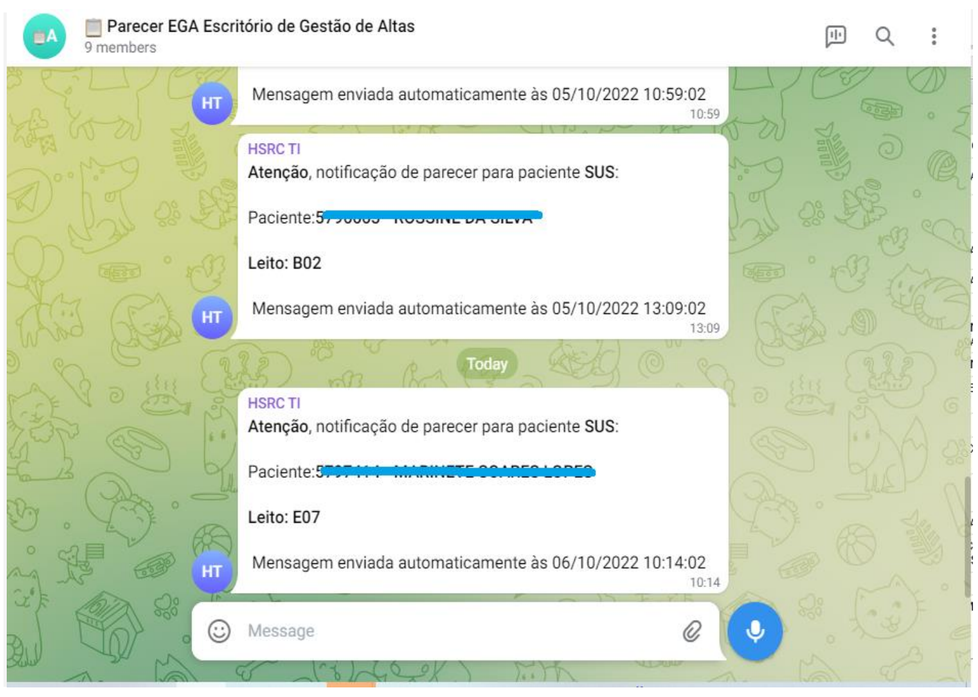
METODOLOGIA

Para organização do plano de ação, utilizamos a ferramenta 5W2H, quando o escopo e equipe de trabalho foram definidos e designados para atuação ativa nas pendências de alta por meio de visitas multiprofissionais, *Huddles* semanais, painéis de monitoramento de pendências de exames e pareceres, alertas de solicitação de parecer via Telegram, aulas de aculturamento institucional sobre o Escritório de Gestão de Alta, auditoria ativa de prontuário em busca de pendências e falhas de processos que impactam na permanência do paciente, além de painéis de indicadores da ferramenta *Business Intelligence* (BI). A triagem e definição do paciente a ser acompanhado pelo EGA ocorre conforme o seguinte escopo e alertas: solicitação de parecer do EGA pelo time assistencial, painel de pendências de exames e pareceres no prontuário eletrônico, pacientes com mais de 7 (sete) dias de internação e todos os pacientes assistidos pela Medicina Hospitalista. A atuação tem caráter educativo e intervencionista nos fluxos no sentido de acelerá-los.



ATENDIMENTO	DIAS INTERNADO	PACIENTE	LEITO	SETOR	ESPECIALIDADE	PENDENCIA IMAGEM	PENDENCIA PARECER
5803258	2		APT.J28	SETOR J	CARDIOLOGIA	(1)US - APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	
5800304	3		ENF.E04D	SETOR E	CIRURGIA ONCOLOGICA	(1)HISTOPATOLOGICO PECA COMPLEXA	
5804595	1		ENF.E08C	SETOR E	CIRURGIA ONCOLOGICA	(1)COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA)	
5791802	14		ENF.B02C	SETOR B	CIRURGIA ONCOLOGICA	(1)RX TORAX - 1 INCIDENCIA	
5799763	5		APT.L23	SETOR L	CLINICA GERAL	(1)RX TORAX - 1 INCIDENCIA	
5779775	30		APT.J20	SETOR J	CLINICA GERAL		(1)PSICOLOGIA
5799652	6		ENF.E01E	SETOR E	CUIDADOS PALIATIVOS	(1)ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO (1)HISTOPATOLOGICO PECA SIMPLES	
5799268	6	NOMES OCULTOS EM CONSONÂNCIA COM A LGPD	APT.L21	SETOR L	HEMATOLOGIA	(1)ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	
5798071	7		APT.J22	SETOR J	NEUROLOGIA	(1)TOMOMIELOGRAFIA(ATE 3 SEG) ACRESCENTAR TC COLUNA E PUNCAO	
5803677	2		ENF.F14B	SETOR F	NEUROLOGIA	(1)RM CRANIO (ENCEFALO)	
5799806	5		APT.L30	SETOR L	NEUROLOGIA	(1)ANGIO-RM(CRANIO,PESC,TORAX,ABD SUP,PELV) ARTERIAL/VENOSA	
5803667	2		ENF.E01A	SETOR E	ONCOLOGISTA CLÍNICO		(1)PSICOLOGIA
5798552	7		APT.J25	SETOR J	ONCOLOGISTA CLÍNICO	(1)RX TORAX - 2 INCIDENCIAS	
5799783	5		ENF.A08A	SETOR A	ONCOLOGISTA CLÍNICO	(1)RM COLUNA LOMBO-SACRA (SUS) (1)RM COLUNA TORACICA (SUS)	
5803398	2		ENF.B05A	SETOR B	ONCOLOGISTA CLÍNICO	(1)COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA)	(1)PSICOLOGIA
5774972	35		APT.J16	SETOR J	ONCOLOGISTA CLÍNICO	(1)TC PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE) (1)TC TORAX	

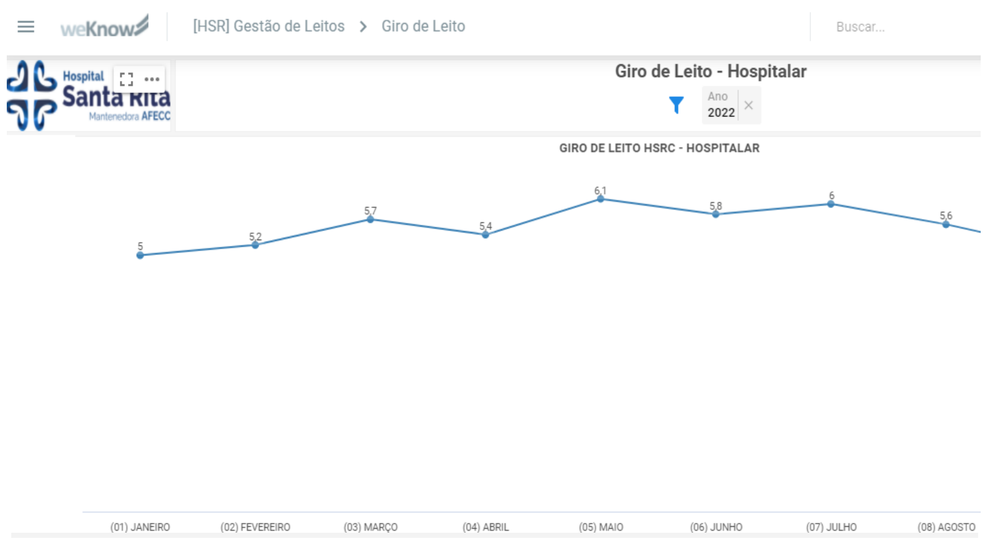
Painel de pendências do exames e pareceres do PEP para atuação imediata do EGA.



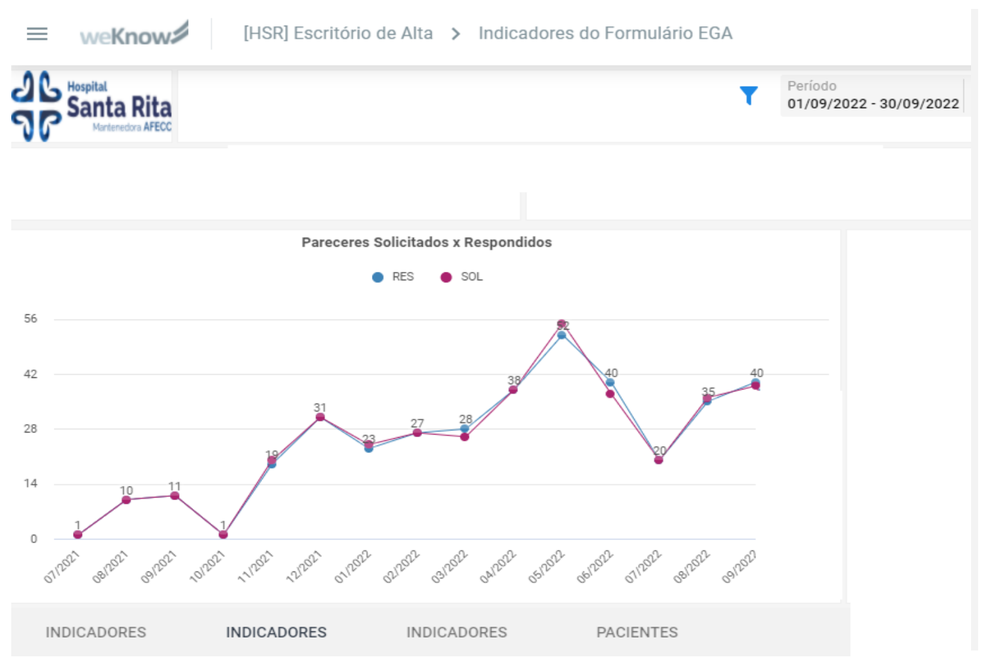
Alerta automático no Telegram de pareceres solicitado ao EGA para atuação imediata do EGA (integração com MV e restrito ao time EGA).

RESULTADOS

Após aculturamento e consolidação do Escritório de Gestão de Altas na instituição, atingimos um giro de leito de 6.1, patamar nunca antes alcançado na instituição. Antes da implantação do EGA, o maior giro de leito atingido havia sido de 5.1. O número de pareceres solicitados para o time saiu de uma média de 5/mês no primeiro quadrimestre de atuação para um pico de 55 pareceres respondidos em um único mês, demonstrando a maturidade institucional e credibilidade nos resultados obtidos após atuação e intervenção do EGA. Atingimos uma rede de contrarreferência sólida e fluida, com clínicas de transição e auditores de convênios em franca comunicação e construção de um conceito dentro da agenda de valor. Duas aulas sobre o EGA foram ministradas à equipe multidisciplinar da instituição, a fim de aculturar a importância do planejamento da alta desde o momento da internação. Passamos a trabalhar em direta interface com o Escritório de Gestão de Valor (VMO).



Indicador de giro de leito com o melhores patamares desde a implantação do Escritório de Gestão de Altas em junho de 2021 (Fonte: BI WeKnow)



Indicador de número de pareceres solicitados e respondidos pelo Escritório de Gestão de Altas desde à sua implantação (Fonte: BI WeKnow)

CONCLUSÕES

Dentre tantos desafios do mundo e das instituições de saúde na pós pandemia, manter um hospital sustentável, com qualidade e excelência operacional, certamente envolve o uso consciente dos recursos e, essencialmente, o recurso finito e estratégico que é o leito hospitalar. Se o planejamento da alta não for uma pauta de cuidado assistencial desde o momento da internação, não há como garantir permanências aceitáveis, redução de glosas e desfechos favoráveis ao paciente em sua linha de cuidado. Esse trabalho corroborou essa correlação.

REFERÊNCIAS

The Advisory Board Company (International Clinical Operations Board): Gerenciamento da capacidade de próxima geração – Colaboração para um fluxo de internação eficiente e clinicamente adequado (2013).

IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE TERAPIA INFUSIONAL EM UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Ghabriella Sampaio, Letícia Airoza, Ana Paula Martins, Cássio Baptista

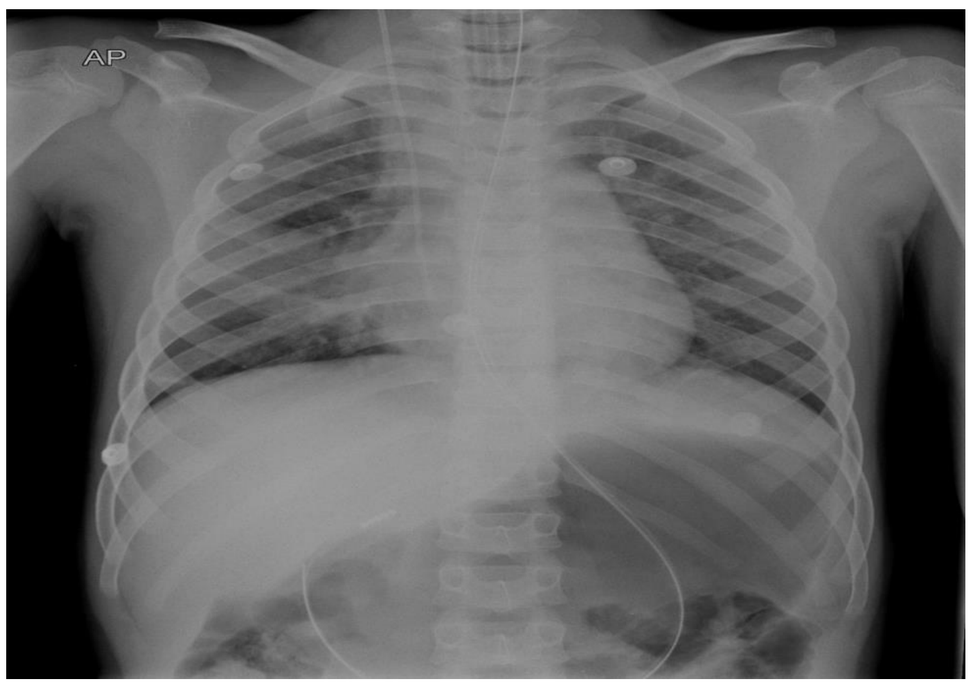
INTRODUÇÃO

A terapia intravenosa é um recurso indispensável quando há necessidade de infusão de fármacos e soluções medicamentosas através das veias. Com fins terapêuticos, o procedimento traz maior conforto e a máxima resposta clínica do paciente, sendo a infecção de corrente sanguínea um dos maiores riscos da terapia intravenosa. Como meta internacional de segurança do paciente, focando na redução de infecção de corrente sanguínea e na redução da exposição do paciente a riscos anestésicos, buscou-se a elaboração de um grupo de terapia infusional (GTIN) que atendesse as unidades do hospital, tendo como público-alvo os pacientes pediátricos e neonatais com indicação médica de acesso venoso por período prolongado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo na forma de relato de experiência. A implantação do protocolo ocorreu no período de janeiro de 2018 a março de 2018. O GTIN é composto pelos coordenadores médicos e de enfermagem da unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, gerência de enfermagem e coordenadora da farmácia. Foi criado por meio de planilha no drive em tempo real sobre pacientes que necessitassem de terapia infusional.

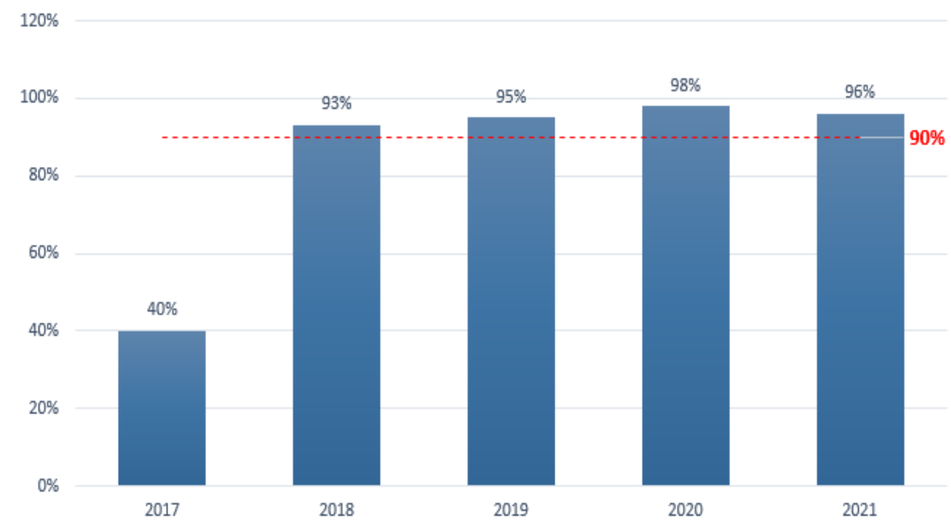
Capacitação/Habilitação em PICC - Enfermeiros da UTI Neonatal – GTIN.



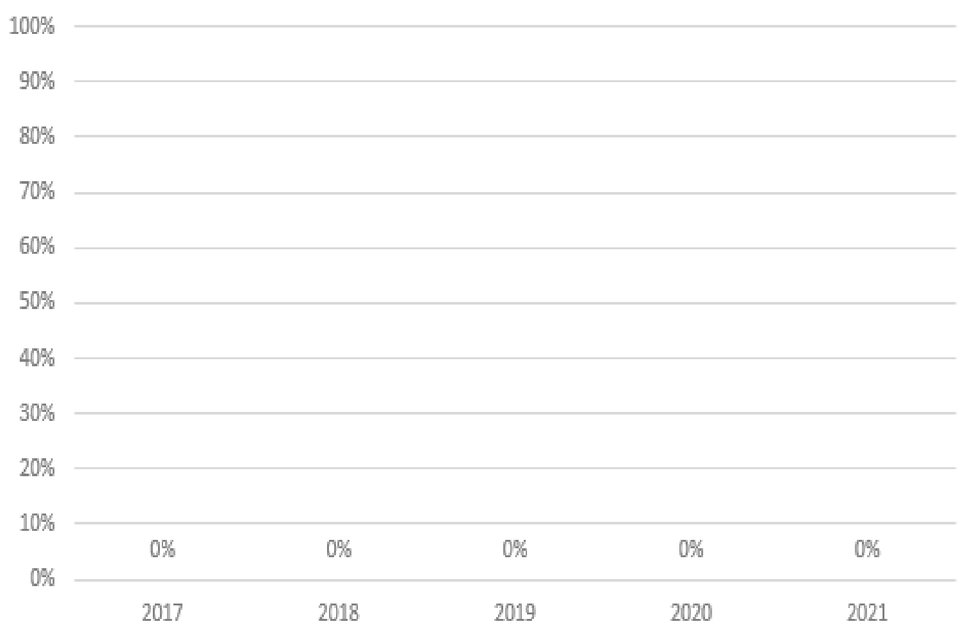
Exame de imagem – Posicionamento PICC.

RESULTADOS

Com o GTIN, houve um aumento da taxa de adesão aos PICC's, (84%) com o grupo, e uma esperada e simultânea redução da implantação de acessos venosos profundos sob anestesia (de 33% para 7,14%); realização das auditorias nos pacientes internados; capacitação da equipe técnica de enfermagem em relação a manutenção do dispositivo; aumento do número de enfermeiros habilitados na passagem de cateter central de inserção periférica (PICC);capacitação de médicos da unidade terapia intensiva pediátrica. Redução das perdas de acessos, de 60% para 7%. Continuidade na erradicação das infecções de corrente sanguínea (ICS), visto que não houve nenhum caso, a despeito da implantação de um maior número de PICC's (o índice de ICS da UTIP é de 0%).



Adesão dos PICCs instalados na UTI Pediátrica.



Total de infecções de corrente sanguínea – UTI Pediátrica.

CONCLUSÕES

A implantação GTIN permitiu reduzir a morbidade dos pacientes pediátricos, e proporcional redução de punções venosas profundas sob anestesia. Maior adesão aos protocolos, melhoria dos indicadores de perdas de acessos.

REFERÊNCIAS

1. HARADA, MJCS; PEDREIRA, MLG. Terapia Intravenosa e Soluções. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.
2. JESUS, VC; SECOLI SR. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Ciência, Cuidado e Saúde. Abril/Junho, 2007.
3. FERREIRA, FLC et al. Terapia Intravenosa em Neonatologia e na Pediatria: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental. Online, v. 2, p.125-129,dezembro, 2010.

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PIT STOP NO CENTRO CIRÚRGICO

ROMÃO Tatiana Lima, FERREIRA Cristina Maria Leonel, PAURA Mariane Rizzetto Coelho, VIEIRA Clodoaldo

INTRODUÇÃO

Estima-se que sejam realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano. Os incidentes ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e resultando no dano ao paciente. O centro cirúrgico é o local em que eles ocorrem com maior frequência e que podem ser evitados em cerca de 43%. São exemplos de incidentes infecções do sítio cirúrgico, erro de lateralidade e posicionamento cirúrgico, problemas anestésicos, entre outros.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, desenvolvido em centro cirúrgico de um hospital privado da cidade de São Paulo, de fevereiro à abril de 2022. Compuseram a amostra os profissionais de enfermagem que atuavam na unidade. O processo da admissão cirúrgica no bloco cirúrgico contempla todas as etapas do protocolo de cirurgia segura. Para uma maior segurança na aplicação da meta 4 foram desenvolvidas placas ilustrativas que simulam o “pit stop” (parada rápida), alocadas em uma das paredes da sala pré-operatória, onde o paciente é convidado a participar desta checagem. Composição das Placas: confirmar em voz alta: Identificação do paciente. Alergia a látex. Lateralidade. Tempo de jejum. Exames pré-operatórios. Avaliações Médicas. Retirada de adornos e próteses. Preparo da pele. Procedimento a ser realizado. Termos assinados. SAEP. Com o objetivo de realizar dupla checagem, junto ao paciente, antes do mesmo ser encaminhado para o procedimento Após isso o cliente é encaminhado para sala cirúrgica.

Imagem símbolo do Projeto Pit Stop

Imagem do Projeto Pit Stop

RESULTADOS

No ano de 2021, foi realizado uma média de 349 procedimentos por mês. Nesse mesmo ano foram notificados pequenos incidentes que causaram danos leves ao cliente como por ex.: cancelamento ou adiamento da cirurgia pelos seguintes motivos: 3% alergia a látex, 2% jejum, 2% exames pré-operatório, 5% retirada de adornos e próteses.

No ano de 2022 mesmo com o crescente número de cirurgias, que passou para uma média de 380 procedimentos por mês, observamos que após a implantação do método “PIT STOP”, não houve nenhum incidente.

Estes resultados demonstram que ações simples de verificação do processo podem garantir a segurança assistencial.

Foto demonstrando as placas utilizadas no Projeto PIT STOP

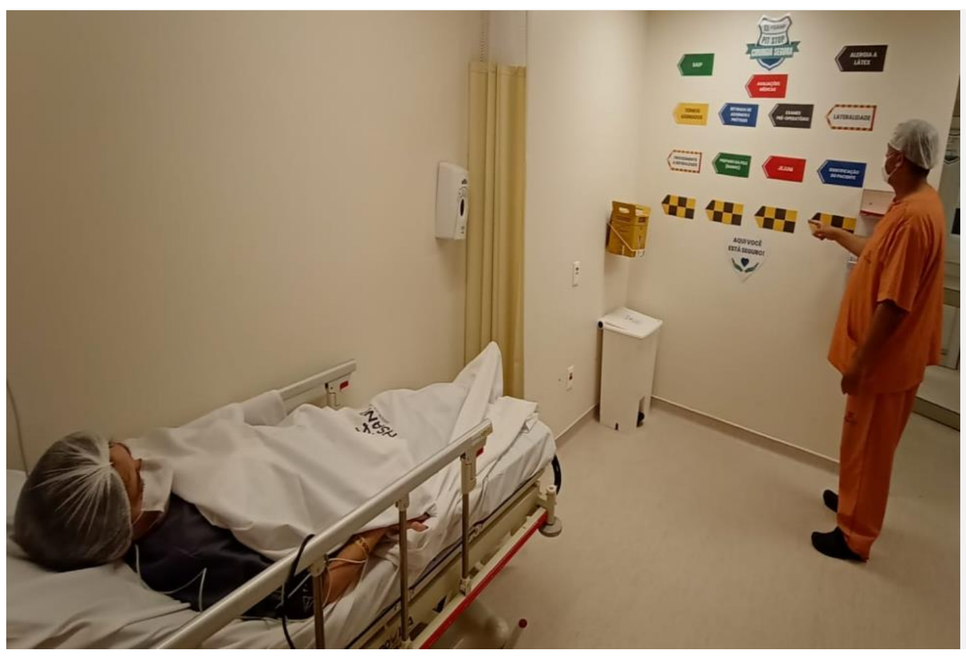


Imagem demonstrando a aplicação das placas ilustrativas utilizadas no CC para o Projeto PIT STOP.

CONCLUSÕES

Foi verificado que a equipe de enfermagem apesar de ter conhecimento teórico do protocolo de cirurgia segura nem sempre valorizava a importância da aplicabilidade. Após a aplicação do “PIT STOP” evidenciamos um maior envolvimento da equipe, maior compreensão da importância do protocolo e maior confiança do paciente ao participar da ação. Além de termos zerado no número de incidentes.

REFERÊNCIAS

1.World Health Organization (WHO). Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge. 2.Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? Br J Anaesth. 2012;109(1):45-54. 3.Croteau RJ. Wrong-site surgery in surgical patient safety: essential Information for surgeons in today's environment. Chicago: American College of Surgeons; 2004.Geneva: World Health Organization; 2009.
4.Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. J Adv Nurs. 2008;61(11):29-37.

IMPLANTAÇÃO DO PAINEL DE GESTÃO A VISTA EM UM AMBULATORIO DE ESTOMATERAPIA

BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, LAURA ALMEIDA GONÇALVES, FABIANA HARADA HASEGAWA MATSUDA E ALINE TELES TAVARES SUETOMI

INTRODUÇÃO

A metodologia Lean Seis Sigma Healthcare visa reorganizar e racionalizar os serviços de saúde por meio da aplicação de suas práticas de gestão realizadas na indústria[1], tendo por objetivo estabelecer a qualidade dos fluxos de trabalho, melhoria contínua, proporcionando a instituição a realização da gestão de forma mais estratégica, implementando os princípios de produção enxuta e gerenciamento visual para melhor gestão do local de trabalho[2]. Com base nestes objetivos podemos agregar valor aos pacientes, funcionários e instituição de saúde, diminuindo as falhas de processos e desperdício de tempo, garantindo melhoria nos fluxos[3] e comunicação efetiva[4]. A gestão visual é uma ferramenta mais simplificada, onde todas as informações relacionadas a um setor são liberadas e comunicadas visualmente aos funcionários, permitindo que todos os envolvidos tenham ciência de todas as etapas de determinado processo, facilitando o planejamento e tomada de decisões[4]. Este estudo teve como objetivo descrever a experiência da implantação do Painel Eletrônico de Gestão á Vista, com a finalidade de gerenciar a unidade de modo dinâmico, eficaz e padronizado, reduzindo o desperdício de tempo e mão de obra.

METODOLOGIA

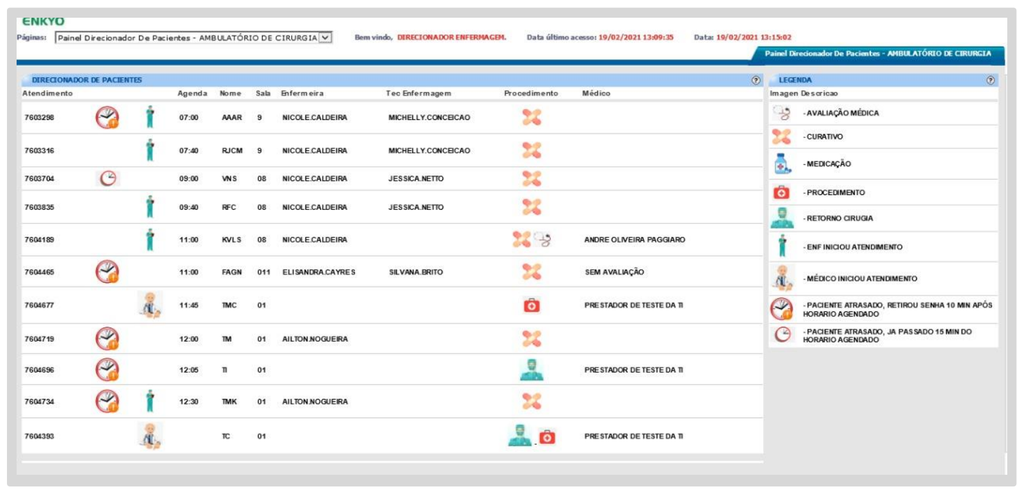
Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência profissional sobre a implantação da Gestão á Vista de um Serviço de Estomaterapia, em um Hospital Privado, da Zona Norte de São Paulo.

RESULTADOS

O Serviço de Estomaterapia da instituição iniciou suas atividades em 2014, com 01 Enfermeira Estomaterapeuta, tendo sua expansão ao longo dos anos. Foram realizados 35.270 atendimentos, em 328 pacientes. Hoje contamos com uma equipe de 05 Enfermeiras Estomaterapeutas e 04 salas destinadas ao atendimento de enfermagem, onde são realizados atendimentos de: feridas agudas, crônicas, deiscências de feridas operatórias, queimaduras, debastamento, desbridamento e orientação a pacientes com estomias no pré e pós-operatório. Sem a sinalização das salas, havia um grande desperdício de mão de obra e tempo, para verificar qual o procedimento estava sendo realizado e por qual profissional, gerando insatisfação dos pacientes, equipe e corpo clínico. Mediante ao exposto, foi desenvolvido um painel eletrônico com as necessidades do setor, com critérios de inclusão e orientação aos usuários.

RESULTADOS

Mediante ao exposto, foi desenvolvido um painel eletrônico com as necessidades do setor, com critérios de inclusão e orientação aos usuários. Após a implantação do painel, a equipe de enfermagem visualiza todos os pacientes e procedimentos, entre eles: avaliação médica, curativo, medicação, procedimento e retorno cirúrgico. Portanto conseguimos realizar a gestão a vista e designar quais salas serão os atendimentos, não sendo necessário entrar em todas as salas para verificar, realizando a gestão de toda a unidade de forma dinâmica e assertiva, vindo de encontro com a filosofia do foco nos pacientes com a equipe multiprofissional e a integralidade de sua assistência, priorizando adequar o cuidado às necessidades da população.



Atendimento			Agenda	Nome	Sala	Enfermeira	Tec Enfermagem	Procedimento	Médico
7603298			07:00	AAAR	9	NICOLE.CALDEIRA	MICHELLY.CONCEICAO		
7603316			07:40	RJCM	9	NICOLE.CALDEIRA	MICHELLY.CONCEICAO		
7603704			09:00	VNS	08	NICOLE.CALDEIRA	JESSICA.NETTO		
7603835			09:40	RFC	08	NICOLE.CALDEIRA	JESSICA.NETTO		
7604189			11:00	KVLS	08	NICOLE.CALDEIRA			ANDRE OLIVEIRA PAGGIARO
7604465			11:00	FAGN	011	ELISANDRA.CAYRES	SILVANA.BRITO		SEM AVALIAÇÃO
7604677			11:45	TMC	01				PRESTADOR DE TESTE DA TI
7604719			12:00	TIM	01	AILTON.NOGUEIRA			
7604696			12:05	TI	01				PRESTADOR DE TESTE DA TI
7604734			12:30	TIMK	01	AILTON.NOGUEIRA			
7604393				TC	01				PRESTADOR DE TESTE DA TI

Figura 1 – Painel de Gestão á Vista do Ambulatório de Estomaterapia.

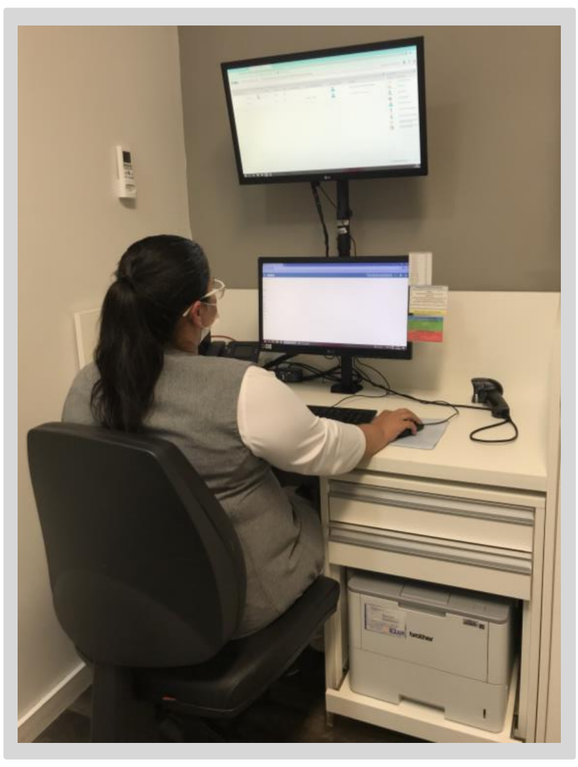


Figura 2 – Painel de Gestão á Vista do Ambulatório de Estomaterapia.

CONCLUSÕES

O painel de gestão a vista se provou eficiente na gestão, onde conseguimos visualizar todos os pacientes que necessitam de atendimento na unidade, categorizados por procedimentos, profissionais em sala e atrasos, melhorando o fluxo de atendimento e resultando na satisfação dos pacientes, equipe de enfermagem e recepção. Neste contexto, a equipe da unidade é responsável por manter a melhoria contínua, seguindo as diretrizes de utilização do painel.

REFERÊNCIAS

1. WARING; BISHOP, 2010 - WARING, J. J.; BISHOP S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. Social Science and Medicine, v. 71, n. 7, p. 1333-1340, 2010. **2.** KRAFCIK, 1988 KRAFCIK, J. Triumph of the lean production system. MIT Sloan Management Review, Vol. 30 No. 1, pp. 41-51, 1988. **3.** TOUSSAINT; BERRY, 2013 - TOUSSAINT, J. S., BERRY L. L. The promise of lean in healthcare. Mayo Clinic Procedings, v. 88, p. 74-82, 2013. **4.** SCHULTZ, 2017 SCHULTZ, A. L. Integrating lean and visual management in facilities management using design science and action research. Department of Construction Management and Facilities Management, Pratt Institute, New York, USA, 22, april, 2017.

ANÁLISE COMPARATIVA SOBRE O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE E INCIDENTES DE FORMA MANUAL E ELETRÔNICA.

COSTA Suellen Dias Lacerda, VARANDAS, Érika Fernanda de Brito, ROMÃO Tatiana Lima

INTRODUÇÃO

A implantação de notificação de não conformidades e incidentes no hospital foi realizado no ano de 2019, com o objetivo de análise dos problemas para mitigação de incidente e promoção de melhorias. As notificações podem tratar de uma quebra de um processo acordado, que não foi cumprido ou relatar incidentes que podem ocorrer durante a prestação do cuidado à saúde, que podem ou não resultar em dano ao paciente (físico, social e psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte).

METODOLOGIA

Realizado uma análise retroativa comparativa entre o número e a qualidade das notificações realizadas manualmente, através de uma ficha física e entre as notificações realizadas através de um sistema eletrônico.
As notificações de ocorrências iniciaram através de uma ficha física de modelo único para todos os tipos de notificações da instituição e no final do segundo semestre de 2019 iniciou-se a implantação da notificação através do sistema eletrônico adquirido pelo hospital.
Para a realização da abertura de ocorrências de forma eletrônica, foi disponibilizado um link na área de trabalho de todos os computadores, onde qualquer colaborador pode clicar e realizar a notificação de forma anônima, sem necessidade de inserção de login e senha, com um tempo de preenchimento em média de 01 minuto.
Todos os colaboradores foram capacitados em treinamentos presenciais e através de materiais informativos.

Material Informativo contendo exemplos do que pode ser notificado.

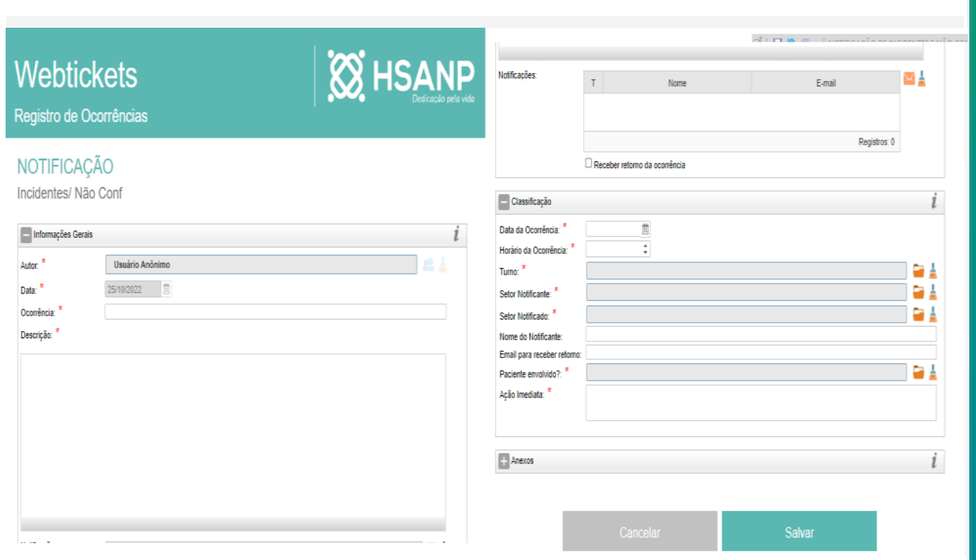
Ficha manual para abertura de notificação utilizada em 2019.

RESULTADOS

Durante a implantação encontramos algumas dificuldades, sendo elas:

- Definição do sistema eletrônico mais adequado para a instituição
- Parametrização do sistema
- Capacitação dos colaboradores
- Disseminação da cultura de notificação.

Após a implantação conseguimos observar os seguintes números: Em 2019, com o método manual, a média de notificações era de 106 mês, após a implantação do sistema eletrônico a média de notificações passou a ser de 178, evidenciando um aumento de 68% no número de notificações. Os tipos de notificações mais prevalente foram relacionados a falhas durante a assistência, problemas relacionado a materiais, falha nas atividades administrativas e falhas envolvendo medicação. Consideramos os itens acima como grande desafio para o próximo ciclo de análise de resultado.



Ficha eletrônica para abertura de notificação.

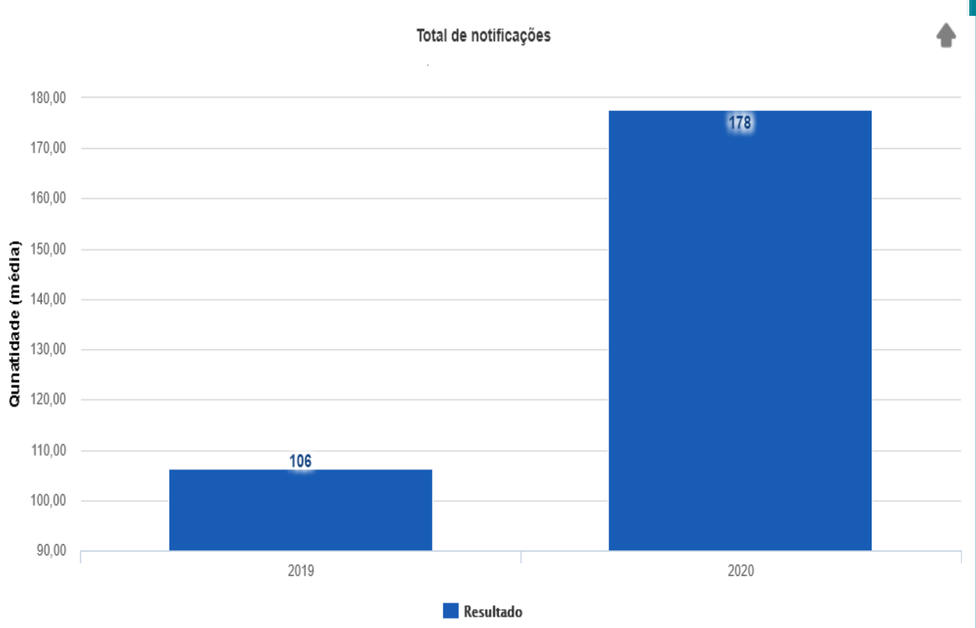


Gráfico com dados comparativos de notificação entre o ano de 2019 (método manual e 2020 quando iniciou o método eletrônico).

CONCLUSÕES

Concluímos que o sistema informatizado de notificação de incidentes e não conformidades é uma estratégia de sucesso para a gestão de risco do hospital.
A implantação do sistema eletrônico de notificação foi fundamental para melhorar adesão á notificação, aperfeiçoar as descrições da notificações, aprimorar as analises e potencialização dos planos de ação, ocasionando um maior envolvimento de todos na cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

(1) World Health Organization. Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. 2016
(2) Nota Técnica nº 05 de 2019 GVIMS-GGTES-ANVISA – Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde

IMPLEMENTAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM UM HOSPITAL PRIVADO

INGRID MELO SANTOS, CLINTON SILVEIRA ARAUJO, ESTEVANE MAGDA PEREIRA E SILVA, RAIANE MAIARA CARDOSO DOS SANTOS

INTRODUÇÃO

O farmacêutico vem desempenhando papel fundamental na garantia da segurança do paciente através de serviços como a avaliação técnica de prescrições, acompanhamento farmacoterapêutico e garantia do uso racional e seguro de medicamentos. O suporte da inteligência artificial, neste cenário, tem sido uma estratégia inovadora e que otimiza processos, integrando bases de dados e evidências científicas, auxiliando a tomada de decisão e atividades desempenhadas pelo farmacêutico clínico.

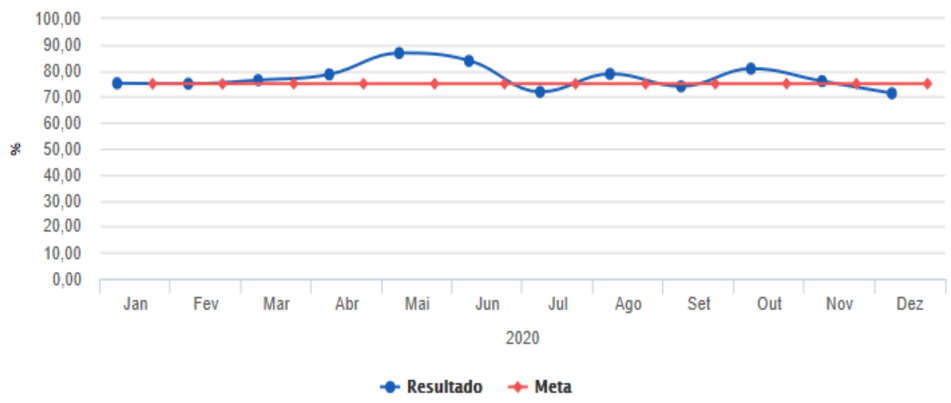
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo comparativo e descritivo referente às prescrições avaliadas entre 2020 e 2021, e percentual de intervenções farmacêuticas realizadas antes e após implementação da inteligência artificial, cujos dados foram coletados do sistema de indicadores de um hospital.

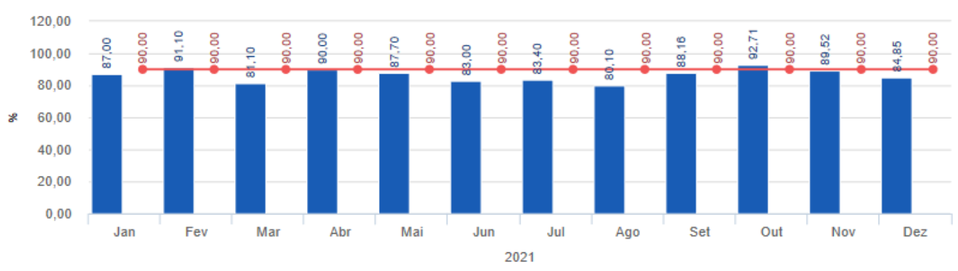
RESULTADOS

Foram avaliados o percentual mensal de intervenções farmacêuticas realizadas durante os anos 2020 e 2021 e evidenciado um aumento gradual quanto ao acatamento dessas intervenções pela equipe assistencial. Em 2020, a meta estabelecida para esse indicador era de 75% de acatamento nas intervenções, durante o ano a performance obteve uma média de 77,34% acima do que foi estabelecido no planejamento estratégico, essas intervenções relacionavam-se a aprazamentos, interações fármaco-nutriente, interações medicamentosas e ajuste de dose de antimicrobiano de acordo com função renal do paciente.

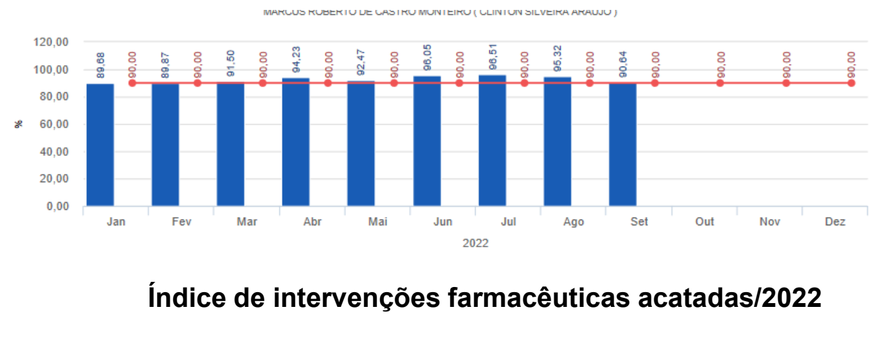
Em janeiro de 2021, com a implantação da inteligência artificial possuindo interface com sistema eletrônico de prescrições padronizado na instituição, foi realizado um ajuste na meta desse indicador para 90%, e durante o ano de 2021 em período pandêmico o serviço de farmácia performou uma média anual de 90,31%, tendo como principais causas, o engajamento da equipe de farmacêuticos clínicos, tendo em vista a otimização de tempo proporcionado pela inteligência artificial , permitindo maior interação com a equipe assistencial nas visitas multidisciplinares e com os paciente beira leito.



Índice de intervenções farmacêuticas acatadas/2020



Índice de intervenções farmacêuticas acatadas/2021



Índice de intervenções farmacêuticas acatadas/2022

CONCLUSÕES

Por fim, consideramos que a aplicabilidade da inteligência artificial no serviço de farmácia clínica gerou impacto positivo direto na prática assistencial, sendo ferramenta importante na garantia de maior segurança no uso dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

Bisson, MP. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. 4. ed., Manole, 2021
Barros ME, Araújo IG. Avaliação das intervenções farmacêuticas em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.2021;12(3):561. DOI:10.30968/rbfhss.2021.123.0561

IMPLEMENTAÇÃO DE AGENDA INTELIGENTE DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS EM UM CENTRO DE ONCOLOGIA

Patrícia Ribeiro Fatureto Gavioli, Andressa Rodolfo de Oliveira, Letícia Ferreira de Aquino, Michelly Venceslau Vendramini Simões

INTRODUÇÃO

Os protocolos de antineoplásicos prescritos geralmente apresentam doses individualizadas, com isso é comum que no processo de manipulação haja sobras de medicamentos. Além disso, o alto custo vinculado a esses medicamentos torna necessário o desenvolvimento de estratégias e processos que minimizem o desperdício financeiro e geração de resíduo químico.

OBJETIVO

Minimizar o desperdício de medicamentos antineoplásicos por perda de estabilidade microbiológica, a partir da otimização do agendamento dos pacientes.

METODOLOGIA

Definição dos medicamentos

- Valor expressivo na economia gerada mensalmente;
- Possibilidade de extensão da estabilidade microbiológica de 48 horas para 7 dias (uso de dispositivo de sistema fechado);
- Frascos que apresentem *overfill;*
- Medicamentos com recorrência de sobras.

Identificação dos protocolos e pacientes

- Levantamento dos 2 meses anteriores ao início do projeto;
- Periodicidade de infusão.

Definição do fluxo

- Alinhamento entre equipes de: enfermagem, central de guias, atendimento e farmácia.

Abordagem das equipes

- Contato com equipe médica com justificativa da agenda inteligente.

Organização da agenda e Implantação do projeto

- Volumetria atual dos pacientes;
- Pacientes agendados conforme sugestão da agenda inteligente, a partir de setembro de 2021.

Monitoramento do projeto

- Comparação do valor de economia/mês antes e após o projeto.

RESULTADOS

Foram selecionados os medicamentos Atezolizumabe, Ipilimumabe e Nivolumabe com base nos critérios pré-definidos. Os dias definidos para a agenda foram de terça-feira a quinta-feira.

De janeiro a agosto/21 foram economizados R$569.905,92, correspondendo a uma média mensal de R$ 71.238,24. Com a implementação da agenda inteligente, o valor acumulado entre setembro/21 e junho/22 foi R$1.154.158,80, correspondendo a uma média mensal de R$115.415,88.

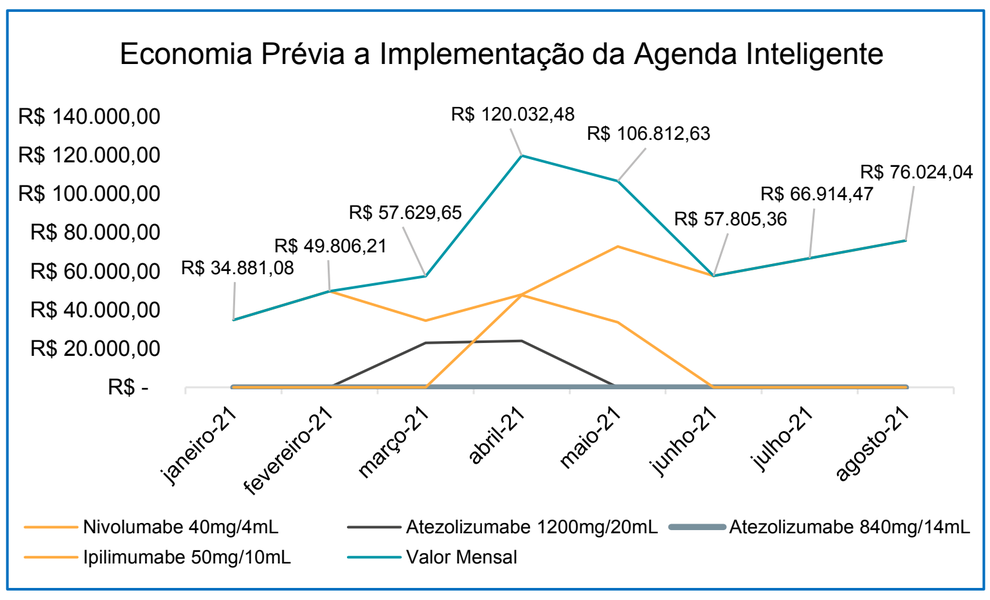


Figura 1. Representação gráfica do valor economizado com os medicamentos analisados nos meses de janeiro/21 a agosto/21.

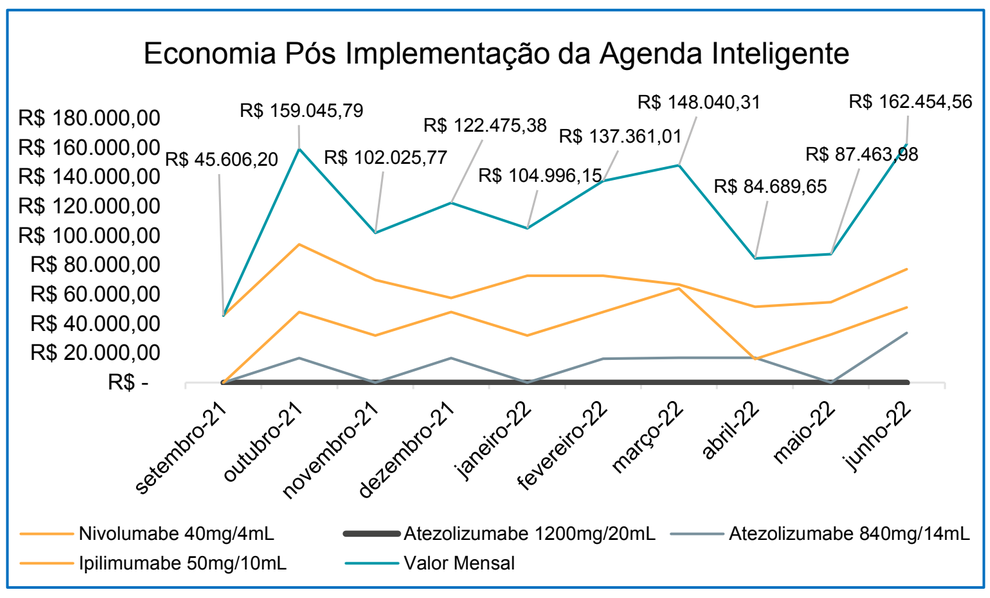


Figura 2. Representação gráfica do valor economizado com os medicamentos analisados nos meses de setembro/21 a junho/22.

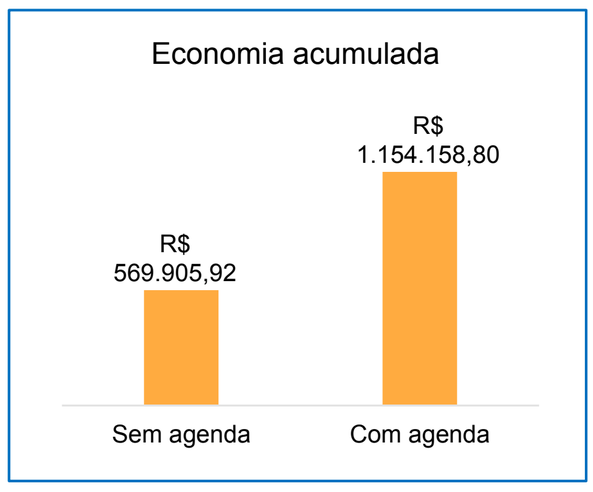


Figura 3. Representação gráfica do comparativo de economia acumulada antes e após implementação da agenda.

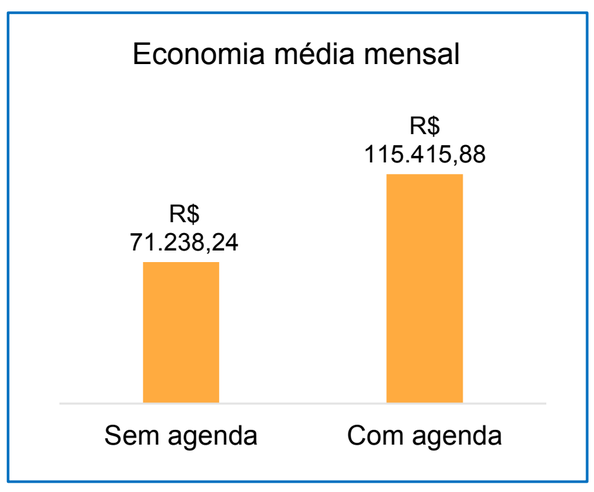


Figura 4. Representação gráfica do comparativo de economia média mensal antes e após implementação da agenda.

CONCLUSÕES

Com a implementação da agenda inteligente, houve um aumento de 62% na economia média mensal gerada com a manipulação dos medicamentos antineoplásicos selecionados. Isso traduz-se em uma sustentabilidade financeira para a instituição, assim como sustentabilidade ambiental devido à redução de descarte de sobras de medicamentos.

REFERÊNCIAS

DA SILVA, Bruna Quevedo; TROMBINI, Marina Missau; DA SILVA, José Afonso Correa. Gestão de custos e resíduos na utilização de quimioterápicos antineoplásicos. J Bras Econ Saúde, v. 9, n. 3, p. 277-281, 2017.

FERNANDES, Rodrigo Marangoni et al. Validação do processo de reutilização de sobras de medicamentos antineoplásicos injetáveis. Revista Qualidade HC. Ribeirão Preto, 2016.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

IMPLEMENTAÇÃO DE TREINAMENTO ON THE JOB PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE NOVOS COLABORADORES

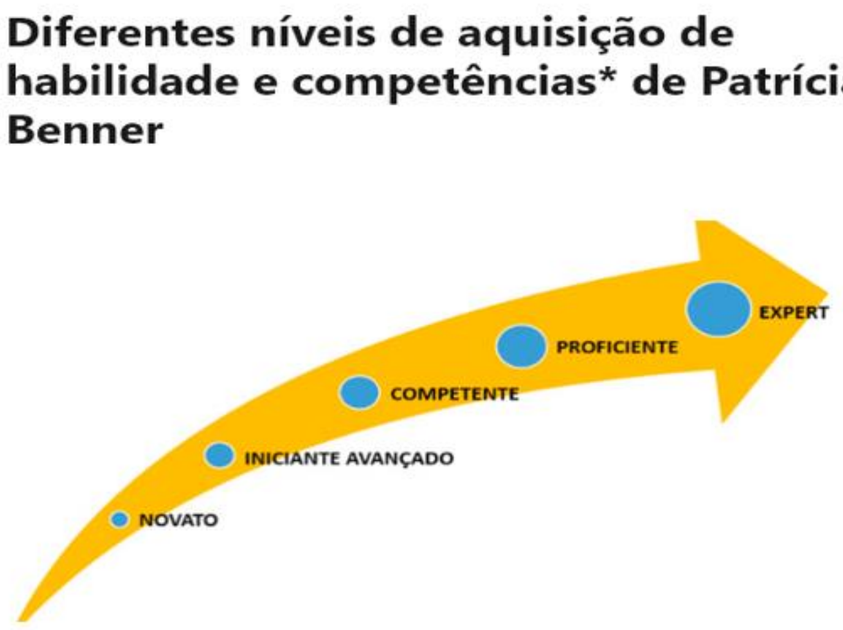
Giovana Ribeiro Brambilla, Selma Tavares Valério, Euma Ferreira de Sousa e Simone Cristina Azevedo

INTRODUÇÃO

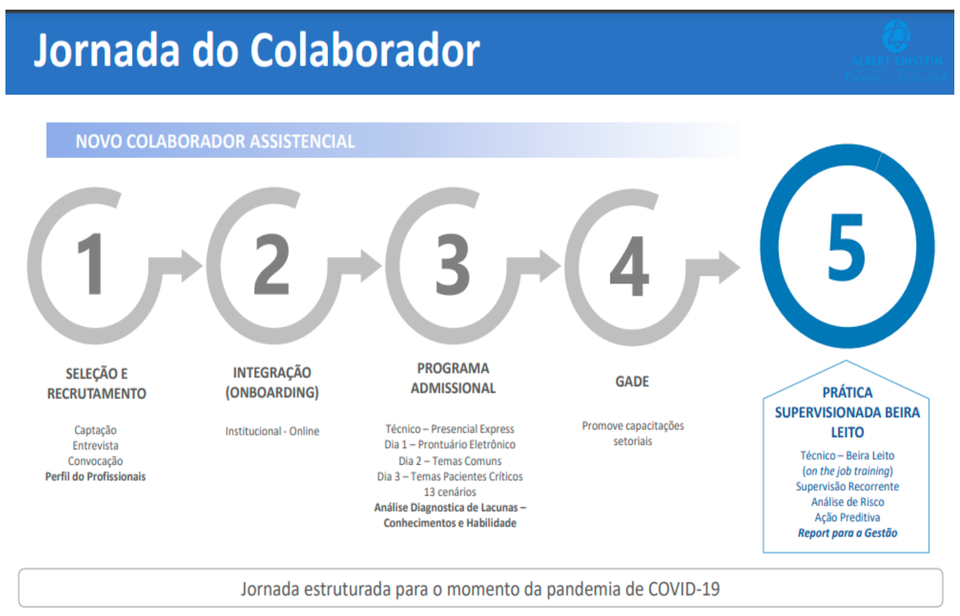
No Brasil, em 2021, enfrentamos a 2ª onda de Covid 19. Com o aumento de casos graves, unidades de Terapia Intensiva tiveram aumento de pacientes e de demanda. Neste período ampliamos a capacidade de atendimento nessas unidades e aumentamos a contratação de profissionais de enfermagem, contudo, como o cenário estava semelhante em outros hospitais, nos deparamos com profissionais pouco preparados. Assim, adequamos os treinamentos admissionais com temas essenciais no menor tempo possível, contudo, não foi suficiente, pois os profissionais eram pouco experientes. Diante disso, implementamos um treinamento onthejob para o desenvolvimento e capacitação, onde os profissionais executavam as atividades, com supervisão de um instrutor, na sua própria unidade, ampliando suas habilidades e tendo suporte e qualificação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de experiência sobre a implementação da jornada de treinamento em instituições hospitalares públicas e privadas, da cidade de São Paulo. Utilizamos a aprendizagem experiencial na prática clínica de enfermagem, de forma a examinar a aquisição de competências baseadas tanto nesta aprendizagem quanto no conhecimento inerente à prática da enfermagem, de Patrícia Benner (2001). Os dados foram obtidos por meio de *checklists adaptado* para a medição da proficiência dos colaboradores.



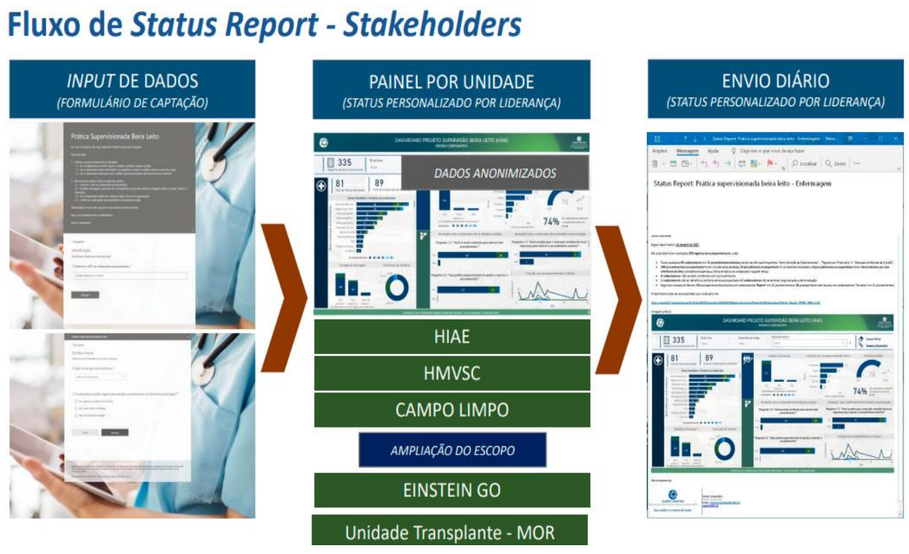
Níveis de aquisição de habilidade e competências de Patrícia Benner, 2016



Jornada do Colaborador de Enfermagem recém admitido | 2021.

RESULTADOS

Finalizamos o programa com 200 colaboradores impactados nesta jornada, sendo que 76% deles se mostraram proficientes nos procedimentos que foram acompanhados. Tivemos no período 2800 registros de acompanhamento e propusemos à beira leito, ações de aprendizagem que garantiram o suporte e a qualificação das equipes com as premissas da segurança e qualidade no atendimento ao paciente e colaborador.



Instrumento de Acompanhamento e Dashboard com os dados e report aos gestores | 2021

Acompanhamento a Beira Leito na unidade de Terapia Intensiva | 2021

CONCLUSÕES

Acredita-se que o programa de treinamento implementado possa as atender às necessidades de profissionais de enfermagem recém contratados, como complemento de uma jornada de capacitação admissional, como em situações de mudança de escopo de atendimento, movimentação de profissionais entre áreas, ampliação de unidades e abertura de novos serviços. A união entre conhecimentos distintos e especializados, em prol de uma causa comum, conseguiu atingir com sucesso o objetivo inicial do projeto que foi desenvolver um programa de treinamento onthejob utilizado de forma complementar a jornada de aprendizagem admissional dos profissionais, oferecendo capacitação contínua, aprendizagem significativa, segurança psicológica e aprimoramento da qualidade e segurança, contribuindo como uma barreira em situações de riscos e eventos adversos

REFERÊNCIAS

1) Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. Quarteto.
2) BERNADINHO E, Felli VEA, Peres AM. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. Cogitare Enferm [Internet]. 2010[cited 2014 May 12];15(2):349-53. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ ojs/index.php/cogitare/article/view/17875/11665.
3) https://trainingindustry.com/glossary/on-the-job-training-ojt/
4) https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/35065

IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE DESFECHOS CLÍNICOS: RELATO DE CASO

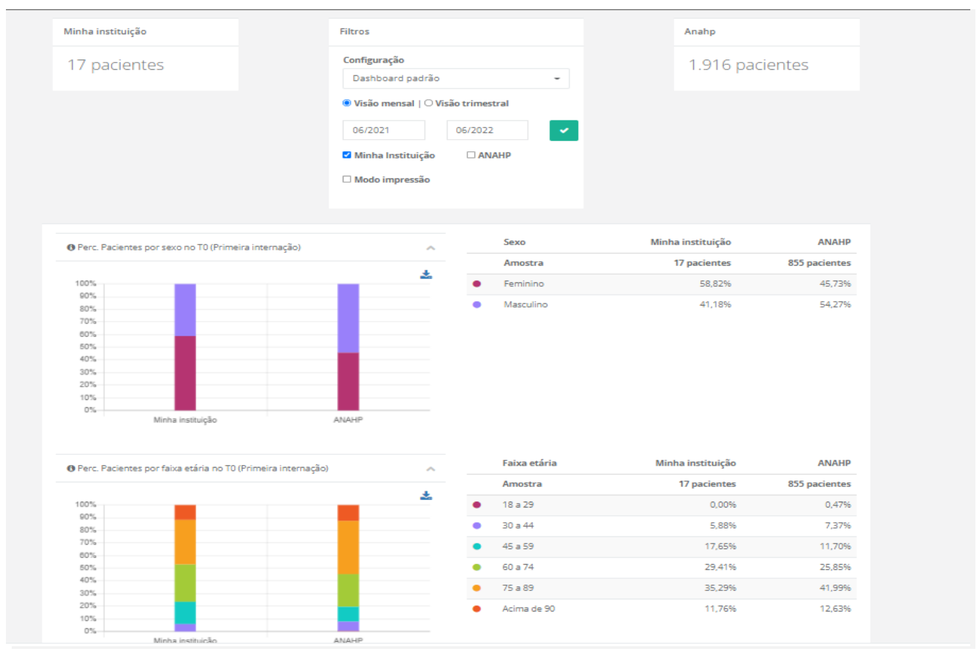
Mirelle Falcão Barreto, Adriana Costas Barros, Thais Augusta Martins

INTRODUÇÃO

Na atualidade, as metas de saúde e prestação de assistência ajustam-se de acordo com o que é compartilhado com o cliente em seu tratamento; pensando nessa atualização de modelo de pagamento em saúde e, agregando ao novo modelo que tem sido proposto como entrega nos serviços de saúde, o grupo hospitalar apostou na criação do Escritório de Desfechos Clínicos, tendo como fundamento a prática do sistema de valor e não somente de quantidade de produção.

METODOLOGIA

Como objetivo geral, busca-se apresentar a influência da implementação do Escritório de Desfechos Clínicos na assistência e percepção do cliente; já como objetivos específicos, o trabalho traz dados observados durante a condução clínica dos pacientes em protocolo gerenciado de acidente vascular cerebral (AVC) e como tem se dado a implementação dessa condução a nível corporativo, visto que há *benchmarking* interno no grupo e há validação destes dados pelo *benchmarking* externo com demais instituições. Trata-se de um modelo descritivo com levantamento de campo através de análises de dados quali e quantitativos, estes dados são coletados através do relato dos pacientes e mensuração previamente estruturada.

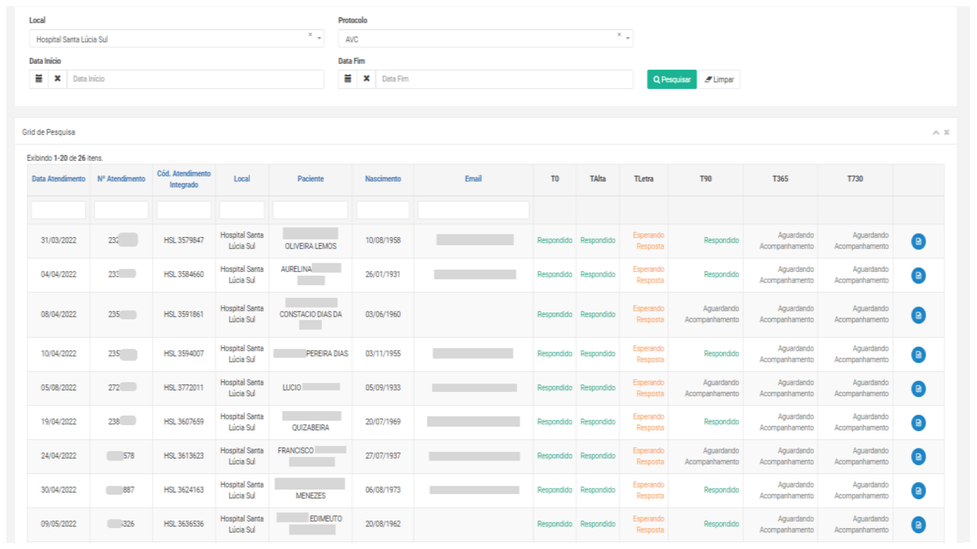


Impute dos dados da nossa instituição após parceria com a Anahp e em uso do Standard Set AVC. Fonte autoral.

Primeira reunião da Qualidade hospitalar para apresentação e início do escritório de Desfechos Clínicos. Fonte autoral.

RESULTADOS

Os resultados, obtidos até 90 dias de acompanhamento dos pacientes após confirmação de AVC, têm demonstrado bons prognósticos no quadro dos pacientes acompanhados, onde o nível de independência e qualidade de vida se mantém iguais, ou muito semelhantes, ao relatados antes do AVC. Tais dados vêm demonstrando o estreitamento e a confiabilidade destes pacientes em nossos dados e acompanhamento; além de melhorar a integração da equipe multidisciplinar.



Plataforma criada junto à equipe *Invisual* para compilação de dados e melhor acompanhamento dos pacientes. Fonte autoral.

Segunda apresentação dos resultados obtidos através da incorporação de Desfechos Clínicos – AVC. Fonte autoral

CONCLUSÕES

Pode-se concluir, com este relato a nível corporativo, que a implementação da visão de saúde baseada em valor, aliado ao desfecho satisfatório, gera: melhor desenvoltura no tratamento de doenças cronicoagudizadas, melhor participação do cliente em seu tratamento, olhar mais criterioso quanto ao cumprimento de protocolos e em ferramentas para a segurança do paciente, além de integrar à equipe multidisciplinar uma nova perspectiva de cuidado e trabalho assistencial. O valor baseado em saúde apresenta-se com a possibilidade de mensuração e pagamento de custos hospitalares, que são gerados levando em consideração a experiência do paciente e seu desfecho clínico em relação a seu quadro, possibilitando um tratamento mais direto, menos oneroso e com melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

ICHOM. ***Stroke Data Collection Reference Guide*.** International Consortium for Health Outcomes Meansuremente. V 2.0.1, 21 de junho, 2018.
OEMRAWSINGH, A. et al. **Value-based healthcare in ischemic stroke care: case-mix adjustment models for clinical and patient-reported outcomes**. *BMC Medical Research Methodology*. 19:229, 2019.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA COMO ESTRATÉGIA NA REDE PRÓPRIA HOSPITALAR ESTADUAL

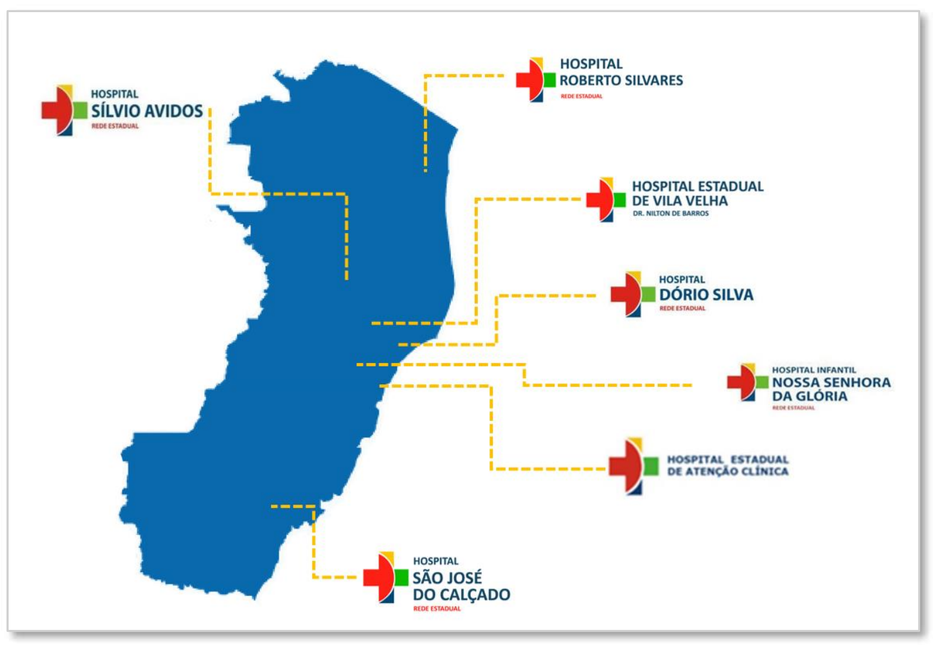
Caroline Brum Rosso, André Wajner, Flávia Luchi Loureiro, Ana Paula Fabbris Andreatta

INTRODUÇÃO

No contexto da pandemia de COVID-19 a rede hospitalar necessitou construir estratégias de otimização da capacidade instalada (LUPU, 2022). Uma das estratégias executada em 07 hospitais da rede própria do Estado do Espírito Santo foi a implementação do Escritório de Gestão de Altas (EGA). O objetivo desse trabalho é relatar os resultados alcançados com a implementação do EGA na rede pública hospitalar estadual.

METODOLOGIA

Em conjunto com o Instituto Capixaba de ensino, pesquisa e inovação em saúde (ICEPi), a empresa de consultoria Eficiência Hospitalista implementou ao longo do período de Junho de 2021 a Outubro de 2022 o setor Escritório de Gestão de Altas (EGA) em 07 hospitais estaduais. O EGA tem por objetivo otimizar a jornada do paciente internado nas instituições hospitalares, buscando construir uma cultura assistencial baseada em eficiência, segurança e qualidade. Para tal, o EGA implementa a cultura de governança clínica, round multiprofissional, melhoria continua e indicadores de fluxo do paciente. A atuação do EGA criar eficiência intra-hospitalar, por meio da identificação das demandas do plano terapêutico do paciente, atuação nas demandas de desospitalização e quando a pendência é recorrente o EGA realiza ciclos de melhoria de fluxo, por exemplo no fluxo de imagem. Outro ponto é que o EGA constrói a articulação entre hospital e sistema de saúde, por exemplo desenha os instrumentos para que o Programa Melhor em Casa atue no hospital de forma mais eficiente.



Legenda – Hospitais com implementação do EGA

Figura 2 – Composição da Equipe do EGA

RESULTADOS

O EGA tem impacto sistêmico na jornada do paciente. Nos 07 hospitais do projeto foi possível observar impacto no tempo de permanência dos pacientes. O exemplo desse impacto no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HNSG), o impacto observado foi uma **redução de 21%** na média do tempo médio de internação (Figura 3).

Outro tipo de impacto que o EGA possui é nos ciclos de melhoria. No Hospital Dório Silva foi possível implementar melhorias no fluxo dos exames externos. Implementou o protocolo de exames externos, no qual detalha-se o fluxo de cada exame externo, quais são os documentos necessários para a autorização e preparo para os exames. Em relação ao indicador de fluxo tempo entre a solicitação do exame e o laudo houve a **redução de 67%.**

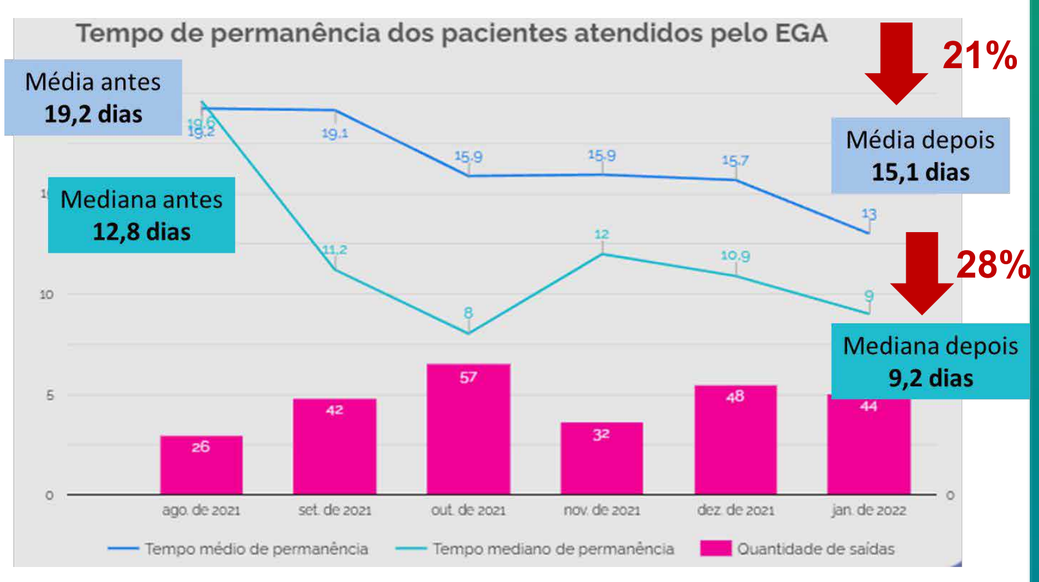


Figura 3 – Tempo de Permanência dos Pacientes HINGS

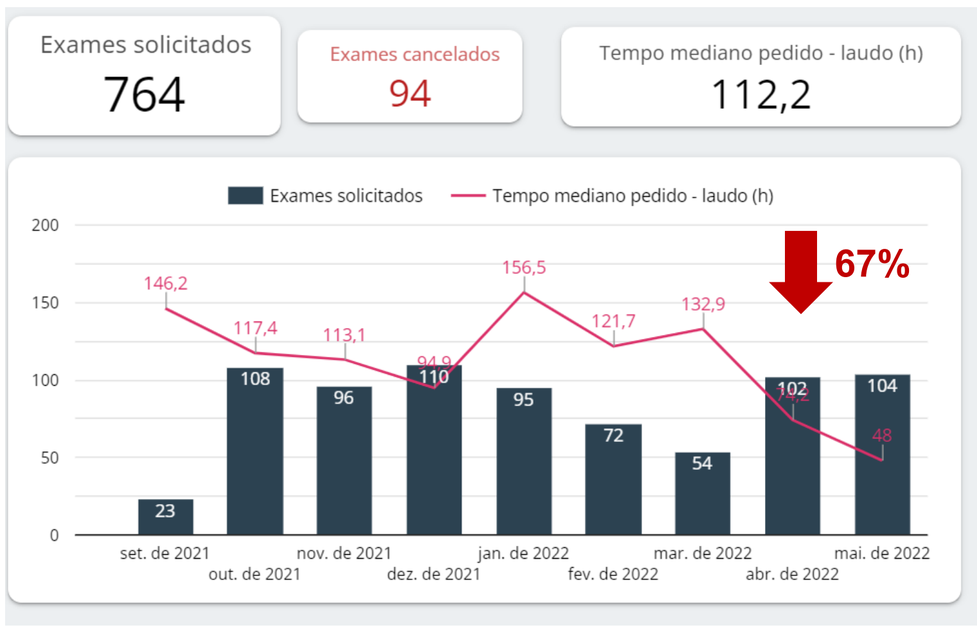


Figura 4 – Gráfico tempo entre solicitação do exame de imagem externo e laudo – Hospital Dório Silva

CONCLUSÕES

O EGA transforma a eficiência intra-hospitalar com a mentalidade de qualidade e segurança assistencial. O Estado do Espírito Santo tem conquistado resultados impactantes no atendimento dos pacientes no Sistema Público de Saúde (SUS) e está expandindo esses resultados ao tornar obrigatório a implementação de Escritórios de Gestão de Altas nos hospitais filantrópicos que prestam assistência para o SUS.

REFERÊNCIAS

LUPU, Dan; TIGANASU, Ramona. COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. Health Economics Review, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2022.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO DE QUALIDADE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO BRASIL

Ana Carolina S. Campos, Leticia Gabriela Luziano dos Santos, Simone Sleimon C. Ventura, Suelen Stiehl Alves

INTRODUÇÃO

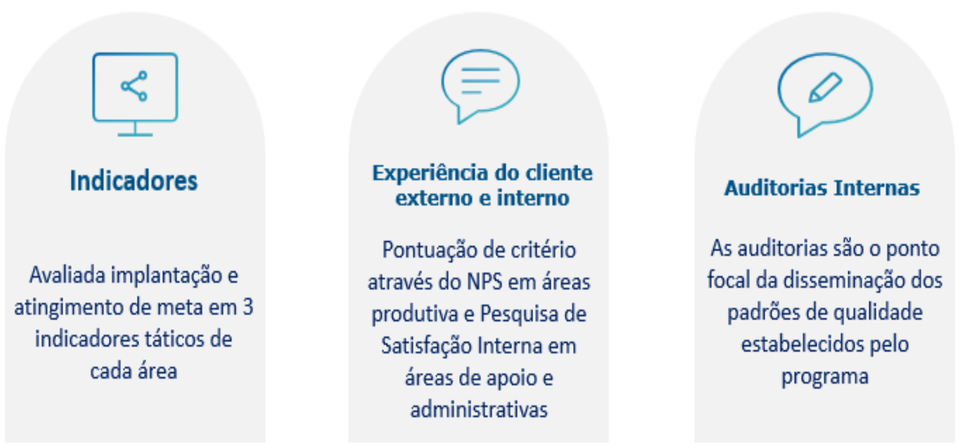
A implementação do Programa Integrado de Qualidade (PIQ) visa garantir a manutenção dos padrões de excelência em qualidade e segurança assistencial. Na nossa instituição, prezamos o aprimoramento e qualificação dos processos, fortalecendo a cultura de qualidade e segurança institucional. Iniciativas como o PIQ e sua metodologia estimulam o envolvimento das equipes, sendo uma das principais estratégias utilizadas no engajamento dos colaboradores com foco na qualidade.

METODOLOGIA

O PIQ contempla aspectos:

- 8Ss;
- Governança;
- Metas internacionais de segurança;
- Descarte correto de resíduos;
- Valores maristas;
- Estrutura organizacional;

Com isso, o ambiente se torna propício para a produtividade. São três categorias avaliadas no PIQ:



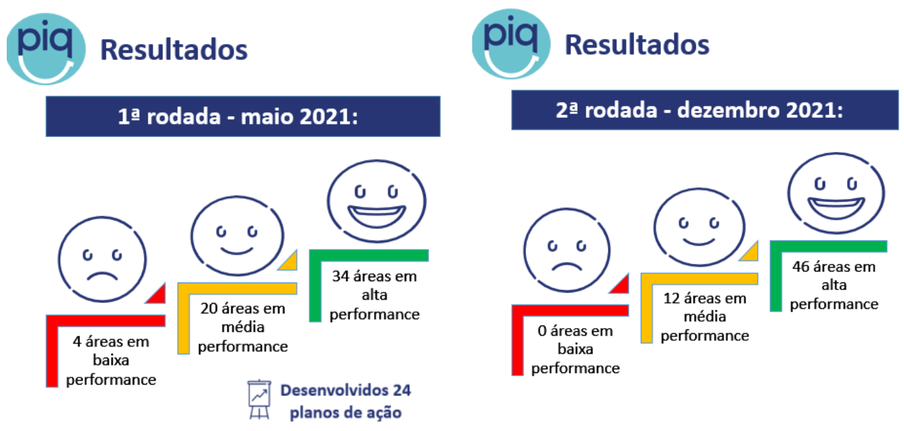
Formamos os PIQMENTORS, nossos facilitadores da qualidade, que promovem o programa nas suas áreas, disseminando, orientando e multiplicando os princípios do PIQ e atuando nas auditorias que visam a padronização e a melhoria contínua dos processos.

Treinamentos Institucional de qualidade e segurança do paciente – ano 2021

Treinamentos Institucional de qualidade e segurança do paciente – ano 2022

RESULTADOS

Promovemos a disseminação de conceitos de governança, através do padrão institucional de mural estratégico de gestão à vista, fomentamos a comunicação e a troca de saberes entre as áreas favorecendo o trabalho em equipe, a melhoria na colaboração dentro da organização e proporcionando uma parceria com outros programas que existem na instituição. Análise crítica dos resultados: Entre Abril de 2021 e Junho de 2022 foram capacitados 84 colaboradores e 52 líderes/gestores de todas as áreas do hospital para atuarem como facilitadores do programa. Resultados nas rodadas de auditorias:



Reunião de sensibilização para facilitadores – PIQMENTORS - ano 2022

Formação dos novos facilitadores - Novos PIQMENTORS - abril/2022

CONCLUSÕES

Observamos que, ao longo dos anos 2021 e 2022, o programa oportunizou a padronização dos processos, além de instigar a criatividade, a busca pelo conhecimento, o envolvimento e o engajamento dos colaboradores para a manutenção da qualidade nas áreas. A implantação do PIQ, fez com que a instituição apresentasse avanços significativos em qualidade e gestão de processos, se mostrando efetivo na melhoria da satisfação dos profissionais e clientes e melhorando a forma de acolher e servir da nossa Instituição. Entendemos que programa nos impulsiona na garantia do padrão, visando a entrega constante de valor, agregando a rotina hospitalar e focando na segurança do paciente. Com isso em março deste ano reacreditamos o hospital (a nível internacional), sendo o programa salientado no relatório como um dos impulsionadores do padrão de qualidade

REFERÊNCIAS

Ballestero-Alvarez, María Esmeralda. Gestão da Qualidade, Produção e Operações, ed. 3, Atlas, 2019; Paladini, Edson Pacheco. Gestão da Qualidade - Teoria e Prática, ed. 4º, atlas, 2019;

Implementação e gerenciamento de protocolos assistenciais em uma rede de hospitais em São Paulo

Thais Marchione Gomes

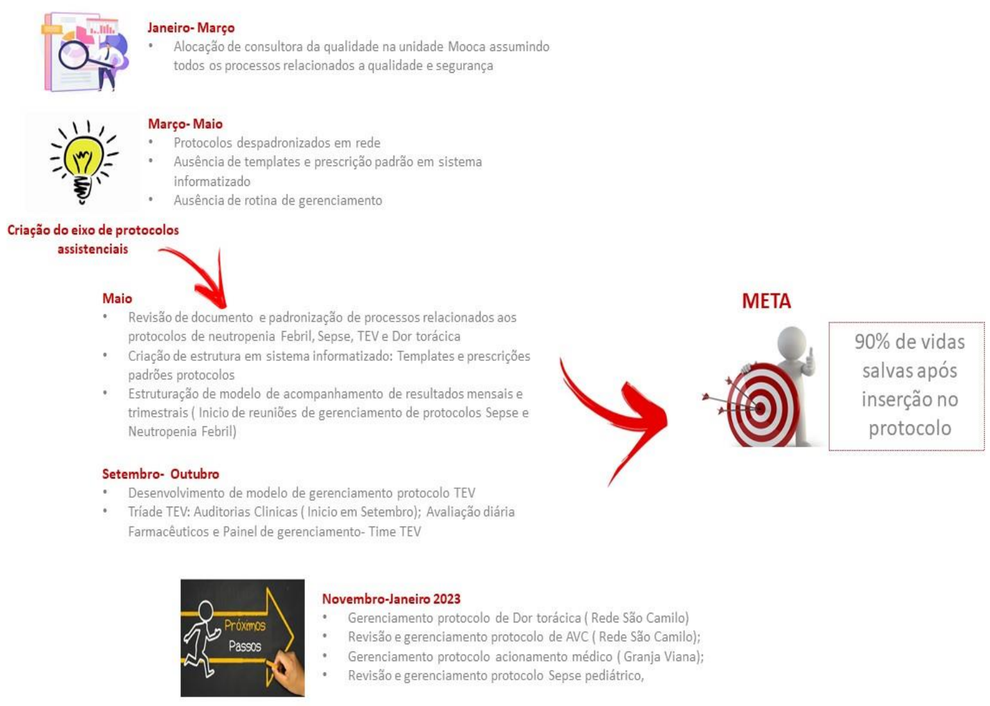
INTRODUÇÃO

O uso de protocolos assistenciais em instituições de saúde permite uma padronização no atendimento e tem a finalidade de manter a excelência na prestação de cuidado ao paciente, indiferente de qual profissional o atenda.
A padronização do atendimento permite agilidade em diagnósticos, redução de custos e assertividade em tratamentos

METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de um relato de experiência sobre a implementação e gerenciamento dos protocolos assistências em uma rede de hospitais privados da grande São Paulo, desenvolvida no período de março a julho de 2022, com as seguintes etapas:

1. Elaboração e padronização de protocolos Sepse, Neutropenia Febril e Tromboembolismo venoso;
2. Formação de times para gerenciamento de protocolos;
3. Definição de critérios e marcadores para gerenciamento;
4. Estruturação de painéis para gerenciamento. Sendo eles, painéis local (por unidade) e consolidado rede para gerenciamento;
5. Estruturação e desenvolvimento de reuniões para discussão de resultados.

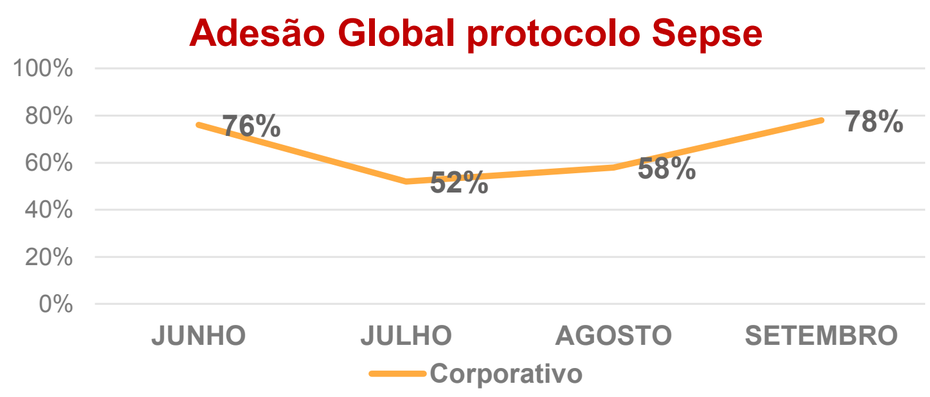


Legenda: Modelo de trabalho-Área protocolos assistenciais

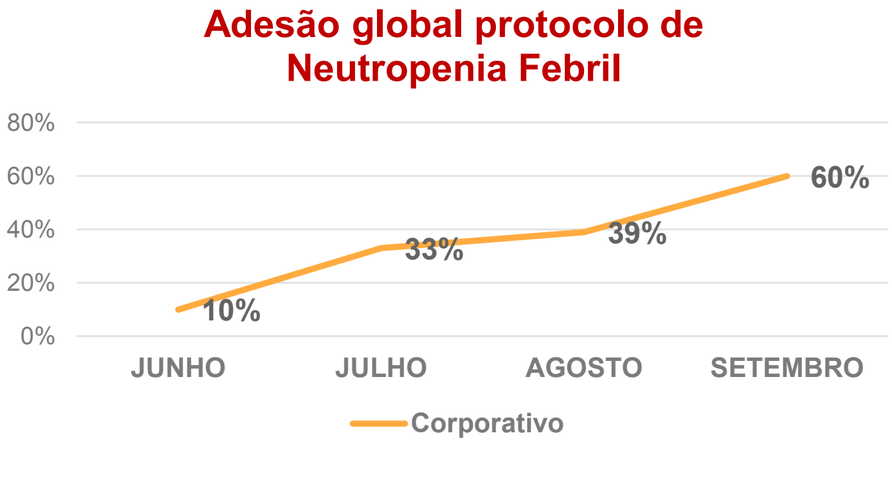
Legenda : Painel de indicadores consolidado: Protocolo de Sepse

RESULTADOS

Foram implantados os protocolos assistenciais de sepse, neutropenia febril e tromboembolismo venoso.
A estruturação dos protocolos envolveu uma ampla discussão com a equipe multidisciplinar e o gerenciamento de indicadores através de painéis de gestão de dados. Foram definidos marcadores de acompanhamento, para cada protocolo. Trazendo de forma ampla os resultados dividimos por volumetria e adesão global ao protocolo.
O protocolo de Sepse mantivemos as seguintes volumetrias 67 protocolos abertos no mês de julho com adesão global de 76% , 85 protocolos abertos no mês de agosto com adesão global de 52% e 96 protocolos abertos no mês de setembro com adesão global de 78%, além de busca ativa para os pacientes em fluxo de sepse possível (Segundo Manchester), com o intuito de identificar os pacientes que teriam critérios para abertura de protocolo sepse, porém, não houve segmento. Em relação ao protocolo de Neutropenia Febril tivemos 49 protocolos abertos no mês de julho com adesão global de 10 %, 21 protocolos abertos no mês de agosto, com adesão global de 33%, e 27 protocolos abertos no mês de setembro com adesão global de 60%. O protocolo de TEV esta sendo acompanhado mensalmente através de auditorias clínicas. As esquipes assistenciais foram treinadas e validadas para os protocolos, promovendo a consolidação do processo



Legenda: Adesão global ao protocolo de sepse em uma rede de 4 hospitais em São Paulo



Legenda: Adesão global ao protocolo de sepse em uma rede de 4 hospitais em São Paulo

CONCLUSÕES

Desse modo, torna se evidente a necessidade da implementação e gerenciamento de protocolos assistenciais e espera-se que o desenvolvimento e estruturação desses protocolos possa contribuir para a melhoria da assistência ao paciente com deterioração clínica, ajudando na identificação precoce e intervenção rápida e precisa. A rede de hospitais São Camilo mantém o foco na identificação precoce, intervenção rápida e precisa relacionada a assistência do paciente inserido nos protocolos assistências.

REFERÊNCIAS

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., Belley-Cote, E., … Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive care medicine*, *47*(11), 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y
Cardiovascular Disease Educational and Research Trust, European Venous Forum, North American Thrombosis Forum, International Union of Angiology and Union Internationale du Phlebologie. PREVENTION AND TREATMENT OF VENOUS THROMBOEMBOLISM - International Consensus Statement (Guidelines according to scientific evidence). INTERNATIONAL ANGIOLOGY - Official Journal of the International Union of Angiology 2013; 32 (2): 100-260.
Klastersky J et al. Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 27 (Supplement 5): v111–v118, 2016.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

RESULTADO DA INCLUSÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS COM IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 32 SEMANAS

Karina Segatto, Simone Caldeira Silva, Danielle Aparecida dos Santos Ventura, Leticia Camerini Bianchi

INTRODUÇÃO

Apesar de imprescindível para garantir a sobrevida dos recém-nascidos muito prematuros (RNMP), a ventilação mecânica invasiva (VMI) está associada a várias complicações. A atuação da equipe multiprofissional em sala de parto pode influenciar na redução da necessidade de VMI nessa população. O objetivo é verificar a incidência de intubação orotraqueal (IOT) em RNMP após a inclusão da equipe multiprofissional na assistência em sala de parto.

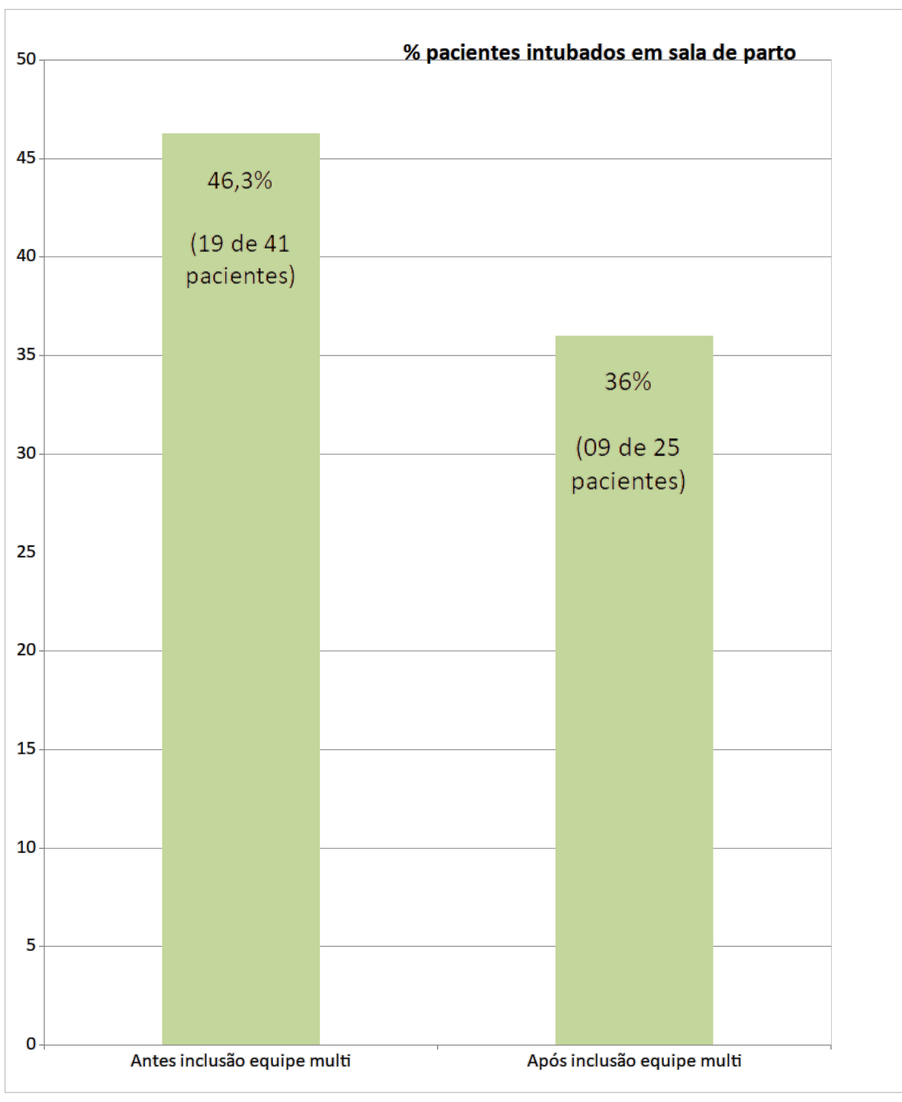
METODOLOGIA

Em setembro de 2020 foram realizados treinamentos com as equipes de enfermagem, fisioterapia e médica, com objetivo de melhorar a assistência e introduzir os profissionais no cuidado aos prematuros com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas em sala de parto. Em janeiro de 2022 foram analisados os indicadores de IOT em sala de parto no ano anterior ao treinamento (setembro de 2019 a agosto de 2020) e no ano seguinte (outubro de 2020 a setembro de 2021).

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

RESULTADOS

Nos doze meses que antecederam os treinamentos realizados internaram 41 pacientes menores ou iguais a 32 semanas. Destes, 19 foram intubados em sala de parto (46,3%). Nos 12 meses seguintes aos treinamentos, com a inclusão da equipe multiprofissional em sala de parto, internaram 25 pacientes com 32 semanas ou menos, e destes 9 foram intubados em sala de parto (36%).



CONCLUSÕES

A inclusão da equipe multiprofissional em sala de parto e o treinamento das equipes se mostrou eficaz na diminuição da necessidade de IOT em sala de parto, sendo uma medida de baixo custo, e importante para evitar morbidade e mortalidade nesta população.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

REFERÊNCIAS

1) WALSH, M.C. et. al. Extremely low birth weight neonates with protracted ventilation: mortality and 18-month neurodevelopment outcomes. J Pediatr., v.146, n.6, p.798- 804. 2005.
2) ROBBINS, M. et. al. Early extubation attempts reduce length of stay in extremely preterm infants even if re-intubation is necessary". J Neonatal Perinatal Med., v.8, n.2, p.91-97. 2015.
3) CHOI, Y.B. et. al. Impact of Prolonged Mechanical Ventilation in Very Low Birth Weight Infants: Results From a National Cohort Study. The Journal of pediatrics., vol.194, n.3, p.34-39. 2018.

INOVAÇÃO E A GAMIFICAÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM UM RELATO DE CASO

Luan da Silva; Ana Isabel Martins da Silva; Isadora Mendonça Custódio; Marina Oliveira; Amanda Rovira; Andreia Sousa Amorim;

INTRODUÇÃO

Buscando melhores respostas a fixação de conteúdo e revisão de práticas assistenciais as metodologias de ensino tem mudado e se adaptado às necessidades dos alunos, criando assim, alternativas mais atraentes e inovadoras de ensino, com a intenção na captação da atenção do aluno, dentre as metodologias de ensino inovadora as cada vez mais se fala da gamificação do ensino, que tem como base a ação de se pensar como em um jogo, utilizando as sistemáticas e mecânicas do ato de jogar num contexto fora de jogo. Vianna et al. (2013) consideram que a gamificação abrange a utilização de mecanismos de jogos para a resolução de problemas e para a motivação e o engajamento de um determinado público, pois a gamificação explora os níveis de engajamento do indivíduo para a resolução de problemas.

METODOLOGIA

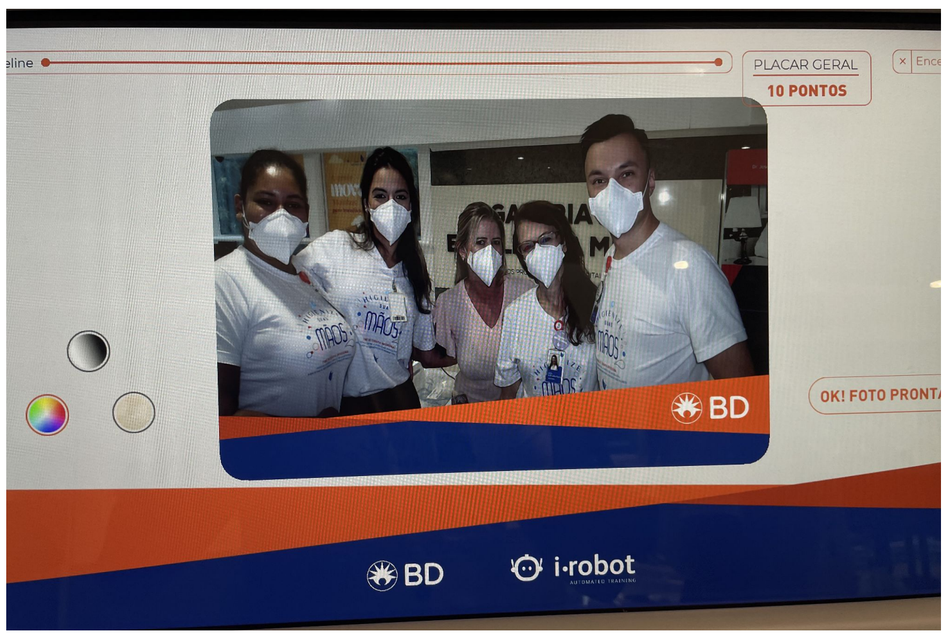
Foram utilizadas metodologias inovadoras de ensino para a realização de treinamentos e revisões de práticas, dentre elas os treinamentos em Realidade Virtual na passagem de PICC e o Quiz interativo sobre cuidados com PICC no PICCDAY, onde os participantes se voluntariaram a responder um quiz e como resultado da sua participação ganhavam uma foto impressa

Dispositivo interativo, touchscreen onde realizava o QUIZ e tirava fotos no PICCDAY

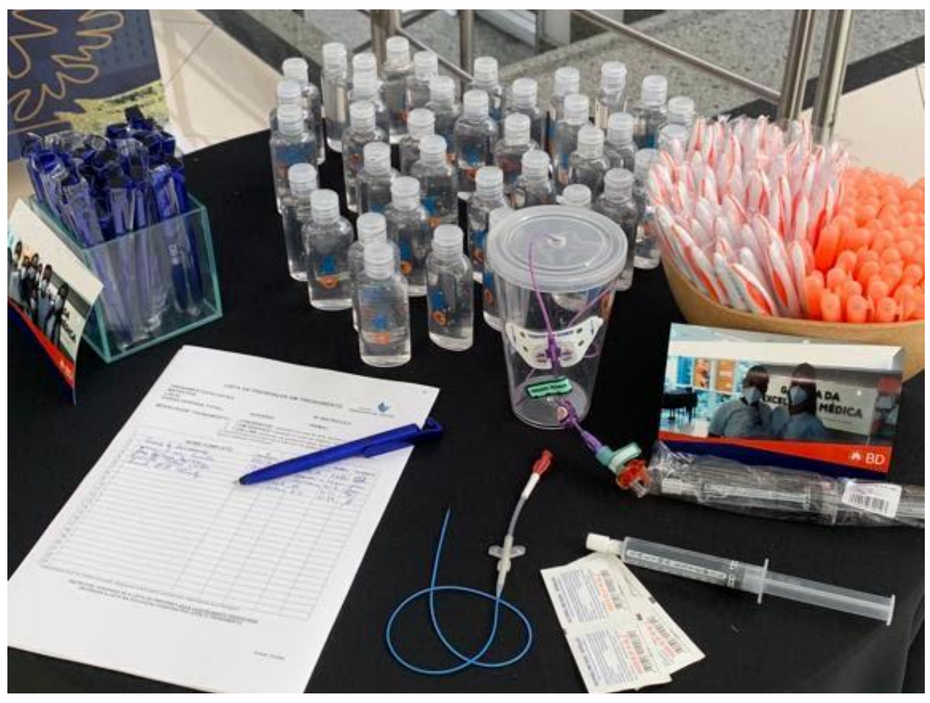
Colaboradoras participando do QUIZ

RESULTADOS

Observou-se em algumas resistência por parte de algumas pessoas convidadas a participar, possivelmente por vergonha ou por medo de errar, algumas destas ainda optaram por ficar como observadores, contudo, os voluntários que aceitaram participar gostaram da experiência por se tratar de uma forma de ensino que os torna mais autônomos, críticos, pró-ativos e alguns participantes ainda optaram pela interação em grupo apoiando os colegas e aceitando apoio durante o game, apresentando assim, predisposição ao trabalho em equipe com seus colegas da prática profissional.



Tela de placar e foto tirada pelo dispositivo que realizava o quiz



Brindes entregues para os participantes dos Jogos do PICCDAY

CONCLUSÕES

Observamos que metodologias inovadoras e a gamificação geram maior interesse, despertam a curiosidade dos participantes que se voluntariaram a participar de jogos e dinâmicas, além do conhecimento gera motivação ao aprender de forma interativa na qual o sujeito coopera e participa ativamente no seu processo de ensino. As metodologias ativas utilizadas na formação da Enfermagem tornaram os profissionais mais independentes e preparados para trabalhar em equipe e envolvidos com a realidade social. Contudo, a implementação das metodologias inovadoras ainda carece de mais estudos e necessita de maior investimento em pesquisa e divulgação sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. HERNANDEZ-PADILLA, José Manuel et al . Efeitos de um workshop de simulação sobre a competência em punção arterial de estudantes de enfermagem. Acta paul.enferm., São Paulo , v. 29, n. 6, p. 678-685, Dec. 2016 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103210020160006 00678&lng=en\nrm=iso>. (Acesso em 29 abr 2022) https://doi.org/10.1590/1982-0194201600095.
2. Luz S. Educação Continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. O mundo da Saúde 2000; 24(5): 343-51
3. VIANNA, Ysmar; VIANNA, Maurício; MEDINA, Bruno; TANAKA, Samara. Gamification, Inc.: como reinventar empresas a partir de jogos. MJV Press: Rio de Janeiro, 2013.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO DO PACIENTE COM ESCOLIOSE - CRIAÇÃO DO CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ESCOLIOSE

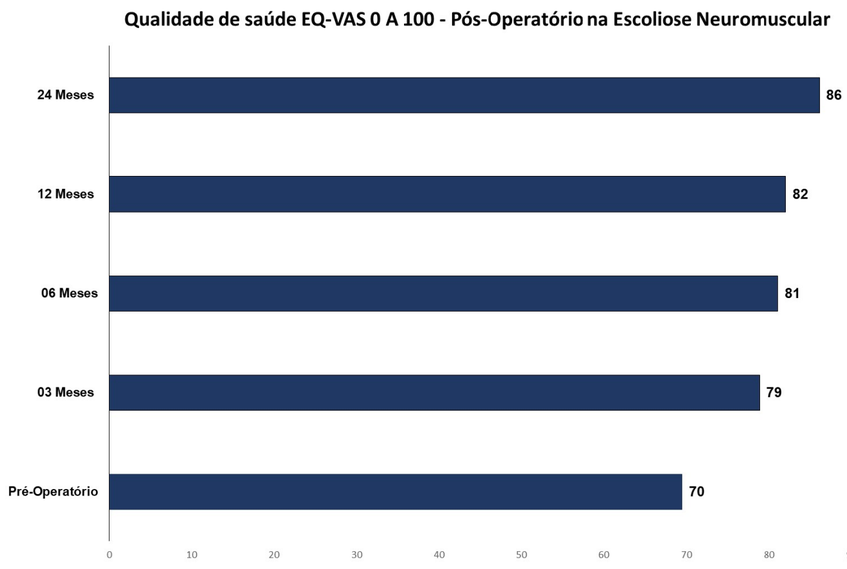
Leôncio Batista Neto, Lamis Nassib Majzoub, Daniella Lins Neves, Lucas Gabriel Leocadio da Silva

INTRODUÇÃO

O Hospital Ortopédico da AACD em São Paulo é reconhecido pelo tratamento cirúrgico em escoliose desde final da década de 90, contudo a instituição viu a necessidade de ampliar esta linha de cuidado com foco no tratamento conservador deste grupo de patologias, uma vez que entre 60-70% dos pacientes tratados não evoluem para necessidade de cirurgia. Com base em um treinamento especifico de uma das sete escolas conceituadas no mundo para esta finalidade. Além dos dois pilares citados acima, houve também o foco no investimento em tecnologia de ponta, aprimoramento da gestão de dados e desenvolvimento de ensino e pesquisa.
Entre 2020/21 as bases do Centro de Excelência em Escoliose (CEE) foram criadas e o projeto foi implementado por etapas, até o pleno funcionamento em março de 2022.
O objetivo de ampliar a linha de cuidado é oferecer o melhor cuidado integralizado para os nossos pacientes e com isso ser reconhecido nacional e internacionalmente como o melhor centro de tratamento deste grupo de doença.

METODOLOGIA

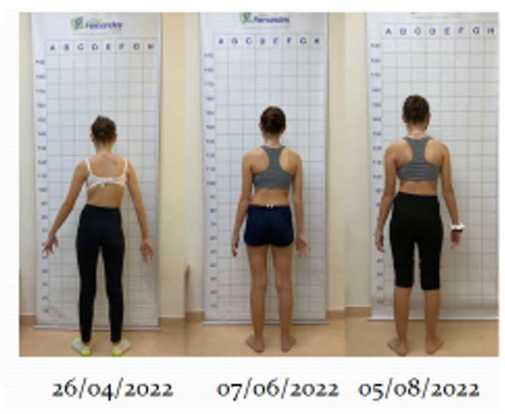
- Criado um comitê responsável pelo mapeamento das necessidades e implantação das ações;
- Plano de trabalho foi dividido em pilares, sendo assistenciais, inovação e tecnologia, ensino e pesquisa e estruturação física e de processos
- Apresentação para aprovação da alta liderança;
- Reuniões semanais de acompanhamento



Desfecho Relatado pelo Paciente em 2 anos de seguimento do pós operatório.

Altura	26/04/2022	05/08/2022
Altura sentada	1,08	1,10
Altura em pé	1,46	1,49

TRACE	26/04/2022	05/08/2022
Ombros	3	2
Hemitórax	2	1
Escápulas	2	1
Flancos	4	2
TOTAL	**11**	**6**



Paciente N.M.T
IDADE: 10 anos
GENÊRO: Feminino
ÂNGULO DE COBB: 36

Inicio do tratamento: 22/06/22

FISIO + COLETE

16/06/2022

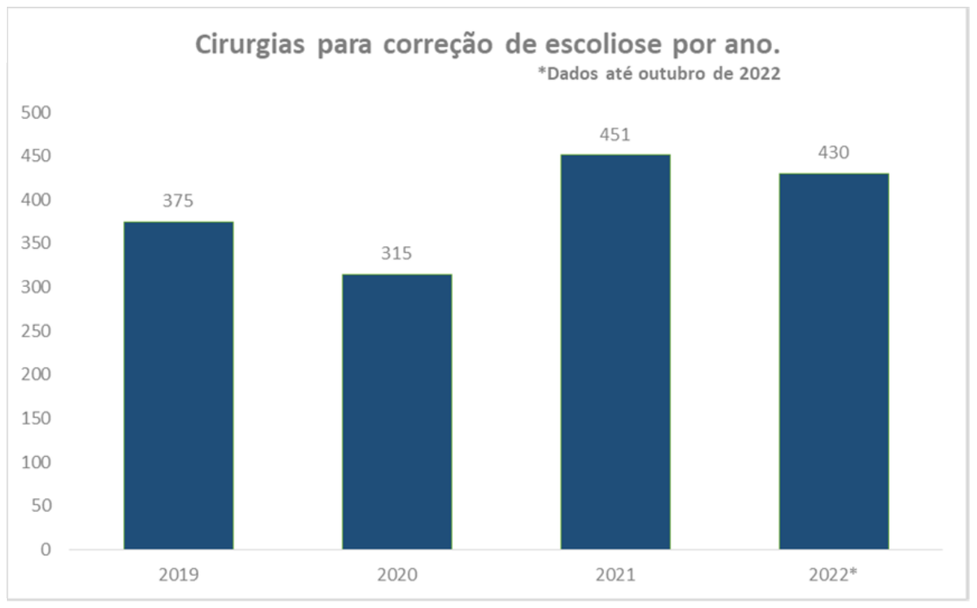
11/07/2022

Dois casos de tratamento conservador, o primeiro caso apenas fisioterapia específica, o segundo fisioterapia + colete com redução da curvatura no raio-x.

RESULTADOS

Após a implantação do projeto, conseguimos ampliar a linha de cuidado e oferecer o melhor cuidado integral para os nossos pacientes:
- Treinamento específico para os fisioterapeutas e ortesistas que impactou 89 pacientes com o Colete Conceito Rigo e fisioterapia com exercícios específicos.
- Adquirido aparelho de imagem 3D e neuronavegação em tempo real para aumento da segurança e da qualidade durante a cirurgias.

No presente ano, até outubro de 2022, foram realizadas 430 cirurgias para correção de escoliose, número 44,8% maior que em 2019 em período equivalente (único mix de cirurgia com elevação comparando pré e pós pandemia na instituição); 89 pacientes na fisioterapia específica e 81 coletes entregues, números excelentes para início desta linha de tratamento.
Além dos seguintes ganhos:
- Revisão de Processos e Protocolos.
- Otimização na compilação de dados tanto da parte assistencial quanto da parte administrativa.
- No conceito de Saúde Baseada em Valor medimos PROMs (Desfechos Relatados pelo Paciente) e PREMs (Experiência Relatada pelo Paciente).
- Atenção e foco em toda cadeia de cuidado que envolva estes pacientes.



Número de cirurgias realizadas nos últimos 4 anos.

Caso de escoliose neuromuscular complexo operado com apoio da neuronavegação em coluna.

CONCLUSÕES

Com a implantação do Centro de Excelência em Escoliose foi possível oferecer aos pacientes a linha de cuidado completa e especializada, sendo possível atuar em todas as frentes sustentada por tecnologia de alto nível.

REFERÊNCIAS

2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth
https://educationresources.srs.org/
Protocolo para Correção Cirúrgica das Deformidades Vertebrais Neuromusculares da AACD e suas referências

INTEGRANDO PROCESSOS E PESSOAS: PRÁTICAS INOVADORAS NO FLUXO DE PACIENTES

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
In Affiliation with JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Cristiane dos Santos Chaves, Silvana da Rosa Carvalho

INTRODUÇÃO

A superlotação em hospitais é um grande desafio para instituições de saúde. Com isso observa-se a necessidade de ações de promoção quanto ao giro do leito, através da adoção de práticas/ferramentas que otimizem os processos do fluxo de pacientes e alta hospitalar.

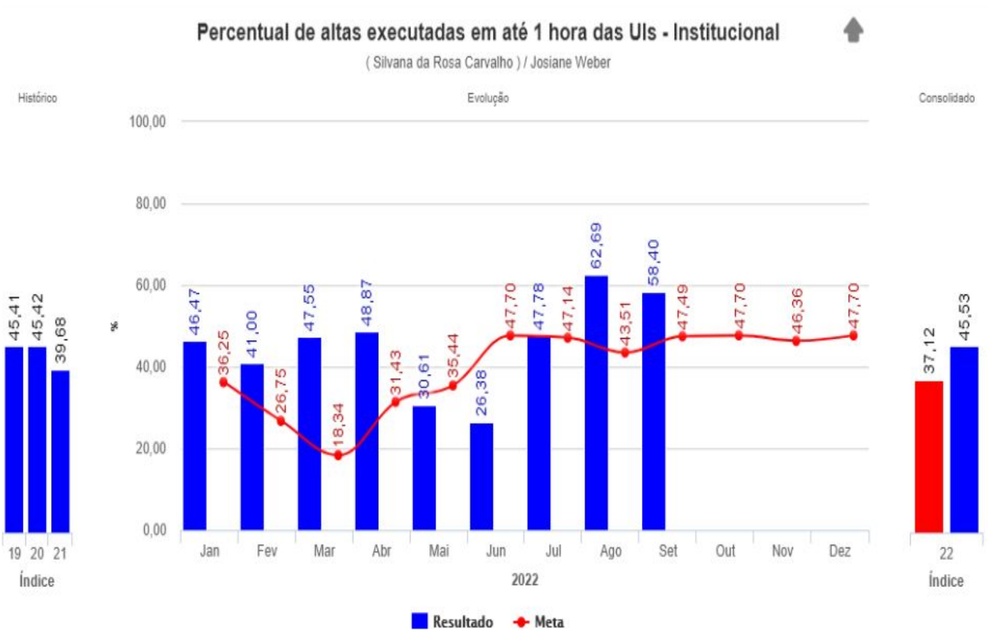
METODOLOGIA

Caracteriza-se por um relato de experiência com abordagem descritiva, desenvolvida pela área de operações em um hospital privado de Porto Alegre/RS. No mês de Junho/2022 foram realizados treinamentos in loco com equipe assistencial e lideranças sobre o processo de alta hospitalar, salientando a importância da otimização da liberação física do paciente. Além disso, foi criada uma ferramenta chamada “Central de Ajuda” que após a leitura de um QR Code, o profissional tem acesso a uma plataforma com fluxos explicativos de processos que contribuem para o giro do leito. Foi estabelecido que após as altas médicas, os tempos dos processos administrativos e assistenciais são acompanhados pela enfermeira fluxo de pacientes, as altas que não ocorrem no tempo estipulado de 1 hora devem ser alinhadas e corrigidas conforme justificativa, sendo controladas pelo indicador de Percentual de altas em 1hora.

Placa criada para acesso a Central de Ajuda

RESULTADOS

Comparando o resultado do indicador percentual de altas executadas em 1 hora, nos meses de Junho/22 e Julho/22 podemos avaliar o desempenho das ações realizadas. No mês de Junho/22 atingimos o percentual de 26,38% e no mês de Julho/22 obtivemos um percentual de 47,78%, atingindo o melhor resultado do ano até o momento e superando a meta institucional(47,70%).



Indicador Percentual de Altas executadas em 1 hora das Unidades de Internação. Dados extraídos do sistema Suite AS.

Foto de um dos treinamentos in loco realizados nas unidades de internação.

CONCLUSÕES

As ações realizadas impactaram positivamente na otimização de tempo, proporcionando acesso a informações sobre o fluxo de pacientes e alta hospitalar de forma integrada. Buscamos sempre proporcionar um atendimento com qualidade e segurança aos pacientes e seus familiares, por isso, é imprescindível estabelecer por meio de protocolos o tempo padrão para procedimentos assistenciais e administrativos, automatizar a comunicação entre as equipes envolvidas no cuidado com adoção de novas tecnologias.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização : reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

Jornada Assistencial de Valor (JAV) RARAS: medindo a eficiência dos cuidados à saúde de 13 doenças raras no Brasil

ME NITA, LP GARGANO, BC SALVADOR, E Grupo Estudo JAVRARAS*

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Eficiência pode ser definida como máxima produção em saúde com o menor custo para atingi-la. JAV-RARAS, parte da Rede Nacional de Doenças Raras, avalia desfechos centrados em pacientes e custos incorridos para atingi-los.

O objetivo deste trabalho é apresentar, preliminarmente, a eficiência dos cuidados à saúde de 13 doenças raras (DR), em todo o Brasil.

METODOLOGIA

Desde 2020, pacientes diagnosticados com oito doenças raras previamente estabelecidas, que estão sendo atendidos em centros de referência em todo o país estão sendo acompanhados no projeto JAV-Raras. Os custos da jornada assistencial são mensurados pela técnica Time-driven activity based costing (TDABC), e incluem medicamentos, consultas, exames, materiais e recursos humanos. Os pacientes são acompanhados com relação aos desfechos clínicos, que incluem resultados clínicos de monitoramento estabelecidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e questionários validados de qualidade de vida (QV), produtividade, adesão e satisfação do paciente. Desfechos e custos são coletados via TPValue, uma plataforma eletrônica que agrega resultados em dashboards clínico-econômicos atualizados em tempo real. A figura 1 a seguir apresenta o desenho do estudo JAV-Raras.

Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.

RESULTADOS

35 centros de todas as regiões do país estão envolvidos: Centro-Oeste (n=4), Norte (n=5), Nordeste (n=10), Sul (n=5) e Sudeste (n=11). A figura 2 apresenta a representatividade do estudo em termos de número de pacientes recrutados.

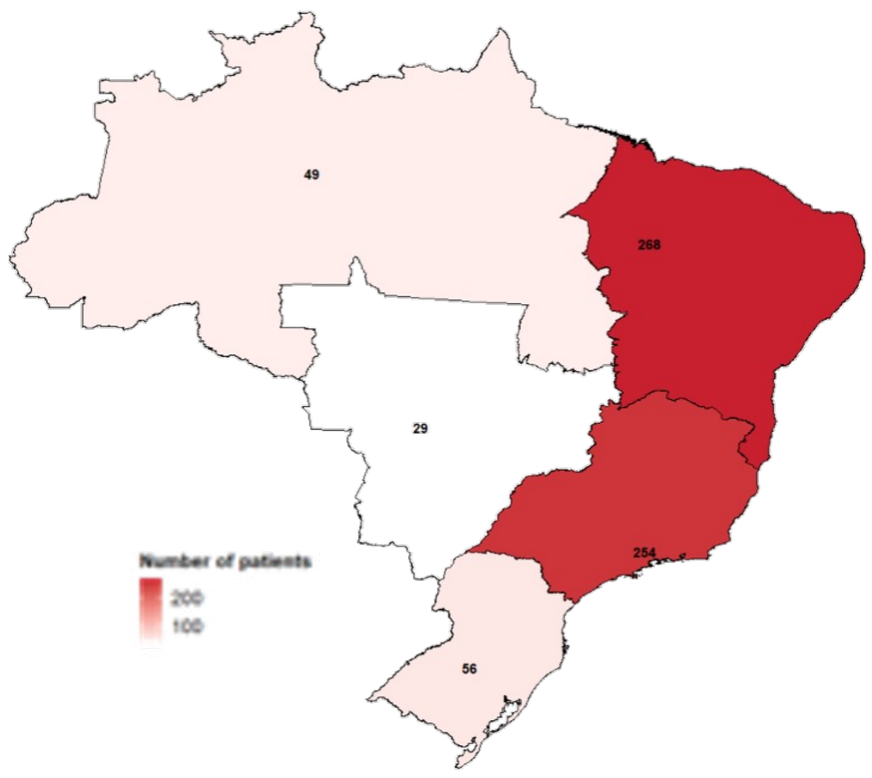


Figura 2. Representatividade nacional do estudo

RESULTADOS

Entre as DR avaliadas, pacientes de 15 a 19 anos com Angioedema associado à deficiência do inibidor de C1-esterase apresentaram maior escore médio na QV pelo PedsQL (81,5), enquanto o menor foi reportado pelos pacientes de 10 a 14 anos (64,2) (Figura 3).

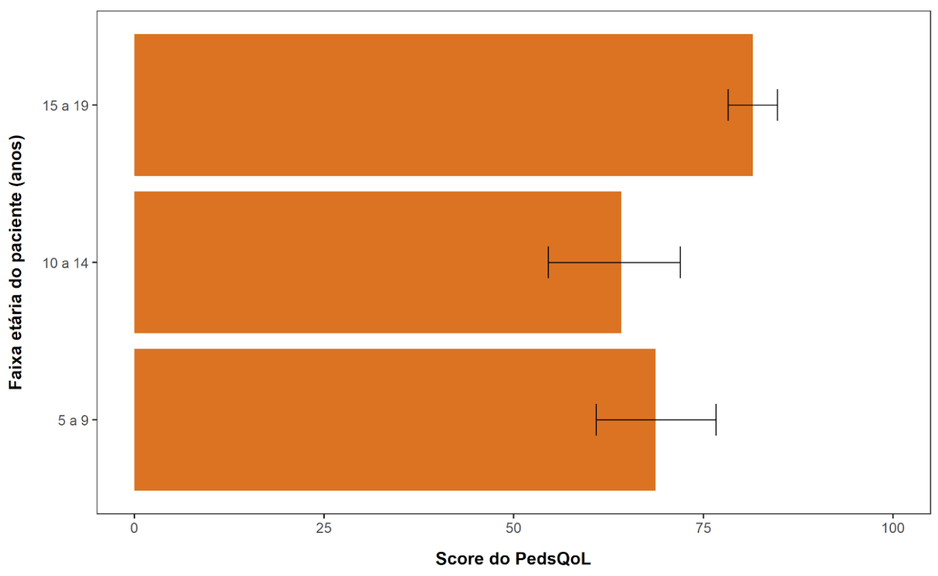


Figura 3. Qualidade de vida para pacientes pediátricos com angioedema hereditário por faixa etária segundo o instrumento PedsQoL – escore médio com IC95%

Já para Fenilcetonúria, a QV no PedsQL foi maior em pacientes entre 10 e 14 anos (90,43), e menor entre os com 5 a 9 anos (68,75). Para adultos com Fenilcetonúria, o SF36 demonstrou que a "capacidade funcional" foi a dimensão com maior escore médio (86,73), e o menor foi "dor" (19,48) (Figura 4). Na Osteogênese Imperfeita, o EQ-5D-3L demonstrou maior escore em "atividade habitual" (0,82), e menor em "dor" (0,58), e os custos anuais foram, em média (DP), R$ 16.308 (11.005).

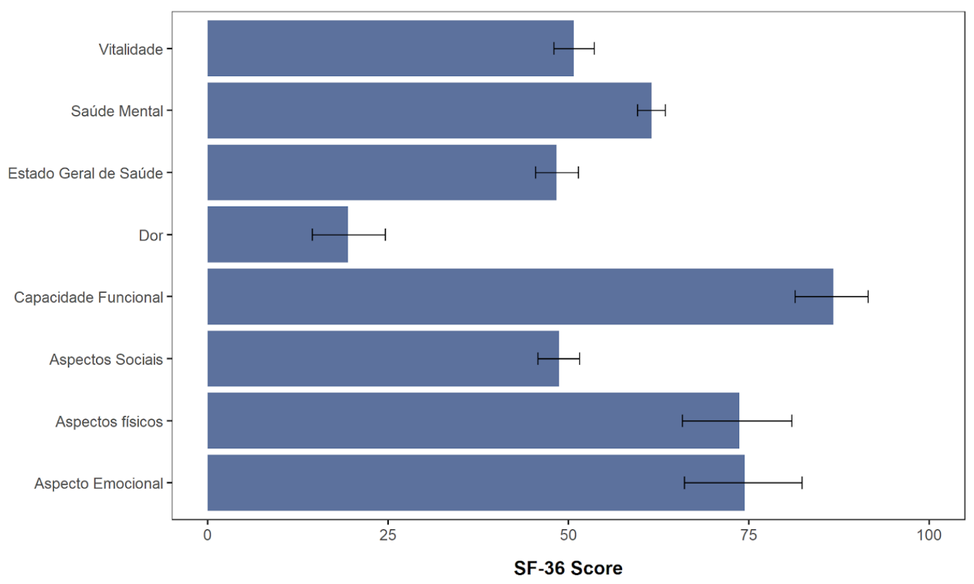


Figura 4. Qualidade de vida para pacientes adultos com fenilcetonúria por domínio do instrumento SF-36 – escore médio com IC95%

CONCLUSÕES

JAV-RARAS avalia a eficiência do cuidado para 13 DR no Brasil, relacionando desfechos e custos. Resultados preliminares indicam que a monitoração em tempo real da eficiência das linhas cuidados é viável e fundamental para aprimoramento da gestão nesta área de alta complexidade e alto custo. Assim, o JAV-RARAS deverá ser expandido para 21 doenças até 2023.

AGRADECIMENTOS

Este projeto é financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

Kaplan, R. S., Jehi, L., Ko, C. Y., Pusic, A., & Witkowski, M. (2021). Health care measurements that improve patient outcomes. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 2(2).

Félix, T. M., de Oliveira, B. M., Artifon, M., Carvalho, I., Bernardi, F. A., Schwartz, I. V., ... & Alves, D. (2022). Epidemiology of rare diseases in Brazil: protocol of the Brazilian Rare Diseases Network (RARAS-BRDN). Orphanet Journal of Rare Diseases, 17(1), 1-13.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Linha de Saúde Corporativa: Projeto para UTI covid – cuidando do cuidador.

Autores: Cinthia Regina Molina de Souza, Daiana Pertile Dias, Marileise Aparecida de Lima Benedito, Paulo Sergio Santos Oliveira

INTRODUÇÃO

Cuidar da saúde dos trabalhadores é um grande desafio, a integração das áreas assistencial e ocupacional é a chave para resultados efetivos. Do início ao fim da relação de um trabalhador com a empresa, muitas são as medidas que devem ser adotadas pelas organizações para assegurar a integridade física e emocional dos seus colaboradores.

A linha de cuidado pautada na saúde do trabalhador, desenvolvida pela Atenção Primaria à Saúde (APS) responsável pelo cuidado assistencial, propôs a Saúde ocupacional e Gestão de Pessoas, um projeto para avaliar a saúde mental e a qualidade de vida dos colaboradores da UTI covid diante da pandemia, afim de trazer consciência e ajudá-los a construir recursos para o enfrentamento. A pesquisa ocorreu no período de abril a dezembro de 2021, com participação voluntária do público estudado.

METODOLOGIA

O estudo consistiu na execução de etapas. Na 1ª etapa, foi aplicado o questionário *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21),* para avaliar depressão, ansiedade e estresse, focando na última semana e no nível de gravidade.

Na 2ª etapa, os colaboradores foram convidados para consultas na APS, na qual foi aplicado questionário sobre qualidade de vida, o WHOQOL-*bref*.

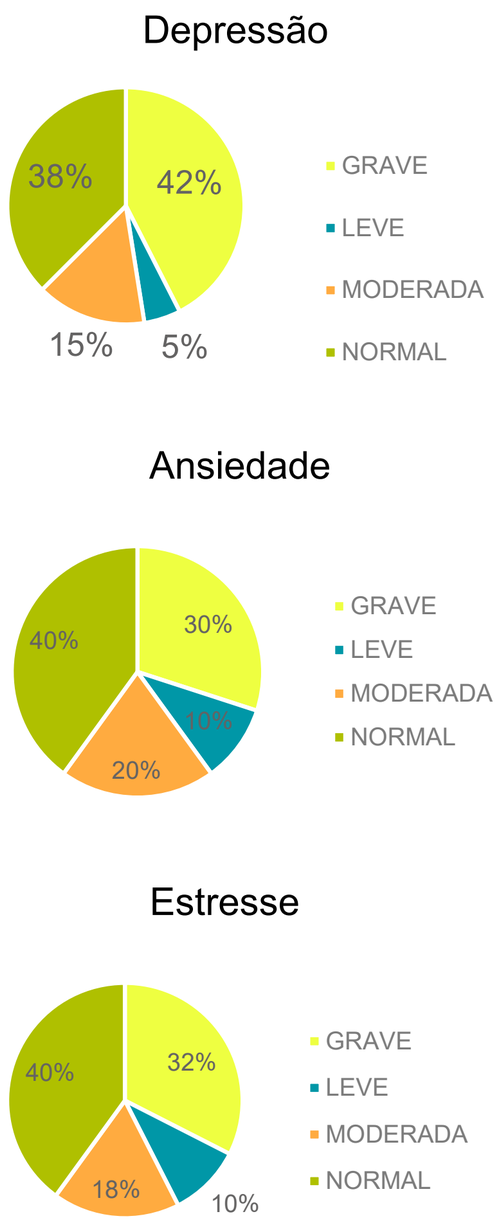


Figura 1. Prevalência para cada nível de intensidade dos quadros abordados com o questionário DASS 21.

RESULTADOS

Dos 90,9% de questionários preenchidos, 77,5% apresentavam alguma alteração para transtornos abordados e com importante gravidade (Graves: 42% depressão, 30% ansiedade, 32% estresse). (Figura 1).

Entre o público, 65% necessitaram manter o acompanhamento médico, inclusive medicação; 35% foram encaminhados para psicologia e terapia de Reike. Mensalmente, foi feito telemonitoramento e enviado mensagens motivacionais por *WhatsApp*.

Em relação a qualidade de vida, os escores mais baixos foram apresentados por pacientes com quatros tipos de transtornos, evidenciando perda de prazer em atividades cotidianas, na atividade sexual, alteração de sono, autoestima, fadiga e até mesmo sintomas físicos. (Tabela 1).

Ao final foi feita pesquisa de satisfação e 96,2% sentiram-se cuidados, 100% desejam novos projetos com mesmo perfil de cuidado; 53,8% conseguiram aderir ao tratamento e 34,6% em partes. A grande maioria apresentou significativa melhora (88,46%) nos 6 meses de seguimento.

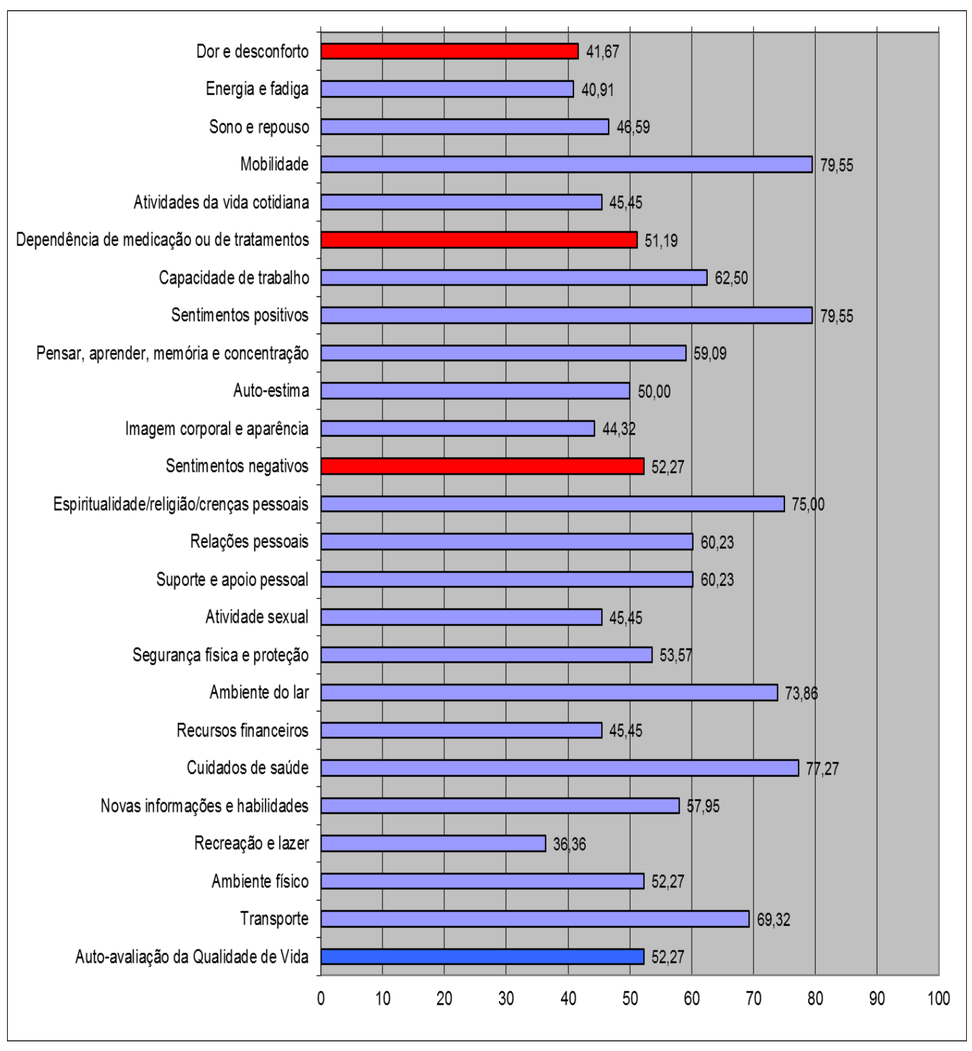


Tabela 1. Resultados Whooqol-bref na avaliação de qualidade de vida

CONCLUSÕES

A saúde do trabalhador é uma temática em foco atualmente, especialmente após um período pandêmico.

O estudo oportunizou identificar a importância da saúde mental no ambiente de trabalho e também fora deste, além de auxiliar a construção de recursos para o enfrentamento das questões que envolvem esse tema.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://www.who.int/pt
2. Leonel F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude. Ensp/Fiocruz, acesso dia 20/10/21.
3. Silva L S, Machado E L, Oliveira H N, Ribeiro AP. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. Rev. bras. Saúde ocup. 45, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520
4. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, *et al*. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciênc. saúde coletiva. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020.
5. Medeiros PCS, Romani MLTR, MarquezTB, *et al*. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 5, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-090.
6. Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptação para a língua portuguesa. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades em universitários. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.68(1), p.32-41, 2019. Referência da versão em original: LOVIBOND, S. H.; & LOVIBOND, P. F. Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. 1995. Disponível em: http://www2.psy.unsw.edu.au/dass. Referência da versão em português: MARTINS, B. G.; SILVA, W. R.; MARÔCO, J.; & CAMPOS, J. A. D. B. Rev Latino-am Enfermagem 2006 novembro-dezembro; 14(6) www.eerp.usp.br/rlae.

Mapeamento de indicadores em idosos frágeis acompanhados no Hcor Mais Saúde: desfechos iniciais

Autores: Laís Komatsu de Paiva , Kevin Yun Kim, Ting Yu Yang, Suzana Alves da Silva

INTRODUÇÃO

A criação de programas de acompanhamento de idosos, que incorporem a visão de promoção de saúde e tragam abordagens preventivas e educacionais, tem sido estimulada desde meados da década de 1980 (1). No Brasil, tais propostas de cuidado passam a ter maior visibilidade a partir do contexto de transição demográfica e epidemiológica, que foi observada de forma mais contundente nas últimas décadas (2). Visando - se maior embasamento de novos modelos de atenção integral, conceitos contemporâneos surgiram para gerar uma mudança de paradigmas assistenciais, dentre eles o Triple Aim (3), que trouxe uma abordagem para a otimização do desempenho dos sistemas de saúde a partir das seguintes metas: 1) Melhorar a experiência de cuidado do paciente (incluindo qualidade e satisfação); 2) Melhorar a saúde das populações; e 3) Reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde.

O Hospital do Coração (Hcor) cria, em 20/10/2021, o Programa Hcor Mais Saúde (HMS), ambulatorial, focado no modelo de atenção básica da população idosa e com estratégias de captação que vão desde demanda espontânea, até a priorização de indivíduos que preenchem critérios para síndrome de fragilidade ou uso excessivo de recursos. Cada paciente tem seu caso manejado por um time de cuidado, composto por um enfermeiro, um geriatra e um gerontólogo, além de uma equipe de apoio, formada por um nutricionista, um fonoaudiólogo e um psicólogo. O Programa é remunerado através da adesão de operadoras de saúde por meio de um pagamento mensal fixo para cada paciente, calculado a partir do nível de fragilidade. O Hcor também conta com o Programa Idoso Bem Cuidado (IBC), hospitalar, que é composto por cuidados mais individualizados durante a internação de pacientes idosos considerados frágeis.

Este estudo tem por objetivo avaliar o resultado do Programa HMS no **tempo até reinternação e tempo de permanência nas reinternações** em comparação com o Programa IBC.

METODOLOGIA

Estudo observacional comparativo do Programa Hcor Mais Saúde com o Programa Idoso Bem Cuidado. Foram incluídos pacientes do Programa HMS com pelo menos um mês de acompanhamento e uma amostra pareada de idosos do Programa IBC, com fragilidade e faixa etária semelhantes, no período de 01/10/2021 a 31/08/2022.

Critérios de elegibilidade:
Idosos com nível 2 de fragilidade (Programa HMS) ou Vulnerável/Levemente Frágil/Moderadamente Frágil pela Escala Clínica de Fragilidade (4) (Programa IBC). Foram excluídos pacientes com insuficiência cardíaca, comorbidade mais prevalente no grupo IBC.

O nível de fragilidade do Programa HMS foi definido pela presença de pelo menos uma das seguintes condições: síndrome demencial; distúrbio de marcha (não deambula fora de casa sozinho/a ou quedas recorrentes); dependência em atividades de vida diária (Barthel ou Lawton); desnutrição (definida por um escore ≤ 7 na Mini-Avaliação Nutricional - MAN); multimorbidade (3 ou mais doenças crônicas em tratamento medicamentoso); polifarmácia (5 ou mais medicamentos de uso contínuo); doença crônica com impacto funcional (dispneia aos pequenos esforços, dor que limita atividades, sintomas psiquiátricos graves: PHQ-9 ≥ 10 ou GAD-7 ≥ 10).

A diferença no nível de fragilidade entre um grupo e outro foi realizada para comparar um pior cenário do grupo do Programa HMS com um cenário melhor do Programa IBC e, dessa forma, mitigar possíveis vieses de seleção nas amostras que pudessem favorecer o primeiro grupo, que trata de pacientes majoritariamente ambulatoriais.

Análise estatística:
As variáveis categóricas foram descritas como proporção com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) e as variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e variação interquartílica, conforme apropriado. A diferença no tempo de permanência nas reinternações entre os grupos foi comparada através do teste de Mann-Whitney e o tempo até a reinternação foi descrito através da curva de Kaplan Meier e comparado por meio do teste de regressão de Cox.

RESULTADOS

Foram incluídos 51 pacientes no Programa HMS e 48 pacientes no Programa IBC, com uma média de acompanhamento de 171,7 dias (com um desvio padrão de 71,8 dias) e 173,7 dias (com um desvio padrão de 83,3 dias), respectivamente.
Não houve diferença significativa entre um grupo e outro em relação a faixa etária, sexo e comorbidades (Tabela 1).
A média do tempo de permanência das reinternações foi de 14,2 dias (desvio padrão: 11,85) e 24,5 dias (desvio padrão: 18,5) no grupo HMS e no grupo IBC, respectivamente. Já a mediana do tempo de permanência das reinternações foi de 10,9 dias no Programa HMS (Q1: 7,9 dias / Q3: 17,1 dias) e 20,2 dias no Programa IBC (Q1: 11,2 dias / Q3: 34,7 dias).

Hcor Mais Saúde				Idoso Bem Cuidado			
Comorbidades	Sim (N / %)	Não (N / %)	Total (N / %)	Comorbidades	Sim (N / %)	Não (N / %)	Total (N / %)
Diabetes Mellitus	54 (68,4%)	25 (31,6%)	79 (100%)	Diabetes Mellitus	222 (87,7%)	31 (12,3%)	253 (100%)
DPOC	72 (91,1%)	7 (8,9%)	79 (100%)	DPOC	244 (96,4%)	9 (3,6%)	253 (100%)
Câncer nos últimos 5 anos	69 (87,3%)	10 (12,7%)	79 (100%)	Câncer nos últimos 5 anos	236 (93,3%)	17 (6,7%)	253 (100%)
Insuficiência Cardíaca	75 (94,9%)	4 (5,1%)	79 (100%)	Insuficiência Cardíaca	215 (85%)	38 (15%)	253 (100%)
Sexo	(N / %)			Sexo	(N / %)		
Feminino	27 (52,9%)			Feminino	23 (47,9%)		
Masculino	24 (47,1%)			Masculino	25 (52,1%)		
Total da amostra	51 (100%)			Total da amostra	48 (100%)		
Faixa etária	(N / %)			Faixa etária	(N / %)		
60 |- 70 anos	13 (25,5%)			60 |- 70 anos	10 (20,8%)		
70 |- 80 anos	27 (52,9%)			70 |- 80 anos	27 (56,2%)		
80 |- 90 anos	9 (17,6%)			80 |- 90 anos	9 (18,8%)		
90 |-	2 (3,9%)			90 |-	2 (4,2%)		
Total da amostra	51 (100%)			Total da amostra	48 (100%)		

Tabela 1: Comparativo entre amostras – comorbidades e pareamento por sexo e faixa etária

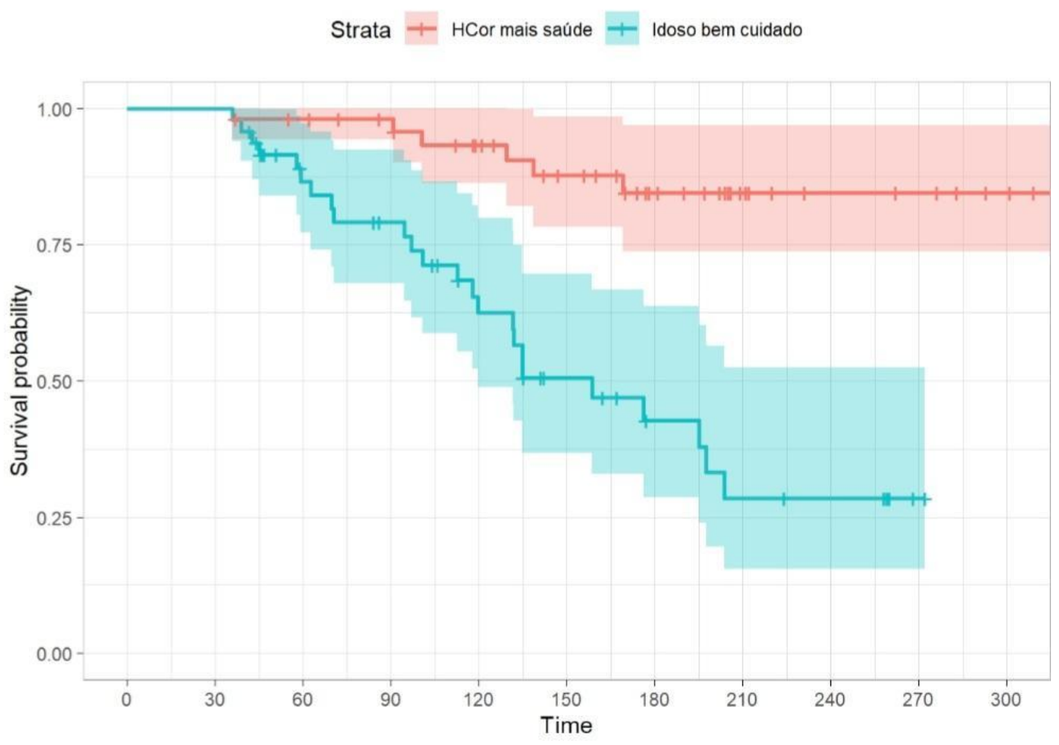


Gráfico 1: Kaplan – Meier - tempo até a reinternação (Hazard Ratio: 6,26)

CONCLUSÕES

As análises iniciais indicam que o risco de reinternação dos paciente do Programa IBC é 6,26 vezes maior quando comparado com o risco de reinternação dos pacientes do Programa HMS (gráfico 1) .
Já a média do tempo de permanência nas reinternações foi reduzido em 10,3 dias nos pacientes do Programa HMS, em relação aos pacientes do Programa IBC.
O Programa HCor Mais Saúde, desta forma, pode servir de exemplo de mudança nos paradigmas assistenciais, caminhando a favor de uma proposta que traz valor para três eixos de alta relevância na saúde: hospitais, operadoras e pacientes.
O desenvolvimento de estudos com o objetivo de avaliar impactos e custo – efetividade de intervenções longitudinais de promoção e prevenção de saúde em indivíduos de alta demanda é recomendado para fortalecer os sistemas de saúde como um todo e promover uma atenção efetivamente integral ao idoso.

LIMITAÇÕES

O curto tempo de seguimento dos pacientes no Programa HMS (fato que ainda não permite a análise comparativa de indicadores de processo - relacionados a metas de cuidado); a impossibilidade de escolha de idosos na amostra comparativa com os mesmos critérios de fragilidade que foram usados na classificação dos idosos do Programa HMS; e o viés de seleção da amostra, já que os pacientes da amostra comparativa foram todos selecionados a partir de uma internação no Hcor, enquanto os pacientes da amostra do Programa HMS possuíam formas distintas de entrada no programa.

REFERÊNCIAS

1. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008 May-Jun;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759. PMID: 18474969
2. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Health promotion programs for the elderly: a review of cientific literature from 1990 to 2002. Ciênc. Saúde coletiva 9 (3). Set 2004. https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300010
3. Lima KC, Caldas CP, Veras RP, Correa RF, Bonfada D, de Souza DB, Jerez-Roig J. Health Promotion and Education: A Study of the Effectiveness of Programs Focusing on the Aging Process. Int J Health Serv. 2017 Jul;47(3):550-570. doi: 10.1177/0020731416660965. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27487836.
4. Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. BMC Geriatr. 2020 Oct 7;20(1):393. doi: 10.1186/s12877-020-01801-7. PMID: 33028215; PMCID: PMC7540438.

MEDIDAS DE RESULTADOS REPORTADOS PELO PACIENTE APÓS 1 ANO DO TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA

Amanda Danieletto Ruiz, Teresa Cristina D C Nascimento, Agatha Stahl De Queiroz, Carla Bernardes Ledo

INTRODUÇÃO

Desde 2017 a área de Desfechos Clínicos faz o acompanhamento de pacientes em diversas condições de saúde, sendo o tratamento do câncer de mama uma delas. São incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos.

O modelo de seguimento é o referendado pelo ICHOM (*International Consortium For Health Outcomes Measurement*). O objetivo foi analisar os resultados reportados pelos pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de mama comparando o pré e 1 ano pós tratamento.

METODOLOGIA

Foi realizada a análise retrospectiva de dados reportados pelos pacientes que realizaram o tratamento para o câncer de mama no período de dezembro/2017 a janeiro/2022, sem tratamentos prévios. Foram aplicados questionários estruturados para avaliação da qualidade de vida da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*) EORTC QLQ-C30 (instrumento oncológico genérico) e QLQ-BR23 (específico sobre o câncer de mama), no pré e 1 ano pós procedimento.

Figura 1. Flyer do guia de referência de Câncer de Mama da ICHOM.

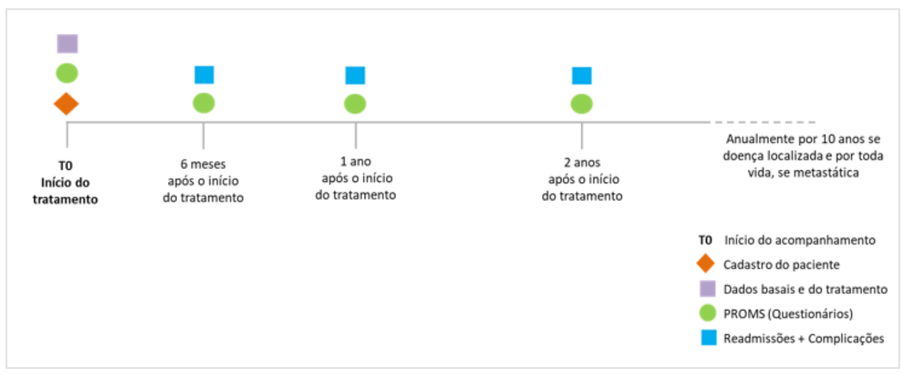


Figura 2. Linha do tempo dos períodos de acompanhamento do Desfecho de Câncer de Mama.

RESULTADOS

No período 768 pacientes foram submetidos ao tratamento para o câncer de mama, sendo a média de idade de 55,7 (±13,3) anos, 763 (99,3%) do sexo feminino e a média do IMC foi de 25,88 (±4,6) kg/m2. Ao comparar os dois momentos, 717 (93,3%) responderam no pré tratamento e 369 (51,4%) em 1 ano após, sendo que 199 (25,9%) ainda não completaram o período de 1 ano para acompanhamento. Os questionários utilizados foram EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, ambos com escore de 0-100, sendo quanto maior, melhor a qualidade de vida dos domínios funcionais. Em relação ao aspecto emocional e perspectiva futura, a média do escore foi de 79,1 no pré para 88,8 em 1 ano pós e de 61,3 para 81,7, respectivamente, ambos com significância estatística entre os períodos nos dois aspectos, com o mesmo valor de p<0,001.

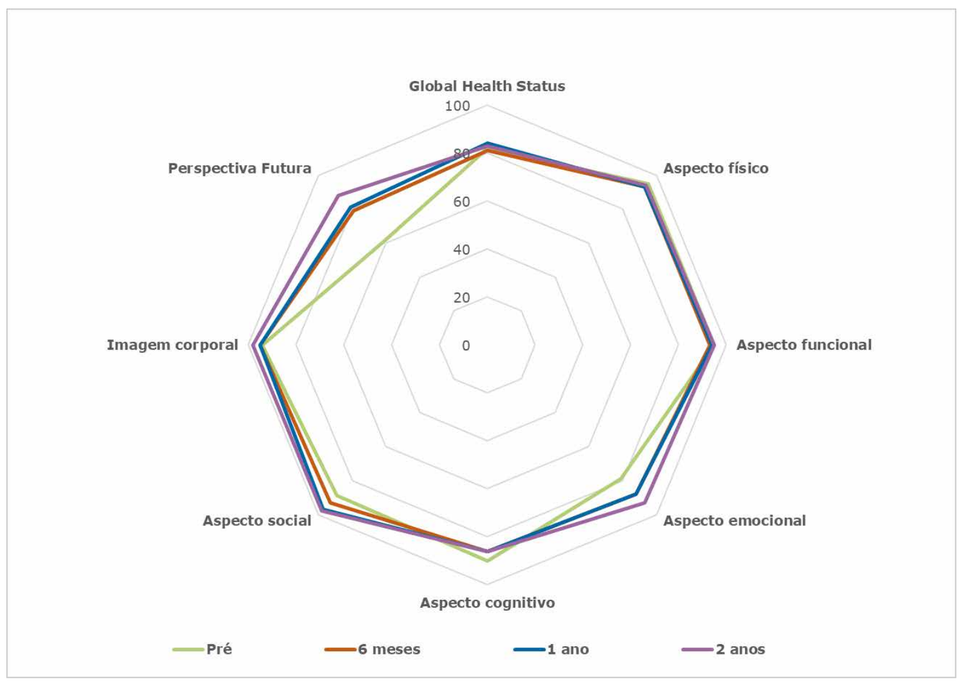


Figura 3. Gráfico de radar apresentando a evolução das médias das escadas funcionais dos instrumentos EORTC QLQC-30 e BR-23.

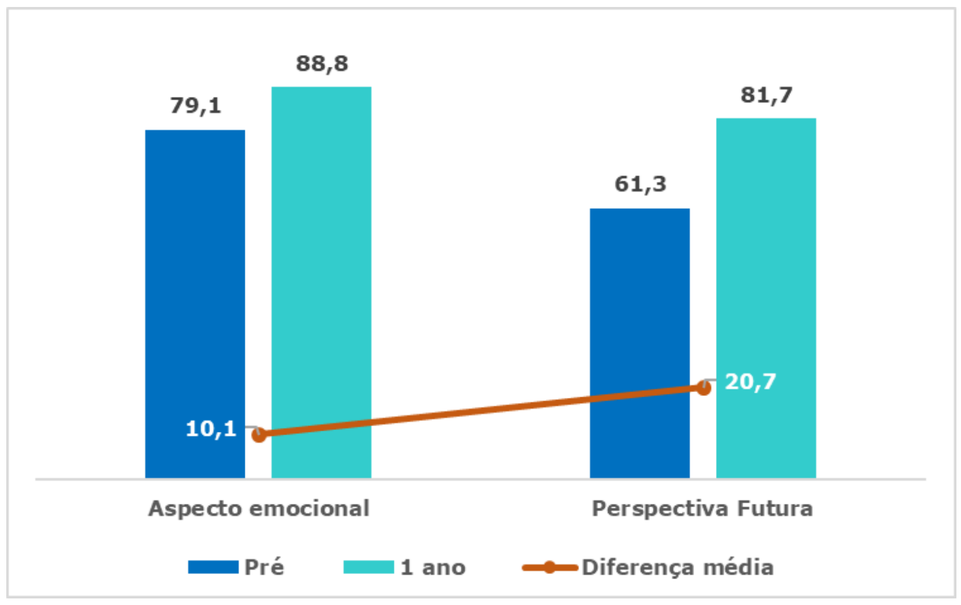


Figura 4. Gráfico de colunas apresentando as médias no pré e 1 ano do aspecto emocional e perspectiva futura e as diferenças das médias.

CONCLUSÕES

Os pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de mama reportam melhora significativa nos aspectos estado emocional e perspectiva futura quando comparado o pré e 1 ano pós tratamento.

REFERÊNCIAS

https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/breast-cancer/

Melhoria da conformidade na antibioticoprofilaxia no período perioperatório após implementação de alerta eletrônico

Maria Lucia Neves Biancalana, Andre Koutsodontis Machado Alvim, Felipe Silva Duraes, Aline Cassi Yukimitsu

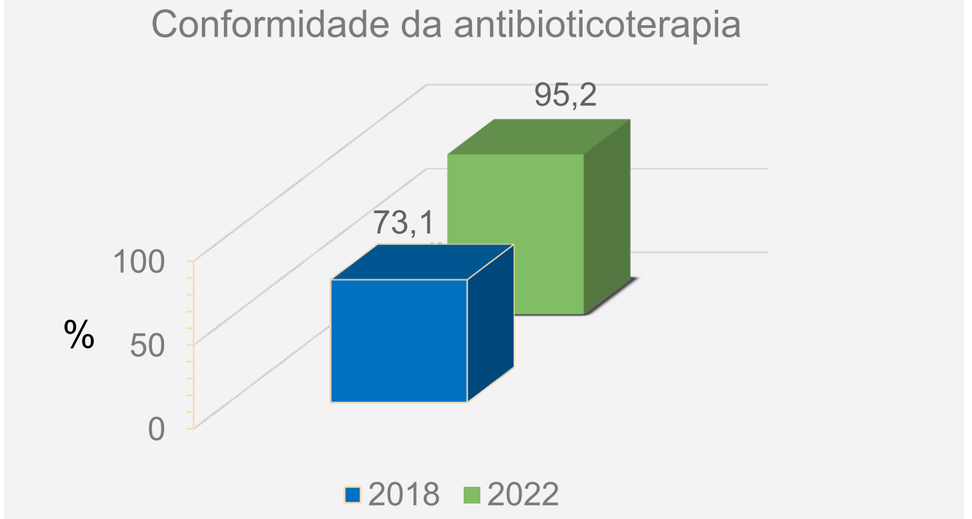
INTRODUÇÃO

A antibioticoprofilaxia em cirurgia tem um papel relevante na redução do risco de infecção pós-operatória, podendo ser responsável pela queda de 40 a 60% das taxas de infeção quando utilizada de maneira adequada. O objetivo do estudo foi avaliar melhora da adesão na dose adicional intraoperatória na antibioticoprofilaxia cirúrgica após a implementação de alerta eletrônico.

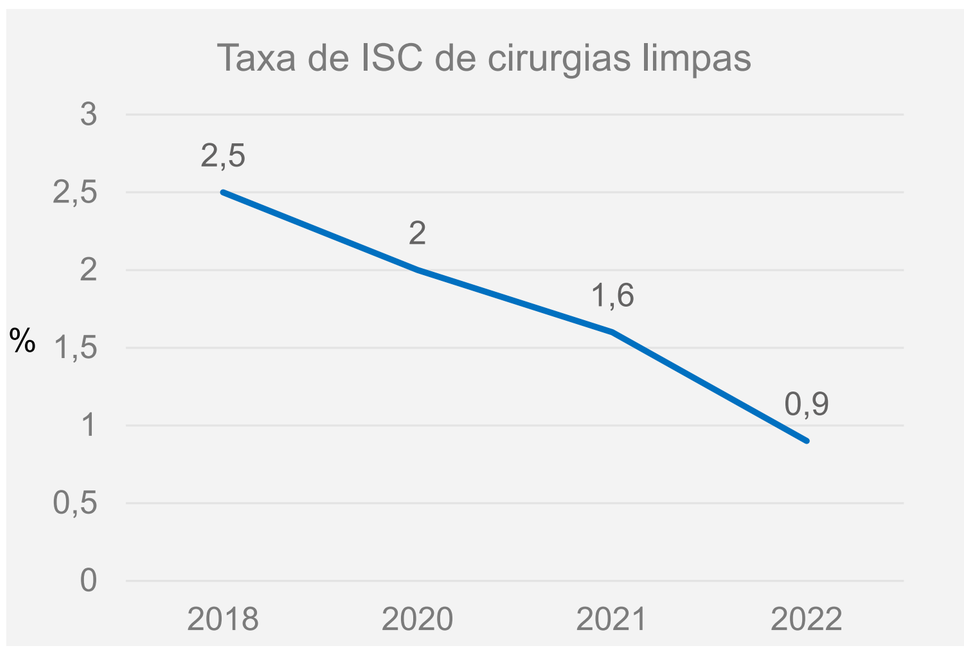
METODOLOGIA

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar monitora a conformidade da antibioticoprofilaxia nas cirurgias limpas cardíacas, neurológicas e ortopédicas. Em 2018, a taxa de conformidade da dose adicional intraoperatória nas 3 especialidades foi de 73,1%, sendo então identificada oportunidade de melhoria neste indicador. Deste modo, foi implementada a padronização de antimicrobiano que garantisse níveis séricos adequados por 4 h e foi realizada reorientação das equipes cirúrgicas, dos anestesistas e da enfermagem do centro cirúrgico. O resultado do monitoramento trimestral foi assim enviado para as equipes cirúrgicas e de anestesista, mas sem melhora significativa na conformidade do indicador.

Foi então solicitado ao departamento de Tecnologia da Informação (TI) o desenvolvimento de um alerta no sistema de prontuário eletrônico do horário de necessidade da dose adicional intraoperatória, que consiste de um aviso na tela de monitoramento do anestesista, sendo este implementado em outubro de 2021. Ao longo deste período (2018-2022), reforçamos as demais medidas destinadas à prevenção de infecção do sitio cirúrgico (ISC): banho pré-operatório, educação e feedback das taxas de infecção para as equipes cirúrgicas e implementação de novo processo para preparo da pele do paciente.



Taxa de conformidade da dose adicional intraoperatória antes e após a implementação de alerta eletrônico.



Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) de cirurgias limpas no decorrer de cinco anos.

RESULTADOS

A conformidade da dose adicional intraoperatória demonstrou aumento significativo nas três especialidades, sendo de 95,1% em 2022 (até junho). Em conjunto, esta medida e as demais descritas levaram à redução das taxas de ISC em cirurgias limpas: 2,5% em 2018 e 2019, 2% em 2020, 1,6% em 2021 e 0,9% em 2022 (até junho).

CONCLUSÕES

Uma medida simples, utilizando dispositivos do prontuário eletrônico, que garante a manutenção de níveis adequados de antimicrobiano durante o período intraoperatório, levou a um aumento da conformidade deste indicador e, aliada às demais medidas preventivas, contribuiu para a redução significativa das taxas de ISC.

REFERÊNCIAS

1-https://www.ihi.org/resources/Pages/Changes/ChangestoPreventSurgicalSiteInfection.aspx
2-ASHP Therapeutic Guidelines: Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery 2020
3-PROFILAXIS CON ANTIMICROBIANOS EN CIRUGÍA
https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geiras/dcientificos/documentos/geih_dyc2_2001.pdf
4- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

MELHORIA NO ACOLHIMENTO E FIDELIZAÇÃO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ghabriella Sampaio, Letícia Airoza, Adriane Rego

INTRODUÇÃO

Para o Beryl Institute, a experiência do paciente é definida como a somatória de: “todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio da continuidade do cuidado”. Muito mais do que o desfecho satisfatório, ela envolve todos os tipos de cuidado voltados para ele e sua família. Comportamentos, tempos de atendimento, necessidades atendidas, ambiente acolhedor e processos ágeis são os fatores que vão interferir diretamente na sua percepção final. A fim de reduzir os tempos dos processos de agendamento de consultas, de garantir um melhor desfecho, buscou-se a criação de um serviço de “concierge” no hospital.

METODOLOGIA

Relato de experiência, desenvolvido em um hospital materno infantil da rede privada do município do RJ. A implantação do formulário de encaminhamento e dos fluxos de agendamento do hospital se deu no mês de julho de 2020, e seus impactos foram monitorados através do índice de fidelização (NPS) aferido pelo hospital (“HFOCUS”) e através do controle do total de consultas ambulatoriais realizadas pela equipe da pediatria. O plano operacional padrão (POP) envolve todos os médicos da linha pediátrica. No caso dos pacientes internados, os formulários são entregues diretamente à ouvidoria, que providencia o agendamento e fica responsável por informar aos responsáveis sobre a data.

REAL D'OR HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Nome completo: _____
Data de nascimento: _____
Sexo: ☐ M ☐ F
Registro: _____
Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL

- ☐ ANGIOLOGIA
- ☐ BUCO MAXILO FACIAL
- ☐ CARDIOLOGIA
- ☐ CIRURGIA PEDIÁTRICA
- ☐ CIRURGIA VASCULAR
- ☐ CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO
- ☐ CIRURGIA DE COLUNA
- ☐ CLÍNICA MÉDICA
- ☐ DERMATOLOGIA
- ☐ ENDOCRINOLOGIA
- ☐ GASTROENTEROLOGIA
- ☐ GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA
- ☐ MASTOLOGIA
- ☐ NUTRIÇÃO
- ☐ NEFROLOGIA
- ☐ NEUROCIRURGIA
- ☐ NEUROLOGIA
- ☐ NUTROLOGIA
- ☐ ONCOLOGIA
- ☐ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- ☐ PEDIATRIA GERAL
- ☐ PEDIATRIA
  ESPECIALIDADE: _____
- ☐ PRÉ-NATAL
- ☐ PNEUMOLOGIA
- ☐ PROCTOLOGIA
- ☐ UROLOGIA
- ☐ OUTROS: _____

Data ____/____/____ Assinatura e carimbo do Médico _____

- ✓ AGENDAR PARA:
- ☐ DATA MAIS PRÓXIMA
- ☐ ENCAIXE
- ☐ PROFISSIONAL ESPECÍFICO: _____

PREEENCHIMENTO DA RECEPCIONISTA

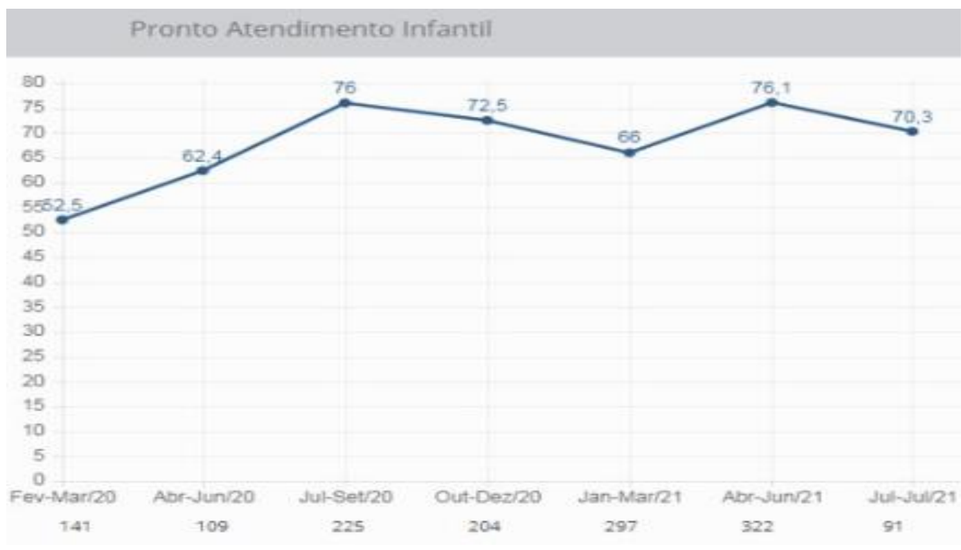
- ✓ REALIZADO AGENDAMENTO? ☐ SIM ☐ NÃO
- ✓ SE NÃO, POR QUE?
- ☐ PACIENTE SE RECUSOU
- ☐ TEM MÉDICO ASSISTENTE
- ☐ CONVÊNIO NÃO ELEGÍVEL
- ☐ OUTROS: _____

Ferramenta de encaminhamento ambulatorial.

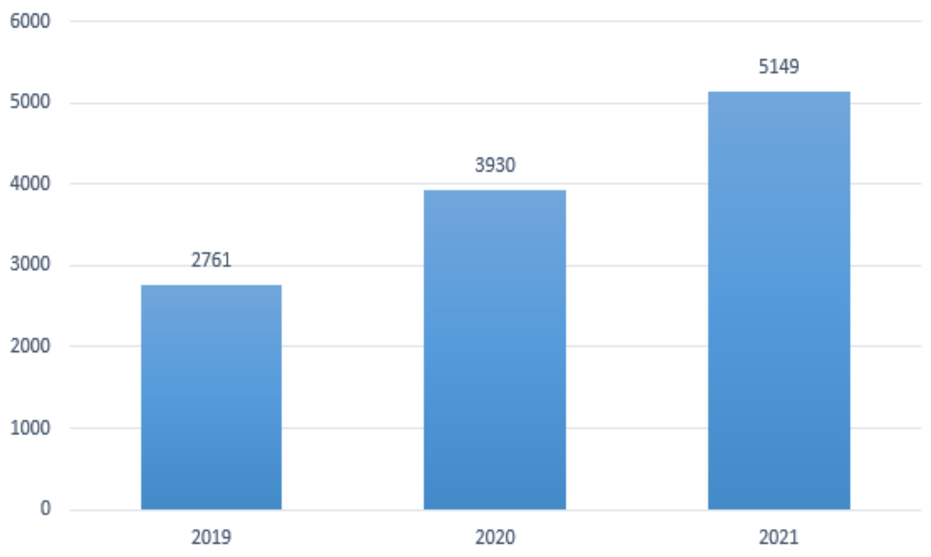
Sala de espera – Ambulatório pediatria.

RESULTADOS

Desde a implantação dos formulários e do serviço de “concierge” foi observado um aumento sustentado no índice de fidelização (“NPS”) da emergência pediátrica (82,7%) e do hospital (78%). aumento dos atendimentos ambulatoriais(89%), além dos relatos de famílias que se sentiram acolhidos e seguros na continuidade do tratamento. Garantindo a linha de cuidado pediátrica.



Indicador de Qualidade Percebida.



Total de atendimentos – Ambulatório pediátrico.

CONCLUSÕES

Garantimos dessa forma a linha de cuidados do paciente pediátrico, sempre mantendo o foco no cuidado centrado no paciente e respeitando as preferências dos familiares.

REFERÊNCIAS

1- Disney Institute; O Jeito Disney de encantar os clientes: do atendimento excepcional ao nunca parar de crescer e acreditar; São Paulo; Editora Saraiva; 2011;
2- Wiersema, Fred; Intimidade com o cliente: um compromisso com os resultados dos seus clientes; Elservier Editora; 1996.

Metodologia *Lean HealthCare* para desenvolver ações de saúde com visão de valor

Beatriz Cristina de Freitas, Dagmar de Paula Queluz

INTRODUÇÃO

Em 2006, Porter e colaboradores abordaram as raízes das principais causas de sistemas de saúde ineficientes: transferência de custos, custos crescentes e dificuldades de acesso; destacando algumas questões que ainda são muito atuais. Descreveram também os princípios do que seria um sistema de saúde com visão de valor, baseado em dados, e que contemplasse todo o ciclo de cuidado, permitindo ampliação do acesso, mensurar desfechos clínicos e custos por paciente. Uma metodologia que se alinha com esta proposta é a *Lean Healthcare*, uma filosofia baseada na melhoria contínua e eliminação de desperdícios em toda a cadeia de produção de fluxo de valor.

Essa metodologia aplicada à área da saúde pode proporcionar um alto valor agregado com o mínimo de recursos, diminuindo desperdícios e aproveitando potencialmente o conhecimento e habilidades de todos envolvidos no processo de cuidar, entregando assim, resultados de saúde com maior valor. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi conhecer às experiências dos serviços de saúde que utilizaram a metodologia *Lean Healthcare* para desenvolver ações que agregassem valor aos resultados de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Sistemática, de acordo com as diretrizes PRISMA-P* e Cochrane**, realizada em 2022, identificando artigos de janeiro de 2010 a junho de 2022, sendo realizadas nas bases bibliográficas de dados primários: PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, SciELO.

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= experiências dos serviços de saúde, I= *Lean Healthcare*, Co= para desenvolver ações que agreguem valor aos resultados de saúde, definindo assim a pergunta norteadora da pesquisa: "Quais as experiências dos serviços de saúde que utilizaram a metodologia *Lean Healthcare* para desenvolver ações que agregassem valor aos resultados de saúde? 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, Scielo.

A estratégia de pesquisa incluiu os seguintes termos do MeSH e DeCS, para modular a pesquisa também foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR"

Seleção dos estudos

Foram incluídos estudos primários publicados de 2010 a 2022. 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, 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.

RESULTADOS

Foram identificados 1355 estudos, sendo 15 deles incluídos na análise, apenas os estudos com $p<0,05$.

A maioria dos estudos analisou as ações de saúde desenvolvidas por hospitais(68%). Dentre os resultados destacaram-se como principais benefícios: melhora no desfecho clínico dos pacientes(42,5%), redução de custos(35,8%), melhora da experiência (12%) e aumento da satisfação do paciente(7%).

Foram apontados também algumas dificuldades ou barreiras na implementação do *Lean Healthcare* e que devem ser considerados, como: dificuldade de experimentação, desequilíbrio na entrega de valor (dificuldade de equilibrar o valor entre todos os stakeholders que atuam nos processos), e abordagens inadequadas.

Alguns estudos apontaram também a necessidade de um método sistemático de acompanhamento dos resultados alcançados na fase de implantação, e necessidade de capacitação do gestor nos princípios do *Lean Healthcare.*

Imagem Lean. Fonte: https://www.laboneconsultoria.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Lean-Health-Care-01.jpe.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a metodologia *Lean Healthcare* foi importante para agregar valor aos resultados de saúde, melhorias nos processos hospitalares e satisfação dos pacientes. Mas, também destacam-se dificuldades ou barreiras na sua implementação, *e a* necessidade de um método sistemático de acompanhamento dos resultados alcançados na fase de implantação.

REFERÊNCIAS

*Transparent Reporting Of Systematic Reviews And Meta-Analyses.PRISMA 2020 checklist.[cited2021Abr3]. Disponível em:http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA_2020_checklist.pdf.

**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

Modelo de gerenciamento diário como apoio a tomada de decisão a equipe operacional e liderança imediata

Ana Paula Barbosa da Silva Bancatelli e Flavia Packer

INTRODUÇÃO

Gerenciamento diário baseia-se no desdobramento da estratégia de forma sólida fundada aos propósitos da empresa, de modo contínuo e sistematizado a fim de garantir que o trabalho esteja sendo feito do modo certo e no tempo certo para que se possa alcançar o sucesso do negócio conforme definido pela estratégia da organização. Esse modelo permite que todos conheçam as prioridades e os desafios para o sucesso pleno do negócio e o que será medido para que, de forma proativa, surjam decisões que permitam a correta entrega do que fora planejado e possibilite o engajamento de todos, cada um no seu nível de responsabilidade.

Contudo neste trabalho iremos abordar sobre o aprendizado sobre a implementação de um modelo de gerenciamento diário como apoio a tomada de decisão a equipe operacional e liderança imediata.

METODOLOGIA

Trata-se um relato de experiência, no período de maio a outubro de 2022, realizado em 70 unidades assistenciais e apoio de uma rede de hospitais particulares da cidade de São Paulo.

No qual foi definida a gestão visual com itens de controle no quadro estratégia da organização, indicadores estratégicos, táticos e operacionais, cadeia de ajuda, gestão documental, gestão risco e engrenagem para solução de problemas a serem realizado e discutido diariamente. .

Modelo dos quadros de gestão diária implementadas na gestão diária

RESULTADOS

A metodologia do gerenciamento na prática é um encontro fixo diariamente das lideranças junto a sua equipe operacional para discutir sobre os problemas que estão acontecendo diariamente além de demonstrar para as equipes os principais planos de ações que estão sendo desenvolvidas.

Foram implementadas em 70 unidades, sendo elas assistenciais e apoio assistencial sendo elas: Unidades de internação, terapia intensiva Adulto e Infantil, Pronto Socorro Adulto e Infantil, Pediatria, Transplante de Medula Óssea, Oncologia, Ambulatório, Ambulatório da Oncologia, CME, Hemodinâmica, Endoscopia, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição, SADT, Medicina Nuclear, Radioterapia, Suprimentos e Laboratório.

Nestas foram realizados no mês de julho de 2022, após a implementação um mapeamento da situação atual para identificar as conformidades em relação ao conteúdo em cada etapa definida, afim de verificar o alinhamento do teor junto a prática. Os resultados apresentados foram as medições do produto definidas (indicadores), indicadores diários definidos analisando se está interligado ao produto, resultados dos produtos, alinhamento das etapas do processos, gestão documental das etapas dos processos e descrições das barreiras de segurança (FMEA). Destas foram apresentados os seguintes resultados respectivamente: definição da estratégia (100%), medição do produto (82%), indicadores diários (46%), resultado do produto (68%), etapas do processo (95%), gestão documental das etapas de processo (23%) e descrições de barreiras de segurança – FMEA (77%)

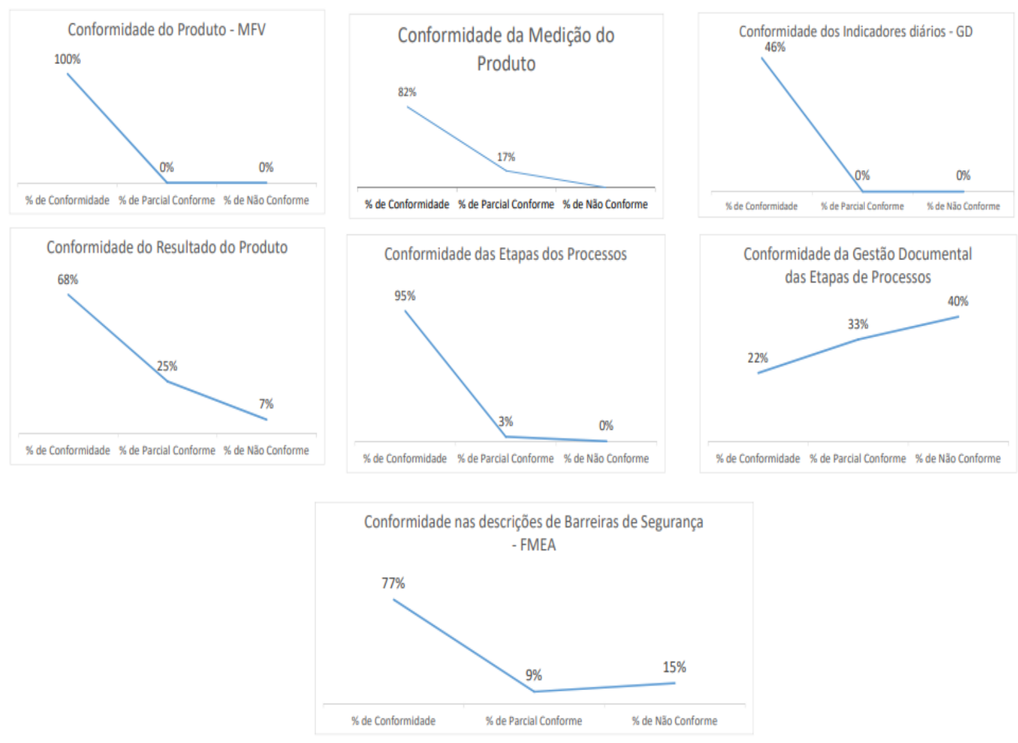


Gráfico 1 – Mapeamento da Situação atual, após a implantação do gerenciamento diário afim de identificar as conformidades.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que a transformação inicial se demonstra positiva com itens que nos desafiam a desenvolver com os gestores das unidades, conforme apontado nos resultados. O poder do gerenciamento diário está na integração de pessoas para resolver um problema comum para atingir a estratégia da instituição a qual qualidade e segurança é apontada como prioridade nesta organização.

Contudo entendemos que após a implementação desse modelo de gestão o mesmo vem auxiliando os gestores no processo de identificação dos principais problemas que ocorrem diariamente e conseguem realizar as resoluções o mais precoce.

REFERÊNCIAS

Ferro, Jose Roberto. Gouveia, Robson. Gerenciamento diário para executar a estratégia – Lean Institute Brasil. 2015.

MODELO SISTEMÁTICO DE FLUXO DIRIGIDO OTIMIZADO – “FAST RUN”

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Firmino Haag ; André David ; Fernando Levino ; Janici Th. Santos; Sandra Tanaka

INTRODUÇÃO

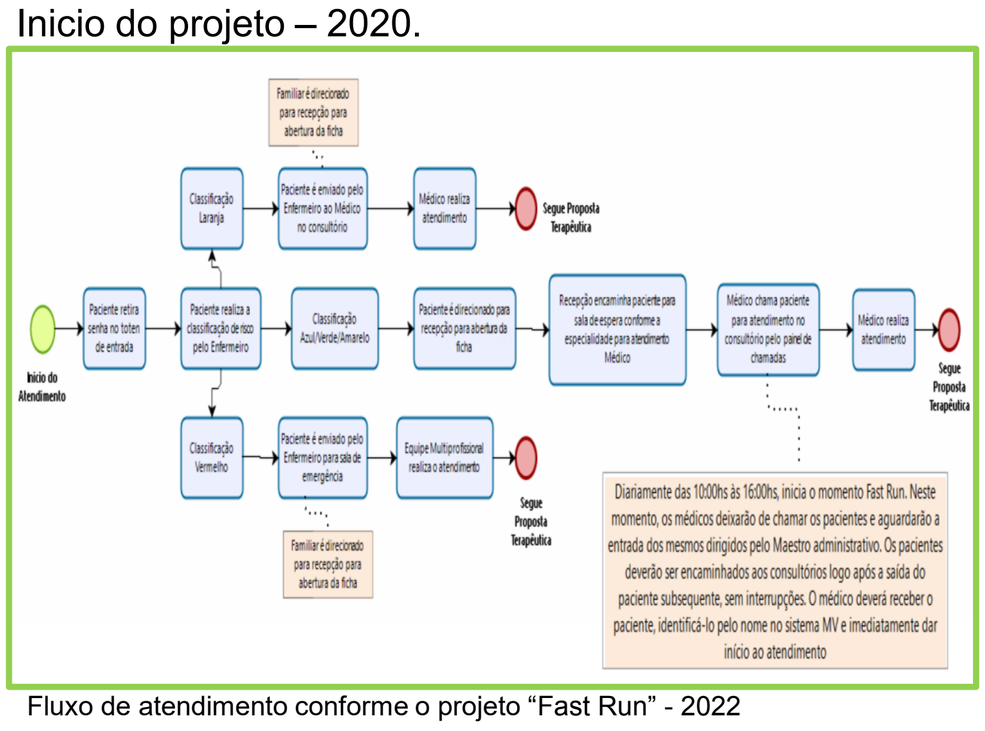
A superlotação de pacientes na entrada dos Pronto Socorros trata-se de um problema mundial. Essa realidade resulta em longo tempo de espera para os atendimentos. Desde 2004, o Ministério da Saúde vem implementando estratégias para reorganizar o fluxo dos pacientes com intuito de diminuição do tempo de espera e prestação de serviço com excelência e humanização (BRASIL, 2011).

Objetivo: Reorganizar o fluxo de atendimento, otimizando o tempo de espera do paciente.

Palavras-chave: Pronto Socorro; Superlotação; Fluxo

METODOLOGIA

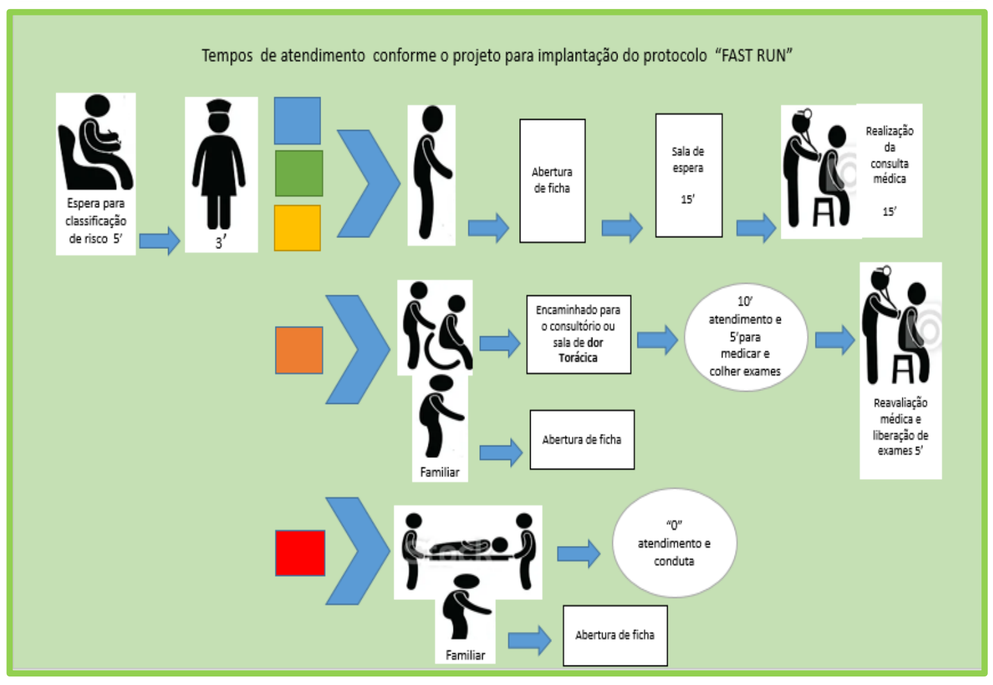
Relato de experiência tendo como base um projeto construído para um Pronto Socorro de um hospital geral, utilizando ferramentas de gestão. Etapas: **1ª<u>Diagnóstico e mapeamento de problemas</u>**: “Diagrama de Ishikawa” – analisou indicadores e metas de tempos de atendimento; “Diagrama de Pareto” - analisou os relatos enviados para a ouvidoria pelos clientes, norteando a solução dos problemas diagnosticados.**<u>2ª Construção do projeto:</u>** Teoria de “Ford” – Desenho do fluxo linear de atendimento, priorizando os “tempos” diante das demandas encontradas. Teoria de “Lean” – Identificação do tipo de atendimento e fatores que colaboraram para o comprometimento desse fluxo. **<u>3ª Implementação das propostas de melhorias:</u>** Padronização de fluxo contínuo e atendimento para diminuir “*Lead Time*” (tempo de espera) entre chamar e receber atendimento. Inicio do projeto – 2020.



Fluxo de atendimento conforme o projeto “Fast Run” - 2022

Na entrada do paciente ao pronto atendimento, este será recepcionado por um profissional do setor administrativo e dirigido ao painel de senhas. Após a retirada da senha, o paciente aguarda próximo as “baias” de triagem. Para que o paciente seja encaminhado as “baias” um profissional administrativo denominado “Maestro” com a função de gestor de fluxo, permanece a frente, organizando o movimento de chamadas e direcionando o paciente para as “baias”, dispensando a chamada do enfermeiro assistencial. O paciente permanece acomodado nas “baias” e entre os enfermeiros ocorrem as “flutuações” (ida do enfermeiro até as “baias dos pacientes”), evitando a espera e o estresse dos mesmos. O mesmo modelo de gestão de fluxo através do maestro é realizado para o atendimento médico.

RESULTADOS



Esquematização dos tempos conforme o projeto “Fast Run” - 2022

Os tempos de atendimento ajustados e metas estipuladas com o objetivo de redução dos tempos pela classificação de risco em média de 50% serviu de suporte para a formulação do fluxo do paciente desde a entrada ao Pronto Socorro.

Tempos anteriores ao projeto “Fast Run”
X
Tempos alcançados após a implantação do Projeto

Modelo	Verde			Amarelo			Laranja		
	Médio	Minimo	Máximo	Médio	Minimo	Máximo	Médio	Minimo	Máximo
Gestão 2019/2020	05:11:00	02:32:00	07:50:00	02:47:00	00:50:00	04:44:00	01:31:00	00:18:00	02:45:00
Gestão SESM 2021	00:26:00	00:24:00	00:30:00	00:24:02	00:21:00	00:26:00	00:08:15	00:07:12	00:08:16

Fonte: MV Hospital / Grupo de Apoio Pronto Socorro

Objetivando o sucesso do projeto desde a sua implantação, as equipes: médicas / enfermagem e administrativas, mantém a comunicação efetiva por meio de contato frente a qualquer tipo de contratempo. Nestes casos, a chefia de plantão sempre é acionada imediatamente para intervir de forma que o fluxo tenha um segmento linear e o paciente receba atendimento de qualidade.

CONCLUSÕES

A medida em que o projeto foi ganhando força e tempo de consolidação, os tempos verificados no atendimento por meio de indicadores, mostraram redução significativa, o que resultou em maior confiabilidade e qualidade no atendimento, tornando - o consequentemente mais humanizado.

A interação entre as equipes envolvidas se fortaleceram com o amadurecimento e manutenção do projeto, o que mostra na atualidade que as medidas de melhorias propostas têm reduzido os números de ouvidorias e de estresse dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GROUSE, A.I.; BISHOP, R.O.; BANNON, A.M. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. **Emerg Med J**. v.26, n.7, p.484-6, 2009.

CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

MODELO VIRTUAL DE CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE COLOMBO - PR

Diogo do Araguaia Vasconcelos
Ana Paula Kulig Godinho
Simone Belmiro
Sydnei Jesus Godinho
Marcos Magaldi Johansen de Moura

A pandemia de Covid-19 trouxe para todas as esferas da sociedade o desafio de se reinventar a fim de atender as demandas do momento. Na saúde não foi diferente. No ano de 2021, frente à nova gestão pública e a necessidade de elaboração do Plano Municipal de Saúde para os próximos anos, a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Colombo se viram diante da missão de pensar uma Conferência de Saúde moldada por restrições sanitárias e distanciamento social. As conferências de saúde representam espaços decisivos para o exercício da democracia e elaboração compartilhada de políticas de saúde, que incidem diretamente na vida da população. Com o objetivo de garantir a manutenção de um espaço de participação social, o CMS organizou um modelo à distância de Conferência de Saúde. Para tal, criou uma comissão de conselheiros responsável por elaborar perguntas a serem apresentadas em um questionário virtual. O questionário foi composto por 19 questões, divididas em dois blocos (identificação e diagnóstico situacional), disponibilizadas à população por meio da plataforma Google forms®. O questionário permaneceu disponível para acesso entre os dias 30 de abril e 9 de maio de 2021. Aos munícipes sem acesso à internet, o preenchimento foi disponibilizado de forma presencial, com o auxílio de um profissional de saúde orientador em cada unidade de saúde. Foram respondidos 1.043 questionários. Dos participantes, 74,5% se declararam usuários do SUS moradores de Colombo; 19,8% profissionais de saúde do município; e, 2,1% prestadores de serviços de saúde. Em relação ao diagnóstico situacional, 52,7% classificaram a qualidade do atendimento municipal de saúde como adequado ou ótimo. A ampliação das equipes de saúde, o aumento do número de consultas especializadas e a construção de um hospital municipal estiveram entre as principais necessidades relacionadas ao serviço prestado e infraestrutura oferecida pelo município. Ao estabelecer a participação social como princípio do SUS, a Constituição Federal apontou para a relevância da inserção da população na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde. A manutenção, mesmo que virtual, de um espaço democrático de participação social foi fundamental. Por meio das necessidades elencadas no questionário, as propostas foram debatidas e incorporadas ao Plano Municipal de Saúde.

MONITORAMENTO DE DADOS EM TEMPO REAL COMO RECURSO TECNOLÓGICO PARA AUMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Ana Júlia Leme, Andrea da Costa Moreira de Oliveira, Denis Faria Moura Jr, Claudia Regina Laselva

INTRODUÇÃO

O uso de ferramentas tecnológicas na saúde favorece registros mais seguros e extrações de dados mais confiáveis. Dentre as possibilidades para integração e apresentação dos dados há os dashboards, que possibilitam acesso imediato às informações. O Modified Early Warning Score (MEWS) é uma ferramenta de fácil aplicabilidade que pode ser utilizada a beira leito possibilitando identificar a piora clínica dos pacientes. Uma vez que a identificação precoce da deterioração clínica do paciente é fundamental para melhor desfecho, torna-se relevante analisar o impacto de seu acompanhamento através de um dashboard com dados assistenciais em tempo real. A proposta da pesquisa foi identificar a efetividade do dashboard em tempo real como mecanismo de otimização do indicador Modified Early Warning Score (MEWS) no aumento da segurança do paciente e desfechos clínicos

METODOLOGIA

Pesquisa documental retrospectiva do tipo descritiva, com análise quantitativa de dados, realizada em hospital filantrópico de grande porte e alta complexidade. A amostra compreendeu os resultados do indicador MEWS no dashboard, composta por dados dos registros de intervenções realizadas a partir do monitoramento em tempo real do escore MEWS, dados do arquivo base do Gerenciamento de Urgências e Emergências da instituição em análise referentes aos acionamentos do Time de Resposta Rápida (TRR), e volumes operacionais da instituição

Espaço físico da Central de Monitoramento Assistencial (CMOA).

Painel geral utilizado para Monitoramento dos dados em tempo real

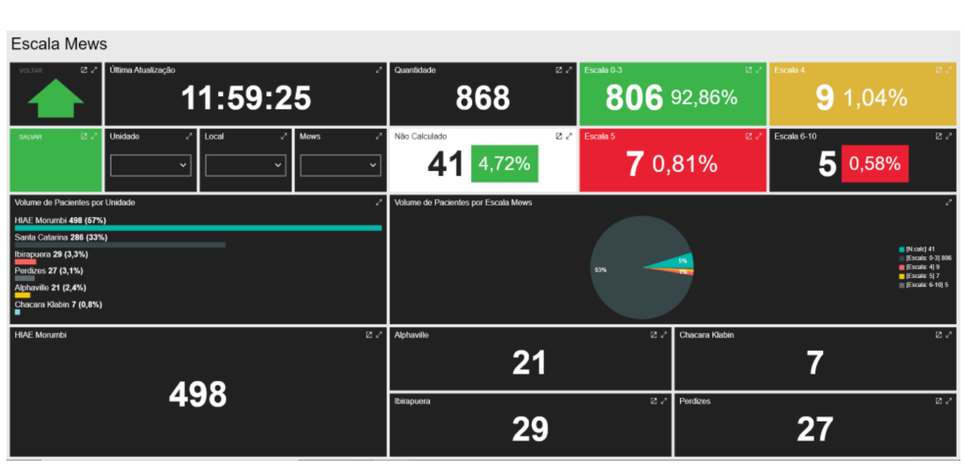
RESULTADOS

Em 2018 a instituição iniciou as atividades da Central de Monitoramento Assistencial (CMOA) com o objetivo de monitorar processos em tempo real e realizar intervenções direcionadas para a equipe atuando na linha de frente, com foco em alertar situações críticas que podem trazer riscos para os pacientes.

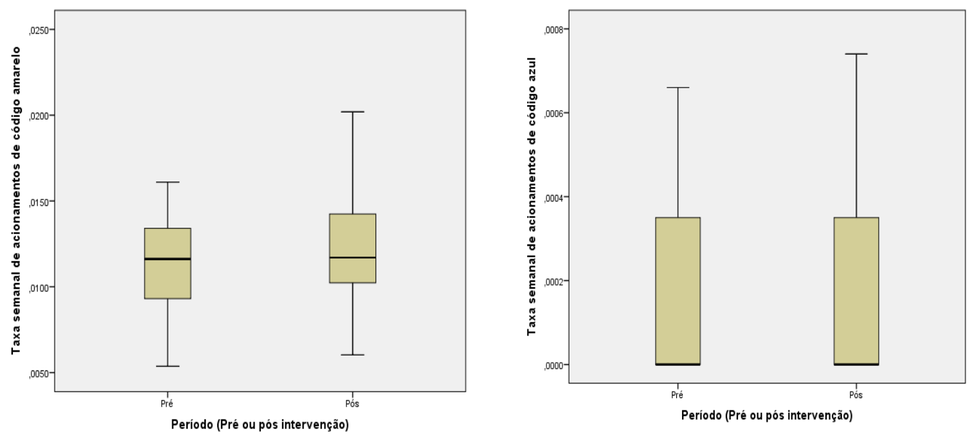
O desenvolvimento da CMOA foi realizado internamente após a implantação do prontuário 100% eletrônico, com atuação de profissionais de diferentes áreas, envolvendo equipes de tecnologia da informação, operações, projetos e áreas assistenciais.

Uma equipe formada por 12 profissionais não assistenciais, divididas em turnos, com base em roteiros de intervenção direcionam profissionais atuando beira-leito para situações de deterioração clínica identificadas pelos painéis com base nos resultados dos sinais vitais dos pacientes, atualizadas em tempo real.

Foram avaliadas 23 semanas antes do início do monitoramento e 56 semanas após. A avaliação dos dados controlados pela volumetria da instituição indica aumento estatisticamente significativo da taxa de acionamentos do código amarelo (p = 0,009) com volumetria média semanal de 32 para 35, taxa de acionamentos do código azul (p = 0,044) com volumetria média semanal de 0,4 para 0,6, bem como transferências para nível de cuidado crítico (p = 0,014), quando comparado os períodos pré e pós-implantação do acompanhamento do MEWS na instituição.



Painel com as informações utilizadas para acompanhamentos do escore de deterioração clínica MEWS



Taxa semanal de acionamentos de código amarelo e código azul

CONCLUSÕES

A utilização do acompanhamento do MEWS demonstrou aumento do número de acionamento do TRR para códigos amarelos, evidenciando antecipação do cuidado para os casos de piora clínica. Com este estudo foi possível identificar o impacto da utilização do MEWS como gatilho de acionamento para os TRR, podendo agregar valor no cuidado precoce e melhores desfechos para os pacientes em deterioração clínica. A ferramenta de acompanhamento possibilita identificar, mitigar e, aumentar a vigilância e cuidado ao paciente que apresenta piora clínica.

REFERÊNCIAS

J Innov Health Inform. 2014;22(1):207-13; Int J Med Inform. 2015;84(2):87-100; Resuscitation.1998;37(3):133-7; J Med Internet Res. 2019;21(7):e13719; AMIA Annu Symp Proc. 2020;2019:735-744

MONITORAMENTO PÓS ALTA DE PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE ESTOMATERAPIA

LAURA ALMEIDA GONÇALVES, BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, FABIANA HARADA HASEGAWA MATSUDA E ANDRÉIA BERTELLI

INTRODUÇÃO

O processo de cicatrização em feridas complexas é um desafio na atualidade, seu dinamismo é lento e está associado a doenças crônicas[1]. O tratamento deve abordar o autocuidado do paciente e realizar orientações preventivas para controlar a doença, tendo como objetivo principal a cicatrização e a prevenção de recidivas[1,2].O telemonitoramento pode ser uma ferramenta utilizada por enfermeiros para identificação precoce de sinais e sintomas de doenças crônicas, além de promover maior controle de possíveis complicações[3,4]. Na área da Estomaterapia pode ser utilizado como facilitador da relação profissional-paciente, ocasionando melhor adesão ao tratamento, além de diagnóstico e tratamento precoce de recidivas ou novas lesões[3]. Este estudo teve como objetivo escrever a experiência da equipe de estomaterapia em realizar monitoramento pós alta de pacientes com feridas crônicas atendidos em ambulatório de estomaterapia.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre o monitoramento telefônico pós alta do tratamento de feridas crônicas em um Hospital privado da cidade de São Paulo-SP, no período de Abril/2020 a Março/2022.

RESULTADOS

Após a cicatrização da lesão, os pacientes elegíveis foram monitorados por contato telefônico em 15, 30, 90, e 180 dias através de um questionário estruturado e registro em prontuário eletrônico. Após a cicatrização da lesão, os pacientes elegíveis foram monitorados por contato telefônico em 15, 30, 90, e 180 dias através de um questionário estruturado e registro em prontuário eletrônico.

RESULTADOS

No período de abril/2020 a setembro/2021, foram realizadas 126 altas, 118 pacientes (94%) não apresentaram recidiva no período de 180 dias e foram considerados aptos para seu autocuidado. Oito indivíduos (6%) apresentaram recidiva (6 pacientes – 5%) ou nova lesão (2 pacientes – 2%), foram orientados sobre possíveis complicações e notificados a retornar ao serviço ambulatorial. Aqueles em que durante contato telefônico foi observada predisposição para recidivas, foram notificados a comparecer à consulta multiprofissional para reavaliação da doença crônica.

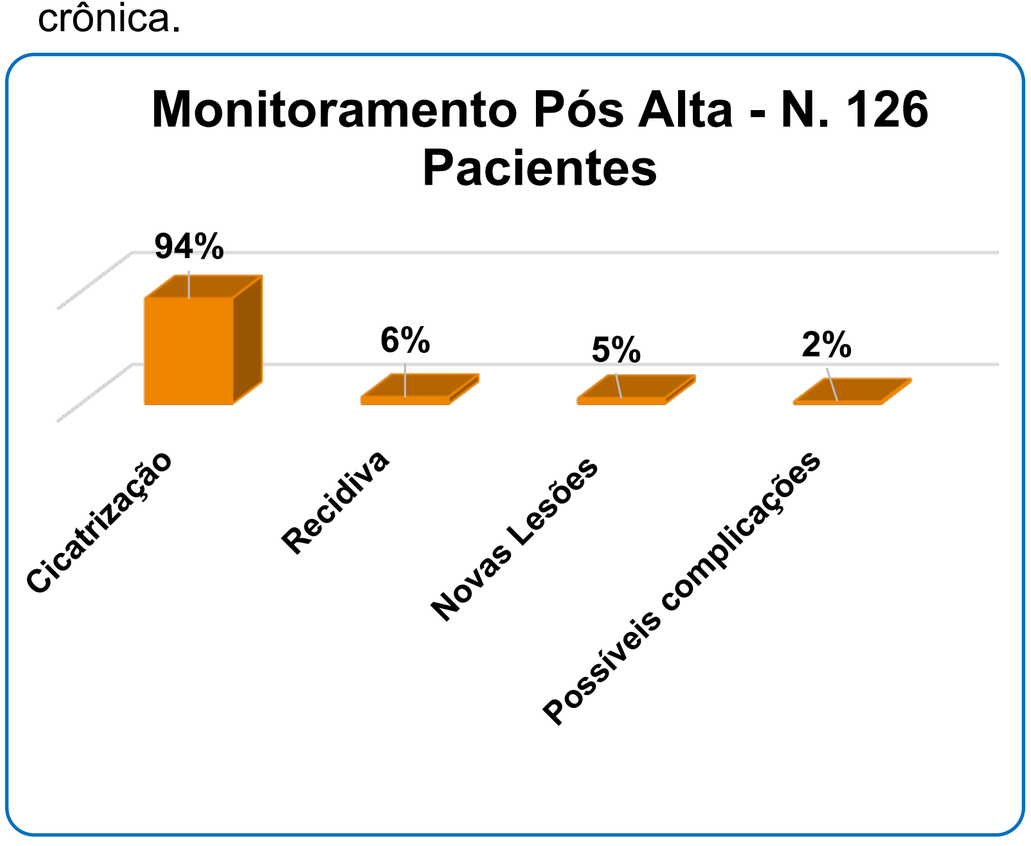


Gráfico 1 – Monitoramento Pós Alta realizado no Ambulatório de Estomaterapia.

CONCLUSÕES

Realizar o monitoramento após a alta trouxe para a equipe de enfermagem a percepção da importância na continuidade da assistência e a possibilidade de evitar e/ou minimizar complicações. Ao paciente, traz uma percepção de pertencimento, lembrança e importância.

REFERÊNCIAS

1. Borges EL, Ferraz AF, Carvalho DV, Matos SS, Lima VLAN. Prevenção de recidiva de úlcera varicosa: um estudo de coorte. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2016 [Acesso em: 13/04/2022];29(1):9-16. Disponível em: https://doi. org/10.1590/1982-0194201600003. **2.** Finlayson K, Min-Lin W, Edwards HE. Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: a longitudinal study. Int J Nur Stud. [Internet]. 2015 [cited 2022 april 14]; 52:1042-51. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.016. **3.** Souza NVDO, Carvalho EC, Santos DM, Silva PAS, Nascimento BO, Soares SSS, Farias SNP. Perfil de pacientes assistidos por telemonitoramento em uma clínica de enfermagem em estomaterapia. Research, Society and Development, 2020 [Acesso em: 18/04/2022]; 9(11): p. e65291110201. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10201. **4.** Sasaki, Vanessa Damiana Menis et al. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2011[Acesso em: 13/04/2022]; 20(2): 328-32. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/RCrZqWBDDkxMfpVkKgnhkHf/?lang=pt

MONITORAMENTO PÓS-ALTA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PERINEAL

BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, LAURA ALMEIDA GONÇALVES, FABIANA HARADA HASEGAWA MATSUDA E ELISANDRA REGINA DA SILVA CAYRES

INTRODUÇÃO

Os músculos do soalho pélvico (SP) desempenham papel importante na sustentação dos órgãos pélvicos e participam ativamente das funções urinária, defecatória e sexual[1,2]. As disfunções do SP ocorrem devido a danos estruturais e funcionais de músculos, nervos, fáscias ou ligamentos e podem acarretar em incontinência urinária e anal[3]. O cuidado ao paciente incontinente transcorre todo o processo de reabilitação e o monitoramento pós-alta visa a minimizar as recidivas, conscientizar o paciente quanto a necessidade de implementar as medidas comportamentais e oferecer suporte na fase de transição para continuidade do cuidado domiciliar. Este estudo teve como objetivo assegurar a continuidade do cuidado após alta ambulatorial minimizando recidivas e oferecendo suporte ao paciente na fase de transição para continuidade do cuidado em domicilio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência profissional sobre a implantação e resultados obtidos através do Monitoramento Pós-Alta de um Serviço de Reabilitação Perineal, de um Hospital Privado, da Zona Norte de São Paulo.

RESULTADOS

O monitoramento domiciliar se provou eficiente na administração do cuidado e no empoderamento de pacientes. Portanto, colocar essa estratégia em ação, de maneira eficiente garante a continuidade do cuidado, diminui as recidivas e aumenta a qualidade de vida4. De 2017 a 2018, não era realizado o monitoramento pós-alta e observamos que 15,88% dos pacientes (N = 81, do total de 510 pacientes atendidos) apresentaram recidiva do quadro no primeiro ano após a alta. Em contrapartida, no período entre 2019 a 2021, após implantação do monitoramento pós-alta a recidiva diminui para 7,7% dos pacientes (N = 45 pacientes, do total de 578 pacientes atendidos), demonstrando a efetividade da ação. Dentre os fatores que impactam nas recidivas podemos destacar a falta de tempo e desmotivação para a realização dos exercícios, por esquecimento ou outros motivos. Neste contexto, os enfermeiros, em especial os Estomaterapeutas possuem papel fundamental, sendo os responsáveis por implementar estratégias de promoção e educação em saúde, visando a aumentar a adesão aos tratamentos; de forma individualizada, de acordo com as necessidades dos pacientes.

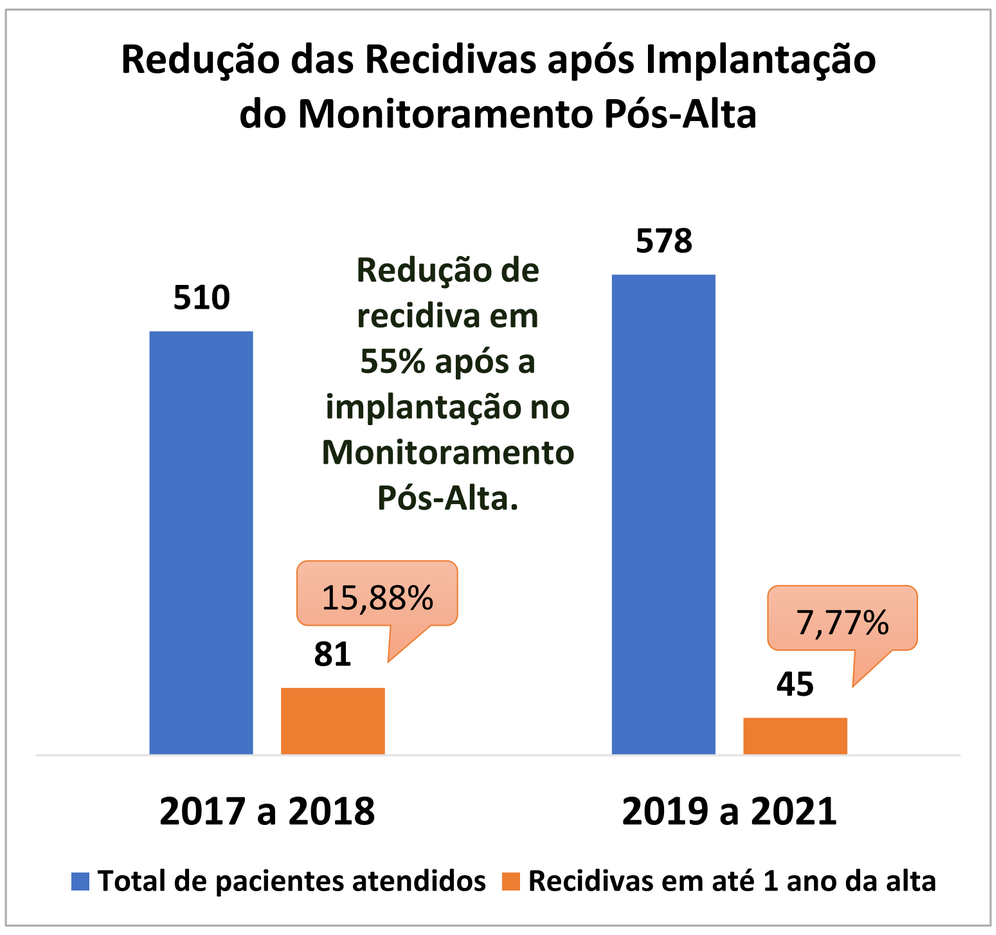


Gráfico 1 – Redução das recidivas após a implantação do Monitoramento Pós-Alta.

CONCLUSÕES

Esperamos que esse relato de experiência inspire outros profissionais a aplicar o método e realizar novos estudos, pois a ferramenta de monitoramento pós-alta se mostrou efetiva, diminuindo a taxa de recidivas, além de gerar resultados positivos na transição segura do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Bo K, Berghmans B, M$_{\emptyset}$rkved S, Kampen MV. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging science and clinical practice. Second edition, Elsevier Ltd. All rights reserved. London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto, 2015. ISBN: 978-0-7020-4443-4; **2.** Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction. 2020 Jun 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 32644672; **3.** Moccelin AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 14 (2): 147-154 abr. / jun., 2014; **4.** Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180119. doi: https://doi. org/10.1590/1983-1447.2018.20180119.

INOVAÇÃO E RESULTADOS PRÁTICOS:
Uso da tecnologia pioneira de monitoramento de pressão e complacência intracraniana no manejo individualizado de pacientes sedados e intubados na UTI

Renato Abe, Arnaldo Betta, Gustavo Frigieri, Carlos Eduardo Nassif, Victor Gadelha

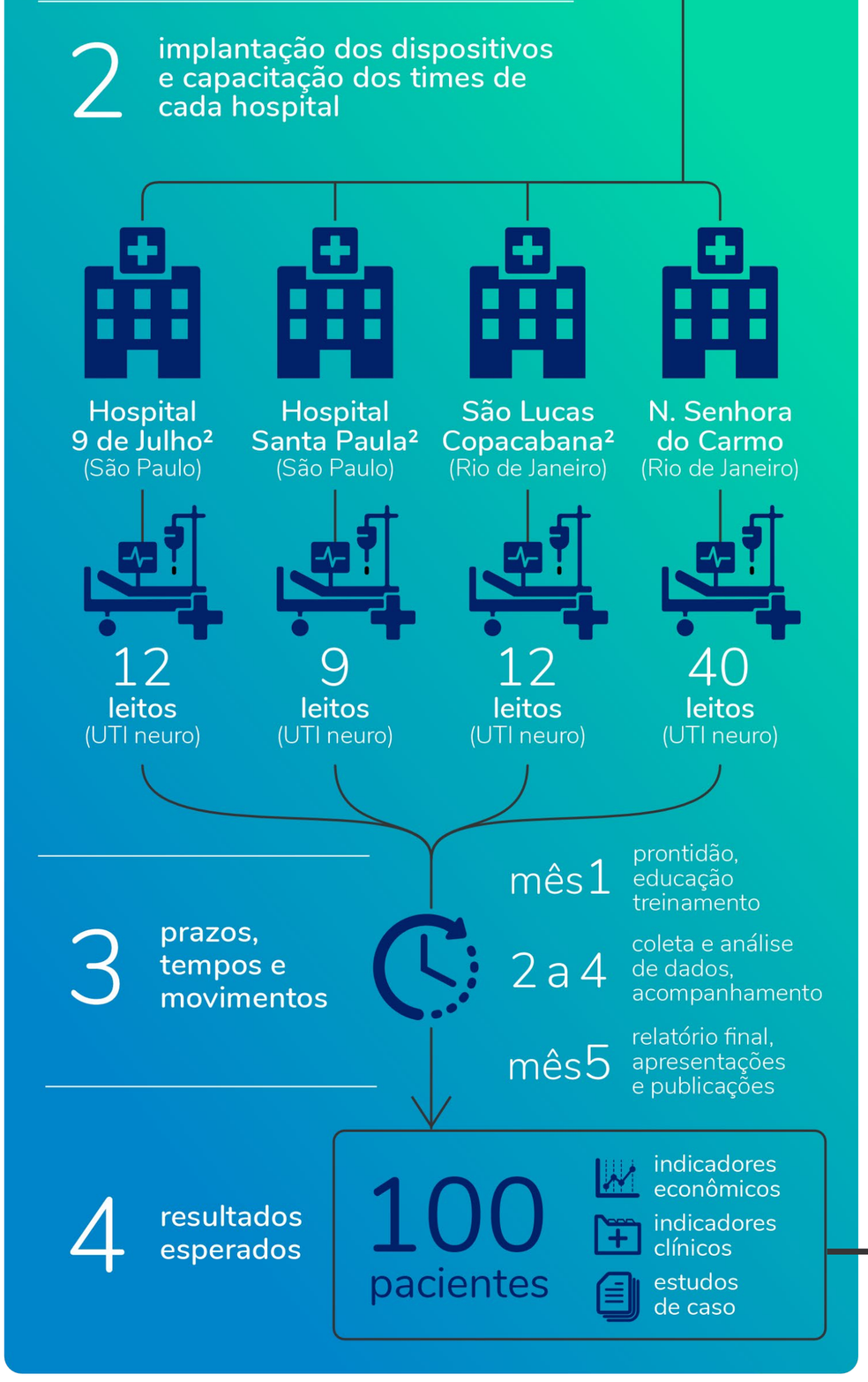
INTRODUÇÃO

Distúrbios neurológicos são a 2ª causa mundial de mortes prematuras **(9 milhões/ano)** e a 1ª de incapacidades **(276 milhões de DALYs)**, com alta concentração de desfechos negativos (78,5% das mortes e 77,3% das incapacidades) em países de renda média-baixa (LMICs)[1].

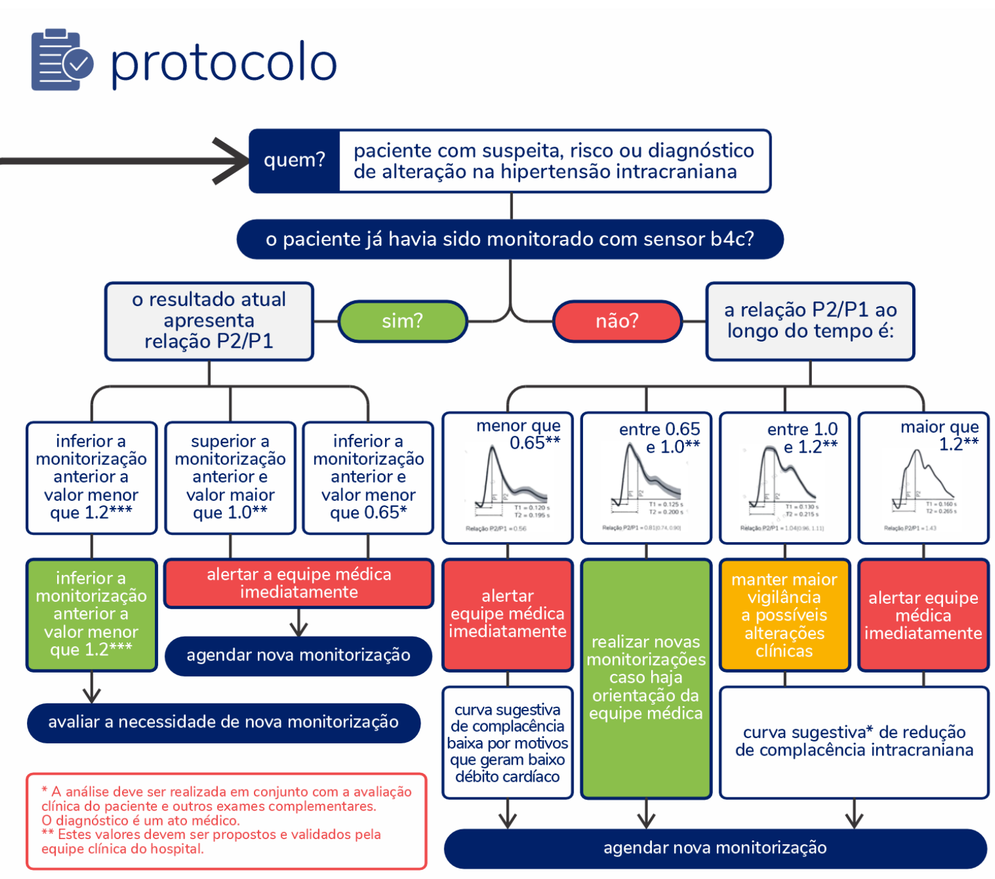
Este pôster apresenta os resultados clínicos e econômicos obtidos na aplicação da **tecnologia pioneira de monitoramento não invasivo de variações de pressão e complacência intracraniana** no manejo individualizado da pressão arterial média (PAM) em pacientes sedados e intubados na UTI, **considerando a realidade presente de quatro hospitais brasileiros**, sendo três deles associados ANAHP, **com objetivo de obter evidências de efetividade**.

METODOLOGIA

Prova de conceito (POC) por meio de uma implementação, execução e validação colaborativa entre nossa plataforma de inovação aberta e a área de inovação de uma reputada rede de saúde integrada brasileira, que conta com hospitais e clínicas em todo o país.



O protocolo foi validado de forma colaborativa entre as lideranças de cada hospital participante e o custo da POC foi de R$30.000,00



RESULTADOS

Após 1 mês de treinamento e 3 meses de aplicação, o projeto alcançou os seguintes resultados:

resultados

	UTIs	leitos	médicos capacitados	enfermagem capacitada	monitorizações realizadas	pacientes monitorizados
Hospital 9 de Julho	4	41	17	32	321	98
Hospital Santa Paula	1	9	4	7	57	25
Hospital São Lucas	1	12	9	1	103	50
N. Senhora do Carmo	1	40	15	19	64	41
total	7	102	45	59	545	214

CONCLUSÕES

As informações obtidas pela tecnologia permitiram o realizar o manejo individualizado da pressão arterial média (PAM) em pacientes sedados e intubados por meio da titulação adequada de drogas vasoativas, aumentando a pertinência dos cuidados, a segurança dos pacientes e a otimização dos recursos, com impactos positivos em indicadores como alta segura, giro de leito e taxas de reinternação.

relato de caso 1

Autorregulação cerebral e detecção de hipertensão intracraniana - paciente c/ traumatismo craniano e COVID - 19

A tecnologia permite melhor manejo farmacológico e também sugere quadros de hipertensão intracraniana.

Redução de tempo de internação na UTI ~20 dias:
R$200.000,00

relato de caso 2

Complacência intracraniana, redução de procedimentos e ajustes farmacológicos em paciente com traumatismo craniano

Monitorar variações de complacência em tempo real permite otimizar exames e procedimentos aumentando a pertinência e segurança dos cuidados.

Redução direta de custos (eliminação de desperdícios)
R$60.000,00

REFERÊNCIAS

[1] Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, Deuschl G, Parmar P, Brainin M, Murray C. The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. Lancet Neurol. 2020 Mar;19(3):255-265. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30411-9; [2] Hospitais ANAHP;

Núcleo de Segurança do Paciente em Operadora de Planos de Saúde

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Claudia Zenesi Cafalli; Mauro Couri; Suzan Patrícia Osis; Danielle Sanner Guarinão Costa

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade da Saúde Suplementar passa por momento crítico. É preciso implantar, de forma urgente, compartilhamento de riscos entre instituições e fonte pagadora. Para tanto, há que se avaliar a qualidade assistencial e a segurança é uma métrica essencial. Diante deste cenário e com o paciente no centro do cuidado, a Unimed Fesp implantou em 2020 o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

O objetivo foi acompanhar a jornada assistencial e identificar possíveis eventos adversos, envolvendo diversas áreas internas; disseminar a cultura de segurança do paciente no conjunto das Singulares filiadas, através da realização de ações educativas, disponibilização de materiais e orientações individualizadas, incentivando adoção e monitoramento de indicadores e desenvolvimento de plano de ação.

METODOLOGIA

A equipe de Gestão de Internados registra em formulário padronizado a ocorrência de eventos adversos. Quinzenalmente o NSP avalia os registros e seleciona quais serão notificados aos prestadores. Em correspondência emitida pela diretoria de Gestão Operacional (DGO), é solicitada avaliação do ocorrido, com resposta em formulário padronizado, comprovante de registro no NOTIVISA, envio de Plano de Segurança do Paciente, protocolos envolvidos e plano de ação definido. As respostas são avaliadas e orientam o planejamento de ações do NSP. O fluxo de trabalho é apresentado na figura 1.

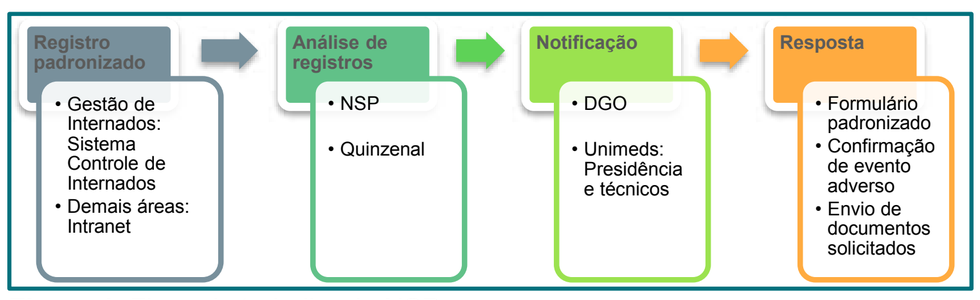


Figura 1. Fluxo de trabalho do NSP.

RESULTADOS

A implantação do NSP na Unimed Fesp gerou orientação de equipes, revisão de protocolos e processos. De 1675 registros, 68,88% foram notificados. Destes, 85,24% foram respondidos e obtivemos confirmação do evento adverso em 552,38% dos casos (figura 2).

Observamos 34% de eventos relacionados ao ato cirúrgico, 13% de pneumonia relacionada à ventilação mecânica, 13% de lesão por pressão e 10% de infecção primária de corrente sanguínea, como os mais prevalentes (tabela 1).

Realizamos ações educativas como palestras sobre prevenção e divulgação de protocolos escritos pela operadora (tabela 2 e figura 3). Todo material fica disponível no portal oficial, com acesso livre.

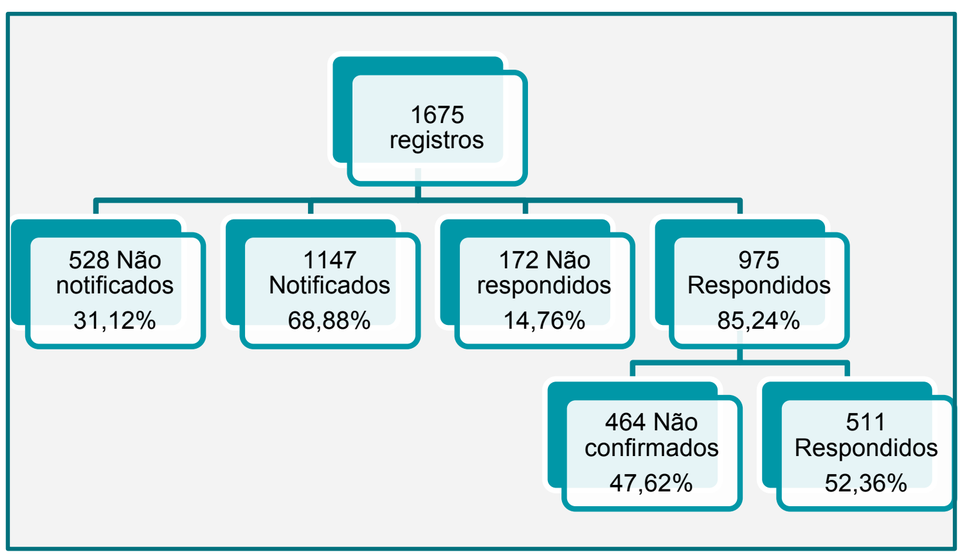


Figura 2. Resultados de março/20 a maio/22.

Tipo de evento adverso	Quantidade
Relacionados ao ato cirúrgico	101
Infecção de sítio cirúrgico	71
Pneumonia associada à ventilação mecânica	67
Lesão por pressão	65
Infecção primária de corrente sanguínea	51
Falha no cuidado	37
Infecção urinária associada a cateter vesical de demora	26
Broncoaspiração	24
Outras infecções relacionadas à assistência	23
Flebite	11
Queda	10
Pneumotórax iatrogênico	9
Tromboembolismo venoso	4

Tabela 1. Distribuição por tipo de evento confirmado.

Tema
Prevenção de Queda
Prevenção de Lesão por pressão
Prevenção para Cirurgia Segura
Prevenção de Broncoaspiração
Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea
Prevenção de Tromboembolismo
Notivisa: o registro, da teoria à prática.
Segurança do Paciente
Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)
Notivisa (2ª Edição): o registro, da teoria à prática
Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora
Palestra - Protocolos e diretrizes clínicas: elaboração, definição e diferenças
Palestra - Identificação Precoce de Sepse
Palestra - Estruturação de Núcleo de Segurança do Paciente
Curso - Notificação e avaliação de eventos adversos: Descomplicando a Análise de Eventos Adversos - Aula 1 e 2

Tabela 2. Palestras ministradas de janeiro/21 a agosto/22.

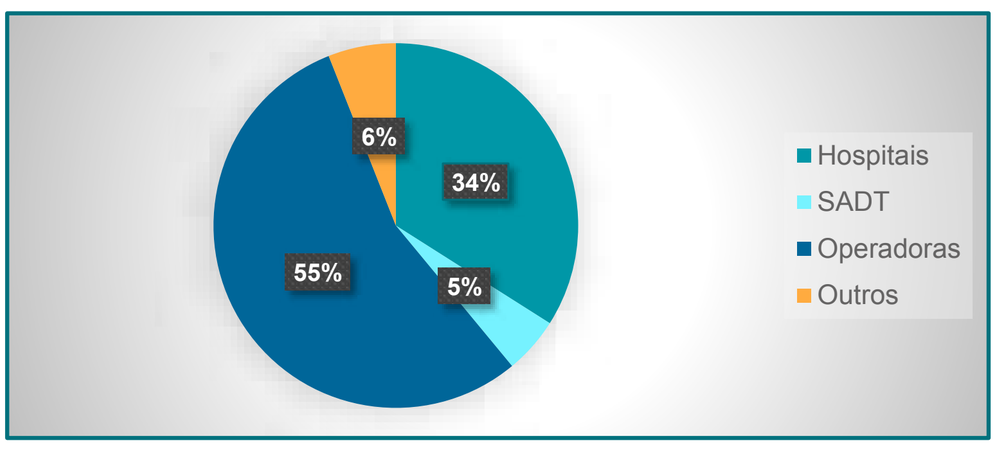


Figura 3. Participantes das palestras ministradas.

CONCLUSÕES

Conseguimos envolver outras Unimeds na preocupação com segurança. Processos foram revistos, equipes, orientadas. A receptividade foi muito boa e a participação das demais operadoras vem crescendo.

A ação culminou com a criação do Comitê Estadual de Segurança do Paciente em março de 2022. Participam operadoras do Estado de São Paulo e de fora dele, por procura espontânea.

Esperamos fortalecer a cultura de segurança do paciente com discussões, trocas de experiências bem-sucedidas e implantação de NSP nas operadoras.

A Unimed Fesp apoia suas filiadas e outras em todos estes processos.

O Sistema Unimed coloca o paciente no centro do cuidado e preza pela assistência segura e qualificada

O Impacto da Central de Esterilização Dentro do Fluxo Cirúrgico – um *case* de sucesso

Vanusa Lopes Pereira

INTRODUÇÃO

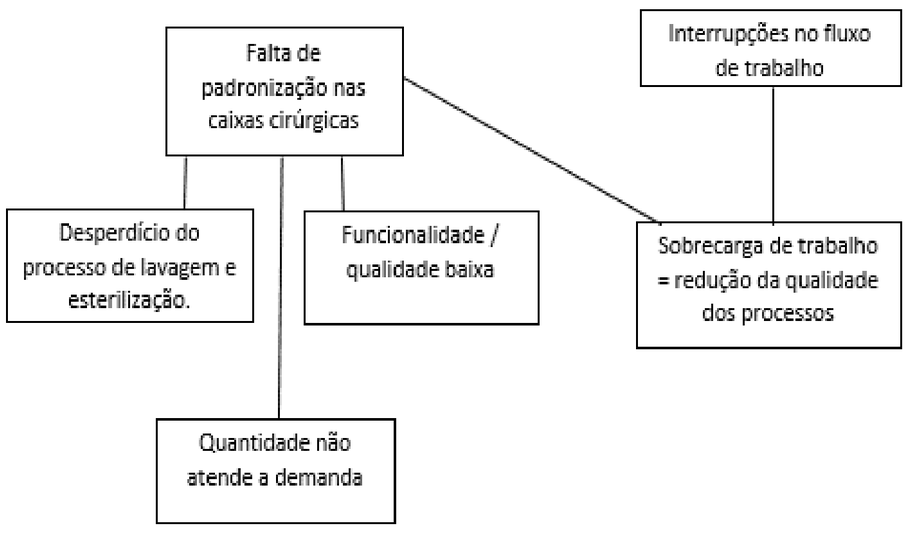
A Central de Esterilização (CE), possui uma importância ímpar na assistência indireta ao paciente e no sucesso dos acordos de negócio entre hospital e cliente. Auxilia no processo fazendo parte de uma das fases mais cruciais da linha cirúrgica do paciente, promovendo segurança e confiabilidade. É nela que observamos a eficiência de sua equipe, que através de treinamentos e avaliações, conseguimos alcançar a alta performance.

METODOLOGIA

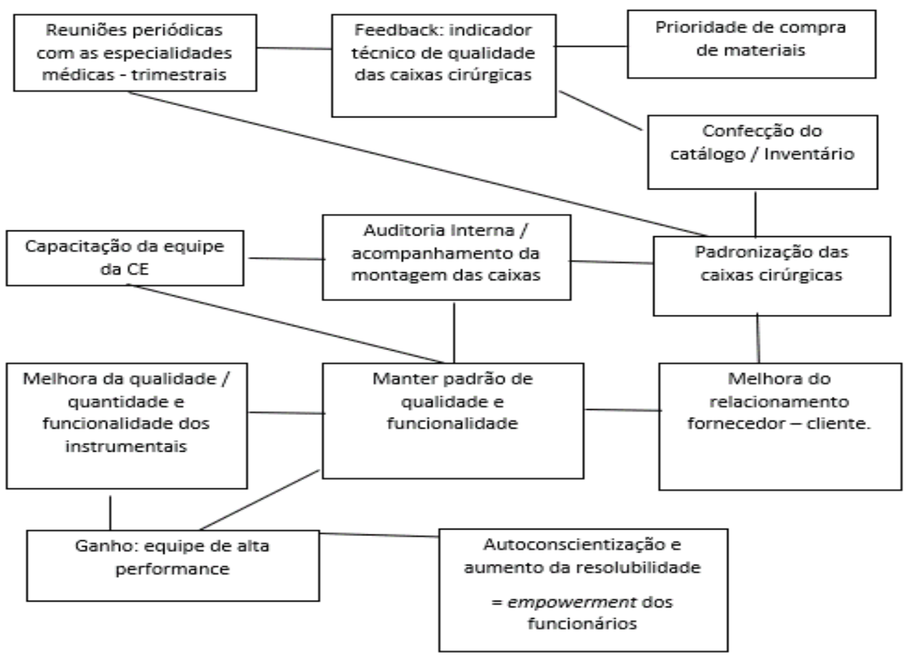
O presente trabalho é um estudo de caso, de caráter descritivo, exploratório e quanti-qualitativo, que teve como objetivo avaliar o impacto da Central de Esterilização no fluxo cirúrgico.

Foi aplicado uma ferramenta de gestão chamada *Lean Healthcare*, que busca a redução de custos nos processos, no período de fevereiro à julho de 2022. Criamos dois mapas de fluxo de valor baseados nesse conceito, onde foi possível a condução de estratégias de mudanças no fluxo de trabalho da CE.

Realizamos, também nesta fase, encontros com as equipes médicas para a avaliação da qualidade das caixas cirúrgicas. A partir desse levantamento, construímos um catálogo digital com todas as caixas, com o intuito de nortear, padronizar e agilizar as compras de instrumentais de todas as especialidades, aumentando a qualidade desses materiais.



Mapa de Fluxo de Valor: situação anterior, 2022.

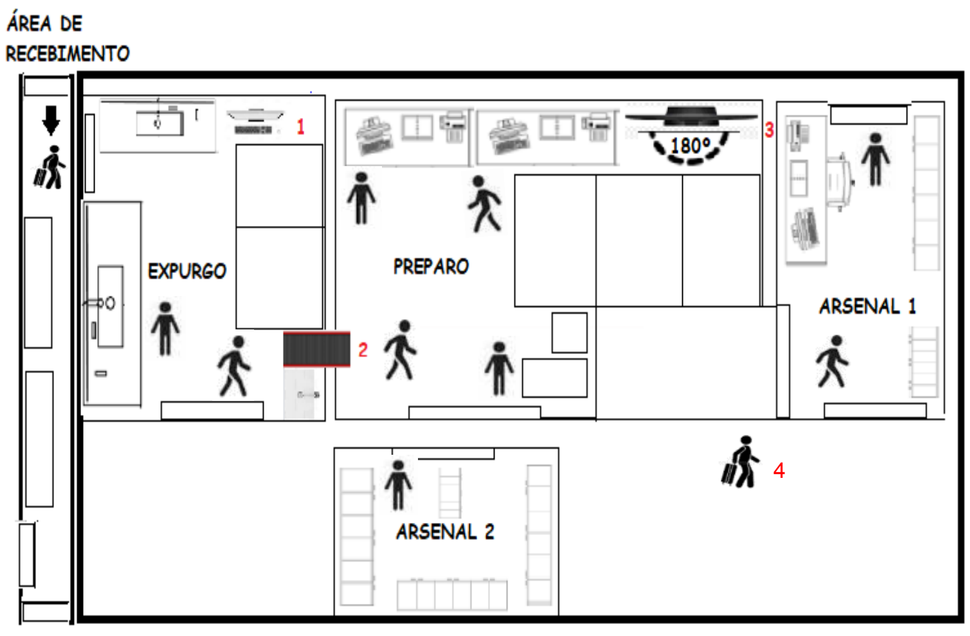


Mapa de Fluxo de Valor: situação atual, 2022

RESULTADOS

Através da aplicação do Mapa de Fluxo de Valor, foi possível identificar pontos a melhorar no fluxo de trabalho e realizar mudanças como: a padronização das caixas cirúrgicas, quanto a quantidade e qualidade; confecção de um catálogo ilustrativo e eletrônico, com o objetivo de melhorar a rastreabilidade dos instrumentais e redução de extravio; adequação nas compras de instrumentais de acordo com a necessidade do cirurgião e aumento da produtividade e maior flexibilidade no fluxo de trabalho dos profissionais da CE; implementação de treinamentos para a equipe da CE; e alteração do fluxo de OPME.

Catálogo Digital de Instrumentais – Hospital Edmundo Vasconcelos, 2022; e aquisição de novos kits da Oftalmologia, 2022.



Planta da CE: melhorias implantadas e propostas, 2022.

CONCLUSÕES

Com a aplicação do Mapa de Fluxo de Valor conseguimos observar o quanto a Central de Esterilização tem influência no fluxo cirúrgico e promover melhorias nos processos de trabalho, aprimoramento profissional, adequação dos processos de compra, redução dos desperdícios e atendimento das demandas, além de melhorar a experiência cirúrgica do paciente.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, F.M.L.; BARROS, L.M. **O trabalho do enfermeiro no centro de material e esterilização: uma revisão integrativa**. Rev. SOBECC, São Paulo. Jul/set. 2020; 25(3): 171-178;

SILVA, P.O. **Discutindo uma metodologia Lean em uma central de material e esterilização de um hospital privado do Rio Grande do Sul.** Rep. Jesuíta, 2016. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/6538.

O IMPACTO DA RODA DE CONVERSA NA SENSIBILIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO CENTRADO DO PACIENTE

Marilyn Pinheiro da Silva Martins, Adriana Queiroz Pinto Rei, Ana Kelly Rezende Lessa de Barros

INTRODUÇÃO

O ato de trocar palavras e de prestar atenção ao outro é uma ferramenta importante para uma interação interpessoal.

Os familiares são peças importantes no processo assistencial, tê-los orientados sobre temas preventivos que podem auxiliar tanto no período de internação.

Foi iniciado no mês de agosto de 2021 a Roda de Conversa tendo como tema inicial: as quedas e os métodos preventivos, as enfermeiras da educação continuada atuam como moderadoras e orientadoras.

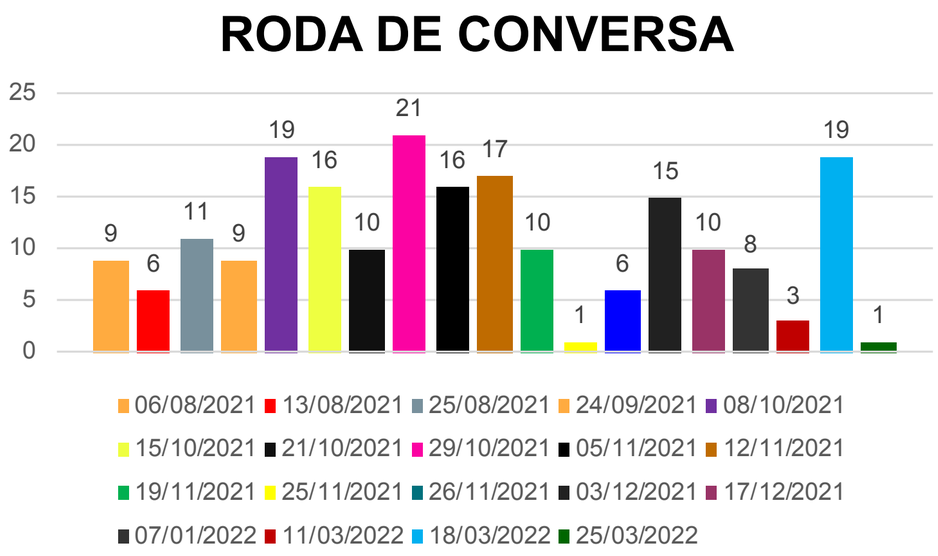
METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi quanti-qualitativa, de modo evidenciar os impactos que as realizações da roda de conversas foram benéficas aos acompanhantes atendidos.

O início da roda de conversas foi no mês de agosto de 2021 e foram utilizados dados anuais dos indicadores dos anos de 2020, 2021 e os dados mensais até março de 2022. Realizado mais um refinamento comparativo dos dados de janeiro até julho 2021 e de agosto de 2021 até maio 2022, utilizando como banco de dados as informações inseridas no painel de indicadores da Rede D'or/ São Luiz.

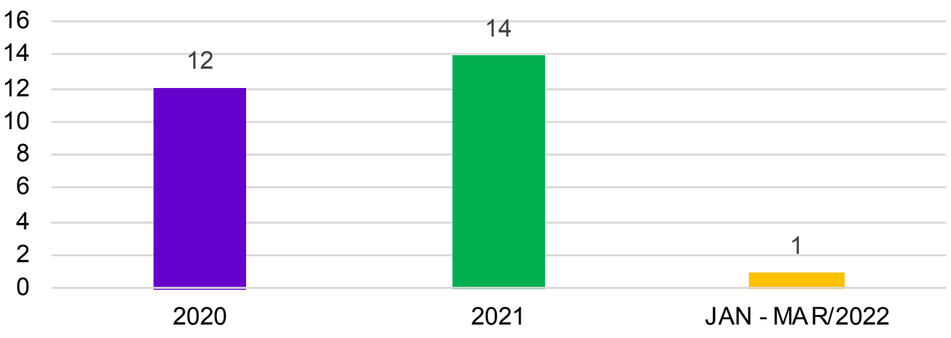
RESULTADOS

Desde o início da ação em agosto de 2021 até o mês de março de 2022 foram atendidos 207 familiares/acompanhantes. Os setores atendidos pelo projeto foram: Unidade de Internação Adulta, Unidade Semi-intensiva, Unidade Coronariana, Unidade de Terapia Intensiva Adulta.

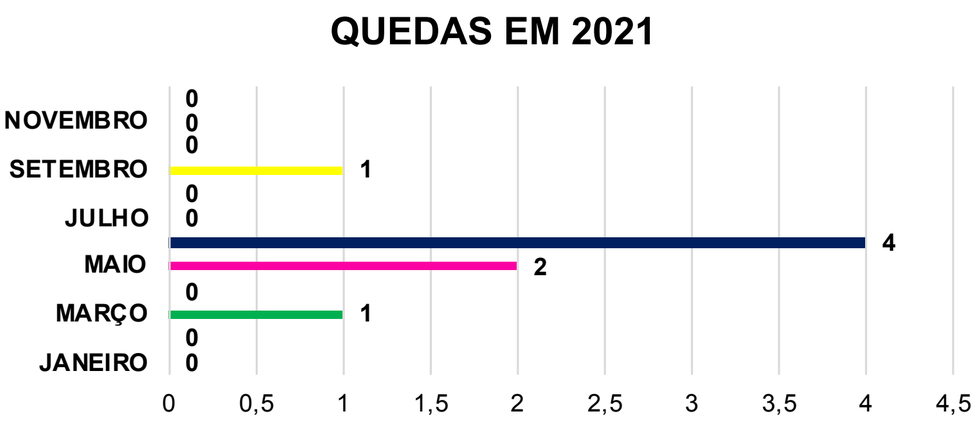


Dados referentes aos participantes da atividade Roda de Conversa – Tema: Queda

Os dados referentes a queda, conforme caderno de indicadores corporativo, na unidade no ano de 2020 foram de 12 casos. No ano de 2021 foram 14 casos de quedas. No ano vigente até o mês de março foi registrado 01 caso de queda.

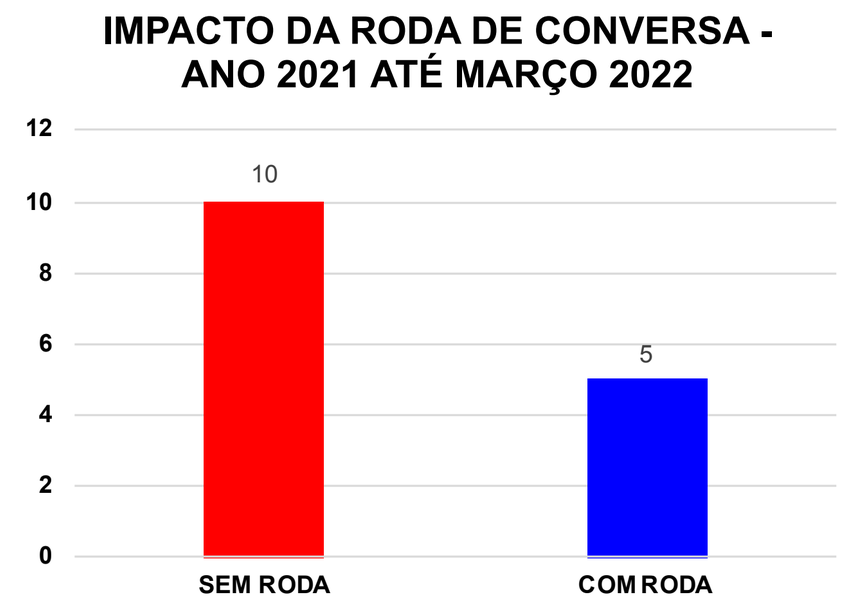


Dados referentes as quedas ocorridas nos anos de 2020 até março de 2022



Quedas na Unidade no ano de 2021, um perfil antes da Roda de Conversa (julho/2021 e após início da atividade em Agosto 2021).

Antes da implementação da ação "Roda de Conversas" com os familiares/acompanhantes ocorreram: 10 quedas Após o início da roda de conversa em agosto de 2021 até o mês de março de 2022 houve o registro de 05 quedas, uma queda de 50% comparando ao período que essa atividade não era implementada.



Dados sobre quedas no ano 2021 com início da Roda de Conversa – Tema Queda

Um detrator da execução da ação foi o aumento dos casos da COVID-19, que causou uma vertiginosa queda na execução da atividade, para preservação da saúde e bem estar de todos que utilizavam da unidade nesse momento.

CONCLUSÕES

Em uma unidade hospitalar a vigilância ao paciente internado deve ser constante e permanente. Ter uma equipe e familiares orientados sobre adoção de medidas simples é uma medida fundamental para a redução das quedas.

Nas Rodas de Conversas com o tema: Queda, os familiares são abordados nos seguintes assuntos: manutenção das grades dos leitos elevados, manutenção dos leitos próximo ao solo, importância de acionar à equipe de enfermagem quando houver a necessidade do uso do banheiro, informa-los sobre a importância de caso haja necessidade de se ausentar que o familiar informe a equipe assistencial sobre sua saída e que mantenha a porta do quarto aberta, manter dispositivos eletrônicos, bem como, a mesa beira leito próximo ao paciente, manutenção das luzes noturnas acessas no período noturno, deambulação com uso de calçados antiderrapantes.

Aos gestores e supervisores coube também adoção de medidas para a redução da incidência de quedas.

Possuir uma equipe multiprofissional que adere às propostas e atividades realizadas que visam o bem estar e o pronto reestabelecimento do paciente para o convívio social, fortalece o princípio de que juntos em um mesmo propósito podemos fazer mais pelo paciente, pela família e por conseguinte à unidade hospitalar.

REFERÊNCIAS

MELO, Ricardo Henrique Vieira de, et al. Roda de Conversa: uma articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade.In:Revista Brasileira de Educação Médica. 40 (2):301-309, 2016.

_____. Indicador de Quedas. Niterói. Caderno de Indicadores de Qualidade Hospital Niterói D'or 2021– RDSL, Série Documental, Painel de Indicadores de Qualidade, 2021.

_____. Indicador de Quedas. Niterói. Caderno de Indicadores de Qualidade Hospital Niterói D'or 2022– RDSL, Série Documental, Painel de Indicadores de Qualidade, 2022.

O IMPACTO DE CUSTOS EM SAÚDE E O DESAFIO DA MANUTENÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz; Kalysta de Oliveira Resende Borges; Epifânio José Pereira Filho; Herbert Moreschi.

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 determinou dois grandes desafios no abastecimento dos insumos e medicamentos necessários para uma assistência de qualidade e segurança: escassez dos produtos e aumento dos preços. Este cenário foi promovido por um súbito aumento de demanda associada a criticidade da assistência médico-hospitalar, o que exigiu um rápido plano estratégico que permitisse manter a sustentabilidade financeira da instituição com a segurança na qualidade dos serviços prestados. O trabalho em equipe entre Suprimento, Farmácia clínica e a Alta direção foi fundamental para desenvolver o planejamento de ações que resultassem na garantia da eficiência da assistência aos pacientes COVID-19 e também aos demais pacientes internados no hospital com outras patologias.

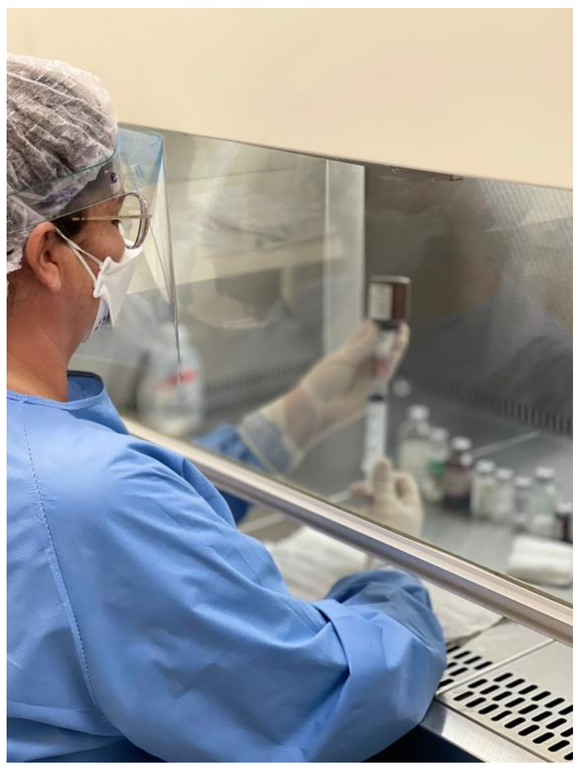
Pandemia COVID-19. Fonte: Ascom- HCS – Arquivo.

METODOLOGIA

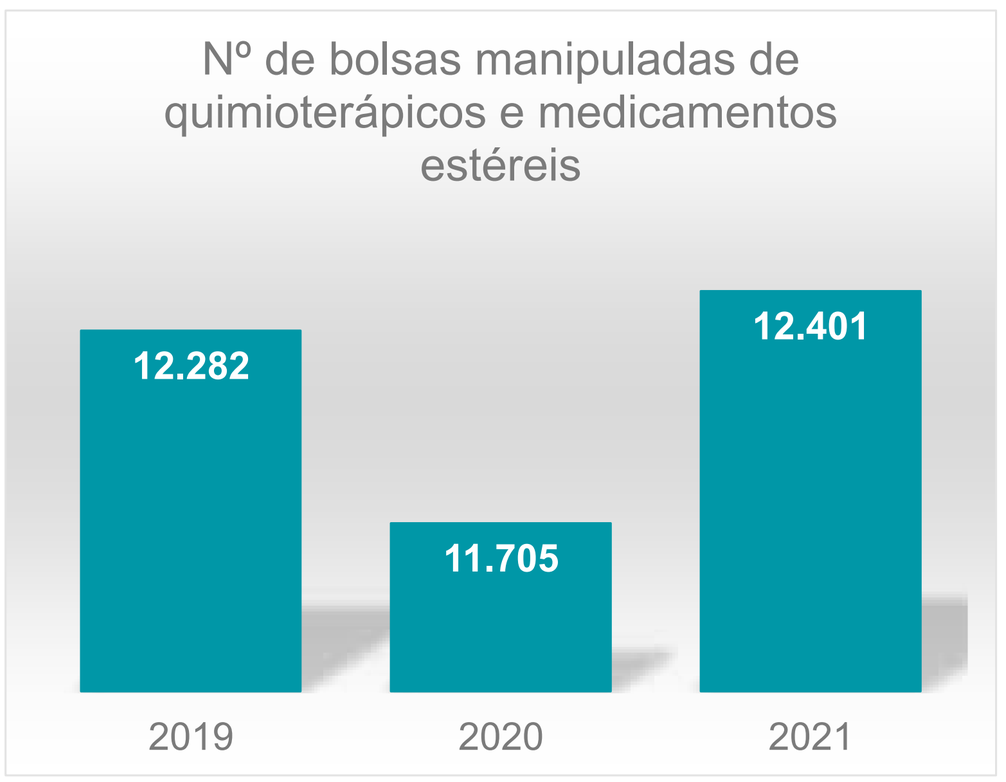
Pesquisa quantitativa, retrospectiva, transversal com dados do período de 2019 a 2021. O consumo em reais e o custo médio foram extraídos do sistema TASY, e os da assistência do sistema SAS, tabulados de maneira cronológica em Excel, consolidando as informações anuais para comparação em gráfico. O objetivo fora analisar custos com medicamentos, quimioterápicos e materiais médico-hospitalares através dos indicadores de produção de um Hospital de alta complexidade na Amazônia Ocidental

RESULTADOS

Comparando os valores totais de consumo de 2019 e 2021, evidenciou-se um aumento de consumo de materiais de R$ 4.821.675,80 (67%) e de medicamentos de R$ 10.523.822,83 (152%). Os quimioterápicos apresentaram redução de consumo de R$ 1.055.772,34 (17%). O tempo médio de permanência-dia manteve-se 10 dias em 2019 e 2020, e passou para 11 dias em 2021. O total de pacientes atendidos em 2019 foi de 48.144 pacientes, em 2020 44.915 e 2021 47.736. Por se tratar de um hospital oncológico, um dos indicadores de correlação foi o número de bolsas de antineoplásico manipuladas que foi de: 12.282 em 2019, 11.705 em 2020 e 12.401 em 2021.



Manipulação de quimioterápicos. Fonte: autor da pesquisa.



Número de bolsas manipuladas de QT e medicamentos estéreis.

CONCLUSÕES

Com as variações de custos comparadas à produtividade do serviço em números, identificou-se uma redução na quantidade de pacientes tratados no período de 2019 a 2021. Porém, o aumento da complexidade elevou o custo médio, de uma forma não prevista pelos gestores. Este cenário, exigiu uma estratégia criativa e eficiente obtida pela integração das equipes multidisciplinares com o objetivo de não perder os processos já estabelecidos mantendo a segurança e qualidade na assistência aos pacientes.

REFERÊNCIAS

SEIXAS, MAS; MELO, HT. Desafios do administrador hospitalar. Revista Gestão e Planejamento. Ano 5 | Nº 9 | Salvador | jan./jun. 2004 | P. 16-20.

DALLORA, MALV; FORSTER, AC. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (2): 135-42, abr./jun.

SILVA, PCP. Dificuldades e desafios na gestão de estoque da farmácia hospitalar durante a pandemia da Covid-19: um referencial teórico. Dilemas Éticos. Disponível em https://downloads.editoracientifica.org/articles/210805657.pdf. Acessado em 28/10/2022.

O QUE IMPORTA PARA VOCÊ COMO ESTRATÉGIA DE COCRIAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Luciane Rosa de Souza, Cherla Vitorino Fandim San Miguel, Andrea Mayumi Loureiro Hayashi, Thaís Aparecida de Lucena

INTRODUÇÃO

A pandemia trouxe reflexões em busca de cuidado mais sensível com o colaborador em tempos tão complexos e instáveis, através da comunicação eficiente e de políticas empáticas. O bem-estar e a satisfação no trabalho possuem estreita ligação com o engajamento através do significado e propósito, proporcionando resultados benéficos tanto para indivíduos, quanto para instituições. Através da ampliação do conceito *Triple Aim* defendido pelo Institute for Healthcare Improvement - IHI em *Quadruple Aim*, atingir a satisfação e a alegria no trabalho são estratégias para garantir a equidade em saúde, melhorando assim a experiência do paciente/indivíduo em relação à assistência, aumentando a qualidade na saúde e reduzindo custos per capita da assistência em saúde. 3. Objetivo: Descrever a experiência do colaborador como estratégia de cocriação através do “O Que Importa para Você” em um Hospital Geral.

METODOLOGIA

Realizado pesquisa qualitativa nas unidades-piloto do Bloco Infantil com a equipe multidisciplinar, possuindo 59 leitos, sendo o hospital referência para politrauma infantil e gestação de alto-risco para o Alto-Tietê, coletadas no período de Janeiro a Fevereiro de 2021, através da questão norteadora: “O Que Importa para mim no trabalho?” em um quadro flip-chart através de notas adesivas coloridas, onde o colaborador pudesse descrever suas ideias, para propor no ambiente de trabalho, relacionado a: melhorias, significado, propósito, segurança física e psicológica.

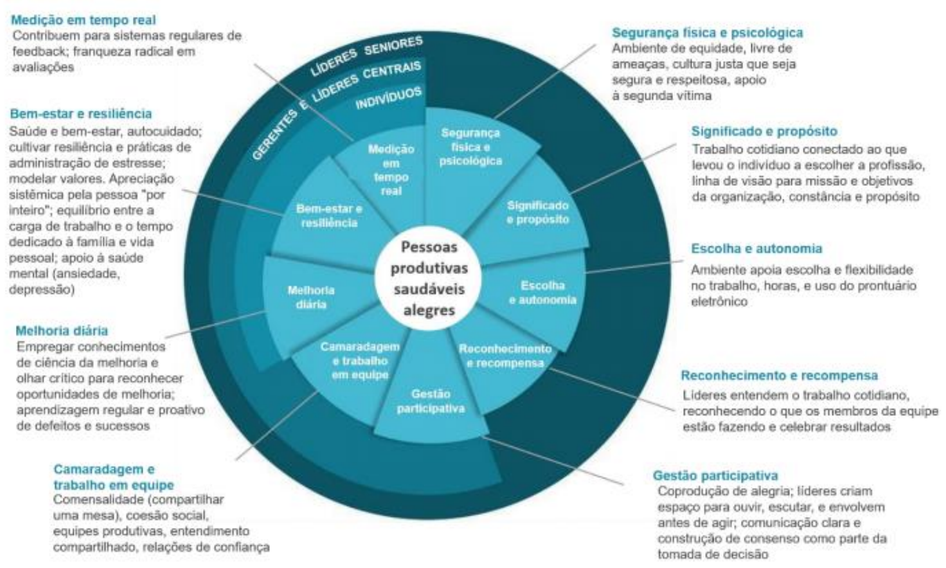


Figura 1: Framework Joy in Work IHI , modelo de gestão participativa para elevar a Alegria e a Resiliência no Trabalho.

Figura 2: Gráfico “O Que Importa Pra Você” agrupados em 7 macrotemas, coletados no período de Janeiro a Fevereiro de 2021.

RESULTADOS

Após a análise temática dos dados, realizamos o agrupamento em 7 grandes temas: propósito (47%), trabalho em equipe (27%), gestão de pessoas (16%), segurança psicológica (4%), seguidos de treinamentos (2%), comportamento (2%) e remuneração (2%). Equipe e familiares trouxeram ideias que remetessem ao significado e propósito, através do poder da fotografia empática, com memórias da trajetória de histórias.

Figura 3: Co-criação através de fotos da trajetória das crianças internadas na Neonatologia, potencializando senso de propósito e significado nas equipes.

Figura 4: Co-criação através de fotos da trajetória das crianças internadas de longa permanência na Pediatria, selecionadas em conjunto com equipe e familiares.

CONCLUSÕES

As evidências em literatura apontam que o senso de propósito está alinhado com a alegria no trabalho, conectado ao cotidiano e à sua escolha profissional. Quando os líderes perguntam aos colegas em todos os níveis da organização: “O que Importa Pra Você?”, permitem criar estratégias para resolução de problemas, transmitindo, vivenciando e resgatando emoções, através do significado e do propósito nas equipes, em busca de pessoas saudáveis, alegres e produtivas.

REFERÊNCIAS

1. Castro BL, Oliveira JB, Morais LQ, Gai MJ. COVID-19 e organizações: estratégias de enfrentamento para redução de impactos.Rev. Psicol., Organ. Trab.[online]. 2020, vol.20, n.3 [citado 2022-05-02], pp. 1059-1063. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572020000300002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1984-6657. http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.3.20821.
2. Triple ou Quadruple Aim: pontos para ajudar a definir sua estratégia. Presidente do Institute for Healthcare Improvement analisa os conceitos. [online].2017. Disponível em: https://setorsaude.com.br/triple-ou-quadruple-aim-pontos-para-ajudar-a-definir-sua-estrategia/
3. Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D.IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. (Available at ihi.org)

OFICINA
CONSTRUINDO O CUIDADO E A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR

Agenilma Chaves Melo Gomes, Juliana Coimbra Martins, Sandra Maria Ribeiro Costa

INTRODUÇÃO

A implementação do SUS, os novos perfis epidemiológicos no contexto de pós-pandemia exigem reformulação no processo de trabalho, constante atualização dos profissionais da saúde e a Educação Permanente em Saúde (EPS) se coloca como uma importante ferramenta nessa construção. Os impactos na saúde mental decorrentes do elevado nível de estresse dos trabalhadores apontam para a necessidade de ações e estratégias de aprimoramento, proteção e assistência à saúde desses profissionais, produzindo qualidade de vida e bem-estar.

METODOLOGIA

A partir da problematização das dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde observaram-se elevado nível de transtorno de ansiedade generalizada, depressão, estresse crônico, exaustão e esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, culminando na sua desmotivação e na precariedade do clima organizacional. Nesse contexto, foi iniciada uma ação integrada que se dividiu em quatro etapas: Apresentação das Políticas de EPS, Humanização e Saúde e Segurança do Trabalhador-SST; realização de pesquisa virtual para diagnóstico das necessidades de intervenção nessas três áreas; priorização dos problemas identificados e construção coletiva de projeto de intervenção. Durante as quatro etapas são realizados grupos de escuta do trabalhador e os encontros acontecem no formato de oficinas, com a participação de todas as categorias profissionais que atuam no ambiente de trabalho, sejam na assistência direta ou no suporte.

Dinâmica de integração e laboral realizadas durante atividades de Educação Permanente e Grupo de Crescimento com trabalhadores da VISA

Apresentação da Oficina Construindo o Cuidado e a Valorização do Trabalho e do Trabalhador aos servidores da UBS Tropical

RESULTADOS

Foram alcançadas 10 Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), atingindo um total de 40 oficinas, 33 grupos de escuta e 378 trabalhadores; apresentado projeto de intervenção aos trabalhadores e ao Ciclo Saúde que será parceiro no desenvolvimento das ações. Observou-se a redução dos conflitos nas relações interpessoais entre os que participaram dos grupos, redução da demanda por atendimento psicológico individual e maior engajamento dos trabalhadores. Além disso, foram realizadas formações para Multiplicadores em todos os serviços a fim de darem continuidade aos grupos de crescimento e outras estratégias de bem estar do trabalhador. Foram elaborados planos de Educação Permanente, oficinas e formações específicas em cada serviço de saúde para desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao aprimoramento da assistência e gestão em saúde.

Workshop do Grupo de Crescimento para formação de multiplicadores nos serviços de saúde da VISA, APS e Hospital Geral de Parauapebas-PA.

Grupo de Crescimento promovido pela SST com foco na Saúde Mental de Agentes Comunitários de Endemias

CONCLUSÕES

Para concluir, cabe reiterar a importância de estímulos necessários que valorizem o trabalho e o trabalhador do SUS, com ênfase em seu protagonismo e autocuidado, mesmo em contexto de grande estresse. A fim de tornarem as ações de saúde sustentáveis é necessário cuidar de quem cuida.

É relevante o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a valorização do SUS e dos profissionais que lutam cotidianamente para que este sistema funcione, de modo que a população seja assistida com humanização e resolutividade.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. O Resgate da Fala Autêntica – na psicoterapia e na educação. Ed Alinea., janeiro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

ROGERS, Carl R. Grupo de Encontro. Ed. Martins Fontes, 9ª Edição, 9 de junho de 2009.

OS BENEFÍCIOS DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DE UM HOSPITAL PRIVADO NO RS

Inajara Ribeiro da Costa, Leticia de Borba Lima, Fabiana Sotero dos Santos Rodrigues, Andreia Sampert Clos

INTRODUÇÃO

A tecnologia na saúde vem se destacando e ganhando visibilidade. Os serviços de saúde com a implementação da Inteligência Artificial (IA), garantem para o paciente uma maior segurança em relação ao serviço que lhe é prestado e qualifica o atendimento ofertado. Principalmente nos serviços de diagnóstico e imagem, como é o caso do Serviço de Endoscopia, onde a colonoscopia é o exame mais indicado para detecção de doenças colorretais. É através da colonoscopia que podemos observar a presença de lesões como pólipos. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colorretal é o segundo tipo de câncer que mais acomete homens e mulheres no Brasil. Porém mais de 85% são diagnosticados já em estágio avançado da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, utilizando a literatura para guiar as questões a serem debatidas na pesquisa (CRESWELL,2007) Baseia-se na revisão bibliografia onde a literatura é utilizada no começo do estudo para dar direção as questões de pesquisa, contemplando artigos e revisão de prontuário eletrônico do paciente (PEP) versão SMA-PEP.2019.002.00.LTS. Foram analisados exames entre abril/2022 a agosto/2022. Os exames foram realizados por médicos experientes em salas distintas, ambas com aparelhos modernos com a última tecnologia da marca FUJIFILM ELUXEO LITE porém um dos aparelhos apresenta a tecnologia de Inteligência Artificial “ CAD EYE” acoplada.

RESULTADOS

Foi possível observar que os exames realizados com auxilio da (IA) identificaram um número maior de pólipos, sendo 2,5 a mais, quando comparados com os exames realizados sem (IA). Percebemos que a (IA), auxilia na detecção de lesões até mesmo com médicos experientes. As lesões do tipo adenomas tubular com displasia de baixo grau, foi a lesão mais encontrada, e se fizeram presentes em 60% do total de pólipos encontrados (tabela2). Identificando precocemente lesões que evoluiriam para neoplasias. O número de pólipos total encontrados nos exames realizados com (IA) somou 35 pólipos, com uma média de 1,4 pólipos por exame, representados na (tabela1). Quando comparados com os exames sem (IA) identificando 0,56 pólipos, e tendo uma média de 0,4 pólipos por exame, como representados na (tabela 1). Um número expressivo de pólipos identificados quando comparados com exames realizados sem auxilio da (IA).

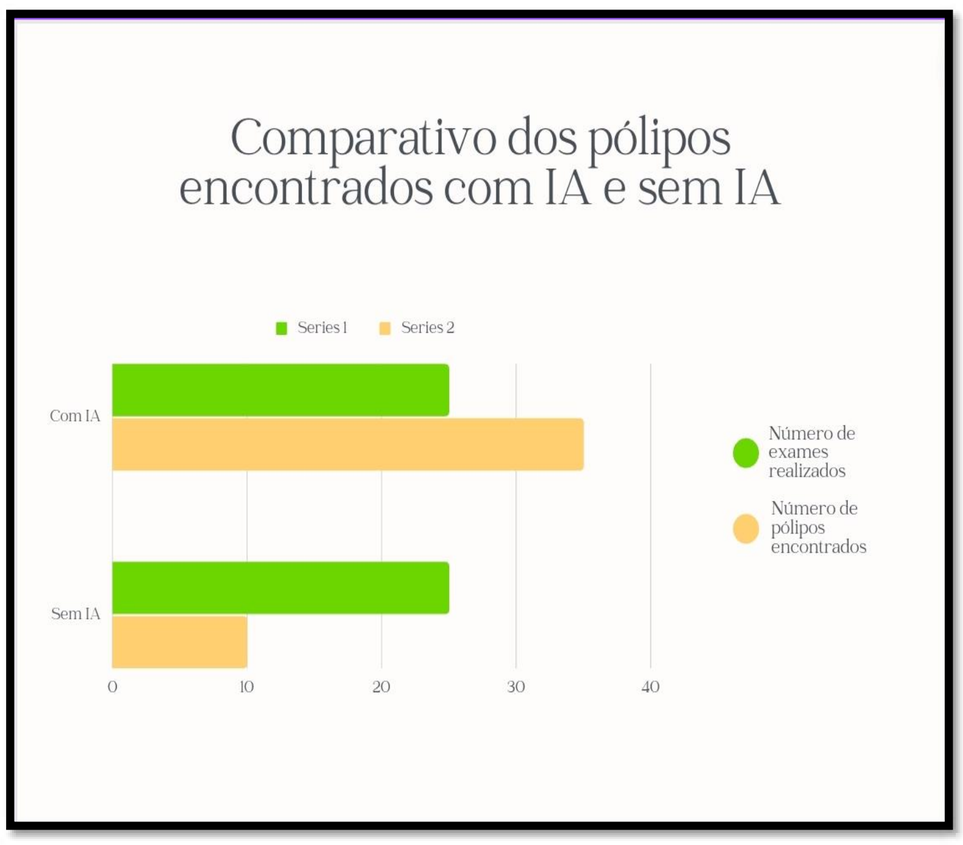
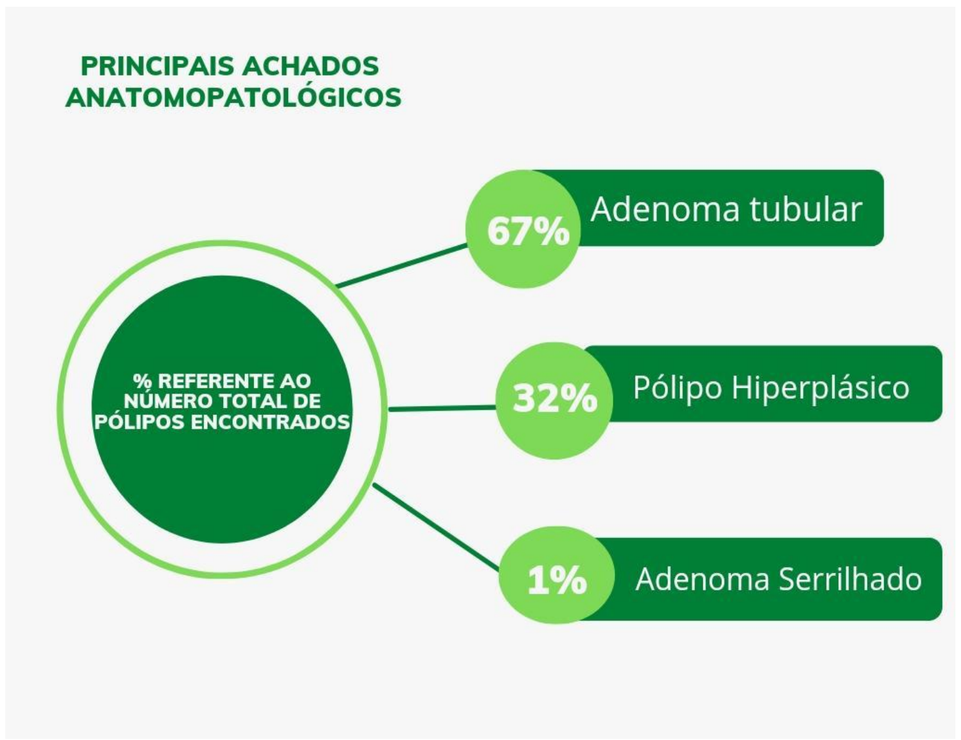
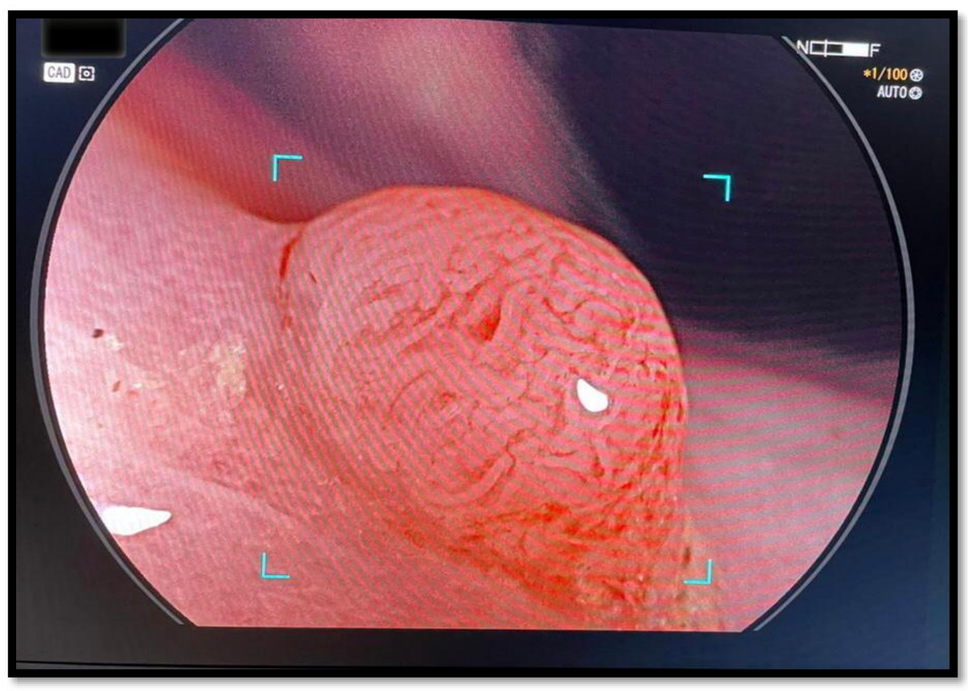


Tabela 1. Número de pólipos encontrados com (IA) comparado com o número de pólipos encontrados sem (IA)



Fonte: resultado do anatomopatológico dos pólipos encontrados



Descrição: pólipo identificado durante colonoscopia , com uso de inteligência artificial. O mesmo é detetado e a (IA) sinaliza o mesmo enquadrando ele .

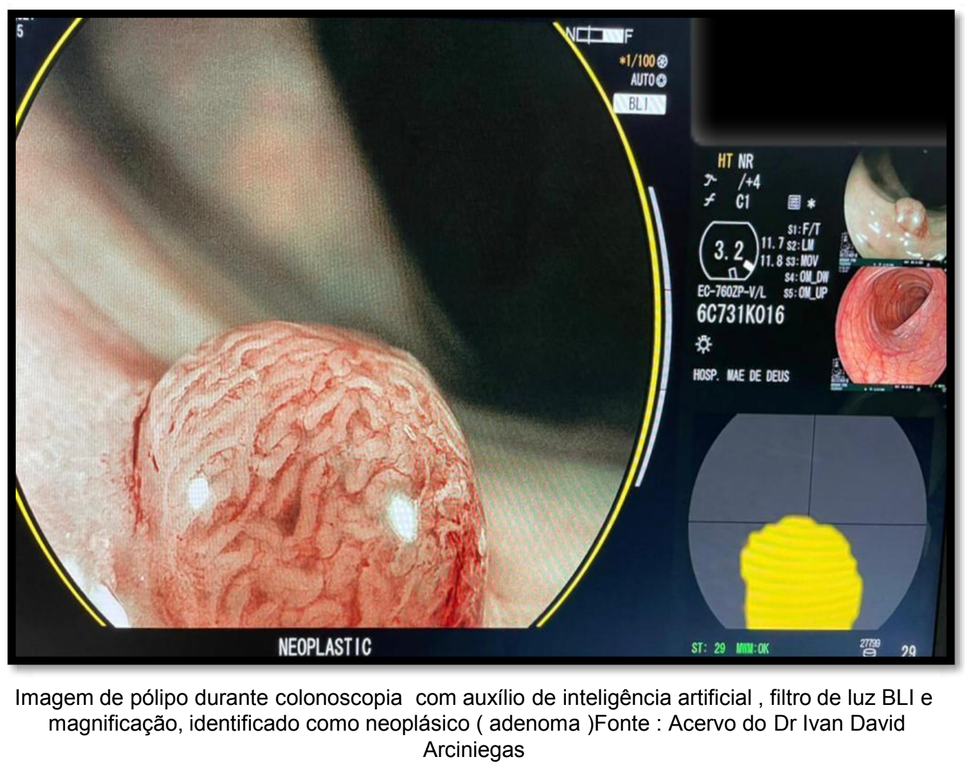


Imagem de pólipo durante colonoscopia com auxílio de inteligência artificial , filtro de luz BLI e magnificação, identificado como neoplásico (adenoma)Fonte : Acervo do Dr Ivan David Arciniegas

CONCLUSÕES

O Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre foi o hospital pioneiro no Brasil desde 2021, a utilizar a IA no serviço de endoscopia. Porém estamos longe de um cenário ideal, este recurso não faz parte da realidade hospitalar brasileira É uma taxa considerável e de muita relevância, que proporcionou a detecção de 2,5 vezes mais, quando comparados com o número de pólipos encontrados sem o auxilio da inteligência artificial. Ainda há a necessidade de desenvolver mais estudos brasileiros comprovando os benefícios da inteligência artificial em serviços de diagnóstico e imagem. Novos estudos podem proporcionar o desenvolvimento de programas, que sejam capazes de desenvolver a tecnologia a um preço acessível para instituições privadas ou públicas.

REFERÊNCIAS

BARROS, J.C.C et. al **Inteligência Artificial a caminho da visão da experiência do paciente.** Revista Brasileira de Desenvolvimento**.** Curitiba, v. 6, n.4, Abril 2020.
BATISTA RR, et. al **Indicações de colonoscopia versus achado de pólipos e neoplasias colorretais**. Rev bras Coloproct; V.31 n.1, 2011
CRESWELL, J. W **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto.** Tradução Luciana de Oliveira Rocha 2ª edição- Porto Alegre. Artmed, 2007.
GUARINI, D.D; OLIVEIRA, E.V **Estudo da Inteligência Artificial aplicada na Área da saúde.** Revista Colloquium Exactarum . vol.6, n. Especial, Jul-Dez, 2014.
LOBO, L.C. **Inteligência artificial, o Futuro da Medicina e a Educação Médica.** Revista Brasileira de Educação médica, Ed.42 (3): 3-8; 2018.
MELO, IJRM; Leão ACMC; Ferreira IC et al. **Colonoscopia: Prevenção do Câncer Colorretal.** Rev.Cient. HSI Dez (4): 218-225, 2019.
THOMAZ V A. **Avaliação de Aumento de Dados via Geração de Imagens Sintéticas para Segmentação e Detecção de Pólipos em Imagens de Colonoscopia Utilizando Aprendizado de Máquina.** Dissertação de doutorado. Universidade católica do Rio de Janeiro. Departamento de informática. 2020

OTIMIZAÇÃO DE MANIPULAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS TERMOLÁBEIS X HORA/HOMEM EM ÁREA LIMPA

Patrícia Ribeiro Fatureto Gavioli, Mayra Franceschini, Alide Cristina Pinto Celestino, Alline Barreto Paulino

INTRODUÇÃO

Os medicamentos oncológicos apresentam valores expressivos, devendo ser gerenciados. A temperatura de medicamentos é uma condição ambiental responsável pelo maior número de alterações e deteriorações. A RDC nº 430/20 determina que a temperatura de armazenamento dos medicamentos deve ser monitorada e registrada de maneira que a variação de temperatura seja minimizada. A permanência de maleta refrigerada na sala de preparo proporciona o gerenciamento do tempo de manipulação e garante a estabilidade adequada dos frascos com sobras de medicamentos.

OBJETIVO

Otimizar o tempo de manipulação dos medicamentos quimioterápicos termolábeis com os frascos de sobras na área limpa, armazenados em maleta térmica e monitoramento de temperatura.

METODOLOGIA

Implantação da maleta térmica com gelo reutilizável dentro da área limpa para acondicionamento das sobras dos medicamentos quimioterápicos; mensuração do tempo gasto do processo quando os frascos são passados do estoque para a área limpa; compilação e comparação dos cenários com a maleta na área limpa x frascos com a sobra no estoque.

Implantação da maleta térmica dentro da área limpa, contendo os frascos de medicamentos termolábeis.

Quantificação do tempo gasto no processo de liberação da quimioterapia até a finalização da manipulação.

Quantificação do tempo do processo com a maleta armazenada no estoque.

Identificação e comparação do tempo poupado com o novo processo

13.906 bolsas manipuladas → redução no tempo de 04:53 min/manipulação → economia de 47 dias hora/homem no período de 1 ano.

Figura 1: Fluxograma da implementação da nova rotina na cadeia de manipulação.

RESULTADOS

Em 12 meses, no ano de 2021 tivemos 4.189 pacientes e foram manipuladas 13.906 bolsas. Ao cronometrar o processo de manipulação com as sobras armazenadas no estoque identificou-se uma economia de 04:53 min na manipulação, nesse novo processo há ausência de paramentação e higienização dos medicamentos. Durante 1 ano foi realizado a economia de hora/homem de 47 dias, podendo ser otimizado na realização de outras atividades.

Figura 2: Maleta Térmica com gelo reutilizável e termômetro aclopado.

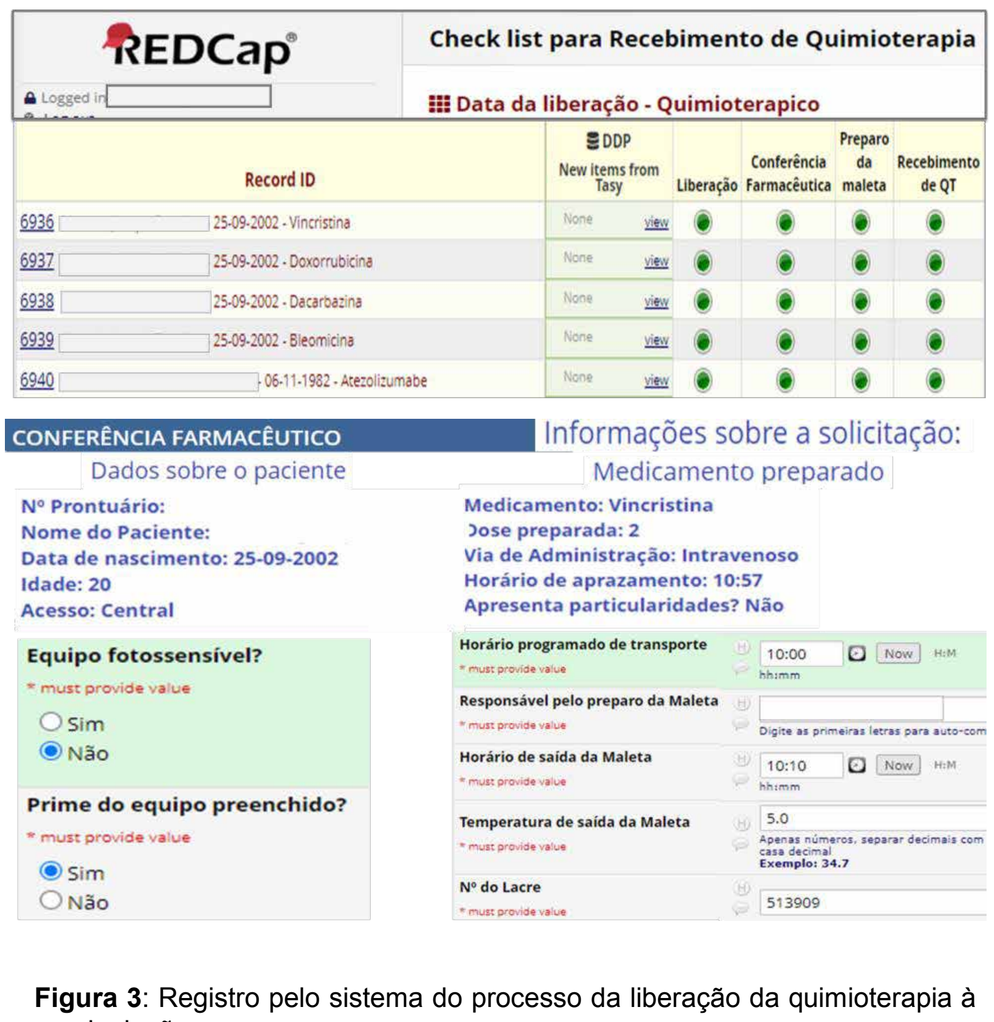


Figura 3: Registro pelo sistema do processo da liberação da quimioterapia à manipulação.

CONCLUSÕES

Com a implementação da maleta térmica na área de manipulação obteve-se a redução de hora/homem na higienização e tempo de espera para o início da manipulação. Otimizou-se o tempo de entrega do medicamento, espera do paciente, melhor aproveitamento do auxiliar de farmácia e do farmacêutico em outras demandas.

REFERÊNCIAS

Resolução RDC 430/202 de 08 de Outubro de 2020. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2020.

OTIMIZAÇÃO NO PROCESSO DE ALTA PARA USO EFICIENTE DO LEITO HOSPITALAR

Salete Senkiu Leite e Co-autores Marieli Mendonça, Catarina Jadrizak Tracz, Jose Nemeth

INTRODUÇÃO

Atividades que não agregam valor, que geram desperdícios de tempo e recursos, são ameças reais à sustentabilidade do sistema de saúde. Dentre essas ameaças, evidenciamos em um hospital da região sul do Brasil que a morosidade das atividades relacionadas ao processo de alta tem impactado direto no tempo da desocupação, no uso eficiente de leitos hospitalares e na satisfação do paciente.

METODOLOGIA

Identificado um setor de internação como “piloto”. Realizada avaliação completa do processo através de mapeamento do fluxo das atividades e os tempos envolvidos desde o momento da alta médica, deslocamento à tesouraria, atividade de cobrança, até a saída hospitalar.
Evidenciado que em torno de 83% dos pacientes que recebiam alta hospitalar (em média 1.453 pacientes/mês) não possuíam despesas adicionais e se deslocavam até a tesouraria sem necessidade. Informatizado o formulário de comunicação da saída hospitalar do paciente, registrado pela enfermagem, integrando-o ao prontuário eletrônico, o que permite o acesso de todos os setores às informações através do dashboard já utilizado pela equipe assistencial.

FORMULÁRIO
COMUNICADO SAÍDA HOSPITALAR

Preencher os dados abaixo ou colar a Etiqueta de Identificação do Paciente

Nome Completo : _____
Data de Nascimento: _____
Filiação: _____ _____
Nº de Atendimento: _____

MOTIVO DA SAÍDA
( ) Alta
( ) Óbito
( ) Transferência Inter-Hospitalar

IMPORTANTE

Eu _____, na condição de Paciente ou Responsável, declaro, para todos os fins de direito, que todos os pertences pessoais (joias, cartões, dinheiro, aparelhos eletrônicos, exames, etc) foram devidamente reunidos e conferidos e serão retirados do quarto na ocasião da alta hospitalar. Desse modo, ciente de que, por absoluta inviabilidade, a entidade não exerce qualquer tipo de controle sobre esses pertences pessoais e que, tendo em vista os direitos à intimidade e privacidade, não existem câmeras instaladas nos quartos ou enfermarias, isento o HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS de qualquer responsabilidade por perda, extravio ou furto não comunicado até a alta.

ASSINATURA COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

_____

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
Alta Médica	Tesouraria	Alta no Sistema (Enfermagem)	Liberação de Saída (Controle de Acesso)

Identificação	Armazenamento	Data de Aprovação	Data da Revisão	Revisão
FO – 296 Comunicado de Alta	Q:\Formularios HNSG	31/05/2016	01/04/21	06

Figura1: Formulário Comunicado de Saída Hospitalar

Figura 2: Dashboard Assistencial.

RESULTADOS

Elaborado um dashboard para o setor de tesouraria e faturamento para acompanhamento em tempo real das altas hospitalares. Após fechamento da conta, as informações relacionadas as despesas são registradas e disponibilizadas automaticamente no painel assistencial. A equipe de enfermagem, com essa informação, orienta o paciente a se deslocar até a tesouraria para acerto ou então o libera de forma direta para a saída. Replicado o processo do setor piloto para todas as unidades do hospital. O resultado após implantação apresentou: uma redução média de 302 horas/mês de atividades que não agregava valor ao processo de fechamento de contas e uma redução média de 484 horas/mês para liberação dos leitos, o que contribui diretamente com a redução do intervalo de substituição de leito hospitalar.

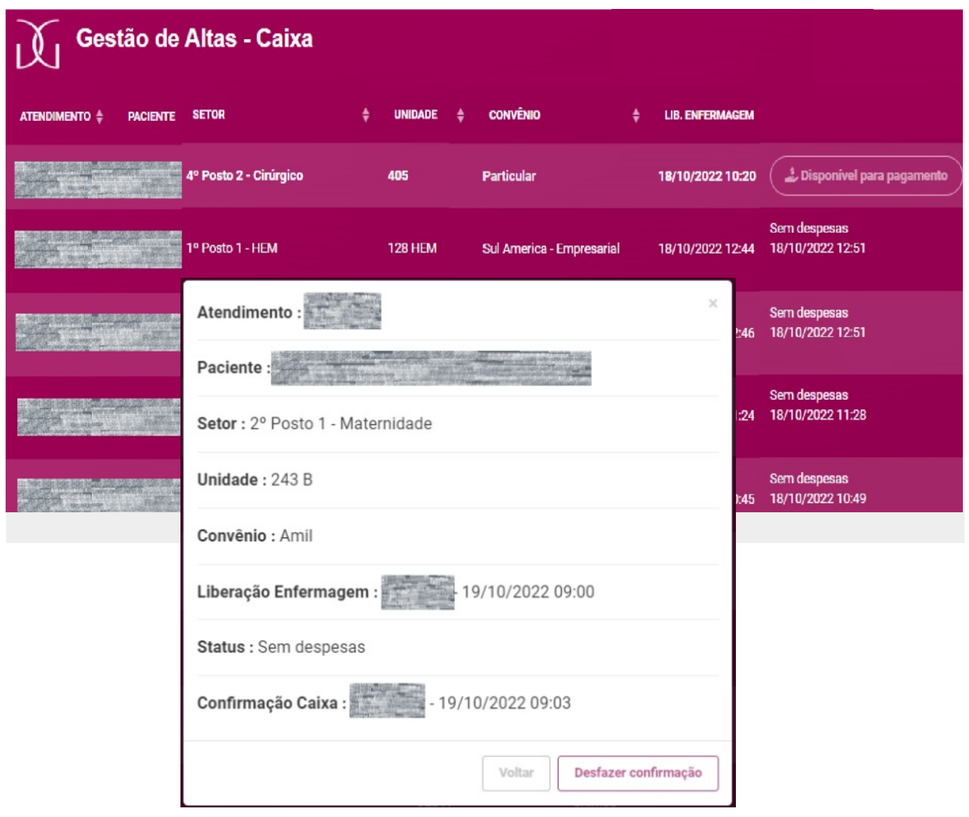


Figura3: Dashboard Tesouraria.

Figura4: Dashboard Faturamento.

CONCLUSÕES

A metodologia apresentada foi geradora de processos melhores, mais enxutos, rápidos e eficientes. O mapeamento de processo de alta hospitalar, agregado ao uso de soluções tecnológicas, trouxe ganhos relevantes para o hospital e com impactos positivos para a experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

FLX-276 Liberação do Paciente após Alta Médica; MP-005 Alta Hospitalar; FO-296 Comunicado de Saída Hospitalar.

Como convencer pessoas a melhorar à adesão às práticas de higienização das mãos? Estratégia multimodal centrada no Robô Ozires Mário

Louranny CB GÓIS, Maria Luiza Barbosa PEIXOTO, Erika VRANDECIC, Bráulio Roberto Gonçalves Marinho COUTO

Biocor Instituto – Nova Lima – MG

INTRODUÇÃO

- Somos uma equipe que luta contra infecções hospitalares há muitos anos! Sempre perguntamos: por que as pessoas não higienizam as mãos?
- Uma das respostas foi que higienizar as mãos é um gesto tão simples, que as pessoas simplesmente não o fazem.
- Então tivemos a ideia de colocar um robô em nossa equipe. Encontramos Meccanoid, um robô de brinquedo, programável, de 1,22m de altura, controlado por comandos de voz, com custo de US$ 200 (http://www.meccano.com/meccanoid-about).

- **Objetivos:**
  a) Como adaptar um robô de brinquedo para educação continuada de profissionais de saúde?
  b) Qual é a eficácia do uso do robô na higienização das mãos?

METODOLOGIA

- Após algumas adaptações, o robô mudou! Demos a ele um nome (Ozires Mário), uma câmera espiã, um sistema de áudio melhor, um dispensador de álcool-gel, um mini projetor e um propósito: o ex-robô de brinquedo tornou-se um professor envolvido em campanhas de higiene das mãos e de práticas de segurança do paciente.
- A função do mini projetor é permitir a apresentação de aulas em vídeo, mesmo em ambientes e salas pequenas.
- A ideia básica é, ao invés de levar profissionais de saúde para um auditório para que sejam ministradas aulas a eles, Ozires Mário, acompanhado de profissionais do controle de infecções, realiza apresentações curtas de até três minutos, na língua portuguesa, e apresenta vídeo aulas com duração entre dois e três minutos.
- Os temas das aulas envolvem sensibilização e motivação ou capacitação sobre como higienizar adequadamente as mãos, relembrando, por exemplo, dos 5 momentos de higienização das mãos e o passo a passo da técnica a ser realizada.
- Além disso, apresenta relatórios dos dados da instituição sobre infecções e a taxa de higiene das mãos, buscando impactar e conscientizar os profissionais de saúde. Foi criado então uma estratégia multimodal baseada centrada no robô.

RESULTADOS

CONCLUSÕES

- após a inserção do Ozires, em maio de 2018, a taxa de adesão à higiene das mãos aumentou de 23%, entre julho-dezembro/2017, para mais de 60% após julho/2018, atingindo 70% no final de 2020 e mantendo-se em níveis mais altos desde então.
- Finalmente, conseguimos convencer as pessoas sobre as práticas de higiene das mãos.

REFERÊNCIAS

Couto, B., Machado, A., Barbosa, A., Mendes, B., Nogueira, M., Peixoto, M., . . . Starling, C. (2020). **How to Convince People and Get Adherence to Hand Hygiene Practices? The Success of Ozires, the Humanoid Robot!** Infection Control & Hospital Epidemiology, 41(S1), S254-S255. doi:10.1017/ice.2020.817

PACIENTE EM PRONA X PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: UM DESAFIO PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO CTI COVID

Marilyn Pinheiro da Silva Martins, Adriana Queiroz Pinto Rei, Roberta Tavares Torres Ferreira, Ricardo Turon Costa da Silva

INTRODUÇÃO

O processo inflamatório sistêmico e a piora da função pulmonar associado ao uso da ventilação mecânica, trouxe à tona o uso de um decúbito pouco utilizado na terapia intensiva até então: a prona ou decúbito ventral.

O paciente acometido por uma doença infectocontagiosa proveniente do novo vírus SARS CoV-2, pode evoluir para um quadro grave de pneumonia viral chamada de COVID-19, e em casos extremos a Síndrome Respiratória Grave Aguda (SRGA).

Quando o paciente segue piorando, sem respostas efetivas a outros tratamentos, estudos mostraram que posição de prona favoreceu uma melhor troca ventilatória, acarretando assim, uma redução da mortalidade dos pacientes quando precocemente colocados nesta posição.

Segundo Ramondetta (2020), há um aumento de lesões atribuído à pressão exercida, principalmente à posição prona nos pacientes em uso de VM. Diante desse cenário, foi desenvolvido no CTI COVID do Hospital Niterói D'or, medidas de proteção da derme dos pacientes que são elegíveis à prona: Instalação de espuma siliconada nas proeminências ósseas da face, utilização de protetor de face acolchoado; implementação de uma planilha para registro de mudança de decúbito cefálico.

METODOLOGIA

A escolha dos dispositivos de proteção foi através de embasamento clínico como Perrillat,et all, (2020) que apresenta artigo que discorre sobre o uso de dispositivos como "coxins a base de silicone ou géis de silicone, rotação regular da cabeça, fixação adequada do tubo orotraqueal com espuma de silicone."

Nos meses de janeiro a abril foi utilizado: hidrocolóides extrafinos em proeminências ósseas e a espuma siliconada utilizadas de modo indevido, o que colaborou para incidência de lesões.

Nos meses subsequentes foram adotadas novas medidas: instalação de espuma siliconada do tamanho correto nas áreas onde incidiam maiores pressões, uso do protetor de cabeça de silicone e treinamento da equipe para o uso correto da planilha de controle de mudança do posicionamento. Outra prática adotada foi o reforço das orientações sobre reposicionamento cefálico. Criando na equipe, uma conscientização com objetivo de reduzir os riscos que a manobra implica ao paciente pronado.

Para direcionar o trabalho da equipe plantonista foi utilizado uma imagem padrão com o correto posicionamento dos protetores de silicone, através de registro fotográfico.

Realizado comparação de incidência de lesões de face nos meses de janeiro a abril e de maio a outubro de 2021.

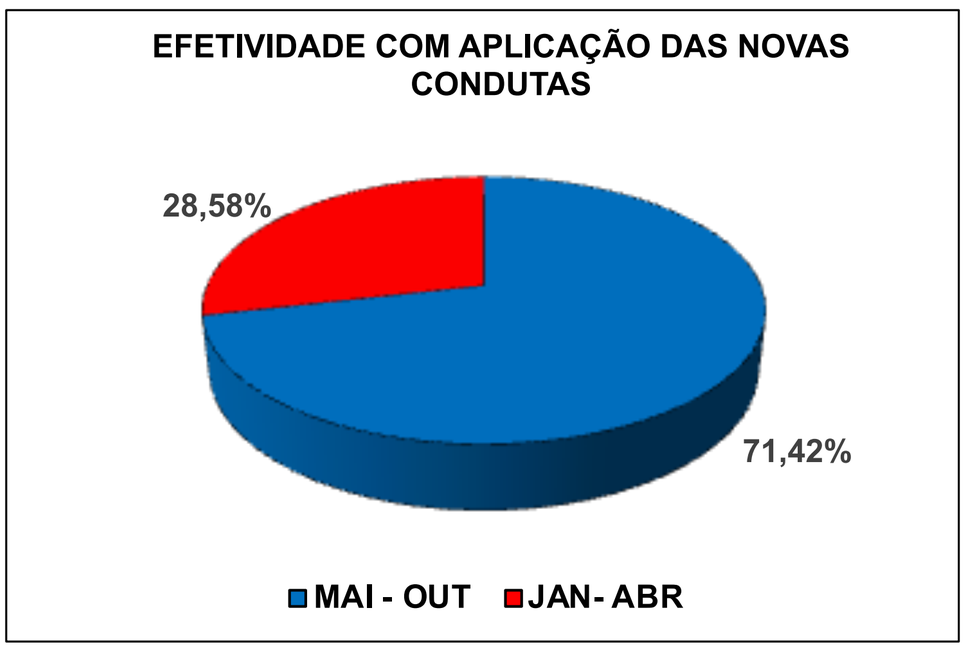
RESULTADOS

Realizado a avaliação de 01/01/2021 até 13/10/2021, sendo o público alvo os pacientes que internaram no CTI setor COVID.

Segundo EPIMED MONITOR (2021) o CTI COVID admitiu 814 pacientes, desse grupo 183 (22%) evoluíram para uso da VM; com tempo médio de permanência de 11 dias. Dos pacientes em uso de VM 90 pacientes necessitaram ser pronados (47%); com tempo médio em decúbito ventral de 19 horas (média de 09 lateralizações de cabeça / prona). Sendo realizado um total de 352 pronas (média de quatro pronas/ paciente)

Nos meses de janeiro a abril com o uso das proteções utilizadas ocorreram 35 pronas desse total ocorreram 5 casos de lesões em face (14% na taxa de incidência de lesões em face). Nos meses subsequentes com adoção das novas medidas houveram 55 pacientes pronados e apenas 2 casos (4% na incidência), demonstrando uma redução de 71,42% das lesões em face.

Lesões de face no ano de 2021 no CTI COVID



Taxa de efetividade das novas práticas adotadas na prevenção da lesão por pressão em face

CONCLUSÕES

A pandemia da Covid-19 trouxe um enorme desafio para os profissionais de saúde, foi um momento de mudança, medos, ao mesmo tempo trouxe superação e amadurecimento, permanecendo no ideal dos colaboradores sempre a primazia na oferta da assistência prestada.

Todas as medidas preventivas de lesão por pressão em face foram construídas através de um trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, no intuito de aumentar a segurança e a qualidade do atendimento das pessoas que apresentam riscos de desenvolvimento desse agravo.

REFERÊNCIAS

- Perrillat, A; Foletti, JM; Lacagne, AS; Guyot, L; Graillon, N. Facial pressure ulcers in COVID-19 patients undergoing prone positioning: How to prevent an underestimated epidemic?. França, 2020.Disponivel em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F. Acesso em 16 de outubro de 2021.
- Sistema Epimed Monitor. Relatório gerado no dia 19/10/2021 às 07:33 horas.
- Ramondetta, Alice; Ribero, Simone; Costi, Sonia; Dapavo, Paolo. Pression-induced facial ulcers by prone position for COVID-19 mechanical ventilation. Itália, 2020. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F. Acesso em 16 de outubro de 2021.

PACIENTE NO CENTRO DO CUIDADO, O CAMINHO PARA UMA ASSISTÊNCIA MAIS SEGURA.

Stenio Prada Mesquita

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2013 ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, baseado nas metas internacionais de segurança do paciente implantadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Dentre as ações, a comunicação efetiva visa estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada, promovendo um ambiente seguro e acessível.

METODOLOGIA

Para estimular a participação de todos os pacientes e familiares na assistência prestada no serviço de saúde. Incluindo pessoas com deficiência auditiva, não alfabetizado e/ou com dificuldade de leitura, foi atualizado o pôster que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou sobre informações para melhorar a segurança do paciente no serviço de saúde baseado na comunicação efetiva.

Neste material há 10 perguntas que estimulam a adesão ao cuidado, esclarecendo dúvidas com o médico e com outros profissionais de saúde.

Ao inserir QRCode no pôster, o paciente tem a opção do conteúdo em áudio ou em linguagem de sinais (libras).

Pictograma para sinalizar material disponível em áudio e QRCode para acessar material

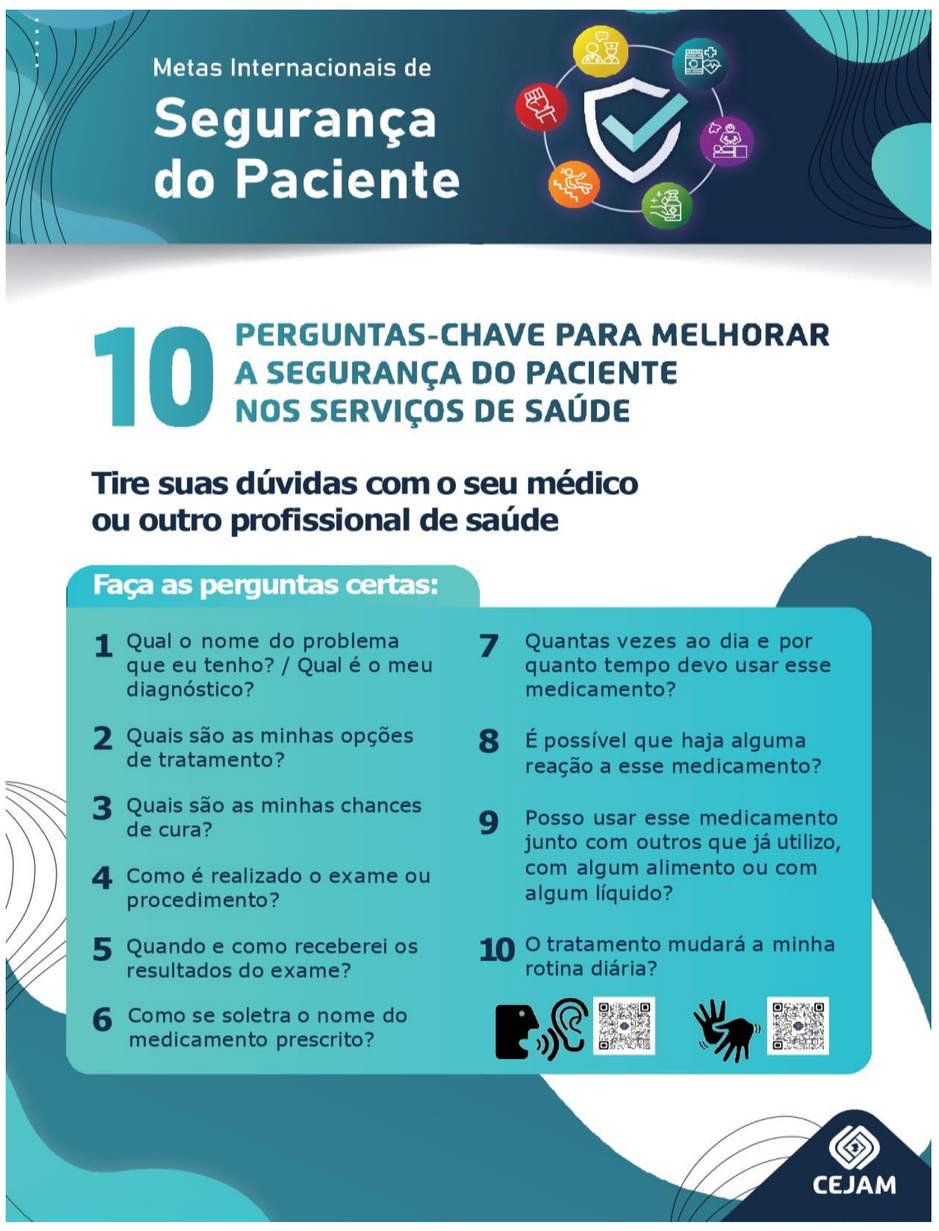
Pictograma para sinalizar material disponível em libras e QRCode para acessar material

RESULTADOS

Ao expor o pôster no ambiente pré-consulta, cria-se uma condição que estimula a participação do paciente ou seu familiar a interagir com a equipe de profissionais de saúde através de perguntas-chaves que proporcionam melhor compreensão sobre a condição de saúde do paciente.

Através da tecnologia de QRCode foi possível garantir não apenas acessibilidade, mas também autonomia para as pessoas com alguma forma de limitação.

As perguntas funcionam como um gatilho mental para lembrar a equipe que o paciente é o centro do cuidado e que quanto mais engajado com seu tratamento, mais segura será a assistência.



Banner exposto na área de espera do ambulatório do Hospital.

CONCLUSÕES

A implantação do pôster nos ambulatórios do Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho tem o intuito de despertar o interesse e proporcionar maior acessibilidade do paciente e seu familiar no entendimento do seu diagnóstico e tratamento.

Em suma, o paciente no centro do cuidado aumenta adesão e compreensão do tratamento, tornando-o a última barreira de segurança. Assim, com o uso da tecnologia proporciona-se inclusão e comunicação efetiva.

REFERÊNCIAS

1- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Acesso em: 22/08/2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
2- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. Acesso em: 23/08/2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
3- ONA. Manual Brasileiro de Acreditação. Modelo conceitual. Versão 2022-2025. 16-18 p.

Padronização de ferramentas e ciclos de melhoria com foco em agregar valor ao paciente

Ana Paula Barbosa da Silva Bancatelli

INTRODUÇÃO

Cada vez mais os serviços de saúdes buscam atividades que gerem valor ao paciente, pensando nisso em uma rede de hospitais privado da cidade de São Paulo, o setor da qualidade foi reestruturado para estreitar elos entre toda a organização (assistência, apoio assistencial e administrativo) e com isso gerar valor ao paciente.

Para isso, precisamos de ferramentas de qualidades estruturada em seu modelo, de que forma que perpetue por todas as dimensões da qualidade a fim de demonstrar um trabalho padronizado.

Contudo nesse trabalho o intuito é apresentar a experiência da implementação de um modelo de ferramentas e melhorias contínua.

METODOLOGIA

Trata-se de um o relato de experiência que ocorreu entre os meses de março a julho , em cinco unidades de uma rede de hospitais particulares da cidade de São Paulo. Inicialmente foi definida e estruturada todas ferramentas da qualidade que são utilizadas na instituição.

Após a padronização das ferramentas foram definidas o método de acompanhamento dos projetos de melhorias

Figura 1 – Diagnóstico da situação atual do núcleo, antes da implementação da estrutura de acompanhamento.

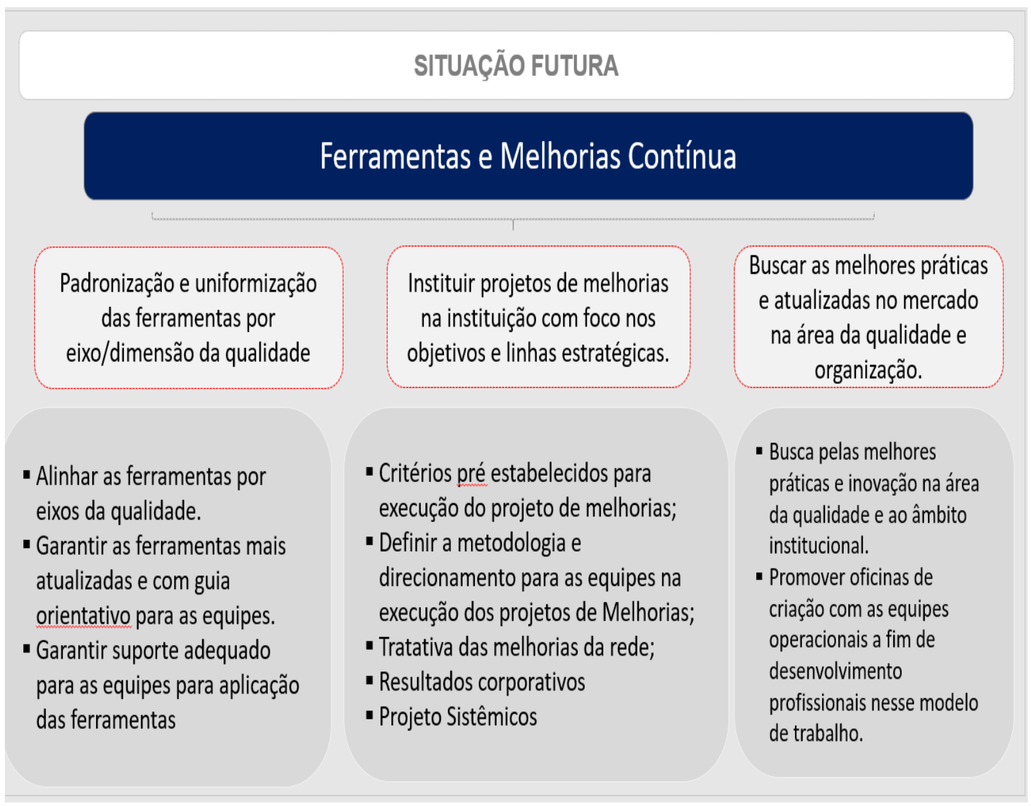


Figura 2 – Situação Futura do modelo a ser implementado em sua totalidade.

RESULTADOS

As ferramentas foram uniformizadas para que ocorram em processos manuais e em sistema informatizado. Outro suporte desse eixo, se trata nas melhorias contínuas implementada na instituição, que foram definidas com base nas linhas e trabalhos estratégicos organizacionais, com enfoque de medir, definir, analisar e resolver os problemas de forma assertiva, minimizando os retrabalhos e as atividades que não agregam valor nos processos das unidades de negócio Portanto de Março a Novembro de 2022, estamos em acompanhamento de 6 projetos de melhorias, seguindo as seguintes linhas:

- Padronização do fluxo de hemodiálise convencional;
- Alinhamento e informatização do fluxo de prescrição de uma unidade de cuidados paliativos e reabilitação;
- Padronização do fluxo de infusão de quimioterapia;
- Padronização do processo de anatomia patológica
- Garantir a padronização da gestão de tempos da linha de cuidados do Pronto Socorros Adulto e Infantil;
- Alinhamento e adequação da estrutura de capital humano.

Os mesmos estão apresentando os seguintes resultados por status de implantação:

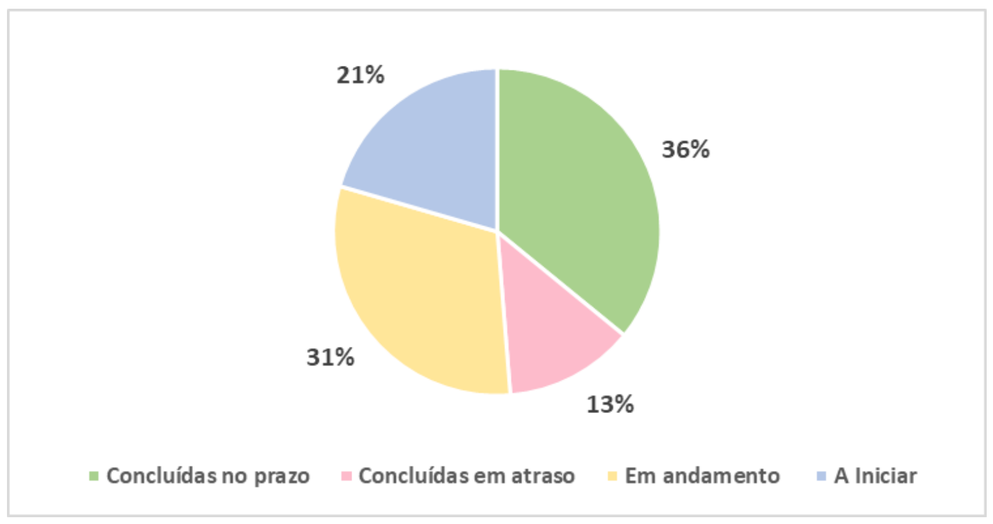


Gráfico 1 – Acompanhamento dos status de resultados da implantação de cada processo.

A ferramenta estruturada para acompanhamento do projeto de melhoria, é o A3. no qual se trata de uma ferramenta simples demonstrada através de uma folha toda a execução do projeto, facilitando para que todos que enfrentam o problema ou vejam a ferramenta compreendam com o mesmo propósito.

CONCLUSÕES

Estruturamos os modelos e alinhamos as melhores práticas com foco na sustentabilidade, eficiência operacional e conhecimento além de sanar ou mitigar o risco da variabilidade na entrega do valor.

REFERÊNCIAS

SHOOK, John. GERENCIANDO O APRENDIZADO: Usando o processo de gestão A3 para resolver problemas, promover alinhamento, orientar e liderar. Lean Institute Brasil. São Paulo. Setembro/2016.

Papo Cabeça:

Prevenir é melhor do que remediar - Combate ao AVC através da mudança nos Fatores de Risco

Luan da Silva; Silvania Martins Almeida; Bruna Correia Lopes; Daniela Tenroller de Oliveira;

INTRODUÇÃO

Instituições de saúde que prezam pela qualidade e segurança no atendimento aos pacientes possuem como estratégia a capacitação constante de sua equipe assistencial. Esta desempenha importante papel no cuidado prestado, a prática segura e eficaz dos procedimentos de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventiva, visando a excelência da assistência ao paciente. Preparar pessoas para as mudanças ou inovações, mas também nas tarefas que devem ser executadas de maneira melhor e mais eficaz.O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular. Em 2021 mais de 100 mil pessoas morreram de AVC segundo dados do portal de transparência da Arpen Brasil (Associação de Registradores de Pessoas Naturais). Quando não letal pode deixar sequelas, como a paralisação de um lado do corpo, alterações na fala, afetando a visão e incapacitando indivíduos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o início do Papo Cabeça, que visa ser um projeto para falarmos de neurologia, evento online e gratuito, a primeira Live foi realizada na noite de 3 de novembro de 2021, o 1º Papo Cabeça foi elaborado para colaboradores do Hospital Moinhos de Vento, onde foram convidados representantes da Unidade de Emergência, CTI Adulto e Unidade de Internação AVC/Neuro C1. Abordando os fatores de risco para o desenvolvimento do AVC, mudanças de hábitos e dando enfoque na prevenção.

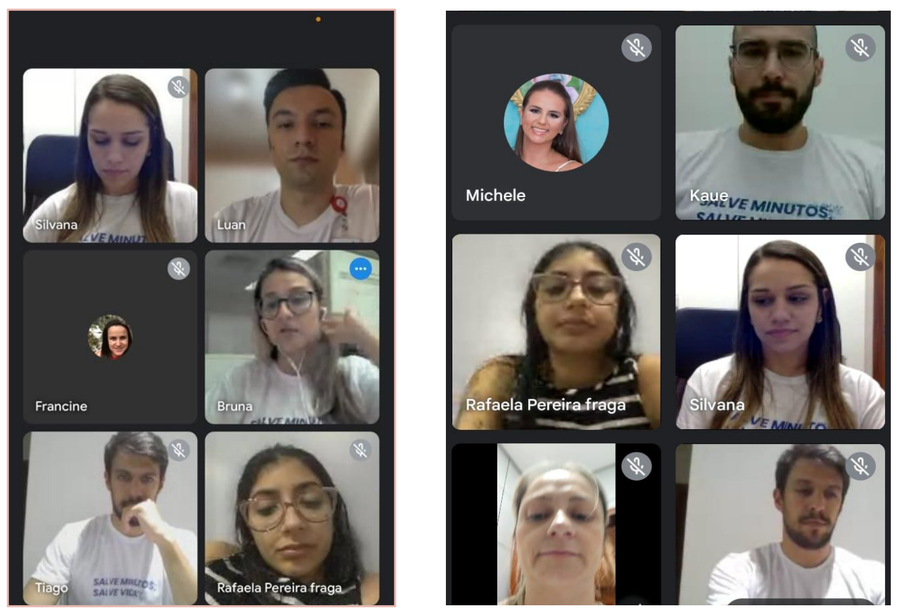
OBJETIVO

Provocar aos indivíduos a aquisição de novos conhecimentos e revisão de boas práticas assistenciais, e também gerar uma reflexão sobre seu estilo de vida e hábitos.

Reunião de planejamento e ensaio do Papo-Cabeça

RESULTADOS

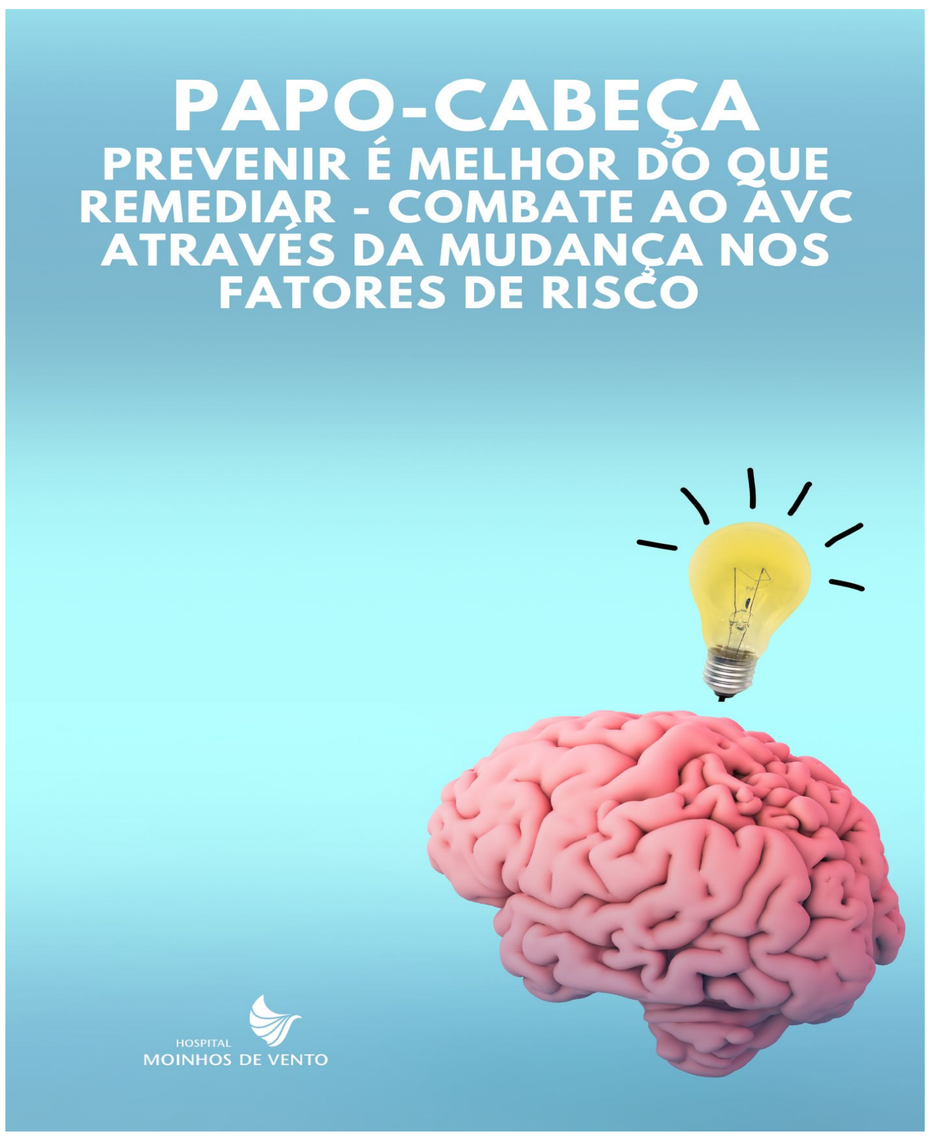
Observamos que o conhecimento gerou motivação ao aprender sobre áreas diferentes e assim evoluir no ambiente de trabalho com uma equipe mais feliz e motivada. Além de motivá-los quanto ao autocuidado. Intensificou o engajamento entre as equipes em poder fazer parte de algo maior, gerando resultados gratificantes.



Participantes discutindo sobre fatores de risco modificáveis na Live do Papo-Cabeça

CONCLUSÕES

Concluímos que o cuidado e a educação, antes compartilhados, passaram a ser concentrados em uma única pessoa. Além de ter uma política de educação contínua, focada no desenvolvimento para a assistência, também é necessário que o colaborador esteja bem. Os benefícios identificados são de grande valor para a instituição sendo o aprimoramento dos processos, melhoria da produtividade, pois através da educação, dúvidas são esclarecidas e procedimentos aperfeiçoados. Desta forma a equipe irá produzir e garantir as metas institucionais de qualidade e segurança. Através da educação, a instituição consegue capacitar o colaborador, manter atualizado e alinhado ao propósito da organização.



Material de divulgação

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, Luciana Rodrigues; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 3, p. 366-370, June 2008 . Available from . access on 01 May 2021.
2. Luz S. Educação Continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. O mundo da Saúde 2000; 24(5): 343-51
3. SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B.. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 62, n. 3, p. 362-366, June 2009 . Available from . Acesso em 28 abr 2021. https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300005

Percepção da cultura de segurança do paciente utilizando questionário HSOPSC adaptado em rede de laboratórios de hospitais privados

Cruz, ICL; Dias, CMM; Maximo, ACCC; Morales, AMX

INTRODUÇÃO

A mensuração da Cultura de Segurança do Paciente no Brasil é uma prática emergente e estudos realizados em laboratório de análises clínicas ainda são escassos (SCHOLNIK,2021). O objetivo do trabalho foi avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente pelos colaboradores da rede privada de laboratórios Dasa, localizados dentro de unidades hospitalares, com propósito de verificar a disseminação da cultura nas equipes operacionais.

METODOLOGIA

Para o estudo foi utilizado o questionário "*Hospital Survey on Patient Safety Culture*" (*HSOPSC*), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, adaptado para laboratórios brasileiros por Wilson Scholnik na tese de Doutorado "Avaliação da cultura e das práticas laboratoriais relacionadas à segurança do paciente"[1]. O HSOPSC é uma ferramenta mundialmente conhecida para mensurar a cultura de segurança do paciente em hospitais, traduzida para o português pela Fundação Fiocruz no trabalho realizado por Reis, Laguardia e Martins[2] (2012).

O questionário avalia o grau de concordância dos profissionais em questões relativas à cultura de segurança, por meio da escala *Likert*, com possibilidades de resposta que podem variar entre "discordo totalmente" a "concordo totalmente"[2] Os questionários com 86 perguntas, no formato eletrônico foram customizados conforme a área de atuação dos colaboradores e disponibilizados para serem respondidos anonimamente, por um período de 17 dias. Os *links* foram divulgados via e-mail e nos canais internos de comunicação da companhia – *Workplace, Whatsapp e Teams*. Como forma de incentivo, um sorteio para as unidades hospitalares com adesão maior que 75% foi programado para o período pós respostas.

RESULTADOS

O agrupamento dos dados foi realizado por meio de *BI- business intelligence dashboard*. Analisando as dimensões propostas por Shcolnik, 2021, foi observado maior ponto de atenção em relação às **Respostas Não Punitivas aos Erros,** com 29% (gráfico 1) de respostas adequadas ao esperado, sugerindo que os colaboradores têm receio de relatar eventos ocorridos por medo de punição por parte da empresa. A **Cultura de Gestão de Riscos,** 75% (gráfico 2) e **Apoio da Gestão na Segurança do Paciente,** 80% (gráfico 3) ambas de respostas adequadas ao esperado foram os pontos fortes encontrados na pesquisa dentro da cultura de segurança do paciente na instituição. Esta percepção está alinhada com o cronograma de atividades voltadas à política de segurança ao paciente adotada durante todo o ano de 2021 e 2022.

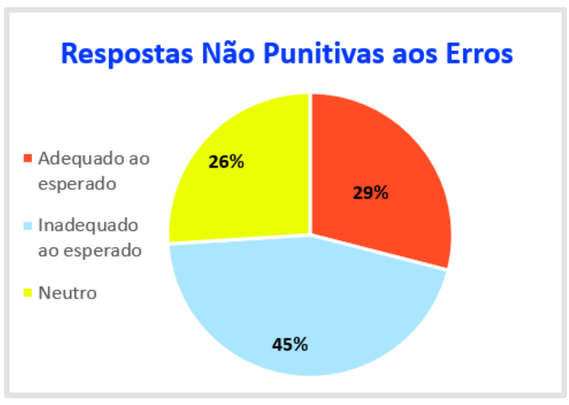


Gráfico 1: Maior ponto de atenção encontrado na pesquisa.

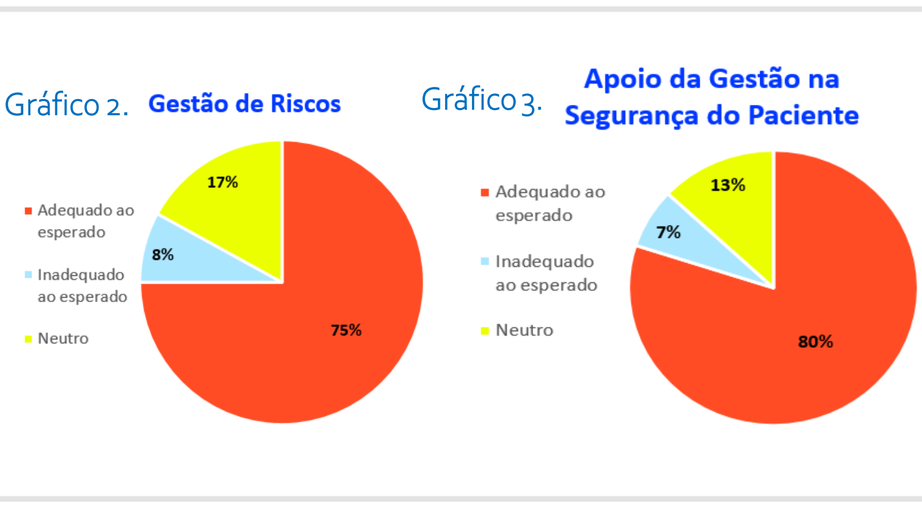


Grafico 2 e 3 : Pontos fortes encontrados na pesquisa.

CONCLUSÕES

A pesquisa provou ser uma importante aliada no levantamento dos dados, uma vez que contribuiu na visibilidade da percepção da cultura de segurança do paciente, fornecendo subsídios para o direcionamento de ações focadas nos pontos de desenvolvimento com o propósito de promover o gerenciamento dos riscos, cultura justa , prevenção dos erros e a melhoria contínua na segurança dos processos .

REFERÊNCIAS

1- SHCOLNIK, Wilson. Avaliação da cultura e das práticas laboratoriais relacionadas à segurança do paciente. Orientador: Prof. Dr. Alberto José da Silva Duarte. 2021. 376 p.Tese (Doutor em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

2- REIS, Claudia Tartaglia; LAGUARDIA , Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 2012, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2 nov. 2012.

PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA ESTRATÉGIA POSITIVA PARA GERENCIAMENTO E EFETIVIDADE DO PLANO TERAPÊUTICO

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz, Epifânio José Pereira Filho, Kalysta de Oliveira Resende Borges, Suellen Beatriz Beatriz Alvarenga de Sousa

INTRODUÇÃO

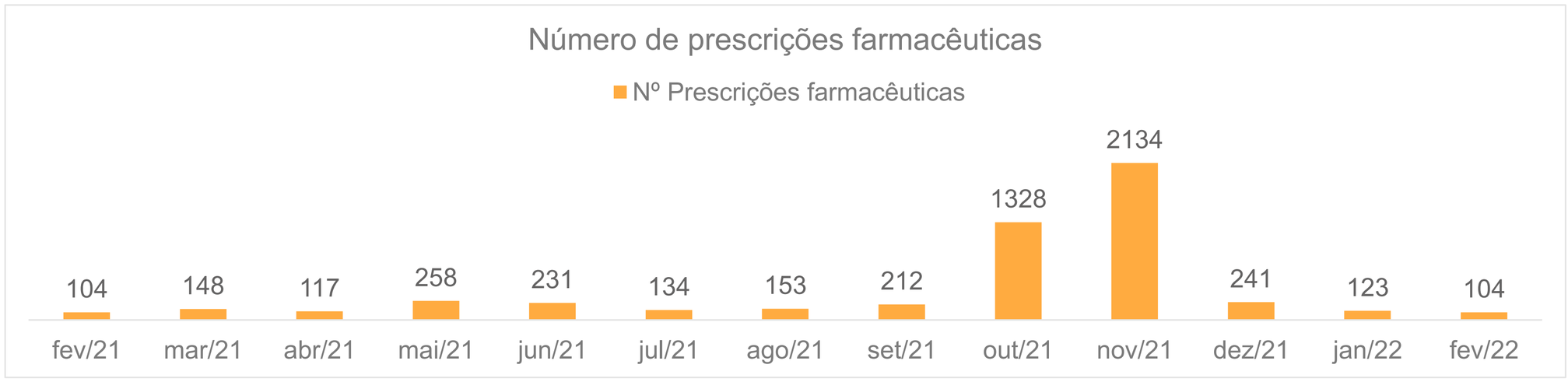
O cenário pandêmico privilegiou que a criatividade dos profissionais de saúde aguçasse a capacidade de realizar mais conforme o cenário que ia sendo estabelecido. No setor medicamentos, foi desafiador gerar acesso aos fármacos nos hospitais, principalmente os compunham os ditos “kit intubação”, devido o caótico desabastecimento mundial. Assim, uma importante estratégia fora efetivar, após a discussão técnica farmacêutico x médico, o mais breve possível as trocas de condutas afim de melhor assistir os pacientes no plano terapêutico vigente. A sobrecarga de atividades médicas assistências era um entrave para atingir este objetivo, foi então criado o fluxo de prescrição farmacêutica para garantir a segurança do paciente no uso de medicamentos e perenidade dos estoques. Objetivo correlacionar indicadores de segurança no uso do medicamento após a implantação da prescrição farmacêutica e pontuar se há necessidade de revisão do fluxo para atender a segurança do paciente.

METODOLOGIA

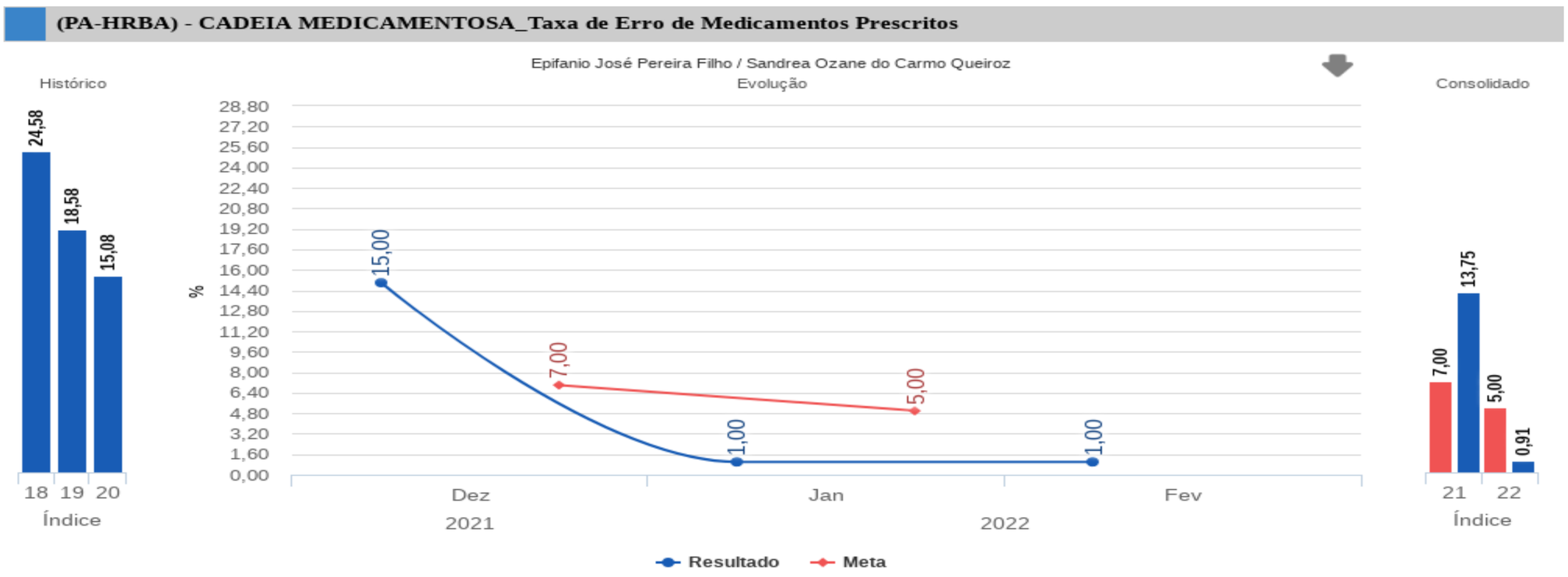
A pesquisa foi quantitativa, longitudinal, retrospectiva, compreendendo o período de fevereiro de 2021 à fevereiro de 2022. Tabulou-se o número de prescrições farmacêuticas realizadas. Foi monitorada a abertura de incidentes voltados ao desabastecimento de medicamentos utilizados na sedoanalgesia de paciente covid-19. Foram comparados os indicadores: taxa de prescrição médicas atendidas pela farmácia e taxa de erro de prescrição.

RESULTADOS

Foram realizadas 5.287 prescrições farmacêuticas nos 13 meses. O número de prescrições médicas atendidas no mesmo período foi de 100.103. Não foi registrado nenhum incidente por desabastecimento de medicamento sedoanalgésico. A taxa de erro de prescrições reduziu de 15,08% antes da prescrição farmacêutica para 1% no último bimestre da pesquisa.



Número de prescrições farmacêuticas realizadas de fevereiro de 2021 a fevereiro 2022. Fonte: Farmácia Clínica HRBA.



Taxa de erro de medicamentos prescritos. Fonte: Farmácia Clínica HRBA.

CONCLUSÕES

A prescrição farmacêutica tem demonstrado importante oportunidade de tornar as trocas de condutas voltadas a farmacoterapia mais efetivas, o mais precoce possível, o que beneficia os pacientes, que ganham acesso aos medicamentos e garantia do cuidado seguro, e às instituições que necessitam de condutas cada vez mais assertivas e sustentáveis frente aos cenários de desabastecimento e altíssimos custos com medicamentos e produtos em saúde. Tornar a farmácia clínica estratégica auxilia a gestão a atingir os objetivos de segurança do paciente e a perspectiva financeira da instituição.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DO MEDICAMENTO. Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte II. ISSN: 2317-2312 | VOLUME 5 | NÚMERO 2 | JUNHO 2016.

PROQUALIS. Taxa de erros na prescrição de medicamentos. Disponível em: https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-erros-na-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos. Acessado em:01/011/22.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
In Affiliation with JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

PROGRAMA PRÁTICAS QUE TRANSFORMAM

Ideiais implantadas com impacto transformador

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Flávia Luana da Silva, Juarez Leites, Mariana Lorenzi, Maria Eduarda de Lavra

INTRODUÇÃO

O cenário do setor saúde no Brasil, tendências e desafios do segmento, fez-se necessário uma adaptação e transformação para manter a excelência. Itens como transformação digital, novos negócios, eficiência operacional, pacientes mais informados e exigentes, impulsionaram respostas da instituição por meio da colaboração das equipes. Diante disso, foi criado o programa Práticas que Transformam, com o objetivo de captar e compartilhar ideias implementadas com impacto transformador.

METODOLOGIA

O programa foi desenvolvido buscando o registro de práticas implementadas pelos colaboradores, reconhecendo o seu protagonismo, com elementos de importância, objetivo, ações implementadas e valores organizacionais, sendo individuais ou coletivas, incluindo resultados e evidências.

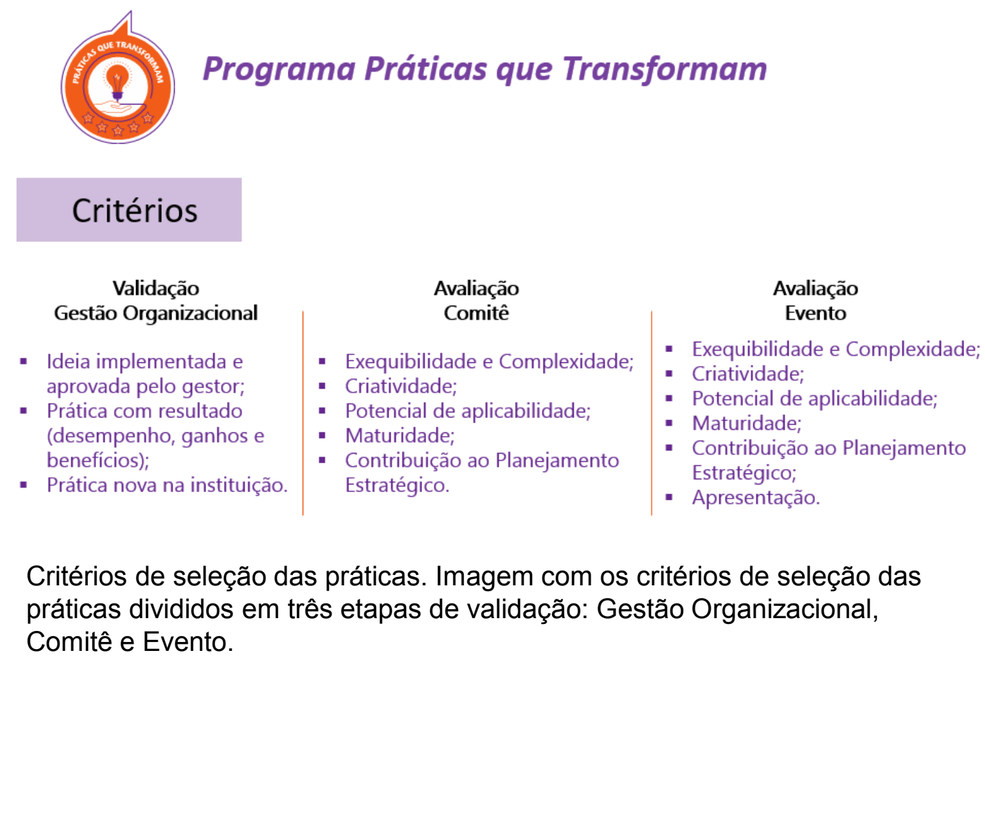
A equipe do programa realiza a validação das evidências e continuidade da melhoria. Todas práticas validadas são cadastradas na intranet como forma de reconhecimento nominal das pessoas e da área.

Na validação das práticas são considerados critérios de Exequibilidade e Complexidade, Criatividade, Potencial de Aplicabilidade, Maturidade e Contribuição Estratégica na apresentação pelo comitê do programa. Uma vez ao ano ocorre o evento de premiação das 10 melhores ideias, em que toda a Superintendência assiste, avalia e premia, conforme escalonamento.

RESULTADOS

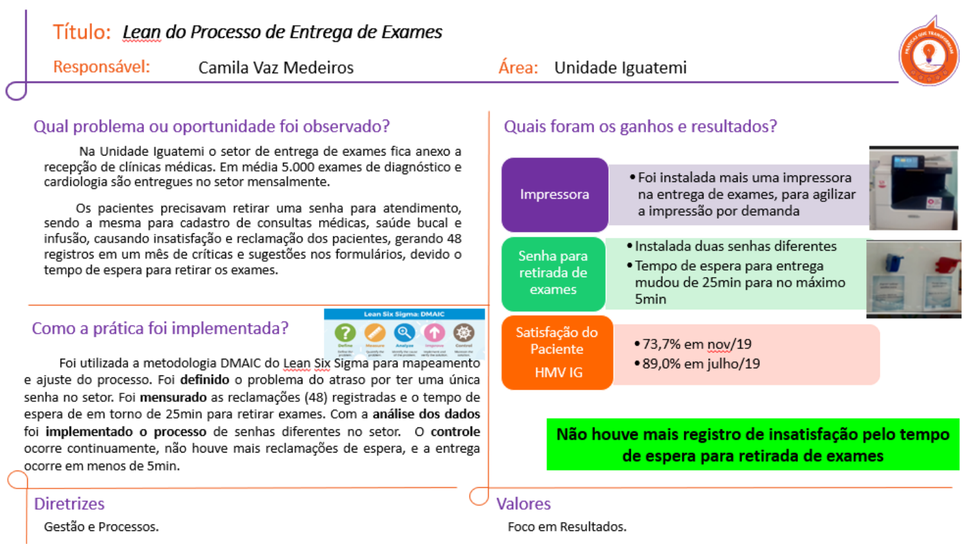
Desde 2019, o programa recebeu 140 práticas voltadas à experiência do paciente, melhoria de processos e melhora de receita/redução de custos, ultrapassando ganhos de 1 milhão. Um exemplo é o indicador de satisfação da enfermagem partindo de 7,9 pontos para 9,0 pontos em 6 meses. Duas práticas foram premiadas externamente no concurso sul-brasileiro de projetos participativos, como a máscaras lúdicas de imobilização para radioterapia em crianças e ações na jornada do paciente com COVID-19, relacionadas a melhor experiência dos pacientes.

Prática “Máscara dos Sonhos” / Enfermeira apresentando uma máscara lúdica caracterizada como princesa de imobilização para radioterapia em crianças.



Critérios de seleção das práticas. Imagem com os critérios de seleção das práticas divididos em três etapas de validação: Gestão Organizacional, Comitê e Evento.

Evento de premiação das práticas vencedoras /Imagem com representantes da superintendência e os vencedores com seus vale presentes em mãos



Modelo de apresentação de uma das práticas realizada no evento / Imagem com apresentação da prática “Lean do Processo de Entrega de Exames” com descrição do problema, como foi feita e ganhos obtidos.

CONCLUSÕES

O programa incentiva a busca de soluções e melhorias, promove a valorização das ações das equipes, proporciona ambiente de troca de conhecimentos e desenvolvimento constante. Todas as práticas impactam a vida do paciente, contribuem para segurança e atendimento ágil e de qualidade, reduzem custos e geram novas receitas, apoiando a instituição de saúde impulsionando a excelência e o cuidado das pessoas.

REFERÊNCIAS

Vasconcellos, Marcos. Inovação pelas pessoas: o caminho para o sucesso das organizações. 2021.
Johnson, Steve; Borges, Maria Luiza. De onde vêm as boas ideias: Uma breve história da inovação. 2021.
Womack, James P.; Jones, Daniel T.. Lean Thinking. 2003.
Nolan, Thomas W.; Langley, Gerald J.; Norman, Clifford L.; Nolan, Kevin M.; Provost, Lloyd P.; Moen, Ronald D. Modelo de Melhoria: uma Abordagem Prática Para Melhorar o Desempenho Organizacional. 2011

Projeto Incubadora de aprendizagem para enfermeiros na unidade de terapia intensiva

Sabrina Capeletti, Viviane Boneli

INTRODUÇÃO

Na área da saúde e especialmente na Enfermagem, as incubadoras de aprendizagem são ainda incipientes, mas promissoras. O objetivo é promover o acolhimento e a integração do profissional admitido na Instituição; qualificando o trabalho desenvolvido através da educação continuada de profissionais já inseridos no serviço; além de identificar barreiras e facilidades no processo de adaptação e desenvolvimento do novo colaborador .

METODOLOGIA

O projeto teve início em agosto de 2021 e para sua execução foi elaborada uma matriz de treinamento dividida em 3 fases:

Fase 1: Acolhendo o novo colaborador;

Fase 2: Capacitando o novo colaborador;

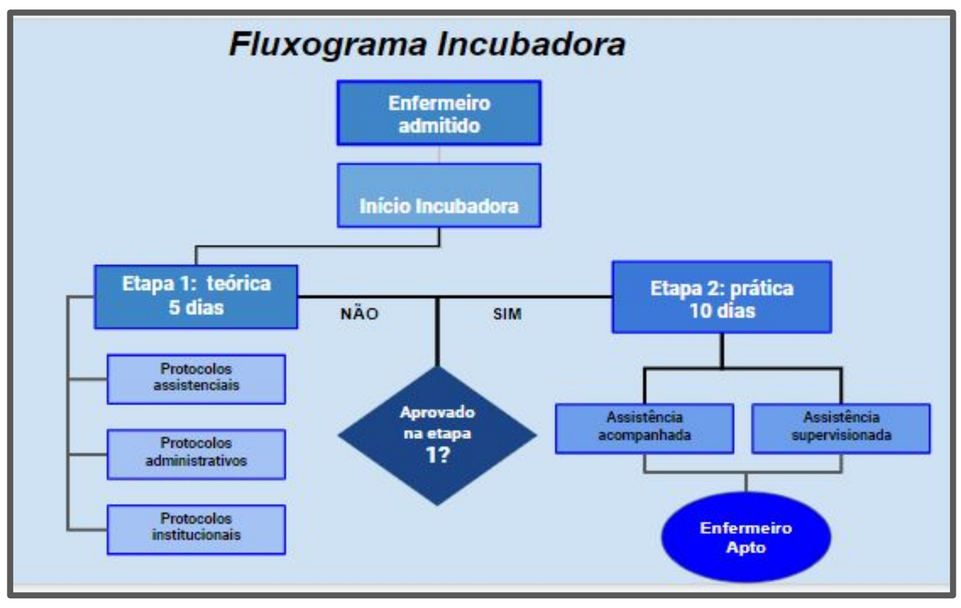
Fase 3: Praticando com o novo colaborador.

1ª fase: de acolher o colaborador, ele é apresentado ao ambiente, estruturas das unidades, farmácia satélite, disposição dos leitos, além de uma breve apresentação sobre a expectativa de sua postura e desenvolvimento dentro da unidade.

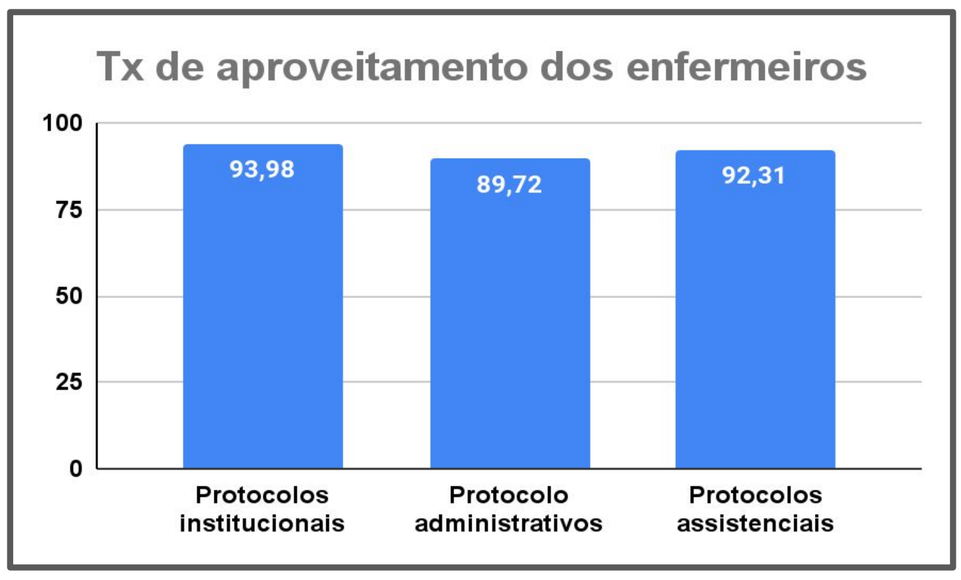
2ª fase: apresentado ao novo colaborador as principais rotinas assistenciais e administrativa, protocolos vigentes, sistema utilizado. (Etapa 1)

3ª fase: o colaborador vai a campo com uma enfermeira específica (referência da unidade), onde ele é treinado diretamente nas práticas assistenciais. (Etapa 2)

O treinamento tem duração de 15 dias.



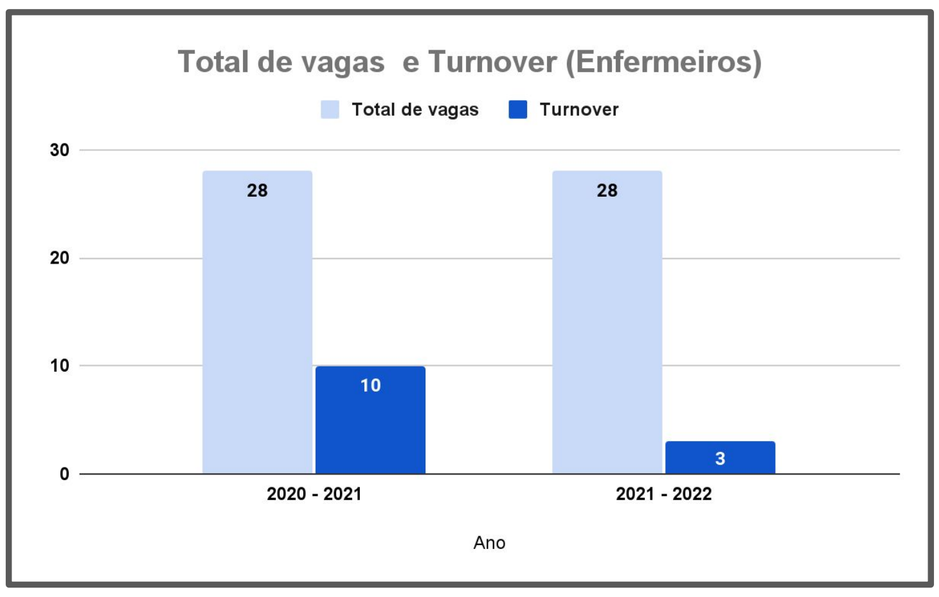
Fluxograma do projeto Incubadora



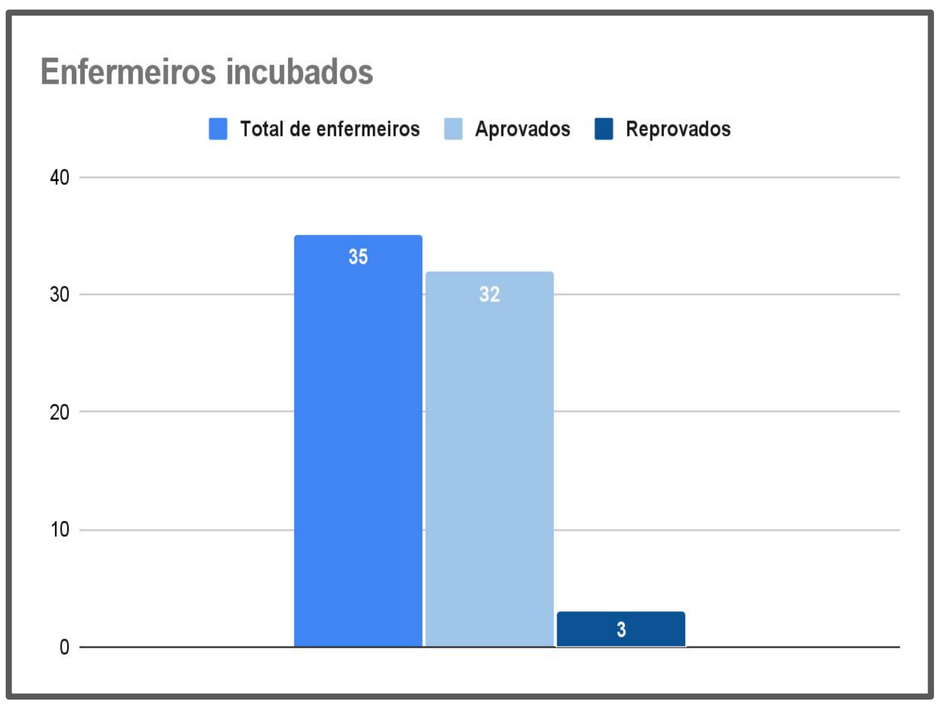
Aproveitamento dos enfermeiros nas avaliações aplicadas ao término da incubação.

RESULTADOS

A eficácia do projeto comprovou-se através da redução do turnover de enfermeiros na unidade, com a retenção de 91% dos enfermeiros admitidos em 1 ano de aplicação, além da avaliação de eficácia positiva, realizada após 90 dias do ingresso na incubadora, com aproveitamento de 78% após a vigilância de processos. Dos 35 enfermeiros incubados, somente 3 foram reprovados por motivo comportamental, não comprometendo a eficácia do projeto. Fazendo um comparativo dos últimos 2 anos, observou-se uma redução de 70% no turnover da unidade.



Turnover de enfermeiros no período de 2 anos



Performance de enfermeiros incubados em 12 meses.

CONCLUSÕES

O projeto proporcionou a acolhida e integração dos colaboradores novos e a retomada com valorização do colaborador já pertencente à instituição. A aplicação dessa matriz de treinamento qualificou a assistência, produzindo um ambiente de aprendizagem contínua, onde os colaboradores são atores principais em busca do conhecimento e não apenas meros espectadores da ação.

REFERÊNCIAS

Cecagno D, Siqueira de HCH, Calvetti A, Castro LQ, Erdmann AL. [Incubate of learning in nursing: an innovation in teaching the care]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009[cited 2015 May 30];62(3):463-66. Available from: Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/21.pdf Portuguese.

Qualidade Assistencial: A importância do enfermeiro no tempo porta-balão no serviço de emergência

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
In Affiliation with JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

Augusto Baisch de Souza, Carla Dalmolin Bergoli, Sidiclei Machado Carvalho, Tiago Claro Maurer

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, representando aproximadamente 31% de todos os óbitos, dentre elas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresenta os maiores índices de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Com o andamento da pandemia da COVID-19, acredita-se que o isolamento social e as modificações na organização e funcionamento dos sistemas de saúde tenham impactado nos atendimentos cardiológicos [1]. A dor torácica, sendo apresentada como uma dor súbita sob a porção do esterno, constante e construtiva, podendo ou não irradiar para outras partes do corpo, especialmente no braço esquerdo, é um dos principais sintomas associados ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Aos enfermeiros cabe o reconhecimento dos sintomas no primeiro contato nos serviços de emergência, seguido da classificação de risco e identificação dos gatilhos para inclusão no protocolo de dor torácica, promovendo rápida intervenção multidisciplinar quando indicado [2,3].

METODOLOGIA

Estudo transversal, retrospectivo com análise quantitativa. No período de janeiro a dezembro de 2021 foram analisados prontuários de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST (IAMCSST), cujo objetivo foi verificar os tempos de cada etapa do protocolo de dor torácica. Verificaram-se os seguintes tempos assistências: Tempo Porta-ECG (chegada do paciente ao hospital até a realização do eletrocardiograma), Tempo ECG-Laudo (intervalo entre a finalização do eletrocardiograma e o diagnóstico) e Tempo Porta-Guia (tempo entre chegada do paciente ao hospital até a passagem da guia pela lesão culpada). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, sob o número 3.255.989. A amostra foi composta por 37 pacientes com diagnóstico de IAMCSST. Foi analisado o perfil epidemiológico, características dos sintomas relatados e o tempo entre as etapas do protocolo de dor torácica do serviço de emergência até o serviço de hemodinâmica.

RESULTADOS

Foi possível observar que a idade média foi entre 30 a 94 anos (67,51%), com predomínio do sexo masculino (67,57%).

	Tempos Assistenciais
Tempo Médio Porta-ECG	**4 minutos e 16 segundos**
Tempo Médio ECG-Laudo	**1 minuto e 06 segundos**
Tempo Médio Porta-Guia	**54 minutos e 42 segundos**

Tabela com os tempos assistenciais do protocolo
Tempo Porta-ECG / Porta ECG-Laudo / Tempo Porta-Guia

Os dados acima estão dentro do preconizado pelas diretrizes internacionais.
A principal queixa relatada pelos pacientes na procura pelo atendimento de emergência foi a dor torácica (59,46%), seguida da queixa de dor epigástrica (18,92%). A característica da dor apontada pelos pacientes foi: dor do tipo “em aperto” (53,57%), dor do tipo “em queimação” (39,29%) e com dor do tipo “pressão” (7,14%). Dos pacientes em estudo, 93,70% procuraram o serviço de emergência com o tempo de início de sintomas menor que 24 horas.

CONCLUSÃO

A utilização dos protocolos assistenciais para infarto agudo do miocárdio é de suma importante para unificação da prática, melhor eficácia no tratamento, menor tempo de espera do paciente e melhora dos indicadores apresentados no artigo. O enfermeiro contribui com eficiência neste fluxo desse atendimento e está diretamente relacionado com os dados encontrados e preconizados pelas diretrizes internacionais.

REFERÊNCIAS

1.CINTRA, Isabel Ferreira et al. Infarto agudo do miocárdio no brasil e regiões: impacto da pandemia da covid-19 na taxa de mortalidade e hospitalizações. Diálogos & Ciência, v. 1, n. 42, p. 76-86, 2021
2.MAIER, Gláucia de Souza Omori; MARTINS, Eleine Aparecida Penha. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 757-764, 2016.
3.AMORAS, Tárcio Sadraque Gomes et al. Avaliação do tempo porta-balão como um indicador da qualidade assistencial. Rev. enferm. UFPE on line, p. [1-5], 2020.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Qualificação e Segurança - Rede Assistencial

Suzan Patrícia Osis; Mauro Couri; Claudia Zenesi Cafalli

INTRODUÇÃO

“Qualidade do cuidado em saúde é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente”*.

Entendendo que, para alcançar uma rede de prestadores assistenciais qualificada, são imprescindíveis as informações sobre *compliance*, qualidade, documentação regulatória e segurança assistencial, também almejando um atendimento de excelência aos nossos beneficiários no estado de São Paulo, com redução de riscos, atendimento a RDC36 (Segurança do Paciente em serviços de saúde), a RN507 (Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde), um cadastro adequado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e o desenvolvimento de uma cultura que inclui a criação de núcleos e planos de Segurança do Paciente, a operadora reestruturou sua gestão com a rede prestadora de serviços. Nesta reestruturação, incluímos como documentos obrigatórios o cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente na Anvisa, o Plano de Segurança do Paciente (conforme RDC36), o PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde) e a análise de *compliance*.

Sendo uma operadora com mais de 90% de sua rede prestadora no modelo indireto, com mais de 5.800 prestadores PJ (Pessoa Jurídica) no estado de São Paulo, iniciamos um trabalho de qualificação da rede assistencial.

METODOLOGIA

Disponibilização às filiadas operadoras de uma ferramenta que comportasse o objetivo e facilitasse a gestão e qualificação da rede assistencial, disponibilizando informações sobre a qualidade da rede e possibilitando a estruturação de planos de ação e melhoria continuada.
Em parceria com a *startup* Linkana, foi desenvolvida uma ferramenta com dados específicos para a rede assistencial, dividida por tipos de prestadores. Ao inserir o CNPJ do prestador, a ferramenta realiza, de forma automatizada, uma pesquisa inicial sobre a regularidade fiscal e trabalhista, financeira, ESG, itens de *compliance* e verificação de NSP cadastrado na Anvisa e CNES.
O prestador assistencial deve enviar documentos regulatórios e de qualidade, como Responsabilidades Técnicas, PGRSS, Plano de Segurança do Paciente, acreditações etc. Ao final, o prestador recebe uma “nota” de confiança e, assim, será desenvolvido um plano de ação pela operadora responsável.
Também existe na ferramenta uma aba denominada “*performance*”, na qual a equipe técnica da Unimed Fesp disponibiliza modelos de visita técnica, com itens de qualidade, segurança e estrutura, a ser realizada pela filiada, de forma que itens críticos ou notas baixas são monitoradas e ações de melhoria desenvolvidas.

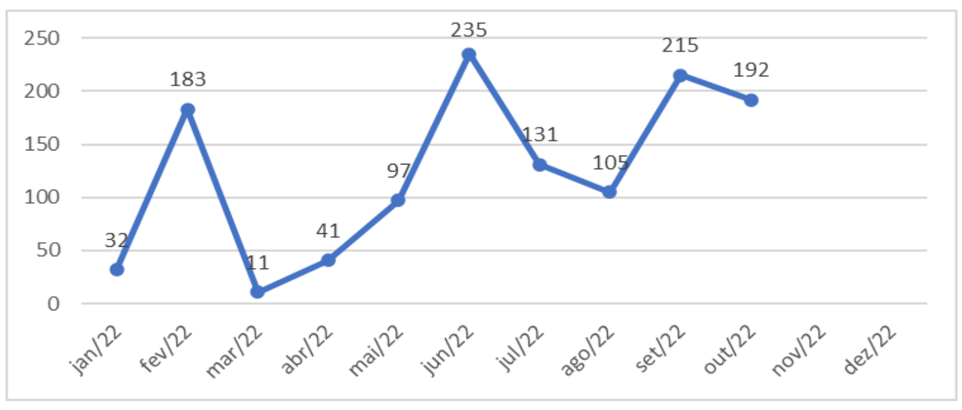


Gráfico 1 – Histórico de prestadores incluídos na ferramenta Linkana.

RESULTADOS

Disponibilizada desde julho/21 para as Unimeds do estado de São Paulo de forma gratuita, a ferramenta já está em utilização em 42% das Singulares operadoras, responsáveis por 28% dos prestadores assistenciais que atendem nossos beneficiários.
Existem, atualmente, cadastrados na ferramenta 1.470 prestadores, sendo analisados pelas contratantes quanto a sua qualificação.

Confiança	Categoria	Situação do Processo	Etapa
A	Consultório Isolado	Em andamento	Aguardando Revisão
A	Consultório Isolado	Em andamento	Aguardando Revisão
B	Consultório Isolado	Ativo	Finalizado
E	Laboratório	Em andamento	Aguardando Fornecedor
C	Laboratório	Ativo	Finalizado
C	Clínicas terapias especiais (ABA, Denver, etc)	Em andamento	Aguardando Revisão

Imagem 1 – Imagem de qualificação (confiança) do prestador de serviços assistenciais, de acordo com informações pesquisadas e documentos apresentados.

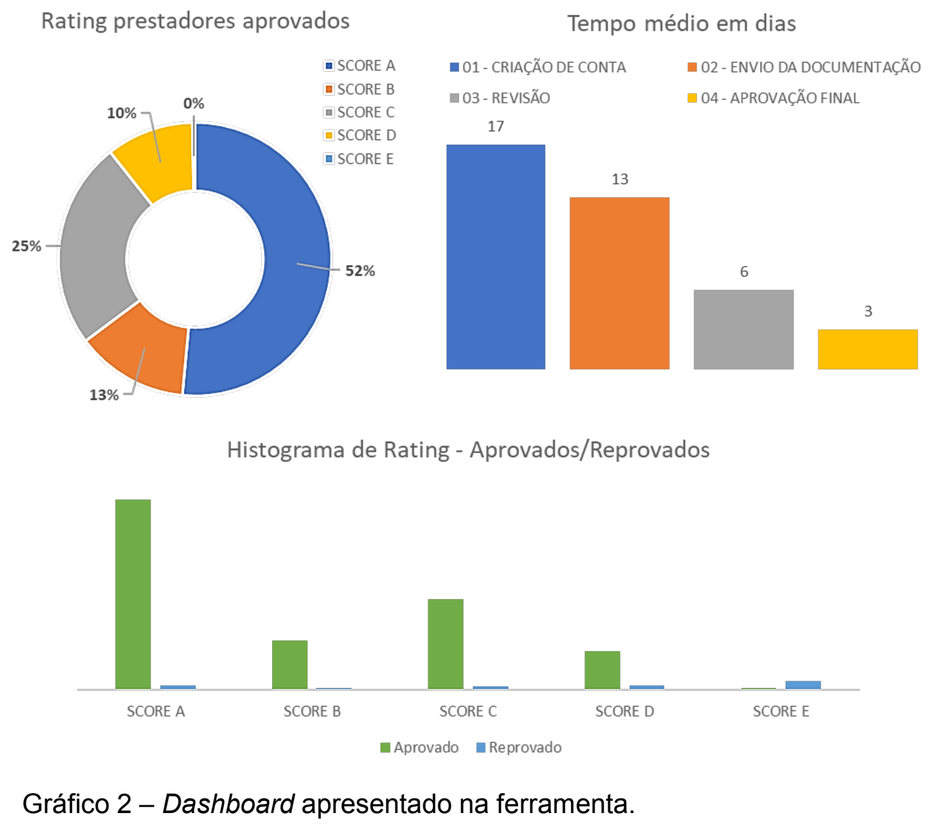


Gráfico 2 – *Dashboard* apresentado na ferramenta.

CONCLUSÕES

Assumindo a qualificação da rede assistencial, cada Singular participante está organizando sua rede direta, de forma a reduzir risco regulatório, impacto ambiental quanto ao resíduo de saúde e eventos assistenciais adversos. Quando um prestador é desenvolvido de forma a melhorar a sua documentação e reestruturar processos de Segurança do Paciente e coleta de resíduos, o mesmo muda seu atendimento a todos seus pacientes, independente da origem (SUS ou saúde suplementar), de maneira que a implantação da qualificação da rede assistencial tem impacto social.

REFERÊNCIAS

*Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso: documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

RACIOCÍNIO CLÍNICO: ESTIMULANDO O ENFERMEIRO PELA ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

LUCIANE MATOS TORRANO, JANAINA MARTINS OGANDO, ELAINE CRISTINA MELO DE LIMA e FLAVIA PACKER

INTRODUÇÃO

Consideramos os registros de enfermagem essenciais para segurança do paciente, além de fonte de apoio na análise dos processos de tomada de decisão e melhoria de desempenho das organizações. O diagnóstico de enfermagem como parte do processo de enfermagem estabelece um elo entre as respostas humanas, os objetivos desejados e as intervenções para alcançá-los; portanto o diagnóstico proveniente do levantamento de dados consiste num ponto de apoio para selecionar as intervenções de enfermagem. A avaliação da acurácia diagnóstica por meio de auditoria permite avaliar a utilidade dos dados coletados e a inter-relação entre as etapas do processo de enfermagem (FGOA, 2007). A Acurácia é a proximidade de um resultado com o seu valor de referência real. Dessa forma, quanto maior o nível de acuracidade, mais próximo da referência ou valor real é o resultado encontrado.

O Raciocínio Clínico é o processo usado por profissionais da área da saúde para refletir e planejar o tratamento do paciente, ou seja, é a chamada tomada de decisão. Serve para orientar e conduzir da melhor maneira possível o tratamento do paciente. (FARIA, 2020).

Objetivo deste estudo é relatar a experiência de treinamentos voltados ao raciocínio clínico como forma de elevar a criticidade dos enfermeiros frente a seleção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem essenciais ao cuidado do paciente..

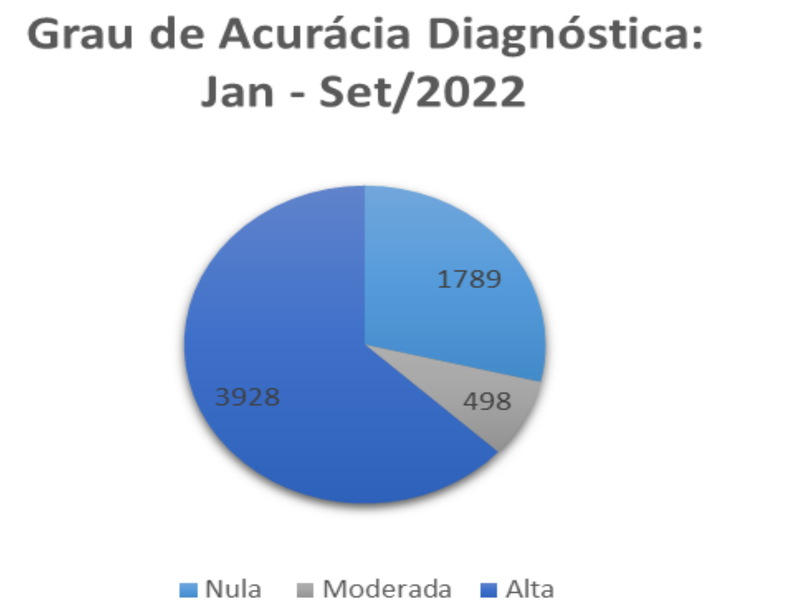
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, em forma de relato de experiência, realizado entre os meses de abril a setembro de 2022. A população deste estudo foi composta por enfermeiros de uma rede de cinco hospitais privados, na cidade de São Paulo. Foram realizadas oficinas de treinamentos com foco na promoção do raciocínio clínico através da metodologia de acurácia dos diagnósticos de enfermagem e auditoria de prontuários. O adulto aprende se quiser e principalmente se fizer sentido para ele. Dar "aula" de Raciocínio Clínico não agregaria valor algum, mesmo porquê, na teoria as coisas são bem mais simples que na prática. Então a dinâmica da Oficina de Raciocínio Clínico do Enfermeiro foi: "O juiz está te chamando, explique a ele os seus registros. São relevantes, específicos e coerentes?"

Fotos das Oficinas de Raciocínio Clínico realizadas nos cinco hospitais e em todos os plantões.

RESULTADOS

No período das oficinas foram capacitados 424 enfermeiros e 450 diagnósticos de enfermagem avaliados, sendo um por prontuário. Na análise crítica de relevância quanto ao diagnóstico correlacionado aos registros, obtivemos o resultado de 349 diagnósticos de enfermagem com pistas (manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do Diagnóstico de Enfermagem que está sendo avaliado). Após a análise de acurácia do diagnóstico de enfermagem apenas 283 seriam mantidos pelos enfermeiros. Para manter o acompanhamento da acurácia diagnóstica dos enfermeiros, cada supervisor de enfermagem ficou responsável em avaliar um prontuário por dia e dar feedback aos enfermeiros dos resultados encontrados. Até setembro de 2022 foram avaliados 6215 diagnósticos de enfermagem, sendo um por prontuário. Destes, 4855 tinham pistas. Em relação a acurácia desses diagnósticos, 4277 eram relevantes (grau com que uma pista é necessária para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado), 4088 específicos (propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de outro diagnóstico de enfermagem) e 4108 coerentes (propriedade de uma pista de ser consistente com o conjunto das informações disponíveis). Em relação ao grau de acurácia, 1789 foram considerados nulos (não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão ou as pistas existem têm baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência), 498 moderadas (as pistas presentes nos dados de avaliação têm coerência baixa/nula com os dados de avaliação, mas há pistas altamente relevantes e/ou altamente específicas para o diagnóstico em questão) e 3928 altas (as pistas presentes nos dados de avaliação são altamente coerentes com os dados da avaliação, e/ou altamente relevantes, e/ou altamente específicas para o diagnósticos em questão). Foi observado que os enfermeiros elencaram diagnósticos desnecessárias conduzindo a equipe a banalizar os itens da prescrição de enfermagem, checando as intervenções sem realmente ler ou elencaram diagnósticos e não associaram a prescrições relacionadas.



CONCLUSÕES

Diante desta realidade, a oficina proporcionou ao profissional enfermeiro maior criticidade no que diz respeito a eleger os diagnósticos de enfermagem correlacionando-os com as intervenções essenciais ao cuidado do paciente. A abordagem individual dos supervisores tem frisado aos enfermeiros que o que fica documentado é uma das faces visíveis da qualidade dos cuidados prestados e que os registros têm como função documentar o processo de prestação de cuidados e auxiliar a comunicação entre os profissionais, facilitando assim a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS

1. FARIA, Gleison et all. **Raciocínio clínico em enfermagem: uma revisão bibliográfica**. Saber Científico, Porto Velho, v. 9, n. 2, p. 73 – 84, jul./dez. 2020.

2. MATOS, F.G.O.A. e Cruz, D.A.L.M. **Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica**. Rev Esc Enferm USP. 2009, 43 (Esp): 1088-97.

REDUÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PELA ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM HOSPITALISTA

Vinícius Sabedot Soares, Simone Sleimon Ventura, Adriano Chimal da Silva, Camila Barzotto Crippa

INTRODUÇÃO

A demanda por internações hospitalares segue crescente e muitas vezes supera a capacidade instalada disponível. Visando garantir acesso hospitalar em tempo hábil, é importante aumentar o giro de leitos com medidas que reduzam o tempo médio de permanência, como a execução eficiente do plano terapêutico da internação e a coordenação do cuidado multidisciplinar.

METODOLOGIA

Implementamos um projeto de plano terapêutico integrado nas unidades de internação (de perfil misto clínico-cirúrgico) com pacientes de especialidades, médicos assistentes e convênios variados. Nessas unidades, enfermeiras hospitalistas acompanharam os pacientes mais complexos (definidos como aqueles com Índice de Comorbidades de Charlson maior que 5, uma ferramenta amplamente utilizada para mensurar a carga de doenças do paciente) desde o início da internação.

Na sua rotina de trabalho, as enfermeiras realizaram rounds multidisciplinares duas vezes na semana na própria enfermaria, revisando o plano terapêutico da internação e as pendências para a alta hospitalar com o restante da equipe. Além disso, conduziram a interface com a equipe médica, identificaram e sinalizaram prioridades aos serviços de apoio diagnóstico, bem como oportunizaram desospitalização segura com continuidade do cuidado em nível ambulatorial.

Representação geral das interfaces da enfermagem hospitalista.

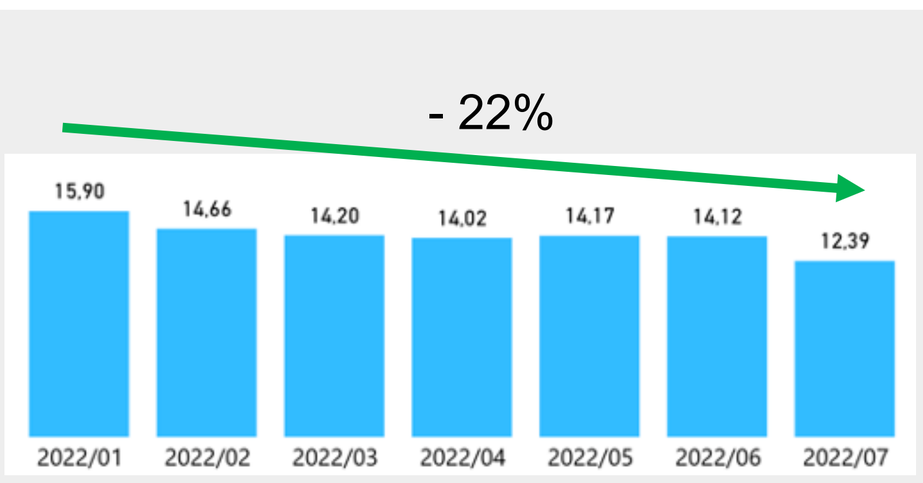
Huddle de planejamento terapêutico multidisciplinar focado no plano de alta hospitalar, liderado pela enfermeira hospitalista.

RESULTADOS

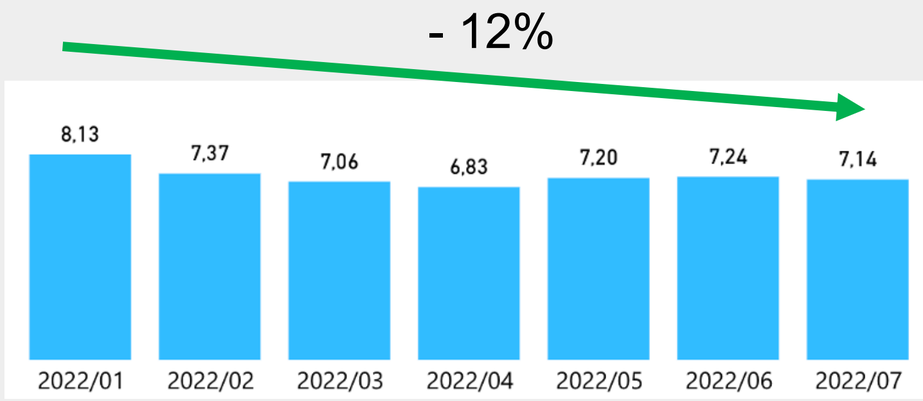
Entre os meses de janeiro a julho de 2022, observamos uma redução de 22% do tempo médio de permanência os pacientes complexos (aqueles com índice de Charlson maior que 5) acompanhados pelas enfermeiras hospitalistas, de 15,9 dias para 12,39 dias.

No mesmo período, o tempo médio de permanência geral reduziu 12% (8,13 para 7,14 dias), enquanto que a permanência média dos pacientes não acompanhados pelas enfermeiras reduziu 5% (5,75 para 5,35 dias).

A taxa de readmissão não planejada em 30 dias após a alta variou de 8,9% para 9,2% entre janeiro e julho de 2022.



Evolução mensal do tempo médio de permanência (em dias) das internações de pacientes complexos (Charlson > 5).



Evolução mensal do tempo médio de permanência (em dias) das internações em geral.

CONCLUSÕES

A coordenação do cuidado e do plano terapêutico conduzidos por enfermeiras hospitalistas apresentou impacto significativo no tempo médio de permanência hospitalar nos pacientes complexos, com redução percentual quatro vezes maior do que o observado para os pacientes sem esse acompanhamento. Essa redução do tempo de permanência possibilitou um maior giro de leitos no hospital, sem aumento expressivo de readmissões não planejadas em até 30 dias após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis, 1987.
2. Jotz GP, Cordeiro Júnior W, Kruel AJ. Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018.
3. Advisory Board. The Discharge Strategy Handbook. The Advisory Board Company, 2013.

Relato da experiência de um Posto de Coleta de Leite Humano

Leandro Rodrigues da Cunha, Raquel Adjafre da Costa Matos, Adriana Cardozo de Lima Firmino, Daniele Mendes do Nascimento

INTRODUÇÃO

O leite humano é recomendado como fonte ideal e exclusiva de alimentação precoce para bebês desde o nascimento até os seis meses de idade. O leite humano contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Em ambiente hospitalar, os lactentes amamentados apresentam menor tempo de internação e menor morbidade em relação a várias doenças em comparação com lactentes alimentados com fórmulas infantis. Nesse contexto, os Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH) têm importante papel assistencial junto às puérperas e nutrizes, no sentido de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno pois são responsáveis por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta do leite humano e sua estocagem. O objetivo desse trabalho é caracterizar um Posto de Coleta de Leite Humano de um hospital particular do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo de um posto de coleta de leite humano em um hospital particular do Distrito Federal. Foram coletadas informações do quantitativo da equipe multidisciplinar envolvida, bem como registro das reuniões individuais e coletivas realizadas com as mães e puérperas. O volume de leite ordenado cru e pasteurizado foi expresso por média mensal em litros. Foram registradas também a taxa de satisfação dos usuários do serviço prestado e a ocorrência de eventos adversos no período. Este trabalho foi dispensado de aprovação do CEP por ser uma pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, conforme Art.1º da Resolução no 510 de 7/4/16.

Taxa perventual de satisfação dos clientes que utilizaram o serviço do Posto de coleta nos anos de 2021 e 2022 até o mês de Agosto

A média mensal de atendimentos individuais às mães foi de 78 e em média são realizados quatro atendimentos mensais coletivos. O posto de coleta distribui mensalmente em média de 16,7 litros de leite humano cru ordenhado e 11,02 litros de leite pasteurizado, quantidade insuficiente para alimentar exclusivamente os neonatos que em sua maioria recebem fórmula infantil complementar. Dispõe de média mensal de 28 doadoras ativas e 20 receptores ativos tanto de leite humano pasteurizado como de leite humano ordenhado cru que em sua maioria precisam receber fórmula infantil complementar. Apresenta registro de 92% de taxa de satisfação do cliente e não foram registrados eventos adversos no setor desde sua inauguração, em maio de 2018.

RESULTADOS

O hospital conta com 16 leitos de UTI neonatal com 50% de taxa média de ocupação. O posto de coleta de leite humano é formado por uma equipe multidisciplinar composta por dois médicos, dois enfermeiros, uma nutricionista, um técnico de enfermagem e quatro copeiras. Realiza ações de captação de novas doadoras assim como coleta, estocagem e distribuição do leite humano. Em termos de volume de leite humano processado, o Posto de Coleta de leite Humano realiza o processamento do leite em parceria com o Banco de Leite de um hospital de referência da rede pública do Distrito Federal de forma a oferecer leite humano pasteurizado para os recém nascidos da UTI Neonatal.

CONCLUSÕES

O Posto de Coleta de Leite Humano tem como principal missão promover, proteger e apoiar o aleitamento materno com a realização de atendimento individual e coletivo com as puérperas além de atividades de incentivo a doação e amamentação. A presença de um posto de coleta de leite humano em ambiente hospitalar é uma estratégia importante que repercute positivamente na promoção da saúde materno infantil sendo um valioso recurso para incentivar o aleitamento natural e promover recuperação dessas crianças além de se apresentar como uma área capacitada para coletar, armazenar e distribuir rapidamente o leite humano para neonatos.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos[Internet]. Brasília: Anvisa. 2008 Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf

Fonseca, Rafaela Mara Silva et al. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 01, pp. 309-318.

Li L, Song H, Zhang Y, Li H, Li M, Jiang H, Yang Y, Wu Y, Gu C, Yu Y, Qian X. Breastfeeding Supportive Services in Baby-Friendly Hospitals Positively Influenced Exclusive Breastfeeding Practice at Hospitalization Discharge and Six Months Postpartum. Int J Environ Res Public Health. 2021 Oct 30;18(21):11430.

Remuneração Baseada em Valor: a prática

Claudia Zenesi Cafalli; Mauro Couri; Suzan Patrícia Osis; Viviane Pina dos Santos

INTRODUÇÃO

As operadoras de planos de saúde enfrentam desafios importantes. Normativas centradas em avaliação da qualidade e segurança assistenciais e do valor gerado para o paciente. Demanda do mercado por transparência de dados e novos modelos de cuidado. Sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. O equilíbrio entre custos, experiência do paciente e qualidade assistencial torna-se foco das atenções. Evitar desperdício é a direção e a solução para essas exigências é a remuneração baseada em valor (RBV).

Há muita teoria sobre o assunto. A Unimed Fesp está colocando em prática diversos projetos, mesmo com a particularidade de não possuir rede própria ou credenciada. Atendemos nossos beneficiários na rede prestadora das demais Unimeds, no que chamamos de Intercâmbio Nacional.

METODOLOGIA

Uma vez que a rede utilizada não é da Unimed Fesp, se faz necessário passar pela Unimed detentora do contrato para chegar à ponta do processo, o prestador. Desta forma, são realizados acordos operacionais, cujas cláusulas definem métricas de avaliação, metas e bônus financeiro em caso de cumprimento do estabelecido.

Na **Atenção Primária à Saúde** (APS), definimos pagamento por *capitation*. São avaliados indicadores de consultas em pronto socorro e internações por condições sensíveis à atenção primária. Haverá pagamento de bônus não cumulativo ao final de um ano, se pertinente (figura 1).

No projeto de **Incentivo ao Parto Adequado** (IPA), estabelecemos aumento de 3% na taxa de partos normais, com ausência de eventos adversos, envio de indicadores e protocolos relacionados às metas internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e ao processo obstétrico. Se as metas forem cumpridas, a instituição recebe porcentagem sobre o total das contas no período e o profissional, sobre os respectivos honorários médicos (figura 2). É importante reconhecer a participação fundamental do médico neste processo, uma vez que a gestante deve ser acolhida no projeto desde o pré-natal.

A terceira frente de atuação é o estabelecimento de teto para remuneração de procedimentos, de acordo com a classificação obtida em visita técnica realizada pela Unimed do Brasil, que se baseia em qualidade e tamanho da estrutura. Este projeto está definido, em fase de discussão para ser implantado.

Ressaltamos que para análise da pertinência de bônus financeiro ou estabelecimento de valor a ser cobrado, a segurança do paciente e as boas práticas institucionais são levadas em consideração. Há monitoramento da ocorrência de eventos adversos, de taxa de reinternação, de indicadores de resultado e de equilíbrio, com avaliação das metas estabelecidas e dos documentos enviados, como protocolos referentes ao processo e Plano de Segurança institucional.

Modelo	• Acordo Operacional. • *Capitation* + pagamento por desempenho.
Acompanhamento	• Resolução Normativa 440 da ANS: • 1 equipe/ 2500 pacientes; • Consulta não urgente em até 72h; • Tempo máximo de espera de 30 minutos.
Indicadores	• Taxa de consultas em PS (reduzir 3%) • Taxa de ICSAP (reduzir em 4%)
Bônus financeiro	• Se metas cumpridas • % sobre total de *Capitation*, não cumulativo

Figura 1. Modelo de remuneração para Atenção Primária à Saúde.

Modelo	• Acordo Operacional • *Fee for Service* + pagamento por desempenho
Acompanhamento **Indicadores gerais e protocolos**	• Cirurgia segura • Identificação do paciente • Prevenção de lesão por pressão • Protocolos relacionados ao processo obstétrico Segurança na cadeia medicamentosa Prevenção de quedas Higiene das mãos
Indicadores de desempenho	• Taxa de partos vaginais em Robson I a IV no total de partos Robson I a IV ou • Taxa de partos vaginais no total de partos • Eventos adversos maternos e fetais
Bônus financeiro	• Metas dos indicadores de desempenho cumpridas e documentação enviada • % sobre valor total de partos vaginais + % sobre respectivos honorários médicos

Figura 2. Modelo de remuneração para Incentivo ao Parto Adequado.

RESULTADOS

As operadoras estão entendendo a necessidade da implantação de modelos de remuneração baseada em valor. Desta forma, apesar da dificuldade imposta pela pandemia, para APS temos 13 contratos assinados. Para IPA, são 4 assinados e outros 4 em faze final de assinatura.

Observamos adesão das instituições procuradas, que se adequam às métricas estabelecidas, passam a medir novos indicadores, reavaliam protocolos e processos conforme acordo firmado.

O atendimento na APS proporciona cuidado coordenado e taxas menores de internações ou de consultas em pronto socorro geram diminuição dos riscos aos quais o paciente é exposto.

As gestantes recebem assistência qualificada e humanizada durante pré-natal, parto e puerpério. Partos normais realizados a termo diminuem os encaminhamentos à UTI neonatal e complicações decorrentes da prematuridade. Eventos adversos são monitorados para mãe e bebê.

O controle de indicadores e documentos é rigoroso. Os participantes enviam mensalmente seus resultados e a Fesp analisa adequação de metas estabelecidas e índices alcançados (figura 3).

CONTROLE DE INDICADOR XXX												
ANO	2022											
MÊS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
base de cálculo:												
Denominador												
Numerador												
Taxa												
Meta												

Análise crítica	
janeiro	

Plano de Ação no não atingimento da Meta	
janeiro	

Figura 3. Modelo de controle mensal de indicadores.

CONCLUSÕES

A implantação de novos modelos de RBV é um caminho sem volta. Não é fácil, mas é possível. É necessário engajamento, definição de métricas claras, metas atingíveis e acompanhamento rigoroso.

Há que se definir um ponto de partida, baseado em critérios estabelecidos conforme a realidade de cada instituição. Começar pequeno, com planejamento e ampliação gradativa.

A RBV gera benefício para todos os integrantes do sistema de saúde, com custo justo por assistência qualificada e segura. Os serviços/profissionais que entregam valor devem ser reconhecidos e remunerados de maneira diferenciada.

Desta forma estaremos estimulando a busca pela excelência na assistência à saúde.

RESULTADO DAS CAPACITAÇÕES REALIZADAS PARA PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA DO RECÉM-NASCIDO MUITO BAIXO PESO NA ADMISSÃO NA UTI NEONATAL

Danielle Aparecida dos Santos Ventura, Leticia Camerini Bianchi, Martina Michaelis Bergmann, Simone Caldeira Silva

INTRODUÇÃO

A manutenção da normotermia é de extrema importância para os recém-nascidos (RNs) com muito baixo peso ao nascer (menor ou igual a 1500g), visto que a labilidade térmica pode resultar em diversas morbidades, além de estar associada à maior mortalidade neonatal. O objetivo é analisar o resultado dos treinamentos realizados com as equipes de enfermagem e fisioterapia da UTI Neonatal (UTIN) e Centro Obstétrico (CO) na prevenção de hipotermia dos RN's muito baixo peso (MBPN) BPN na admissão na UTIN.

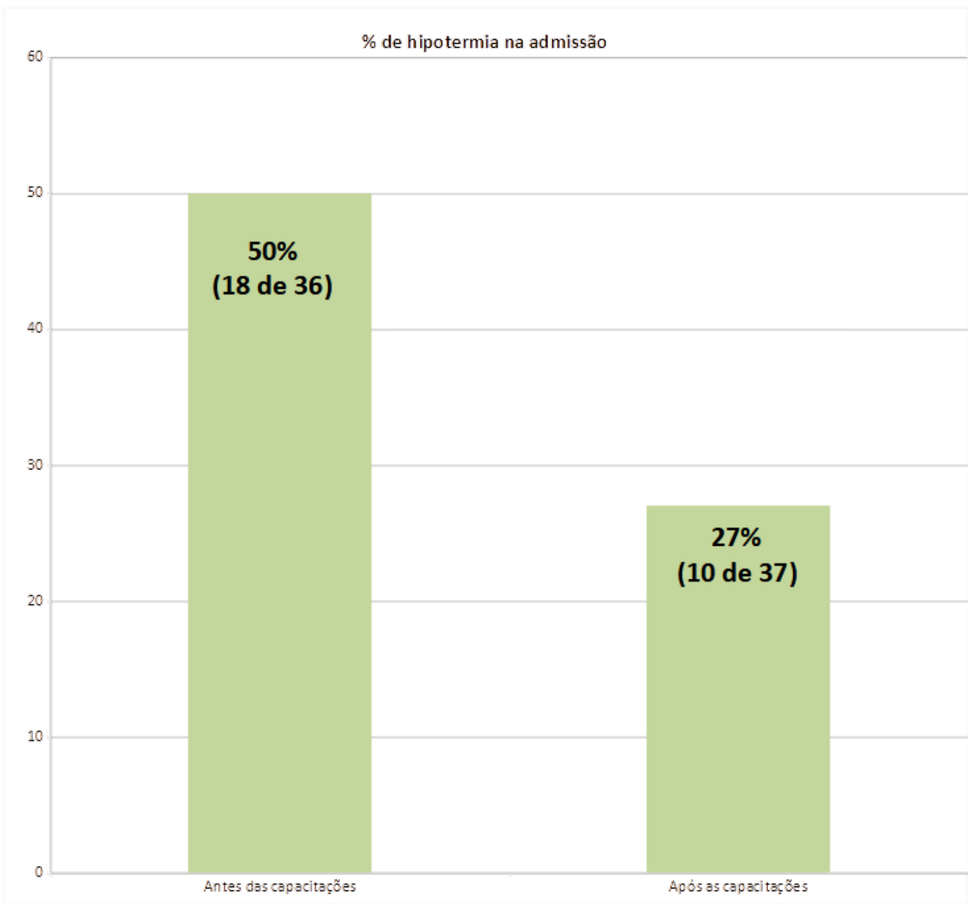
METODOLOGIA

No mês de setembro de 2020 foram realizadas capacitações in loco com a equipe de enfermagem e fisioterapia da UTIN e do CO para prevenção da hipotermia dos RN's de MBPN. Os treinamentos abordaram: controle da temperatura da sala de cesárea, atendimento em berço aquecido, uso do gorro imediatamente após nascimento, cobertura oclusiva no envolvimento do RN e transporte em incubadora híbrida. A efetividade das capacitações foi avaliada através do indicador de hipotermia na admissão na UTI Neonatal no período de março a agosto de 2020 (6 meses antes das capacitações) e outubro de 2020 a março de 2021 (6 meses depois das capacitações).

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

RESULTADOS

Nos 6 meses anteriores às capacitações (março a agosto de 2020), foram admitidos 36 RNs com MBPN na UTIN. Destes, 18 (50%) estavam hipotérmicos na admissão (temperatura axilar menor de 36ºC). Nos 6 meses (outubro de 2020 a março de 2021) seguintes às capacitações, foram admitidos 37 RNs com MBPN. Destes, 10 (27%) estavam hipotérmicos na admissão.



CONCLUSÕES

Após a capacitação das equipes, medida sem custo, realizada in loco, houve uma redução na taxa de hipotermia na admissão na UTIN de 50% para 27%, evidenciando o quanto medidas educativas dentro de uma unidade de cuidados intensivos podem melhorar a qualidade de atendimento.

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA

REFERÊNCIAS

1. POMERANCE, J. J.; MADORE, C. Effect of temperature on survival of infants with RDS. Pediatric Research, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 449, 1974.
2. LAPTOOK, A. R.; SALHAB, W.; BHASKAR, B. Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. Pediatrics, [S.l.], v. 119, n. 3, p. e643-e649, 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p. : il.
4. BISSINGER, R. L.; ANNIBALE, D. J. Thermoregulation in very low-birth-weight infants during the golden hour: results and implications. Advances in Neonatal Care, [S.l.], v. 10, n. 5, p. 230-238, 2010.
5. SHAREK, P. J. et al. Evaluation and development of potentially better practices to prevent chronic lung disease and reduce lung injury in neonates. Pediatrics, [S.l.], v. 111, n. 4, p. e426-e431, 2003. Part 2.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do Prematuro <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016. Disponível em <www.sbp.com.br/reanimacao> Acesso em: 03 set de 2020.

RESULTADOS ASSISTENCIAIS DE UM PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Fabrícia Hoff, Alessandra Lima, Cínthia Zenker Pasinato, André Sant'Ana Machado

Serviço de Fisioterapia Hospitalar, Centro de Terapia Intensiva Adulto, Hospital Mãe de Deus

INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos têm demonstrado desfechos favoráveis à mobilização precoce, transformando a cultura dentro de unidades com pacientes críticos. Assim, vemos a necessidade da implementação de protocolos assistenciais de mobilização, para que esse processo aconteça de forma segura e no momento mais adequado.
O objetivo desse trabalho é apresentar os resultados de um protocolo assistencial de mobilização precoce em um centro de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Todos os pacientes foram avaliados conforme o nível de mobilidade, em uma escala de 1 (rola com muito auxílio) a 16 (deambula sem auxílio), conforme Figura 1. A avaliação acontecia nos seguintes momentos: nível de mobilidade pré-internação (T_0), no primeiro atendimento (T_1) e a cada turno, considerando para o estudo o maior nível no dia da alta do CTI (T_{CTI}) e no da alta hospitalar (T_F). Critérios de exclusão: óbito e transferência hospitalar. O protocolo constitui-se de mobilização no leito evoluindo até a deambulação, conforme a estabilidade do paciente e discussão em round multidisciplinar. Análise estatística: SPSS 25.0 e STAT, versão 11.0, normalidade aferida pelo teste de Shapiro-Wilk, delineamento através do Teste de Wilcoxon e um nível de significância de 5%.

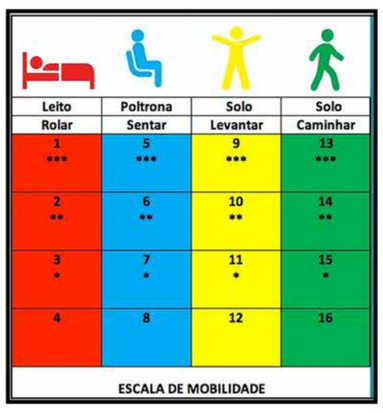


Figura 1. Escala de Mobilidade: avaliação do nível de mobilidade dos pacientes considerando os marcos motores, o ambiente e o nível de auxílio.

RESULTADOS

Avaliou-se 2401 pacientes no período de jan/2021 a abr/2022 (Tabela 1), com mediana e amplitude interquartil (AIQ) de 72 (60-82) anos e 9 (5-17) dias de internação no CTI. Os principais motivos de internação foram clínicos gerais (25%), cardiovasculares (24%) e neurológicos (17%). A mediana (AIQ) do nível de mobilidade no T0 foi 16 (15-16), T1 foi 4 (3-11), TCTI 11 (5-15) e TF 15 (11-16) (Figura 2), o que corresponde a uma melhora do T1 ao TCTI de 44% ($p<0,001$) e do T1 ao TF de 69% ($p<0,001$) (Figura 3).

Tabela 1. Características dos pacientes

Idade, mediana (AIQ)	72 (60-82)
Tempo de internação, mediana (AIQ)	9 (5-17)
Principais motivos de internação:	
Clínicos gerais	25%
Cardiovasculares	24%
Neurológicos	17%

Resultados apresentados em mediana (amplitude interquartil) e percentual (%).

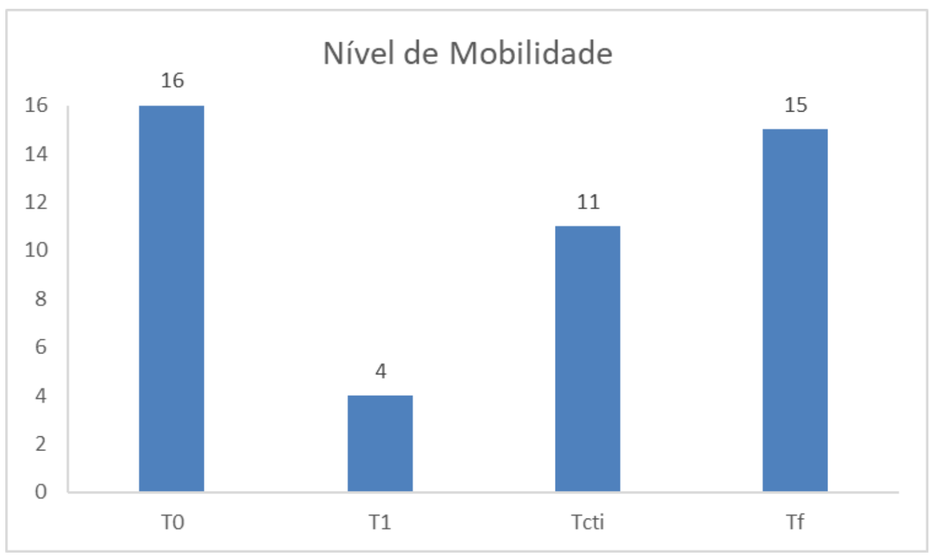


Figura 2. Mediana do Nível de Mobilidade no T0 (pré-internação), T1 (primeiro atendimento), Tcti (alta do CTI) e Tf (alta hospitalar).

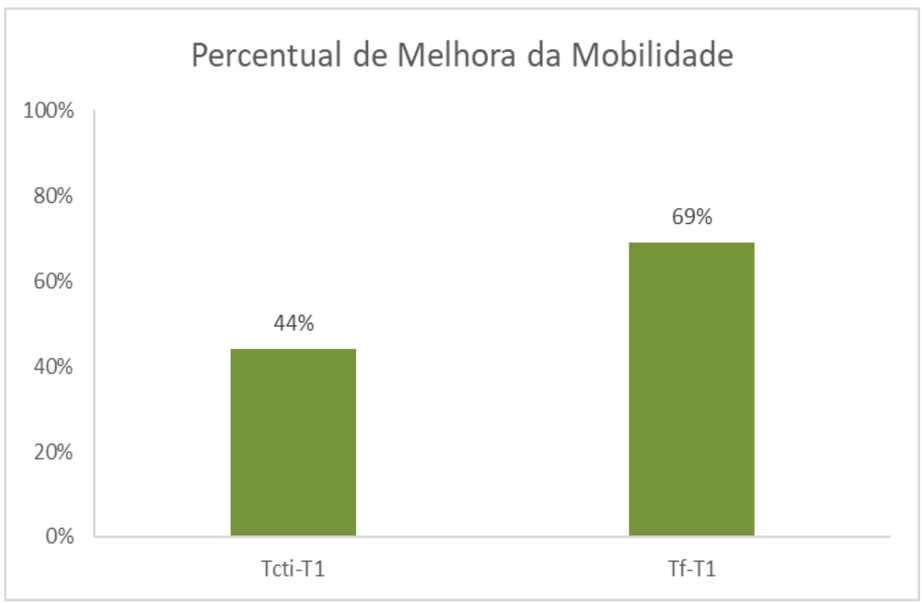


Figura 3. Percentual de Melhora da Mobilidade: mediana nível de mobilidade na alta CTI - internação e alta hospitalar – internação.

CONCLUSÕES

Os resultados sugerem que a implementação de protocolo de mobilização precoce é uma estratégia que potencializa a recuperação da funcionalidade/mobilidade dos pacientes ainda dentro de unidades de terapia intensiva, agregando qualidade assistencial ao momento da alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. ANEKWE D.E, BISWAS S., BUSSIÈRES A., SPAHIJA J. Early rehabilitation reduces the likelihood of developing intensive care unit-acquired weakness: a systematic review and meta-analysis. Physiotherapy. 2020 Jun;107:1-10.
2. MEHRHOLZ J, THOMAS S, BURRIDGE JH, SCHMIDT A, SCHEFFLER B, SCHELLIN R, RÜCKRIEM S, MEIßNER D, MEHRHOLZ K, SAUTER W, BODECHTEL U, ELSNER B. Fitness and mobility training in patients with Intensive Care Unit-acquired muscle weakness (FITonICU): study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2016 Nov 24;17(1):559.
3. MESQUITA T.M.J.C., GARDENGHI, G. Imobilismo e fraqueza muscular adquirida na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Saúde Funcional, vol.1, n.3, dezembro/2016.
4. CALLEN BL, MAHONEY JE, WELLS TJ, ENLOE M, HUGHES S. Admission and discharge mobility of frail hospitalized older adults. Medsurg nursing 2004 Jun; 13(3): 156-164.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
In Affiliation with JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Resultados da implementação do protocolo de AVC em um Hospital Privado

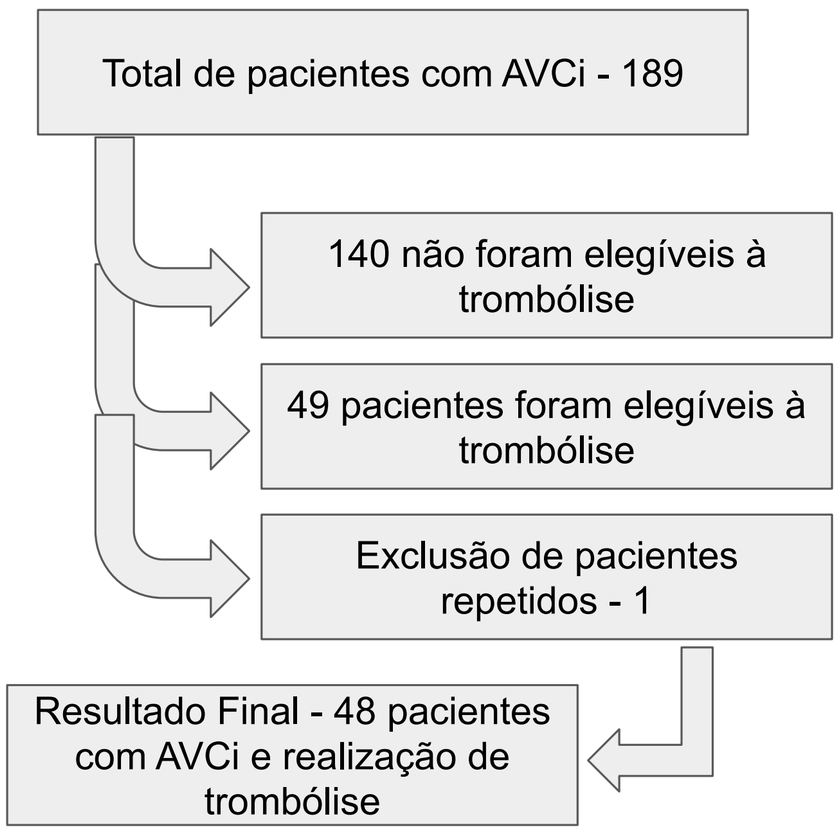
Augusto Baisch de Souza, Sidiclei Machado Carvalho, Tiago Claro Maurer, Justine Weizenmann Jung

INTRODUÇÃO

Os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi) ocorrem pela interrupção total ou parcial do fluxo sanguíneo cerebral, limitando o fluxo de oxigênio e glicose, gerando danos às células do Sistema Nervoso Central (SNC) [1]. Sendo assim, o diagnóstico precoce e início da terapêutica deve ser realizado no menor intervalo de tempo, devido à gravidade e potencial de risco de invalidez e morte. Desse modo, a necessidade de criação de um protocolo de assistência para identificação de pacientes com potencial sintoma de AVC é de suma importância nos serviços de emergência [2]. O reconhecimento destes pacientes na classificação de risco, realizado pelo enfermeiro, deve ocorrer em curto espaço de tempo e visa a rápida intervenção multidisciplinar, diagnóstico, implementação do tratamento e diminuição de sequelas [3].

METODOLOGIA

Estudo transversal, retrospectivo com análise quantitativa. No período de março de 2021 a março de 2022. Seguiu-se a análise dos prontuários de pacientes com diagnóstico de AVCi elegíveis ao tratamento com trombólise. Dirigiu-se a coleta de dados sociodemográficos, tempos assistenciais e comorbilidades, através dos registros eletrônicos, com base em todas as etapas do protocolo. Quanto aos indicadores assistenciais em estudo gerenciados no protocolo, apresenta-se: delta T (tempo decorrido entre o início dos sintomas até a chegada ao hospital), tempo porta-tomografia (chegada do paciente até a realização da tomografia de crânio) e tempo porta-trombólise (intervalo entre a chegada do paciente na emergência até a realização da trombólise). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, sob o número 3.255.98



Processo de Busca e Escolha dos Pacientes em Estudo

RESULTADOS

Foram avaliados 48 pacientes com AVCi elegíveis à trombólise. Quanto ao perfil epidemiológico, a maioria foi do sexo masculino (52,08%), com idade média de 66 anos (24 à 104 anos), com as seguintes comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (60,42%) , AVC prévio (31,25%), *diabetes melitus* (16,67%) e infarto agudo do miocárdio (10,42%), fibrilação atrial (6,25%), doença arterial coronariana (2,08%) e dislipidemia (6,25%) e fatores de risco como tabagismo (12,5%). O NIH (*National Institutes of Health*) da admissão na emergência apresentou variação entre 0 a 19. A respeito dos indicadores assistenciais encontra-se os resultados na tabela abaixo.

Tempos Assistências	
Delta T com Conhecimento	1 hora e 50 minutos
Delta T sem Conhecimento	2 horas 49 minutos
Tempo Médio Porta-Tomografia	20 minutos
Tempo Médio Porta-Trombólise	53 minutos

Tempos Assistenciais - Delta T (Tempo de chegada - do evento até o hospital), Tempo Médio Porta-Tomográfica, Tempo Médio Porta-Trombólise e Tempo de Permanência Hospitalar.

O tempo médio de permanência hospitalar foi de 8 dias. Do total de pacientes, 8,33%, vieram referenciados por APH (Atendimento Pré-Hospitalar). Os demais vieram por meios próprios e os profissionais de enfermagem identificaram 100% dos gatilhos na classificação de risco. Taxa de mortalidade (2,08%), devido a transformação hemorrágica pós-trombólise.

CONCLUSÕES

A utilização do protocolo de AVC nos serviços de emergência permite rápida identificação e priorização dos atendimentos, assim como a otimização dos recursos necessários para diagnóstico e tratamento. Em instituições que possuem protocolo estruturado os enfermeiros podem contribuir para melhoria dos desfechos clínicos, início do tratamento precoce e redução de sequelas.

REFERÊNCIAS

Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25142.
Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1098620.
O conhecimento do enfermeiro e sua atuação no acidente vascular encefálico. Disponível em:https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/4.

RESULTADOS DE DESFECHOS CLÍNICOS EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA UTILIZANDO E-PROMS

FRANCYNE SEQUEIRA LOPES MARTINS, HELEN MARTINS VALENTIM, DIEGO JUNG DE STUMPFS, NATASHA CORALLES LAPS

INTRODUÇÃO

A equação de valor leva em seu numerador os desfechos que importam para os pacientes. Na mensuração de *Patient Reported Outcomes* (PROs) é importante a seleção de medidas utilizando questionários validados e também a adesão dos profissionais de saúde, de pacientes e utilização dos dados para melhoria contínua da prática assistencial. Os PROs podem ser aplicados por segmento telefônico ou de forma eletrônica com E-PROMs (*Electronic Patient Reported Outcomes Measures*). A escolha dos E-PROMs justifica-se pela privacidade oferecida ao paciente para responder os questionários. O trabalho tem como objetivo descrever os resultados da linha de cuidado transplante de medula óssea através da utilização de E-PROMs.

METODOLOGIA

Estudo realizado de janeiro de 2021 a junho de 2022 em um hospital geral de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Incluídos todos os pacientes que realizam transplante de medula óssea (TMO) autólogo. O acompanhamento ocorre com envio do questionário FACT-BMT, versão 4, através de um formulário do Microsoft Office. O formulário possui 5 dimensões: bem-estar físico, social e familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais. Conforme preconizado, os formulários são enviados nas seguintes linhas de tempo: Pré-TMO (anterior ao transplante), D100 (100 após o transplante), 6M (6 meses) e 1A (1 ano). Para análise dos resultados foi realizada uma análise quantitativa dos dados de através de uma coorte longitudinal retrospectiva. As respostas coletadas no *Microsoft Forms* são inseridas na plataforma REDCap e seus cálculos de score, bem como marcações de linhas temporais, são realizados através de uma programação pré-estabelecida para TMO.

RESULTADOS

No período obtivemos 51 pacientes que realizaram TMO autólogo, a média idade é de 56 anos, sendo 31,4% homens e 68,6% mulheres, 07 pacientes foram a óbito durante o acompanhamento. A adesão geral de respostas foi 41,8%, a maior adesão dos pacientes que haviam transplantado há um ano, seguido de pré TMO 39,2%, 6 meses após o TMO 38,2% e 100 dias após o TMO 36,8%. Nas dimensões, quanto mais próximo à pontuação máxima, interpreta-se que melhor é a qualidade de vida.

Timeline	Envios	Respostas	%
Pré-TMO	51	20	39,21
D100	38	14	36,84
6M	34	13	38,23
1A	23	14	60,87
Global	146	61	41,78

Tabela 1. Adesão de respostas ao questionário FACT-BMT v.4, por número de encaminhamento em cada *timeline*.

A pontuação máxima das dimensões bem-estar físico, bem-estar social/familiar e bem-estar funcional é 28 pontos, sendo as suas médias atingidas na população do estudo é, respectivamente, de 22,3; 22 e 18,2 pontos. Na dimensão bem-estar emocional a pontuação máxima é 24 e a média atingida foi 19,7.

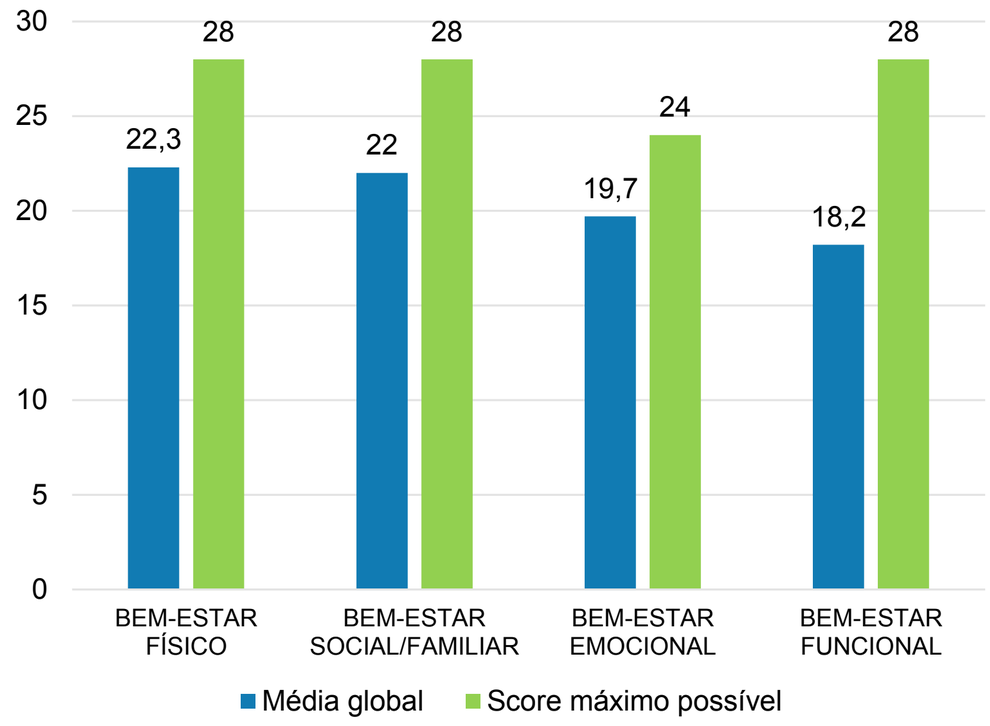


Gráfico 1. Média global dos scores de qualidade de vida quando comparado ao máximo score possível de obter no FACT-BMT, v. 4.

Na dimensão de preocupações adicionais a pontuação máxima é 40 e a média atingida foi 28,9.

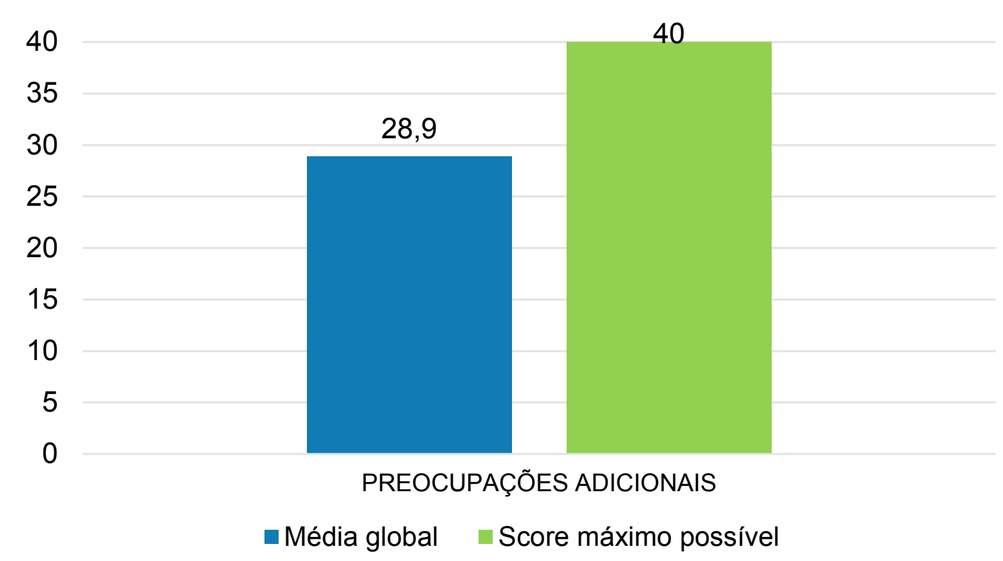


Gráfico 2. Média global do score de preocupações adicionais quando comparado ao máximo score possível de obter no FACT-BMT, v. 4.

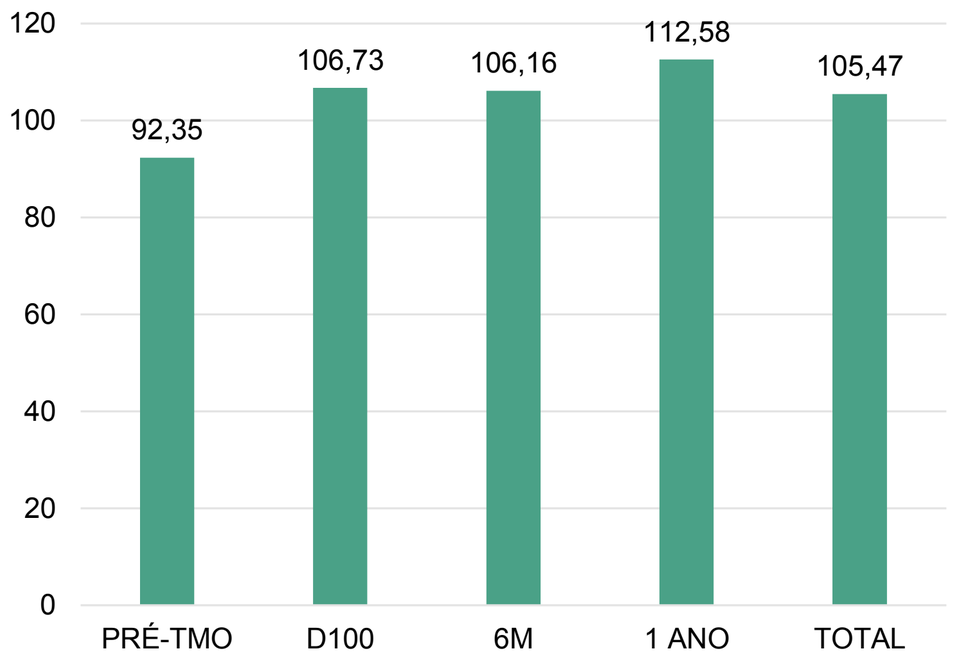


Gráfico 3. Pontuação média total do questionário por linha do tempo. Máxima pontuação possível: 140.

CONCLUSÕES

Observou-se uma baixa adesão às respostas através de e-PROMs. Nova estratégia será utilizar dados dos pacientes durante a consulta para que possam ver sua evolução. Além disto, é importante que a equipe multidisciplinar faça uma melhor análise do score das preocupações adicionais.

REFERÊNCIAS

1. FACIT. Functional Assessment of Cancer Therapy - Bone Marrow Transplantation. 2022. Disponível em: https://www.facit.org/measures/FACT-BMT. Acesso em: 17 out. 2022.

2. MASTROPIETRO, Ana Paula; OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manoel Antônio dos; VOLTARELLI, Júlio César. Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation: tradução e validação. Revista de Saúde Pública, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 260-268, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000200013.

3. MCQUELLON, RP; RUSSELL, GB; CELLA, DF; CRAVEN, BI; BRADY, M; A BONOMI,; HURD, DD. Quality of life measurement in bone marrow transplantation:: development of the functional assessment of cancer therapy-bone marrow transplant (fact-bmt) scale. Bone Marrow Transplantation, Stockton, v. 1, n. 19, p. 357-368, 1997.

SAFETY HUDDLE: APLICAÇÃO DE FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS ASSISTENCIAIS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Mileide Inacio Arruda Xavier, Nayara Pinheiro Ribeiro Freitas

INTRODUÇÃO

O Safety Huddle é uma ferramenta estratégica que visa promover a cultura de segurança do paciente nas unidades, possibilita o gerenciamento da qualidade do serviço prestado e implementação de ações de melhoria que visam à prevenção de eventos assistenciais.

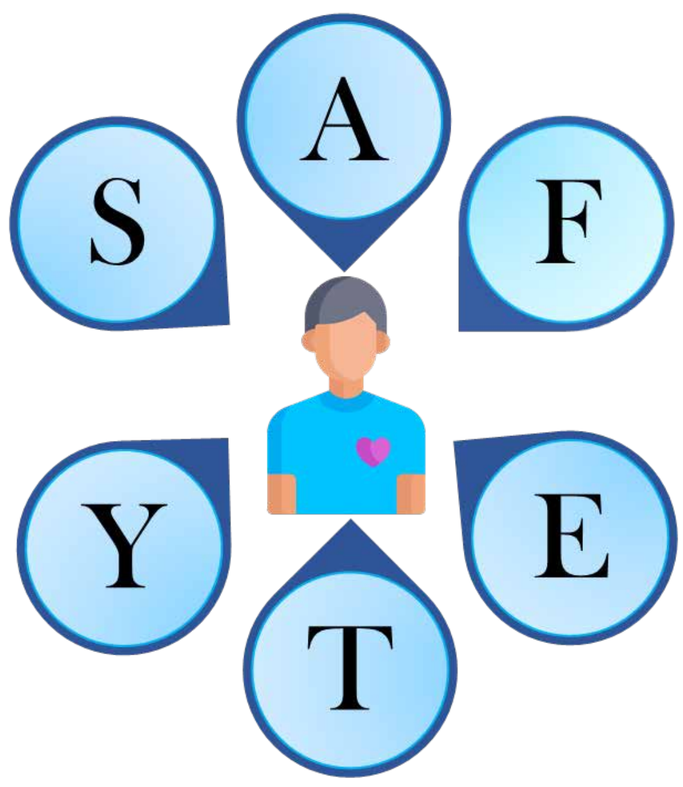


Figura 1: Representação da proposta da ferramenta – o paciente como foco da assistência

METODOLOGIA

O Safety Huddle é realizado duas vezes por semana, em dias alternados em todos os setores da internação (1° ao 6° andar e Unidade de Internação do Hospital Márcio Cunha II), onde os supervisores de enfermagem lideram essa discussão junto à equipe multidisciplinar composta por médico hospitalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico clínico e psicólogo. As discussões são guiadas por um painel de "Eventos Assistenciais" no sistema Tasy, composto pelo nome de todos os pacientes com alto risco de desenvolver eventos assistenciais como Broncoaspiração, Lesão por Pressão, Queda e TEV.
As reuniões são objetivas e de curta duração, cerca de 20 a 30 minutos, onde são tomadas as condutas apropriadas à cada paciente, visando à prevenção de eventos e fortalecendo a cultura de segurança na instituição. Ao término da reunião, é gerado um relatório com o nome dos pacientes, seus riscos e especialidade do membro da equipe que participou da reunião, sendo registrado no módulo de Passagem de Plantão no sistema Tasy.

RESULTADOS

O projeto foi implantado no dia 01/11/2021 e atualmente são realizadas cerca de 9 reuniões por mês em cada setor, totalizando 324 reuniões no período de janeiro a junho de 2022.

Neste período foi observada uma redução na taxa de infecção hospitalar nas unidades de internação de 0,66% para 0,62% e na média de permanência de 4,58% para 4,24%.

Não houve alteração significativa em relação a quantidade de registro de eventos adversos de Broncoaspiração, Lesão por Pressão e Queda, porém destaca-se que no primeiro semestre de 2022 foram atendidos 3.962 pacientes/dia a mais que o primeiro semestre de 2021, um aumento de 9,74%.

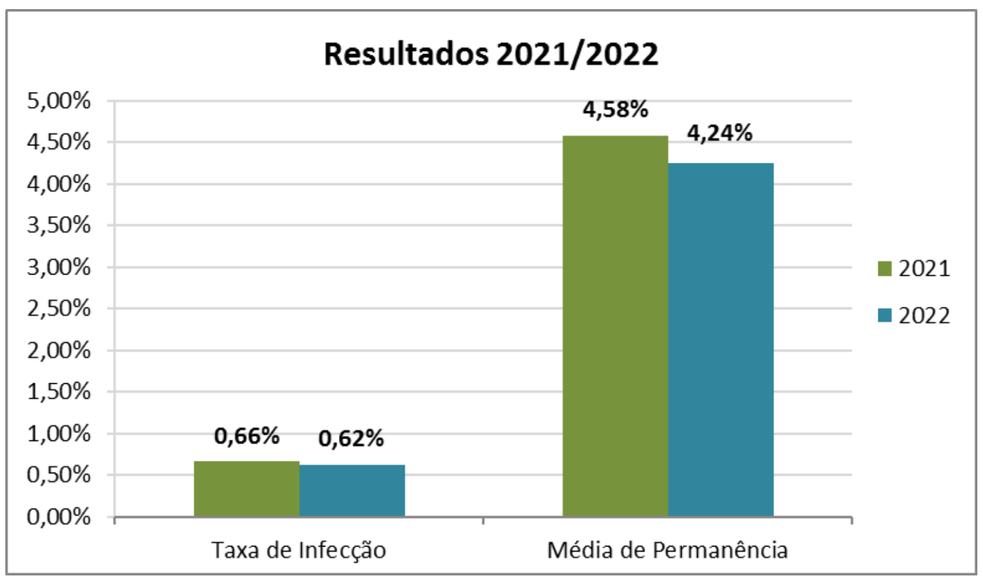


Gráfico 1: Indicadores do hospital relacionados à Taxa de Infecção Hospitalar e Média de Permanência nos períodos de Janeiro a Junho de 2021 e 2022

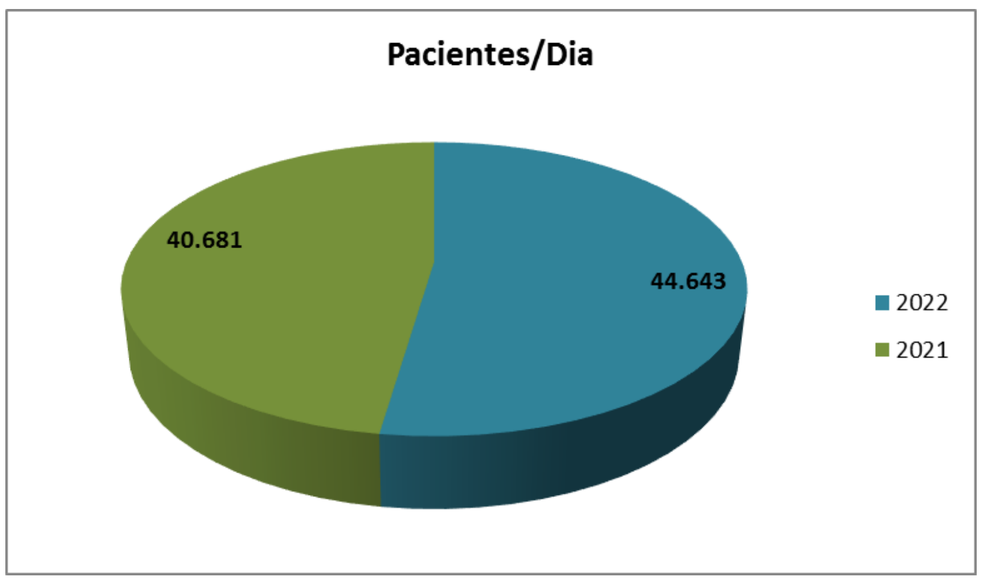


Gráfico 2: quantidade de pacientes/dia no hospital de Janeiro a Junho de 2021 e 2022

CONCLUSÕES

O Safety Huddle possibilitou o gerenciamento da qualidade dos serviços prestados e da segurança do paciente, identificação de possíveis falhas antes mesmo que aconteçam, melhoria da comunicação entre a equipe, engajamento do time, confiabilidade do cliente e o fortalecimento da cultura de segurança na instituição.

REFERÊNCIAS

MELLO, L. R. G., CHRISTOVAM, B. P., MOREIRA, A. P. A., MORAES, E. B. Criação da metodologia Safety Huddle em um software para segurança do paciente: relato de experiência. Relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.** 73, 2020.

BRASS, S. D., OLNEY, G., GLIMP, R., LEMAIRE, A., & KINGSTON, M. Usando o huddle de segurança do paciente como uma ferramenta para alta confiabilidade. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety** , v. 44, n. 4, pág. 219-226, 2018.

SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO HOSPITALAR DE ADULTOS COM CÂNCER EM UM HOSPITAL PRIVADO REFERÊNCIA NO TRATAMENTO ONCOHEMATOLÓGICO NO SUL DO BRASIL

Cristiano de Oliveira Ribeiro, Co-autores Alexandre Luiz Raicherth, Flavio Feu Ventorim, Luciana Puchalski Kalinke.

INTRODUÇÃO

A avaliação da satisfação do atendimento hospitalar de pacientes adultos com câncer é um processo decisivo na valorização da saúde, pois fornece informações essenciais referente as experiências de quem recebe o tratamento, as quais auxiliarão na adequação de condutas para a prática da assistência de qualidade.

OBJETIVOS

Avaliar os dados sociodemográficos, clínicos e satisfação com o atendimento hospitalar de pacientes adultos com câncer em um hospital privado no Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, observacional, analítico de recorte transversal, com 58 pacientes em tratamento do câncer na unidade de hematologia de um hospital privado referência no tratamento oncohematológico no Sul do Brasil, com coleta de dados de agosto a dezembro de 2021. Incluiu-se pacientes com idade ≥18 anos, diagnóstico de câncer e internamento superior a três dias. Para coleta de dados foram aplicados questionários sociodemográfico e clínico para caracterização dos participantes, e uma questão disparadora “como você avalia o atendimento que recebeu durante sua permanência no hospital?”, extraída do questionário *Satisfaction with In-Patient Cancer Care,* a qual dispõe de cinco respostas no estilo Likert: (1) “ruim”, (2) “razoável”, (3) “bom”, (4) “muito bom”, (5) “excelente”. Os dados foram analisados descritivamente por média, frequência simples e relativa.

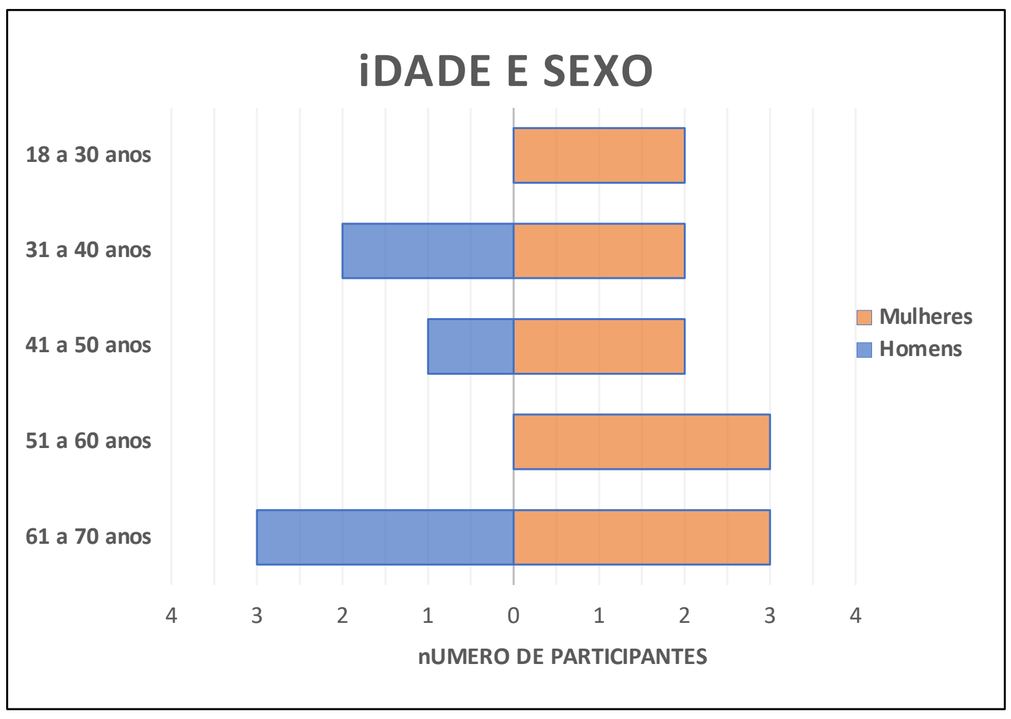


Figura 1: Faixa etária e sexo dos participantes do estudo.

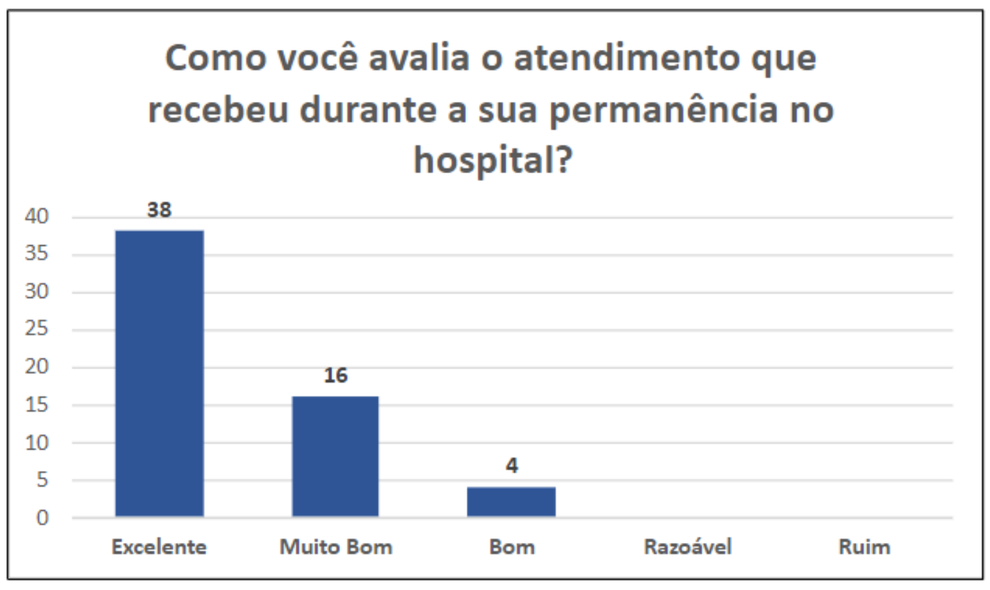


Figura 2: Resultado de avaliação da Questão disparadora: “como você avalia o atendimento que recebeu durante a sua permanência no hospital?”

RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 54 anos, houve predomínio do sexo masculino (n = 31; 53%), casados ou em união estável (n = 41; 71%) e numa composição média de um a três filhos (n = 40; 69%). O tipo de câncer predominante foi o hematológico (n = 57; 98%), e a quimioterapia o tratamento prévio prevalente (n = 53; 91%). O tempo de diagnóstico variou de seis meses a um ano e de um a três anos (n = 14; 24%, para ambos). Verificou-se um alto nível de satisfação com o atendimento hospitalar, sendo que 66% (n = 38) participantes avaliaram o atendimento como excelente, 28% (n = 16) muito bom e 7% (n = 4) bom.

CONCLUSÃO

Conhecer os dados sociodemográficos, clínicos e nível de satisfação com o tratamento hospitalar é uma importante ferramenta gerencial e assistencial, pois fornece subsídios para definição de estratégias de melhoria para uma assistência de qualidade de acordo com a percepção e experiência do paciente com câncer em tratamento hospitalar.

REFERÊNCIAS

Gadelha, Bárbara de Queiroz, Muzi, Camila Drumond e Guimarães, Raphael Mendonça Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com o serviço de saúde em um hospital público no Brasil. Cadernos Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 28, n. 3 [Acessado 28 Outubro 2022] , pp. 353-361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030175>. Epub 12 Ago 2020. ISSN 2358-291X. https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030175.

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Saúde Colaborador na pandemia Covid 19

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

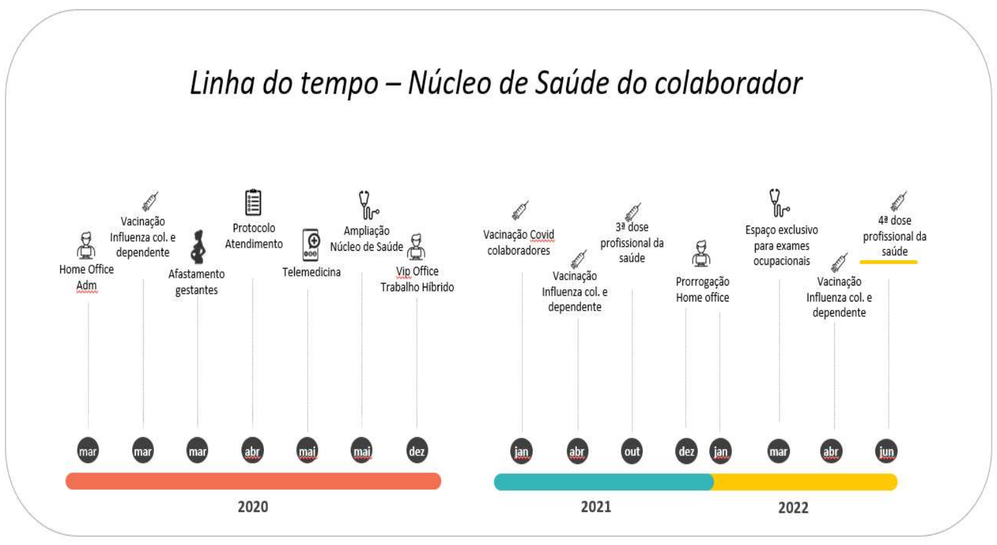
Edmundo Di Giaimo Caboclo; Caroline Villela Galvão de França; Lygia de Mello Boquimpani

INTRODUÇÃO

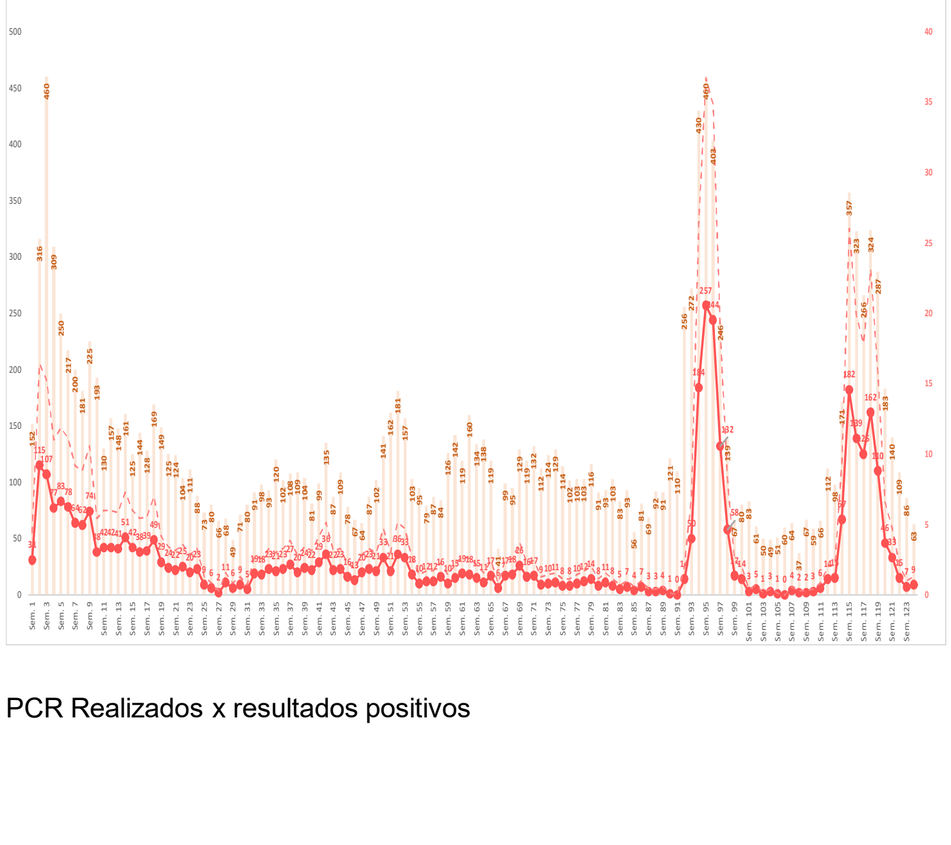
Este estudo de caso demostra as ações realizadas no ambulatório de Saúde Ocupacional da BP para detecção precoce de casos de Covid-19 entre colaboradores, com o objetivo de preservação da força de trabalho, evitar a contaminação cruzada, e tomar as medidas administrativas cabíveis para contribuir com o controle da propagação de casos entre funcionários.

METODOLOGIA

A BP foi um dos Hospitais em SP que receberam os primeiros pacientes com suspeita de Covid 19. Para adequado direcionamento das ações necessárias, constituímos um comitê de crise, com envolvimento da liderança e alta direção, que se reunia diariamente. Para subsidiar as decisões do comitê, criamos um painel de indicadores, a partir dos dados extraídos do sistema de prontuário eletrônico. Isso permitiu que fossem alterados processos de trabalho (como a instituição do trabalho em *home office* para o público elegível, afastamento das gestantes do trabalho presencial, readequação da equipe e espaço físico para atendimento dos colaboradores), instituídos treinamentos específicos (elaboramos protocolos técnicos de atendimento médico, de enfermagem e equipe multidisciplinar) e que fossem implantados sistemas que nos auxiliaram nessa tarefa (como por exemplo sistema de atendimento por telemedicina e monitoramento automatizado por questionários de sintomas).



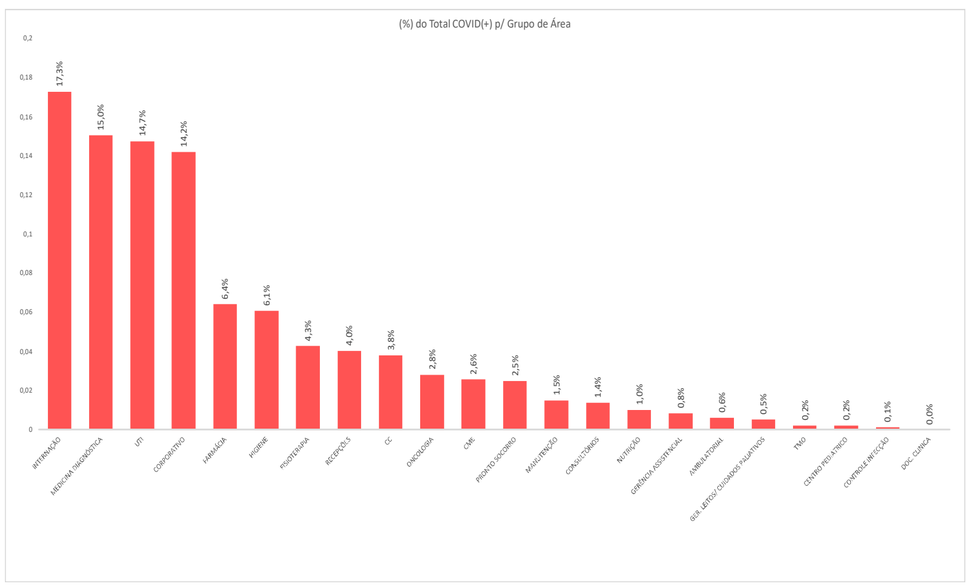
Linha do tempo relacionada as ações desenvolvidas na Pandemia



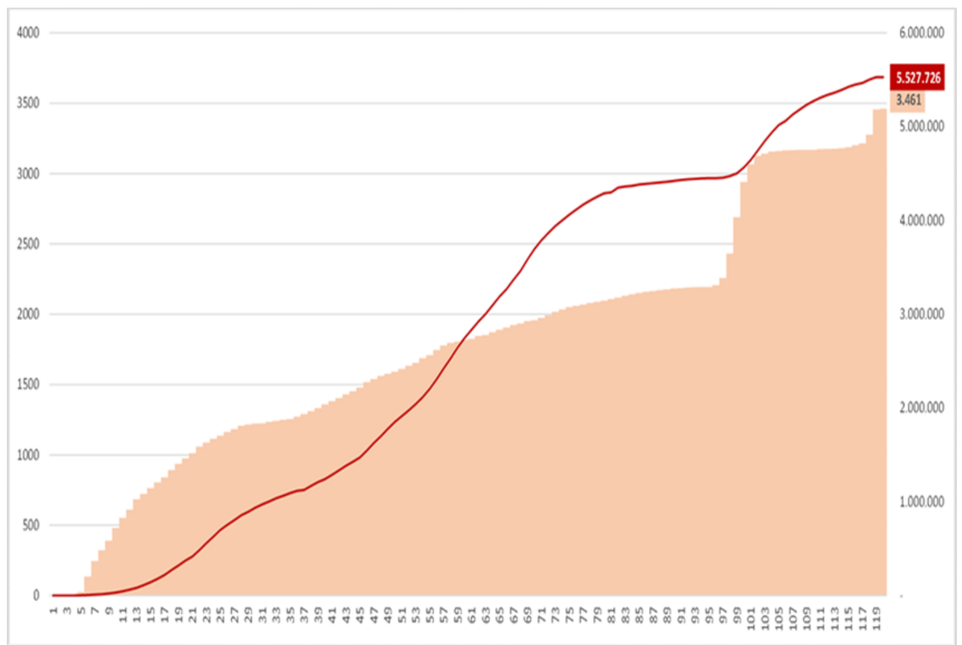
PCR Realizados x resultados positivos

RESULTADOS

Através das ações implantadas, conseguimos garantir a centralização do cuidado do colaborador, trazendo maior efetividade na gestão da saúde desta população, contribuindo também para a preservação da força de trabalho;
Além disso, observamos uma melhor percepção de segurança pelos colaboradores, especialmente nas áreas assistenciais.



Covid positivo por área de atuação.



Comparação semanal dos casos positivos da BP (barras) e de SP (linha vermelha).

CONCLUSÕES

A detecção precoce dos casos de Covid-19 entre funcionários a partir da análise diária do painel de indicadores permitiu a predição do comportamento epidemiológico da pandemia, de maneira que as ações necessárias fossem tomadas no melhor tempo possível.

REFERÊNCIAS

1- AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA;NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020; Orientações para Serviço de Saúde, Brasil outubro de 2020

2- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>[Acessado em 23 de out. de 2020].

3- USA Center for Disease Control and Prevention (CDC); **Options to Reduce Quarantine for Contacts of Persons with SARS-CoV-2 Infection Using Symptom Monitoring and Diagnostic Testing**; disponível**:** https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html> [Acessado em 23 de out. de 2020].

TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO E SATISFAÇÃO DO CLIENTE NAS UNIDADES EXTERNAS DA REDE PRIMAVERA SAÚDE, EM SERGIPE

Alany Cláudia Ferreira Lima Andrade, Paula Dantas Sousa Franco, Viviane Moreira de Camargo

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia e das possibilidades de interação, os clientes estão buscando cada vez mais por serviços que ofereçam qualificação em vários aspectos. O tempo de espera para atendimento é um dos fatores determinantes para a satisfação do usuário, uma vez que a rapidez e agilidade impactam na fidelização e experiência do paciente dentro da organização. Estudos apontam que o fator “tempo reduzido” de atendimento agrada a 96% dos consumidores e 57% dos clientes deixariam de consumir algum produto/serviço pela demora no atendimento, quer presencial ou online; 47% destes, deixariam de recomendar a empresa para outros usuários pelo mesmo motivo. Dessa forma, o tempo de espera para atendimento é um termômetro para o relacionamento, fidelização, recomendação e consequente produção das unidades externas.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise retrospectiva da totalidade das pesquisas de satisfação dos clientes das sete Unidades Externas da Rede Primavera, compreendendo o ambulatório do 3º andar no Hospital Primavera, Clínica Primavera Alameda, Clínica Primavera Barão de Maruim, Dianose Rua Campos, Policlin Augusto Franco, Policlin Siqueira Campos e Policlin Itabaiana no periodo de janeiro a março de 2022.

Foram elegíveis as reclamações e sugestões cadastradas no Interact, que mencionavam o tempo de espera para atendimento como fator negativo em todas as unidades e a partir desses, estruturadas as atividades semanais de: identificação dos problemas, levantamento de soluções (Figura 1), implantação de ações para sanar o problema e avaliação da efetividade, em conjunto com as equipes operacionais.

Figura 1 – Identificação dos problemas e levantamento de soluções pelas equipes operacionais das Unidades Externas.

RESULTADOS

O envolvimento da equipe nos processos de melhoria, contribuiu significativamente para a adesão dos colaboradores e implantação das ações propostas. O clima organizacional, motivação dos colaboradores, comunicação ineficaz, conhecimento técnico/treinamento, processo de autorização dos convênios, fluxos cruzados, absenteísmo alto e falha de equipamentos foram apontados como principais fatores que impactaram negativamente no tempo de atendimento das unidades externas. Após a implantação das ações, o tempo médio total de atendimento reduziu em 36% (Gráfico 1) no período de abril a setembro de 2022. O score de NPS (Net Promoter Score) médio das unidades aumentou em 4,68% (Gráfico 2) e uma delas melhorou em 9,25% este indicador.

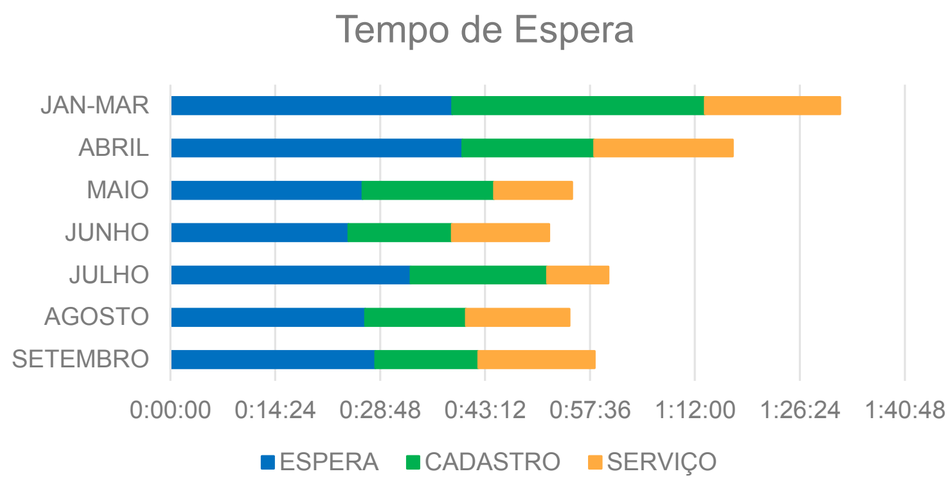


Gráfico 1– Estudo do tempo de espera médio para atendimento de janeiro a setembro de 2022.

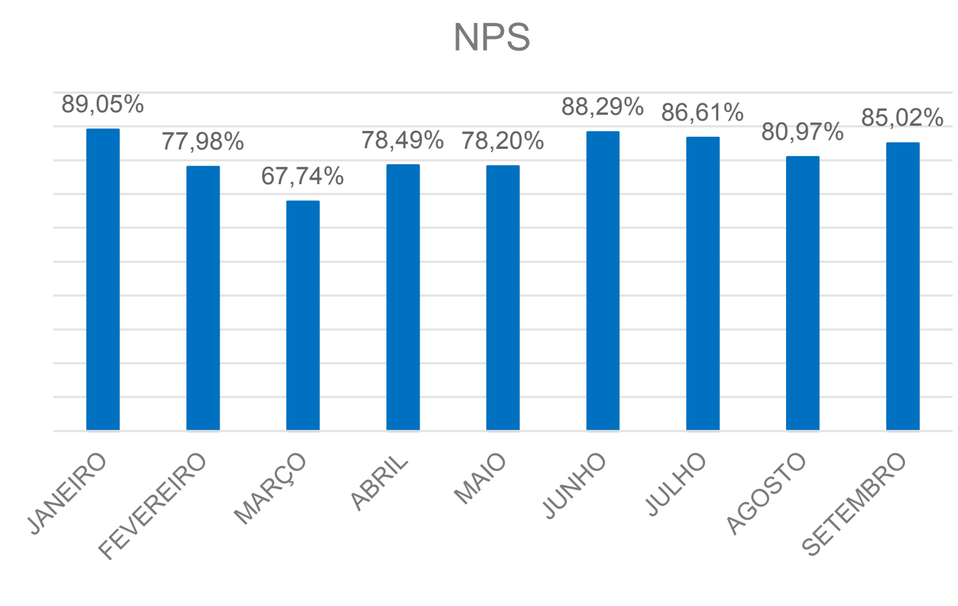


Gráfico 2 - Net Promoter Score (NPS) médio das Unidades Externas no período de janeiro a setembro de 2022.

CONCLUSÕES

Entender a jornada do cliente e direcionar as tratativas para os pontos de atenção são essenciais para identificar as ações prioritárias na redução do tempo de atendimento. A gestão eficaz dessas atividades e a participação da equipe é fundamental para o processo de melhoria desse resultado.

REFERÊNCIAS

COSTA, Ariana; SANTANA, Lídia; TRIGO, Antônio. Qualidade do atendimento ao cliente: um grande diferencial competitivo para as organizações. Rev Ini Cient – RIC Cairu. 2015;
SILVA, Douglas. Tempo de espera para atendimento: como calcular e definir o tempo médio?. 2021.
Atendimento ao cliente: como diminuir o tempo de espera?. 2020.

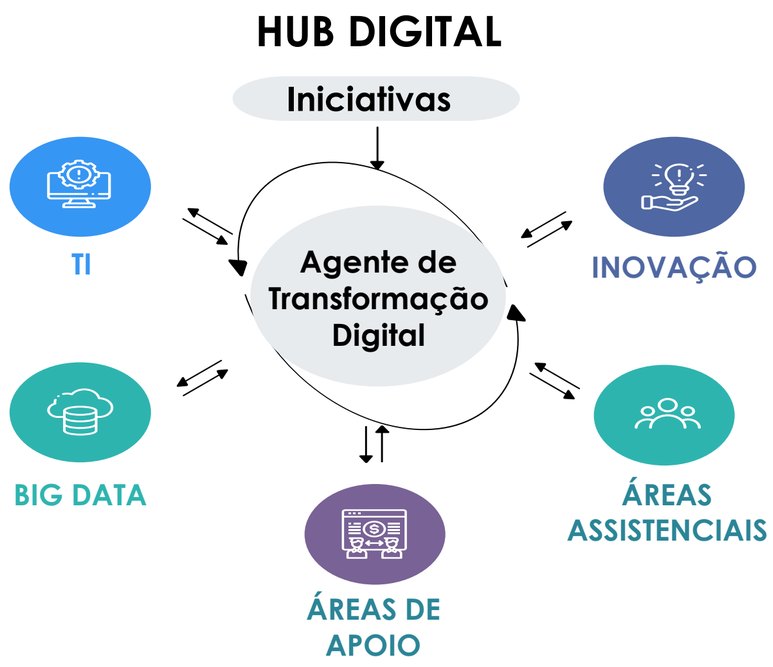
Transforma Einstein

Treinamento assistencial com assistente virtual Alexa

Autores: Tatiane Canero[1], Michele Jaures[2], Simone Brandi[3], Lidiane Sodré[4]

INTRODUÇÃO

A **Transformação Digital** pode ser descrita como o processo de utilização de **tecnologias** para criar ou modificar os serviços existentes, **influenciando a cultura organizacional**, exigindo maior **agilidade**, tendo a **experiência do usuário** como ponto central de partida da transformação, fomentando um Ecossistema de inovação e personalização de **experiências a partir do uso de dados**[1].



PAPEL DO HUB DE TRANSFORMAÇÃO DIGITAL - OBJETIVO

Em 2021, iniciamos o **Hub de Transformação Digital** uma unidade descentralizada, representativa e influenciadora, cujo propósito é **interagir e promover a aproximação das áreas de serviços e de tecnologia**. O mapeamento da **Jornada de Experiência Digital Hospitalar** objetivou surpreender pacientes, médicos e colaboradores em suas experiências, junto ao hospital, por meio da **transformação digital,** resultou em uma série de iniciativas foram colocadas na linha do tempo, gerando um **roadmap** consolidado dos serviços desenvolvidos para a transformação da experiência.

TRANSFORMA EINSTEIN - MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de trabalho que fomenta a transformação digital. A iniciativa **Transforma Einstein** reforça a filosofia Einstein de trabalho, e ao mesmo tempo, **estimula novos hábitos para evolução dos serviços,** com fator humano prioritário e complementar à tecnologia. **Reavaliando processos de trabalho, e fomentando iniciativas em que a tecnologia pode contribuir para modelos mais eficientes e sustentáveis.** Alinhamos a proposta da iniciativa à necessidade de preparação e treinamento das equipes assistenciais para a visita de designação internacional Magnet, construindo uma **nova e inovadora forma de treinamento com o auxílio de inteligência artificial em uma assistente virtual de voz Alexa**.

Criamos uma ***skill*** de treinamento com perguntas e respostas sobre o Magnet, em seguida, utilizamos um **acelerador de inteligência baseado em *machine learning*** para treinar a assistente virtual quanto as intenções de perguntas, assegurando a **correta compreensão** e adequadas respostas. Cada unidade assistencial (total de 60 unidades) recebeu um dispositivo para que as equipes pudessem interagir diariamente e conforme a disponibilidade de tempo. Com perguntas como: **Alexa, o que é o Magnet? Alexa, quais são os componentes, Magnet? Alexa, qual a dica de preparação para visita Magnet de hoje? Alexa, *QUIZ* Magnet.**

RESULTADOS

A adoção foi imediata, construímos um **relatório** com registro de todas as interações por dispositivos e tempo de interação, o que evidenciou a volumetria por unidade e mais de **100 horas de treinamento (resultantes das interações) na primeira semana de adoção**, reduzindo atividade de hora/homem treinamento.

CONCLUSÃO

As próximas etapas compreenderão a aplicação de novos cases de utilização da inteligência artificial.

Estamos motivados com o sucesso dessa iniciativa e alinhados ao propósito de **promover experiências memoráveis por meio de soluções de saúde consistentes, suportadas pela tecnologia.**

Referência:
2018 McKinsey & Company . Unlocking success in digital transformations. Disponível em: https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/unlocking-success-in-digital-transformations

Autores: 1- Gerente de Projetos Estratégicos e Digitais no Hospital Israelita Albert Einstein, 2- Coordenadora de Práticas Assistenciais no Hospital Israelita Albert Einstein, 3- Gerente de Práticas Assistenciais no Hospital Israelita Albert Einstein, 4- Especialista em Práticas Assistencias no Hospital Israelita Albert Einstein

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL E A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO HOME CARE: UMA PROPOSTA DE TELEMONITORAMENTO

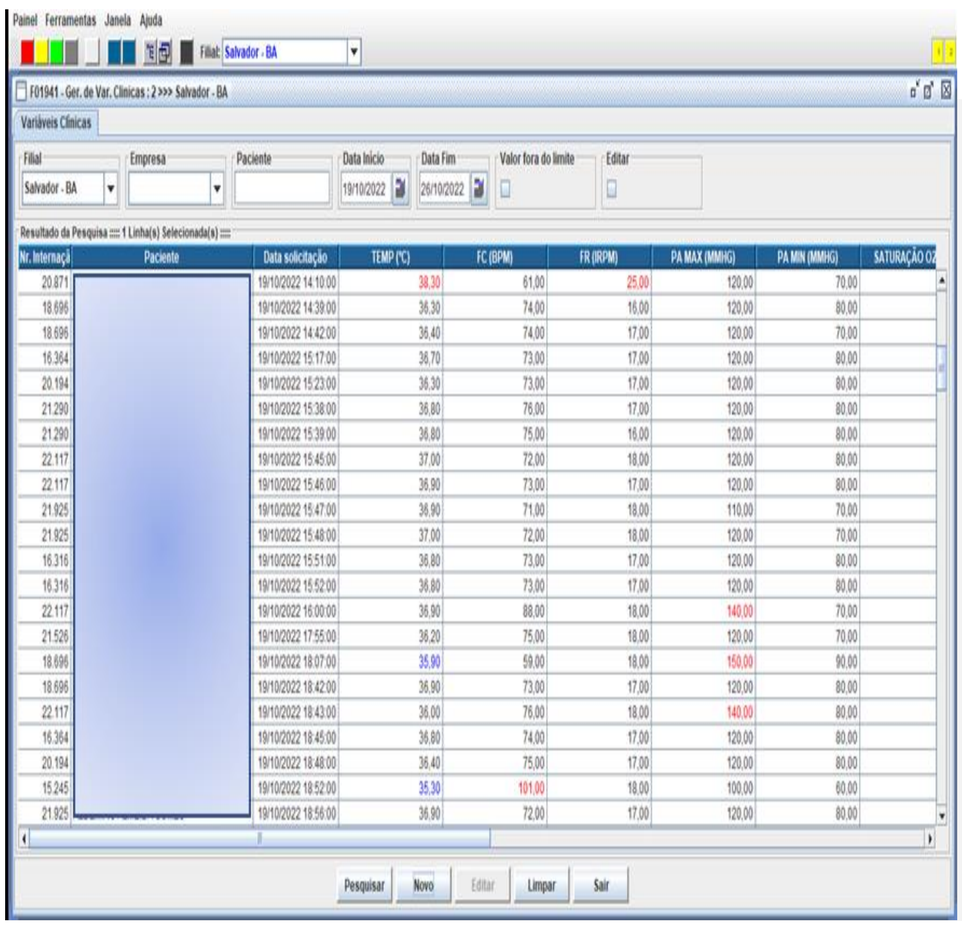
Isabella A. Teixeira Napoli, Ivna Dutra Cavalcante, Elmo Mota Barbosa Dias, Gleide Regina de Sousa Almeida Oliveira

INTRODUÇÃO

Esta iniciativa, importante no segmento do *Home Care,* perpassa pela possibilidade de identificar precocemente os agravos e monitorá-los em tempo hábil. Assim, a implantação deste projeto, de forma inovadora, foi estimulada com a incorporação da Inteligência Artificial (IA), prevendo condições de gerar alertas precisos e intervenções mais rápidas. O objetivo deste projeto foi identificar agravos dos casos que geram intercorrências e/ou transferência dos pacientes assistidos.

METODOLOGIA

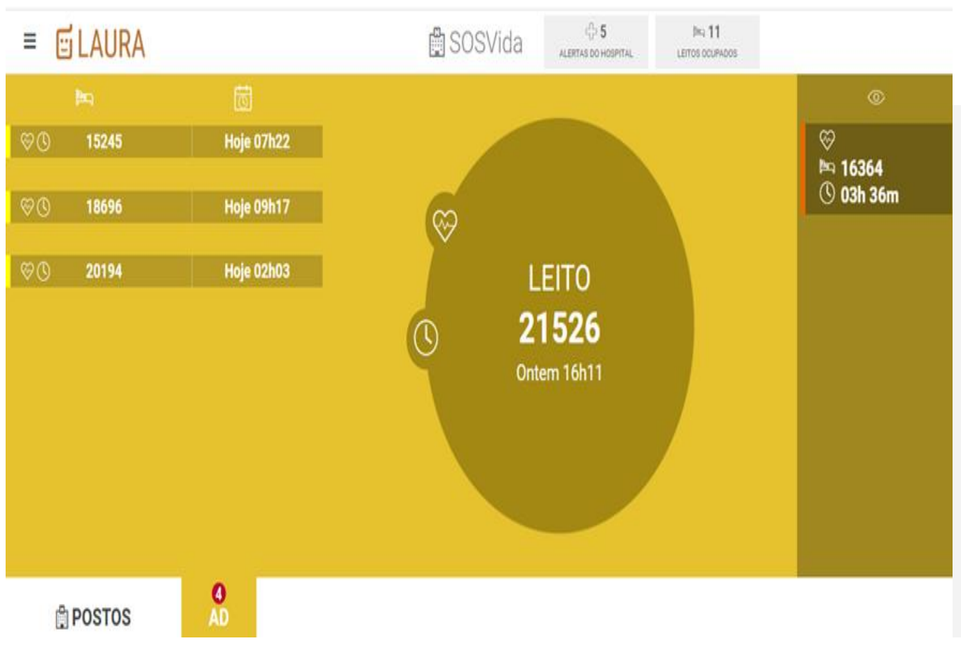
O projeto foi desenvolvido através de algumas etapas: 1) Identificação do Problema - nesta fase foram realizados levantamento, análise e discussão dos resultados da empresa, especialmente relacionados ao desfecho clínico decorrente dos processos assistenciais. Houve estudo e mapeamento do cenário, considerando-se os motivos e agravos que geraram intercorrências e/ou transferência dos pacientes assistidos na atenção domiciliar. 2) Escolha da Solução Adequada para o Problema – realizou-se busca e estabelecimento de parceria com uma empresa de tecnologia digital voltada para aplicação de IA. 3) Etapa de Integração das Plataformas – foram realizados testes e procedimentos de integração voltados à consistência dos dados e transmissão destes para a solução de IA. 4) Adequação dos Processos de Registro de Sinais Vitais – foram incorporados recursos tecnológicos (*tablets*), nos domicílios, proporcionando registro remoto e em tempo real dos sinais vitais, para alimentação e análise da solução de IA. 5) Etapa de Implementação do Projeto Piloto - foram estabelecidas rotinas de monitoramento dos pacientes, com análise diária do painel de alerta, comparando-se as informações oriundas da IA às evidências e desfechos clínicos ocorridos. Foram estabelecidas métricas e indicadores, realizados relatórios de monitoramento diário e analisadas todas as não conformidades. 6) Transição do Banco Generalista para o Banco de Dados Próprio da Atenção Domiciliar - foi modificado ponto de corte, aumentando a especificidade da solução. 8) Ampliação – houve aumento do número de pacientes e incorporação de novos recursos - dispositivos médicos conectados (IOT) para controle remoto de sinais vitais.



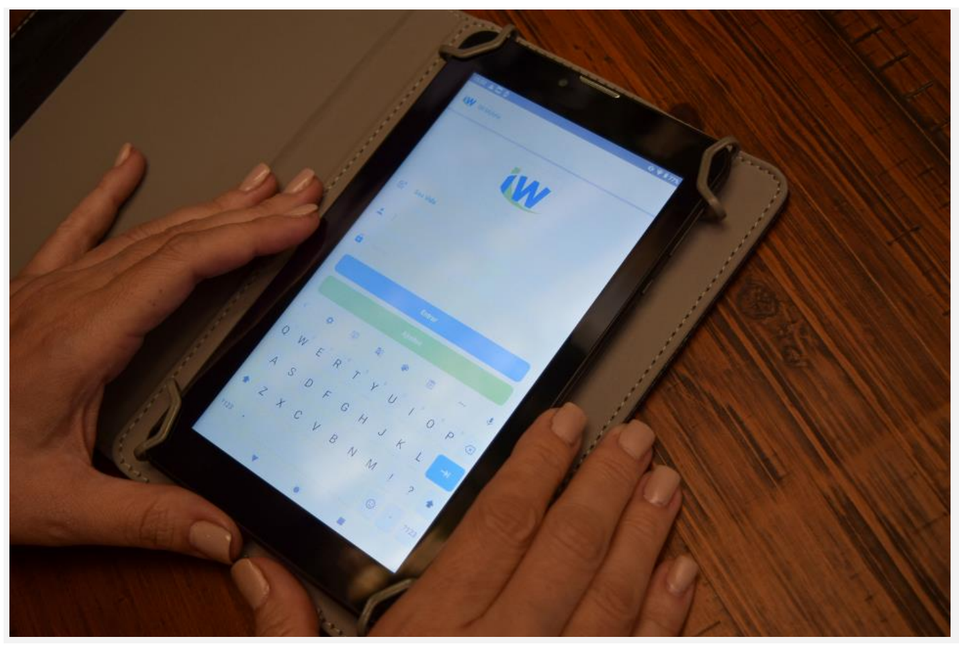
Painel de *input* dos dados da solução.

RESULTADOS

Os resultados da implementação do projeto foram evidenciados através de das etapas de Integração da Solução de IA Laura com o sistema de Prontuário Eletrônico da S.O.S Vida. Deste modo, permitiu-se o treinamento da IA Laura dentro de ambiente de *Home Care* promovendo uma maior especificidade da solução. O time do projeto de telemonitoramento atuou através da equipe multiprofissional, incluindo o acompanhamento dos alertas da plataforma e cruzamento com as intercorrências dos pacientes que estavam sendo monitorados. Com o projeto é possível identificar precocemente os agravos, reduzir os índices de transferência hospitalar; unificar os protocolos de atendimento e condutas terapêuticas entre os profissionais Para pacientes monitorados, iniciou-se a fase de teste de metodologia de coleta de sinais vitais, viável do ponto de vista de aplicabilidade e financeiro.



Painel de monitoramento da IA Laura.



Recurso tecnológico (tablets), nos domicílios, para registro remoto e em tempo real dos sinais vitais.

CONCLUSÕES

A sustentabilidade do projeto se mantém através dos resultados do monitoramento que reduzem os índices de transferência no *Home Care* e melhora o grau de assertividade das conduções clinicas por identificação de uma solução para *input* remoto dos dados em tempo real. Deste modo, esta etapa de implementação do projeto viabilizará a identificação de uma ferramenta que aponte os pacientes que possuem critérios de risco e que apresentem perfil para telemonitoramento com incorporação da IA.

REFERÊNCIAS

Lobo, Luiz CarlosInteligência Artificial e Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2017, v. 41, n. 2 [Acessado 26 Outubro 2022] , pp. 185-193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2esp>. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2esp.

Silva, Kênia Lara da et al. Discourses on technologies in home care: contributions between innovating, inventing, and investing. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2022, v. 43 [Acessado 26 Outubro 2022] , e20200491.

TRANFORMAÇÃO LEAN EM UM HOSPITAL VERTICALIZADO – OTIMIZANDO O FLUXO DO OPME

Caroline Brum Rosso (Eficiência Hospitalista), Anabelle Teixeira (Unimed Poços de Caldas), Marlene Santos (Unimed Poços de Caldas), André Wajner (Eficiência Hospitalista)

INTRODUÇÃO

Um dos métodos de eficiência operacional que mais vem atraindo atenção na gestão da área da saúde é a filosofia de gestão conhecida como Lean Healthcare (COSTA e GODINHO FILHO, 2016). O objetivo desse trabalho é relatar a implementação do *Lean* em um hospital verticalizado de operadora de plano saúde com o foco de aumentar a integração entre operadora e hospital. Para tal, construiu-se um projeto de melhoria no fluxo das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

METODOLOGIA

O Projeto de implementação da filosofia *Lean* nesse hospital ocorreu ao longo do período de junho a dezembro de 2021 (06 meses). O fluxo do OPME foi escolhido por perpassar diversos setores da operadora de planos de saúde e no hospital. Tal grau de capilaridade do fluxo possibilita que a implementação da cultura Lean seja sistêmica num hospital verticalizado. Na figura 1 é apresentado as etapas do projeto. Para a condução e acompanhamento do projeto foram realizados encontros online com os consultores da empresa Eficiência Hospitalista. A equipe Lean foi composta por profissionais 09 setores por se tratar de um fluxo multiprofissional (figura 2).

Figura 1 – Método de implementação do Lean no Fluxo do OPME

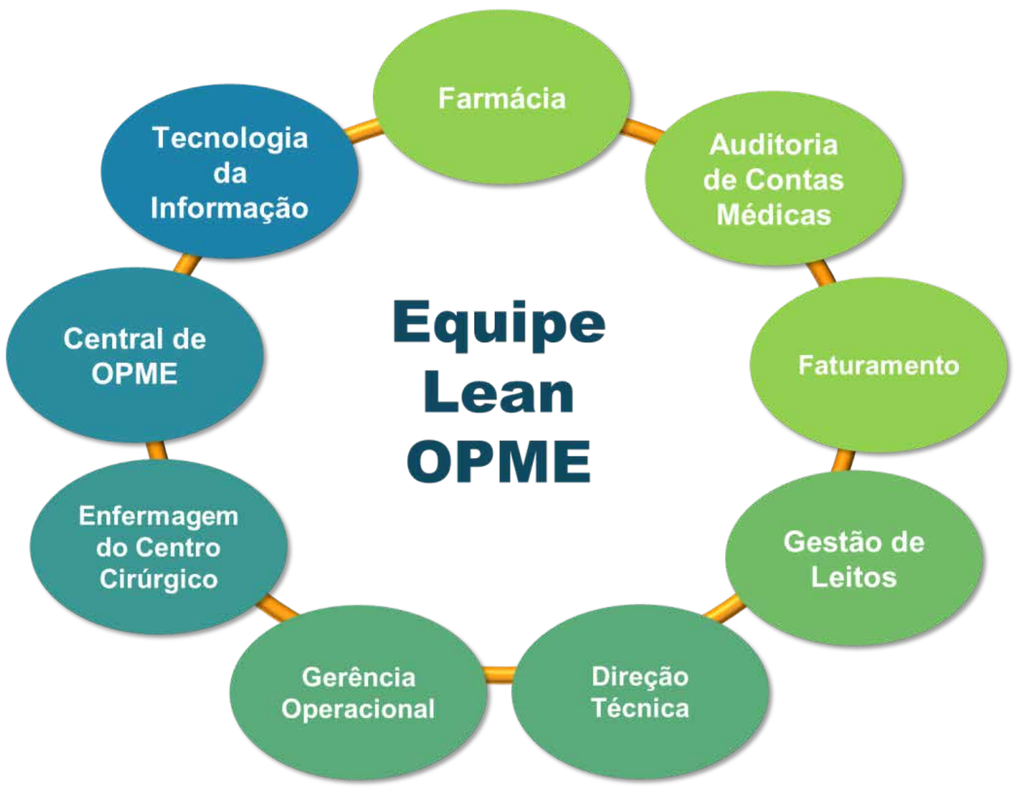


Figura 2 – Equipe OPME

RESULTADOS

Mapeou-se o fluxo do OPME na operadora e no hospital, sendo realizado coleta manual dos tempos de cada etapa do OPME para a criação de indicadores de fluxo e de processo. Tal tabulação auxiliou a instituição a identificar gargalos na jornada do OPME e do paciente cirúrgico no hospital, gerando um novo grupo de melhoria relacionado a organização da agenda cirúrgica.

Como projeto piloto, foi definido o fluxo de autorização do OPME da cirurgia de colecistectomia videolaparoscopia. Foi implementada o protocolo de autorização simplificada (figura 3), o qual tira a obrigatoriedade da análise do médico auditor para a sua autorização, caso o procedimento contemple os critérios estabelecidos no protocolo. Tal mudança do processo de autorização impactou em uma redução de 99% do tempo de autorização impactando em maior agilidade para a marcação do procedimento cirúrgico e sem aumentar os custos com esse procedimento (figura 4).

AÇÕES

Problema	Ação	Responsável	Status
Atualização valores TNUMM	CAF atualizar os valores dos materiais a cada ano / evento externos	Farmácia	FINALIZADO
Fluxo de liberação das guias envolvendo o médico auditor	A Autorizações ter autonomia para liberação dos procedimentos sem o médico auditor	Auditoria	FINALIZADO
Sem padronização de OPME para o procedimento	Validar com o CPAC qual o padrão de cadastro dos materiais	Auditoria e Faturamento	FINALIZADO
Alteração do prazo de liberação das guias	Comunicar os médicos sobre a padronização dos materiais e prazo de liberação	Auditoria	FINALIZADO
Mudança de processo para equipe	Treinar a equipe de autorização para o novo processo	Auditoria	FINALIZADO

Figura 3 – Plano de Ação OPME

Figura 4 – Redução do tempo de autorização

CONCLUSÕES

Implementar a cultura *Lean* apresentou resultados interessantes para a instituição, sendo o maior impacto a maior sinergia entre operadora e hospital. Criar a visão sistêmica da jornada do beneficiário é complexo, porém é necessário para uma maior agregação de valor e diminuição de custos para as operadoras verticalizadas, o *Lean* mostrou-se adequado para atingir esses objetivos.

REFERÊNCIAS

COSTA, Luana Bonome Message; GODINHO FILHO, Moacir. Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. Production Planning & Control, v. 27, n. 10, p. 823-836, 2016.

Transição do cuidado entre Unidade de emergência e Unidade de internamento: Aplicação do NEWS

Enilson Vieira Moraes, Luana de Souza Oliveira, Raquel de Lima Santos, Thalytta Goes Matos Santana.

INTRODUÇÃO

A deterioração clínica do paciente pode ser identificada precocemente através da aferição e interpretação correta dos seus parâmetros vitais. Para uma avaliação eficaz, foram criados escores que englobam diferentes parâmetros, como o National Early Warning Score (NEWS). Essa ferramenta é capaz de mensurar, através de pontuações, alertas de possibilidade de instabilidade clínica. A sua utilização pode ser iniciada ainda na Unidade de Emergência (UE), auxiliando como barreira de segurança na transição do cuidado para a Unidade de Internação (UI) através do estabelecimento de pontuação limítrofe para a transição, assim como sinalizado à equipe assistencial da UE a necessidade de reavaliação do paciente. Essas ações possibilitam a redução de eventos de deterioração clínica não reconhecida e reforçam a comunicação efetiva entre os setores para adequação das condições do paciente à unidade de destino, impactando na redução de agravos à saúde e diminuição do tempo de internação hospitalar. O objetivo do trabalho consiste em evidenciar a importância da implementação do NEWS desde a unidade de emergência, possibilitando a transição segura do cuidado entre a Unidade de emergência e a Unidade de internamento.

METODOLOGIA

Avaliação através de análises mensais por meio de relatório, dos acionamentos de código amarelo, azul e sepse, decorrentes de alteração do NEWS, na UE e UI, evidenciando a importância do monitoramento e avaliação clínica do paciente.

	Código Amarelo		Código Sepse	
	Óbito	Uti	Óbito	Uti
Jan	0,00%	78,00%	0,00%	0,00%
Fev	8,00%	50,00%	0,00%	50,00%
Mar	0,00%	67,00%	0,00%	0,00%
Abr	0,00%	38,00%	50,00%	100,00%
Mai	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Jun	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Jul	66,70%	66,70%	0,00%	100,00%
Ago	16,70%	66,70%	0,00%	100,00%
Set	0,00%	66,70%	0,00%	100,00%

Tabela 1 – Desfechos clínicos dos códigos amarelo e sepse na Unidade de Emergência de Janeiro a Setembro de 2022.

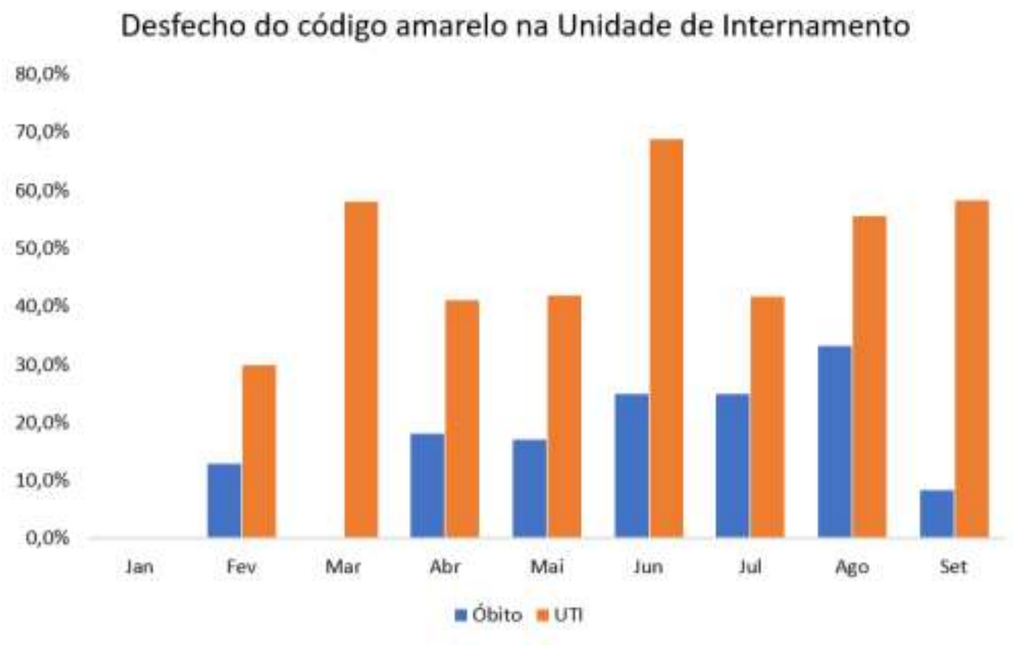


Gráfico 1 – Desfecho do código amarelo na Unidade de Internamento de Janeiro a Setembro de 2022.

RESULTADOS

Após a admissão do paciente da UE para o internamento, muitas vezes haviam acionamentos de códigos amarelo e sepse, e até mesmo transferências para Unidade de terapia intensiva. Houve então a necessidade de incluir a avaliação, através do NEWS, nesse setor. No primeiro semestre de 2022, houve a detecção de 1,6% de pacientes em código amarelo e 10% de pacientes em código sepse na UE, melhorando a identificação de pacientes com sinais de deterioração ainda na unidade de origem.

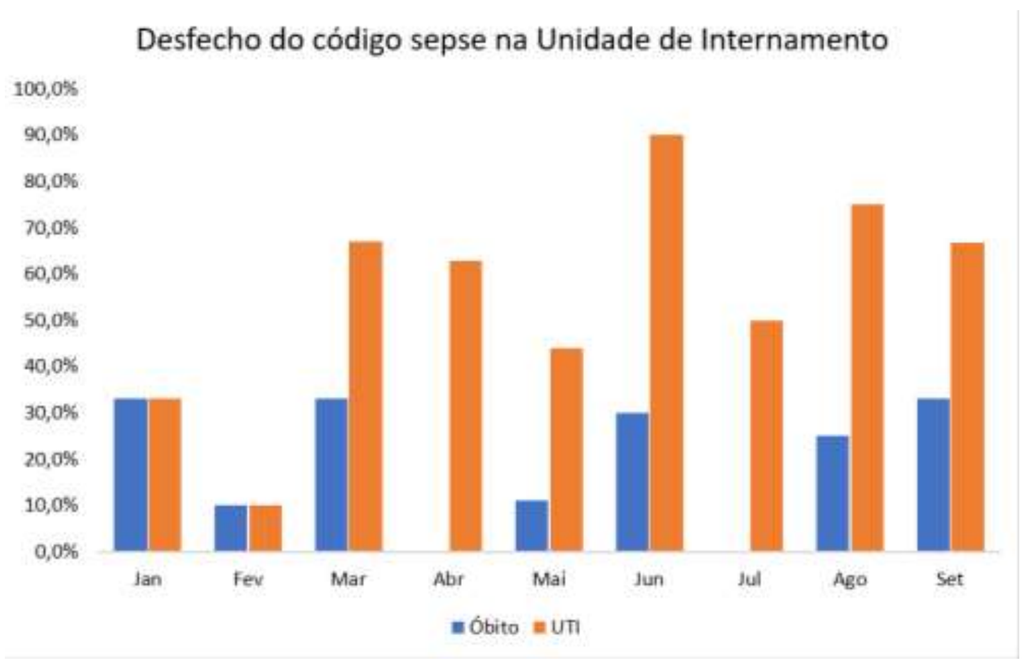


Gráfico 2 – Desfecho do código sepse na Unidade de Internamento de Janeiro a Setembro de 2022.

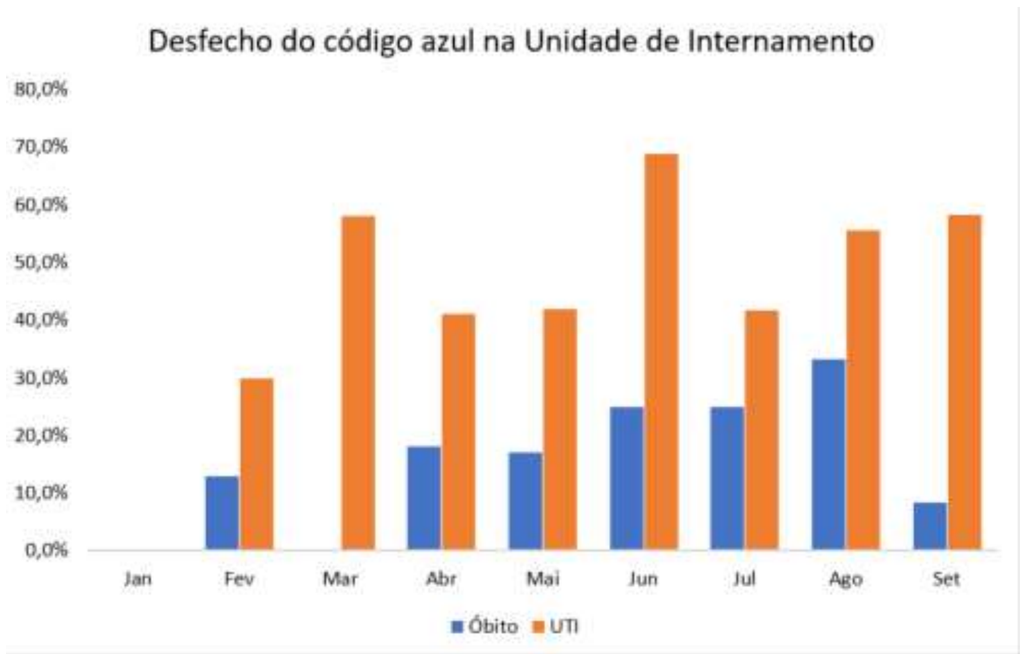


Gráfico 3 – Desfecho do código azul na Unidade de Internamento de Janeiro a Setembro de 2022.

CONCLUSÕES

A identificação precoce da deterioração clínica do paciente ainda na unidade de emergência, possibilita uma rápida intervenção, e garante a assistência segura. Através do acompanhamento e análise dos dados, é possível identificar fragilidades encontradas e analisar quais ações podem ser realizadas, a fim de melhorar ainda mais o cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

GIELEN, Anneke, et al. Avaliação do escore inicial de alerta precoce da enfermaria geral e admissão na UTI, tempo de permanência hospitalar e mortalidade. Jornal ocidental de medicina de emergência, 2021; 22 (5).

MONTENEGRO, S. M. S. L.; MIRANDA, C. H. Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro. Rev Bras Enferm, 2019; 72 (6), p. 1428-34.

OLINO, Luciana, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Rev Gaúcha Enferm, 2019; 40(esp):e20180341.

USO DA ENERGIA FOTOVOLTAICA COMO ESTRATÉGIA ESG (MEIO AMBIENTE, SOCIAL E GOVERNANÇA)

Alexandre Bartolomei Gutierrez, Co-autores Fernando Cesar de Oliveira

INTRODUÇÃO

O crescente uso de energia elétrica gerada por termoelétricas, relacionadas ao aumento da demanda e à escassez hídrica, aumentam as preocupações relacionadas às emissões atmosféricas e seus efeitos nocivos à saúde das pessoas. Considerando ainda que o custo de energia elétrica dos hospitais é uma fração importante nos gastos fixos, buscamos constantemente novas alternativas sustentáveis. Essas estratégias podem variar da compra de energia no mercado livre à construção de usinas geradores alimentadas por fontes renováveis. Após estudo, decidimos pela implantação de uma Usina Fotovoltaica (UFV) em regime de minigeração distribuída. Nessa modalidade, podemos atender a mais de uma unidade hospitalar e é uma forma de contribuir com as demais ações de sustentação de ESG (Meio Ambiente, Social e Governança) para os hospitais.

METODOLOGIA

Essa iniciativa, que atende coletivamente as unidades do Paraná pertencentes ao Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças (GHNSG), tem por objetivo a redução em, aproximadamente, 90% das emissões de gases de efeito estufa - relacionados ao consumo de energia elétrica; e, também, em 40% dos custos da energia.

Para tanto, o primeiro passo foi mensurar a necessidade de energia elétrica da matriz e das filiais em um mesmo Estado, de acordo com as regras da ANEEL, que determinam que a geração distribuída deve ocorrer dentro da mesma rede concessionária de energia.

Subsequentemente foram avaliadas as características das alternativas, sendo estas: compra de energia no mercado livre, energia proveniente de pequena central hidrelétrica, termoelétrica de coprocessamento de biomassa, energia eólica e energia fotovoltaica.

Para decisão, foram levados em consideração os seguintes fatores, emissão de gases de efeito estufa, condições de operação e manutenção, custos de implantação, área necessária para geração de energia e custo final da energia.

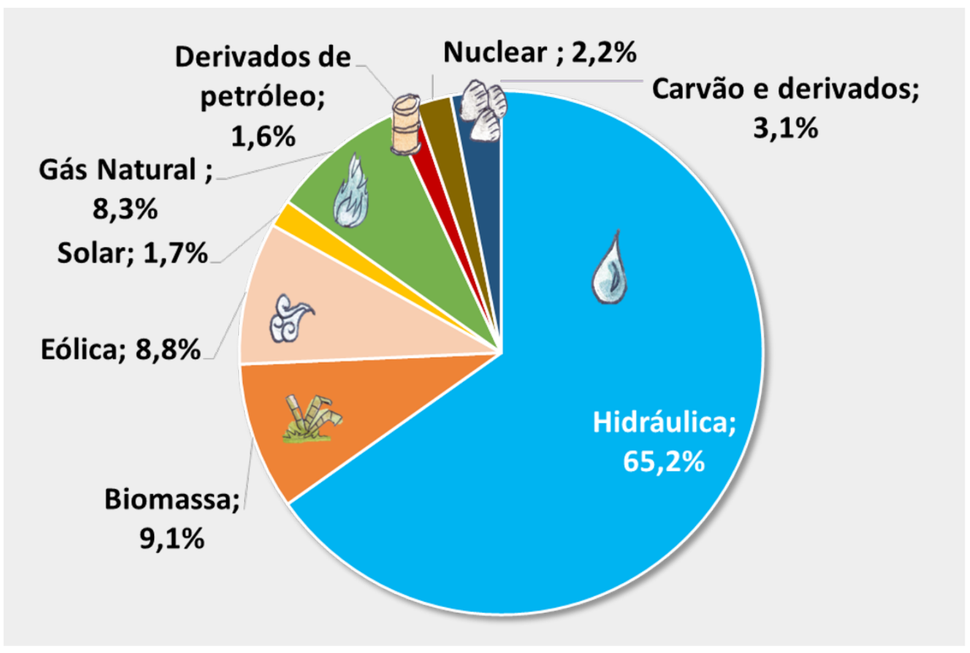


Figura 1: Distribuição das fontes de geração de energia elétrica no Brasil em 2021 conforme site da Empresa de Pesquisa Energética.

Relação entre área ocupada e geração de energia no Brasil para fonte de energia renovável	
Fotovoltaica	0,02 km/MW
Eólica	0,18 km/MW
Hidroelétrica Grande Porte	0,37 km/MW
Hidrelétrica Pequeno Porte (PCH)	0,14 km/MW

Figura 2: Dados da análise do Ministério de minas e energia mostrando a área ocupada pela planta energética em relação a geração de energia.

RESULTADOS

Entre a preparação do estudo de caso, a busca de parceiros, a elaboração dos projetos, a obtenção de licenças, a execução e o comissionamento da obra foram necessários 22 meses.

Em dias típicos de operação, a UFV produz, em média, 26 MWh por dia, evitando a emissão de mais de 15 toneladas/dia de CO2 na atmosfera.

A economia financeira encontrada foi de 38% da fatura de energia para as unidades de alta tensão, que tem os custos de transmissão e conexão em rede elétrica ainda cobrados.

Figura 3: Vista de drone da UFV – HNSG em Cidade Gaúcha na região Norte do Paraná.

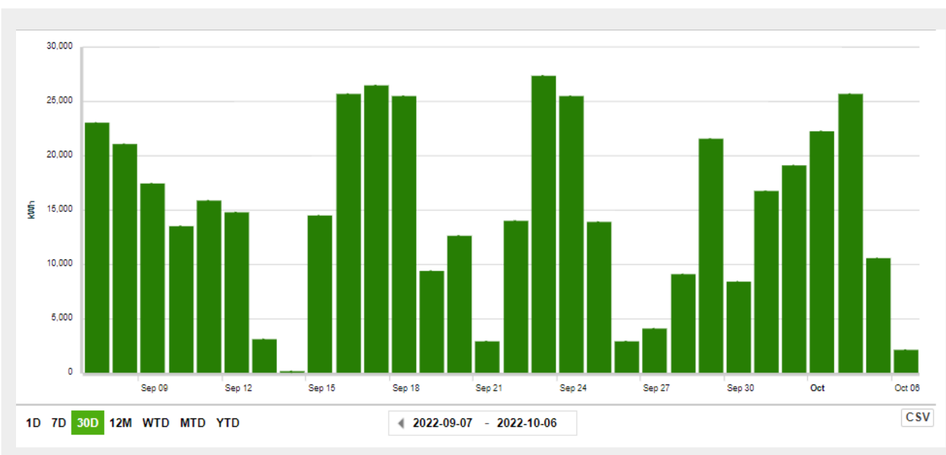


Figura 4: Gráfico demonstrando a geração de energia da UFV-HNSG entre 07 de setembro e 06 de outubro de 2022.

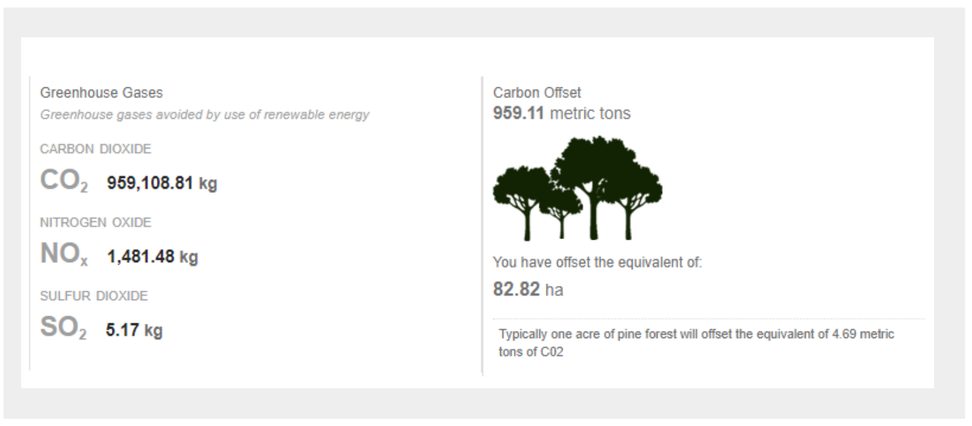


Figura 5: Imagem mostrando a estimativa automática de redução de gases de efeito estufa e a equivalência em área de floresta.

CONCLUSÕES

Ao colaborar com a agenda de atividades socioambientais do Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG), o projeto fortalece o conjunto de ações que visam proporcionar a sustentabilidade futura do Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças, ao qual o HNSG faz parte. Isso porque agrupa as condições de redução dos impactos ambientais, reduz custos operacionais e movimenta a economia local com geração de pontos de trabalho na UFV, atingindo seu objetivo de fomentar a visão ESG da instituição.

REFERÊNCIAS

Ministério das Minas e Energia Governo Federal do Brasil, 2017, ANÁLISE SOCIOAMBIENTAL DAS FONTES ENERGÉTICAS – PDE 2026.

USO DE BUSINESS INTELLIGENCE COMO FERRAMENTA NA OTIMIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM FARMÁCIA HOSPITALAR E CLÍNICA

Graziela Guidolin, Co-autores Andressa Schaia Rocha, Daniele Felipe Ribas, Nathália Carolina Scandolara Cardoso.

INTRODUÇÃO

A administração da Farmácia Hospitalar tem por responsabilidades, apoio técnico, gestão da cadeia medicamentosa, resolução de conflitos, definição de resultados e ações alinhadas às estratégias da Instituição. É um sistema complexo que envolve dados de setores distintos, necessitando análises para garantir a segurança do paciente. Para facilitar a avaliação o uso da tecnologia é primordial. Business Intelligence (BI) é uma forma de processar dados gerados e compreender as tendências e necessidades de um Setor. A ferramenta refere-se a um conjunto de teorias, processos, metodologias e tecnologia capazes de transformar dados brutos em informações relevantes.

Objetivo: Definição e elaboração de Dashboards para otimização e acompanhamento das principais atividades desenvolvidas pelo serviço de farmácia, envolvendo desde a análise da terapia medicamentosa até a dispensação de medicamentos solicitados como dose emergencial.

METODOLOGIA

Foram definidos pontos de controle e atividades críticas nos processos, sendo a análise pela farmácia clínica e a dispensação de medicamentos. O primeiro Dashboard contemplou dados da terapia medicamentosa correlacionada com exames laboratoriais, sinalização de protocolos de Tromboembolismo Venoso e Antibioticoterapia, e a prescrição de medicamentos potencialmente perigosos. O segundo focou em agilizar e definir prioridades na separação e dispensação. Criada pela Tecnologia da Informação uma representação visual onde os dados pudessem ser monitorados rapidamente e em tempo real.

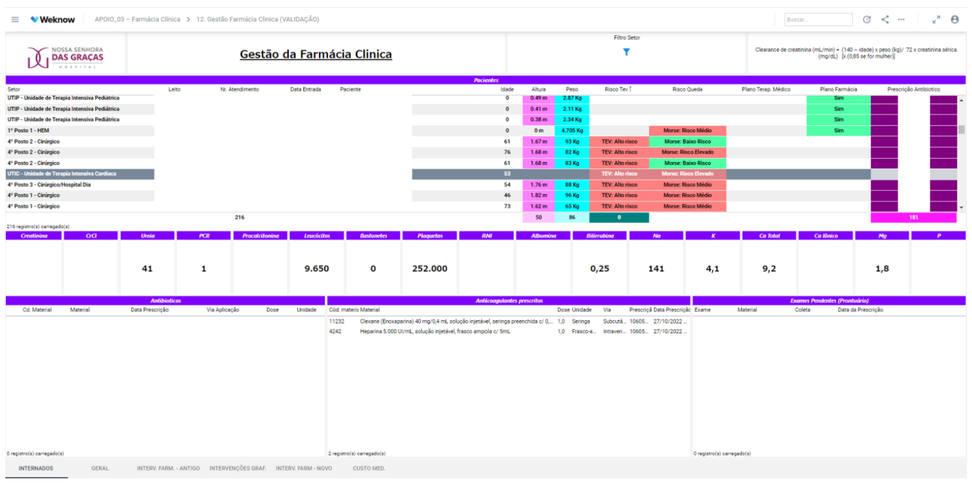


Figura 1: Dashboard de Gestão da Farmácia Clínica.

Figura 2 : Dashboard de Gestão da Farmácia – Atendimento de Lotes de Dispensação.

RESULTADOS

O uso do BI possibilitou realizar intervenções farmacêuticas antes da dispensação, abrangendo maior nº de pacientes em menor tempo (103 leitos para 247 com mesmo número de farmacêuticos), minimizando a ocorrência de eventos adversos e erros de medicação. Em relação à dispensação dos medicamentos, reduziu-se o prazo de atendimento com tempo de entrega inferior ao SLA estabelecido (21' para 10'), viabilizando a rastreabilidade do processo em todas as etapas.

CONCLUSÕES

Além do acompanhamento e a correlação de diversas informações úteis, o BI nos permite uma gestão inovadora na área da saúde, uma vez que a tecnologia fornece recursos em diversos aspectos, como: indicadores, adoção de estratégias, correção de falhas nos processos, redução de custos, melhorias de rotinas e qualidade dos serviços prestados, reforçando a segurança assistencial.

REFERÊNCIAS

PAM-016 Protocolo Segurança na Terapia Medicamentosa.

USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO TREINAMENTO DE HEMOVIGILÂNCIA E IMPACTOS NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS

Cleidinaldo Ribeiro de Goes Marques, Larissa Keylla Almeida de Jesus, Ana Liz Pereira de Matos, Jamille Nascimento Lima

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é um setor estratégico, com funções de planejamento, execução e análise de treinamentos baseado nos protocolos institucionais. Dentro do cronograma anual, ocorre o treinamento de Hemovigilância. A gamificação foi a estratégia de metodologia ativa utilizada no periódico, por permitir o engajamento e espaço de pensamento crítico entre colaboradores e facilitadores no treinamento. Objetivo: Apresentar os dados do percentual de adesão ao treinamento periódico e os impactos nos indicadores assistenciais.

METODOLOGIA

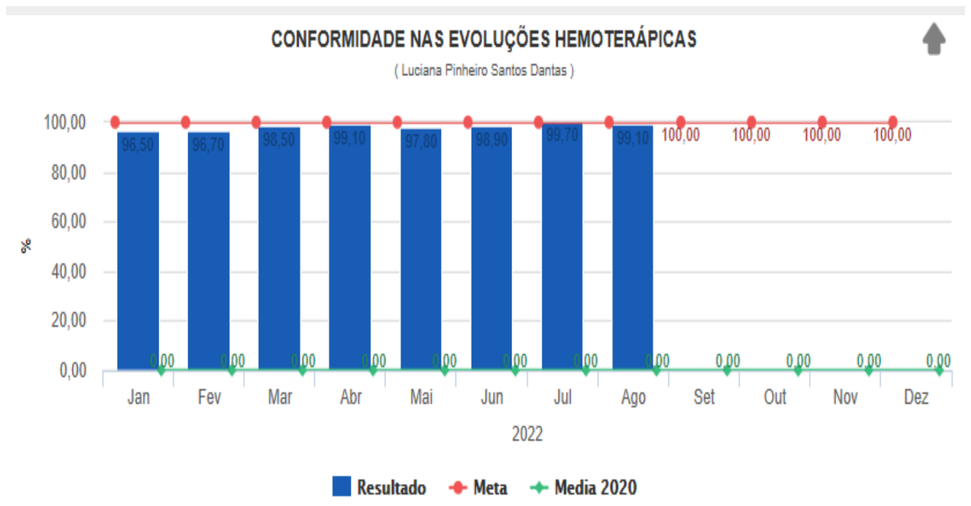
Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por meio da análise dos relatórios gerados pelo sistema *Interact* quanto aos indicadores do comitê transfusional. O treinamento foi realizado em junho de 2022, com duração de duas horas e estruturado em estações teóricas, práticas e simulação realística. As atividades tiveram como referencial o Marco Conceitual/Operacional de Hemovigilância e o protocolo institucional.

Registro do Treinamento de Hemovigilância, em junho de 2022.

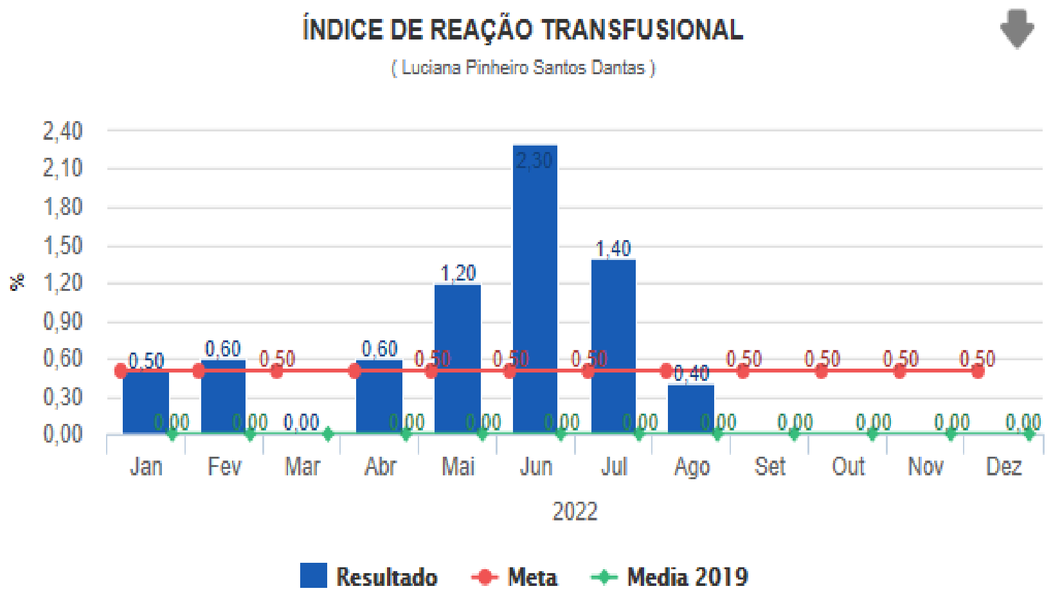
Gamificações executadas pelos participantes do Treinamento de Hemovigilância, em junho de 2022.

RESULTADOS

Foram treinados 237 colaboradores (adesão de 50%, meta de 80%). Na análise dos indicadores antes e após o treinamento, foi evidenciado: 1) Redução no registro incompleto entre maio a julho (2,1% X 1,1% X 0,3%, respectivamente); 2) Em junho, evidenciadas 04 reações transfusionais, sendo que todas foram identificados e notificadas por busca ativa da agência transfusional. Em julho, realizada 01 notificação pela assistência e 03 por busca ativa; 3) Redução das bolsas perdidas por transfusão incompleta (maio 1,8% x junho 1,1%); 4) Em maio, houve 01 ausência de assinatura do termo de transfusão. Em junho todos os termos estavam preenchidos por completo; 5) Houve aumento de 20% quanto à transfusão no tempo estabelecido pela modalidade transfusional (maio 78% x junho 98%); 6) Redução de transfusão noturna (maio 16 X junho 13); 7) Redução de solicitações não conformes (maio 06 x junho 02).



Indicador de Conformidade nas evoluções Hemoterápicas, janeiro a agosto de 2022.



Indicador de índice de reação transfusional, janeiro a agosto de 2022.

CONCLUSÕES

As gamificações são estratégias inovadoras quem impactam no processo de ensino-aprendizagem. Os indicadores de maio para junho apresentaram impactos positivos, o que demonstra assertividade nas metodologias realizadas pelo NEP.

REFERÊNCIAS

REDE PRIMAVERA SAÚDE. TPOP.AT.014.POP Reação Transfusional. Aracaju, 2021. Disponível em: Web Documents.
REDE PRIMAVERA SAÚDE. POP.AT.010. POP Critérios Aceitáveis para indicação de transfusão, 2021. Disponível em: Web Documents.
REDE PRIMAVERA SAÚDE. POP.ENF.035.01 Instalação e acompanhamento, 2022. Disponível em: Web Documents.

Uso de uma plataforma de atendimento remoto para avaliar a adesão ao tratamento em saúde mental

Laura Elias [1], José Antônio Burmann [2], Vinícius Vicente Soares [1, 2], Juliana Herbert [2], Marlise A dos Santos [1*]
[1] MyDIGICARE , [2] Uuversidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre
Contato*: marlise@mydigicare.com.br

INTRODUÇÃO

A adesão terapêutica dos pacientes é fundamental para o sucesso do tratamento e melhoria na sua qualidade de vida. Objetivos: Identificar a dificuldade dos pacientes da Saúde Mental (SM) de seguirem os tratamentos farmacológicos, e classificar a adesão pelo instrumento Morisky, empregando uma plataforma de atendimento remoto.

METODOLOGIA

Uma lista de pacientes foi encaminhada à empresa para que o serviço de cuidado farmacêutico remoto gratuito fosse ofertado. Os atendimentos ocorreram através de plataforma própria desenvolvida pela startup, por vídeo consulta, de forma individual, por um período de 60 dias, aos pacientes interessados. Havendo problemas com a internet, a consulta era realizada via WhatsApp por vídeo chamada, sempre seguindo a LGPD e rastreamento, conforme Figuras 1 e 2. As consultas farmacêuticas ocorreram entre abril e julho de 2022, aos pacientes adultos do SUS, seguindo protocolos desenvolvidos pela empresa. Na consulta o paciente mostrava os medicamentos, o local de armazenamento e era conferido o prazo de validade. A Escala de Morisky foi utilizado para avaliar a adesão na 4ª e 8ª consulta.

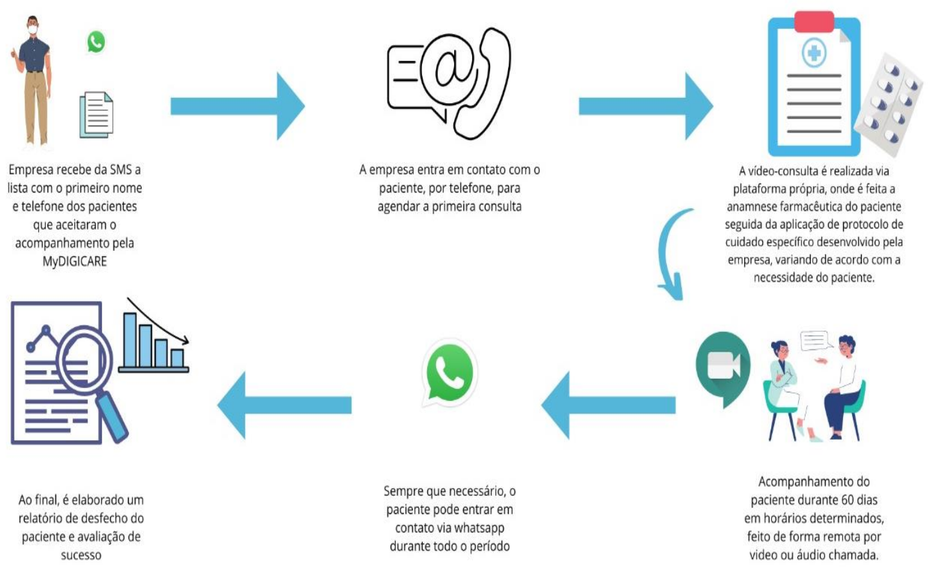


Figura 1. Fluxo de funcionamento.

RESULTADOS

Um total de 17 pacientes receberam consulta e acompanhamento remotos. Destes, 64,7% eram do sexo feminino e idade de 45,5 (±14,02) anos. 64% dos pacientes apresentavam outras comorbidades associadas; 5,8% dos pacientes estavam com a dose do medicamento diferente da prescrição, exigindo uma intervenção farmacêutica para troca; 17,6 % dos pacientes que apresentavam quadro de ansiedade, foram orientados a redução de ingestão de estimulantes da dieta, para contribuir na evolução do tratamento. 70,6% dos pacientes relataram efeitos adversos. Assim, nas discussões dos casos com os profissionais, foram sugeridos ajustes de doses ou trocas de forma farmacêutica. A melhora de sintomas, foi observada em 88,2% pacientes. Houve uma redução de baixa adesão de 50% dos pacientes e 28% de aumento na adesão, conforme Quadro 1. Foi identificado que as dificuldades dos pacientes a aderirem ao tratamento era devido aos efeitos adversos, ao esquecimento de uso e o custo.

Quadro 1: Resultado da Escala de Adesão Morisky.

	4ª Consulta	8ª Consulta
Baixa adesão	36,3%	18,2%
Moderada adesão	45,5%	63,6%
Adesão	18,2%	18,2%

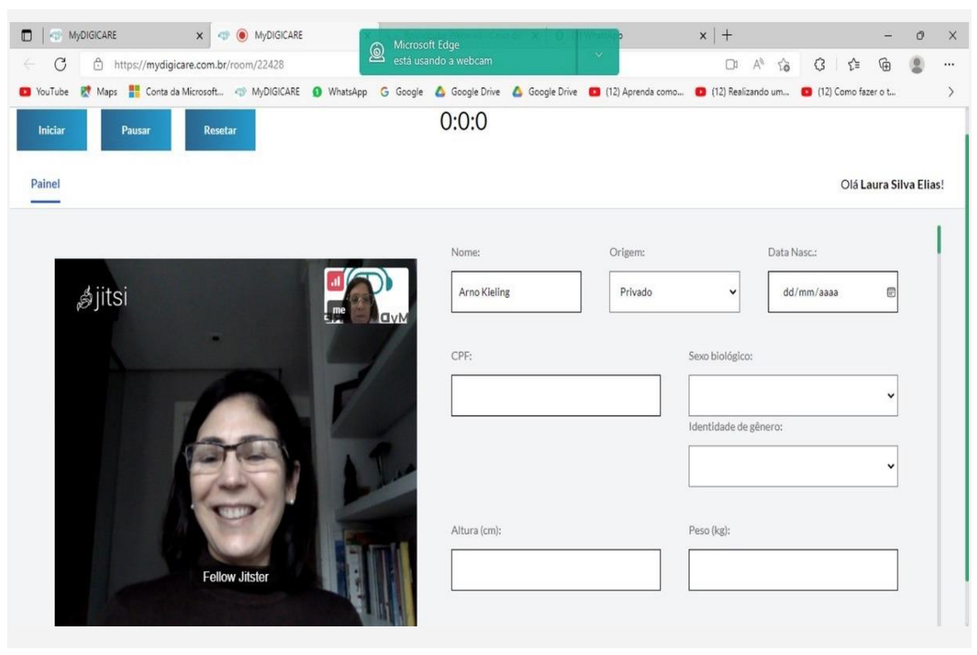


Figura 2. Atendimento via Plataforma própria

CONCLUSÕES

O acompanhamento remoto realizado pela empresa na introdução dos medicamentos psiquiátricos no paciente foi fundamental para a melhora no processo de adesão, haja visto o grande número de reações adversas que levam o usuário a não seguir o tratamento, devido ao seu desconhecimento, além dos custos para a aquisição.

REFERÊNCIAS

Bem AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Revista de Saúde Pública, S1. v.46, n.2. p.279-89, abr. 2012.

Visita Multiprofissional: Atuação da Equipe de Desospitalização

Juliana de Jesus Correia, Leandro Ribeiro Lago da Silva, Rosana Pereira Canuto Faria, Marcos Cesar Ramos Mello

INTRODUÇÃO

A visita multiprofissional é um modelo assistencial que visa a participação de diversos profissionais, com o intuito de promover uma gestão eficiente do cuidado centrado no paciente, proporcionando melhora da experiência com foco no desenvolvimento do valor em saúde. A equipe de desospitalização atua como um norteador na avaliação dos casos com necessidades de cuidados pós agudo, na definição da modalidade adequada de alta e na criação de estratégias junto as equipes médicas para uma programação de alta segura e antecipada.

A atuação destina-se na avaliação individualizada do paciente valorizando as dimensões biopsicossociais bem como os antecedentes que possam impactar na condição atual e na programação antecipada da alta hospitalar, preconiza-se a atuação interdisciplinar, buscando integração com diversas equipes médicas, multidisciplinar e com setores que possam auxiliar para cumprimento da programação.

METODOLOGIA

A seleção dos casos para a discussão, destina-se das admissões provenientes do P.S de pacientes com diagnósticos clínicos que não possuem médico de referência e são internados para equipes médicas estratégicas. Para esse estudo foram selecionados os Cids de maior frequência de admissão para essas equipes, entre os anos de 2021 e 2022 que foram circulatório, digestivo, geniturinário, moléstias infecciosas e respiratório

A realização da visita multiprofissional ocorre duas vezes/semana com foco nas seguintes definições:

- ✓ Meta mensurável,
- ✓ Plano terapêutico,
- ✓ Prazo para resolução do problema,
- ✓ Programação de alta com necessidade adequada de cuidado pós alta
- ✓ Monitoramento pós alta

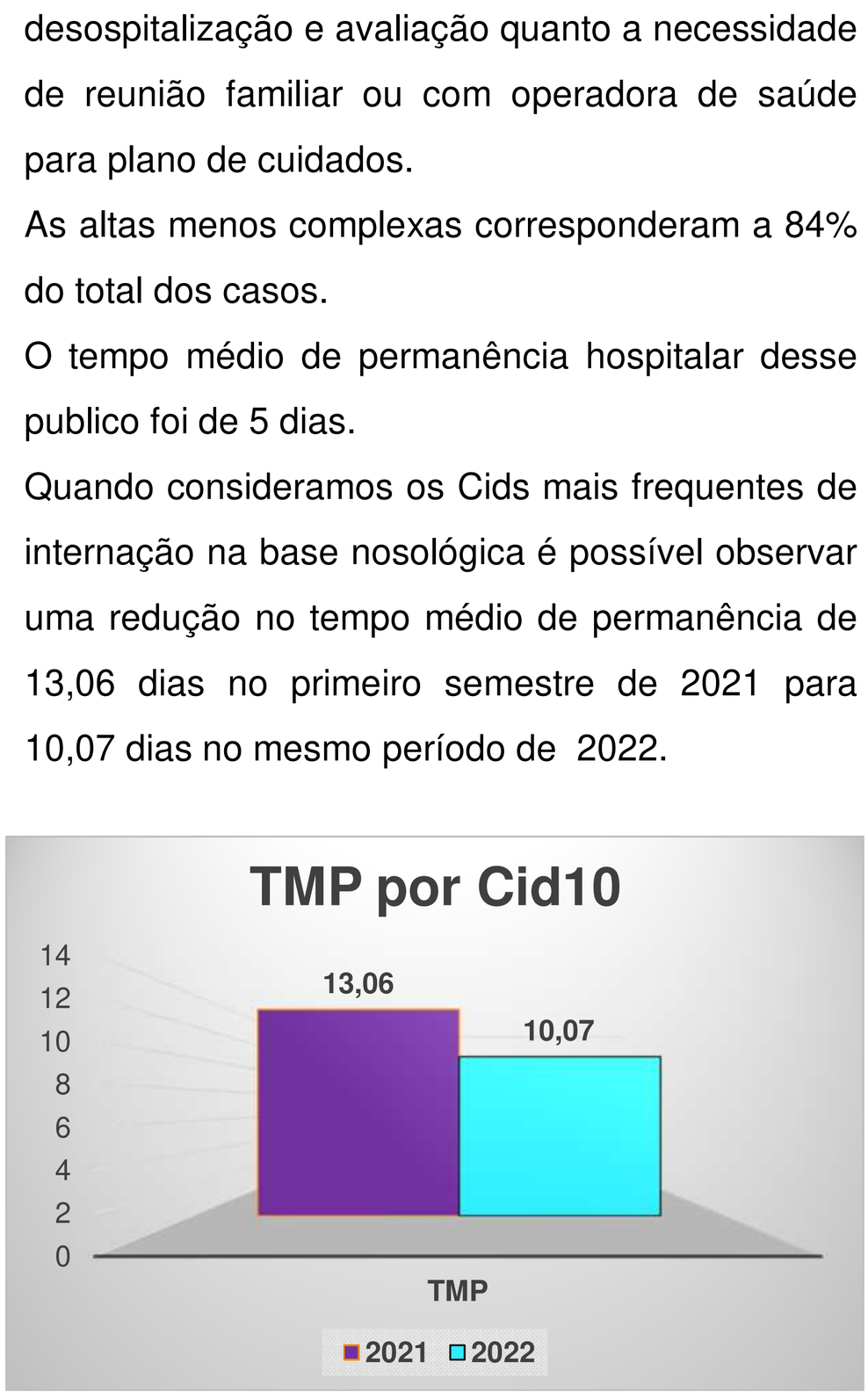
RESULTADOS

Analisando o primeiro semestre de 2022, identificamos a realização de discussão em visita multiprofissional de 471 casos, desses tivemos um total de 76 solicitações de atendimento pós alta, caracterizando 16% dos pacientes onde foi realizado atuação pontual da equipe de desospitalização e avaliação quanto a necessidade de reunião familiar ou com operadora de saúde para plano de cuidados.

As altas menos complexas corresponderam a 84% do total dos casos.

O tempo médio de permanência hospitalar desse publico foi de 5 dias.

Quando consideramos os Cids mais frequentes de internação na base nosológica é possível observar uma redução no tempo médio de permanência de 13,06 dias no primeiro semestre de 2021 para 10,07 dias no mesmo período de 2022.



Tempo de permanência de pacientes com cid10 circulatório, digestivo, geniturinário, moléstias infecciosas e respiratório das equipes entre 2021 e 2022

CONCLUSÕES

A partir dos dados obtidos destaca-se a redução no tempo de permanência dos pacientes com esse perfil.

A participação da equipe de desospitalização contribui para um melhor manejo dos casos com necessidades de cuidados pós alta, auxiliando as equipes na definição da modalidade adequada para continuidade do cuidado, atuando de forma rápida e assertiva com impacto positivo na experiência do cliente.

REFERÊNCIAS

1. Hospital BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo. (2022) Bando de dados nosocomiais do Serviço de Arquivo Medico Estatístico (SAME).
2. Souza, F. T. L., Santos, K. C.B. (2021) The process of dehospitalization from the perspective of patients with long-term chronic diseases admitted to a university hospital. Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e33010716608, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16608

Revisão de alta:
Implementação de instrumento digital

Lara Arcipreti Boel Souza, Adriana Aparecida Nunes dos Santos, Fernanda da Silva Moraes, Rutileia Aparecida Rosa Franco.

INTRODUÇÃO

O cuidado contínuo é fundamental para reestabelecer o autocuidado do paciente. Uma peça chave desse é o processo de alta, onde o paciente recebe a educação em saúde da equipe profissional que utilizará em sua residência.

Nesse processo, o enfermeiro é responsável por desenvolver as estratégias desta transição de cuidado[1].

Assim, a instituição desenvolveu um instrumento digital para nortear a visita de alta realizada pelos enfermeiros, além de mapear os pontos de melhoria do processo.

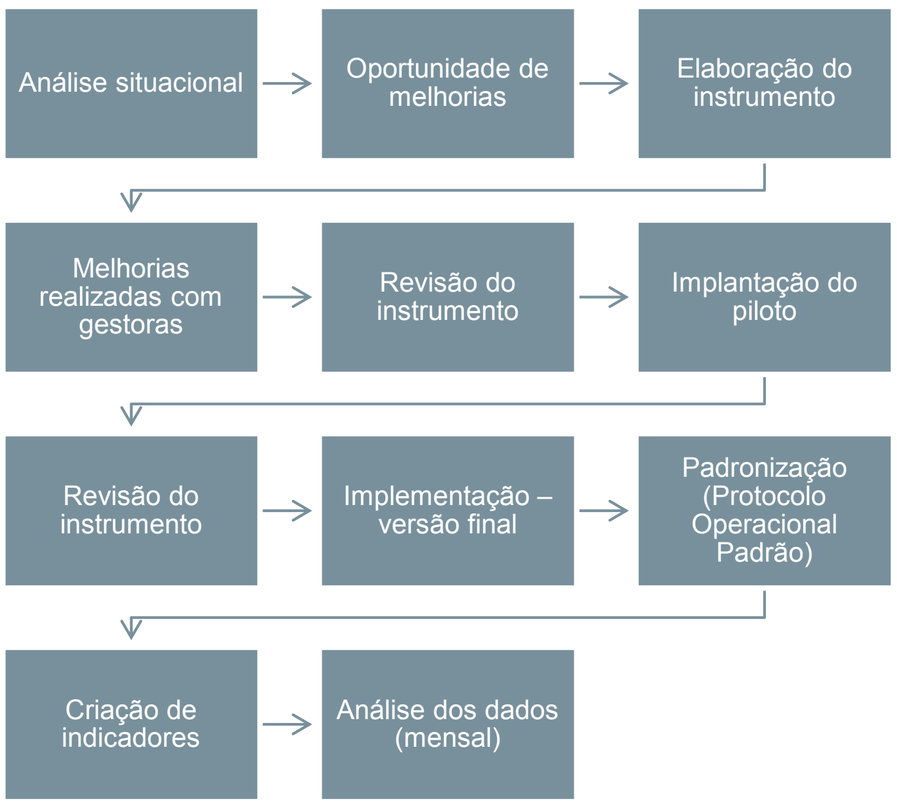
Portanto, o estudo teve como objetivo avaliar o instrumento digital para visita de alta implementado na assistência hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, retrospectivo, de análise documental. Ocorreu em unidades de internação (UI) de um hospital de atendimento terciário. No período de janeiro a julho de 2022.

A população do estudo foi constituída pela equipe de enfermagem, além do envolvimento indireto dos demais integrantes da equipe multiprofissional e os pacientes.

No estudo todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa foram respeitados.



Linha do tempo da implantação do instrumento digital.

RESULTADOS

O instrumento digital foi elaborado através do ciclo PDSA *(Plan, Do, Study, Act)* em discussões com as gestoras das UIs e enfermeiros, além de realização piloto em uma unidade para realizar as melhorias necessárias e, após, ampliação para todo hospital.

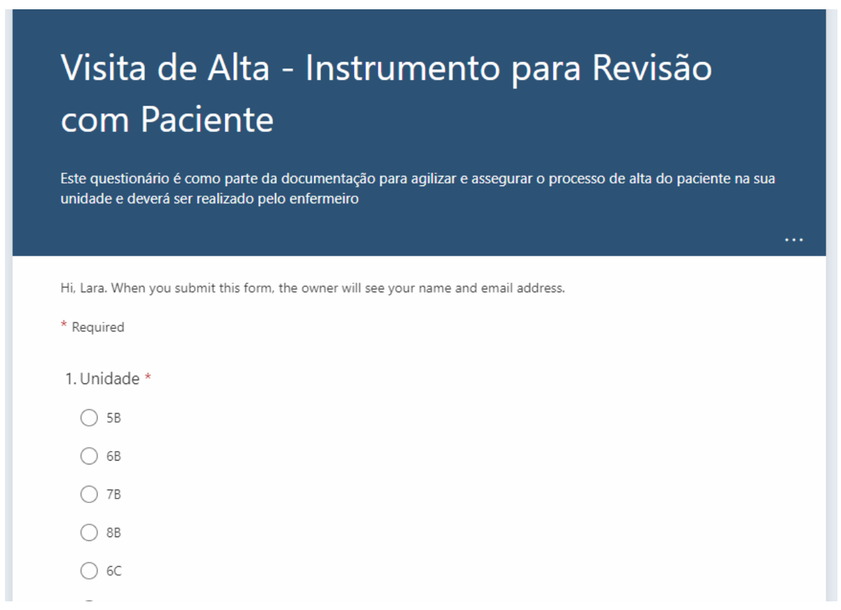


Imagem de parte do instrumento elaborado pela equipe.

Após implantação, para mensurar os resultados foram elaborados dois indicadores: taxa de adesão (TA) para acompanhar adesão ao instrumento, e taxa de conformidade (TC) para elucidar os pontos de melhoria, e ambos eram analisados mensalmente pela gestão direta e discutidos com a gerência e equipe de enfermagem.

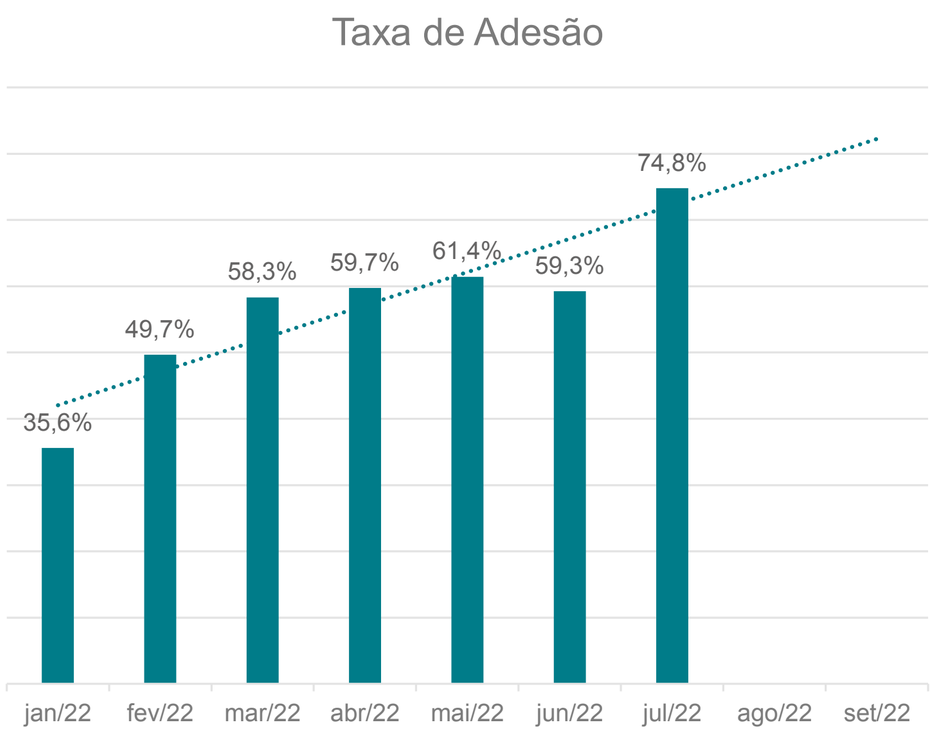


Gráfico do indicador TA com linha de tendência de previsão linear (Taxa de Adesão).

Nos sete meses analisados foram realizadas 7683 visitas de alta. A TA apresenta-se em crescente, com média de 71% ao mês, e na última aferição com 86%. Já a TC demonstra média de 97% ao mês, também apresentando uma crescente.

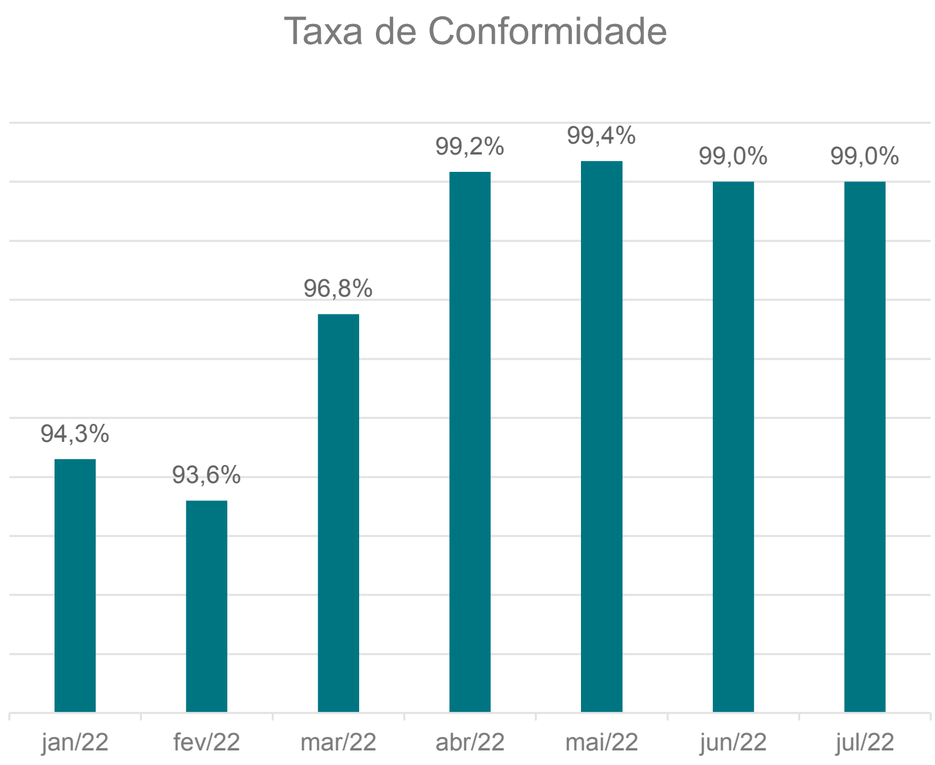


Gráfico do indicador TC (Taxa de Conformidade).

CONCLUSÕES

O instrumento é uma ferramenta que possibilita ao enfermeiro a construção do cuidado contínuo, norteando a educação de alta e assegurando a compreensão do paciente e acompanhante acerca dos assuntos abordados.

Assim, pode-se concluir que a implementação do instrumento foi concluída e está em andamento a ampla adesão pelos enfermeiros assistenciais, evidenciada pela sequência de aferições em crescente.

A informatização do instrumento reduziu impressões, proporcionou dados em tempo real gerando indicadores fidedignos e gestão baseada em evidência, além de gestores engajados em todo o processo de melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.L.], v. 111, 2 dez. 2021. Universidade Federal de Santa Maria. http://dx.doi.org/10.5902/2179769264383.

Ações de Enfermagem na Redução de Infecções em uma UTI Adulto

Camila Gasques de Moraes, Tatiane Ferreira Izola, Thais Aparecida de Lucena, Wesley Bezerra

INTRODUÇÃO

O enfermeiro na unidade de terapia intensiva possui papel fundamental dentro da cadeia complexa de um hospital, ele é o gestor da linha de cuidados do paciente, executa o planejamento da assistência prestada, lidera, estimula, capacita e desenvolve a sua equipe com o objetivo de garantir qualidade e segurança dos pacientes. A enfermagem buscou uma forma de capacitar seus colaboradores por meio de capacitação, contribuindo para uma assistência segura e livre de danos. Visto que o controle de infecções hospitalares constitui parâmetros para a garantia da qualidade do cuidado prestado. Objetivo: Reduzir as taxas de infecções relacionadas a assistência em saúde na UTI adulto, com foco nas infecções de corrente sanguínea, pneumonia associada a ventilação mecânica e infecção do trato urinário.

METODOLOGIA

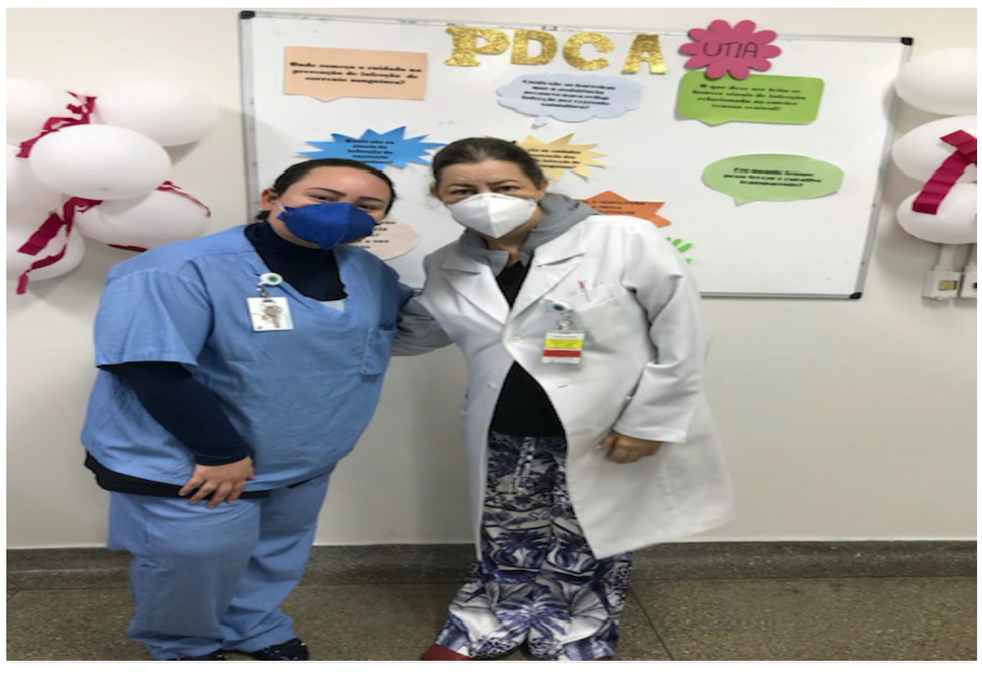
A metodologia aplicada para a descrição e acompanhamento dos resultados das ações foi a quali-quanti, onde a equipe demonstrou a percepção do engajamento na adesão das boas práticas de prevenção de infecções relacionadas a assistência e tais resultados também foram monitorados pelos indicadores de infecções do serviço de controle de infecção hospitalar da instituição, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021, onde as ações começaram a ser realizadas pelos enfermeiros assistenciais no fim do mês de agosto de 2021.

Orientação Cinco Momentos de Higienização das Mãos

Treinamento Bundle Prevenção de PAV

RESULTADOS

Após as ações observamos que o percentil de infecções na unidade no mês de agosto encontrava-se em 28,5%, no mês seguinte, nota-se uma queda de mais da metade do mês anterior e seguindo em queda, chegando a 8,33%. Porém no final do ano de 2021 houve novo aumento no número das infecções, a equipe após a discussão dos indicadores trouxe como sugestão a realização das ações trimestralmente para continuidade dos processos, devido a rotatividade de profissionais na unidade, o que proporcionou em março de 2022 uma redução para 5,8%.



Parte da equipe multidisciplinar iniciando os planos de ação

Apresentação do Projeto de Melhoria de Infecções na Unidade para Equipe Assistencial

CONCLUSÕES

Observou-se neste estudo que a enfermagem possui papel fundamental dentro da garantia do processo de qualidade e segurança do paciente, pois a categoria movimenta também toda a equipe multidisciplinar para o alcance dos objetivos e metas a serem cumpridas, bem como propicia o desenvolvimento de equipes de alta performance quando se baseia em evidências, planeja a sua assistência e a executa de forma sistemática com qualidade e análise de resultados.

REFERÊNCIAS

1. A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES: UMA REVISÃO ISSN: 2674-8584 V.1 - N.1 – 2019 (Páginas 328-342);

2. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde DOI: 10.5102/ucs.v14i1.3411.

Relato da experiência de um Posto de Coleta de Leite Humano

Leandro Rodrigues da Cunha, Raquel Adjafre da Costa Matos, Adriana Cardozo de Lima Firmino, Daniele Mendes do Nascimento

INTRODUÇÃO

O leite humano é recomendado como fonte ideal e exclusiva de alimentação precoce para bebês desde o nascimento até os seis meses de idade. O leite humano contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Em ambiente hospitalar, os lactentes amamentados apresentam menor tempo de internação e menor morbidade em relação a várias doenças em comparação com lactentes alimentados com fórmulas infantis. Nesse contexto, os Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH) têm importante papel assistencial junto às puérperas e nutrizes, no sentido de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno pois são responsáveis por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta do leite humano e sua estocagem. O objetivo desse trabalho é caracterizar um Posto de Coleta de Leite Humano de um hospital particular do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo de um posto de coleta de leite humano em um hospital particular do Distrito Federal. Foram coletadas informações do quantitativo da equipe multidisciplinar envolvida, bem como registro das reuniões individuais e coletivas realizadas com as mães e puérperas. O volume de leite ordenado cru e pasteurizado foi expresso por média mensal em litros. Foram registradas também a taxa de satisfação dos usuários do serviço prestado e a ocorrência de eventos adversos no período. Este trabalho foi dispensado de aprovação do CEP por ser uma pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, conforme Art.1º da Resolução no 510 de 7/4/16.

Taxa perventual de satisfação dos clientes que utilizaram o serviço do Posto de coleta nos anos de 2021 e 2022 até o mês de Agosto

A média mensal de atendimentos individuais às mães foi de 78 e em média são realizados quatro atendimentos mensais coletivos. O posto de coleta distribui mensalmente em média de 16,7 litros de leite humano cru ordenhado e 11,02 litros de leite pasteurizado, quantidade insuficiente para alimentar exclusivamente os neonatos que em sua maioria recebem fórmula infantil complementar. Dispõe de média mensal de 28 doadoras ativas e 20 receptores ativos tanto de leite humano pasteurizado como de leite humano ordenhado cru que em sua maioria precisam receber fórmula infantil complementar. Apresenta registro de 92% de taxa de satisfação do cliente e não foram registrados eventos adversos no setor desde sua inauguração, em maio de 2018.

RESULTADOS

O hospital conta com 16 leitos de UTI neonatal com 50% de taxa média de ocupação. O posto de coleta de leite humano é formado por uma equipe multidisciplinar composta por dois médicos, dois enfermeiros, uma nutricionista, um técnico de enfermagem e quatro copeiras. Realiza ações de captação de novas doadoras assim como coleta, estocagem e distribuição do leite humano. Em termos de volume de leite humano processado, o Posto de Coleta de leite Humano realiza o processamento do leite em parceria com o Banco de Leite de um hospital de referência da rede pública do Distrito Federal de forma a oferecer leite humano pasteurizado para os recém nascidos da UTI Neonatal.

CONCLUSÕES

O Posto de Coleta de Leite Humano tem como principal missão promover, proteger e apoiar o aleitamento materno com a realização de atendimento individual e coletivo com as puérperas além de atividades de incentivo a doação e amamentação. A presença de um posto de coleta de leite humano em ambiente hospitalar é uma estratégia importante que repercute positivamente na promoção da saúde materno infantil sendo um valioso recurso para incentivar o aleitamento natural e promover recuperação dessas crianças além de se apresentar como uma área capacitada para coletar, armazenar e distribuir rapidamente o leite humano para neonatos.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos[Internet]. Brasília: Anvisa. 2008 Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf

Fonseca, Rafaela Mara Silva et al. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 01, pp. 309-318.

Li L, Song H, Zhang Y, Li H, Li M, Jiang H, Yang Y, Wu Y, Gu C, Yu Y, Qian X. Breastfeeding Supportive Services in Baby-Friendly Hospitals Positively Influenced Exclusive Breastfeeding Practice at Hospitalization Discharge and Six Months Postpartum. Int J Environ Res Public Health. 2021 Oct 30;18(21):11430.

MUSEU DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

Daniel Batista Conceição dos Santos; Andrea de Jesus Santana; Fabiola Goncalves dos Santos; Agatha Christie Pachere.

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde têm adotado ações em prol da cultura de segurança do paciente com o objetivo de obter excelência nos processos e boas práticas organizacionais. A educação dos colaboradores é um pilar importante para a consolidação da cultura de segurança, pois possibilita a geração de consciência profissional e maior engajamento nas metas institucionais de segurança.

METODOLOGIA

Trata-se um relato de experiência que ocorreu entre os meses de abril e maio de 2022, em 5 unidades de uma rede de hospitais particulares da cidade de São Paulo.

A experiência foi organizada pelo time de Educação Corporativa e Qualidade da Rede.

Foi construído uma estrutura itinerante onde foi organizada uma trilha de aprendizagem através recursos interativos como, rodas de conversas, jogos digitais, *flahcards* e áudio visuais para a difusão de conteúdos com enfoque nas Práticas organizacionais obrigatórias.

Figura 1: Estratégias educativas utilizadas no museu de segurança do paciente.

Figura 2: Colaboradores da Rede de Hospitais interagindo com as estratégias educativas utilizadas no museu do paciente segurança.

RESULTADOS

Foram capacitados 2402 colaboradores de diversas áreas de atuação da rede.

A experiência foi dividida em 6 áreas de segurança: Cultura de segurança; Comunicação; Uso de medicação; Vida profissional/força de trabalho; Controle de infecções e Avaliação de risco.

A estratégia educativa teve uma adesão de 70 % considerada importante pelas equipes que reconheceram e compreenderam a relevância dos conteúdos abordados.

Na avaliação de reação, no qual participaram 978 (40%) dos profissionais, dentre estes 848 (86%) relataram que a estratégia foi excelente.

As metodologias ativas utilizadas facilitaram o aprendizado, possibilitando um maior entendimento sobre qualidade assistencial e segurança do paciente.

Figura 2: Colaboradores participando das estratégias educativas utilizadas no museu de segurança do paciente.

Figura 3: Colaboradores participando das estratégias educativas utilizadas no museu de segurança do paciente.

CONCLUSÕES

O museu de segurança do paciente foi uma estratégia positiva, que permitiu a disseminação e identificação prática de conhecimentos de forma simples e interativa a um número expressivo de profissionais. Este modelo de educação atingiu o propósito da atividade em mobilizar os profissionais de saúde ao tema sobre segurança assistencial, pois oportunizou aprender de forma lúdica conectada a realidade da prática assistencial, possibilitando assim o compromisso com a promoção de boas práticas organizacionais.

REFERÊNCIAS

WEGNER, W; SILVA, S.C; KANTORSKI, K.J.C; PREDEBON, C.M.; SANCHES, M.O. PEDRO, E.N.R. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery,** v.20, n.3. e20160068, 206.

HEMESATH, M.P; SANTOS, H.B;TORELLY, S.E.M; BARBOSA, A.S; MAGALHÃES, A.M.M. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Rev. Gaúch. Enfer**, 2015 out/dez;36(4):43-48.

HSO. Práticas Organizacionais Obrigatórias. Manual Qmentum Global. 2019.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO: UM CENÁRIO CRÍTICO REMODELADO EM UM CASE DE SUCESSO.

Matheus Ferreira Araújo, Rafaela Dê Moro França de Oliveira, Ludmylla Alves Vieira Magalhães, Daniela Pagliari Oliveira.

INTRODUÇÃO

O desafio de conquistar a experiência positiva do paciente nas unidades de urgência e emergência é vivenciado em todas as instituições de saúde; justamente por não haver um roteiro prático de como obtê-la frente às criticidades e fragilidades dos pacientes que adentram nestes setores. Objetivo: Relatar o processo de melhoria da experiência do paciente no Pronto Atendimento obtido em apenas 3 meses.

METODOLOGIA

Realizado um Diagnóstico Situacional de Enfermagem e de Saúde de um Pronto Atendimento (PA) Infantil, Adulto e Ginecológico de um hospital privado de grande porte da região metropolitana de Belo Horizonte/MG entre os meses de Abril e Julho/2022. Utilizado a metodologia de NPS – Net Promoter Score para mensurar a experiência do paciente.

RESULTADOS

Cenário encontrado: 49% do total de atendimentos são pediátricos, meta de NPS= 60% não era alcançada desde Junho/2021, apuração diária de NPS com resultados negativos (-3), equipe pouco engajada no tema. Após a estratificação e análise das queixas; identificado que 74% delas estavam relacionadas a demora para atendimento do paciente desde sua entrada (aumento do tempo de espera) até sua alta (demora para a decisão clínica). Iniciou-se então, os planos de ações direcionados à: redução do tempo de espera para atendimento por meio da metodologia fast-track; monitoramento de área com acompanhamento de pendências e tempo de permanência; reuniões semanais com equipe multiprofissional para compartilhamento dos resultados de NPS; mudança da ambiência com temática lúdica na área infantil e do mobiliário nas áreas de espera em todo setor; modelo descentralizado de gestão utilizando da autonomia de cada profissional no contato com os detratores e ações pós-escuta.

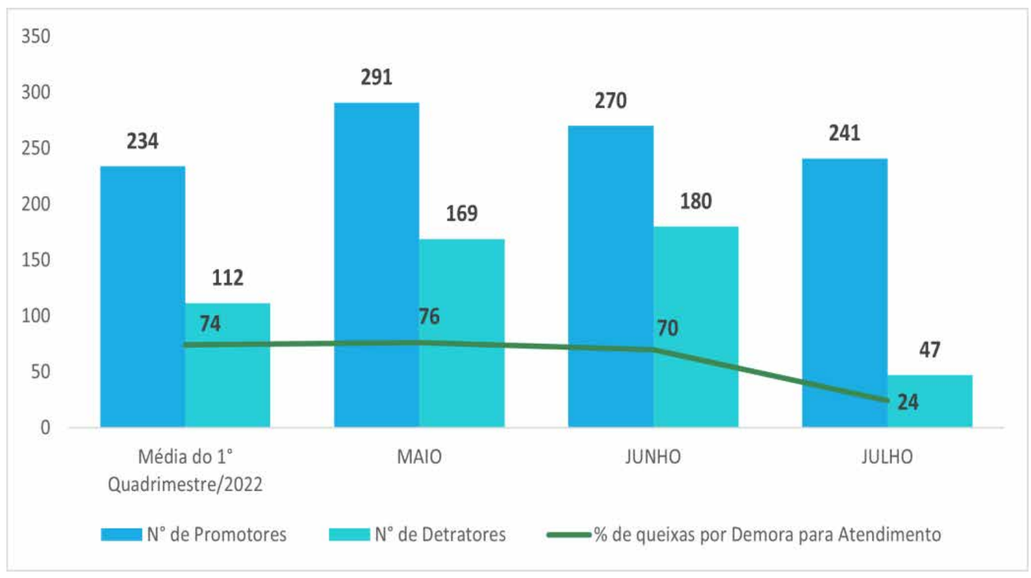


Gráfico 2: Comparativo entre o número de Detratores e Promotores e o % de queixas por Demora para Atendimento de Janeiro a Julho de 2022.[1]

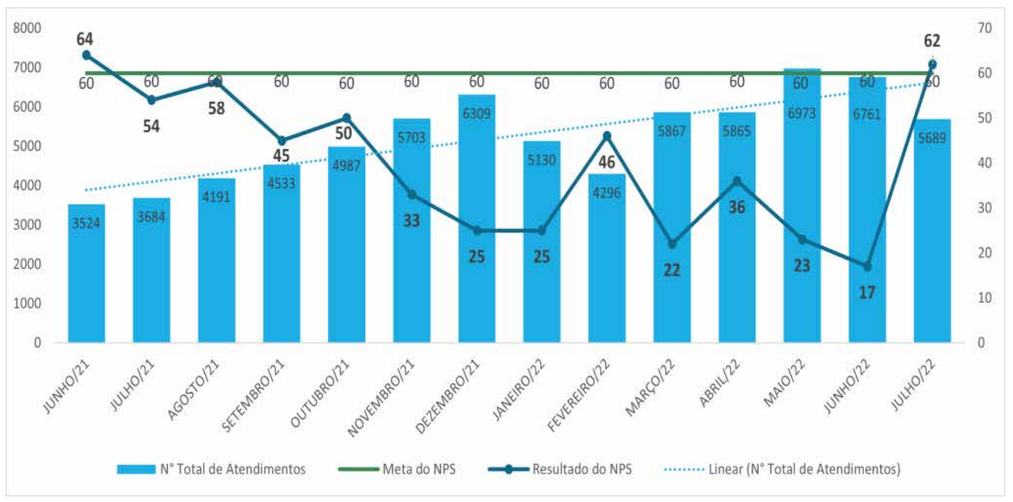


Gráfico 3: Performance do resultado do NPS setorial em comparação com o número total de atendimentos no setor de Junho de 2021 a Julho de 2022.[1]

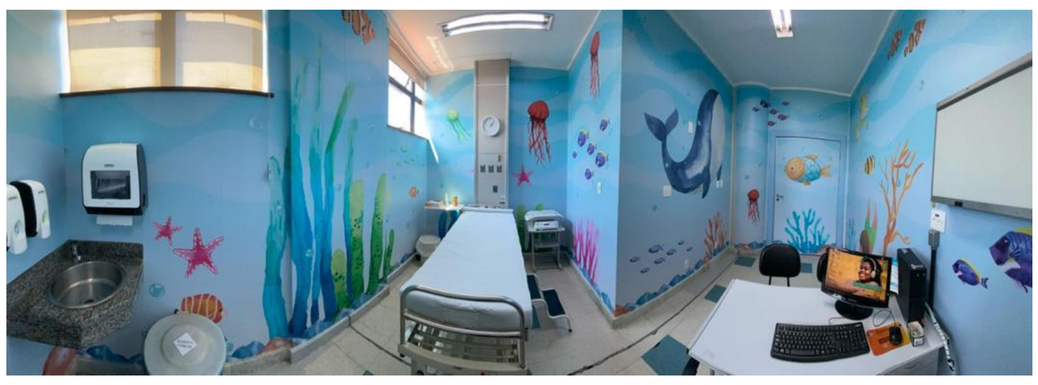


Imagem 1: Foto panorâmica de um consultório médico na área do PA Infantil, em todo setor foi realizada a mudança da ambiência com temática de fundo do mar.

Imagem 2: Foto bilateral do corredor do Posto De Enfermagem do PA Infantil, em todo setor foi realizada a mudança da ambiência com temática de fundo do mar.

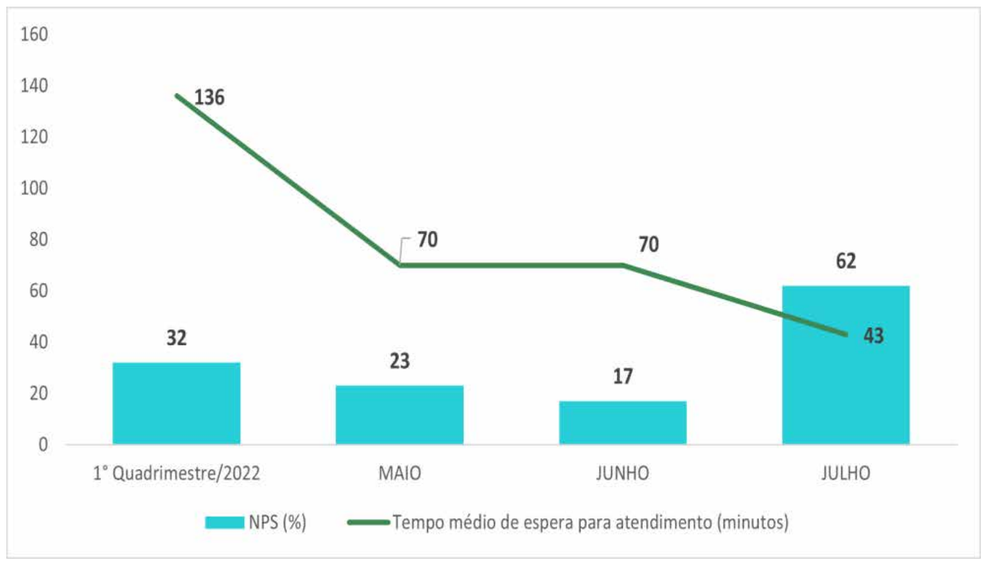


Gráfico1: Comparativo entre o resultado do NPS (%) e o Tempo médio de espera para atendimento (minutos) de Janeiro a Julho de 2022.[1]

Os resultados obtidos em Julho/2022 foram: o NPS de 61; redução do tempo médio de espera para atendimento de 136 minutos para 43 minutos; % de pacientes com tempo de permanência menor que 6 horas de 85% para 89%.

CONCLUSÕES

Evidenciou-se que é possível aprimorar a experiência positiva do paciente no contexto da urgência e emergência sem a utilização de tecnologias avançadas e/ou processos complexos; e sim, pelo engajamento de toda equipe multiprofissional com uma visão sistêmica, associada ao monitoramento de área, antecipação das queixas, comunicação efetiva com condutas proativas e o cuidado centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Própria autoria - Painel Dashboard do Power BI ATENDIMENTO PA; Campanha NPS Pronto Atendimento - TrackSale.Co. Agosto, 2022

USO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE PARA GESTÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS

Anderson Lopes Serafim, Valéria Soares da Rocha

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre uma estratégia utilizada em um Hospital Público Universitário para redução de custos de materiais especiais. **O Objetivo** do trabalho foi implementar ferramentas de qualidades para redução de custos de materiais de valores elevados

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo do tipo relato de experiência realizado em um Hospital Universitário do Estado do Espírito Santo no ano de 2020. O serviço é caracterizado como hospital público e realiza na área da oftalmologia aproximadamente 250 cirurgias por mês, das quais 40% correspondem a cirurgias de catarata, 4% de vitrectomia que demandam um custo elevado de manutenção. Assim, a primeira fase do trabalho foi marcada pela escolha de estratégias de redução dos custos de materiais. Sendo adotadas, portanto 02 ferramentas de qualidade: PDCA, Diagrama de Causa e Efeito, e 5W2H. O PDCA é a ferramenta que utiliza de forma cíclica quatro passos: *Plan, Do, Check* e *Act*. Para esse estudo utilizaremos somente o primeiro passo, ou seja, o Planejamento, no qual foi elaborado o Diagrama de Causa e Efeito

RESULTADOS

Primeiramente foi identificado o alto custo dos materiais como problema a ser enfrentado. Em seguida foi elaborado o Diagrama de Causa e Efeito[1], que é representado em uma arrumação, parecido com a cabeça e a espinha de um peixe, dando espaço para o levantamento das causas raízes, sendo identificado as mais comuns que estavam relacionadas com fatores como: cultura organizacional, mercado, maturidade de gestão em relação aos custos, entraves burocráticos no processo de negociação de compras. Para cada tipo de causa descrita anteriormente foram analisados os fatores que contribuem para o aparecimento delas. O digrama descrito está representado na figura abaixo.

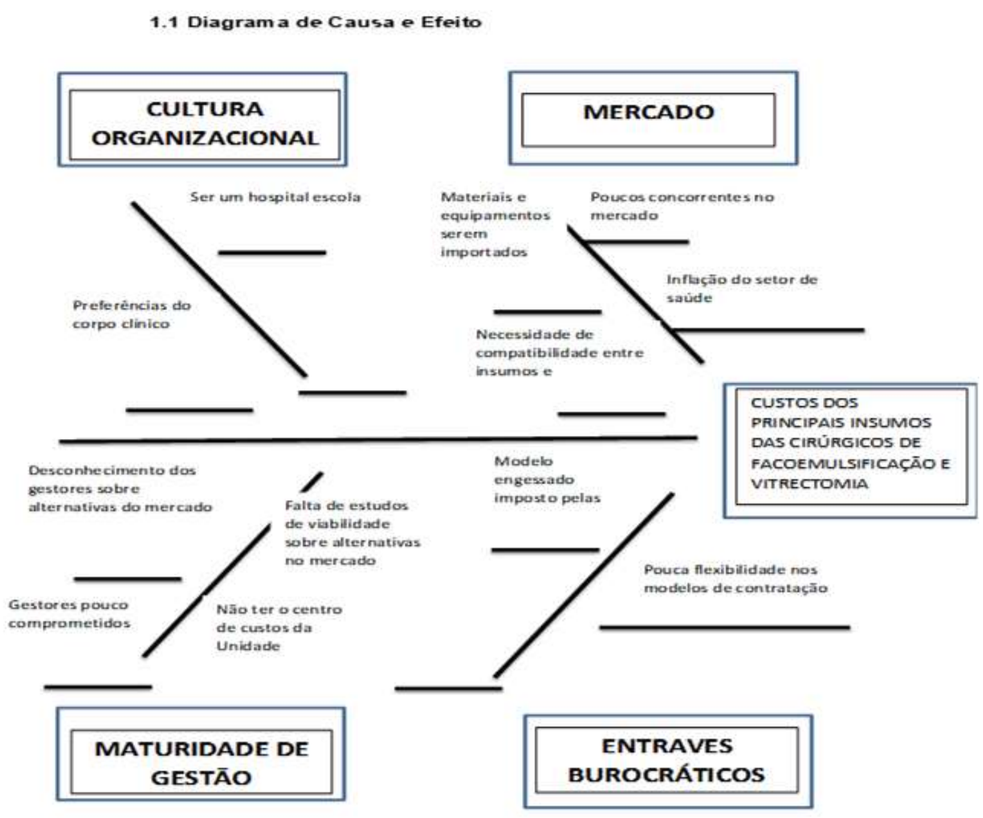


Diagrama de Causa e Efeito, Vitória-ES, 2022.

Após identificação do problema e os fatores que contribuem para sua existência foi então realizado um plano de ação.

Essa ferramenta de qualidade é conhecida com 5W3H, sendo utilizada para planejar e implementar uma solução de modo organizado, onde se define as ações, reponsabilidade, métodos, prazos e recursos associados: o que será feito, quem realizará, onde cada etapa será realizada, quando cada etapa será executada, por que deverá ser realizada e como deverá ser executada[2].

O quadro abaixo apresenta o modelo de plano de ação descrito anteriormente.

O que será feito?	Quem irá fazer?	Onde será feito?	Quando será feito?	Por que será feito?	Como será feito?
Estudos de viabilidade sobre alternativas no mercado	Chefe da Unidade	Local do estudo	De 01/11/2021 a 20/12/2021	Ampla divulgação no mercado para seleção de melhores preços. Processo decisório baseado em informações de preços e de consumo.	Estudo de Viabilidade Revisão de descritivos em suas clareza e finalidade, sendo vedadas as especificações que, por excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, limitem a competição.
Realizar estudos sobre modelos de contratação possíveis para contratos públicos	Analista Administrativa do Setor de Administração	Local do estudo	De 01/11/2021 a 20/12/2021	As instituições públicas só podem fazer o que está determinado de forma explícita em lei,	1. Pesquisa no portal do TCU sobre julgados específicos relacionados a contratação de equipamentos em comodato.
Melhorar o comprometimento dos gestores com a gestão de custos.	Diretora de Gestão do Cuidado	Local do estudo	De 01/12/2021 a 30/06/2022		Geração de relatório analítico dos custos e sempre que possível confrontar com a receita gerada. Elaboração de um plano de gestão de custos, Desenvolver um treinamento específico sobre gestão de custos.

Plano de ação, Vitória-ES, Brasil, 2022.

Como apresentado na figura o plano teve três principais metas para serem trabalhadas: realização de estudos de viabilidade sobre alternativas no mercado e a avaliação das alternativas legais para implementação de modelos de contratação em instituições públicas permitindo assim soluções mais eficientes para os problemas levantados como forma de alcançar os escopos definidos, ou seja, o objetivo proposto. O quadro abaixo apresenta algumas ações definidas no plano de ação.
Nesse sentido a metodologia utilizada neste estudo possibilitou uma redução de 10% nos valores dos contratos de compras com relação aos valores anteriores da instituição, aumentando ainda o número de empresas participantes na licitação de compraras em 100%. Foi possível implementar ainda a capacitação de aproximadamente 95% das lideranças sobre gestão de custos e estudos de viabilidade

CONCLUSÕES

O trabalho mostrou que o uso de estratégias para promover a gestão eficiente dos custos de materiais especiais se faz necessário, principalmente em situações que exigem o uso de equipamentos e insumos sofisticados como a exemplo das cirurgias oftalmológicas

REFERÊNCIAS

1. CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. Administração de produção e operações: Manufatura e serviços, uma abordagem estratégica. 3 ed. São Paula: Atlas, 2012

2. Alves, Vera Lucia de Souza. Gestão da Qualidade Ferramentas Utilizadas no Contexto Contemporâneo da Saúde: Ferramentas de Qualidade aplicadas à Saúde, pag.61. Vera Lucia de Souza Alves. 2 ed.São Paulo, 2012.

Descomplicando as ROP'S: educação de multiplicadores para a promoção de boas práticas assistenciais.

Andréa de Jesus Santana; Daniel Batista Conceição dos Santos; Fabiola Goncalves dos Santos; Agatha Christie Pachere.

INTRODUÇÃO

As Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROP'S) são diretrizes essenciais que as instituições de saúde devem implementar para melhorar a segurança do paciente sugeridas na metodologia de Acreditação Canadense.

OBJETIVO

Relatar a experiência de implementação de um programa educativo de multiplicadores com foco na segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado entre os meses junho a julho de 2022, com colaboradores de uma rede hospitalar privada da cidade de São Paulo.

Para esta ação foram formados grupos focais de multiplicadores divididos por unidade, aplicadas aulas expositivas, além da elaboração de um cheklits para auditoria nas áreas.

RESULTADOS

Participaram desta ação 252 multiplicadores de diversas áreas da instituição. A implementação foi dividida em 4 etapas

1) Formação dos times indicados pelas lideranças;

2) Capacitação do time de multiplicadores;

3) Entrega de checklists para auditoria nas áreas.

4) Auditoria das áreas;

5) Avaliação dos resultados e devolutiva aos multiplicadores

SÃOCAMILO

TESTE DE CONFORMIDADES - ROP's
Período de coleta dos dados: 15/08 a 30/08/2022

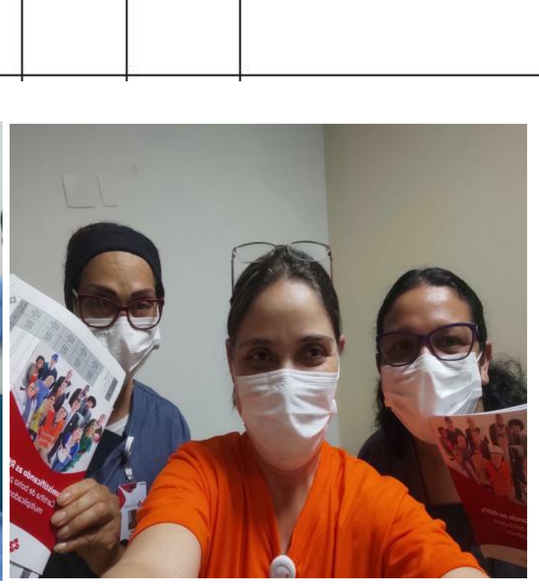
Unidade: _____
Nome do auditor: _____
Setor do auditor: _____

Plantão:
( ) Diurno A ( ) Diurno B
( ) Noturno A ( ) Noturno B
( ) Integral

Área de Segurança	ROP	Perguntas	Fonte de informação		Setores que se aplica:	Setor auditado:	Função do auditado:	Etiqueta do Paciente (quando se aplica)	Oportunidade observada:
Cultura de Segurança	Gestão de incidentes sobre a segurança dos paciente	O profissional sabe onde deve abrir notificação quando ocorre um evento adverso?	Pergunta ao profissional	Notifique aqui (área de trabalho)	Todos os setores				
Cultura de Segurança	Gestão de incidentes sobre a segurança dos paciente	O profissional sabe onde deve abrir notificação quando ocorre um evento adverso?	Pergunta ao profissional	Notifique aqui (área de trabalho)	Todos os setores				
Cultura de Segurança	Gestão de incidentes sobre a segurança dos paciente	O profissional sabe onde deve abrir notificação quando ocorre um evento adverso?	Pergunta ao profissional	Notifique aqui (área de trabalho)	Todos os setores				

Esses são alguns dos nossos multiplicadores da unidade Pompeia.

Multiplicadores após o termino do treinamento, onde foi esclarecido possíveis dúvidas quanto as auditorias da ROP'S. (Unidade Mooca)



Treinamento com os multiplicadores da unidade Granja Viana

Todos com material de apoio nas mãos, onde poderão consultar para melhor explicação das ROP'S aos colaboradores.(Unidade Mooca)

A inclusão dos multiplicadores no processo de promoção de boas práticas assistenciais foi primordial para consolidação da cultura de qualidade e segurança na instituição, sendo o processo educacional peça chave para o engajamento e a responsabilização de todas as áreas neste processo.

REFERÊNCIAS

HEMESATH, M.P; SANTOS, H.B;TORELLY, S.E.M; BARBOSA, A.S; MAGALHÃES, A.M.M. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Rev. Gaúch. Enfer**, 2015 out/dez;36(4):43-48.

QMENTUM; Manual de preparação para avaliação Qmentum; Orientações Gerais.2ºedição 2021

Implementação de um Núcleo de Segurança Corporativo em uma Rede de Hospitais em São Paulo

KARINA BANHOS SILVA, FERNANDO POMPEU VICENTINE, MAIARA A. ALVES MACEDO

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Segurança do Paciente Corporativo é uma instância colegiada de natureza consultiva e deliberativa que adota princípios e diretrizes de Segurança do Paciente e implementa ações para manter e promover avanços na cultura de segurança. Este comitê é composto por profissionais das instâncias deliberativas e representantes dos diversos tipos de serviços existentes na rede, com propósito de estabelecer diretrizes e integração com os núcleos de segurança locais nas unidades hospitalares, facilitando a tomada de decisão e implantação de barreiras sistêmicas para os riscos.

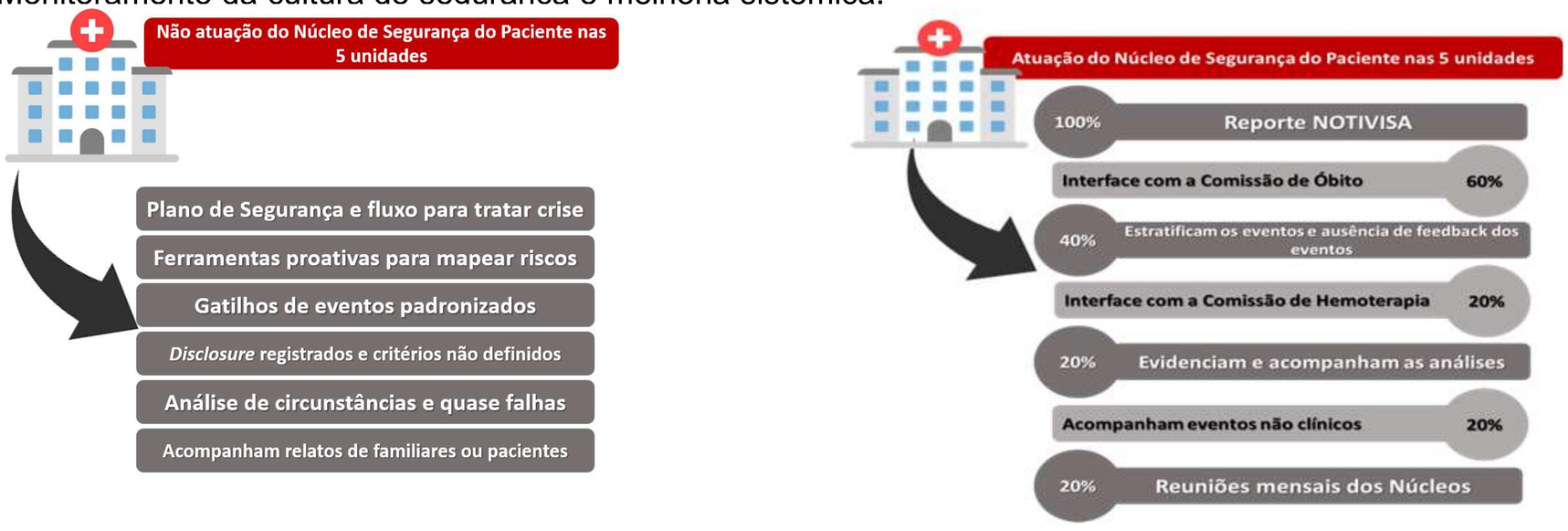
METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência sobre a implementação do núcleo de segurança corporativo em uma rede de hospitais privados de São Paulo, desenvolvido no período de maio a julho de 2022. A implantação do núcleo foi dividida em 4 etapas: 1) Elaboração das diretrizes de segurança e composição do núcleo; 2) Mapeamento dos núcleos locais e estruturação dos planos de segurança; 3) Implantação de um sistema de notificação; 4) Estruturação das reuniões e do gerenciamento dos eventos.

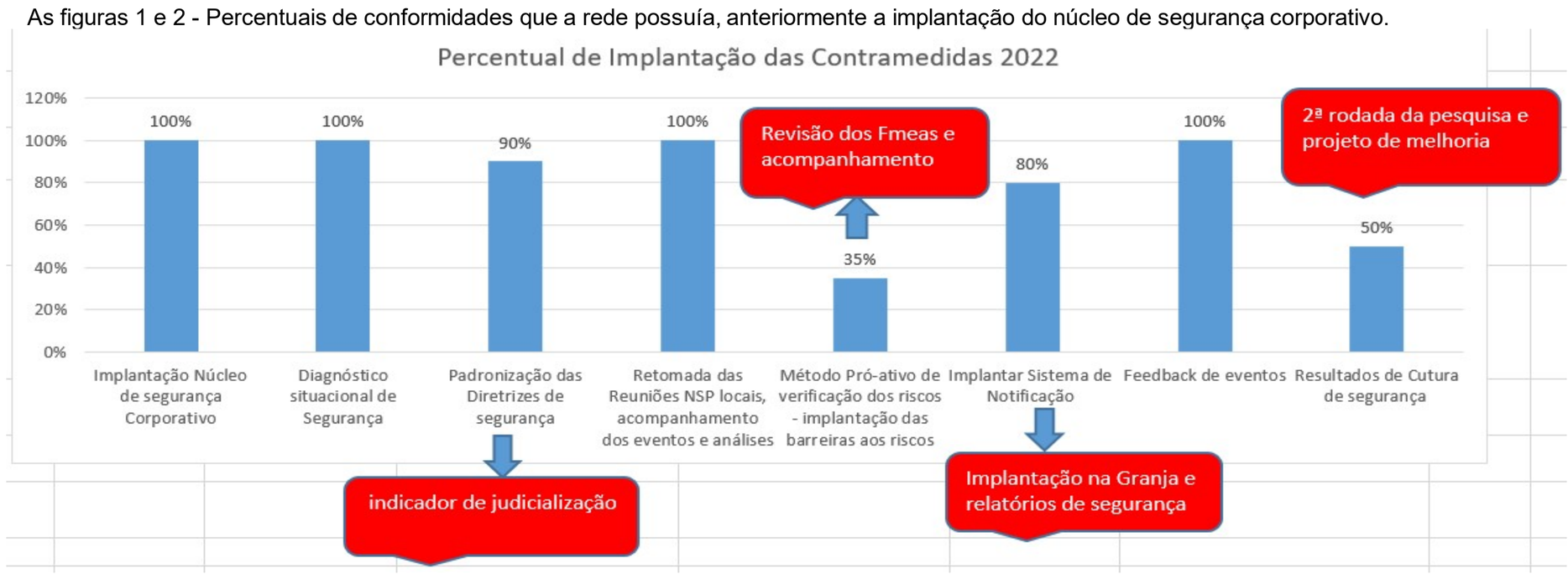
RESULTADOS

O início da implantação foi marcado pela mudança na estrutura de atuação da qualidade sendo desenvolvido uma estrutura corporativa para atuar na gestão de riscos.. A proposta de trabalho para 2022 foi baseada nas contramedidas:

- 1- Composição do NSP corporativo e definição da sua atuação.
- 2. Diagnóstico Situacional de segurança da rede.
- 3. Padronização das Diretrizes de Segurança (plano de segurança, fluxo de gestão das crises e disclosure).
- 4. Retomada reuniões mensais dos núcleos de segurança mensais e acompanhamento e análises dos eventos.
- 5. Método Pró-ativo para verificação dos riscos (definir e implantar acompanhamento sobre as barreiras para os riscos).
- 6. Implantar o sistema de notificação para gestão dos eventos e padronização de relatórios para mensuração do desempenho das unidades.
- 7. Estruturar feedbacks dos eventos para as áreas.
- 8. Monitoramento da cultura de segurança e melhoria sistêmica.



As figuras 1 e 2 - Percentuais de conformidades que a rede possuía, anteriormente a implantação do núcleo de segurança corporativo.



O gráfico1- Percentuais de contramedidas implantadas após 5 meses de implantação do núcleo de segurança corporativo.

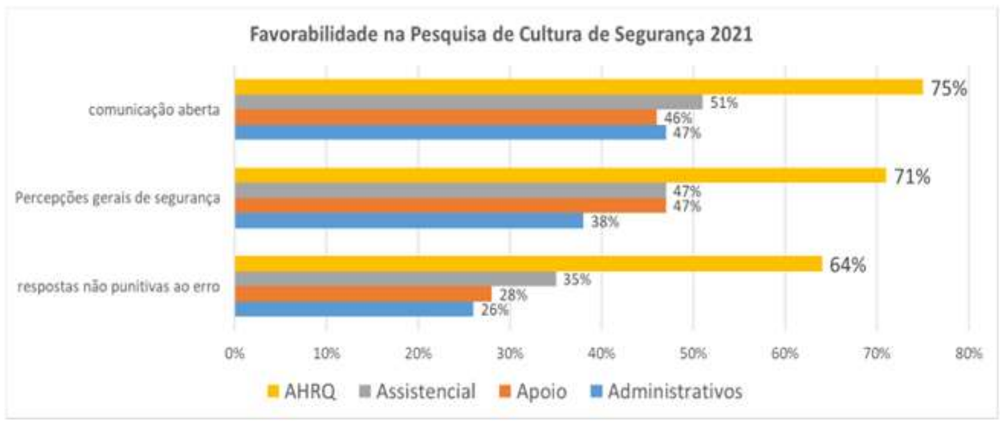


Gráfico 1 - Resultados da pesquisa de cultura nas dimensões de segurança, aplicada no ano de 2021.

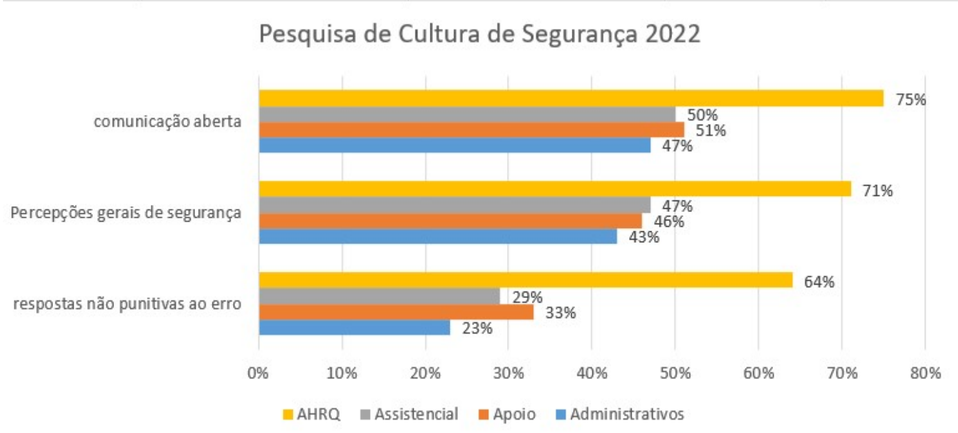


Gráfico 2 - Resultados da última pesquisa de cultura nas dimensões de segurança, aplicada no ano de 2022.

CONCLUSÕES

Concluímos que todas as propostas para alinhar a gestão de risco na rede foram implantadas em um prazo de 5 meses, os resultados da pesquisa mostrou melhora do engajamento da categoria apoio. A rede dispões de unidades com níveis de maturidade diferentes para segurança, sendo o núcleo de segurança a instancia que prioriza os esforços e determina as respostas de acordo com as diferentes realidades. O grande desafio identificado é promover a cultura de segurança, sendo o comportamento punitivo o principal ofensor.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviços de Saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2016. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 6.

PROGRAMA DE MENTORIA EINSTEIN

Vamos juntos transformar histórias em desenvolvimento de pessoas

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Simone Cristina Azevedo Silva, Bruna Cardoso Braghine Debiaze, Amarílis Mariana Costa

INTRODUÇÃO

O Einstein possui um Programa de Mentoria estruturado com foco em acelerar o desenvolvimento de competências por meio de metodologias ativas de aprendizagem, no qual o mentor compartilha conhecimentos e experiências, estabelecendo interações e trocas que contribuam para os objetivos estabelecidos com os mentorados.

METODOLOGIA

Iniciamos o programa em 2017 através de uma turma piloto com os Médicos do pronto atendimento e a partir desta experiência positiva ampliamos para outros públicos.

A metodologia atual é composta por uma jornada de Experiência e Aprendizado a partir das seguintes etapas:
1-) Identificação dos profissionais potenciais para atuar como mentor com base nas competências chave, experiência profissional e conhecimentos.
2-) Formação dos Mentores com o uso de uma metodologia específica com 12 horas de capacitações (síncronas e assíncronas).
3-) Mapeamento dos Mentorados através dos PDI's, cursos do Ensino, projetos de consultoria ou necessidades específicas de desenvolvimento
4 -) Matching de Competências entre Mentor e Mentorado 4-)
5-) Início da mentoria onde são estabelecidas de 4 a 6 sessões de 01h30 cada
6-) Acompanhamento do programa

Nosso propósito:	Acelerar o desenvolvimento de competências por meio de metodologias ativas de aprendizagem, no qual o mentor compartilha conhecimentos e experiências, estabelecendo interações e trocas que contribuam para as objetivos estabelecidos com os mentorados.
Pilares:	• Incentivar profissionais a colaborar na formação de desenvolvimento de outros profissionais: expertise e compartilhamento de vivências e experiências. • Fortalecer protagonismo e maturidade no desenvolvimento da carreira tanto do mentor quanto do mentorado.
Quem são os mentores?	• Profissionais com expertise na área da Saúde e que atuam ou atuaram como Executivos, Gestores ou em áreas de especialidades (de acordo ao objetivo de desenvolvimento do mentorado). • Todos os profissionais são habilitados - certificados para atuação como Mentor (metodologia validada na prática do Einstein).
Como funciona?	• Sessões de Mentoria – 4 a 6 sessões – Duração: Cerca de 1h30. • Agendamento será feito entre Mentor e Mentorado (Presencial ou Online)

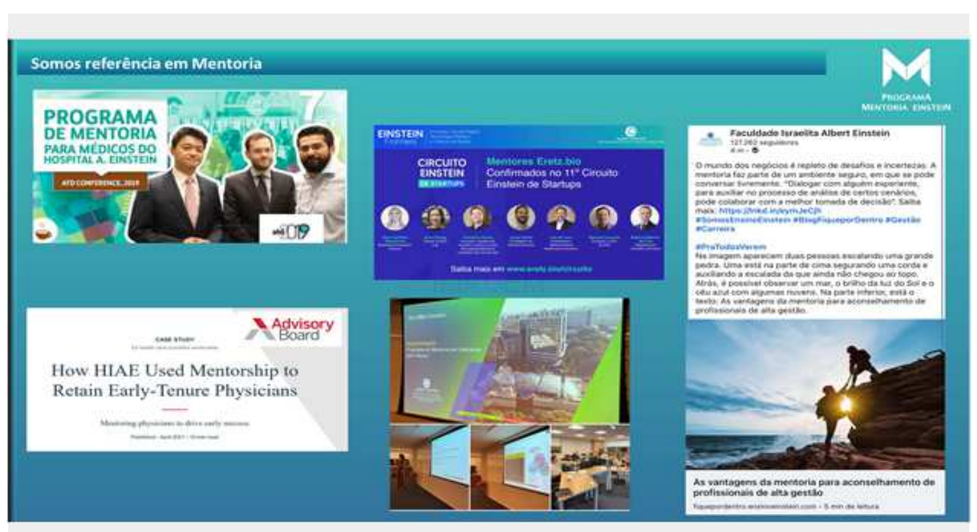
Quadro resumo do Propósito, Pilares que norteiam o Programa de Mentoria

Experiência e Aprendizado desde a Formação dos Mentores até a condução e registro das mentorias

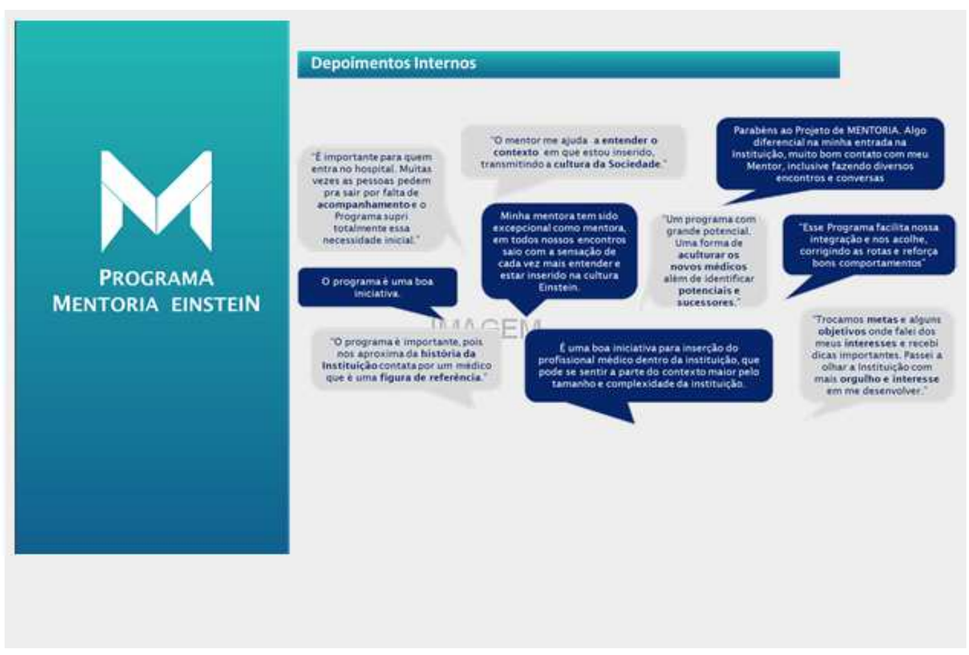
RESULTADOS

- Pool de mentores internos e externos (Mais de 79 mentores)
- Mais de 200 mentorados ao longo da jornada
- O programa foi destaque na premiação das 150 Melhores para Trabalhar em 2018
- Foi apresentado na ATD Conference em 2019
- Teve um artigo publicado sobre ele na Harvard Business Review (HBR) em 2019
- E atualmente o programa já abrange diferentes frentes de atuação e públicos:

Programa de Mentoria para Médicos (desde 2017 com mais de 33 mentores e 164 mentorados)
Programa de Mentoria para Alunos da Graduação de Medicina e Alunos de Cursos de Gestão (desde 2020 com 91 alunos)
Programa de Mentoria para Lideranças (desde 2021 com 32 mentores e 32 mentorados)
Programa de Mentoria – Aprendizagem entre Pares (desde 2018 com mais de 160 pares de prática exemplar)
Programa de Mentoria Externa (desde 2022 com atendimento a duas executivas de uma empresa externa)



Evidências de Publicações Nacionais e Internacionais



Depoimentos internas que reforçam o quanto esta prática é reconhecida

CONCLUSÕES

A Mentoria é uma processo integrado desenvolvida entre Mentor e Mentorado com vistas ao desenvolvimento mútuo, de modo a atingir resultados de vida, carreira, construir caminhos e superar limites. E no contexto de saúde se torna ainda mais importante pois é possível trabalhar o desenvolvimento dos mentorados com um olhar para a qualidade assistencial, humanização, novas tecnologias, saúde integrada, e todos os aspectos que influenciam diretamente na Saúde do Futuro.

REFERÊNCIAS

Advisory Board - https://www.advisory.com/Topics/Providers-outside-the-US/2021/04/How-HIAE-Used-Mentorship-to-Retain-Early-Tenure-Physicians
Metodologia Rocket Mentoring School - https://rocketmentoring.com/
Expresso 3 – ATD 2019: https://espresso3.com.br/programa-de-mentoria-para-medicos-do-hospital-a-einstein-atd-conference-2019/
Programa de Mentoria para os alunos do curso do Pós MBA do Ensino Einstein - https://www.linkedin.com/posts/simoneazevedo75_ensinoeinstein-pessoaseaprendizagem-desenvolvendolideres-activity-6969099974080901120-6rya?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

OFICINA
CONSTRUINDO O CUIDADO E A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR

Agenilma Chaves Melo Gomes, Juliana Coimbra Martins, Sandra Maria Ribeiro Costa

INTRODUÇÃO

A implementação do SUS, os novos perfis epidemiológicos no contexto de pós-pandemia exigem reformulação no processo de trabalho, constante atualização dos profissionais da saúde e a Educação Permanente em Saúde (EPS) se coloca como uma importante ferramenta nessa construção. Os impactos na saúde mental decorrentes do elevado nível de estresse dos trabalhadores apontam para a necessidade de ações e estratégias de aprimoramento, proteção e assistência à saúde desses profissionais, produzindo qualidade de vida e bem-estar.

METODOLOGIA

A partir da problematização das dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde observaram-se elevado nível de transtorno de ansiedade generalizada, depressão, estresse crônico, exaustão e esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, culminando na sua desmotivação e na precariedade do clima organizacional. Nesse contexto, foi iniciada uma ação integrada que se dividiu em quatro etapas: Apresentação das Políticas de EPS, Humanização e Saúde e Segurança do Trabalhador-SST; realização de pesquisa virtual para diagnóstico das necessidades de intervenção nessas três áreas; priorização dos problemas identificados e construção coletiva de projeto de intervenção. Durante as quatro etapas são realizados grupos de escuta do trabalhador e os encontros acontecem no formato de oficinas, com a participação de todas as categorias profissionais que atuam no ambiente de trabalho, sejam na assistência direta ou no suporte.

Dinâmica de integração e laboral realizadas durante atividades de Educação Permanente e Grupo de Crescimento com trabalhadores da VISA

Apresentação da Oficina Construindo o Cuidado e a Valorização do Trabalho e do Trabalhador aos servidores da UBS Tropical

RESULTADOS

Foram alcançadas 10 Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), atingindo um total de 40 oficinas, 33 grupos de escuta e 378 trabalhadores; apresentado projeto de intervenção aos trabalhadores e ao Ciclo Saúde que será parceiro no desenvolvimento das ações. Observou-se a redução dos conflitos nas relações interpessoais entre os que participaram dos grupos, redução da demanda por atendimento psicológico individual e maior engajamento dos trabalhadores. Além disso, foram realizadas formações para Multiplicadores em todos os serviços a fim de darem continuidade aos grupos de crescimento e outras estratégias de bem estar do trabalhador. Foram elaborados planos de Educação Permanente, oficinas e formações específicas em cada serviço de saúde para desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao aprimoramento da assistência e gestão em saúde.

Workshop do Grupo de Crescimento para formação de multiplicadores nos serviços de saúde da VISA, APS e Hospital Geral de Parauapebas-PA.

Grupo de Crescimento promovido pela SST com foco na Saúde Mental de Agentes Comunitários de Endemias

CONCLUSÕES

Para concluir, cabe reiterar a importância de estímulos necessários que valorizem o trabalho e o trabalhador do SUS, com ênfase em seu protagonismo e autocuidado, mesmo em contexto de grande estresse. A fim de tornarem as ações de saúde sustentáveis é necessário cuidar de quem cuida.

É relevante o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a valorização do SUS e dos profissionais que lutam cotidianamente para que este sistema funcione, de modo que a população seja assistida com humanização e resolutividade.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. O Resgate da Fala Autêntica – na psicoterapia e na educação. Ed Alinea., janeiro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

ROGERS, Carl R. Grupo de Encontro. Ed. Martins Fontes, 9ª Edição, 9 de junho de 2009.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

RELATO DE EXPERIÊNCIA – ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA À PACIENTES SUSPEITOS/CONFIRMADOS À COVID 19.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Olivia Batista Fernandes, Geovana da Silva Macedo

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios no enfrentamento à COVID 19 foi a falta de informações relevantes ao tratamento e prevenção da doença, bem como os cuidados pós doença.

Visando contribuir para um sistema de saúde mais integrado e sustentável, promovendo informações e acolhimento aos pacientes submetidos ou suspeitos a COVID 19 o programa tele COVID 19 foi fundamental.

METODOLOGIA

O inicio do acompanhamento dos pacientes elegíveis foi realizado em até 24 horas úteis após a alta (no caso de paciente que necessitou de internação), via vídeo chamada, por enfermeiros, onde o paciente era monitorado de acordo com a necessidade clínica até o desaparecimento total dos sintomas, proporcionando segurança ao paciente em sua alta e evitando agravamento de sinais e sintomas que pudessem ocorrer.

No primeiro contato, também disponibilizamos a marcação de consultas e exames pós período de transmissão da doença, quando necessário.

Em casos que a internação não foi necessária, disponibilizamos o atendimento ao paciente até o desaparecimento dos sintomas.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Rua Pistoia, 100 - Pq. Novo Mundo - 02189-000
Tel.: 2633-2200 - www.hnipo.org.br

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ORIENTAÇÃO REMOTA ENFERMAGEM - COVID-19

Eu, _____

portador do RG nº _____ e do CPF nº _____ na qualidade de paciente ou

responsável legal pelo paciente _____

portador do RG nº _____ e do CPF nº _____ CONCORDO em receber orientações, informações e suporte assistencial através do serviço de **orientação remota** oferecido pelo Hospital Nipo-Brasileiro. Especialmente com relação a PANDEMIA COVID-19, recebi do referido enfermeiro as seguintes informações:

Estou ciente de que o serviço de **orientação remota**:

1) será realizado por um enfermeiro do Centro Cirúrgico do Hospital Nipo-Brasileiro e de forma gratuita, **01 dia antes do procedimento cirúrgico e 07 dias após o procedimento**.
2) tem a finalidade de complementar as informações já prestadas pelo seu cirurgião e pela equipe do Núcleo de Agendamento Cirúrgico.
3) não substitui o atendimento médico presencial e que devo procurar **o serviço médico referenciado** em caso de complicação no quadro clínico.
4) **não tem a finalidade de fornecimento de prescrição ou atestado médico para fins de afastamento**.

Autorizo a enfermeiro a acessar o meu prontuário para que o serviço de **orientação remota** seja prestado, bem como, concordo em fornecer os meus dados abaixo:

Telefone Fixo: ( ) _____ Celular 1: ( ) _____

Celular 2: ( ) _____ E-mail: _____

Tenho ciência de que dados do atendimento remoto serão registrados e que o Hospital Nipo-Brasileiro manterá o sigilo, a confidencialidade e a proteção das informações.

Estou ciente de que nenhuma pessoa está autorizada a pedir ou oferecer qualquer serviço ou medicamento mediante pagamento ou qualquer outro tipo de favorecimento, em nome do Hopsital Nipo-Brasileiro.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, aceito receber o serviço ofertado.

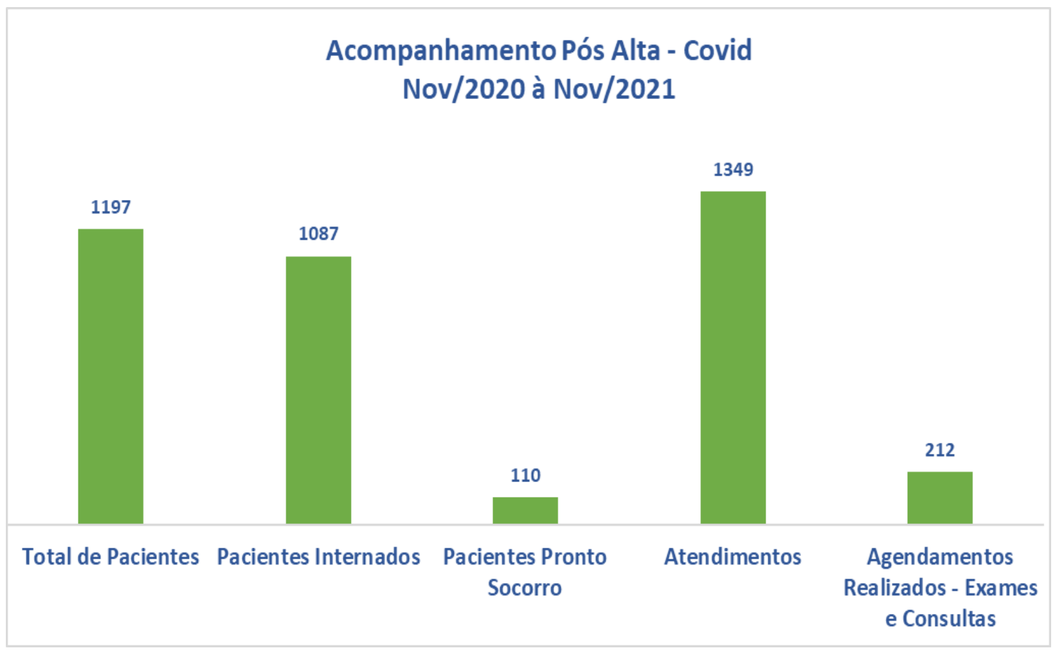
São Paulo, _____ de _____ de 20_____

_____
Nome e assinatura do paciente/responsável legal

Termo de Consentimento Informado referente a Orientação pós alta relacionada a COVID 19

RESULTADOS

Acompanhamos 1197 pacientes, sendo 1087 pós internação e 110 provenientes do Pronto Socorro, gerando 1349 atendimentos no período de novembro de 2020 a novembro de 2021.Cerca de 18% desses pacientes acompanhados, também realizaram exames e consultas no hospital, beneficiando-se assim do serviço oferecido de marcação de consultas e exames no primeiro contato. Realizamos também uma pesquisa de satisfação com os acompanhados, onde 100% dos respondentes indicariam nosso serviço de acompanhamento pós alta. Não evidenciamos óbito dos acompanhados e 100% dos enfermeiros envolvidos no projeto apresentaram alta satisfação com sua participação no projeto.



Representação gráfica do acompanhamento pós alta realizado no período de Novembro de 2020 a Novembro de 2021.

Acompanhamento
Pós Alta (TELE COVID)

Etiqueta do paciente

Fone Whats Paciente:	Fone Whats Familiar:
E-mail:	
Melhor horário e dia da semana para contato: (...) manhã ( ) tarde	
Paciente do PA COVID – 19 eleitos pelos médicos assistentes? (...) SIM ( ) NÃO	
Data agendamento no ambulatório Pós-Alta: ____/____/____	

Perguntas:	Data:___/___/___	Data:___/___/___	Data:___/___/___	Data:___/___/___
1. De 0 a 10, como o senhor(a) se sente?				
2. Fazendo isolamento familiar				
3. Sinais de gravidade: Dispneia? Se tiver oxímetro – Sat.o²:_____				
4. Cefaleia persistente?				
5. Febre persistente?				
6. Está com profilaxia para TEV? Está em uso adequado?				
7. Há lesão por pressão pós COVID?				
8. Consulta agendada no ambulatório pós COVID?	(...) Sim (...) Não/ orientado agendamento	(...) Sim (...) Não/ orientado agendamento	(...) Sim (...) Não/ orientado agendamento	(...) Sim (...) Não/ orientado agendamento
9. Assinatura/Carimbo do profissional que realizou contato.				

Formulário utilizado no contato pós alta do atendimento Tele COVID 19. Arquivado em prontuário.

CONCLUSÕES

Concluímos que o acompanhamento contribuiu para promoção de saúde dos acompanhados, gerando informações, detectando deterioração clínica dos pacientes e antecipando-se em sua tratativa, fidelizando os pacientes ao atendimento institucional e promovendo alta satisfação aos acompanhados.

REFERÊNCIAS

- Protocolo Institucional Acompanhamento pós alta a pacientes suspeitos/confirmados a COVID 19 - Hospital Nipo Brasileiro – Última revisão em 09/2021

MODELO DE MELHORIA NA GOVERNANÇA HOSPITALAR: ESTRATÉGIA PARA A SUSTENTABILIDADE DA EXCELÊNCIA

Andrea Keiko Fujinami Gushken, Carolina Scoqui Guimarães, Alan Salomão, Pedro Aurelio Mathiasi Neto

INTRODUÇÃO

Em um setor de alta complexidade como o da saúde, fatores como uma pandemia desafiam a sobrevivência das empresas, se fazendo necessária a estruturação de planos para enfrentamento de crises sem comprometer a excelência[1]. O objetivo deste trabalho é descrever as estratégias adotadas pela governança de um hospital privado de São Paulo para capacitar profissionais na resolução de problemas através da Ciência da Melhoria, estruturando um sistema responsivo e resiliente, com foco na melhoria contínua e na segurança do paciente.

METODOLOGIA

A governança corporativa do Hcor elaborou um Mapa Estratégico para o período 2021 – 2024 com 22 objetivos. Um dos objetivos é *"Fomentar a cultura de segurança com elevados padrões de qualidade baseado na Ciência da Melhoria."* A partir deste objetivo, foram planejadas Ondas de Ciência da Melhoria por 8 Especialistas em Melhoria. As Ondas foram adaptadas dos conceitos BTS – *"Colaboração para Grandes Avanços,"* do *Institute for Healthcare Improvement* – IHI[2], gerando um sistema de aprendizagem contínuo para soluções de problemas voltados à segurança do paciente.

Os projetos são desenvolvidos utilizando a Ciência da Melhoria como método e aplicando os conceitos aprendidos sobre Diagramas de Afinidades e de Ishikawa, 5 Por quês, Diagrama Direcionador, Gráficos de Tendência e ciclos de PDSA.

Foi constituído um Núcleo de Apoio com representantes da Alta Liderança, das áreas assistenciais, de apoio e administrativas com o objetivo de auxiliar na remoção de barreiras das equipes de melhoria.

Mapa Estratégico do Hcor 2021- 2024.

Objetivo

Capacitar os profissionais na solução de problemas de forma sustentável através do **trabalho em equipe,** utilizando metodologias e ferramentas eficientes.

Estratégia das Ondas de Ciência da Melhoria Hcor para capacitação de profissionais na utilização de metodologias e ferramentas para solução de problemas.

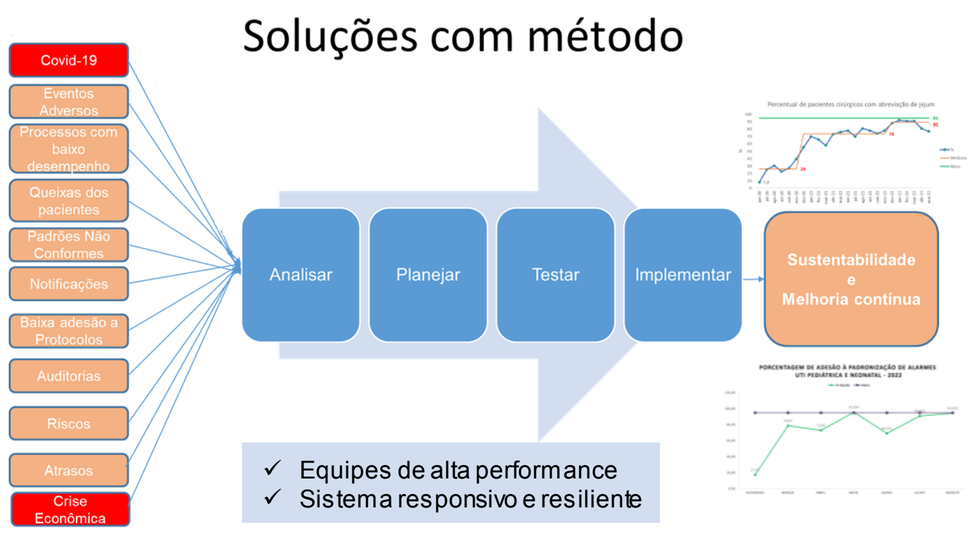
RESULTADOS

Onda 1: (out/20 a set/21)
Foram capacitados 100 profissionais através da participação em 9 projetos de melhoria. Os resultados dos projetos foram apresentados na 16ª Exposição da Qualidade do Hcor e no 6º Forum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde.

Onda 2: (out/21 a mai/22)
Foram capacitados 133 profissionais através da participação em 60 projetos de melhoria relacionados aos padrões internacionais da *Joint Commission International* (JCI). Houve redução de 74% das não conformidades relacionadas aos padrões de qualidade e segurança: de 132 não conformidades em out/21 para 34 em mai/22, identificadas através de auditorias externas.
Os projetos foram apresentados na 17ª Exposição da Qualidade do Hcor e no 7º Forum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde.

Onda 3: (ago/22 a set/23)
Oficinas semanais de Ciência da Melhoria abertas a todos os colaboradores estão ocorrendo desde agosto/22, com 4 módulos teórico-práticos. Em 3 meses, 69 profissionais passaram pelas oficinas e 15 novos projetos de melhoria estão sendo desenvolvidos.

Oficinas de Ciência da Melhoria- turmas de agosto, setembro e outubro/22.



Modelo estruturado para o enfrentamento dos desafios através de equipes capacitadas em Ciência da Melhoria, com foco na melhoria e no aprendizado contínuo.

CONCLUSÕES

O enfrentamento de desafios através das Ondas de Ciência da Melhoria no Hcor tem se mostrado eficaz. A solução de problemas através do trabalho em equipe, metodologia, interação entre áreas e ativação da governança no esforço coletivo tem desenvolvido novas habilidades a um grande número de profissionais, promovendo um ambiente de aprendizagem contínua.
A adoção de estratégias de melhoria contínua torna-se vital para a sustentabilidade neste mercado de alta performance. Investir no desenvolvimento dos profissionais aumenta a capacidade de reorganização e enfrentamento de novos desafios organizacionais. O modelo descrito pode ser replicado em outras instituições de saúde, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade na assistência e para a redução das desigualdades dos cuidados prestados à população brasileira.

REFERÊNCIAS

1- Whole System Quality: A Unified Approach to Building Responsive, Resilient Health Care Systems. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021. (Available on www.IHI.org)

2- The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003. (Available on www.IHI.org)

AÇÕES HUMANIZADAS COM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19 EM UMA UTI ADULTO

EDIMARA DIAS, TATIANE FERREIRA IZOLA, THAIS APARECIDA DE LUCENA, ANDREA MAYUMI LOUREIRO HAYASHI

INTRODUÇÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus que constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus.[1] Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, exigindo o distanciamento social, as notícias e atualizações são recebidas via ligações telefônicas feitas pelos profissionais da saúde que atuam no hospital. Essa sensação de não poder estar presente, faz com que a angústia passe a fazer parte daquele mix de sentimentos já tão aflorados.[2] O comitê de crise do hospital afim de restabelecer o vínculo afetivo, estabeleceu o contato com os pacientes/familiares dos pacientes acometidos pela Covid-19 através videochamadas, contatos telefônicos, tabletes, elaboração de prontuário afetivo e cartas escrita por familiares, para restabelecer o contato entre eles no período de maio de 2020 a abril 2022. O papel dos profissionais de saúde nesse cenário, foi atuar como canal de comunicação entre pacientes e seus familiares. Nesse conceito, atribuído à pesquisadora argentina Paula Sibilia que significa a necessidade de exposição pessoal na sociedade contemporânea, na linha de que para "existir" é necessário "ser visto" virtualmente.[3] Facilitar a comunicação entre pacientes internados e seus familiares e favorecer uma aproximação entre pessoas internadas e os profissionais de saúde que as atendem.

METODOLOGIA

Leitura de cartas escritas por familiares e lidas aos pacientes. A equipe considerou ainda que a carta, um objeto palpável e concreto, poderia ser levada para a casa após a alta. Videochamadas diárias, e quando detectado impossibilidade, estimulava as famílias a utilizarem outras mídias, como a gravação de vídeos/áudios que era transmitido aos pacientes, prontuário afetivo para que os profissionais tratassem de forma mais individualizada seu paciente.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

Através dos instrumentos de comunicação, foi possível estabelecer o vínculo familiar que é de extrema importância para o reestabelecimento das suas funções vitais dos pacientes, promover a tranquilidade da ausência de visitas devido ao distanciamento social e individualizar o cuidado.

Enfermeira lendo carta escrita por familiar e destinada a paciente em UTI COVID.

Equipe multidisciplinar ao lado de paciente que recebeu alta da UTI COVID para Unidade de Internação após COVID-19.

Equipe de enfermagem realizando prontuário afetivo.

REFERÊNCIAS

1. Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 13 ago. 2022.;

2.CRUZ, Helena Maffei. **Projetos aproximam familiares e pacientes internados com Covid-19.** Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/projetos-aproximam-familiares-e-pacientes-internados-com-covid-19/>. Acesso em: 11 ago. 2022.;

3. O show do Eu: a intimidade como espetáculo - Paula Sibilia. Nova perspect. sist., São Paulo, v. 26, n. 57, p. 125-127, abr. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 ago. 2022.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA À PACIENTES EM UTILIZAÇÃO DE PICC

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Clayton F. Santos, Olivia B. Fernandes, Fernanda Aragão Marcondes, Erivelton Silva Souza

INTRODUÇÃO

A utilização do PICC, insertado por Enfermeiros, vem crescendo nas instituições hospitalares.

Contribuindo para um sistema de saúde mais integrado, sustentável e que qualifique à população, torna-se imprescindível a capacitação e conscientização do paciente nos cuidados envolvidos com a assistência.

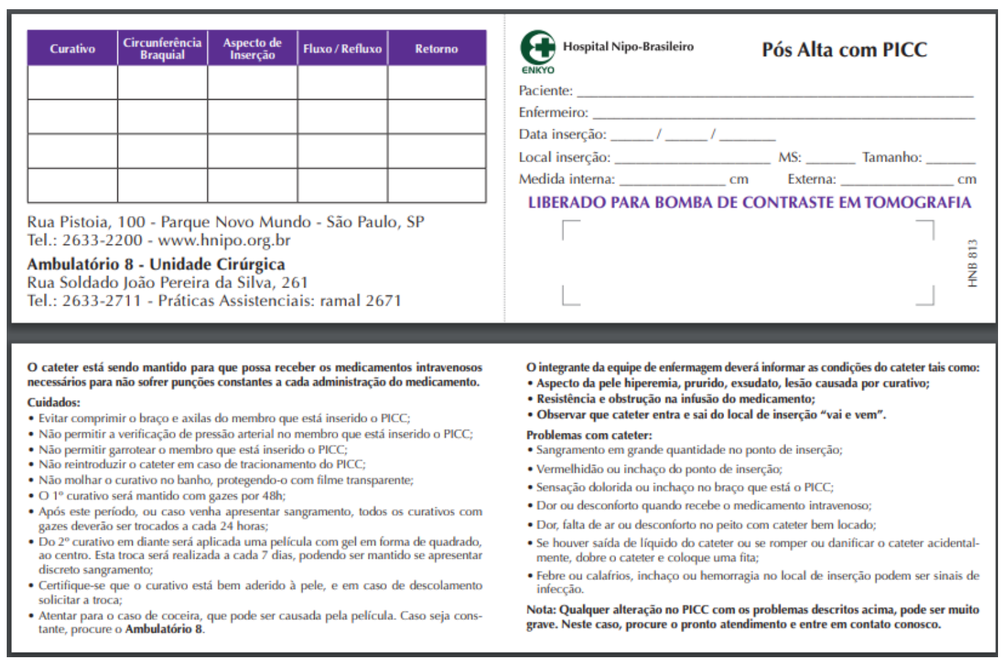
METODOLOGIA

Diante da necessidade de terapia infusional prolongada pós alta com PICC, o paciente assina o termo de autorização para contato telefônico e recebe folder orientativo relacionado a cuidados com o dispositivo.

Através de aparelho celular, os enfermeiros da Terapia Infusional, realizam os contatos telefônicos e vídeo chamadas semanalmente, até a retirada do cateter.

No primeiro contato, também disponibilizamos a marcação de consultas e exames se necessário.

Os contatos são registrados em prontuário eletrônico, realizando perguntas relacionadas a boas práticas na assistência ao PICC, com o objetivo de envolver o paciente em seu tratamento e antecipando-se a eventuais intercorrências com o cateter.



Curativo	Circunferência Braquial	Aspecto de Inserção	Fluxo / Refluxo	Retorno

Rua Pistoia, 100 - Parque Novo Mundo - São Paulo, SP
Tel.: 2633-2200 - www.hnipo.org.br
Ambulatório 8 - Unidade Cirúrgica
Rua Soldado João Pereira da Silva, 261
Tel.: 2633-2711 - Práticas Assistenciais: ramal 2671

Hospital Nipo-Brasileiro — **Pós Alta com PICC**

Paciente: _____
Enfermeiro: _____
Data inserção: _____/_____/_____
Local inserção: _____ MS: _____ Tamanho: _____
Medida interna: _____ cm Externa: _____ cm

LIBERADO PARA BOMBA DE CONTRASTE EM TOMOGRAFIA

HNB 813

O cateter está sendo mantido para que possa receber os medicamentos intravenosos necessários para não sofrer punções constantes a cada administração do medicamento.

Cuidados:
- Evitar comprimir o braço e axilas do membro que está inserido o PICC;
- Não permitir a verificação de pressão arterial no membro que está inserido o PICC;
- Não permitir garrotear o membro que está inserido o PICC;
- Não reintroduzir o cateter em caso de tracionamento do PICC;
- Não molhar o curativo no banho, protegendo-o com filme transparente;
- O 1º curativo será mantido com gazes por 48h;
- Após este período, ou caso venha apresentar sangramento, todos os curativos com gazes deverão ser trocados a cada 24 horas;
- Do 2º curativo em diante será aplicada uma película com gel em forma de quadrado, ao centro. Esta troca será realizada a cada 7 dias, podendo ser mantido se apresentar discreto sangramento;
- Certifique-se que o curativo está bem aderido à pele, e em caso de descolamento solicitar a troca;
- Atentar para o caso de coceira, que pode ser causada pela película. Caso seja constante, procure o **Ambulatório 8**.

O integrante da equipe de enfermagem deverá informar as condições do cateter tais como:
- **Aspecto da pele hiperemia, prurido, exsudato, lesão causada por curativo;**
- **Resistência e obstrução na infusão do medicamento;**
- **Observar que cateter entra e sai do local de inserção "vai e vem".**

Problemas com cateter:
- Sangramento em grande quantidade no ponto de inserção;
- Vermelhidão ou inchaço do ponto de inserção;
- Sensação dolorida ou inchaço no braço que está o PICC;
- Dor ou desconforto quando recebe o medicamento intravenoso;
- Dor, falta de ar ou desconforto no peito com cateter bem locado;
- Se houver saída de líquido do cateter ou se romper ou danificar o cateter acidentalmente, dobre o cateter e coloque uma fita;
- Febre ou calafrios, inchaço ou hemorragia no local de inserção podem ser sinais de infecção.

Nota: Qualquer alteração no PICC com os problemas descritos acima, pode ser muito grave. Neste caso, procure o pronto atendimento e entre em contato conosco.

Folder orientativo relacionado a cuidados com o cateter PICC para pacientes que saem de alta portando o cateter.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo Brasileiro

Termo de Consentimento livre e esclarecido para acompanhamento pós alta

O presente termo de Consentimento tem o objetivo acompanhar o paciente após o período de internação através de um breve questionário com perguntas referentes a sua condição de saúde atual, pelo telefone cedido pelo paciente/acompanhante ou através do telefone cadastrado no documento de prontuário eletrônico. Este serviço é realizado por enfermeiros (as) do setor de Práticas Assistências do Hospital Nipo Brasileiro.

O acompanhamento não requer nenhum tipo de pagamento. Nenhuma pessoa está autorizada em pedir ou oferecer qualquer serviço ou medicamentos mediante pagamento ou qualquer outro tipo de favorecimento.

Eu_____
RG: _____ ( )paciente ou ( )responsável, declaro que recebi explicações e autorizo a minha participação, pois fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento a respeito dos objetivos do acompanhamento pós alta, podendo recusar a qualquer momento em manter o acompanhamento.

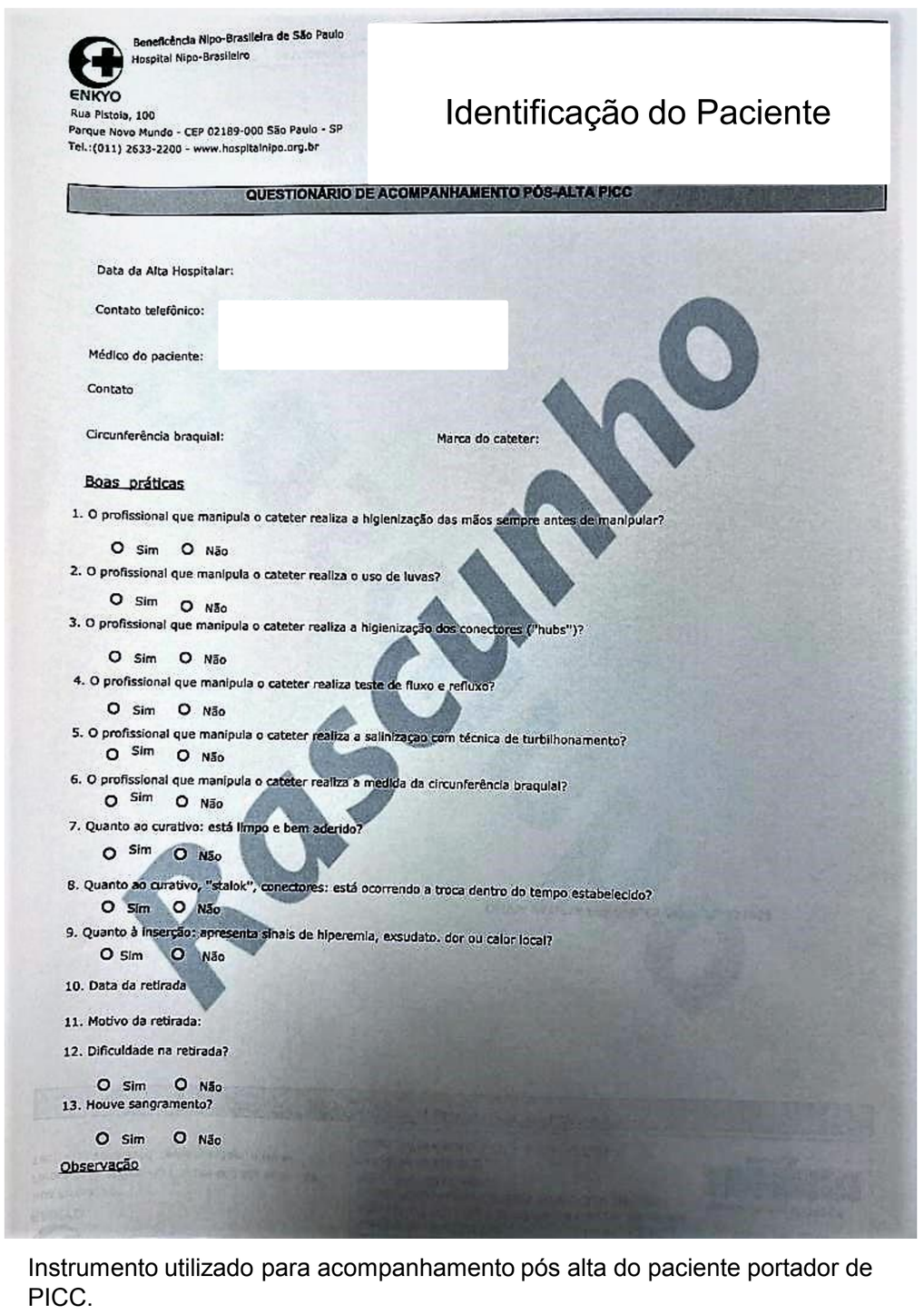
Número de telefone:
Fixo:_____
Celular 1: _____
Celular 2: _____

_____ ____/_____/_____
Assinatura/data

Termo de Consentimento para acompanhamento pós alta

RESULTADOS

Neste relato de experiência, acompanhamos 106 pacientes que tiveram sua insertação de PICC no ano de 2021, sendo acompanhados pós alta, com a média de 49 e mediana de 34 dias de utilização de PICC pós inserção. Desses, 78,30% terminaram sua terapia infusional com o mesmo cateter inserido antes de sua alta hospitalar, 18,86% dos pacientes acompanhados tiveram os seus cateteres retirados antes do término da terapia infusional provisionada, pelos seguintes motivos : óbito, obstrução, TVP, sacado acidentalmente, suspeita de infecção, dor e reinternação hospitalar por motivos não associados ao cateter e 2,84% permanecem sob utilização do cateter.



Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO
Rua Pistoia, 100
Parque Novo Mundo - CEP 02189-000 São Paulo - SP
Tel.:(011) 2633-2200 - www.hospitalnipo.org.br

Identificação do Paciente

QUESTIONÁRIO DE ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA PICC

Data da Alta Hospitalar:
Contato telefônico:
Médico do paciente:
Contato
Circunferência braquial: Marca do cateter:

Boas práticas

1. O profissional que manipula o cateter realiza a higienização das mãos sempre antes de manipular?
   O Sim O Não
2. O profissional que manipula o cateter realiza o uso de luvas?
   O Sim O Não
3. O profissional que manipula o cateter realiza a higienização dos conectores ("hubs")?
   O Sim O Não
4. O profissional que manipula o cateter realiza teste de fluxo e refluxo?
   O Sim O Não
5. O profissional que manipula o cateter realiza a salinização com técnica de turbilhonamento?
   O Sim O Não
6. O profissional que manipula o cateter realiza a medida da circunferência braquial?
   O Sim O Não
7. Quanto ao curativo: está limpo e bem aderido?
   O Sim O Não
8. Quanto ao curativo, "stalok", conectores: está ocorrendo a troca dentro do tempo estabelecido?
   O Sim O Não
9. Quanto à inserção: apresenta sinais de hiperemia, exsudato, dor ou calor local?
   O Sim O Não
10. Data da retirada
11. Motivo da retirada:
12. Dificuldade na retirada?
    O Sim O Não
13. Houve sangramento?
    O Sim O Não

Observação

Rascunho

Instrumento utilizado para acompanhamento pós alta do paciente portador de PICC.

CONCLUSÕES

Percebemos que a inclusão dos pacientes em seu tratamento, atrelado ao acompanhamento do enfermeiro durante o período de permanência do PICC pós alta hospitalar, proporcionou a oportunidade do paciente ser ativo em seus cuidados, sendo co responsável na execução de boas práticas assistenciais, minimizando assim os riscos envolvidos em sua assistência.

O vínculo paciente x profissional de saúde foi estreitado, formando assim um forte elo de confiabilidade, o que fideliza o cliente.

REFERÊNCIAS

- Revista estação cientifica,N. 23, JAN/JUN 2020 – ISSN1809-046X Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
- Protocolo Institucional Cateter Central de Inserção Periférica - Hospital Nipo Brasileiro – Última revisão em 06/2022

Gestão da Jornada do Paciente Internado

Paula Abreu Assunção, Breno Martins Coelho Neto, Cláudia Andrade Chamilet, Flávia Mendes Lima Freire

INTRODUÇÃO

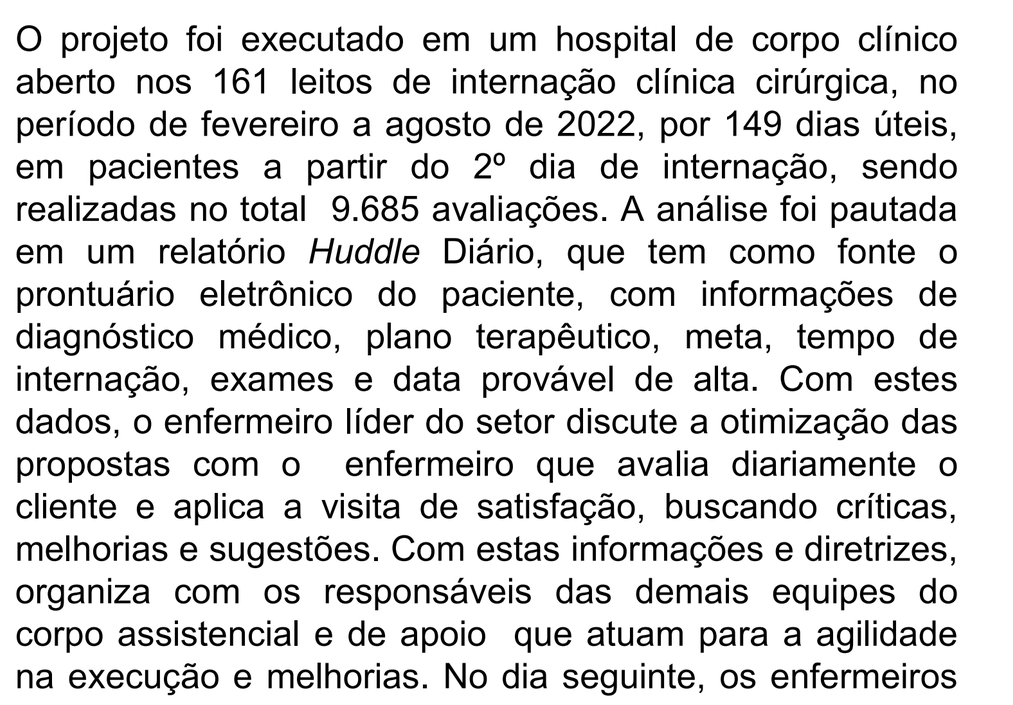
O cenário atual do setor de saúde, impactado pelos altos custos e mudanças de comportamento dos clientes com a pandemia, motivou as organizações a repensarem sua atuação no mercado com foco na perenidade. Gerenciar a jornada do paciente internado impacta na qualidade, segurança, resolutividade e experiência do cliente, criando relações estreitas e de confiança com os clientes, *stakeholders*, mercado, operadoras e equipes. Inspirados na metodologia do *hudlle* diário Red2Green, a enfermagem reúne dados para discussão diária e condução da internação do cliente com o corpo assistencial.

O projeto teve como objetivos:

1. Otimizar a gestão da jornada do paciente internado com foco no cumprimento do seu plano terapêutico.
2. Otimizar a média de ocupação geral hospitalar.
3. Reduzir o tempo de permanência do cliente, possibilitando a disponibilidade de leitos sem aumento de custos, com melhorias operacionais e resolutividade.
4. Melhorar a experiência do paciente com a métrica do NPS.

METODOLOGIA

O projeto foi executado em um hospital de corpo clínico aberto nos 161 leitos de internação clínica cirúrgica, no período de fevereiro a agosto de 2022, por 149 dias úteis, em pacientes a partir do 2º dia de internação, sendo realizadas no total 9.685 avaliações. A análise foi pautada em um relatório *Huddle* Diário, que tem como fonte o prontuário eletrônico do paciente, com informações de diagnóstico médico, plano terapêutico, meta, tempo de internação, exames e data provável de alta. Com estes dados, o enfermeiro líder do setor discute a otimização das propostas com o enfermeiro que avalia diariamente o cliente e aplica a visita de satisfação, buscando críticas, melhorias e sugestões. Com estas informações e diretrizes, organiza com os responsáveis das demais equipes do corpo assistencial e de apoio que atuam para a agilidade na execução e melhorias. No dia seguinte, os enfermeiros líderes, apresentam as propostas realizadas, planejadas, pendentes e em andamento para a gerência em posse de informações provenientes de *software* de *BI,* aprova, orienta, aproxima times e sugere melhorias de processos.

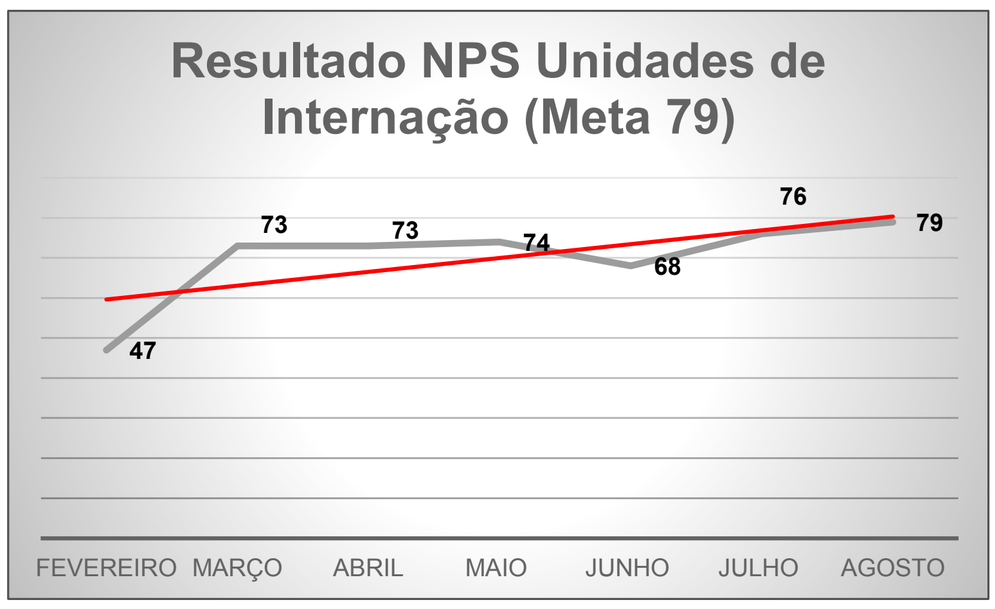


Fluxograma do processo do Gerenciamento da Jornada do Paciente Internado aplicado nas unidades de internação da Unidade Santo Agostinho, 2022

Formulário aplicado durante as avaliações clínicas e de experiência nos pacientes pelos enfermeiros na Unidade Santo Agostinho, 2022.

RESULTADOS

Em 7 meses de implantação e condução do projeto foi possível evoluir de um NPS geral da unidade de internação 47 para 79, médico de 30,7 para 83,3. A média de permanência do paciente no hospital reduziu de 5,2 dias para 3,94 dias. O tempo de espera do leito, *overbooking*, reduziu de 5 para 2,49 horas. Tanto a taxa de ocupação proposta quanto o resultado financeiro foram alcançados.



Evolução do indicador de *Net Promoter Score* ao longo do período na unidade de internação – Unidade Santo Agostinho, 2022.

CONCLUSÕES

A gestão da jornada do paciente internado, otimizando e executando o plano terapêutico proposto, tem como resultado, melhoria da satisfação do cliente externo, com impacto positivo experiência do paciente, acompanhante e corpo assistencial, promovendo redução do tempo de internação, com disponibilização de leitos para atendimento da demanda, sem aumento de leitos físicos aos usuários da rede Mater Dei de Saúde.

REFERÊNCIAS

Rapid Improvemente Guide to: Red and Gree Bed Days, NHS Improvement, Emergency Care Improvemente Programme, 2016
https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2016/12/rig-red-green-bed-days.pdf

A YouTube video on Red and Green Bed Days, presented by the ECIP Team and Ipswich Hospital NHS Trust, can be found here:
https://youtu.be/Dc-b6GclTq4

Código Rosa: Qualidade na Assistência em Emergências Obstétricas.

Jaqueline Amaral Macedo, Cherla Vitorino Fandim San Miguel, Tatiane Ferreira Izola, Wesley Bezerra.

INTRODUÇÃO

A qualidade assistencial é fundamental na atuação frente a emergências obstétricas, visando garantir o cuidado centrado no paciente com vistas as suas necessidades no momento do acolhimento inicial, na Instituição Hospitalar. Nesse contexto, a equipe assistencial exerce papel fundamental no cenário do cuidado ao parto e nascimentos seguros, de modo a otimizar o atendimento em situações de risco, assegurando experiencia satisfatória e de qualidade para a gestante.

METODOLOGIA

Estudo de cunho qualitativo realizado no intervalo de junho a agosto de 2022, com base em referências bibliográficas retiradas do banco de dados Scielo e evidências científicas de boas práticas ao parto e ao nascimento seguros, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Sala de estabilização obstétrica criada no Pronto Socorro, ao lado da classificação de risco, para otimização da assistência à gestante.

Placa de sinalização para identificação do fluxo da gestante na Unidade.

RESULTADOS

Notou-se que a criação e implementação do protocolo foi capaz de otimizar o tempo de assistência prestada a gestante em situações de emergências, identificadas após classificação de risco. Possibilitou a viabilização de espaço físico com estrutura para atendimento qualificado e promoveu a atuação integrada de todos os profissionais envolvidos na assistência, além da capacitação qualificada em Obstetrícia dos mesmos.

Caixas de emergências Obstétricas dispostas no Centro Obstétrico, Pronto Socorro e Maternidade.

Kit de urgência para hemorragia pós-parto localizado na Maternidade.

CONCLUSÕES

A formulação e implantação do protocolo “Código Rosa” na assistência possibilitou a identificação de fragilidades no atendimento às gestantes em situações de emergências na instituição, bem como foi possível corrigi-las e capacitar todos os profissionais envolvidos no processo de estabilização do paciente. Com isso, conclui-se que a criação de protocolos que norteiem as práticas profissionais contribuem para o cuidado embasado nas melhores evidências cientificas preconizadas e a construção conjunta desses instrumentos favorece a reflexão dos profissionais quanto ao processo de trabalho e a busca para a melhor experiência da gestante dentro da Unidade Hospitalar.

REFERÊNCIAS

Coordenadoria de planejamento de saúde (Deliberação CIB nº 60 – 27/06/2022); National Institute for Health Care and Clinical Excelence, 2014; Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016; ACOG, RCOG, International Cofederation of Midwives(ICM), ABENFO

OFICINA
CONSTRUINDO O CUIDADO E A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR

Agenilma Chaves Melo Gomes, Juliana Coimbra Martins, Sandra Maria Ribeiro Costa

INTRODUÇÃO

A implementação do SUS, os novos perfis epidemiológicos no contexto de pós-pandemia exigem reformulação no processo de trabalho, constante atualização dos profissionais da saúde e a Educação Permanente em Saúde (EPS) se coloca como uma importante ferramenta nessa construção. Os impactos na saúde mental decorrentes do elevado nível de estresse dos trabalhadores apontam para a necessidade de ações e estratégias de aprimoramento, proteção e assistência à saúde desses profissionais, produzindo qualidade de vida e bem-estar.

METODOLOGIA

A partir da problematização das dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde observaram-se elevado nível de transtorno de ansiedade generalizada, depressão, estresse crônico, exaustão e esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, culminando na sua desmotivação e na precariedade do clima organizacional. Nesse contexto, foi iniciada uma ação integrada que se dividiu em quatro etapas: Apresentação das Políticas de EPS, Humanização e Saúde e Segurança do Trabalhador-SST; realização de pesquisa virtual para diagnóstico das necessidades de intervenção nessas três áreas; priorização dos problemas identificados e construção coletiva de projeto de intervenção. Durante as quatro etapas são realizados grupos de escuta do trabalhador e os encontros acontecem no formato de oficinas, com a participação de todas as categorias profissionais que atuam no ambiente de trabalho, sejam na assistência direta ou no suporte.

Dinâmica de integração e laboral realizadas durante atividades de Educação Permanente e Grupo de Crescimento com trabalhadores da VISA

Apresentação da Oficina Construindo o Cuidado e a Valorização do Trabalho e do Trabalhador aos servidores da UBS Tropical

RESULTADOS

Foram alcançadas 10 Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), atingindo um total de 40 oficinas, 33 grupos de escuta e 378 trabalhadores; apresentado projeto de intervenção aos trabalhadores e ao Ciclo Saúde que será parceiro no desenvolvimento das ações. Observou-se a redução dos conflitos nas relações interpessoais entre os que participaram dos grupos, redução da demanda por atendimento psicológico individual e maior engajamento dos trabalhadores. Além disso, foram realizadas formações para Multiplicadores em todos os serviços a fim de darem continuidade aos grupos de crescimento e outras estratégias de bem estar do trabalhador. Foram elaborados planos de Educação Permanente, oficinas e formações específicas em cada serviço de saúde para desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao aprimoramento da assistência e gestão em saúde.

Workshop do Grupo de Crescimento para formação de multiplicadores nos serviços de saúde da VISA, APS e Hospital Geral de Parauapebas-PA.

Grupo de Crescimento promovido pela SST com foco na Saúde Mental de Agentes Comunitários de Endemias

CONCLUSÕES

Para concluir, cabe reiterar a importância de estímulos necessários que valorizem o trabalho e o trabalhador do SUS, com ênfase em seu protagonismo e autocuidado, mesmo em contexto de grande estresse. A fim de tornarem as ações de saúde sustentáveis é necessário cuidar de quem cuida.

É relevante o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a valorização do SUS e dos profissionais que lutam cotidianamente para que este sistema funcione, de modo que a população seja assistida com humanização e resolutividade.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. O Resgate da Fala Autêntica – na psicoterapia e na educação. Ed Alinea., janeiro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

ROGERS, Carl R. Grupo de Encontro. Ed. Martins Fontes, 9ª Edição, 9 de junho de 2009.

OTIMIZAÇÃO DE INDICADORES PARA UMA MELHOR GESTÃO DA ÁREA

Hospital Nipo-Brasileiro

Tais Martins Cano, Cibele Quaranta, Juliana A. Claudino Santana , Gabrielly de Jesus Rodrigues

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

INTRODUÇÃO

A gestão de indicadores é uma atividade estratégica, que demonstra se a sua empresa está alcançando as metas e objetivos predefinidos. Portanto, o indicador é uma ferramenta que representa os resultados de um processo, um setor ou uma atividade específica, indicando se as estratégias/metas traçadas estão satisfatórias ou não. Para que seja uma ferramenta de apoio à gestão e a auxilie em seus planejamentos, é sempre necessário: comparar os resultados atingidos com as metas pré-estabelecidas; definir a maneira como cada indicador será medido, a fonte das informações e a periodicidade da coleta de dados. O grande benefício de um indicador é que, por ser uma métrica, ele resume os resultados em números, possibilitando a real avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das operações.

METODOLOGIA

Agendamos anualmente, a partir de 2020 reuniões individuais com os gestores para análise dos indicadores. A equipe da Qualidade encaminha antecipadamente uma planilha com os indicadores atualmente mensurados pela área, onde o gestor já pode iniciar a análise da necessidade de manter, ajustar ou ocultar o indicador para o próximo ano, de acordo com o resultado apresentado. Durante a reunião a Qualidade estimula o gestor a identificar a real necessidade de mensuração de cada indicador e revisão da meta, através dos gráficos e análises apresentadas. O Objetivo é otimizar os indicadores gerenciados pelas áreas, para proporcionar ao gestor uma melhorar gestão dos resultados da área sob sua responsabilidade.

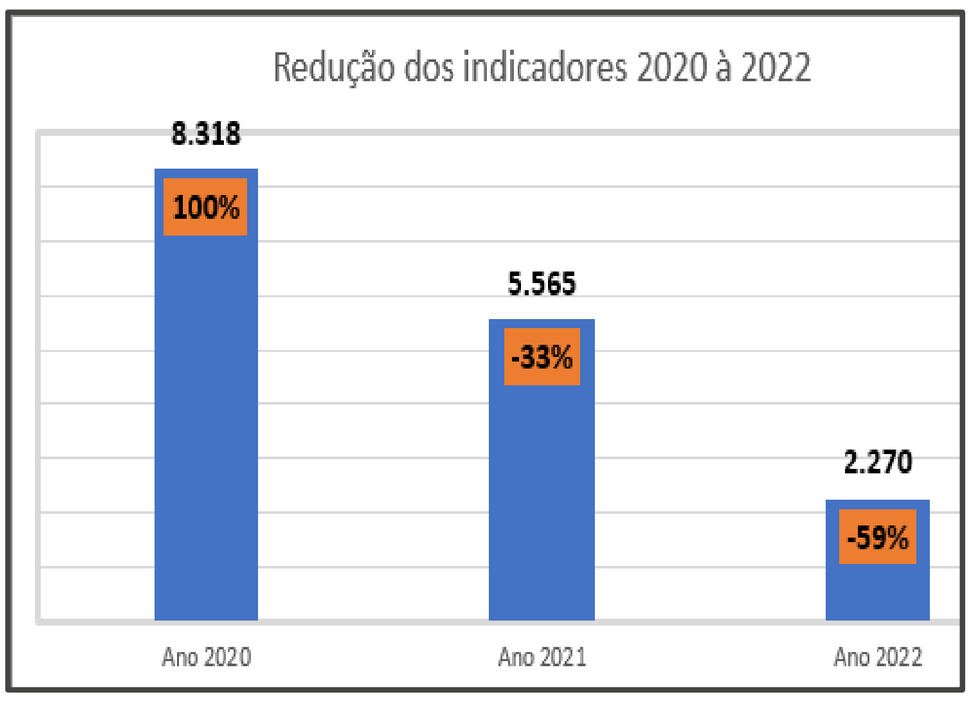
% Resto Alimentar de Colaboradores - Nutrição — Indicador

Ficha Técnica do Indicador	
Objetivo do Indicador:	Monitorar o desperdício de alimentos pelos usuários do refeitório, a fim de identificar fatores contribuintes para o desperdício e estabelecer ações para conscientização dos usuários e promover a sustentabilidade.
Tipo do Indicador:	Desempenho/Processo
Método de Cálculo:	Somatória do peso do resto alimentar de 5 dias/Somatória do peso total da refeição distribuída de 5 dias x 100
Fonte:	Registros de pesagem
Critérios de inclusão	Resto alimentar: Peso da sobra de alimentos da bandeja do usuário do refeitório.Peso total distribuido: Peso do que foi distribuido e o que foi para a distribuição e não foi servido.
Critérios de exclusão	Não considerar peso de cascas e ossos

Modelo de ficha atualizada do indicador.

RESULTADOS

Com isso foram identificados vários indicadores que não tinham mais necessidade de monitorar através de gráficos e análises, pois apresentavam resultado favorável a mais de 2 anos. Esses indicadores foram obsoletados do sistema, ficando assim arquivados para histórico. Obtivemos de 2020 à 2022, uma redução de 73% dos indicadores.



Comparativo da redução do número de indicadores de 2020 à 2022

CONCLUSÕES

Gerenciar, monitorar e revisar os indicadores, os dados e ações que os influenciam é uma tarefa complexa. Sendo considerado de extrema importância a realização da revisão anual, para que possamos identificar nossas melhorias, podendo assim iniciar o monitoramento de outros indicadores necessários para o setor naquele período. A gestão por indicadores ajuda a guiar a tomada de decisões com base não apenas em dados, mas em análises de tendências e projeções precisas, trazendo informações suficientes para estruturar o melhor plano de ação. Podemos identificar 5 vantagens: Tomada de decisão assertiva (cada ação ou melhoria planejada e executada tem como base as informações reais que os indicadores apresentam); Organização de processos(durante o ciclo de análise de indicadores, é comum que os gestores avaliem a eficiência de cada processo); Otimização de recursos(ao entender em quais atividades focar e como agir para alcançar os resultados esperados, é possível planejar exatamente a quantidade/qualidade dos insumos e matérias-primas utilizadas), Acompanhamento de projetos (potencializa a visão sobre todos os processos e projetos), Aumento da produtividade(Ao entender quais as métricas mais importantes para sua operação, bem como compreender como melhorá-las de forma a impulsionar os resultados da empresa, você otimiza todas as ações operacionais. Com isso, minimiza os erros estratégicos e torna a tomada de decisões mais assertiva, direcionando a produção para o caminho que melhor funcione para o negócio

REFERÊNCIAS

https://deak.com.br/blog/indicadores-de-desempenho/

https://www.totvs.com/blog/negocios/gestao-de-indicadores/

https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/indicadores-assistenciais-identificacao-de-problemas-e-de-solucoes/

VALIDAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE SIMULADOR COMPUTACIONAL DE FILAS PARA RACIONALIZAÇÃO DE AÇÕES DE MELHORIA EM PRONTO SOCORRO ADULTO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2022

Amanda Francisco Martins[a], Roberta Yoshioka Chinen[a], André Luiz Baptiston Nunes[a]

[a]Departamento de Pesquisa Imed Group

INTRODUÇÃO

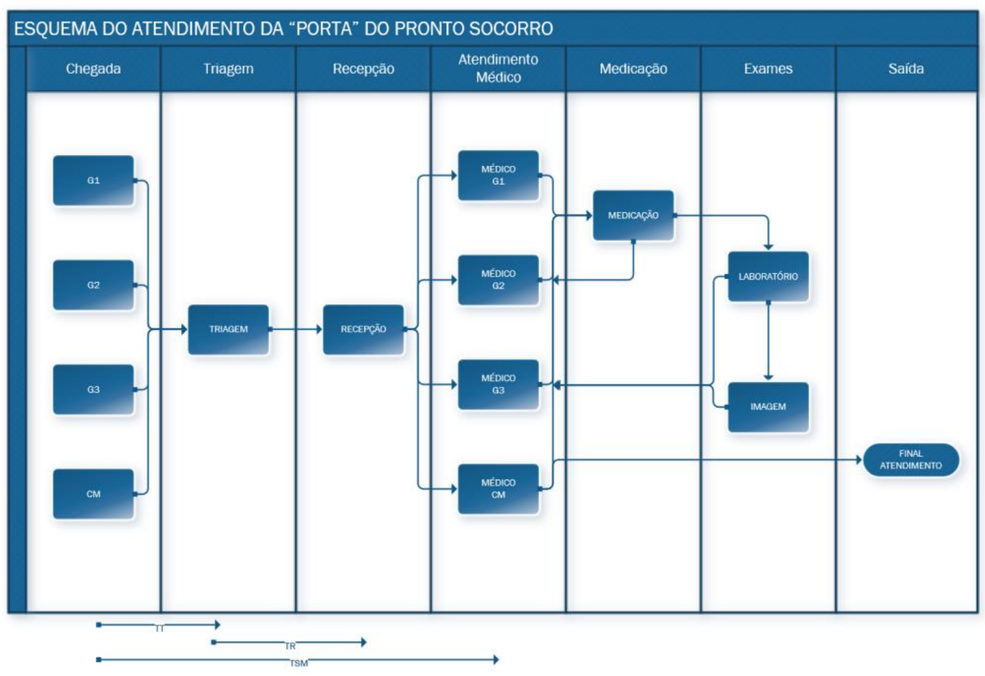
O tempo de espera é um dos principais fatores envolvidos na experiência dos pacientes e se relaciona inversamente com o NPS (Net Promoter Score). O Pronto Socorro Adulto (PSA) é a principal porta de entrada em um hospital e está sujeito a gargalos decorrentes de horários de pico, sazonalidade e outras intercorrências e representa um dos maiores desafios para utilização racional de recursos. A simulação é um procedimento utilizado para solução de problemas através da análise de modelos do comportamento do sistema e sua utilização pode contribuir para reduções de custos e tempo de resposta para implantação de ações efetivas.

OBJETIVOS

Avaliar a comparabilidade de resultados de filas e tempos de espera reais (R) e simulados (S) de um PSA para a utilização da simulação na proposição racional de ações de melhoria.

METODOLOGIA

Modelagem e simulação a partir de dados de um PSA, obtidos retrospectivamente de banco de dados, através da utilização do software ARENA®.



Esquema de atendimento utilizado na modelagem. G1, G2 e G3: grupos de pacientes atendidos em diferentes "portas", CM: pacientes adultos da clínica e cirurgia, TT: Tempo máximo de triagem, TR: Tempo máximo para recepção, TSM: Tempo senha-médico.

Para a construção do modelo foram considerados número de profissionais em cada posto por hora, distribuição do volume de pacientes por hora, tempos médios de atendimento e resultado de exames, porcentagem de solicitações de exames por grupo de "portas" (G1: pacientes de especialidade, G2: pacientes ESI2 encaminhados para emergência, G3: pacientes ortopédicos e CM: pacientes clínicos e cirúrgicos) e de pacientes medicados e reavaliados.
Os parâmetros das amostras reais (R) e simulados (S) foram comparados em 2 momentos: alto fluxo "P1" (segundas-feiras de junho de 2022) e baixo fluxo "P2" (sextas-feiras de julho de 2022), num total de 4 mensurações R em P1, 5 mensurações R em P2 e 6 mensurações S em P1 e P2.
Foram analisadas variáveis volumétricas (número de atendimentos e de pacientes em fila) e tempos de espera.
Para análise das amostras independentes foi utilizado o teste t de Student e consideradas diferenças significantes os resultados com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram comparados os dados reais em P1 e P2.
Com exceção do número de pacientes classificados como ESI2 e do tempo e fila máximos da triagem, todas as demais variáveis apresentaram diferenças significativas nos períodos de alto e baixo fluxos, conforme Tabela 1.

Resultados Reais - P1 x P2	P1		P2		
	média	±dp	média	±dp	*p*
Total de pacientes (n)	519,25	39,30	267,10	51,66	*< 0,001*
G1 (n)	93,00	14,07	43,10	5,50	*< 0,001*
G2 (n)	28,75	5,68	20,60	5,94	*0,076*
G3 (n)	61,00	8,37	43,00	3,67	*0,003*
CM (n)	336,50	25,36	160,40	49,66	*< 0,001*
TT[1] (horas)	0,493	0,24	0,360	0,14	*0,329*
TR[2] (horas)	0,566	0,11	0,264	0,06	*0,001*
TSM[3] CM máximo (horas)	2,819	0,22	1,756	0,85	*0,046*
TSM[3] CM médio (horas)	1,178	0,18	0,626	0,31	*0,016*
Fila máxima triagem (n)	13,75	6,02	7,20	4,44	*0,101*
Fila máxima recepção (n)	14,25	3,77	4,20	2,28	*0,002*
Fila máxima CM (n)	34,00	7,70	12,60	10,71	*0,012*

[1]Tempo máximo triagem; [2]Tempo máximo recepção; [3]Tempo senha-médico

Tabela 1: comparação das amostras reais nos períodos de alto (P1) e baixo (P2) fluxos.

As comparações das amostras reais e simuladas nos períodos de alto e baixo fluxos são apresentadas nas Tabelas 2 e 3, respectivamente.

Resultados Reais x Simulados - P1	R		S		
	média	±dp	média	±dp	*p*
Total de pacientes (n)	519,25	39,30	535,72	19,77	*0,400*
G1 (n)	93,00	14,07	94,06	7,89	*0,881*
G2 (n)	28,75	5,68	40,11	5,56	*0,014*
G3 (n)	61,00	8,37	64,89	6,81	*0,441*
CM (n)	336,50	25,36	336,67	17,75	*0,990*
TT[1] (horas)	0,493	0,24	0,765	0,30	*0,168*
TR[2] (horas)	0,566	0,11	0,420	0,12	*0,085*
TSM[3] CM máximo (horas)	2,819	0,22	1,064	0,36	*< 0,001*
TSM[3] CM médio (horas)	1,178	0,18	0,470	0,19	*< 0,001*
Fila máxima triagem (n)	13,75	6,02	29,78	11,19	*0,032*
Fila máxima recepção (n)	14,25	3,77	16,78	3,96	*0,343*
Fila máxima CM (n)	34,00	7,70	25,72	8,02	*0,143*

[1]Tempo máximo triagem; [2]Tempo máximo recepção; [3]Tempo senha-médico

Tabela 2: comparação de amostras reais e simuladas no período de alto fluxo.

Resultados Reais x Simulados - P2	R		S		
	média	±dp	média	±dp	*p*
Total de pacientes (n)	267,10	51,66	285,89	22,59	*0,439*
G1 (n)	43,10	5,50	42,17	5,98	*0,796*
G2 (n)	20,60	5,94	33,72	6,51	*0,007*
G3 (n)	43,00	3,67	50,44	5,76	*0,035*
CM (n)	160,40	49,66	159,56	15,75	*0,969*
TT[1] (horas)	0,360	0,14	0,407	0,04	*0,435*
TR[2] (horas)	0,264	0,06	0,409	0,06	*0,003*
TSM[3] CM máximo (horas)	1,756	0,85	0,704	0,12	*0,014*
TSM[3] CM médio (horas)	0,626	0,31	0,223	0,02	*0,010*
Fila máxima triagem (n)	7,20	4,44	8,94	1,43	*0,385*
Fila máxima recepção (n)	4,20	2,28	10,50	3,32	*0,006*
Fila máxima CM (n)	12,60	10,71	6,61	1,83	*0,207*

[1]Tempo máximo triagem; [2]Tempo máximo recepção; [3]Tempo senha-médico

Tabela 3: comparação de amostras reais e simuladas no baixo fluxo.

Não foram observadas diferenças significativas entre as amostras R e S nos períodos P1 e P2 quanto ao número de pacientes atendidos (total e subgrupos, com exceção de G2). Embora as amostras não sejam equivalentes quanto ao TSM, não se observou diferença estatística quanto ao número máximo de pacientes na fila para atendimento médico clínico cirúrgico entre as amostras.

CONCLUSÕES

O Pronto Socorro é um setor dinâmico em decorrência de variações de fluxo e necessidades de pacientes, servidores e ocorrência de eventos que impactam nos tempos de atendimento.
A qualidade dos dados utilizados para a modelagem do sistema é fundamental para a construção de um modelo fidedigno e foi uma de nossas maiores dificuldades já que estes foram extraídos de banco preexistente alimentado com dados provenientes de sistema de prontuário eletrônico, sujeito a vieses.
Embora nosso modelo tenha se mostrado promissor, sem diferenças significativas quanto ao número de atendimentos e principais filas tanto em períodos de alto como baixo fluxos, ainda apresenta diferenças cruciais relacionadas a tempos de espera e deve passar por melhoria através da correção de dados usados para modelagem antes de sua utilização para a avaliação de ações para otimização da experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

1. PRADO, D. Usando o ARENA em simulação. Nova Lima: INDG - Tecnologia e Serviços LTDA, 2010
2. FREITAS FILHO, P. J. Introdução à Modelagem e Simulação de Sistemas com Aplicações em Arena. Florianópolis: Visual Books, 2008.

AUTOMAÇÃO DO PROCESSO DE TELEMONITORAMENTO DOS COLABORADORES COM SÍNDROME GRIPAL / COVID.

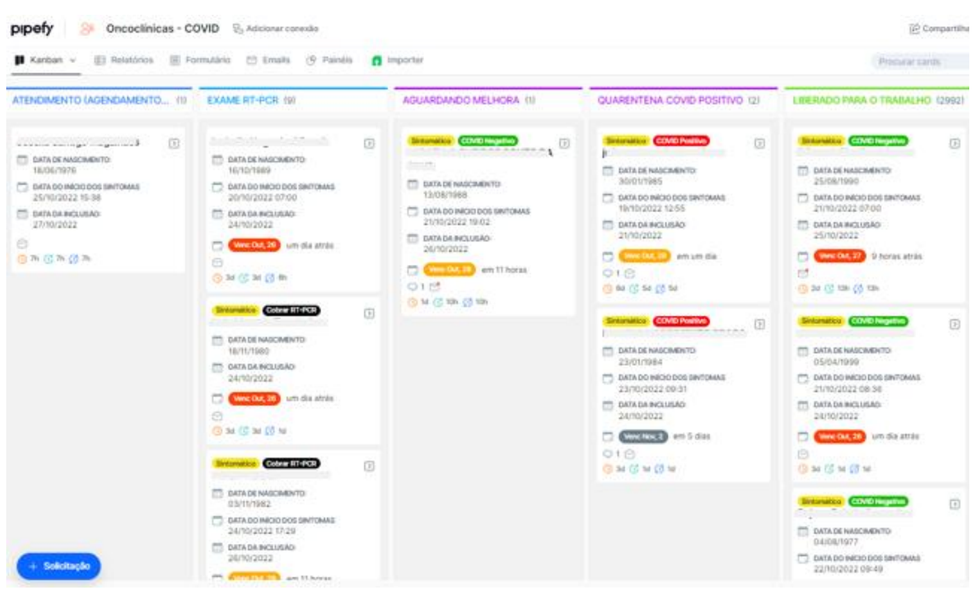
Autores: Alex Aredes, André Nunes, Núbia Araújo Viebig, Diogo Rossi.

INTRODUÇÃO

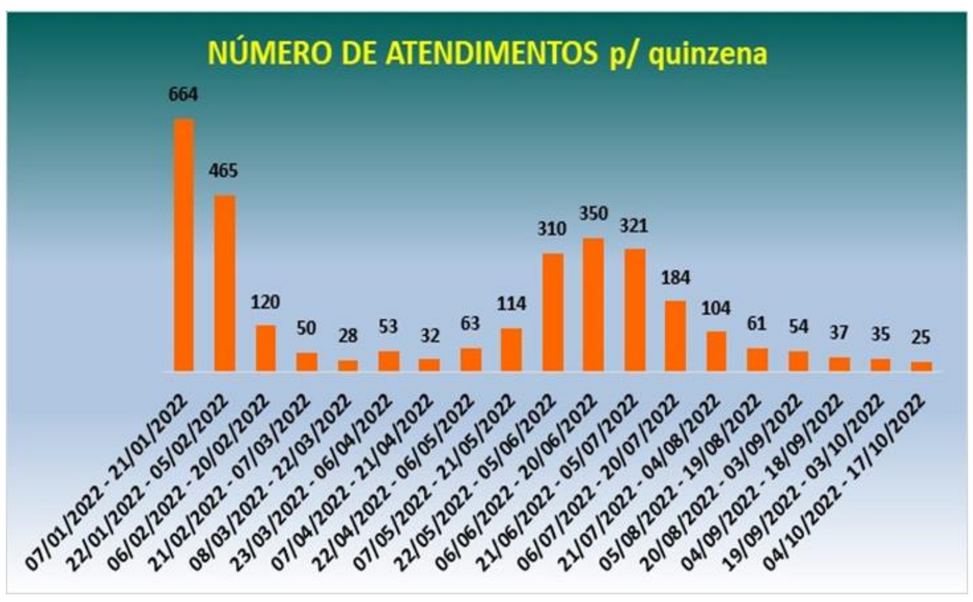
Trata-se de um caso de implantação de automação de processo de trabalho garantindo o fluxo puxado com sistema Kanban, para telemonitoramento de trabalhadores com síndrome gripal/COVID, que atuam em uma grande rede de assistência a pacientes oncológicos, com cerca de 5000 colaboradores e 1500 médicos distribuídos em 90 unidades por 23 cidades brasileiras. Devido ao aumento expressivo de mais de 600% dos casos de afastamento, saindo da média mês de 150 para 1000 colaboradores afastados (jan22). **Objetivos:** Desenvolver uma ferramenta que apoiasse o processo gerencial através de uma gestão visual, permitindo o acompanhamento *on time* dos casos inseridos no monitoramento, garantindo o início precoce do monitoramento e faseamento do monitoramento de acordo com os tempos previstos no protocolo, até a liberação de retorno ao trabalho.

METODOLOGIA

Desenvolvemos a automação do monitoramento, utilizando uma plataforma de gerenciamento de projetos e automação de fluxos de trabalho, baseado no modelo SaaS (Software as a Service) pelo sistema Kanban, garantindo a estruturação e faseamento de cada paciente inserido no monitoramento, através de formulário padronizado, composto por informações estruturadas, facilitando o acesso e preenchimento ordenado, seguindo intuitivamente o algoritmo e fluxo por todos os profissionais, fortalecendo o trabalho padronizado e assertividade no processo. Após o preenchimento do formulário, é realizado o atendimento e avaliação do colaborador por vídeo chamada, caso não realizado o exame, monitoramento encaminha para realização do RT-PCR quando 72 horas do início dos sintomas, com o envio do pedido de laboratório. Fazemos o acompanhamento regular do colaborador a cada 24 ou 48 horas dependendo da clínica e do resultado do exame. Alta após avaliação dos sintomas e/ ou cumprimento do período de quarentena.



Ferramenta de automação e gerenciamento dos colaboradores inseridos no monitoramento. Cards de atendimento através do sistema Kanban (SaaS)



Dispersão do número de pacientes atendidos por quinzena. Pico de 1.000 pacientes em jan/22 e o 2º pico de 700 pacientes no mês de junho/22

RESULTADOS

Monitoramento de 3070 pacientes até outubro/22, com 60% dos casos com Covid positivo. Redução do tempo médio de início no monitoramento de 48h para menos de 12h, para realização do primeiro atendimento, fortalecendo a conduta precoce de coleta de PCR para Covid, assertividade no monitoramento e redução do tempo de afastamento para os casos negativos. Teleatendimento por Enfermeiros especializados, atingindo 90% da resolução assistencial e condução do protocolo de monitoramento. Número maior de atendimento e casos positivos no estado de Minas Gerais. Diminuição significativa de casos após duas ou mais doses da vacina, com queda no número de atendimentos.

Média do tempo para o primeiro atendimento ao colaborador. Meta: em até 12horas da inserção no fluxo de monitoramento.

Distribuição de colaboradores atendidos por Estado no período de janeiro à outubro /2022.
.

CONCLUSÕES

A utilização da ferramenta de automação e gerenciamento dos colaboradores inseridos no monitoramento, trouxe celeridade e organização no processo de trabalho para telemonitoramento pelos enfermeiros e médicos. Contribuiu para melhor gestão visual e organização dos casos, visualizados por faseamento do protocolo, gerando a padronização do processo, eliminação de retrabalho, gerenciamento dos recursos e otimização de força de trabalho (Software as a Service) pelo sistema Kanban. Garantiu a estruturação e faseamento de cada paciente inserido no monitoramento, através de formulário padronizado, composto por informações estruturadas, facilitando o acesso e preenchimento ordenado, seguindo intuitivamente o algoritmo e fluxo por todos os profissionais, fortalecendo o trabalho padronizado e assertividade no processo.

REFERÊNCIAS

HTUN, A.; MAW, T. T.; KHAING, C. C. Lean Manufacturing, Just in Time and Kanban of Toyota Production System (TPS). International Journal of Scientific Engineering and Technology Research Volume.08, Jan-Dec-2019, Pages: 469-474; Filho, A. S.; Lima, A.; Vieira L. COVID-19: Tempo de isolamento e quarentena. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS. 2022.

GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE DOR TORACICA NA UNIDADE DE EMERGENCIA E INTERNAÇÃO DO HOSPITAL

FERREIRA Cristina Maria Leonel, JUNIOR Pedro Rubens, PIVA Renata, COSTA, Suellen Dias Lacerda

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 2018, a doença isquêmica do coração é a maior causa de morte no mundo. A gravidade das condições clínicas fazem com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso. Os sintomas incluem: dor, desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para ombro e/ou braços, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, realizado de janeiro de 2020 a julho de 2022, no Pronto atendimento e Unidade de internação do hospital. Os dados foram obtidos através de fichas de protocolos abertos manualmente pela assistência ao identificar paciente com queixas relacionadas ao protocolo.
Diante da abertura do protocolo desencadeia-se uma padronização de procedimentos a serem realizados como: eletrocardiograma em até 10minutos, atendimento médico imediato após realização do ECG, solicitação de exames laboratoriais HMG, TP/TPPa, Tropo, CK/CKMB, U, Cr, Na, K identificados com urgência ao laboratório, priorizando o atendimento desse paciente.
Foram realizados diferentes abordagens com o objetivo de aumento de adesão ao protocolo como: contratação de uma enfermeira dedicada a esse processo, treinamentos, materiais educativos, busca ativa de pacientes com perfil do protocolo, reuniões mensais junto aos gestores para análise dos resultados e alinhamento de propostas de melhoria.

.

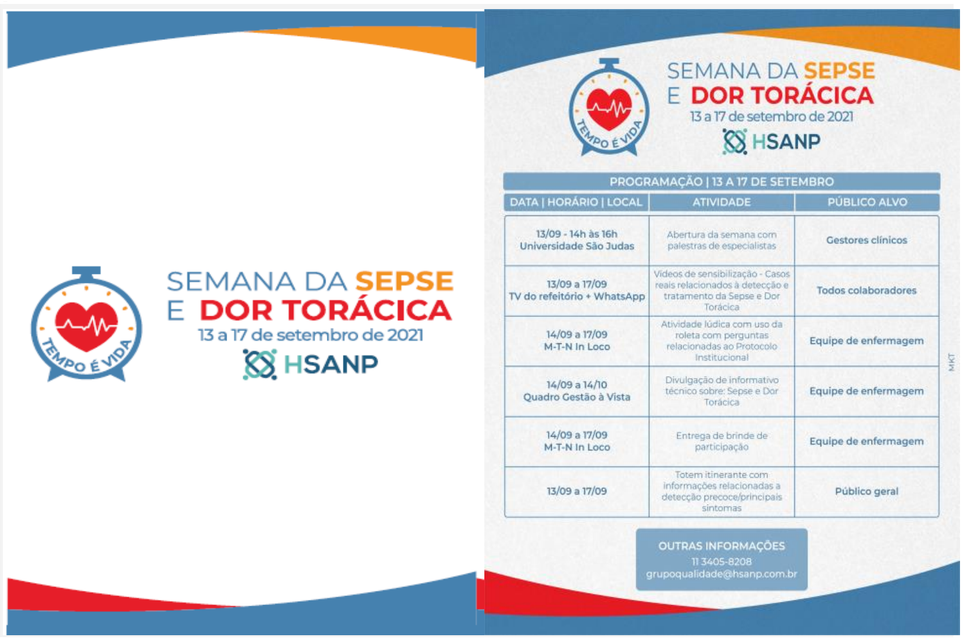
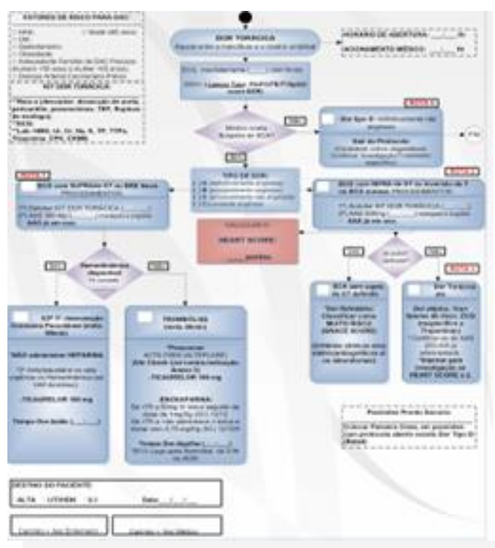


Imagem da Campanha de Dor Torácica no ano de 2021.

Imagem de materiais educativos utilizados nos treinamentos.

RESULTADOS

Em 2020 a média de abertura de fichas de protocolo de dor torácica era de 8 por mês, já em 2022, a média passou a ser de 46 fichas mensais, demonstrando um aumento de 475% na adesão ao protocolo.
Além do aumento no número de protocolos abertos, observamos um maior envolvimento da equipe multiprofissional, como profissionais do laboratório, médicos e enfermeiro em busca de melhores resultados diante do protocolo de dor torácica.
Os esforços geraram melhorias nos tempos de realização de eletrocardiograma e na conformidade da avaliação médica em até 10 minutos.
Os desafios para o próximo ciclo de análise de resultados estão relacionados a melhoria dos tempos de entrega dos exames pelo laboratório.



Ficha de abertura do Protocolo de Dor Torácica

Imagem da ficha de abertura do protocolo de dor Torácica.

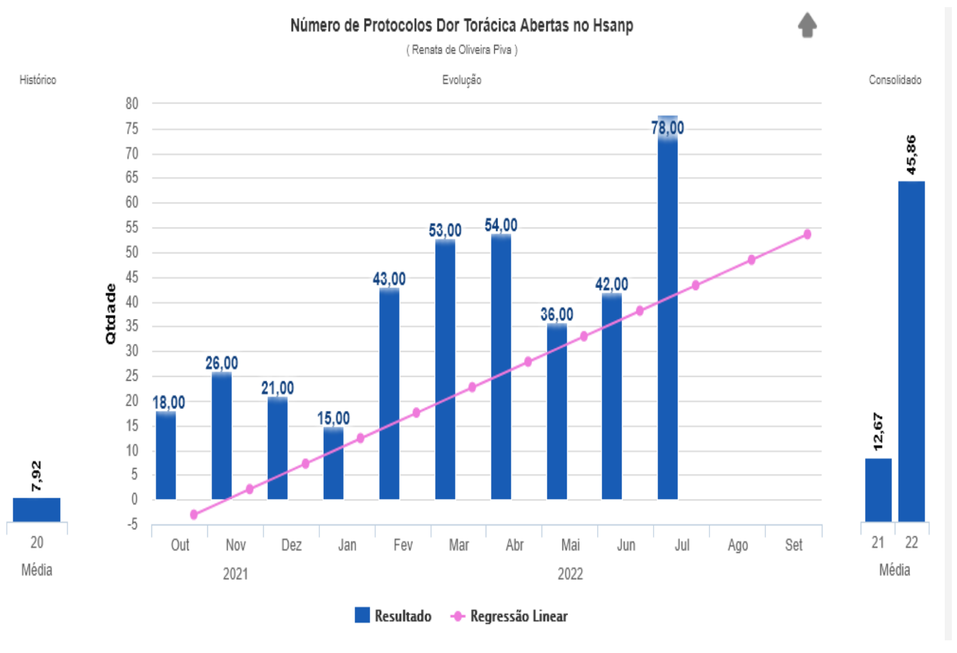


Gráfico dos indicadores sobre o número de protocolo de Dor Torácica.

CONCLUSÕES

A implantação do protocolo institucional e consequente padronização dos processos associados ao comprometimento da equipe multiprofissional foram fatores determinantes para o sucesso dos resultados apresentados.
Podemos afirmar que a segurança do paciente e qualidade no serviço prestado são asseguradas de forma objetiva e rápida mediante a pacientes atendidos com risco de Dor Torácica.

REFERÊNCIAS

V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Arquivo Bras. Cardiol. 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência 2002 - http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf

ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE DOCUMENTOS

Tais Martins Cano, Cibele Quaranta, Juliana A. Claudino Santana ,Gabrielly de Jesus Rodrigues

INTRODUÇÃO

Os documentos devem ser controlados através de um sistema de gestão baseado nos requisitos: aprovar documentos quanto a sua adequação, antes da sua emissão; analisar criticamente e atualizar, quando necessário; assegurar que as alterações e a situação da revisão atual dos documentos sejam identificadas; assegurar que as versões dos documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de fácil acesso; assegurar que os documentos permaneçam legíveis e prontamente identificáveis; evitar o uso não intencional de documentos obsoletos/vencidos. Um procedimento documentado deve ser estabelecido para definir os controles necessários Para isso, temos a norma zero, que assegura que os processos e atividades possam acontecer da forma definida, com estabelecimento de formatos, fontes, descrição de como/ quando utilizar e a periodicidade de revisão dos documentos.

METODOLOGIA

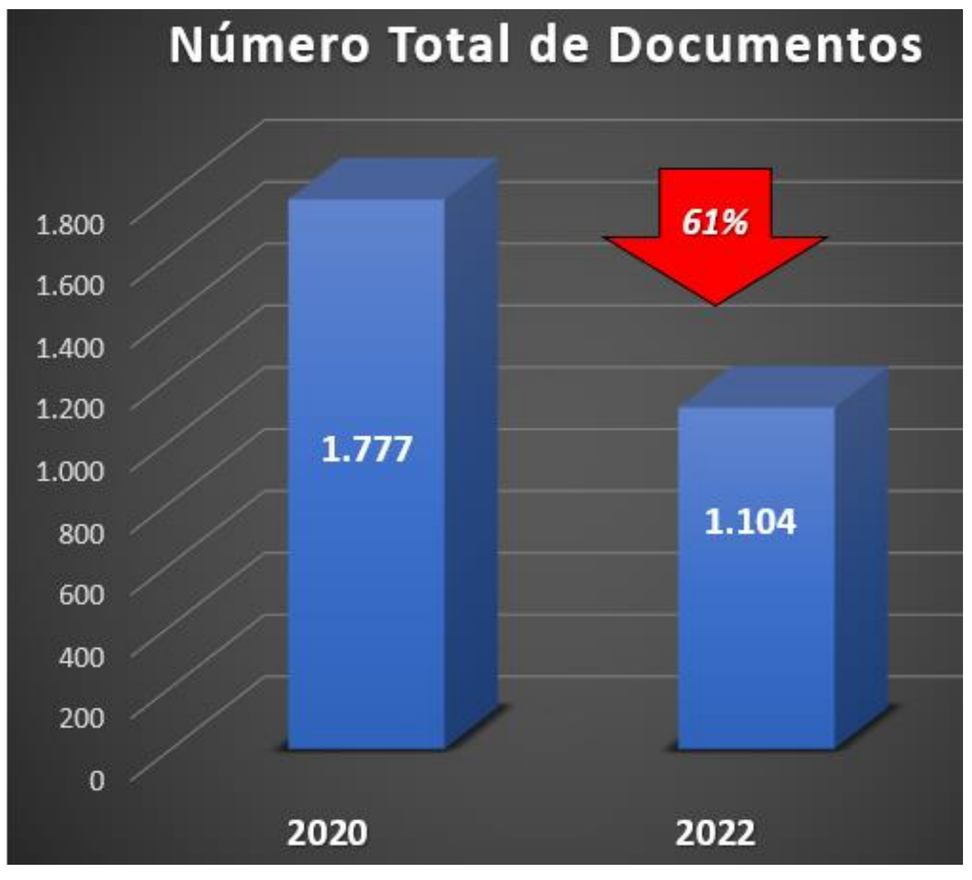
No período de 2020 a 2022, mensalmente exportamos um filtro do Sistema Interact, referente ao mês anterior, identificando os documentos vencidos. Eles são classificados por área e enviados por email ao gestor com prazo de 15 dias para devolutiva da revisão ou prorrogação por mais 2 anos (caso o mesmo não sofra nenhuma alteração). Os gestores também são estimulados a unificar os documentos para facilitar a consulta e revisão dos mesmos.

Tipo de Documento	Responsável pela Elaboração	Revisão e Aprovação	Validação	Período Revisão
Manual	Coordenador Analista Gerente	Coordenador	Qualidade	2 anos
Plano	Coordenador Analista Gerente	Coordenador	Qualidade	2 anos
Política	Gerente Coordenador	Gerente	Qualidade	2 anos
Procedimento	Coordenador Analista Gerente	Coordenador	Qualidade	2 anos
Programa	Gerente Coordenador	Coordenador	Qualidade	2 anos
Protocolo	Corpo clínico Equipe multiprofissional	Gerente médico	Qualidade	2 anos
Regimento	Presidente da Comissão	Corpo Clínico	Qualidade	2 anos
Fluxo	Coordenador Analista Gerente	Coordenação	Qualidade	2 anos
Interação entre Processos	Coordenador Analista Gerente	Coordenação	Qualidade	1 ano
Rotina	Coordenador Analista Gerente	Coordenador	Qualidade	2 anos

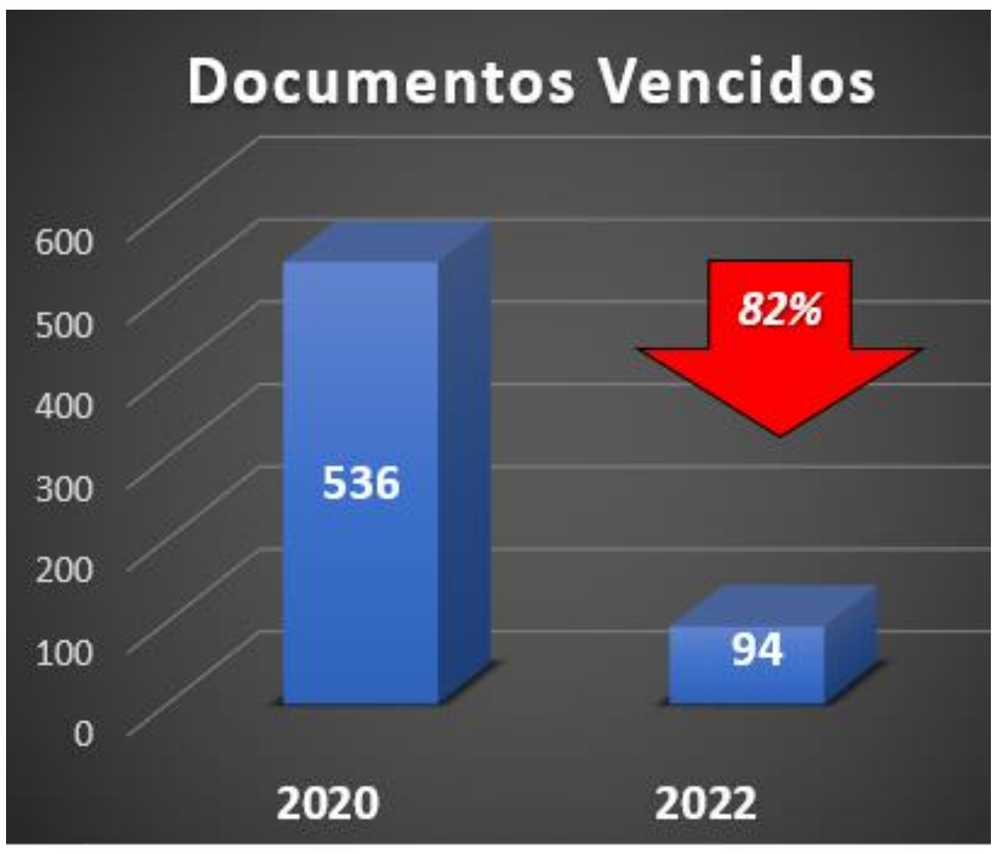
Prazo para revisão de acordo com a Norma Zero.

RESULTADOS

Obtivemos de 2020 à 2022, uma redução de 82% de documentos vencidos e 61% do total de documentos (pois alguns foram obsoletados e outros unificados).



Total de documentos existentes.



Total de documentos vencidos.

CONCLUSÕES

Concluímos que o controle de documentos é um suporte do sistema da qualidade, pois, é através dele que o cumprimento dos requisitos estabelecidos é evidenciado, a informação é atualizada, de maneira a fornecer aos colaboradores o conhecimento de como desenvolver cada atividade de maneira adequada conforme a necessidade da Instituição. Portanto a unificação dos documentos e controle de validade são fundamentais para mantermos um banco de dados enxuto e de fácil acesso.

REFERÊNCIAS

https://isac.org.br/isac-lanca-nova-norma-zero-para-facilitar-a-rotina-nas-unidades/

https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/administracao/qualidade-controle-na-elaboracao-revisao-documentos.htm

ABNT NBR ISO 9001:2008

PROGRAMA DE MOBILIZAÇÃO HOSPITALAR (PROMH) DENTRO DA PERSPECTIVA DA SAÚDE BASEADA EM VALOR

Marcelo Viana Marques Ferreira, Vanessa Chaves Barreto Ferreira de Lima, Sérgio Felipe de Carvalho, Gabriel Dias de Araújo Pinheiro

INTRODUÇÃO

A agenda da saúde baseada em valor tem papel fundamental na reestruturação para um sistema de saúde sustentável e focado no paciente, através do acompanhamento de desfechos em abordagens estruturadas, gerando novos modelos de assistência que diminuam a variabilidade, aumentem a segurança, e que ofereçam a possibilidade do gerenciamento dos desfechos clínicos e custo assistencial.

O Programa de Mobilização Hospitalar (PROMH) é um projeto de sistematização do cuidado em reabilitação hospitalar com a perspectiva de gerar efetividade ao plano de intervenção centrado no paciente e saúde baseada em valor pelo acompanhamento de desfechos medidos pelos pacientes (PROMs).

OBJETIVOS

Avaliar os resultados dos desfechos clínicos medidos pelos pacientes (PROMs) do Programa de Mobilização Hospitalar (PROMH) no período de hospitalização.

METODOLOGIA

Os pacientes incluídos no PROMH eram avaliados através da Escala de Mobilidade na Terapia Intensiva (IMS), que determina o nível de capacidade funcional da fase hospitalar (internação e alta) e é comparado a sua condição prévia ao momento da internação. As etapas sistematizadas do programa foram mapeadas dentro de um modelo de construção de linha de cuidado e navegação assistencial (figura 1), incluindo ainda: a identificação de metas individualizadas, baseadas no desfecho clínico de interesse do paciente em acordo com o profissional avaliador, seleção do tempo de intervenção para o cumprimento das metas, indicação do resultado esperado e o desenvolvimento de uma escala de possibilidades acima ou abaixo dos resultados esperados. Esta última etapa é viabilizada pela Escala de Alcance de Metas (GAS) que é aplicada na admissão e na alta. O GAS possibilita calcular um escore de medida de desfecho através de acordos firmados na admissão, baseado no acrônimo SMART - *Specific* (Específico), *Measurable* (Mensurável), *Achievable* (Alcançável), *Realistic* (Realista) e *Time-based* (Temporal).

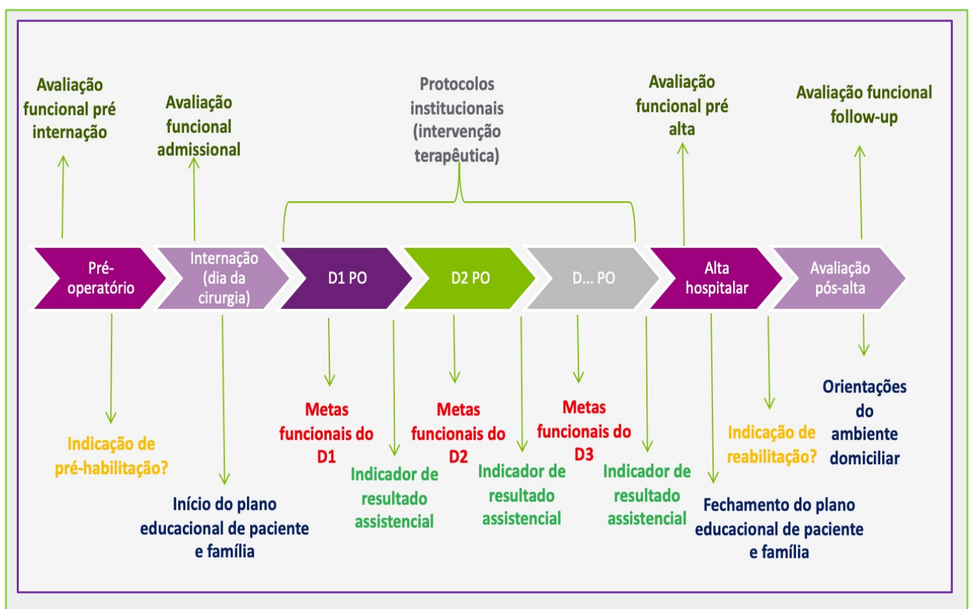


Figura 1:
Modelo para construção da linha de cuidado e navegação assistencial

RESULTADOS

Foram acompanhados 399 pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas de alto custo (artroplastia de quadril, artroplastia de joelho, osteossíntese de fêmur, artrodese de coluna cervical e artrodese de coluna lombar) no período de fevereiro a agosto de 2022, sendo 59,9% do sexo feminino e 40,1% do sexo masculino, com idade média de 65,9 anos (figura 2).

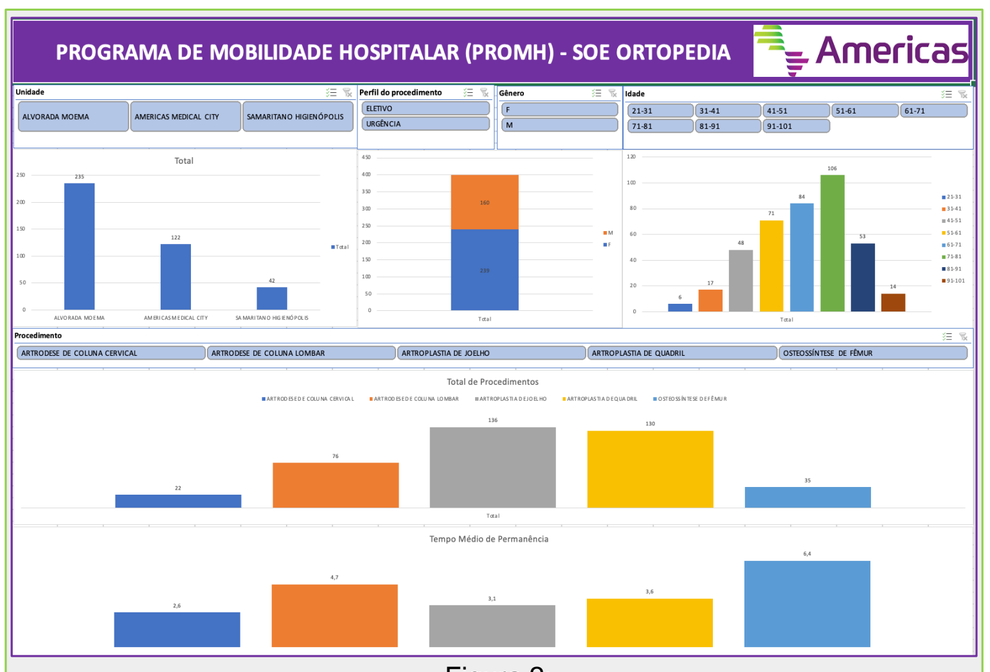


Figura 2:
Dashboard de acompanhamento de dados

No estabelecimento das metas foi observado que 90,1% dos pacientes determinaram que suas metas individualizadas eram de máxima importância e 8,3% classificaram como muito importante. No momento da conciliação das metas com o profissional fisioterapeuta, 43,0% caracterizaram como máxima, 13,8% como muita dificuldade e 37,1% como razoável (figura 3).

De todos os pacientes, 70,7% alcançaram metas dentro do esperado, o que mostra o acerto da meta consensuada, totalizando, quando somado aos outros níveis de melhora, um alcance de alguma melhora em até 94,9% (figura 3).

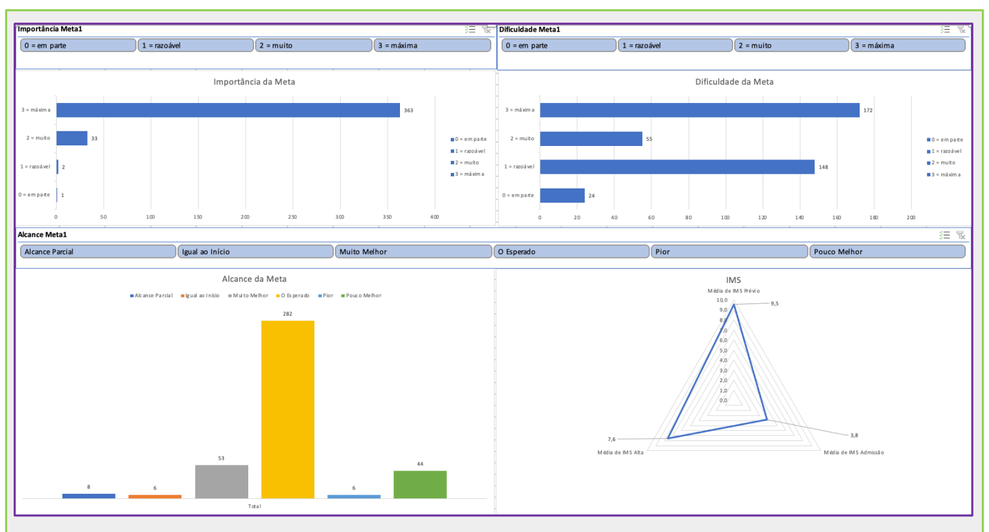


Figura 3:
Dashboard de acompanhamento de dados

CONCLUSÕES

O uso da abordagem sistematizada do PROMH se mostrou um importante mecanismo de acompanhamento de desfechos medidos pelo paciente, o que é indispensável para a prática baseada em valor e para termos, de forma efetiva, o paciente no centro do cuidado. Iniciativas como essas podem contribuir para fidelizar o paciente e aumentar a credibilidade e sustentabilidade das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. KAWAGUCHI, Y. M. F. *Validação cultural e confiabilidade das versões em português das escalas de mobilidade na UTI: Perme Intensive Care Unit Mobility Score e Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS)*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, 2017.
2. MOU, D., MJASET, C., SOKAS, C.M. e col. *Impetus of US hospital leaders to invest in patient-reported outcome measures (PROMs): a qualitative study.* BMJ Open, v12, 2022.
3. SANTOS, P.S.A. *Adaptação Transcultural da Goal Attainment Scaling (GAS) para a Língua Portuguesa Brasileira: Uma ferramenta para Dimensionar o Cumprimento de Metas em Programas de Reabilitação*. 41f., Universidade de Brasília, 2018.

Indicadores da Psicologia:

desafios de gestão e de operação

Adriana Aparecida Fregonese, Priscila Maria Gabos, Silvia Maria Cury Ismael, Ana Lúcia Capucho Lorena Abraão.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de indicadores em serviços de psicologia hospitalar é um dos maiores desafios devido a subjetividade implicada nos processos e na ausência de métricas que traduzam o impacto das intervenções. O objetivo do trabalho foi de apresentar o processo de desenvolvimento de indicadores do Serviço de Psicologia Hospitalar.

METODOLOGIA

Ferramentas utilizadas: *Levantamento de série temporal das planilhas manuais*: em 2021 e 2022; *Brainstorms*: discussão com equipe de psicólogos analisando especificidades de áreas de atuação; *Análise do prontuário eletrônico para extração de relatórios*: viabilizar o preenchimento de planilhas.

RESULTADOS

A série temporal delineou quatro grupos de indicadores a serem acompanhados: *1) Produtividade*: mensura quantidade de atendimentos/mês aos pacientes hospitalizados, atingiu 773 atendimentos em Julho/22. *2) Adesão ao protocolo de atenção e cuidados ao suicídio*: taxa de sucesso da adesão às orientações em follow-up, atingiu 66,6% em Julho/22, 33,4% não foram avaliados por recusa ao follow-up. *3) Atendimento de emergência psicológica*: mede tempo médio de respostas aos chamados em até 12 horas, atingindo 7 horas em Julho/22. *4) Protocolo de código cinza*: construído para manejar as situações de comportamentos disruptivos no hospital, foram acionados 35 códigos, com resolubilidade total de 50% e parcial de 40% em até 24 horas. Os 10% de conflitos não solucionados no follow-up de 24 horas tiveram suas causas melhor avaliadas para ampliação do nível de escalonamento. Foi possível analisar que mais da metade da carga horária de trabalho dos psicólogos foi direcionada para atendimentos ambulatoriais, em áreas como ambulatórios do idoso, de luto e suporte psicológico online à familiares. Ações realizadas para a melhoria da operação: padronização de informações coletadas em prontuários eletrônicos; integração com o Setor de TI para suporte às necessidades do Serviço; organização dos dados possibilitando a comparação entre número de atendimentos realizados com quantidade de carga horária dispendida do profissional.

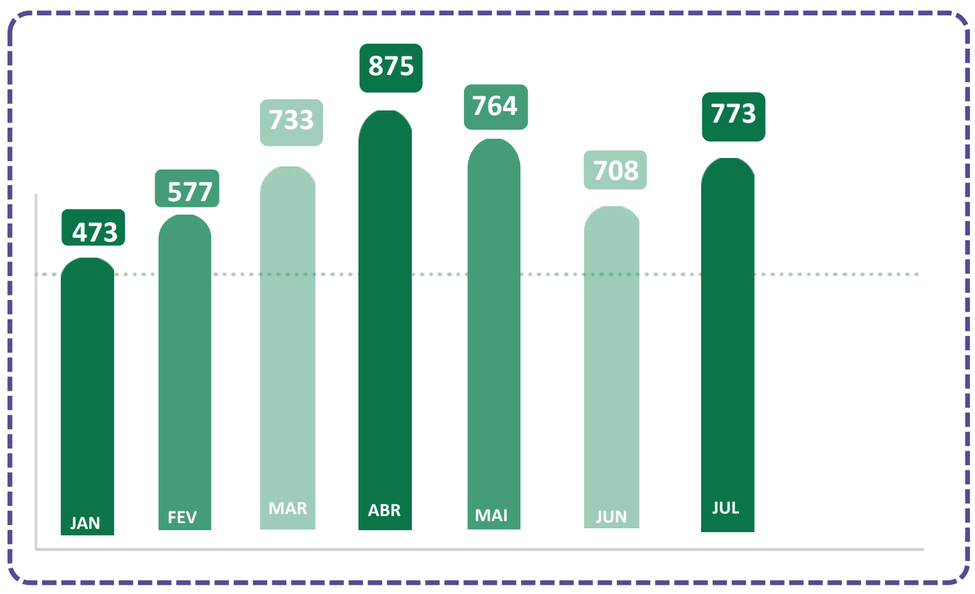


Figura 1: Produtividade do Serviço de Psicologia em 2022

JULHO 22	Avaliação em 24 horas	Follow up
Total solicitações (n)	3	2
Atingido (%)	100%	66,6%

Figura 2: Indicador em bunddle de Protocolo de Suicídio em Julho 2022

	Junho|22	Julho|22
Total (n)	37	41
Tempo resposta (horas)	7h	6h59min

Figura 3: Prazo otimizado de tempo de resposta <12 horas em Junho e Julho de 2022

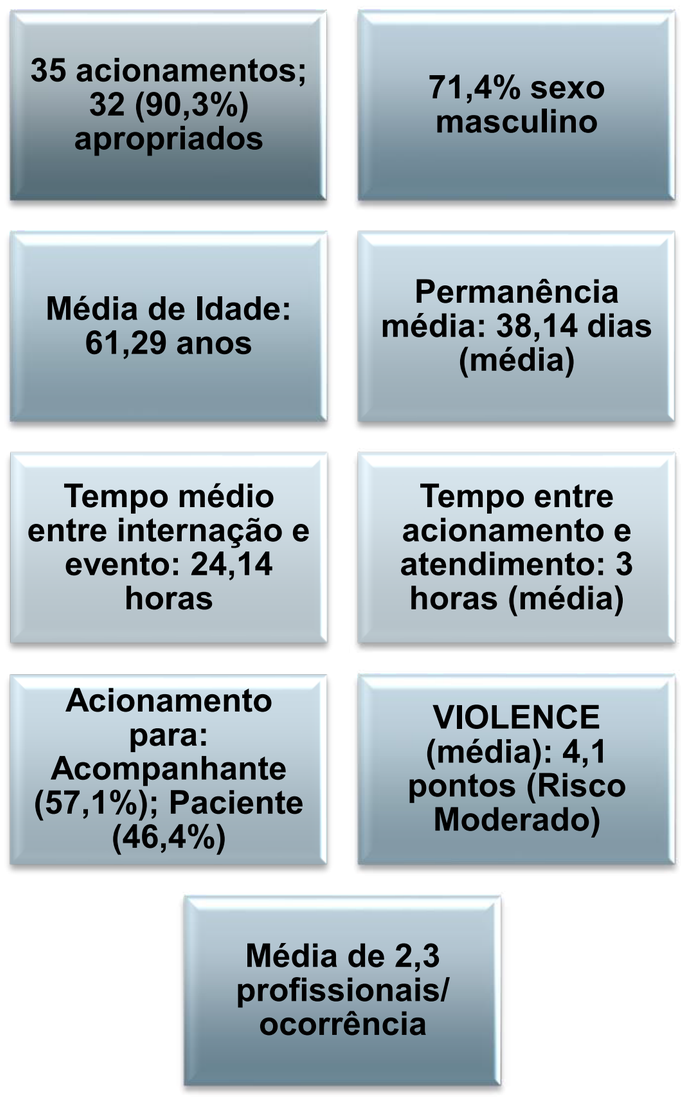


Figura 4: Protocolo de Código Cinza

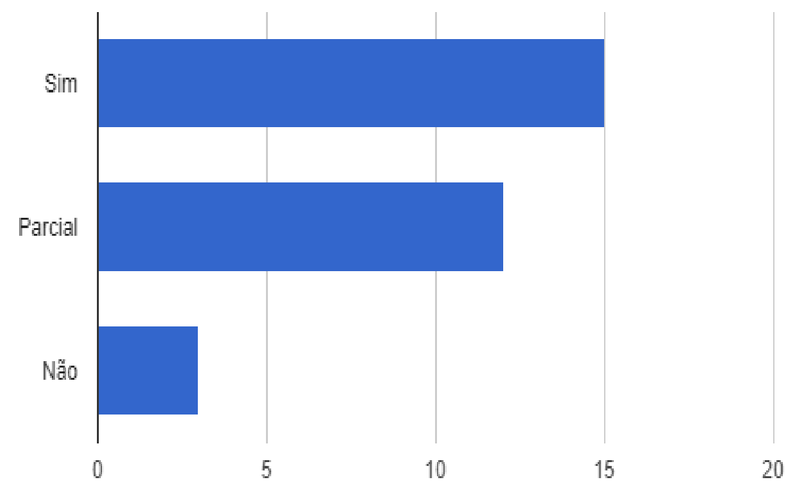


Figura 5: % Resolubilidade em 24hrs

CONCLUSÕES

O processo verificou a real produtividade e equalizou o tempo para registro de dados e tratamento das informações. A permanente análise e elaboração dos indicadores otimizou a gestão dos processos de atendimento psicológico, somando agilidade, resolubilidade e melhores desfechos.

REFERÊNCIAS

FERRARI, Solimar et al . Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. **Psicol. hosp.**, São Paulo , v. 11, n. 2, p. 60-71, jul. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 out. 2022.

ALTA TECNOLOGIA ALIADA AO MELHOR DESFECHO EM RADIOTERAPIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Aline Moraes de Abreu, Adriana Denise Acker, Andrea Barleze da Costa, William Trinca

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. No brasil estimam-se 65.840 casos novos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022[1]. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. O câncer de próstata ocupa a primeira posição no país em todas as regiões, com um risco estimado de 62,00/100 mil na região sul.

O tratamento do câncer de próstata inicial pode ser feito por meio de cirurgia ou radioterapia. Na radioterapia são utilizadas aplicações de radiações ionizantes para destruir as células tumorais, podendo chegar até a 40 dias de tratamento.

Com o avanço tecnológico, entretanto, hoje em dia pode-se tratar estes pacientes em 20 ou até mesmo 5 aplicações.

METODOLOGIA

No hospital Mãe de Deus, os hipofracionamentos para todos casos de pacientes com próstata presente iniciaram como rotina em 2016, tendo sido o serviço pioneiro no brasil. De lá para cá, foram tratados mais de 500 pacientes em modalidade hipofracionamento moderado (20 aplicações) e 80 com hipofracionamento extremo (5 aplicações). Todos estes pacientes foram tratados com técnica de intensidade modulada em arco – vmat (figura 1),

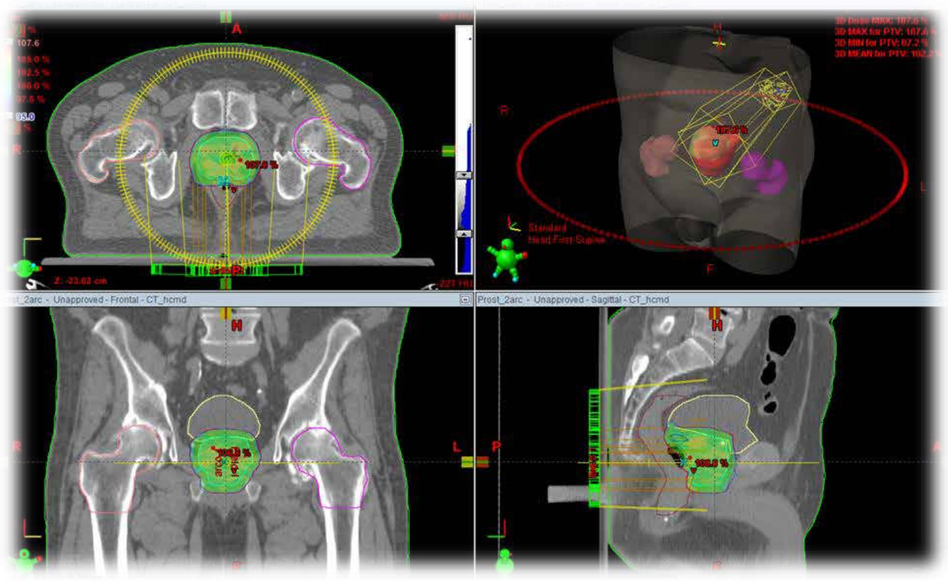


Figura 1. Exemplo de tratamento com técnica VMAT

Com imagem diária de tomografia em cone beam - cbct. Esta teçnica de imagem que permite visualização de órgãos internos e do alvo do tratamento, possibilita também, por consequencia, redução dos volumes irradiados em até 40% em comparação com as técnicas tradicionais de verificação (figura 2.)

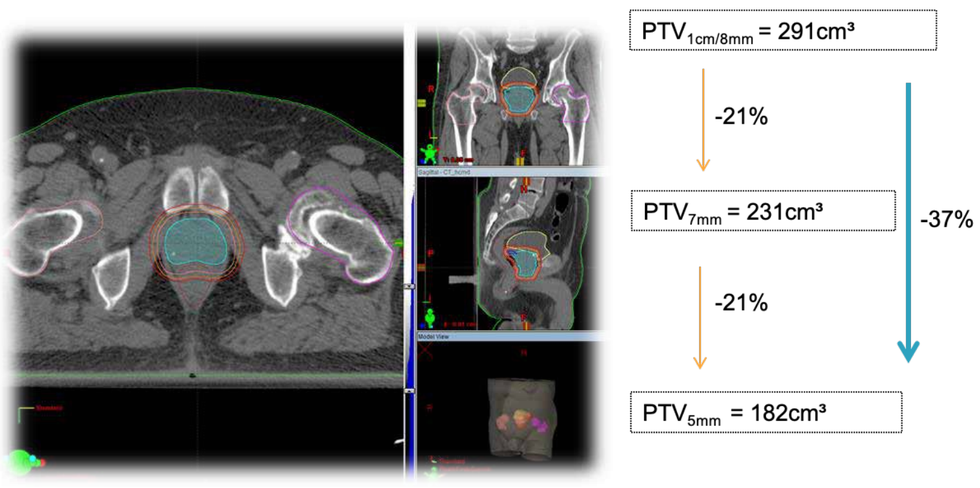


Figura 2. Variação do volume de tratamento com a redução de margens.

Este avanço tecnológico nos propiciou não apenas ampliar a acurácia e precisão dos tratamentos como também reduzir o número médio de aplicações destes pacientes, resultando em menor tempo total de tratamento, bem como maior comodidade e qualidade de vida aos pacientes

RESULTADOS

Ao longo dos últimos 6 anos reduzimos o tempo de tratamento radioterápico para até 20% do período convencional para casos iniciais de câncer de próstata.

No cenários de hipofracionamentos moderados, tivemos uma redução de 8500 aplicações de radioterapia nesse período (figura 3). Observamos que reduzimos as aplicações e o número de visitas, mas, pensando em cenário de larga escala e volume de pacientes, poderíamos ter tratado 425 pacientes a mais, nesse período, no mesmo espaço de agenda. Para este caso, exemplificamos a diferença de agendamento na figura 4.

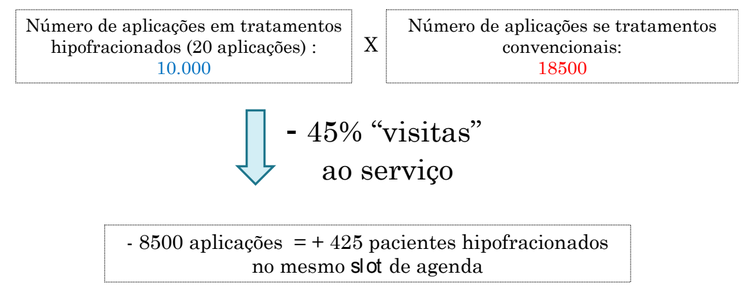


Figura 3. Redução de aplicações, visitas e possibilidade de maior capacidade de atendimento em Hipofracionamento moderado x convencional

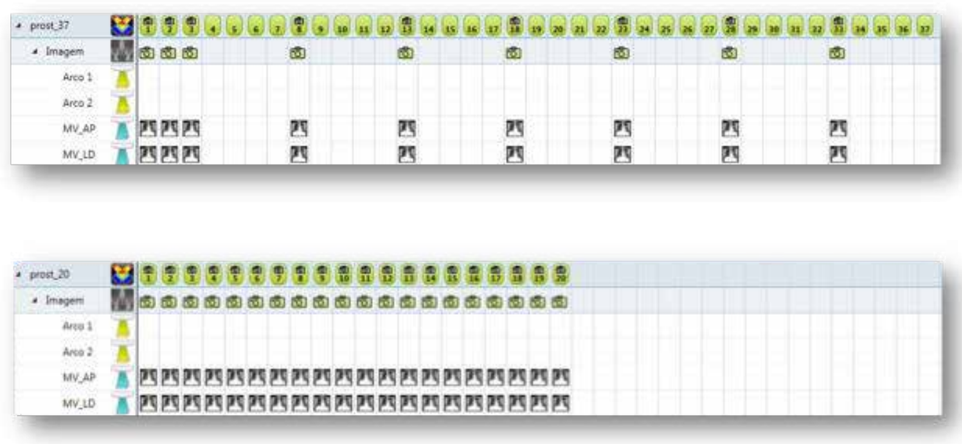


Figura 4. Exemplo de agendamento de paciente. Esquema convencional x hipofracionado

Já no cenários de hipofracionamento extremo, a vantagem é ainda mais expressiva, tivemos uma redução de 3200 aplicações de radioterapia nesse período (figura 5). Com esta técnica poderiam ter sido tratados, no mesmo espaço de agendameto, mais 640 pacientes

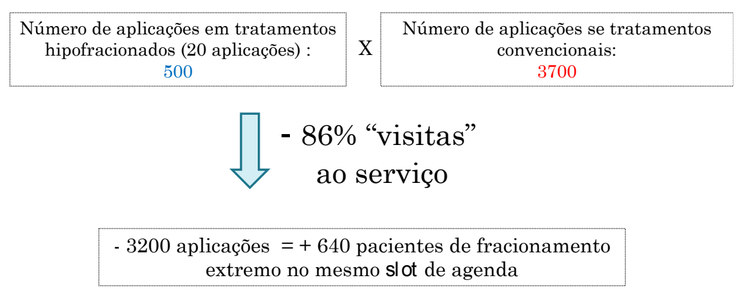


Figura 5. Redução de aplicações, visitas e possibilidade de maior capacidade de atendimento em Hipofracionamento moderado x convencional

CONCLUSÕES

O hipofracionamento extremo, com apenas cinco sessões, é indicado para tumores restritos à próstata, de risco baixo ou intermediário. Além de agilizar ainda mais o combate do câncer de próstata, também traz comodidade, pois reduz o número de deslocamentos do paciente, bem como o tempo de afastamento do trabalho e de seu domicílio. É a tendência mundial da radioterapia: tratamentos de alta precisão, com doses mais altas por aplicação, em períodos mais curtos e redução de custos para instituição.

REFERÊNCIAS

1. https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil

Ações utilizadas na UTI para redução da manipulação do cateter venoso central e os impactos na assistência.

Aline Araújo Pinto; Andréa Rosa Bahia, Cláudio Dornas; Natália Alves de Castro

INTRODUÇÃO

Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são atualmente um dos maiores desafios referentes à segurança do paciente, estando diretamente atreladas aos principais eventos adversos que estão sujeitos os usuários dos diversos serviços de saúde disponíveis em todo mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 30% dos pacientes internados na UTI são afetados por ao menos um episódio de infecção. A frequência elevada de infecções está associada ao uso de dispositivos invasivos.

Dentre algumas infecções, podemos citar as primárias que são provenientes de corrente sanguínea (ICS), associadas ao uso e permanência do cateter venoso central (CVC), responsável pelo aumento da mortalidade, tempo de permanência na UTI e custos. A reavaliação diária da necessidade de manutenção do CVC é um cuidado padrão na prevenção da ICS, no entanto, na impossibilidade de sua retirada, ações se fazem necessárias para a redução de sua manipulação.

METODOLOGIA

Em fevereiro/22 foi criada uma equipe responsável pela avaliação de inserção e manutenção diária do CVC a fim de promover discussões com o corpo clínico e equipe de enfermagem sobre os critérios de necessidade de permanência do dispositivo, bem como a diminuição da manipulação. Essa equipe era composta pelo médico coordenador da UTI, médica horizontal, enfermeira horizontal, duas enfermeiras plantonistas assistenciais e 08 técnicos de enfermagem com expertise em punção de acesso venoso periférico, inclusive com auxílio do ultrassom.

Diariamente todos os pacientes em uso de CVC eram avaliados pela equipe e definidas estratégias individuais para diminuição da manipulação, dentre essas, incluem-se punção de acesso venoso periférico (AVP) para infusão das drogas - exceto aquelas exclusivas de via central, salinização das vias do CVC que não estavam sendo utilizadas e programação da retirada dos dispositivos centrais.

Para que a punção do AVP concomitantemente com o CVC não se tornasse uma oportunidade de desenvolvimento de ICS, foram realizadas validações de técnicas assépticas com os colaboradores responsáveis periodicamente (a cada 15 dias), reforçando as práticas assistenciais adequadas, além da avaliação diária de manipulação dos dispositivos invasivos.

Considerando-se a dificuldade de punção periférica em muitos pacientes críticos, o uso de ultrassom se fez necessário.Todos os pacientes em uso do dispositivo foram avaliados diariamente e os dados lançados numa planilha para análise mensal.

Acompanhamento pacientes em uso de CVC na UTI

Data	Registro	Iniciais	Box	Data da punção	Tipo de cateter	Local	Possibilidade de retirada?	Retirado	Salinizado	Observações (Data da retirada ou motivo da não retirada)

Planilha utilizada para alimentar os dados obtidos diariamente pela equipe multidisciplinar.

Mês	Pacientes em uso do CVC	% Conformidade no Bundle	% de checklist de inserção adequados	Pacientes com retirada precoce (até 07 dias de uso)	Cateteres com possibilidade de retirada no dia da avaliação	CVC's retirados	Redução da manipulação (sanilizando 01 via)	% pacientes elegíveis

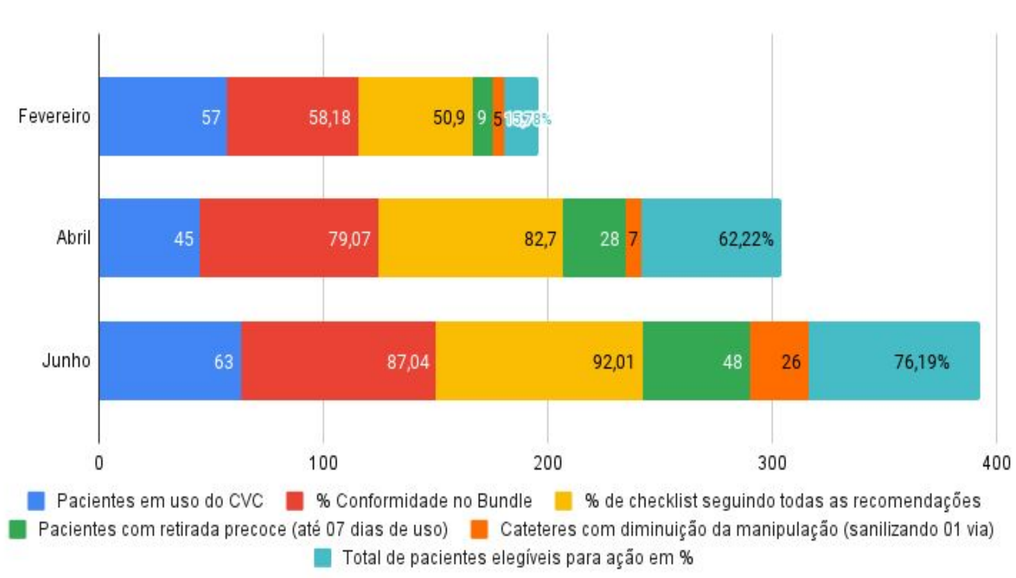
Compilado da planilha anterior para análise das estratégias e evolução das ações propostas.

RESULTADOS

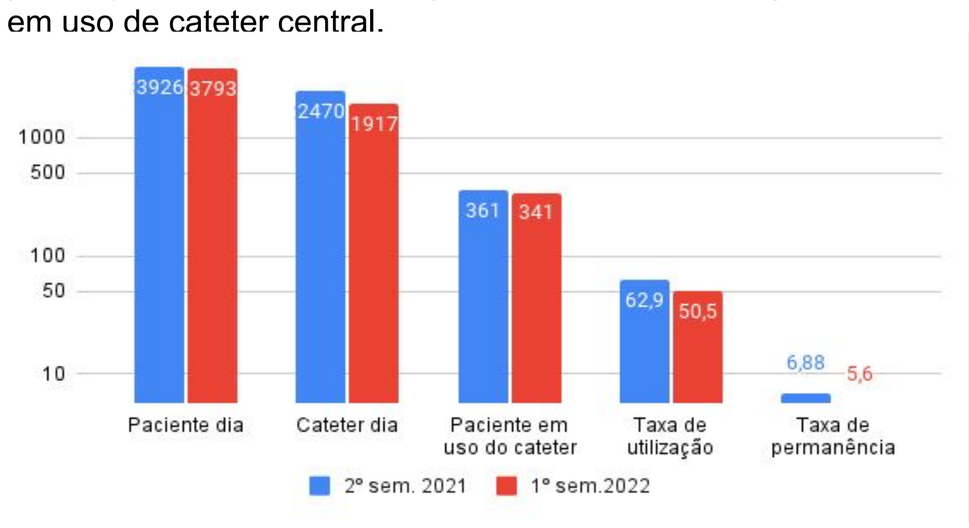
Após 05 meses de implementação observou-se que com ações de punção de AVP precoce e diminuição da manipulação do CVC para programação da sua retirada, aumentaram-se o número de pacientes elegíveis para análise de 15% em fevereiro para 76% em junho, uma diminuição de 553 cateteres dias e 12,4% na taxa de utilização em comparação ao último semestre em que a prática não era utilizada. Além disso, a adesão ao bundle de prevenção de ICS e a taxa de conformidade do checklist de inserção do dispositivo apresentaram ascendência significativa ao longo do semestre, corroborando com a estratégia proposta pela equipe.

Com esse trabalho foi possível traçar o perfil dos pacientes da UTI e validar os colaboradores em práticas assistenciais continuamente em conformidade com a Meta internacional nº5 de segurança do paciente.

Através dessa ação foi possível criar um fluxograma de indicação do cateter, trazendo homogeneidade para equipe e assertividade nas condutas. Além do ganho para o paciente e família em relação a segurança assistencial prestada, uma vez que todos os protocolos são rigorosamente avaliados in loco, evitando invasões desnecessárias e reduzindo as oportunidades de desenvolvimento de infecção relacionada à assistência à saúde.



Evolução ao longo do semestre da adesão aos protocolos de prevenção de ICS e do acompanhamento diário dos pacientes em uso de cateter central.



Comparativo semestral dos principais indicadores de infecção: cateter dia, taxa de utilização e taxa de permanência.

CONCLUSÕES

A retirada dos cateteres precocemente foi relevante e demonstra a assertividade das ações enumeradas, com grande impacto assistencial. Para tanto, a mudança de cultura quanto ao entendimento de que pacientes internados em unidades críticas não obrigatoriamente precisam de um CVC, além da valorização da equipe multidisciplinar, de modo a questionar sua indicação são fundamentais para o sucesso das ações. Somado a isso, a proatividade de puncionar um AVP antes que esse paciente, por questões orgânicas tenha dificuldade de acesso, o entendimento e maturidade da equipe multidisciplinar para discussão dos casos e efetividade das ações, é sem dúvida, o diferencial desse trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência microbiana do ano de 2016. Brasília : ANVISA; 2017.