CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

PESSOAS QUE TRANSFORMAM A SAÚDE

SESSÃO PÔSTER

Conheça os trabalhos
vencedores desta edição

1º

PRONTUÁRIO INTELIGENTE: ESTRATÉGIA DE TORNAR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO MAIS INTEGRADO, USUAL E SEGURO

Autora
Flávia Mendes Lima Freire
Coautores
Maria Clara Neves Santana de Brito
Thamara Gabriela Fernandes Viana
Bruna Castro Lavalle

2º

MODELO DE GESTÃO PARA NUTRIÇÃO CLÍNICA: A TERCEIRIZAÇÃO COMO SOLUÇÃO PARA HOSPITAIS

Autora
Rebeca Prado Crisóstomo
Coautores
Fábio Resende Batista
Fabiano Girade Correa

3º

ANÁLISE DO IMPACTO DA SUSPENSÃO DA PRECAUÇÃO DE CONTATO EMPÍRICA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO PARANÁ

Autora
Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias
Coautores
Andrea Cavali da Costa Meira
André Luiz Parmegiani de Oliveira
Ana Paula Carvalho Araújo

Curadoria:

FGV EAESP
CENTRO DE ESTUDOS EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE

INICIAR

PRONTUÁRIO INTELIGENTE: UMA ESTRATÉGIA DE TORNAR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO MAIS INTEGRADO, USUAL E SEGURO.

Flávia Freire, Maria Clara Neves. Thamara Viana, Bruna Lavalle

INTRODUÇÃO

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) permite o registro eletrônico de todas as informações médicas relevantes do paciente, incluindo histórico de saúde, diagnósticos, tratamentos, prescrições de medicamentos , exames laboratoriais e de imagem. Isso garante um registro completo e atualizado das informações do paciente, da assistência prestada por toda a equipe multidisciplinar, que pode ser acessado a qualquer momento pelos profissionais de saúde envolvidos no seu atendimento.

O Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde.[1]

O uso da tecnologia e do prontuário eletrônico é indiscutível na gestão hospitalar, tanto sob a ótica da segurança da informação, quanto da robustez dos processos de qualidade.

A melhoria na qualidade do atendimento ao paciente é uma das principais vantagens do uso do PEP, através da padronização da forma como as informações são registradas e organizadas.

Por outro lado, os profissionais de saúde têm dedicado cada vez mais tempo em frente aos computadores, fato que configura o trade-off da incorporação de tecnologia - menos tempo de contato com o paciente, percepção de trabalho burocrático e improdutivo.

Com o propósito de organizar as informações sobre o atendimento de pacientes e melhorar o uso da ferramenta para registro e centralização dos dados, clínicos e administrativos, gerados a partir desses atendimentos, a Rede Mater Dei de Saúde deu início ao Projeto Prontuário Inteligente.

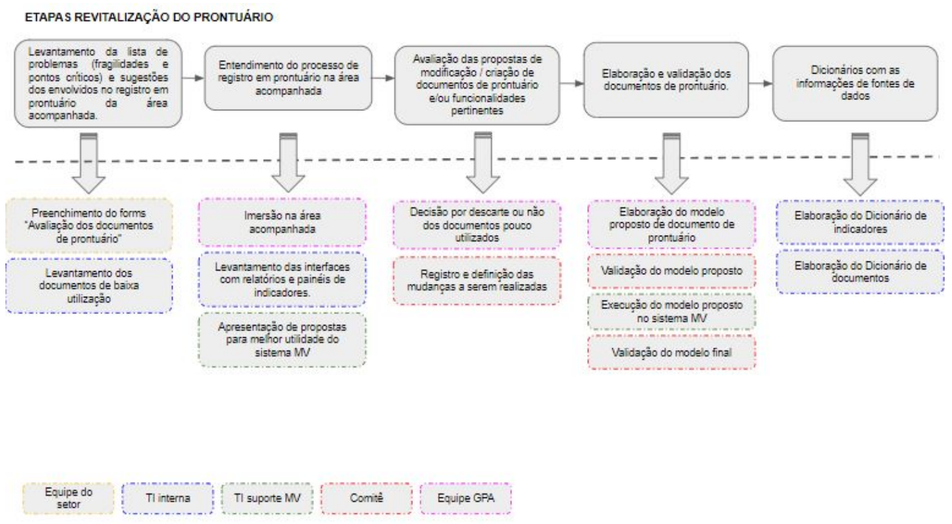
METODOLOGIA

Para rever os documentos assistenciais e propor novas soluções, foi realizado um levantamento, junto à equipe de Tecnologia da Informação, do quantitativo de documentos disponíveis no sistema eletrônico.

A partir da lista gerada, foram mapeados 715 documentos ativos no sistemas eletrônico, entre todas as categorias profissionais que atuam na Rede. Estes documentos foram divididos em 10 áreas no escopo do projeto, para que o time pudesse se dedicar na imersão setorial e elaboração das novas propostas de documentos eletrônicos.

Para apoio ao time dedicado do projeto e tomadas de decisões estratégicas, foi criado o Comitê de Aprovação de Mudanças em Prontuário, formado por líderes referências de áreas que podem contribuir em relação às mudanças no prontuário eletrônico do paciente.

Para acompanhamento do projeto, foram definidos indicadores de eficácia dos processos internos e segurança assistencial para medirmos as entregas: cumprimento do cronograma, tempo médio gasto na execução dos documentos, taxa de integração de dados, entre outros.



Após validação, os documentos são disponibilizados na base de produção, com acompanhamento in loco por todo o time dedicado, aproveitando a oportunidade para sensibilização de todo o corpo assistencial quanto ao uso do prontuário eletrônico.

RESULTADOS

Para avaliação do sucesso de implantação do projeto,um dos indicadores acompanhados será a experiência do cliente médico, para isso foi disparada uma pesquisa de satisfação para o corpo clínico, para medir a satisfação antes e depois da conclusão dos trabalho. Conforme esperado, a satisfação está bem abaixo do esperado e as maiores pontuações foram relacionadas a usabilidade no dia-a-dia, tempo dedicado à atividade, alertas inteligente, entre outros.

O primeiro setor a ser concluído no cronograma do Projeto foi o Pronto Socorro. Com um total de 127 (100%) documentos ativos sendo: 20 (16%) da equipe de Enfermagem e 107 (84%) da equipe Médica. Foram reduzidos 49 (38%) destes, além de integrados campos, como: alergia, lista de medicamentos de uso contínuo, entre outros. Realizada também integração da prescrição padrão de protocolos para os pacientes elegíveis, facilitando adesão da equipe às condutas padronizadas, bem como, a funcionalidade de digitação por voz.

No Centro Cirúrgico, dos 185 documentos, mantivemos 133, com integração de diferentes descrições cirúrgicas, facilitando e organizando o registro e acesso às informações cirúrgicas. Os documentos estão em testes para aprovação final.

Previsão de conclusão do projeto em 2024, com implantação do novo editor em todas as áreas com todas as melhorias em utilização pelo corpo assistencial.

Figura 1: Registro do PSO do HMDC, primeira unidade da Rede Mater Dei de Saúde a virar o Projeto do Prontuário Inteligente.

CONCLUSÕES

Garantir a segurança e a experiência tanto do paciente quanto do profissional é um desafio que deve ser priorizado pelas instituições de saúde. A formação de um projeto estruturado e patrocinado pela Governança da instituição resultou na atuação orquestrada dos times de TI e assistência. Sendo que os primeiros resultados do Pronto-socorro já traduzem a importância do trabalho. Não se pode permitir que o avanço da tecnologia seja interpretado como piora da entrega de valor, ela deve seguir o caminho diametralmente oposto a isso, permitindo mais tempo de contato, maior humanização e qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/2007. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1821_2007.pdf

MODELO DE GESTÃO PARA NUTRIÇÃO CLÍNICA: A TERCEIRIZAÇÃO COMO SOLUÇÃO PARA HOSPITAIS

Rebeca Prado Crisóstomo, Fábio Resende Batista, Fabiano Girade Correa

INTRODUÇÃO

A terceirização de serviços, caracterizada pelo repasse a terceiros de atividades e funções antes realizadas internamente, tem sido uma prática em expansão e cada vez mais presente no mundo corporativo. Várias são as razões que levam as empresas a optarem por esse modelo de funcionamento, sendo a busca pela especialização, incremento de foco e produtividade, melhoria na qualidade dos serviços prestados e aumento da competividade os principais resultados esperados. Objetivo: Descrever o impacto proporcionado pela terceirização do serviço de nutrição de um hospital de grande porte na assistência e cuidado prestado aos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo.

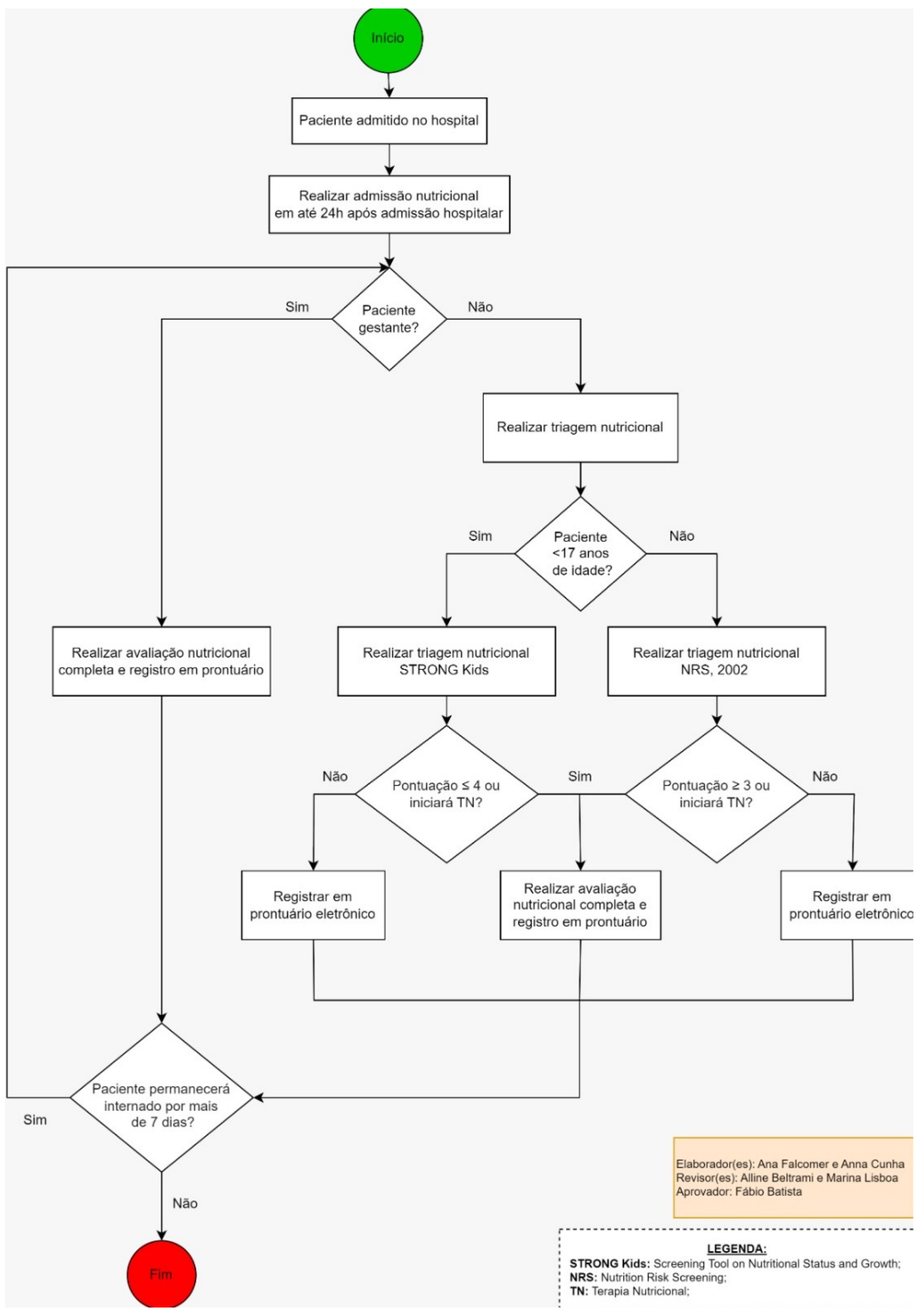
Para análise, foi comparado dados relacionados ao funcionamento do serviço de nutrição clínica antes e após a terceirização.

RESULTADOS

A terceirização trouxe consigo uma empresa cuja mentalidade é pautada na elaboração e implementação de protocolos assistências com foco em resultado baseado na excelência do atendimento e cuidado nutricional. O significativo **aumento no número de indicadores** monitorados é um reflexo dessa constante busca pela qualidade no serviço prestado. São analisados mensalmente 37 indicadores estratificados conforme unidades do hospital, um avanço quando comparado ao modelo antigo que monitorava apenas 16 indicadores. Nesse contexto e levando em consideração segurança e confiabilidade dos dados apresentados, outra melhoria observada após terceirização foi a **incorporação da tecnologia nas rotinas assistências**, contanto com apoio de sistemas próprios de preenchimento de dados, além de equipamentos eletrônicos.

Sistema de tecnologia incorporado na rotina assistencial: estatística, gráfico de acompanhamento e evolução do estado nutricional.

Com relação as rotinas assistências, a implementação de um novo esquema de visitas foi instituída sendo caraterizada pela identificação do risco nutricional e não mais no nível de assistência. Nesse contexto, aproximadamente, 1800 registros/mês são contabilizados, sendo um **aumento de 13% no número total de registros** quando comparado ao modelo anterior a terceirização.



Fluxograma referente triagem e assistência nutricional dos pacientes hospitalizados.

CONCLUSÕES

A nova organização das rotinas assistenciais, proporcionada pela terceirização do serviço de nutrição clínica, refletiu em aumento na produtividade, intervenção nutricional precoce, monitoramento assertivo, equipe especializada e uma assistência nutricional de qualidade dentro do ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

FERRUZZI, Marcos Antonio et al. Razões da terceirização de serviços em empresas de médio e grande porte. **BBR-Brazilian Business Review**, v. 8, n. 4, p. 46-69, 2011.

IMHOFF, Márcia Moraes; MORTARI, Aline Perico. Terceirização, vantagens e desvantagens para as empresas. **Revista Eletrônica de Contabilidade**, v. 2, n. 3, p. 94, 2005.

PETEROSSI, Helena Gemignani; SIMÕES, Eliane Antônio; SANTOS, Mônica Laguna Navarenho. Gestão de pessoas nos contratos de terceirização. **Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas**, v. 9, n. 3, p. 131, 2014.

ANÁLISE DO IMPACTO DA SUSPENSÃO DA PRECAUÇÃO DE CONTATO EMPÍRICA EM UM HOSPITAL PRIVADO EM CURITIBA-PR.

Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias, Andrea Cavali da Costa Meira, André Luiz Parmegiani de Oliveira, Ana Paula Carvalho Araújo, Graziella Mattos.

INTRODUÇÃO

A coleta de swab de vigilância tem por objetivo identificar pacientes com bactérias multirresistentes para então se instituir medidas de Precaução de Contato e prevenir transmissão. A Precaução de Contato Empírica (PCE) é uma medida adicional que pode ser indicada no momento da coleta do swab de vigilância até que se tenha a confirmação laboratorial. No entanto, a relação custo-benefício desta medida deve ser avaliada em cada instituição.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da suspensão PCE na transmissão hospitalar de bactérias gram-negativas resistentes a carbapenêmicos (BGNRcarb) em um hospital privado em Curitiba-PR, entre os períodos pré (março e abril) e pós-intervenção (maio e junho/23).

METODOLOGIA

Em 08/05/23 a prática de instituir PCE no momento da coleta de swab de vigilância foi suspensa na instituição após atualização do protocolo interno e orientação das equipes assistenciais. Para avaliar o impacto desta medida foram analisados o percentual de culturas positivas (culturas clínicas e swab de vigilância retal) com BGNRcarb, além de consumo de avental, produto alcoólico para higiene de mãos, adesão à higiene de mãos e adesão à Precaução de Contato.

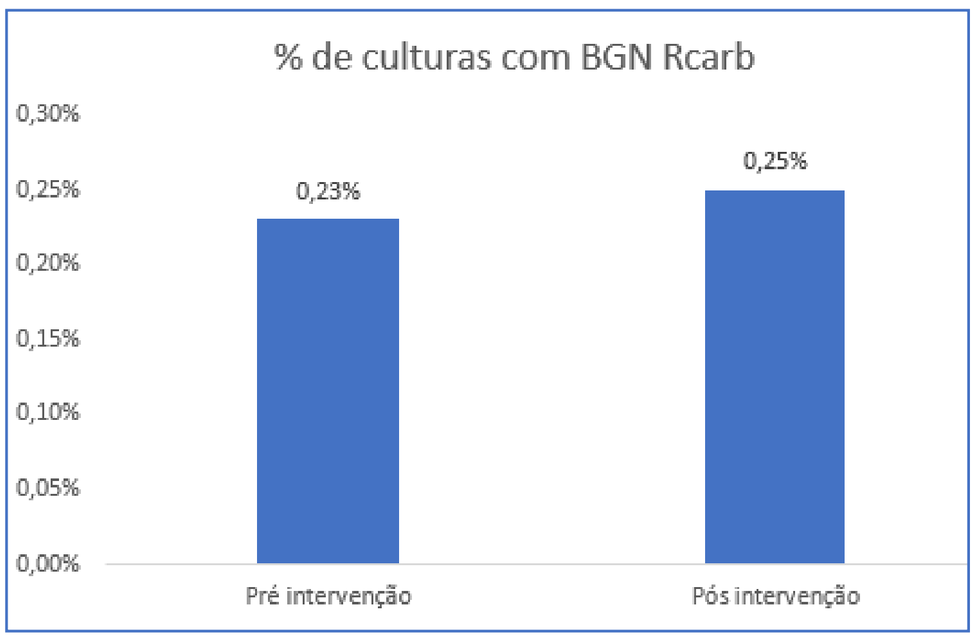


Figura 1. Percentual de culturas positivas com BGN Rcarb nos períodos pré e pós-intervenção

RESULTADOS

No período pré e pós-intervenção foram realizadas 4885 e 4389 culturas com identificação de 12 e 10 pacientes com BGNRcarb, representando 0,25% e 0,23% de positividade nos dois períodos avaliados respectivamente (Figura 1).
O consumo de aventais passou de 5,06 para 3,36 unidades/paciente-dia, entre o período pré e pós-intervenção, representado uma redução de 33,6% no consumo, com consequente impacto nos custos e produção de resíduos (Figura 2).
Em relação à avaliação das práticas de prevenção de disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar, a média de consumo de álcool para higiene de mãos foi de 52,98 e 56,57 ml/paciente-dia nos períodos pré e pós-intervenção (Figura 3). A adesão aos 5 momentos de higiene de mãos de acordo com a auditoria realizada pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar foi de 88,97% e 91,3% respectivamente. Quanto às medidas recomendadas no Protocolo de Precauções a adesão foi de 90,01% e 87,80% respectivamente nos períodos pré e pós intervenção.

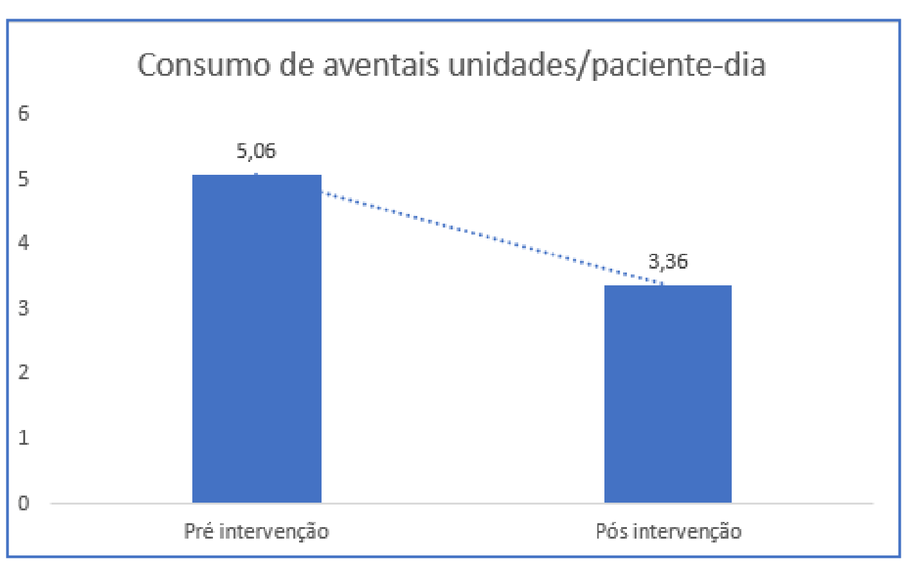


Figura 2. Consumo de aventais em unidades por paciente-dia nos períodos pré e pós-intervenção.

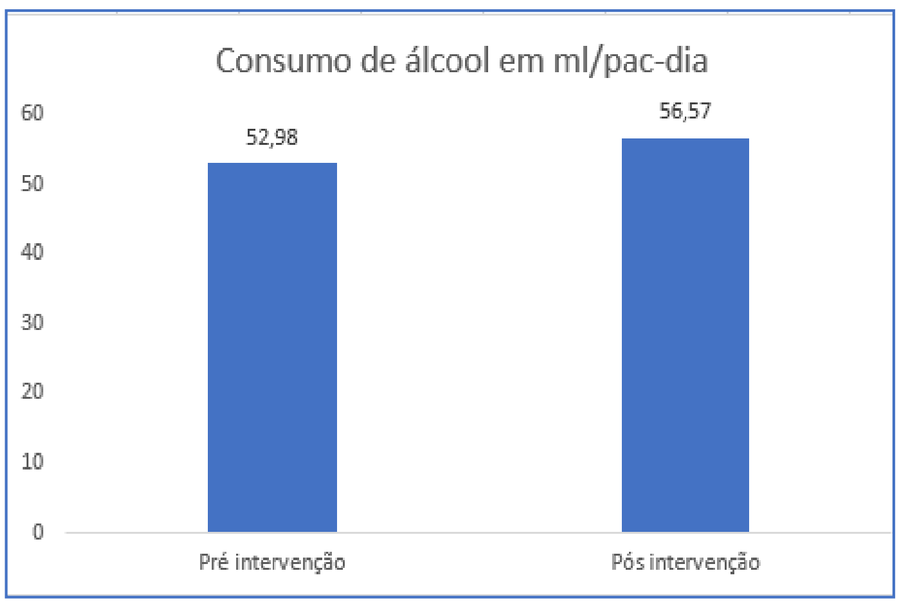


Figura 3. Consumo de produto alcóolico para higiene de mãos em ml por paciente-dia nos períodos pré e pós-intervenção.

CONCLUSÕES

A suspensão da PCE não aumentou a identificação de BGNRcarb em culturas clínicas ou SV Retal no período observado. Por outro lado, houve redução no consumo de aventais representando uma economia com insumos e descarte de resíduos. Possivelmente a boa adesão à higiene de mãos, ao protocolo de precauções e consumo de produto alcoólico para higiene de mãos tiveram influência nestes resultados. Entendemos que, considerando os programas de controle de infecções implantados em cada realidade hospitalar, a prática da utilização da medida adicional de PCE pode ser revista sem prejuízo à segurança do paciente e com impacto positivo na redução de custos, agregando valor à saúde e sustentabilidade ambiental.

REFERÊNCIAS

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (2007) updated February 2017 https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html (Last Reviewed: July 11, 2023

Conheça a seguir todos os trabalhos aprovados da Sessão Pôster 2023!

INÍCIO

ANTERIOR

PRÓXIMO

ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO

- A ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA MATERNO-INFANTIL EM AMBULATÓRIO DE REABILITAÇÃO NEUROCOGNITIVA
- A CONSTRUÇÃO DE UM INDICADOR DE QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR EM SÃO PAULO
- A IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EM HOSPITAL FILANTRÓPICO
- A IMPORTÂNCIA DE PROCESSOS ÁGEIS E FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO NOS ATENDIMENTOS DOS CASOS DE INFARTO
- A IMPORTÂNCIA DO BUSINESS INTELLIGENCE NA QUALIDADE DOS DADOS EM SAÚDE
- A TELEMEDICINA COMO ESTRATÉGIA DO CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
- ANÁLISE CRÍTICA DOS INDICADORES COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NA TOMADA DE DECISÃO
- ANÁLISE DOS IMPACTOS DO MODELO CONTRATAÇÃO E GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS EM REGIME DE PPP
- ANÁLISE SUMÁRIO DE ALTA COM ALGORITMOS DE PROCESSAMENTO DE LINGUAGEM NATURAL PLN/IA
- APLICAÇÃO DA VACINA BCG AO NASCER
- ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CERTIFICAÇÃO POR TRAUMA
- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE GERENCIAMENTO DE PROTOCOLOS DENTRO DAS MELHORIAS DE PROCESSO DO HOSPITAL
- AVANÇOS NA SAÚDE POR MEIO DE PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA A SERVIÇO DA POPULAÇÃO
- CAPTAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS ELETIVOS PARTICULARES EM HOSPITAL PRIVADO DO AGRESTE PERNAMBUCANO
- CERTIFICAÇÃO POR DISTINÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: EXPERIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA
- COLABORATIVA REDE DE CONEXÃO TRABALHO COM ALEGRIA E RESILIÊNCIA
- CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA HUDDLE DIÁRIO: EFETIVAÇÃO DE COMUNICAÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR

ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO

- DESAFIO DA AUTOMAÇÃO DE PROCESSOS ASSISTENCIAIS: SUBNOTIFICAÇÃO DE QUASE-FALHAS NA CADEIA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA
- DESENVOLVIMENTO DE UM MVP PARA GERENCIAR A MOBILIDADE DOS PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL
- DESOSPITAZAÇÃO DE PACIENTES BENEFICIÁRIOS COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE ASSISTÊNCIA
- DETECTOR DE DESVIOS DE CUSTOS COM SUPRIMENTOS
- DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL E DESFECHOS EM PACIENTES EM DIÁLISE CRÔNICA: ESTUDO DE COORTE
- EFICÁCIA DA ATUAÇÃO INFORMATIZADA PARA REDUÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA
- EFICIÊNCIA IMPULSIONADA: A AUTOMATIZAÇÃO NO PROTOCOLO TEV
- EQUIDADE EM SAÚDE: REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA ENTRE AS POPULAÇÕES QUILOMBOLAS NA ILHA DE MARÉ
- FLUXO DE RESPOSTA À VIOLÊNCIA SOFRIDA PELO COLABORADOR, COMO INSTRUMENTO DE PRESERVAÇÃO DE DIREITOS
- GESTÃO DE OPME ATRAVÉS DE BUSINESS INTELLIGENCE: CASE DE SUCESSO PARA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA
- HUBCRIE: PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DO ACESSO A IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA
- HUDDLE PSICOLÓGICO: FERRAMENTA PARA COMUNICAÇÃO DE EQUIPE E MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADO
- IMPACTO DA CONSULTA E PRESCRIÇÃO REMOTAS (E-CONSULTA) NA REINTERNAÇÃO DE PACIENTES COM HIPERGLICEMIA
- IMPACTO DA TELEMEDICINA NA EFICIÊNCIA DA GESTÃO ASSISTENCIAL EM TERAPIA INTENSIVA
- IMPACTO DE UMA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PENDÊNCIAS NA PERMANÊNCIA EM UTI PEDIÁTRICA
- IMPACTO DO COMANEJO CLÍNICO CIRÚRGICO E TELE-HOSPITALISTA NA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE
- IMPLANTAÇÃO DE DASHBOARD PARA GERENCIAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS

ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO

- IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL DE ENFERMEIROS COMO FERRAMENTA DE MELHORIA NA QUALIDADE ASSISTENCIAL
- IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE BAIXO CUSTO UTILIZANDO CARTÕES KAMISHIBAI
- IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO
- IMPLEMENTAÇÃO E ANÁLISE DE INDICADORES DE QUALIDADE NO SETOR DE MEDICINA NUCLEAR E PET/CT
- INCIDÊNCIA DE QUEDAS E DESENVOLVIMENTO DE CINTOS DE MOBILIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA
- INICIATIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO PRIVADO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NAS UPAS
- INSERÇÃO DE CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO (PIVC) EM CRIANÇAS COM ACESSO INTRAVENOSO DIFÍCIL (DIVA)
- JOGO SEGURANÇA EM AÇÃO: UMA INOVAÇÃO NA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS PACIENTES
- LUTO: A EXTENSÃO DO CUIDADO AO PACIENTE E SUA FAMÍLIA PARA ALÉM DO ÓBITO
- MEDICINA HOSPITALISTA COMO FERRAMENTA DE OTIMIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES PRIVADAS EM HOSPITAL FILANTRÓPICO
- METODOLOGIA ATIVA COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER AS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS OBRIGATÓRIAS - ROPS
- MODELO DE KANBAN DE UM HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL COMO OTIMIZAÇÃO DE GESTÃO
- NAVEGAÇÃO DE PACIENTES EM UMA CLÍNICA ONCOLÓGICA PRIVADA
- O ALOJAMENTO CONJUNTO COMO ESTRATÉGIA NA REDUÇÃO DOS IMPACTOS AMBIENTAIS
- O DESAFIO DE MEDIR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO
- O IMPACTO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO AMBIENTE DE UTI PEDIÁTRICA: VISÃO DOS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS
- O QUE DE FATO TRARÁ SUSTENTABILIDADE PARA O SISTEMA DE SAÚDE?
- O SERVIÇO DE CONCIERGES DO IOP: OFERECENDO UM ATENDIMENTO EXCEPCIONAL AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO

- O USO DA TECNOLOGIA NA GARANTIA DA DOSE CORRETA DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO PERNAMBUCANO
- OFICINAS DE CIÊNCIA DA MELHORIA: DESENVOLVENDO PESSOAS PARA TRANSFORMAR A SAÚDE
- POR QUE SER UM HOSPITAL ACREDITADO EM TEV
- PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NAS REGIÕES DO BRASIL: ANÁLISE PARA DIRECIONAR AMPLIAÇÃO DE SERVIÇOS
- PROGRAMA SEGURANÇA EM ALTA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO
- REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE MATERNA - PROJETO TODAS AS MÃES IMPORTAM
- REESTRUTURAÇÃO DO MAPEAMENTO DE RISCO
- REFLEXO DA TELESSAÚDE EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS POR MEIO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DO LEAN NO PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL PRIVADO
- RESSUPRIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAÇÃO DA CADEIA LOGÍSTICA HOSPITALAR
- RISCO HEMORRÁGICO, DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO INTRAPARTO E PÓS-PARTO
- ROUNDS DA LIDERANÇA HOSPITAL VERA CRUZ - CAMPINAS
- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA ATRAVÉS DO USO DA ESCALA DE FUNCIONALIDADE - PERME
- SOLUÇÃO DE APOIO AO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA ATRAVÉS DE EXAMES DE ROTINA ANALISADOS POR IA
- TAXA ZERO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM PROCEDIMENTOS CARDIOLÓGICOS: INTERVENÇÃO MULTIFACETADA
- TRANSFORMAÇÃO DA EQUIDADE NA UPA CAMPO LIMPO
- USO DA TELEMETRIA NA SEGURANÇA DE PACIENTES CARDIOPATAS EM CENTRO DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR
- USO DE MEIAS ANTIDERRAPANTES AMARELAS COMO BARREIRA DE SEGURANÇA AOS PACIENTES DE ALTO RISCO DE QUEDAS
- VARIAÇÕES NO VALOR MÉDIO PAGO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS

SAÚDE SUPLEMENTAR

A IMPORTÂNCIA DO SETOR DE PROJETOS PARA CAPTAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS

A VOZ DO PACIENTE NO PROCESSO DE MELHORIA DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

AJUSTE DO HEADCOUNT EM UM HOSPITAL DA CAPITAL DO NORDESTE: COMO REALIZAR REDUÇÃO SEM IMPACTAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA?

AMBULATÓRIO IN COMPANY: UMA FORMA DE CUIDAR DO COLABORADOR E DA GESTÃO DOS CUSTOS

ANÁLISE DE CUSTO-MINIMIZAÇÃO: INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE ALTA COMPLEXIDADE

APRIMORANDO A EXPERIÊNCIA NA MATERNIDADE: SEGURA E HUMANIZADA

ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÃO POR PRESSÃO E MORTALIDADE: VISÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR - RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA

ATENÇÃO PRIMÁRIA SUPLEMENTAR COMO REDUTORA DE CUSTOS NO CUIDADO DO PACIENTE IDOSO

ATENÇÃO PRIMÁRIA SUPLEMENTAR COMO REDUTORA DE CUSTOS NO CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

ATUAÇÃO DA EQUIPE EM SAÚDE DO TRABALHADOR, COM ÊNFASE EM ACIDENTES PERFUROCORTANTES NO MUNICÍPIO DE AMERICANA/SP

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAVEGADOR NO ACOMPANHAMENTO AOS PACIENTES DE ARTROPLASTIA

AUMENTO DA PERFORMANCE FINANCEIRA DA INSTITUIÇÃO: PESSOAS, PROCESSOS E TECNOLOGIA

AVALIAÇÃO DE DESFECHOS CLÍNICOS PARA CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

BARREIRAS DE PROTEÇÃO AO PACIENTE IMPLEMENTADAS NA QUIMIOTERAPIA

BENEFÍCIOS E BARREIRAS DA GESTÃO DE PROJETOS EM SAÚDE

CONTROLE DE SURTO DE ACINETOBACTER BAUMANI EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA EM UTI DE HOSPITAL ORTOPÉDICO E O IMPACTO NO NET PROMOTER SCORE

SAÚDE SUPLEMENTAR

- CUIDANDO DE QUEM CUIDA: IMPACTO DA AÇÃO BEM-ESTAR NA EQUIPE E NO ATENDIMENTO AO CLIENTE EM SERVIÇOS
- CUIDANDO DE QUEM CUIDA: UM OLHAR PARA O CUIDADOR DO PACIENTE ONCOLÓGICO
- DIÁLOGOS SOBRE POLÍTICAS PARA RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- DISCUSSÃO INTERSETORIAL PERIÓDICA COMO ESTRATÉGIA DE DESOSPITALIZAÇÃO
- ECONOMICIDADE DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DE ALTO CUSTO SEM REDUÇÃO DA QUALIDADE DO TRATAMENTO
- ESTRUTURAÇÃO DE ESCRITÓRIO DE VALOR EM SAÚDE NA OPERADORA
- ESTRUTURAÇÃO DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE VIA FUNDO IMOBILIÁRIO EM PARCERIA COM O PRINCIPAL SHOPPING DE MACEIÓ
- ESTUDOS DOS CASOS DE CORONAVÍRUS E SUA RELAÇÃO COM DETERMINANTES QUE REFLETEM A DESIGUALDADE SOCIAL
- EXPOSIÇÃO À RADIAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO: GERENCIAMENTO DO PROCESSO
- FILANTROPIA E A SUSTENTABILIDADE DO ATENDIMENTO AO SUS E SUA RELAÇÃO COM OS HOSPITAIS PRIVADOS
- FORTALECENDO A CULTURA DE APRENDIZADO: PROGRAMA DE MULTIPLICADORES DE CONHECIMENTO EM ONCOLOGIA
- GESTÃO DE TEMPOS COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE PERMANÊNCIA NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- GESTÃO LEAN: ENGAJAMENTO DAS LIDERANÇAS NO CONTROLE E EXECUÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
- GESTÃO POR COMPETÊNCIAS: UMA METODOLOGIA VOLTADA PARA ALTA PERFORMANCE
- GLOSA ZERO: REDUÇÃO DAS GLOSAS HOSPITALARES EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO INTERIOR PAULISTA
- IMPACTO DAS TRILHAS DE DESENVOLVIMENTO ASSISTENCIAL EM ONCOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL
- IMPACTO DO PROGRAMA DE QUALIDADE NA SUPERINDICAÇÃO DE CIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE E COLECISTECTOMIA

SAÚDE SUPLEMENTAR

- IMPLANTAÇÃO DA FERRAMENTA DIA/LEITO VERDE E VERMELHO EM UM HOSPITAL PRIVADO DE ALTA COMPLEXIDADE
- IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE MELHORIA DO NPS EM UM PRONTO ATENDIMENTO
- IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE LINHA DE CUIDADO DE COLUNA PARA TRABALHADORES DE UM HOSPITAL NA CIDADE DE SÃO PAULO
- IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DOS FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL
- IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS A UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- INTEGRAÇÃO ENTRE AUTOGESTÃO E SAÚDE CORPORATIVA, COMO MEIO PARA ALCANÇAR SUSTENTABILIDADE E DESFECHO
- JORNADA EM ONCOLOGIA COMO MEIO DE INTEGRALIZAÇÃO DE CUIDADOS
- LINHA DE CUIDADO DA OBESIDADE NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- LINHA DE SAÚDE NO CAMPO: A SAÚDE NO AGRO
- MELHORA DA ADESÃO À PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO PROCEDIMENTO DE CIRURGIA BARIÁTRICA
- MONITORAMENTO CLÍNICO E DESOSPITALIZAÇÃO: REDUZINDO A PERMANÊNCIA HOSPITALAR
- MONITORAMENTO DA ALTA QUALIFICADA: UMA ESTRATÉGIA DE GARANTIA DE ACESSO AO CUIDADO INTEGRAL
- NURSE NAVIGATOR PARA PACIENTES DIABÉTICOS NA EDUCAÇÃO PARA A ALTA
- O CUSTO DO DESPERDÍCIO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS ATRAVÉS DA HOSPITALIZAÇÃO
- O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE NEWS: A GARANTIA DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA
- O QUE VERDADEIRAMENTE IMPORTA AO PACIENTE: A EXPECTATIVA DO TRATAMENTO DE OSTEOARTROSE DE QUADRIL
- OCORRÊNCIA E GASTOS RELACIONADOS ÀS COMPLICAÇÕES DA DIABETES NUMA OPERADORA DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE
- OS BENEFÍCIOS DO CÓDIGO DE ÉTICA E DE CONDUTA NA ÁREA HOSPITALAR
- OS EFEITOS DAS REGULAMENTAÇÕES GOVERNAMENTAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

SAÚDE SUPLEMENTAR

- PERSPECTIVA DE SAÚDE DO HOMEM EVIDENCIADA PELOS HÁBITOS DIÁRIOS DE VIDA
- PÍLULAS DE CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM DA EQUIPE ASSISTENCIAL
- PRECIFICAÇÃO POR CUSTEIO ABC
- PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS - BENEFÍCIOS DE PROFISSIONAIS DEDICADOS
- PROGRAMA DE SEGUIMENTO ONCOLÓGICO: PREVENÇÃO DE RECIDIVAS E OTIMIZAÇÃO DE AGENDAS
- PROGRAMA MULHERES DE PEITO: INCENTIVO AO MONITORAMENTO E AO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA
- PROJETO DE HOTELARIA SUSTENTÁVEL - PRATICANDO O ESG E PROMOVENDO A REDUÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS
- PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTA DE PREVISIBILIDADE DE RISCOS
- REDUÇÃO DE DANOS DECORRENTE DOS EVENTOS DE QUEDA
- RELATO DE CASO: MODELO DE PLANEJAMENTO DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO PARA ACREDITAÇÃO EM TERAPIA CELULAR
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS NO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA DE UM CANCER CENTER
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE INFORMATIVO PARA MELHORIA DE COMUNICAÇÃO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DE AMBULATÓRIO IN LOCO EM EMPRESAS COMO ESTRATÉGIA DE INOVAÇÃO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE BRAINSTORMING PELO ESCRITÓRIO DE PROJETOS
- RESULTADOS PRELIMINARES PROJETO COLAB. DE MELHORIAS EM PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA PARA PREVENIR INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- SAÚDE BASEADA EM VALOR - AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM CONSULTÓRIO
- SAÚDE BASEADA EM VALOR - JORNADA COMPLETA
- SAÚDE BASEADA EM VALOR: AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS E CUSTOS PARA A CIRURGIA DE CATARATA

SAÚDE SUPLEMENTAR

- SAÚDE DE PRECISÃO: CORRELAÇÃO ENTRE PERFIL GENÔMICO, EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E FAMILIAR EM CÂNCER E DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- SEMINÁRIO DE EXCELÊNCIA: ESTRATÉGIA PARA ENTREGA DE VALOR E SUSTENTABILIDADE DA CADEIA DE SAÚDE
- SISTEMA DE CHECAGEM BEIRA LEITO: O USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO A FAVOR DA SEGURANÇA DO PACIENTE
- SUSTENTABILIDADE COM SOLIDARIEDADE
- TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE FRAGILIDADE CLÍNICA (CFS 2.0) EM IDOSOS BRASILEIROS
- TREINAMENTO VIVENCIAL DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO E FORTALECIMENTO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE
- USO DO COMMAND CENTER PARA A GESTÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM DIÁRIA GLOBAL
- UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIA LEAN EM PROCESSOS DE GESTÃO DE MATERIAL DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN SIX SIGMA NA GESTÃO DE LEITOS COM FOCO NO PROCESSO ALTA
- A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA VALIDAÇÃO DE UM VIDEOLARINGOSCÓPIO EM IMPRESSÃO 3D
- A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA ELETRÔNICO NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO EM UM HOME CARE DO NORDESTE
- A IMPORTÂNCIA DO MAPEAMENTO DE PROCESSOS/RISCOS NO SETOR FARMÁCIA HOSPITALAR
- A MEDICINA HOSPITALAR COMO FERRAMENTA DE EFICIÊNCIA OPERACIONAL E MUDANÇA DE CULTURA DE CUIDADO
- A MEDICINA HOSPITALAR NA GESTÃO DO CUIDADO DE PACIENTES DA NEFROLOGIA - O CUIDADO COORDENADO
- A MELHORA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS COM A PARTICIPAÇÃO DE MULTIPLICADORES DE BOAS PRÁTICAS NA UTI
- A PROMOÇÃO DO ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO ATRAVÉS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM ONCOLOGIA
- A TECNOLOGIA DA AVALIAÇÃO DA HIGIENE DAS MÃOS: UM AVANÇO NA PREVENÇÃO DE IRAS
- A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO APLICADA AO BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO
- A UTILIZAÇÃO DO BUSINESS INTELLIGENCE (BI) NO GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE SEPSE
- A VOZ DO PACIENTE A PARTIR DO USO DE UMA PLATAFORMA DIGITAL DE ENGAJAMENTO PARA A SUA SEGURANÇA
- ABORDAGEM MULTIFORMATOS PARA ADEQUAÇÃO AO PROTOCOLO DE PROFILAXIA CIRÚRGICA
- ACESSO VENOSO SEGURO EM AMBULÁTORIO DE ONCOLOGIA PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA
- ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE E FAMÍLIA NO PÓS-ALTA DO PRONTO ATENDIMENTO
- ADOÇÃO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA OMS NA MELHORIA DA TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO
- AFERIÇÃO DO VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO POR ULTRASSOM: PRÁTICA INOVADORA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO
- ALBÚM DE FERIDAS: INOVAÇÃO NO PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- ANÁLISE DE MARCADORES DE MOBILIDADE E TEMPOS DE INTERNAÇÃO PÓS APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA
- ANÁLISE DE MOBILIDADE UTILIZANDO ESCALA FSS EM PACIENTES PÓS CIRURGIA DE PEITO ABERTO
- ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL PRIVADO DO RS
- ANÁLISE ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARTICIPANTE DE PBM DE COBERTURA OBRIGATÓRIA EM AUTOGESTÃO DE MÉDIO PORTE
- ANAMNESE GENERATOR: UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA GERAÇÃO DE ANAMNESES
- APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL NA REDUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE DIARREIA POR C. DIFF
- APLICAÇÃO DE COBERTURAS MULTICAMADAS: ESTRATÉGIA INOVADORA PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO
- APLICAÇÃO E GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE TEV PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA
- ASSERTIVIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA COMO FOCO DE QUALIDADE PERCEBIDA
- ASSISTÊNCIA NA SALA DE PARTO A NEONATOS PREMATUROS - IMPORTÂNCIA DA EQUIPE ASSISTENCIAL INTEGRADA
- ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO UM MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE
- ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: AVALIAÇÃO DE CUSTOS NO CUIDADO DE PACIENTES IDOSOS COM CARDIOPATIAS
- ATENÇÃO PRIMÁRIA REMOTA
- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAVEGADOR NA JORNADA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATRAVÉS DO MONITORAMENTO REMOTO
- AUMENTO DA EFICIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA ATRAVÉS DE TRATAMENTOS HIPOFRACIONADOS
- AUTOMAÇÃO HOSPITALAR - OS GANHOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
- AUTOMAÇÃO NA COLETA DE DADOS PARA SUPORTE NA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES
- COMISSÃO DE DILEMAS ÉTICOS, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO DE FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- COMO A TELENFERMAGEM AUXILIA NO PROCESSO DE NAVEGAÇÃO DO PACIENTE
- COMO ESG COM ÊNFASE NO S PODE TRANSFORMAR A NAVEGAÇÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
- COMO MELHORAR O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- COMO O PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA TEM IMPACTO POSITIVO PARA A SUSTENTABILIDADE SOCIAL
- COMPARAÇÃO ENTRE REGIMES DE INFUSÃO DE INSULINA GUIADO POR COMPUTADOR E CONVENCIONAL BASEADO EM PAPEL NO TRATAMENTO DO ESTADO HIPERGLICÊMICO AGUDO
- COMPLIANCE NA SAÚDE - A ÉTICA COMO FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO
- CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA E FARMACOECONOMIA NO AMBIENTE HOSPITALAR
- CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ÁGIL DE MELHORIA NA ENTREGA DE VALOR EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS
- CRIAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DIGITAL EM SAÚDE PARA PACIENTES E CORPO CLÍNICO EM UMA REDE HOSPITALAR
- DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA EM AMBIENTE HOSPITALAR
- DESAFIOS EM GERIR UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À EXPANSÃO DE UMA UNIDADE DE GRANDE PORTE
- DESENVOLVIMENTO COMPORTAMENTAL DA EQUIPE NA EMERGÊNCIA E SEU IMPACTO NOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS
- DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS PARA A MELHORIA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE
- DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO VISUAL EM TEMPO REAL PARA GESTÃO DE FLUXO NO PRONTO ATENDIMENTO
- DESENVOLVIMENTO DE UM PROTÓTIPO DE SOFTWARE PARA O GERENCIAMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL
- DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA TRIPLA CHECAGEM DE MEDICAMENTOS EM UTI CARDIOPEDIÁTRICA
- DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE ALARMES CLÍNICOS EM UTI CARDIOPEDIÁTRICA

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- DESOSPITALIZAÇÃO EFETIVA PELA CAPACITAÇÃO E REPOSICIONAMENTO DA AUDITORIA CLÍNICA DE UMA COOPERATIVA DE SAÚDE
- DIRECIONAMENTO DA JORNADA DO PACIENTE DESDE A PORTA DE ENTRADA
- EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA COMO CATALISADOR DA GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO NA BAHIA
- EFETIVIDADE DA ESCALA OFRAS PARA A AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA NA UNIDADE OBSTÉTRICA
- EFICIÊNCIA OPERACIONAL ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PARALISIA RESIDUAL
- EFICIÊNCIA OPERACIONAL E CUIDADO DE PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA: A MEDICINA HOSPITALAR NO CUIDADO DO PACIENTE GERIÁTRICO
- ELETROESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR NA FRAQUEZA MUSCULAR ADQUIRIDA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO
- ELETROESTIMULAÇÃO NEUROMUSCULAR NA FRAQUEZA MUSCULAR ADQUIRIDA EM PACIENTES DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO
- ELEVANDO A ADESÃO DOS COLABORADORES AO EXAME PERIÓDICO: UM CAMINHO PARA O BEM-ESTAR COLETIVO
- ESCRITÓRIO DE PROTEÇÃO AO PACIENTE
- ESTRATÉGIAS DE APRENDIZADO ATIVO DURANTE UM PROJETO DE MELHORIA
- ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PARA MELHORAR O INDICADOR DE REAVALIAÇÃO DA DOR
- ESTUDO DE CASO DA JORNADA DE PACIENTES INDÍGENAS NO AMBIENTE HOSPITALAR
- EXPERIÊNCIA DE QUALIFICAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA PARA REALIZAÇÃO DE CAR-T CELL
- EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PRIVADO COM RITUAL DIÁRIO DE GESTÃO ONLINE: DIÁLOGO DIÁRIO DE QUALIDADE
- EXPERIÊNCIA DIGITAL DO PACIENTE CIRÚRGICO - MEU MATER DEI
- FADIGA DE ALARME: UTI VENCENDO O EXCESSO DE RUÍDOS
- FARMACOVIGILÂNCIA: IMPORTÂNCIA DE AÇÕES DE BUSCA ATIVA PARA IDENTIFICAÇÃO DE REAÇÕES INFUSIONAIS

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA MELHORIA DE PROCESSOS EM UMA CAF: RESULTADOS SIGNIFICATIVOS
- FERRAMENTAS DE ACULTURAMENTO DA SEGURANÇA HOSPITALAR COMO MEIO DE GARANTIR A REDUÇÃO DA EVASÃO
- FORMAÇÃO DE GRUPO DE AUDITORES COM IMPACTO NO CONTROLE DE INFECÇÃO DE UNIDADES CLÍNICAS CIRÚRGICAS
- GERENCIAMENTO DA DOR: ESTRUTURAÇÃO DO MONITORAMENTO DO 5º SINAL VITAL
- GERENCIAMENTO DE RESULTADOS ATRAVÉS DO PROCESSO DE MENTORIA E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
- GERENCIAMENTO DOS ACESSOS VASCULARES: AÇÕES ALÉM DA INSERÇÃO, UM CUIDADO APÓS O PROCEDIMENTO
- GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DOS INDICADORES DO HOSPITAL
- GESTÃO DE CUIDADOS DE PACIENTES CRÔNICOS USANDO SOFTWARE DE ORQUESTRAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO
- GESTÃO DE CUSTOS EM TODAS AS UNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
- GESTÃO DE CUSTOS EM UM CENTRO DE INFUSÕES DE QUIMIOTERÁPICOS
- GESTÃO OPME MONITORADA POR RADIOFREQUÊNCIA: RASTREABILIDADE COM FOCO NO PACIENTE
- GINCANA DE MUDANÇA DE DECÚBITO: AÇÃO ESTRATÉGICA DE GERENCIAMENTO DA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO
- IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE BOMBAS DE INFUSÃO INTELIGENTES NA SEGURANÇA DE DOSE EM TERAPIA INTENSIVA
- IMPACTO DA TRIBUTAÇÃO DE CIGARROS - ANÁLISE MICROECONÔMICA
- IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE NA SALA DE EMERGÊNCIA
- IMPLANTAÇÃO DE DASHBOARDS PARA MONITORAR PROCESSOS ASSISTENCIAIS
- IMPLANTAÇÃO DE FAST TRACK NA REABILITAÇÃO DOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS DE MEMBROS INFERIORES
- IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTA PARA GERENCIAMENTO DE INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL COM IMPACTO NO DESFECHO

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- IMPLANTAÇÃO DE FICHA ANESTÉSICA DIGITAL - PROJETO PILOTO EM CENTRO OBSTÉTRICO DE HOSPITAL PRIVADO
- IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES DE GESTÃO A VISTA FULL TIME NA EMERGÊNCIA E SEUS IMPACTOS ASSISTENCIAIS
- IMPLANTAÇÃO DE PROJETO DE CUSTOS EVITÁVEIS COM MEDICAMENTOS NO HOSPITAL SANTA JOANA RECIFE
- IMPLANTAÇÃO DE SINALEIRAS PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO EM HOSPITAL REFERÊNCIA
- IMPLANTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA ELETRÔNICA DE OUVIDORIA EM UM HOME CARE NO NORDESTE
- IMPLANTAÇÃO DO CICLO DE PDSA COMO FERRAMENTA DE MELHORIA CONTÍNUA
- IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO HIBRIDO NO PROCESSO DE ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE DE UMA COOPERATIVA MÉDICA
- IMPLANTAÇÃO DO EGA E FERRAMENTAS DE DESOSPITALIZAÇÃO EFICIENTE
- IMPLANTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE SEGURANÇA COMPARTILHADA PARA ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO CUIDADO
- IMPLANTAÇÃO DOS DIREITOS DOS PACIENTES: ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O MODELO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE
- IMPLANTAÇÃO ELETRÔNICA DO AUTOATENDIMENTO PARA PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NO PRONTO-SOCORRO
- IMPLANTAÇÃO ELETRÔNICA DO PROTOCOLO GERENCIADO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- IMPLEMENTAÇÃO DA PUNÇÃO ECOGUIADA COM ULTRASSOM PARA CRIANÇAS COM ACESSO INTRAVENOSO DIFÍCIL
- IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO: RELATO DE CASO
- IMPLEMENTAÇÃO DO HUDDLE COMO MÉTODO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA E RESOLUTIVIDADE RÁPIDA DE PROBLEMAS
- IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS PARA PACIENTES EM PRONA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO
- INCLUSÃO DE IMAGENS FOTOGRÁFICAS CAPTURADAS POR CELULARES E MÁQUINAS FOTOGRÁFICAS NO PRONTUÁRIO

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL: IMPACTO ECONÔMICO E POTENCIAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO
- INFORMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE LEITO PARA GARANTIA DO ACESSO AO CUIDADO
- INOVA AÍ
- INOVAÇÃO ENTRE PARCERIAS PRIVADAS VISANDO SUSTENTABILIDADE E MELHORIA AOS CLIENTES
- INOVAÇÃO NO MODELO ASSISTENCIAL DE UMA CLÍNICA DE VACINAS
- INOVAÇÃO NO PROCESSO DE VACINAÇÃO COM A IMPLANTAÇÃO DE PACOTES
- INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS E PROTOCOLOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS PROMOVENDO SEGURANÇA AO PACIENTE
- INTEGRAÇÃO DE DADOS, SISTEMA TASY E BI: FORTALECENDO A SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS
- INTEGRAÇÃO LOGÍSTICA E FARMACÊUTICA COM IMPLEMENTAÇÃO DE UMA TORRE DE CONTROLE EM HOSPITAL PRIVADO
- INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL AUXILIANDO A LEITURA DE COMENTÁRIOS ABERTOS DO SETOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
- INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DOMICILIAR: NOVA GESTÃO ASSISTENCIAL TRAZENDO SUSTENTABILIDADE ECÔNOMICA
- INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS INFORMATIZADAS PARA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM ONCOLOGIA
- JORNADA DIGITAL DO PACIENTE CIRÚRGICO COM CÂNCER COLORRETAL
- LEITO DE INTERNAÇÃO SEM DESPERDÍCIO DE MATERIAIS
- LINHA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA: UMA ABORDAGEM LÚDICA E HUMANIZADA
- MANEJO DA SEDE DO PACIENTE CIRÚRGICO NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
- MAPA DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE MATURIDADE DIGITAL DOS HOSPITAIS BRASILEIROS
- MAPA DE CONVÊNIOS

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- MAXIMIZAÇÃO DA TAXA DE OCUPAÇÃO DE SALAS CIRÚRGICAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE LEAN E CIÊNCIA DE DADOS
- MÉDICO GESTOR DE SUA PRODUÇÃO: COMO INFORMAÇÕES EM TEMPO REAL AUXILIAM NO CONTROLE DA SINISTRALIDADE
- MELHORIA NO RESULTADO DO INDICADOR TAXA DE TEMPO PORTA-ELETROCARDIOGRAMA
- MENTORIA TÉCNICA EM RADIOTERAPIA: POTENCIALIZANDO CONHECIMENTOS PARA O CUIDADO ONCOLÓGICO
- METODOLOGIA ÁGIL SCRUM NO GERENCIAMENTO DE PROJETOS DESENVOLVIDOS PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
- MEU CLÍNICAS, APLICATIVO DO PACIENTE - NOVA FUNCIONALIDADE DE CONSULTA REMOTA POR VIDEOCHAMADA
- MODELO DE GESTÃO FONOAUDIOLÓGICA COM IMPLEMENTAÇÃO DA PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE (BI)
- MODELO DE INFERÊNCIA PARA RESULTADOS EFETIVOS QUANTO À TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO CRÍTICA
- MONITORAMENTO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE EM TEMPO REAL
- MONITORAMENTO REMOTO DE PACIENTES
- MUDANÇA DA TÉCNICA DE PUNÇÃO COM GUIAS DE AGULHA PARA PUNÇÃO ECOGUIADA ASSISTIDA POR ULTRASSOM
- MUDANÇA DE CRITÉRIOS DO PROTOCOLO SEPSE COM IMPACTO EM MORTALIDADE
- NOCTUA - GESTÃO DE IMPLANTAÇÕES E TREINAMENTOS DE SISTEMAS ASSISTENCIAIS
- O CUIDADO COMPARTILHADO E O ENGAJAMENTO DO PACIENTE NUM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR
- O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM CIRURGIA ROBÓTICA
- O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA UTILIZAÇÃO EQUIPAMENTO DE ULTRASSONOGRAFIA PARA VERIFICAÇÃO DO VOLUME VESICAL E SEUS IMPACTOS ASSISTÊNCIAS
- O SLA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO COLABORATIVA
- O USO DA TECNOLOGIA PARA MELHORES DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- O USO DE FERRAMENTA DE GESTÃO NO FORTALECIMENTO DO SERVIÇO DE RESSUSCITAÇÃO EM HOSPITAL PRIVADO
- O USO DE WHATSAPP E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL DA COORDENAÇÃO DE CUIDADO
- OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS ATRAVÉS DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS BIOSSIMILARES E SIMILARES
- OTIMIZAÇÃO DO BLOCO CIRÚRGICO: DESBUROCRATIZAÇÃO E REDUÇÃO DE CUSTOS COM TECNOLOGIA RFID
- PAINEL DE CONTROLE
- PAINEL DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO DE PACIENTES COM BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES
- PARAMETRIZAÇÃO DE SISTEMA INFORMATIZADO HOSPITALAR COMO FERRAMENTA PARA REDUÇÃO DE RISCOS
- PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO FRENTE AO CUIDADO DE ENFERMAGEM
- PLANEJAMENTO DE DISTRIBUIÇÃO COMO VALOR AGREGADO NA CENTRALIDADE DO PACIENTE
- PLATAFORMA DE GESTÃO DA SAÚDE E MONITORAMENTO DO CUIDADO
- PLATAFORMA DIGITAL DE ORQUESTRAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO: PROPOSTA DE VALOR E RESULTADOS
- PLATAFORMA PARA AVALIAÇÃO DE EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA
- PRÁTICAS ESG: NO PRESENTE E FUTURO DA NOSSA EVOLUÇÃO
- PRESCREVENDO O FUTURO: A DIGITALIZAÇÃO DO RECEITUÁRIO NA INSTITUIÇÃO
- PRESCRIÇÃO DIGITAL PARA UMA EXPERIÊNCIA MAIS DIGITAL E SEGURANÇA PARA PACIENTES E MÉDICOS
- PREVENÇÃO DE REINTERNAÇÕES: UM SINALIZADOR PARA IDENTIFICAR PACIENTES EM SEGUIMENTO DE CUIDADOS
- PREVISÃO DA ABERTURA DE RETAGUARDA HOSPITALAR: ANTECIPANDO DEMANDAS PARA UM ATENDIMENTO EFICIENTE
- PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: +ATITUDE

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- PROJETO CICLO DA RECEITA
- PROTOCOLO DE SEPSE: IDENTIFICAÇÃO ÁGIL E INDICADOR ACURADO ATRAVÉS DO ENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR
- REALIZAÇÃO DE HUDDLE MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA PARA DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE LESÕES NA UTI: RELATO DE CASO
- REALIZAÇÃO DE UMA PROVA DE CONCEITO(POC), COM OFERTA DE PAINEL DIGITAL PARA O PACIENTE INTERNADO
- REAVALIAÇÃO CLÍNICA NA OBJETIVA DE VALOR EM SAÚDE COM BASE EM TRIGGERS EM PRONTUÁRIO
- RECOMENDAÇÕES CONTRATUAIS PARA DESENVOLVEDORAS DE SOFTWARES DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ÁREA MÉDICA
- REDUÇÃO DA INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UMA UTI PEDIÁTRICA
- REDUÇÃO DE DANOS ATRAVÉS DO SAFETY HUDDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: APLICAÇÃO DA METODOLOGIA 5S NAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS DE UM HOSPITAL PRIVADO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: CERTIFICAÇÃO DE ENFERMEIROS EM INSTALAÇÃO DO SENSOR DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: UTILIZAÇÃO DE INFORMATIVO PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS CARRINHOS BEIRA LEITO
- REMUNERAÇÃO X INDICADORES DE DESEMPENHO: UM MODELO DE SEMI GLOBAL CUSTOMIZADO
- RESULTADOS APÓS 12 MESES DA IMPLANTAÇÃO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NAS ESCALAS DE ENFERMAGEM NA UTI
- SADC ANTIBIÓTICOS
- SALA DE COLETAS INFANTIL PARA EXAMES DE HEMOGRAMA COM ÓCULOS DE REALIDADE VIRTUAL
- SAÚDE BASEADA EM VALOR: TRATAMENTO DA DOR LOMBAR ATRAVÉS DE UMA UNIDADE DE PRÁTICA INTEGRADA
- SEGURANÇA E OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS NO PREPARO DE MEDICAMENTO NA UTI

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- SEGURANÇA MEDICAMENTOSA: IMPLANTAÇÃO DE DISPENSAÇÃO DE 2H/2H PELA FARMÁCIA E REDUÇÃO DE PAPEL
- SENTINELA: SISTEMA DE ALERTA PARA PRESCRIÇÕES INDEVIDAS
- SIMPLIFICANDO A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS
- SISTEMA DE DISPENSAÇÃO POR HANDHELD: AGILIDADE, SUSTENTABILIDADE E RESPONSABILIDADE AMBIENTAL
- SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS: ABORDAGEM PARA SEGURANÇA DO PACIENTE
- SUPORTE NEUROMUSCULAR AVANÇADO: UM NOVO CAMINHO PARA A REABILITAÇÃO
- SUSTENTABILIDADE NA ATENÇÃO HOSPITALAR: O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO PROTAGONISTA
- SUSTENTAÇÃO DE AÇÕES KAIZEN APÓS UM ANO DE IMPLANTAÇÃO LEAN EM PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO
- TECNOLOGIA PARA REDUÇÃO DA TAXA DE CANCELAMENTO CIRÚRGICO EM PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS
- TORNEIO SOMOS REFERÊNCIA: ENGAJANDO COLABORADORES E PROMOVENDO EXCELÊNCIA NO CUIDADO ONCOLÓGICO
- TRANSFORMAÇÃO DIGITAL EM UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO ANALÓGICA: RELATO DE CASO
- TRANSFORMAÇAO DIGITAL NA PRÁTICA
- TREINAMENTO HORIZONTAL PARA UNIFORMIZAÇÃO DO CONHECIMENTO NA PRÁTICA SEGURA
- TRIA ALERTAS: TRIAGEM DE PACIENTES OTIMIZADA E ESTRATÉGICA COM APLICAÇÃO DE IA
- USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO PROCESSO DE COMPATIBILIDADE E SANEAMENTO DE CADASTROS
- USO DA INTELIGÊNCIA DE DADOS PARA APOIAR O MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE GLICEMIA
- USO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA REDE DE HOSPITAIS DE SÃO PAULO
- USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM CLIMATIZAÇÃO HOSPITALAR

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

- USO DE MÉTODOS ESTATÍSTICOS PARA PREVISÃO DA TAXA DE OCUPAÇÃO
- USO DO PROCESSAMENTO LINGUAGEM NATURAL (PLN) PARA A COMPARAÇÃO DA CONTA VERSUS OS DOCUMENTOS CLÍNICOS
- USO DO SISTEMA DE FARMÁCIA CLÍNICA NA PREVENÇÃO EM LARGA ESCALA DE EVENTOS ADVERSOS
- USO RACIONAL DE RECURSOS EM UTIS DE HOSPITAL DE GRANDE PORTE
- UTILIZAÇÃO DO PARECER MÉDICO POR FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS
- UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE REDCAP PARA COLETA MENSAL DE DADOS QUALITATIVOS DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
- VISITA ESTENDIDA NA TERAPIA INTENSIVA: PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO

INÍCIO

ANTERIOR

PRÓXIMO

A assistência psicológica materno-infantil em ambulatório de reabilitação neurocognitiva

Janaina Xavier Andrade dos Santos, Adriana Aparecida Fregonese, Silvia Maria Cury Ismael e Ieda Biscegli Jatene

INTRODUÇÃO

Crianças portadoras de cardiopatias congênitas apresentam comprometimentos que necessitam de assistência especializada e qualificada. O Centro de Estimulação da Infância do Hcor, na cidade de São Paulo, oferece acesso à população proveniente do Sistema Único de Saúde para atendimento multidisciplinar, por meio do Programa PROADI-SUS, com faixa etária de 0 a 8 anos.

METODOLOGIA

Atendimentos psicológicos realizados em três frentes: individual da criança, individual e grupal de mães. O acompanhamento psicológico para pacientes portadores de cardiopatas congênitas em Reabilitação trata-se de um processo psicoterapêutico comprometido em incorporar a palavra e seu potencial terapêutico, frente ao selamento psíquico e acometimentos emocionais das crianças e seus familiares. Atendimento clínico psicoterápico no acompanhamento as crianças, no qual é possível avaliar o estágio maturacional, identificar sinais indicativos de risco de sofrimento psíquico e mitigar as repercussões emocionais decorrentes do acometimento cardíaco congênito. A intervenção pode ocorrer em duas esferas de prevenção: secundária (detecção em estágio subclínico) e terciária (redução de prejuízos psíquicos). A manifestação de questões relacionadas ao desenvolvimento infantil aflige a família. E não tem como cuidar da criança sem dispor de suporte adequado a quem cuida, portanto, a intervenção da psicologia visa auxiliar na compreensão do impacto emocional em face aos detrimentos cognitivos e emocionais da criança, sustentar e acolher a família na reorganização de seus saberes diante das possibilidades do infante, além de mobilizar recursos psíquicos da mãe sensibilizando-a a um enfrentamento adaptativo. O psicólogo está implicado em oferecer um espaço de escuta sensível, no qual as mães possam simbolizar o sofrimento e compartilhar experiências. O manejo clínico ancora-se em enredos discursivos, que envolvem duas tônicas: o lugar que a criança ocupa na dinâmica parental e que se revela no discurso das mães e as construções de cada criança. No grupo observa-se identificação empática de suas aflições e potencialidades, além de constituírem esse ambiente como uma instância de pertencimento e segurança, no qual se reconhecem em suas vulnerabilidades, contingencias e competências, além de se apoiarem e se encorajarem mutuamente.

RESULTADOS

Foram atendidas 24 crianças e suas respectivas mães. 32% nascidas em hospital particular especializado em cardiologia e 68% em hospitais da rede SUS, não especializado, sendo 72% meninos e 28% meninas. 56% cursam o ensino fundamental, 24% não frequentam escolas e 20% estão na educação infantil. A Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (QD) da Criança (AUQEI) indicou que 50% apresentaram QD prejudicada. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento infantil encontrou-se: 84% permaneceram hospitalizadas no período neonatal; 72% das mães com predominância de sintomas depressivos classificados em 17% depressão grave, 34% depressão leve, 22% depressão moderada, conforme PHQ-9 Patiente Health Questionnaire; 59% das mães apresentaram sintomatologia para estresse moderado/alto. O cuidado psicológico foi ofertado às crianças em 92 atendimentos individuais e às mães em 132 individuais e 29 grupais que contaram com 100 participações. Nos grupos os temas sublinhados como geradores de aflições foram: medo de morrer e da morte do filho, dificuldades socioeconômicas, baixo rendimento escolar, atrasos no desenvolvimento, escolas não inclusivas, esgotamento emocional e frustrações

CONCLUSÕES

Considerando que a prevalência de cardiopatia congênita é de um a cada cem nascidos vivos, com a possibilidade de severidade de prejuízos psicossociais e neurológicos constata-se que a assistência psicológica favorece a identificação de sinais de risco de sofrimento psíquico, o mitigar de repercussões emocionais suscitadas pelo adoecimento e no desenvolvimento de recursos de enfrentamento adaptativos da criança e da mãe.

REFERÊNCIAS

Amiralian, m.L.T.M., *Psicologia do Excepcional*. vol. 8. São Paulo: E.P.U., 1978.
ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual de Estatística e Diagnóstica de Transtornos Mentais* (DSM IV TM) 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. [Links]
Ellis, k. *Autismo*. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 1996.
Gauderer, C. *Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento – Guia Prático Para Pais e Profissionais*. 2ª ed. revista e ampliada. Revinter, 1997.
Kanner, L. *Psiquiatria Infantil*. 4ª ed. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte, 1976.
Kaplan, H. I. *Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1997.
Organização mundial da saúde. *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10*. Porto Alegre: Artmed, 1992.
Papalia, D. E.; Olds, s. W. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
Amiralian, M. L. T. M. *Psicologia do Excepcional*. São Paulo: EPU, 1986.
Manificat S., Dazord A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1997;45:106-114.
Mark Zimmerman. Using the 9-Item Patient Health Questionnaire to Screen for and Monitor Depression. JAMA, Published online October 18, 2019.

A construção de um indicador de qualidade de um Serviço de Psicologia Hospitalar em São Paulo

Priscila Maria Gabos, Adriana Aparecida Fregonese, Silvia Maria Cury Ismael

INTRODUÇÃO

A construção de indicadores de qualidade em Serviços de Psicologia sempre foi um desafio tanto pelo caráter qualitativo da profissão, quanto pela ausência de literatura que explanasse o que se medir dentro do acompanhamento psicológico. A *efetividade* da psicoterapia pode ser conceituada como a capacidade de produzir um efeito ou resultado. Grande parte dos artigos baseia tal definição pela compreensão do objetivo da psicoterapia como um todo, ou seja, a identificação da demanda a partir de uma avaliação psicológica e o posterior alcance deste objetivo. Em linguagem técnica, pressupõe que o estabelecimento de um foco terapêutico – a demanda emocional principal para a qual as intervenções estarão dirigidas – é um tipo de abordagem e tratamento psicológico que pode ser analisado no quesito de efetividade. Sugere-se, então, que é possível, então, avaliar a efetividade do acompanhamento psicológico dentro do hospital.

OBJETIVOS

Apresentar a construção de um indicador qualitativo a partir do conceito de efetividade do acompanhamento psicológico.

METODOLOGIA

Buscou-se na literatura sobre a definição de objetivos dentro do acompanhamento psicológico, assim como revisão sistemática das metas psicológicas historicamente definidas pelos profissionais. A análise sistemática das metas foi realizada à partir de dados de prontuário eletrônico em instituição, tal como o status destas ao longo do acompanhamento psicológico.

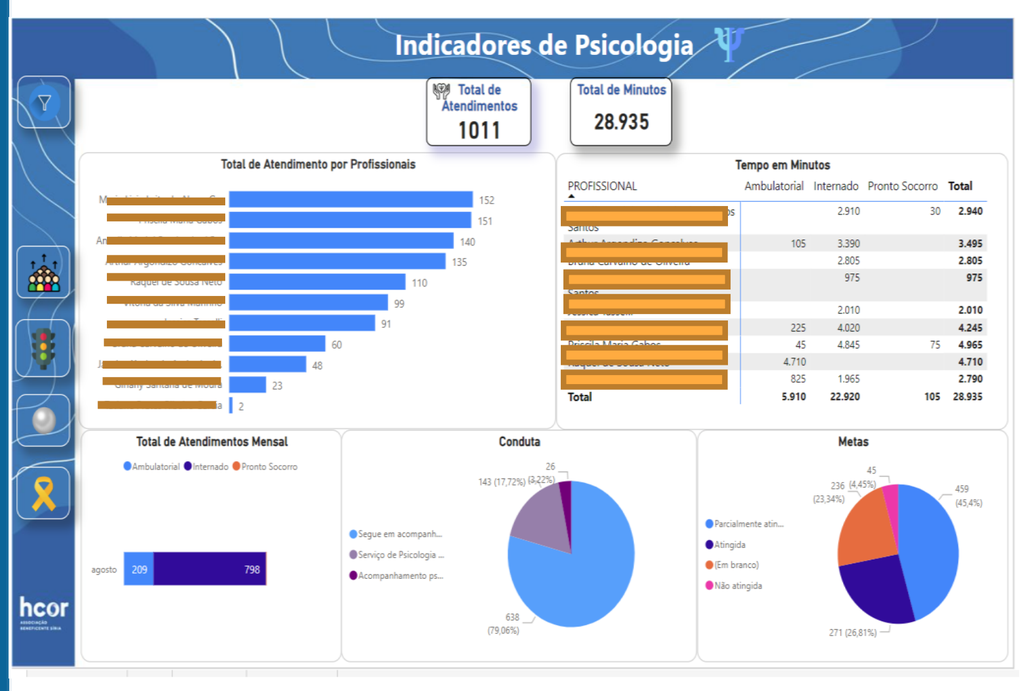


Figura 1: Template dos indicadores gerais do Serviço de Psicologia

RESULTADOS

Estabeleceu-se como indicador de qualidade de assistência psicológica prestada a META PSICOLÓGICA. Esta se define como o objetivo do acompanhamento psicológico, identificado em avaliação psicológica pelo profissional. As metas possuem os seguintes status: atingida; parcialmente atingida; não atingida. A definição desse status é justificado e descrito na evolução psicológica mediante o que o profissional identificou no atendimento. Baseado no histórico dos acompanhamentos do setor à partir de janeiro de 2022, realizado por cálculo amostral, verificou-se uma média de 90% de metas atingidas ou parcialmente atingidas em internação ou ambulatório. Portanto, sugere-se que o indicador qualitativo Meta Psicológica a priori tenha como meta: 60% de metas atingidas e/ou parcialmente atingidas como indicadores de efetividade da assistência.

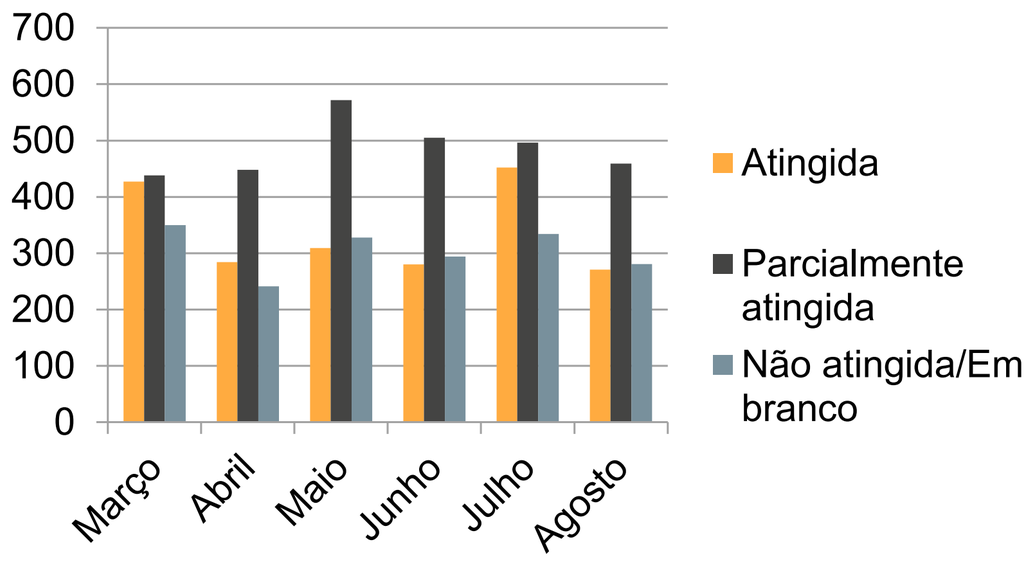


Figura 2: Gráfico de status das metas psicológicas de março à agosto de 2023

CONCLUSÕES

Ao longo do ano de 2022, o serviço de Psicologia do Hospital do Coração conseguiu, através da análise histórica e sistemática dos acompanhamentos realizados, bem como da busca na literatura, compreender novas possibilidades para indicadores de qualidade.

A construção de um indicador de efetividade, a META PSICOLÓGICA, tem sido eficaz para que se compreenda de forma mais aprofundada os processos dentro das áreas, o perfil dos pacientes acompanhados, tal como uma construção de gestão mais direcionada para atender demandas institucionais.

REFERÊNCIAS

Minayo, MCS. (2009). Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. Revista Brasileira de Educação Médica, 33(Suppl. 1), 83-91.

Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. (2001). Knowledge and Skills for Life. Paris: OECD.

Smith GC, Hancock GR, Hayslip B. Predictors and moderators of treatment efficacy in reducing custodial grandmothers' psychological distress. Aging Ment Health. 2022 Feb;26(2):250-262. doi: 10.1080/13607863.2020.1857688. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33393377; PMCID: PMC8846565.

Windgassen S, Goldsmith K, Moss-Morris R, Chalder T. Establishing how psychological therapies work: the importance of mediation analysis. J Ment Health. 2016;25(2):93-9. doi: 10.3109/09638237.2015.1124400. Epub 2016 Jan 6. PMID: 26732531.

A implantação de um ambulatório de Especialidades médicas em um hospital filantrópico

Alessandro Prado Aguilera, Ulysses Maria Pereira Silva

INTRODUÇÃO

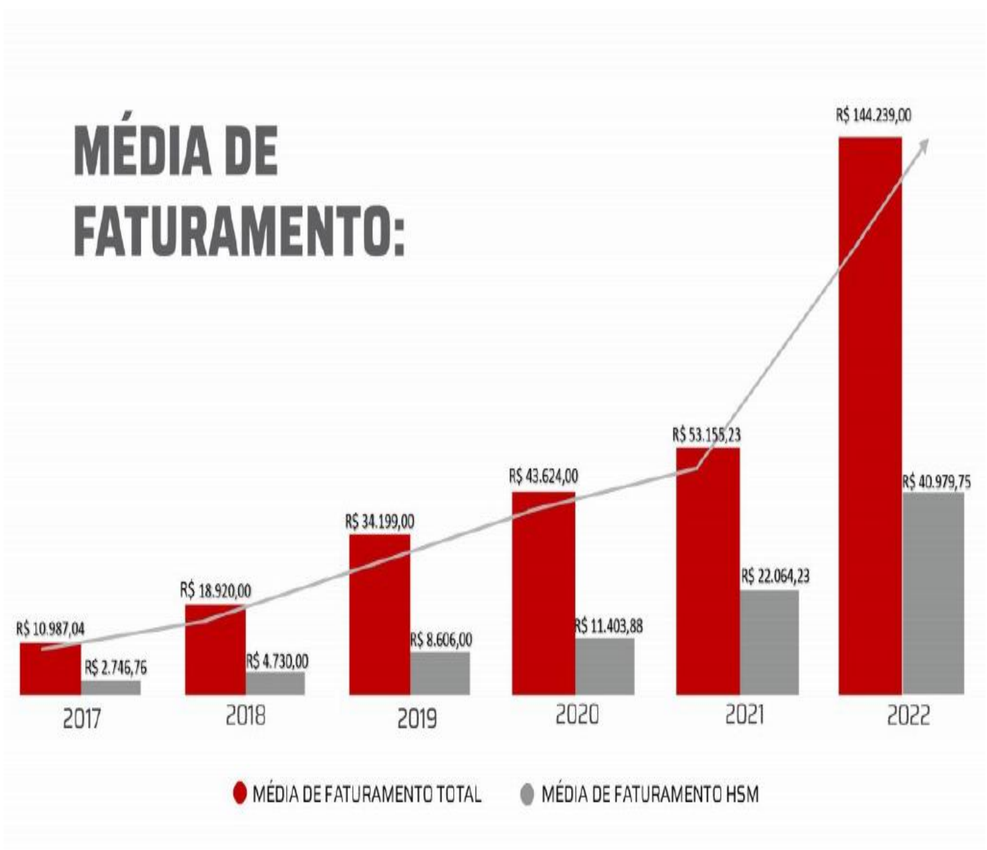
Esse estudo levou o primeiro lugar no prêmio Luiz Nivaldo da Silva de boas práticas, na categoria gestão de processos com o projeto: A implantação de ambulatório de especialidades médicas em hospital filantrópico. O ambulatório surgiu em 2017, onde a atual gestão decidiu aproveitar um espaço vazio, deteriorado e ocioso na estrutura do hospital, além da necessidade de oferecer especialidades médicas diversas no município e micro região, evitando que pacientes tivessem de se deslocar para outras cidades para conseguirem atendimento com esses profissionais médicos. Além disso, o hospital vivia uma situação financeira delicada tendo a necessidade de inovar e planejar novos serviços para a diversificar receitas, e consequentemente melhoria da sua performance financeira, se tratando de um hospital filantrópico. **Objetivo:** Apresentar um estudo demonstrando todos os resultados alcançados com a implantação do ambulatório de especialidades médicas que foi implanto dentro do hospital.

METODOLOGIA

O estudo partiu de um relato de experiência vivenciado pelos gestores do hospital no processo de implantação desse ambulatório de especialidades médicas e demais profissionais .

ANO	NÚMERO DE CONSULTÓRIOS	QUANTIDADE DE MÉDICOS
2017	01	4
2018	02	8
2019	03	15
2020	05	21
2021	05	24
2022	05	27

Linha do tempo



Evolução do faturamento do setor com a inclusão de novas salas e especialidades médicas.

RESULTADOS

O ambulatório de especialidades foi implantado no antigo setor de raios-x, que tinha uma área totalmente ociosa e deteriorada, com o piso de ardósia, portas de vidros quebradas, danificação na pintura e diversas infiltrações, onde teve a necessidade de realizar toda a revitalização e forma no setor. Depois disso, em 2017, o serviço foi iniciado com 1 consultório e 3 profissionais médicos, e atualmente (2023), há 6 consultórios, 17 especialidades e mais de 25 profissionais atuando no espaço somando mais de 950 pacientes atendidos no mês, com consultas, procedimentos e cirurgias. No que se refere a faturamento bruto mensal, em 2017, era de R$ 10.987,04. Já em 2023 atingiu o valor de R$ 144.239,00. A partir da implantação desse serviço obteve a melhoria na qualidade dos atendimentos prestados pelo hospital, garantindo acesso a uma gama maior de profissionais, aumento do faturamento, da performance financeira, da quantidade de cirurgias, exames e também da quantidade de especialidades participando do dia a dia do hospital.

Situação do setor de radiologia antes das reformas realizadas para a criação da clínica São Camilo.

Clínica São Camilo após a revitalização e criação do ambulatório de especialidades médicas.

CONCLUSÕES

Esse estudo possibilitou compreender que uma boa gestão de processos pode gerar excelentes resultados, e graças a eles, foi possível a construção de uma área de lazer para os colaboradores, auxílio no pagamento da folha, contratação de novos profissionais, aumento do corpo clínico e de know-how de procedimentos, consultas e exames.

REFERÊNCIAS

PISSAIA, Luis Felipe; BESCHORNER, Carmem Elisa. **Implantação de um ambulatório de média complexidade no Vale do Taquari - RS: um relato de experiência.** 2016. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CDcQw7AJahcKEwjQkeenxcaBAxUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fonline.unisc.br%2Fseer%2Findex.php%2Fcinergis%2Farticle%2Fview%2F8139%2F5349&psig=AOvVaw289QH4hp2dFVay4I2PNCto&ust=1695758091756411&opi=89978449>. Aceso em: 20 de set. 2023.

A importância de processos ágeis e ferramentas de comunicação nos atendimentos dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (IAMCSST)

Fabiana Joaquim dos Santos; Belisa Marin Alves; Cássia Cristine Damásio de Lima; Carisi Polanczyk

INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (IAMSST) representa uma das causas de morbidade e mortalidade. Apesar dos avanços terapêuticos, as doenças cardiovasculares são responsáveis por quase 32% dos óbitos no Brasil. A reperfusão precoce é crucial para atingir o melhor desfecho para o paciente. De acordo com a American Heart Association, esse intervalo de tempo deve ser inferior a 90min. A meta institucional do Hospital Moinhos de Vento (HMV) é de até 60 minutos, pois acreditamos que a comunicação efetiva, agilidade e fluxos estruturados corroboram para melhores desfechos. A evolução tecnológica das ferramentas de comunicação por grupos de whatsapp, representam velocidade e agilidade na comunicação efetiva trazendo consigo inúmeras facilidades, entre elas, a postagem da comunicação em tempo real entre as pessoas.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo com base hospitalar. O período de análise foi de jan/18 a abr/22. Foram analisados os tempos dos casos de IAMSST atendidos nesse intervalo de tempo em bancos de dados e prontuários de pacientes, sendo verificado os tempos de assistência. Avaliamos a performance de dois fatores de impacto no tempo de atendimento dos casos, sendo eles: a diferença de tempo entre os atendimentos com as equipes de rotina presentes no local versus equipes de sobreaviso com deslocamento até o serviço de hemodinâmica. Outro fator importante analisado foram os impactos nos tempos de atendimentos dos casos após a implementação de um grupo no Whatsapp para facilitar a sinalização dos casos a serem atendidos entre os times de trabalho da emergência e hemodinâmica. O teste estatístico aplicado foi T de student e confirmado pelo Mann-Whitney. 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.

ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM PROTOCOLO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

TEMPO PORTA ECG	< 10 MINUTOS
TEMPO PORTA LAUDO	< 3 MINUTOS
TEMPO – CHEGADA DO SOBREAVISO	< 20 MINUTOS
TEMPO – TRANSPORTE DA EMERGÊNCIA PARA HEMODIÂMICA	< 5 MINUTOS
TEMPO PORTA BALÃO	< 60 MINUTOS
TEMPO PORTA GUIA	< 60 MINUTOS

Tabela com os tempos esperados e cada fase do atendimento prestado ao paciente em protocolo Porta Balão.

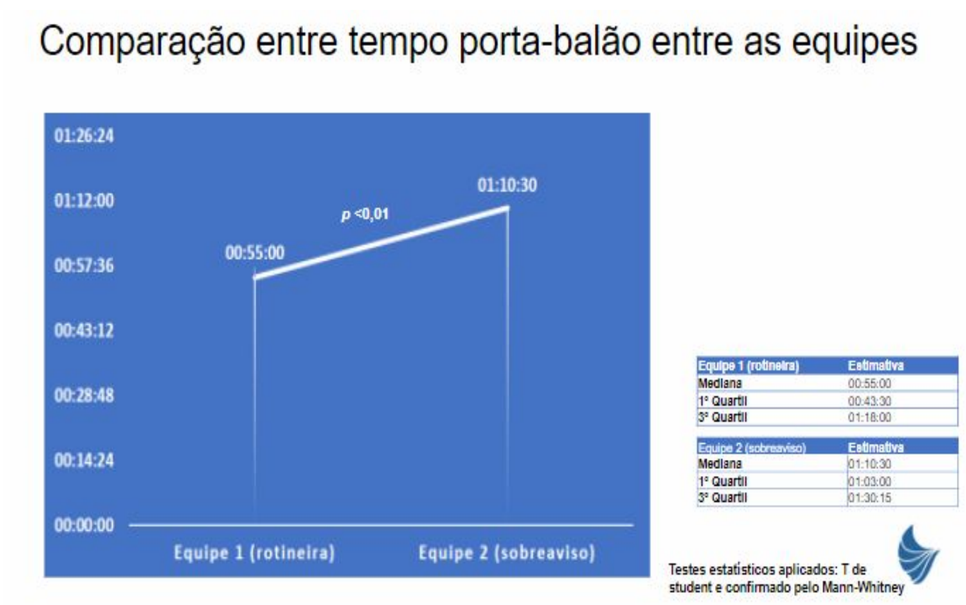


Gráfico com a comparação nos tempos dos casos atendidos com equipe presente no serviço de hemodinâmica em relação aos tempos dos casos atendidos com equipes em regime de sobreaviso, deslocaram-se até o serviço.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 149 casos de pacientes com diagnóstico de infarto com supra de segmento ST. Na primeira análise foram comparados dois grupos de atendimento, o grupo 1 denominado grupo rotina (presente no local) e grupo 2 denominado grupo sobreaviso (deslocamento para atendimento). O tempo médio de atendimento porta balão do grupo 1(00:55 min) e grupo 2(01:10 min), (p<0,01), observamos impacto significativo nos atendimentos em que a equipe estava presente no local se compararmos com a performance das equipes que necessitaram se deslocar ao hospital para prestar atendimento. Outra análise realizada foi comparando a performance dos tempos de atendimento pré grupo de whatsapp (01:24 min) e pós grupo whatsapp (00:58 min), (p<0,01), nesta análise observamos o impacto no tempo do indicador após a criação do grupo de whatsapp entre as equipes da emergência e hemodinâmica.

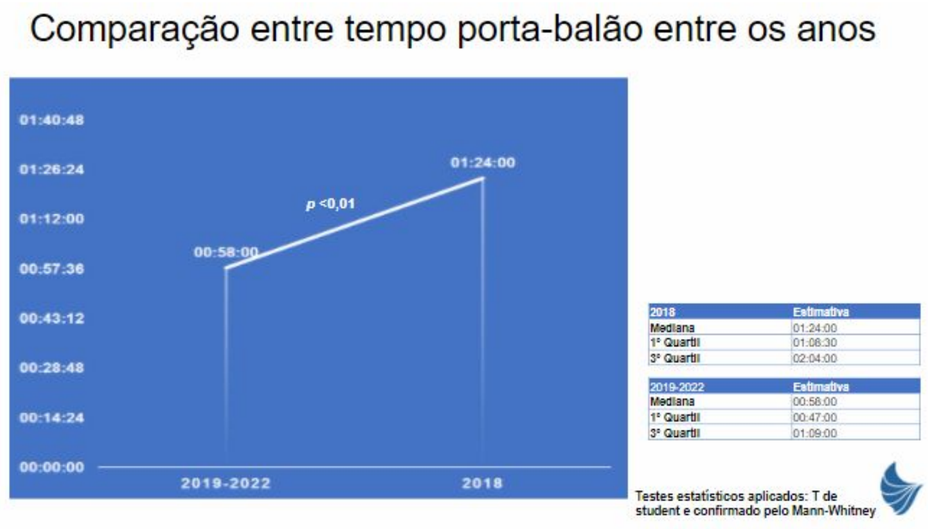
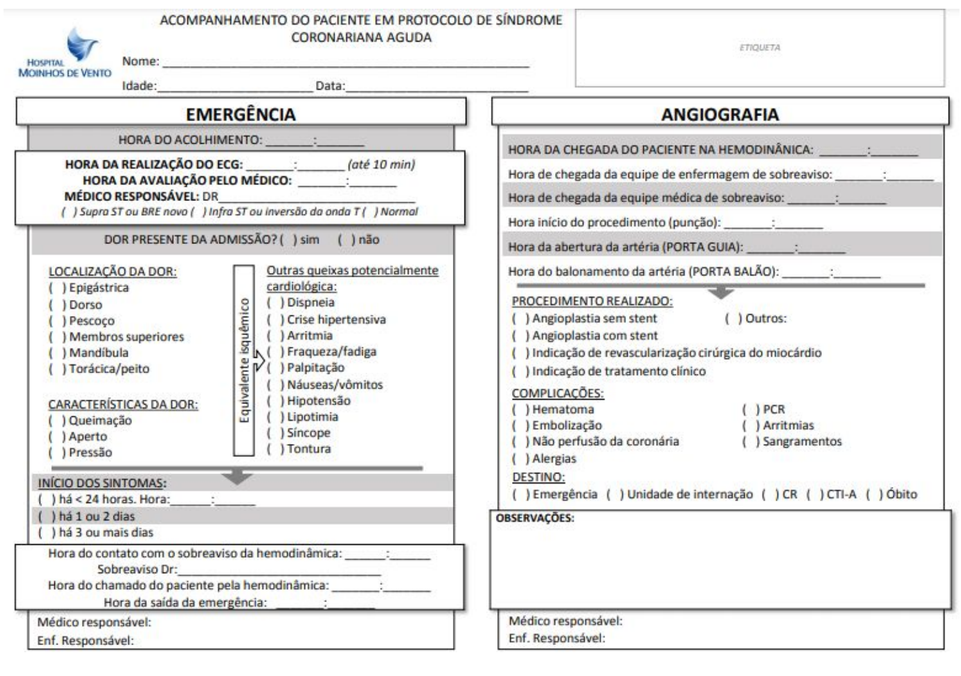


Gráfico com a comparação nos tempos dos casos atendidos em 2018 sem o grupo gestor do Whatsapp em relação aos tempos dos casos atendidos após a criação do grupo gestor do Whatsapp


ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM PROTOCOLO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Hospital Moinhos de Vento

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

ETIQUETA

EMERGÊNCIA

HORA DO ACOLHIMENTO: _____:_____

HORA DA REALIZAÇÃO DO ECG: _____:_____ *(até 10 min)*
HORA DA AVALIAÇÃO PELO MÉDICO: _____:_____
MÉDICO RESPONSÁVEL: DR_____
( ) Supra ST ou BRE novo ( ) Infra ST ou inversão da onda T ( ) Normal

DOR PRESENTE DA ADMISSÃO? ( ) sim ( ) não

LOCALIZAÇÃO DA DOR:
( ) Epigástrica
( ) Dorso
( ) Pescoço
( ) Membros superiores
( ) Mandíbula
( ) Torácica/peito

CARACTERÍSTICAS DA DOR:
( ) Queimação
( ) Aperto
( ) Pressão

Equivalente isquêmico

Outras queixas potencialmente cardiológica:
( ) Dispneia
( ) Crise hipertensiva
( ) Arritmia
( ) Fraqueza/fadiga
( ) Palpitação
( ) Náuseas/vômitos
( ) Hipotensão
( ) Lipotimia
( ) Síncope
( ) Tontura

INÍCIO DOS SINTOMAS:
( ) há < 24 horas. Hora:_____:_____
( ) há 1 ou 2 dias
( ) há 3 ou mais dias

Hora do contato com o sobreaviso da hemodinâmica: _____:_____
Sobreaviso Dr:_____
Hora do chamado do paciente pela hemodinâmica: _____:_____
Hora da saída da emergência: _____:_____
Médico responsável:
Enf. Responsável:

ANGIOGRAFIA

HORA DA CHEGADA DO PACIENTE NA HEMODINÂNICA: _____:_____
Hora de chegada da equipe de enfermagem de sobreaviso: _____:_____
Hora de chegada da equipe médica de sobreaviso: _____:_____
Hora início do procedimento (punção): _____:_____
Hora da abertura da artéria (PORTA GUIA): _____:_____
Hora do balonamento da artéria (PORTA BALÃO): _____:_____

PROCEDIMENTO REALIZADO:
( ) Angioplastia sem stent ( ) Outros:
( ) Angioplastia com stent
( ) Indicação de revascularização cirúrgica do miocárdio
( ) Indicação de tratamento clínico

COMPLICAÇÕES:
( ) Hematoma ( ) PCR
( ) Embolização ( ) Arritmias
( ) Não perfusão da coronária ( ) Sangramentos
( ) Alergias

DESTINO:
( ) Emergência ( ) Unidade de internação ( ) CR ( ) CTI-A ( ) Óbito

OBSERVAÇÕES:

Médico responsável:
Enf. Responsável:

Modelo da “Folha Rosa” que acompanha o paciente durante todo o fluxo de atendimento, sendo registrado todos os tempos a cada etapa desenhada no protocolo de atendimento.

CONCLUSÕES

Equipes presenciais in loco no serviço de hemodinâmica apresentam melhor performance em relação ao tempo de atendimento dos casos de infarto agudo do miocárdio. Aliar a comunicação efetiva através de grupos do Whatsapp para unificação da prática, melhor eficácia no tratamento, menor tempo de espera do paciente e melhora nos desfechos dos tempos de atendimento.

REFERÊNCIAS

1 - AMORAS, Tárcio Sadraque Gomes et al. Avaliação do tempo porta-balão como um indicador da qualidade assistencial. Rev. enfermagem. UFPE on line, p. [1-5], 2020. Disponívelem:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243995/35195.
2 - FREITAS, Reinaldo Alvarenga das Chagas, BIANCHI, Leonardo Carlos Dantas. A tecnologia nos negócios: análise da influência do celular na produtividade organizacional. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i10.571> . Acesso em 05/05/2022.
3 - PESARO, Antonio Eduardo Pereira et al. Infarto Agudo do Miocárdio: Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041> . Acesso em 05/05/2022.

A IMPORTÂNCIA DO BUSINESS INTELLIGENCE (BI) NA QUALIDADE DOS DADOS EM SAÚDE

Jessidenes Leal
Instituto de Saúde Coletiva - ISC

Joselito Andrade
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador(SMS)

Dr. Júlio Leal
Andrews University (EUA)

Dr. Márcio Natividade
Instituto de Saúde Coletiva - ISC

Introdução

Mortalidade por Covid-19

Qualidade dos dados

- A COVID-19 é uma doença altamente contagiosa, que se espalhou rapidamente pelo mundo, no entanto, muitos países, incluindo o Brasil, enfrentam desafios na coleta e na qualidade dos dados relacionados à COVID-19 nos sistemas de informação de saúde.

- Analisar a qualidade dos dados relacionados à COVID-19 à luz do BI pode ser fundamental para aprimorar o atendimento e as condições de saúde das pessoas afetadas pela doença.

Objetivos

Geral

Compreender a importância do Business Inteligence (BI) para a qualidade dos dados de mortalidade por Covid-19.

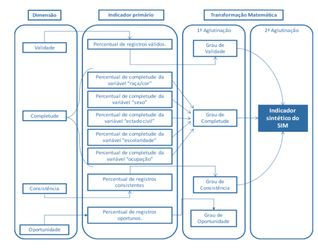
Específicos

- Apresentar o Índice de Qualidade dos Dados (IQD) como métrica para avaliar a confiabilidade dos dados.
- Analisar como a Revolução Industrial 4.0 e o BI impactam a gestão de informações epidemiológicas.
- Exemplificar a aplicação do BI na qualidade dos dados de Covid-19, identificando insights relevantes.

Metodologia

- Estudo de natureza exploratória, de tipo ecológico-espacial, com dados secundários oficiais do Brasil, tendo como unidade de análise, regiões, estados, capitais, municípios, bairros e estabelecimentos;
- Foram explorados os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
- Avaliou-se a qualidade dos dados por meio de indicadores primários bem como de suas dimensões e um índice sintético (Índice de Qualidade de dados - IQD);
- As quatro dimensões de qualidade consideradas foram: completude, consistência, oportunidade e validade;

Imagem 4 - Esquema de dimensões e etapas de construção do IQD para os dados de Covid-19 no SIM.



Fonte: Adaptado de NERI; MOTA, 2016

Imagem 5 – Quadro detalhado dos indicadores do IQD: Dimensão de qualidade, indicador, variável, descrição, método de cálculo, categoria e fonte dos dados.

SIS	Dimensão ou Atributo de qualidade	Indicador	Variável	Descrição	Método de Cálculo	Categorias	Fonte
SIM	Validade	Percentual de registros válidos.	Data da investigação	DTINVESTIG: dd mm aaaa	Divisão do total de óbitos confirmados e investigados por covid-19 pelo total de óbitos por covid-19 confirmados, multiplicado por 100	Quantitativa contínua. Categorização opcional: Excelente (maior de 80%), bom (80 a 95%), regular (70 a 80%), ruim (50 a 70%) e muito ruim (50% ou menos).	SIM
	Completude	Percentual de completitude (preenchimento diferente de branco e ignorado)	Raça/cor	RACACOR: 1 – Branca, 2 – Preta, 3 – Amarela, 4 – Parda, 5 – Indígena	Divisão entre o total de óbitos por Covid-19 confirmados e com preenchimento da variável diferente de branco e ignorado pelo número total de óbitos confirmados por Covid-19, multiplicado por 100.	Quantitativa contínua. Categorização opcional: Excelente (maior de 80%), bom (80 a 95%), regular (70 a 80%), ruim (50 a 70%) e muito ruim (50% ou menos).	SIM
			Sexo	Sexo M – masculino (1), F – feminino (2), I. ignorado (9).			
			Estado Civil	ESTCIV: 1 – Solteiro, 2 – Casado, 3 – Viúvo, 4 – Separado judicialmente/divorciado, 5 – União estável, 9 – Ignorado.			
			Escolaridade	ESC: Valores: 1 – Nenhuma, 2 – de 1 a 3 anos, 3 – de 4 a 7 anos, 4 – de 8 a 11 anos, 5 – 12 anos e mais, 9 – Ignorado.			
			Ocupação	OCUP: Ocupação habitual e ramo de atividade			
	Consistência	Percentual de registros consistentes	Data do óbito	DTOBITO: dd mm aaaa	Divisão entre o total de óbitos confirmados por Covid-19 com campos consistentes (Data do cadastro	Quantitativa contínua. Categorização opcional	SIM
	Oportunidade	Percentual de registros oportunos.	Data do óbito	DTOBITO: dd mm aaaa	Divisão entre o total de óbitos confirmados por Covid-19 com tempo de processamento (diferença entre a	Quantitativa contínua. Categorização opcional	SIM
			Data do cadastro do óbito	DTCADASTRO: dd mm aaaa			

Resultados

- O Brasil registrou 3.045.469 óbitos no período, dos quais 498.969 apresentaram a especificação B34.2-U071 (confirmados para Covid-19) como causa básica, apresentando um índice de qualidade geral de 76,80%.

Imagem 1 - Painel de Business Intelligence para a qualidade dos dados de mortalidade por Covid-19.

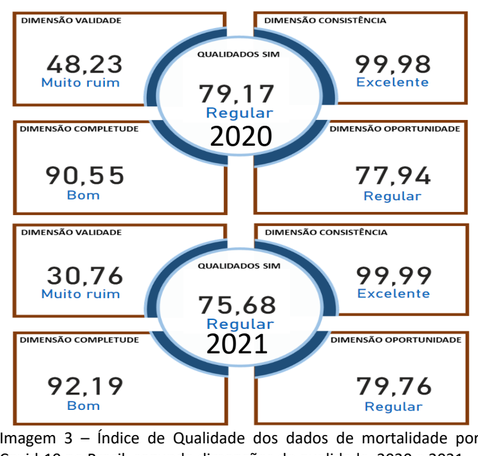


Imagem 3 – Índice de Qualidade dos dados de mortalidade por Covid-19 no Brasil, segundo dimensões de qualidade 2020 e 2021.

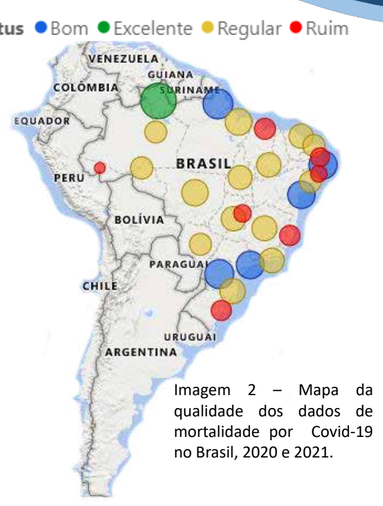


Imagem 2 – Mapa da qualidade dos dados de mortalidade por Covid-19 no Brasil, 2020 e 2021.

Região	Óbitos	IQD	Status
Sudeste	221.733	78,82	Regular
Sul	87.286	76,44	Regular
Nordeste	99.032	75,03	Regular
Norte	40.614	74,88	Regular
Centro-Oeste	50.304	73,53	Regular
Total	**498.969**	**76,80**	**Regular**

Tabela 1 – Número de óbitos, Índice de qualidade de dados e Status da qualidade dos dados de mortalidade por Covid-19, segundo regiões do Brasil, 2020 e 2021.

Conclusão

- Este estudo introduziu a primeira análise sobre a qualidade dos dados da COVID-19, ao avaliar dimensões como completude, consistência, validade, oportunidade e indicador sintético de qualidade.
- Os resultados do estudo mostraram que existem diferenças no padrão de qualidade dos dados de óbitos por Covid-19 no Brasil, que podem ser melhor exploradas por meio do BI. As regiões SUL e SUDESTE apresentaram melhor qualidade de dados;
- É possível que essas disparidades regionais e temporais na precisão dos dados tenham implicações relevantes tanto na formulação de estratégias para combater a pandemia quanto no entendimento dos efeitos da doença na sociedade.
- Existem limitações existentes na utilização de indicadores de forma agregada, alguns autores relatam reducionismo nesta sintetização. Contudo, essa limitação não ofusca as vantagens na utilização desses índices na sumarização de questões complexas e multidimensionais, tornando mais simples a compreensão sobre fenômenos;
- A gestão de informações epidemiológicas recebeu impactos e reflexos da revolução industrial 4.0 com ferramentas de BI que ultrapassam os limites convencionais no que se refere a volumetria dos dados como nova matéria prima de valor ativo;
- Por fim, este estudo ressalta a relevância do BI para aprimorar a transparência e qualidade dos dados de mortalidade por COVID-19 no Brasil, evidenciando a necessidade de pesquisas sobre qualidade dos dados e educação permanente dos profissionais e produzem, aplicam e usam os dados.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

A telemedicina como estratégia do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva

Ariane Salles Prado, Camila Pereira Pinto Toth, Carlos Henrique Santos da Silva, Silvia Schoenau de Azevedo.

INTRODUÇÃO

A telessaúde tem emergido como uma ferramenta estratégica para melhorar a qualidade do atendimento à saúde, especialmente em contextos críticos, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto. No Brasil, essa abordagem tem apresentado um potencial significativo para otimizar a prestação de cuidados intensivos e ampliar o acesso à assistência médica e multiprofissional especializada em áreas remotas e de difícil acesso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo. Os dados foram extraídos do Projeto TeleUTI Brasil, uma colaboração público-privada da Associação Beneficente Síria – Hcor e Ministério da Saúde via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - PROADISUS destinada a aprimorar a assistência ao paciente crítico em 19 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto em todo o país, totalizando 175 leitos de instituições públicas. O escopo do projeto inclui as seguintes atividades:

- **Tele-rounds Diários**: Realização de tele-rounds diários, utilizando tecnologias de comunicação remotas, para avaliar o estado dos pacientes nas UTIs e promover a discussão de casos entre profissionais de saúde.
- **Apoio no Desenvolvimento/Aprimoramento de Protocolos:** Estímulo à criação, aprimoramento e implantação de protocolos clínicos padronizados para garantir a prestação de cuidados intensivos consistentes e de alta qualidade baseado nas melhores evidências.
- **Capacitação Profissional**: Realização de Sessões de Aprendizagem Virtual, visando a atualização das equipes médicas e multiprofissionais atuantes quanto ao manejo do paciente crítico.
- **Monitoramento:** Monitoramento mensal da performance das UTIs participantes por meio da elaboração e envio de relatórios de desempenho, com base nos dados coletados durante os tele-rounds e indicadores assistenciais avaliados. Assim como o fornecimento de orientação e suporte às equipes visando a implementação de melhorias dos processos relacionados as rotinas e cuidados intensivos para aprimoramento dos resultados clínicos e desfechos assistenciais.

Essas atividades são parte integrante de uma estratégia abrangente que reconhece o potencial da telessaúde no Brasil para melhorar a assistência intensiva, tornando-a mais acessível e eficaz, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso.

Figura 1. Fluxograma dos tele-rounds diários do Projeto TeleUTI Brasil, 2022.

RESULTADOS

No período de Maio de 2022 à Agosto e 2023, foram realizados 4.208 telerounds com mais de 23 mil discussões de casos, beneficiando 4.765 pacientes distintos nas 19 UTIs contempladas de diferentes regiões do Brasil (06 na Paraíba (31,6%), 05 no Ceará (26,3%), 03 no Rio Grande do Norte (15,8%), 03 na Bahia (15,8%) e 02 em Santa Catarina (10,5%).
Do modelo operativo estabelecido foi possível obter a média de adesão de 93% aos tele-rounds até o dia 31/08/2023. Quanto aos desfechos destaca-se a redução em 24% na mediana da taxa de mortalidade em 09 instituições e uma redução de 34% no tempo de permanência em 10 unidades.

TAXA DE MORTALIDADE	Até ago/23
Instituição C	-11%
Instituição E	-34%
Instituição F	-16%
Instituição H	-24%
Instituição I	-48%
Instituição J	-23%
Instituição M	-55%
Instituição N	-58%
Instituição O	-4%
Mediana	-24%

Tabela 1. Redução da taxa de mortalidade das unidades participantes do Projeto TeleUTI Brasil HCor, 2023.

TEMPO DE PERMANÊNCIA	até ago/23
Instituição B	-43%
Instituição C	-14%
Instituição E	-35%
Instituição F	-5%
Instituição G	-40%
Instituição H	-44%
Instituição I	-35%
Instituição K	-6%
Instituição M	-32%
Instituição N	-24%
Mediana	-34%

Tabela 2. Redução do tempo de permanência das unidades participantes do Projeto TeleUTI Brasil Hcor, 2023.

CONCLUSÕES

Em um cenário em que o acesso a cuidados intensivos é essencial, a telessaúde se mostra uma abordagem viável para estender o alcance de cuidados especializados, chegando aos vazios assistenciais, impactando diretamente na qualidade de vida e nos desfechos clínicos dos pacientes. Este projeto serve como um exemplo inspirador de como a tecnologia pode transformar positivamente a assistência médica e multiprofissional no Brasil, oferecendo cuidados de alta qualidade a um número cada vez maior de pacientes.

REFERÊNCIAS

Gold, A., Huffenberger, A. M., Lane-Fall, M., Lopez, J. L. P., & Rock, K. C. (2021). Leveraging Telemedicine for Quality Improvement Video Review of Critical ICU Events: A novel Multidisciplinary Form of Education. Critical Care Explorations, 3(9), e0536. https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000536

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Análise Crítica dos Indicadores como ferramenta fundamental na tomada de decisão

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

INTRODUÇÃO

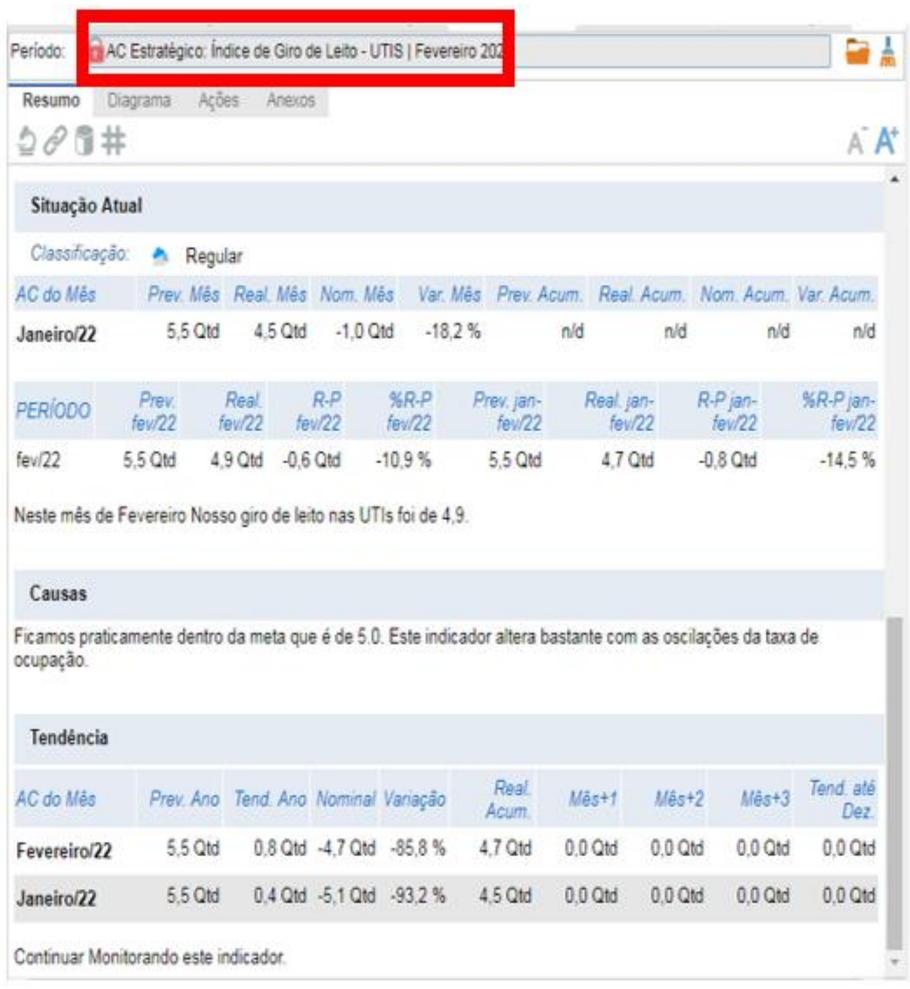
Indicador é uma informação QUANTITATIVA ou QUALITATIVA que expressa o desempenho de um processo. Permite acompanhar sua evolução ao longo do tempo e compará-lo com outras organizações.
Para alcançar sucesso sustentado em um ambiente em contínua mudança, é necessário que a organização monitore, meça e analise criticamente o seu desempenho.
A Análise Crítica consiste em avaliar a qualidade e a confiabilidade de um indicador. A análise é um direcionamento para a tomada de decisões estratégicas para entender o que aconteceu e se aquilo foi realmente eficiente, podendo também ser utilizada para avaliar o desempenho da empresa e seus objetivos estratégicos para importante tomada de decisão.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, tipo relato de experiência que ocorreu em maio de 2022. Realizado um treinamento de Análise Crítica dos Indicadores com participação de 35 colaboradores entre gestores e pares, realizamos o agendamento com os gestores e os responsáveis que realizam análise crítica de indicador com a finalidade de sensibilizar e engajar os mesmos para melhoria na tomada de decisão. Com uma abordagem prática e utilizando modelos internos de análises, relembrarmos o passo a passo de como realizar a análise no sistema eletrônico e fortalecemos a necessidade e a importância da qualidade das informações para que possamos entender os dados e realizarmos plano de ação com foco na melhoria dos processos.

RESULTADOS

Evidenciamos que após o treinamento realizado, as equipes apresentaram uma melhora significativa na qualidade das informações dos dados, favorecendo desta forma para uma tomada de decisão mais efetiva e assertiva para o processo.


Período: AC Estratégico: Índice de Giro de Leito - UTIS | Fevereiro 202

Resumo | Diagrama | Ações | Anexos

Situação Atual

Classificação: Regular

AC do Mês	Prev. Mês	Real. Mês	Nom. Mês	Var. Mês	Prev. Acum.	Real. Acum.	Nom. Acum.	Var. Acum.
Janeiro/22	5,5 Qtd	4,5 Qtd	-1,0 Qtd	-18,2 %	n/d	n/d	n/d	n/d

PERÍODO	Prev. fev/22	Real. fev/22	R-P fev/22	%R-P fev/22	Prev. jan-fev/22	Real. jan-fev/22	R-P jan-fev/22	%R-P jan-fev/22
fev/22	5,5 Qtd	4,9 Qtd	-0,6 Qtd	-10,9 %	5,5 Qtd	4,7 Qtd	-0,8 Qtd	-14,5 %

Neste mês de Fevereiro Nosso giro de leito nas UTIs foi de 4,9.

Causas

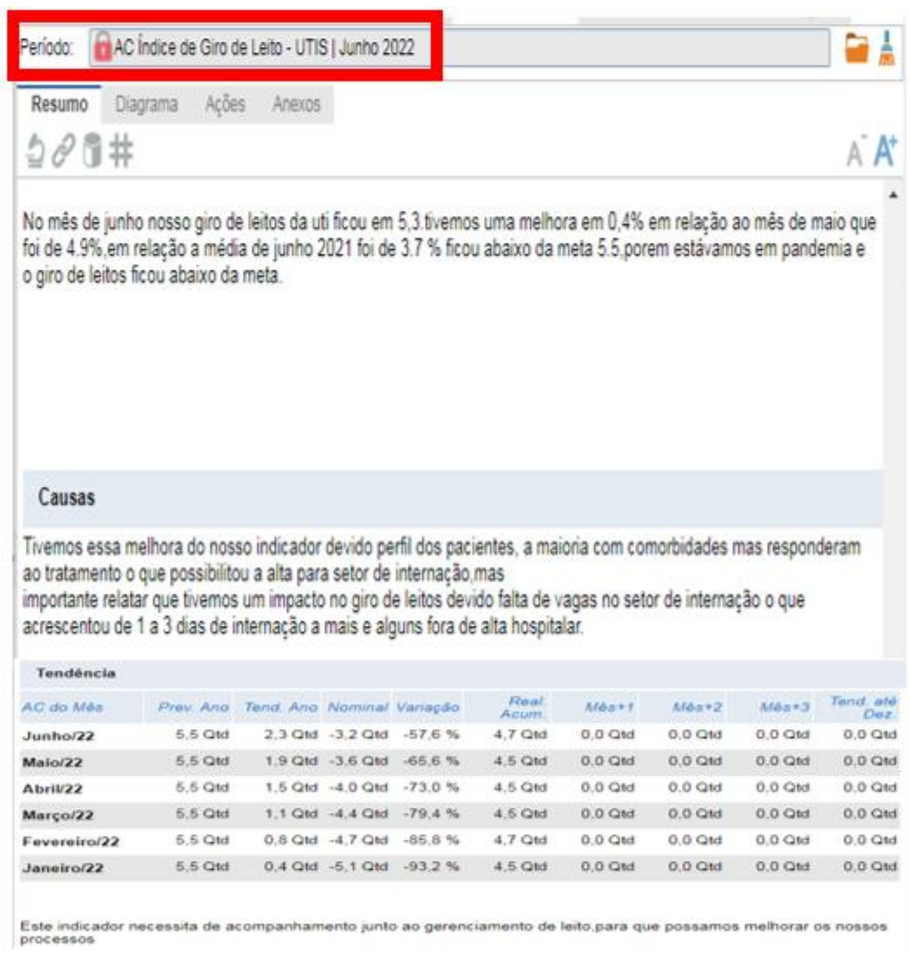
Ficamos praticamente dentro da meta que é de 5.0. Este indicador altera bastante com as oscilações da taxa de ocupação.

Tendência

AC do Mês	Prev. Ano	Tend. Ano	Nominal	Variação	Real. Acum.	Mês+1	Mês+2	Mês+3	Tend. até Dez.
Fevereiro/22	5,5 Qtd	0,8 Qtd	-4,7 Qtd	-85,8 %	4,7 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd
Janeiro/22	5,5 Qtd	0,4 Qtd	-5,1 Qtd	-93,2 %	4,5 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd

Continuar Monitorando este indicador.

Descrição da análise critica realizada antes do treinamento.


Período: AC Índice de Giro de Leito - UTIS | Junho 2022

Resumo | Diagrama | Ações | Anexos

No mês de junho nosso giro de leitos da uti ficou em 5,3 tivemos uma melhora em 0,4% em relação ao mês de maio que foi de 4.9%,em relação a média de junho 2021 foi de 3.7 % ficou abaixo da meta 5.5,porem estávamos em pandemia e o giro de leitos ficou abaixo da meta.

Causas

Tivemos essa melhora do nosso indicador devido perfil dos pacientes, a maioria com comorbidades mas responderam ao tratamento o que possibilitou a alta para setor de internação,mas
importante relatar que tivemos um impacto no giro de leitos devido falta de vagas no setor de internação o que acrescentou de 1 a 3 dias de internação a mais e alguns fora de alta hospitalar.

Tendência

AC do Mês	Prev. Ano	Tend. Ano	Nominal	Variação	Real. Acum.	Mês+1	Mês+2	Mês+3	Tend. até Dez.
Junho/22	5,5 Qtd	2,3 Qtd	-3,2 Qtd	-57,6 %	4,7 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd
Maio/22	5,5 Qtd	1,9 Qtd	-3,6 Qtd	-65,6 %	4,5 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd
Abril/22	5,5 Qtd	1,5 Qtd	-4,0 Qtd	-73,0 %	4,5 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd
Março/22	5,5 Qtd	1,1 Qtd	-4,4 Qtd	-79,4 %	4,5 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd
Fevereiro/22	5,5 Qtd	0,8 Qtd	-4,7 Qtd	-85,8 %	4,7 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd
Janeiro/22	5,5 Qtd	0,4 Qtd	-5,1 Qtd	-93,2 %	4,5 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd	0,0 Qtd

Este indicador necessita de acompanhamento junto ao gerenciamento de leito,para que possamos melhorar os nossos processos

Descrição da análise critica realizada após treinamento.

CONCLUSÕES

Concluímos que o treinamento dos colaboradores em realizar análise crítica dos indicadores assegura a descrição dos dados de forma clara e objetiva, melhorando a qualidade das informações e promovendo uma tomada de decisão mais assertiva.

REFERÊNCIAS

http://ferramentasdaqualidade.org/
https://www.doo.com.br/analise-critica-de-indicadores

ANÁLISE DOS IMPACTOS DO MODELO DE CONTRATAÇÃO E GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS EM REGIME DE PPP NA ACESSIBILIDADE E QUALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

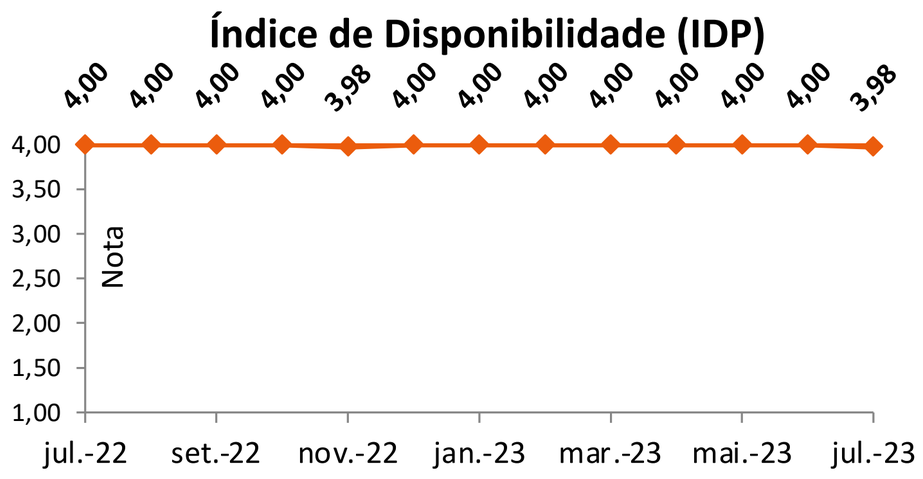
Alexandre Cunha, Alan Brener, Kleber Nogueira, Letícia Rosas

INTRODUÇÃO

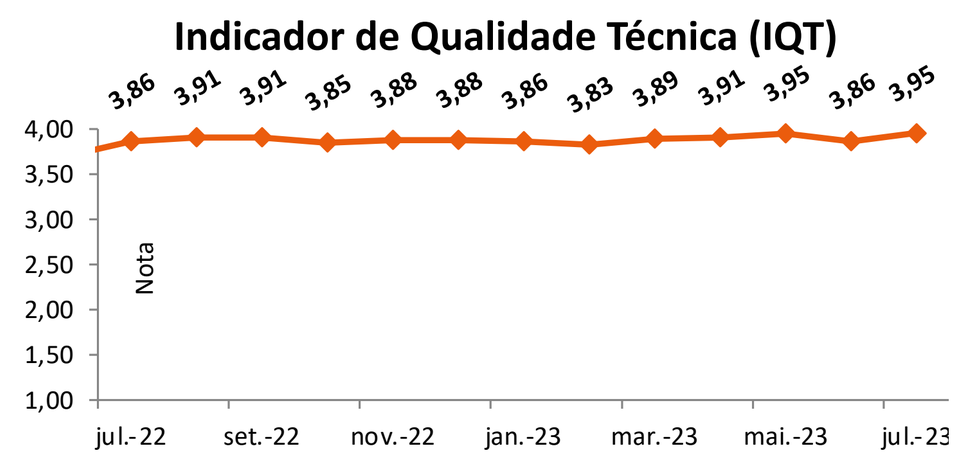
As Parcerias Público-Privadas têm ganhado destaque como importante ferramenta de viabilização de investimentos em infraestrutura social, como educação e saúde. No caso específico do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC) em Belo Horizonte (MG), a PPP engloba o investimento na construção e equipamentos do ativo, a gestão operacional de serviços não assistenciais de limpeza e higienização, nutrição e dietética, estoque e logística, engenharia clínica, manutenção predial, serviços administrativos, serviço de rouparia, tecnologia da informação, segurança patrimonial e gases medicinais.

METODOLOGIA

Foram utilizados os dados gerados nos últimos três anos de operação em Belo Horizonte – geridos pela Opy Health (concessionária) - trazendo uma análise qualitativa acompanhada de cerca de 180 parâmetros e indicadores de desempenho aferidos por verificador independente (VI), em conformidade com o contrato de PPP. Para cada índice e cada indicador é desenvolvida uma ficha onde estão detalhadas todas as métricas e cálculos, considerações e premissas, ponderação, fatores de correção, para máxima clareza do critério de verificação. Um dos índices de desempenho aferido é o Índice de Disponibilidade (IDP), que avalia o grau de disponibilidade da infraestrutura e serviços do hospital. Dentro deste índice são controlados indicadores relevantes como a disponibilidade de sistemas de informação, rede de dados e telefonia, disponibilidade de elevadores, disponibilidade de mobiliários e equipamentos, disponibilidade de número mínimo de colaboradores, disponibilidade de leitos, entre outros. O gráfico (últimos 12 meses) permite atestar ALTOS ÍNDICES DE DISPONIBILIDADE obtidos pela operação da concessionária, que oferece de forma consistente um regime de OPERAÇÃO ININTERRUPTA para o hospital.



Índice de disponibilidade (IDP) de equipamentos (Manutenção Predial e Eng. Clínica) – nota escala 1-4

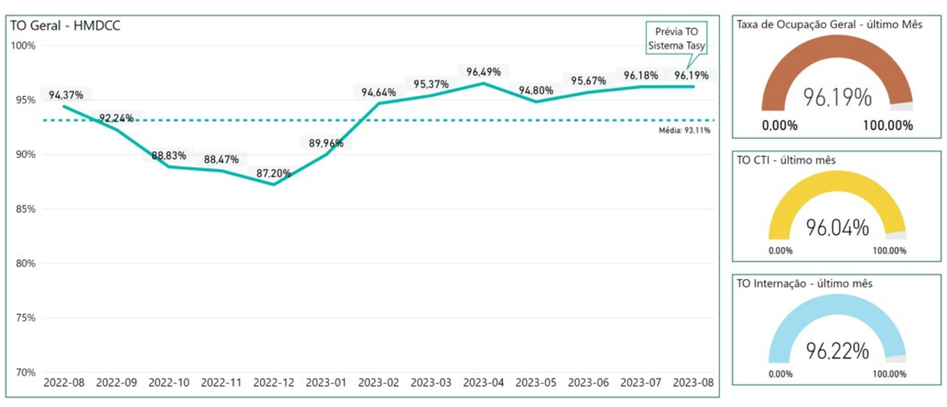


Índice de qualidade (IQ), nota escala 1-4, diversos serviços não assistenciais

Outro índice de desempenho é o Índice de Qualidade Técnica (IQT), que avalia a qualidade do serviço prestado pela concessionária ao hospital. Por meio deste índice são acompanhados indicadores como o tempo médio de atendimento na recepção, qualidade no serviço de limpeza, disponibilidade de enxoval >> pontualidade da coleta de resíduos, cumprimento do plano de manutenção, cumprimento do plano de limpeza, nível de acuracidade de estoque, qualidade do serviço de lavagem, SND – quantidade calórica, gramatura, variedade e temperatura das refeições, entre alguns outros. No último gráfico, semelhante ao Índice de Disponibilidade, pode-se atestar as notas de avaliação atribuídas pelo VI (verificador independente) demonstrando o cumprimento contínuo e de EXCELÊNCIA DE QUALIDADE TÉCNICA nos serviços prestados pela concessionária ao hospital.

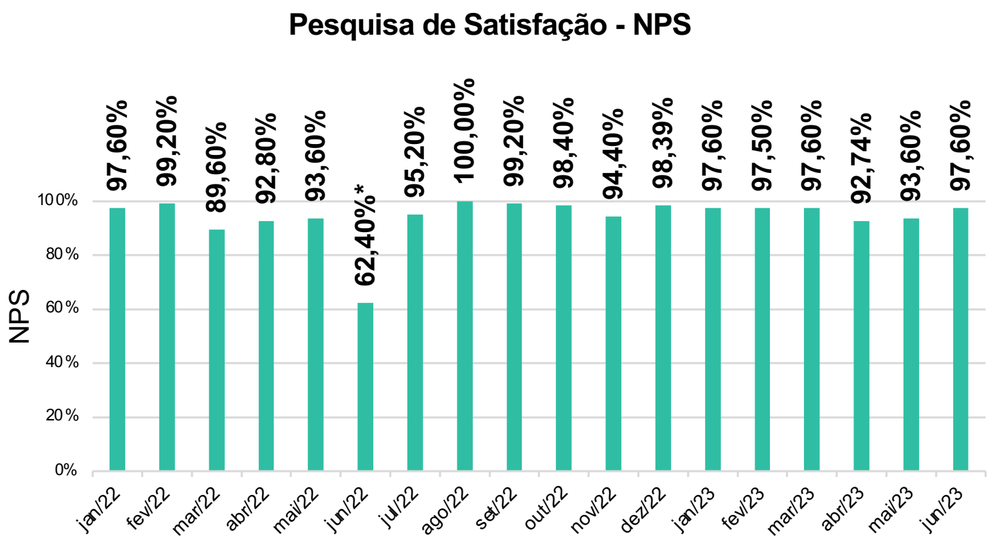
RESULTADOS

Através da demonstração independente dos Índices de Disponibilidade (IDP) e Índices de Qualidade (IQ), comparando com os altos índices da Taxa de Ocupação Geral (CTI e Internação) abaixo, é fato correlacionar que caso não sejam entregues os altos índices de disponibilidade (operação ininterrupta), performance e excelência de qualidade técnica como hoje é feito pela concessionária, não haveria a possibilidade de promover a ACESSIBILIDADE, como ocorre hoje em muitas operações de hospitais públicos, já que o HMDCC mantém-se com ocupação média acima de 90% (acima de 96% em 2023), usando a totalidade de leitos previstos no projeto da PPP.



Taxa de ocupação geral, Taxa de ocupação CTI e Taxa de ocupação internação, sistema Tasy (Philips).

A consequência deste cuidado e atenção é um alto índice de satisfação, mesmo com alta ocupação. A percepção de qualidade aferida com os pacientes (Net Promoter Score) permanece muito acima da média dos hospitais pesquisados no Brasil, que é de 59%[1]



[2] Pesquisa de satisfação – NPS – Dados VI PPP Hospital Dr. Celio de Castro, pesquisa realizada mensalmente com mais de 100 usuários do hospital – *Dado mês de junho/22 – troca de verificador independente e ajuste da metodologia de avaliação.

CONCLUSÕES

Com base nos dados apresentados, comprova-se o sucesso da tese e compreende-se como positivos os impactos do modelo de contratação e gestão de hospitais públicos em regime de PPP, tanto na acessibilidade como na qualidade dos serviços para o Sistema Único de Saúde – SUS. Por meio da gestão eficiente e inteligente, avaliação contínua e independente de processos, utilização e inovação frequente com recursos tecnológicos, treinamento e engajamento de pessoas, as PPPs podem representar um papel de destaque e ser uma opção favorável, se não a opção de primeira escolha, para as questões de gestão de saúde pública nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

1 https://metricx.blog/experiencia-do-paciente-dados-brasil/ - ANAHP em conjunto com Bain&Company - pesquisa de satisfação e de NPS com 14 mil pacientes em 18 hospitais privados brasileiros – 2016 – 2 – Dados gerados pelo VI e disponíveis publicamente no site da PBH.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Análise Sumário de Alta com algoritmos de Processamento de Linguagem Natural (PLN) Inteligência Artificial (IA)

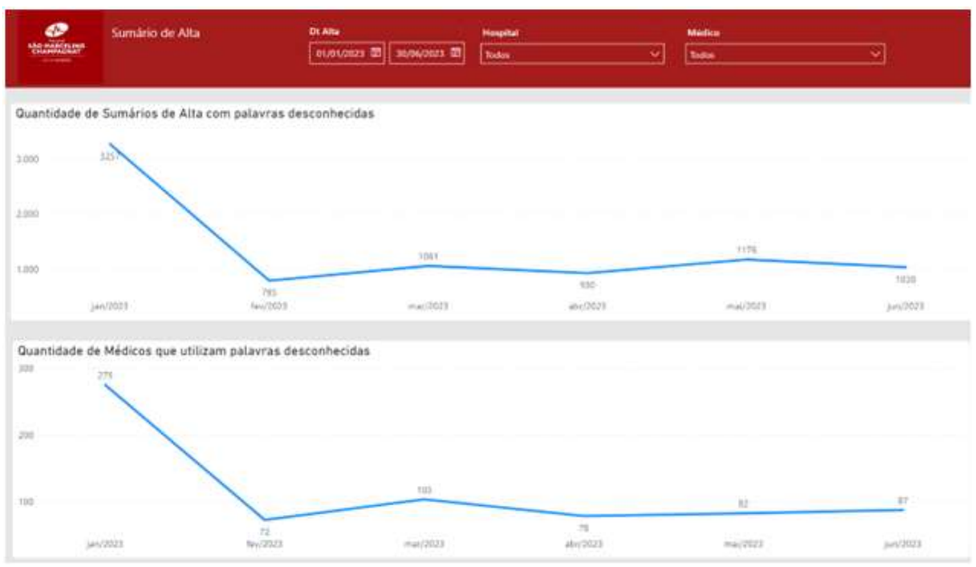
Caroline da Cruz de Lima, Marcelo Silva da Silva, Eric Ricardo Alves Inamorato, Rodolfo Pirolo Gatzke

INTRODUÇÃO

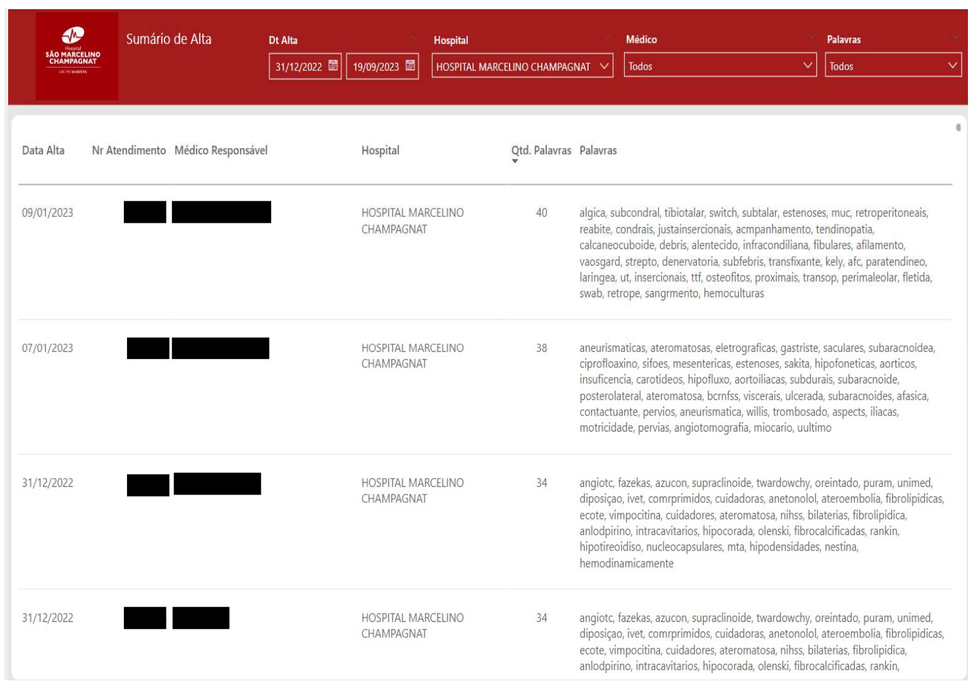
O acompanhamento do sumário de alta é crucial para garantir a interpretação e aplicação correta das instruções de tratamento. O uso de técnicas de aprendizado de máquina com algoritmos de Processamento de Linguagem Natural PLN ajuda a identificar termos inadequados, palavras erradas e nomes de medicamentos com grafia inconsistente. Auxiliando no treinamento/conscientização do corpo médico.

METODOLOGIA

Algoritmo baseado em IA com técnicas de Processamento de Linguagem Natural (PLN)[1], apresentado em um BI.
O algoritmo que faz a leitura dos conteúdo do sumário de alta existente no sistema de avaliação medica e valida palavra por palavra no texto, fazendo a identificação em três fases, na primeira fase aplicando dicionários do português (BR), na segunda etapa aplicando dicionários técnicos de medicina, na terceira fase utilizamos lista de abreviações medicas do SemClinBr [2] (produto pesquisa PUCPR), gerando uma base estruturada em SQL Server. Os principais campos que compõe a base são, data emissão, número do atendimento, texto do sumario, médico responsável. A partir da base de dados, os painéis de visualização em BI foram desenvolvidos de forma que contivessem a visão de acompanhamento com o total de ocorrências mensal, quantitativo por palavra/sigla, quantidade de palavras/siglas identificadas por sumário, detalhamento por médico e uma nuvem de palavras dando a visão de quais as 50 mais encontradas.



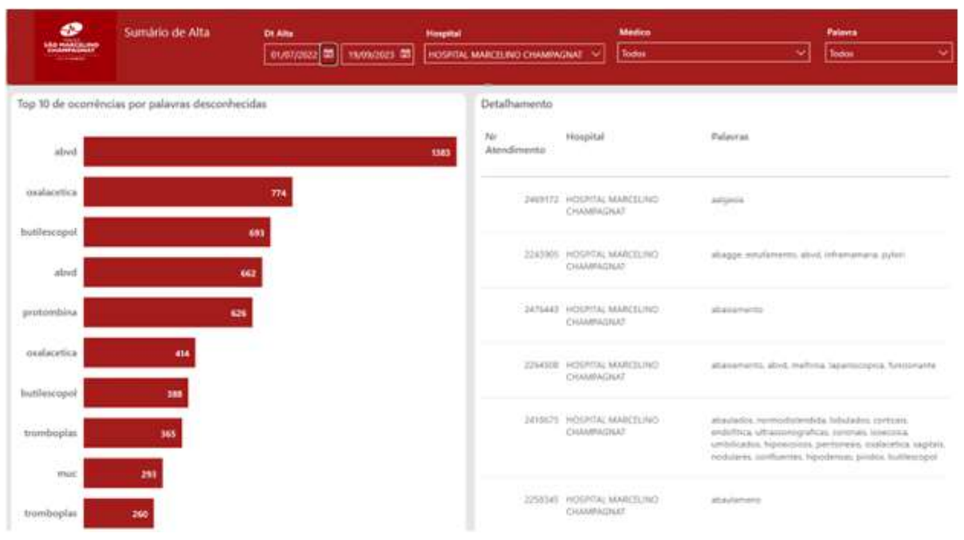
Janeiro de 2023 temos outliers, a partir de fevereiro com inclusão de todos os dicionários, ajustes no algoritmo, temos indicadores coerentes a realidade.



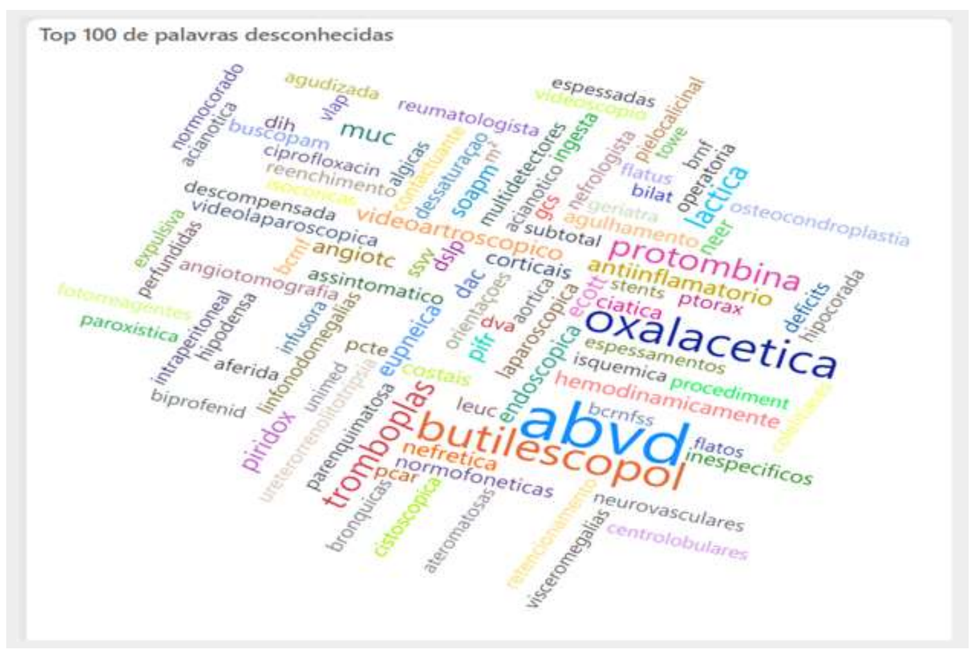
Detalhamento de casos por data, atendimento, médico, quantidade, palavras e siglas.

RESULTADOS

1º - Resumo, um indicador que exibe quantidade de palavras e siglas incorretas e ou desconhecidas listadas por mês.
2º - Traz o detalhamento do indicador que estratifica os casos por atendimento, médico e quantidade de palavras siglas.
3º - Ocorrências, o qual possui de forma simplificada, todas as palavras/siglas a quantidade existente dispostas de forma crescente indicando o grau de utilização dentro dos sumários.
4º - Quantifica por médico o total de palavras siglas, tendo a possibilidade de ver no detalhe quais são estes atendimentos e quais são as palavras siglas identificadas.
5º - Nuvem de palavras a qual demonstra de forma visual as palavras siglas identificadas mais utilizadas dentro dos sumários de alta.
Validações demonstraram captura de 95% dos casos.



Os casos não capturados são palavras conhecidas porém por motivo de acentuação ou não estarem em dicionários PT/BR ou de termos médicos.



Nuvem de palavras que exibe quais palavras foram mais utilizadas dentro dos sumários, obedecendo filtros da tela (período, médico).

CONCLUSÕES

O dashboard do Sumário de Alta se mostrou-se uma ferramenta eficiente e interativa, para detecção e identificação de novos casos de palavras e siglas não identificadas dentro dos dicionários aplicados (PT/BR e termos médicos e aplicados na medicina). A ferramenta está sendo utilizada no processo de orientação aos médicos e na criação e desenvolvimento de campanhas de orientação interna, treinamentos de preenchimento do sumário.

REFERÊNCIAS

[1] SOUZA, Marcos de and SOUZA, Renato Rocha Resumir e organizar corpus de dados por meio de algoritmos de aprendizagem de máquina. https://www.brapci.inf.br/index.php/res/v/137081
[2] Lucas Emanuel Oliveira, Ana C Peters, Adalniza M Pucca da Silva, Caroline P Gebeluca, Yohan B Gumiel, Lilian Mie M Cintho, Deborah Ribeiro Carvalho, Sadid Al Hasan, Claudia M Cabral Moro, SemClinBr-PUCPR / Multi-institutional and multi-specialty semantically annotated corpus for Portuguese clinical. https://doi.org/10.1186/s13326-022-00269-1

APLICAÇÃO DA VACINA BCG AO NASCER

VERONICA LUBIAN; VANDERLÉIA DA ROCHA SCHARB CERESER;
KELLY TALITA DE MORAES; ESSARA CAMPESATO FONTES

INTRODUÇÃO

UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE, FILANTRÓPICO DE PORTO ALEGRE/RS CONTA COM UMA MATERNIDADE DE EM TORNO DE 350 PARTOS/MÊS. FOI REALIZADA UMA PARCERIA COM A REDE PÚBLICA DA CIDADE PARA APLICAÇÃO DA VACINA BCG NOS BEBÊS ANTES DA ALTA DA MATERNIDADE, BUSCANDO AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO E REDUÇÃO DO RISCO DE EXPOSIÇÃO DO RECÉM NASCIDO E PUÉRPERA, EVITANDO DE IR A UM SERVIÇO DE SAÚDE NOS PRIMEIROS 30 DIAS DE VIDA DO BEBÊS.

O NÚCLEO DE VACINAS, QUE FICA EM UMA UNIDADE EXTERNA DA INSTITUIÇÃO, CAPACITOU UMA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA APLICAÇÃO DE BCG E ESTA FOI ALOCADA NA MATERNIDADE, PARA APLICAR A VACINA EM TODOS OS BEBÊS, COM INDICAÇÃO MÉDICA E AUTORIZAÇÃO DOS PAIS.

A VACINA É PRESCRITA PELO PEDIATRA NO PRONTUÁRIO DO RECÉM NASCIDO, ONDE A PROFISSIONAL FAZ A CHECAGEM APÓS A APLICAÇÃO DA BCG E REGISTRA NA CARTEIRA DE VACINAÇÃO.

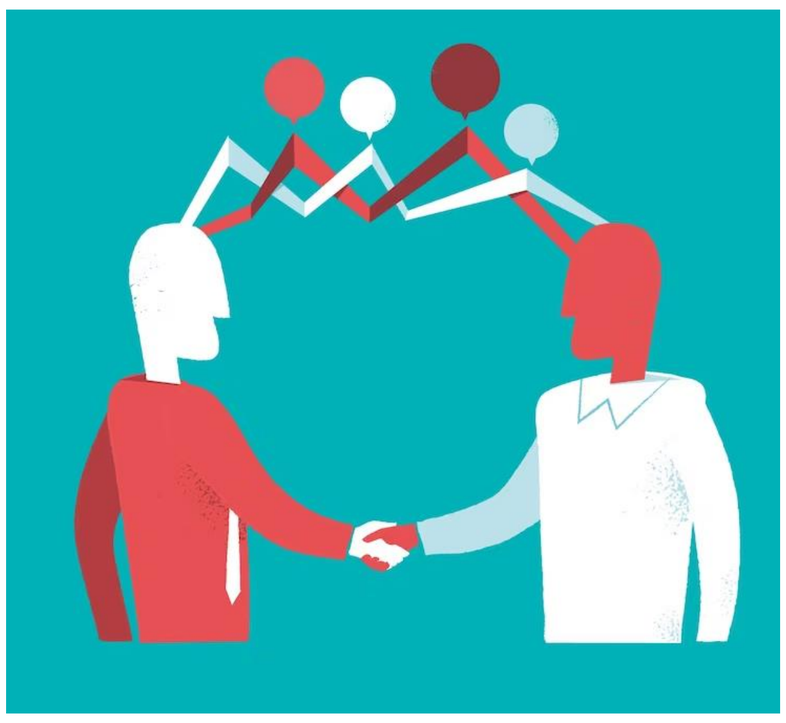
A APLICAÇÃO DA VACINA BCG NA MATERNIDADE É REGISTRADA TANTO NA CARTEIRA DE VACINAÇÃO, CHECADA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO BEBÊ, POSTERIORMENTE INSERIDO NO SISTEMA ELETRÔNICO DA INSTITUIÇÃO ONDE SÃO REGISTRADAS TODAS AS VACINAS APLICADAS NO PACIENTE, SENDO REALIZADA A PROGRAMAÇÃO VACINAL DAS PRÓXIMAS VACINAS.

Recém nascido que é vacinado ainda durante a internação na maternidade ou na UTI neonatal

Modelo de carteira de vacinação fornecida pelo Ministério da Saúde do Brasil.

RESULTADOS

A PARCERIA MOSTRA QUE É IMPORTANTE E POSSÍVEL PRESTAR SERVIÇO ENTRE O SISTEMA PÚBLICO E PRIVADO, QUANDO AMBOS POSSUEM O MESMO PROPÓSITO NO CUIDADO DA POPULAÇÃO COMO UM TODO, COMO NESTE EXEMPLO DA APLICAÇÃO DE VACINA BCG NA MATERNIDADE.
SÃO APLICADAS EM MÉDICA 240 VACINAS MÊS, EM TORNO DE 2.880/ANO.



Um trabalho realizado em parceria público – privada, com o mesmo foco._

Resultados tanto para o serviço privado, tanto produção como receita, e para o setor público auxilia na meta de cobertura vacinal da BCG.

CONCLUSÕES

O PROCESSO DE APLICAÇÃO DE DE BCG NA MATERNIDADE POSSIBILITA MAIOR ALCANCE DE VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO CONTRA A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO.

TAMBÉM TEM O IMPACTO POSITIVO PARA MÃE-BEBÊ, OS QUAIS NÃO PRECISAREM IR ATÉ UM SERVIÇO DE VACINA ATÉ OS DIAS DE VIDA.

REFERÊNCIAS

1) https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao - Acesso em 26/09/2023.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Atuação da equipe multidisciplinar na implementação de uma Certificação por Trauma

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

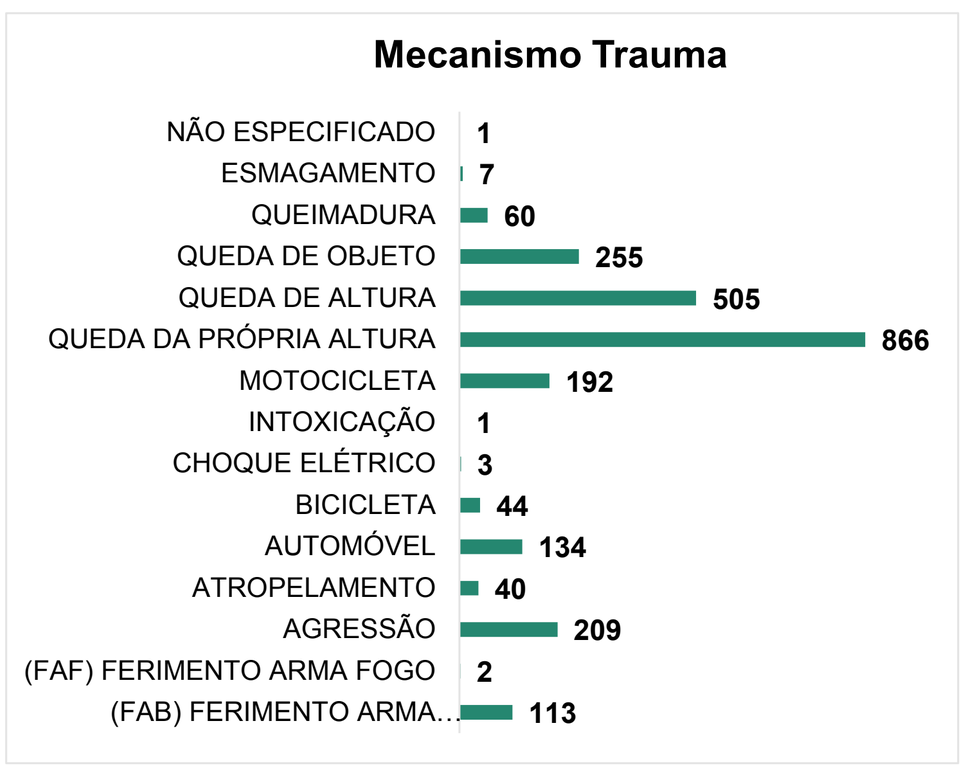
Enfermeira Cristiane Maria Clares de Araujo Moreno, Enfermeira Claudia Alves Barboza de Oliveira

INTRODUÇÃO

De acordo com o planejamento estratégico na instituição em proporcionar assistência baseada em protocolos assistenciais vigentes, melhorar e potencializar os processos assistenciais, incorporar tecnologia nos processos e aumentar a produtividade e eficiência nos processos administrativos, houve o interesse da alta gestão em implementar um centro de trauma no Hospital Nipo Brasileiro.

METODOLOGIA

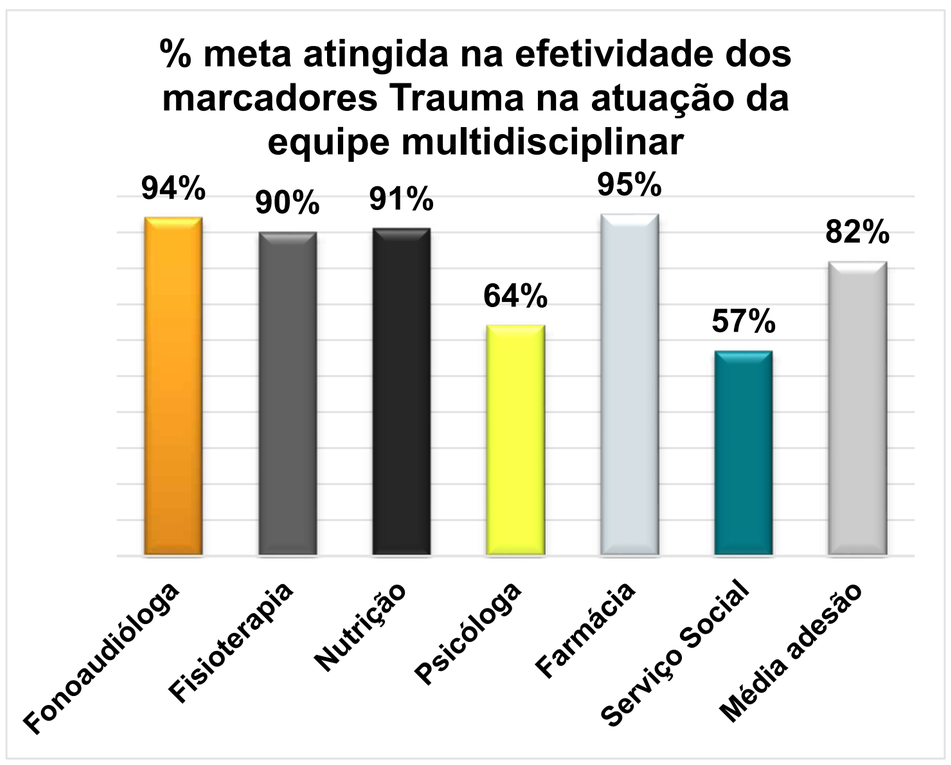
Alguns processos foram desenvolvidos para implementação do Centro de Trauma: banco de dados através da abertura de uma ficha de Trauma para “pacientes vítimas de trauma”, estruturação manual trauma, criação de um Conselho Consultivo para definições do regimento interno e estruturação das áreas para atender os marcadores do protocolo, agendamento de uma visita diagnóstica por uma Certificadora. Criação de fluxos, Comissão PIPS (Melhoria da Performance e Segurança do Paciente - Performance Improvement and Patient Safety), identificando pontos fortes, áreas de melhoria e acompanhando os resultados da avaliação com envolvimento da equipe multidisciplinar, painéis assistenciais, campanhas e acompanhamento pós alta. Capacitação (ATLS / ATCN), PODCAST, Flashes Educativos e Vídeo Educacional com orientações.



Mecanismo de Trauma dos pacientes admitidos no Hospital Nipo Brasileiro de Janeiro a agosto 2023 (dados Powerbi)

RESULTADOS

Através dessa iniciativa podemos acompanhar o perfil dos pacientes assistidos em nossa instituição, a prevalência dos mecanismos de trauma, perfil de idades de acordo com o mecanismo do trauma, classificação do trauma leves, moderados e graves com condução do fluxo de atendimento pelos marcadores estabelecidos pelo grau de gravidade.

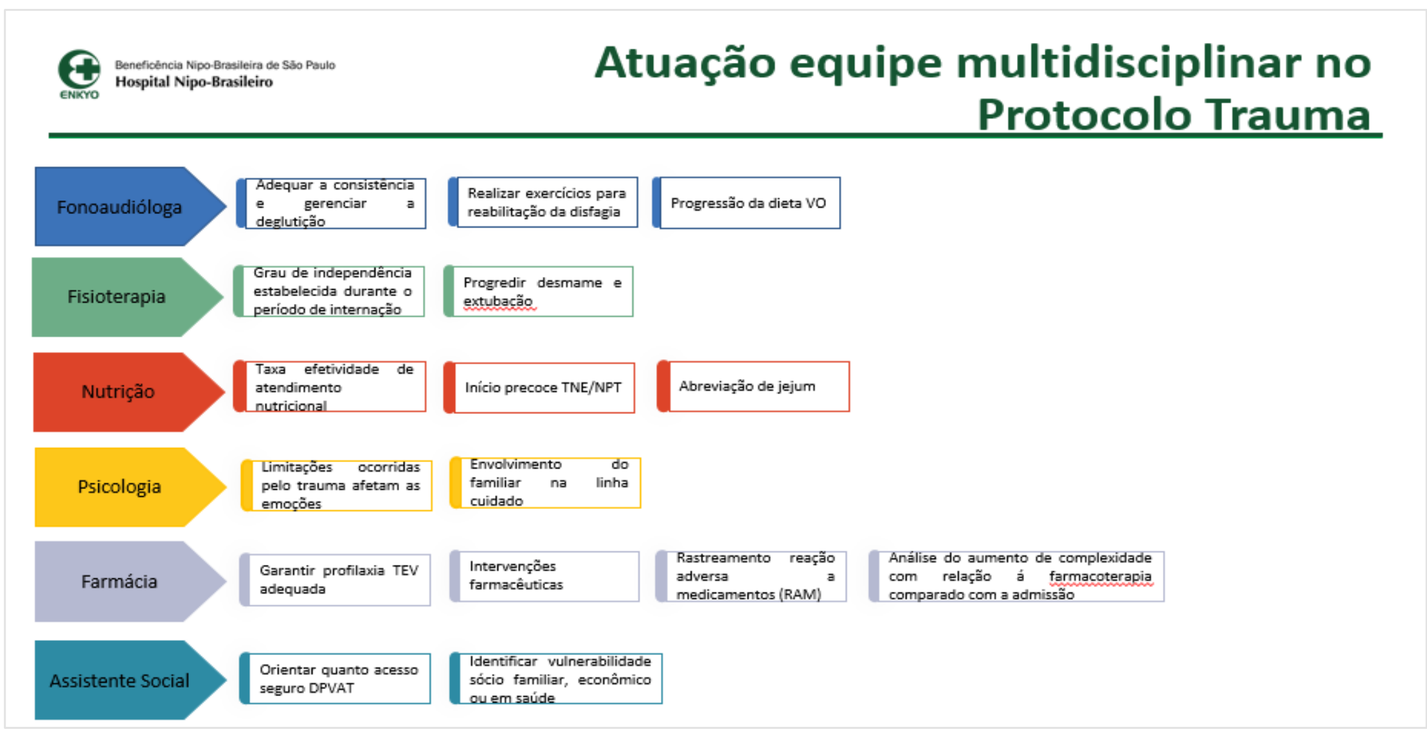


Dados Interact – Indicadores Trauma equipe multidisciplinar

CONCLUSÕES

O gerenciamento dos dados nos proporcionou uma visão estratégicas a ser realizada, parcerias, modernização da infraestrutura, parque tecnológico e ambientes p/ garantir segurança e conforto ao paciente, fortalecer a imagem institucional, melhorar o relacionamento com o cliente, garantir a satisfação durante a sua jornada, manter e divulgar ações socioambientais, gerir custos e garantir receita.

Por fim, o acompanhamento pós alta dos pacientes internados vítimas de trauma nós fez entender o tempo de recuperação do paciente, o qual importante foi a atuação de cada multidisciplinaridade no tratamento e orientações para a alta hospitalar e facilitar um retorno de acompanhamento médico e demais especialidades.



Dados Interact – Indicadores Trauma equipe multidisciplinar

REFERÊNCIAS

Banco de dados setor de Gerenciamento Protocolos – Práticas Assistenciais

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE GERENCIAMENTO DE PROTOCOLOS DENTRO DAS MELHORIAS DE PROCESSO DO HOSPITAL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Cláudia Alves Barboza de Oliveira, Fabiana Cristina de Santana Barreto, Giselle Marques Muniz de Souza

INTRODUÇÃO

Conforme o planejamento estratégico do Hospital Nipo Brasileiro, foi implementado na instituição o setor de Gerenciamento de Protocolos, com o intuito de atuar, coordenar e acompanhar junto a equipe multidisciplinar nas melhorias dos protocolos assistenciais, melhorando assim a jornada do paciente durante o período de internação e pós-alta, visando contribuir para um melhor desfecho clínico.

METODOLOGIA

Através das enfermeiras do setor de Práticas assistenciais, os protocolos assistenciais são gerenciados, com as fichas de abertura dos protocolos, onde são acompanhados diariamente todos os casos e pontuados quando não adesão, cada protocolo tem seu tempo para avaliar a adesão e não adesão, é encaminhado aos gestores das áreas/equipes todos os protocolos com não adesão para análise, discussão e melhoria, são realizados apresentações mensais e bimestrais com os resultados de maneira esclarecedora, com fechamento dos casos pela equipe médica. Alguns protocolos participam do programa pós-alta e enfermeiro navegador, com visitas à beira leito e orientações quanto aos cuidados e medidas para prevenção de trombose (TEV), cuidados com curativo em ferida operatória, uso adequado das meias e cuidados de risco de queda e higiene, intervalo adequado para continuidade do uso do anticoagulante em casa.

É aplicado um termo de consentimento ao paciente/responsável aderindo ao programa pós-alta onde é encaminhado uma mensagem pelo WhatsApp confirmando a inclusão. O contato é realizado de 1-3 dias após a alta hospitalar, podendo estender há 2 meses, podendo ser feito até quatro ligações durante esse período. As enfermeiras do setor de gerenciamento de protocolos, também participam de ações educativas como integração, treinamentos e ações institucionais, participação em visitas de acreditação, auditorias, gestão à vista, benchmarking e novos projetos.

RESULTADOS

Através da ação do enfermeiro de gerenciamento, foi possível realizar intervenções pontuais com outras multidisciplinaridades para auxiliar nas orientações e cuidados necessários.

Após a implantação do setor de gerenciamento de protocolos, foi constatado a diminuição de eventos adversos, diminuição das dúvidas dos pacientes/acompanhantes e aumento da satisfação através do indicador do NPS (Net Promoter Score).

Treinamento do Protocolo de Dor torácica 07/2023

CONCLUSÕES

Realizar o gerenciamento dos protocolos institucionais, nos possibilita trabalhar as fragilidades e trazer melhorias contínuas aos nossos processos, envolvendo toda a equipe multidisciplinar a percepção da importância na continuidade da assistência e a possibilidade de evitar e/ou minimizar complicações aos nossos pacientes.

IMAGEM

Treinamento do Protocolo de Dor torácica 07/2023

REFERÊNCIAS

Banco de dados do setor de Gerenciamento de Protocolos do Hospital Nipo Brasileiro.

AVANÇOS NA SAÚDE POR MEIO DE PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA A SERVIÇO DA POPULAÇÃO

Alejandro Barth Calux Hidalgo, Matheus Santos Samaritano Pereira, Rafael Antunes Szulczewski, Victor Hugo Góes Silva.

INTRODUÇÃO

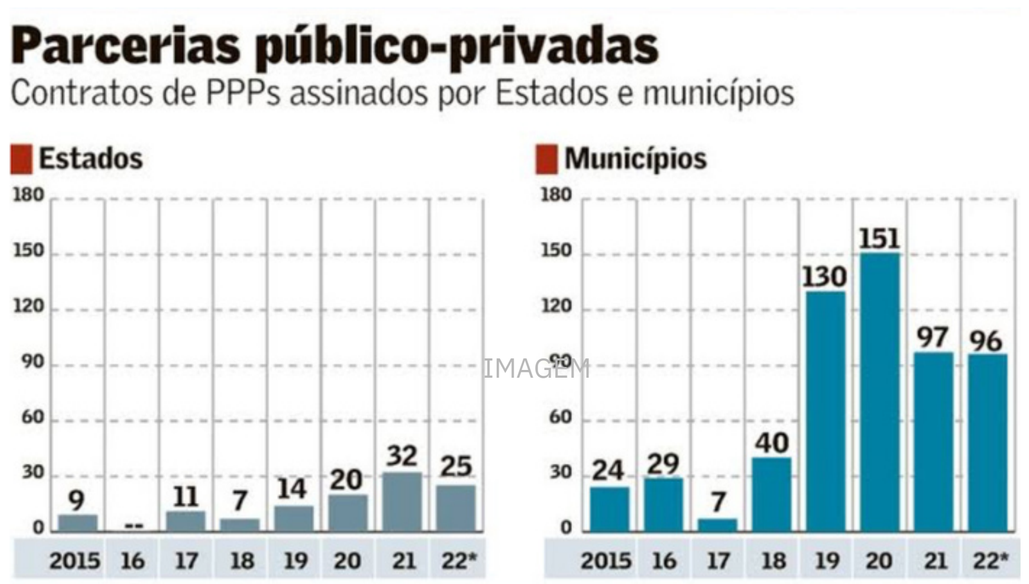
A busca por melhorias na saúde pública é um desafio constante em todo o mundo.Avanços tecnológicos têm desempenhado um papel significativo no aprimoramento dos sistemas de saúde, permitindo diagnósticos mais precisos,tratamentos mais eficazes e maior acesso aos cuidados médicos.As Parcerias Público-Privadas (PPPs) têm surgido como uma estratégia fundamental para impulsionar a inovação tecnológica no setor da saúde,ao permitir uma colaboração sinérgica entre o governo e o setor privado. Objetivo: Esse estudo tem como objetivo avaliar como as Parcerias Público-Privadas têm contribuído para avanços na área da saúde.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica e coleta de dados de agências governamentais e organizações de saúde.Em que a revisão bibliográfica abrangeu bases de dados científicas,revistas especializadas em saúde e relatórios de órgãos de saúde nacionais e internacionais.

RESULTADOS

Diante da revisão bibliográfica e análise de dados,foi possível avaliar que as Parcerias Público-Privadas (PPPs) têm apresentado uma significativa contribuição financeira para o setor da saúde,totalizando um investimento anual de 674 bilhões de reais.Do montante investido,cerca de 56,4% provém do setor privado,correspondendo a 380 bilhões de reais,enquanto aproximadamente 43,6% são provenientes do setor público, totalizando 294 bilhões de reais.Essa colaboração tem permitido uma melhor gestão dos recursos disponíveis e uma aplicação eficiente dos investimentos para aprimorar a infraestrutura de saúde e a qualidade dos serviços oferecidos à população.Além disso,as PPPs têm desempenhado um papel importante na incorporação de inovações tecnológicas na área da saúde.Com o investimento conjunto do setor público e privado,foi possível adquirir equipamentos médicos de ponta,como ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassom de alta resolução,que têm aprimorado a precisão do diagnóstico e tratamento médico.



CONCLUSÕES

Com isso,é notório que as parcerias Público-Privadas (PPPs) têm sido uma poderosa aliada na melhoria da saúde pública,impulsionando a inovação tecnológica e trazendo benefícios concretos à população. Investir continuamente nessas parcerias e buscar novas formas de cooperação pode levar a avanços ainda mais significativos no setor de saúde.

REFERÊNCIAS

https://www.scielo.br/j/csp/a/drk3GQCxZMTsnwQWxRjJdNQ/?format=pdf&lang=pt https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contra-covid-19
https://veja.abril.com.br/coluna/coluna-claudio-lottenberg/parcerias-publico-privadas-podem-representar-avanco-na-saude/amp/ https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/39-50/pt
https://www.estadao.com.br/amp/politica/gestao-politica-e-sociedade/publico-e-privado-dois-modelos-em-disputa-no-sistema-de-saude-brasileiro/

CAPTAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS ELETIVOS PARTICULARES EM HOSPITAL PRIVADO DO AGRESTE PERNAMBUCANO

Jocias Maier Zanatta, Erika Lucila Gomes da Silva, Eduardo Fernando da Silva Souza

INTRODUÇÃO

O cenário complexo e de crise sem precedentes da saúde suplementar, sobre tudo pós pandemia, com elevação da sinistralidade, judicialização de procedimentos e terapias, Rol de Procedimentos exemplificativo, piso da enfermagem, elevação de custos de materiais e medicamentos, entre outros, faz com que seja ainda mais relevante trabalhar com eficiência operacional e buscar fontes alternativa de receita. Diante disso, se buscou viabilizar projeto para incremento de receita de convênio particular em hospital geral privado com 150 leitos, pertencente a rede própria de operadora de planos de saúde de médio porte do agreste pernambucano, com meta de atingir 5% do total da receita mensal.

METODOLOGIA

O estudo aplicado, teve período de execução de doze meses (Julho\2022 a Junho\2023) e seguiu o seguinte roteiro: contratação de consultor comercial, definição de especialidades alvo, visita a consultórios médicos, definição de pacotes cirúrgicos e política financeira, adequação de fluxo de agendamento e acompanhamento da experiência do cliente.

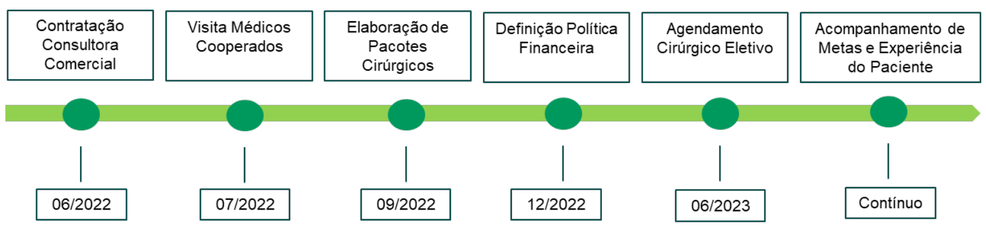


Figura 1 – Roteiro do estudo

RESULTADOS

Como resultados, fidelizou-se médicos cooperados (45 profissionais), ampliou-se o número de procedimentos cirúrgicos empacotados (83 pacotes), e volume mensal de procedimentos eletivos particulares superior a R$ 300.000,00 (trezentos mil reais), superando os 5% de meta estabelecida para a representatividade do convênio particular. A seguir, é detalhado a evolução do projeto de da captação de pacientes cirúrgicos eletivos particulares.

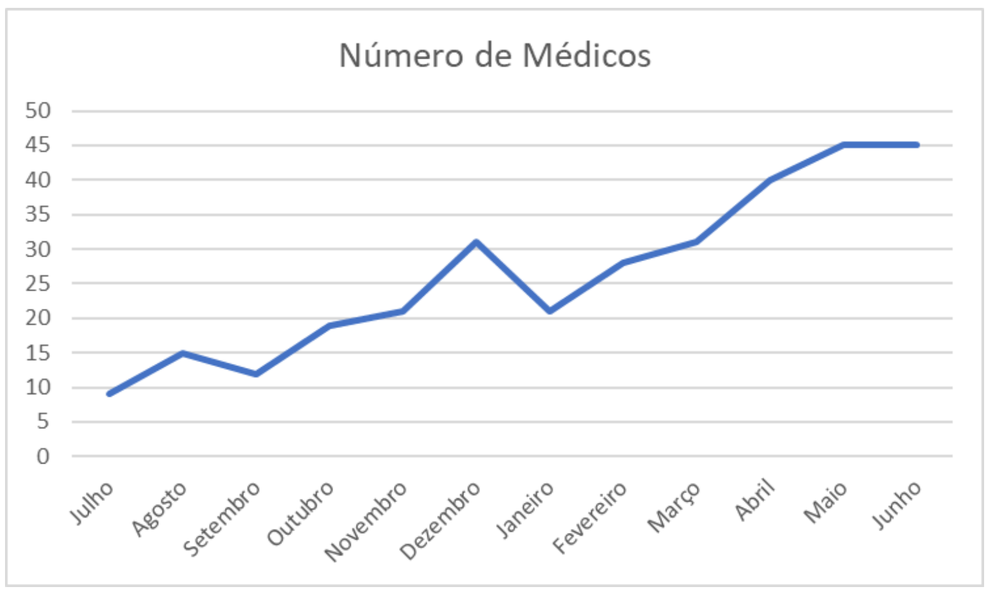


Gráfico 1 – Número de médicos fidelizados

O Gráfico 1 ilustra a fidelização dos médicos para os procedimentos cirúrgicos eletivos particulares, que atualmente é de 45 (quarenta e cinco) profissionais, de diferentes especialidades.

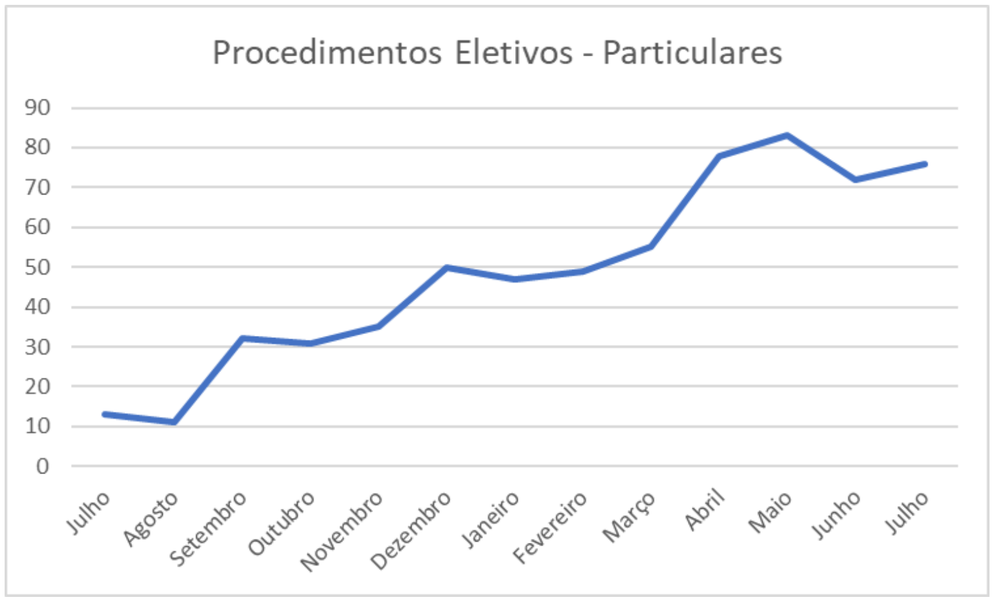


Gráfico 2 – Número de procedimentos

É possível observar o aumento do volume de procedimentos eletivos particulares, que no último trimestre do estudo, representou 77 (setenta e sete) procedimentos mensais em média.

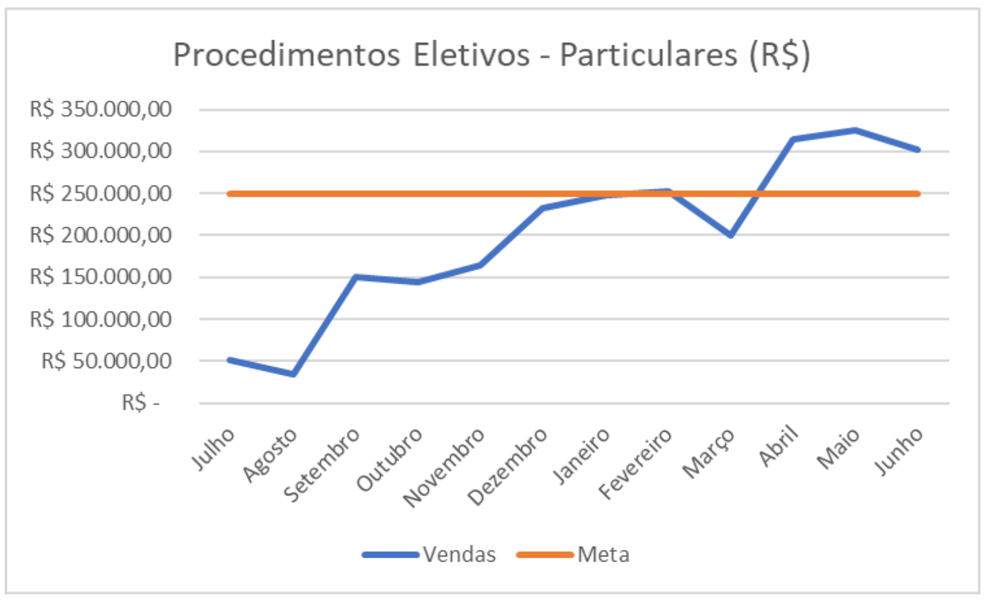


Gráfico 3 – Volume de vendas (R$)

O Gráfico 3 demonstra a evolução do incremento de receita particular referente a pacientes cirúrgicos eletivos, que teve aumento expressivo de 492,89%, o que supera a meta de representatividade estabelecida para o convênio particular, que é de 5%.

CONCLUSÕES

Conclui-se, que o estudo atingiu os seus objetivos propostos, gerando trabalho médico, fidelizando médicos cooperados e ampliando de forma exponencial a receita com o convênio particular.

Desta forma, preenchendo lacunas de ociosidade da ocupação hospitalar e contribuindo com a sustentabilidade do negócio.

REFERÊNCIAS

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J.. **Safari de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
PORTER, M. E.. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
TEIXEIRA, Luís Edmundo Noronha et al. A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 777-789, 2022.
ZANATTA, Jocias Maier; HALBERSTADT, Ismael Alan; CAMARGO, Bruna Faccin. COOPERATIVAS MÉDICAS DE GRANDE PORTE: ANÁLISE DA RECEITA LÍQUIDA E FATORES CONTINGENCIAIS. **Administração de Empresas em Revista**, v. 2, n. 32, p. 274-284, 2023.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Hospital Nipo-Brasileiro

CERTIFICAÇÃO POR DISTINÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA E O IMPACTO PELA MONITORIZAÇÃO DE RESULTADOS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Danila Gomes, Pedro Henrique Ferreira Alves, Cristiane Maria Clares de Araújo Moreno, Fabrício dos Santos Quirino, Masahiko Akamine

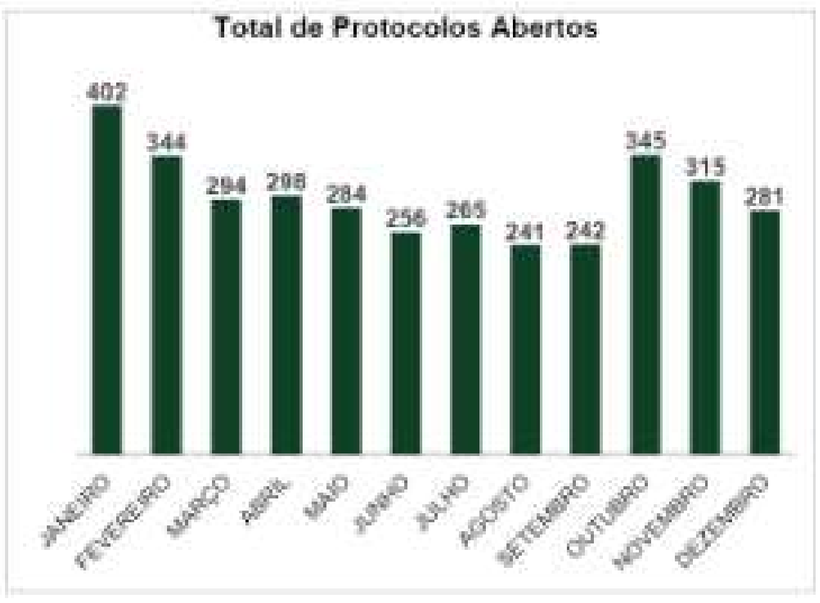
INTRODUÇÃO

Relatamos a experiência de um hospital que compõe saúde suplementar e que possui uma vocação no atendimento a pacientes vítimas de Trauma em suas instalações devido a sua localização ao estar circundado por três das maiores rodovias do Estado: a Dutra, Fernão Dias e Ayrton Senna. O Centro de Trauma do HNB foi inaugurado em agosto de 2017, e atualmente oferece um pronto atendimento de alta complexidade com serviço 24 horas, equipe de cirurgiões de trauma integrada a equipe multidisciplinar, dispondo de infraestrutura e práticas validadas pelos melhores centros de trauma do mundo. Desde a sua implementação, o Programa de Qualidade envolveu esforços no sentido de criar um Registro de Trauma, desenvolver e implementar protocolos clínicos, como a tomografia de corpo inteiro em traumas graves e profilaxia de eventos tromboembólicos. Esse conjunto de ações proporcionou um redesenho da assistência, com metas traçadas que permitem o acompanhamento dos resultados, como a averiguação da adesão aos protocolos, reuniões periódicas da equipe multidisciplinar disponível, além da revisão minuciosa de complicações e óbitos como ferramenta de identificação de oportunidades de melhoria assistencial. Na alta hospitalar, os pacientes são incluídos em um protocolo de seguimento incluindo a percepção de qualidade de vida no pós-alta.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do Hospital. Apresentamos os resultados dos protocolos institucionais e dos parâmetros monitorizados

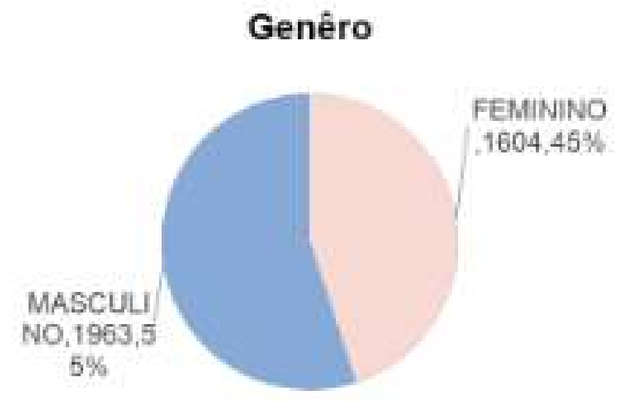
Instalações da Instituição



O número de atendimentos realizados (total de protocolos de trauma abertos). Um total de 3567 pacientes atendidos no ano de 2022

RESULTADOS

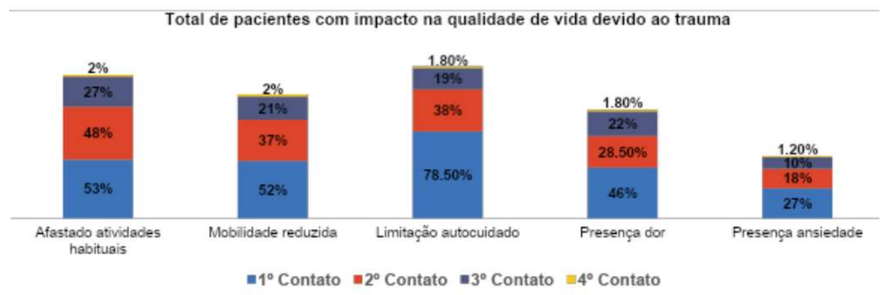
A consolidação de todas estas práticas culminou, em 2021, com a Certificação por Distinção pelos Serviços de Atendimento ao Paciente Traumatizado, conferida pelo IQG - Instituto Qualisa de Gestão, atendendo a padrões definidos conjuntamente à SBAIT - Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. Em 2023, após novos processos de auditoria externa, o Hospital Nipo-Brasileiro foi recertificado, demonstrando sua maturidade junto aos processos gerenciados por este serviço, como por exemplo, a gestão do acesso rápido, a capacitação dos profissionais especializados, a estrutura física e técnica do serviço, além do relacionamento com parceiros estratégicos por meio dos fluxos e integração com as áreas correlatas.



Distribuição dos atendimentos por gênero

Destino dos pacientes atendidos. Observamos que 90% são atendimentos de traumas leves, que recebem alta do Pronto Atendimento

Os dados apresentados mostram que um número expressivo de pacientes é atendido anualmente neste serviço. A maioria dos pacientes foi vítima de traumas leves, que não requerem internação. Cerca de 9% dos casos são pacientes internados e estes são seguidos por equipe multidisciplinar. Os pacientes internados são monitorizados e afere-se a adesão aos protocolos clínicos como Protocolo de Prevenção de Eventos Tromboembólicos. Também é feito o registro do tempo de internação e desfecho de cada paciente, além do acompanhamento após alta hospitalar do retorno ao trabalho, sintomas associados, reabilitação e percepção de qualidade de vida,



Acompanhamento da percepção de qualidade de vida após internação por trauma

CONCLUSÕES

A constatação do atendimento desses padrões em sua plenitude auxilia na melhoria da qualidade do cuidado pela diminuição da variabilidade, diante da aplicação de uma abordagem sistemática.

REFERÊNCIAS

Nathens AB, Cryer HG, Fildes J. The American College of Surgeons Trauma Quality Improvement Program. Surg Clin North Am. 2012 Apr;92(2):441-54, x-xi. doi: 10.1016/j.suc.2012.01.003. Epub 2012 Feb 14. PMID: 22414421.

Hemmila MR, Nathens AB, Shafi S, Calland JF, Clark DE, Cryer HG, Goble S, Hoeft CJ, Meredith JW, Neal ML, Pasquale MD, Pomphrey MD, Fildes JJ. The Trauma Quality Improvement Program: pilot study and initial demonstration of feasibility. J Trauma. 2010 Feb;68(2):253-62. doi: 10.1097/TA.0b013e3181cfc8e6. PMID: 20154535.

COLABORATIVA REDE DE CONEXÃO TRABALHO COM ALEGRIA E RESILIÊNCIA

Natália Paranhos de Araújo, Ewerton Nunes, Wania Regina Mollo Baia, Cristiana Gomes

INTRODUÇÃO

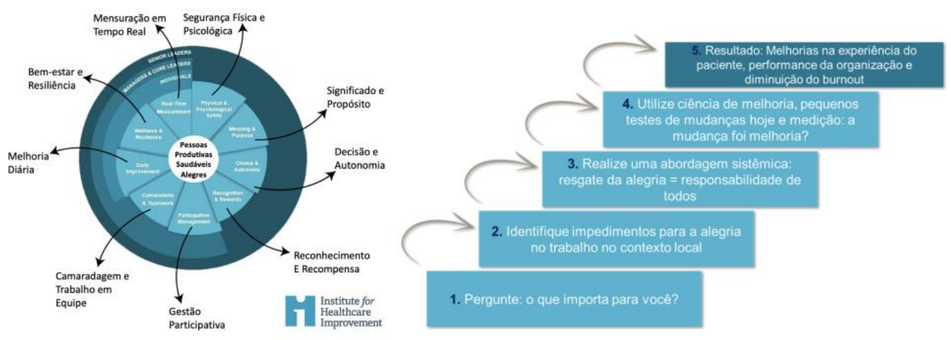
Com foco na construção de equipes mais resilientes e ambientes mais saudáveis e seguros a partir do Framework *Joy in Work*, formou-se uma iniciativa entre instituições privadas e filantrópicas usando o método Colaborativa para a criação de uma rede de conexão Trabalho com Alegria e Resiliência (ReConecTAR). Foram selecionados 18 hospitais públicos.

Nosso objetivo: Aumentar o percentual de trabalhadores da equipe multiprofissional do ReConecTAR que concordam com as afirmativas: Eu participo das decisões que afetam meu trabalho; Eu identifico valor e significado no meu trabalho diário; Este é um lugar fisicamente saudável e este é um lugar psicologicamente saudável para trabalhar, de 2021 a 2022.

Registro Sessões de Imersão Virtual (SIV) do ReConecTAR.

METODOLOGIA

A execução em ambiente virtual, através de sessões de aprendizagem, visitas assistidas, mentorias, pesquisas mensais de indicadores e portfólios. O projeto de melhoria executado em cada hospital, se inicia com a pergunta *O que importa para você*?, são criados grupos de trabalho com representação multidisciplinar para execução de ideias de mudança a serem implantadas em cada Unidade. Experiência transformadora para equipe em participar nas soluções e conduzir mudanças que importam para o dia-dia.

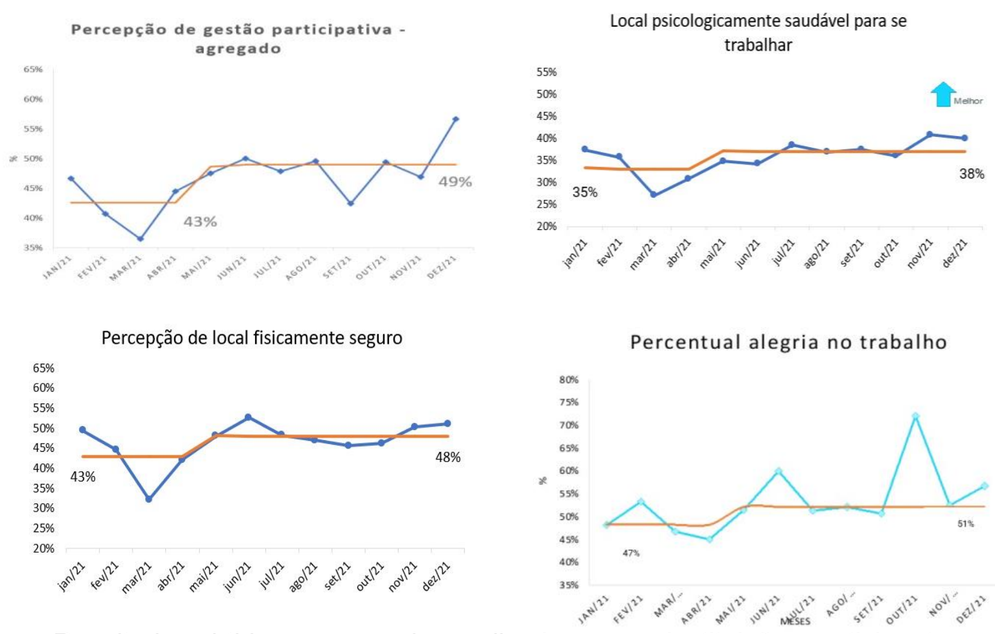


Framework Joy in Work – IHI.

Quadro com manifestações com a pergunta disparadora: "O que importa para você?" E Passo a passo.

RESULTADOS

Resultados: Impactos positivos no resultado consolidado das medianas dos Hospitais: 43% para 49% a percepção de participação em decisões locais que afetam o trabalho; 43% para 48% a percepção de bem-estar físico; 35% para 38% a percepção de bem-estar psicológico. Quanto a mediana (69%) do indicador de significado e proposito foi mantido. O indicador de equilíbrio "profissionais que experimentam alegria no trabalho" teve mudança de 47% para 51% na mediana. Os portfólios com dados qualitativos demonstram empoderamento e resiliência da equipe, aumento da satisfação dos pacientes e aproximação da liderança com o time, com maior motivação na equipe local. A gestão participativa foi fundamental nestes resultados alcançados. Os desafios no equilíbrio dos fatores do trabalho e à cultura institucional interligados e corroboram com a satisfação no trabalho.



Resultados obtidos em pesquisa realizada com as instituições participantes por um período de 12 meses.

Fotos das equipes das instituições participantes do ReConecTAR..

CONCLUSÕES

Devido à potência no desenvolvimento de uma rede com capacidade de liderar a mudança para melhoria sustentável e duradoura, e o fortalecimento do trabalho em equipe, resiliência, autonomia e segurança física e psicológica. No projeto uma melhor experiência do trabalhador mostrou-se como o fator de impacto na entrega de valor em saúde, assim como melhores resultados na qualidade e segurança do cuidado.

REFERÊNCIAS

1.,Perlo, J., Balik, B., Swensen, S., Kabcenell, A., Landsman, J., Feeley D. (2017). IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambrige, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. 2. Shanafelt, T., Gorringe, G., Menaker, R., Storz, M., Reeves, D., ... Swensen, J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. Mayo Clinic Proceedings, 90(4): 432-440. 3. Shanafelt, T., Noseworthy, J. (2017). Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clinic Proceedings, 92(1): 129-146. 4. Hilton, K., Anderson, A. (2018). Framework da Psicologia da Mudança do IHI para avançar e manter os esforços de melhoria. IHI White Paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Criação de instrumento para Huddle diário: efetivação de comunicação e gestão participativa hospitalar

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Priscila Reimão de Melo Fortunato; Josiane Motta e Motta

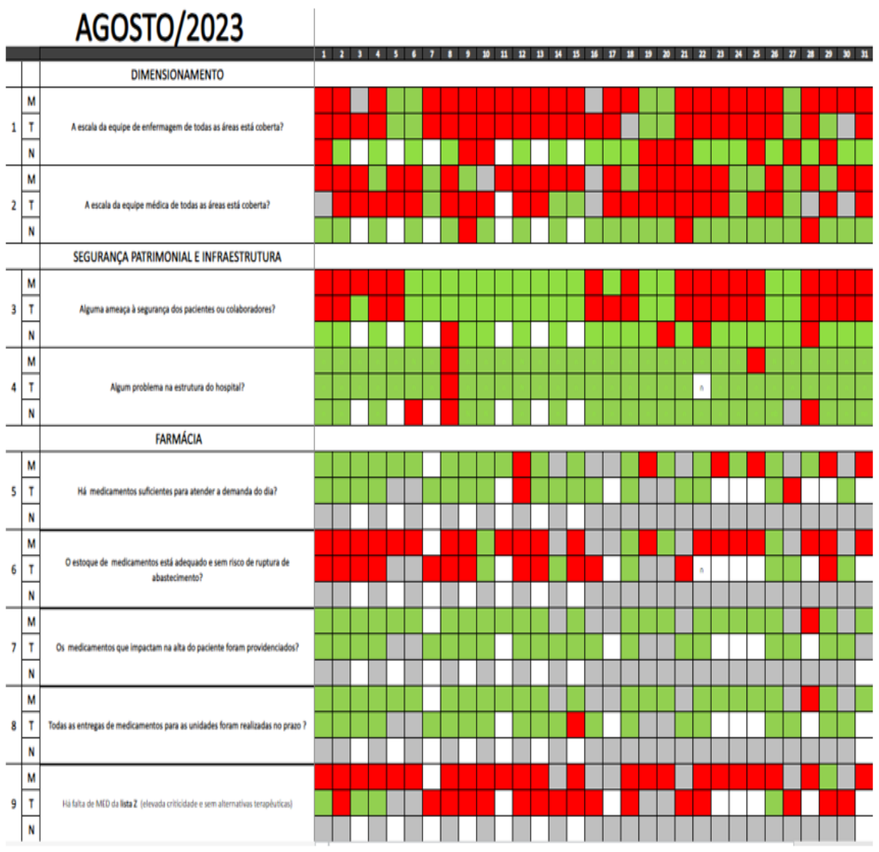
INTRODUÇÃO

Estudo realizado num hospital público municipal idealizado após a implantação do Projeto Lean nas Emergências em 2020, o Huddle, uma ferramenta de gestão ágil e participativa que tem como objetivo a melhoria da assistência nos serviços de saúde com reuniões curtas (15 minutos) diárias, com todas as lideranças / responsáveis de área presentes na unidade nos horários de realização. É realizada, às 09h e15h sendo o primeiro para levantamento de problemas e o segundo com resposta ao que foi levantado, ambos com perguntas pré-estabelecidas, com respostas fechadas (sim e não) e em quantitativo (valores numéricos). Conforme momento vivenciado pelo hospital, os participantes das diversas áreas colocam situações pontuais e agudas, saindo da reunião com plano de ação definido conforme não conformidades pontuadas, tomadas de decisão, alinhamento de fluxos, mitigação de problemas, parecer de insumos, medicamentos e equipamentos, solução de situações que devem ser sanadas em conjunto e além disso, passam-se informativos de questões que precisam ser multiplicadas às demais equipes.

A reunião ocorre de segunda à segunda, independente de finais de semana e feriados mantendo os períodos descritos, pontualidade e local definido.

METODOLOGIA

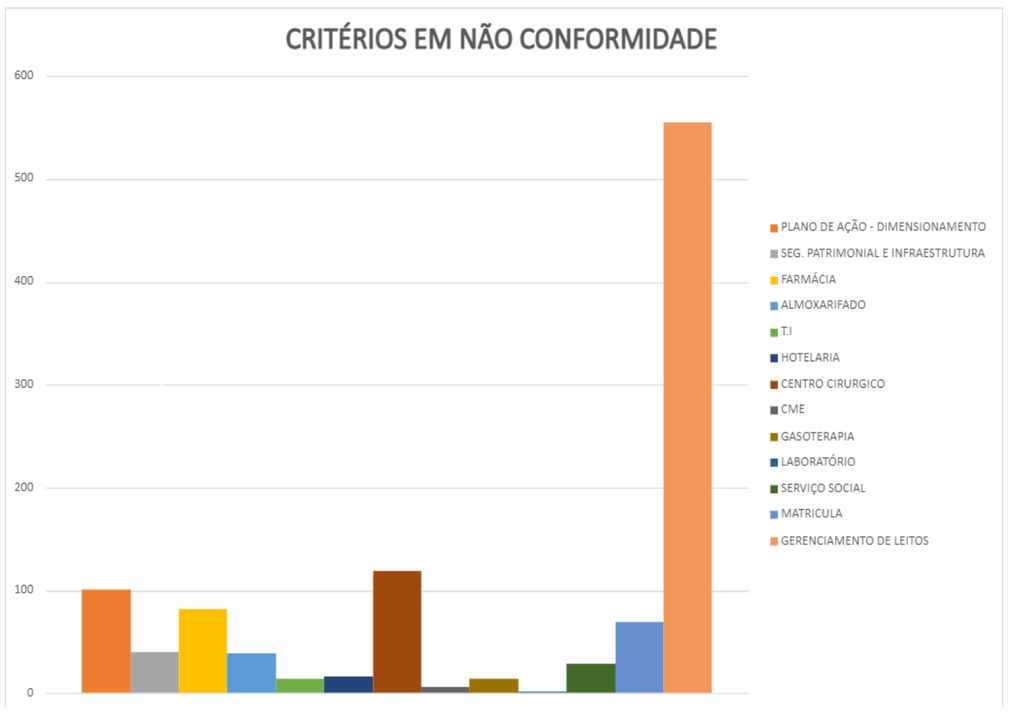
Estudo de caso - apresentação de ferramenta de gestão de assistência .



Exemplo da planilha utilizada para realização da reunião, sendo:
Células vermelhas correspondem a eventos não conforme, aos quais os responsáveis de área devem gerar plano de ação para corrigir a situação.
Células em verde correspondem ao que é esperado.
Células em cinza que o gestor da área esta ausente para se posicionar.

RESULTADOS

O Huddle é uma ferramenta adaptada à realidade do hospital público municipal e ajudou inclusive na pandemia de SARS-Covid-19 quando foi criado um plano de capacidade para o almoxarifado, que era definida autonomia dos insumos e de Equipamento de Proteção Individual (EPIs) diariamente. O hospital passou toda pandemia sem a falta desses insumos, além de equipamentos e medicamentos. Atualmente conseguimos fornecer informações muito válidas ao Núcleo Interno de Regulação de modo a evitar a superlotação propondo a melhor assistência e qualidade de atendimento.



Exemplo de gráfico gerado a partir dos dados da planilha, sendo esse de não conformidades, ou seja, de setor com maior número de células vermelhas na planilha.

CONCLUSÕES

A ferramenta já é validada e fidelizada por toda liderança, proporcionou não somente a gestão à vista mas o processo de inclusão, sensação de pertencimento de todos os profissionais. Avaliado positivamente pela equipe pois proporcionou a melhoria do desempenho da assistência, efetividade de comunicação e continuidade das atividades. Adicionou-se mais um horário para às 21h, para que as lideranças tenham as informações de funcionamento do hospital 24h. Atualmente temos gestores de algumas áreas dentro do hospital implantando os ”mini Huddles” em setores fechados, onde foi verificado benefício do funcionamento da ferramenta e a otimização da gestão, e aumentando comunicação com as equipes mais ligadas à assistência.

A Ouvidoria e o SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) ao participarem da reunião, conseguem antecipar problemas e ativar soluções com as questões levantadas na reunião e desenvolveram recentemente pesquisa de satisfação mais ampliada baseada nas informações do Huddle.

O Huddle permite calcular diariamente o Plano de Capacidade Plena de um hospital público municipal ao final de cada encontro.

REFERÊNCIAS

Neto E.S.S, Gomes A.S. Percepção dos profissionais da saúde na implantação da estratégia de comunicação “Daily Huddle” através do projeto “Lean nas emergências”. Anais-da-IX-Mostra-Integrada-de-Pesquisa-do-Hospital-Geral-Cleriston-Andrade-2022.pdf.

DESAFIO DA AUTOMAÇÃO DE PROCESSOS ASSISTENCIAIS: SUBNOTIFICAÇÃO DE QUASE-FALHAS NA CADEIA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Alexssandra Pereira Galdino, Alan Lucena de Vasconcelos, Ingrid da Silva Albuquerque, Luzia Celeste de Saboia Feitosa.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento de incidentes ao longo da cadeia terapêutica é vital para assegurar a qualidade e segurança nos cuidados prestados em unidades hospitalares. Neste panorama, a análise de quase-falhas é fundamental, pois fomenta uma cultura de segurança que antecipa e prevê riscos. A farmácia clínica desempenha papel crucial neste cenário, visto que suas intervenções preventivas e corretivas contribuem significativamente para a análise e manejo de terapias medicamentosas e quase-falhas. Dessa forma, este estudo tem como propósito desenvolver a modelagem de uma ferramenta dedicada à avaliação de prescrições e à automação no registro de quase-falhas.

METODOLOGIA

Os critérios de elegibilidade adotados incluíram: integração fluida com o sistema existente da instituição, facilidade na modelagem de fluxos, e capacidade de integrar APIs (Interfaces de Programação de Aplicações) para notificações automáticas ao módulo de gerenciamento de risco. Além disso, foi essencial a compatibilidade com o Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), a fim de registrar as intervenções realizadas. Posteriormente, procedeu-se com uma investigação acerca de metodologias para padronizar intervenções farmacêuticas, utilizando a categorização de riscos como critério principal.

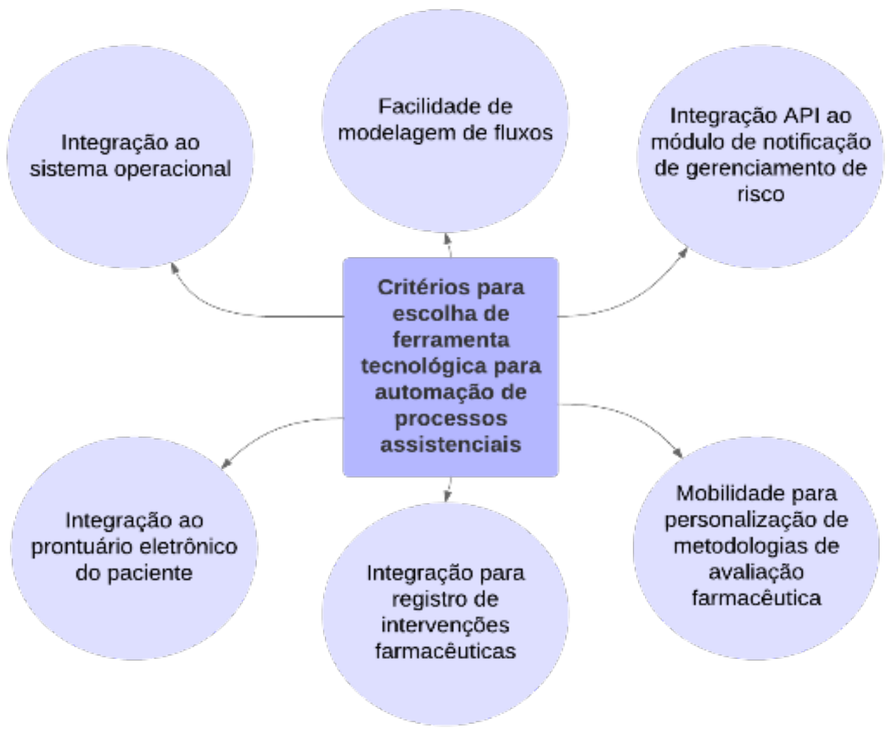


Figura 1 – Critérios para escolha de ferramenta de automação de processos assistenciais.
Fonte: Autoria própria, (2023).

RESULTADOS

Após a avaliação criteriosa das tecnologias listadas, optou-se pela modelagem e integração das notificações utilizando a ferramenta Go Flow, fornecida pela CeosGo/MV.

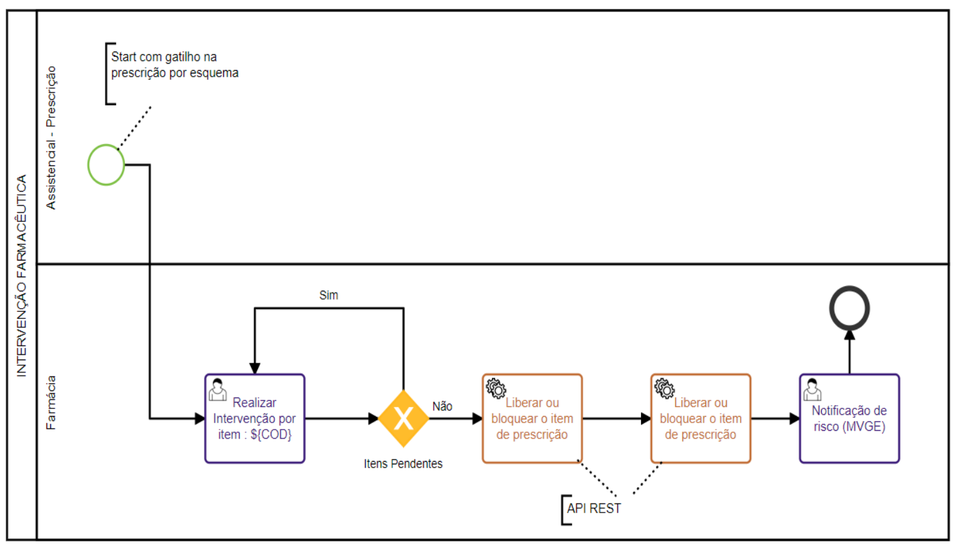


Figura 2 – Fluxograma de intervenção farmacêutica na ferramenta Go Flow
Fonte: Autoria própria, (2023).

RESULTADOS

A metodologia escolhida para padronizar o registro de intervenções farmacêuticas fundamentou-se no método PRAT (Problema Relacionado à Terapia Antimicrobiana), o qual facilitou a categorização em 17 domínios primários e 70 subdomínios. Tal estratificação possibilita vincular os registros aos domínios de indicação, efetividade ou segurança. A implementação de notificações automatizadas direcionadas à gestão de riscos, embasada na metodologia mencionada, resultará em uma otimização de tempo de 11% nas atividades de registro de notificações, além de proporcionar um aumento estimado de 740% no número total de notificações enviadas ao núcleo de segurança do paciente.

Figura 3 – Metodologia de intervenção farmacêutica na ferramenta Go Flow Fonte: Autoria própria, (2023).

A efetividade da modelagem do processo de avaliação de prescrições medicamentosas foi essencial para viabilizar registros de intervenções farmacêuticas e notificações automáticas à gestão de riscos. Esta, orientada pelos critérios de elegibilidade para notificações, agiliza o trabalho do farmacêutico e aprimora a comunicação com o núcleo de segurança do paciente. Por meio da utilização desta ferramenta de integração de processos, foi possível personalizar parâmetros de avaliação de prescrições, facilitando o mapeamento e a quantificação de intervenções farmacêuticas aceitas, garantindo, assim, um acompanhamento mais preciso e eficiente do processo terapêutico.

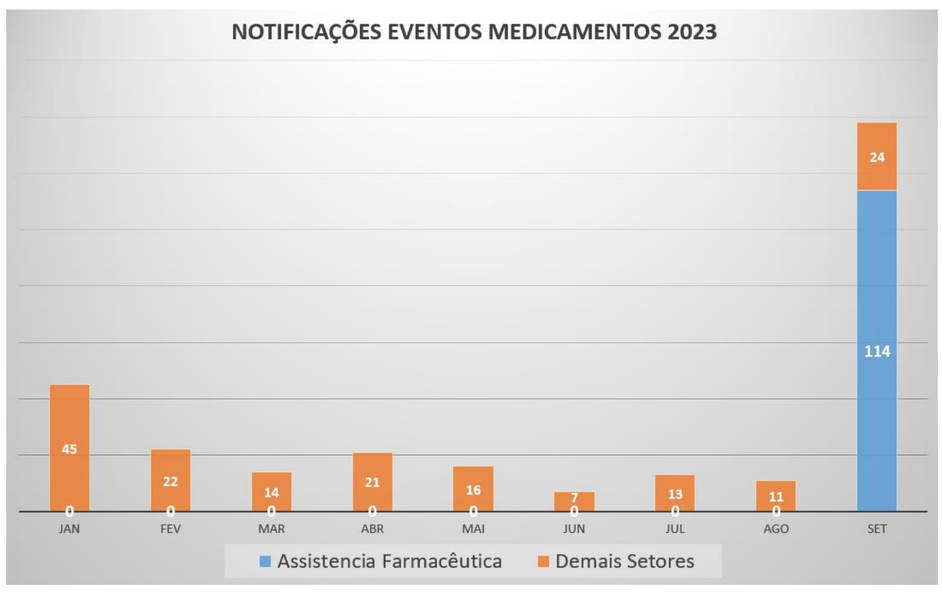


Figura 4 – Notificações de eventos relacionados a medicamentos à gestão de riscos.
Fonte: Autoria própria, (2023).

Em fase de implementação de piloto, verificou-se que esta metodologia permitiu aumento 635,33% nas notificações em setembro em comparação com a média de notificações dos meses anteriores. Das quais 95,61% do total de notificações no mês de setembro referem-se à notificação do farmacêutico por meio desta metodologia.

CONCLUSÕES

O desafio de automatizar registros de quase-falhas originados desse procedimento se apresenta como uma valiosa ferramenta tecnológica na área da saúde. Esta inovação promete não só aprimorar a qualidade assistencial, mas também reduzir subnotificações, otimizar o uso do tempo e incrementar o valor em saúde proporcionado. Descritores: Quase falhas. Inovação em saúde. Qualidade Assistencial.

REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.Brasília: Anvisa,2017.
Riccieri, M., Barreto, H., Pasquini-Netto, H., Okumura, L., Sofka, D., Fachi, M., & Motta, F. (2021). PRAT tool: a harmonization of antimicrobial stewardship program interventions. Revista De Ciências Farmacêuticas Básica E Aplicada, 42, 1-8.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

DESENVOLVIMENTO DE UM MVP PARA GERENCIAR A MOBILIDADE DOS PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL

Roberto Martins de Andrade; Allan Claudius Queiroz Barbosa; Flaviano Vaz de Souza; Renato da Costa Braga (Fapemig)

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar é um processo complexo, envolve riscos, custos e o ambiente nem sempre favorece a boa experiência do paciente. Falhas nos processos durante a internação podem causar danos de diversas gravidades. Comumente os hospitais gerenciam eventos como TEV e quedas, porém, embora evidenciado na literatura, a mobilidade dos pacientes ainda não é um indicador monitorado. Foram publicados diversos estudos sobre o benefícios da deambulação hospitalar, entretanto os pacientes continuam a passar 83% do tempo no leito. Destaca-se ainda que é necessário compreender as variáveis como distância, periodicidade e velocidade, para obter benefícios como prevenção da perda de massa muscular, TEV e queda. **Objetivo:** Desenvolver um mínimo produto viável (MVP) digital que permita gerenciar a caminhada dos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de produção tecnológica que adotou o método *Lean Startup* para construção do MVP, aplicada na unidade de internação (enfermaria) de um hospital filantrópico no estado de Minas Gerais. Para construção do produto foram realizados vários "Ciclos de *Feedback* construir-medir-aprender", envolvendo a equipe de desenvolvedores, engenheiro de *software*, equipe de "compliance e segurança da informação", fisioterapeutas, enfermeiros e pacientes.

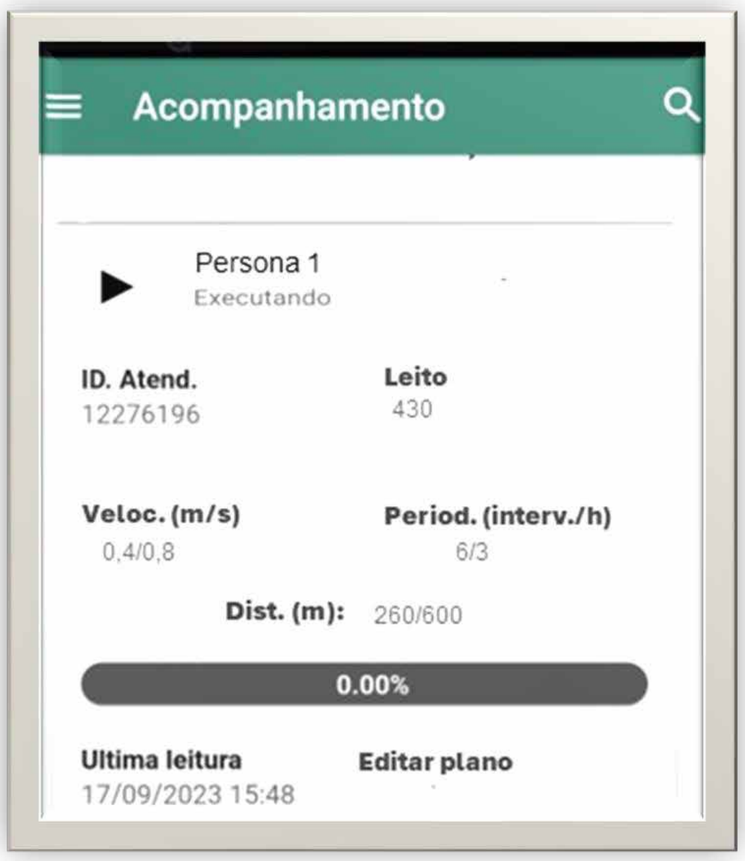


Figura 1: Tela do aplicativo para monitorização

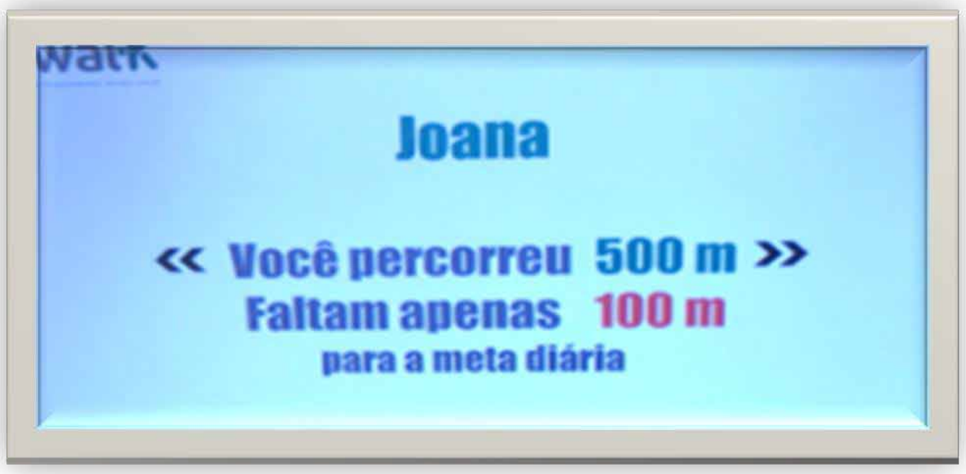


Figura 2: Tela do totem

RESULTADOS

Foram desenvolvidos *software web* e aplicativo *mobile*, totens, leitoras e visores. Os totens foram instalados em um andar do hospital em pontos estratégicos. Com relação à segurança das informações, todos os riscos foram mitigados com a construção do DPIA (*Data Protection Impact Assessment*). O período de testes entre ago/22 e mar/23 teve a participação de 114 pacientes (média 61 anos) e permitiu avaliar a funcionalidade do sistema nos quesitos distância, velocidade média, periodicidade, preferências de horários para a caminhada, além da usabilidade pelos profissionais e pacientes. Em média, a distância percorrida foi 50 m/dia, abaixo do esperado, 12 pacientes superaram 600 m/dia. A velocidade média foi de 0,4m/s, e é possível mapear pacientes com baixa velocidade (<0,2m/s) mais propensos à queda e outros com menor risco (>1m/s) (Gráfico 1). Quanto aos hábitos, o turno da manhã foi a escolha da maioria (Gráfico 2), e nenhum paciente deambulou a cada 3 horas conforme o protocolo de prevenção de TEV. A mobilidade foi acompanhada em tempo real através das telas de monitorização pelo aplicativo e pela web (Figura 1). O visor nos totens (Figura 2), sinalizando as distâncias atual e planejada, foi um fator relatado como motivador para o paciente.

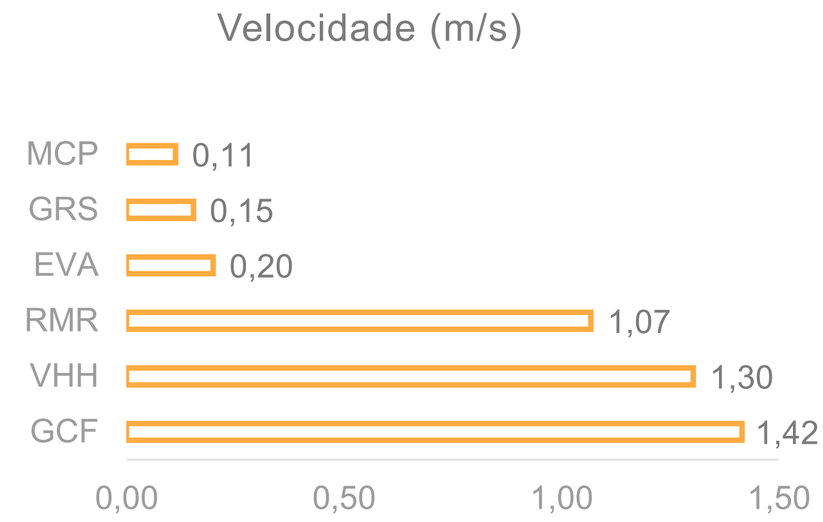


Gráfico 1: Velocidade média de cada paciente em 1 dia

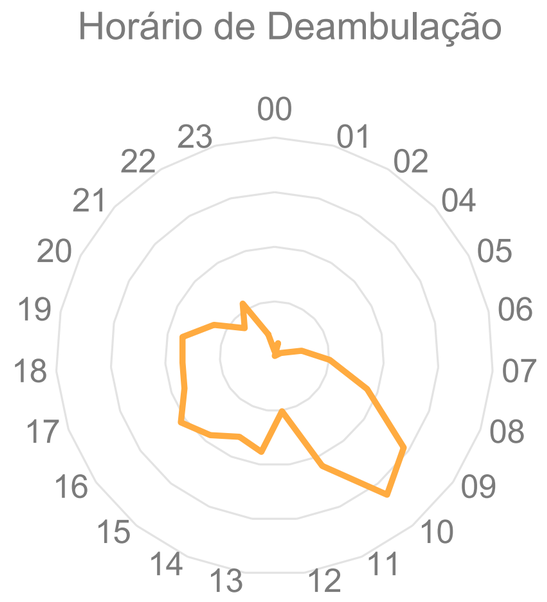


Gráfico 2: Radar do horário de preferência para deambulação

CONCLUSÕES

A metodologia (MVP) se mostrou uma estratégia rápida e eficiente para desenvolver um produto com a participação de várias equipes e pacientes, validando o produto do ponto de vista do cliente. A tecnologia se revelou efetiva e conseguiu fornecer informações relevantes em tempo real. Melhorou o engajamento da equipe assistencial, a mobilidade e a experiência dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. CAREY, E. C.; COVINSKY, K. E.; LUI L. Y.; ENG, C.; SANDS, L. P.; WALTER, L. C.. Prediction of mortality in community-living frail elderly people with long-term care needs. J Am Geriatr Soc. 56:68–75, 2008.

2. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - NICE. Reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital. NICE Clinical guideline 92. 2010. Disponível em: <www.nice.org.uk/guidance/CG92>.

3. RIES, E.. A Startup enxuta: como os empreendedores atuais utilizam a inovação contínua para criar empresas extremamente bem sucedidas. São Paulo: Lua de Papel, 2012.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Desospitalização de pacientes *beneficiários* com necessidade de continuidade de assistência : articulação entre hospital e atenção primária

Faria, Rosana Pereira Canuto; Godinho, Iasmyn de Aquino ; Nascimento, Maria Lúcia Reis do ; Aguiar, Isabelle Alencar da Silva ,

INTRODUÇÃO

Dentre o público atendido na BP, temos pacientes os beneficiários mais conhecidos como associados.
Os associados são hoje 2800 pessoas. Esse público em sua grande maioria longevos são atendido sem custo em ambiente ambulatorial e em regime de internação, entretanto os cuidados não contemplam suporte de cuidados domiciliares.
Diante da facilidade de atendimento na Bp os associados rotineiramente não possuem serviços de saúde suplementar e não estão inseridos nos cuidados oferecidos pelo SUS.
Para permitir uma desospitalização segura, quando estes pacientes necessitam de continuidade de cuidados em domicilio, foi criado um fluxo específico dentro do serviço de assistência social. a articulação do Serviço Social no acionamento da rede, em especial, entre hospital e atenção primária .

METODOLOGIA

A identificação dos pacientes associados ocorre de duas formas:

- Monitorização semanal de casos com permanência hospitalar > que 15 dias , com identificação dos associados , revisão de prontuário , conhecimento de plano de cuidado e identificação de planejamento de alta. permanência, através de censo semanal com análise analítica e sistemática dos prontuários para identificação da programação hospitalar, necessidades de cuidados e traçar planos para atuação da equipe médica, equipe multiprofissional e equipe de desospitalização
- Sinalização pela equipe multidisciplinar de pacientes com permanência < 15 dias mas com planejamento de alta. Isto ocorre por verbalização em reuniões multidisciplinares ou acionamento de assistente social via sinalização em prontuário eletrônico (Parecer de especialista no tasy ®)

A partir da identificação do associado com perspectiva de alta e necessidade de suporte domiciliar , o profissional assiste social realiza abordagem aos familiares e/ou paciente.
Ocorre monitorização e orientação ate o momento de alta.
O numero de atendimentos é decidido conforme a demanda e complexidade do caso.
Durante as abordagens são realizadas orientações de suporte disponíveis no SUS e necessárias para o caso do paciente, tais como:

- Fluxo disponibilização de oxigenioterapia
- Fluxo de dispensação de insumos para administração de dietas
- Fluxo para dispensação de dietas enterais
- Fluxo liberação de medicações em UBS e farmácia de alto custo
- Fluxo liberação de fraldas geriátrica

Assistente social orienta e auxilia preenchimentos de formulários próprios do SUS junto as equipes médicas e multidisciplinares envolvidas no cuidado.

Além disso, é comum o contato e encaminhamento do caso para UBS – unidade de saúde , e quando disponível no território de referencia do paciente , referenciado ao *EMAD* (Equipe multidisciplinar de atendimento domiciliar).

É realizado ainda a avaliação de suporte social dos pacientes com auxilio de identificação de cuidador familiar ou profissional e se necessário , encaminhamento para Instituição de Longa Permanência (ILPI)

RESULTADOS

Em 2023 tivemos uma media de 39 altas de pacientes associados por mês . Destes 5 % foram avaliados por fluxo de assistente social devido a necessidade de cuidados domiciliares pós alta .

Durante seguimento e monitorização dos associados observamos maior mortalidade intrahospitalar comparadas a pacientes internados por saúde suplementar e pelo SUS .

Observamos que pacientes e seus familiares não estão inseridos rotineiramente nos cuidados ambulatoriais ofertados pelo SUS e muitas vezes se mostraram resistentes a proposta de continuidade de cuidados através da rede pública. Nesta situação uma ferramenta útil para organização de desospitalização segura , foi a realização de reuniões familiares organizadas pela equipe de Serviço Social e também palestras socioeducacativas.

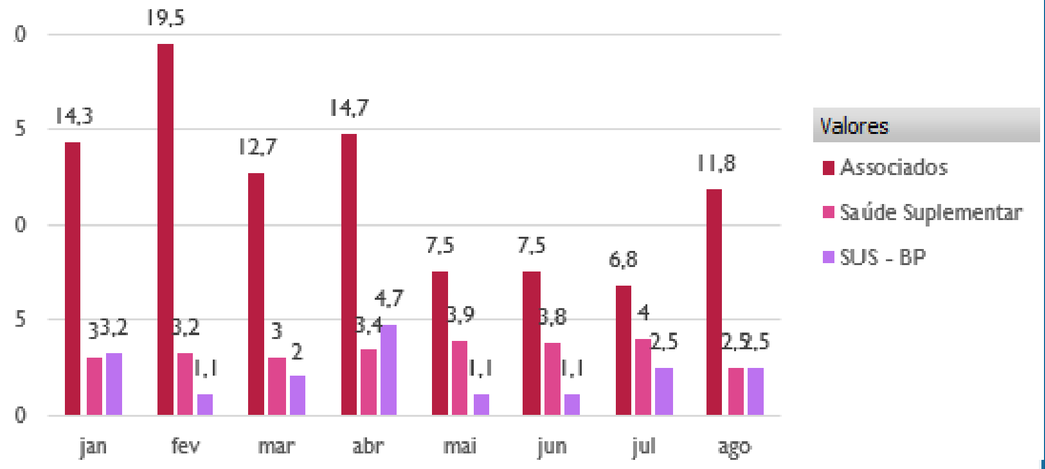


Gráfico 1 – Mortalidade de pacientes BP conforme origem de internação .

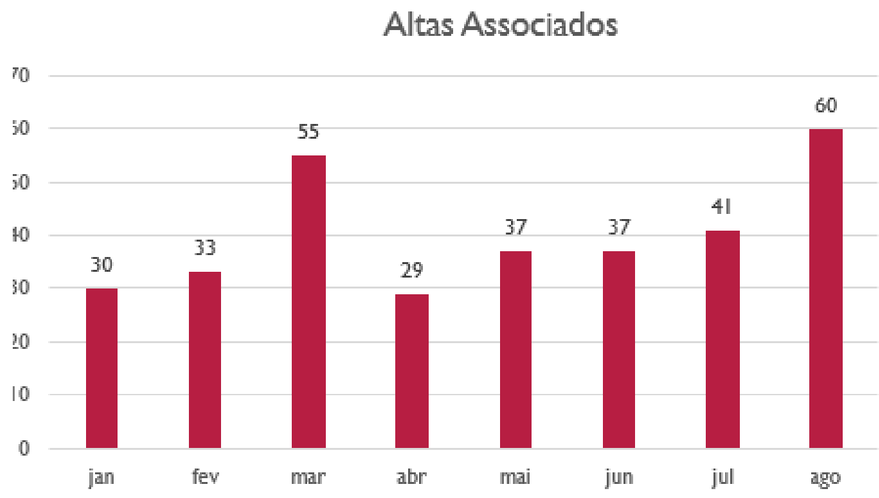


Gráfico 2 – Altas associados .

CONCLUSÕES

Concluímos que o perfil dos associados da BP contempla nicho de pacientes sem garantia suplementar de cuidado e sem acompanhamento via SUS.
Pacientes associados e familiares se mostram resistentes a continuidade de cuidados em rede pública o que torna o trabalho do assistente social mais desafiador nos processos de desospitalização.

REFERÊNCIAS

Arquivos Same Hospital Bp 2023
Arquivos Napa (Núcleo de apoio e planejamento de alta) Hospital Bp
Arquivos Serviço Social Hospital Bp Texto

Detector de Desvios de Custos com Suprimentos

Tiago Zequinão, Angela Ferreira de Souza, Eric Ricardo Alves Inamorato, Marcelo Silva da Silva

INTRODUÇÃO

Os custos de materiais médicos e medicamentos (MATMED) tem alta representatividade nos gastos hospitalares e para operadoras de saúde, alcançando percentuais de 40% e 50% do total das despesas [1]. O controle de custos torna-se fundamental para saúde financeira das instituições. Porém, as ações são unitárias dentro de rol numeroso de MATMED, controlar elevação do custo de cada item é uma tarefa onerosa. Sistemas de Informação podem ser facilitadores na identificação de desvios de custo e consumo.

METODOLOGIA

Utilizando dados de movimentação de estoque hospitalar de consumo, baixas e devoluções, foram criadas regras de limites de consumo e custo total por metodologia de médias móveis (MM) e desvios padrão (DP) em períodos semanais. Enquanto a regra para limites do custo médio foi fixada limites percentuais da MM semanal. O cálculo da MM foi parametrizado para 8, 10 e 12 semanas, permitindo ao usuário escolher um período mais curto ou mais longo. Foram considerados picos, os desvios que ultrapassam 2 ou 3 DP, e considerado tendência, os desvios de 1 DP por mais de 3 semanas. Os painéis do BI foram desenvolvidos de forma que contivessem uma tela inicial com o quantitativo dos itens desviados por faixa de limites, um painel com desvios de custo total por item, um painel com desvios de consumo por item, um painel com desvios de custo médio por item e um painel com visão histórica de consumo, custo e custo médio para cada item, informando se o item possui desvios de alguma natureza.

Figura 1. Tela inicial contendo a quantidade de desvios em cada categoria, filtrado por curva A de custo.

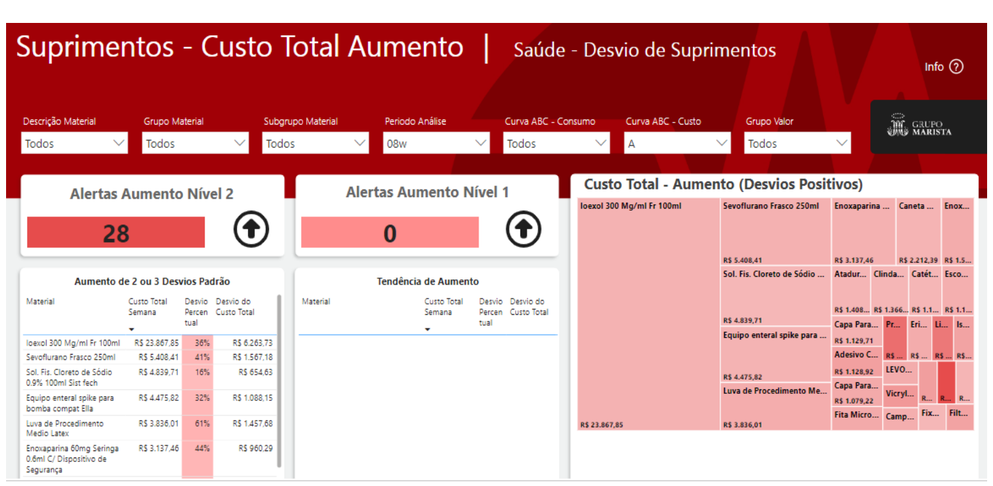


Figura 2. Tela detalhada dos MATMED que sofreram aumento de custo semanal.

RESULTADOS

A tela inicial conta com um quantitativo total de alertas de desvios positivos e negativos de custo, consumo e custo médio semanal. A tela de desvios de custo possui uma tabela com a lista de itens desviados na semana, em ordem decrescente de custo total semanal e o valor desviado. No painel detalhado por item é possível visualizar os gráficos de séries temporais do custo, consumo e custo médio semanal, bem como o realizado semanal e os desvios que o item sofreu. A navegação entre os painéis pode ser feita por cliques nos indicadores, ou por um menu lateral. Foram desenvolvidos filtros de grupos, subgrupos; período parametrizado; por curva ABC; filtro por setores do hospital e por faixa de custo total semanal.

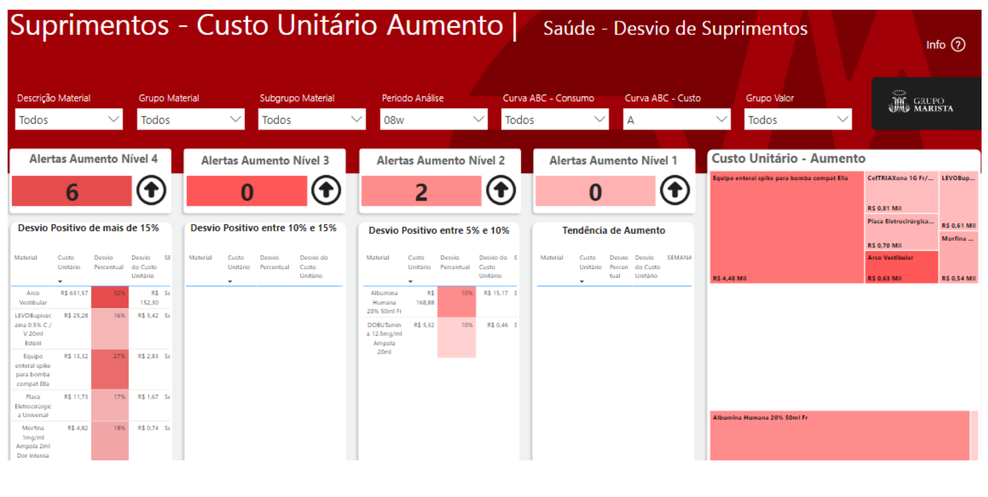


Figura 3. Tela detalhada dos MATMED que sofreram aumento de custo unitário na semana.

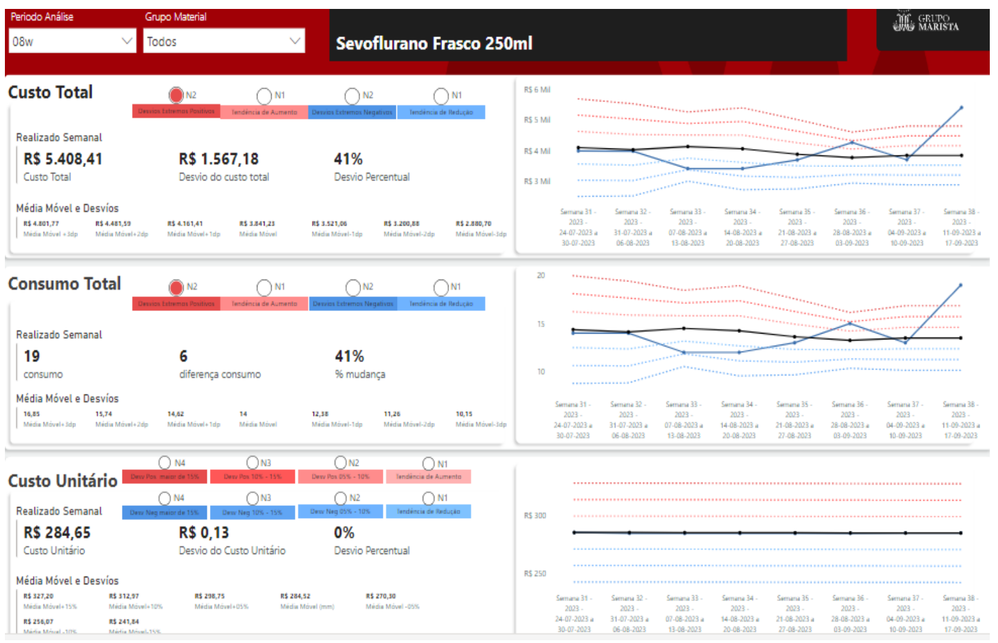


Figura 4. Visão detalhada de um único item, sinalizando desvios de custo, consumo ou custo unitário.

CONCLUSÕES

O Detector de Desvios de Custos com Suprimentos é uma ferramenta que possibilita otimizar os custos com suprimentos. Capaz de alertar o usuário de cada item que está desviando o custo de sua normalidade histórica, e detalhando se o desvio é por conta de consumo ou custo médio, possibilitando tomadas de decisão pontuais e assertivas. Trazendo como aprendizado que a automação de controles traz mais eficiência uma vez que o tempo tem foco na análise dos resultados do que na preparação/tabulação da informação.

REFERÊNCIAS

(1) DE PESQUISA, Associação da Indústria Farmacêutica. Custos da saúde: fatos e interpretações. 2017.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL E DESFECHOS EM PACIENTES EM DIÁLISE CRÔNICA: ESTUDO DE COORTE

Kamila Valduga, Vera Maria Kafer, Danusia Puntel Capoani, Fernanda Dalle Laste

INTRODUÇÃO

Desnutrição na doença renal crônica

- Alta prevalência
- Causas multifatoriais
- Associada ao aumento do tempo de internação hospitalar e risco de mortalidade

Figura 1. Paciente em tratamento de diálise

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de desnutrição e possíveis associações com internação hospitalar e mortalidade em pacientes em diálise crônica.

METODOLOGIA

Estudo de coorte prospectivo (setembro de 2022 a março de 2023)

Amostra: 73 pacientes com doença renal crônica em diálise em um hospital do Sul do Brasil

- Incluídos pacientes em diálise por ≥ 6 meses e em esquema de diálise padrão (3 vezes por semana em dias alternados)
- Excluídas internações hospitalares por condições mecânicas (ex. problemas em fístula) e procedimentos eletivos não relacionados à DRC (ex. hérnia)

Desnutrição foi diagnosticada usando a Avaliação Subjetiva Global (ASG)

Para análise estatística os participantes foram divididos em dois grupos: bem nutridos versus desnutridos (sugestivos/desnutridos e graves) conforme ASG

Desfechos de interesse encontrados em prontuário eletrônico e anamnese com os pacientes:

Internação hospitalar (sim/não)

Necessidade de Unidade Terapia Intensiva (sim/não)

Desfecho (alta hospitalar/mortalidade)

Logística do estudo:

Setembro de 2022	Março de 2023
Aplicado ASG	Coleta de dados dos desfechos

RESULTADOS

Foram considerados tendo algum grau de desnutrição 27.4% dos participantes (n=20), a idade média foi de 59.2±15.7 anos, 35.1% apresentaram diabetes melitos. O IMC médio foi 25.3±5.1 kg/m2.

Um total de 23 pacientes foram internados por causa relacionadas à doença renal. Desses, 14 pacientes (60.8%) apresentaram desnutrição. Ainda, 12 pacientes necessitaram de internação em UTI, e 10 deles (83.3%) apresentaram algum grau de desnutrição (p<0.001). Em relação aos desfechos analisados 7 pacientes foram a óbito, sendo apenas um deles classificado como bem nutrido (p=0.001).

Tabela 1. Desfechos relacionados a apresentar ou não algum grau de desnutrição pela ASG

Desfechos	Total (73)	Bem nutridos (53)	Desnutridos (20)	P*
Internação (sim)	23	9	14	0.000
UTI (sim)	12	2	10	0.000
Óbito (sim)	7	1	6	0.001

* teste Qui-quadrado

CONCLUSÕES

Pacientes identificados como desnutridos apresentaram maiores chances de internação hospitalar, necessidade de UTI e óbito.

A avaliação nutricional é importante para identificar os fatores de origem implicados na etiologia da desnutrição de cada paciente. Assim, o próximo passo para tratamento da desnutrição depende dos fatores identificados e do alinhamento de estratégias efetivas de intervenção nutricional.

REFERÊNCIAS

Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doenca Renal ■ BRASPEN J 2021; 36 (2o Supl 2): 2-22 ■

1. Eficácia da Atuação Informatizada para 2. Redução de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Milton Monteiro, Fabricio Araujo, Ricardo Cantarim, Laís Seriacopi

INTRODUÇÃO

É de conhecimento de todos os monitoramentos, controles, bundles de prevenção, auditorias e avaliações diárias na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, nos ambientes hospitalares.

Não devemos deixar de atribuir medidas simples que possuem eficácia na prevenção de IRAS. Sendo as mãos um possível reservatório de microrganismos que podem causar infecções, adota-se a higienização das mãos como importante aliado na rotina diária. A higienização das mãos é uma das medidas mais importantes na prevenção e controle das infecções.

METODOLOGIA

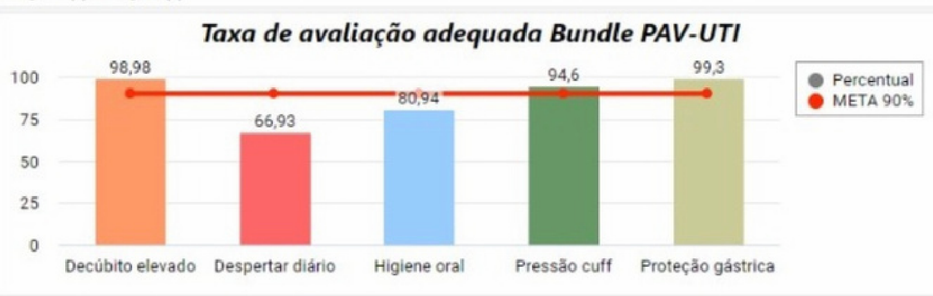
Pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial, que objetivou a construção coletiva de um bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, por profissionais do Serviço de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar e fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular localizado na Zona Norte de São Paulo. A coleta dos dados ocorreu de junho de 2022 a junho de 2023, por meio de sistemas informatizados, painéis de gestão e protocolos,

Foram seguidas as regras básicas para prevenção de PAV seguindo as diretrizes do Bundle: Higienizar as mãos antes e após contato com o paciente; manter cabeceira elevada entre 30 e 45; despertar diário de acordo com indicação médica, progressão desmame ventilatório; higiene oral com clorexidina 0,12%, 4x ao dia e aspiração com técnica asséptica.

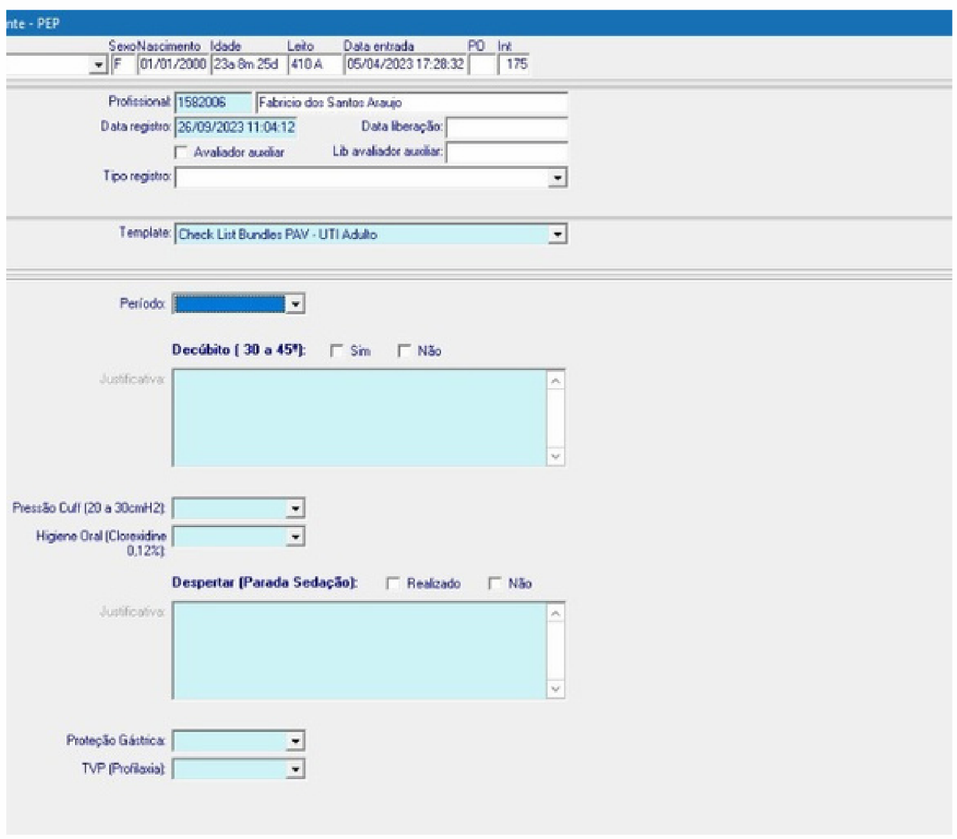
Análise individual

Avaliação Individual	Sim	Não	Total	% Adequado	Meta
Proteção gástrica	3.532	25	3.557	99,3	Meta 90%
Higiene oral	2.879	678	3.557	80,94	Meta 90%
Pressão cuff	3.365	192	3.557	94,6	Meta 90%
Decúbito elevado	3.504	36	3.540	98,98	Meta 90%
Despertar diário	2.370	1.171	3.541	66,93	Meta 90%

5 registro(s) carregado(s)



Dados coletados de janeiro de 2022 a dezembro de 2023. Bundle realizado com a equipe de Fisioterapia e Enfermagem.

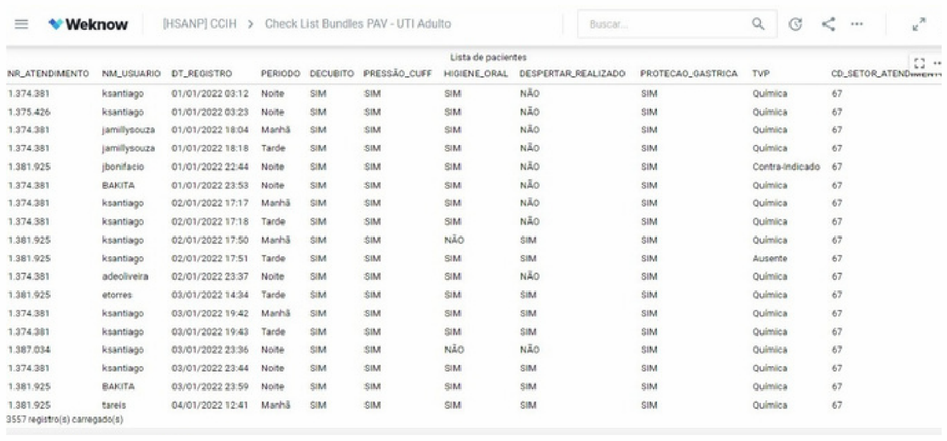


Check list informatizado no sistema de prontuário eletrônico, com dados a serem inseridos no momento da avaliação do Bundle de prevenção de PAV.

RESULTADOS

No Hospital HSANP, foi possível reduzir e manter em ZERO pneumonias associadas à ventilação mecânica por 12 meses com ações aplicadas e avaliadas não somente pelo SCIH, mas por todo corpo multidisciplinar da instituição. Desde junho de 2022, o SCIH aplicou o monitoramento conjunto com a fisioterapia, Tecnologia da Informação, farmácia, equipe de Enfermagem, equipe médica e inclusive equipe de fonoaudiologia, onde cada departamento possui uma responsabilidade no monitoramento contínuo e diário. Com uma média de utilização de ventilação mecânica em 19,29% em 2022 e 8,66% em 2023, observamos oscilações na adesão global do bundle de PAV com uma taxa média em 87,67%.

Identificamos que todos os meses atingimos a taxa de adesão do decúbito elevado acima de 95%. Quando avaliamos a Higiene oral, encontramos uma taxa média em 2022 em 84,27% e avaliação da pressão do balonete entre 25º a 30º cm de H2O em uma média de 93,68%. Um dos maiores impactos observados para alteração dos resultados de adesão do Bundle de PAV é o despertar diário, cujo resultado médio está em 74,35% em 2022.



Sistema de monitoramento diario do SCIH. Dados constando profissional avaliador, data, período e lista dos itens avaliados.

Folder para treinamento multidisciplinar informatizado com a dinâmica de slides e Quiz de perguntas para avaliação continua da adesão das barreiras.

CONCLUSÕES

Mediante aos cuidados de prevenção e segurança da assistência aos pacientes submetidos à ventilação mecânica, o Hospital HSANP atingiu um excelente resultado, mantendo 12 meses sem evidência de infecção pulmonar devido entubação e ventilação mecânica em uma UTI geral com 19 leitos.

Observamos uma maior adesão nas barreiras padronizadas para prevenção de PAV, principalmente após os treinamentos e maior envolvimento entre SCIH, Fisioterapia, Enfermagem, TI, Médicos e Fonoaudiologia.

Foram definidos padrões assistenciais voltados para o monitoramento diário e ações urgentes na identificação de falhas.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

National Health Care Safety Network- Pneumonia (Ventilator-associated (VAP) and non-ventilator-associated pneumonia (PNEU) event. USA. CDC;2023.

EFICIÊNCIA IMPULSIONADA: A AUTOMATIZAÇÃO NO PROTOCOLO TEV

Lucca Tassinari Gurgel, Vanessa Siqueira Rodriguez N. Ferraz, Ana Paula Aragão Barreto, Priscila Matiussi Monteiro Gonçalves

INTRODUÇÃO

A profilaxia medicamentosa de TEV desempenha um papel vital na segurança e saúde dos pacientes, sendo uma ferramenta crucial para evitar eventos tromboembólicos. Atualmente, há o desafio de reduzir o tempo que os responsáveis investem na análise de prontuários para que possam atuar em ações que gerem valor ao processo e tragam mais segurança aos pacientes.

METODOLOGIA

Na primeira etapa do projeto, foram realizadas reuniões entre Inteligência de Dados, Qualidade e Segurança do Paciente e time de gerenciamento do Protocolo TEV, discutimos várias ideias de como poderíamos melhorar a assertividade e gerar valor para o processo, que era feito todo de forma manual. Após a escolha das melhorias que seriam realizadas, foi iniciado mapeamento de dados em sistema e levantamento das informações críticas e necessárias para o sucesso do projeto.
Com auxílio de ferramenta de visualização, adotamos modelagem de dados e análises automáticas para identificar pacientes classificados como "Conforme" dentro do Protocolo. Os pacientes são classificados desta forma de acordo com o uso da profilaxia dentro do tempo estipulado, dado que é buscando dentro do prontuário médico de cada um deles. Há também a indicação de conformidade da primeira avaliação de risco em 24 horas, e diariamente, realizada pela enfermagem através de uma escala padronizada dentro do sistema. Após classificação dos pacientes com risco alto e moderado, verificamos se há prescrição e uso da profilaxia diariamente, até que seu risco seja diminuído para baixo e não seja mais necessário o uso da profilaxia. Com essa abordagem, sensibilizamos a coleta das informações, que gerou uma amostra 50% maior, mas reduziu pela metade o tempo necessário para análise, já que é possível identificar os conformes de maneira automática, restando apenas a validação dos pacientes classificados como “Não Conforme” dentro do protocolo.

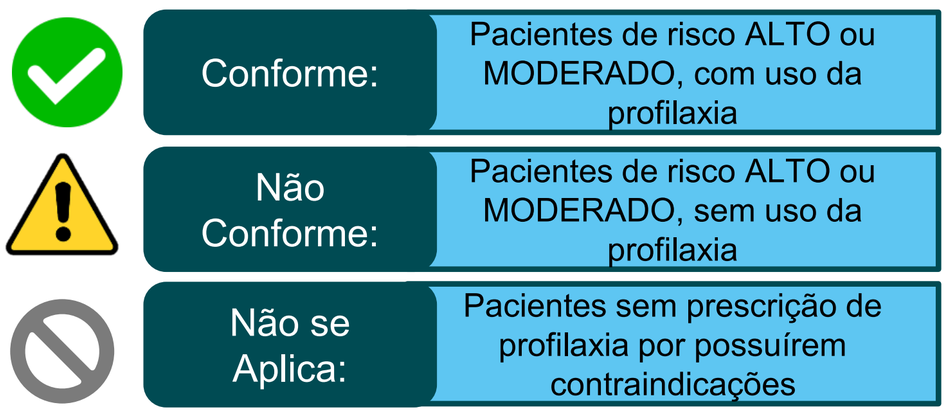


Imagem 1: Classificação simplificada dos pacientes do protocolo de acordo com escala de risco realizada pela enfermagem e prescrição médica

Imagem 2: Exemplos de fatores de risco avaliados dentro da escala Score Flex

RESULTADOS

Com a automatização, houve inclusão de mais 64 (36%) pacientes analisados no mês de Março e 72 (44%) no mês de Abril. Esse aumento no total não refletiu em aumento de prontuários analisados, com redução de 107 (61%) prontuários em Março e 102 (62%) em Abril.
Após a identificação dos pacientes, o resultado foi validado e houve um índice de concordância de 98%

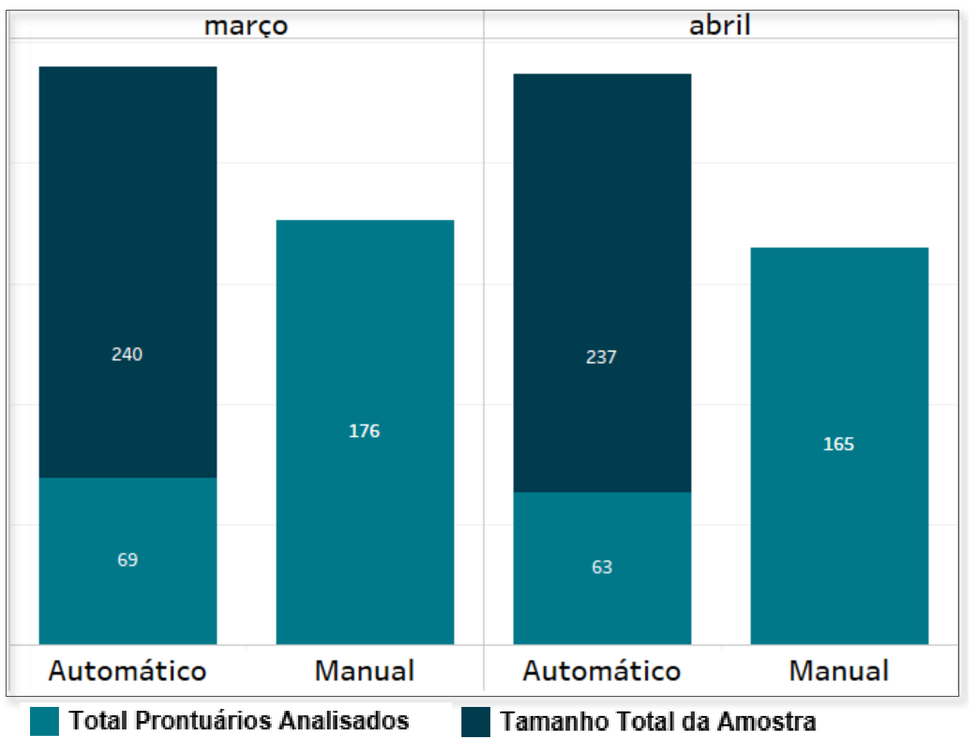


Gráfico 1: Comparativo de tamanho de amostras e prontuários analisados

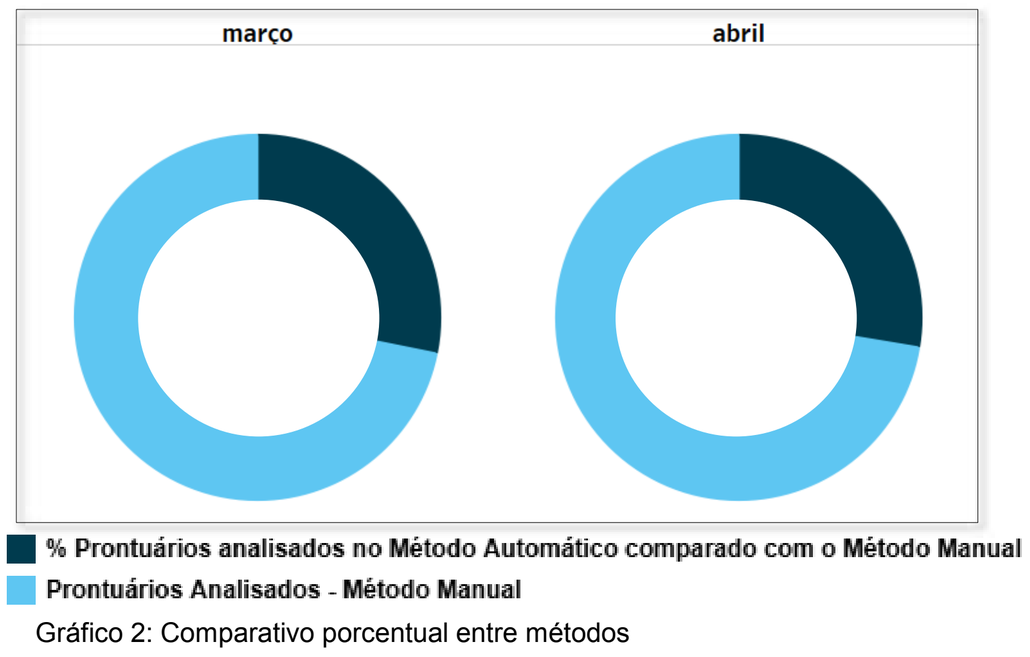


Gráfico 2: Comparativo porcentual entre métodos

CONCLUSÕES

O Protocolo TEV desempenha um papel de extrema importância na segurança dos pacientes do hospital, e sua constante evolução permite uma maior eficácia, além de proporcionar mais oportunidades para identificar áreas de aprimoramento. A redução significativa do tempo necessário para a análise dos pacientes possibilita que os profissionais de saúde desenvolvam ideias inovadoras, visando a melhoria contínua da qualidade e segurança do atendimento oferecido pela instituição.

REFERÊNCIAS

de Assis Rodrigues, Flávia, and Camila Waters. "Fatores de risco e métodos de profilaxia para o tromboembolismo venoso nos pacientes hospitalizados/Risk factors and prophylaxis of methods for venous thromboembolism in hospitalized patient." Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2022): 1-of.
Ícones: Flaticon.com

Uma iniciativa para ajudar a criar um mundo onde nenhuma mulher tenha que morrer enquanto dá à luz uma nova vida.

EQUIDADE EM SAÚDE: REDUÇÃO A MORTALIDADE MATERNA ENTRE AS POPULAÇÕES QUILOMBOLAS, BANANEIRAS NA ILHA DE MARÉ E SUBÚRBIOS DE SALVADOR.

MARTA MARIA ARAÚJO DOS SANTOS | *Diretoria Administrativa, Líder do TMI durante o projeto*
Livia Sanches Pedrilio |*Consultora Praticas Qualidade e Segurança SBIBAE*
Meire Augusta Celestino Amaro | *Analista Praticas Qualidade e Segurança Sr SBIBAE*
Santiago Nariño |*Especialista em Diversidade, Equidade e Inclusão*

INTRODUÇÃO

A Maternidade Maria da Conceição de Jesus, localizada no subúrbio ferroviário de Salvador, é uma instituição de saúde que está vinculada a 29 unidades de Atenção Básica em Saúde (UBS/USF) e uma unidade estadual pública. Foi inaugurada em maio de 2022 e possui um total de 107 leitos. Desde o seu início, a maternidade tem adotado os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral, com um forte compromisso com a humanização, qualidade, gestão participativa e transparência.
Como parte de um projeto financiado pelo MSD para Mães, a Maternidade Maria da Conceição de Jesus tem trabalhado na redução da mortalidade materna, com um enfoque especial na promoção da equidade em saúde. Isso envolve um foco específico nas comunidades mais vulneráveis, incluindo marisqueiras, pescadoras, quilombolas e outras populações de mulheres em situações de vulnerabilidade.

As comunidades quilombolas da Ilha de Maré, localizadas no município de Salvador, no subúrbio ferroviário, na porção leste da Bahia de Todos os Santos, ocupam uma área territorial de aproximadamente 10,65 km², com uma população de cerca de 8 mil habitantes. A maioria desses residentes é composta por descendentes de negros escravizados, que se dedicam à pesca, mariscagem, agricultura e artesanato para sustento próprio, obtendo recursos diretamente da natureza.

Historicamente, essa população tem vivido à margem da sociedade devido à negligência das autoridades públicas, que têm negado direitos básicos, como acesso à saúde, educação, segurança, lazer e oportunidades de trabalho, entre outros. A Ilha de Maré é conhecida como o bairro mais negro de Salvador, e isso se deve não apenas ao racismo institucional e ambiental, mas também às vulnerabilidades decorrentes de desafios geográficos, questões culturais, religiosas e socioeconômicas.

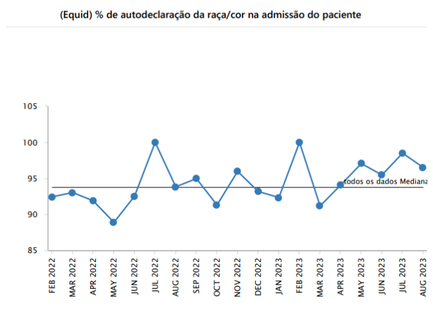
OBJETIVOS DO PROJETO

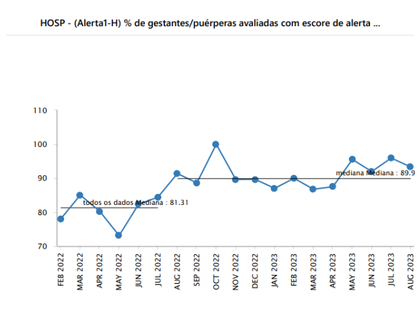
OBJETIVO GERAL:

- Reduzir a razão de morte materna em 30% por causas diretas, em 24 meses, no agregado dos hospitais.
- Processo: Aumentar taxas de adesão de processos aos bundles de CPAVs para 95% em 24 meses, no agregado.

OBJETIVOS DE EQUIDADE EM SAÚDE:

- % de auto declaração da raça/cor na admissão do paciente.
- % de acertos no cadastro do paciente no quesito raça/cor
- Aumentar o # de ações de co-desenho com a comunidade quilombola, marisqueira e ilha de maré.
- Aumentar a confiança e acesso a unidade para as comunidades quilombolas, marisqueiras e da ilha de maré.
- Aumentar a transferência do cuidado das mulheres mais vulneraveis das comunidades quilombolas, marisqueiras e da ilha de maré.





DESENHO DO PROJETO

O projeto utiliza a metodologia BTS Breakthrough Series Collaborative, em conjunto com mais de 20 unidades. "Todas as Mães Importa" é um projeto colaborativo que emprega a ciência da melhoria do IHI. Ele realiza sessões presenciais com conteúdo clínico e sobre a metodologia, com o objetivo de apoiar as unidades na implementação e teste de suas mudanças. Todas as unidades receberam orientação semanal na área clínica, além de orientação mensal em relação à equidade em saúde, trabalhando em conjunto com outras equipes. O projeto também incluiu um treinamento de "Equidade em Ação", que consistiu em um curso de 16 horas destinado aos líderes de projeto em cada unidade. Nas sessões de orientação sobre equidade, foram ensinadas ferramentas relacionadas à humanização, equidade em saúde e cuidado centrado na pessoa, com o co-desenho como foco. Algumas dessas ferramentas incluíram o mapeamento emocional, observação, entrevistas, reuniões comunitárias sobre o cuidado de populações específicas e interação com grupos locais que se concentram nessas populações.

DIRECIONADORES PRIMARIOS

Estabelecer uma estrutura que apoie o trabalho em prol da equidade na saúde na MMCJ

Adaptar os serviços de saúde para garantir cuidados culturalmente apropriados focando no acesso e transferencia do cuidado.

Estratificar dados por raça, identidade de gênero e orientação sexual.

Criar parcerias com colaboradores, pacientes, comunidade para co-desenhar soluções aos desafios.

Promover a criação de espaços de conscientização sobre equidade, pertencimento e inclusão.

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Durante o último ano deste trabalho, temos observado uma mudança na cultura, onde as pessoas têm a segurança psicológica para falar sobre as populações vulneráveis, bem como para co-desenhar com as populaçõese ir até as comunidades, garantindo que o que fazemos para melhorar o sistema esteja focado em criar mudanças com as pessoas que estão sendo afetadas pelo problema. Essa mudança cultural é evidente, e a estrutura para se preocupar com a equidade é cada vez mais aparente na forma como a Maternidade interage com as comunidades mais vulneráveis e cria pontes de confiança, afeto e acesso para melhorar a qualidade e transferência do cuidado entre os diferentes pontas do sistema.

NIVEL 1: ACESSO

- **Reuniões com as comunidades (igrejas,quilombo do tororo, ilha do maré e ilha amarela).**
- **Ambulancha para as ilhas.**
- **Eventos para trazer as enfermeiras e comunidade para a maternidade.**
- **Colegial gestor para aumentar a participação dos líderes da comunidade.**

NIVEL 2: TRANSFERENCIA DO CUIDADO

- **Agendamento em rede, trabalhando com as enfermeira das UBS/UFS**
- **Comunicação e whatsapp com clinicos da maternidade casos de emergencia.**
- **Kits de CPAVs e treinamentos em como lidar com casos obstétricos difíceis**
- **Comunicação com lideranças dos quilombolos quando a mulheres estão na maternidade.**

NIVEL 3: QUALIDADE DO CUIDADO

- **Treinamento e sensibilização constante para os funcionários. Oportunidades para conhecer e ir até as comunidades.**
- **Salas individuais para aborto legal e protocolo de sigilo e respeito.**
- **Ouvidoria interna com casos de familias e mulheres que sofrem racismo ou discriminação durante o serviço.**
- **Ficha de identificação de riscos socio-raciais.**
- **Protocolos de respeito e dignidade para mulheres negras, quilombolas e mulheres e familias que praticam religiões com matriz africana.**
- **Mudança de dieta com nutricionista quilombola para mulheres quilombolas.**

RELATO DE EXPERIÊNCIA: FLUXO DE RESPOSTA à VIOLÊNCIA SOFRIDA PELO COLABORADOR, COMO INSTRUMENTO DE PRESERVAÇÃO DE DIREITOS DOS PROFISSIONAIS E PACIENTES

Vivian Sueiro Magalhães, André Luiz da Silva Zerbone, Patrícia Teófilo dos Santos

INTRODUÇÃO

Em 2017, ao analisar o cenário de violência contra profissionais da saúde, praticada por pacientes e/ou acompanhantes, noticiado nos meios de comunicação e em publicações dos Conselhos profissionais, assim como a existência de casos relatados esporadicamente, a AACD entendeu a necessidade de mapear esse risco na Matriz de Gestão de Riscos, com definição de um plano de mitigação. Como parte desse plano foi criado o "Fluxo de resposta à situação de violência sofrida pelo colaborador (FVC)", que prevê o registro de eventuais situações na plataforma Central de Ética e Compliance, para tratativas, controle e documentação.

METODOLOGIA

Esse relato de experiência, submetido e aprovado pelo CEP (CAAE 73312223.3.0000.0085), descreve a percepção da equipe envolvida desde a implantação do Fluxo (julho/2017) até julho de 2023. As fontes de dados utilizadas para o estudo foram: (a) Central de Ética e Compliance (CEC); (b) Tasy®; (c) ADP® e (d) Demonstrações Financeiras da AACD. Todos os sistemas são de acesso por login e senha. Os dados foram coletados com a utilização do perfil de acesso regular dos Pesquisadores.

Os casos foram analisados sob as seguintes perspectivas: (i) Evolução temporal; (ii) Local da ocorrência: ambiente de internação x ambiente ambulatorial: (iii) Gênero do profissional (agredido) e gênero da pessoa relatada (agressor); (iv) Fonte de financiamento do atendimento que ensejou a situação de violência; (v) Aplicação de Alta Institucional/ Administrativa; (vi) Alocação dos recursos envolvidos nas tratativas: Compliance, Gestão, Serviço Social, Segurança Patrimonial e Jurídico.

RESULTADOS

Nos 78 casos registrados foram identificadas 109 ações de violência. Como demonstra o Gráfico 1, a maior incidência foi de violência verbal (63,3%), seguida da violência psicológica (26,6%). A incidência de casos com violência física é muito inferior em relação à literatura consultada – 9,2% contra 13,0%[1,2]. Dentre os casos de violência física, não houve casos relatados de vias de fato e/ou lesão corporal.

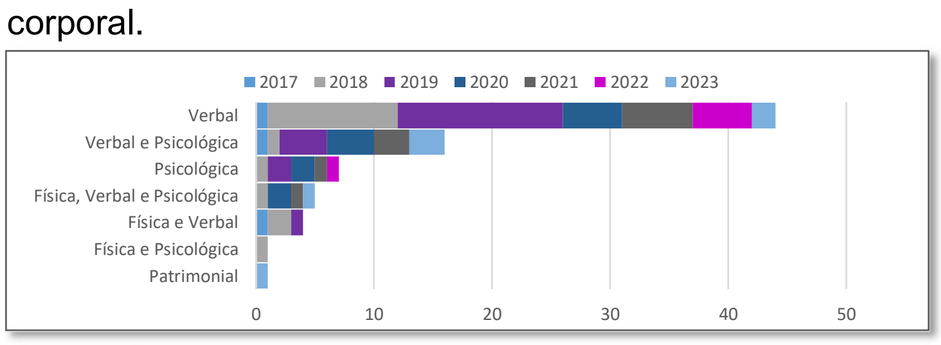


Gráfico 1. Tipo de violência relatada pelo colaborador

Apesar de, em números absolutos, o ambiente ambulatorial ter o maior volume de casos relatados, quando analisada a incidência pelo volume de atendimentos, constata-se que o ambiente mais crítico para a ocorrência de situações de violência contra o colaborador foi o ambiente de internação (Tabela 1). O tempo de exposição ao risco na Internação em geral é maior do que no ambiente ambulatorial. Porém há que se considerar que a característica de atendimento preponderante na AACD é de atendimento ambulatorial com recorrência.

Ambiente de atendimento	Qtde relatos	Qtde atendimentos[2]	Índice de relatos a cada 50.000 atendimentos
Ambulatorial	55	2.663.191	1,03
Internação	13	84.432	7,70
Total Geral	68	2.747.623	1,24

Nota 1: Somente exercícios completos.

Nota 2: Atendimentos no ambiente de internação medidos em paciente-dia.

Fonte: AACD. Central de Ética e Compliance; Tasy; Demonstrações Financeiras.

Tabela 1. Índice de casos relatados de violência contra o colaborador a cada 50.000 atendimentos, por ambiente de atendimento, no período de 2018 a 2022[1].

Como demonstra o Gráfico 2, em relação ao perfil do agressor, há predominância no Gênero Feminino – o que está relacionado com o perfil de público que frequenta a Instituição, principalmente no acompanhamento do tratamento de crianças e adolescentes.

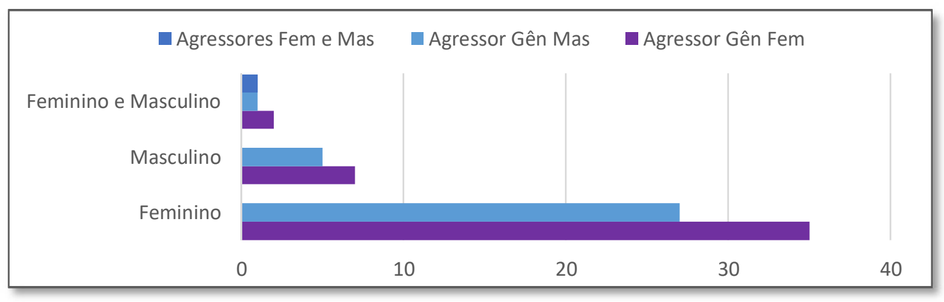


Gráfico 2. Relação Agredido e Agressor, na perspectiva de gênero.

Em relação ao agredido, a maioria dos casos relatados foi contra pessoas do gênero feminino, tanto em número absoluto (66 casos; 85%), como quando comparado com o quadro de colaboradores (média anual de 66% do gênero feminino). A fonte de financiamento – SUS ou Não SUS – não foi um fator determinante para a maior ou menor incidência de situações de violência, sendo a incidência proporcional ao volume de atendimentos realizados – tanto no ambiente de internação, como no ambiente ambulatorial, conforme demonstrado no Quadro 1.

	INTERNAÇÃO		AMBULATORIAL	
	% relatos	% atendimentos (paciente-dia)	% relatos	% atendimentos
SUS	7,7%	21,3%	69,1%	68,3%
Convênios e Particulares	76,9%	78,7%	29,1%	30,1%
Outros/ Não identificado	15,4%	0,0%	1,8%	1,6%

Fonte: AACD. Central de Ética e Compliance; Tasy; Demonstrações Financeiras.

Quadro 1. Incidência de casos relatados, por ambiente de ocorrência, comparado com o volume de atendimentos realizados no período.

Sobre alta institucional (restrição a agendamentos eletivos), foram aplicadas em 9 casos, nos anos de 2017, 2020, 2021 (1 por ano), 2019 (2), e 2018 (4). Em relação à alocação de recursos, como mostra a Tabela 2, foi observada uma diminuição importante no tempo para a conclusão dos casos: de 78,5 dias no período de 2017 a 2019, para 19,8 dias de 2021 a 2023. A participação do Serviço Social aumentou ao longo dos anos e a dos Departamentos de Segurança Patrimonial e Jurídico diminuiu. Na opinião dos Pesquisadores, como não houve alteração significativa no tipo de violência e no perfil dos agressores, essa alteração de alocação de recursos foi possível pela aplicação de ciclos de melhoria, realizados a partir das tratativas dos casos.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total Geral	%
Compliance	3	17	21	13	11	6	7	78	100,0%
Serviço Social	2	6	6	3	3	2	5	27	34,6%
Segurança Patrimonial	0	6	6	4	2	0	2	20	25,6%
Jurídico	0	4	1	1	2	0	0	8	10,3%
Média de dias para conclusão	209,7	98,4	43,6	168,3	20,6	14,2	23,1	75,4	

Fonte: AACD. Central de Ética e Compliance.

Tabela 2. Recursos envolvidos na condução e tratativas dos casos relatados de violência contra o colaborador, e média de dias para conclusão.

CONCLUSÕES

A adoção do fluxo de resposta a situações de violência sofrida pelo colaborador tem sido uma estratégia eficaz para uma intervenção precoce, com a atenuação da gravidade dos casos relatados, cumprindo assim o objetivo de promover um ambiente laboral sadio para seus profissionais, ao mesmo tempo que mantém o compromisso de preservar o acesso à saúde dos pacientes. Os ciclos de melhoria realizados ao longo do período permitiram uma alocação mais otimizada dos recursos humanos e redução do tempo de resposta.

Os desafios estão relacionados a manter e incrementar medidas de prevenção e de garantir que todos os casos sejam notificados e tratados.

REFERÊNCIAS

http://cremesp.org.br/pdfs/SONDAGEM_VIOLENCIA_2017.pdf 1. CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Sondagem com Médicos e Profissionais de Enfermagem; 2017 [cited 2023 Aug 20].

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4425 2. CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Notícias – Combate à Violência na Saúde: Cremesp e Coren-SP lançam campanha em São Paulo; 2017 [cited 2023 Aug 20].

GESTÃO DE OPME ATRAVÉS DE *BUSINESS INTELLIGENCE*: CASE DE SUCESSO PARA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

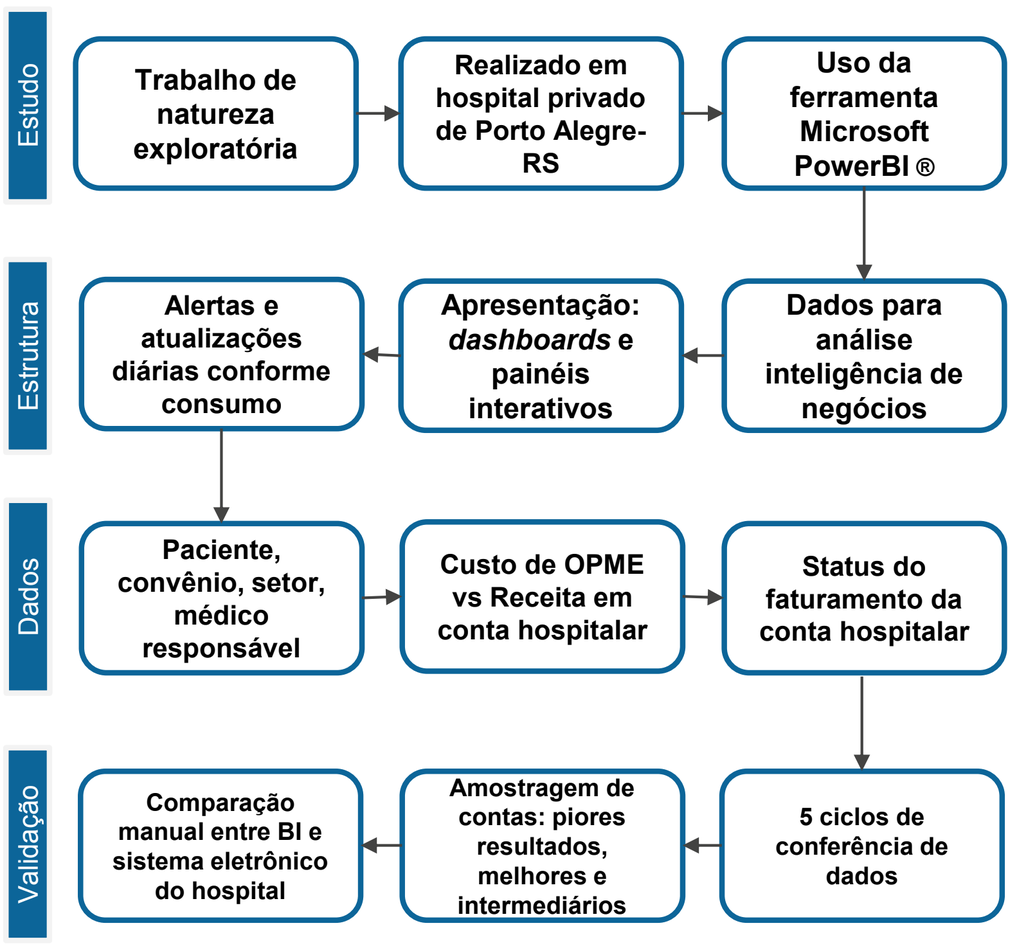
Gabriela Xavier Ortiz, Maristela Quinteiro dos Santos, Ilo Ubirajara da Silva Adolfo Junior, Lucas Teixeira da Silva

INTRODUÇÃO

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na assistência ao paciente em hospitais. OPMEs representam 15-30% dos gastos envolvidos no atendimento cirúrgico, além de custo indireto para garantir a adequada cadeia logística de distribuição. Devido a criticidade desse insumo na clínica e alto valor agregado, hospitais necessitam de ferramentas para otimizar resultados operacionais.

Apresentamos o desenvolvimento de ferramenta para gestão de OPME em hospital baseada em *Business Intelligence* (BI) para integração de dados e análises financeiras disponibilizado para líderes estratégicos nas áreas assistenciais, faturamento, compras e comercial.

METODOLOGIA



Esquema Principal de Organização de Dados

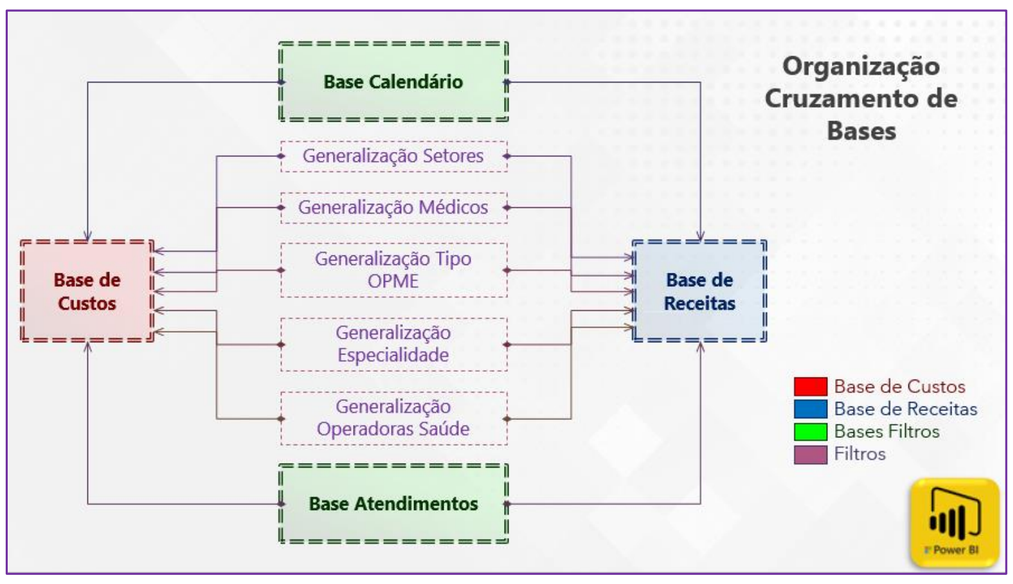


Figura 1 – Esquema de cruzamento de fontes de dados para possibilidade de múltiplos filtros e análises dinâmicas. Neste diagrama, os generalizadores centrais permitem análises cruzadas funcionando como “tabelas dimensões”, enquanto as bases externas são responsáveis por prover os dados, sendo assim as “tabelas fatos”.

CONCLUSÕES

Além de sustentabilidade financeira, a ferramenta por BI proporcionou transparência e integração dos dados, sendo possível acompanhar o processo de gestão de OPME do consumo até seu faturamento.

RESULTADOS

Foram criados 6 painéis interativos e 15 dashboards.

Disponibilizou-se as seguintes funcionalidades:

- Análise financeira de OPMEs;
- Rentabilidade por setor, especialidade médica e convênio;
- Alertas de contas OPME com custo e sem receita;
- Comparativo de todos OPMEs consumidos *versus* OPMEs com receita;
- Painel de conceitos;

Disponibilizou-se os seguintes filtros para os usuários:

- Convênio;
- Período: ano e mês;
- Tipo de OPME (consignado/ não consignado);
- Status de faturamento;
- OPME pertencente a pacote;

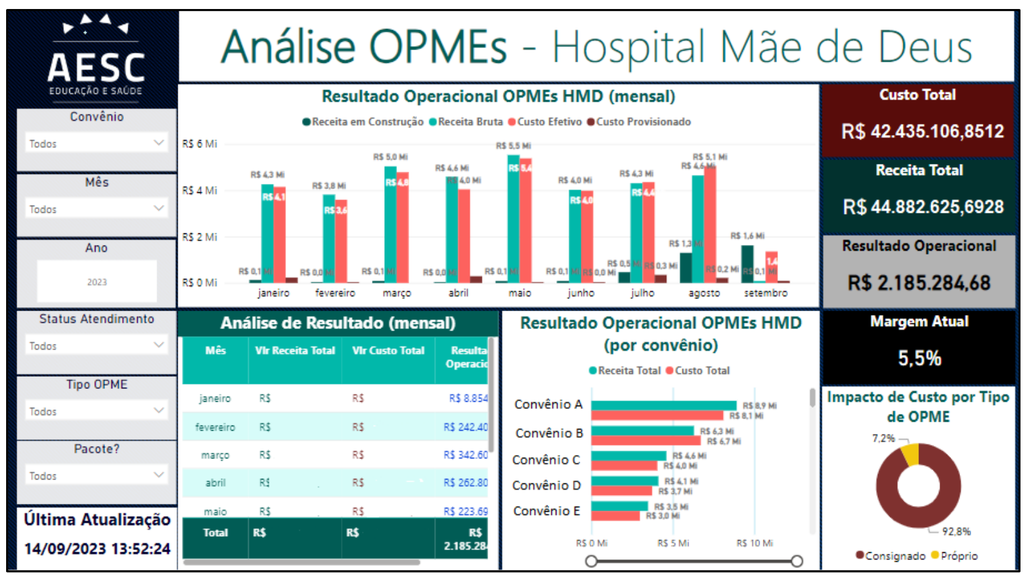


Figura 2 – Ilustração da tela principal do Painel do PowerBI de OPME. Os valores financeiros são apenas ilustrativos e foram multiplicados pelo fator *k* para conservação dos dados institucionais.

A ferramenta foi implementada em Maio de 2023. A partir dela, adotou-se como rotina a auditoria semanal de OPME buscando reverter contas com resultado operacional negativo, ou seja, custo do OPME maior do que a receita.

Com a otimização da gestão de OPME através do BI, observou-se uma redução média mensal de 1,6% de custo OPME sob a receita bruta total hospitalar.

Essa redução representa R$ 78.000 / mês.

Utilizou-se apenas recursos previamente disponíveis, não sendo realizado investimento financeiro para operacionalização da ferramenta do BI.

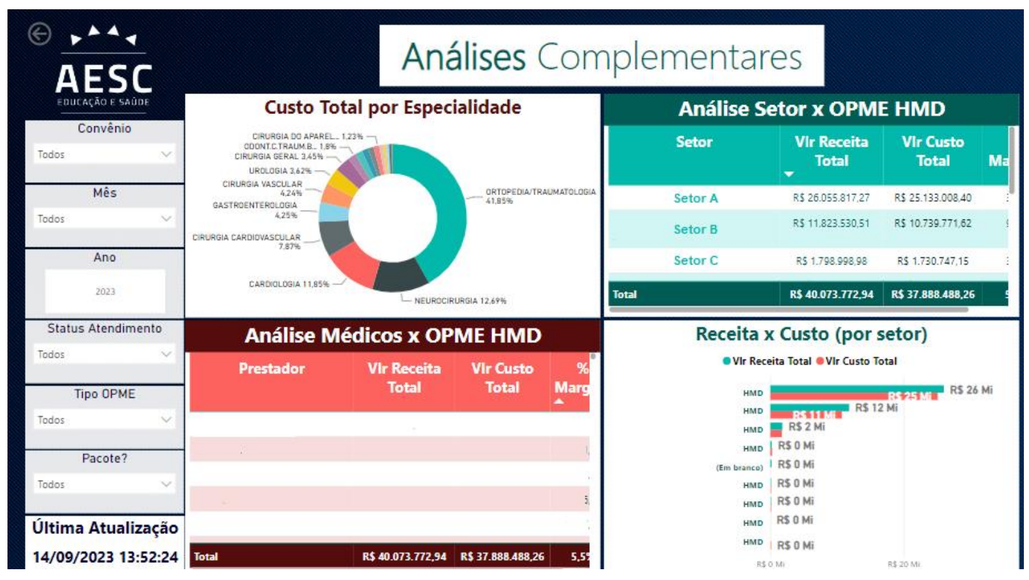


Figura 3 – Ilustração da tela de análises complementares do Painel do PowerBI de OPME. Os valores financeiros são apenas ilustrativos e foram multiplicados pelo fator *k* para conservação dos dados institucionais.

REFERÊNCIAS

Junior, Daniel Monteiro Palheta, et al. "O farmacêutico no processo de gestão de órteses, próteses e materiais especiais em nível hospitalar." Revista Eletrônica Acervo Saúde 23.3 (2023): e11757-e11757.
Pinheiro, Liane Lopes de Souza, et al. "Estudo de revisão sobre gerenciamento de órteses, próteses e materiais especiais para aplicação em uma instituição de saúde." (2020).
Madi, Marisa Riscalla, and Marcio Pereira Ramos. "Aplicação do método de análise de modos e falhas no processo cirúrgico e no fluxo de órteses, próteses e materiais especiais, minimizando os impactos no faturamento." Revista de Administração em Saúde 23.90 (2023).

Projeto de qualificação do acesso a imunobiológicos especiais na Atenção Básica

André Ricardo Ribas Freitas, Camila Nascimento Benvenuto, Thiago Lavras Trapé

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde criou, em 1993, um programa abrangente de suprimento de imunobiológicos especiais, para grupos específicos da população, a serem distribuídos pelos **Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).** Para levar informações sobre esses centros e imunobiológicos especiais, principalmente para profissionais da AB, o **Projeto HubCRIE** foi criado pelo Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS), em conjunto com o Conasems, Pfizer e Sanofi.

METODOLOGIA

O projeto tem como objetivos: **qualificar** o acesso de usuários do SUS aos tratamentos disponíveis nos CRIE; **fortalecer** o conhecimento das equipes de Atenção Básica na avaliação e encaminhamento dos pacientes elegíveis**; ofertar** cursos de apoio, principalmente a profissionais da Atenção Básica, sobre imunobiológicos especiais; **mapear e disponibilizar o mapeamento** dos CRIE em território nacional; e **oferecer manuais** técnicos/*guide-lines* de apoio ao gestor e trabalhador para organizar o fluxo assistencial.

O comitê gestor se reúne quinzenalmente, desde agosto de 2022, para discutir e aprovar as ações desenvolvidas pelo projeto. Além disso, o projeto conta com especialistas que garantem a produção dos materiais produzidos pelo projeto.

Curso EAD tutorado – A partir de pesquisas e discussões no Comitê Gestor, o curso tutorado foi oferecido, em um primeiro momento para profissionais dos municípios de **Belo Horizonte, Porto Velho, Petrolina e Florianópolis**, com objetivo de apoiar e contribuir com a melhoria do acesso a imunobiológicos especiais na Atenção Básica.

Curso EAD autoinstrucional - Curso gratuito e aberto para todos os profissionais de saúde interessados no tema. Com duração de 20 horas, o curso é composto por quatro módulos organizados em componentes educacionais que são estimulados a serem cursados na íntegra. O curso está disponível no site do projeto. Nestes módulos, o aluno tem acesso a videoaulas, textos, artigos e manuais.

No geral, as ações do projeto foram estruturadas em 2 eixos: **comunicação e capacitação.**

RESULTADOS

Em relação a comunicação e informação, os resultados de alcance do projeto HubCRIE são enormes. Em live de lançamento no Canal Conasems no Youtube (100 mil inscritos), o vídeo já conta com mais de 6 mil visualizações, além de dezenas de comentários como o de *Vera "Esses projetos são muito importantes para o despertar da importância da imunização dentro da atenção básica. Precisamos fortalecer nossa base e conhecer nossas redes".* Para o Instagram do Conasems (90 mil seguidores) foram publicados conteúdos de fácil entendimento para valorização do SUS e dos CRIE:

No curso EAD, profissionais de todos os estados se inscreveram, com destaque para os municípios de Campina Grande (PB), São Paulo (SP), Betim (MG), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ) e Salvador (BA).

CONCLUSÕES

Em áreas relacionadas à saúde é essencial que os profissionais se atualizem constantemente. Cursos de qualificação como o HubCRIE se fazem essenciais nesse contexto. Cursos no formato EAD permitem aumentar o alcance de público, levando o conhecimento para além das salas de aula. No eixo da comunicação, a publicação de informações atualizadas e de fácil acesso são importantes para subsidiar os profissionais e usuários, além de promover uma valorização do SUS, que é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Disseminar nas redes sociais conteúdos que incentivem a vacinação também é de extrema importância no contexto do Brasil "pós-pandemia" e do aumento de *Fake News* e desinformação.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p.: il. ISBN 978-85-334-2048-9.

“HUDDLE PSICOLÓGICO”: FERRAMENTA PARA COMUNICAÇÃO DE EQUIPE E MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADO

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

INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde é essencial para garantia de qualidade e segurança, considerando dados sensíveis e momentos potencialmente críticos. Para a psicologia, se faz mais delicada, considerando informações sigilosas e a manutenção do vinculo de confiança psicólogo-paciente.

O huddle é uma estratégia que padroniza a prática de discussões clínicas rápidas e eficazes, favorecendo a identificação de problemas específicos e estabelecimento de soluções eficientes, com alinhamento de condutas. Ao contrário de outras especialidades, a psicologia não dispõe de uma ferramenta estruturada para a transição do cuidado.

Segundo Rowan e colaboradores (2022), embora seja uma ferramenta recente, a adaptação para o sistema de saúde apresenta evidências relevantes de efetividade no cuidado integrado, comunicação ética e coesão de equipe. Os autores destacam ainda a importância de reuniões rápidas diárias de equipe para melhorar a satisfação no trabalho.

A ausência do profissional de referência ou plantões de final de semana, implica por vezes na necessidade de atendimentos de emergência junto aos pacientes e familiares já acompanhados. Isso impactava na precisão das informações, pois o cuidado com o vínculo de confiança implica no acompanhamento por um único psicólogo do início ao fim de sua internação.

Portanto, tornou-se necessário a sedimentação de um recurso para a passagem de plantão psicológico que assegurasse o trabalho ético, considerando características do atendimento psicológico no hospital.

OBJETIVOS

Apresentar a ferramenta do “Huddle psicológico” como recurso de transição de cuidado e garantia de uma melhor comunicação para segurança do paciente.

Como objetivo secundário, espera-se que a ferramenta colabore para a coesão de equipe, desenvolvendo habilidades de comunicação.

METODOLOGIA

A partir do conceito do Huddle realizou-se brainstorming sobre as dificuldades do plantonista, criando um registro das informações dos casos.

Os passos a seguir descrevem o desenvolvimento da ferramenta:

1. Alinhamento sobre LGPD e aspectos éticos;
2. Delimitação de critérios para os pontos de atenção do plantão do final de semana;
3. Definição do aspectos clínicos relevantes para compartilhamento em equipe;
4. Construção do espaço do “Huddle Psicológico” na rotina do Serviço de Psicologia;
5. Estabelecimento da periodicidade adequada para convocação do espaço/ferramenta.

Inicialmente, percebeu-se que a ferramenta necessitou de período de adaptação. Durante um mês, o “Huddle Psicológico” durou 30 minutos até a compreensão e refinamento de sua aplicabilidade.

Após esse período, a equipe estava alinhada com a proposta, passando a realiza-lo em 10 minutos e de maneira eficaz. Percebe-se que houveram poucas dificuldades de adaptação à rotina, que foram sanadas a partir da percepção de efetividade da ferramenta e de feed-back do plantonista, quando necessidade de acionamento para os casos citados no “Huddle Psicológico”.

RESULTADOS

O Feedback da equipe aponta para a aprovação do instrumento, bem como o aumento da confiança entre os pares. Notou-se ainda o cultivo do espaço para manutenção do sentimento de time, agregando coesão ao grupo e melhora na comunicação.

Por fim, o “Huddle Psicológico” se tornou rotina do Serviço de Psicologia, com engajamento de todos os profissionais da equipe.

CONCLUSÕES

A ferramenta se mostrou efetiva no cuidado integrado, garantindo segurança das informações e condutas sigilosas de casos complexos, trazendo também maior segurança do paciente e plantonista.

REFERÊNCIAS

Rowan BL, Anjara S, De Brún A, MacDonald S, Kearns EC, Marnane M, McAuliffe E. The impact of huddles on a multidisciplinary healthcare teams' work engagement, teamwork and job satisfaction: A systematic review. J Eval Clin Pract. 2022 Jun;28(3):382-393. doi: 10.1111/jep.13648. Epub 2022 Feb 17. PMID: 35174941.

IMPACTO DA CONSULTA E PRESCRIÇÃO REMOTAS (E-CONSULTA) NA REINTERNAÇÃO DE PACIENTES COM HIPERGLICEMIA HOSPITALAR

Izabella Fires de Luna, João Victor Simões Castro Perrone, Mateus Neves de Oliveira, Alina Coutinho Rodrigues Feitosa

INTRODUÇÃO

Hiperglicemia hospitalar é definida por glicemias capilares maiores que 140 mg/dL e está relacionada a maior mortalidade e reinternações. Controle glicêmico na internação e após alta relaciona-se a menor taxa de readmissão, entretanto é desafiador e soluções sistêmicas de vigilância e intervenções rápidas são desejáveis

OBJETIVO

Comparar a taxa de reinternação precoce (30 dias) e tardia (12 meses) em pacientes com hiperglicemia hospitalar assistidos por consulta e prescrição remotas com os assistidos por abordagem habitual (consulta presencial com especialista).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, pareado em que foram incluídos indivíduos com idade superior a 18 anos admitidos com hiperglicemia hospitalar em hospital acadêmico, entre abril de 2020 a março de 2021. Denominou-se "EC", os avaliados por *e-consulta* (consulta e prescrição remotas) e "HA" ou avaliação habitual, os avaliados por consulta presencial por endocrinologista. A *e-consulta* foi realizada por acesso VPN remoto ao prontuário eletrônico do paciente e os casos foram selecionados a partir da identificação diária de hiperglicemias críticas por programa de gerenciamento de glicemias que compila todas as glicemias capilares de todos os pacientes do hospital. Os pacientes do grupo HA foram avaliados a partir de um pedido de interconsulta feita pelo médico assistente se achasse necessário. Os pacientes foram pareados por faixa glicêmica nas primeiras 24 horas após admissão.

	Habitual n 400 (%)	*E-consulta* n 400 (%)	Valor p
Idade (anos)	73 ± 12	69 ± 14	0,06
Masculino	224 (56)	196 (49)	0,168
Diabetes mellitus	272 (67,5)	314 (78,5)	<0,001
COVID-19	108 (27,5)	188 (47)	<0,001
Intubação na admissão	0 (0)	32 (7,5)	0,002
Mortalidade	48(12,5)	88 (22)	0,001
Internação em UTI	172 (43)	216 (54)	<0,001

Tabela 1.Caracterização da população. Idade descrita em média e desvio padrão, demais em porcentagem

	Habitual (n:400)	*E-consulta* (n:400)	Valor p
Glicemia admissão (mg/dl)	229 ± 80	232 ± 83	0,751
Glicemia internação (mg/dl)	197 ± 55	207 ± 53	0,090
Glicemia alta (mg/dl)	181 ± 65	188 ± 80	0,147
Insulina admissão (UI/dia)	10 ± 20	10 ± 17	0,823
Insulina alta (UI/dia)	13 ± 22	30 ± 34	0,045

Tabela 2. Concentrações de glicemia (mg/dl) e dose diária total de insulina (UI) descritos em média e desvio padrão

RESULTADOS

Avaliamos 800 pacientes, sendo 400 em cada grupo. Reinternação precoce e tardia ocorreram em 19 vs 11%, p=0,002 e 14 vs 10,5%, p=0,213 nos grupos HA e EC, respectivamente. Tempo (dias) até reinternação foi de 147±145 vs 186±158 (HA e EC). Média e DP da glicemia na admissão, internação e na alta foram semelhantes entre HA e EC: respectivamente 229±80, 197± 55 e 181±65 mg/dL vs 232± 83, 207±53 e 188±80mg/dL. Dose total de insulina foi semelhante na admissão, porém diferente na alta entre os grupos HA e EC: 10± 20 vs 10± 17UI, p=0,823 e 13 ± 22 vs 30 ± 34UI, p=0,045. Uso de esquema basal-bolus de insulina na alta foi mais frequente no grupo EC: 40 vs 81%, p<0,001. A distribuição de sexo e idade foram semelhantes, entretanto, no grupo EC havia mais diabetes (78,5 vs. 67,5%, p<0,001), maior taxa de intubação na admissão (7,5 vs 0%, p=0,002), mais COVID19 (47 vs 27,5%, p<0,001), mais internação em UTI (54 vs 43%, p<0,001) e maior mortalidade (22 vs 12,5%, p=0,001).

	Habitual n (%)	*E-consulta* n (%)	Valor p
Reinternação precoce	76 (19)	42 (11)	0,002
Reinternação tardia	55 (14)	41 (10,5)	0,213
Tempo até nova internação	147 ± 145	186 ± 158	0,088
Tempo de internação	8 ± 10	17 ± 17	<0,001

Tabela 3. Dados de reinternação. Tempo (dias) descritos em média e desvio padrão e taxa de reinternação em porcentagem.

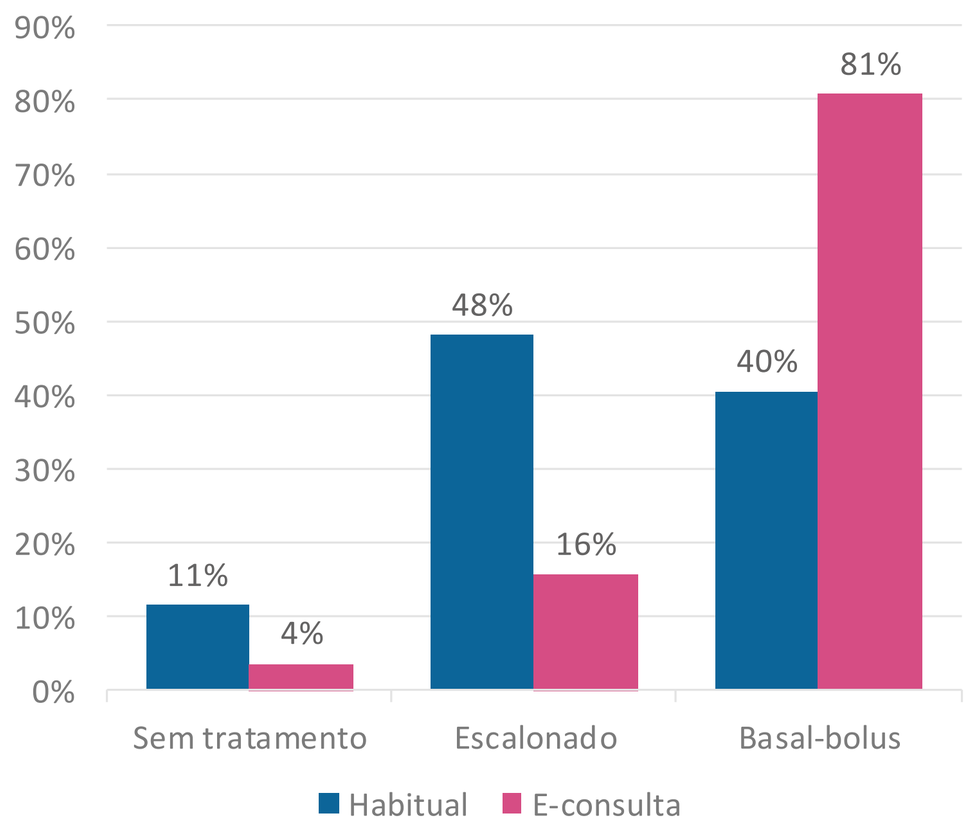


Gráfico 1. Esquema de insulina utilizado na alta hospitalar em porcentagem

CONCLUSÕES

Apesar da maior mortalidade e severidade de doença no grupo *e-consulta,* em que diagnóstico de COVID-19 e intubação à admissão foram mais frequentes, a reinternação precoce foi menor que no grupo HA. As médias glicêmicas foram semelhantes entre os grupos na internação, porém a dose total de insulina na alta foi maior e o esquema basal-bolus foi mais frequente no grupo EC, o que pode justificar a menor taxa de reinternação por melhor controle após alta.

REFERÊNCIAS

B, D. et al. 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care 45, S244–S253 (2022).
Umpierrez, G. E. & Pasquel, F. J. Management of Inpatient Hyperglycemia and Diabetes in Older Adults. Diabetes Care 40, 509–517 (2017).
Rubin, D. J. et al. Development And Validation Of A Novel Tool To Predict Hospital Readmission Risk Among Patients With Diabetes. Endocr Pract 22, 1204–1215 (2016).
Spanakis, E. K. et al. Association of Glucose Concentrations at Hospital Discharge With Readmissions and Mortality: A Nationwide Cohort Study. J Clin Endocrinol Metab 104, 3679–3691 (2019).

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

IMPACTO DA TELEMEDICINA NA EFICIÊNCIA DA GESTÃO ASSISTENCIAL EM TERAPIA INTENSIVA

Gisele Baldez Piccoli, Carolina da Fonte Pithan, Natália Fernandes Ferreira, Vinícius Sabedot Soares

INTRODUÇÃO

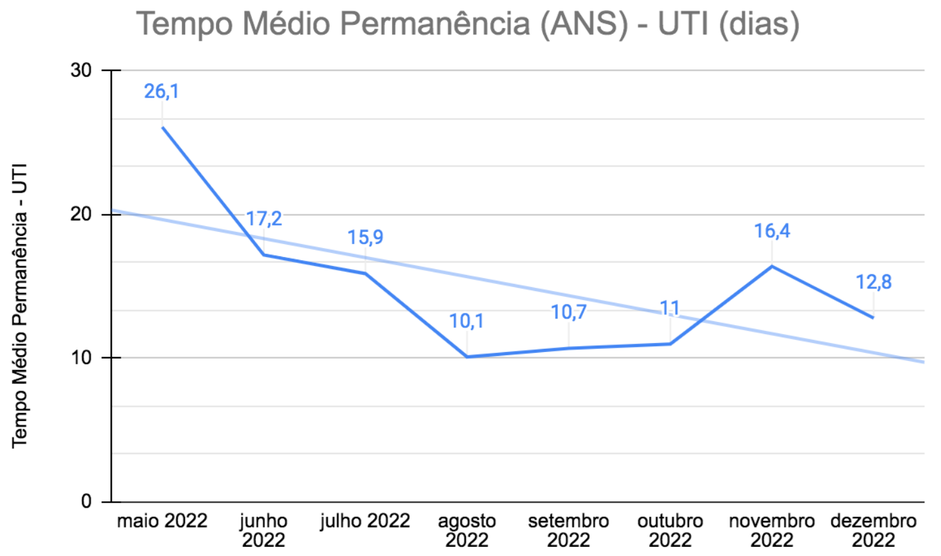
Na atualidade, manter a excelência e eficiência das operações em saúde de forma sustentável é prioridade. Em unidades críticas, a gestão assistencial é desafiadora por ser um setor de alto custo operacional e demandar profissionais altamente qualificados. A telemedicina se consolida como ferramenta de suporte à decisão, podendo contribuir especialmente nos locais de mais difícil acesso.

METODOLOGIA

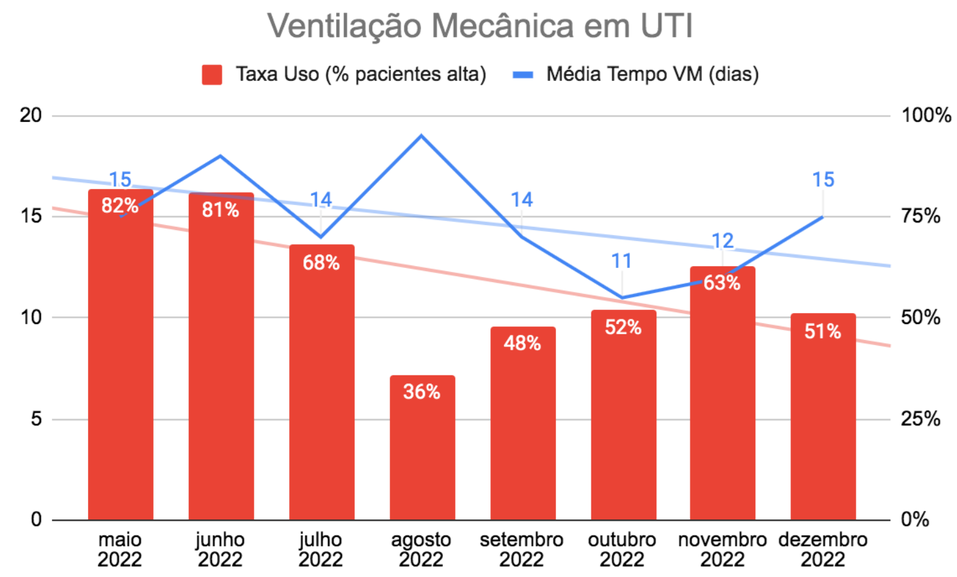
Relato de experiência de parceria público-privada para um hospital de médio porte no sul do país, referência para quatro municípios, com 16 leitos de UTI. A metodologia foi baseada em três pilares: tele-intensivismo (teleconferências diárias entre equipe multidisciplinar local e consultor médico, especialista em terapia intensiva, com objetivo de propiciar uma segunda opinião formativa e ser uma ferramenta de coordenação do cuidado e definição do plano terapêutico), educação (encontros híbridos com conteúdos teórico-práticos sobre manejo do doente crítico) e otimização da gestão assistencial (revisão e elaboração de fluxos e rotinas, protocolos assistenciais e indicadores).

RESULTADOS

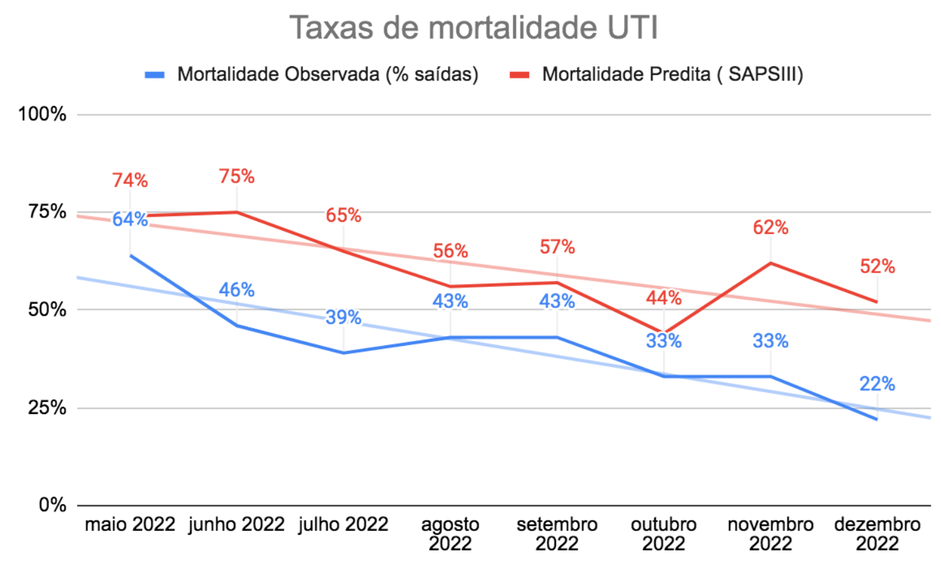
O projeto teve duração de 7 meses, com início em maio de 2022. Foram realizadas 113 sessões de tele-intensivismo e discutidos 942 casos, totalizando 869h de encontros virtuais. Ao longo do projeto, 278 pacientes foram admitidos, sendo 54,7% do sexo masculino e 32% entre 60 e 69 anos. Hipertensão e diabetes foram as comorbidades mais frequentes, 52% e 27%, respectivamente. Foi observada uma redução significativa do tempo médio de permanência de 26,1 para 12,8 dias (50,9%), do percentual de pacientes em ventilação mecânica, atingindo seu menor valor em outubro de 2022 (82% a 36%, com média de 60,1%) e da mortalidade geral esperada (74 para 45%) e observada (64 para 33%) pelo SAPS 3, sendo que a mortalidade observada sempre permaneceu abaixo da prevista.



Tempo de permanência (ANS) – UTI (dias)



Ventilação Mecânica em UTI – Taxa de uso e Médi Tempo VM



Taxas de mortalidade UTI – Observada x Predita

CONCLUSÕES

A implementação da telemedicina como segunda opinião formativa resultou em melhorias significativas. O projeto foi inovador, aproximando profissionais experientes e especializados a um cenário real de recursos limitados, com impacto na qualidade e eficiência assistencial. As sessões de acompanhamento somadas à educação remota, apresentou-se como uma alternativa promissora para a sustentabilidade do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Guinemer C, Boeker M, Fürstenau D, Poncette AS, Weiss B, Mörgeli R, Balzer F. Telemedicine in Intensive Care Units: Scoping Review. J Med Internet Res. 2021 Nov 3;23(11):e32264. doi: 10.2196/32264.
2. Kopec IC. Impact of intensive care unit telemedicine on outcomes. *Crit Care Clin.* 2019 Jul;35(3):439–449. doi: 10.1016/j.ccc.2019.02.002.S0749-0704(19)30015-6

IMPACTO DE UMA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PENDÊNCIAS NA PERMANÊNCIA EM UTI PEDIÁTRICA

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Fabíola P. Ferreira La Torre, Marcia Portugal, Viviane Crivellaro, Noelia Andrade

INTRODUÇÃO

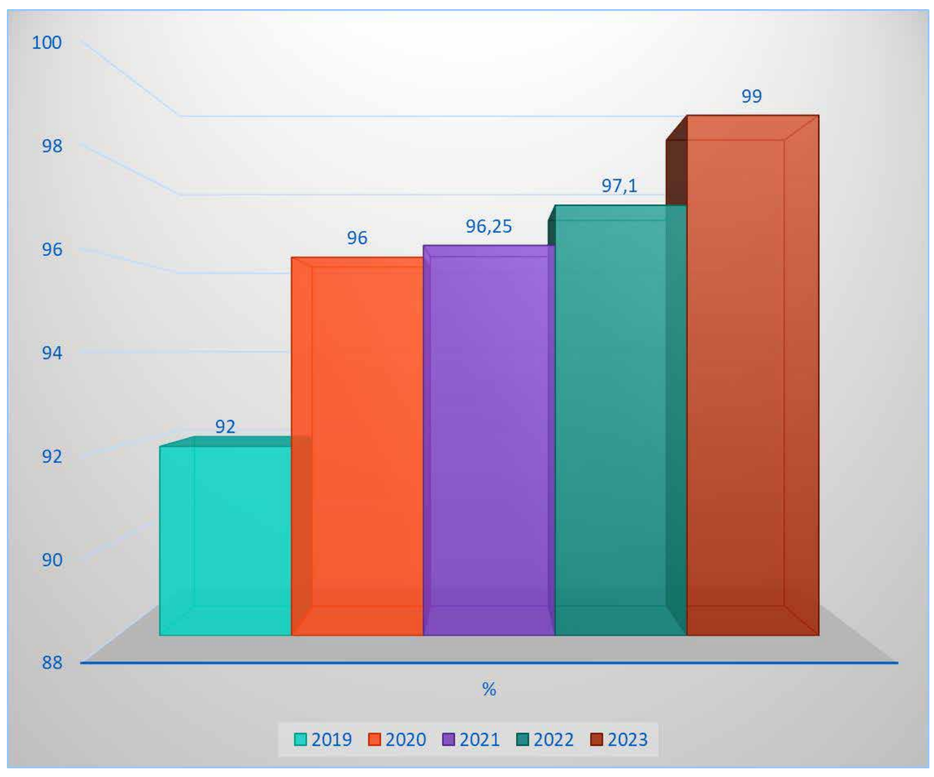
O controle a média de permanência (MP) é importante para promover a segurança e a satisfação do paciente, sendo um dos indicadores de qualidade hospitalar. Manter a MP gerenciada deu início a esse projeto após a observação de um aumento do nível de gravidade através do indicador de gravidade, PIM 2, associado a um maior número de internações e taxa de ocupação. Objetivou-se manter a MP dos pacientes na UTI pediátrica abaixo de 5, através de um check list de pendências analisado no indicador saída certa.

METODOLOGIA

A pesquisa foi intervencionista e prospectiva. Aplicou-se em 2019, um check list de pendências com as seguintes perguntas: Proposta de tempo previsto para internação na UTI cumprido? Necessidade de reavaliar o tempo de internação? Evidência no prontuário, quanto a nova proposta e sua justificativa? Durante o período de internação na UTI, houve algum evento que envolvesse o paciente? Este acarretou algum dano ao paciente? Ou interferiu no tempo de permanência? Há notificação da ocorrência? Proposta terapêutica assertiva? As metas estabelecidas para o paciente pela equipe multiprofissional, foram cumpridas, inclusive no tempo proposto? Há possibilidade de retirada de dispositivos invasivos? Concomitantemente foram realizados: Revisão das Diretrizes de Admissão na UTI; Treinamento da equipe de PSI e UTI; Implantação do indicador saída certa, visita à beira leito com participação do familiar e gestão diária; Revisão protocolos de acordo com a epidemiologia do setor.

- ✓ Proposta de tempo previsto para internação na UTI cumprido?
- ✓ Houve necessidade de reavaliar o tempo de internação na UTI?
- ✓ Evidência no prontuário, quanto a nova proposta relacionada ao tempo de internação na UTI e sua devida justificativa?
- ✓ Durante o período de internação na UTI, houve algum evento que envolvesse o paciente?
- ✓ Se houve algum evento, este acarretou algum dano ao paciente?
- ✓ Se houve algum dano, este interferiu no tempo de permanência?
- ✓ Se houve algum evento, há notificação da ocorrência?
- ✓ Proposta terapêutica assertiva?
- ✓ As metas estabelecidas para o paciente pela equipe multiprofissional, foram cumpridas, inclusive no tempo proposto?

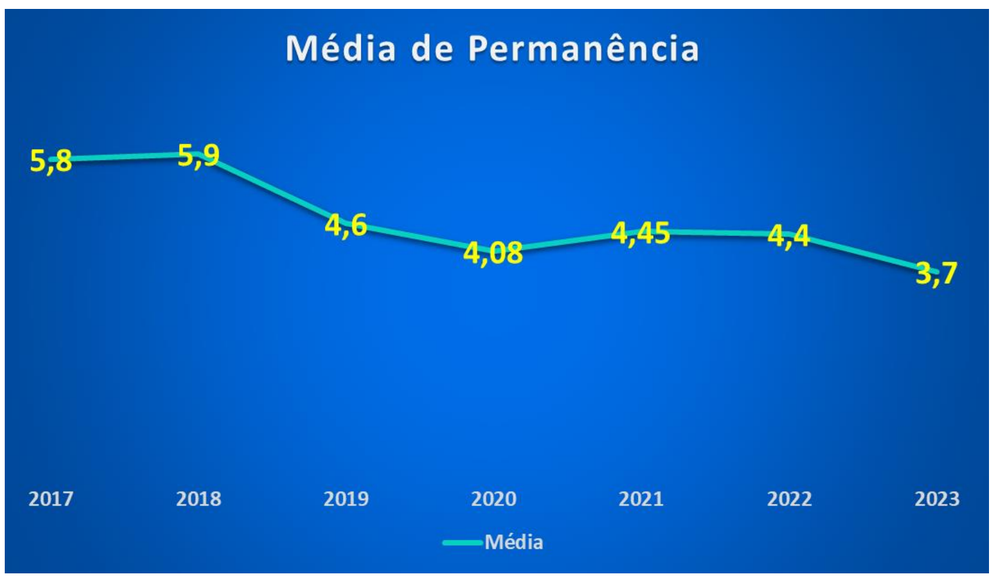
Check list de pendências analisado no indicador saída certa



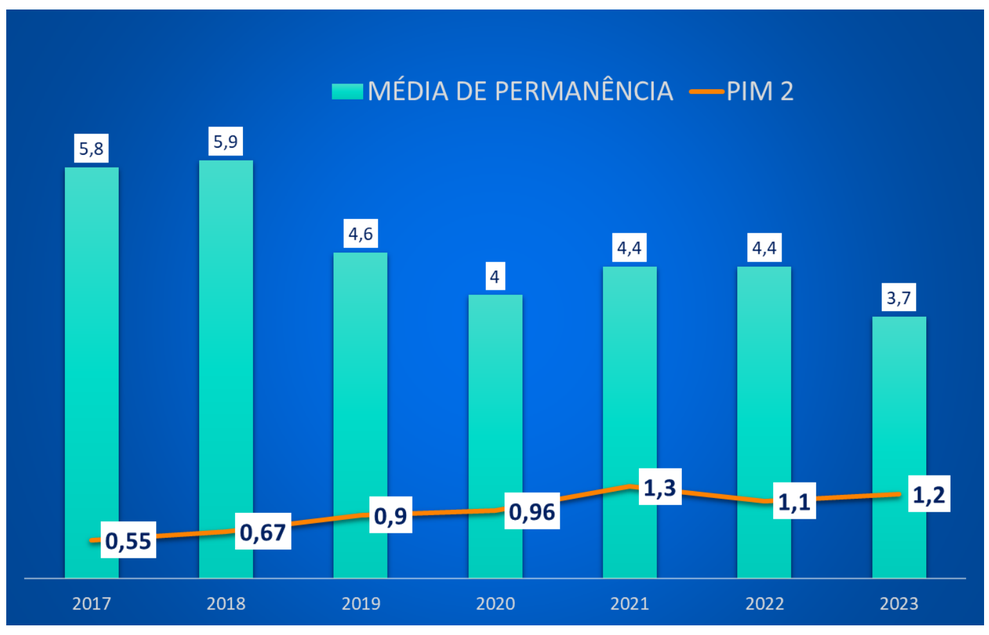
Taxa de assertividade do Indicador Saída Certa

RESULTADOS

Houve queda na MP de 5,8 (2017), 5,9 (2018), 4,6 (2019), 4,0 (2020), 4,5 (2021), 4,4 (2022), 3,7 (até junho de 2023). Paralelamente, houve aumento do indicador de mortalidade de 0,55 em 2017 para 1 em 2023, analisado pelo PIM 2. A taxa de reinternação em 24 horas, variou de 0-0,2%. O indicador saída certa em 2019, foi de 92% (2019), 96% (2020), 96,3% (2021), 98% (2022) e 99% (até junho de 2023). A taxa de letalidade foi 0,43% em 2019, 0% 2020-22 e 0,3% até junho de 2023.



Média de Permanência



Média de Permanência X PIM 2

CONCLUSÕES

Unidades de terapia intensiva pediátrica cada vez mais admitem crianças com doenças críticas agudas, além de comorbidades crônicas, cuja complexidade eventualmente levam a estadias prolongadas na UTIP. Explorar e compreender os fatores que predispõe a longa permanência pode ajudar os profissionais de saúde e instituições a gerenciar o tempo de permanência e lidar adequadamente com seus problemas. Dessa forma, a identificação precoce dos fatores que influenciam no TP de internação pode promover a criação de protocolos ou políticas que melhorem a assistência ao paciente. O check list com análise das pendências e/ou intercorrências no paciente, medidos no indicador saída certa, mostrou ser uma ferramenta eficaz de controle e redução da média de permanência na UTI pediátrica.

REFERÊNCIAS

1) Brandi S, Troster EJ, Cunha ML da R. Tempo de permanência em unidade de terapia intensiva pediátrica: modelo de predição. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2020 [Cited 2021 Nov 22];18:–.DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5476
2) Polito A, Combescure C, Levy-Jamet Y, Rimensberger P. Long-stay patients in pediatric intensive care unit: Diagnostic-specific definition and predictors. Ehrman R, editor. PLOS ONE [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 22];14(10):e0223369. Doi: 10.1371/jornal.pone.0223369.
3) Levin SR, Harley ET, Fackler JC, Lehmann CU, Custer JW, France D, et al. Real-time forecasting of pediatric intensive care unit length of stay using computerized provider orders. Crit Care Med. 2012;40(11):3058-64.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

IMPACTO DO COMANEJO CLÍNICO CIRÚRGICO E TELE-HOSPITALISTA NA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE

Vinícius de Souza, Fabricio Pimentel Fonseca, Lorena Araujo Vieira, Vinicius Renó

INTRODUÇÃO

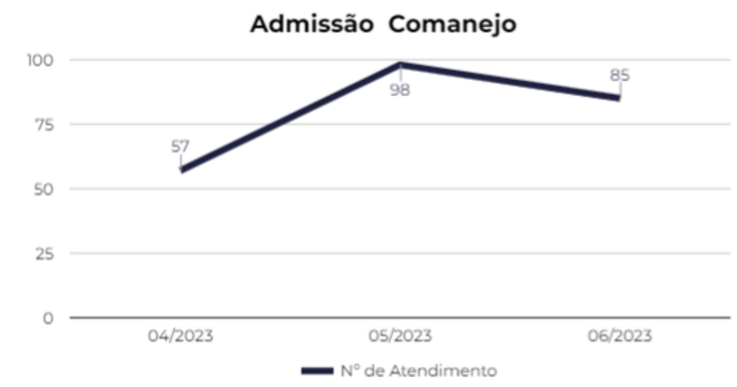
O comanejo clínico cirúrgico é um modelo assistencial colaborativo entre clínicos e cirurgiões para otimizar o tratamento de pacientes cirúrgicos. Evidências científicas demonstram associação com melhores desfechos aos pacientes, além de maior eficiência assistencial e gerencial.

METODOLOGIA

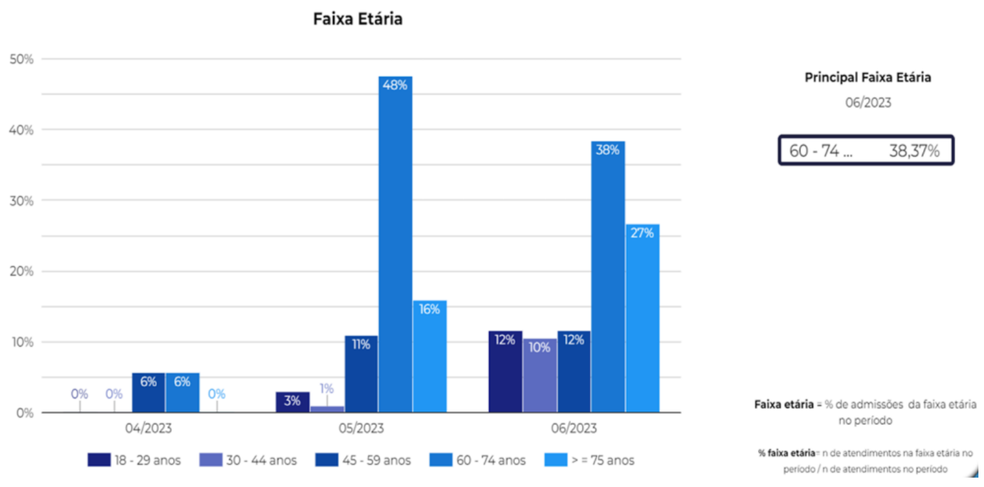
Relato de experiência de parceria público-privada para implantação do comanejo em um hospital estadual do Centro-Oeste, de alta complexidade, com 102 leitos que atende 45 municípios por demanda espontânea e regulação. O projeto tem duração de dois anos, tendo iniciado em março de 2023. O método consiste em uma etapa inicial de diagnóstico, seguido da implementação, com definição das especialidades médicas e das ferramentas a serem desenvolvidas junto às equipes e consolidação.

RESULTADOS

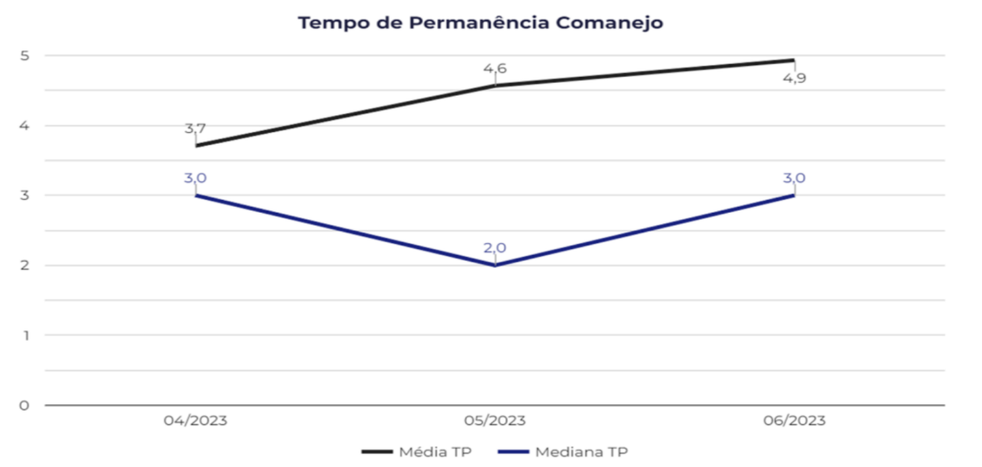
O comanejo foi incorporado pela equipe da medicina hospitalista (médicos e enfermeira hospitalista) para as equipes de ortopedia e cirurgia vascular. Foram elaborados protocolos institucionais, revisão de fluxos e rotinas internas, definição de indicadores e ferramentas de comunicação. Foram incluídos todos os pacientes da cirurgia vascular em contraste à equipe ortopédica, na qual somente aqueles com mais de 60 anos ou com fratura de fêmur ou pelve entraram no acompanhamento. A atuação dos consultores da empresa ocorre de forma híbrida, contando com implementação de teleconsultoria baseada no tele-hospitalista. Essa metodologia permite que todos os casos tenham seu plano terapêutico definido com previsão de alta e Kanban de pendências para alta exposto para toda a equipe. Há um programa de capacitação e treinamento para equipe médica e multiprofissional. Nos três primeiros meses, foi observado um incremento de 42% no número de admissões mensais (57 para 99) e 47% de saídas (41 para 87). Dos pacientes, 60% foram idosos, 32,2% com índice de *Charlson* alto e 31,7% muito alto. A mediana de permanência foi de 3 dias e a reinternação em 30 dias, 3%. A mediana de permanência pré-operatória reduziu de 2 para 1 dia.



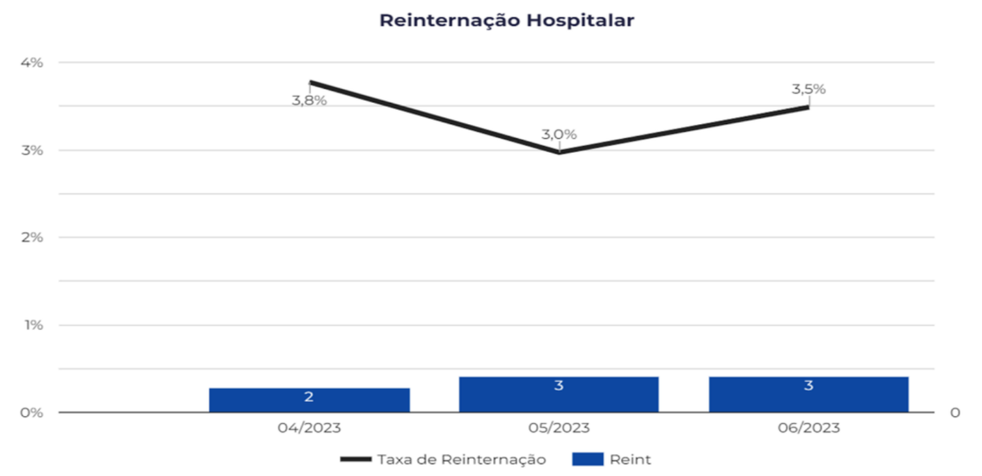
Admissões e saídas comanejo abril à junho de 2023.



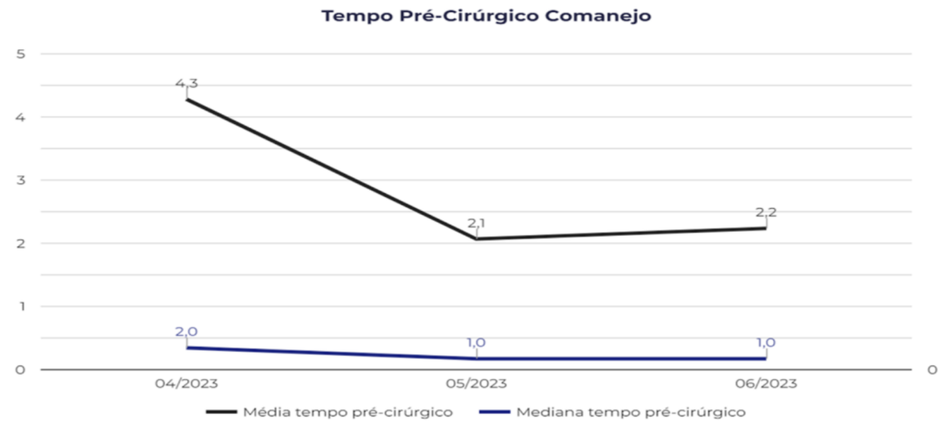
Faixa etária pacientes comanejo – Período de abril à junho de 2023.



Tempo de Permanência Comanejo



Reinternação hospitalar pacientes comanejo



Tempo Pré-Cirúrgico Comanejo

CONCLUSÕES

Embora recente, o modelo é promissor e apresenta resultados favoráveis, indicando melhor eficiência da gestão assistencial, com reflexo na otimização da capacidade instalada, maior acesso a cirurgias e redução da fila de espera no sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rohatgi N, Loftus P, Grujic O, Cullen M, Hopkins J, Ahuja N. Surgical Comanagement by Hospitalists Improves Patient Outcomes: A Propensity Score Analysis. Ann Surg. 2016 Aug;264(2):275-82. doi: 10.1097/SLA.0000000000001629.
2. Wilson M, Walker D. Quality improvement in perioperative medicine: driving the revolution. Br J Hosp Med (Lond). 2017 Nov 2;78(11):638-641. doi: 10.12968/hmed.2017.78.11.638.

IMPLANTAÇÃO DE DASHBOARDS PARA GERENCIAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS

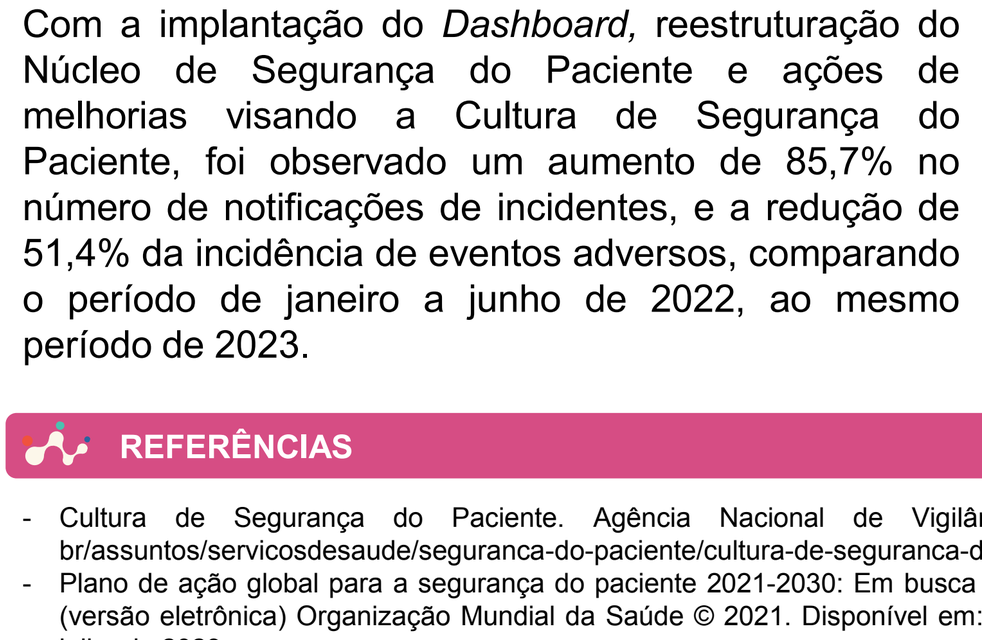
Fabrícia Jannine Torres Araujo, Daniela Broad Rizzo de Omena Tavares, Brunna Emanuely Pereira Vasconcelos Carvalho, Jair José da Silva Correia

INTRODUÇÃO

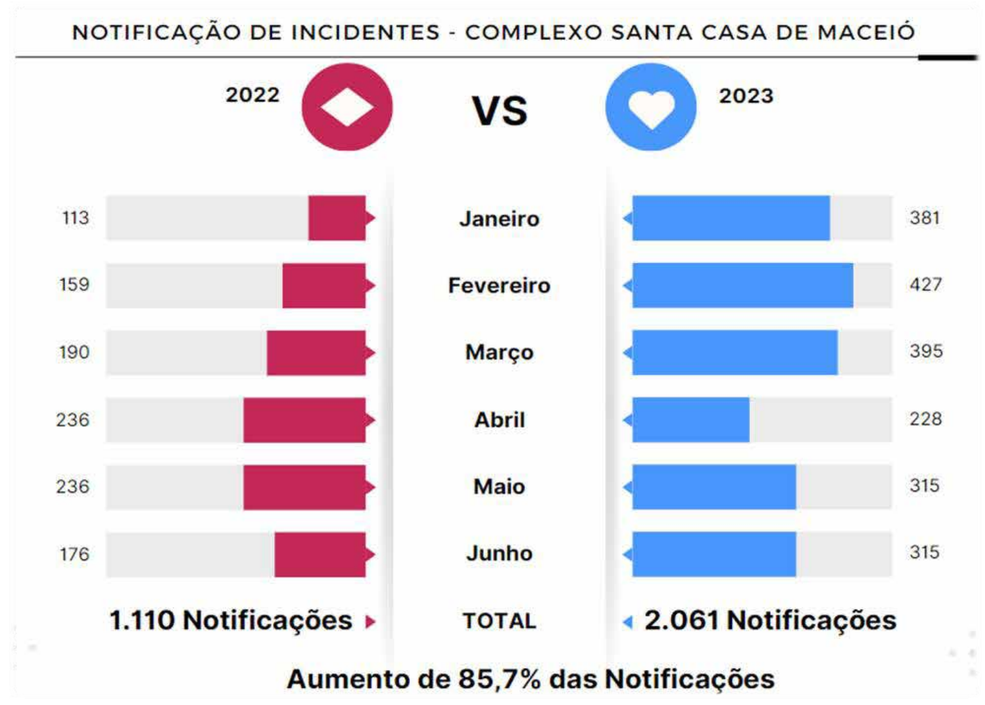
A Cultura de Segurança do Paciente é considerada componente estrutural dos serviços de saúde, que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos, ou seja, incidentes com dano ao paciente, causados por falhas durante a assistência prestada. Para fortalecer essa cultura, identificar e analisar os incidentes, possibilita a adoção de medidas corretivas e preventivas para evitar a recorrência de falhas na assistência que possam afetar a saúde do paciente. Através de *Dashboard*, é possível que responsáveis pelo planejamento e gerenciamento estratégico, tático e operacional, tenham um painel de informações que facilita a interpretação e o acompanhamento de indicadores, em tempo real, de eventos adversos, através de dados e métricas relevantes. O objetivo desse estudo foi avaliar ferramenta de gerenciamento dos eventos adversos da instituição, permitindo identificar, analisar e agir de forma proativa, para prevenir e reduzir riscos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

METODOLOGIA

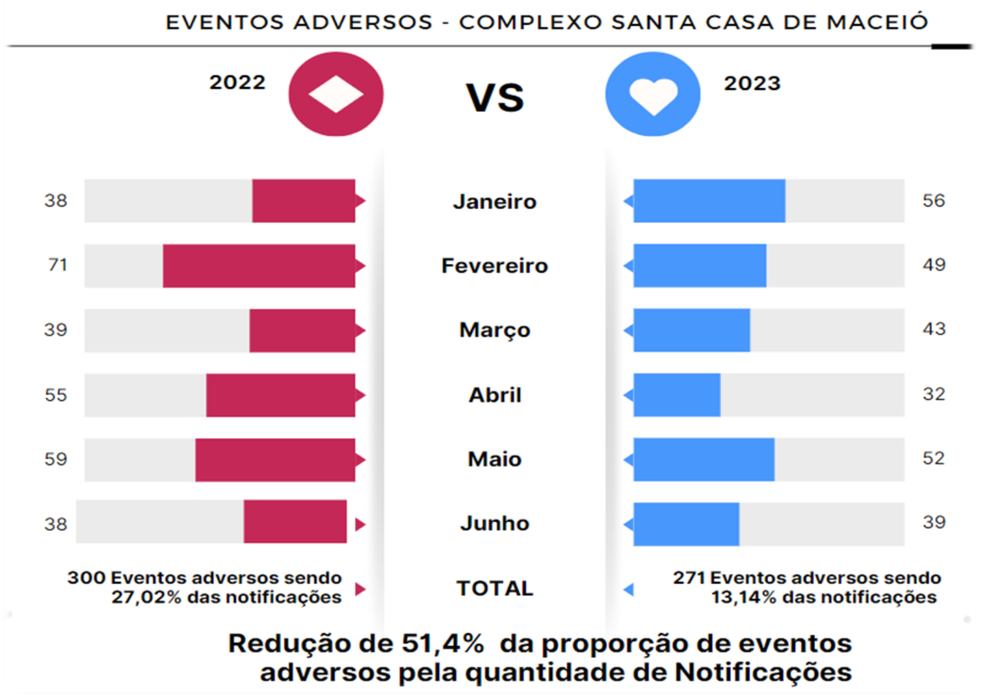
A equipe de desenvolvimento da tecnologia da informação, construiu o *Dashboard* de Eventos Adversos, contemplando a classificação quanto ao tipo de incidente, grau de dano ao paciente, causa, faixa etária, sexo, tipo de atendimento, convênio, data, setor origem e destino, profissional responsável, descrição do ocorrido e *status* da tratativa da notificação. Foram utilizados na criação do *Dashboard,* os *softwares Microstrategy* e *Pentaho Data Integration,* com rotinas automáticas de tratamento e transformação dos dados para consolidação das informações.



Painel do Dashboard de Eventos Adversos com as visões e os drills que permitem navegar nos dados de forma mais ampla para detalhes específicos.



Comparativo das notificações referentes ao período do primeiro semestre dos anos de 2022 e 2023 com o percentual de aumento.



Comparativo da incidência de eventos adversos referentes ao período do primeiro semestre dos anos de 2022 e 2023 com o percentual de redução.

Visão do Dashboard dos dados de Status de tratativa de eventos e grau de dano.

RESULTADOS

Com a implantação do *Dashboard,* reestruturação do Núcleo de Segurança do Paciente e ações de melhorias visando a Cultura de Segurança do Paciente, foi observado um aumento de 85,7% no número de notificações de incidentes, e a redução de 51,4% da incidência de eventos adversos, comparando o período de janeiro a junho de 2022, ao mesmo período de 2023.

CONCLUSÕES

Ao explorar o *Dashboard*, foi possível identificar o perfil de comportamento das notificações de eventos, traçar oportunidades de melhorias, subsidiando tomadas de decisões e direcionando ações para fomentar a Cultura de Segurança do Paciente. Seguimos com esta metodologia, proporcionando uma eficiência operacional, e favorecendo a segurança do paciente, bem como, sua satisfação.

REFERÊNCIAS

- Cultura de Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente/. Acesso em: 31, julho de julho de 2023.
- Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. ISBN 978-92-4-003270-5 (versão eletrônica) Organização Mundial da Saúde © 2021. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf. Acesso em 31, julho de 2023.
- Power BI Drill Through: Navegação Detalhada em Relatórios no Power BI. Awari, 2023. Disponível em: https://awari.com.br/power-bi-drill-through-navegacao-detalhada-em-relatorios-no-power-bi/. Acesso em 30 de julho de 2023.

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL DE ENFERMEIROS COMO FERRAMENTA DE MELHORIA NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Breno Afonso Alves , Juliana Granjeia Zanella, Tatiany de Lima Nemitz Rodrigues

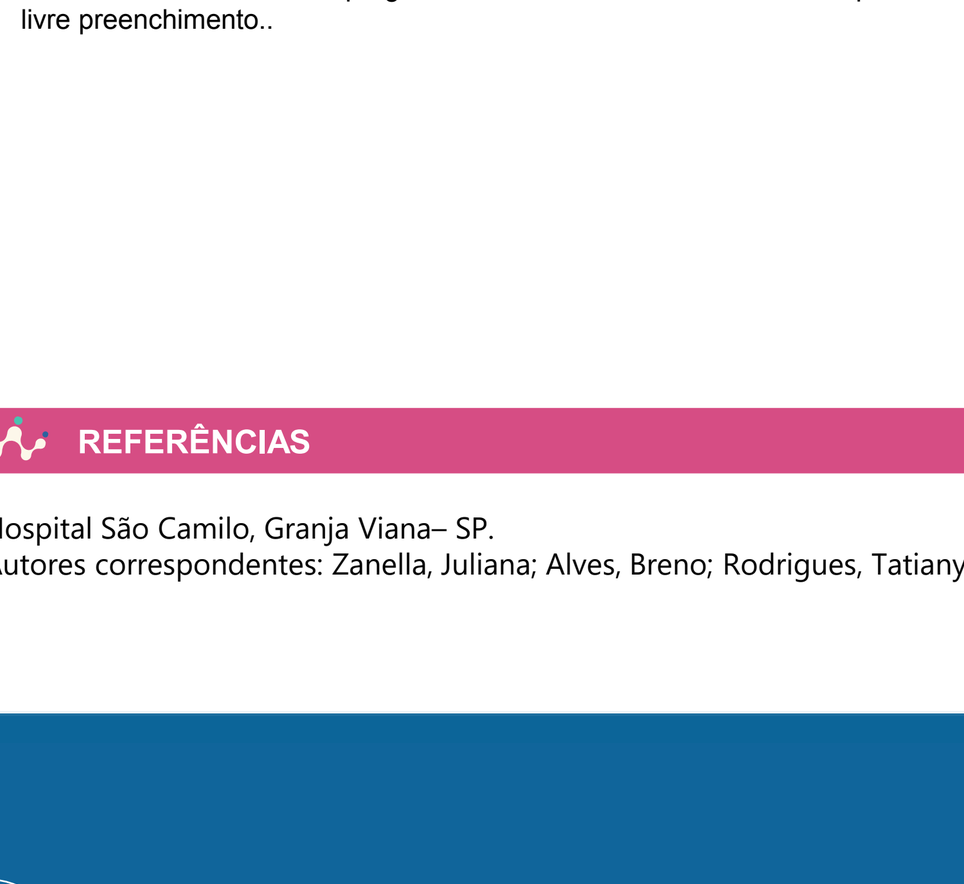
INTRODUÇÃO

Cada vez mais se fala em análises comportamentais e técnicas de liderança coaching as quais encontramos nas mídias em vários cursos de capacitação individuais oferecidos além de um enfoque ao líder para aplicação em sua equipe. A liderança na modalidade “treinador” (coaching) leva o indivíduo a ser cocriador e protagonista de seu próprio desempenho fazendo com ele trabalhe com mais iniciativa e motivação.

METODOLOGIA

Com uma equipe desmotivada e estagnada do ponto de vista da busca de conhecimento e crescimento individual e com o objetivo de estimular o corpo de enfermeiros composto por 26 profissionais, aplicou-se a eles primeiramente, uma análise de *swot*, na qual eles escreveram, sem interferência externas, seus pontos fortes e fracos, além de uma frase que caracterizava seu marketing pessoal.

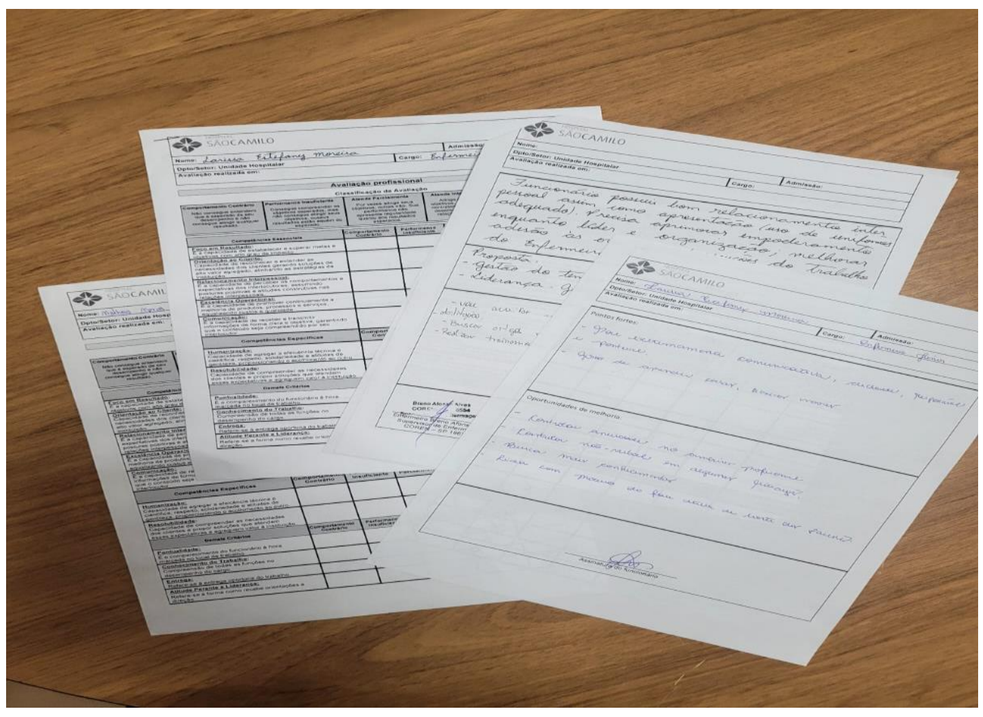
Isso já fez com que eles refletissem em si. Após 3 meses, foram realizadas avaliações individuais onde cada um descreveu sua percepção de si profissionalmente, desde pontos como capacidade técnica até fatores como apresentação pessoal e absenteísmo. Por fim, uma avaliação por parte da gestão foi realizada e comparada junto ao profissional cruzando os pontos de vistas e estabelecendo perspectivas de desenvolvimento nos quais o funcionário se dispunham a trabalhar para seu crescimento individual, objetivando não somente sua entrega na instituição mas principalmente sua carreira profissional.



Formulário elaborado com perguntas relacionadas à análise de Sowt para livre preenchimento..

RESULTADOS

Os resultados obtidos, de imediato, foram perceptíveis nas posturas pessoais, no engajamento pela busca de conhecimento, no tratamento dado às suas equipes imediatas, na percepção da equipe transdisciplinar acerca de melhorias comportamentais observadas. Resultados métricos foram evidenciados tais como a inscrição de todos os enfermeiros em algum tipo de curso desde curta duração até especializações relacionadas a área de atuação atual. Os funcionários quando motivados aumentam o engajamento, a auto responsabilização de suas ações e consequentemente a qualidade na entrega é aumentada.



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

Avaliação realizada em conjunto entre enfermeiro assistencial, supervisão e coordenação de Enfermagem.

CONCLUSÕES

A gestão de pessoas é uma área a ser feita em conjunto, inspirando e influenciando positivamente os liderados a fim de que eles se sintam a vontade para entregarem o seu melhor, para serem protagonistas de sua história profissional e assim sentirem-se motivados a entregarem o seu melhor garantindo satisfação de todos os stakeholders e sendo atuantes diretos na entrega de indicadores de qualidade.

REFERÊNCIAS

Hospital São Camilo, Granja Viana– SP.
Autores correspondentes: Zanella, Juliana; Alves, Breno; Rodrigues, Tatiany.

Implementação de uma estratégia de baixo custo utilizando cartões Kamishibai para sustentar adesão a *bundles* de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde

Karen C. C. D. Silva[1*], Priscila M. B. Garzella[4], Lais S. B. Baltazar[3], Ananda Y. Z. Alvarez[5], Natália S. de Melo[2], Brunno C. B. Cocentino[5], Luciana Y. Ue[4], Claudia G. de Barros[4]

[1] Hospital Alemão Oswaldo Cruz; [2] Hospital do Coração de São Paulo; [3] Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo; [4] Hospital Israelita Albert Einstein; [5]Hospital Moinhos de Vento; [6] Hospital Sírio-Libanês; [7] Ministério da Saúde; *Apresentadora

INTRODUÇÃO

A aplicação dos princípios do *Lean Management* nos programas de prevenção em saúde tem se mostrado eficaz na redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) [1-3]. Este estudo tem como objetivo descrever uma estratégia de baixo custo que utiliza cartões Kamishibai para melhorar a adesão aos *bundles* de prevenção de IRAS durante um projeto colaborativo em grande escala no Brasil.

METODOLOGIA

Desde setembro de 2021 vem sendo realizada uma iniciativa nacional de melhorias utilizando a metodologia *Breakthrough Series Collaborative* (BTS), com o objetivo de reduzir: infecções primárias de corrente sanguínea, pneumonias associadas à ventilação e infecções do trato urinário associadas a cateter, em unidades de terapia intensiva (UTI). Considerando a limitação de recursos econômicos das UTIs participantes, nossa equipe de melhoria da qualidade adaptou um quadro Kamishibai (K-board) utilizando materiais simples, baratos e de fácil manuseio para monitorar rotineiramente os procedimentos de melhoria e segurança do paciente, incluindo a adesão aos *bundles* de prevenção. Foram calculados dois indicadores: a porcentagem de UTIs em que os K-boards estavam sendo implementados e se a conformidade com os *bundles* estava sendo reportada no K-board. Os dados das auditorias foram registrados na plataforma *SimpleQI*.

RESULTADOS

Após alguns protótipos de teste, o K-board final foi apresentado para as UTIs participantes (**Figura 1**). O custo dos materiais e montagem do quadro foi de R$ 80,00 (**Figura 2**). As instruções de montagem foram descritas em sessões de imersão virtual (SIV). Após 16 meses da iniciativa, 93,6% das UTIs participantes já haviam incluído essa ferramenta de gestão visual em suas rotinas diárias de cuidados. A partir do momento em que mais de 50% das UTIs registraram os dados no K-board, a conformidade média com os pacotes de medidas para cada IRAS se manteve acima de 85% (**Figura 3**).

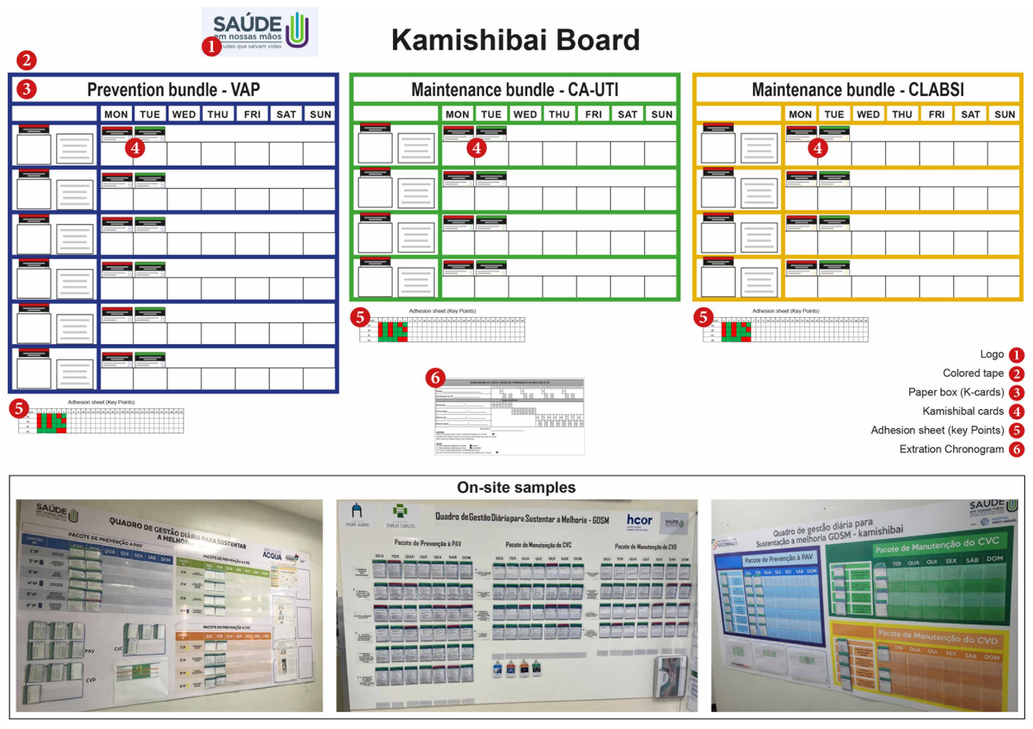


Figura 1. Quadro Kamishibai proposto e exemplos *in loco*.

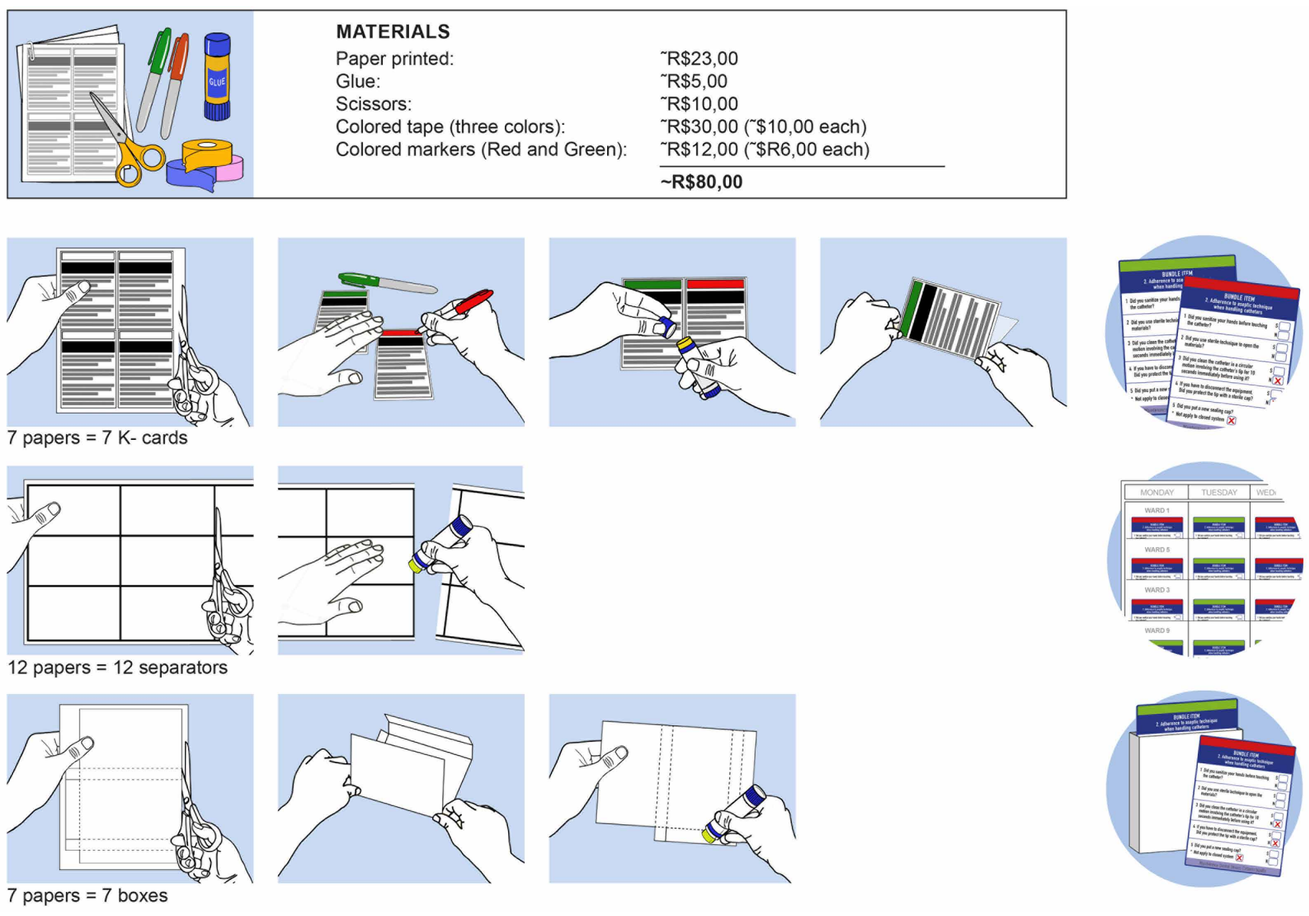


Figura 2. Implementação do quadro Kamishibai.

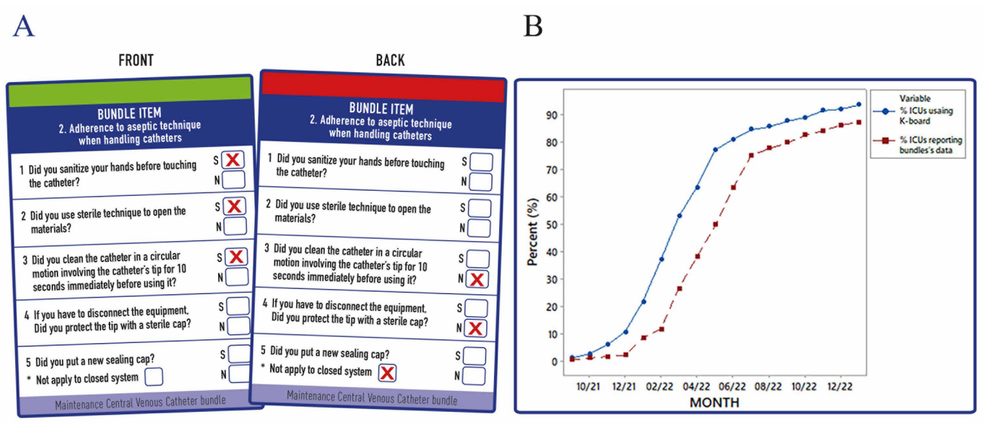


Figura 3. A – Cartão Kamishibai. B – Porcentagem de UTIs em que os K-boards estavam sendo implementados e se a conformidade com os *bundles* estava sendo reportada no K-board

CONCLUSÕES

Este estudo demonstra que ferramentas de gestão *Lean* podem ser adaptadas a ambientes de saúde com recursos limitados. Os cartões Kamishibai são um excelente método para acompanhar diariamente a adesão aos bundles de prevenção de IRAS no beira-leito e promover a melhoria contínua dos processos. A natureza de baixo custo e a facilidade de implementação tornam os cartões Kamishibai uma ferramenta valiosa para manter os esforços de prevenção de infecções no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Sartini M, *et al*. The management of healthcare-related infections through lean methodology: systematic review and meta-analysis of observational studies. J Prev Med Hyg. 2022;63:E464-75.
2. Shea G, *et al*. Kamishibai cards to sustain evidence-based practices to reduce healthcare-associated infections. Am J Infect Control. 2019;47:358-65.
3. Ormsby JA, *et al*. Central venous catheter bundle adherence: Kamishibai card (K-card) rounding for central-line-associated bloodstream infection (CLABSI) prevention. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020;41:1058-1063.

Os dados e desfechos apresentados nesse artigo foram obtidos no projeto **"*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)

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO

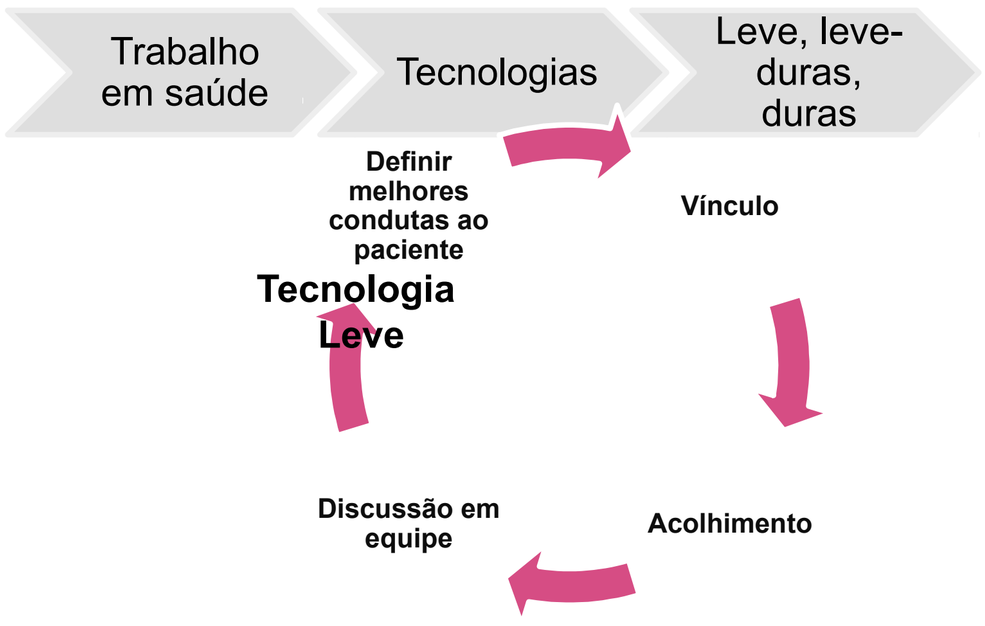
Adriane Hoffmann Galvão, Carlyne Lopata, Salete Senkiu Leite, Daiane Grande Henrique

INTRODUÇÃO

Plano terapêutico:

❖ Abranger e valorizar as particularidades do paciente.

Forma como o paciente lida com as diferentes situações que englobam o processo saúde doença[1]



Objetivo: Implementar o projeto terapêutico dentro das unidades de internação de um hospital privado.

METODOLOGIA

❖ Início em junho de 2022.

❖ Unidade piloto.

❖ Critérios para seleção de pacientes prioritários.

❖ Considerado perfil e particularidade de cada microssistema.

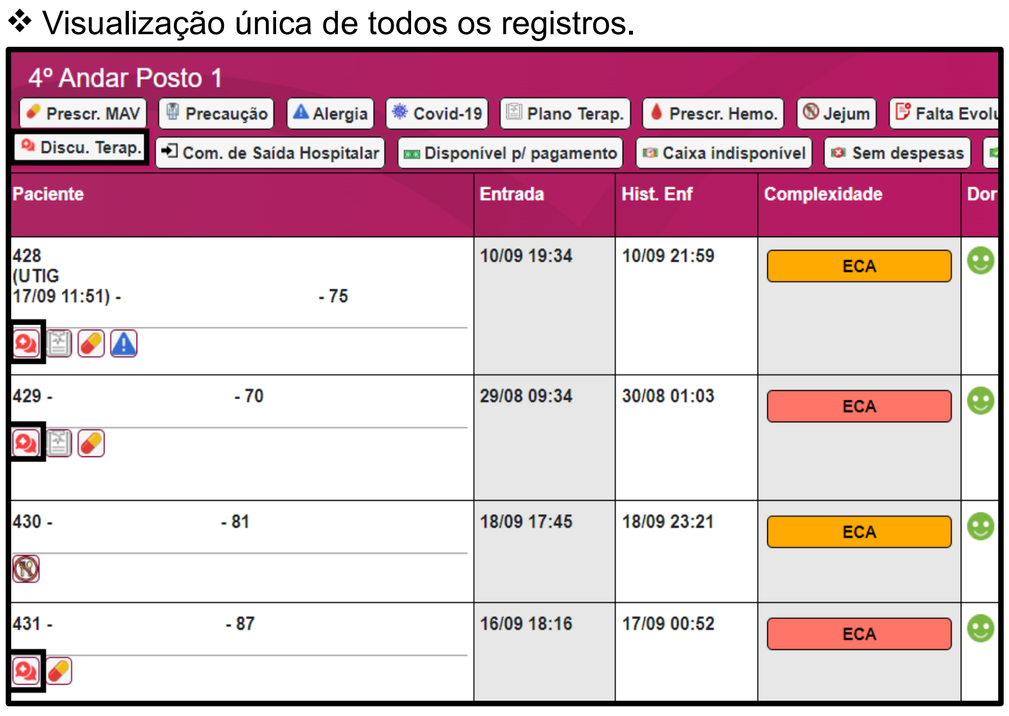
❖ Critérios vinculados ao PEP e a um *dashboard*.

❖ Utilização de tecnologia leve.

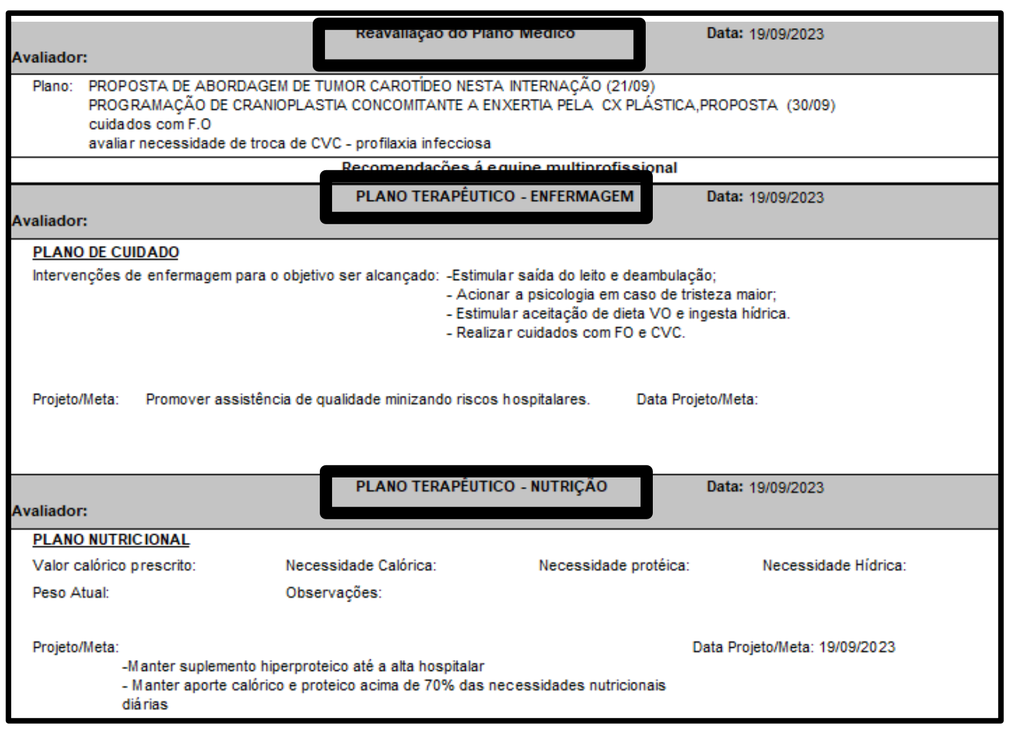
❖ Garantia da continuidade e qualidade do cuidado prestado.

❖ Registro por profissional em local específico no PEP

❖ Visualização única de todos os registros.



Dashboard assistencial que auxilia a equipe sinalizando os pacientes elegíveis para discussão terapêutica.



Reavaliação do Plano Medico — Data: 19/09/2023
Avaliador:

Plano: PROPOSTA DE ABORDAGEM DE TUMOR CAROTÍDEO NESTA INTERNAÇÃO (21/09)
PROGRAMAÇÃO DE CRANIOPLASTIA CONCOMITANTE A ENXERTIA PELA CX PLÁSTICA,PROPOSTA (30/09)
cuidados com F.O
avaliar necessidade de troca de CVC - profilaxia infecciosa

Recomendações á equipe multiprofissional

PLANO TERAPÊUTICO - ENFERMAGEM — Data: 19/09/2023
Avaliador:

PLANO DE CUIDADO
Intervenções de enfermagem para o objetivo ser alcançado: -Estimular saída do leito e deambulação;
- Acionar a psicologia em caso de tristeza maior;
- Estimular aceitação de dieta VO e ingesta hídrica.
- Realizar cuidados com FO e CVC.

Projeto/Meta: Promover assistência de qualidade minizando riscos hospitalares. Data Projeto/Meta:

PLANO TERAPÊUTICO - NUTRIÇÃO — Data: 19/09/2023
Avaliador:

PLANO NUTRICIONAL
Valor calórico prescrito: Necessidade Calórica: Necessidade protéica: Necessidade Hídrica:
Peso Atual: Observações:

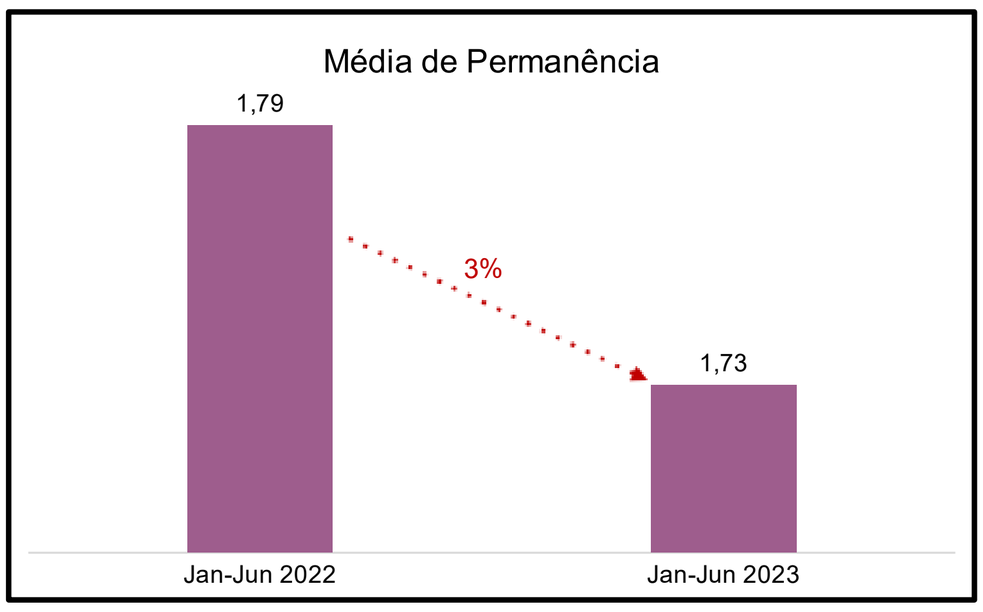
Projeto/Meta: Data Projeto/Meta: 19/09/2023
-Manter suplemento hiperproteico até a alta hospitalar
- Manter aporte calórico e proteico acima de 70% das necessidades nutricionais diárias

Exemplo da avaliação do plano terapêutico após o preenchimento individual de cada profissional da equipe multidisciplinar.

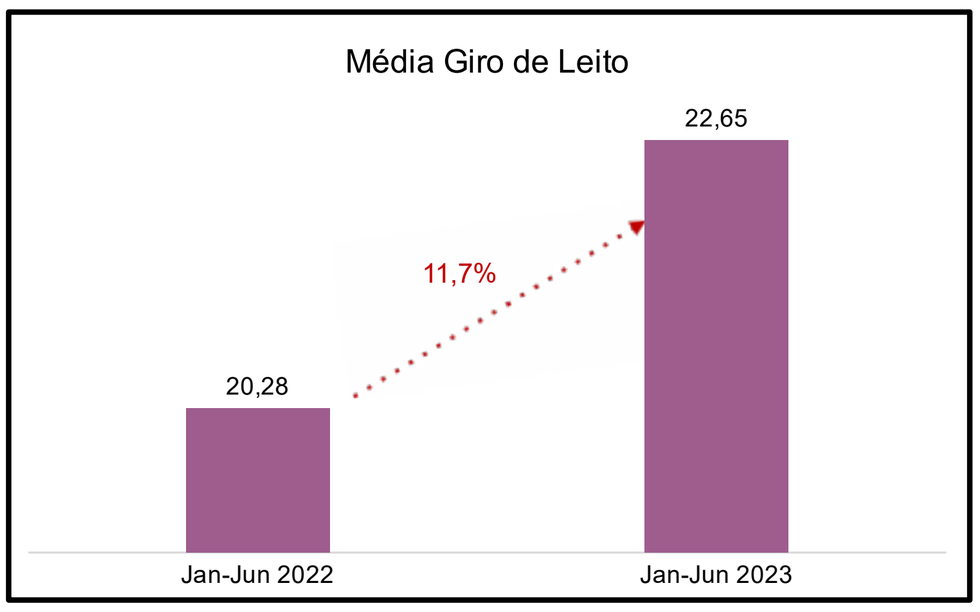
RESULTADOS

No ano de 2023 houve a contratação de médico hospitalista, onde veio somar nas discussões da equipe, aprimorando a qualidade da discussão e o diálogo intersetorial. A implementação do plano terapêutico trouxe uma redução da média de permanência do setor de 3,14%, e um aumento no giro de leito de 11,7%. Com relação a eventos adversos, houve uma redução de 67% com relação ao ano anterior.

Equipe multiprofissional durante a discussão terapêutica com o médico hospitalista.



Representação da redução da média de permanência antes e depois de iniciar o projeto terapêutico na unidade piloto.



Aumento da taxa de giro de leito após a implementação do plano terapêutico na unidade.

CONCLUSÕES

A implementação do plano terapêutico favorece a comunicação efetiva entre os profissionais, e com a inclusão do registro no PEP, a garantia da interoperabilidade dos registros, visto que, cada profissional realiza seu registro individual, onde é possível vincular todos os registros provenientes da discussão multi em uma única visualização, além de vislumbrar melhores intervenções ao paciente, preparando-o para o desfecho adequado dentro do tempo planejado.

REFERÊNCIAS

1. Silva NEK e, Sancho LG, Figueiredo W dos S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016Mar;21(3):843–52. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015.
2. Arais AGC, Rosa VS da, Sakamoto VTM, Blatt CR, Caregnato RCA. Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. REAS [Internet]. 9ago.2021 [citado 25 jul.2023];13(8):e8380. Available from: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8380.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Implementação e análise de indicadores de qualidade no setor de Medicina Nuclear e PET/CT – Experiência Hospital Sírio Libanês

CAETANO,A.K.D; OLÍMPIO, M.M; SILVA, L.C.D.P; BUCHPIGUEL, C.A;

INTRODUÇÃO

A Medicina Nuclear é uma especialidade de diagnóstico por imagem e segundo a classificação do SUS é considerada de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo. Para que seja aplicada é necessária uma equipe multidisciplinar, que inclui os biomédicos especialistas. Garantir a qualidade dos processos dentro do setor é uma meta fundamental a ser atingida pelos modelos de gestão atuais, por isso, monitorar a qualidade dos processos conduzidos pelo biomédico dentro dos setores de medicina nuclear e PET/CT com o uso de indicadores de qualidade específicos, se tornou uma ferramenta eficaz para mensurar o percentual de não conformidades relacionadas à atuação desses profissionais em concordância aos processos executados, além de proporcionar métricas para planos de melhorias nos serviços especializados de saúde.

METODOLOGIA

Foi realizado um *brainstorming com a* equipe multidisciplinar e gestores do centro diagnóstico para definição de quais indicadores de qualidade seriam implantados. O passo seguinte foi a criação de um banco de dados através da conferência de todos os exames diagnósticos realizados no setor, foi feito um check-list diário nas fichas, desde a abertura, até o envio das imagens para o médico, baseada em critérios específicos de excelência no atendimento definidos dentro da organização. Os Dados foram publicados dentro de um software de gestão de indicadores disponível na instituição.

Figura 1 *Esquema demonstrando o passo a passo para a criação do Indicador.*
Fonte: Elaborado pelo autor

RESULTADOS

O uso de indicadores específicos confirmou a necessidade de se ter uma equipe formada por profissionais especialistas, possibilitou fornecer aos gestores e lideranças dados para melhorias contínuas nos processos envolvidos, entretanto o desafio agora é conseguir envolver toda a equipe biomédica na coleta dos dados, sem que haja conflito de interesses, garantir a veracidade desses dados e perpetuar essa nova cultura organizacional dentro da Instituição.

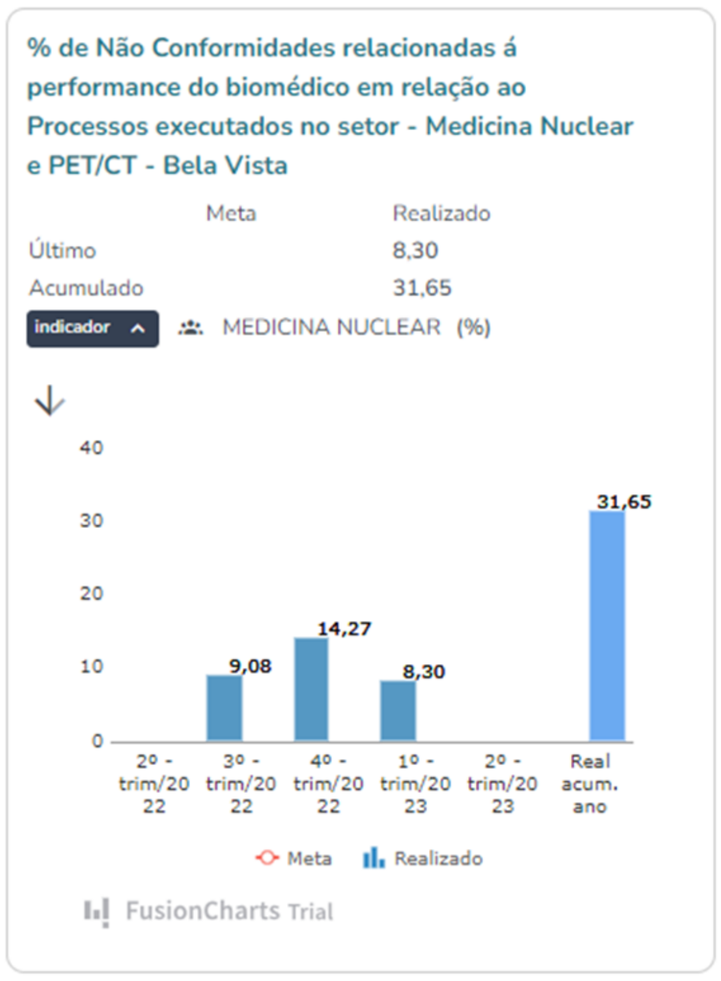


Figura 2 Indicador de Performance Biomédica da Medicina Nuclear.
Fonte: Retirado do Sistema Actio Acess.

CONCLUSÕES

Com o levantamento de dados realizado no período (2022 e 2023), foi possível fornecer dados aos gestores de pontos críticos no atendimento, softwares não compatíveis utilizados e retrabalho gerado durante o processo do atendimento. Com essas informações em mãos, a gestão poderá traçar planos de melhorias, para que sejam implantados e levem a uma diminuição as não conformidades atribuídas em maior número.

REFERÊNCIAS

ABUJUDEH, H. H. Et al. Quality Initiatives: Key Performance; Indicators for Measuring and Improving Radiology Department Performance. Radiographics, v.30, n. 3, p. 571–580, maio 2010.;ALEGRE, P.; SELISTRE, D. K. Análise dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente no tempo médio de permanência do paciente clínico adulto. 2019.;ALMEIDA, R. D. S. Medicina nuclear: do surgimento à atualidade pela ótica dos radionuclídeos. P. 72, 2009.;BITTAR, O.; BITTAR, V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. V. 3,1 jul. 2001.;DICOSTANZO, D. J. Et al. An introduction to key performance Indicators for medical physicists. Journal of Applied Clinical Medical Physics, v. 23, n. 8, p. E13718, 2022.

Incidência de quedas e desenvolvimento de cintos de mobilização para pacientes com risco de queda: relato de experiência

SILVA TMG, MAGALHAES VPS, CARVALHO GR

INTRODUÇÃO

Queda é definida como ida inadvertida ao solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças intencionais de posição para se apoiar no mobiliário, paredes ou outros objetos. Representa um dos principais incidentes de segurança no ambiente hospitalar, sendo responsável por dois em cada cinco eventos relacionados à assistência do paciente.

Diante desse cenário, a prevenção de quedas tem se tornado uma questão prioritária na área da saúde em âmbito mundial, sendo uma das metas internacionais de segurança da Organização Mundial da Saúde (OMS) e um dos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Seguindo essa tendência, as instituições hospitalares vêm desenvolvendo estratégias para prevenir as quedas e as lesões decorrentes, por meio de políticas e protocolos assistenciais. Nisso se incluem o monitoramento e o acompanhamento dos eventos através da utilização e análise de indicadores, como a incidência de quedas, o que permite construir uma série histórica para auxiliar no planejamento e na implementação de intervenções preventivas aos pacientes internados.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento e implementação dos cintos para mobilização de pacientes com médio e alto risco de queda nas unidades de internação e unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte. Foi realizado um estudo, com os pacientes que sofreram queda na instituição, e tiveram o evento notificado, no período do ano de 2020 a 2022.

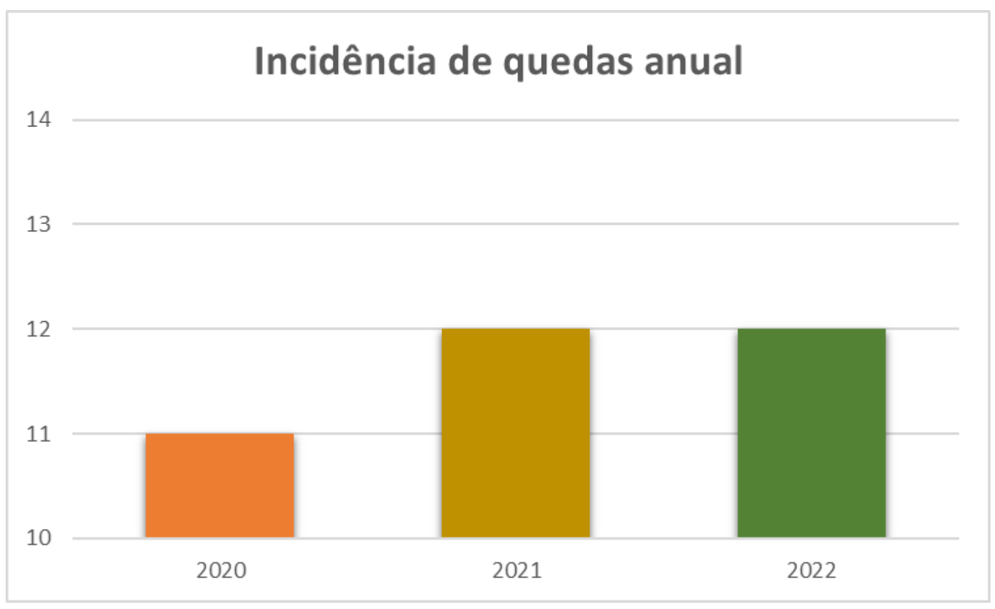


Imagem: Incidência anual de quedas

Imagem: Critérios inegociáveis no cuidado ao paciente com risco de queda

RESULTADOS

Os eventos foram investigados e caracterizados com a utilização de um instrumento de análise (Ishikawa) e matrizes de riscos, sendo possível obter informações como local, turno da queda, presença de acompanhante, fatores desencadeantes relacionados ao paciente, ambiente e grau de severidade do dano.

Diante disso, foi possível observar que desde o ano de 2020, nossa maior incidência de quedas se dava no momento que os pacientes se encontravam na poltrona, em tentativas de ida ao banheiro ou durante o uso do banheiro, totalizando um n=25. Atribuído a isso, observou-se maior prevalência entre o sexo masculino (68%), com idade média de 66,4 anos e durante o período matutino.

Primeiramente, realizamos em conjunto com o núcleo de segurança do paciente (NSP) da instituição, uma reunião para definir critérios inegociáveis para mobilização de pacientes pensando na segurança durante o período da internação, e visando não retirar sua autonomia, mas trazê-lo ao centro do cuidado.

Após o desenvolvimento e validação desse algoritmo, desenvolvemos cintos de contenção para pacientes de médio e alto risco de queda, com dificuldade de sustentação do tronco e na presença de delirium.

Imagem: Fique atento para utilização do cinto de segurança do paciente

Imagem: Utilização do cinto de contenção para pacientes médio e alto risco de queda

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo permitiram identificar e analisar as principais incidências das quedas no âmbito hospitalar, bem como a estruturação e elaboração de cintos de contenção para mobilizações de pacientes de médio e alto risco.

Ainda é cedo para medir a efetividade desta ação para os pacientes. É necessário um tempo maior de aplicação na prática, para que seja possível concluir o quão benéfico foi para a redução de quedas dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2010
2. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2013. [Acesso 24 Set 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/ prt0529_01_04_2013.html;

INICIATIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO PRIVADO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NAS UPAS

Ana Flávia Nunes de Araujo, Camilla Nicolino, Rodrigo Olyntho, Sandra Cunha e Thais Silva

INTRODUÇÃO

O PROJETO BUSCA UTILIZAR A TELEMEDICINA PARA OTIMIZAR A CONDUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES ATENDIDOS COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA) EM UPAS, VISANDO A SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO, MELHORIA DO CUIDADO E REDUÇÃO DE RISCOS INERENTES À ASSISTÊNCIA. O OBJETIVO É QUALIFICAR EM SERVIÇO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES BENEFICIADAS, FORTALECENDO AS BOAS PRÁTICAS NO MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES NA LINHA DE ATENÇÃO À CARDIOLOGIA E URGÊNCIAS CARDIOVASCULARES POR MEIO DO MONITORAMENTO DO USO DE REPOSITÓRIO DE TROCAS DE INFORMAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS, DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES ASSISTENCIAIS EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.

METODOLOGIA

A METODOLOGIA UTILIZADA NO PROJETO É EM DOIS EIXOS DISTINTOS, SENDO:
URGÊNCIAS CARDIOVASCULARES, EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR FIXO E NO ÂMBITO HOSPITALAR:

- APOIO AO DIAGNÓSTICO – ATÉ 150 UPAS (UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO);
- APOIO À DECISÃO CLÍNICA – INCLUINDO ENTREGA DE APARELHOS ELETROS E NOTEBOOKS A CADA UPA CONTEMPLADA;
- IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DAS DIRETRIZES ASSISTENCIAIS EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM 15 UPAS 24H;
- SESSÃO DE APRENDIZAGEM VIRTUAL - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE ENCONTROS VIRTUAIS REALIZADOS EM FORMATO SÍNCRONO PARA ABORDAGEM DE TEMAS REFERENTES AO MANEJO DO PACIENTE EM URGÊNCIAS CARDIOVASCULARES ÀS EQUIPES DAS UPAS 24H E HOSPITAIS CONTEMPLADOS NO PROJETO.
- IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DAS DIRETRIZES ASSISTENCIAIS EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM 15 HOSPITAIS.

Tele consultoria via TEAMS com UPA para apoio no diagnostico

Indicadores do projeto Boas Práticas em Cardiologia – De 06/03/2023 a 20/09/2023

RESULTADOS

NO PERÍODO DE 06/03/23 A 29/07/2023 TIVEMOS UM RESULTADO DE 81.349 PACIENTES, 103.634 ELETROS EFETUADOS, 3.491 ALTERAÇÕES, QUE CORRESPONDEM A 4.3% EXAMES ALTERADOS (TAQUIARRITMIAS OU BRADIARRITMIAS, IAMCSST, IAMSSST).
EXEMPLO DE MELHORIA DOS INDICADORES DE 01 UPA CONTEMPLADA:
PORTA ECG: DE ABRIL/23 - 1H37MIN/ MAIO - 47 MIN., JUNHO – 07 MIN , JULHO – 5 MIN.

Apresentação de resultados dos indicadores do Estado SP

Tele consultoria via TEAMS - Porta ECG 09 min e transferência pelo suporte aéreo para estudo hemodinâmico.

CONCLUSÕES

QUALIFICAR EM SERVIÇO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES BENEFICIADAS, TORNAR FLUXOS E PROCESSOS MAIS SEGUROS E APLICÁVEIS É O NOSSO OBJETIVO DIÁRIO. SÃO APLICADAS AÇÕES INDIVIDUAIS PARA CADA UPA CONFORME OS SEUS INDICADORES.
A QUALIDADE DO ATENDIMENTO REFLETE NA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS E DE PESSOAS ADEQUADAMENTE CAPACITADAS E ASSIM CONSEGUIMOS LEVAR A EXCELÊNCIA DO ATENDIMENTO DA CARDIOLOGIA PARA O PACIENTE DO SERVIÇO PÚBLICO. TEMOS O COMPROMISSO COM A SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA DIMINUIR A MORBIMORTALIDADE E SEUS PREJUÍZOS, NOSSO DESEJO É QUE O PACIENTE RETORNE AS SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

REFERÊNCIAS

SANTOS ES, E TIMERMAN A. DOR TORÁCICA NA SALA DE EMERGÊNCIA: QUEM FICA E QUEM PODE SER LIBERADO. REV SOC CARDIOL ESTADO DE SÃO PAULO 2018;28(4):394-402. HTTPS://WWW.HEART.ORG

INSERÇÃO DE CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO (PIVC) EM CRIANÇAS COM ACESSO INTRAVENOSO DIFÍCIL (DIVA)

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Jeniffer Lorenzi, Cíntia Riograndense

INTRODUÇÃO

A punção intravenosa periférica é um procedimento incômodo não só para crianças hospitalizadas, mas também para os familiares e os profissionais que realizam. Para que desgastes sejam minimizados, a escala DIVA mensura a predição de insucesso na primeira tentativa. Em 2015, uma enfermeira do Paraná realizou uma adaptação transcultural e validação clínica do instrumento aplicável à pediatria, o Difficult Intravenous Accessscore-DIVA.

METODOLOGIA

Implantamos na pediatria a punção venosa periférica guiada por ultrassom, após a avaliação pelo Score Diva nas mesmas. As crianças puncionadas contabilizaram 19 crianças.

Versão original	Versão traduzida
Difficult Intravenous Access score (DIVA* *score*)	Escore de Acesso Intravenoso Difícil (DIVA* *score*)
Visibility	*Visibilidade*
Visible=0	Visível=0
Not visible=2	Não visível=2
Palpability	*Palpabilidade*
Palpable=0	Palpável=0
Not palpable=2	Não palpável=2
Age	*Idade*
≥36 months=0	≥36 meses=0
12-35 months=1	12-35 meses=1
<12 months=3	<12 meses=3
Prematurity	*Prematuridade*
Not premature=0	Não prematuro=0
Premature=3	Prematuro=3
Skin shade	*Tonalidade da pele*
Light=0	Clara=0
Dark=1	Escura=1

*Difficult Intravenous Access

Escala DIVA

RESULTADOS

Das 19 crianças, 18 delas foram puncionadas em primeira tentativa e 01 em segunda tentativa. O escore DIVA teve variação, sendo 02 crianças com DIVA 10, 01 criança com DIVA 8, 07 crianças com DIVA 7, 02 crianças com DIVA 05 e 07 crianças com DIVA 4. A única criança que recebeu punção em segunda tentativa tinha escore DIVA 10, diagnóstico de sepse, estava intubada, recebendo droga vasoativa e teve desfecho de óbito 10h após a punção. Do local de acomodação, todas crianças foram puncionadas em seu leito, na companhia dos seus pais. Da unidade que se encontravam: 01 da Unidade 5B, 01 da Unidade B2, 01 da UPI, 01 da emergência e as outras 15 crianças estavam na UTIP. O tempo de duração do CIVP teve média de 9 dias, sendo o que menos durou foi 10h e de maior durabilidade foi de 17 dias. Dois dos CIVP inseridos tiveram desfecho de flebite química, causada pela infusão de claritromicina e ceftriaxona. Dos dispositivos inseridos, 10 foram para infusão de solução pediátrica e medicações sintomáticas. Três deles para aplicação de sedação com cetamina e midazolam para inserção de PICC. Um deles foi para maior calibre em região adequada para realização de tomografia com contraste, 1 para infusão de furosemida contínua, e 4 para infusão de 05 dias de cefuroxima. Do local de punção, 15 foram em veia cefálica do antebraço e 4 na basílica em região interna do braço. Nenhum dos acessos careceu de tala imobilizadora. Dos cateteres utilizados, 12 punções com 20GX45mm, 1 com 20GX32mm (para tomografia), 03 com 22Gx25mm, e 4 com 24GX32mm.

RESULTADOS EM GRÁFICOS

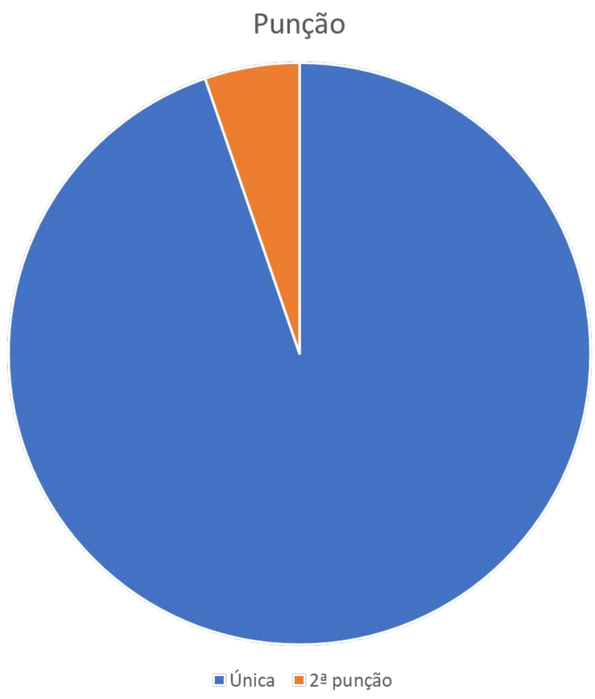


Gráfico 1 – Assertividade da punção periférica

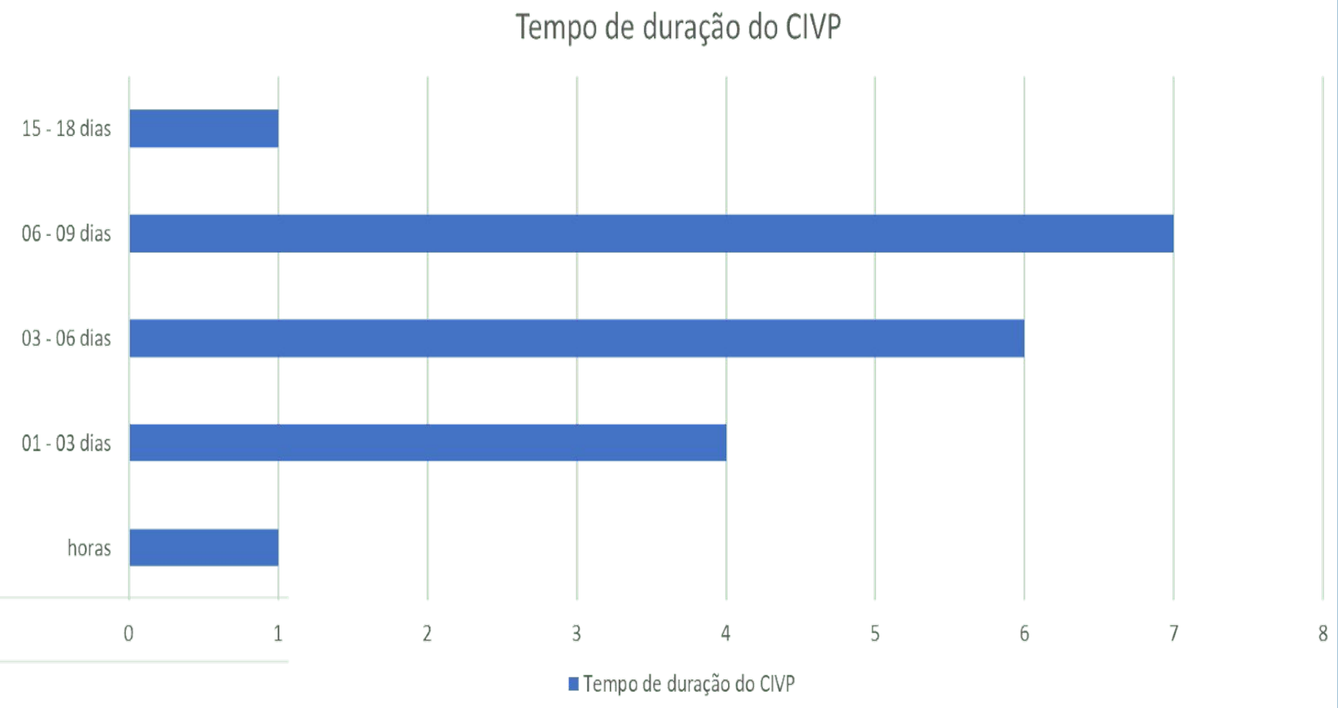


Gráfico 2 – Tempo de duração do CIVP em dias

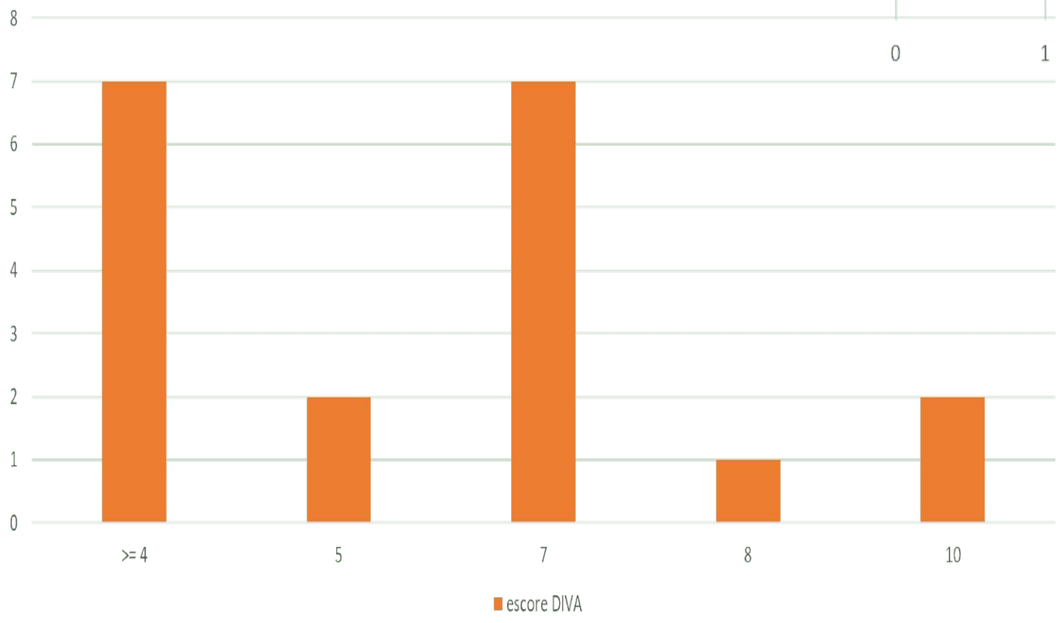


Gráfico 3 – escore DIVA em pacientes com pontuação >=4

CONCLUSÕES

Para disseminação do procedimento, sugere-se a capacitação de enfermeiros do time de terapia infusional, acompanhamento por enfermeiro especialista, determinação de número de punções acompanhamento por enfermeiro especialista, garantindo assim a segurança e a implementação desta prática.

REFERÊNCIAS

1. Freire MHS, Arreguy-Sena C, Müller PCS. Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2920. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1785.2920.

JOGO SEGURANÇA EM AÇÃO: UMA INOVAÇÃO NA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS PACIENTES

Juliana Lemos Zaidan, José Leonardo Pereira da Silva, Stheffany Simões de Assunção e Juliana Karla dos Anjos Ramalho

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente configura-se como um tema de grande relevância na área da saúde, e por isso necessita que seja incluída como eixo transversal do processo de ensino e aprendizagem na equipe interdisciplinar, promovendo-a de maneira crítica e reflexiva, com o propósito de capacitar aqueles que já atuam na assistência e de formar trabalhadores mais qualificados nessa área, o que pode incidir em melhorias na assistência à saúde, tema importante tanto na formação quanto na educação permanente, melhorando a qualidade nos serviços de saúde. Levando em consideração os profissionais do século XXI e as rápidas transformações na sociedade, é imperativo sugerir metodologias ativas de ensino que agenciem a prática didática crítica e reflexiva capaz de capacitar os profissionais. Objetivo: Construir e implantar uma prática educativa através de metodologia ativa para melhorar o processo de ensino e aprendizagem acerca das metas internacionais.

METODOLOGIA

Intervenção educativa baseada na teoria da aprendizagem significativa do psicólogo David Ausubel. Os eixos temáticos incluíram conceitos das metas Internacionais de segurança do paciente; Comportamentos de risco; Recomendações profissionais; Medidas de prevenção; Eventos adversos e sentinela. Foi utilizado um tabuleiro humano com cartas contendo perguntas sobre metas internacionais e eventos adversos, uma roleta com "comportamentos de risco" e "medidas de prevenção" e dados gigantes para a dinâmica. Como método avaliativo de reação com os colaboradores foi utilizado um questionário semiestruturado. A atividade foi realizada num Hospital privado da cidade do Recife.

.

Convite para os colaboradores aprenderem brincando sobre as Metas Internacionais de segurança.

RESULTADOS

Resultados: participaram da intervenção 235 colaboradores ao longo de 5 dias. Considerando os diferentes regimes de plantões dos colaboradores, foram disponibilizados 15 momentos para a participação da equipe interdisciplinar. Durante a dinâmica do jogo, os participantes foram divididos em duas equipes competindo entre eles, sendo a equipe vencedora premiada

Supervisores, coordenadores e diretores participando do jogo de tabuleiro humano: Segurança em Ação.

Equipe multiprofissional encantada com a leveza, compromisso e conteúdo do jogo de tabuleiro humano: “**Segurança em Ação. “**

Instituto de Ensino e Pesquisa; Setor de Qualidade e Segurança do paciente e Educação corporativa empenhados na educação Inovadora e transformadora.

CONCLUSÕES

Conclusão: O questionário ao final da atividade resultou em relatos de melhorias do processo de apreensão do conhecimento sobre segurança do paciente. O nosso foco foi transformar o ambiente do conhecimento, que por vezes são encarados como monótonos e pouco aproveitados, em um local de diversão e aprendizado, capaz de garantir o conhecimento brincando.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D.P. The Psychology of Meaningful Verbal Learning. New York: Gruneand Stratton, 1963.
AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN H. Educational Psychology: Cognitive View. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1968.
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
BOHOMOL, E.; CUNHA, I.C.K.O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Einstein, v. 13, n. 1, p. 7-13, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807- 576220150699.pdf.
CAVALCANTI, A.K.C.B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. Revista cubana de enfermería, v. 31, n. 4, p. 1-13, 2015. Disponível em: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141.
CHIAVONE, Flávia Barreto Tavares. Construção e validação de conteúdo do protótipo de um serious game para apoio ao ensino da segurança do paciente na enfermagem. 2018, 121f. Dissertação mestrado acadêmico em enfermagem. 25.
COELHO, P.M.F. et al. Ensino e jogos digitais: uma breve análise do game “Produção
de textos: trabalhando com pontuação” como recurso didático. Revista Tecnologia
Educacional, v. 31, n. esp, p. 7-19, 2016. Disponível em: http://abtbr.org.br/wpcontent/uploads/2017/03/especial-2016-abt-docente.pdf.
Domingues AN. Desenvolvimento e avaliação do serious game cuidando bem: simulação por computador sobre segurança do paciente [dissertação]. São Carlos (SP): Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos; 2017.
IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. To err is human: building a safer health system. National Academies Press, 2000.
ITEN, N.; PETKO, D. Learning with serious games: Is fun playing the game a predictor of learning success? British Journal of Educational Technology, v. 47, n. 1, p. 151-163, 2016. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjet.12226/full.
MELLEIRO, M.M. et al. Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em enfermagem e obstetrícia. Revista Baiana de enfermagem, v.31, n. 2, p. e16814, 2017. Disponível em:https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16814/14426.
PINTO, M.J.S. et al. Ensino sobre Segurança do Paciente na disciplina de Administração em Enfermagem. REME - Revista Mineira de Enfermagem, v. 5, n.1, p. 24-40, 2016. Disponível em: http://www.reme.unimontes.br/index.php/reme/article/view/118.
SANTOS, I.M.; ALI, N.; HILL, A. Students as Co-designers of a Virtual Learning Commons: Results of a Collaborative Action Research Study. The Journal of Academic Librarianship, v. 42, n. 8, p. 8-14, 2016. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099133315002128.
TELES, P, R, S; SOUSA, M, E, M; FERREIRA, U, R; HENRIQUE, A, C, P, T. Desenvolvimento de jogo educativo para ensino da assistência ao parto na enfermagem. Revista Diálogos Acadêmicos, Fortaleza, v. 6, n. 2, jul./dez. 2017.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Luto: a extensão do cuidado ao paciente e sua família para além do óbito

Renata Luiza Gonçalves da Silva, Lorena Pierote Luz Oliveira, Sabrina Nunes Garcia, Julio Stalisz da Paixão

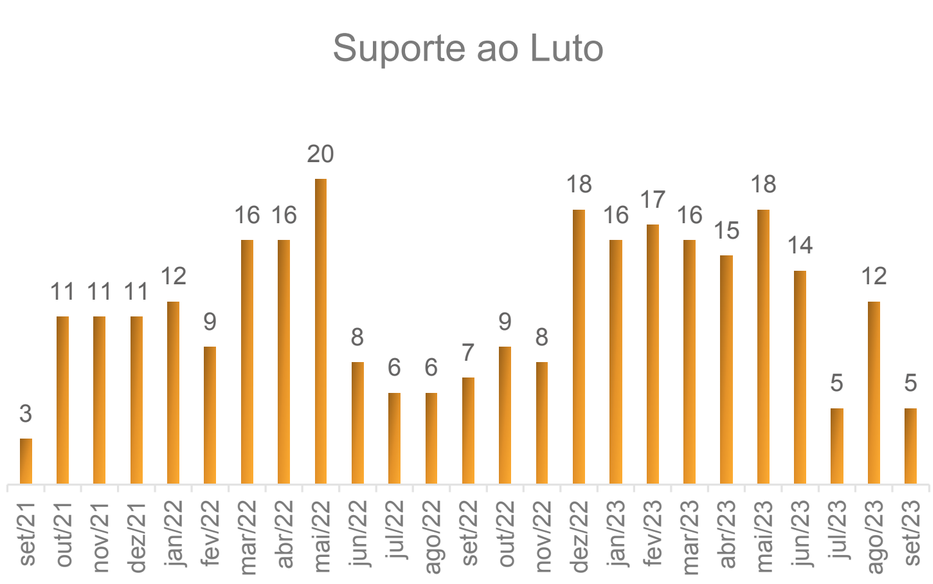
INTRODUÇÃO

A morte é um tema inerente a vida, em contrapartida é pouco abordada, refletida e acolhida na nossa sociedade. Ao passo que todos nós entraremos em contato com ela, o processo de luto se fará presente na nossa história e será um ponto de convergência entre qualquer ser humano. Em virtude disso, a nossa instituição desenvolveu um projeto de luto que visa fornecer suporte psicológico para os familiares dos pacientes acompanhados pela nossa clínica que evoluíram a óbito.

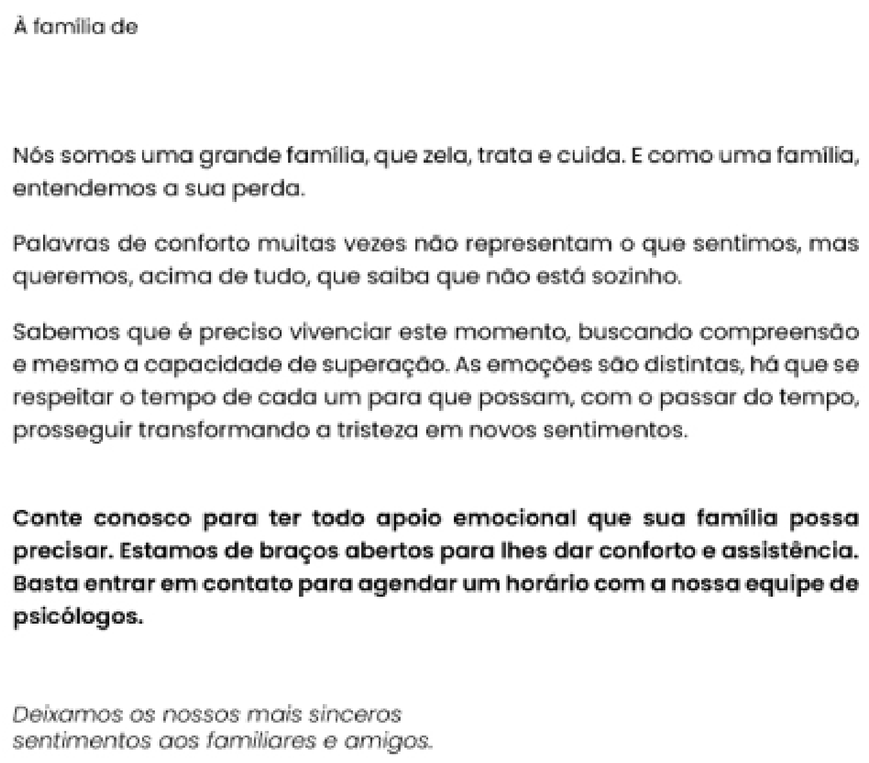
METODOLOGIA

Para a execução do projeto, diariamente o serviço de psicologia é notificado dos óbitos ocorridos via e-mail e tem como fluxo realizar um contato com um familiar e/ou cuidador entre 7 a 10 dias após o falecimento, visando prestar condolências e disponibilizar a possibilidade de um acompanhamento psicológico gratuito. Havendo interesse por parte de algum ente querido, o atendimento psicológico é agendado (podendo ser presencial ou por telemedicina).

Em paralelo, a equipe do marketing é acionada pelo serviço de psicologia e realiza o envio de uma carta de condolências que visa acolher essa família para além do contato telefônico, mas também pela leitura das nossas palavras de carinho.



Indicadores referente o número de familiares e/ou cuidadores atendidos desde o inicio do projeto em setembro de 2021.



À família de

Nós somos uma grande família, que zela, trata e cuida. E como uma família, entendemos a sua perda.

Palavras de conforto muitas vezes não representam o que sentimos, mas queremos, acima de tudo, que saiba que não está sozinho.

Sabemos que é preciso vivenciar este momento, buscando compreensão e mesmo a capacidade de superação. As emoções são distintas, há que se respeitar o tempo de cada um para que possam, com o passar do tempo, prosseguir transformando a tristeza em novos sentimentos.

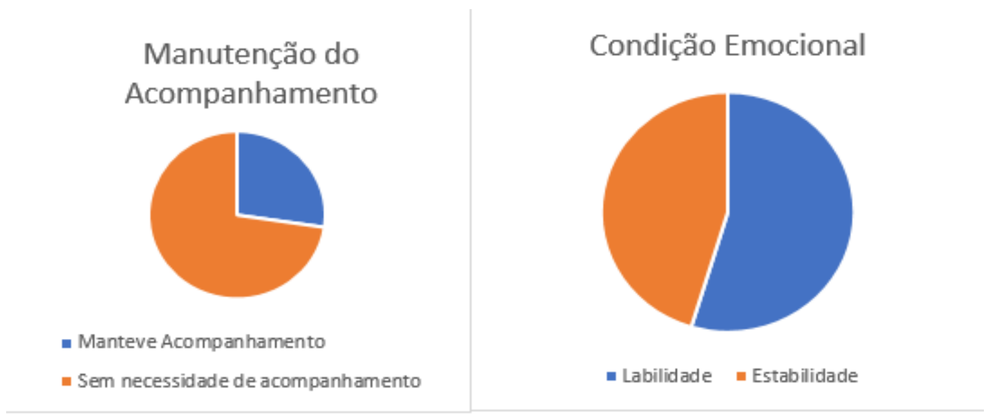
Conte conosco para ter todo apoio emocional que sua família possa precisar. Estamos de braços abertos para lhes dar conforto e assistência. Basta entrar em contato para agendar um horário com a nossa equipe de psicólogos.

Deixamos os nossos mais sinceros sentimentos aos familiares e amigos.

Modelo de carta de condolências enviado aos familiares e/ou cuidadores.

RESULTADOS

Ao longo do desenvolvimento desse projeto colhemos os resultados esperados: os familiares passaram a sinalizar em nossos contatos telefônicos o sentimento de acolhimento e pertencimento para com a nossa instituição. Ressaltaram a importância da continuidade desse cuidado para além do paciente, mas também com aqueles que acompanharam e vivenciaram todo o seu processo de adoecimento e tratamento. Os familiares que optaram por se manter em acompanhamento psicológico, puderam utilizar esse espaço para compartilhar suas angústias e elaborar essa nova configuração familiar, propiciando desse modo o desenvolvimento de um luto saudável.
Para aqueles pacientes cientes do seu processo de terminalidade e com abertura para esse dialogo, a explanação do projeto lhes trouxe alivio e conforto, pois estavam cientes que seus entes queridos seriam acolhidos e acompanhados pela instituição, após a sua partida.



Gráficos que sinalizam a condição emocional dos familiares e/ou cuidadores atendidos e a necessidade da manutenção do acompanhamento psicológico.

Psicólogas responsáveis pelo atendimento aos familiares e/ou cuidadores enlutados.

CONCLUSÕES

Constatamos que o processo de cuidar deve ser centrado não apenas no paciente, mas também nos seus familiares e/ou cuidadores. É através de um cuidado amplo, pré, peri e pós tratamento que podemos ofertar um olhar humanizado, centrado na pessoa, colaborando para a construção (ou manutenção) de uma saúde mental saudável.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, GG; BERGAMO, DC. Cuidado a família enlutada: uma ação pública. Saúde debate 43 (122) 25 Nov 2019Jul-Sep 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212

MEDICINA HOSPITALISTA COMO FERRAMENTA DE OTIMIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES PRIVADAS EM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Carolina da Fonte Pithan, Cassiana Prates, Gisele Baldez Piccoli, Vinícius Sabedot Soares

INTRODUÇÃO

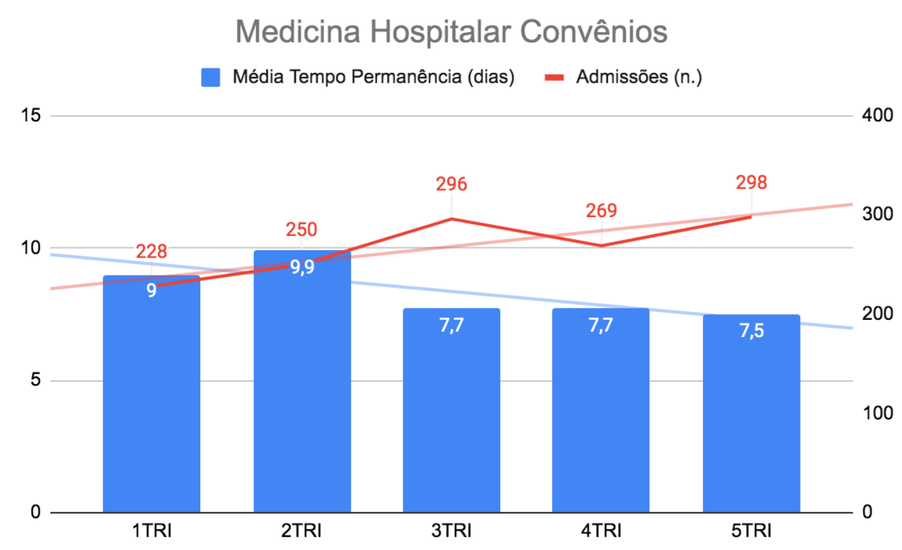
A Medicina Hospitalista (MH) é um modelo assistencial diferenciado e focado no paciente. Seu diferencial é o aumento da eficiência hospitalar, propiciando uma melhora da qualidade assistencial, aumento da segurança do paciente e diminuição de desperdício de recursos. No contexto do sistema de saúde privado, um dos grandes desafios para o aumento da eficiência hospitalar é o sistema centrado no médico individualmente; e não no serviço como um todo.

METODOLOGIA

O modelo assistencial de MH foi implantado no âmbito privado de um hospital filantrópico de 300 leitos com perfil clínico cirúrgico, no sul do Brasil. O objetivo da estruturação desse novo modelo foi aumentar a qualidade e eficiência das internações, propiciar um maior giro e aproveitamento de leitos de convênio, reduzindo a dificuldade de acesso. O método consistiu em uma etapa inicial de 3 meses de diagnóstico, seguido da implementação do modelo por 12 meses em unidades abrangendo em torno de 60 leitos. O modelo previu estruturação do serviço com definição de dimensionamento da equipe médica e criação da enfermeira hospitalista, elaboração de fluxos de atendimento, rotinas para transição de cuidados inter setoriais, protocolos assistenciais, estratégias para alta e desospitalização, além de implantação de round multidisciplinar e um programa de capacitação e treinamento da equipe multiprofissional.

RESULTADOS

O tempo médio de permanência de pacientes de convênios foi reduzido em 16,6% (1,5 dia), comparando-se o primeiro trimestre de diagnóstico ao último trimestre de implementação do Serviço de Medicina Hospitalista (9,0 dias *x* 7,5), propiciando um aumento de 31,5% nas admissões de convênios (76 *x* 100/mês). Concomitantemente, pôde-se estimar que foram evitadas 851 diárias com o novo modelo de serviço em 12 meses, representando uma diminuição de custos com paciente-dia de R$ 791.748,10.



Medicina Hospitalar Convênios – Média tempo de permanência e admissões

CONCLUSÕES

A Medicina Hospitalar é um modelo assistencial multidisciplinar capaz de aumentar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, atendendo, de forma concomitante, à necessidade atual de aumento de eficiência e redução de custos. O modelo apresenta resultados promissores, indicando melhora progressiva da gestão assistencial, com reflexos diretos na otimização de recursos.

REFERÊNCIAS

1. Kisuule F, Howell EE. Hospitalists and Their Impact on Quality, Patient Safety, and Satisfaction. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Sep;42(3):433-46. doi: 10.1016/j.ogc.2015.05.003.
2. Burkhardt U, Erbsen A, Rüdiger-Stürchler M. The hospitalist as coordinator: an observational case study. J Health Organ Manag. 2010;24(1):22-44. doi: 10.1108/14777261011029552.
3. Shu, Chin-Chung & Hsu, Nin-Chieh & Lin, Yu-Feng & Wang, Jann-Yuan & Lin, Jou-Wei & Ko, Wen-Je. (2011). Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: An experimental study. BMC medicine. 9. 96. 10.1186/1741-7015-9-96

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO

Metodologia ativa como estratégia para fortalecer as Práticas Organizacionais Obrigatórias – ROPS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Juliana A. C. Santana, Tais Martins Cano, Adriana Ferreira da Silva, Gabrielly de Jesus Rodrigues

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 da Quality Global Alliance QGA. A necessidade de disseminar e fortalecer as ROPS, se faz necessária nas instituições que seguem esta metodologia. Para atingir este objetivo, as estratégias de ensino inovadoras estão cada vez mais em evidência. Dentre as elas 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.

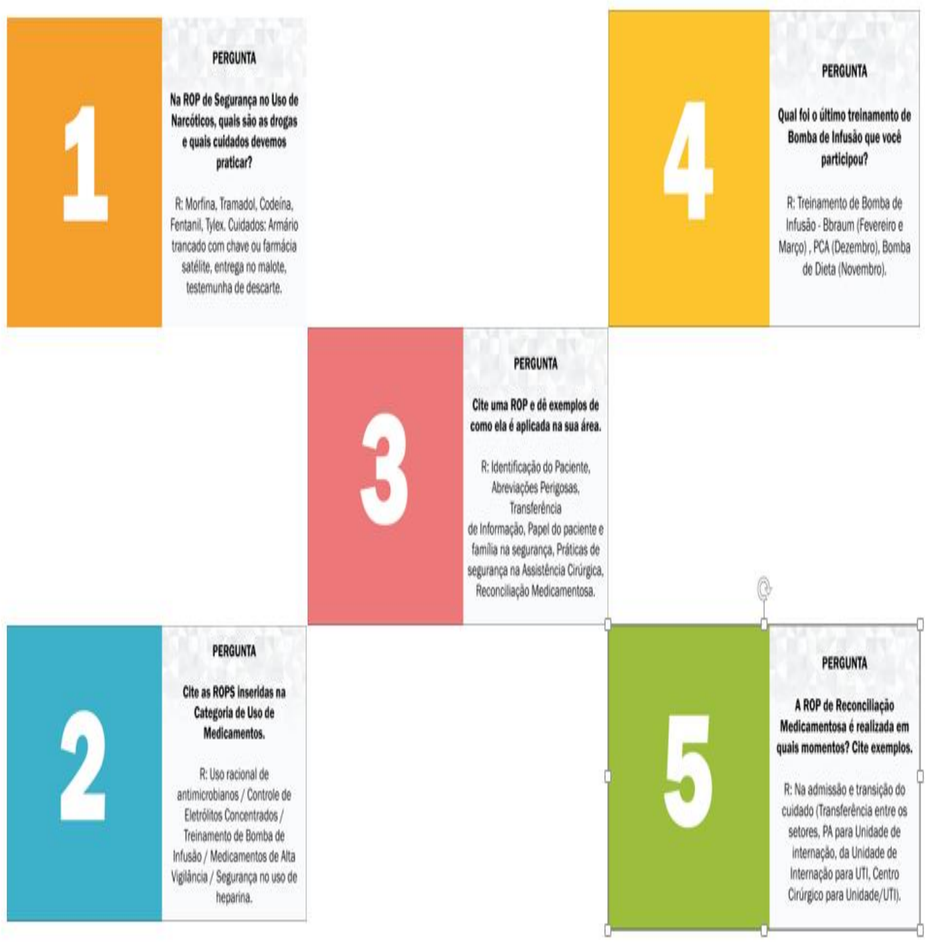
METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, tipo relato de experiência realizado em Janeiro de 2023 com colaboradores de uma instituição privada do estado de São Paulo. A ação foi desenvolvida durante o período de uma semana em toda instituição. Utilizamos a roleta itinerante com a finalidade de atingir o maior número de participantes. A equipe composta pela multidisciplinaridade, passava nos setores abordando os colaboradores, que rodavam a roleta e respondiam a uma pergunta e em seguida o time realizava um desafio relacionado as Práticas Organizacionais Obrigatórias, dentre os desafios podemos citar a busca do siglário no Sistema - ROP de Abreviações Perigosas, busca do cronograma de Manutenção Preventiva – ROP de Manutenção Preventiva, localização da ficha de transferência de informações – ROP de Transferência de Informações na Transição do Cuidado, demonstrar como realizar uma notificação no sistema – ROP Notificação de Eventos, buscar a taxa de infecção no sistema – ROP Taxas de Infecção e para finalizar todos recebiam um brinde pela participação.

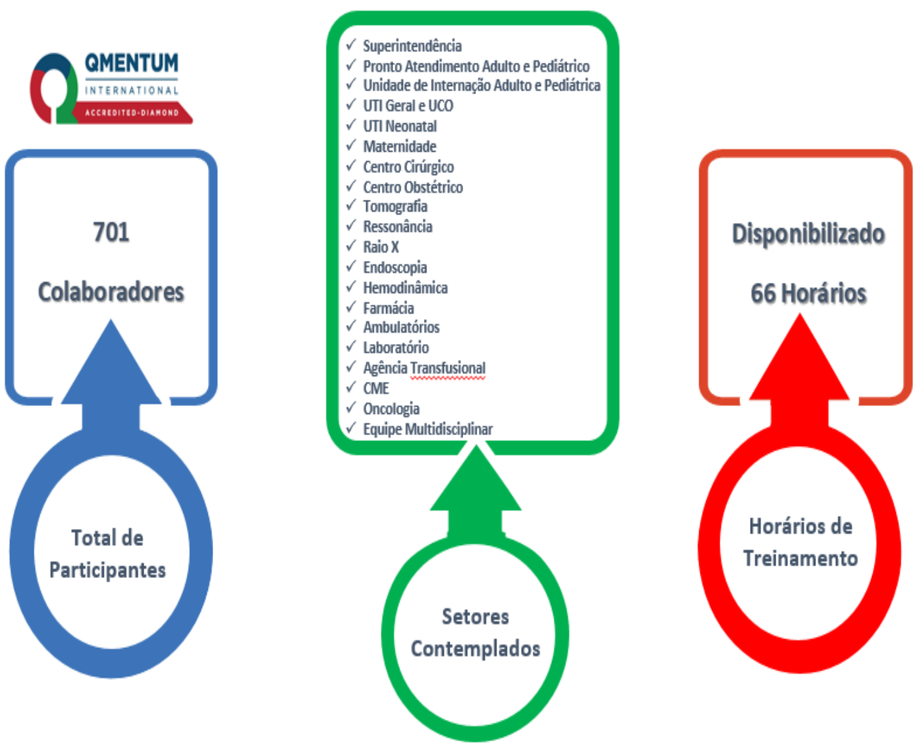
Ação lúdica envolvendo toda equipe institucional

RESULTADOS

Evidenciamos que a ação lúdica despertou o interesse da equipe em relembrar e aprimorar o conhecimento sobre as Práticas Organizacionais Obrigatórias de uma forma mais efetiva. Obtivemos a participação de 701 colaboradores na ação.



Cards com perguntas e respostas relacionada as Práticas Organizacionais Obrigatórias



Dados estatísticos após realização da ação.

CONCLUSÕES

Concluímos que a ação proposta utilizando metodologia ativa de gamificação possibilita o aprendizado de uma forma lúdica e mais eficaz para as equipes, promovendo uma melhora no engajamento dos colaboradores nos processos.

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 Qmentum; Orientações Gerais.2ºedição 2021

Modelo de Kanban de um hospital público municipal: como otimização de gestão

Priscila Reimão de Melo Fortunato, Josiane Motta e Motta

INTRODUÇÃO

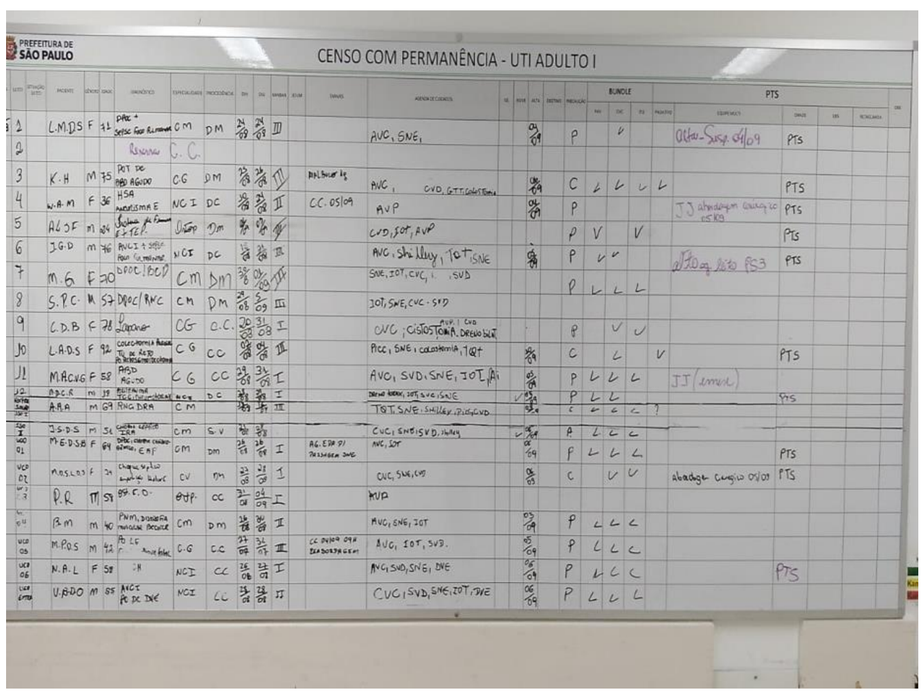
O Kanban é uma ferramenta de gestão de qualidade e produção desenvolvida no Japão e adaptada às várias realidades da indústria e do setor de saúde.

No hospital público municipal, na UTI Adulto com 20 leitos é utilizado esse modelo de gestão de Kanban que foi reformulado e customizado após a experiência com projeto PROADI: “Saúde em Nossas Mãos”. O projeto PROADI visa diminuir infecções relacionadas à assistência (IRAS).

O Kanban é uma ferramenta também de gestão ágil e participativa e otimiza a tomada de decisões, avaliando pendências, melhora fornecimento de informações, reduz o tempo de internação, direciona o cuidado, sinalizando áreas necessárias à continuidade de atendimento e mitigando falhas. Além do quadro ser de uso da equipe local ainda realizamos reuniões semanais em frente ao mesmo com a participação da equipe multiprofissional do setor, Diretoria Técnica, Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão de Alta, Núcleo Interno de Regulação e Núcleo de Qualidade Hospitalar, onde se discute o caso de cada um dos pacientes internados no setor afim de otimizar as condutas e personalizar o atendimento aos pacientes.

METODOLOGIA

Apresentação de ferramenta de gestão à vista



Modelo do quadro utilizado no setor da UTI Adulto

RESULTADOS

A ferramenta Kanban facilita a gestão à vista, pois além de dados demográficos do paciente, fornece informações importantes e que otimizam o direcionamento e cuidado para equipe interdisciplinar. Nesse hospital, em 2022, houve a redução da mortalidade para 12% e melhora de todos índices de IRAS na UTI, melhora do giro leito e o Kanban na UTI seria uma das prováveis causas dessa diminuição. Os itens que estão no quadro são: data internação, programação de alta, Kanban pré definido por dias de internação e tempo de permanência, necessidade ativação de Núcleo de Hospitalar de Epidemiologia, desospitalização, contra-referrência, invasões por dispositivo, plano terapêutico singular.

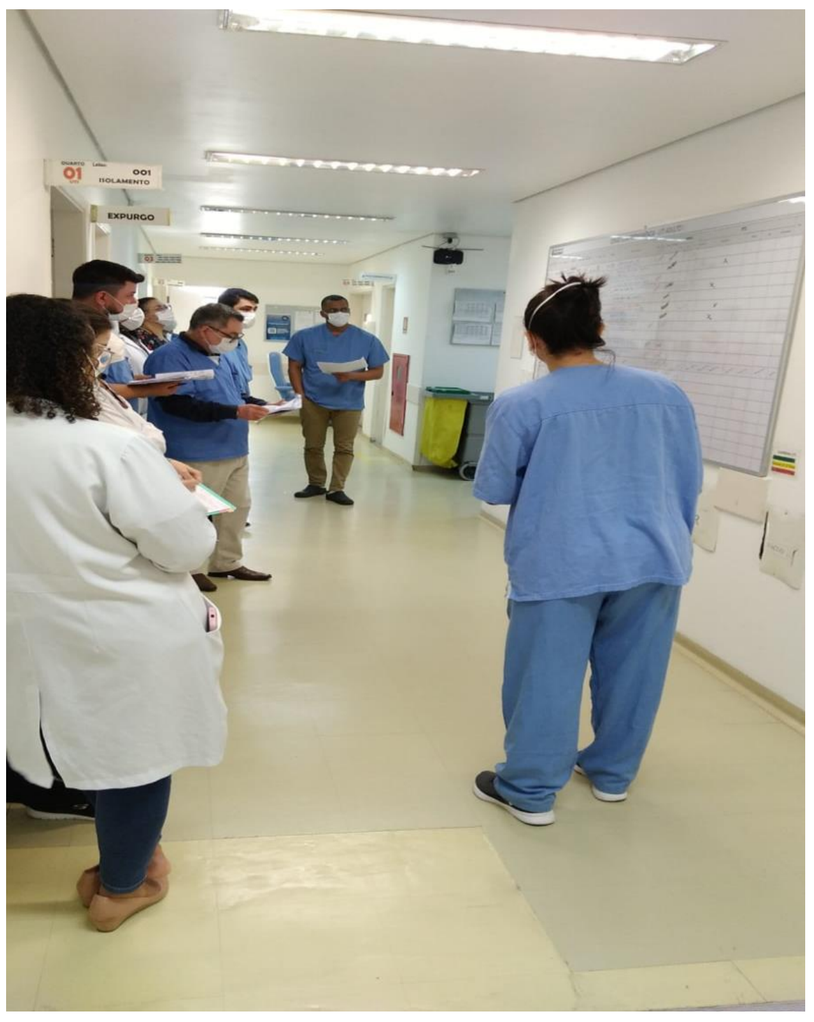


Foto de uma das reuniões semanais da alta gestão com equipe do setor para discussão dos casos

CONCLUSÕES

O trabalho com essa ferramenta de gestão participativa proporciona um cuidado estruturado, com informações de fácil visualização, direcionadas e que otimizam o atendimento, assistência e a tomada de decisões.

As reuniões semanais com a alta gestão realizadas em frente ao quadro, fazendo uso da ferramenta, realizando discussões dos casos e esclarecimento de informações pertinentes aos pacientes internados na unidade, proporciona mais uma forma de otimizar o trabalho local, acompanhar processos e ampliar o desenvolvimento do trabalho realizado.

REFERÊNCIAS

Vilar M.C, Silvino A.M.A, Oliveira Z.R, Andrade M.F, Mattos M. “A aplicação do Kanban como ferramenta de gestão em serviços de saúde: Revisão integrativa” Revista Nursing, 2019: 22 (254): 3031-3038.Rocha

Navegação de pacientes em uma clínica oncológica privada

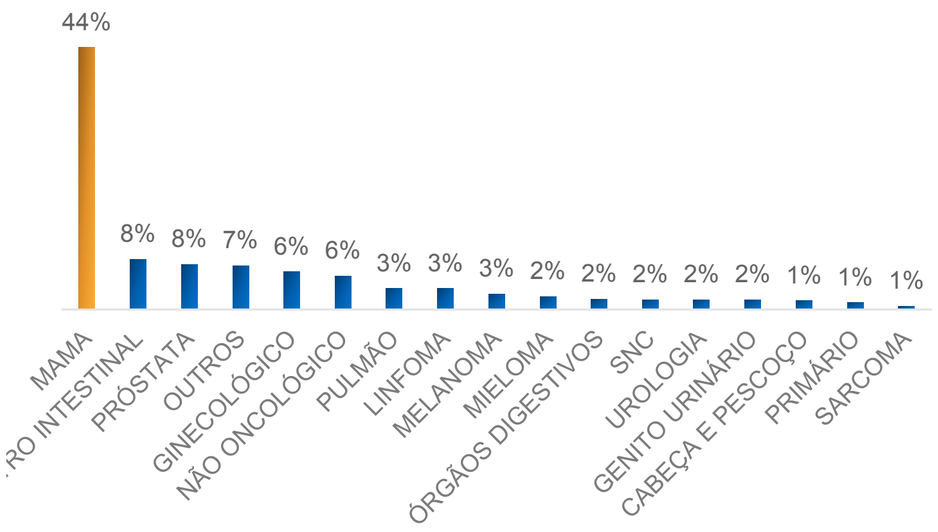
Karen Danielli das Chagas Pinheiro, Sabrina Nunes Garcia, Julio Staliz da Paixão, Regiane Cristine Fabris Walewski Bastos.

INTRODUÇÃO

A oncologia abrange o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer e a neoplasia maligna é a principal causa de óbito. A jornada do paciente com câncer muitas vezes é repleta de desafios, desde o diagnóstico até o início do tratamento e seu transcurso, por isso as medidas de detecção precoce são cada vez mais essenciais. A navegação de pacientes oncológicos contribui significativamente neste cenário além de proporcionar uma experiência mais segura, integrada e eficiente aos pacientes. Os modelos de navegação podem ser desenvolvidos por várias organizações, fornecidos gratuitamente e contar com uma equipe interdisciplinar especializada.

METODOLOGIA

Com o objetivo de desenvolver um projeto piloto para navegação de pacientes, uma análise do perfil epidemiológico da clínica foi realizada a partir disso, estruturado o serviço de navegação para acolher e auxiliar pacientes com câncer de mama, e inicialmente, um enfermeiro foi designado como navegador.



Perfil epidemiológico de pacientes atendidos na Instituição.

Acesso em: 24 de setembro de 2023.. Imagem da internet: Freekip. Disponível em: https://shre.ink/n9Wx. Acesso em: 23 de setembro de 2023.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram principalmente uma redução no tempo entre consulta, diagnóstico e início do tratamento, e após um ano, o serviço foi expandido para abranger todos os diagnósticos onco-hematológicos, sendo necessário aumentar a equipe de enfermeiros navegadores. Além disso, o serviço de navegação se mostra adaptável de acordo com as intenções de cada instituição e as necessidades de seus pacientes. A compreensão das individualidades biopsicossociais e a busca contínua por excelência são fundamentais para oferecer um cuidado de qualidade. Atuar junto ao paciente de forma eficiente pode contribuir no seu empoderamento frente a doença, como também aumentar a sobrevida e garantir maior autonomia e segurança ao longo da jornada.

Acesso em: 24 de setembro de 2023.. Imagem da internet: Freekip. Disponível em: https://shre.ink/n9qm. Acesso em: 23 de setembro de 2023.

Time de Enfermeiras Navegadoras da Instituição.

CONCLUSÕES

Um modelo eficiente de navegação em uma instituição é essencial para garantir uma assistência integrada e de qualidade aos pacientes oncológicos, bem como ter uma equipe interdisciplinar, trabalhando em conjunto para desenvolver um plano de cuidados. O investimento na capacitação da equipe também é de extrema importância para garantir a atualização com as melhores práticas e assim oferecer o melhor cuidado. Investir em um modelo de navegação de pacientes em oncologia é investir na saúde e bem-estar, e neste cenário, o enfermeiro navegador desempenha um papel fundamental como facilitador aos pacientes, familiares e equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0102.

Migowski A *et al*. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cad. Saúde Pública 2018; 34(6):e00074817.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

O ALOJAMENTO CONJUNTO COMO ESTRATÉGIA NA REDUÇÃO DOS IMPACTOS AMBIENTAIS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Fabiana Cristina de Santana Barreto

INTRODUÇÃO

A amamentação é um processo natural e o leite materno possui todos os componentes necessários para o recém – nascido. Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é a mais sabia estratégia natural de afeto, vínculo, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível economia e eficiência para redução de morbimortalidade infantil[1].O alojamento conjunto proporciona o aumento de vínculo mãe-filho melhorando assim os índices de aleitamento materno e através deste, a diminuição dos impactos ambientais.

METODOLOGIA

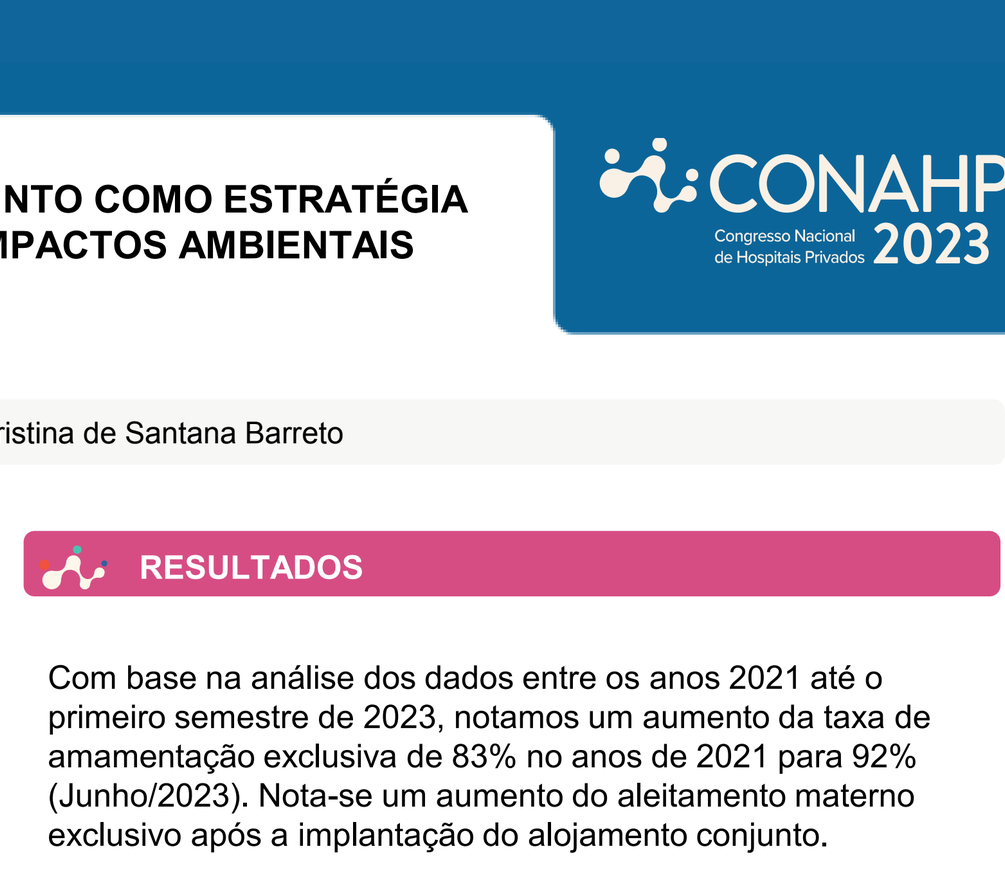
Realizado a pratica baseada em evidencia (PBE) com ampla busca na literatura, identificado evidencias cientificas com recomendações diferentes das adotadas no protocolo institucional, treinamento da equipe de enfermagem. Implantação do alojamento conjunto e forte empenho no Golden hour como estratégias de diminuição do desmame precoce e aleitamento mistos com uso de formulas e bicos artificiais. Coletado dados através de auditoria em prontuários e levantamento de registros nos números de indicadores da Maternidade.

Golden Hour – Centro Obstétrico Hospital Nipo Brasileiro

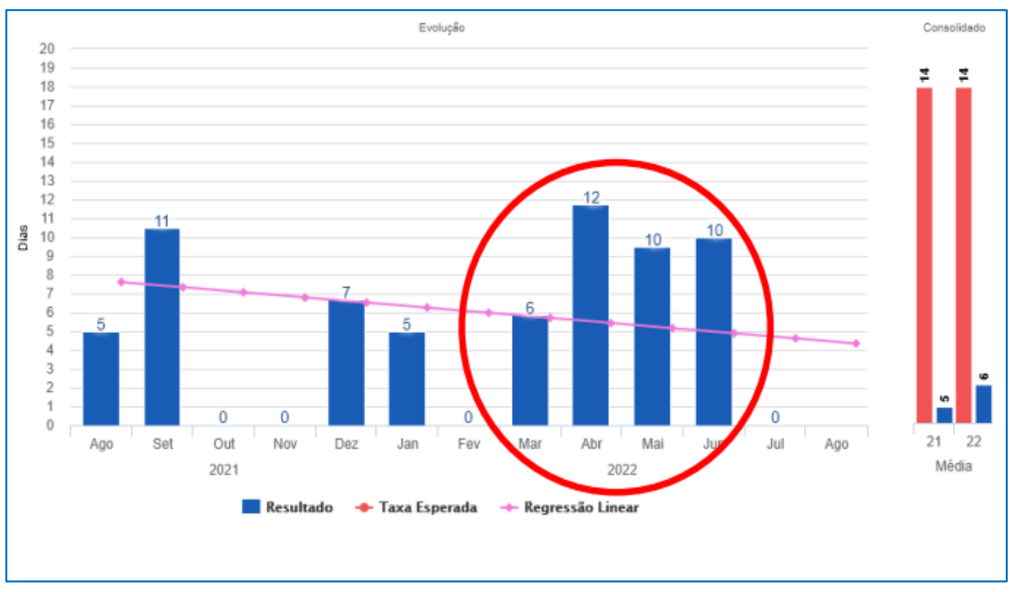
Alojamento Conjunto – Hospital Nipo Brasileiro

RESULTADOS

Com base na análise dos dados entre os anos 2021 até o primeiro semestre de 2023, notamos um aumento da taxa de amamentação exclusiva de 83% no anos de 2021 para 92% (Junho/2023). Nota-se um aumento do aleitamento materno exclusivo após a implantação do alojamento conjunto.



Taxa de Recém Nascidos em Aleitamento Materno Exclusivo 2022/2023
Fonte: Interact Hospital Nipo Brasileiro



% Admissão de Rn por Hipoglicemia provenientes do Berçário 2022/2023
Fonte: Interact Hospital Nipo Brasileiro

CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados apresentados, observa-se que houve diminuição do uso de formulas e números de hipoglicemia nas primeiras horas de vida. Amamentar não consome recursos estando sempre pronto para ser digerido, tendo um impacto positivo na saúde ambiental[2]. Divulgar, promover e apoiar a amamentação exclusiva de forma eficaz, favorece e protege o ecossistema.

REFERÊNCIAS

1 - Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.
2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 2 - Silva B de CF, Barros GC, Silva LP da, Nascimento MM do, Preto VA, Pereira S de S, Silva MM da. Aleitamento materno: fator primordial para a preservação da saúde ambiental . RSD [Internet]. 1º de agosto de 2020 [citado 28º de julho de 2023];9(8):e857986554. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6554

O DESAFIO DE MEDIR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Instituto de Oncologia do Paraná

Amanda Rafaela Gonçalves Rangel, Julio Stalisz da Paixão, Karen Alessandra B. Cardoso Inamassu, Vanessa Dreher Menartzyk

INTRODUÇÃO

Durante o tratamento quimioterápico, os pacientes enfrentam diversos desafios relacionados à alimentação. A perda de peso e a desnutrição são frequentes devido às alterações metabólicas causadas pela própria doença e o tratamento.

O papel da nutrição é realizar o acompanhamento para identificar os pacientes em risco nutricional e, quando necessário, realizar intervenção precoce.

A adesão dos pacientes às orientações nutricionais está associada à melhora do estado nutricional, da ingestão alimentar, capacidade funcional, qualidade de vida, bem como maior taxa de sobrevida.

METODOLOGIA

Foi realizado a identificação dos pacientes em risco nutricional, durante o período de janeiro/2023 a junho/2023, através da aplicação da Avaliação Subjetiva Global Preenchida Pelo Paciente (ASG-PPP), combinada com a realização da aferição de peso, altura, força de preensão palmar (FPP), avaliação do consumo alimentar, estado geral do paciente e diagnóstico clínico inicial. Para avaliar a adesão foram considerados os pacientes que seguiram as recomendações realizadas pelas nutricionistas da equipe. Os dados foram registrados no sistema Tasy e coletados pelo sistema BI (Business Intelligence).

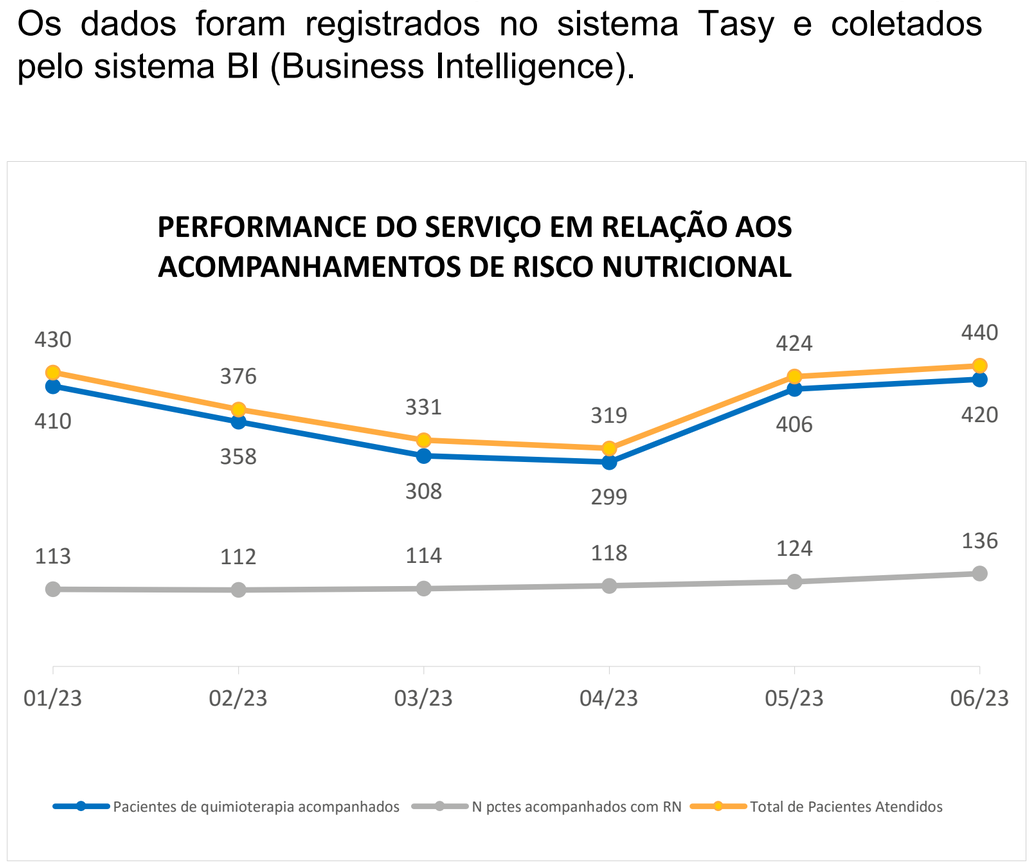


Gráfico 1: Performance do serviço de nutrição em relação aos pacientes em risco nutricional

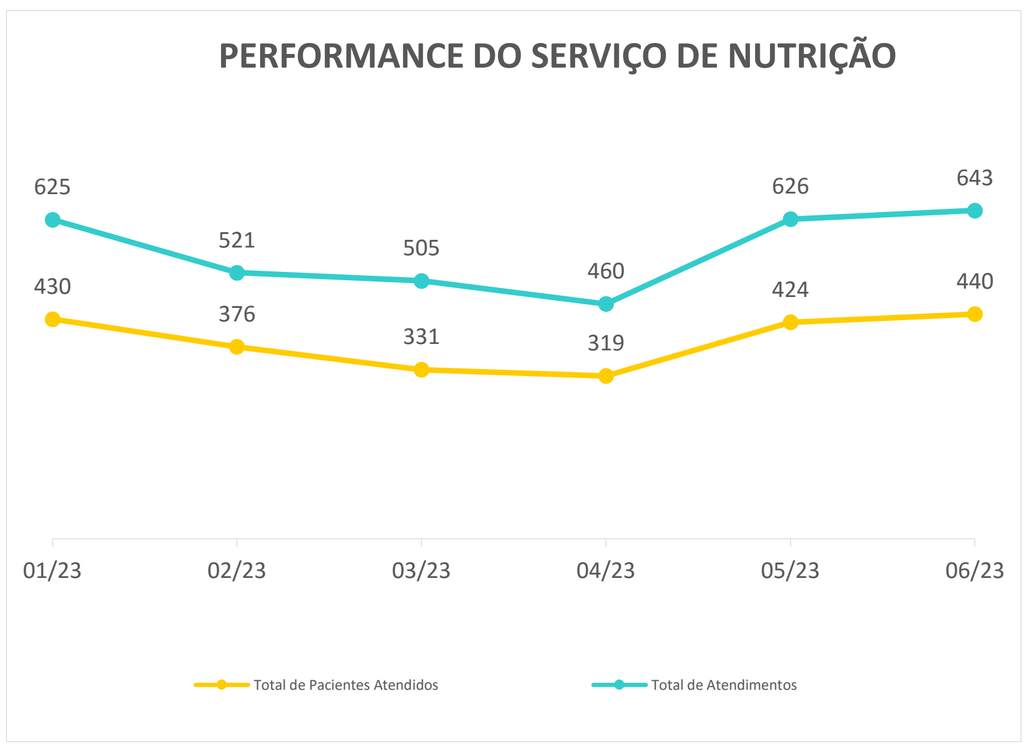


Gráfico 2: Performance do serviço de nutrição em relação ao total de pacientes atendidos e atendimentos realizados

RESULTADOS

No período de 6 meses foram realizados 717 atendimentos de pacientes com diagnóstico de risco nutricional. A média de pacientes que apresentaram melhora do estado nutricional foi de 9,5%, 60% mantiveram estado nutricional e 23,7% tiveram piora.

Em relação à adesão às orientações, 63,65% dos pacientes aderiram às orientações nutricionais, 30,57% não aderiram e 11% aderiram posteriormente ao primeiro atendimento.

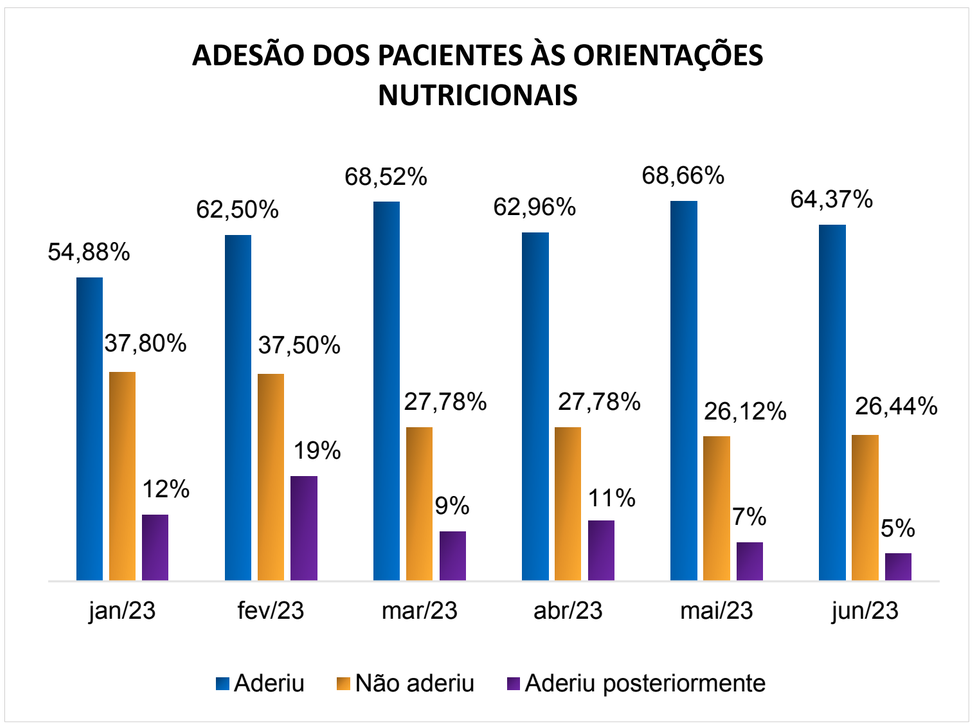


Gráfico 3: Adesão dos pacientes às orientações nutricionais

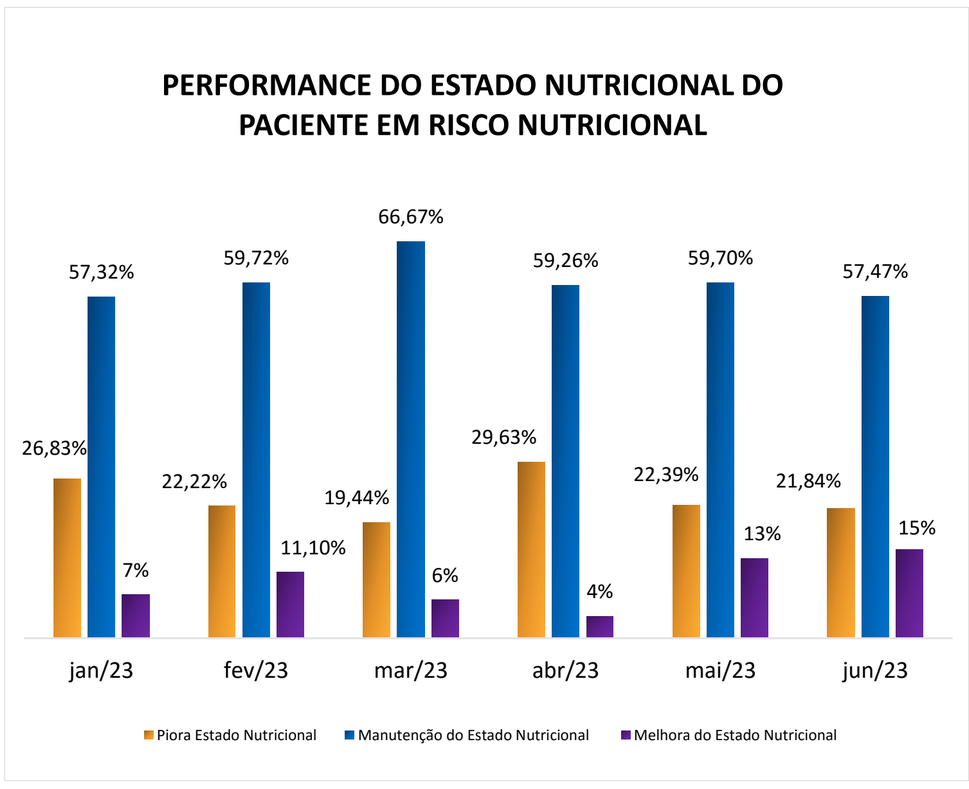


Gráfico 4: Performance do estado nutricional do paciente em risco nutricional

CONCLUSÕES

Podemos concluir que a adesão às orientações nutricionais é fundamental para garantir a manutenção do estado nutricional e potencializar os resultados do tratamento oncológico. Além disso, a não adesão está relacionada à cultura do paciente, estado clínico geral e questões financeiras.

O nutricionista desempenha um papel crucial na educação e suporte aos pacientes para o enfrentamento dos desafios relacionados à alimentação. Cada vez mais, percebe-se a importância da nutrição como aliada no combate ao câncer, e a adesão às orientações nutricionais é um passo fundamental nessa jornada.

REFERÊNCIAS

Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica. **Revista Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica**. 2021;

Consenso de Nutrição Oncológica. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. 2016.

CANCER E., et al. Opinions and experiences of healthcare professionals in the nutritional management of oncology patients: the ONA study. **Nutr Hosp**. 2022 Jun 24;39(3):615-628. Spanish. <doi: 10.20960/nh.03914>

PINHO N., et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazlian multicenter study. **Cancer**. 2020 Jan 1;126(1):156-164. <doi: 10.1002/cncr.32437>

O IMPACTO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO AMBIENTE DE UTI PEDIÁTRICA: VISÃO DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS

GOBBI, A.P.H, TREVISAN J. C.T; HIROTA E.Y; GENTIL F.

INTRODUÇÃO

O ambiente da terapia intensiva é um local desafiador para pacientes e profissionais, pois traz angústias e incertezas para pacientes e para profissionais o sucesso de algumas terapias vem em grande parte do vínculo criado entre as partes. Como equipe de Fisioterapia, integrar a família no processo de reabilitação é torná-la aliada da equipe, facilitando a recuperação e reafirmando a confiança do paciente.

METODOLOGIA

A realidade virtual foi escolhida como tecnologia de auxílio a essa conexão entre pacientes e familiares. No ambiente hospitalar atualmente ela é usada como recurso para melhora da dor e melhora do tempo de atividade física ou para a realização de algum procedimento devido ao ambiente lúdico e diferente que o dispositivo pode levar a criança.
Elencadas crianças acima de 6 anos, de acordo com a necessidade identifica pelo fisioterapeuta, proposto em plano terapêutico com sessões diárias de 20 minutos.
Os cenários foram escolhidos conforme a preferência de cada criança, com ou sem interação ativa, e de acordo com objetivo buscado. Um dos pontos de atenção durante o uso foi o uso de maneira terapêutica com posologia adequada evitando o efeito possível de *cyberenjôo.*

Exemplo de interação ativa, estimulando a saída do leito e maior tempo de atividade física com a Realidade Virtual.

“ Ele amou, Agora espera ansioso a hora da fisioterapia”

RESULTADOS

O início da utilização desta tecnologia teve boa aceitação de familiares, pacientes e profissionais, com uma percepção positiva dos familiares e pacientes em relação a preocupação adicional dos profissionais em criar um ambiente mais tranqüilo, acolhedor e personalizado para eles durante a internação, como registrado nos depoimentos descritos nas imagens Para os profissionais a percepção foi de grande satisfação em poder criar um ambiente e leve para a realização da terapia, mantendo o foco no processo terapêutico, como neste depoimento: “ Ficamos muito felizes em “retirar” nossos pacientes da UTI mesmo que por um breve momento. Observamos que ao término da experiência tanto a criança quando o acompanhante estavam sorrindo e felizes”.

“ Fez muita diferença, achei muito legal a preocupação da equipe em propor algo durante a internação na UTI. Obrigada pelo carinho.”

“ Nunca podia imaginar que dentro da UTI teria toda essa tecnologia”

CONCLUSÕES

As novas tecnologias em saúde podem ter função positiva no que diz respeito a melhora da experiência de pacientes e profissionais (GUERRA et al, 2020). Um ambiente humanizado ajuda a diminuir o sofrimento e promove maior cooperação aos procedimentos favorecendo o tratamento.

REFERÊNCIAS

Guerra, C. M. A perspectiva de uma unidade de terapia intensiva pediátrica ideal a partir do olhar das crianças internadas. Saúde e Pesquisa. 2020 abr./jun.
Camponogara, S. et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011.
Ternus, B. F.; Wollmann, I. Implementação da política de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. Revista da SBPH, v. 24, n. 2, p. 76-88, 2021

O QUE DE FATO TRARÁ **SUSTENTABILIDADE** PARA O **SISTEMA DE SAÚDE?**

Transformando a gestão da saúde.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Autores: Luiz Fernando de Oliveira Ribas, César Luiz Lacerda Abicalaffe, Eduardo Lima Cat, Angelo da Silva Cabral

INTRODUÇÃO

O setor de saúde tem hoje apenas um desafio, sustentabilidade. Sustentabilidade econômica para a entrega do melhor serviço aos pacientes. No entanto a construção de qualquer modelo de gestão depende da coleta sistemática de informações para guiar a tomada de decisão. **Objetivo:** Aplicar um método que traduza de forma matemática perdas econômicas a serem corrigidas estruturalmente nos estabelecimentos hospitalares.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um método para medir Valor em Saúde que analisa indicadores de Estrutura Profissional, Processo de Trabalho, Desfechos importantes e Experiência do paciente, relacionando tudo com o Custeio Assistencial. O método já publicado, recebeu o **Prize Dragons Endorsement VBHC 2023** na Europa. Mesmo dominando esta avaliação, apostamos em focar em informação que clame por decisão, e, portanto, trazemos resultados estimados para indicadores que determinam perdas diretas dos hospitais: **Altas Fora do Horário Determinado (AFHD)** e **Altas Fora do Prazo Determinado (AFPD)**, ambos ajustados pelo APR DRG, que é uma leitura das internações sem efetivamente ter o DRG implantado em toda sua estrutura, por exemplo dos Codificadores. A produção avaliada foi referente ao ano de 2022.

RESULTADOS

A avaliação de um **primeiro hospital**, complexo na sua assistência, **sem DRG** formalmente implantado e com variado e representativo corpo clínico estimou, **considerando internações outliers** (como um traumatismo craniano com mais de 500 dias de internação), cerca de 149 milhões de reais por AFHD e 1,2 bilhões de reais por AFPD.

Nesse **mesmo hospital**, com a **retirada das internações outliers**, foram 121 milhões de reais estimados como perda por AFHD e quase 282 milhões de reais por AFPD.

Quando analisamos os dados de um **segundo hospital**, com **implantação formal do DRG** em toda a sua estrutura e também com a **retirada das internações outliers**, as perdas se reduziram para AFHD para R$ 53,6 milhões e no caso das AFPD para uma perda estimada de R$ 108,9 milhões. Enfim, os ajustes são viabilizados, no entanto, as perdas continuam sendo absolutamente expressivas.

CONCLUSÕES

A informação estruturada viabiliza o diagnóstico institucional, e apoia decisões pontuais que podem ser pedagógicas e altamente eficientes. Viabilizar o Sistema de Saúde sustentável requer razoabilidade de conceitos, validação destes e aplicação com critério.

DRG IMPLANTADO E METODOLOGIA	Número de internações	Percentual de AFHD	Faturamento médio por dia	Perda estimada por **AFHD**	Permanência média esperada	Permanência média observada	Perda estimada por **AFPD**
Hospital SEM DRG implantado Análise COM Outliers	27.248	46,1%	R$10,1 K	**R$149,5 Milhões**	3,31	7,67	**R$1,2 Bilhões**
Hospital SEM DRG implantado Análise SEM Outliers	23.257	52,3%	R$10,9 K	**R$121,0 Milhões**	3,09	4,20	**R$281,7 Milhões**
Hospital COM DRG implantado Análise SEM Outliers	18.324	46,7%	R$6,3 K	**R$53,6 Milhões**	3,73	4,68	**R$108,9 Milhões**

Tabela comparativa com as perdas estimadas por AFHD e AFPD conforme hospital com ou sem DRG implantado e metodologia de análise dos outliers

REFERÊNCIAS

- *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.*
- *Porter ME. Perspective – What Is Value in Health Care? N Engl J Med, 2010.*

O Serviço de Concierges do IOP: Oferecendo um Atendimento Excepcional aos Pacientes Oncológicos

Karin Karolina Dircksen Nóbrega, Sabrina Nunes Garcia

INTRODUÇÃO

A Oncologia é uma complexa área da saúde que está em constante evolução, oportunizando novas e diversas formas de tratamentos focando no controle da doença e no bem-estar do paciente. Oferecer um Serviço de Concierges é promissor e fundamental para fortalecer o vínculo do paciente com a Instituição, dispondo de profissionais especializados, responsáveis por atender as diversas demandas dos pacientes.

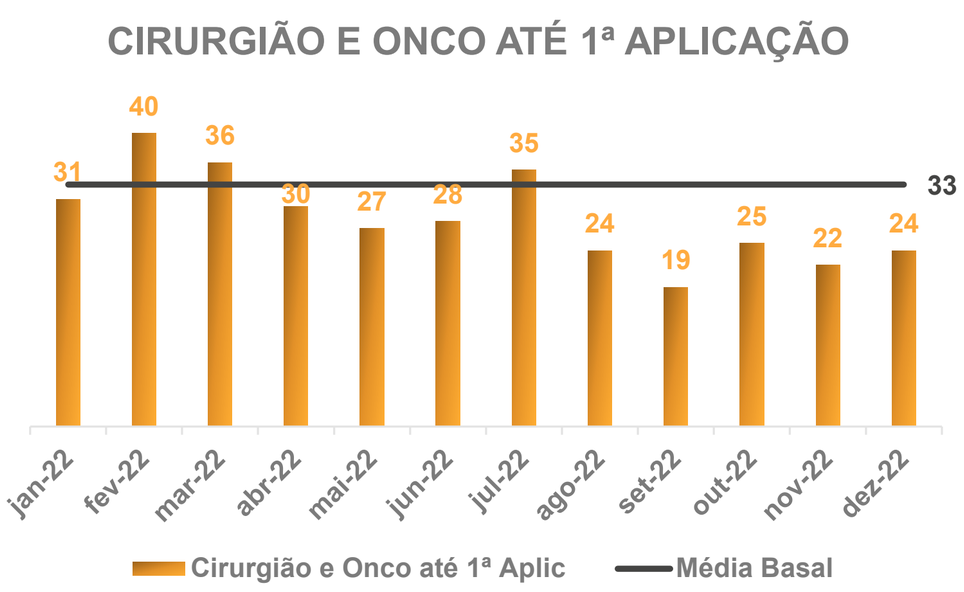
METODOLOGIA

Com objetivo de melhorar e otimizar a experiência do paciente durante todo o processo de tratamento oncológico, garantindo que o acolhimento e o suporte estejam sempre disponíveis de maneira personalizada, o Serviço de Concierges foi implantado em uma clínica privada de Oncologia. Ele engloba o atendimento aos pacientes encaminhados pelos Oncologistas Clínicos e Cirurgiões Oncológicos, e atua em estreita colaboração com os enfermeiros navegadores e demais setores da Instituição. Os pacientes são abordados antes e após as consultas auxiliando-os no que for necessário, agilizando os agendamentos de consultas, exames e/ou aplicações, oferecendo conveniência e redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Essa agilidade é essencial para garantir uma resposta rápida e eficaz na luta contra o câncer, contribuindo para melhorias na qualidade de vida dos pacientes.

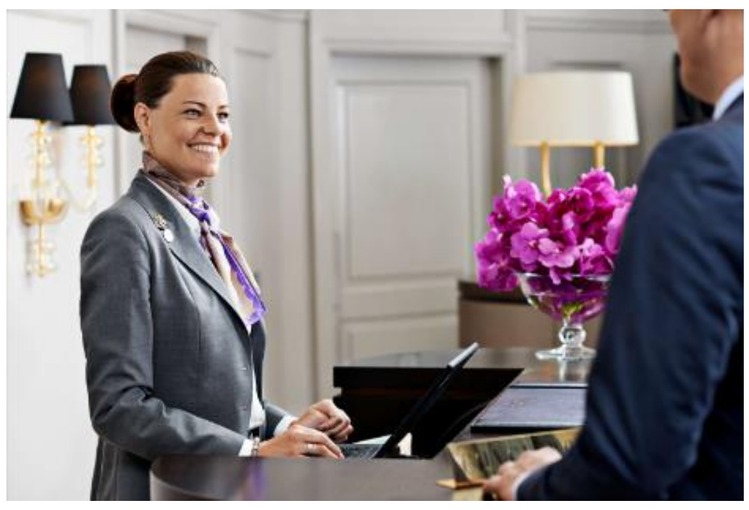
Nossa equipe foi estruturada de forma a possibilitar o atendimento em todas as Unidades de Atendimento.

RESULTADOS

A estruturação do Serviço em todas as Unidades do Grupo trouxe benefícios notáveis para o atendimento e suporte aos pacientes oncológicos, contribuindo com uma redução significativa no tempo entre a primeira consulta na Instituição e o início do tratamento (68% = 11 dias). A abordagem atenta e humanizada desses profissionais contribuiu para a diminuição da ansiedade e estresse dos pacientes, refletindo em uma experiência positiva durante o processo de tratamento. O Serviço de Concierges ofertado aos pacientes oncológicos representa um avanço significativo na melhoria do atendimento e no suporte que eles necessitam em sua jornada. Através dessa modalidade de cuidado integral, os pacientes contam com profissionais especializados que os acompanham em cada etapa do tratamento, proporcionando acolhimento, suporte e agilidade nos agendamentos de consultas e exames.



Acompanhamento da queda no número de dias entre a primeira consulta até a realização da primeira aplicação de antineoplásico.



Nosso serviço de concierges abrange o atendimento de todos os pacientes novos ou em tratamento antineoplásico.

CONCLUSÕES

Essa abordagem atenciosa e personalizada impacta positivamente na qualidade de vida dos pacientes, tornando sua jornada de tratamento mais segura e amena, além de proporcionar uma resposta mais eficaz no transcurso da doença.

REFERÊNCIAS

L12732 (planalto.gov.br) - Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

O USO DA TECNOLOGIA NA GARANTIA DA DOSE CORRETA DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO PERNAMBUCANO

Juciara Jucelia de França, Thaís Ribeiro de Moura, Thamiris Silva Bezerra de Sousa, Hugo Leonardo de Vidal Neves

INTRODUÇÃO

A farmácia hospitalar é um serviço de saúde responsável pelo armazenamento, distribuição, dispensação e controle de todos os medicamentos e materiais essenciais no processo de recuperação da saúde.

Como medida importante para diminuir a ocorrência de erros relacionados a medicamentos está o processo de *unitarização de medicamentos*, que garante maior segurança e eficiência, procurando assegurar a qualidade e rastreabilidade do produto, diminuindo os erros associados.

METODOLOGIA

- **TIPO DE ESTUDO:** Descritivo, quantitativo.
- **FONTE DE DADOS:** Relatórios do sistema SoulMv;
- **PERÍODO:** dezembro de 2022 a maio de 2023;
- **LOCAL:** Hospital Unimed Caruaru, Pernambuco;
- **ABORDAGEM:** comparação do percentual de mL prescrito *versus* mL atendidos pela farmácia antes e após a implantação do serviço de fracionamento de medicamentos líquidos.

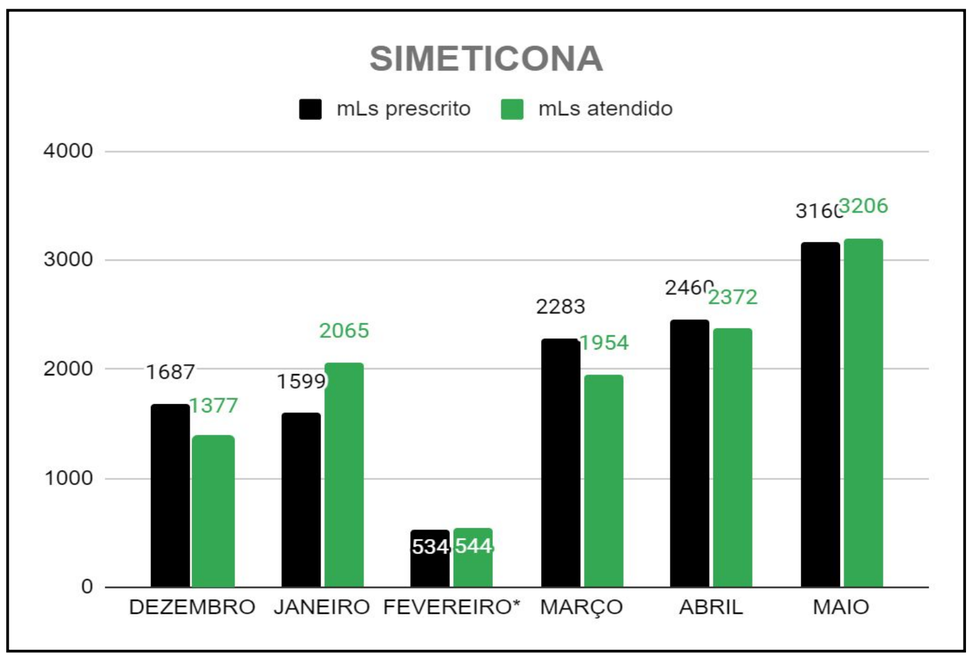


Gráfico 1: Comparação prescrito x atendido - Simeticona.

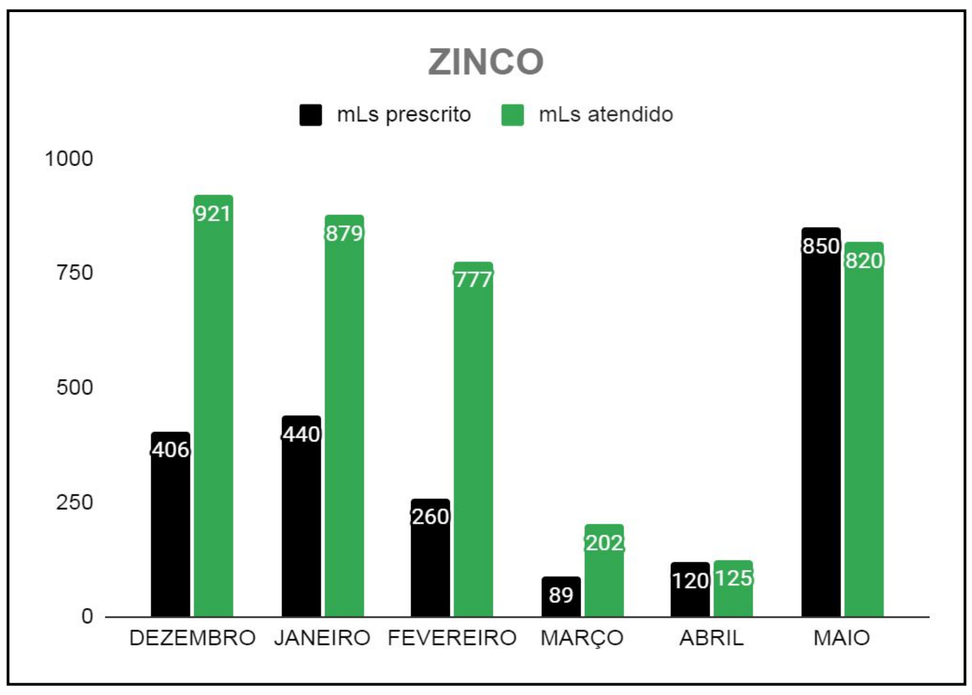


Gráfico 3: Comparação prescrito x atendido - Zinco.

RESULTADOS

- Redução significativa no consumo total de frascos;
- Menores divergências no estoque e maior rastreabilidade e segurança do paciente;
- Houve melhoras no aspecto assistencial,
- Melhor utilização dos recursos humanos;
- Aumento da acurácia dos estoques;
- Reduziu os desperdícios por perdas, deterioração, vencimento e outros fatores; dentre outros benefícios.

Figura 1- Unitarizadora de líquidos MK5.

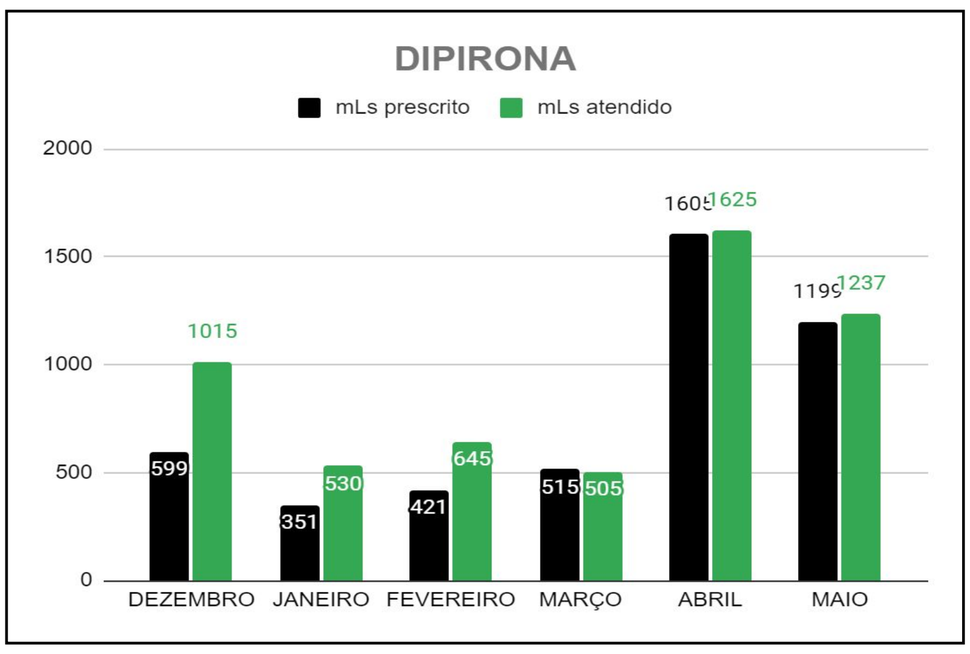


Gráfico 2: Comparação prescrito x atendido - Dipirona.

CONCLUSÕES

UNITARIZAÇÃO DE LÍQUIDOS

- Melhora abordagem econômica.
- Eficiência do serviço e segurança do paciente.
- Inovação tecnológica.
- Compensado a médio e longo prazo..
- Pouco utilizado no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 24, p. 2895-2908, 2019.

BASSO, V. Opus MK5 – a máquina de fracionamento automatizado de líquidos orais. **Grupo Unihealth**. Disponível em: https://www.opuspac.com/br/artigos/opus-mk5-a-maquina-de-fracionamento-automatizado-de-liquidos-orais/. Acesso em: 08 jun. 2023.

CAMPELO, L. M. A.; COSTA, T. D.; D'AVILA, R. V. Implantação de rastreabilidade em um hospital geral, avaliação a partir dos processos de trabalho. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 7750-7764, mar./apr., 2023.

DALLARMI, L. Gestão de suprimentos na farmácia hospitalar pública. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 11, n. 1, jan./jun., 2020.

Oficinas de Ciência da Melhoria
Desenvolvendo Pessoas para Transformar a Saúde

Andrea Keiko Fujinami Gushken, Vera Lúcia Borrasca, Ana Lúcia Capucho Lorena Abrahão, Marianilza Lopes da Silva

INTRODUÇÃO

Os desafios enfrentados pelo sistema de saúde são crescentes e cada vez mais complexos. Torna-se estratégico investir no desenvolvimento dos profissionais para que sejam agentes de transformação visando um sistema mais eficiente, seguro e de qualidade. Ambientes de aprendizagem promovem a melhoria contínua em busca da excelência. Com o objetivo estratégico de *"Fomentar a cultura da segurança com elevados padrões de qualidade baseado na Ciência da Melhoria",* a governança do Hcor incentivou a implementação de Oficinas para capacitar profissionais no redesenho de processos mais eficientes e seguros.

Objetivo: descrever uma iniciativa estratégica oferecida a todos os profissionais do Hcor com a finalidade de gerar aprendizagem e melhoria contínua.

METODOLOGIA

Entre agosto/22 e julho/23 foram realizadas oficinas teórico-práticas presenciais, abertas a todos os profissionais do Hcor. Os principais temas abordados foram: trabalho em equipe, métodos e ferramentas para melhoria, identificação e solução de problemas. As oficinas são parte das Ondas de Ciência da Melhoria desenvolvidas pelas áreas da Qualidade, Desenvolvimento Organizacional e Superintendência Assistencial desta instituição.

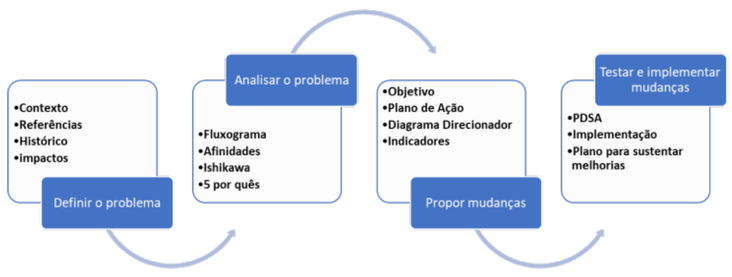
Mapa Estratégico do Hcor 2021- 2024. Em destaque o objetivo 11: "Fomentar a cultura da segurança com elevados padrões de qualidade baseado na **Ciência da Melhoria**",

Oficinas Semanais

Meses Pares			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
OFICINA 1 Modelo de Melhoria Trabalho em Equipe Escolha de Indicadores	**OFICINA 2** Mapeamento de processos Ishikawa/ 5W3H Diagrama de Afinidades 5 por quês	**OFICINA 3** Diagrama Direcionador Testes das Mudanças PDSA	**OFICINA 4** Análise de Indicadores Implementação das Mudanças Plano para sustentar melhorias

Meses Ímpares			
1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
OFICINA Indicadores Módulo 1 Escolha de Indicadores Fichas técnicas Coleta de indicadores Validação	**OFICINA Indicadores Módulo 2** Análise Crítica de Indicadores	**OFICINA Indicadores Módulo 1** Escolha de Indicadores Fichas técnicas Coleta de indicadores Validação	**OFICINA Indicadores Módulo 2** Análise Crítica de Indicadores

Ferramentas e Método



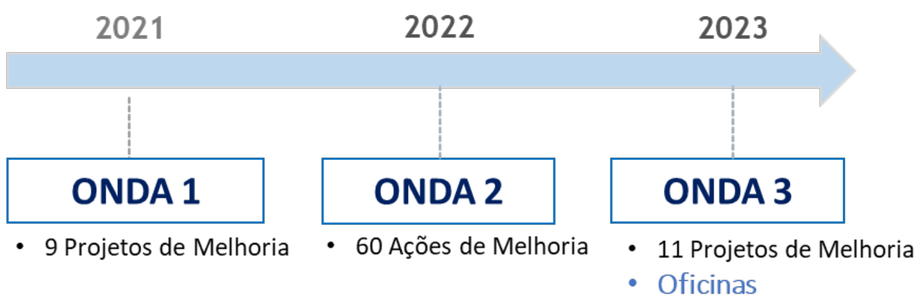
Agenda mensal e temas das Oficinas teórico-práticas abertas a todos os profissionais do Hcor.

RESULTADOS

Foram realizadas 33 oficinas: 18 sobre métodos (Modelo de Melhoria, *Lean*) e ferramentas (*Ishikawa, PDSA, 5W2H, Kamishibai*) e 15 sobre indicadores, conduzidas por Especialistas em Melhoria. Foram 383 participações, envolvendo 167 profissionais (2,3 oficinas por profissional), 30 atuando em projetos no SUS, 95 cargos institucionais e 78 setores da instituição. Atualmente, 11 projetos de melhoria internos e 6 junto ao SUS estão sendo conduzidos utilizando as metodologias. Pesquisas de reação demonstraram ótima aceitação desta iniciativa pelos participantes: 95% dos respondentes deram nota máxima.

33 Oficinas
383 Participações
167 Profissionais
78 Setores da instituição
95 Cargos institucionais
30 Profissionais atuando em projetos no SUS PROADI-SUS

Ondas de Ciência da Melhoria no Hcor



400 Profissionais Hcor envolvidos nas Ondas de Ciência da Melhoria
Onda 1: 100
Onda 2: 133
Onda 3: 167

Fotos das Oficinas de Ciência da Melhoria. Turmas pequenas (máximo 40 pessoas) possibilitando atividades teórico-práticas e melhor interação.

CONCLUSÕES

Esta estratégia tem impulsionado ações de melhoria, adoção de práticas mais eficientes, sustentáveis e seguras. Por ser uma instituição parceira do Ministério da Saúde para o desenvolvimento do SUS, o impacto desta iniciativa estende-se também ao sistema de saúde público uma vez que tem capacitado profissionais com atuação interna e externa. Iniciativas semelhantes podem ser replicadas, contribuindo para viabilizar cada vez mais o acesso a serviços qualificados a toda 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- Kit de Ferramentas Essenciais para Melhoria da Qualidade. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021. (Available on www.IHI.org)

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

POR QUE SER UM HOSPITLA ACREDITADO EM TEV (TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E VENOSO)

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Enfermeira Cristiane Maria Clares de Araujo Moreno

INTRODUÇÃO

A acreditação dentro dos Hospitais hoje já é reconhecida como excelência dentro dos padrões de qualidade.

Segundo estudos bibliográficos, o tromboembolismo é uma doença silenciosa com alta prevalência entre pacientes hospitalizados e que pode levar à morte. É a principal causa de morte em pacientes hospitalizados e que pode ser prevenida.

Desde 2020, ser reconhecido como Hospital de Excelência em Prevenção de tromboembolismo Venoso, nos motiva a buscar resultados adequados na prevenção e progressivamente crescer em um processo de melhoria contínua.

METODOLOGIA

Foram realizadas adequações do protocolo de acordo com o programa de segurança alinhado à prática assistencial. Visitas periódicas de alinhamentos para Certificação e posteriormente Recertificação.

Utilizamos além de processos de melhoria contínua in loco, envolvimento de toda alta e média gestão. Eventos lúdicos para treinamento, capacitação foram implementados para motivação da multidisciplinaridade, além de reuniões mensais com o Time de TEV e divulgação do resultado nas áreas.

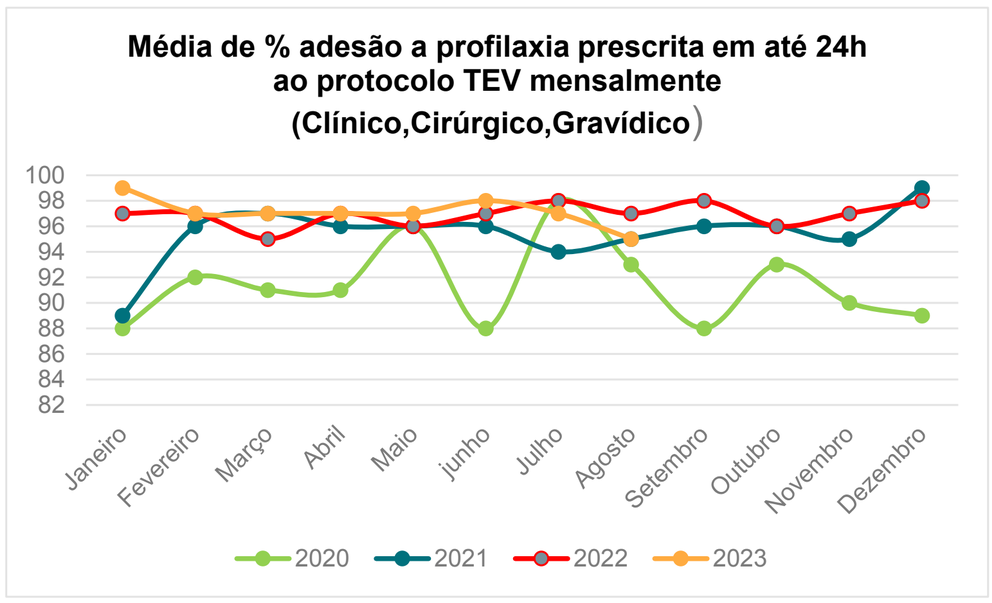
Aplicação quis TEV aplicado a equipe multidisciplinar com informativos flahs educação

ESCAPE ROOM – Forma lúdica de responder aos enigmas e superar os desafios através perguntas elaboradas Práticas Segurança ao Protocolo TEV.

RESULTADOS

O protocolo de TEV na instituição é gerenciado desde 2009, analisando o resultado do protocolo de 2018 a 2019, a média de adesão era em torno de 87%. Após certificação por TEV em dezembro de 2020 a média de adesão a profilaxia prescrita em até 24 horas da internação ou após procedimento cirúrgico foi de 91% passando a 98% em 2023. Atualmente utilizamos como resultado em alguns protocolos assistenciais não mais o horário da profilaxia prescrita e sim realização.

Os desafios para aumentar o resultado são contínuos, com objetivo de elevar a confiabilidade dos processos assistenciais, ampliar o conhecimento e desenvolvimento do pensamento crítico sob o cuidado assistencial através da equipe multidisciplinar.



Fonte: Gráficos gestão a vista – Protocolo TEV

CONCLUSÕES

Trazer a certificação para o Hospital com apoio do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente é sempre uma experiência de muito conhecimento. A busca pela meta de 100% nos estimula a fazer sempre o melhor de cada um. Avaliar um protocolo de TEV diariamente e individualmente pode trazer valores diferentes pelo olhar de cada profissional, porém temos a consciência que o nosso dever é promover uma assistência com processos seguros, baseada em conhecimento, diminuição de riscos e promoção a “vida".

REFERÊNCIAS

Base de dados do setor de Gerenciamento de Protocolos – Práticas Assistenciais

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NAS REGIÕES DO BRASIL: ANÁLISE PARA DIRECIONAR AMPLIAÇÃO DE SERVIÇOS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Daniela Baumgart de Liz Calderon, Nicole Moraes Rego de Aquino

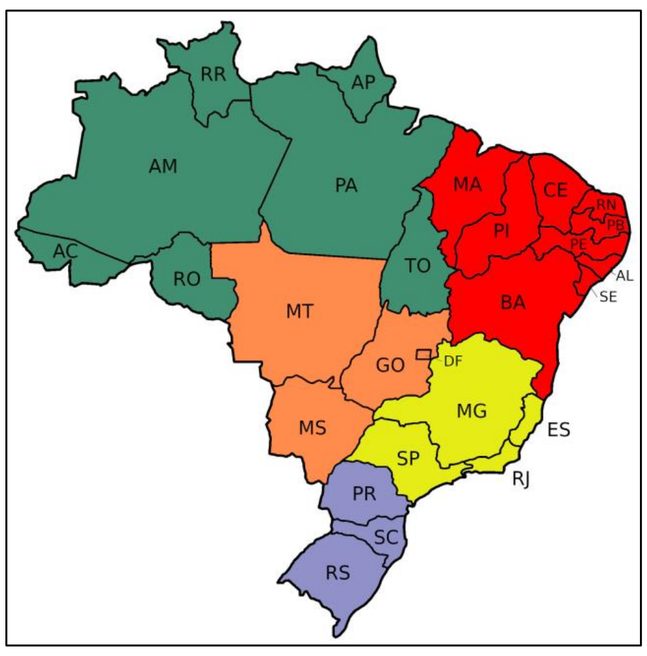
INTRODUÇÃO

O Brasil é um país continental, com características demográficas e epidemiológicas distintas em suas cinco regiões. Nesse contexto, é fundamental utilizar dados para o planejamento e organização do sistema de saúde. A análise dos dados de internações desempenha um papel crucial nesse processo, permitindo o planejamento adequado da atenção hospitalar e alinhando-a ao perfil de doenças da população em cada região.

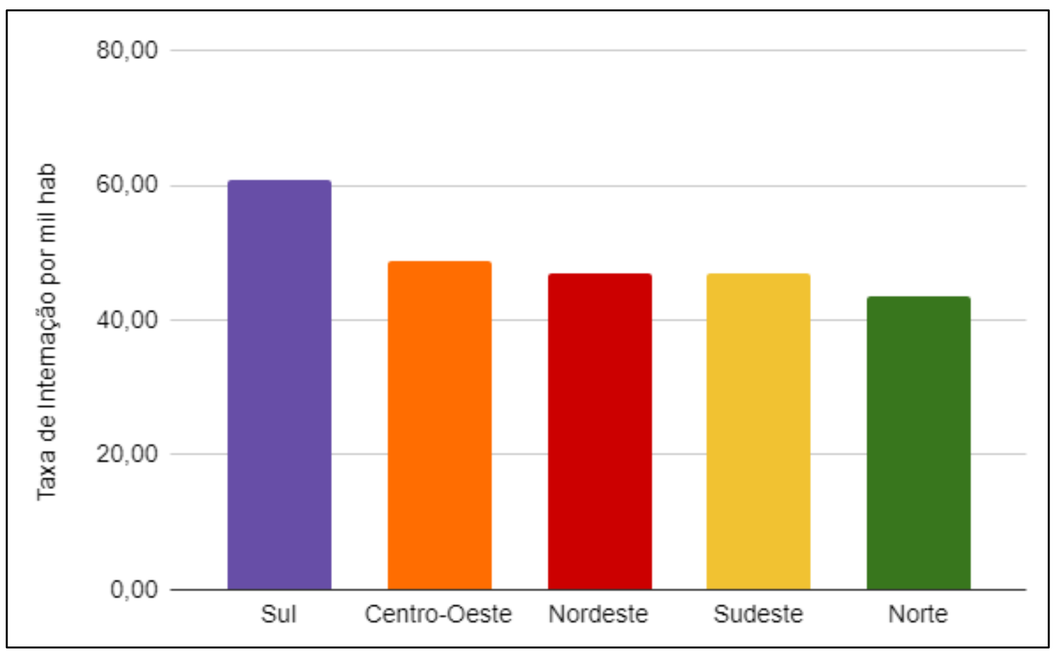
METODOLOGIA

O objetivo do estudo foi analisar as principais causas de internação por Capítulo CID-10 nas cinco regiões do país em 2022, para apresentar um panorama da necessidade de expansão de serviços hospitalares.

Este estudo descritivo utilizou dados secundários e públicos do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) referentes ao período de janeiro a dezembro de 2022. O objetivo foi analisar a taxa de internação hospitalar em diferentes regiões do Brasil. Para calcular essa taxa, foram utilizados os dados de internações do Sistema de Informação Hospitalar e os dados populacionais do Censo 2022 (IBGE). As internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério foram excluídas da análise. Os principais resultados incluíram o número total de internações por capítulo CID-10 em cada região e o cálculo da taxa geral de internações para o ano de 2022. Com base nessas informações, foram identificadas as cinco principais causas de internação em cada região.



Mapa do Brasil: Regiões e Estados.



Taxa de internação geral por mil habitantes, segundo regiões do Brasil - 2022.

RESULTADOS

No período estudado foram registradas 10.139.776 de internações pelo SUS em todo o Brasil.

A taxa geral de internação é mais alta na região sul e centro-oeste do Brasil com 60,74/mil habitantes e 48,71/mil hab, respectivamente. Em seguida vem o nordeste, sudeste e norte com 46,95, 46,88 e 43,57/mil habitantes.

Das internações da região norte a maior parte ocorreu por causas externas (6,74/mil hab), doenças do aparelho respiratório (6,15/mil hab) e doenças do aparelho digestivo (5,88/mil hab).

Na região nordeste as principais causas de internação foram as causas externas (6,13/mil hab), seguidas pelas doenças do aparelho digestivo (5,89/mil hab) e doenças do aparelho respiratório (5,84/ mil hab).

Assim como no norte e nordeste, no centro-oeste as principais causas de internação foram as causas externas (8,13/mil hab), seguidas pelas doenças do aparelho digestivo (6,15/mil hab) e doenças do aparelho respiratório (5,79/ mil hab).

A região sudeste tem em primeiro lugar as internações por doenças do aparelho circulatório (6,20/mil hab), seguida pelas causas externas (5,95/mil hab) e doenças do aparelho digestivo (5,84/mil hab).

Na região sul do Brasil estão entre as principais causas de internação as doenças do aparelho circulatório (7,87/mil hab) e respiratório (7,86/mil hab), seguidas pelas causas externas (7,73/mil hab) e doenças do aparelho digestivo (7,44/mil hab).

Capítulo CID-10	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
I. Doenças Infec. e Parasit.	5,35	5,01	4,17	3,46	4,58
II. Neoplasias (tumores)	2,44	4,30	3,59	4,50	6,66
IX. Doenças do ap. circulatório	3,35	4,88	5,10	6,20	7,87
X. Doenças do ap. respiratório	6,15	5,84	5,79	5,38	7,86
XI. Doenças do ap. digestivo	5,88	5,89	6,15	5,84	7,44
XIV. Doenças do ap. geniturinário	4,12	3,93	3,96	4,26	4,72
XIX. Lesões enven e causas externas	6,74	6,13	8,13	5,95	7,73

Taxa de internação por mil habitantes, por causas do Capítulo CID-10, segundo regiões do Brasil - 2022.

CONCLUSÕES

As regiões sul e centro-oeste apresentaram as taxas mais altas de internação. Causas externas, doenças do aparelho digestivo, aparelho respiratório e aparelho circulatório foram comuns em todas as regiões destacando a importância da prevenção e tratamento dessas condições. Essas informações fornecem insights relevantes para direcionar recursos e políticas de saúde de acordo com as necessidades específicas de cada região e a integração público-privada é uma importante estratégia para aumentar a disponibilidade de acesso e a vocação dos serviços de saúde, principalmente onde se identificam lacunas na oferta de cuidados médicos.

REFERÊNCIAS

TEIXEIRA, Carmem F., Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Pd4BXD9Y6J7t37XJFhDQb7s/

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Programa Segurança em Alta como ferramenta de gestão

Ana Paula Heier, Anna Karen Mandrik Eliane Leoni Padilha dos Santos, Jucilaine Aparecida do Nascimento, Juliane Pais Vieira, Ketrin Renata Seredenick, Monica Cristina Garanhani, Tatiane Teixeira

INTRODUÇÃO

O cenário moderno e competitivo dos sistemas de prestação de cuidados de saúde contrapõe-se às suas demandas ascendentes e aos recursos nem sempre suficientes. A preocupação com a segurança do paciente, importante dimensão da qualidade do cuidado de saúde, constitui atualmente tema de relevância crescente no mundo todo. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. Com o objetivo de melhorar a entrega assistencial e segurança para os pacientes, promovendo um sistema de saúde de excelência no Sistema Unimed no Paraná, foi criado o Programa Segurança em Alta. O Segurança em Alta é um programa de qualificação para rede credenciada e própria, que além de avaliar a estrutura, processos e resultados dos hospitais realiza treinamentos e orientações para implantação das melhorias necessárias aplicando ferramentas da qualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo referente a evolução dos prestadores participantes do Programa Segurança em Alta, comparando os resultados das avaliações de qualificação realizadas na implantação do programa no prestador e após a realização do apoio técnico (treinamentos e orientações).

A metodologia de avaliação da qualificação foi criada pela Unimed Federação do Paraná, baseada nas legislações de saúde e nos processos de Acreditações Hospitalar. O formulário de avaliação contempla 874 requisitos, em 14 dimensões. Estas dimensões abordam os processos relacionados gestão e governança, cuidado e assistência ao paciente, direitos e deveres dos pacientes, programa de gestão da qualidade e segurança do paciente, segurança da estrutura física, gestão de medicamentos, controle de infecção, processos de apoio, diagnóstico e terapêutica e conforto.

A adesão ao programa é de forma voluntária entre Unimed e o prestador e não tem caráter fiscalizatório e sim um programa de educação continuada periódico para estimular a melhoria continua e o comprometimento com uma assistência segura.

O programa foi implantado em 2016, os dados aqui apresentados são referente há estes 6 anos de atuação, o que é possível apresentar o desenvolvimento dos prestadores no Programa Segurança em Alta comparando a avaliação inicial – Avaliação de Diagnóstico com a Avaliação de Qualificação, pois em média o período entre uma avaliação e outra são 18 à 24 meses. Neste período entre as avaliações, os prestadores mantém um cronograma de atividades com a equipe do programa para elaboração do plano de ação, analise de indicadores e eventos adversos e a implantação de ferramentas de gestão.

Os prestadores qualificados são classificados:

- Diamante: a partir de 94% dos requisitos atendidos;
- Ouro: de 86 à 93,99% dos requisitos atendidos;
- Prata: de 78 à 85,99% dos requisitos atendidos;
- Bronze: de 69 à 77,99% dos requisitos atendidos;
- Não Qualificado: < 68% dos requisitos atendidos.

Treinamentos realizados nos Hospitais participantes do Programa Segurança em Alta

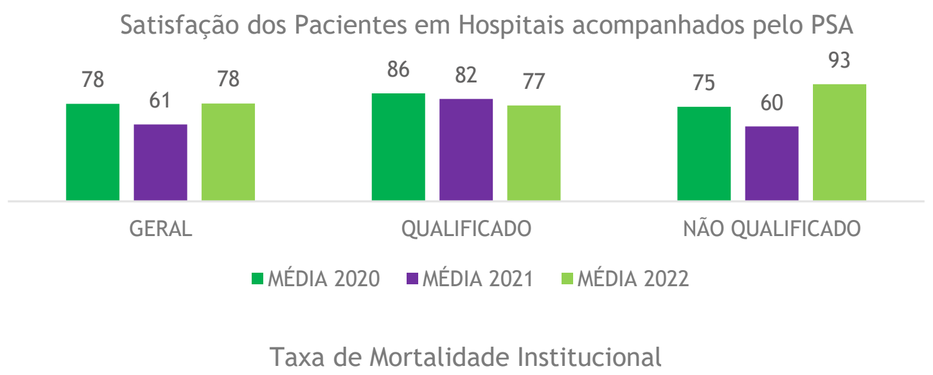
RESULTADOS

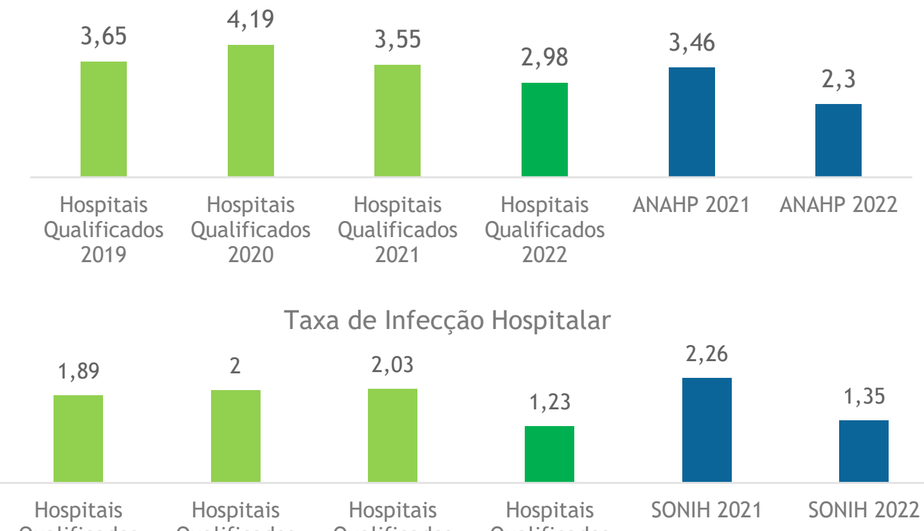
Em 2022, o Programa Segurança em Alta contemplou 17 Unimeds do Estado, com 60 prestadores participantes, totalizando 7.275 leitos.
Deste total de prestadores participantes, 50% são hospitais com atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que reforça a responsabilidade da Unimed com a sociedade em ofertar atendimento com qualidade e segurança. No sistema Unimed, 76,9% dos atendimentos aos beneficiários estão nesta rede credenciada participante do programa. São 28 prestadores qualificados, 10 prestadores não qualificados e 19 prestadores na fase de inicial de implantação do programa com somente uma avaliação de qualificação. Mesmo o prestador não obtendo a qualificação, eles permanecem no programa realizando as reuniões e treinamentos necessários para o seu desenvolvimento.
Para demonstrar como a implantação do Programa Segurança em Alta tem auxiliado os prestadores a aprimorar seus processos de gestão é acompanhado o resultado de atendimento aos requisitos em cada avaliação e assim gerado o percentual de desenvolvimento de cada prestador. Analisando os resultados entre as avaliações de prestadores não qualificados, é possível identificar uma melhora de até 22% entre uma avaliação e outra, ou seja, estão desenvolvendo melhores práticas em suas instituições, mesmo não obtendo a pontuação mínima para a qualificação. Para prestadores qualificados, ou seja, que atenderam de 69 à 100% dos requisitos avaliativos, o desenvolvimento foi em média de 41%.
Entre os principais resultados do desenvolvimentos destes prestadores elencamos:

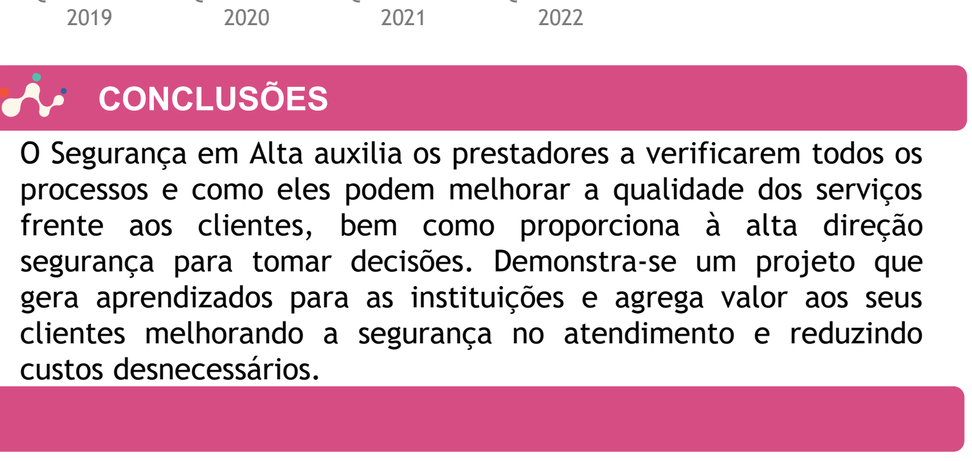
- Muitos hospitais desenvolveram o planejamento estratégico com o envolvimento das lideranças e o desdobramento para as áreas;
- Implantação de um Programa de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, com a utilização das ferramentas da qualidade, mapeamento de processos, monitoramento de indicadores e gestão de riscos;
- Engajamento dos colaboradores no processo de melhoria contínua;
- Fortalecimento da cultura de qualidade e segurança do paciente com a implantação do NSP e o PSP (mensurada através da aplicação da pesquisa de cultura de segurança);
- Melhores resultados nos indicadores assistenciais;
- Transparência na relação entre Singulares e seus Prestadores;
- Certificação da Acreditação e upgrade de nível;

Indicadores que demonstram a melhoria da qualidade e segurança do paciente:

·







CONCLUSÕES

O Segurança em Alta auxilia os prestadores a verificarem todos os processos e como eles podem melhorar a qualidade dos serviços frente aos clientes, bem como proporciona à alta direção segurança para tomar decisões. Demonstra-se um projeto que gera aprendizados para as instituições e agrega valor aos seus clientes melhorando a segurança no atendimento e reduzindo custos desnecessários.

REFERÊNCIAS

1 Anvisa (Brasil). Boletins Informativo – Segurança do paciente e qualidade em Saúde / 2 - https://www.ona.org.br/ (Organização Nacional de Acreditação) / 3 - https://www.jointcommissioninternational.org/standards/ (Joint Commission Internacional) / 4 - https://www.anahp.com.br/ (Agencia Nacional Hospitais Privados) / 5 - https://www.sonih.saude.pr.gov.br/ (Sistema Online de Notificação de Infecção Hospitalar) / 6- Https://bvsms.saude.gov.br/15-5-dia-nacional-do-controle-das-infeccoes-hospitalares-4/ / 7 – Ministério da saúde Acesso:<https://bvsms.saude.gov.br/15-5-dia-nacional-do-controle-das-infeccoes-hospitalares-4/>, 2023

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE MATERNA PROJETO TODAS AS MAES IMPORTAM

Livia Sanches Pedrilio, Caio Antonio Prado, Renata Delphim Moraes, Claudia Garcia, Mariana Peppe, Brunna Noznica, Tereza Rachel Gomes, Regiane de Oliveira, Tatiane Ocon, Thais Felix, Sheyla Oliveira, Romulo Negrini; Meire Amaro, Santiago Narino, Mirian Moraes

INTRODUÇÃO

A razão de mortalidade materna (RMM) é um forte indicador social, refletindo as condições de vida das mulheres, a qualidade da assistência à saúde e o nível de organização do sistema de saúde. A redução da RMM faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Sustentável, da ONU. Uma estratégia de intervenção para essa redução é a otimização do cuidado materno, por meio da adoção de pacotes de intervenção (bundles) de cuidados, que auxiliam na identificação e manejo adequado de uma condição potencial ameaçadora à vida (CPAV). Nessa proposta, a parceria entre o Escritório de Excelência Einstein, da SBIBAE e a Merck Sharp & Dohme, iniciou um projeto de melhoria, em setembro de 2021, o Todas as Mães Importam, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna por causas diretas em unidades hospitalares e de atenção primária à saúde (APS), vinculadas ao SUS, com foco nas principais CPAVs: hemorragia pós-parto (HPP), pré-eclâmpsia/eclâmpsia e sepse.

METODOLOGIA

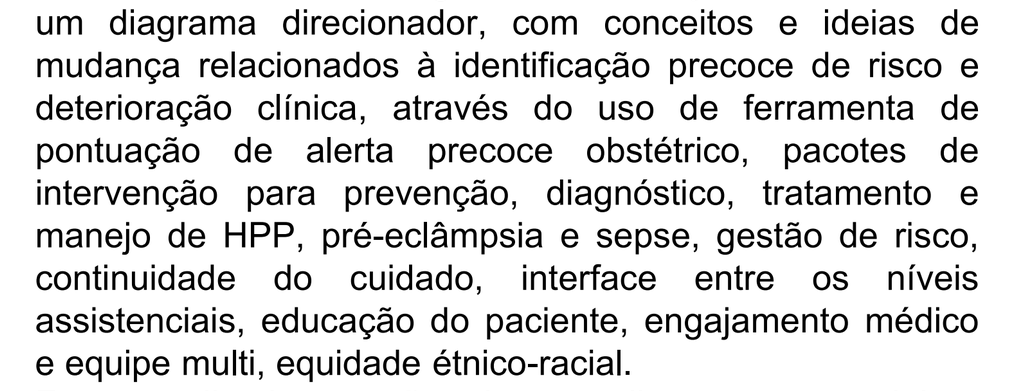
Tratou-se de um projeto de melhoria, colaborativo, com participação de 06 Maternidades, de Salvador e Feira de Santana, e 08 unidades de atenção primária de Salvador.

Os objetivos do projeto eram a 1) redução de 30% na razão de morte materna, por CPAVS, em 2 anos, nas Maternidades e 2) aumento para mais que 95% nas taxas de adesão`aos bundles de prevenção de CPAVs, nas unidades de APS, em 2 anos.

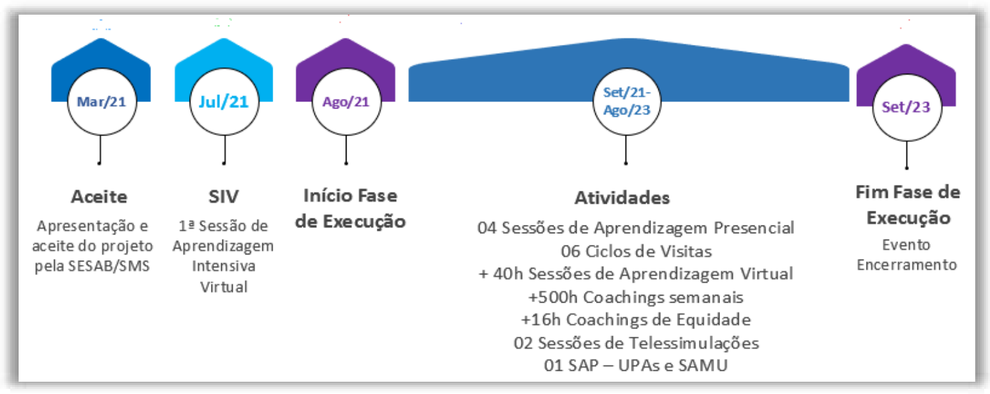
Foram realizadas estratégias de intervenção, baseadas em um diagrama direcionador, com conceitos e ideias de mudança relacionados à identificação precoce de risco e deterioração clínica, através do uso de ferramenta de pontuação de alerta precoce obstétrico, pacotes de intervenção para prevenção, diagnóstico, tratamento e manejo de HPP, pré-eclâmpsia e sepse, gestão de risco, continuidade do cuidado, interface entre os níveis assistenciais, educação do paciente, engajamento médico e equipe multi, equidade étnico-racial.

Foram realizadas sessões de aprendizagem presenciais e virtuais, sessões semanais de mentorias, coleta de dados, telessimulações, entre outros. As equipes de melhoria locais participantes eram responsáveis por testar e multiplicar as ações discutidas e definidas, bem como compartilhar com os demais participantes, em sessões virtuais mensais. Os testes em pequena escala eram realizados através de ciclos de PDSAs.

A análise de dados foi feita através de controle estatístico de processos (SPC - Statistical Process Control).



Imagens das atividades conjuntas e de multiplicação local



Atividades realizadas ao longo da Colaborativas, com as unidades participantes

RESULTADOS

A redução observada na RMM, por todas as causas, foi de 68.69% (70 vidas potencialmente salvas). Considerando a RMM por CPAV a redução foi de 71.99% (46 vidas potencialmente salvas) Na variável óbitos maternos por CPAV, a redução global foi de 33.67% nos óbitos por HPP, 100% por pré-eclâmpsia/eclâmpsia e 88.91% por sepse materna. Para cada morte materna, ocorreu uma média 30.03 near misses maternos. Além disso, as taxas de adesão ao escore de alerta precoce obstétrico e aos bundles de HPP e Pré-eclâmpsia/eclampsia nas Maternidades, foi superior à 95% e 90%, respectivamente, no agregado. A adesão à bundles nas unidades de APS, considerando prevenção/tratamento de anemia e prevenção de pré-eclâmpsia foi superior à 95%.

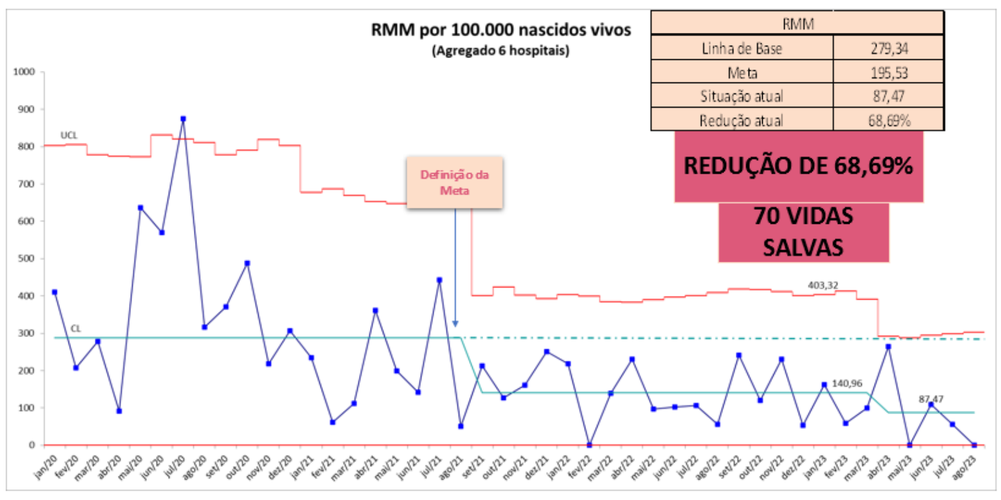


Gráfico demonstrando a redução na razão de morte materna, por todas as causas, no agregado das Maternidades participantes

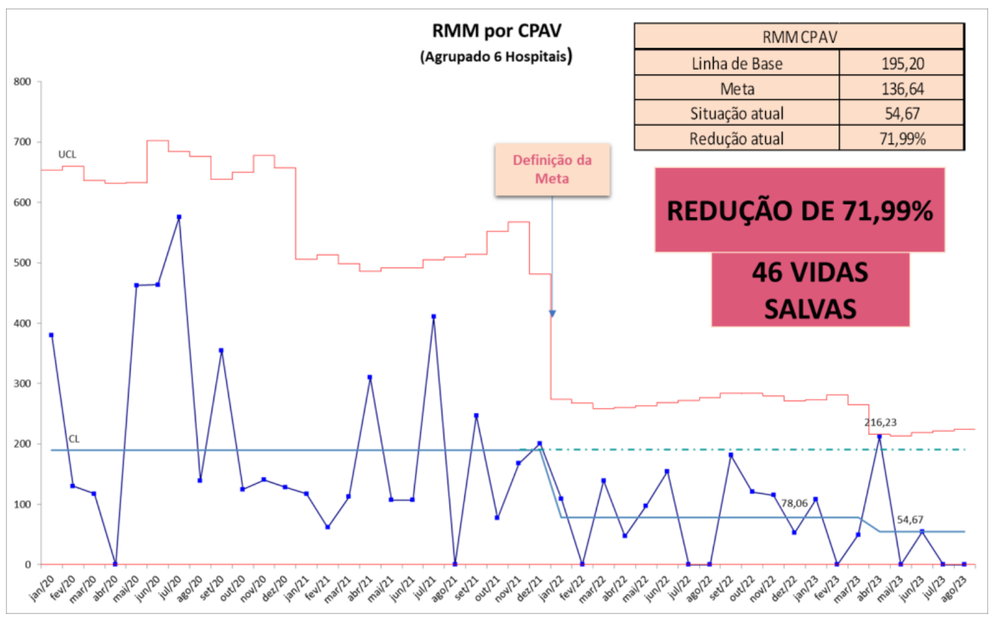


Gráfico demonstrando a redução na razão de morte materna, por CPAVS trabalhadas, no agregado das Maternidades participantes

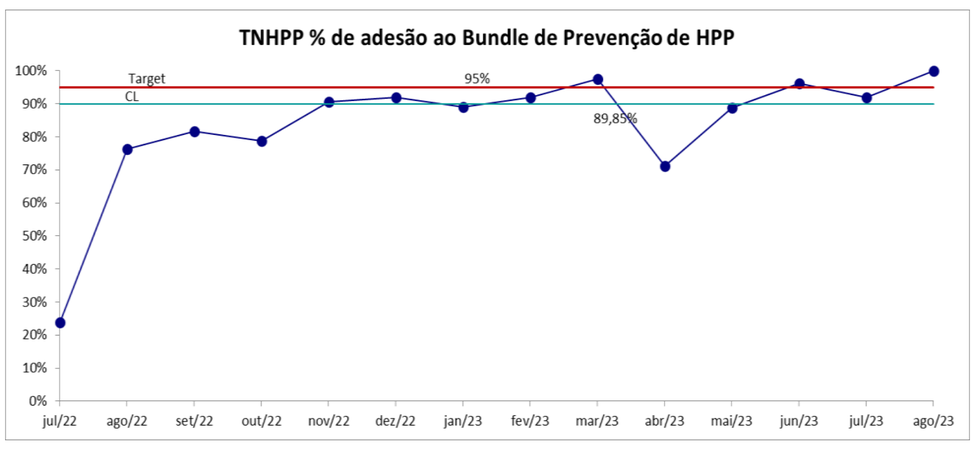


Gráfico demonstrando a taxa de adesão ao bundle de prevenção de HPP (considerando prevenção/tratamento de anemia), no agregado das unidades de APS participantes

CONCLUSÕES

O projeto mostra que a estratégia de trabalho de forma colaborativa, com uso de metodologia ágil para mudanças com uso de estratégias de intervenção padronizadas e atualizadas, como a implementação dos bundles de cuidados obstétricos é possível reduzir desfechos maternos graves. Outro fator relevante é a promoção da integração e trabalho em equipe, entre as Maternidades e unidades de APS. Além disso, é um formato passível de replicação em outros cenários, e que proporciona a possibilidade de sustentabilidade, com a melhoria de processos assistenciais.

REFERÊNCIAS

United Nations. Millennium Development Goals (MDG). New York: UN; 2014. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs). Acessado em 09/01/2023. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1. Acessado em 19/01/2023. Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Russell W, Cullum N. The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. Implement Sci. 2017;12(1):142. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):290-8.

SAIBA MAIS

Sobre o Todas as Mães Importam

Sobre o Escritório de Excelência Einstein

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO

CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Reestruturação do Mapeamento de Risco

Juliana A.C. Santana, Adriana Ferreira dos Santos, Tais Martins Cano, Gabrielly de Jesus Rodrigues

INTRODUÇÃO

O Mapeamento de Risco possibilita a identificação das ameaças que geram perdas e comprometam o andamento das atividades nos processos, garantindo dessa forma, a continuidade das atividades e prevenindo possíveis prejuízos para a instituição e para o paciente.
Através do Mapeamento visualizamos os problemas que podem impactar as operações e a reputação da instituição, classificando e priorizando os riscos de acordo com a gravidade, probabilidade e detecção. Desta forma viabilizamos para que o foco seja em ações preventivas que possam diminuir tais ameaças.
Sendo assim, os gestores podem definir ações estratégicas para evitar, mitigar ou apenas monitorar os riscos identificados, proporcionando mais segurança, garantindo melhoria continua nos processos e fortalecendo a Cultura de Segurança.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, tipo relato de experiência realizado durante o ano de 2022. Realizamos a reestruturação do Mapeamento em conjunto com o gestor da área com a utilização da ferramenta SIPOC para mapear os processos e o HFMEA adaptado para mapear os riscos, realizamos o levantamento dos riscos/perigos em conjunto com a equipe operacional do processo, realizamos o levantamento dos riscos envolvendo a multidisciplinaridade, apoiamos os gestores na construção da pontuação dos riscos da área com a aplicação da matriz de priorização e após finalizado disponibilizamos o mapeamento em formato físico e eletrônico para conhecimento e consulta da equipe.

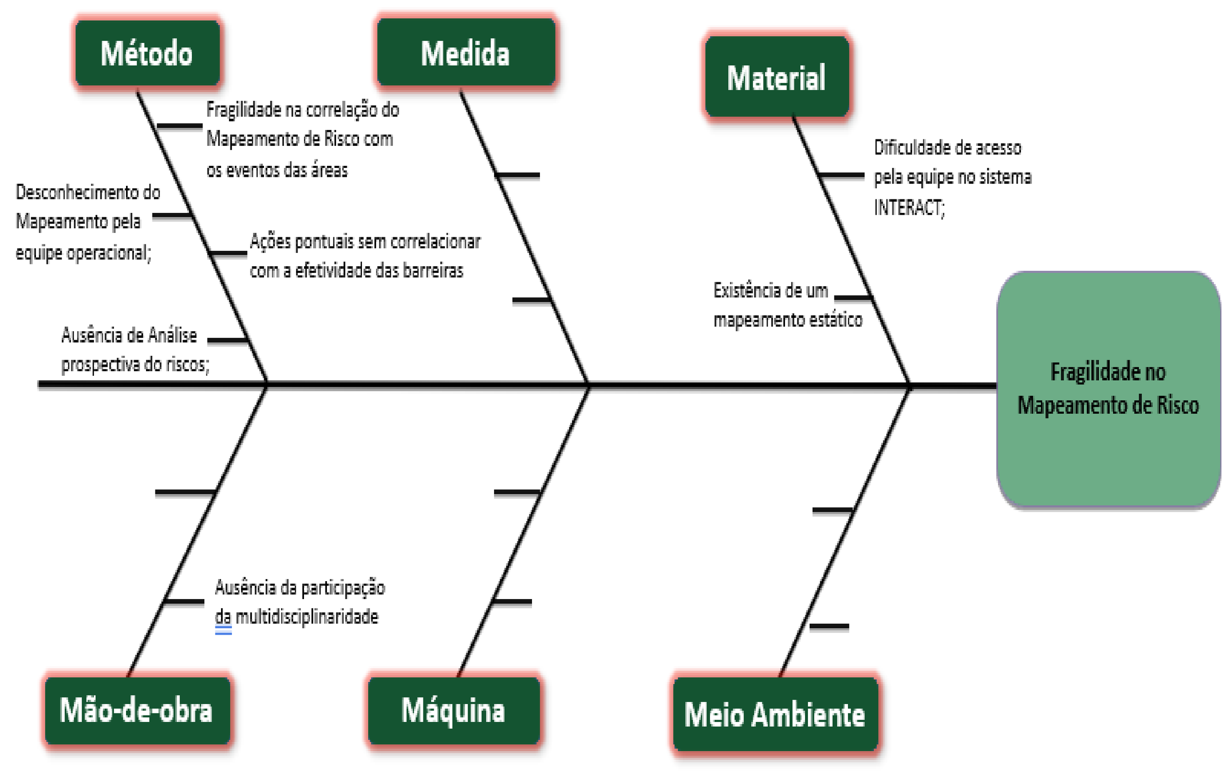
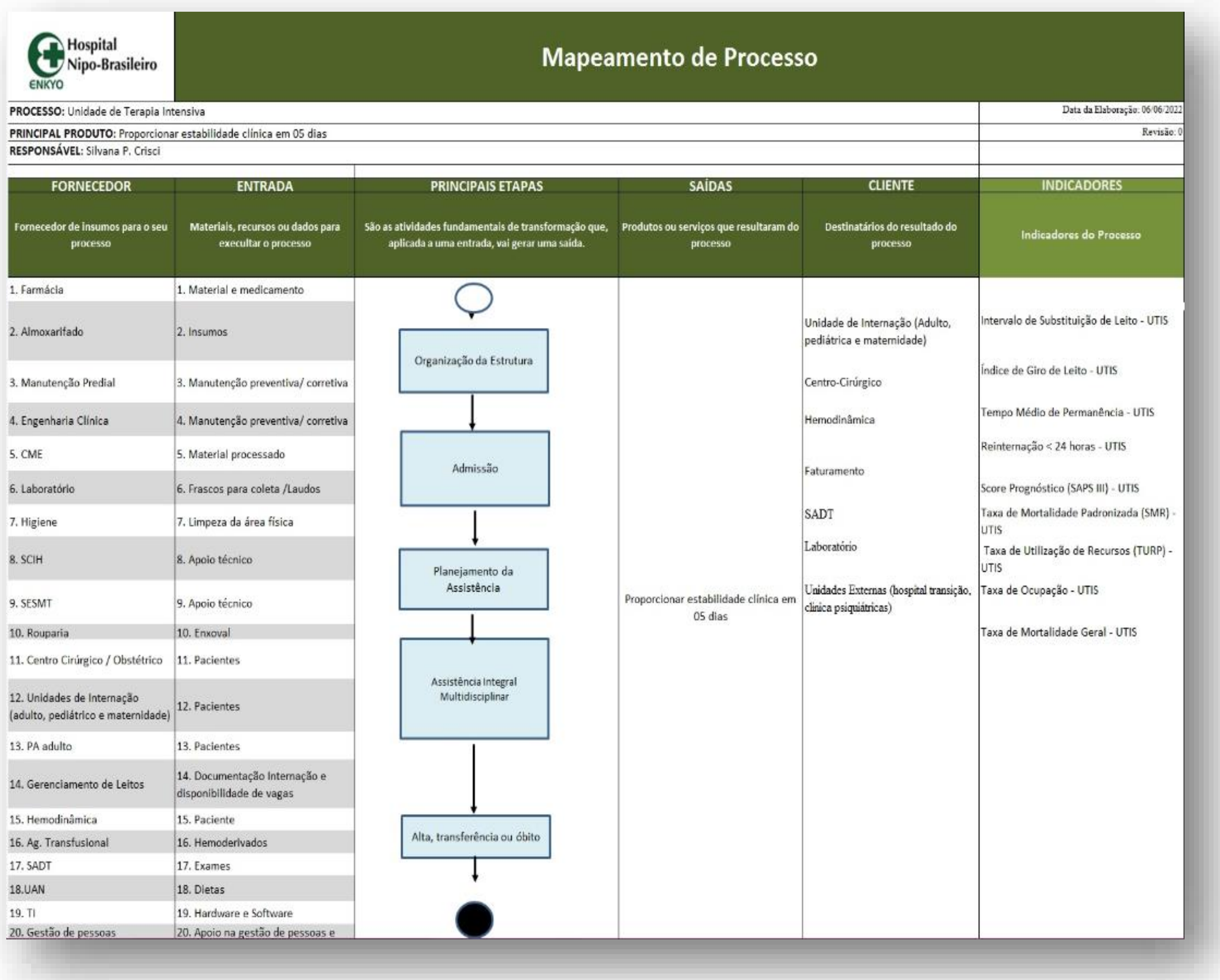


Diagrama de Ishikawa para busca da causa raiz da Fragilidade no Mapeamento de Risco



Hospital Nipo-Brasileiro ENKYO

Mapeamento de Processo

PROCESSO: Unidade de Terapia Intensiva — Data da Elaboração: 06/06/2022
PRINCIPAL PRODUTO: Proporcionar estabilidade clínica em 05 dias — Revisão: 0
RESPONSÁVEL: Silvana P. Crisci

FORNECEDOR Fornecedor de insumos para o seu processo	ENTRADA Materiais, recursos ou dados para executar o processo
1. Farmácia	1. Material e medicamento
2. Almoxarifado	2. Insumos
3. Manutenção Predial	3. Manutenção preventiva/ corretiva
4. Engenharia Clínica	4. Manutenção preventiva/ corretiva
5. CME	5. Material processado
6. Laboratório	6. Frascos para coleta /Laudos
7. Higiene	7. Limpeza da área física
8. SCIH	8. Apoio técnico
9. SESMT	9. Apoio técnico
10. Rouparia	10. Enxoval
11. Centro Cirúrgico / Obstétrico	11. Pacientes
12. Unidades de Internação (adulto, pediátrico e maternidade)	12. Pacientes
13. PA adulto	13. Pacientes
14. Gerenciamento de Leitos	14. Documentação Internação e disponibilidade de vagas
15. Hemodinâmica	15. Paciente
16. Ag. Transfusional	16. Hemoderivados
17. SADT	17. Exames
18.UAN	18. Dietas
19. TI	19. Hardware e Software
20. Gestão de pessoas	20. Apoio na gestão de pessoas e

PRINCIPAIS ETAPAS — São as atividades fundamentais de transformação que, aplicada a uma entrada, vai gerar uma saída.
Organização da Estrutura → Admissão → Planejamento da Assistência → Assistência Integral Multidisciplinar → Alta, transferência ou óbito

SAÍDAS — Produtos ou serviços que resultaram do processo
Proporcionar estabilidade clínica em 05 dias

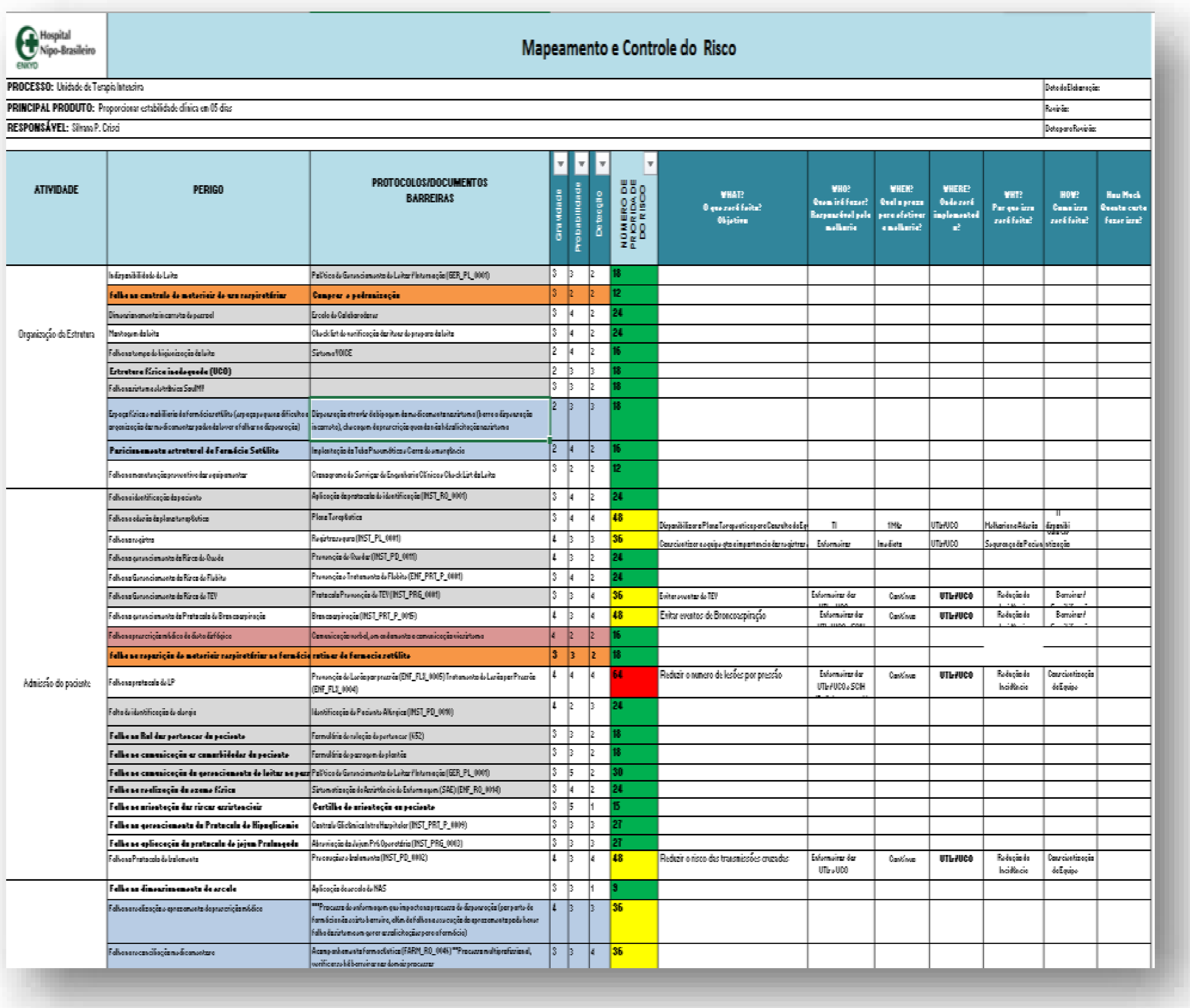
CLIENTE — Destinatários do resultado do processo
Unidade de Internação (Adulto, pediátrica e maternidade)
Centro-Cirúrgico
Hemodinâmica
Faturamento
SADT
Laboratório
Unidades Externas (hospital transição, clínica psiquiátricas)

INDICADORES — Indicadores do Processo
Intervalo de Substituição de Leito - UTIS
Índice de Giro de Leito - UTIS
Tempo Médio de Permanência - UTIS
Reinternação < 24 horas - UTIS
Score Prognóstico (SAPS III) - UTIS
Taxa de Mortalidade Padronizada (SMR) - UTIS
Taxa de Utilização de Recursos (TURP) - UTIS
Taxa de Ocupação - UTIS
Taxa de Mortalidade Geral - UTIS

Mapeamento de Processo utilizando a ferramenta SIPOC

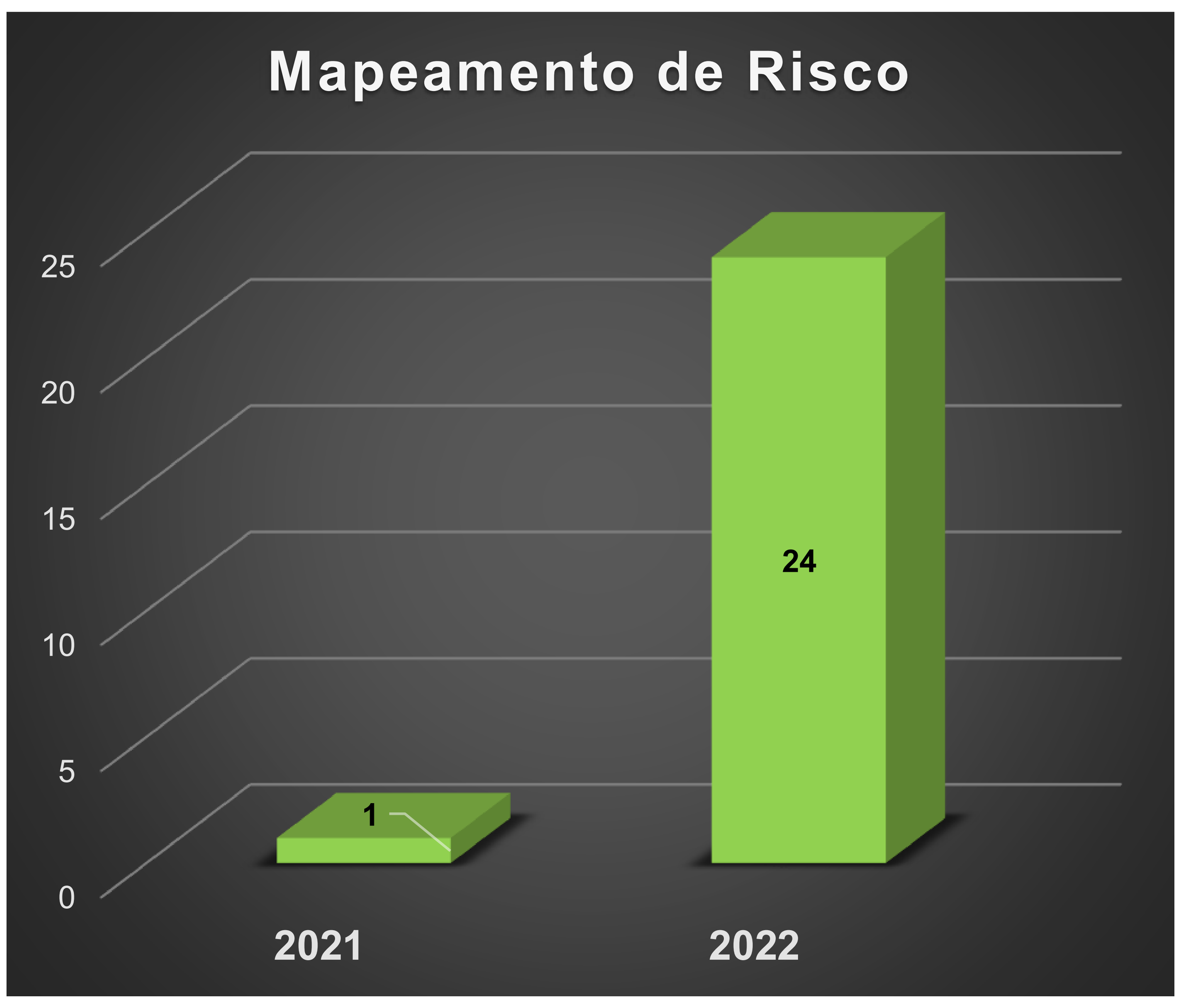
RESULTADOS

Em 2022 após a realização deste trabalho, obtivemos um total de 24 processos mapeados, com isso fortalecemos a cultura de segurança nas áreas através da identificação do risco de forma precoce, favorecendo assim a segurança do paciente.
.



Mapeamento e Controle do Risco

Mapeamento de Risco utilizando a ferramenta HFMEA com aplicação da Matriz de Priorização



Número de processos com Mapeamento de Riscos

CONCLUSÕES

Concluímos que o mapeamento de risco assegura a excelência na execução dos processos em saúde com o menor risco possível, proporcionando ao colaborador um ambiente seguro para execução da assistência através de análise prospectivas de eventos, além de reduzir custos com tratamento secundários a danos causados para o paciente. .

REFERÊNCIAS

https://www.ibes.med.br/gerenciando-riscos-em-saude-atraves-do-fmea
https://gedanken.com.br/mapeamento-de-riscos-o-guia-completo
Fonte: Adaptado de KERN, A. E. Gestão de qualidade, riscos e segurança do paciente / Allan Egon Kern. – São Paulo : Editora Senac São Paulo, 2017. (Série Universitária

REFLEXO DA TELESSAÚDE EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS POR MEIO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADO

Camila Pereira Pinto Toth, Camila Rocon de Lima Andretta, Simone Rodrigues dos Santos Ascenção e Patrícia Vendramim

INTRODUÇÃO

Considerando o Brasil como um país de dimensões continentais, a telessaúde tornou-se um recurso essencial para o sistema de saúde, pois fornece assistência com boa relação custo-benefício, agilidade no atendimento, bem como acesso a avaliações e diagnósticos junto a especialidades, principalmente em regiões remotas do país promovendo a equidade.

METODOLOGIA

Foram desenvolvidos pela parceria público-privada entre Associação Beneficente Síria – Hcor e Ministério da Saúde via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), projetos de telessaúde, nos três níveis de atenção à saúde (Unidades Básicas de Saúde, UPA 24h e Hospitais), a nível nacional, atuando na oferta de telediagnóstico, teleinterconsultas e teleconsultorias junto às instituições beneficiadas. Para os três escopos de atuação foram realizados diagnósticos situacionais visando compreender as necessidades e demandas de atendimento da instituição, bem como destinados equipamentos tecnológicos e conectividade, permitindo a adesão às estratégias ofertadas.

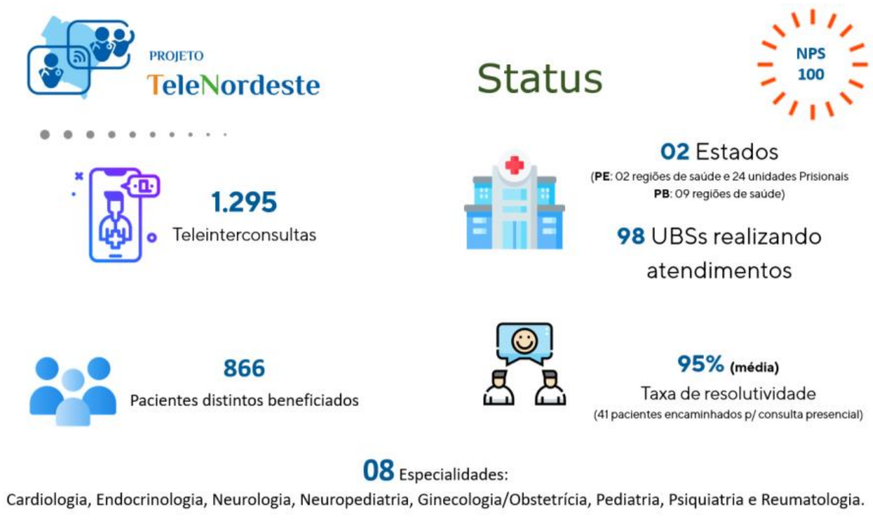
- **Projeto Telenordeste:** Qualificar em regiões do Nordeste com baixa oferta de Atenção Médica especializada no atendimento às Condições Crônicas, as equipes de saúde da família por meio de Tele-interconsultas e Teleconsultorias em oito especialidades (Cardiologia, Endocrinologia, Neurologia, Neuropediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria e Reumatologia).

- **Projeto Boas Práticas na Atenção à Cardiologia e Urgências Cardiovasculares:** Qualificar em serviço a gestão do manejo clínico na linha de atenção à cardiologia e urgências cardiovasculares por meio da Tele-eletrocardiografia, Teleconsultoria cardiológica, Tele-educação (Sessões de Aprendizagem Virtual) e Implementação de melhorias assistenciais da Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

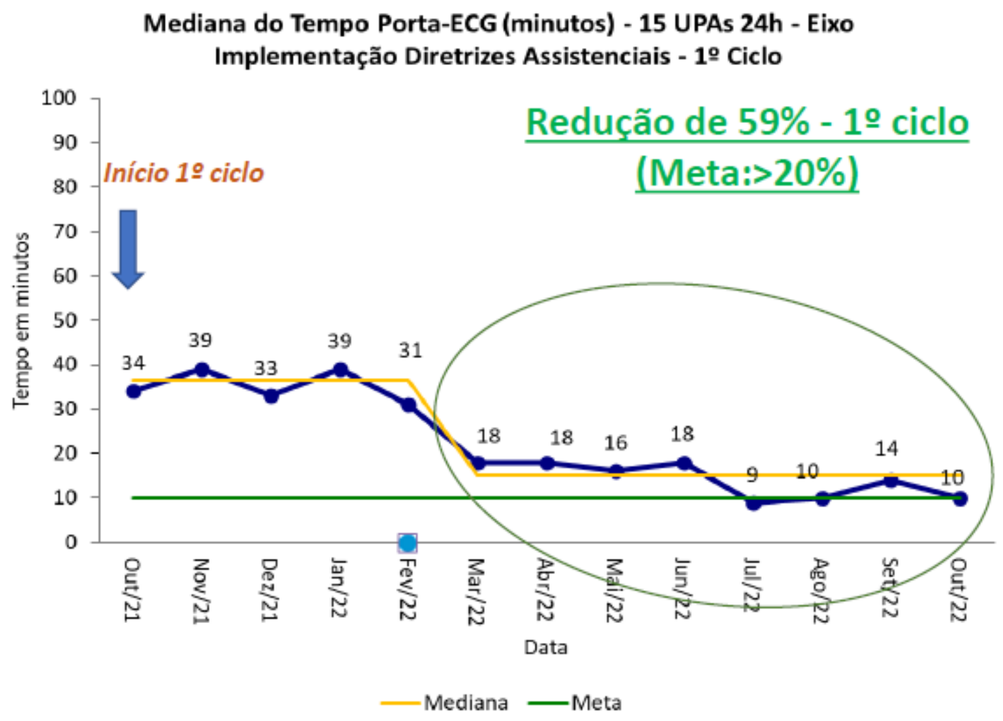
- **Projeto Tele-UTI:** Qualificar a assistência ao paciente crítico em 19 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, totalizando 175 leitos de instituições públicas distribuídas em cinco estados (Bahia, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Santa Catarina).

RESULTADOS

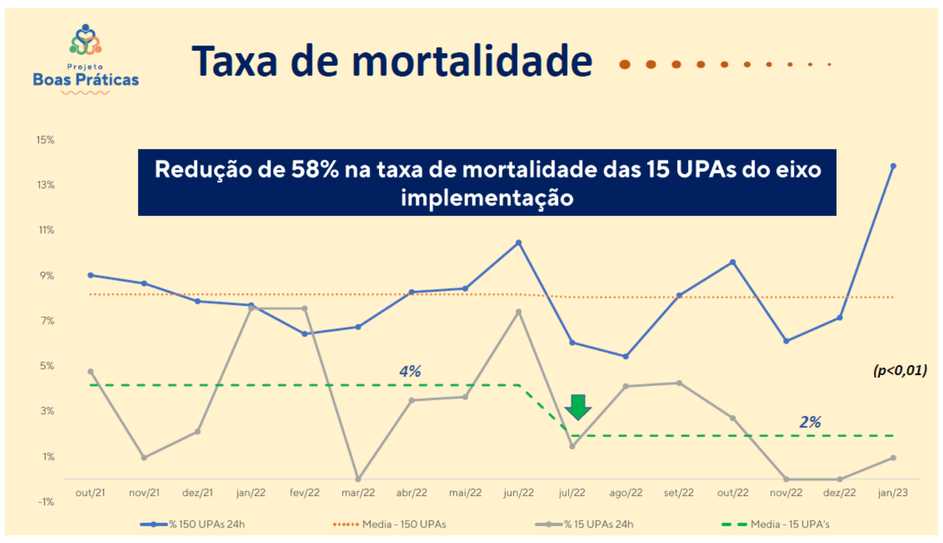
No nível da Atenção primária à saúde, com atuação em dois estados da região nordeste do Brasil à 265 equipes saúde da família destas regiões, até agosto de 2023 foram obtidos os dados demonstrados abaixo:



Já a nível da Atenção secundária, por meio da realização de tele-eletrocardiografia, teleconsultoria cardiológica adicionada a implementação de melhorias nos processos assistenciais de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), no período de 12 meses de atuação, foi possível alcançar maior agilidade e reconhecimento precoce no tempo do atendimento inicial à pacientes com SCA, tendo como destaque a redução em 59% do Tempo Porta-ECG, aumento de 31% na adesão a terapia medicamentosa da SCA, bem como a redução em 58% na taxa de mortalidade em 15 UPAs 24h.



Mediana do Tempo Porta-ECG (minutos) – UPA 24h



Taxa de mortalidade – UPA 24h – Eixo Apoio ado diagnóstico x Eixo Implementação de Melhoria

Do mesmo modo, na atenção terciária, atuando em 19 unidades de terapia intensiva, por meio da realização de 4.208 *telerounds* diários, refletindo em mais de 23 mil discussões de caso e 4.765 pacientes distintos beneficiados, foi possível obter a redução de 24% da taxa de mortalidade em 09 instituições, bem como reduzir em 34% o tempo de permanência em 10 instituições.

CONCLUSÕES

O uso da telessaúde, por meio da parceria público privado, viabiliza o acesso à profissionais especialistas, redução de deslocamentos desnecessários ao paciente, manejo e atendimento em tempo adequado das principais condições clínicas atendidas, bem como apresenta o potencial impacto na redução da morbimortalidade em diferentes níveis de atenção à saúde.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DO LEAN NO PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL PRIVADO

ISAAC CAVALCANTE SILVA, SUELÍ PESSOA DE OLIVEIRA, ALINE TELES TAVARES SUETOMI e SIMONE MISTRETA FERNANDEZ

INTRODUÇÃO

O Lean teve sua origem na Toyota, após a segunda Guerra Mundial, com a implementação do Toyota Production System (TPS), sistema de produção enxuta, no qual objetivo é aumentar a produção e reduzir os custos[1]. O Lean Healthcare é a filosofia aplicada aos serviços de saúde, visando a eliminação de desperdícios e etapas desnecessárias ao cuidado do paciente, com aumento de produtividade e capacidade[2]. Utilizamos a metodologia DMAIC para implantar o processo de melhoria contínua, focando em fluxos contínuos e processos ágeis, de maneira a reduzir processos que não agregavam valor, tendo a jornada do paciente como ponto focal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência profissional sobre a implantação do Lean no Pronto Atendimento Pediátrico de um Hospital Privado, da Zona Norte de São Paulo.

RESULTADOS

Utilizado ferramentas da qualidade como Brainstorming, Ishikawa entre outras. Foi realizado o mapeamento na área, visando reduzir o tempo de permanência do paciente, realizando a implementação de melhorias em cada fase do processo: Classificação, Abertura de Ficha, Medicação e Atendimento Médico, reduzindo assim o tempo de permanência do paciente em 37% em nossa instituição, que era a principal queixa contatada nas pesquisas de NPS. No início do projeto era de -5,4 (maio) para +36,4 (novembro).

Figura 1 – Antes e Depois da Recepção.

Figura 2 – Implantação de Histórico de Senhas no Painel.

Figura 3 – Desenvolvimento do Painel Médico de resultados dos Exames.

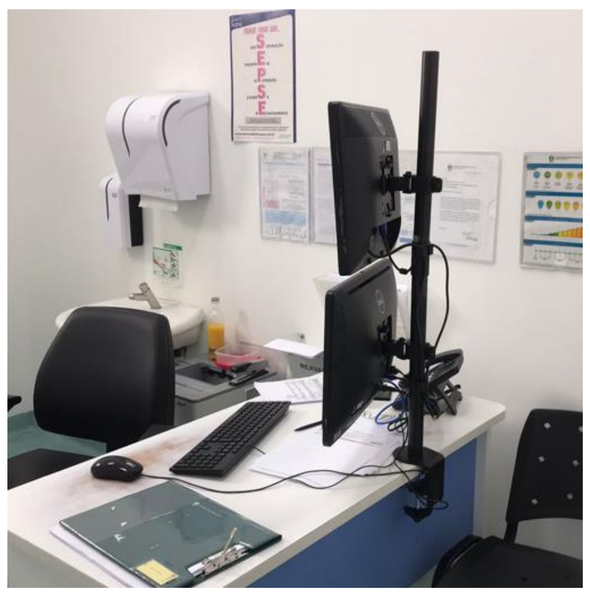


Figura 4 – Instalação da 2ª tela para visualização do Resultado dos Exames

Figura 5 – Padronização da Comunicação Visual dos Leitos.

Períodos	Tempo (min)	Amostras (N-252)
24/05 a 26/05	00:16:31	82
27/05 a 06/06	00:12:40	170
Redução	-23%	

Figura 6 – Redução do Tempo de Espera para Medicação.

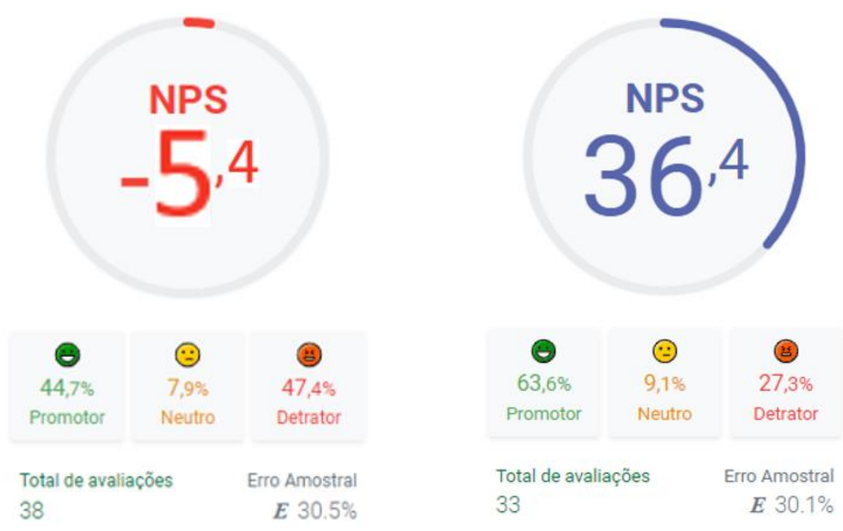


Figura 7 – Antes de Depois do NPS da Área.

CONCLUSÕES

Foi observado a proatividade e engajamento das gestões, o que foi de suma importância para o alcance dos objetivos, gerando o aumento da maturidade e comunicação dos gestores, absorvendo que os conhecimentos transmitidos através da área de Projetos na utilização das ferramentas utilizadas corroboraram para os resultados de cada etapa do processo. Focando na satisfação da jornada do paciente pediátrico na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Melton, 2005; Shah and Ward, 2003; Liker and Morgan, 2006; Page, 2007; LEI, 2009 e Silva et al, 2010. 2. Vieira, L. C. N., Menezes, M. O., Pimentel, C. A., Juventino, G. K. S. (2020, set./dez.). Lean Healthcare no Brasil: uma revisão bibliométrica.

RESSUPRIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAÇÃO DA CADEIA LOGÍSTICA HOSPITALAR

Fernando Boaro, Suhélen Caon, Douglas da Silva Madruga, Diana Saiara Bruscato

INTRODUÇÃO

Os custos inerentes aos processos hospitalares passam, em grande parte, pelas áreas de logística e supply chain. Deste modo, a otimização das rotinas correlatas a este tem potencial de promover a redução de gastos. O Giro de estoque (GE) é um dado primordial no que se refere a gestão de insumos no ambiente hospitalar. Este indicador reflete o número de vezes em que o estoque é consumido em período de tempo pré-determinado. Quanto maior o valor de GE, menores os custos correlatos a manutenção do estoque (WAJO, 2021), bem como menor serão os dispêndios inerentes a obsolescência do estoque. Considerando os modelos de remuneração vigentes, maiores valores de GE implicam em maior rentabilidade. Este trabalho objetiva apresentar a operacionalização de um projeto de ressuprimento logístico em um sistema de saúde com dois hospitais (unidade principal e satélite).

METODOLOGIA

A implementação do modelo de ressuprimento ocorreu em etapas, iniciando em janeiro de 2023. Um comitê multidisciplinar analisou e otimizou os processos de padronização, compra, acondicionamento e fracionamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares, levando em conta as necessidades de cada setor do hospital. Esses processos foram centralizados na unidade principal. Uma avaliação contínua da eficácia do novo modelo na unidade satélite foi feita nos meses seguintes à implantação, usando o indicador de GE mensal.

RESULTADOS

A média do Giro de Estoque (GE) em 2022 apresentou-se como 0,73/mês, o que correspondeu a cobertura média de 41 dias de estoque. Após a realização dos ajustes operacionais descritos e a subsequente implantação, foram observadas flutuações no valor do indicador, mas evidenciou-se tendência positiva ao longo do tempo. Em janeiro de 2023, o GE registrou o valor de 0,59/mês, que posteriormente aumentou para 1,53/mês em julho do mesmo ano, indicando, portanto, progressiva convergência dos processos correlatos ao longo desse período.

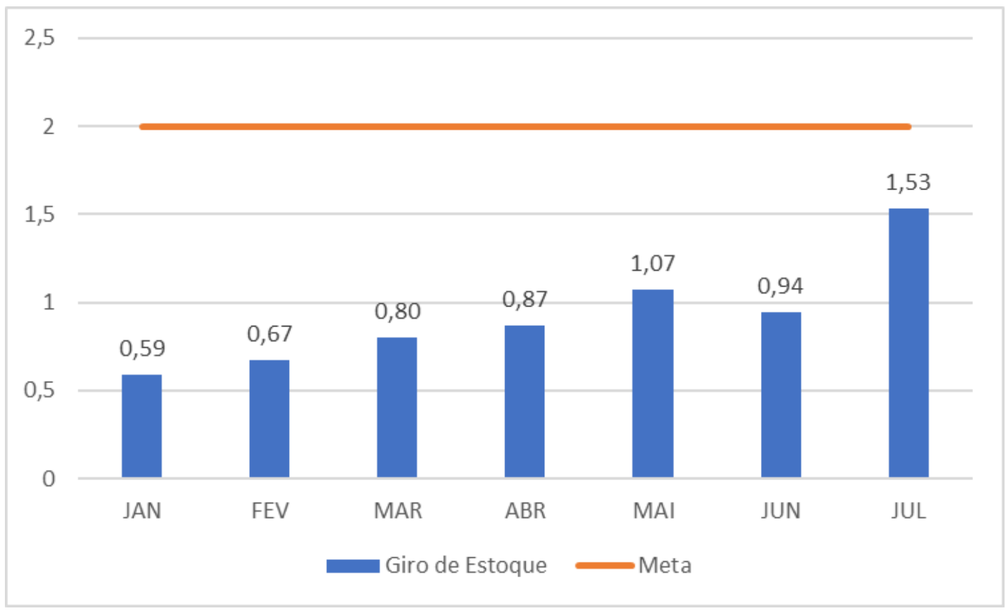


Figura 1. Valores mensais de Giro de Estoque no ano de 2023

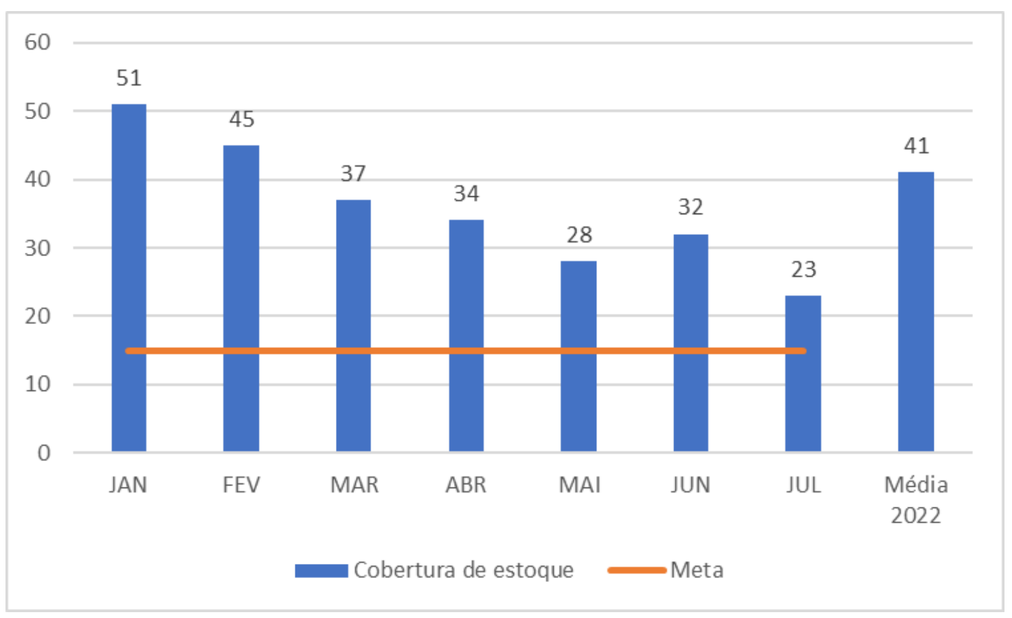


Figura 2. Cobertura de estoque (em dias) no ano de 2023

CONCLUSÕES

A evolução dos valores de GE denotam a importância da organização e centralização de processos logísticos. Ademais, reiteram o papel estratégico da gestão na cadeia logística de um Hospital.

REFERÊNCIAS

BELDEK, T.; KONYALIOĞLU, A. K.; AKDAĞ, H. C. Supply Chain Management in Healthcare: A Literature Review. In: [s.l: s.n.].

SCHNELLER, E.; ABDULSALAM, Y. Supply chain management and health services research: Aligning strange bedfellows. **Health Services Research**, v. 57, n. 2, p. 223–226, 8 abr. 2022.

WAJO, A. R. Effect of Cash Turnover, Receivable Turnover, Inventory Turnover and Growth Opportunity on Profitability. **ATESTASI : Jurnal Ilmiah Akuntansi**, v. 4, n. 1, p. 61–69, 6 abr. 2021.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Risco Hemorrágico, desenvolvimento de ferramenta de avaliação para prevenção de eventos adversos no intra parto e pós parto.

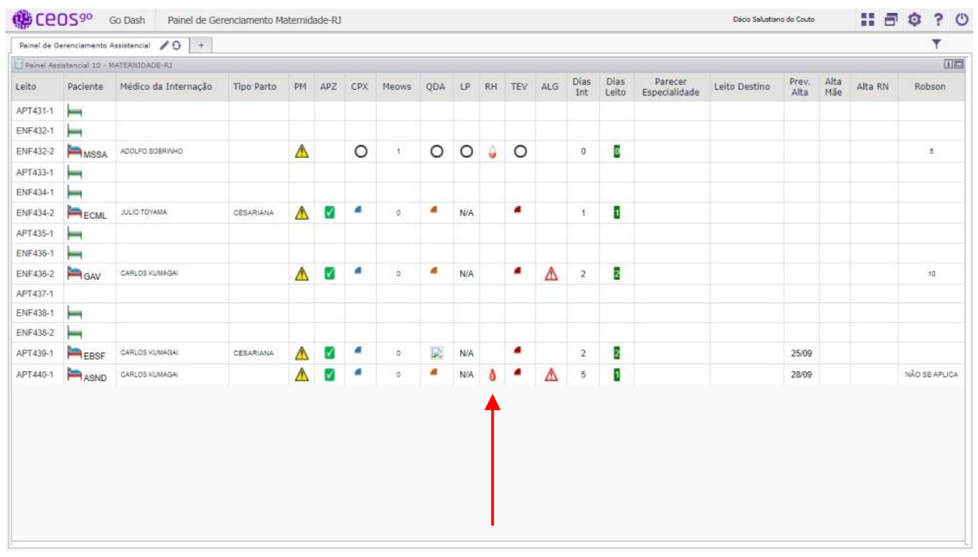
CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Liana Thome Catalan, Karolina Vieira do Nascimento, Simone Fernanda da Silva, Naara Piedade Alves Dias.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica e uma das principais causas de mortalidade materna, responsável por cerca de 27% destas em todo o mundo. A prevalência geral da HPP é de cerca de 5 a 8% somando aproximadamente 150.000 mortes por ano. Além de representar uma causa importante de morbidade em médio e longo prazos nas mulheres sobreviventes. Novos protocolos e ferramentas são desenvolvidas a todo momento, a fim de mitigar possíveis eventos que podem ser identificados previamente.

O objetivo principal deste trabalho é garantir a melhor condição clínica no momento do parto, ofertar vigilância rigorosa durante internação hospitalar, principalmente no puerpério imediato, momento de maior perda sanguínea.

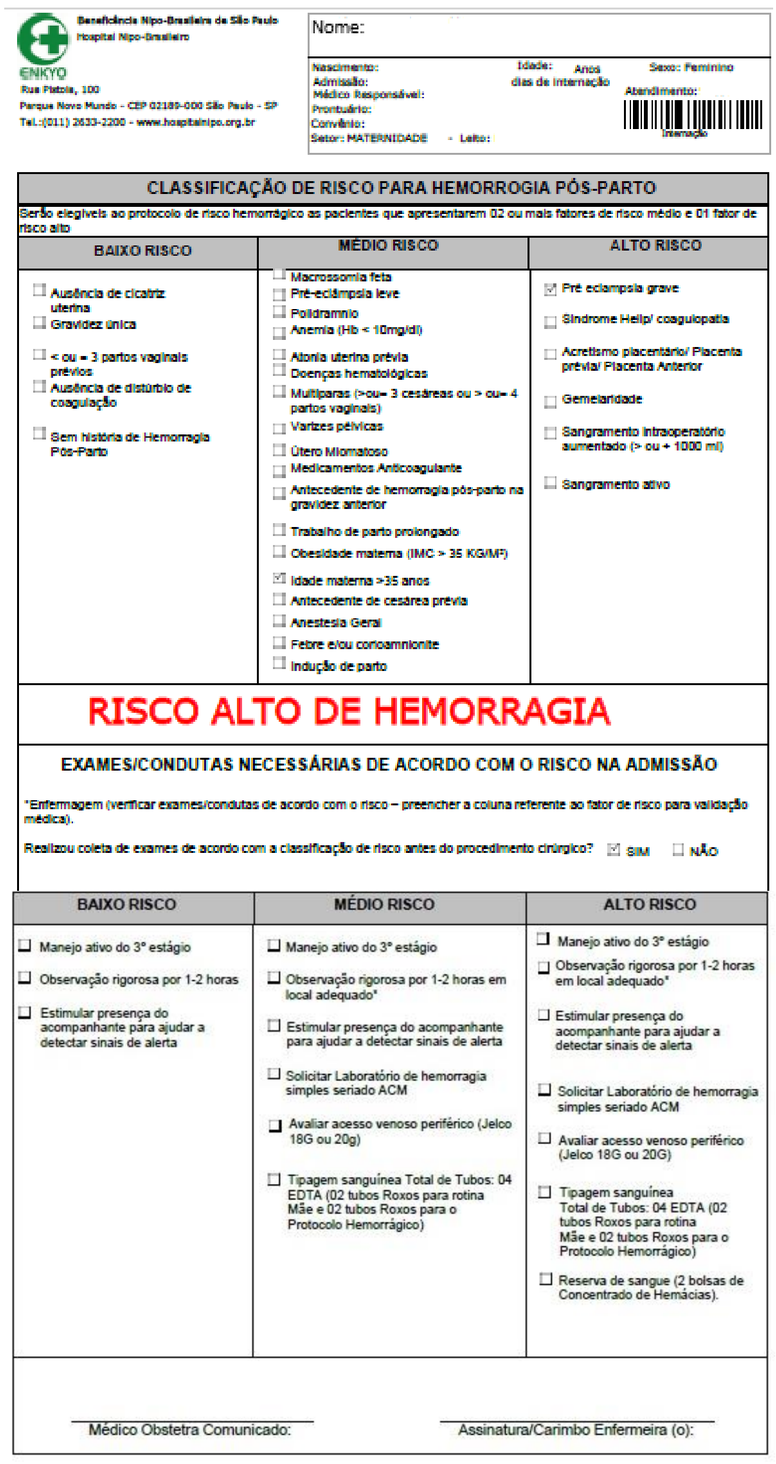


Painel assistencial das unidades de internação. Fonte: MV.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, tipo relato de experiência que iniciou em agosto de 2022 após análise da equipe assistencial que evidenciou a necessidade de avaliação prévia, ou seja, no momento da internação e admissão da paciente realizado pela enfermeira obstetra, e a necessidade de evidência para toda a equipe multidisciplinar que atendem as gestantes e puérperas na identificação de risco hemorrágico pós-parto (HPP).

Após discussão de métodos de avaliação e comunicação de fácil acesso, foi iniciado a criação de uma ferramenta de prontuário que realizasse a classificação dos riscos evidenciados durante a avaliação inicial e a sinalização em painéis gerenciais das unidades de internação e centro obstétrico. Além disso, havia a necessidade de melhoria na comunicação com o Banco de Sangue para realização de exames e reservas sanguíneas prévias.



Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO
Rua Pintois, 100
Parque Novo Mundo - CEP 02189-000 São Paulo - SP
Tel.:(011) 2633-2200 - www.hospitalnipo.org.br

Nome:
Nascimento: Idade: Anos Sexo: Feminino
Admissão: dias de internação
Médico Responsável: Atendimento:
Prontuário:
Convênio:
Setor: MATERNIDADE - Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Serão elegíveis ao protocolo de risco hemorrágico as pacientes que apresentarem 02 ou mais fatores de risco médio e 01 fator de risco alto

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
☐ Ausência de cicatriz uterina ☐ Gravidez única ☐ < ou = 3 partos vaginais prévios ☐ Ausência de distúrbio de coagulação ☐ Sem história de Hemorragia Pós-Parto	☐ Macrossomia feta ☐ Pré-eclâmpsia leve ☐ Polidramnio ☐ Anemia (Hb < 10mg/dl) ☐ Atonia uterina prévia ☐ Doenças hematológicas ☐ Multiparas (>ou= 3 cesáreas ou > ou= 4 partos vaginais) ☐ Varizes pélvicas ☐ Útero Miomatoso ☐ Medicamentos Anticoagulante ☐ Antecedente de hemorragia pós-parto na gravidez anterior ☐ Trabalho de parto prolongado ☐ Obesidade materna (IMC > 35 KG/M²) ☑ Idade materna >35 anos ☐ Antecedente de cesárea prévia ☐ Anestesia Geral ☐ Febre e/ou corioamnionite ☐ Indução de parto	☑ Pré eclampsia grave ☐ Síndrome Hellp/ coagulopatia ☐ Acretismo placentário/ Placenta prévia/ Placenta Anterior ☐ Gemelaridade ☐ Sangramento intraoperatório aumentado (> ou + 1000 ml) ☐ Sangramento ativo

RISCO ALTO DE HEMORRAGIA

EXAMES/CONDUTAS NECESSÁRIAS DE ACORDO COM O RISCO NA ADMISSÃO

*Enfermagem (verificar exames/condutas de acordo com o risco – preencher a coluna referente ao fator de risco para validação médica).

Realizou coleta de exames de acordo com a classificação de risco antes do procedimento cirúrgico? ☑ SIM ☐ NÃO

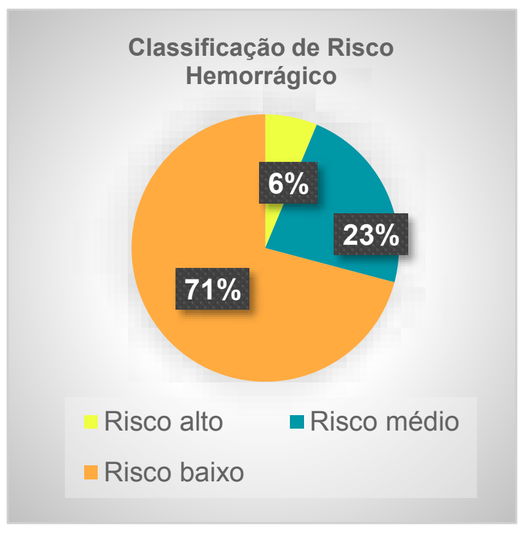
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
☐ Manejo ativo do 3º estágio ☐ Observação rigorosa por 1-2 horas ☐ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta	☐ Manejo ativo do 3º estágio ☐ Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* ☐ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta ☐ Solicitar Laboratório de hemorragia simples seriado ACM ☐ Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 18G ou 20g) ☐ Tipagem sanguínea Total de Tubos: 04 EDTA (02 tubos Roxos para rotina Mãe e 02 tubos Roxos para o Protocolo Hemorrágico)	☐ Manejo ativo do 3º estágio ☐ Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* ☐ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta ☐ Solicitar Laboratório de hemorragia simples seriado ACM ☐ Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 18G ou 20G) ☐ Tipagem sanguínea Total de Tubos: 04 EDTA (02 tubos Roxos para rotina Mãe e 02 tubos Roxos para o Protocolo Hemorrágico) ☐ Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias).

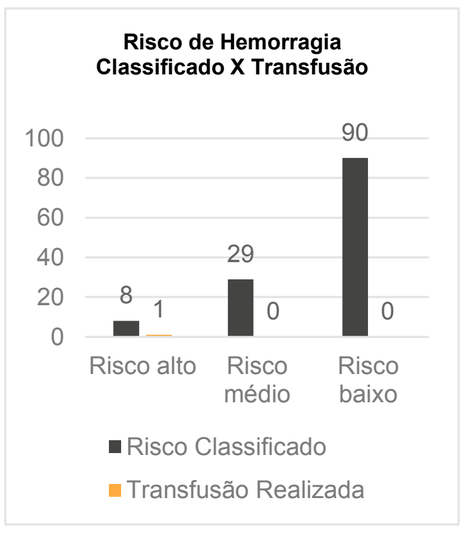
Médico Obstetra Comunicado: Assinatura/Carimbo Enfermeira (o):

Documento de Classificação de risco realizada pela Enfermeira Obstetra no momento da internação da paciente. Fonte: MV.

RESULTADOS

Evidenciamos que após a criação da ferramenta de classificação risco de forma automática e a identificação em painéis assistenciais, com base nos critérios descritos nos protocolos institucionais, Febrasgo e a Organização Panamericana de Saúde - OPAS, para Risco de HPP, houve a melhoria na adesão do protocolo de Risco Hemorrágico, reservas de hemocomponentes, diminuição de eventos adversos e segurança para as equipes multidisciplinares.





Indicador Classificação de Risco Hemorrágico e de Pacientes avaliadas que receberam transfusão sanguínea – 127 pacientes avaliadas em julho de 2023. Fonte: MV.

CONCLUSÕES

A avaliação de risco hemorrágico pós-parto é uma parte crucial da assistência obstétrica Com base na avaliação de risco, podemos tirar várias conclusões importantes:

1.Identificação de fatores de risco: permite a identificação de distúrbios de coagulação, placenta prévia, cesarianas anteriores, múltiplos partos, entre outros. Essa identificação ajuda os profissionais de saúde a estar preparados para situações de alto risco.
2.Estratificação de risco: classifica as gestantes em categorias de baixo, médio ou alto risco. Isso permite a alocação de recursos e intervenções adequadas com base nas necessidades individuais de cada paciente.
3.Prevenção e preparação: Com base na avaliação de risco, as equipes médicas podem implementar medidas preventivas, como o uso de medicações uterotônicas, a administração de sangue ou produtos sanguíneos, e a disponibilidade de equipes cirúrgicas em casos de hemorragia grave.
4.Comunicação e trabalho em equipe: Uma avaliação eficaz requer uma comunicação sólida entre todos os membros da equipe envolvidos no cuidado da gestante. Uma conclusão importante é que a avaliação de risco destaca a importância do trabalho em equipe e da coordenação de esforços para garantir uma resposta rápida e eficaz à hemorragia pós-parto.

Para finalizar, a avaliação de risco hemorrágico pós-parto desempenha um papel fundamental na prevenção e no tratamento da HPP, melhorando os resultados para as puérperas. Ela destaca a identificação de risco precoce, preparação adequada da equipe multidisciplinar para garantir um atendimento seguro durante e após o parto.

REFERÊNCIAS

Organização Pan-americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): Opas; 2018. Febrasgo. Hemorragia pós parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. Número 5 – Novembro de 2020.

ROUNDS DA LIDERANÇA: UMA PRÁTICA COM FOCO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E PROFISSIONAIS

Ana Paula Morandi, Ariane Ferreira Campos, Cláudia Matias, Daniela Magalhães

INTRODUÇÃO

Inspirado no programa Leadership Rounding at Cleveland Clinic, o programa Rounds da Liderança do Hospital Vera Cruz foi lançado em fevereiro de 2022, tem como objetivo fortalecer a cultura de cuidado centrado no paciente, segurança e bem-estar, por meio do engajamento contínuo que aproxima líderes das equipes multidisciplinares, pacientes e familiares, através de interações contínuas.

METODOLOGIA

Seguindo um roteiro semiestruturado, os gestores de diferentes níveis e áreas visitam o setor de Internação, Pronto Socorro e Imagem para interagir com pacientes e familiares, corpo clínico e equipe multidisciplinar, com abordagem empática e significativa aos objetivos propostos. As informações e os elogios são compartilhados entre as lideranças, inclusive diretoria, para intervenções imediatas, com follow-up quinzenal para otimização de processos. Atualmente, 30 lideranças acompanham 15 setores do hospital e realizam de 2 a 5 visitas semanais, conforme o perfil da unidade.

Cleveland Clinic
Every life deserves world class care.

Foto do modelo Cleveland Clinic

Foto: Melhorias Sala da Família

RESULTADOS

No 1º semestre de 2023 registramos:

- **748** rounds e geração de **460** intervenções;
- **80% referente a infraestrutura e hotelaria;**
- **13% ao fluxo do paciente;**
- **7% de demandas assistenciais;**
- **171 elogios,** sendo 120 relacionados ao cuidado do paciente.

Algumas das melhorias realizadas:

- Reestruturação e novos fluxos da Sala da Família (internação eletiva);
- Rotina integrada entre Higiene e Manutenção na liberação dos leitos;
- Espaço de funcionários e novos uniformes;
- Fluxo de alimentação do paciente (pós alta RPA);
- Processo de alta do centro cirúrgico;
- Fluxos dispensação de medicação.

Foto 1: Ouvindo profissionais

Foto 2: Visita na acomodação

Foto 1: Conversa com o paciente

Foto 2: Melhorias realizadas

CONCLUSÕES

Em média, 62% dos rounds geraram intervenções e melhorias imediatas ou projetos estruturantes e obtivemos no segundo trimestre, uma tendência favorável com aumento de 11 pontos no NPS. Após 15 meses do início do programa é possível concluir que os rounds promoveram sinergia entre processos e áreas, e criação de mais um canal de comunicação *in loco* com os clientes ainda durante a jornada, de modo a identificar preocupações, dúvidas e necessidades para tomada de decisão que impactam na segurança e satisfação, gerando valor a curto e médio prazos na experiência do paciente e profissionais.

REFERÊNCIAS

Cleveland Clinic. 2020. OFFICE OF PATIENT EXPERIENCE RESOURCE COVID-19 | Leadership Rounding. Disponível em https://my.clevelandclinic.org/-/scassets/files/org/landing/preparing-for-coronavirus/leadership-huddles/leadership-rounding-e.ashx

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA ATRAVÉS DO USO DA ESCALA DE FUNCIONALIDADE PERME

Wladimir Garcia Silva, Patrícia de Abreu Costa, Nidia Cristina de Souza, Ana Paula Marques de Pinho, Paulo Borem.

INTRODUÇÃO

A escala PERME, amplamente utilizada na fisioterapia, avalia a mobilidade do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), medindo sua capacidade de seguir comandos e percorrer curtas distâncias em até 2 minutos. A ausência do uso de uma ferramenta que permita a avaliação funcional do paciente grave, contribui para a descontinuidade do cuidado, uma vez que o planejamento terapêutico do paciente fica comprometido, podendo gerar uma acentuada perda funcional e diminuição das atividades de vida diária.

METODOLOGIA

Estudo prospectivo, não-randomizado, que analisou indicadores de resultado, processo e equilíbrio de pacientes adultos internados na UTI do Hospital do Complexo dos Estivadores – CHE de março de 2022 a junho de 2023. Esta UTI é composta por 17 leitos, com a proporção de 1 fisioterapeuta para cada 10 leitos/24 horas. Foram incluídos apenas pacientes admitidos com diagnóstico de enfermidades vasculares, cardíacas e renais para este estudo.

RESULTADOS

No período analisado, foi desenvolvido um diagrama direcionador em colaboração com a equipe de fisioterapeutas do CHE da UTI, juntamente com mudanças de processos e treinamento do uso da escala PERME (Figura 1). Esta escala foi aplicada a um total de 358 participantes. A adesão ao plano terapêutico foi de 97%. Tanto a **adesão individual ao uso desta escala** quanto às **discussões multidisciplinares alcançaram 100% de adesão, do início ao fim do projeto.**

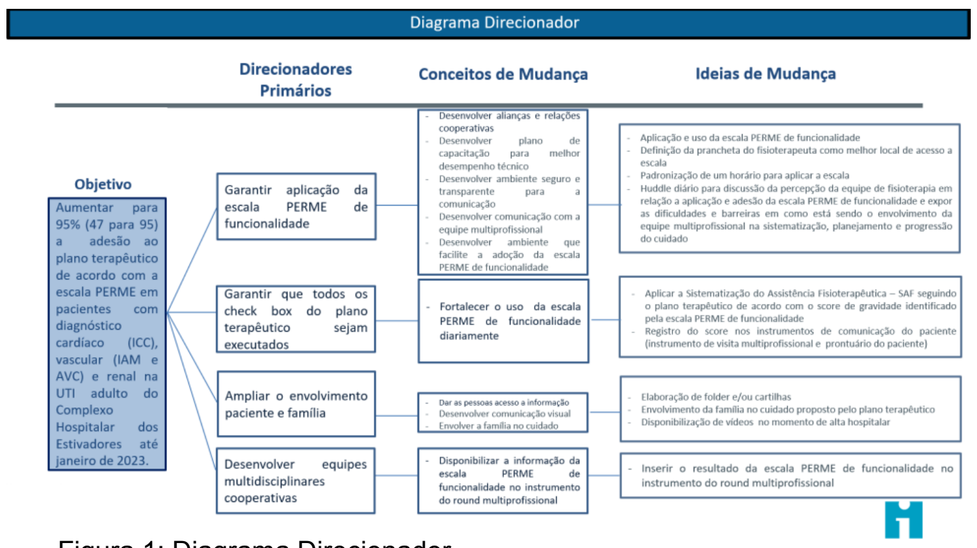


Figura 1: Diagrama Direcionador

O principal indicador analisado, foi o de resultado, caracterizado pelo percentual de adesão dos profissionais ao plano terapêutico. Este valor ultrapassou a meta de 95%, de acordo com o gráfico 2.

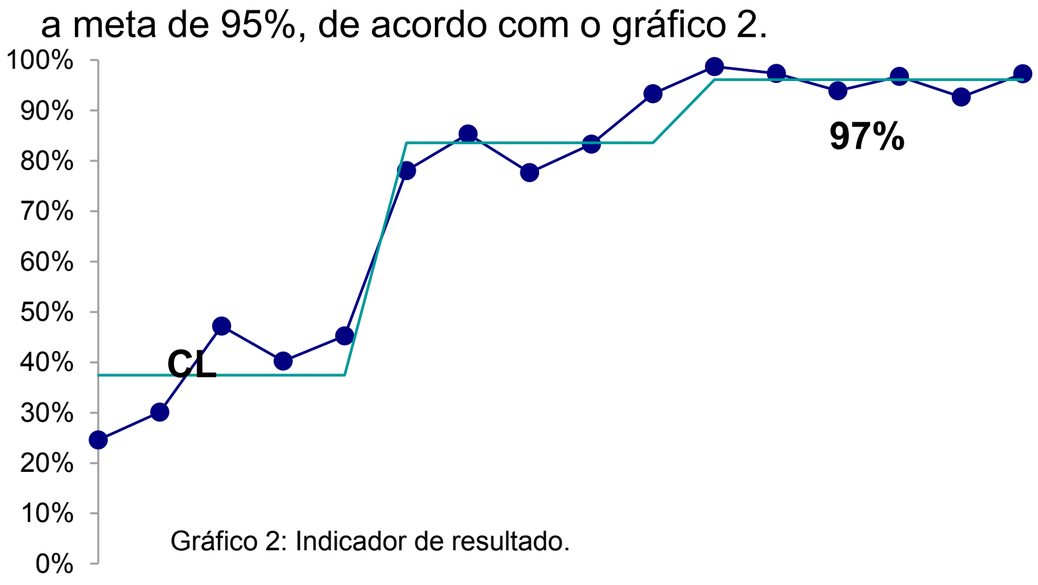


Gráfico 2: Indicador de resultado.

A porcentagem de pacientes distribuídos por raça-cor encontra-se no gráfico 1.

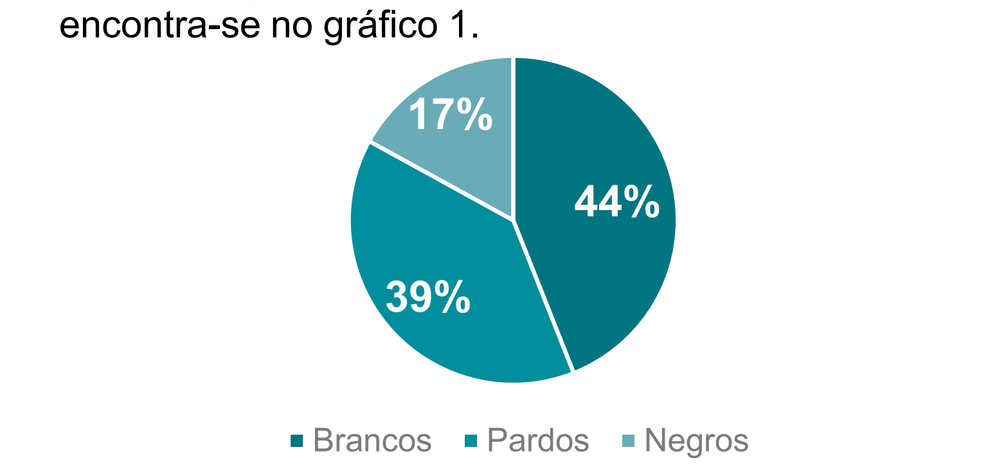


Gráfico 1: Distribuição dos participantes por raça/cor

O indicador de processo avalia a confiabilidade do processo, o qual garante o resultado alcançado acima. Ele compreende a porcentagem de adesão ao uso da escala PERME, porcentagem de pacientes que tiveram duas intervenções diárias (gráfico 3) e porcentagem de adesão ao dado no round.

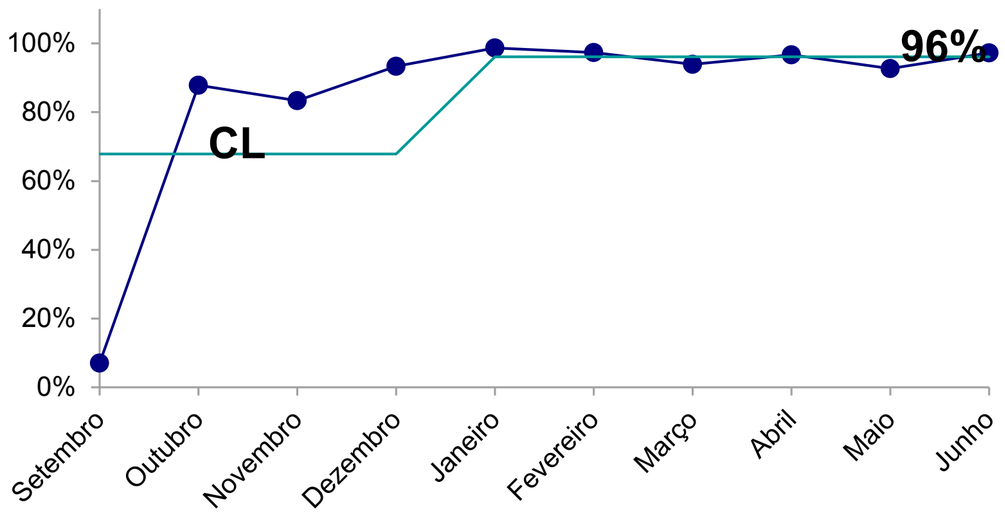


Gráfico 3: Pacientes que tiveram duas intervenções diárias

Ao final, observamos impacto que a intervenção na redução do tempo de internação em UTI para 8,6 dias no período da intervenção (Gráfico 4) e grau de satisfação dos pacientes com a intervenção foi de 97,1% (Gráfico 5).

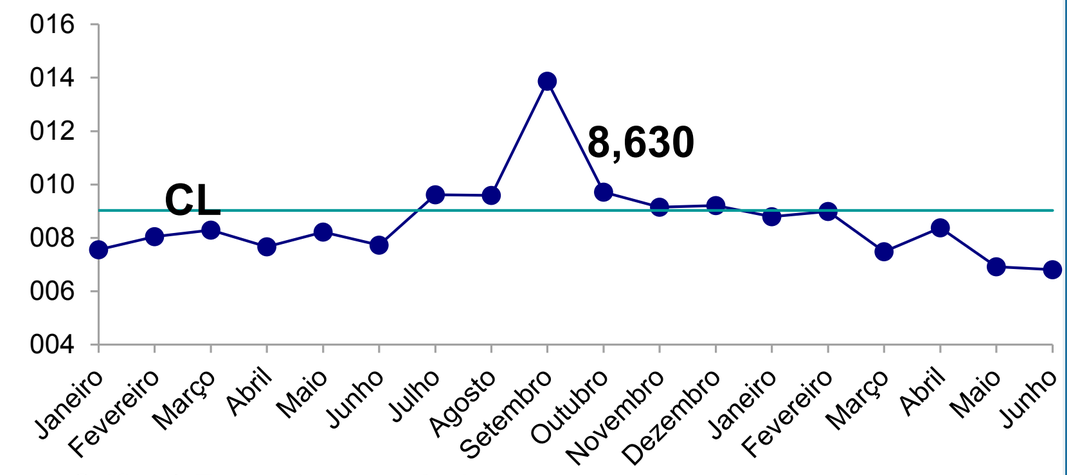


Gráfico 4: Tempo de permanência

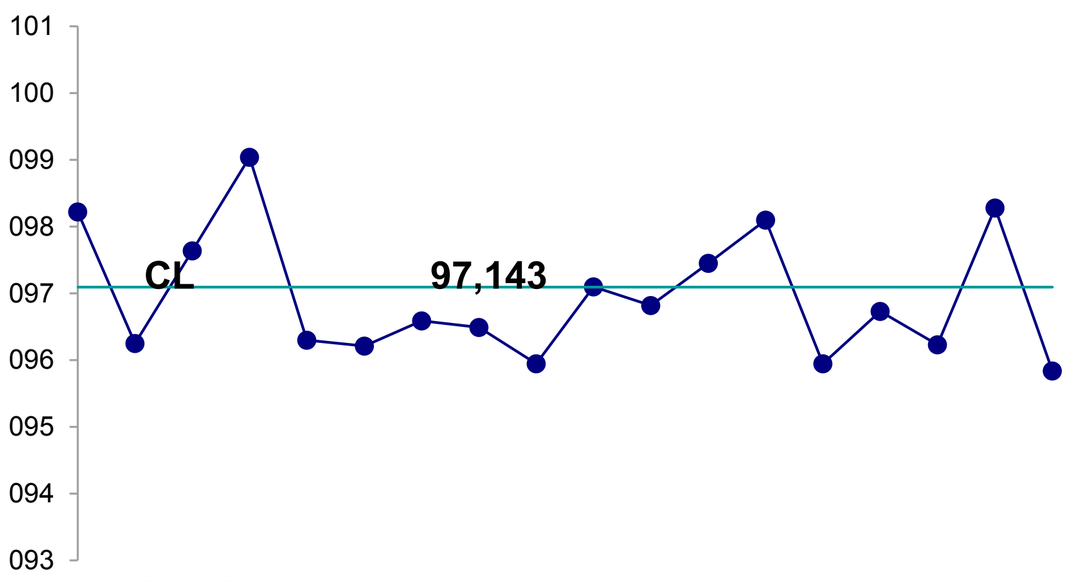


Gráfico 5: Satisfação dos pacientes

CONCLUSÕES

- Apesar de ser um projeto de curto espaço de tempo, as estratégias empregadas mostraram impacto na redução do tempo de internação permitindo uma maior rotatividade de leitos de alta complexidade.
- Além disso, todo o processo impactou positivamente na satisfação dos usuários.
- A sistematização do cuidado prestado pela equipe de fisioterapia, conseguiu garantir a padronização do processo com garantia de qualidade na assistência prestada.
- A utilização da ciência da melhoria e ferramentas da qualidade para mapear processos e identificar oportunidades de melhoria, evidenciou que os indicadores monitorados ao longo do tempo mostraram alta confiabilidade dos processos, garantindo o alcance e a sustentabilidade de resultados positivos.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Solução de Apoio ao Rastreamento de Câncer de Mama Através de Exames de Rotina Analisados por Inteligência Artificial (I.A.)

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Vinicius Ribeiro, Daniella Araújo, Marco Kohara, Daniel Silva & time HUNA

INTRODUÇÃO

A Sociedade Americana de Câncer destaca a importância da detecção precoce do câncer de mama para prevenir mortes, recomendando exames de rastreamento regulares [1], como a mamografia, para identificar tumores em estágios iniciais, os quais têm melhores perspectivas de tratamento e menor chance de metástase [2,3]. No entanto, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia indica a mamografia anual para mulheres acima de 40 anos [4], mas enfrenta desafios de infraestrutura: 77% dos municípios não têm mamógrafo, e 67% desses equipamentos estão nas regiões Sul e Sudeste [5]. Assim, apenas 20% das mulheres no grupo etário indicado realizam o exame anualmente [5-8].

METODOLOGIA

Esta pesquisa visa o desenvolvimento de modelos de IA (Inteligência Artificial) para identificação precoce do câncer de mama, utilizando biomarcadores do hemograma e dados demográficos dos pacientes.

Foi realizada uma extração de dados de pacientes de grandes redes de medicina diagnóstica e hospitais oncológicos que realizaram mamografia, ultrassonografia mamária, ressonância magnética mamária ou biópsia de mama, juntamente com exames de sangue dentro de janelas temporais específicas antes e após os exames citados. Utilizando essas informações, modelos de aprendizado de máquina foram criados para identificar precocemente o câncer de mama, comparando pacientes com câncer e controles.

O grupo de casos foi composto por mulheres diagnosticadas com câncer de mama, confirmado por exame anatomopatológico, com pelo menos um exame de sangue coletado antes da biópsia da mama. O grupo de controle incluiu mulheres com exames de imagem mamária negativos (BI-RADS 1 ou 2) - mamografias, ultrassonografias mamárias ou ressonância magnética mamária.

Para a construção dos modelos, foi utilizada a técnica de aprendizado supervisionado para classificar exames de sangue coletados de pacientes com câncer de mama até seis meses antes do diagnóstico em comparação com pacientes controle. A avaliação da performance do modelo foi avaliada através de métricas como sensibilidade, especificidade e área sob a curva ROC (AUC). Após a aplicação do modelo, a população foi segregada em cinco grupos de acordo com a saída de probabilidade do modelo. Para quantificar o aumento de risco, utilizamos a métrica de risco relativo (RR), que mede a probabilidade de ocorrência de câncer de mama em cada grupo em relação ao grupo prioritário final.

RESULTADOS

Após o processo de seleção de features, nosso modelo obteve uma AUC de 0,67. Posteriormente, a população foi estratificada em cinco grupos de risco, com base nas probabilidades de saída do modelo, cada um representando 20% da população. Esta estratificação revelou perfis de risco distintos. A tabela da Figura 1 apresenta uma visão detalhada das métricas de desempenho para cada um desses grupos. O risco relativo (RR) foi calculado comparando a proporção de casos de câncer de mama em cada grupo com a do último grupo. Sensibilidade e especificidade foram avaliados cumulativamente.

O primeiro grupo prioritário apresentou uma incidência notavelmente maior de casos de câncer de mama, sendo 7,15 vezes mais provável do que o último grupo (quinto). Priorizar este grupo para triagem por mamografia permitiria a detecção de 36% dos casos totais de câncer de mama, examinando apenas 20% da população.

Priority Group	1	2	3	4	5
RR	7,15	4,87	3,89	2,38	1.0
Sensitivity	35%	61%	81%	95%	100%
Specificity	82%	62%	42%	20%	0%

Figura 1 - A tabela de triagem priorizada guiada por ML mostra o potencial para maiores taxas de detecção precoce com triagem estratégica.

CONCLUSÕES

A detecção precoce do câncer através de uma amostra de sangue oferece uma oportunidade para países com poucos recursos financeiros a otimizarem o processo de rastreamento. O estudo indica que o hemograma completo, um teste acessível e comum, pode ajudar a identificar o risco de câncer de mama em estágios iniciais. Utilizar essa abordagem proporciona insights valiosos sem aumentar significativamente os custos de saúde, maximizando os benefícios da detecção precoce.

REFERÊNCIAS

1. ACS Breast Cancer Early Detection Recommendations. [cited 19 Jan 2022].
2. Fuller MS, Lee CI, Elmore JG. Breast cancer screening: an evidence-based update. Med Clin North Am. 2015;99. doi:10.1016/j.mcna.2015.01.002
3. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005;353. doi:10.1056/NEJMoa050518
4. Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos. In: SBM [Internet]. 25 Sep 2017 [cited 19 Jan 2022].
5. DATASUS. [cited 19 Jan 2022]. Disponível: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/
6. Projeções da População. [cited 19 Jan 2022]. Disponível : https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html
7. Dados e Indicadores do Setor. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [cited 19 Jan 2022]. Disponível: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor-1

TAXA ZERO DE INFECÇÃO DE SITIO CIRÚRGICO EM PROCEDIMENTOS CARDIOLÓGICOS: ANÁLISE DO RESULTADO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIFACETADA

Ariane Baptista Monteiro, Silvia Pedroso Tavares Soares, Olavo Jose Vicente Neto, Fernanda Loss Baldassari

INTRODUÇÃO

Pacientes submetidos a cirurgias cardíacas correm o risco de desenvolver infecção do sítio cirúrgico (ISC). Esses eventos estão associados a fatores de risco do paciente como idade e comorbidades, e fatores inerentes ao procedimento. As ISC podem resultar em morbidade, redução da qualidade de vida e incapacidade para os pacientes. Para as instituições de saúde o impacto traduz-se em prolongamento da hospitalização, reinternações e aumento de custos. **Objetivo:** Descrever as ações realizadas para o alcance e manutenção da taxa zero em ISC de cirurgia cardíaca (troca valvar e revascularização do miocárdio).

METODOLOGIA

Estudo de intervenção (quasi-experimento), realizado de julho de 2022 a junho de 2023 em um hospital terciário. No segundo semestre de 2022 ocorreram 48 procedimentos e 3 ISC. Em janeiro de 2023 o serviço de controle de infecção e a equipe do centro cirúrgico (CC) iniciaram as seguintes ações: envio dos dados aos cirurgiões; divulgação de QR *code* para notificação de casos de ISC pelas equipes (Figura 1); discussão dos indicadores em reuniões multidisciplinares; capacitações e divulgação de cartazes com o preparo do paciente para procedimento, (Figura 2) acompanhamento da adesão quanto às medidas de prevenção de ISC (banho pré-operatório, antissepsia cirúrgica das mãos, antibioticoprofilaxia, preparo da pele do paciente, paramentação e instrumental estéril) e *feedback* para coordenação do CC e médico cirurgião através da jornada cirúrgica (Figura 3).

Figura 01. Cartaz contendo QR Code disponibilizado nos ambulatórios para notificação de Infecção de Sítio Cirúrgico.

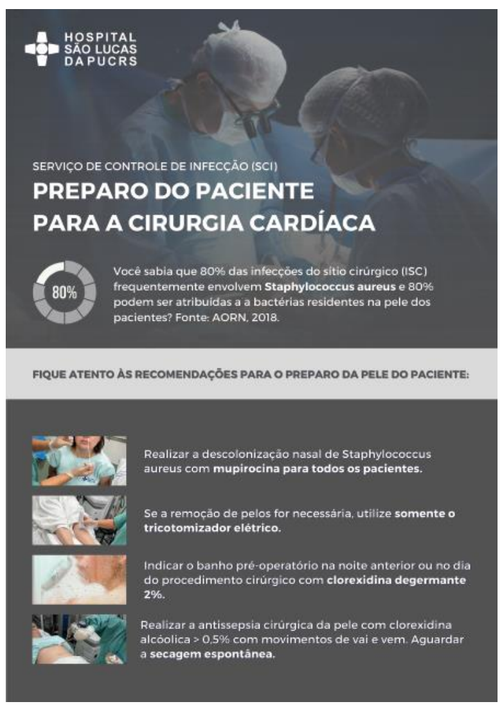
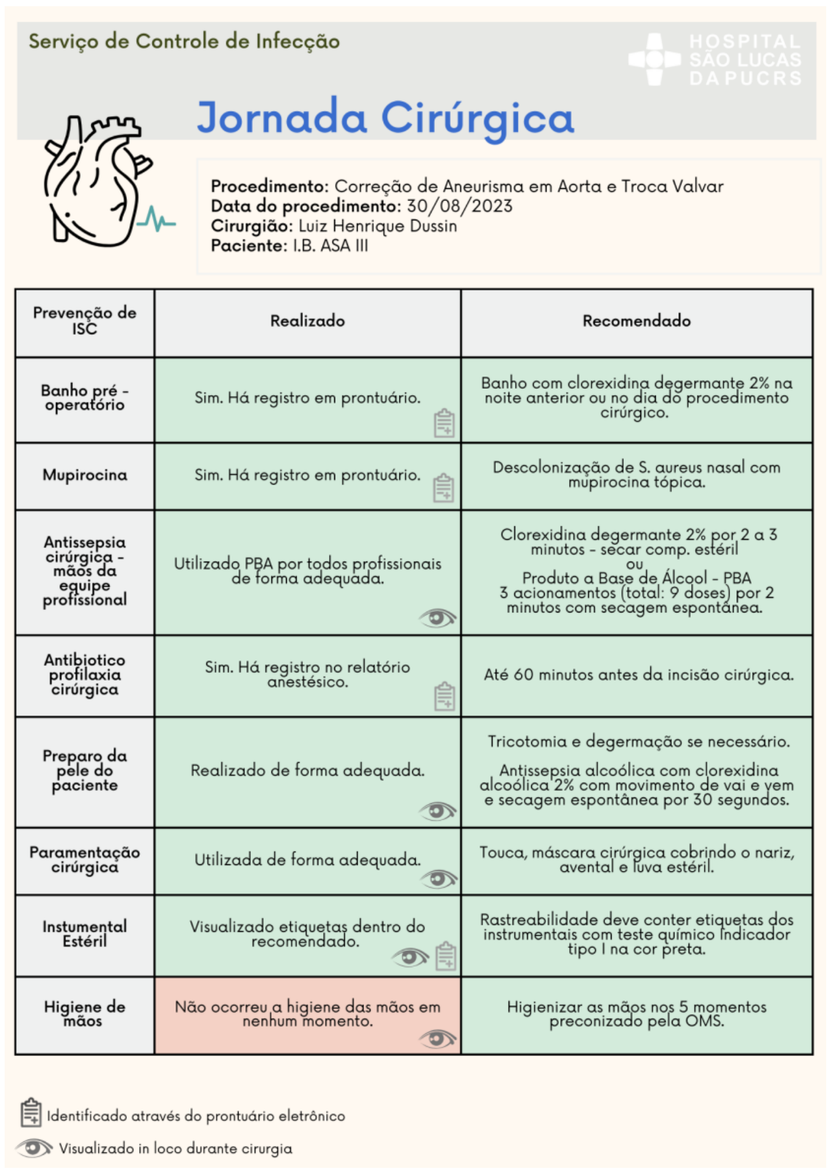


Figura 02. Cartaz para divulgação do preparo do paciente para cirurgia cardíaca.



Prevenção de ISC	Realizado	Recomendado
Banho pré - operatório	Sim. Há registro em prontuário.	Banho com clorexidina degermante 2% na noite anterior ou no dia do procedimento cirúrgico.
Mupirocina	Sim. Há registro em prontuário.	Descolonização de S. aureus nasal com mupirocina tópica.
Antissepsia cirúrgica - mãos da equipe profissional	Utilizado PBA por todos profissionais de forma adequada.	Clorexidina degermante 2% por 2 a 3 minutos - secar comp. estéril ou Produto a Base de Álcool - PBA 3 acionamentos (total: 9 doses) por 2 minutos com secagem espontânea.
Antibiotico profilaxia cirúrgica	Sim. Há registro no relatório anestésico.	Até 60 minutos antes da incisão cirúrgica.
Preparo da pele do paciente	Realizado de forma adequada.	Tricotomia e degermação se necessário. Antissepsia alcoólica com clorexidina alcoólica 2% com movimento de vai e vem e secagem espontânea por 30 segundos.
Paramentação cirúrgica	Utilizada de forma adequada.	Touca, máscara cirúrgica cobrindo o nariz, avental e luva estéril.
Instumental Estéril	Visualizado etiquetas dentro do recomendado.	Rastreabilidade deve conter etiquetas dos instrumentais com teste químico Indicador tipo I na cor preta.
Higiene de mãos	Não ocorreu a higiene das mãos em nenhum momento.	Higienizar as mãos nos 5 momentos preconizado pela OMS.

Figura 03. Jornada Cirúrgica – relatório observacional emitido após acompanhamento de procedimento *in loco.*

RESULTADOS

Embora sabemos que historicamente há uma adesão alta à antissepsia cirúrgica, em março de 2023 a adesão à técnica de execução era de 36%, com a continuidade das ações este indicador chegou a 100% em junho. Os demais itens acompanhamos se mantiveram adequados por todo o primeiro semestre de 2023. Em janeiro de 2023 houve 1 caso de ISC, e nos cinco meses posteriores não ocorreu nenhum caso. No segundo semestre de 2022 a taxa de ISC foi de 6,25% e 1,85% no primeiro semestre de 2023, representando uma redução de 70% (Figura 3).

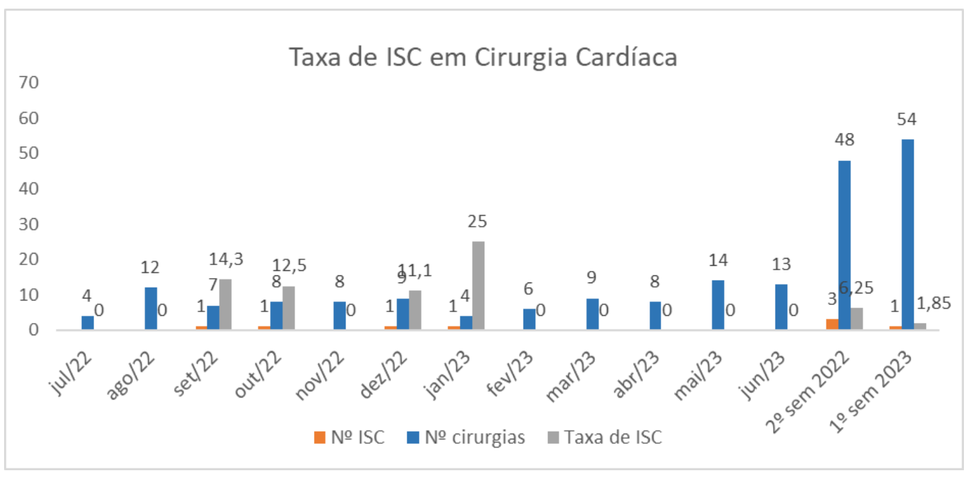


Figura 03. Indicador da Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca de julho de 2022 a junho de 2023.

CONCLUSÕES

Após a implementação das ações observou-se a ausência de ISC de forma sustentada. Cabe ressaltar que prevenir ISC nesta população específica é um desafio pelo perfil de alto risco do paciente, por isso o reforço nas demais medidas é fundamental. Nossa experiência retrata a importância das ações multidisciplinares, da comunicação efetiva, da educação das equipes e monitoramento dos indicadores para garantia da qualidade assistencial e melhor experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
CDC. Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017.
WHO. Preventing surgical site infections: implementation approaches for evidence-based. Recommendations, 2018.
European Policy Recomendations. Optimising Skin Antisepsis. For an Enhanced Prevention of Healthcare-Associated Infections in the EU. 2013.

Programa de
DIVERSIDADE, EQUIDADE E INCLUSÃO EINSTEIN

ALBERT EINSTEIN
Sociedade Beneficente Israelita BrasileirA

TRANSFORMAÇÃO EM EQUIDADE EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE EMERGENCIA NO SUL DE SÃO PAULO

Fabiana Cristina Costa de Oliveira |*Gerente Assistencial UPA Campo Limpo*
Meire Augusta Celestino Amaro | *Analista Praticas Qualidade e Segurança Sr UPA Campo Limpo*
Santiago Nariño | *Specialist in Equity, Diversity and Inclusion at SBIBAE*

Introdução

Em dezembro de 2019, lançamos o programa institucional de Diversidade, Equidade e Inclusão, composto por 5 grupos de afinidade e um comitê de DEI. O foco principal estava nas iniciativas internas de Diversidade e Inclusão, com o objetivo de aumentar a diversidade dentro do hospital e promover a conscientização. Em janeiro de 2022, tomamos a decisão de expandir esse movimento para as unidades, tornando-as responsáveis por construir uma cultura inclusiva e compreender as desigualdades que cada unidade perpetua, tanto inconscientemente quanto conscientemente.
O modelo Einstein ilustra a necessidade de evolução desse trabalho para um modelo que coloca a equidade no centro e capacita as equipes de nível de unidade a co-desenvolver soluções para pacientes, famílias e profissionais de saúde. Este modelo é pioneiro na América Latina e será exemplificado pela UPA Campo Limpo.

A UPA Campo Limpo é uma unidade de pronto atendimento no SUS, gerenciada pelo Einstein que enfrentou relatos de discriminação e cujos sistemas não estão adaptados para receber pessoas diversas. Ao refletirmos sobre o último ano, identificamos que as populações que mais têm sofrido, tanto como pacientes quanto como colaboradores, são as pessoas LGBTQIA+, pessoas com deficiência e idosos, por diversas razões.

Objetivos do projeto

indicadores para Colaboradores/as:

- Aumentar a porcentagem de colaboradores que acreditam estar causando um impacto positivo na cultura relacionada à diversidade, equidade e inclusão em sua unidade de trabalho, de 8,53% para 9,00% de abril de 2022 a junho de 2024.
- Reduzir as disparidades em 5 pontos percentuais entre pessoas com deficiência, membros da comunidade LGBTQIA+ e diferentes grupos étnicos em comparação com a média geral da afirmação "Eu sinto que pertenço à minha equipe de trabalho", no período de abril de 2022 a junho de 2024.

Indicadores de resultado para os grupos vulneráveis de pacientes escolhidos:

- **Aumentar a satisfação de pacientes LGBTI+ na UPA por 30% de abril 2022 até junho 2024.**
- **Aumentar a satisfação de pacientes PCD por 30% de abril 2022 até junho 2024.**
- **Aumentar o em 40% a identificação de pacientes idosos de alto risco de abril 2022 até junho 2023.**

DESENHO DO PROJETO

Direcionadores Primarios

Estabelecer uma estrutura que apoie o trabalho em prol da equidade na saúde na UPA

Adaptar os serviços de saúde para garantir cuidados culturalmente apropriados.

Estratificar dados por raça, identidade de gênero e orientação sexual.

Estabelecer parcerias com profissionais de saúde, comunidades, pacientes e famílias para co-desenhar soluções para as desigualdades no sistema.

Criar espaços de conscientização sobre equidade, pertencimento e inclusão.

1a Etapa
FEV-JUN 2022
Compreendendo o sistema e as desigualdades por meio de histórias e dados qualitativos e quantitativos.

2a Etapa
JUN 2022-SEPT 2022
Lançando o movimento de Equidade em cada unidade, compartilhando histórias e inscrevendo pessoas nos grupos de co-design.

3a etapa
SET 2022 - JAN 23
Co-desenho com pacientes, famílias, grupos da comunidade e profissionais de saúde.

4a etapa
Fev 23 -agora
Pequenos testes e mudanças de processos e implementação de protocolos para as populações em base das necesidades

O projeto utiliza a metodologia BTS Breakthrough Series Collaborative e o modelo da série Equity Action Lab da IHI, com um treinamento de Antirracismo e Equidade de 16 horas para líderes dos projetos em cada unidade. Há reuniões virtuais mensais e sessões de aprendizado presenciais trimestrais para ajudar as equipes a desenvolver suas habilidades e compartilhar suas aprendizagens com suas equipes ao longo das três etapas do processo. Mecanismos de co-desenho que têm sido utilizados incluem ferramentas de mapeamento emocional, observação, entrevistas, reuniões comunitárias sobre o cuidado de populações específicas e interação com grupos locais focados nessas populações.

Prioridades por grupo vulneravel

População Vulneravel	Direcionadores primarios por população
Idosos	1. Acolhimento e identificação de idosos mais frágeis 2. Sensibilização continua para os profissionais 3. Referenciamento no sistema para cuidar das vulnerabilidades fora da UPA 4. Melhor atendimento de casos críticos na unidade.
Pacientes e Colaboradores com Deficiência	1. Acolhimento digno e sensibilização continua 2. Infraestrutura acessível para pacientes, familias e colaboradores 3. Processos Clínicos claros para a adaptação adequada para os profissionais da UPA
Pacientes e Colaboradores LGBTI+	1. Consiência e sensibilização continua para os profissionais da unidade 2. Protocolos clínicos para uma cuidado digno 3. Segurança psicológica 4. Acompanhamento e referenciamento no sistema

Resultados e Lições aprendidas

Durante o último ano deste trabalho, temos observado uma mudança na cultura, onde as pessoas têm a segurança psicológica para falar sobre essas populações vulneráveis, bem como para co-design com as populações a fim de mudar seus processos, garantindo que o que fazemos para melhorar o sistema esteja focado em criar mudanças com as pessoas que estão sendo afetadas pelo problema. Essa mudança cultural é evidente, e a estrutura para se preocupar com a equidade é cada vez mais aparente na forma como a UPA realiza seu trabalho.

- **Segurança Psicológica:** A importância da segurança psicológica não pode ser exagerada. Quando as pessoas se sentem seguras para expressar seus pensamentos, preocupações e ideias sem medo de julgamento ou represálias, isso cria um ambiente onde discussões significativas e abertas podem ocorrer**.**
- **Co-Design e Co-Criação:** Envolvendo as populações afetadas pelo problema no processo de design e tomada de decisão é crucial. Essa abordagem garante que as soluções não sejam impostas a eles, mas sejam desenvolvidas de forma colaborativa para atender às suas necessidades e perspectivas únicas.
- **Equidade como Prioridade: O crescente foco na equidade no trabalho de sua organização é um sinal positivo. Priorizar a equidade envolve identificar e abordar ativamente disparidades e garantir que os benefícios de quaisquer melhorias sejam distribuídos de forma justa entre todas as populações afetadas.**
- **Dados e Métricas:** É importante estabelecer métricas claras e abordagens orientadas por dados para avaliar o impacto de suas iniciativas. Medir regularmente o progresso ajuda a garantir que as mudanças implementadas tenham os efeitos positivos pretendidos.
- **Aprendizado Contínuo:** Mudanças culturais levam tempo e exigem comprometimento contínuo. Incentive uma cultura de aprendizado e adaptabilidade contínuos. Revise regularmente seus processos e iniciativas para identificar áreas de melhoria e ajustar suas estratégias conforme necessário.
- **Engajamento Comunitário:** Construir relacionamentos sólidos com as comunidades que você atende é vital. Participe de um diálogo aberto com os membros da comunidade, ouça seus feedbacks e envolva-os nos processos de tomada de decisão para manter a confiança deles e garantir que seus esforços estejam alinhados com suas prioridades.
- **Transparência e Responsabilidade:** Seja transparente sobre seus objetivos, progresso e desafios. Mecanismos de responsabilidade devem estar em vigor para garantir que os compromissos com populações vulneráveis sejam cumpridos.

USO DA TELEMETRIA NA SEGURANÇA DE PACIENTES CARDIOPATAS EM CENTRO DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Laura D. Carraro, Carlos Alberto C. Hossri, , Siomara T. F. Yamaguti, Ana Lucia C. L. Abrahão

INTRODUÇÃO

Os efeitos favoráveis da reabilitação cardiovascular (RCV) têm sido consistentemente documentados, inclusive em meta-análises de estudos clínicos randomizados, que demonstram significativas reduções da morbimortalidade cardiovascular e global, bem como da taxa de hospitalização, com expressivo ganho de qualidade de vida, justificando a sua consensual e enfática recomendação pelas principais sociedades médicas mundiais. Ressalta-se que a melhor maneira de prevenir intercorrências durante um programa de reabilitação consiste na realização de qualificadas avaliações pré-participação e subsequentes. Além da realização de avaliação e estratificações prévias para definição de condutas, planos de cuidados e metas, destacamos a utilização do recurso tecnológico da telemetria visando maior segurança para o paciente e equipe, possibilitando detectar e intervir nas situações adversas como as arritmias. A telemetria é um dispositivo portátil usado para a monitorização contínua do traçado eletrocardiográfico dos pacientes durante as atividades desenvolvidas no ambulatório de RCV.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo onde foram analisados os registros das intercorrências detectadas nos traçados eletrocardiográficos dos pacientes que frequentaram o ambulatório de RCV.

Após o encaminhamento médico, o paciente é submetido a avaliação fisioterapêutica, onde são realizadas avaliação funcional, estratificação do risco de queda, testes submáximos, questionário de qualidade de vida, complexidade clínica, planejamento de metas e planos de cuidados. Pacientes de alta complexidade necessariamente utilizam o recurso de telemetria.

O protocolo consiste na monitorização, aferições dos sinais vitais e escala de percepção do esforço, na chegada do paciente até o final da sessão. A tecnologia permite a análise comparativa do traçado eletrocardiográfico pré e pós sessões, além da detecção imediata de possíveis alterações patológicas frente ao esforço realizado durante as atividades de RCV.

Na identificação de alguma alteração seguimos os protocolos de segurança do serviço, que comtempla a interrupção do exercício, acionamento da cascata de intercorrência, exame clínico direcionado e definição de conduta.

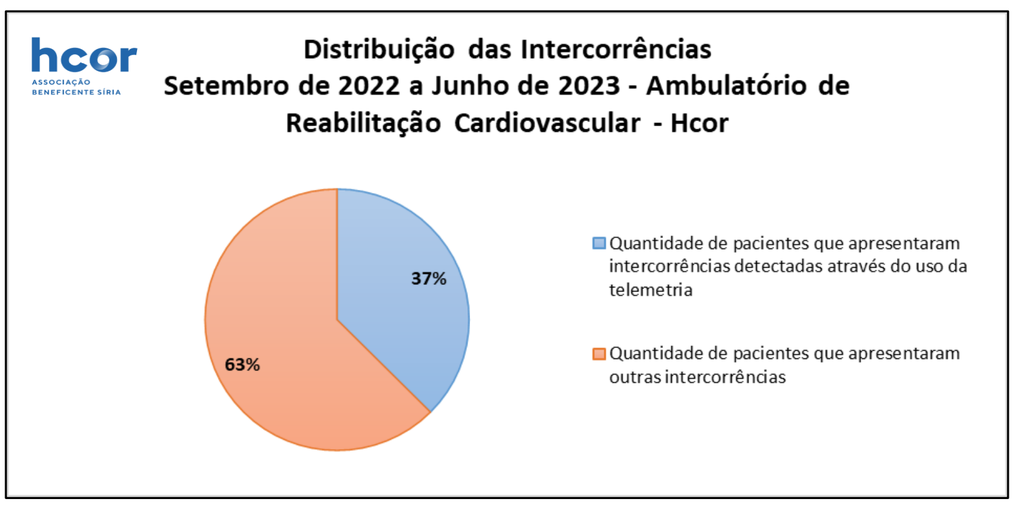
RESULTADOS

Num período de 10 meses, foram atendidos 4.272 pacientes. Destes, 24 apresentaram algum tipo de intercorrência durante a reabilitação, sendo que 9 pacientes apresentaram arritmias detectada com o uso da tecnologia da telemetria.

Quantidade de pacientes atendidos X intercorrências detectadas através do uso da telemetria
Setembro de 2022 a Junho de 2023
Ambulatório de Reabilitação Cardiovascular - Hcor

INDICADOR	TOTAL	%
Quantidade de pacientes atendidos	4.272	100%
Quantidade de pacientes com algum tipo de intercorrência	24	0,6%
Quantidade de pacientes com intercorrências detectadas através da telemetria	9	38%
Quantidade de pacientes com outras intercorrências	15	63%

Quantidade de pacientes atendidos X intercorrências detectadas através do uso da telemetria – Ambulatório de Reabilitação Cardiovascular - Hcor



% de intercorrências – Setembro de 2022 a Junho de 2023 - Ambulatório de Reabilitação Cardiovascular - Hcor

CONCLUSÕES

A telemetria demonstra ser um recurso tecnológico que promove maior segurança e qualidade de atendimento em pacientes portadores de cardiopatias, além de oferecer melhor experiência para o paciente e equipe assistencial auxiliando em melhores desfechos clínicos e funcionais. Não se exclui desta análise que a telemetria também é um recurso tecnológico que oferece segurança na prescrição, condução e progressão de resultados da reabilitação deste rol de pacientes.

REFERÊNCIAS

Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.

Araújo C G S, Carvalho, T, Castro L. B, Costa, R V, Moraes, R S, Oliveira F J A, Guimarães J I.Normatização dos Equipamentos e Técnicas da Reabilitação Cardiovascular Supervisionada. – 2004. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Uso de meias antiderrapantes amarelas como barreira de segurança aos pacientes de alto risco de queda

SILVA TMG, OLIVEIRA BTM, RODRIGUES MKR, CARVALHO GR, NOVAES FM

INTRODUÇÃO

A queda é considerada um evento que faz com que o indivíduo termine involuntariamente no chão ou em outro nível baixo, com ou sem lesões. Este evento pode ser decorrente de fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas ou patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; ou extrínsecos, relacionados ao comportamento e atividades dos indivíduos no meio em que habitam.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou um boletim sobre incidentes e identificou 9.423 falhas na assistência de diferentes estabelecimentos de saúde. Destes, 3.600 (38,2%) se referiam à queda, sendo a segunda causa de notificações. As causas mais comuns são perda do equilíbrio, seguida de escorregões e síncopes. Os mobiliários também contribuem, sendo queda da cama a mais notificada, seguida de quedas no banheiro e da cadeira.

Portanto, diante do contexto de segurança do paciente, sabe-se que a enfermagem e o trabalho colaborativo das equipes multidisciplinares são indispensáveis na implementação de práticas seguras, uma vez que, por meio de intervenções preventivas são eficazes na melhoria do cuidado impactando na segurança do paciente.

METODOLOGIA

Em 2019 através do mapeamento de risco realizado pelo time de queda, observou-se a necessidade de mitigar o risco de queda durante a deambulação, devido a insegurança apresentada pelas pantufas que eram o calçado padrão que o hospital fornecia aos pacientes.

Foi elaborado plano de ações pelos times de prevenção de queda e a equipe de fisioterapia, no primeiro ciclo de melhorias propostas, dentre estas ações foi implementado o uso de meias antiderrapantes de cor única para deambulação que num primeiro momento, eram disponibilizadas para todos os pacientes com risco de queda.

Em 2021 após constante aumento do número de quedas pelo uso do calçado inapropriado, foi disparado o segundo ciclo de melhorias, onde foram implementadas as meias na cor amarela e destinada somente aos pacientes de alto risco de queda enquanto os demais riscos ficariam com as meias antiderrapantes nas cores padrão do hospital.

A mudança na cor das meias, objetivavam a implementação de barreira visual, evidenciando aqueles pacientes de alto risco de queda para todas as equipes do hospital.

Imagem: Meias antiderrapantes desenvolvidas para prevenção do risco de queda

RESULTADOS

Analisando os último 3 anos, 2020-2022, evidenciou-se o aumento do número de quedas pelo uso do calçado inapropriado de 9% em 2020 para 25% em 2021. A ação desenvolvida relacionada ao uso dos calçados inadequados nestes ciclos, propicia a melhora do resultado; de 2022 até maio de 2023 foram registradas 0 quedas relacionadas ao uso de calçados inadequados.

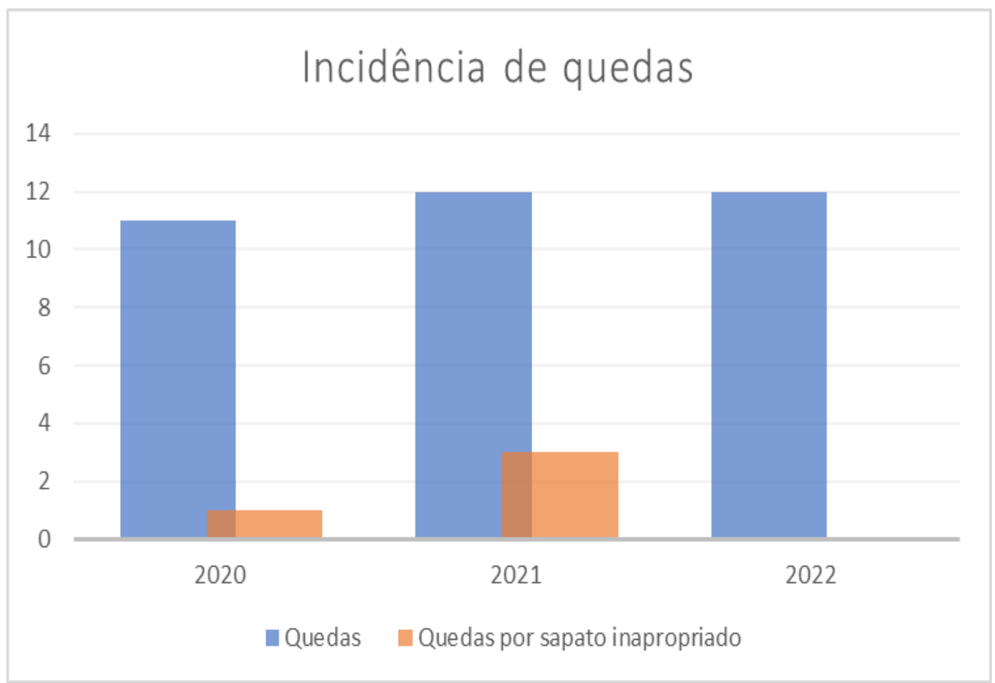


Tabela: Incidência de quedas por ano e incidência de quedas por uso de sapato inapropriado

CONCLUSÕES

Mapeamento de risco, auditoria de processos e ações colaborativas multidisciplinares, são aceleradores de resultados. Através destas ações, uma análise transversal de um plano de melhorias para prevenção de quedas, evidenciou a melhora significativa no processo preventivo de quedas relacionada ao uso de calçados.

Gerando assim, um ganho no valor e cultura de prevenção de queda aos times e demais colaboradores envolvidos no dia a dia dos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Health Services Research Group University of Newcastle (HSRG). Australasian Clinical Indicator Report. 15th ed. Newcastle; 2014. 132 p. [cited Ago 21, 2016]. Available from: http://www.achs.org.au/media/87723/ ach079_clinical_indicators_approved_tag.pdf;
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2015 [Internet]. Brasília (DF); 2016. 30 p. [Acesso 24 set 2023]. Disponível https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-15.pdf.

ND PLAN.

VARIACÕES NO VALOR MÉDIO PAGO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Nicole Moraes Rêgo De Aquino, Daniela Baumgart de Liz Calderon

INTRODUÇÃO

O valor médio pago por internação hospitalar no SUS mede a remuneração média do atendimento hospitalar pelo SUS. Esse dado não representa o custo da diária, e sim o seu financiamento, ainda assim é relevante para identificar padrões ou discrepâncias em práticas assistenciais ou de gestão.

Este estudo compara o valor médio pago por internação hospitalar no SUS, por grupo de procedimento, entre entidades de diferentes naturezas jurídicas.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com dados secundários e públicos do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) de junho de 2022 a maio de 2023.

O principal indicador analisado foi o valor médio pago por internação hospitalar no SUS, utilizando as Autorizações de Internação Hospitalar como fonte de informação.

As entidades foram categorizadas como entidades empresariais (EE), entidades sem fins lucrativos (ESFL) e entidades da administração pública (AP), segundo a natureza jurídica constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Essa escolha visou compreender as variações nos custos e a distribuição dos recursos entre as diferentes naturezas.

As internações foram classificadas em quatro grupos: procedimentos com finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos e transplantes de órgãos, tecidos e células. Respeitando a Tabela Unificada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

	Transplantes de orgãos, tecidos e células	Procedimentos cirúrgicos	Procedimentos clínicos	Procedimentos com finalidade diagnóstica
Valor médio da internação	R$ 9.703,98	R$ 1.810,17	R$ 1.236,94	R$ 1.288,99

Quadro 1. Valor médio da internação pelo SUS, Brasil, junho de 2022 a maio de 2023. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

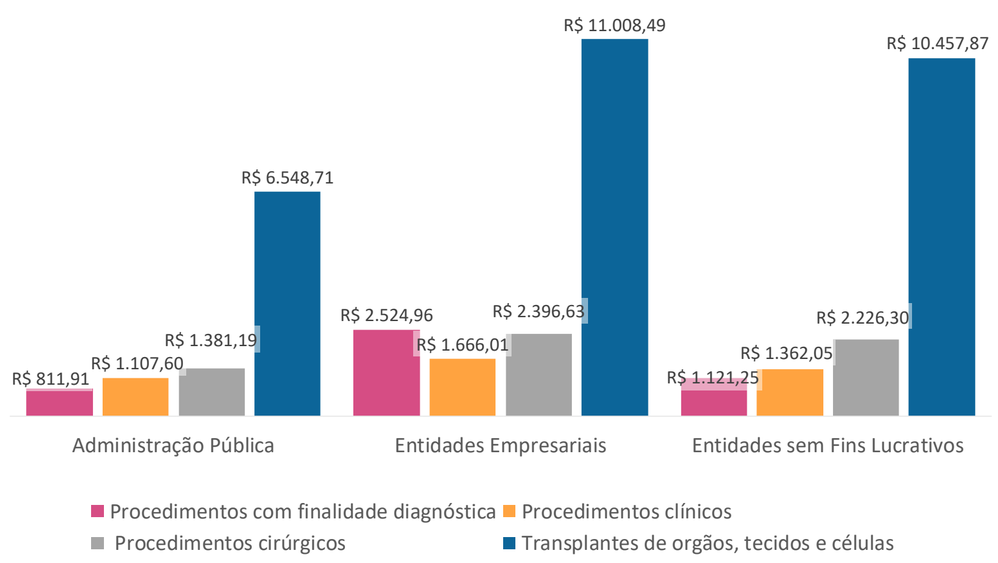


Gráfico 1: Valor médio da internação segundo a natureza jurídica da entidade, junho de 2022 a maio de 2023. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

RESULTADOS

Durante o período estudado, um total de 12.596.089 internações foram registradas e pagas pelo SUS em entidades de diferentes naturezas jurídicas. O valor médio pago por internação hospitalar foi de R$ 1.534,11.

Ao analisar a distribuição dos recursos por tipo de entidade, observamos que 49% do total pago pelo SUS foi destinado a entidades sem fins lucrativos (ESFL). Essa alocação de recursos reflete o papel significativo que essas instituições desempenham na rede de saúde pública brasileira.

Em relação aos procedimentos de transplante de órgãos, tecidos e células, os valores médios pagos foram de R$ 11.008,49 para entidades empresariais (EE), R$ 10.457,87 para entidades sem fins lucrativos (ESFL) e R$ 6.548,71 para entidades da administração pública (AP).

Para internações relacionadas a procedimentos cirúrgicos, os valores médios foram de R$ 2.396,63 para EE, R$ 1.381,19 para ESFL e R$ 2.226,30 para AP. Nota-se que, nesse caso, as entidades empresariais apresentaram remuneração média mais elevada em comparação às entidades sem fins lucrativos.

Internações relacionadas a procedimentos diagnósticos apresentaram valores médios de R$ 2.524,96 para EE, R$ 1.121,25 para ESFL e R$ 811,91 para AP. Novamente, as entidades empresariais se destacaram com custos médios mais altos.

Por fim, as internações para procedimentos clínicos tiveram valores médios de R$ 1.666,01 para EE, R$ 1.362,05 para ESFL e R$ 1.107,60 para AP. Nesse caso, as variações entre as entidades foram menos acentuadas, sugerindo uma relativa uniformidade nos custos desses procedimentos.

Os achados estão representados no quadro 1 e no gráfico 1.

CONCLUSÕES

O estudo revelou que as entidades sem fins lucrativos receberam a maior parte dos recursos destinados às internações hospitalares no SUS. Essa alocação reflete a relevância dessas instituições na oferta de serviços de saúde do sistema público.

Além disso, valores médios mais altos foram pagos a entidades empresariais, especialmente quanto a transplantes e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Essa diferença pode ser atribuída a diversos fatores, como disponibilidade de tecnologia e expertise especializada.

Os resultados isolados deste estudo não refletem o desempenho geral das entidades, sendo influenciados pelo contexto hospitalar e, portanto, exigindo análises mais abrangentes com métricas de gestão e eficiência.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/. Acesso em: 08 de julho de 2023.

Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Internações Hospitalares (SIH). Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/. Acesso em 10 de julho de 2023.

Brasil, Ministério da Saúde. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acesso em 10 de julho de 2023.

SAÚDE SUPLEMENTAR

A IMPORTANCIA DO SETOR DE PROJETOS PARA CAPTAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS

Gustavo Nunes Silva Vieira, Raquel Amorim Motta Nornberg, Jessica Seabra de Oliveira Alves, Marcio Rafael Slaviero

INTRODUÇÃO

Em razão da defasagem da tabela SUS, entidades hospitalares necessitam recorrer a outras fontes financeiras para qualificação do seu parque tecnológico e desempenho das suas atividades de forma eficiente. A captação de recursos tem sido um auxilio e uma estratégia importante no que tange instituições de saúde, possibilita a realização da missão de forma mais eficiente, prestando serviços de forma mais qualificada e humanizada. Trata-se de uma atividade complexa e que demanda o envolvimento de diversas áreas como departamento financeiro, administrativo, conselho dentre outras. Desta forma, o setor de projetos é significativo para as instituições hospitalares, auxiliando tanto no aumento do desempenho como no patrimônio da instituição.

METODOLOGIA

Considerando esta realidade, aplica-se este estudo a um caso prático referenciando o período de julho de 2022 a junho de 2023 de um hospital com caráter filantrópico onde demonstra-se que a parceria público-privada e a utilização de fontes de recursos externos ao faturamento da instituição, beneficiou a requalificação de parte do parque tecnológico e na estruturação física do hospital.

Solenidade de entrega de equipamento: Aparelho de anestesia, adquirido com recursos oriundos de parceria pública, através do setor de projetos.

Solenidade de entrega de equipamentos através da destinação de recursos públicos, captados pelo setor de projetos.

RESULTADOS

Através deste caso, objetiva-se demonstrar a importância do setor de projetos na captação de recursos financeiros disponíveis por diversos meios, sejam públicos ou privados, os quais são destinados em investimentos que fortalecem o desenvolvimento de projetos institucionais. Dotado de uma equipe multidisciplinar, a qual elenca as necessidades dos setores, cabe ao departamento de projetos executar busca ativa por oportunidades de captação de recursos, seja por meio de editais, diários oficiais, contato com parlamentares e parcerias na iniciativa privada. Durante período de 12 meses, o hospital objeto deste estudo, captou através do setor de projetos, recursos oriundos de diversos programas de repasses financeiros, angariando aproximadamente r$ 4.760.033,00, destinados à aquisição de 290 equipamentos e mobiliário o que resultou na modernização de parte do parque tecnológico, proporcionando maior qualidade nos serviços prestados para toda a comunidade local que tem neste hospital referência no atendimento em saúde.

Equipamentos adquiridos através do setor de projetos em parceria com a iniciativa pública.

Solenidade de entrega de equipamento mesa cirúrgica, adquirido com recursos públicos através do setor de projetos.

CONCLUSÕES

Sem os recursos captados, o hospital em questão não conseguiria adquirir os equipamentos em curto espaço de tempo, o que impactaria de forma direta no oferecimento de um serviço mais qualificado, moderno e eficiente.

A VOZ DO PACIENTE NO PROCESSO DE MELHORIA DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Sabrina Garcia, Ronaldo Amorim, Rocio Cristina do Rosário

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde buscam e prezam por constantes iniciativas que vislumbrem o melhor cuidado aos pacientes, pois traduzem seu comprometimento com cada história atendida. Na Oncologia não é diferente, e por esse motivo as instituições buscam por certificações que caracterizam a excelência dos trabalhados prestados, o que se torna um importante diferencial atualmente para o mercado e sociedade. Neste interim, citamos a metodologia Planetree, uma certificação de Excelência em Atendimento Centrado na Pessoa que envolve todos os profissionais da instituição, inclusive backofficce, no que tange o cuidado com os profissionais e pacientes. Como parte da metodologia, o Conselho Consultivo de pacientes, composto por pacientes, familiares e profissionais, demonstra o quão sólida a cultura está, o que resulta em alto valor agregado para as instituições e no engajamento e fidelização dos pacientes.

METODOLOGIA

O início dos trabalhos necessários para a implantação da metodologia Planetree em uma clínica privada de Oncologia na capital do Paraná aconteceu em 2021, com o entendimento das premissas, organização dos times, sensibilizações das equipes e ajustes necessários nos processos. Um dos diferenciais desta certificação é a participação de pacientes nos trabalhos da instituição, opinando, indicando e auxiliando na condução de melhorias. Para isso, foi implantado o Conselho Consultivo de pacientes, e a partir de então a instituição trabalha em parceria com os membros, analisando cada sugestão e executando as ações cujo impacto visa melhorar a experiência dos pacientes. As reuniões ocorrem mensalmente via plataformas digitais, o que favorece a participação dos membros por evitar o deslocamento, seja por residirem longe, por apresentarem alguma fragilidade relacionada à patologia ou por conflitos com horários de trabalho, uma vez que muitos permanecem funcionalmente ativos mesmo estando em tratamento.

Local preparado em nossos Centros de Infusão para a cerimônia do sino.

RESULTADOS

É perceptível o quanto o Conselho Consultivo conseguiu alinhar profissionais e pacientes na mesma "voz", analisando necessidades, priorizando ações operacionais que vão ao encontro dos objetivos estratégicos da instituição e visam melhorar a experiência e o cuidado centrado na pessoa. Abaixo, alguns exemplos de ações implantadas após a escuta das demandas no Conselho Consultivo de Pacientes:

- Envolvimento dos pacientes nas ações sociais / campanhas de marketing e de conscientização pública para a prevenção de câncer;
- Promoção do esclarecimento do tema “Cuidados Paliativos” visando a sua “desmistificação” para a sociedade;
- Reforma do banheiro da sala de infusões;
- Instalação de outras máquinas de água e café, além de regulagem para facilitar entendimento do público;
- Retorno do serviço do manobrista para a clínica;
- Plano de ação do RH para melhorias na retenção dos colaboradores, com destaque para a Enfermagem;
- Mudança na programação dos canais abertos das televisões das salas de espera;
- Atualização da Cartilha de Direitos dos Pacientes Oncológicos;
- Ressignificação do sino.

Dentre as ações citadas, a mais impactante para os pacientes e equipe multiprofissional, foi a mudança no simbolismo do “toque do sino”. Alguns pacientes sinalizaram a angústia de talvez nunca poderem tocá-lo, em virtude da possibilidade de não conseguirem terminar o tratamento. Tal fato sensibilizou a todos, pois a intenção do sino era demonstrar esperança e alegria aos pacientes, entretanto, o que não se imaginava, era que o mesmo sino que trazia tantas alegrias à maioria dos pacientes, poderia estar causando tristeza para outros, mesmo que em menor número.

Após análise da situação, o toque do sino foi ressignificado na instituição. Uma uma nova campanha de marketing foi elaborada, as equipes foram recapacitadas quanto a nova rotina e possibilidades de toque do sino, focando em estimular todos os pacientes a celebrarem cada momento que considerem importante, seja o término de um tratamento, a conclusão de um ciclo, o dia do aniversário, ou simplesmente a questão de estarem bem, além de outros que quisessem celebrar.

CONCLUSÕES

Buscar melhorias visando o bem estar do paciente é sempre motivador para qualquer instituição, entretanto inseri-lo nos planejamentos estratégicos e operacionais é desafiador e inovador para a área da saúde. O Conselho Consultivo de Pacientes, oriundo do Planetree, foi fundamental para que a empresa despontasse ainda mais, fortalecendo seu compromisso com a humanização, qualidade e segurança nos atendimentos aos pacientes. É nossa premissa sempre fazer o melhor por eles, mas com eles a fluidez é maior, e o engajamento com a instituição e com o tratamento é visível. Após as melhorias mencionadas, mais especificamente a ressignificação do sino, criou-se um clima de união, leveza e alegria para ambas as partes, que vai de encontro com o que buscamos quando optamos por implantar a metodologia Planetree: que nossos pacientes e equipes tenham o melhor ambiente e experiência dentro da nossa instituição.

REFERÊNCIAS

https://www.planetreebrasil.com.br/

AJUSTE DO HEADCOUNT EM UM HOSPITAL DA CAPITAL DO NORDESTE: COMO REALIZAR REDUÇÃO SEM IMPACTAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA?

Luciana Lopes Manfredini, Raphael Augusto Motta, Olga Guilhermina Farah

INTRODUÇÃO

O cenário atual de saúde nos traz a necessidade de revisitar cada item da operação hospitalar frequentemente. A otimização do processo produtivo dos profissionais que compõe as equipes da assistência multiprofissional, garante assistência com segurança e qualidade ao paciente, bem como o cumprimento das legislações vigentes. Diante da necessidade também do reajuste dos salários, de acordo com a nova lei 14.434/2022, é necessário garantir que a instituição disponha do número adequado de colaboradores para que a assistência seja adequada, sem sobrecarga da equipe, mas também sem haver superdimensionamento de pessoas. O objetivo foi de ajustar o headcount de um hospital de uma capital do nordeste, de acordo com a necessidade operacional, mantendo a qualidade da assistência e considerando a necessidade de cada unidade.

METODOLOGIA

Procedemos uma entrevista com as lideranças, buscando entender missão, visão e valores da instituição, organograma e modelo assistencial.

Foram solicitados indicadores assistenciais, especialmente os relacionados a avaliação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e de eficiência operacional.

Procedeu-se uma visita diagnóstica, avaliando a estrutura física do complexo e estruturamos a base de setores e sítios funcionais, junto ao levantamento das premissas instituídas por RDC's como visão de gestão (como a RDC 7) e exigências dos Conselhos de Classe (COREN, COFEN, CREFITO, CRN) para proporcionar o cuidado adequado ao paciente e conformidade com a legislação.

Etapa 1 - Definição do número de sítios funcionais e leitos operacionais

Exemplo	UTI 3 º Sul
Nº Leitos	8

Exemplo	Pronto Socorro
Box Triagem	2

Etapa 3 – Definição das Jornadas

- Enfermeiro: Para cada posição, precisamos de 4 profissionais contratados

2 turno diurno (6h)

2 turno noturno (12x36h)

Etapa 2 - Definição do racional/premissas de profissionais por serviço

Nº	Profissional	Proporção em UTI
1	Enfermeiro	8 leitos
1	Médico	10 leitos
1	Fisioterapeuta	10 leitos
1	Nutricionista	15 leitos
1	Farmacêutico	15 leitos

Etapa 4 – Número de profissionais dimensionado

Exemplo	UTI 3 º Sul	Profissionais/ Serviço	Nº Profissionais
Nº Leitos	8	1 /Enfermeiro	4 enfermeiros
		0,8 / Médico	4 médicos
		0,8 / Fisioterapeuta	4 fisioterapeutas

Figura 1: Explanação da metodologia adotada para dimensionamento, de acordo com a RDC 7 – requisitos mínimos para Unidade de Terapia Intensiva.

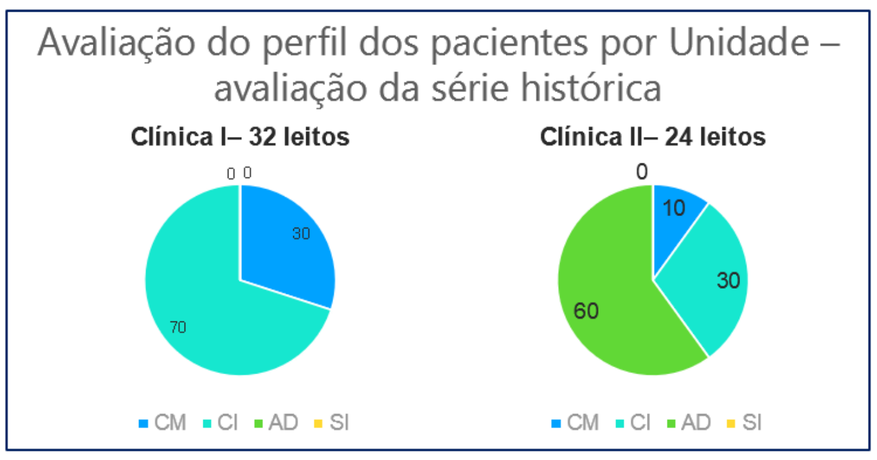


Figura 2: Exemplo da estratificação de perfil dos pacientes de cada departamento de internação, por avaliação da série histórica

RESULTADOS

Após a cuidadosa avaliação, discutimos sobre pontos assistenciais importantes e a reestruturação de algumas áreas.

- Avaliação do número de coletistas: adequação de profissionais que executam coleta de exames, visando eficiência operacional às áreas aplicáveis e a divisão de profissionais por área, conforme cobertura do complexo hospitalar.
- Centralização da área de transporte: avaliação da implantação de uma central de transporte para otimização dos profissionais que executavam as funções separadamente por departamento.
- Centralização de feristas e folguistas: proposta de treinamento diferenciado para colaboradores realizarem cobertura nos departamentos internos.
- Criação de novos cargos que necessitam de treinamentos básicos, como mensageiro, em substituição a cargos que necessitam de curso específico – como o auxiliar de farmácia, delimitando a função de cada um dos profissionais, não impactando negativamente na operação. Ainda com esta inserção, houve a possibilidade da disponibilização de colaboradores.

Aliado aos parâmetros estabelecidos na metodologia e as análises propostas quanto a reorganização do quadro de colaboradores, possibilitou-se uma redução de 18% do *headcount* total de profissionais assistenciais.

Figura 3: Resumo da redução proporcionada após a análise de dados, otimização da equipe e equiparação com a legislação vigente

Considerando o número de leitos operacionais, houve uma redução de 4,74 profissionais/leito para 3,89 profissionais/leito; considerando a equipe de enfermagem, a proporção é de 3,34.

A alteração proposta no dimensionamento proporcionou um impacto financeiro nos custos de pessoal de 10,22 milhões ao ano em economia para a instituição.

Além disso, como o complexo estava em expansão, o hospital pôde disponibilizar a equipe assistencial capacitada e que reflete os valores da organização para a nova operação, diminuindo os impactos da expansão que comumente, dispõe de 100% de colaboradores contratados externamente e que não dispõe de treinamento.

A discussão e validação dos dados junto as lideranças do hospital foi fundamental, visando o entendimento das premissas e das decisões acerca de mudanças importantes que impactam na qualidade da operação. O alinhamento de cada uma das informações analisadas e definidas tornou o processo passível de implantação.

CONCLUSÕES

Conhecer a instituição e suas necessidades, possibilitou uma economia importante, viabilizando o investimento em outras frentes e a otimização do *headcount*. Para a organização, o fortalecimento das lideranças foi fundamental para que durante mudanças, novas pandemias e na criação de novas unidades, a equipe sinta-se apta a realizar adequações pela integração do conhecimento e buscando a sustentabilidade da instituição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN Nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

AMBULATÓRIO IN COMPANY: HOSPITAIS COMO ALIADOS ESTRATÉGICOS NO ATENDIMENTO DE COLABORADORES EM SETORES INDUSTRIAIS

BIBIANA CUNHA, JOSIANE FORTI, LIENDRIU DA ROCHA E PATRICIA ABREU

INTRODUÇÃO

O processo de globalização dos mercados tem exigido que as empresas concentrem seus esforços na execução de suas atividades comerciais principais. Como resultado, as atividades de apoio estão sendo cada vez mais delegadas a empresas especializadas no assunto. Neste contexto, percebemos uma significativa oportunidade para que os hospitais desempenhem um papel na gestão da saúde dos colaboradores e no auxílio ao cumprimento dos requisitos legais relacionados às atividades de trabalho das empresas. Em 2010, uma empresa química abordou o hospital em busca de um atendimento mais abrangente para seus colaboradores, devido ao elevado risco inerente às suas operações. Desde então, a parceria entre o hospital e a empresa tem evoluído, resultando na criação de um novo modelo de atendimento capaz de responder às situações de urgência, emergência e saúde ocupacional de maneira eficaz. Este trabalho tem como objetivo apresentar o modelo de um ambulatório médico construído dentro de um polo industrial, proporcionando atendimento eficaz e eficiente aos colaboradores.

METODOLOGIA

Para atender às diversas necessidades especificadas pela empresa, foi imperativo unificar o atendimento de várias áreas da saúde que anteriormente eram tratadas de forma isolada no mercado. Isso incluiu serviços de pronto atendimento, urgência e emergência, saúde ocupacional e gestão do cuidado. A fim de gerenciar a interconexão entre essas áreas, foi desenvolvido o modelo de atendimento ambulatório Moinhos *in-company*, uma estrutura física integrada nas instalações da organização **Figura 1.**

Figura 1: Composição do modelo de atuação do Ambulatório Moinhos *in-company*

A concentração de todas essas áreas possibilitou a criação de um sistema capaz de atender a todas as demandas de saúde relacionadas às operações da empresa em questão. O ponto central dessa integração é o fato de que as equipes encarregadas de prestar esses serviços acabam sendo as mesmas. Isso permitiu a coleta de informações mais abrangentes sobre a saúde dos colaboradores, seja por meio da gestão do cuidado, das avaliações de saúde ocupacional ou dos casos direcionados ao pronto atendimento.

Além disso, os casos de urgência e emergência contam com o suporte de encaminhamentos para atendimentos diretos no hospital. Dessa forma, informações cruciais, como o estado de saúde do paciente, são previamente compartilhadas pela equipe do ambulatório *in-company* no momento do deslocamento do paciente para o atendimento nas nossas instalações. Isso agiliza o processo de entrada do colaborador no hospital.

RESULTADOS

No presente estudo, alcançamos uma notável taxa de resolutividade de 99%, demonstrando a eficácia do nosso modelo ambulatório Moinhos *in-company*. Ao longo do período dos últimos 4 anos de análise, foram atendidas 7.676 pessoas, com um impressionante total de 31.317 atendimentos realizados. Os atendimentos e suas classificações podem ser visualizadas na **Tabela 1.**

Tipo de atendimento	Contagem por tipo de atendimento
Ambulatorial	15.899
Urgência	15.406
Internação	12
Total	31.317

Tabela 1: Atendimentos realizados entre 2020 e 2023.

Além disso, 6.663 testes de COVID-19 foram aplicados com sucesso, fornecendo uma valiosa contribuição para a detecção e monitoramento da doença em nossa população de estudo. Tanto a velocidade e volume de aplicação dos testes garantiu que a empresa mantivesse suas operações, o que só foi possível devido a parceria já existente entre as instituições. Esses resultados ressaltam a importância e benefícios do ambulatório Moinhos *in-company*.

CONCLUSÕES

Compreendemos que a abordagem multidisciplinar adotada pelos hospitais ao oferecer serviços de saúde a empresas, especialmente aquelas em setores de alto risco, englobando áreas como saúde ocupacional, pronto atendimento, urgência e emergência, bem como a gestão do cuidado, desempenha um papel fundamental na promoção da segurança operacional dessas empresas. Esta abordagem holística não apenas atende às necessidades imediatas de saúde dos colaboradores, mas também contribui para a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e saudável. Ao colaborar estreitamente com as empresas, os hospitais se tornam parceiros essenciais na garantia do bem-estar dos trabalhadores e no apoio ao sucesso contínuo das operações empresariais.

Imagem 1. Sala vermelha construída na empresa estudada.

Imagem 2. Sala de observação construída na empresa estudada.

REFERÊNCIAS

Qlik from Hospital Moinhos de Vento: Banco de dados.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 68-75, 2012.

DRUCKER, Peter. **The practice of management**. Routledge, 2012.

Análise de Custo-Minimização com Estratégias Sustentáveis de Intervenções Farmacêuticas, para Três Hospitais Públicos de Alta Complexidade do Estado de São Paulo

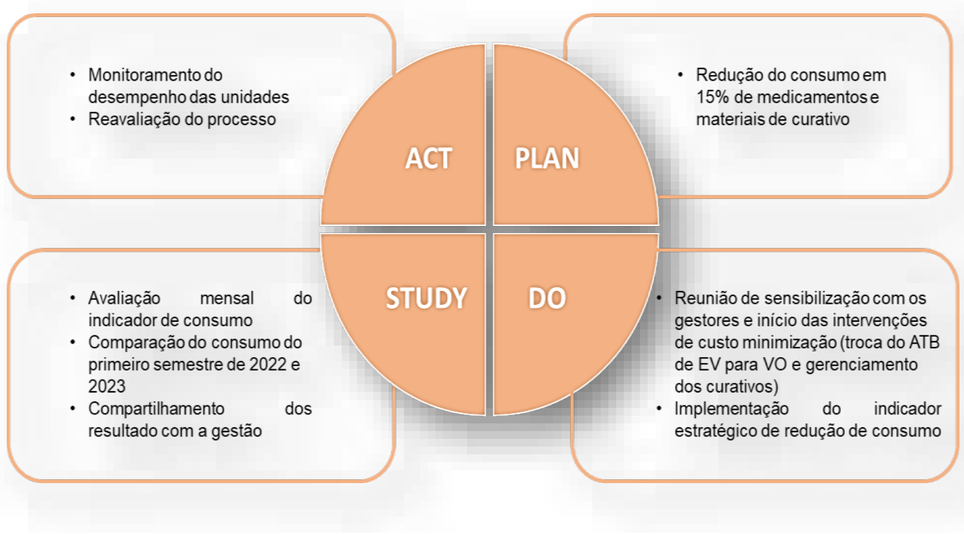
Thiago Pereira de Oliveira, Marisa Von Atzingen, Larissa Mara Rosa Prestes, Adolfo Martin Silva

INTRODUÇÃO

A gestão de custos no Sistema Único de Saúde tornou-se imperativa em virtude da necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade.
A prática da farmacoeconomia em custo-minimização é uma das abordagens que pode ser aplicada com o intuito de otimizar a gestão financeira em instituições de saúde.
A necessidade de buscar maior eficiência financeira e otimização de recursos públicos em três hospitais do Estado de São Paulo levou a realização do presente estudo de custo-minimização para medicamentos e materiais de curativos, garantindo que a intervenção realizada e suas alternativas promovessem a mesma eficácia e segurança.
Foi realizado um estudo de custo-minimização para medicamentos e materiais de curativos em três hospitais públicos que teve como objetivo mitigar em 15% o dispêndio financeiro em 2023.

METODOLOGIA

Como metodologia foi aplicado o modelo de melhoria. O estudo consistiu em um levantamento do consumo de medicamentos e materiais nos hospitais. Com base nas análises realizadas, foi possível identificar diferentes oportunidades de intervenção por unidade de saúde. Sendo elas: transição da administração endovenosa (EV) para via oral (VO) em antibióticos, mantendo o mesmo princípio ativo e o propósito terapêutico; aumento do prazo de validade dos medicamentos multidoses com base em estudo científicos; e, gerenciamento do consumo de curativos de alto custo, através da organização do processo de solicitação por prescrição de enfermagem e checagem do item utilizado, além do acompanhamento por indicadores estratégicos garantindo uma gestão mais eficiente.



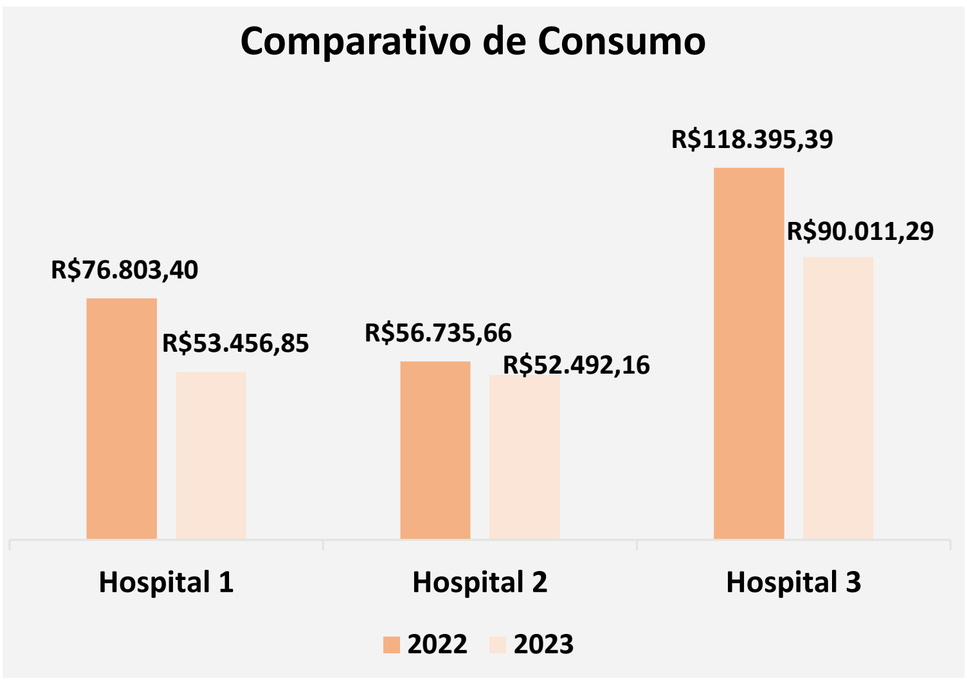


Gráfico comparativo do consumo dos itens avaliados nos 03 hospitais em 2022 e 2023. Fonte própria. São Paulo, 2023.

RESULTADOS

O período comparativo foi entre o primeiro semestre de 2022 e 2023, cada hospital apresentou resultados diferentes: o hospital 1 obteve redução financeira de (R$ 23.346,55) para medicamentos EV e multidose VO; o hospital 2 (R$ 4.243,50) para medicamentos EV; e o hospital 3 (R$ 28.384,10) para materiais de curativo. A economia total atingida no primeiro semestre de 2023 foi de R$55.974,15. A meta estabelecida no indicador estratégico foi de 15%, quando atingida corresponde a 100% da economia, ela é mensurada através do levantamento do consumo do item, multiplicado pelo custo unitário e dividido pelo total de internações no mês. O desempenho mediano das unidades foi de 85,5%, sendo no hospital 1: 75%, hospital 2: 81,5% e no hospital 3: 100%. Outros ganhos projetados foram: redução do tempo hora homem, riscos assistenciais, riscos ocupacionais e impactos ambientais.

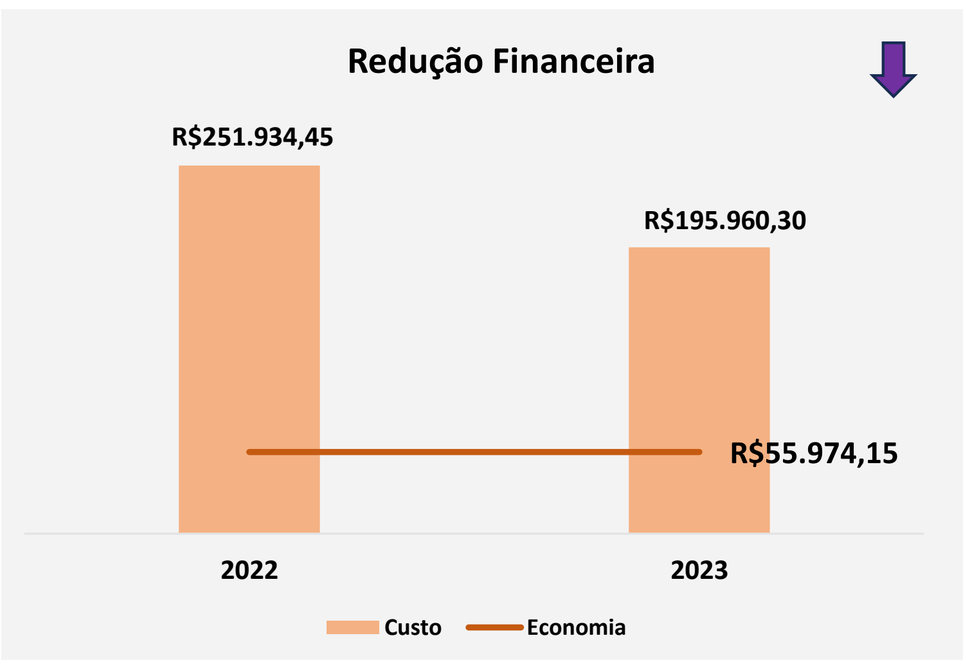
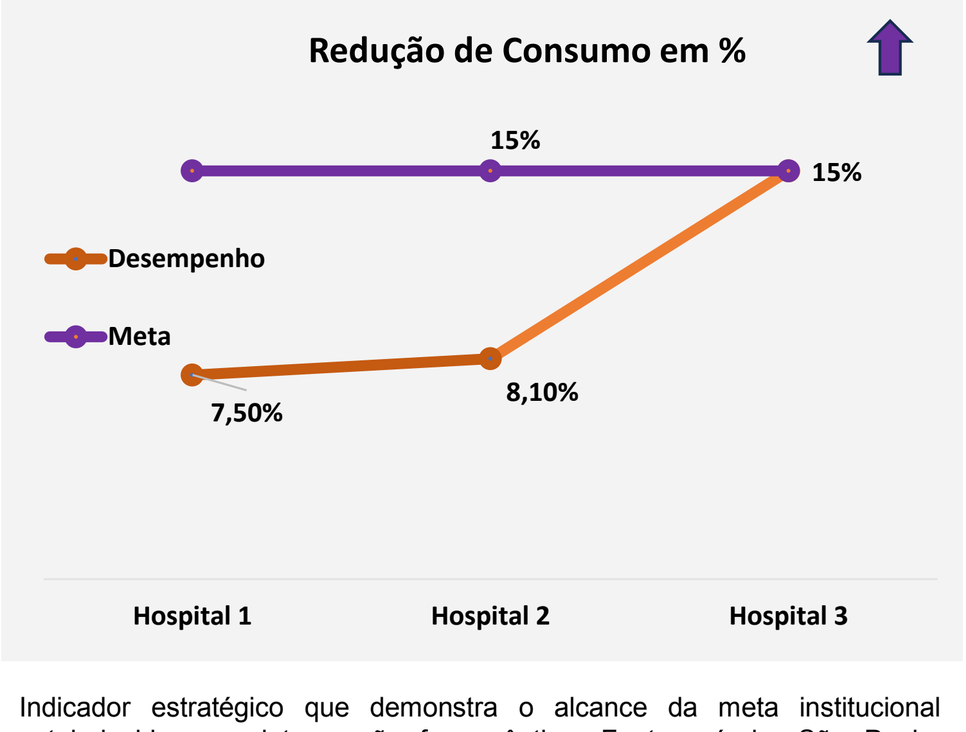


Gráfico demonstrativo do resultado financeiro das intervenções de farmacoeconomia nos 03 hospitais. Fonte própria. São Paulo, 2023.



Indicador estratégico que demonstra o alcance da meta institucional estabelecida para intervenção farmacêutica. Fonte própria. São Paulo, 2023.

CONCLUSÕES

O estudo proporcionou às unidades de saúde melhora da sustentabilidade financeira e ambiental. Os resultados contribuíram também para conscientização dos profissionais de saúde nas escolhas de curativos e diminuição dos resíduos infectantes com a transição dos medicamentos EV para VO. Esta análise desempenha um papel essencial, permitindo aos formuladores de políticas, profissionais de saúde e gestores tomar melhores decisões.

REFERÊNCIAS

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Métodos para Avaliação Econômica de Programas de Assistência à Saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Bookman; 2005.

SILVA, Everton Nunes da et al. Health economic evaluation studies: definition and applicability to health systems and services, 2016.

Aprimorando a experiência na maternidade: segura e humanizada

Claudia Andrade Chamilet, Daniela Siqueira Peccini, Juliana Lizardo Rodrigues Albuquerque, Maria Clara Almeida Carvalho Coelho

INTRODUÇÃO

A maternidade é um momento único e especial na vida da mulher. Pensando nisso, uma rede de hospitais privados em Belo Horizonte decidiu expandir seus serviços, padronizar seus cuidados e oferecer instalações diferenciadas para proporcionar uma experiência ainda mais gratificante aos seus pacientes. O objetivo deste projeto foi aprimorar a linha de cuidado integral, por meio da reformulação de processos operacionais e assistenciais, e oferecer serviços individualizados de hotelaria e gastronomia hospitalar, com o intuito de gerar valor e aprimorar a experiência daqueles que buscam esses diferenciais nos nossos serviços.

METODOLOGIA

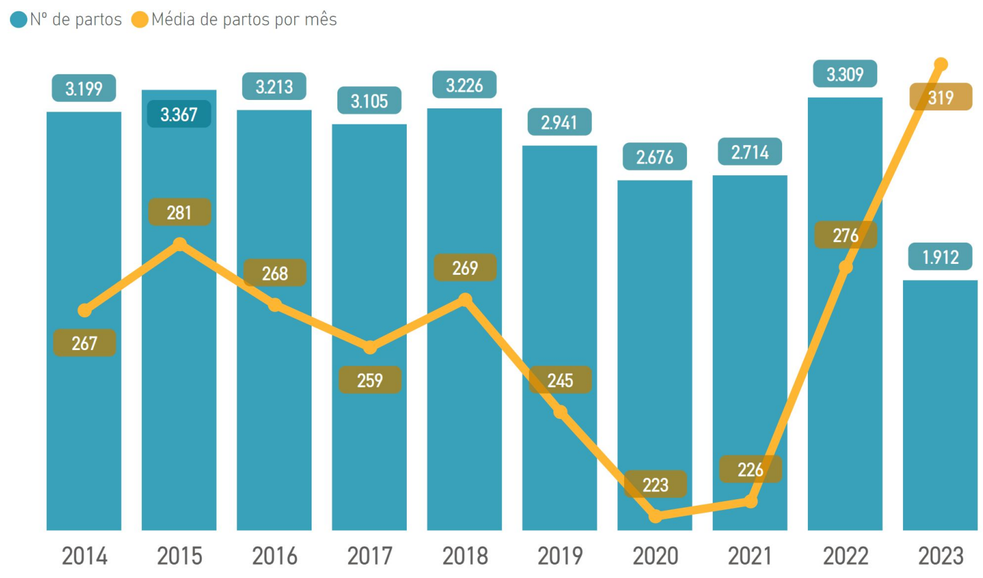
O projeto teve a duração de 20 meses, de novembro de 2021 a junho de 2023. Para alcançar esse objetivo, foram realizadas diversas ações, incluindo reformas estruturais e processuais, investimentos em capacitação e captação de clientes, além da expansão dos diferentes serviços oferecidos, desde os de baixa à alta complexidade, como nossos preparados serviços de terapia intensiva neonatal.

Suíte master da maternidade.

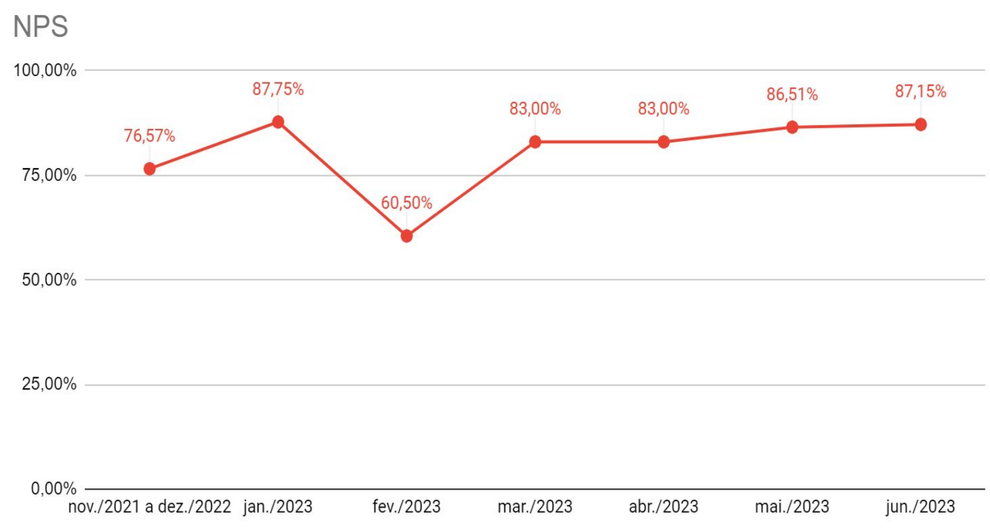
Quarto PPP (pré parto, parto e pós parto) dentro da maternidade.

RESULTADOS

Como resultado, houve um aumento significativo de 16% na média mensal de partos, atingindo no mês de junho de 2023, o maior número de partos na história da maternidade (358). Também registramos uma significativa melhoria na satisfação tanto dos clientes, com um aumento de 16 pontos, passando nosso Net Promoter Score (NPS) de 70,7 (novembro/ 2021) para 87,1 (junho/ 2023), quanto do corpo clínico. Ao comparar os três meses iniciais e finais do projeto, verificamos um impressionante crescimento de 56% no nosso faturamento. Além disso, houve uma maior adesão aos serviços extras de hotelaria e gastronomia, como upgrade de acomodação e alimentação.



Evolução do número de partos X média de partos mês.



Evolução NPS - Net Promoter Score / média novembro 2021 à dezembro 2022 X 2023

CONCLUSÕES

A padronização dos serviços de maternidade, aliada à redução e controle de possíveis falhas, e ao alto padrão de hotelaria, fortaleceu nossas relações com todos os parceiros, incluindo corpo clínico o que resultou em um aumento significativo da taxa de ocupação dos leitos destinados, impulsionando, assim, nossos resultados tanto assistenciais quanto financeiros. Essas melhorias nos consolidaram como uma maternidade moderna, requintada e de excelência clínica, proporcionando uma experiência inigualável a todos que confiam em nossos cuidados. Nossa dedicação contínua ao aprimoramento e à excelência nos motiva a permanecer inovando nossos serviços para atender às necessidades das futuras mães e suas famílias com o mais alto padrão de qualidade.

REFERÊNCIAS

Ahmed, F., Burt, J. & Roland, M. Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. Patient 7, 235–241 (2014). https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5

Associação entre Lesão Por Pressão e Mortalidade: visão do Enfermeiro Especialista

Rocha GF, Felicioni R, Oliveira FC, Santoro CM

INTRODUÇÃO

A pele é a principal barreira protetora de traumas mecânicos, físicos químicos, neste sentido a lesão por pressão (LP) deve ser considerada um evento adverso a ser prevenido pela equipe multiprofissional e, quando ocorre, pode acarretar em aumento do tempo de internação, infecção, procedimentos reparadores, sendo o pior desfecho, o óbito. Estudos estimam a ocorrência de LP entre 4 a 16% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos[1]. No Brasil, estudo revela que a prevalência de LP nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) variou entre 35,2% a 63,6% e a incidência entre 11,1% e 64,3%, nos últimos anos[2]. **Objetivo:** Analisar a relação das LP adquiridas e mortalidade dos pacientes internados em um hospital geral particular.

METODOLOGIA

O presente estudo é quantitativo, observacional transversal, no qual foi coletada a incidência de LP adquiridas pelos pacientes internados em um hospital com perfil cirúrgico, clinico e oncológico, por meio de tabulação do banco de dados extraído por meio da ferramenta de notificação que permitiu acesso às ocorrências em tempo real, no período de janeiro a dezembro de 2022. A amostra foi composta por 131 LP adquiridas durante a internação hospitalar em 91 pacientes, sendo 31 do sexo feminino e 60 do sexo masculino. A ferramenta utilizada foi o PDSA, evidenciando as ações, indicadores e resultados.

	NAs	N.Válidos	Média	Desvio Padrão	ICI	ICS	Min	Q1	Mediana	Q3	Máx	P_valor
Alta	0	31	1.16	0.37	1.02	1.30	1	1	1	1	2	
Obito	1	59	1.63	1.08	1.35	1.91	1	1	1	2	6	0.0037

Tabela 1: Associação entre quantidade de LP aquirida e desfecho óbito.

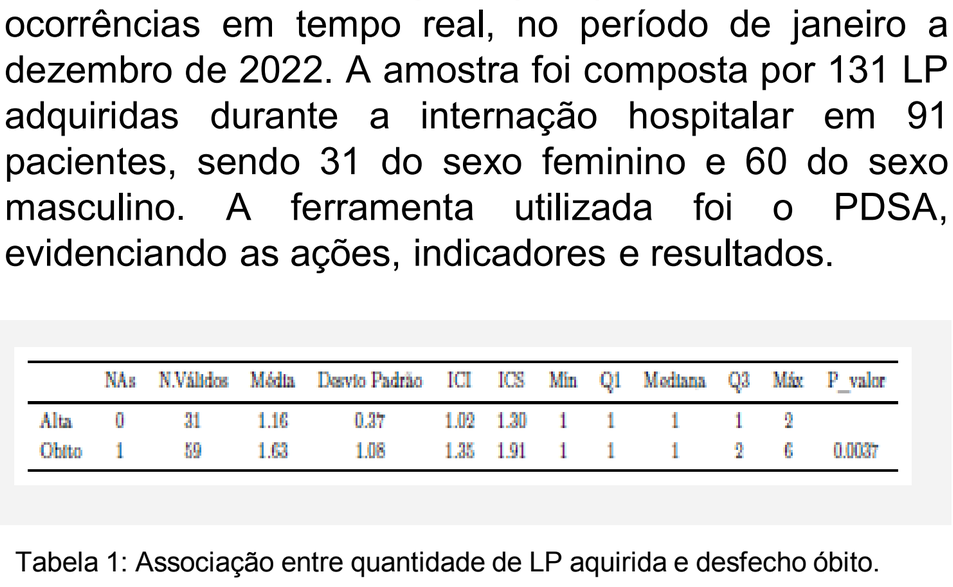


Gráfico 1: Topografia das LP aquiridas durante 2022.

RESULTADOS

Evidenciou-se 64 LP nas regiões sacra, interglúteo e glúteo, nos estágios 1 (4), 2 (23) e tissular profunda (37) conforme gráfico 1 e 2 e em 44/64 (68,7%) o desfecho foi óbito. Dentre os setores onde ocorreram as LP, 42/64 em UTI geral, 10/64 em UTI Cardiológica, 4/64 em Semi-intensiva, 6/64 em Unidade de Internação e 2/64 em setor de imagem e diagnóstico conforme gráfico 3. Foi observado diferença estaticamente significante (p<0,0037) conforme tabela 1, associada a quantidade de LP adquirida, sendo que paciente que incidiram com mais de uma LP, evoluíram à óbito. Em 5/60 dos casos de óbitos tinham relação com infecção, porém a infecção não tinha relação com a LP[3].

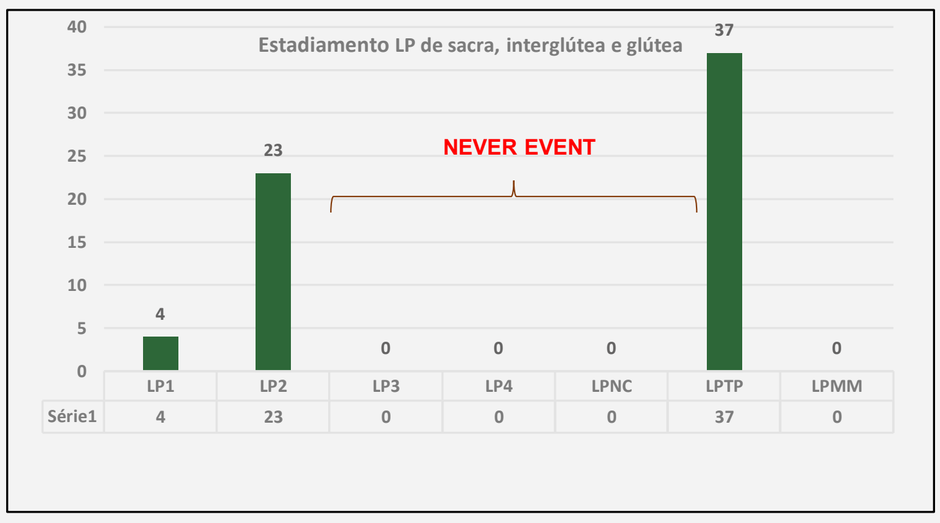


Gráfico 2: Estadiamento das LP de sacra, interglútea e glútea aquiridas durante 2022.

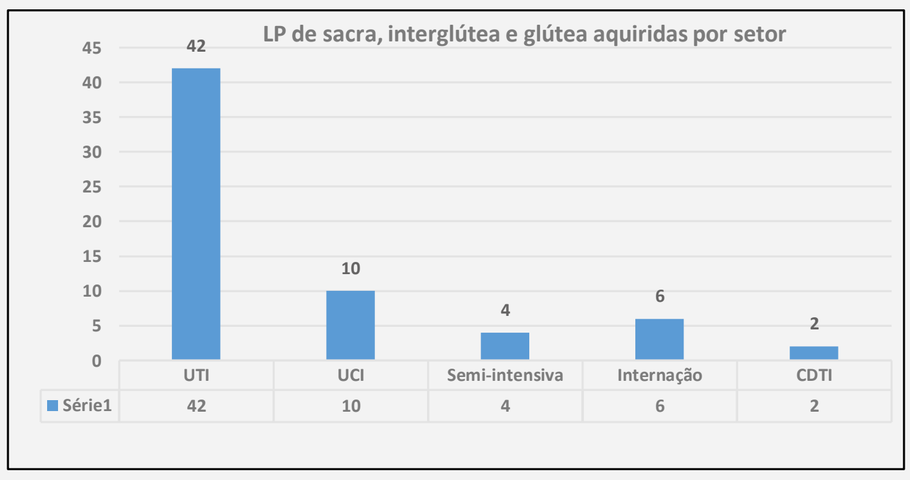


Gráfico 3: Setores onde ocorreram as LP de sacra, interglútea e glútea aquiridas durante 2022.

CONCLUSÕES

Apesar do intenso gerenciamento das ações norteadas por enfermeiros especialistas, as LP foram inevitáveis mostrando forte associação entre o evento de LP e mortalidade, podendo esta associação ser interpretada como marcador de gravidade e finitude de vida, pois mesmo em estágios superficiais de pele o resultado não foi a integridade e podem ser interpretadas como marcador de finitude.

REFERÊNCIAS

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: Guia de consulta rápida. (edição em português brasileiro). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

2. Ramalho AO, Rosa TS, Santos VLCG, Nogueira PC. *Acute skin failure* e lesão por pressão no paciente com Covid-19: Um relato de caso. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.2021;19:521. https://doi.org/10.30886/estima.v19.1007_PT

3. Dalgleish L, Campbell J, Finlayson K, Coyer F. Acute Skin Failure in the Critically Ill Adult Population: A Systematic Review. Advances in skin & Wound Care. 2020;33:76–83. https://doi:10.1097/01.ASW.0000617844.69248.92

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR – RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Paula Ohana Rodrigues, Geórgia Silva Marques, Caroline de Faria Fontes Barros, Nicolas Drummond de Carvalho

INTRODUÇÃO

Há anos ressalta-se o desafio na gestão de saúde: o modelo hospitalocêntrico tornou-se insuficiente para responder ao aumento do envelhecimento, atrelado a ascensão das doenças crônicas e consequente progressão do custo em saúde. Diante da necessidade de implementar um modelo de atenção que coordenasse o cuidado e acompanhasse o paciente para além da internação, em 2014 foi instalada a primeira unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) da operadora Usisaúde – o Usifamília!

A implementação do serviço teve como metas:

Melhor controle das condições crônicas e prevenção de agravos;

Redução da utilização de ambulatórios, internações, pronto socorro e exames desnecessários;

Melhor experiência do paciente, com cuidado integral.

USIFAMÍLIA

Transformamos vidas com cuidado adequado, contínuo e completo!

O presente estudo pretende descrever em relato de caso os resultados obtidos com a implantação da Atenção Primária Suplementar denominada Usifamília pela Fundação São Francisco Xavier, por meio da operadora Usisaúde.

METODOLOGIA

Realizou-se um compilado dos resultados referentes ao processo assistencial das equipes que compõem o serviço, obtidos por meio da utilização de dados secundários a partir da coleta no banco de dados do sistema institucional.

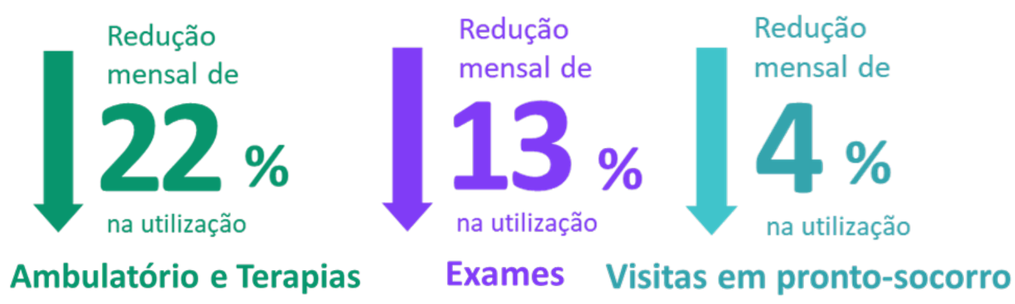
RESULTADOS

Após a implementação do programa aumentou-se a prevenção de agravos: houve redução de 62,7% nas internações por fratura de fêmur, aumento de 27,32% no rastreio para câncer de colo uterino, aumento de 39,5% no rastreio do câncer de mama, e aumento de 241,9% no rastreio de câncer de intestino, por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes.

O programa também apresentou menor taxa de internações de idosos por condições sensíveis à APS em análise de 2019, com taxa de 27,3% contra 32,7% da avaliação nacional.

Para melhor controle das condições prevalentes e atuação padronizada entre as equipes foram produzidas 17 linhas de cuidado, abordando as principais doenças crônicas, de saúde mental, o cuidado integral ao idoso e cuidado paliativo.

Em relação ao custo atrelado a utilização da operadora houve redução mensal de 22% na utilização de ambulatório e terapias, de 13% na realização de exames e de 4% em visitas ao pronto socorro.



Para coordenação efetiva do cuidado foi organizado Painel PA/ Internados, Gestão da carteira integrado com indicadores sobre condições crônicas e metas, Reunião de equipe e de internação de longa permanência. Elaborado também Protocolo ITU e Pneumonia em interface com Pronto Atendimento e SAD

Dashboard com indicadores

- **IVCF e EF idoso**
- **Controle HAS**
- **Controle DM**
- **Rastreios**
- **Estratificação do risco**
- **Custo**

Por fim, atualmente, o serviço tem taxa de satisfação NPS de 88,05%, correspondente a zona de excelência do score.

CONCLUSÕES

Ao coordenar o cuidado e fazer a interface entre os demais níveis de atenção, a Atenção Primária Suplementar apresenta-se como um serviço adequado para responsabilização, vinculação e resolutividade, proporcionando inúmeros benefícios para a população e para a operadora.

Todas as ações planejadas e efetuadas levam em consideração a atuação com base na integralidade: desde promoção da saúde e prevenção de agravos, passando por diagnostico, tratamento, até reabilitação e manutenção da saúde.

Fomenta-se com o presente trabalho a importância da Atenção Primária no contexto da saúde suplementar para garantir cuidado adequado, contínuo e completo como tem sido com o Usifamília.

REFERÊNCIAS

Moraes, Edgar Nunes de. Usifamília: Um Modelo Inovador de Atenção Integral na Saúde Suplementar/Edgar Nunes de Moraes; Editores: Luís Márcio Araújo Ramos; Mauro Oscar Soares de Souza Lima; Adseu Álvares de Andrade; Fernanda Ferreira Monteiro de Souza; - Belo Horizonte: Folium, 2016.

ATENÇÃO PRIMÁRIA SUPLEMENTAR COMO REDUTORA DE CUSTOS NO CUIDADO DO PACIENTE IDOSO

Lina Luzia Soares de Oliveira Silva, Paula Ohana Rodrigues, Maria Borba de Oliveira Claret, Nicolas Drumond de Carvalho

INTRODUÇÃO

De acordo com comparação descrita por Starfield, países com orientação mais forte de atenção primária possuíam probabilidade maior de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos.

Da mesma forma, a literatura tem evidenciado que melhores resultados na gestão e na prevenção de doenças crônicas são obtidos por meio da reorganização de todo o sistema de saúde, tendo a atenção primária como coordenadora do cuidado.

Desde 2014, a Fundação São Francisco Xavier, por meio da operadora Usisaúde, fornece atenção primária através do Usifamília – serviço implementado como solução ao modelo hospitalocêntrico e fragmentado insuficiente diante progressão das doenças crônicas e envelhecimento populacional.

USIFAMÍLIA

Transformamos vidas com cuidado adequado, contínuo e completo!

Posteriormente, em 2016, a ANS elencou linhas de atenção como prioritárias a serem desenvolvidas pelas operadoras, entre elas o cuidado ao idoso.

O objetivo deste trabalho é analisar o impacto do Usifamília na redução de custos de pacientes idosos vinculados ao serviço de Atenção Primária Suplementar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, e quantitativo com a utilização de dados secundários a partir da coleta no banco de dados do sistema institucional.

Foi realizada análise estatística quantitativa, condizente com o estudo descritivo, obtendo-se porcentagens, média e desvio-padrão dos custos atrelados aos pacientes idosos de uma operadora de saúde, no período de janeiro de 2021 a maio de 2023.

RESULTADOS

De 19992 pacientes idosos que geraram algum tipo de utilização assistencial ao longo dos três anos, 9359 estavam vinculados ao programa de Atenção Primária Suplementar e 10633 não estavam vinculados.

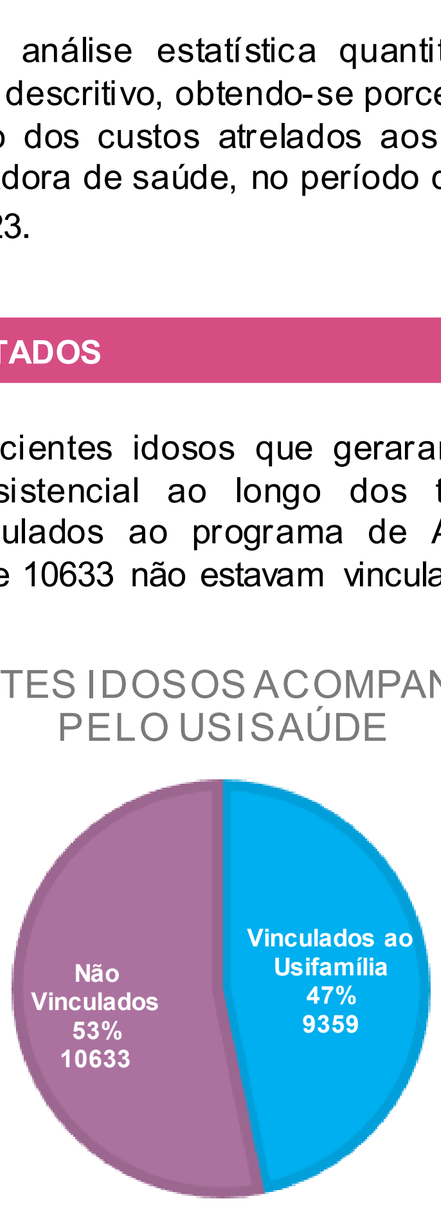


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes idosos segundo acompanhamento dentro do Usisaúde.

O custo médio per capta dos pacientes idosos não vinculados foi de R$ 1852,10 em 2021, R$ 2077,30 em 2022 e 1646,25 em 2023.

No grupo de pacientes vinculados o custo médio per capta foi R$ 1117,20 em 2021, R$ 1093,73 em 2022 e R$ 1040,54 em 2023.

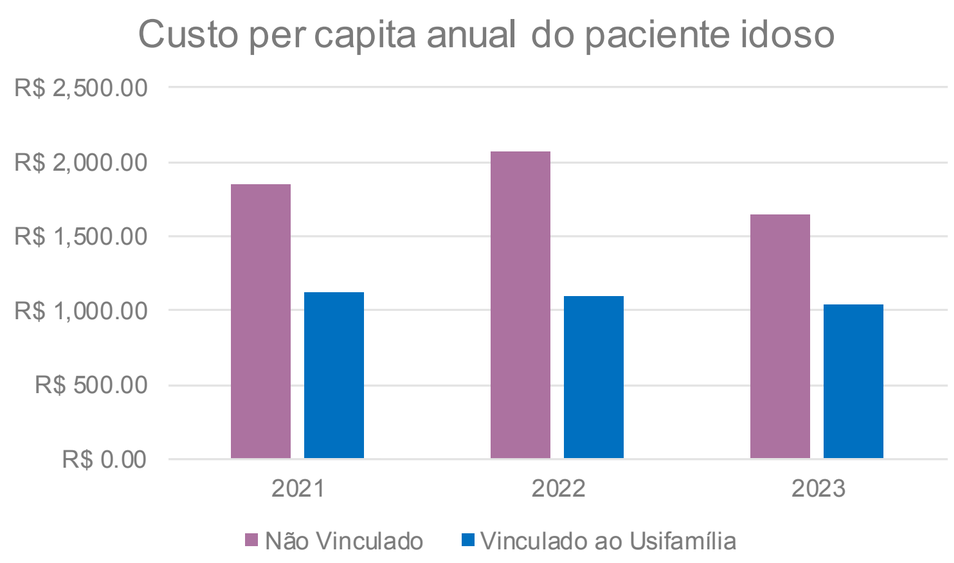


Gráfico 2: Análise do custo per capita anual dos pacientes oncológicos acompanhados pelo Usisaúde.

Nesta avaliação, os pacientes idosos vinculados ao programa apresentaram um custo médio per capta inferior aos que não eram vinculados.

Foi então mensurado o custo potencialmente evitado – o custo que os beneficiários vinculados potencialmente teriam gerado caso o custo médio per capita destes tivesse um comportamento igual ao dos beneficiários não vinculados. Este cálculo resultou em um saldo positivo: **houve um custo evitável de R$ 73,58 milhões por aqueles pacientes acompanhados pelo Usifamília.**

ANO	Variação Custo Médio per Capta (R$)	Custo potencialmente evitado em R$ Mi	
		ANO	TOTAL
2021	-734,9	-23,34	**-73,58**
2022	-983,57	-40,24	
2023	-605,71	-10	

Tabela 1 – Análise do custo potencialmente evitado pelo vínculo ao Usifamília, apresentado em milhões

CONCLUSÕES

A atenção em saúde de pacientes idosos coordenada por um serviço de Atenção Primária dentro do setor suplementar mostrou, alinhado com a literatura, impacto substancial na redução de custos em saúde no cuidado dessas pessoas.

Importante ressaltar que os resultados positivos da análise financeira estão atrelados aos bons resultados que o serviço obtém quanto ao cuidado do paciente idoso: com redução de fratura de fêmur, de internações por condições sensíveis, melhores resultados de prevenção, dentre outros. Desde sua implementação, o Usifamília tem por estratégia o Cuidado Integral do Idoso, pautada em linha de cuidado frequentemente atualizada, com estratificação de risco dupla do paciente idoso.

Conclui-se que, levando em consideração a estimativa de envelhecimento da população, o fortalecimento da Atenção Primária no âmbito Suplementar é peça chave para a sustentabilidade do setor.

REFERÊNCIAS

Brasil, A. N. de S. Suplementar. (2019). Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde. In Agência Nacional de Saúde Suplementar.
STARFIELD, B. (2002). Atenção primária: equilibrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Ministério da Saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA SUPLEMENTAR COMO REDUTORA DE CUSTOS NO CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Geórgia Silva Marques, Lina Luzia Soares de Oliveira Silva, Nayara de Freitas Fernandes, Caroline de Faria Fontes Barros

INTRODUÇÃO

De acordo com estimativa do Instituto Nacional do Câncer, a cada ano do próximo triênio 2023-2025 o Brasil apresentará cerca de 704 mil novos casos da doença.

Há desta forma, preocupação quanto aos custos assistenciais diante da imprescindibilidade de um cuidado contínuo e articulado para que as necessidades desses pacientes sejam atendidas.

Dentro deste cenário, a atenção primária à saúde se destaca como centro de comunicação da rede, responsável por coordenar o cuidado e gerir os recursos adequados em tempo hábil.

Inspirado no modelo de Atenção Primária, tendo por base o Cuidado Integral à Saúde Centrado no Paciente, a Fundação São Francisco Xavier por meio da operadora Usisaúde, criou o USIFAMÍLIA.

USIFAMÍLIA

Transformamos vidas com cuidado adequado, contínuo e completo!

O objetivo deste estudo é analisar o impacto do Usifamília na redução de custos de pacientes oncológicos vinculados a operadora.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, e quantitativo com a utilização de dados secundários a partir da coleta no banco de dados do sistema institucional.

Foi realizada análise estatística quantitativa, condizente com o estudo descritivo, obtendo-se porcentagens, média e desvio-padrão dos custos atrelados aos pacientes oncológicos de uma operadora de saúde, no período de janeiro de 2021 a maio de 2023.

RESULTADOS

Das 3440 vidas que geraram algum tipo de utilização oncológica neste período, 1561 estavam vinculadas ao programa de Atenção Primária Suplementar e 1879 não vinculadas.

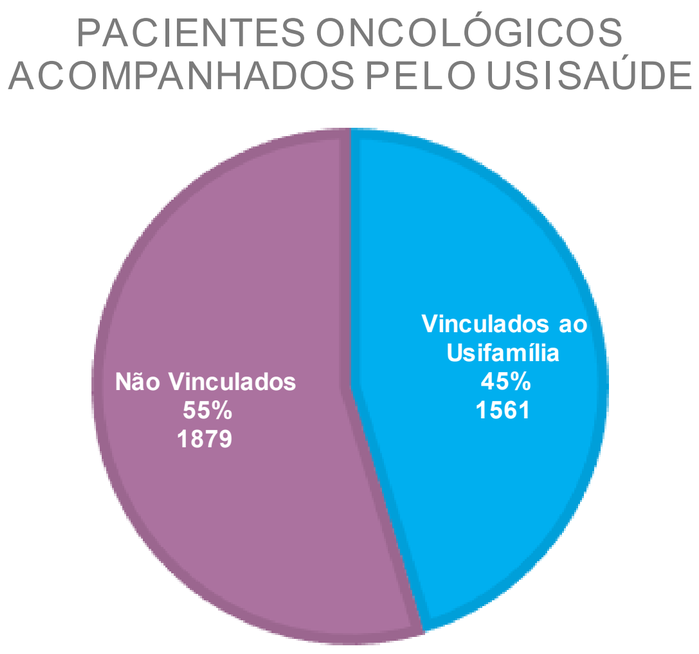


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes oncológicos segundo acompanhamento dentro do Usisaúde.

Em análise, o custo médio per capita mensal dos pacientes não vinculados foi de R$ 5628,4 em 2021, R$ 8427,09 em 2022 e 8296,66 em 2023.

No grupo de pacientes vinculados o custo médio per capta foi R$ 6278,3 em 2021, R$ 7238,79 em 2022 e R$ 6338,99.

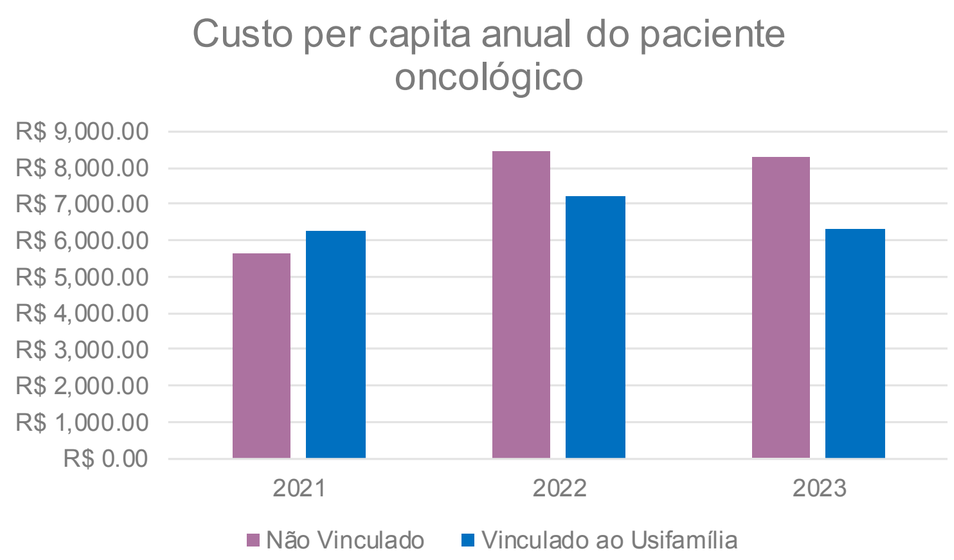


Gráfico 2: Análise do custo per capita anual dos pacientes oncológicos acompanhados pelo Usisaúde.

Nesta avaliação, os pacientes oncológicos vinculados ao programa apresentaram um custo médio per capta inferior aos que não eram vinculados.

Foi então mensurado o custo potencialmente evitado – o custo que os beneficiários vinculados potencialmente teriam gerado caso o custo médio per capita destes tivesse um comportamento igual ao dos beneficiários não vinculados. Este cálculo resultou em um saldo positivo: **houve um custo evitável de R$ 7,17 milhões por aqueles pacientes acompanhados pelo Usifamília.**

ANO	Variação Custo Médio per Capta (R$)	Custo potencialmente evitado em R$ Mi	
		ANO	TOTAL
2021	649,90	4,63	**-7,17**
2022	-1.188,30	-7,46	
2023	-1.957,67	-4,35	

Tabela 1 – Análise do custo potencialmente evitado pelo vínculo ao Usifamília, apresentado em milhões

CONCLUSÕES

O cuidado dos pacientes oncológicos se apresenta como um desafio para as operadoras de saúde visto a complexidade necessária, o alto custo atrelado ao tratamento e às escassas soluções discutidas até então.

No entanto, percebe-se com este estudo que a vinculação de pacientes oncológicos ao cuidado da Atenção Primária Suplementar, dentro de uma operadora de saúde, gerou diversos resultados positivos: além de promover qualidade do cuidado, com atenção integral e coordenada, o Usifamília apresentou potencial de redução substancial de custos em saúde.

Dessa forma, levando em consideração a estimativa de aumento da doença nos próximos anos, o fortalecimento da Atenção Primária no âmbito Suplementar é peça chave para a sustentabilidade do setor.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa

•Elena da Costa Cordeiro

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, COM ÊNFASE EM ACIDENTES PERFUROCORTANTES NO MUNICÍPIO DE AMERICANA/SP.

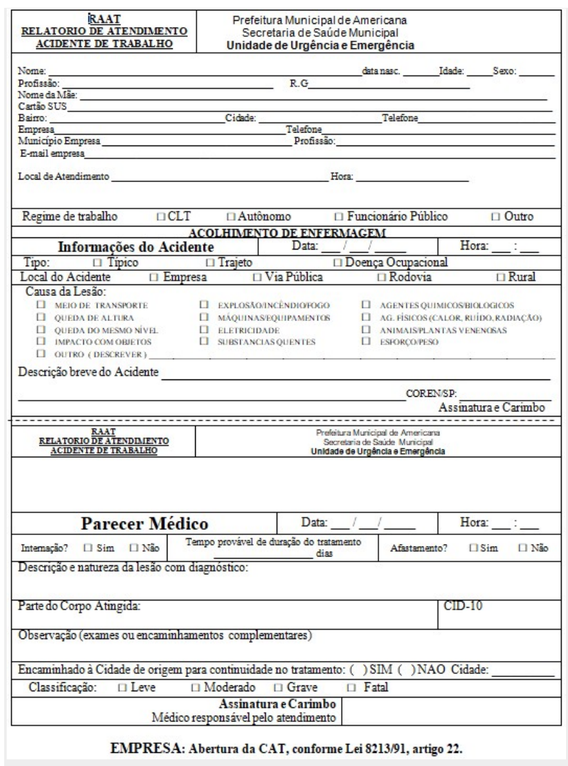
Elena da Costa Cordeiro, Milca do Nascimento

INTRODUÇÃO

O campo de Vigilância em Saúde do Trabalhador visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença e a partir deste contexto elaborar estratégias de intervenção que resultem ações necessárias de correções de irregularidades nos ambientes de trabalho. O acidente de trabalho com materiais perfurocortantes é um agravo de notificação compulsória de acordo com a Portaria GM/MS nº 217/2023, devido a exposição dos profissionais a materiais biológicos potencialmente infectantes.

METODOLOGIA

O Relatório Ambulatorial de Acidente de Trabalho (RAAT), são encaminhados dos hospitais públicos e privados ao setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT, que alimenta o banco de dados dos acidentes de trabalho em geral. Em 2017 e 2018, foi registrado um alto número de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes em dois Hospitais privados do município, com média de 13.6 notificações ao mês, de acordo com a base de dados consultada, o que alertou para uma exposição maior destes agentes causadores. Foram inspecionados nos dois Hospitais privados os materiais utilizados pelos profissionais de saúde nos setores de dispensação e utilização de seringas, agulhas e cateteres intravenoso agulhados e flexíveis. As inspeções foram acompanhadas pelos profissionais responsáveis pelo setores de: CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar); Técnico de Segurança do Trabalho; Enfermeiros dos setores de emergência, alas de internação, Pronto Socorro e Farmácia.



RAAT
RELATORIO DE ATENDIMENTO
ACIDENTE DE TRABALHO

Prefeitura Municipal de Americana
Secretaria de Saúde Municipal
Unidade de Urgência e Emergência

Nome: _____ data nasc. _____ Idade: ____ Sexo: _____
Profissão: _____ R.G _____
Nome da Mãe: _____
Cartão SUS _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone _____
Empresa _____ Telefone _____
Município Empresa _____ Profissão: _____
E-mail empresa _____

Local de Atendimento _____ Hora: _____

Regime de trabalho ☐ CLT ☐ Autônomo ☐ Funcionário Público ☐ Outro

ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

Informações do Acidente | Data: ___/___/____ | Hora: ___:___

Tipo: ☐ Típico ☐ Trajeto ☐ Doença Ocupacional

Local do Acidente ☐ Empresa ☐ Via Pública ☐ Rodovia ☐ Rural

Causa da Lesão:
☐ MEIO DE TRANSPORTE ☐ EXPLOSÃO/INCÊNDIO/FOGO ☐ AGENTES QUIMICOS/BIOLOGICOS
☐ QUEDA DE ALTURA ☐ MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS ☐ AG. FÍSICOS (CALOR, RUÍDO, RADIAÇÃO)
☐ QUEDA DO MESMO NÍVEL ☐ ELETRICIDADE ☐ ANIMAIS/PLANTAS VENENOSAS
☐ IMPACTO COM OBJETOS ☐ SUBSTANCIAS QUENTES ☐ ESFORÇO/PESO
☐ OUTRO (DESCREVER) _____

Descrição breve do Acidente _____

CORENSP: _____
Assinatura e Carimbo

RAAT
RELATORIO DE ATENDIMENTO
ACIDENTE DE TRABALHO

Prefeitura Municipal de Americana
Secretaria de Saúde Municipal
Unidade de Urgência e Emergência

Parecer Médico | Data: ___/___/____ | Hora: ___:___

Internação? ☐ Sim ☐ Não | Tempo provável de duração do tratamento _____ dias | Afastamento? ☐ Sim ☐ Não

Descrição e natureza da lesão com diagnóstico:

Parte do Corpo Atingida: | CID-10

Observação (exames ou encaminhamentos complementares)

Encaminhado à Cidade de origem para continuidade no tratamento: ( ) SIM ( ) NAO Cidade: _____

Classificação: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave ☐ Fatal

Assinatura e Carimbo
Médico responsável pelo atendimento

EMPRESA: Abertura da CAT, conforme Lei 8213/91, artigo 22.

Este documento alimenta o banco de dados através de:

- Idade;
- profissão;
- tipo de acidente;
- local da empresa;
- período de afastamento e
- classificação da lesão.

Modelo de RAAT na rede municipal
Fonte: do autor

1ª Inspeção: Ausência de dispositivos de segurança obrigatório em agulhas e/ou seringas e cateteres intravenoso agulhados e flexíveis.
Fonte: do autor

RESULTADOS

As não conformidades encontradas foram sanadas com a substituição de todos os materiais sem dispositivos de segurança e a capacitação dos profissionais de saúde através da educação continuada foram atendidas pelas duas instituições.
Esta ação resultou para a queda vertiginosa nas notificações dos acidentes com perfurocortantes em 95,38%, com 0,6 notificações de acidentes ao mês.

SCALP E AGULHAS COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA

Retorno de Inspeção:
Constatada a troca de todos os materiais solicitados.
Fonte: do autor

ABOCATH DE DIFERENTES NUMERAÇÕES COM DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA

Retorno de Inspeção:
Constatada a troca de todos os materiais solicitados.
Fonte: do autor

CONCLUSÕES

A Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT, constitui parte integrante da Vigilância em Saúde e atua em conjunto com as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária em ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora.
Tendo em vista a expressiva queda nas notificações dos acidentes com perfurocortantes, foi constatada a necessidade de expandir as ações aos demais estabelecimentos de saúde do município para verificar se as exigências de dispositivos de segurança estão sendo cumpridas, de acordo com a legislação em vigor.

REFERÊNCIAS

VERÇOSA, R.C.M.; MONTEIRO,V.G.N.; FERREIRA, F.A.S. Acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Revista de enfermagem UFPE online. v., n.4, p. 864-871, abri. 2014. MARZIALE, Maria Helena Palucci et al . Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores de um hospital universitário. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 11-16, Mar. 2014 .

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAVEGADOR NO ACOMPANHAMENTO AOS PACIENTES DE ARTROPLASTIA

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Cláudia Alves Barboza de Oliveira, Cristiane Maria Clares de Araujo Moreno, Fabiana Cristina de Santana Barreto

INTRODUÇÃO

De acordo com o planejamento estratégico do hospital Nipo Brasileiro, foi implementado na instituição um projeto do Enfermeiro navegador aos pacientes submetidos a cirurgia de artroplastia de quadril e joelho, com intuito de coordenar e acompanhar todas as etapas da jornada do paciente durante o período de internação e pós-alta, visando contribuir para um melhor desfecho clínico.

METODOLOGIA

Através das enfermeiras do setor de Práticas assistenciais é aplicado uma escala de EANN (escala de avaliação de necessidade de navegação) beira leito com o paciente no 1º PO, neste momento é realizado também orientações diárias quanto aos cuidados e medidas para prevenção de trombose (TEV), cuidados com curativo em ferida operatória, uso adequado das meias e cuidados de risco de queda e higiene, intervalo adequado para continuidade do uso do anticoagulante em casa e manutenção dos exercícios orientados pela equipe da fisioterapia. É aplicado um termo de consentimento ao paciente para participação do programa pós-alta e no mesmo dia o paciente recebe uma mensagem pelo WhatsApp com a foto do hospital, formalizando a introdução dele no acompanhamento. O contato pós-alta é realizado em até 60 dias após a alta hospitalar, em quatro ligações durante esse período.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Escala de Avaliação de Necessidades de Navegação (EANN)

Escala de Avaliação de Necessidades de Navegação (EANN)	( ) Navegador Nível 1: Navegação realizada por um navegador acadêmico e um navegador profissional na maior parte do tempo , com suporte do enfermeiro navegador.
	( ) Navegador Nível 2: Navegação realizada pelo enfermeiro navegador principalmente em conjunto com os outros.

Enfermeiro Navegador Protocolo Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Indicadores	Conformidade	Indicadores	Conformidade
Riscos gerenciados de acordo: queda, flebite, cuidados pele, risco sangramento	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica	Nutrição/EMTN: Evolução e orientações alimentar ao uso de anticoagulante, Nutrição enteral,outros	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Documentos médicos: Plano terapêutico / prescrição, evolução, reconciliação medicamentosa, receita médica e Ficha SIVA	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica	Protocolo abreviação jejum foi adequado?	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Protocolo TEV: Sinalização correta dos fatores de risco, contraindicação medicamentosa, uso adequado meias, rodízio anticoagulante, presença de hematomas e ou sangramento, dupla	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica	Infecção hospitalar: Necessidade de continuidade de ATB em casa, pacientes e familiares receberam todas as orientações para controle de infecção acesso, cuidados acesso e	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Farmacêutica: Risco avaliado TEV, intervenção farmacêutica, reconciliação medicamentosa, orientação farmacêutica profilaxia estendida com entrega cartilha	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica	Protocolo cirurgia segura : Cuidados pele, demarcação cirúrgica, ATB profilático	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Psicologia: Necessidade de apoio psicológico observado e acompanhando pela psicologia	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica	Cuidados com a pele: Paciente apresenta lesões de pele ou desenvolveu lesão enquanto internado? Se sim as orientações para	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Serviço Social: Paciente/familiar recebeu apoio e ou orientações	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica	Fisioterapia: Orientação para manutenção de mobilidade, posicionamento e orientações para uso acessórios.	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica

ORIENTAÇÃO PARA ALTA	
Reabilitação: Paciente e familiares encontram-se preparados para alta hospitalar com orientações auto cuiddo ou cuidados pela família?	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Houve alguma duvida do paciente ou familiar para o cuidado domiciliar?	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Orientação de alta Nutricional foi realizada com adequação alimentar ao uso de Warfarina se prescrito? Verificar se foi entregue formulário pela nutrição	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Curativo e ou ostomia, paciente/ acompanhante relata de forma adequada como é para ser feito o curativo em casa?	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Agendamento de consultas e exames foram realizados antes da alta hospitalar?	( )Conforme ( ) Não conforme ( ) Não se aplica
Anotações	

RESULTADOS

Após a implementação do Enfermeiro navegador, foi possível observar que houve uma diminuição das dúvidas dos pacientes e acompanhantes após a alta, demonstrando estar mais preparados para esse momento de recuperação. Com o olhar do Enfermeiro navegador foi possível realizar intervenções pontuais com outras multidisciplinaridades para auxiliar nas orientações e cuidados necessários. Antes alguns pacientes se recusavam a fazer parte do acompanhamento pós-alta e com as visitas constantes do enfermeiro navegador, o próprio paciente sente-se acolhido, cuidado e considera necessário o profissional mais próximo e disposto a ajudá-lo, no seu momento de recuperação pós-alta, demonstrando satisfação pelo trabalho dedicado a ele.

CONCLUSÕES

A implementação do projeto Enfermeiro Navegador, auxilia muitos pacientes em relação as suas dúvidas e inseguranças quanto a sua reabilitação, conseguimos ajudá-los em momentos diferentes, entre as visitas beira leito e intervalos das ligações, podendo assim manter uma recuperação segura e com melhores resultados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.

O papel do enfermeiro navegador e seu impacto na jornada oncológica; A.C. Camargo Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0102. doi: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2018.2017-0102.

AUMENTO DA PERFORMANCE FINANCEIRA DA INSTITUIÇÃO: PESSOAS, PROCESSOS E TECNOLOGIA

Jossimar Coimbra Almeida, André Ciriaco, Alessandro Guaitolini, Erenilda Santos de Menezes.

INTRODUÇÃO

A eficiência no processo de controle das altas dos convênios é de fundamental importância para nossas instituições de saúde, pois afeta diretamente o faturamento e a gestão financeira da mesma. Neste contexto, estruturamos um projeto junto às demais áreas da instituição visando mapear todos os fluxos e processos das contas hospitalares, identificar e tratar possíveis falhas, treinar as equipes, documentar as rotinas e dar mais eficiência e performance na cadeia por meio da informatização e implantação de dashboard.

METODOLOGIA

O projeto foi conduzido em etapas, com a participação de diferentes áreas da nossa instituição, conforme relacionado abaixo:

- Análise detalhada e padronização de documentação do processo de controle das altas dos convênios;
- Desenvolvimento de um programa de treinamento abrangente para toda a equipe envolvida;
- Estratificação e tratamento dos dados através de planilhas de Excel (análises de Curva ABC, Diagrama de Pareto);
- Implantação de dashboards de acompanhamento do fluxo das contas e valores financeiros.

0001	Não informado		
0002	Falta de Folha de Sala		
0003	Falta Assinatura do Médico		
0004	Falta Assinatura do Paciente		
0005	Falta Nota Fiscal OPME	0900	Ausência de Descrição Cirúrgica - CC
0006	Falta Autorização Inicial do Convênio	0901	Ausência de Assinatura - CC
0007	Divergência em Solicitação de Código	0902	Ausência de Carimbo - CC
0008	Falta de Carimbo Médico	0903	Ausência de pedido de Material de Alto Custo - CC
0009	Falta Numero da Carteirinha do Beneficiário	0904	Procedimento de Urgência - Falta Pedido - CC
0010	Numero da Carteirinha do Beneficiário Incorreta	0905	Ausência de Prescrição de Medicamentos - CC
0011	Sem Autorização Complementares		
0012	Falta Folha de OPME		
0013	Falta Autorização de OPME		
0014	Falta Prorrogação		
0015	Liberado para Auditoria de Enfermagem		
0016	Enviado para Faturamento		
0017	Conta Faturada e Pronta		
0018	Recebido pelo CAA		
0019	Devolvido para o CAA		
0504	Procedimento não evoluido		
0505	Admissão do paciente não anotada		
0506	Alta do paciente não anotada		
0507	Checagem não realizada		
0508	Registro de MGT ausente		
0509	Rasura, escrita a lápis e uso de corretivo		
0510	Descrição do ato cirúrgico insuficiente		
0511	Prescrição médica ilegível		
0512	Ausência de assinatura/carimbo na prescrição		
0513	Alta hospitalar sem carimbo/assinatura e data		
0514	Ausência de assinatura/carimbo do técnico de enfermagem em evolução/anotação		
0515	Ausência de assinatura/carimbo do enfermeiro em evolução/anotação		
0516	Divergencia na Vigencia da Prescricao		
0517	Divergencia de Quantidade Prescrita \ Checada (Cobrar)		
0518	Prescrição Sem Data		
0519	Medicamento não prescrito em folha de sala pelo Anaestesista		
0520	Evolução Médica Não Realizada		

Modelo da codificação desenvolvida para mensurar as inconsistências nas contas dos pacientes e direcionar os treinamentos e plano de ação.

Treinamento da equipe de auditoria com a equipe assistencial sobre a qualidade das contas hospitalares e o impacto financeiro para a instituição.

RESULTADOS

- Incremento médio mensal de mais de R$ 800.000,00 no faturamento da instituição, (antigamente ficávamos com uma carteira de quase R$ 1.000.000,00 sem faturar de um mês para o outro);
- O case foi vencedor em 1ª Lugar do Prêmio Luiz Nivaldo da Silva de Boas Práticas (ano de 2021) no Estado do ES;
- Redução do prazo de entrega das contas ao setor de Faturamento de 30 a 40 dias para menos de 10 dias;
- Fluxo de caixa mais estável, reduzindo a dependência de créditos a receber;
- Mapeamento de 100% das contas após a alta do paciente;

Indicador de rastreabilidade e performance da entrega das contas ao setor de faturamento.

Dashboard de monitoramento das contas após a alta: Classificação de percentual e valor financeiro por convênio, localização e pacientes.

CONCLUSÕES

O projeto trouxe impactos financeiros e operacionais bem positivos para nosso Hospital. Através das ações implementadas e sempre considerando as **pessoas, os processos e a tecnologia**, conseguimos aumentar nosso faturamento e reduzir o prazo de entrega das contas, além de garantirmos um controle mais eficiente e transparente das contas hospitalares através dos dashboards de gestão.

REFERÊNCIAS

SILVA, João da. **Gestão Hospitalar Eficiente: Um Estudo sobre a Implementação de Estratégias Logísticas.** Revista Brasileira de Gestão Hospitalar, v. 10, n. 2, p. 45-58, julho de 2022. São Paulo: Editora Hospitalar.
Few, Stephen. (2006). Painéis de Controle (Dashboards): Uma Representação Visual de Informações para Objetivos de Negócios.
Pareto, Vilfredo. (1896). Citação de Vilfredo Pareto: "A maioria dos resultados em qualquer situação é causada por um pequeno número de causas."

AVALIAÇÃO DE DESFECHOS CLÍNICOS PARA CÂNCER DE MAMA - HOSPITAL REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA- BENTO GONÇALVES - RS.

FERNANDA INVERNIZZI, DENISE SCHOUT, GABRIELA GEREMIA, GABRIELA VINOSKI GONÇALVES.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a principal neoplasia maligna, excetuando-se câncer de pele não melanoma, no sexo feminino no mundo. No Brasil estima que 73.610 novos casos sejam diagnosticados ao ano, sendo a maior causa de morte por câncer na população feminina.

O acompanhamento da qualidade de vida dos pacientes após o tratamento é essencial para avaliar o custo social da doença, sendo que as ações de reabilitação e apoio psicológico tem importante contribuição para o sucesso do tratamento.

O trabalho tem como objetivo conhecer os desfechos clínicos utilizando scores padronizados internacionalmente dos pacientes com câncer de mama, tratados e acompanhados, no hospital de referência, no período analisado.

METODOLOGIA

As informações foram obtidas por meio de revisão dos prontuários e pesquisa ativa com pacientes incluídos no programa. Nos anos de 2021 e 2022 foram acompanhados 108 pacientes, sendo de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com câncer de mama invasivo ou carcinoma *ductal in situ*, com primeiro tratamento no serviço de oncologia nas abordagens cirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia alvo.

Instituto do Câncer Hospital Tacchini, Bento Gonçalves-RS.

Setor de Quimioterapia, Instituto do Câncer.

RESULTADOS

Dentre os pacientes acompanhados no período, 100% tiveram seguimento em 01 ano, sendo destes pacientes apenas 4,6% necessitaram de reinternação. Destes pacientes, 105 mulheres e 3 homens. A faixa etária mais acometida é a de 60 a 69 anos (27%) seguido pelo grupo de 50 a 59 anos (23%).

Dentre o estádio patológico, 53,6% apresentaram estádio I, 29,8% estádio II, 4,8% estádio III e 3,6% estádio IV. Dentre os casos com estádio clínico, 61,1% destes enquadrados no estádio II e 16,7% estádio III. Não foi possível recuperar o estadiamento clínico ou patológicos em apenas 3 casos (2,7%).

Observou-se uma redução de 4,4% na percepção do paciente na sua capacidade em desenvolver atividades diárias. Houve um aumento de 2,7% de sintomas após um ano de tratamento. Sobre efeitos colaterais da terapia sistêmica, observou-se um aumento de 6,1%.

Quanto a capacidade funcional do paciente após 06 meses de tratamento, houve redução de 6,6% na capacidade funcional. No entanto, após 1 ano, observa-se um aumento de 58,3% para 66%. De modo geral, avaliando o início do tratamento em comparação à 01 ano, observa-se um aumento na capacidade funcional de 1,4%.

Crioterapia Capilar em pacientes submetidos à quimioterapia.

CONCLUSÕES

A análise demonstra comprometimento da qualidade de vida nos pacientes submetidos a todos os tipos de tratamento, inclusive com comprometimento das atividades da vida diária após um ano de seguimento. Esses achados reforçam a necessidade de investimento adicional na intensidade das atividades de reabilitação imediata após os procedimentos terapêuticos e apoio médico e psicológico nos primeiros seis meses após tratamento.

REFERÊNCIAS

- Programa de Desfechos Clínicos ANAHP, disponível em https://sinha.anahp.com.br/#/resumoICHOM.
- Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025- INCA, disponível em https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700.
- Câncer de Mama, disponível em https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama.

BARREIRAS DE PROTEÇÃO AO PACIENTE IMPLEMENTADAS NA QUIMIOTERAPIA

Araceli Vicente da Silva, Tatiana Donna D' Agostim Moreira

INTRODUÇÃO

A avaliação de enfermagem foi instituída no setor de quimioterapia em 2020, com o objetivo de garantir um ambiente seguro para os pacientes em tratamento quimioterápico e minimizar a ocorrência de eventos adversos durante as suas sessões. Anteriormente era verificado os sinais vitais antes de iniciar a sessão de quimioterapia e ao finalizar a infusão, porém nem todos os pacientes eram avaliados devido a dinâmica do setor.

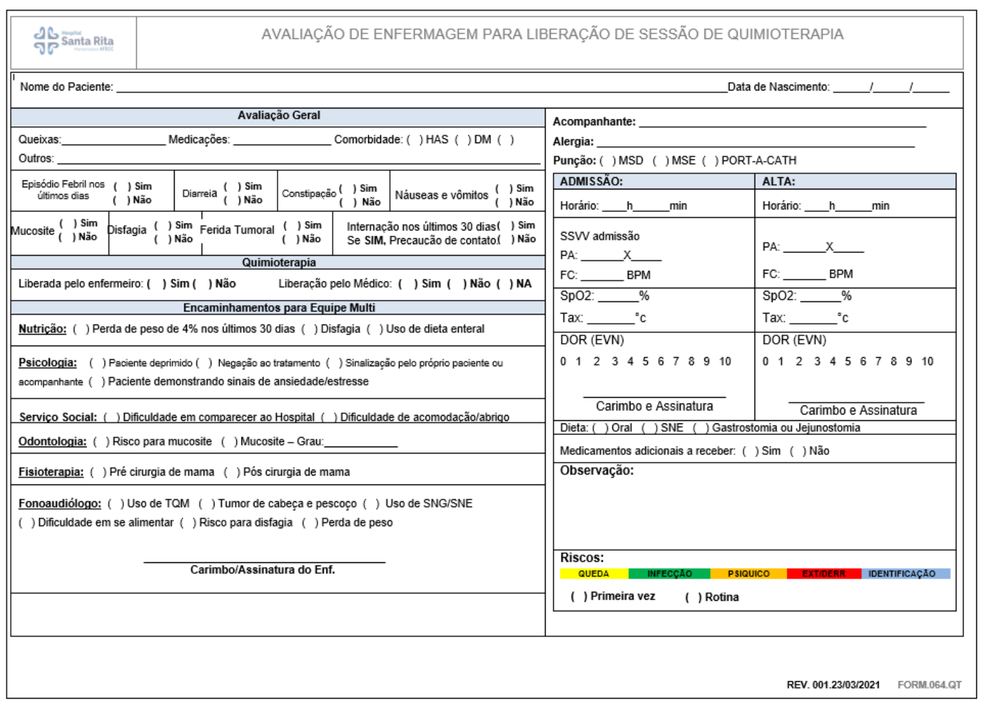
METODOLOGIA

Todos os pacientes antes de iniciar a sessão de quimioterapia, passam pela avaliação de enfermagem. O técnico de enfermagem com auxílio de um monitor multiparamétrico afere os sinais vitais (FC, PA, SAT O2 e TAX) e questiona a ocorrência momentânea de dor e se sim aplica a escala de EVN, anota os dados em um formulário próprio, para posteriormente o enfermeiro avaliar com o auxílio da escala de deterioração. Caso o paciente apresente escore igual ou maior que 3 o médico plantonista é acionado e ele passa a ser responsável por avaliar a liberação da sessão da quimioterapia. Nesta avaliação são analisados os possíveis riscos assistenciais de cada paciente (e sinalizadas por cor na pulseira do paciente), a sua rede venosa ou cateter, se há necessidade de encaminhar para algum profissional (nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, dentista e/ou fisioterapia) seguindo critério pré estabelecidos.

	3	2	1	0	1	2	3
Sat O²	≤ 91%			92-100%			
PAS e PAD	PAS ≤ 80 PAD ≤ 40			PAS 81-150 PAD 41-90	PAS 151-160 PAD 91-100	PAS 161-170 PAD 101-105	PAS ≥ 171 PAD ≥ 106
FC	< 50			50-100		101-120	≥ 120
TEMP	< 35			35,1-37,7			≥ 37,8
SNC				Consciente	Confuso	Responde a estímulos	Sem resposta

ESCORE	PROFISSIONAL	AÇÃO
0	Enfermeiro	Administrar QT
1	Enfermeiro/médico	Alerta de risco/ Avaliação do enfermeiro
2	Enfermeiro/médico	Alerta de risco/ Avaliação do enfermeiro: alerta para enfermeiro e médico plantonista
≥ 3	Enfermeiro/médico	Avaliação médica do paciente *
≥ 4	Médico	Avaliação médica do paciente

Escore de alerta de deterioração clínica e direcionamento de tomada de decisões conforme escore



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA LIBERAÇÃO DE SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____/_____/_____

Avaliação Geral

Queixas:_____ Medicações: _____ Comorbidade: ( ) HAS ( ) DM ( )
Outros: _____

Episódio Febril nos últimos dias ( ) Sim ( ) Não | Diarreia ( ) Sim ( ) Não | Constipação ( ) Sim ( ) Não | Náuseas e vômitos ( ) Sim ( ) Não
Mucosite ( ) Sim ( ) Não | Disfagia ( ) Sim ( ) Não | Ferida Tumoral ( ) Sim ( ) Não | Internação nos últimos 30 dias ( ) Sim Se SIM, Precaução de contato ( ) Não

Quimioterapia

Liberada pelo enfermeiro: ( ) Sim ( ) Não Liberação pelo Médico: ( ) Sim ( ) Não ( ) NA

Encaminhamentos para Equipe Multi

Nutrição: ( ) Perda de peso de 4% nos últimos 30 dias ( ) Disfagia ( ) Uso de dieta enteral

Psicologia: ( ) Paciente deprimido ( ) Negação ao tratamento ( ) Sinalização pelo próprio paciente ou acompanhante ( ) Paciente demonstrando sinais de ansiedade/estresse

Serviço Social: ( ) Dificuldade em comparecer ao Hospital ( ) Dificuldade de acomodação/abrigo

Odontologia: ( ) Risco para mucosite ( ) Mucosite – Grau:_____

Fisioterapia: ( ) Pré cirurgia de mama ( ) Pós cirurgia de mama

Fonoaudiólogo: ( ) Uso de TQM ( ) Tumor de cabeça e pescoço ( ) Uso de SNG/SNE ( ) Dificuldade em se alimentar ( ) Risco para disfagia ( ) Perda de peso

_____
Carimbo/Assinatura do Enf.

Acompanhante: _____
Alergia: _____
Punção: ( ) MSD ( ) MSE ( ) PORT-A-CATH

ADMISSÃO:	ALTA:
Horário: ____h_____min	Horário: ____h_____min
SSVV admissão PA: _____X_____ FC: _____ BPM	PA: _____X_____ FC: _____ BPM
SpO2: _____% Tax: _____°c	SpO2: _____% Tax: _____°c
DOR (EVN) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Carimbo e Assinatura	DOR (EVN) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Carimbo e Assinatura

Dieta: ( ) Oral ( ) SNE ( ) Gastrostomia ou Jejunostomia
Medicamentos adicionais a receber: ( ) Sim ( ) Não
Observação:

Riscos:
QUEDA | INFECÇÃO | PSIQUICO | EXTIDERR | IDENTIFICAÇÃO
( ) Primeira vez ( ) Rotina

REV. 001.23/03/2021 FORM.064.QT

Formulário de avaliação de enfermagem para liberação de sessão de quimioterapia

RESULTADOS

Com a ocorrência e registro de eventos, foram sendo implementados melhorias no setor para garantir a segurança do paciente, como a criação de placas de identificação de "dose pendente" e "reação adversa". Além dessas barreiras de segurança, outras já haviam sidos implementadas, como rastreabilidade por código de barra das medicações utilizadas pelos pacientes, conferência de nome completo e data de nascimento antes de administrar as medicações e antes de iniciar um tratamento quimioterápico é realizado uma explicação minuciosa sobre o procedimento e as possíveis reações, com entrega de documentação escrita. Os pacientes e acompanhantes são instruídos como evitar contaminação das pessoas e do ambiente pós-quimioterapia. Através de uma análise dos eventos abertos após a instituição da avaliação de enfermagem e as barreiras de segurança acima citadas, observa-se a não ocorrência de eventos graves decorrentes da deterioração clínica do paciente, devido uma maior criticidade e rigor para realizar a liberação da quimioterapia.

Placas de identificação de "medicação pendente" e "reação infusional". Paciente com pulseiras de identificação

Termo de Avaliação de Riscos Assistenciais

Termo de Avaliação de Riscos Assistenciais
FORM.051.GT

Paciente: _____
Data de Nascimento: _____/_____/_____ Nº do prontuário: _____

Durante o processo de admissão no serviço de Quimioterapia / Ambulatório, o paciente acima foi submetido à avaliação de riscos assistenciais, que pode estar exposto. Após a avaliação, os possíveis riscos deverão ser assinalados com um X e realizada sinalização, para que sejam aplicadas ações para a prevenção dos riscos, de forma individual.

( ) Risco para Queda
Prevenção: Evite ficar sem acompanhante. Não se levante ou vá ao banheiro sem ajuda. Cuidado com os obstáculos que podem ter no caminho. Ao usar o banheiro, cuidado com piso molhado, papel no chão e, caso possua, segure nas barras de apoio. Cuidado com pisos escorregadios! Fique atento às placas de sinalização de piso molhado! Use as calçadas antiderrapantes. Cuidado ao voltar à posição original da poltrona. Segure nas laterais. Cuidado com as escadas! Utilize sempre o corrimão. Mantenha as grades da cama sempre elevadas.

( ) Risco para Infecção
Prevenção: Higienizar as mãos antes e após o contato com o paciente. Não deitar, sentar ou colocar pertences no leito ou poltrona do paciente. Prestar assistência somente ao seu paciente.

( ) Risco Psíquico
Prevenção: Não deixe o paciente sozinho. Avise a enfermagem todas as vezes que precisar se ausentar. Mantenha as grades da cama elevadas. Evite utilizar ou deixar objetos cortantes e/ou pontiagudos próximos ao paciente

( ) Risco para Extravasamento/Derramamento de Quimioterápico
Prevenção: Deixe o braço da punção sempre a mostra. Evite cobrir com cobertores ou blusas de frio. Evite ir ao banheiro sozinho! Comunique a enfermagem caso sinta dor no local da punção, ou comece a inchar ou ficar vermelho . Utilize sempre o suporte de soro ao ir ao banheiro ou andar pelo setor de quimioterapia. Fique atento ao se levantar da poltrona ou da cama para não tracionar ou puxar o equipo ou a punção. O paciente deve usar camisas de manga curta. Se possuir cateter de QT, usar camisa de possa ser aberta (Botão)

( ) Risco para falha na identificação de paciente
Prevenção: NOME DO PACIENTE. Manter sempre a mostra (colocar no pelito), o crachá de identificação. Confira junto com a enfermagem o seu nome e a data de nascimento a cada medicação instalada

Declaro que recebi as orientações sobre a prevenção dos riscos assistenciais identificação na avaliação e comprometo-me a seguir-las e ajudar a promover uma assistência segura.
Data: ___/___/___

Assinatura do Paciente ou Acompanhante | Profissional Responsável pelas Orientações

Assinatura do Orientado
Nome: _____ Data de nascimento: _____
Grau de parentesco: _____

CONCLUSÕES

Garantir um ambiente seguro para os pacientes em tratamento quimioterápico é de suma importância e a realização da avaliação de enfermagem e mensuração da deterioração clinica antes de iniciar a sessão de quimioterapia vem corroborando para este objetivo, uma vez que possibilita realizar intervenção precoce e evitar agravo do quadro clínico com a infusão do quimioterápico. Após a instituição da avaliação de enfermagem e as barreiras de segurança, observa-se a não ocorrência de eventos graves decorrentes da deterioração clínica do paciente no setor de quimioterapia.

REFERÊNCIAS

Tolentino GS, Bettencourt ARC, Fonseca SM. Construction and validation of an instrument for nursing consultation in outpatient chemotherapy. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):391-9. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0031

BENEFÍCIOS E BARREIRAS DA GESTÃO DE PROJETOS EM SAÚDE

Beatriz Cristina de Freitas[1], Isabel Cristina de Freitas[2]
[1]Instituto de Pesquisa e Educação Continuada em Economia e Gestão de Empresas/PECEGE;
[2] Universidade de Uberaba - UNIUBE

INTRODUÇÃO

Os projetos na área da saúde apresentam características peculiares e envolvem processos administrativos complexos que exigem ações estratégicas para alcançar metas e resultados. Nesse sentido, utilizar das boas práticas orientadas pelo PMBOK pode maximizar o gerenciamento dos projetos na área da saúde.

O conhecimentos sobre os benefícios e as barreiras encontradas no gerenciamento de projetos na área da saúde pode auxiliar os gestores a entender como a gestão de projetos pode otimizar todas as fases de implantação de um projeto nessa área.

O objetivo desta pesquisa foi conhecer quais os benefícios e barreiras encontrados na gestão de projetos da área da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, realizada de acordo com as diretrizes *PRISMA-P Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (https://www.prisma-statement.org).

A pesquisa foi realizada em Julho de 2022, nas bases: PubMed, SciELO, Scopus, e Web of Science, identificando artigos publicados de janeiro de 2018 a junho de 2022.

A estratégia de pesquisa foi incluiu os seguintes descritores: “Gerenciamento de projetos” “Saúde”; “Gestão de projetos”, Project management” “Health”, ”Healthcare”, “Outcomes”, “Success factors”. Para modular a pesquisa também foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND”.

As estratégias de pesquisa foram adaptadas para cada base de dados utilizada, sendo identificados 1850 artigos. Os dados obtidos foram exportados para a plataforma Rayyan (https://rayyan.org), onde foram retirados os artigos duplicados. A seleção dos estudos ocorreu em duas fases: Na primeira fase, títulos e resumos foram sistematicamente analisados. 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. Todas as fases de triagem foram realizadas por duas revisoras (BCF, ICF), após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 17 artigos compuseram a revisão qualitativa.

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.

https://www.euax.com.br/2012/07/gerenciamento-das-partes-interessadas-na-gestao-de-projetos

RESULTADOS

Os resultados apontam que a gestão de projetos na área da saúde tem sido mais frequentemente utilizada: por hospitais, sendo muito eficiente para a gestão hospitalar (tanto para agregar mais valor aos serviços prestados quanto para melhorar os processos operacionais); para a gestão de projetos de inovação em saúde nesses ambientes complexos; e para a capacitação/profissionalização de funcionários.

O gerente de projetos - PM na área da saúde tem sido importante para implementar inovações e expandir o escopo de portfólios de produtos e, possibilitando a execução das propostas no tempo e escopo previstos. Os artigos apontam que com a gestão de projetos promoveu-se melhorias e agilidade na tomada de decisões, facilitando a capacidade de gerir com mais eficácia as mudanças ocorridas nos projetos, bem como, a gestão de custos. Apontou-se também impacto positivo na qualidade dos serviços prestados; melhor interdependência de tarefas, comunicação e trabalho em equipe. As avaliações de custo e risco beneficiaram ainda mais as estratégias de gestão da qualidade através de estratégias metodológicas do PM.

Os artigos analisados também apontaram algumas barreiras para o gestor de projetos como: estruturas muito burocratizadas (a rígida estrutura burocrática e a estrita observância do estilo autoritário deixaram-lhes pouca escolha a não ser seguir as ordens); falta de autonomia e experiência do gestor de projetos (nem todo gestor de saúde é um gestor de projeto); baixa compreensão ou desconhecimento do gestor sobre as técnicas e ferramentas da gestão de projetos; dificuldades para tomadas de decisões, e baixa capacidade de tomar decisões inovadoras.

Os artigos também destacaram que os gerentes de projetos na área da saúde enfrentaram vários problemas desde a fase de iniciação do projeto até o seu encerramento, bem como, com informações baseadas em dados não confiáveis e metas irreais.

https://fia.com.br/blog/gestao-de-projetos/

CONCLUSÕES

A gestão de projetos na área da saúde tem apresentado benefícios importantes na implementação de inovações, na expansão do escopo de portfólios de produtos e serviços, na execução das propostas no tempo e escopo previstos, bem como, na gestão da qualidade. Os hospitais têm utilizado com maior frequência as ferramentas da gestão de projetos.

Mas, as barreiras apontadas, ressaltam a falta de autonomia e experiência do gestor de projeto na área da saúde e a necessidade de capacitação dos gestores da saúde para as técnicas e ferramentas de boas práticas e diretrizes de gerenciamento de projetos. Há necessidade de capacitação dos gestores da saúde para as diretrizes, técnicas e ferramentas de boas práticas de gerenciamento de projetos

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.

CONTROLE DE SURTO DE ACINETOBACTER BAUMANI EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Diego Rodrigues Falci, Leonardo Ferraz Bittencourt, Vanessa Bonini Prussiano, Silvia Pedroso Tavares Soares

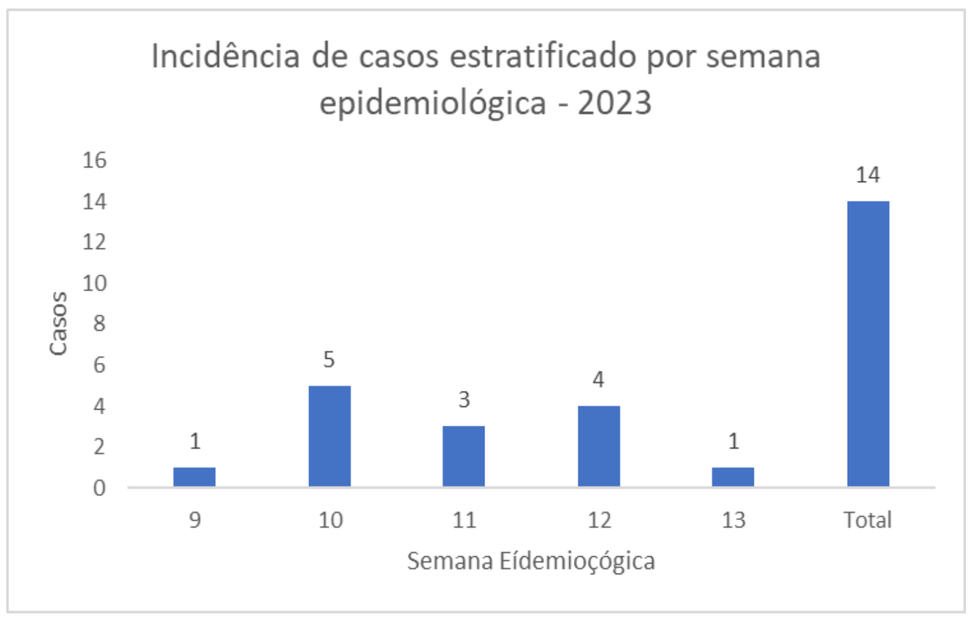
INTRODUÇÃO

Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são mais suscetíveis a infecções por microrganismos multirresistentes, entre eles o *Acinetobacter baumanni.* Este patógeno tem elevada taxa de mortalidade associada, e está associado a surtos e persistência em ambientes hospitalares, sendo necessária uma ação conjunta de diversas áreas para o seu controle.

Objetivo: Trata-se de um estudo retrospectivo de surto causado por *Acinetobacter baumanni* multirresistentes em UTI de hospital público/privado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Estudo ecológico. Foi realizado um levantamento de dados durante os meses de março e abril de 2023, através de planilhas eletrônicas e relatórios personalizados para identificação da incidência de microrganismos multirresistentes por unidade hospitalar, número de pacientes em ventilação mecânica durante o período, tempo de permanência, tempo até coleta inicial de culturas e custo médio do tratamento realizado. A partir da identificação do aumento do número de casos, foram realizadas intervenções em diferentes esferas no sentido de controlar o surto.



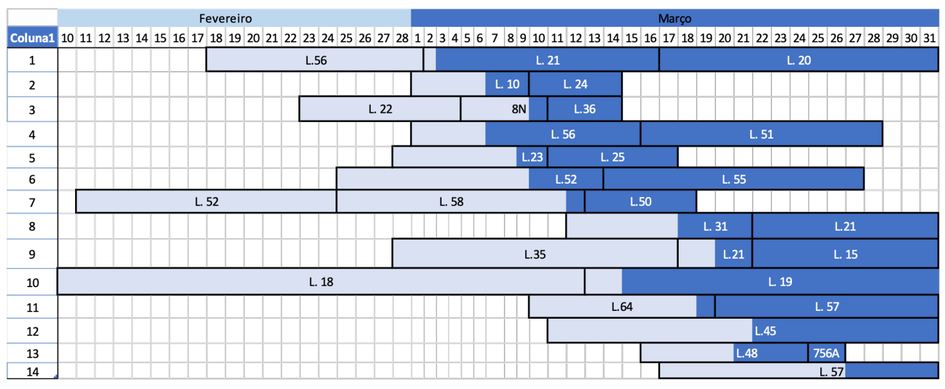
Incidência de casos de *Acinetobacter* baumanni estratificados por semana epidemiológica na UTI em março de 2023.

Intervenções realizadas

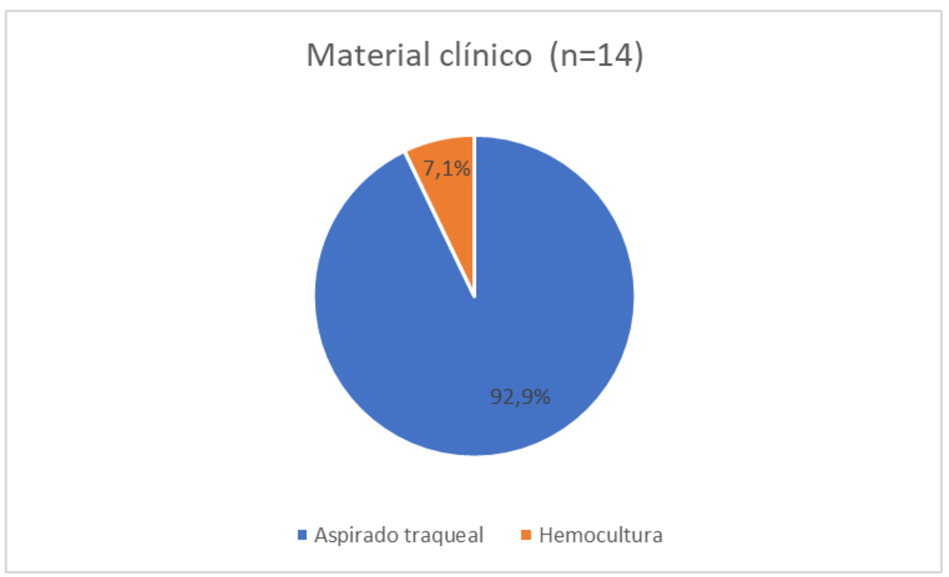
- ✓ **Capacitação sobre higiene das mãos e hora D nas Unidades de Terapia Intensiva;**
- ✓ **Discussão regular nos Huddles;**
- ✓ **Reunião conjunta entre os Serviços de Controle de Infecção, Terapia Intensiva e Higienização;**
- ✓ **Plano de ação conjunto entre Serviço de Controle de Infecção e Higienização;**
- ✓ **Acompanhamento da observação de higiene de mãos pelos técnicos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva;**
- ✓ **Cultura de vigilância ambiental em leito específico (Bancada, Qinpot, bomba de infusão, monitor, cama);**

RESULTADOS

Durante o período levantado, 12 pacientes apresentaram colonização e/ou infecção por *Acinetobacter baumanni*, sendo 93% destes isolados em aspirado traqueal e 7% em hemocultura. Do total de amostras de aspirado traqueal, 83,3% estavam em ventilação mecânica. Os pacientes colonizados ou infectados apresentaram um tempo médio de permanência na UTI de 24 dias, enquanto os sem colonização/infecção permaneceram em média 4,9 dias.



Tempo de permanência e movimentação dos pacientes nos leitos na Unidade de Terapia Intensiva.. O azul mais escuro mostra período de positividade.



Durante o período de surto, o tempo médio de ventilação mecânica até a cultura positiva foi de 12 dias (6-29). O tempo médio de internação em UTI até cultura positiva foi de 13 dias (5 - 33).

O custo adicional foi de R$11.365,14 por paciente colonizado/infectado.

Após as intervenções realizadas, o surto foi debelado: foram identificados apenas 2 casos no mês seguinte, mostrando uma redução de 83% na ocorrência do evento. O resultado impactou na otimização no giro de leitos, com uma economia estimada de R$102.286,26.

CONCLUSÕES

As intervenções mostraram-se eficazes na redução dos casos de *Acinetobacter baumani* multirresistentes. Cabe ressaltar que tanto os processos de assistência ao paciente quanto de limpeza de superfícies são essenciais para a redução de transmissão cruzada de microrganismos, desta forma a importância da atuação multiprofissional no cuidado e prevenção de surtos em unidades hospitalares torna-se cada vez mais evidente na pratica hospitalar.

REFERÊNCIAS

Gloria SELEGATTO et al: Surto de Acinetobacter baumanii resistente a carbapênemicos em uma UTI de pacientes com Covid-19: Controle com medidas básicas é possível: The brazilian Journal of Infectious Diseases, 2022, vol 26 102-520.
Thoma R, Seneghini M, Seiffert SN, et al. The challenge of preventing and containing outbreaks of multidrug-resistant organisms and Candida auris during the coronavirus disease 2019 pandemic: report of a carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii outbreak and a systematic review of the literature. Antimicrob Resist Infect Control. 2022.

Cuidados centrados na pessoa em UTI de Hospital Ortopédico e o impacto no Net Promoter Score

Juliana Morás, Guilherme Fernandes e Robson Santana

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Ortopédico da AACD possui capacidade física de 14 leitos e em média 120 saídas de pacientes por mês. Na unidade, 98% dos pacientes são oriundos de pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas complexas. Atualmente há estrutura para admitir desde lactentes até idosos na unidade. Considerando que a instituição é referência em pacientes com deficiência física, práticas que fortaleçam a humanização no cenário de cuidadores que por vezes encontram-se desgastados são extremamente recomendáveis[1].

METODOLOGIA

Pelo perfil do hospital contemplar pacientes com necessidades especiais, instituiu-se um pacote de medidas para tornar a experiência do paciente em um momento delicado, algo valoroso em que a família e o paciente sintam-se acolhidos. Com o objetivo de melhorar a experiência do paciente instituímos um pacote de medidas para humanizar o cuidado.

O paciente, quando admitido na unidade, recebe um cardápio de cromoterapia em que poderá escolher a cor mais condizente com a emoção que deseja sentir no momento. Após, é entregue um convite com espaço para dúvidas para a visita multiprofissional da qual participarão na manhã do dia subsequente. No round diário, o paciente e o parceiro do cuidado são convidados a exporem suas preocupações junto a toda equipe multiprofissional. Há também quadro de comunicação a beira leito em que registra-se o nome dos profissionais e as metas traçadas pela equipe multiprofissional, para que cada turno possa ser perseguidas e se aumente a interação junto a equipe assistencial.

Na unidade as visitas são permitidas durante 24h, com orientação para que não perturbem o sono do paciente. Corroborando, foram instalados aparelhos para monitoração dos ruídos sonoros (soundEar) a fim de conscientizar sobre a preservação do ambiente para recuperação.

Na população pediátrica é orientado pela pré-internação que se traga brinquedo para customização, afim de torná-lo seu semelhante (sobretudo em órteses e gessos). Além disso, semanalmente são realizadas ações de humanização com o apoio dos serviços de arte e musicoterapia, além do serviço de espiritualidade

Fig. 1. Paciente e brinquedo customizado conforme procedimento ortopédico. Também observa-se o "diploma da coragem" e material para Arteterapia.

Fig. 2. Da esquerda para direita: Dispositivo soundEar, Convite da Visita Multiprofissional e controle da Cromoterapia.

RESULTADOS

Como resultado, desde o ano de certificação do programa de humanização (2019) até 2023 o NPS teve incremento de 9,38 pontos percentuais, evidenciando melhora da satisfação dos clientes no período analisado, o que condiz com a implementação das medidas.

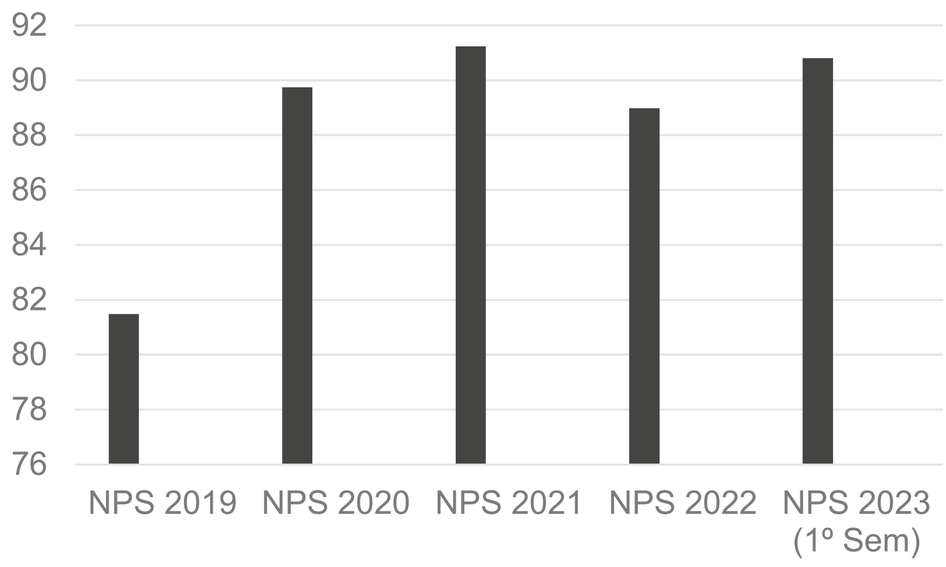


Gráfico 1. Média de NPS no período analisado

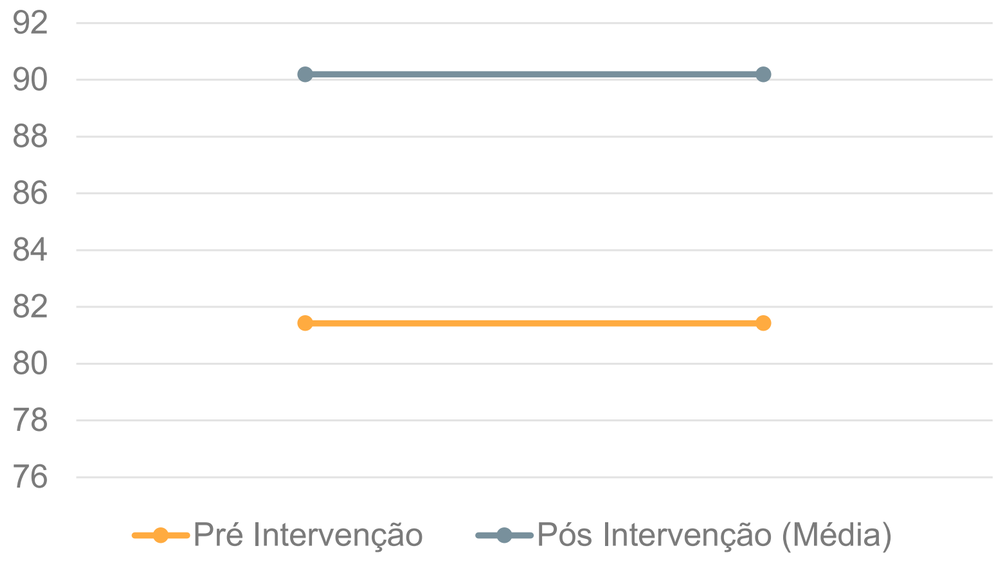


Gráfico 2. Evidência de padrão sustentado de incremento de NPS após a implementação de cuidados centrados na pessoa ao longo dos anos.

CONCLUSÕES

O NPS é um dos mais consolidados indicadores utilizados para medir satisfação e atendimento ao cliente e é um sinalizador importante para os serviços de saúde.

A correlação da implantação de medidas de humanização citadas anteriormente com um indicador que transmite em dados numéricos o índice de satisfação do paciente e seus acompanhantes evidencia a experiência vivenciada na instituição.

Importante salientar que muitas das medidas citadas requerem baixo grau de investimento do ponto de vista financeiro e muitas delas contam com apoio de serviços de voluntariado que podem ser estruturados nos mais diversos serviços de saúde.

Ao longo dos anos para além dos indicadores assistências de qualidade é necessário fazer com que a experiência do paciente também seja valorosa.

Temos como premissa da nossa instituição a segurança do paciente aliada à humanização. Nosso bundle de cuidados centrados na pessoa fomentou a melhoria na experiência do paciente e manutenção dessas práticas em nossa unidade.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues, D.Z., Ferreira, F. Y. & Okido, A. C. (2018) Sobrecarga do cuidador familiar de crianças com necessidades especiais de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, 20.
2. Thompson R, Kerr M, Glynn M, Linehan C. Caring for a family member with intellectual disability and epilepsy: practical, social and emotional perspectives. Seizure. 2014 Nov;23(10):856-63. doi: 10.1016/j.seizure.2014.07.005. Epub 2014 Jul 19. PMID: 25086700.

CUIDANDO DE QUEM CUIDA: IMPACTO DA AÇÃO DE BEM-ESTAR NA EQUIPE E NO ATENDIMENTO AO CLIENTE EM SERVIÇOS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

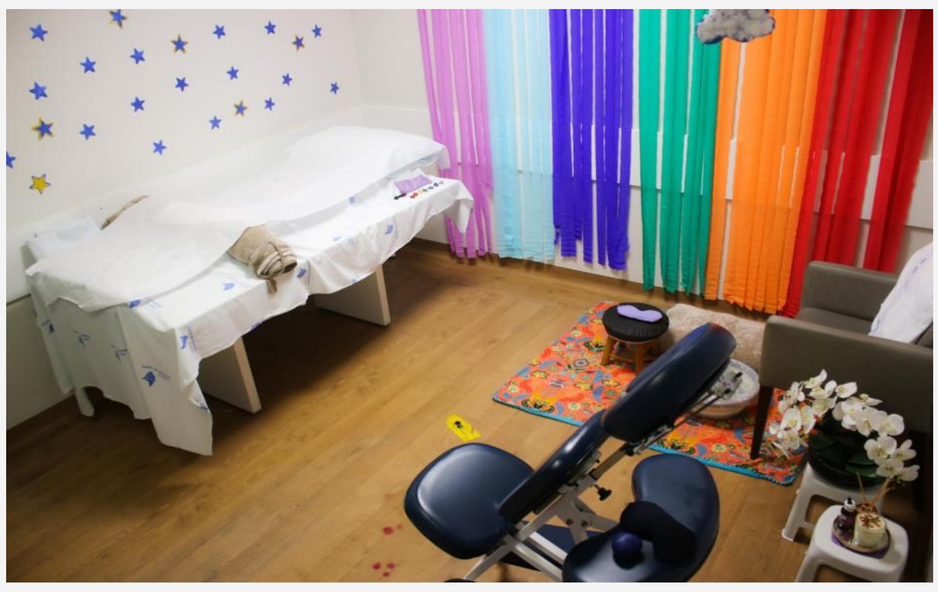
Lucas Henrique Rosso, Evelin Machado Pereira, Renata da Silva Mesquita, Sidiclei Machado Carvalho

INTRODUÇÃO

O bem-estar dos profissionais da saúde em serviços de emergência é crucial para uma assistência humanizada e de qualidade aos pacientes. Ações voltadas ao bem-estar são relevantes para enfrentar desafios nesse ambiente complexo e dinâmico. Objetivo: Relatar a implementação da ação de bem-estar realizada para profissionais de saúde de um serviço de emergência e o impacto no atendimento ao cliente.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma ação de bem-estar realizada com profissionais da saúde de um serviço de emergência em um hospital privado da região sul do Brasil, durante junho de 2023. A ação de bem-estar consistiu em sessões de reiki, massagem quick e spa dos pés, realizadas por três profissionais atuantes no local sede do estudo com expertise nas práticas implementadas. As sessões possuíam 15 minutos e aconteceram em uma sala reservada do serviço de emergência, nos turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), com agendamento prévio. Ao término, os profissionais responderam a um questionário de satisfação. 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.



Sala preparada para os atendimentos, localizada dentro do setor de emergência.

Colaboradores receberam sessões de reiki, massagem quick e spa dos pés.

RESULTADOS

A ação envolveu 60 profissionais da equipe multidisciplinar, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, médicos e assistentes administrativos, com idade entre 25 a 43 anos, sendo 83,3% do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino. Em relação à satisfação do profissional após a ação, em uma escala de 1 a 10, identificou-se que 100% (n=46) avaliou com nota 10. Cabe ressaltar que 24,14% (n=14) não responderam ao questionário. No que tange aos comentário sobre a respectiva prática, estas foram categorizadas e obteve-se destaque para: impacto positivo (100%;n=22), satisfação (100%;n=22), agradecimento (10,87%;n=5) e desejo de repetição (8,70%;n=4). Desta forma, o impacto da ação contribuiu, juntamente com outros fatores relacionados, o aumento de 26 pontos ao indicador de satisfação do cliente, evidenciado com o Net Promoter Score (NPS) de 37,4 no mês antecedente e 63,3 após a implementação da ação.

"Experiência sensacional trabalhar em um local que te proporciona esse tipo de qualidade de experiências."

"Com toda certeza impactou grandemente no meu dia, me trouxe mais tranquilidade, paciência e principalmente a troca de energia com as pessoas fez toda diferença pois me senti muito mais leve podendo entregar aos pacientes uma melhora na qualidade de atendimento que impacta toda expectativa que ele espera dentro de uma emergência."

"Minha experiência foi de me sentir em um lugar onde nem parecia o hospital, impactou em eu pensar um pouco mais em mim em olhar para meu amor-próprio em lembrar de que eu preciso estar bem para cuidar de outras pessoas. Eu amei e gostaria muito que tivesse mais vezes."

Os colaboradores compartilharam suas impressões sobre a ação de bem-estar, ressaltando o alto nível de satisfação que sentiram.

Colaboradoras do setor de emergência que aplicaram as técnicas nos seus colegas.

CONCLUSÕES

Dado o exposto, programas com o objetivo de promover o bem-estar dos profissionais apresenta impacto positivo, contribuindo para um ambiente de trabalho saudável e resultando em melhores indicadores institucionais.

REFERÊNCIAS

Neste trabalho, foram apresentados os resultados obtidos por meio da participação dos colaboradores na iniciativa de bem-estar implementada no setor na data de 08/06/2023,com base na pesquisa de satisfação e nas opiniões dos colaboradores que participaram

Cuidando de quem cuida: um olhar para o cuidado do paciente oncológico

Renata Luiza Gonçalves da Silva, Lorena Pierote Luz Oliveira, Sabrina Nunes Garcia, Julio Stalisz da Paixão

INTRODUÇÃO

Um diagnóstico de câncer traz diversos impactos emocionais tanto para o paciente, quanto para seus familiares e/ou cuidadores. Visto que nossa instituição visa cuidar do paciente de forma global, desenvolvemos o projeto “Cuidar de Quem Cuida” que oferta palestras mensais (e gratuitas) para os familiares e/ou cuidadores dos pacientes que estão iniciando um tratamento oncológico.

METODOLOGIA

Ao passo que o paciente inicia o tratamento oncológico na instituição, é informado ao familiar ou cuidador de referência sobre o Projeto Cuidar de Quem Cuida.

A palestra tem como intuito trazer conhecimento e troca de informações acerca dos impactos emocionais do diagnóstico e tratamento, além de possíveis estratégias de enfrentamento. Caso haja interesse na participação, esse familiar e/ou cuidador é inscrito na palestra.

No dia anterior ao evento, a equipe de telefonia envia o link para os participantes inscritos, para que possam acessar ao conteúdo online e ao vivo.

Folder entregue aos familiares, explicando o funcionamento do projeto e instigando a inscrição.

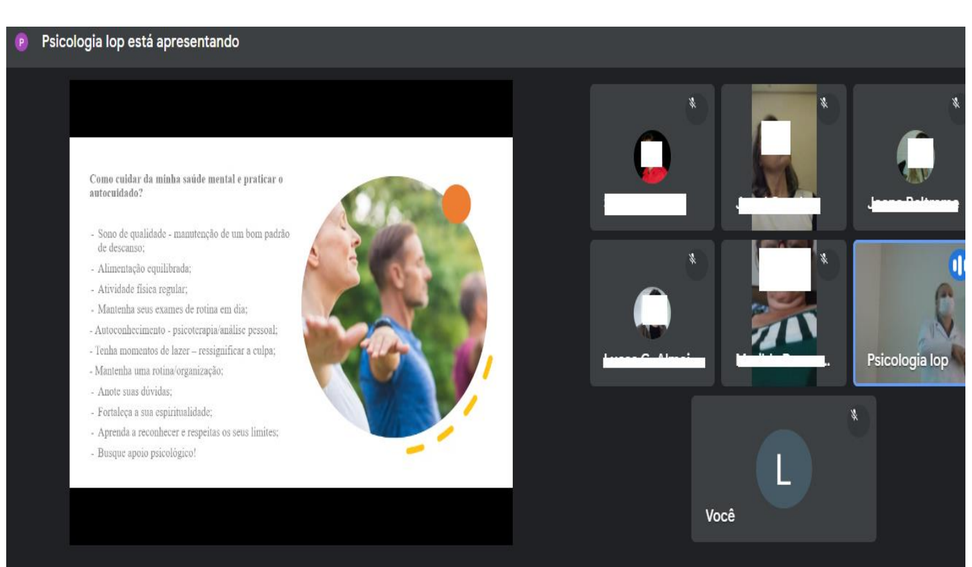


Imagem de uma palestra online do Projeto Cuidar de Quem Cuida.

RESULTADOS

Desde o início do projeto, o engajamento dos familiares, a diminuição de dúvidas e pensamentos fantasiosos, bem como a oportunidade de troca de experiência entre profissionais e outros participantes, tem sido resultados extremamente satisfatórios e que cumprem com o objetivo proposto.

No decorrer das palestras, os participantes sinalizam a importância do espaço ofertado e da atenção ao cuidado que não se restringe ao paciente oncológico. Em paralelo, os pacientes demonstram maior conforto e otimização na relação com aqueles que o acompanham, pois as informações discutidas na palestra favorecem um cuidado saudável, otimizam a comunicação e oportunizam uma melhor compreensão acerca do momento vivido pelo paciente.

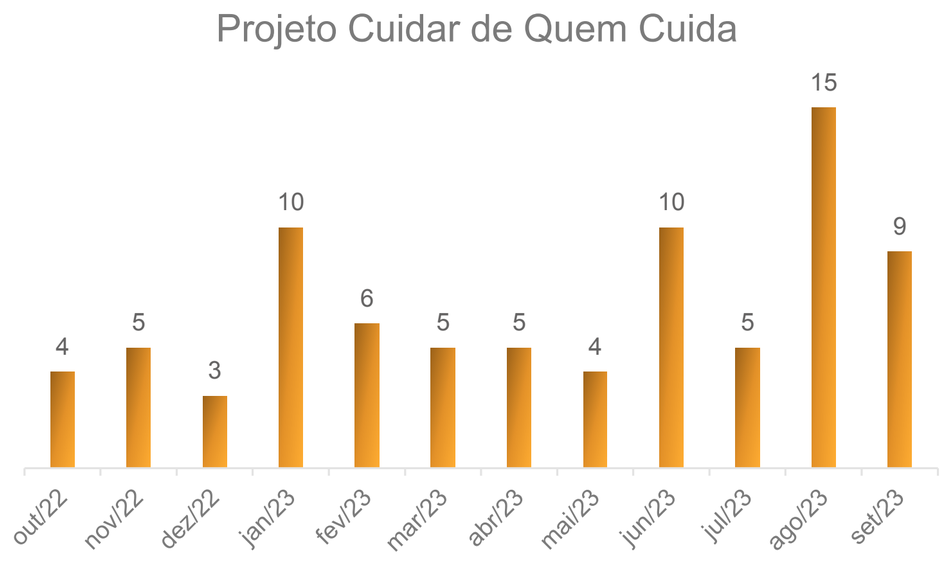


Gráfico referente os indicadores do número de participantes no projeto desde o seu inicio.

Matéria lançada a respeito do projeto desenvolvido na nossa instituição.

CONCLUSÕES

Concluímos que o cuidado ao paciente deve ocorrer de forma ampla, abrangendo principalmente aqueles que irão acompanhar e auxiliar esse indivíduo durante toda a sua jornada oncológica. Tal cuidado, proporciona maior aderência do paciente e seus familiares (ou cuidadores) ao tratamento, incentiva o relacionamento saudável e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento funcionais que se somam ao tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, CSU. A necessária atenção à Família do Paciente Oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 87-96. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1765/1053

Diálogos sobre Políticas para Resiliência e Bem-estar dos Profissionais de Saúde

Daniela Weiers (Synergos), Regiane Soccol (J&J), FGVsaúde

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 tornou ainda mais evidente que os profissionais de saúde, especialmente os da linha de frente, também precisam de cuidados e que é preciso um esforço multissetorial para buscar soluções para que tenham melhores condições de trabalho.

METODOLOGIA

O Diálogo sobre Políticas para Resiliência e Bem-estar dos Profissionais de Saúde é uma iniciativa do Synergos, FGVsaúde e Johnson & Johnson que visa contribuir com o fortalecimento e a valorização dos profissionais da linha de frente da saúde. Para isso, um relatório com recomendações foi elaborado de forma colaborativa com 22 organizações de referência da área de saúde, incluindo representantes dos profissionais, governo, sociedade civil, iniciativa privada e academia. Utilizamos a abordagem da mudança sistêmica para estruturar as reflexões e a sistematizar as recomendações.

O relatório oferece um panorama sobre a saúde dos profissionais da linha de frente da saúde, uma revisão da literatura científica atual e um conjunto de recomendações para abrir o debate e inspirar engajamento.

Participantes da elaboração das recomendações de políticas para promoção da resiliência e bem-estar dos profissionais de saúde.

Oficina de elaboração das recomendações de políticas para promoção da resiliência e bem-estar dos profissionais de saúde.

RESULTADOS

Algumas das recomendações elaboradas e disponíveis no relatório:

- Promover políticas organizacionais de gestão de pessoas voltadas especificamente aos trabalhadores da linha de frente, considerando questões como remuneração, organização do trabalho, diversidade e inclusão.

- Incluir nas avaliações dos serviços de saúde e em processos de certificação, métricas envolvendo saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores da saúde.

- Promover ambientes psicossociais saudáveis, enfatizando melhores práticas de compliance e boas práticas de liderança.

O relatório ressalta que os resultados somente serão atingidos se ocorrer uma ação intersetorial, que garanta a alocação de recursos para políticas e projetos e considerem a participação efetiva dos trabalhadores. Foi lançado num evento híbrido em maio de 2023 e divulgado para formadores de opinião e está disponível no website www.syngs.info/profissionaisdesaude.

Website do projeto.

Evento de lançamento do relatório com participação do IHI, FGVsaúde, Ministério da Saúde, CISTT-CNS e Sindhosp.

CONCLUSÕES

De acordo com o relatório, as organizações que prestam serviços na área da saúde precisam estar preparadas para prevenir os riscos ocupacionais e promover um ambiente de trabalho saudável aos trabalhadores. Todo o sistema de saúde precisa estar unido para a valorização de seus profissionais. Este projeto é o início de um diálogo multissetorial sobre este tema. Esperamos que outros atores se somem, avançando e aprofundando o debate.

REFERÊNCIAS

SYNERGOS (2023). Diálogo sobre Políticas para Resiliência e Bem-estar dos Profissionais de Saúde. Disponível em: www.syngs.info/profissionaisdesaude

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

DISCUSSÃO INTERSETORIAL PERIÓDICA COMO ESTRATÉGIA DE DESOSPITALIZAÇÃO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Iasmyn de Aquino Godinho, Juliana de Jesus Correia, Rosana Pereira Canuto Faria, Marcos Cesar Ramos Mello

INTRODUÇÃO

Somos um hospital com 603 leitos operacionais, sendo 162 em Unidade de Terapia Intensiva. No primeiro semestre tínhamos 41 pacientes moradores (7,5% dos leitos), sendo 18 pediátricos e 23 adultos.
Durante a construção de plano de desospitalização desses pacientes identificamos demandas múltiplas, com necessidade de participação de diversos setores para construção de plano seguro e sustentável. Estes setores estão distribuídos em diferentes áreas físicas do hospital, não possuíam agenda conjunta, e em parte desconheciam demandas e funcionamento dos envolvidos no plano de desospitalização, gerando comunicação com múltiplos intermediários e morosidade de decisões e ações.
Para facilitar comunicação e alinhamento com possível otimização do processo de alta de pacientes de longa permanência ou maior complexidade de plano de desospitalização organizamos reuniões periódicas.

METODOLOGIA

Realização de reuniões quinzenais em plataforma virtual (Teams®) com participação de representantes do seguintes setores: Gerência Médica Técnica, Gerencia Médica operacional, Comitê Bioética, departamentos jurídico, comercial e de Auditoria, Central de Autorizações Cirúrgicas, coordenações de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Enfermagem, Assistente Social e Equipe de desospitalização.
Foram estabelecidos critérios de inclusão: Pacientes > 17 anos; Pacientes com permanência > 90 dias ; pacientes com permanência > 15 dias e demandas intersetoriais para construção de plano de alta. Pacientes sem plano de cuidado médico e multidisciplinar bem definidos não eram levados para discussão.
Os casos eram identificados pelo time desospitalização durante monitoramento de pacientes com permanência > 15 dias.

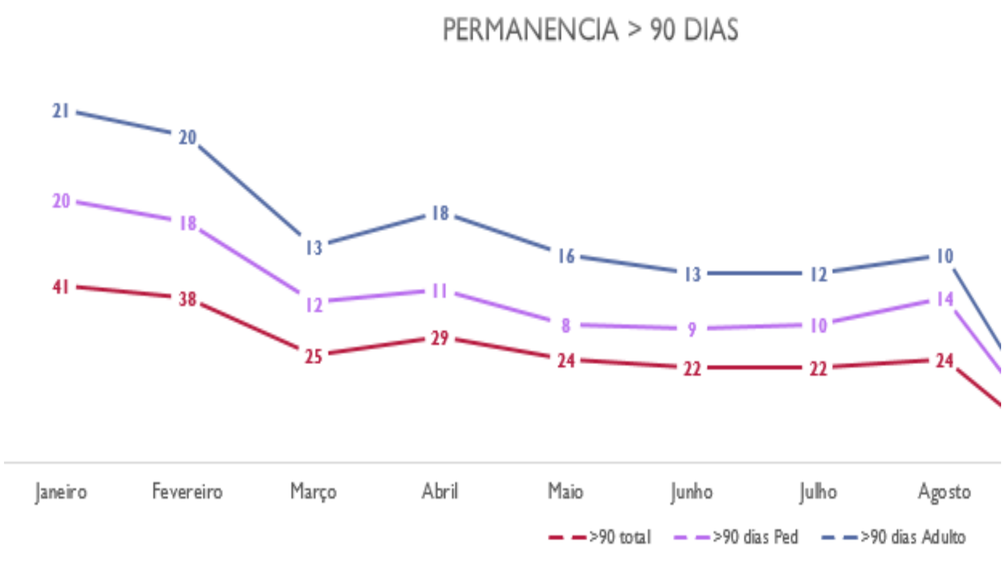


Gráfico 1: Numero pacientes permanência > 90dias

RESULTADOS

Foram realizadas 9 reuniões virtuais entre Maio e Agosto/2023.
Houve redução em 50% número de pacientes adultos com permanência > 90 dias. A alta de paciente de longa permanência auxilia na melhora do giro leitos . No período analisado o giro de leito passou de 3,36 para 3,75.
Todas as reuniões contaram com fórum de ao menos 75% de setores convidados. Em 2 reuniões tivemos participação de representantes dos setores de tesouraria e ouvidoria. Estes foram convidados após identificação de demanda em um dos casos levados a discussão.

Foram discutidos os casos de 15 pacientes . Cada paciente foi levado a discussão com um mediana de 5 vezes.
Dentre os pacientes discutidos 2 (13%) faleceram e 11(73%) receberam alta. Todos os casos que receberam alta já tinham tido tentativa previas de desospitalização sem sucesso.
Considerando os setores envolvidos 66% dos casos tinham demandas de auditoria/contas, 73% demandas comercias, 45% demandas jurídicas , 20% demandas de autorizações de procedimentos/ cirurgias e 20% demandas bioéticas

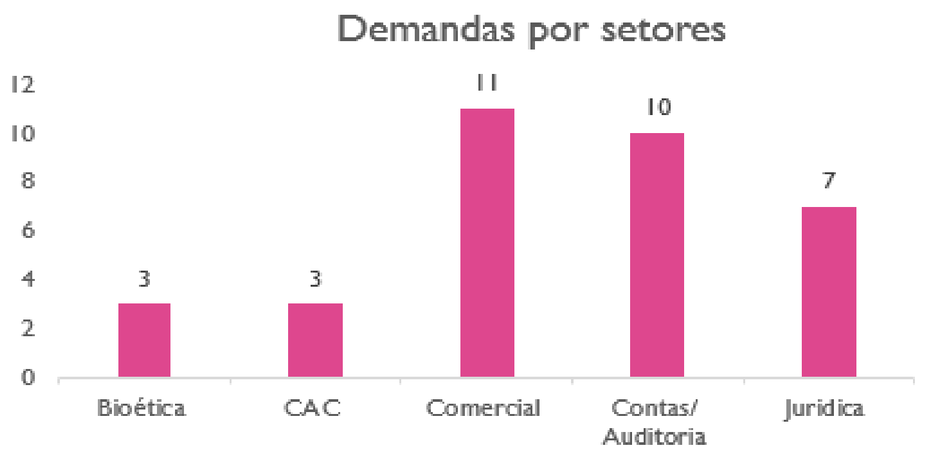


Gráfico 2: Demandas por setores

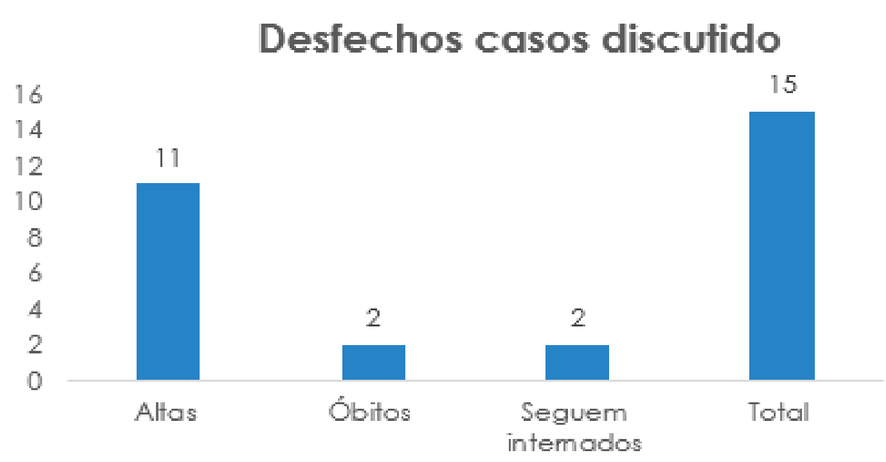


Gráfico 3: Desfecho Casos discutidos

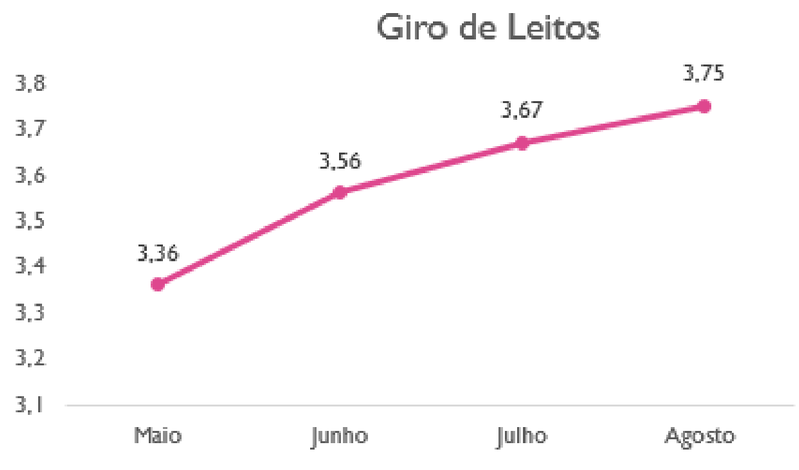


Gráfico 4 : Giro de Leitos

CONCLUSÕES

Comunicação otimizada entre setores do hospital auxiliou na construção de plano de alta, reduzindo o número de moradores. Ocorreu ainda **a**linhamento de estratégias institucionais para discussão de desospitalização futuras.
Redução do numero de moradores possivelmente auxiliou na melhoria do giro de leitos.

REFERÊNCIAS

Dados SAME Bp Paulista
Dados Napa (Núcleo de apoio e planejamento de alta) Bp Paulista

ECONOMICIDADE DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DE ALTO CUSTO SEM REDUÇÃO DA QUALIDADE DO TRATAMENTO.

Letícia Teles da Silva, Gleyce Kelly Damasceno Barros, Fernando Porto Rios, Marina Giselle Carvalhães Costa Melo

INTRODUÇÃO

O alto custo dos medicamentos oncológicos representa um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Nesse contexto, a busca por alternativas que garantam a economicidade e o equilíbrio adequado entre a eficácia dos tratamentos e seus custos torna-se essencial para assegurar o acesso a terapias de qualidade para os pacientes, sem comprometer a sustentabilidade financeira das instituições de saúde.

METODOLOGIA

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a economicidade de medicamentos oncológicos de alto custo e apresentar os resultados obtidos, preservando a qualidade e a segurança dos pacientes.

Selecionamos e analisamos medicamentos oncológicos de maior valor agregado, considerando o perfil institucional. Em colaboração com uma equipe multiprofissional, avaliamos a bioequivalência entre diferentes marcas de medicamentos selecionados. Realizamos estudos comparativos com a literatura disponível para determinar substituições compatíveis, que reduzam os custos sem afetar a eficácia do tratamento.

ABIRATERONA COMP 250MG
PANITUMUMABE FR 100MG
FILGRASTIM FA 300MCG
DENOSUMABE 120MG/ML SERINGA 1,7ML
AZACITIDINA FA 100MG
FILGRASTIM FA 300MCG
BORTEZOMIBE 3,5MG FA
INFLIXMABE 100 mg/mL
ADOLIMUMABE 0,4 mL

Tabela1 / Medicamentos selecionados para estudo comparativo.

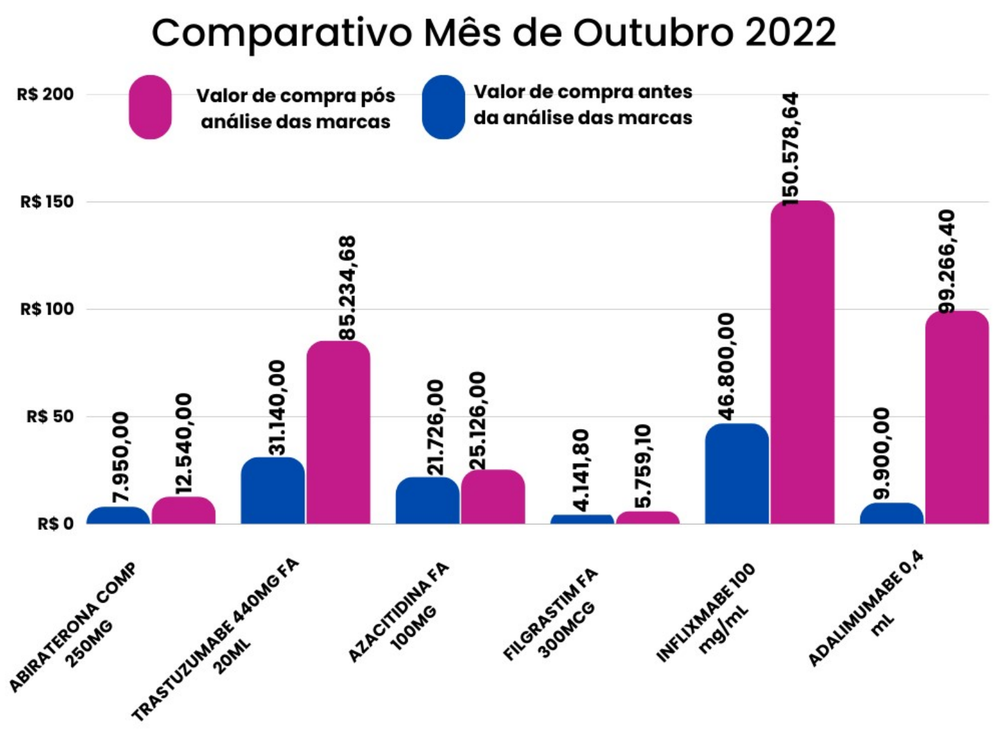


Gráfico 1 / Comparativo economicidade do mês de outubro de 2022 (Início do projeto).

RESULTADOS

A implementação do método baseado na lista pré definida, resultou em redução significativa dos gastos mensais com medicamentos oncológicos e de alto custo. Ao longo dos meses foi observado os seguintes resultados: Outubro de 2022 quando iniciou-se o projeto obtivemos uma economia de R$ 256.847,02; Novembro de 2022 R$ 79.559,84; Dezembro de 2022 R$ 28. 025,52; Janeiro de 2023 R$ 65.716,13; Fevereiro de 2023 R$ 99. 834,38; Março de 2023 R$ 44.781,70; Abril de 2023 R$ 148.558,74; Maio de 2023 R$ 103.649,16; Junho R$ 151. 427,16; Julho R$ 91. 615,82. Através da substituição se obteve economia nos recursos destinados à aquisição desses fármacos sem perda da rentabilidade. Segue total de economia consolidada ao longo dos meses até a última coleta de dados R$ 1.070.013,47.

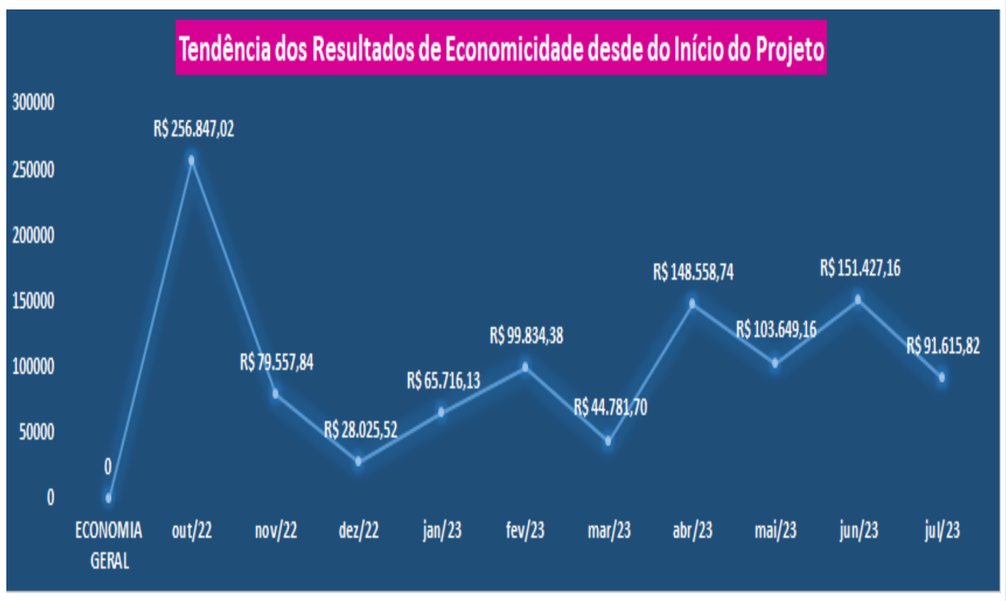


Gráfico 2 / Gráfico mostra o resultado da tendência dos últimos meses da economia gerada. .

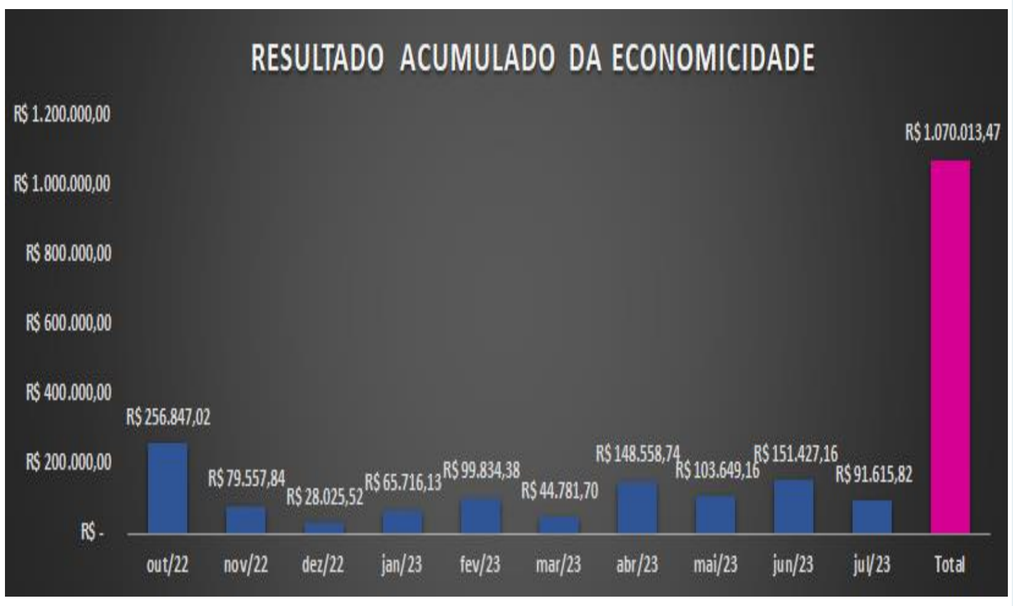


Gráfico 3 / Resultado Geral da economicidade.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos reforçam a importância de buscar constantemente a economicidade no contexto da saúde, otimizando os recursos financeiros das instituições de saúde sem comprometer a qualidade da assistência. Essa abordagem pode servir como base para iniciativas futuras e aprimoramento dos sistemas de gestão farmacêutica e assistência oncológica, para entregar um sistema de saúde mais eficiente e acessível a todos.

Estruturação de Escritório de Valor em Saúde na Operadora de Planos de Saúde

Claudia Cafalli, Suzan Osis, Danielle Sanner Guarinão, Mauro Couri

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde tenta manter sua sustentabilidade.
Pacientes e contratantes estão cada vez mais informados e exigentes. As normativas da ANS focam em segurança do paciente, qualificação de rede e modelos alternativos de remuneração de forma mais robusta.
Este cenário gerou discussões sobre os conceitos de Saúde Baseada em Valor (SBV) e ressaltou a necessidade de irmos da teoria à prática.
Desta forma, fica clara a importância de desenvolver equipe dedicada e capacitada, com foco na avaliação da assistência prestada.

METODOLOGIA

No início de 2020 foi formado o **Núcleo de Segurança do Paciente** na Unimed Fesp e iniciou-se o programa de **qualificação de rede**, oferecendo ferramentas e orientação às Singulares associadas. No final do mesmo ano, foram realizados acordos operacionais, para bônus financeiro de acordo com cumprimento de metas de segurança e qualidade. No início de 2022 formou-se o Comitê Estadual de Segurança do Paciente - COESP, com objetivo de discutir o tema e elaborar ações. Com o crescimento das discussões sobre SBV e a necessidade de estruturação mais robusta deste trabalho, foi criado o EVS em fevereiro de 2023, como área independente. Logo a seguir, surgiu o Comitê Estadual de Saúde Baseada em Valor - COESBV, para possibilitar trabalho conjunto. O EVS é composto por equipe multidisciplinar, que trabalha para implantar e disseminar métodos de avaliação do cuidado prestado. Isto requer definição de métricas adequadas, coleta confiável e análise de dados, divulgação de informações e reconhecimento da entrega de valor.

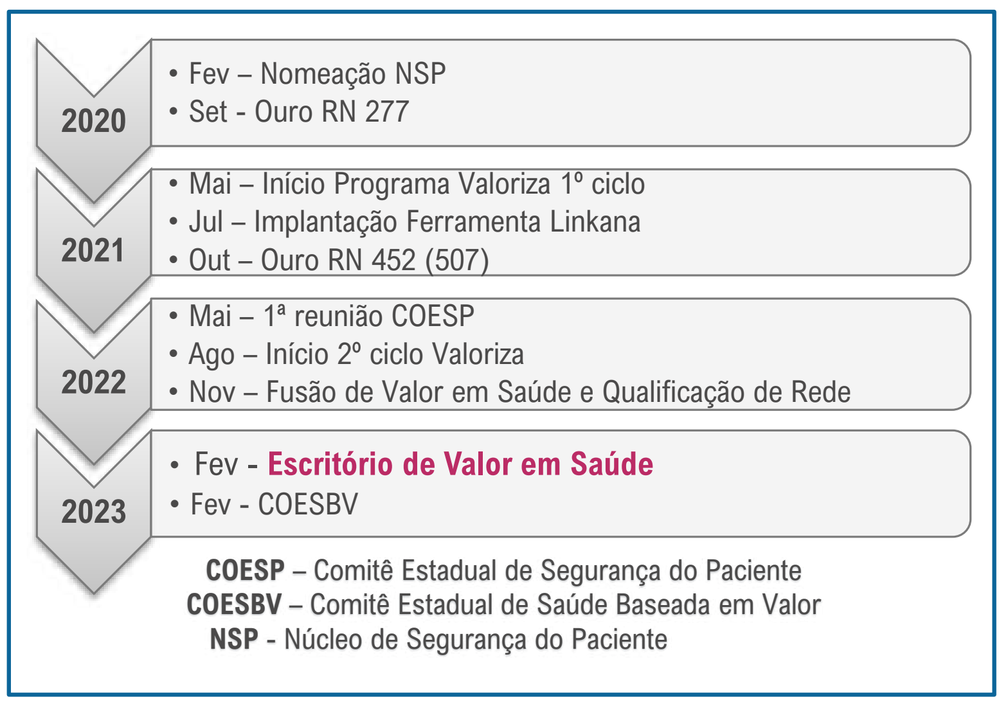


Figura 1. Linha do tempo – estruturação EVS.

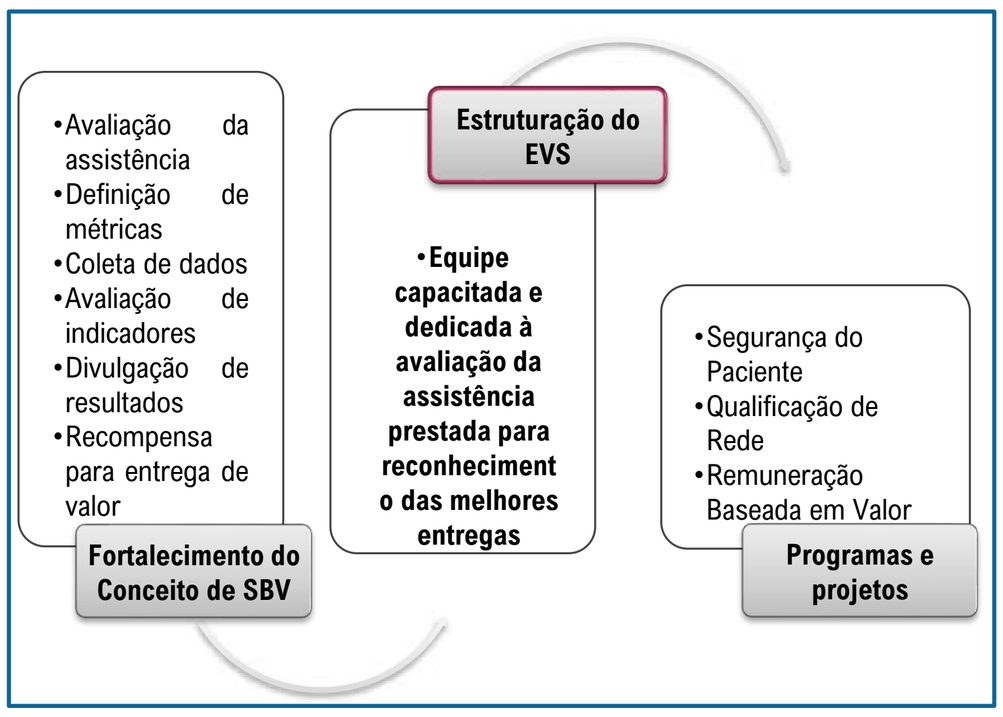


Figura 2. Evolução EVS.

RESULTADOS

Com a concentração das atividades em uma área apenas, as ações existentes foram reforçadas e novos projetos, elaborados. Segurança do paciente e qualificação de rede são utilizadas como métricas da assistência prestada, além de existirem programas específicos para estes temas.
Em segurança do paciente, desenvolvemos as atividades do NSP da Fesp, com notificação às Singulares de eventos adversos ocorridos com nossos beneficiários e solicitação de avaliação, com orientação, caso seja necessário. O programa de qualificação de rede apoia as Singulares no desenvolvimento de sua rede prestadora, com orientações, controle de documentação e oferta de modelos de visitas técnicas. O Programa Valoriza, entrando em seu 3º ciclo, incentiva boas práticas em todos os níveis de assistência à saúde, seguindo critérios de segurança e qualidade.
O cuidado à saúde é avaliado e as melhores entregas são reconhecidas e bonificadas, sempre com foco no conceito de valor, ou seja, resultados de interesse do paciente em relação aos custos necessários para gerá-los. Na figura 3 apresentamos projetos e programas de remuneração baseada em valor.

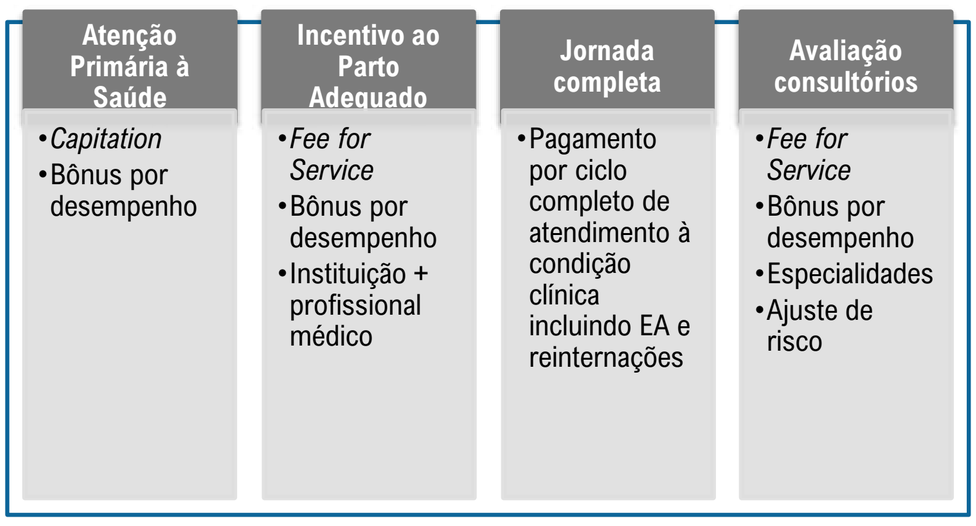


Figura 3. Projetos e programas de remuneração baseada em valor.

Damos destaque à atuação do EVS na coordenação do COESP – Comitê Estadual de Segurança do Paciente e COESBV – Comitê Estadual de Saúde Baseada em Valor. Em encontros mensais, separados, para cada comitê. O COESP vem apoiando a implantação de NSP nas Singulares, padronizando documentação, discutindo estratégias de avaliação da rede e engajamento dos prestadores nas ações. O COESBV iniciou as atividades discutindo conceitos para embasar as ações futuras. Estamos trabalhando para apoiar a estruturação de EVS nas Unimeds associadas interessadas, para que os projetos sejam implantados de forma ampla no estado, reforçando o cuidado centrado no paciente, ao longo de toda a assistência que cada condição clínica exige.
O EVS difunde conhecimento que embasa todas as ações de fortalecimento do Sistema Unimed.

CONCLUSÕES

Está claro que a SBV é um caminho importante para a sustentabilidade do sistema de saúde. Precisamos agora, de trabalho conjunto e implantação de ações que coloquem em prática os conceitos aprendidos. Os resultados não chegarão a curto prazo. É necessário começar com ações pequenas, mas bem planejadas, para serem base para evoluções.
A SBV é o caminho. Sobre isso não resta dúvida e a estruturação de Escritórios de Valor em Saúde nas operadoras é parte fundamental desta construção.

Estruturação de um Hospital de Alta Complexidade via Fundo Imobiliário em Parceria com o Parque Shopping em Maceió - AL

ADRIEL M F BRANCO, MARCELO MAGALHÃES, LEONARDO SHOR

INTRODUÇÃO

No contexto da necessidade de controle de sinistralidade e com a intenção de melhorar a oferta de serviços hospitalares, a Unimed Maceió, com 129 mil beneficiários na região, ampliou a sua estratégia de verticalização em parceria com o principal shopping da cidade.

Com esse objetivo, desenvolveu um projeto inovador em um complexo de imobiliário, por meio de um fundo de investimento imobiliário (FII).

METODOLOGIA

Estruturação de um fundo imobiliário, assessorado pela consultoria especializada XVI Finance, para o desenvolvimento do empreendimento com capacidade para 250 leitos, 10 salas de cirurgia, hemodinâmica, Unidade de Trauma e Emergência e completo Centro de Diagnóstico por Imagem, em uma estrutura de alta tecnologia, sustentabilidade e humanização.

Anexo ao Shopping, o complexo imobiliário de Maceió no qual o hospital está inserido possui o conceito de “Cidade 15 minutos”, no qual é possível estar a 15 minutos de caminhada de todas as necessidades do dia a dia: trabalho, comércio, restaurantes, serviços, saúde, educação, espaços culturais, parques e praças, proporcionando conexão social, senso de pertencimento e uma consciência mais ecológica.

O complexo imobiliário contará com mais de 2.000 unidades residenciais, com expectativa de trazer em torno de 10.000 habitantes para o bairro, aliando desenvolvimento imobiliário e oferta de qualidade assistencial para a região.

Perspectiva do desenvolvimento do complexo imobiliário de Maceió a poucos passos do principal shopping da cidade (PARQUE SHOPPING MACEIÓ, 2022).

Visão frontal do empreendimento hospitalar. (FIORENTINI HEALTHCARE DESIGN, 2022, empresa de arquitetura responsável pela elaboração do projeto)

RESULTADOS

O shopping foi elemento catalisador para o desenvolvimento do seu entorno, influenciando tanto a infraestrutura local quanto o surgimento de novos complexos multiusos, criando um ecossistema de serviços e oportunidades ao redor do shopping, com torres residenciais, escritórios corporativos, administração pública, hotéis, clínicas, instituições de ensino e outras estruturas públicas.

Dentre os resultados, a cooperativa ampliou o número de beneficiários demonstrando impacto comercial positivo com a divulgação do hospital.

O Fundo de Investimento Imobiliário – FII constituído concluiu com êxito as duas captações de recursos destinadas ao início das obras e está realizando a terceira captação de recursos para a conclusão do total de R$ 219,5 milhões em investimentos pelo fundo, via captação com uma oferta de cotas destinada aos investidores em geral.

Complexo multiuso ao lado do shopping com infraestrutura de acesso pavimentação, drenagem, saneamento, urbanização e paisagismo (PARQUE SHOPPING MACEIÓ, 2022).

Foto da Assembleia Geral Extraordinária – AGE para a aprovação do projeto pelos cooperados da Unimed Maceió, realizado em 2019, (UNIMED MACEIO).

CONCLUSÕES

A presença de um shopping atrai investimentos em construções no entorno, impulsionando a geração de empregos e o desenvolvimento de uma área antes pouco explorada.

Isso torna a região mais dinâmica e atrativa para moradores e investidores, adensando a população para reduzir ao máximo as distâncias e locomoção diária.

O primeiro projeto de hospital de alta complexidade dentro do complexo imobiliário com um shopping no Brasil irá proporcionar crescimento econômico para a região, maior comodidade e qualidade aos seus beneficiários, assegurando a sustentabilidade econômica financeira da cooperativa.

REFERÊNCIAS

XVI FINANCE. **Guia para Análise de Viabilidade de Hospitais: do sonho à realidade**. 2019. Disponível em <https://xvifinance.com.br/estruturacao-de-fundo-de-investimento-imobiliario-fii/>. Acesso em 16 de junho de 2023.

PARQUE SHOPPING MACEIÓ**. Masterplan Parque Shopping Maceió.** 2022**.** Disponível em <https://allos.co/projetos_multiuso/parque-shopping-maceio/>. Acesso em 16 de junho de 2023.

ESTUDOS DOS CASOS DE CORONAVÍRUS E SUA RELAÇÃO COM DETERMINANTES QUE REFLETEM A DESIGUALDADE SOCIAL NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

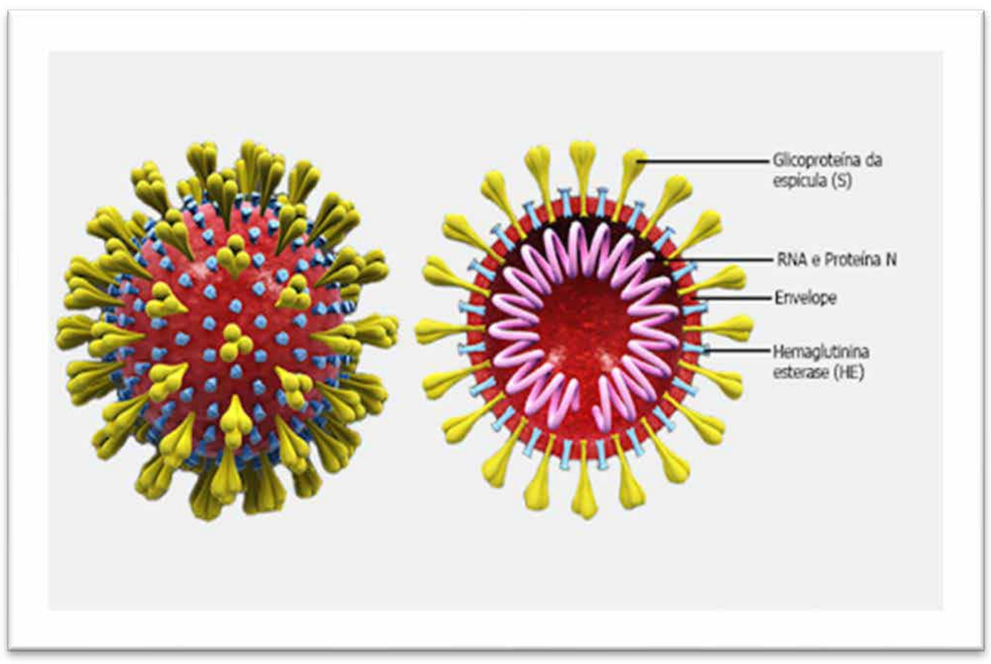
ADRIANO LAFIN

INTRODUÇÃO

O Coronaviridae, popularmente denominado coronavírus, é uma família de vírus com algumas linhagens capazes de infectar humanos, provocando infecções respiratórias graves. Podemos citar os vírus SARS-CoV e MERS-CoV, que são potencialmente capazes de provocar doenças graves, e os vírus HKU1, NL63, OC43 e 229E, associados a síndromes respiratórias leves. Em Wuhan, na China, foi identificado um surto de pneumonia viral grave em dezembro de 2019. (SARS-CoV-2).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo correlacional, transversal, com abordagem quantitativa, tendo como unidades de análise os estados da região Sudeste do Brasil.
A presente pesquisa envolve apenas dados anonimizados e disponibilizados em plataforma de acesso público, como do Ministério da Saúde, do IBGE, e do Instituto de Pesquisa, Estatística & Qualidade LTDA (IPEQ), relativos ao número de casos confirmados e de óbitos por Covid-19, entre março e agosto de 2020.
O presente estudo utilizou dados secundários de domínio público que não identificam os participantes, dispensando a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Foram utilizadas variáveis independentes de quatro dimensões: epidemiológica, demográfica, estrutura do sistema de saúde e socioeconômica. O tempo de pandemia foi calculado considerando o período de março a agosto de 2020. A taxa de letalidade foi calculada por meio da relação entre os óbitos e os casos confirmados por Covid-19 na região da pesquisa.



Desenho esquemático dos componentes do SARS-CoV-2. Nazári, 2020.

GRAVIDADE DA DOENÇA	APRESENTAÇÕES CLÍNICAS
Grau 01 – Caso assintomático	• Caracterizado por teste laboratorial positivo para Covid-19 e ausência sintomas.
Grau 02 – Caso leve	• Febre, dor de garganta, tosse seca, mal-estar e dores no corpo; • Náusea, vômito, fezes pastosas; • Dores de cabeça, fotossensibilidade, dor ocular.
Grau 03 - Caso moderado	• Sintomas de pneumonia (febre e tosse persistentes), sem hipoxemia; • Lesões significativas na TC de tórax.
Grau 04 - Caso grave	• Pneumonia sem hipoxemia (SpO2 < 90-92%).
Grau 05 - Caso crítico	• Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), podendo es acompanhada de choque, alterações de coagulação, encefalopa insuficiência cardíaca e lesão renal aguda.

Quadro clínico da Covid-19
Adaptado de Parasher 2020

RESULTADOS

O tempo, desde o início da pandemia, variou de 165 dias, em Minas Gerais, a 176 dias em São Paulo. Tivemos um total de 184 dias de março a agosto de 2020, sendo assim nenhum dos estados da região Sudeste chegou a 100% nas análises apresentadas. O estado que mais se aproximou do total de dias (tempo de pandemia) foi São Paulo. Em ordem crescente, temos: Minas Gerais (88,48%), Espírito Santo (89,82%), Rio de janeiro (90,48%) e São Paulo (95,45%). A taxa de incidência referente ao número de novos casos foi calculada em função do tempo de pandemia de cada estado para cada 100 mil pessoas. Esses dados são apresentados na Tabela 1. A Tabela 2 apresenta a prevalência relacionada a condições crônicas, hábitos e condições de moradia. Nela é possível observar variação entre os estados da região Sudeste. O índice de pessoas com sobrepeso foi maior no Rio de Janeiro (57,10%) e menor no Espírito Santo (49,10%). O estado de São Paulo possui o maior número de médicos para cada grupo de mil habitantes, 2,58 médicos/mil habitantes. Em contrapartida, a menor proporção foi encontrada no Espírito Santo, com 2,21 médicos/mil habitantes. A porcentagem de pessoas abaixo da linha da pobreza foi menor em São Paulo (5,61%), o mesmo aconteceu para pessoas sem escolaridade, correspondendo a 3,11%; Rio de Janeiro e Espírito Santo apresentaram número bem maior (8,03%).

Unidade Federativa	Tempo de pandemia	Incidência por 100 mil pessoas	Mortalidade por 100 mil pessoas	Taxa de letalidade (%)	Pessoas acima de 60 anos (%)	Leitos UTI adulto por 10 mil pessoas	Médicos por mil pessoas
Rio de Janeiro	168	1221,83	88,57	7,25	21,00	2,33	2,40
São Paulo	176	1642,30	61,99	3,77	17,00	2,02	2,58
Minas Gerais	165	919,34	75,30	2,46	17,00	1,49	2,24
Espírito Santo	167	2635,01	22,63	2,86	16,00	2,00	2,21

Tabela 1. Principais variáveis epidemiológicas e de estrutura do Sistema de Saúde dos estados da região Sudeste do Brasil, 2020..

Unidade Federativa	Prevalência de tabagismo (%)	Prevalência de hipertensão (%)	Prevalência de diabetes (%)	Pessoas acima do peso	Pessoas sem acesso à rede geral de água (%)	Pessoas sem acesso à rede de esgotos (%)
Rio de Janeiro	10,10	28,00	8,30	57,10	11,26	12,09
São Paulo	13,50	24,40	7,90	55,80	4,17	7,71
Minas Gerais	8,20	25,80	8,00	52,50	11,33	48,56
Espírito Santo	7,50	24,30	6,40	49,10	14,37	21,83

Tabela 2. Prevalência de condições crônicas, hábitos de vida e condições de moradia nos estados da região Sudeste, Brasil, 2020. .

CONCLUSÕES

Neste estudo, investigamos a incidência e mortalidade por Covid-19 na região Sudeste do Brasil, no período de março a agosto de 2020, e verificamos que áreas de menor status socioeconômico sofrem mais com a disseminação do vírus, com alta aglomeração populacional e condições precárias de habitação e saneamento básico. Os dados históricos têm evidenciado que a pobreza, as desigualdades e os determinantes sociais de saúde facilitam a propagação de doenças infecciosas e contribuem bastante para a morbidade e a mortalidade.

REFERÊNCIAS

Lafin A. Estudos dos casos de coronavírus e sua relação com determinantes que refletem a desigualdade social na região sudeste do Brasil. [undergraduate thesis]. Guarulhos: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Guarulhos; 2022. 46p.

Exposição à Radiação dos Pacientes Atendidos no Pronto Atendimento: gerenciamento do processo com o uso da tecnologia

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

VERNIZ RF, FELICIONI R, RODRIGUES AA, SANTORO CM.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o avanço dos recursos da medicina nos possibilita diagnósticos cada vez mais precisos por meio de tecnologias de primeira linha, porém, também fomenta a discussão sobre o alarmante crescimento do uso de métodos que utilizam radiação, especialmente nos exames de tomografias (TCs)[1]. A tomografia computadorizada está entre os exames de imagem que mais emitem radiação ionizante e a exposição radiológica crescente, contribui para maior incidência de riscos oncológicos[2]. **Objetivo**: Minimizar a exposição à radiação relacionada aos exames de Tomografias Computadorizadas dos clientes atendidos no Pronto Atendimento.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado no Pronto Atendimento de um hospital privado do estado de São Paulo, período avaliado: maio a julho de 2022 e comparado com o mesmo período em 2023. A ferramenta utilizada para organizar o desenvolvimento das ações foi o PDCA, evidenciando as ações, indicadores e resultados. Realizada a reorientação da equipe médica a partir da definição de novos critérios para indicação dos exames, análise crítica diária das indicações e interface com equipes médicas especialistas, em tempo real. Para isso, contamos com o avanço da tecnologia para monitoramento e análise dos resultados por meio de uma plataforma digital de sistemas de imagens médicas que possibilitou a integração dos resultados com o prontuário eletrônico do paciente, otimizando o tempo e recursos utilizados, não sendo necessária a impressão dos exames, confirmando nossa preocupação com a sustentabilidade.

CICLO PDCA

PLAN

P

- Reunião em março/23 para análise de NPS, visto a necessidade de otimização do fluxo e recursos em PA. Foi evidenciada: excesso de solicitações de Tcs em PA: dados com 25% de exames, do total de atendimentos, com impacto em reavaliação e financeiro.

DO

D

- Estabelecer critérios para solicitação de TCs.
- Acompanhamento diário dos pedidos de TCs e ajustes necessários.
- Esclarecer aos pacientes quanto à indicação das TCs.

CHECK

C

- Redução para 18% em maio e 16% em junho, sendo taxas de 10% para tomografias de pacientes triados verde (Pouco urgente conforme classificação Manchester)
- Houve reflexo no aumento das radiografias e ultrassons, com necessidade de observação de tal padrão, visando manter a eficiência.

ACT

A

- Discussão da necessidade de solicitação do exames com as equipes titulares dos pacientes
- Priorizar a solicitação do pedido após internação, visando a avaliação pelo médico especialista.

PDCA: ferramenta utilizada no Pronto Atendimento em 06/2023.

RESULTADOS

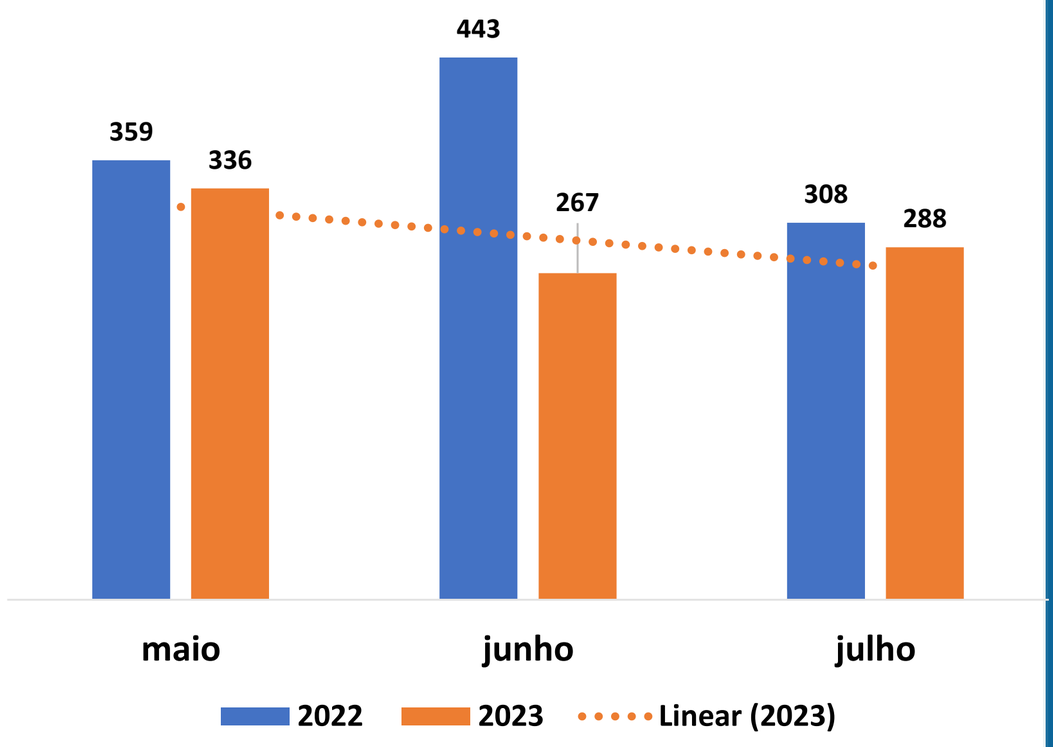
Após as ações implementadas o impacto foi imediato, reduzindo as tomografias indicadas aos clientes no período entre maio a julho de 2023, quando comparado ao mesmo período em 2022. Verificou-se uma diminuição de 20% no número de tomografias e redução de 31 minutos no tempo médio de permanência do cliente quando comparado ao mesmo período de 2022.

Principais ações:

Execução:

1. Definição de critérios para solicitação de TCs
2. Coordenação médica atuante in loco, verificando a assertividade nas solicitações das TCs e acompanhamento diário dos pedidos.
3. Esclarecimento aos pacientes e acompanhantes quanto à indicação das TCs.

Evolutivo anual das Tomografias



Dado evolutivo da quantidade de tomografias solicitadas no Pronto Atendimento , período entre maio a julho de 2023, quando comparado ao mesmo período em 2022

CONCLUSÕES

Com foco na segurança, satisfação e experiência do cliente, concluímos que a melhor indicação dos exames, aprimoramento do exame físico e com o apoio da tecnologia, além da privação da exposição à radiação e possíveis incidentes, também contribuiu para otimização do tempo de permanência na instituição e aperfeiçoamento dos fluxos e recursos utilizados no PA.

REFERÊNCIAS

1. Jungl R, Atallah AN. Tomografia computadorizada e risco de neoplasias. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) Diagnóstico Tratamento. 2017;22(2): 57-62.
2. Albuquerque AS, Mastrocola LE. Radiação e exames diagnósticos: qual o risco real? Rev. Soc. Cardiologia Estado de São Paulo 2017;27(2): 82-7.

Impacto da filantropia na sustentabilidade do atendimento ao SUS e sua relação com os hospitais privados – Caso HNSG

Autor: Alexandre Bartolomei Gutierrez, Alexandre Luiz Raicherth, Claudineiado Rocio Danielski Ramos, Paulo Rogerio Zaias

INTRODUÇÃO

Nos meios de comunicação vem crescendo a presença da temática ESG (Meio Ambiente, Social e Governança) e como um dos setores de maior impacto da vida das pessoas a área da saúde faz parte deste movimento. Como resultado muitas ações relativas ao meio ambiente e a inclusão no ambiente de trabalho vem sendo abordadas, mas o maior impacto e o mais entrelaçado com a vida da população por vezes não recebe destaque, talvez porque seja o próprio objetivo da atividade que é o acesso a saúde. O impacto do setor de saúde na sociedade é de tamanha importância que além de ser tema constante em debates políticos, tem presença constante nos noticiários, e se tornou até mesmo um diferencial nos benefícios que as empresas oferecem a seus colaboradores, possuindo até mesmo regras específicas do setor para prestação de contas referentes ao ESG pelo SASB (Sustentability Accounting Standards Board).

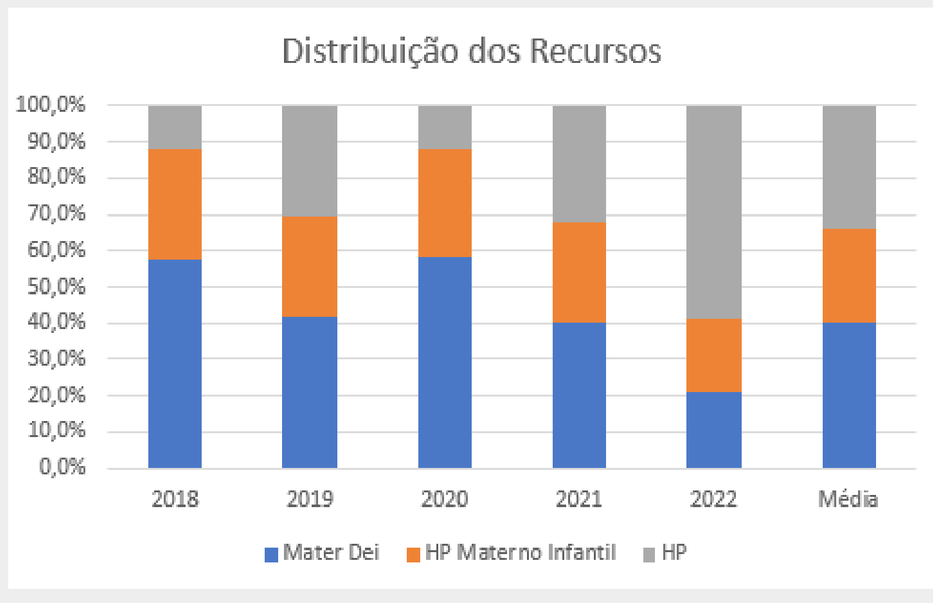
A dinâmica social e econômica brasileira se reflete naturalmente na área de saúde como pode ser percebido pelos dados divulgados em relatório conjunto da FBH (Federeção Brasileira de Hospitais) e a CNSaúde (Confederação Nacional de Saúde). Segundo os dados divulgados em 2022 62% dos hospitais e dos leitos disponíveis no Brasil eram particulares, ou seja, se considerarmos o volume apenas já é possível perceber o impacto do setor na sociedade. Considerando ainda que destes 62% particulares, 59% são sem fins lucrativos com atendimento ao SUS, e representam 61% dos leitos de hospital privados, temos que cerca de 160.914 leitos disponíveis a população, são dedicados ao atendimento via entidades sem fins lucrativos.

Entretanto como as entidades sem fins lucrativos que atendem a população pelo SUS sentem em suas gestões, o modelo de remuneração utilizando com tabelas defasadas, associadas a tentativa de compensar com incentivos a tipos específicos de atendimento e ao padrão de contratação com teto de atendimento torna estas operações financeiramente deficitárias. Desta forma a sustentabilidade da atividade fica comprometida a não ser que estratégias diferentes de financiamento sejam colocadas em prática.

Formação do Grupo Hospitalar Mossa Senhora das Graças, mostrando a Matriz (HNSG) e as quatro filiais.

METODOLOGIA

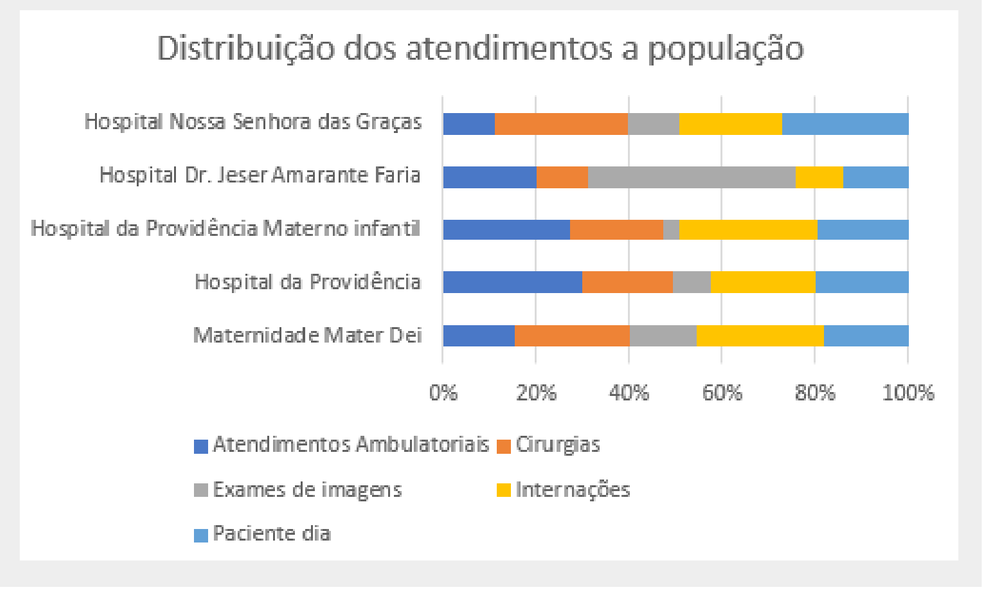
Para abordar esta situação o HNSG adotou um modelo de gestão em grupo onde existe uma forma de financiamento cruzado. Tendo a unidade Matriz focada nos atendimentos de convênios e particulares, e as demais unidades do grupo no Paraná com atendimento ao SUS. Neste modelo de atendimento ao mesmo tempo que a maior parte do atendimento à população acontece pelo SUS as atividades da matriz com convênios e particulares geram recursos que podem ser utilizados para compensar o déficit financeiro do atendimento pelo SUS. E existe a troca constante de informações e práticas entre as diferentes unidades para busca de melhoria contínua, apoio técnico e operacional.



Distribuição do aporte financeiro da matriz as filiais do Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças.

RESULTADOS

Como resultados dos últimos cinco anos dos atendimentos a população realizados no Paraná pelo Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças 62% foram realizados pelas unidades contratualizadas com o SUS. E embora isto represente um déficit financeiro médio neste período de 9,43% em suas operações, a matriz foi capaz de viabilizar estes recursos e fomentar investimentos em melhorias das estruturas, em parte com as reduções de custos proporcionadas pela filantropia. Viabilizando a realização nestes últimos 5 anos 151.663 cirurgias, 538.407 atendimentos ambulatórias e atendendo 742.633 pacientes dia, sem colocar em risco a viabilidade das operações.



Distribuição dos atendimentos a população realizados pelos hospitais do Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças.

CONCLUSÕES

O modelo de filantropia com unidades atendendo a convênio e particulares, e unidades atendendo ao SUS se mostra efetivo em permitir que ao fazer uso dos benefícios proporcionados pela condição de filantropia e uma visão de gestão de grupo sustentam a viabilidade das operações e o atendimento da população.

REFERÊNCIAS

Federação Brasileira de Hospitais [FBH], Confederação Nacional de Saúde [CNSaúde]. 2022. Cenário dos Hospitais no Brasil: 2021-2022. Disponível em:https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf Acesso em 08 de setembro de 2023.

Sustainability Accounting Standards Board [SASB]. 2018 Health Care Delivery – Sustainability Accounting Standard Disponível em: <www.sasb.org/standards/download/> Acesso em 27 de abril 2023

FORTALECENDO A CULTURA DE APRENDIZADO ATRAVÉS DO PROGRAMA DE MULTIPLICADORES DE CONHECIMENTO EM EMPRESA DO SEGMENTO ONCOLÓGICO.

Taisi Aureliano Feitosa, Caroline Guedes Janzen, Ana Paula Lopes Pimenta, Paulo Modesto Menezes

INTRODUÇÃO

No ambiente corporativo a busca contínua por aprendizado e desenvolvimento tornando-se crucial para o crescimento e o sucesso dos colaboradores e das organizações. Nesse contexto, o programa de multiplicadores de conhecimento surge como uma abordagem inovadora e eficaz para disseminar conhecimentos, habilidades e melhores práticas em uma empresa de grande porte no setor de saúde.

METODOLOGIA

Para a aplicação do programa, foi elaborado um cronograma que abrange diferentes etapas ao longo do ano. No 1° trimestre, são apresentados para as lideranças os objetivos do programa, o cronograma de formação, os critérios de elegibilidade (figura 01) e a quantidade necessária de multiplicadores por unidade. O 2° trimestre é dedicado ao programa de formação (figura 2). A formação é realizada integralmente à distância, mesclando momentos síncronos e assíncronos. Cada módulo é acompanhado de avaliações somativas e formativas. Os 3° e 4° trimestres são reservados para o desenvolvimento prático dos multiplicadores, onde são incentivados a criar e aplicar ações de treinamento de acordo com as necessidades identificadas em suas respectivas unidades, em colaboração com os gestores ou em resposta a demandas institucionais. Ao final do 2° semestre, a área de educação continuada avalia e reconhece o desempenho de cada multiplicador, com base no atendimento às metas do programa.

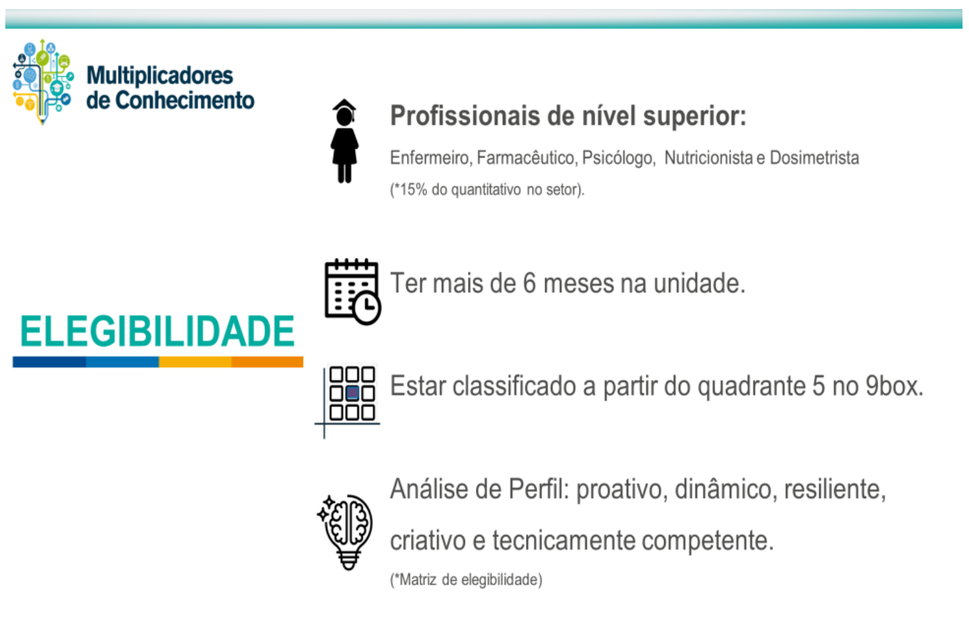


Figura 01 – Critérios de Elegibilidade do multiplicador.

Figura 02 – Programa formação do multiplicador.

RESULTADOS

O primeiro ciclo do programa foi implementado com sucesso em 2022, contando com a participação de 119 multiplicadores distribuídos entre as frentes de negócio dos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia. Durante o ciclo do programa, 40 profissionais foram descontinuados (desligamento ou afastamento), resultando em um total de 79 multiplicadores que concluíram o programa. A pesquisa de satisfação revelou resultados positivos e destacou a qualidade do programa, mencionando a riqueza da capacitação, o estímulo para envolvimento nos fluxos das unidades para identificação das necessidades de treinamento e a importância dos temas abordados.

Com a condução do programa, foram aplicadas 120 ações de treinamento, envolvendo um total de 3368 colaboradores capacitados, colaborando com 862 horas de treinamento, impulsionando uma cultura de aprendizado e aprimoramento contínuo dentro da organização.

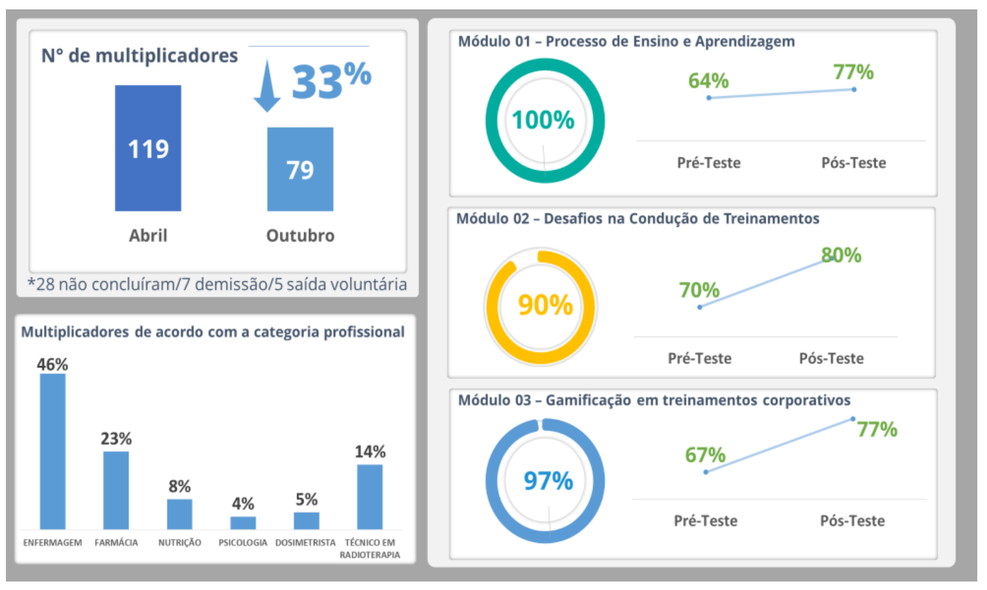


Figura 3 – Resultados do ciclo 2022.

Figura 4 - Registro das ações de treinamentos.

CONCLUSÕES

O programa apresentou sucesso na disseminação do conhecimento e no fortalecimento das competências em áreas estratégicas da empresa. As percepções positivas dos multiplicadores reforçam a importância dessa iniciativa. As sugestões feitas pelos participantes nos ajudam a aprimorar o programa e torná-lo ainda mais relevante para as necessidades de desenvolvimento da organização. Em suma, essa é uma iniciativa que visa impulsionar a cultura de aprendizado na organização, promovendo capacitação, compartilhamento e reconhecimento como os pilares essenciais para o desenvolvimento contínuo e o sucesso coletivo.

REFERÊNCIAS

Relatórios da plataforma LMS da instituição.

GESTÃO DE TEMPOS COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE PERMANÊNCIA NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

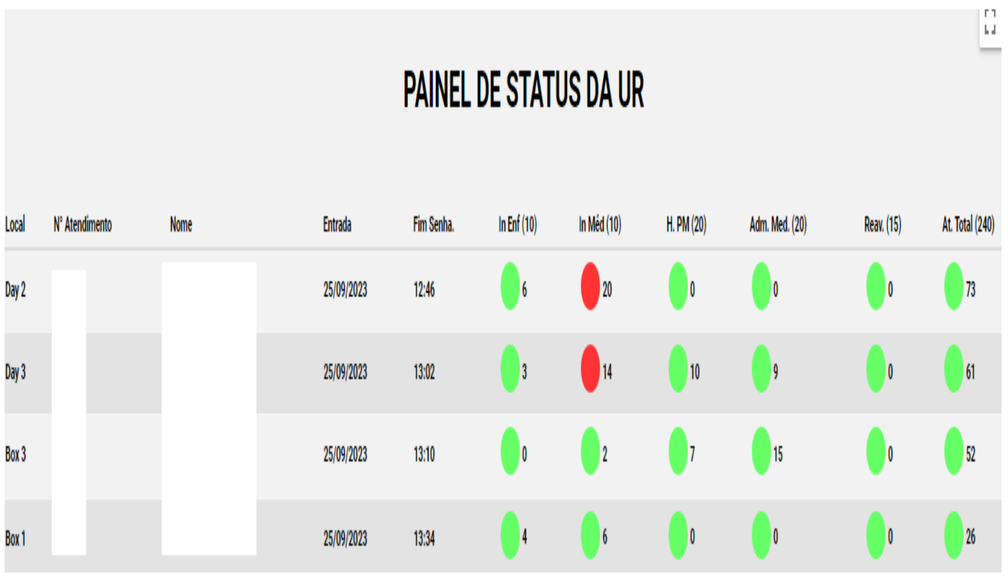
Simone Souza da Silva, Denise Souza Amorim, Juliana Santos, Priscila Oliveira Cabral Bringer

INTRODUÇÃO

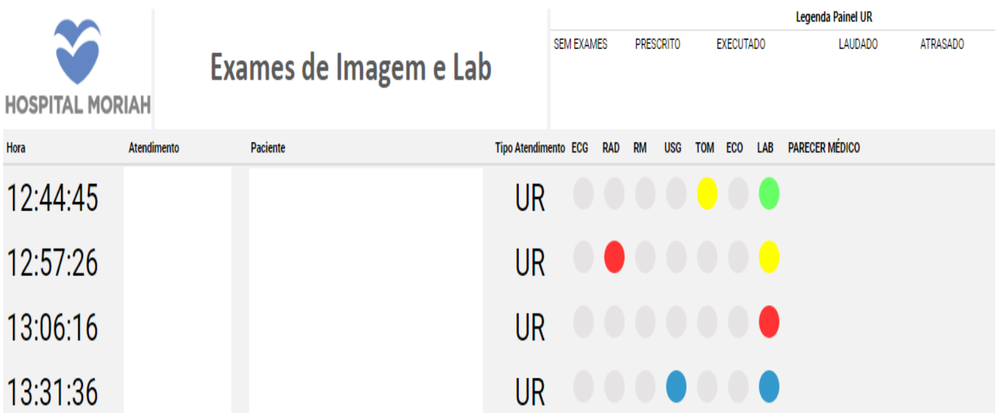
Em 2020 nossos indicadores de atendimento eram apenas volumétricos; com o advento da pandemia e a alta procura por atendimento de urgência e emergência percebemos a necessidade da implantação de indicadores de tempos, com metas estabelecidas e análises qualitativas. Ao longo do 2° semestre de 2020, 2021 e 2022, desenvolvemos diversas ações dentro do indicador “Tempo de atendimento total”, com isso diminuímos o tempo de permanência

METODOLOGIA

O método inicial foi análise semanal qualitativa dos tempos superiores a 4h de atendimento, classificou em 3 categorias: médico, hospital e paciente. Em cada categoria foram desenvolvidos planos de ação. A partir de 2021 o processo foi escalonado com metas em cada etapa subdividida em: total de atendimento, início de atendimento médico e de enfermagem. Dentre outras ações como: SLA (*Service Level Agreement*) para realização de exames, SLA para laudo de exames, tempo acionamento da retaguarda. Concomitante foram implantados os *Bundles* de atendimento com analise da adesão e tempo de resposta retaguarda. Em 2023, implementamos na unidade de emergência painel com exposição das metas e tempos alcançados nos atendimentos *on time*.



Painel com metas e tempos alcançados nos atendimentos *on time*.

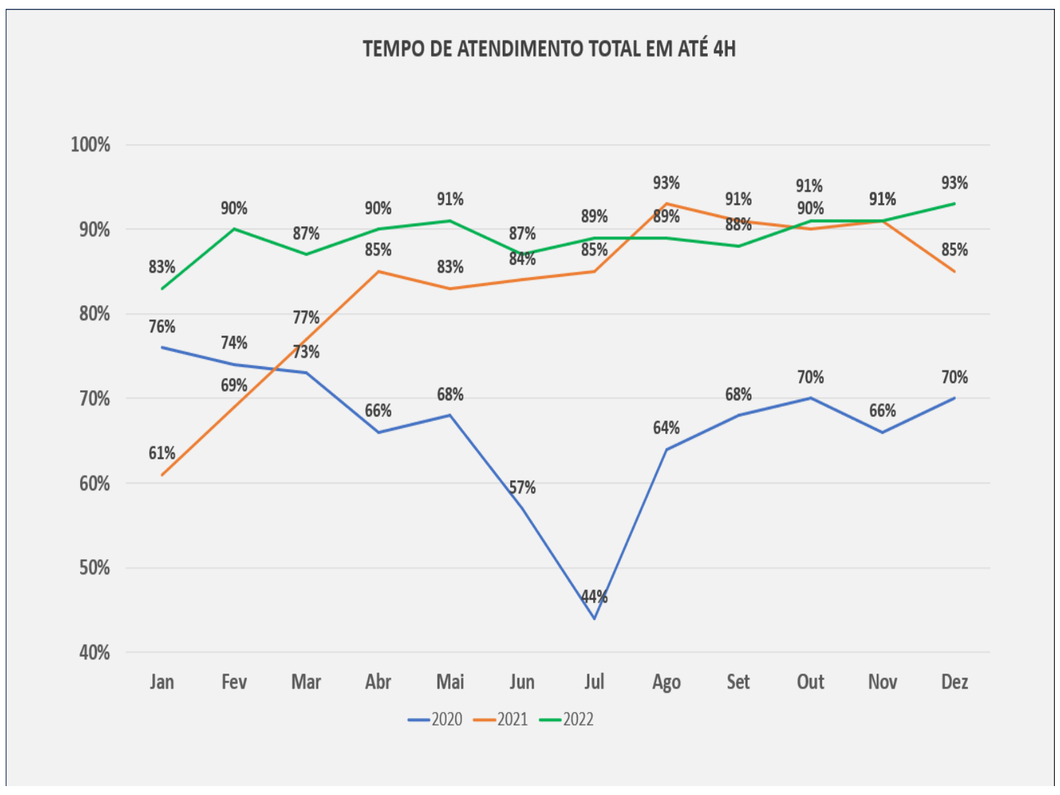


Painel de status dos exames on time.

RESULTADOS

Considerando o 1° semestre de 2023, obtivemos os seguintes resultados:

1) Tempo total de atendimento na Unidade de emergência: **91%** com atendimento total de até 4h, média de tempo total de **02h27.**
2) Tempo de início de enfermagem: média do semestre de **00:06** de início de atendimento de enfermagem.
3) Tempo de início médico: **65%** dos pacientes com atendimento em até 10min, média do semestre de **00:21** de início de atendimento.
4) Tempo de início de execução da prescrição médica: média do semestre de **00:16** de início.



Evolutivo de 2020, 2021 e 2022 após ações como analise semanal dos indicadores.

CONCLUSÕES

Através do desenvolvimento de ações multidisciplinares que estabeleçam objetivos claros, com metas específicas, envolvimento da equipe e capacitação técnica do time assistencial, o desfecho evolui positivamente. As ações combinadas culminaram em redução do tempo de permanência demonstrando a eficiência da Unidade de Atendimento de Urgências e Emergências.

REFERÊNCIAS

1. Berwick DM. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo (SP): Makron Books; 1995.
2. Novaes HM, Paganini JM. Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: acreditação de hospitais para a América Latina e do Caribe. Organização Pan-Americana de Hospitais/Organização Mundial da Saúde – Federação Latino Americana de Hospitais. Brasília (DF): Federação Brasileira de Hospitais; 1992.
3. Viola DCM, Cordioli E., Pedrotti CHS, Lervolino M, Neto ASB, Almeida LRN, Neves HSS, Lottenberg CL, Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência, Gestão e economia em saúde • Einstein (São Paulo) 12 (4) • Oct-Dec 2014.

GESTÃO LEAN: ENGAJAMENTO DAS LIDERANÇAS NO CONTROLE E EXECUÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

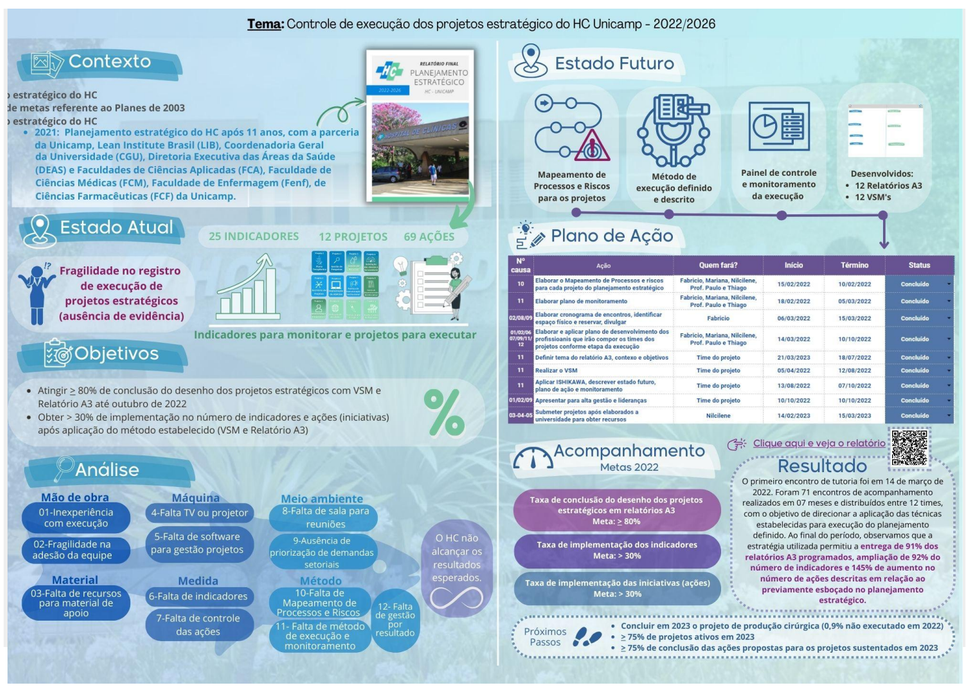
Nilcilene Pinheiro Silva, Paulo Sérgio de Arruda Ignácio, Elaine Cristina Ataíde, Fabricio Ferreira dos Santos, Mariana Salhab Dall' Aqua Schweller, Thiago Sarbo Langoni, Fernanda Andrade Orsi, José Barreto Campello Carvalheira.

INTRODUÇÃO

O planejamento estratégico é fundamental para guiar as ações e decisões de uma instituição de saúde em direção a seus objetivos e visão de futuro. No contexto de um hospital público universitário, o planejamento estratégico desempenha um papel crítico na busca pela excelência na assistência, pesquisa e ensino. Nossa instituição realizou o seu Planejamento Estratégico (PE) em 2021, após um período de onze anos do antecessor executado em 2010, observamos uma fragilidade no controle e execução e identificamos uma dificuldade das lideranças no desdobramento do PE para suas unidades. Observando esse cenário, este trabalho teve por objetivo, desenvolver as lideranças utilizando os princípios Lean, obter 80% ou mais de conclusão do desenho dos projetos estratégicos com Mapeamento de Fluxo de Valor e Relatório A3 até outubro de 2022 e obter mais de 30% de implementação no número de indicadores e ações (iniciativas) após aplicação do método estabelecido.

METODOLOGIA

Os projetos estratégicos foram executados com uso de técnicas e princípios *Lean,* sendo aplicado o Mapeamento de Fluxo de Valor com a identificação dos eventos *Kaizen* para direcionar ações com necessidades de intervenção imediatas e finalizando o método com o desenho do relatório A3. Foi realizado o Mapeamento de Processos e Riscos (MPR) dos projetos do PE e este direcionou a elaboração do plano de prevenção e mitigação.

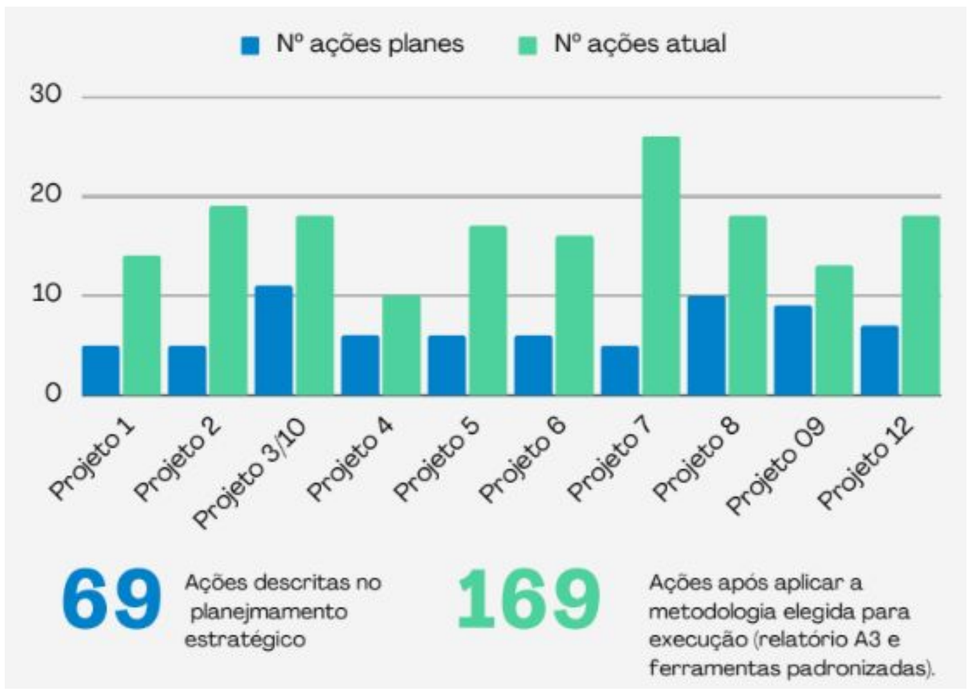


Relatório A3 desenhado para análise do cenário atual e estabelecimento do método de controle e execução dos projetos estratégicos.

Desenho ilustrativo para representar os 12 projetos desdobrados do planejamento estratégico do HC Unicamp 2022/2026.

RESULTADOS

Foram 71 encontros de acompanhamento realizados em 07 meses e distribuídos entre 12 times, com um total de participantes de 100 profissionais das diversas áreas do HC e da Unicamp, estes desenvolvidos para aplicarem as técnicas e princípios *Lean*. A estratégia utilizada permitiu a entrega de 91% dos projetos com o desenho do relatório A3, método que foi estabelecido e que permitiu a ampliação de 92% do número de indicadores de monitoramento e de 145% nas ações descritas em relação ao previamente esboçado porque envolveu as lideranças e a equipe operacional.



O gráfico compara o número de ações propostas no planejamento estratégico e após aplicação da filosofia *Lean* que envolveu a equipe operacional.

Imagem de um dos 71 encontros realizados para desenvolver a equipe com os princípios *Lean* e monitorar o andamento dos projetos.

CONCLUSÕES

Observamos nesse ciclo de aprendizado que a gestão de riscos dos projetos "subsidia a tomada de decisão para o alcance dos objetivos institucionais e fortalece os controles internos de gestão, contribuindo para a melhoria dos processos e desempenho institucional". Compreendemos que as técnicas e princípios Lean unidas ao desenvolvimento e o engajamento de pessoas, permitiu retomar o planejamento estratégico do HC e construir um histórico de controle de execução.

REFERÊNCIAS

1. Relatório Final do Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC Unicamp) 2022-2026. Campinas, SP. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2022/03/Relat%C3%B3rio-Final-Planejamento-Estrat%C3%A9gico-HC-2022-2026-4.pdf> Acesso em 06 de setembro de 2022.
2.Portaria GM/MS Nº 307, de 22 de fevereiro de 2021. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério da Saúde para os anos 2020 - 2023. Publicado em: 23/02/2021 | Edição: 35 | Seção: 1 | Página: 46 Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-307-de-22-de-fevereiro-de-2021-304711628> Acesso em 01/11/2022 às 20:00
3.Regis, T K O, Gohr, C B, Santos LC. Implementação do Lean Healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. Rev. adm. empres. 58 (1) • Jan-Feb 2018.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/X6vD3mHZrQVsvbYvYGgP4FM/?lang=pt> Acesso em 03/11/2022 às 17:00
4.Portaria GM/MS Nº 1.185, de 9 de junho de 2021 que institui a Política de Gestão de Riscos no âmbito do Ministério da Saúde (PGR/MS). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.185-de-9-de-junho-de-2021-324791914> acesso em 06 de setembro de 2022.

GESTÃO POR COMPETÊNCIAS: UMA METODOLOGIA VOLTADA PARA ALTA PERFORMANCE

Zimmer Oliveira Borges de Moraes; Mayara Prata Queiroz; Keyla Isabel Ferreira Silva

INTRODUÇÃO

O principal diferencial de uma empresa em relação aos seus concorrentes é o capital intelectual desenvolvido. E, garantir uma boa gestão de pessoas, tem sido essencial, logo, a gestão por competências é uma grande aliada no alcance dos resultados estratégicos. Em 2019 o Hospital Monte Sinai, formalizou a parceria com a Consultoria FATORRH, visando aprimorar o modelo de Gestão por competências.

METODOLOGIA

Com o desafio de resgatar o propósito da filosofia de Gestão de Pessoas e refinar a metodologia da Gestão por Competências e seus subsistemas, como o recrutamento e seleção, avaliação de desempenho, trilhas de desenvolvimento, clima organizacional e desligamentos, apoiada a um software GCPEC - gestão on-line. O processo contou com 5 fases: **1º fase:** Campanha de endomarketing; **2º fase:** Comitê de Competência (diretores e lideranças) para aprimoramento estratégico das competências organizacionais e de liderança; **3º fase:** Mapeamento das Competências operacionais e técnicas; **4º fase:** Oficinas de desenvolvimento das equipes; **5º fase:** Refinamento da avaliação de desempenho no sistema GCPEC através de coaching para os líderes.

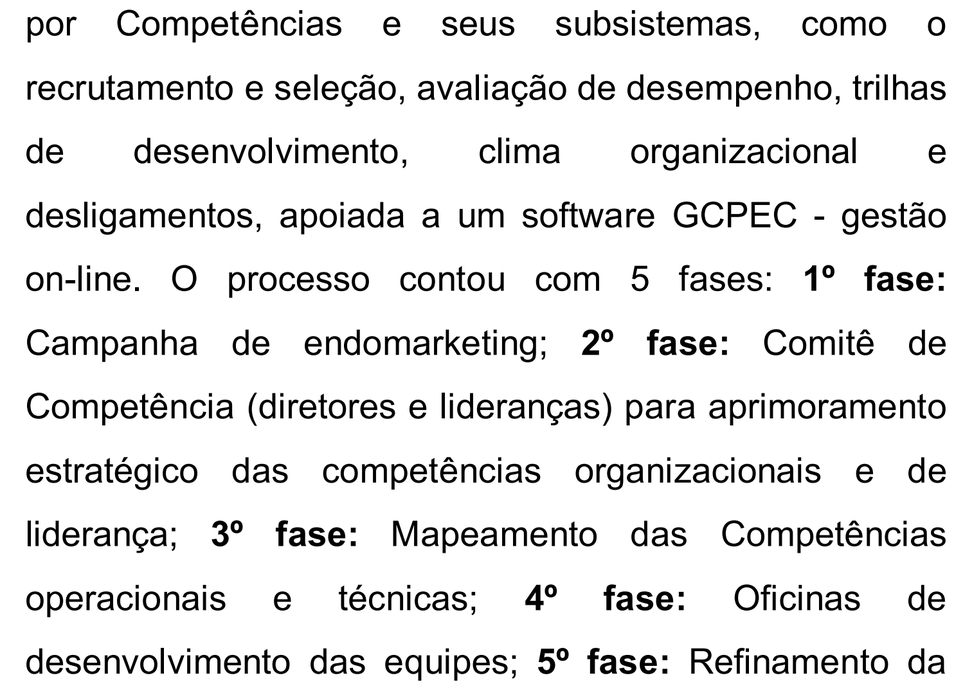


Figura 1 – Logo da campanha e oficina da gestão por competências

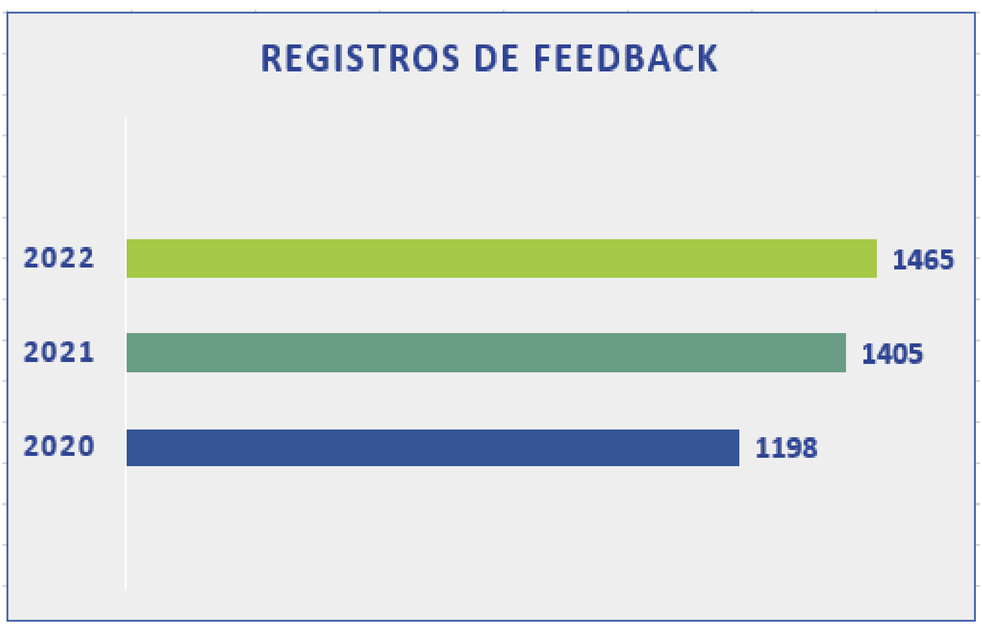


Figura – Registros de Feedback

RESULTADOS

A partir do trabalho de coaching realizado com os gestores da instituição, observamos impactos positivos como o aumento do percentual de avaliações realizadas do corpo de líderes, partindo de um indicador de 82% para 91% (2022) e consequentemente a qualidade das avaliações de desempenho melhorou consideravelmente. Além disso, atingimos a marca de 1.465 registros de feedback's e 117 planos de ação, ferramentas fundamentais para o desenvolvimento e reconhecimento pela entrega de resultados. Inclusive, o processo contribuiu com dois importantes indicadores de GP: Aumento da efetivação e redução da rotatividade de lideranças na instituição. Reflexo do trabalho desenvolvido pela área de gestão de pessoas, garantindo o engajamento do líder, assertividade na tomada de decisão e senso de pertencimento consolidando a área de GP como um parceiro estratégico para o negócio.

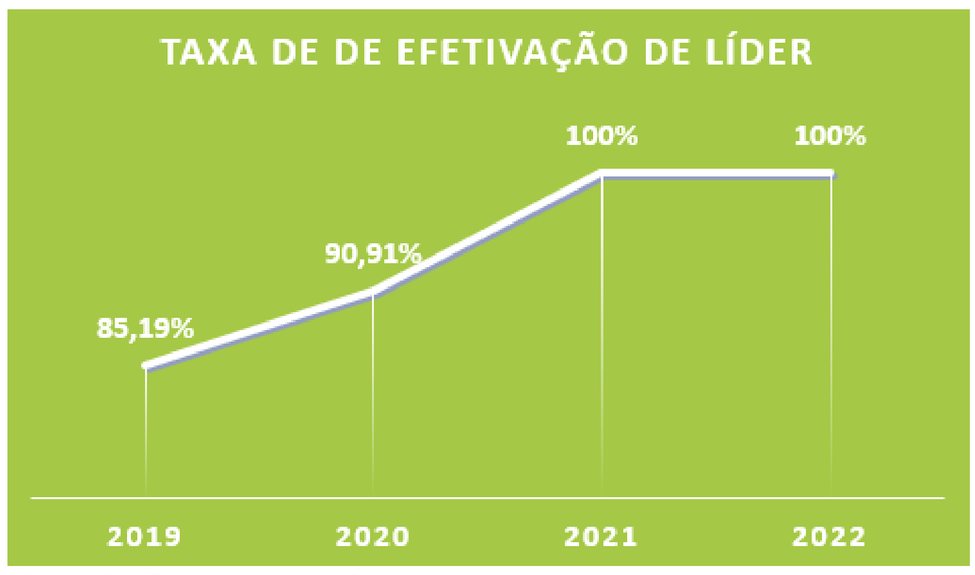


Figura 3 – Taxa de efetivação de líder no período experiência

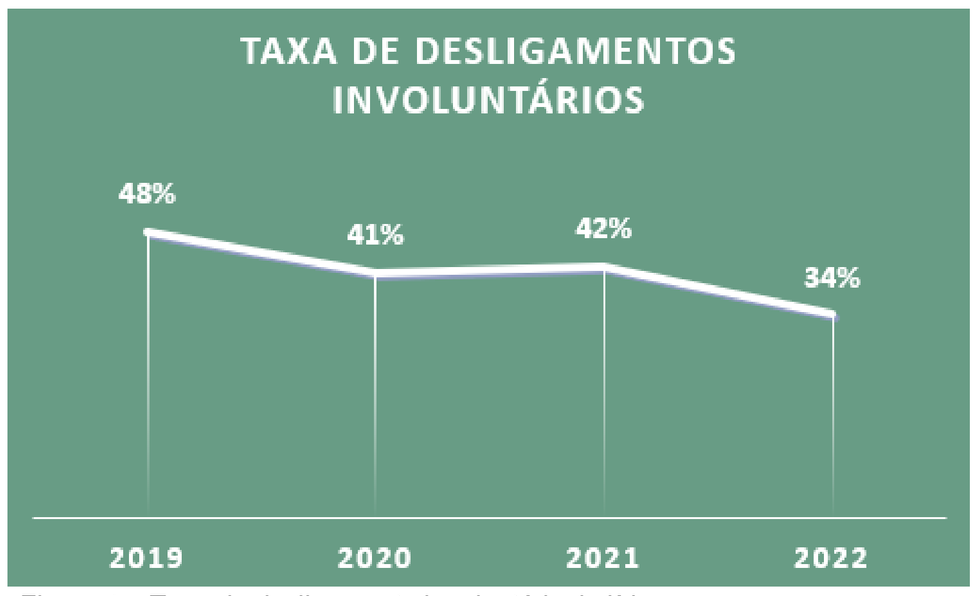


Figura 4 – Taxa de desligamento involuntário de líder

CONCLUSÕES

O novo modelo por competências permitiu estimular e desenvolver as pessoas alinhadas as estratégias organizacionais, determinando o verdadeiro valor para a organização, demonstrando que é possível fazer mais em menos tempo. Fortaleceu a cultura de feedbacks, planos de ação e avaliação de desempenho, otimizando a mensuração dos resultados e possibilitando uma perspectiva desenvolvimento profissional para o alcance de objetivos bem como a melhoria da performance em suas atividades.

REFERÊNCIAS

1. ROSSO, Fabrízio. Liderança em 5 atos: Ferramenta em instituições de saúde. Ed. Layola. 2020.
2. Chiavenato, Idalberto. (1999). Gestão de pessoal: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Campus.

“GLOSA ZERO”: REDUÇÃO DAS GLOSAS HOSPITALARES EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO INTERIOR PAULISTA

Centro Médico Campinas

Emilene Salvador

INTRODUÇÃO

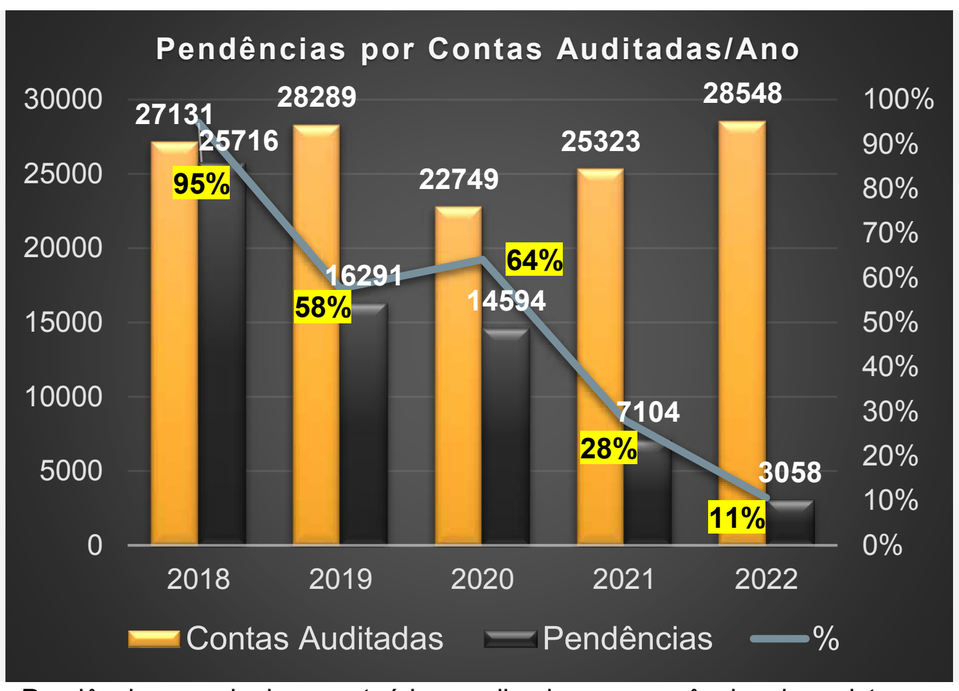
Glosas hospitalares são ajustes de cobrança devido a divergências nas informações repassadas pelos profissionais de saúde sobre serviços prestados por meio de planos de saúde, elas representam um desafio significativo para instituições de saúde, impactando negativamente a eficiência dos processos e os recursos financeiros. Nesse contexto, a atuação de instituições privadas torna-se relevante para mitigar e verificar as glosas, a fim de garantir a adequada remuneração dos serviços prestados pelos hospitais. Pensando que é obrigatório que todas as ações dos profissionais envolvidos no cuidado do paciente sejam descritas (documentadas) no prontuário e que a ausência delas é um dos maiores motivos da glosa, o projeto foi uma iniciativa com o objetivo de reduzir completamente não conformidades e pendências em prontuários hospitalares, promovendo maior eficiência nos processos e otimizando assim a receita do hospital.

METODOLOGIA

O projeto "Glosa Zero" adotou uma metodologia abrangente para atingir seus objetivos. Inicialmente, foi realizada uma análise minuciosa dos prontuários hospitalares para identificar não conformidades relacionadas a glosas. Em seguida, foram realizados treinamentos com os auxiliares administrativos, profissionais responsáveis pela organização dos prontuários, onde foi estabelecido a ordem e a composição dos mesmos. Após foram oferecidas palestras e treinamentos in loco, com o intuito de capacitar os profissionais envolvidos e conscientizá-los sobre a importância da adequada documentação com evidências para evitar glosas. Além disso, foram incluídas na programação da integração de novos colaboradores na instituição, a realização de aulas sobre o tema, em parceria com a educação corporativa e RH. Para a equipe médica, foram incluídas aulas na integração dos novos residentes sobre a qualidade dos registros médicos (evoluções), relatórios cirúrgicos e fichas anestésicas, que são fontes relevantes de informações para auditoria e recurso de glosas. Para complementar foram intensificadas as ações da comissão de prontuários em relação a qualidade das informações, com elaboração de indicadores.

A próxima etapa foi na rotina do setor de auditoria, onde após receberem treinamentos, foi incluído o processo de abertura de não conformidades e pendências para a equipe multiprofissional, para as ausências de registros em prontuários, realizando assim um trabalho educativo com a conscientização das falhas.

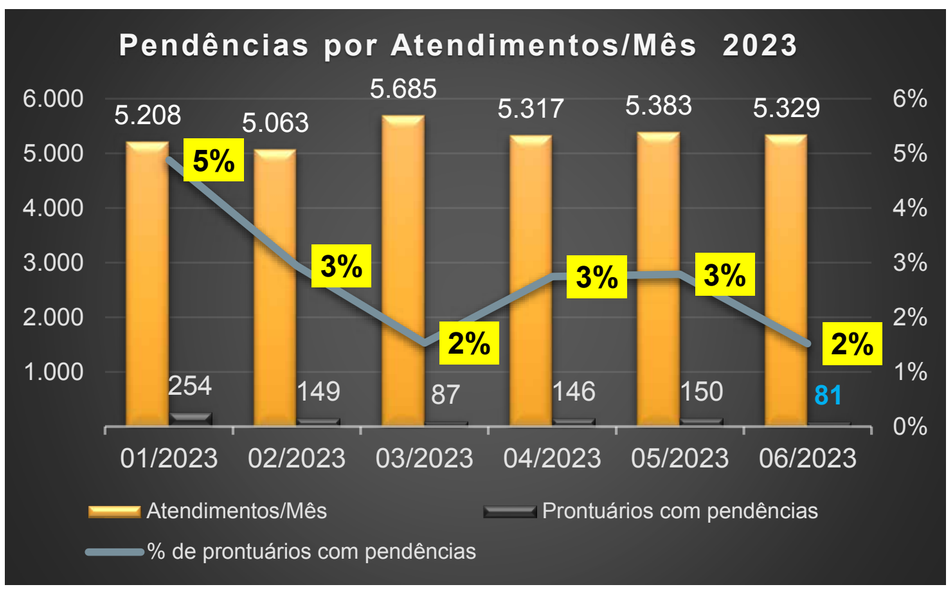
A metodologia empregada mostrou-se eficaz e de grande impacto na conscientização dos profissionais e na otimização dos processos, garantindo uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros da instituição.



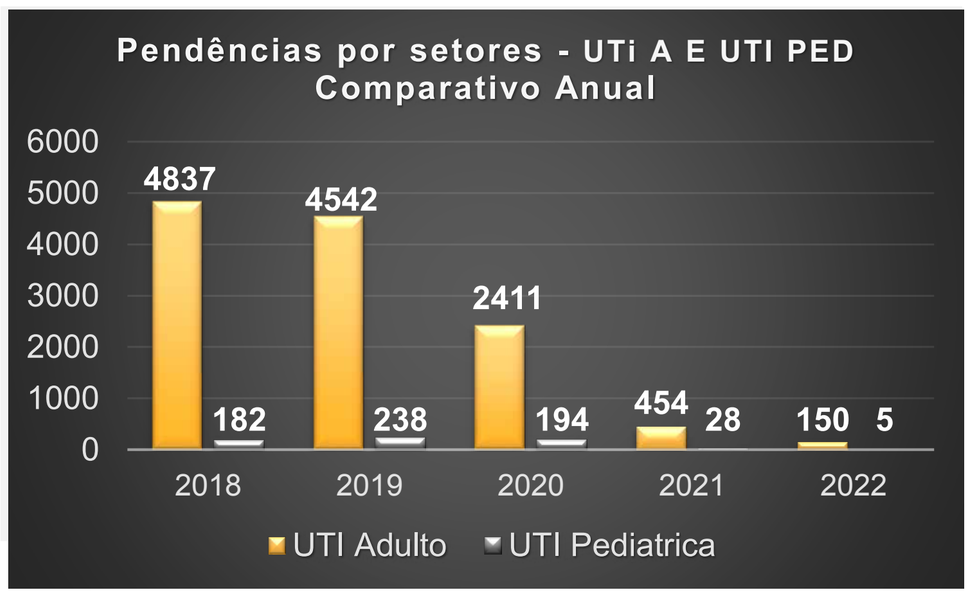
Pendências anuais dos prontuários analisados, por ausências de registros (2018 a 2022).

RESULTADOS

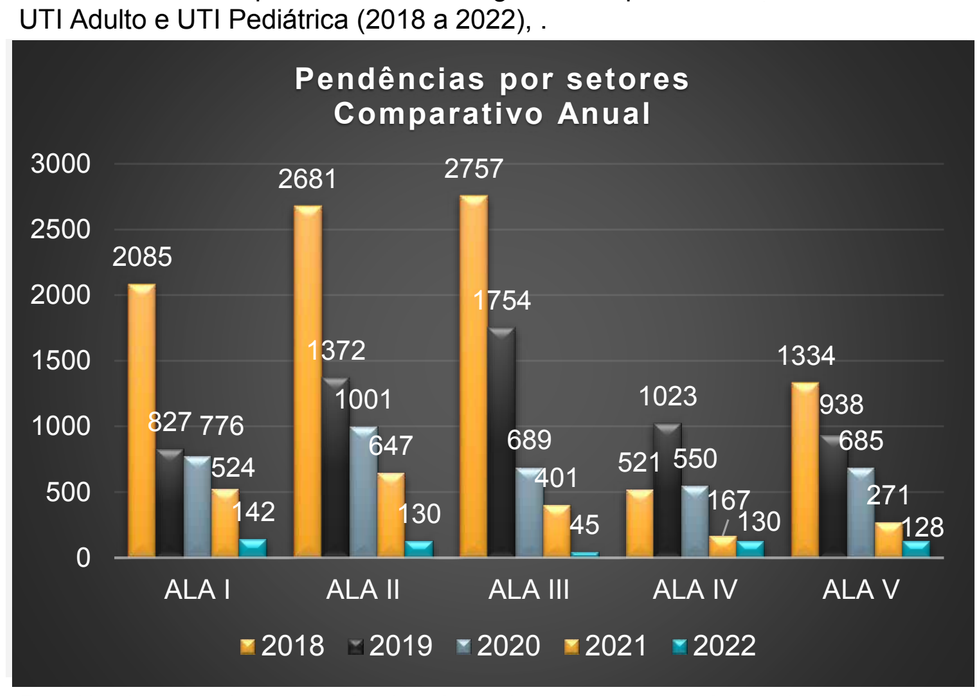
O projeto "Glosa Zero" iniciou suas atividades em 2018, quando eram identificadas, em média, 4900 não conformidades relacionadas a glosas por mês. Atualmente, após a implementação das ações propostas, constatou-se uma redução expressiva, verificando apenas 80 não conformidades no mês de Junho de 2023. Além disso além da melhora quantitativa e qualitativa, ocorreu grande impacto na organização dos prontuários, evidenciando a efetividade do projeto na diminuição das glosas hospitalares.



Pendências mensais por ausências de registros em prontuários, dos atendimentos ocorridos em 2023,



Pendências anuais por ausências de registros em prontuários, dos setores de UTI Adulto e UTI Pediátrica (2018 a 2022), .



Pendências anuais por ausências de registros em prontuários, dos setores de internação. (2018 a 2022),.

CONCLUSÕES

A atuação da instituição privada no projeto "Glosa Zero" demonstrou ser uma estratégia eficiente para a qualidade, redução de não conformidades e pendências em prontuários hospitalares. O projeto pode ser considerado um modelo bem-sucedido de colaboração entre instituições privadas e hospitais, visando a melhoria contínua da qualidade assistencial e financeira, e contribuindo para a sustentabilidade do setor de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

- Tasy – Módulo “Auditoria conta paciente” – “Comunicação interna”
  Relatório – “Gestão de pendências”
- Weknow - BI

IMPACTO DAS TRILHAS DE DESENVOLVIMENTO ASSISTENCIAL EM ONCOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Caroline Guedes Janzen, Taisi Aureliano Feitosa, Ana Paula Lopes de Melo Pimenta e Claudia Toledo de Andrade

INTRODUÇÃO

As Trilhas de Desenvolvimento Assistencial em Oncologia buscam aprimorar competências clínicas, habilidades comunicacionais e conhecimentos técnicos atualizados incluindo temas especializados por categoria profissional e capacitações em terapias inovadoras, desempenhando assim, um papel crucial na organização, promovendo a cooperação e melhoria dos cuidados de saúde.

Essas trilhas visam a excelência no atendimento e aprimoramento contínuo dos profissionais para enfrentar os desafios complexos dessa área.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o levantamento específico dos conteúdos necessários, por área de atuação, para aprimorar competências técnicas e comportamentais.

As trilhas foram estruturadas em três pilares com treinamentos direcionados:

1º pilar: Abrangeu todos os colaboradores, abordando normas, qualidade, segurança, legislações e acreditações.
2º pilar: considerou descrições de cargos, indicadores estratégicos e avaliações de conhecimento técnico.
3º pilar: conhecimentos ou habilidades específicas trabalhadas “on the job” com o apoio do multiplicador da unidade.

Em colaboração com as áreas técnicas, temas prioritários foram definidos para cada categoria profissional (figura 1), estabelecendo objetivos de aprendizado, conteúdos sintetizados e conteudistas especializados para aplicação.

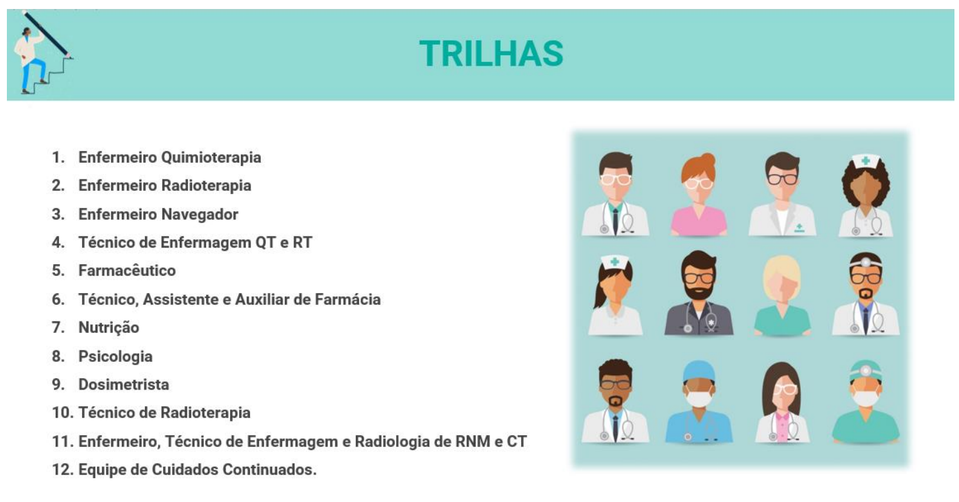


Figura 1 – Categoria profissional

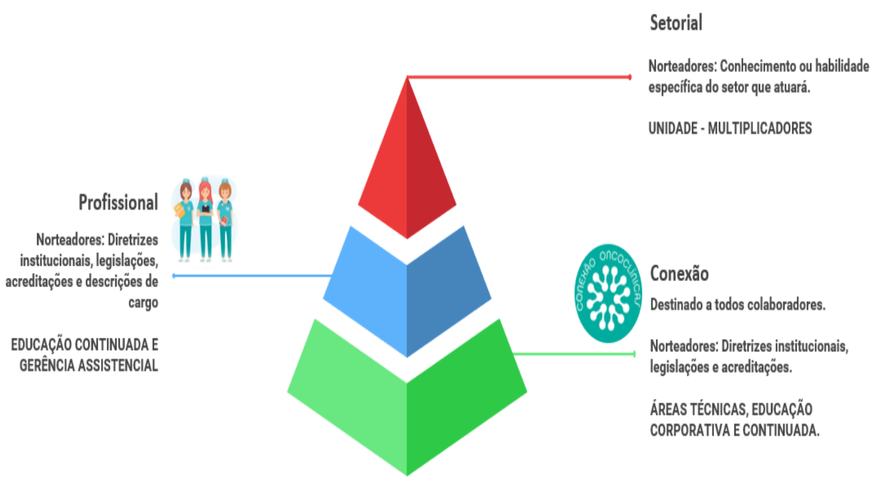


Figura 2 - Desenvolvimento de conteúdos específicos por área, com o objetivo de refinar competências técnicas e comportamentais mapeadas por cargos.

RESULTADOS

As trilhas direcionadas para as equipes são compostas por temas multidisciplinares e específicos para cada categoria.

As trilhas assistenciais ajudam a padronizar os cuidados de saúde, garantindo que os pacientes recebam um tratamento consistente e baseado nas melhores práticas clínicas disponíveis contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados.

A adesão e taxa de aprendizado foram acima de 80%, conforme figura 3.

No total, 6.711 profissionais foram treinados, com adesão total de 87% e aprendizado imediato de 88%.

Os resultados evidenciam o sucesso das trilhas no aprimoramento das habilidades e competências dos profissionais, refletindo o compromisso com a excelência no cuidado aos pacientes oncológicos.

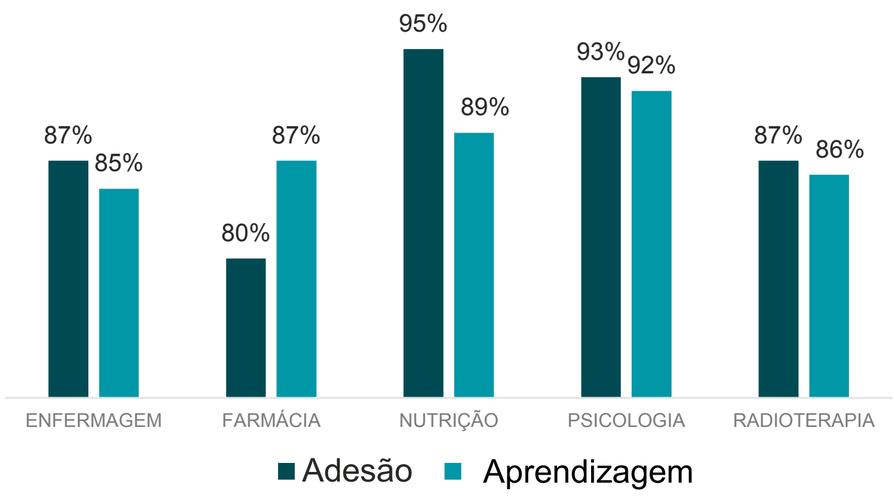


Figura 3 - % de Adesão e Aprendizagem das Trilhas de Desenvolvimento de acordo com as categorias profissionais.

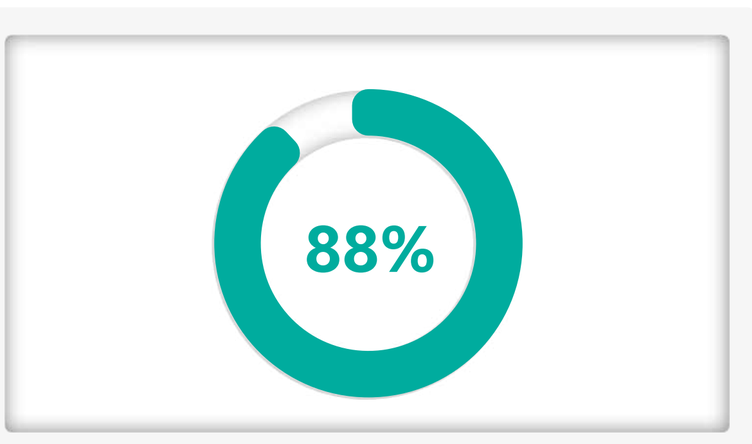


Figura 4 - Taxa de Aprendizagem das Trilhas de Desenvolvimento

CONCLUSÕES

As trilhas se mostraram bem-sucedidas, aprimorando a qualidade do atendimento e o desenvolvimento dos profissionais. A metodologia personalizada, baseada em mapeamento de competências, resultou em alta adesão e aprendizado dos participantes. A participação de conteudistas especializados enriqueceu o aprendizado prático. Essas trilhas surgem como ferramentas fundamentais para elevar os padrões de qualidade e segurança no cuidado oncológico, reafirmando o compromisso com a excelência no atendimento e a busca contínua por melhorias na assistência aos pacientes.

REFERÊNCIAS

Relatório de plataforma LMS.

IMPACTO DO PROGRAMA DE QUALIDADE NA SUPERINDICAÇÃO DE CIIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE E COLECISTECTOMIA

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Ana Luiz Vasconcelos, Fernanda Aparecida de Paula Russo Stapf, Giancarlo Colombo, Hélio Samano

INTRODUÇÃO

Cerca de 45% dos pacientes recebem serviços médicos com benefício mínimo ou nenhum benefício (cuidados de baixo valor). Além de aumentar os custos para o Sistema de Saúde, a realização de procedimentos invasivos sem indicação representa riscos potencialmente evitáveis à segurança do paciente. Este estudo teve como objetivo determinar se um Programa de Melhoria da Qualidade gerenciado pode prevenir cirurgias de colecistectomias e para tratamento de endometriose com mínimo ou nenhum benefício para as pacientes

METODOLOGIA

Estudo realizado em um hospital privado da cidade de São Paulo, Brasil, cujo principal modelo de remuneração médica é o *fee-for-service*. Foram avaliados todos os pacientes que realizaram cirurgias de colecistectomia ou para tratamento de endometriose entre 01/08/20 a 31/05/21, totalizando 430 pacientes.

A intervenção baseou-se em permitir a realização apenas de cirurgias que atendessem aos critérios previamente definidos ou cuja indicação fosse validada por um *board* de especialistas.

RESULTADOS

O programa evitou a realização desnecessária de 13,0 % de colecistectomias e 22,2% de cirurgias para tratamento de endometriose, e isso permitiu uma redução do custo anual estimado para o Sistema de Saúde de US$ 484.356,35.

RESULTADOS

Colecistectomia

Características	Pré-implantação (n = 194)	Pós-implantação (n = 118)	P valor
Sexo feminino– no. (%)	121 (62%)	68 (58%)	0,4764
Idade			
Média por ano	45,0 (13,6)	43,8 (12,2)	0,4733
Distribuição – no. (%)			
< 45 ano	102 (53%)	68 (58%)	0,5473
45–59 ano	65 (34%)	38 (32%)	
≥60 ano	27 (14%)	12 (10%)	
Diagnósticos (ICD) – no. (%)			
K80.1	98 (51 %)	59 (50 %)	0,2868
K80.2	11 (6 %)	2 (2 %)	
K80.4	2 (1 %)	0 (0 %)	
K80.5	1 (1 %)	1 (1 %)	
K80.8	2 (1 %)	0 (0 %)	
K81.1	79 (41 %)	56 (48 %)	
K82.8	1 (1 %)	0 (0 %)	
Cirurgia realizada – no. (%)			
Colecistectomia com colangiografia por videolaparoscopia	160 (82 %)	81 (69 %)	0,0176
Colecistectomia sem colangiografia	0 (0 %)	1 (1 %)	
Colecistectomia sem colangiografia por videolaparoscopia	33 (17 %)	36 (31 %)	
Coledocotomia ou coledocostomia com colecistectomia	1 (1 %)	0 (0 %)	

Endometriose

Características	Pré-implantação (n = 70)	Pós-implantação (n = 48)	P valor
Sexo feminino – no. (%)	70 (100%)	48 (100%)	0,999 **
Idade			
Média em anos	34,7 (6,6)	35,9 (6,5)	0,328 *
Distribuição – no. (%)			
< 45 anos	66 (97,1%)	46 (92,0%)	0,399 **
45–59 anos	2 (2,9%)	4 (8,0%)	
Diagnósticos (ICD) – no. (%)			
N80.0	36 (51,4%)	16 (33,3%)	0,012 ***
N80.1	5 (7,1%)	7 (14,6%)	
D25.9	6 (8,6%)	4 (8,3%)	
N80.3	4 (5,7%)	5 (10,4%)	
N80.5	0 (0,0%)	7 (14,6%)	
N80.8	5 (7,1%)	1 (2,1%)	
Outros diagnósticos	14 (20,0%)	8 (16,7%)	
Cirurgia realizada – no. (%)			
Endometriose – Tratamento cirúrgico via laparoscópica	23 (32,9%)	9 (18,8%)	0,0176
Secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros	13 (18,6%)	7 (14,6%)	
Endometriose peritoneal – Tratamento com via laparoscópica	12 (17,1%)	7 (14,6%)	
Outros procedimentos	22 (31,4%)	25 (52,1%)	

CONCLUSÕES

Em um hospital de prática privada e remuneração médica baseada em honorários, a definição de critérios claros para a indicação cirúrgica e a análise dos casos que não atendem a esses critérios por um *board* de especialistas conceituados da Instituição resultou em redução estatisticamente significativa de cirurgias de colecistectomias e para tratamento de endometriose de baixo valor.

REFERÊNCIAS

Abrão MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. Hum Reprod Update. 2015;21:329-339;Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Fertil Steril. 2014;101:927-935 ;Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academies Press, 2001.;Oakes AH, Radomski TR. Reducing low-value care and improving health care value. JAMA. 2021;325:1715-1716;Schwartz AL, Zaslavsky AM, Landon BE, Chernew ME, McWilliams JM. Low-value service use in provider organizations. Health Serv Res. 2018;53:87-119;Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions aimed at reducing use of low-value health services: a systematic review. Med Care Res Rev. 2017;74:507-555;Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A randomised controlled trial. Lancet. 2004;363:1934-1940;Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. JAMA. 1991;265:220;Negrini R, D'Albuquerque IMSC, Sanchez e Oliveira RC, Ferreira RDS, De Stefani LFB, Podgaec S. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. BMJ Open Quality. 2021; 10:e001215;Cammisa C, Partridge G, Ardans C, Buehrer K, Chapman B, Beckman H. Engaging physicians in change: Results of a safety net quality improvement program to reduce overuse. Am J Med Qual. 2011;26:26-33;Lenza M, Buchbinder R, Staples MP, Dos Santos OFP, Brandt RA, Lottenberg CL, et al. Second opinion for degenerative spinal conditions: an option or a necessity? A prospective observational study. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18:354;Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. JAMA. 2019;322:1501-1509;Kerr EA, Kullgren JT, Saini SD. Choosing wisely: how to fulfill the promise in the next 5 years. Health Aff (Millwood). 2017;36:2012-2018;Mafi JN, Reid RO, Baseman LH, et al. Trends in low-value health service use and spending in the US Medicare fee-for-service program, 2014-2018. JAMA Netw Open. 2021;4:e2037328

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Implantação da ferramenta dia/leito verde e vermelho em um hospital privado de alta complexidade

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Graciana Santos Martinhão, Fernanda Custódio de Souza, Marcelo Teixeira, Sabrina Bortolin Nery

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

INTRODUÇÃO

Em resposta à crescente necessidade de sustentabilidade no setor de saúde, exploramos métodos para avaliar a eficiência operacional em nosso hospital privado de alta complexidade. Escolhemos a ferramenta de classificação dia/leito verde e vermelho, criada no contexto do National Health Service (NHS), como parte de um conjunto de ações para reduzir atrasos e ineficiências internas e externas ao sistema hospitalar.

Nos propusemos assim, avaliar a eficácia da ferramenta dia/leito verde e vermelho na mensuração da eficiência operacional, discutindo os desafios da implantação e os ajustes necessários.

METODOLOGIA

Aplicamos diariamente um questionário baseado na ferramenta dia/leito verde e vermelho, medindo o tempo entre a solicitação e a realização de exames, procedimentos cirúrgicos, prescrição de medicamentos, planejamento terapêutico e transferência para cuidados domiciliares ou hospital de transição. Realizamos a reavaliação da ferramenta proposta, com readequação dos itens avaliados após aplicação em projeto piloto.

Um Dia Vermelho é quando um paciente recebe pouco ou nenhum valor agregado ao seu cuidado. As seguintes questões devem ser consideradas

- Os cuidados que o paciente está recebendo hoje podem ser feitos em um ambiente não agudo?
- Se eu atendesse esse paciente em um ambulatório sua condição clínica requereria uma internação de emergência?
-

Se as respostas forem 1. Sim e 2. Não, temos um Dia Vermelho

Exemplos de Dias Vermelhos:

- Uma avaliação clínica, procedimento, terapia ou intervenção que não ocorre;
- Ausência de liberação de um procedimento pelo convênio;
- Ausência de plano definido de alta.

Um Dia Vermelho é um dia sem valor para o paciente

Traduzido e adaptado de https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2016/12/rig-red-green-bed-days.pdf

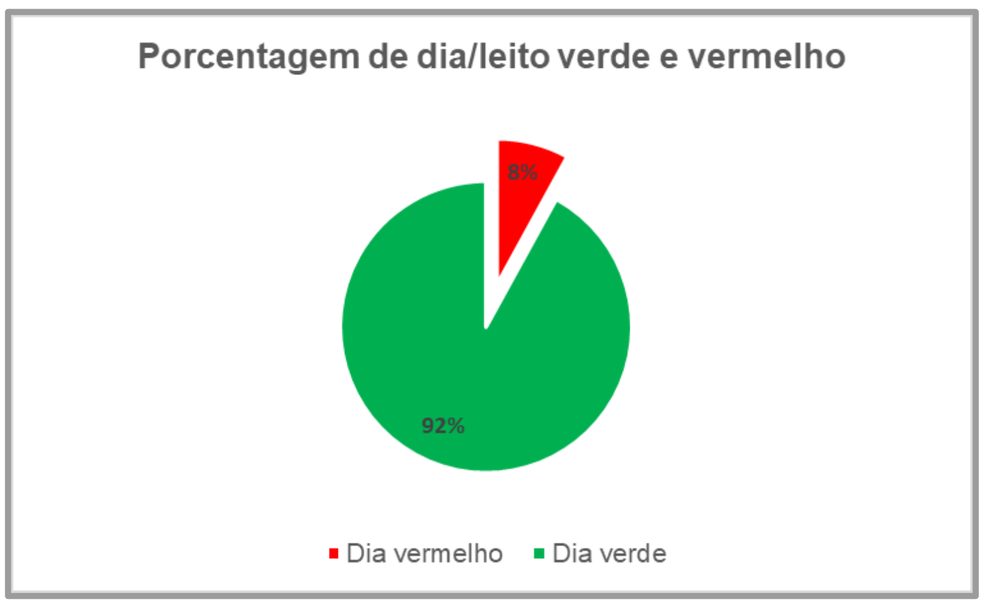
Critérios de classificação dia/leito verde e vermelho

Exames de imagem
Exames laboratoriais
Endoscopia digestiva alta e baixa e broncoscopia
Procedimento cirúrgico
Biópsia
Radioterapia
Laserterapia
Medicamento
Plano terapêutico
Autorização da operadora
Interconsulta com especialista
Transferência para Home Care ou Hospital de Transição
Judicialização
Aspectos sociais

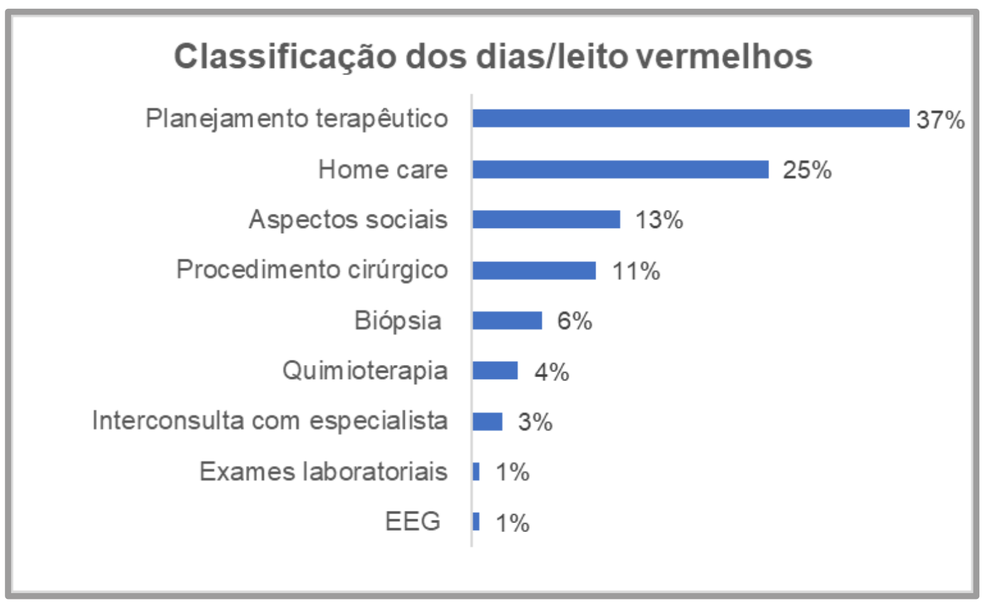
Critérios contemplados no questionário de classificação do dia/ leito verde e vermelho.

RESULTADOS

O piloto avaliou 135 pacientes durante 30 dias, identificando a necessidade de ajuste da ferramenta para incluir itens como equipe médica titular, especialidade médica e identificação do paciente. Foi definida a exclusão de pacientes em cuidados paliativos com diretivas de cuidado. Após o piloto, expandimos o projeto para toda a unidade de internação, tendo sido avaliados 495 pacientes, totalizando 630 pacientes em dois meses de projeto. Dos 630 pacientes avaliados em 1862 dias de internação classificados, registramos 150 dias/leito vermelho e 1712 dias/leito verde, correspondendo a uma eficiência operacional de 92%. As principais ineficiências operacionais foram falta de planejamento terapêutico (37%), transferência para cuidados domiciliares (25%) e atrasos em procedimentos cirúrgicos (10%).



Porcentagem dia/leito verde e vermelho obtidas durante o período analisado



Descrição dos principais motivos de ineficiência operacional.

CONCLUSÕES

A ferramenta dia/leito verde e vermelho mostrou-se eficaz na identificação de fatores que prolongam a internação do paciente, desde que o questionário contemple todos os itens que possam contribuir para atrasos de conduta clínica. As informações obtidas, por meio do questionário, devem facilitar a elaboração de planos de ação, destacando a equipe médica responsável e a especialidade médica.

REFERÊNCIAS

NHS. National Health Service. Rapid Improvement Guide to: Red and Green Bed Days. England: NHS, 2016.

Implantação de um plano de melhoria do NPS em uma unidade de Pronto Atendimento

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Cristiane Schmitt, Vieira Oliveira, Joyce Rebouças Passos Elaine, Luciene da Silva Ferrari

INTRODUÇÃO

Garantir uma boa experiência para o paciente é uma questão estratégica sob o aspecto de sustentabilidade institucional. Experiência do paciente refere-se à soma das interações influenciadas pela cultura da organização. Experiências positivas estão associadas a menos eventos adversos e quando estes ocorrem, percepções mais favoráveis após a comunicação do evento, bem como menor risco de litígio. Neste cenário, é imprescindível que a boa experiência inicie já no Pronto Atendimento (PA). Entretanto, em razão das características da unidade, garantir uma boa experiência neste ambiente é um grande desafio.

METODOLOGIA

Elaboração de um plano de melhoria do *Net Promoter Score* (NPS). Entre jun/21 e mai/22 o NPS médio era de 59,7. As causas raiz do baixo NPS foram tempo de espera, cortesia e resolutividade. As medidas implantadas entre mai/22 e jan/23 foram a discussão semanal do NPS; reunião diária da equipe em dias de maior demanda; sensibilização de profissionais quanto ao acolhimento; criação dos embaixadores do NPS (colaboradores responsáveis pelo mapeamento de oportunidades e proposição de melhorias); elaboração de um plano de contingência prevendo o deslocamento de profissionais, mudança de fluxos e processos, conforme demanda; implantação de um gestor de fluxo e da jornada de atendimento digital; maior ênfase na solução de dúvidas e encaminhamentos; implementação de um plano de consumo racional de recursos com vistas a reduzir a indicação de exames e medicações e implantação de uma farmácia satélite.

RESULTADOS

Comparando o período 1 (jun/21 a mai/22), gráfico 1, com o período 2 (jun/22 a mai/23), gráfico 2, observa-se um aumento do NPS de 59,7 para 65,0. Trata-se de melhoria sustentada com NPS acima do período pré-intervenção por 11 meses.

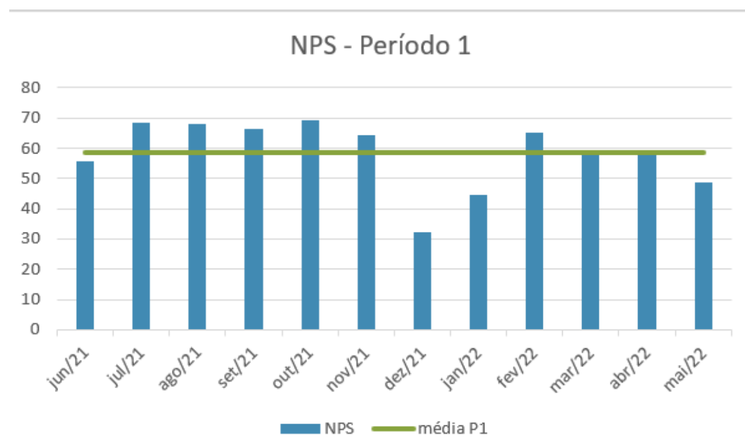


Gráfico 1. NPS do Período 1.

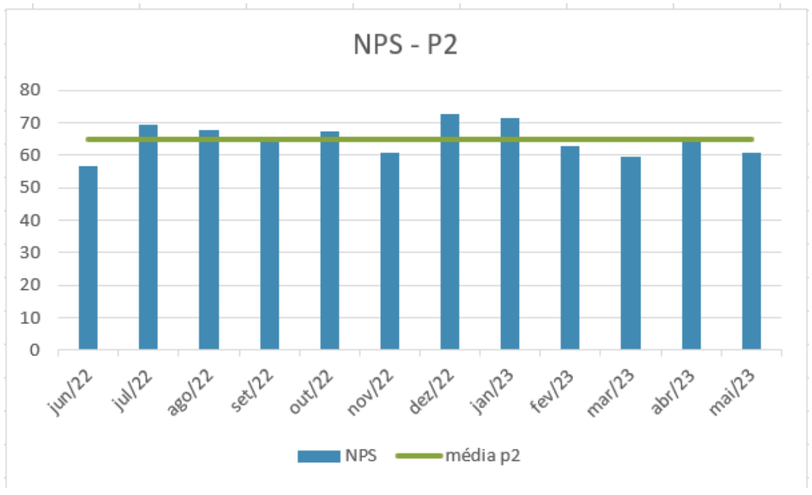


Gráfico 2. NPS do Período 2.

CONCLUSÕES

A partir de um plano voltado à redução do tempo de atendimento, aumento da sensação de resolutividade e maior acolhimento do paciente foi possível alcançar melhora significativa e sustentada do NPS no PA. Entretanto, sabemos que é necessário continuarmos vigilantes e atentos às percepções dos pacientes visto que o NPS é uma medida dinâmica e refletida por diversos fatores percebidos pelos pacientes.

REFERÊNCIAS

Robert G, Cornwell J. Rethinking policy approaches to measuring and improving patient experience. J Health Serv Res Policy.2013;18(2):67-69.
Harrison R, Walton M, Manias E, et al. The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. Int J Qual Health Care. 2015;27(6):424-442.

IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE LINHA DE CUIDADO DE COLUNA PARA TRABALHADORES DE UM HOSPITAL NA CIDADE DE SÃO PAULO

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

CABOCLO, Edmundo Di Giaimo; MOREIRA, Moacyr Vergara de Godoy; FRANÇA, Caroline Villela Galvão de, MIRANDA, Bianca Grassi de

INTRODUÇÃO

Num hospital da cidade de São Paulo, dentre os programas voltados ao trabalhador, desenvolveu-se uma vertente de Atenção à Saúde Osteomuscular. Uma das novas ações, criada em 07/12/2022, é a Linha de Cuidado de Coluna, partindo da grande demanda dos trabalhadores do setor e pensando em otimizar custos gerados pelos atendimentos, exames e cirurgias. Além da redução significativa de custos, a iniciativa possibilitou uma melhor experiência por parte do trabalhador, como cliente do Núcleo de Saúde do Colaborador. O programa permitiu a adoção de diversas competências necessárias para o bom desempenho de boas práticas na medicina do trabalho.

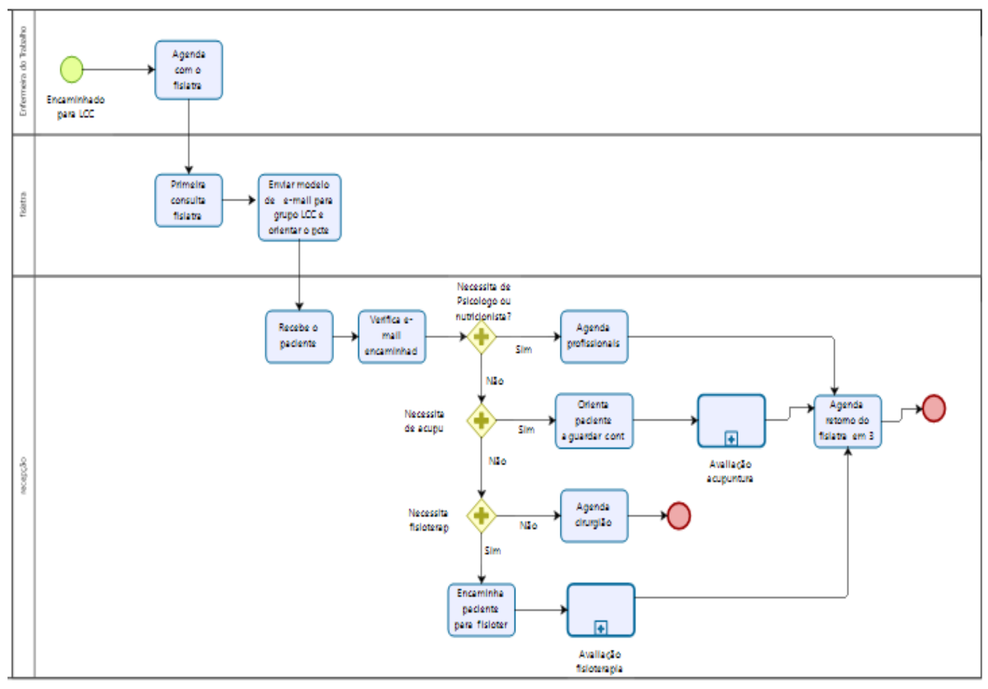
METODOLOGIA

O trabalho pretende mostrar como, a partir da implantação de um programa com um olhar voltado às queixas em coluna lombar e cervical, se pode oferecer um tratamento eficiente e objetivo, com cuidados de uma equipe multiprofissional qualificada, levando a uma melhor qualidade de vida no trabalho e na vida pessoal.

Para que se pudesse oferecer ao colaborador um programa abrangente, foi necessária a criação de uma equipe multidisciplinar, além do convite feito aos profissionais que já fazem parte das rotinas do Núcleo de Saúde do Colaborador. As portas de entrada do programa são as consultas ocupacionais e os encaminhados pelo Pronto Socorro da instituição.

O fluxo se inicia com os médicos do trabalho para avaliação da elegibilidade para o programa. Em caso positivo, realizam o encaminhamento para o fisiatra do grupo. O fisiatra pode solicitar também o acompanhamento, quando achar necessário, da psicologia, psiquiatria, nutrição, acupuntura e fisioterapia, todas as áreas já atuando dentro do Núcleo do Colaborador.

Para classificação em níveis um, dois ou três, são aplicados o Índice de Incapacidade Lombar (Oswestry Disability Índex 2.0) e a Escala Visual Análoga, além de um Escore de Dor e uma avaliação Psicossocial. Em caso de indicação cirúrgica, o colaborador é encaminhado para o grupo de ortopedia que atua em consonância com as diretrizes da instituição.



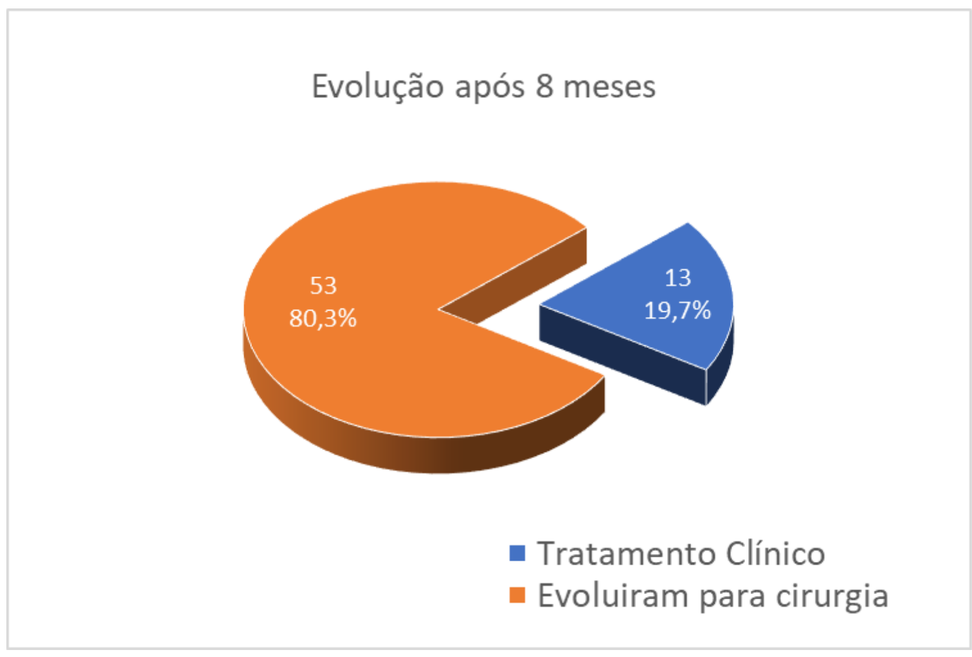
Fluxograma do funcionamento da Linha de Cuidado de Coluna

RESULTADOS

Desde o início de dezembro de 2022, já foram incluídos no programa sessenta e seis colaboradores, com queixas em coluna lombar e/ ou cervical. Os critérios de elegibilidade envolvem queixas álgicas superiores a seis semanas, quadros de agudização de queixas crônicas, a detecção de hérnias de disco, além de casos comprovados de mielopatia cervical, estenose de canal lombar, artrose facetaria, fraturas por compressão e espondilolistese degenerativa.

O fisiatra, ao iniciar o atendimento solicita os exames necessários que são realizados na própria instituição gerando maior comodidade e economia de recursos. Dos 66 casos atendidos, apenas 1 teve indicação inicial de cirurgia; os demais 65 seguiram o tratamento clínico. Destes, após 8 meses, apenas 12 evoluíram para cirurgia. Os 53 casos que se mantiveram em tratamento clínico representam uma economia estimada de R$ 1,9 milhão no período.

Os 66 casos permanecem no programa e temos respostas bastante positivas quanto à satisfação de atendimento e condutas, o que aproxima o funcionário do Núcleo, gerando um ambiente de acolhimento e cuidado.



Evolução dos casos acompanhados após 8 meses de implantação da Linha de Cuidado.

CONCLUSÕES

A partir da implantação de uma Linha de Cuidado de Coluna, foram atendidos sessenta e seis colaboradores de um hospital de grande porte em São Paulo, com um caso cirúrgico inicial e mais doze em oito meses de programa.

Houve uma economia de R$ 1,9 milhão no período. Iniciado em dezembro de 2022, o programa oferece um atendimento multiprofissional, com resultados significativos de melhora nas queixas álgicas e na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. Lancet. 2017 Feb 18;389(10070):736-747. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27745712.
2. Nijs J, Apeldoorn A, Hallegraeff H, Clark J, Smeets R, Malfliet A, Girbes EL, De Kooning M, Ickmans K. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. Pain Physician. 2015 May-Jun;18(3):E333-46. PMID: 26000680.
3. Versão original: Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, Beneciuk JM, Leech RL, Selfe J. International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. J Orthop Sports Phys Ther. 2020 Jul;50(7):350-372. doi: 10.2519/jospt.2020.9971
4. Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética (GIFME) 3 individuais, objetivos, valores e crenças da mesma. https://www.england.nhs.uk/shared-decision-making/ (NHS England 2020).
5. Correction to Lancet Respir Med 2020; published online Feb 21. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5. Lancet Respir Med. 2020 Apr;8(4):e26. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30103-X. Epub 2020 Feb 28. Erratum for: Lancet Respir Med. 2020 Feb 24;: PMID: 32119827; PMCID: PMC7129090.
6. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral https://doi.org/10.1590/S1808-18512011000100012
7.Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. Dtsch Arztebl Int. 2017 Dec 25;114(51-52):883-890. doi: 10.3238/arztebl.2017.0883. PMID: 29321099; PMCID: PMC5769319.
8. Zaina F, Balagué F, Battié M, Karppinen J, Negrini S. Low back pain rehabilitation in 2020: new frontiers and old limits of our understanding. Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Apr;56(2):212-219. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06257-7. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32214063.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DOS COLABORADORES DE UM HOSPITAL

Pedro Ivo Perroni Pereira, Renato Bergallo Bezerra Cardoso, Juliana Mendes da Silva, Katia Yoshie Nakamura

INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) *In Company* refere-se a programas de APS oferecidos por empresas especificamente aos seus funcionários. A abordagem busca promover a saúde, prevenir doenças, oferecer diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento de condições de saúde dentro do ambiente de trabalho. Sistemas de saúde organizados pela APS possuem melhores resultados em saúde e melhor relação custo-benefício (STARFIELD, 2002) e esses efeitos também são esperados em um programa de APS *In Company*, com melhora do cuidado, diminuição de absenteísmo e do sinistro com os planos de saúde.

METODOLOGIA

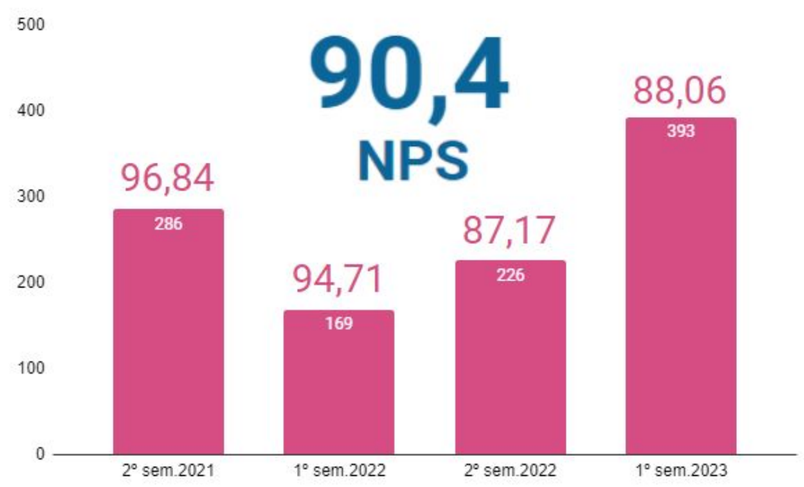
Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação e resultados parciais de um ambulatório de Atenção Primária à Saúde *In Company* para atendimento dos funcionários do Hospital Santa Catarina, localizado na cidade de São Paulo.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

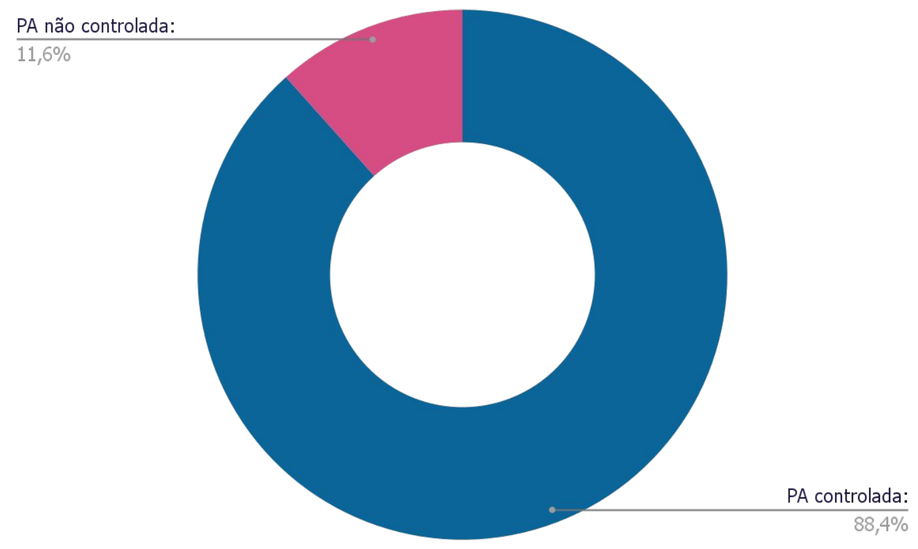
Com o objetivo de melhorar o acesso dos funcionários ao sistema de saúde, coordenando seu cuidado e promovendo atenção à saúde de maneira integral, longitudinal e centrada no paciente, o Hospital Santa Catarina iniciou um programa de APS *In Company* em abril de 2021.
Desde então, são realizadas consultas eletivas com foco na prevenção e promoção em saúde além de atendimentos de demanda livre, onde urgências podem ser acolhidas com o alto índice de resolutividade esperado na APS - entre 80 a 90% (STARFIELD, 2002). A atuação da equipe, composta por médico de família e comunidade, enfermeiro e técnico de enfermagem, é ativa e baseada na análises de dados populacionais e individuais, com acompanhamento constante de indicadores e metas de saúde para cada linha de cuidado desenvolvida. O funcionamento do serviço é pautado nos 7 atributos da APS, na prática clínica baseada em evidências e na abordagem centrada na pessoa.

RESULTADOS

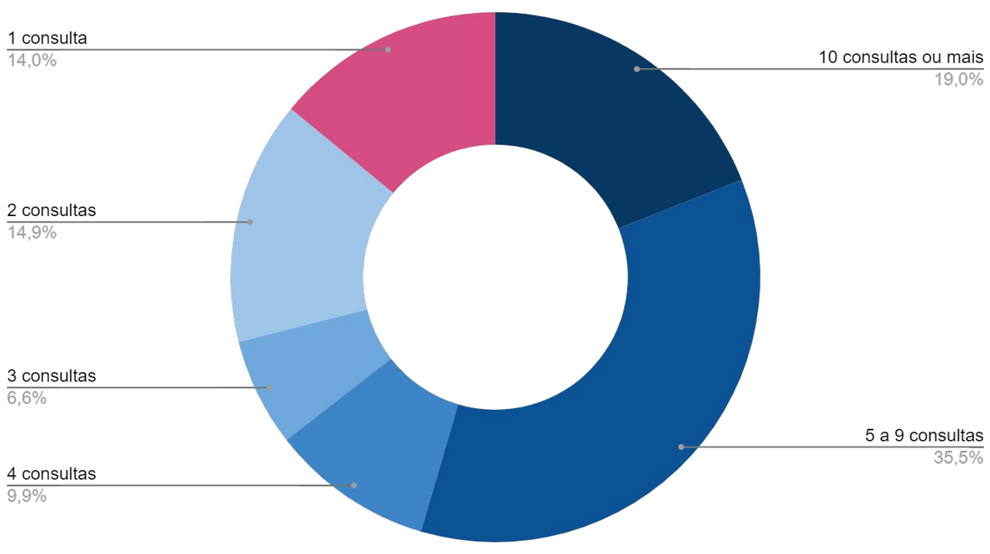
Após 24 meses de implantação da APS, obtém-se 70% dos funcionários cadastrados no programa, com 81% deles passando por consultas regularmente, o que demonstra que o modelo é capaz de engajamento. O resultado do *Net Promoter Score* (NPS) é de 90, um resultado considerado de excelência, evidenciando-se a satisfação dos colaboradores com os atendimentos. Mesmo durante a pandemia, o ambulatório de APS alcançou números expressivos relativos ao acompanhamento das Linhas de Cuidado (LC), que focam em colaboradores com condições crônicas de saúde. Ao mesmo tempo, o serviço também era a referência para diagnóstico e tratamento dos pacientes com suspeita e confirmação de Covid-19. Para a LC de Saúde Mental, que é um dos problemas de saúde mais prevalentes entre os colaboradores, tanto de acordo com referências (SELIGMANN, 2013), quanto com os dados acompanhados, a equipe atingiu níveis superiores a 86% de engajamento, com a LC de Hipertensão Arterial alcançando 82% de engajamento e 88,4% de controle da pressão arterial - número este bem superior aos 10 a 35% de controle encontrados entre hipertensos na população brasileira (SBC, 2018).



Net Promoter Score até 24 meses após a implantação da APS. Com boa quantidade de respostas, o resultado mantém-se na zona de excelência

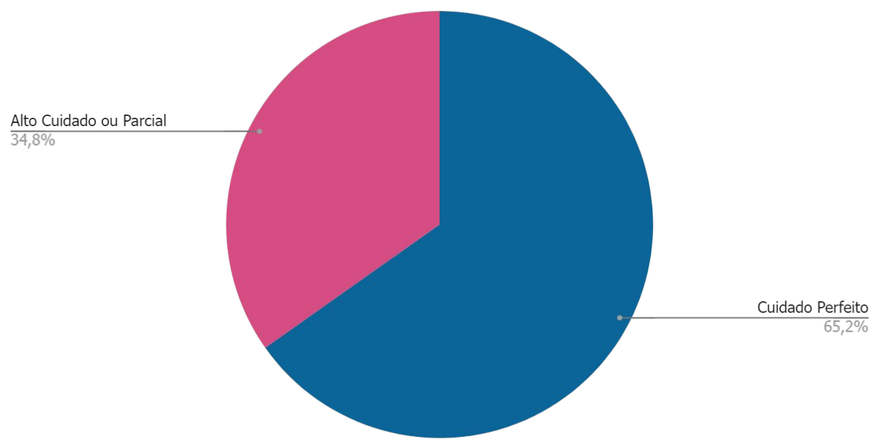


Valor da pressão arterial (PA) em pacientes hipertensos em 24 meses de APS: 88,4% com PA controlada e média de 128,6 x 82,6 mmHg



Quantidade de consultas de pacientes da LC de Saúde Mental, na APS, após 24 meses, por paciente, nos últimos 12 meses

Para LC de Diabetes, a equipe obteve 65% de pacientes com o “cuidado perfeito” de diabetes, que é um indicador que envolve o controle adequado de 8 critérios clínicos e laboratoriais relacionados à doença. Em relação ao impacto no absenteísmo de colaboradores, após apenas 12 meses de implantação da APS, a média da quantidade de dias de afastamento por atestado diminuiu em 18,4%, com impacto principalmente relacionado a atestados motivados por doenças sensíveis à APS (ALFRADIQUE, 2009), onde colaboradores não atendidos pela APS apresentaram um aumento 266% maior do que aqueles atendidos. Além dos indicadores de saúde, é possível analisar também indicadores de sustentabilidade financeira que, apesar de evoluírem mais a longo prazo, já apontaram reduções no sinistro do plano de saúde, com diminuições de idas a pronto-atendimentos, de internações e de exames de alto custo.



Cuidado Perfeito em diabetes: controle de circunferência abdominal, microalbuminúria, creatinina, PA, IMC, pés, hemoglobina glicada e tabagismo

CONCLUSÕES

Os resultados positivos reforçam as evidências de que a APS feita de forma genuína, baseada em seus atributos e em análise de dados, gera engajamento, satisfação, redução de absenteísmo e melhores desfechos clínicos e financeiros, com redução de desperdícios e possibilidade de construção de um sistema de saúde mais sustentável e efetivo e eficiente.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis a APS: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Cad. de Saúde Pública, 2009
SELIGMANN-SILVA E, et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. Rev Bras Saúde Ocupacional. 2010
SOUZA TS de, Virgens LS das. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. Rev bras saúde ocup [Internet]. 2013
STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS A UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE PARA MELHORIA DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS E FINANCEIROS

ArcelorMittal
Abertta Saúde
Promoção da Qualidade de Vida

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Rodrigo Alexandre Corrêa, Amanda de Souza Silva

INTRODUÇÃO

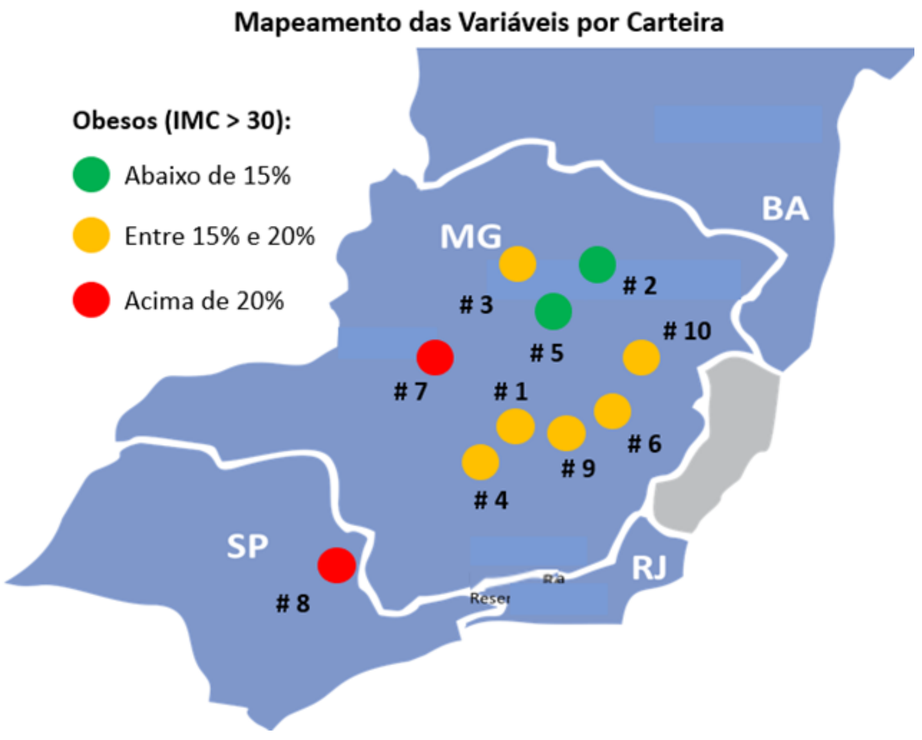
Com custos assistenciais crescentes, as operadoras de planos de saúde precisam identificar maneiras para promover hábitos mais saudáveis e utilização mais racional do plano. O acesso a diversos serviços sem o apoio de um profissional que possa orientar o beneficiário resulta em custos elevados sem haver a adequada contrapartida do benefício assistencial. Assim, duas estratégias estão sendo usadas com frequência pelas operadoras: verticalização e atenção primária. Nesta operadora há os Centros de Promoção da Saúde (CPSs) onde são ofertadas especialidades médicas básicas, além de equipe multidisciplinar, buscando aderir os beneficiários a esses serviços com foco na melhoria dos resultados assistenciais e econômico.

METODOLOGIA

Para analisar os resultados da adesão à atenção primária ofertada nos CPSs foram avaliados 2 grupos: beneficiários com pelo menos 50% das consultas eletivas realizadas no CPS (aderidos) e beneficiários que tiveram menos de 50% (não-aderidos). Foram consideradas todas as consultas eletivas sejam elas de especialidades básicas ou não (afinal estamos avaliando também a adesão à atenção primária). O período considerado foi de julho/22 a junho/23. Inicialmente, foram comparados o custo per capita global (com exames, internações etc.) dos grupos, considerando ainda análises por perfis de beneficiários (diabéticos, hipertensos e obesos).

Unidade	Hipertensos	Diabéticos	Obesos
A	6,9%	1,2%	9,6%
B	11,0%	1,9%	5,3%
C	8,7%	2,3%	13,2%
D	12,8%	3,6%	13,6%
E	10,1%	3,6%	5,1%
F	12,9%	3,0%	15,6%
G	11,2%	2,7%	16,9%
H	10,1%	2,4%	17,2%
I	16,1%	3,7%	14,2%
J	12,3%	3,2%	14,6%
Vigitel 2021	**26,3%**	**9,1%**	**22,4%**

Tabela 1: Prevalência de doenças crônicas da população adulta entre 10 carteiras (segmentadas por grupo de municípios) no período de jul22 a jun23



Mapa 1: Mapeamento dos beneficiários por região e Índice de Massa Corporal - IMC (população adulta)

RESULTADOS

Neste período, o grupo de beneficiários aderidos ao CPS apresentou um custo per capita global 9,6% superior ao grupo não aderido, porém teve um custo com internações per capita 24,4% inferior. Porém, para beneficiários diabéticos, os aderidos tiveram custo per capita global 26,9% inferior aos não-aderidos (custo com internações 6,8% menor). Custos per capita inferiores também ocorreram para hipertensos (global -29,7%, internações -44,0%) e obesos (global -24,7%, internações -57,9%).

Custo per capita no período - com e sem adesão ao CPS

Perfil	Aderidos	Não-Aderidos	Diferença
Beneficiários	R$ 3.157	R$ 2.881	9,6%
Hipertensos	R$ 5.298	R$ 7.536	-29,7%
Diabéticos	R$ 7.118	R$ 9.735	-26,9%
Obesos	R$ 4.008	R$ 5.108	-21,5%

Custo per capita com internação - com e sem adesão CPS

Perfil	Aderidos	Não-Aderidos	Diferença
Beneficiários	R$ 567	R$ 750	-24,4%
Hipertensos	R$ 1.130	R$ 2.017	-44,0%
Diabéticos	R$ 1.792	R$ 1.924	-6,9%
Obesos	R$ 589	R$ 1.159	-49,2%

Tabelas 2 e 3: custos per capita global e por internação para beneficiários crônicos (população adulta) no período de jul2 a jun23

CONCLUSÕES

Pelos resultados preliminares é possível avaliar que adesão maior aos CPSs pode, num primeiro momento, apresentar custo inicial maior (não superior a 10% no caso avaliado). Porém, ao observar os custos per capita com internação ou por beneficiários crônicos, todos os custos per capita foram menores entre os aderidos do que entre os não-aderidos. Essa performance ainda precisa de outros indicadores para ratificar os ganhos desse modelo, mas os resultados iniciais trazem boas perspectivas.

Imagem 1: Foto da entrada de um dos Centros de Promoção da Saúde (CPSs)

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view
- DOMINGOS, J. A. B. Verticalização: uma análise comparativa em uma operadora privada de saúde, entre serviço próprio de oncologia e rede terceirizada. 2018. Disponível em https://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/1929#preview-link0

Integração de dados entre uma autogestão e saúde corporativa, como meio para alcançar uma sustentabilidade financeira e um melhor desfecho

Matheus Junqueira,Fernanda Cotta, Telma Santos, Rani Campos

INTRODUÇÃO

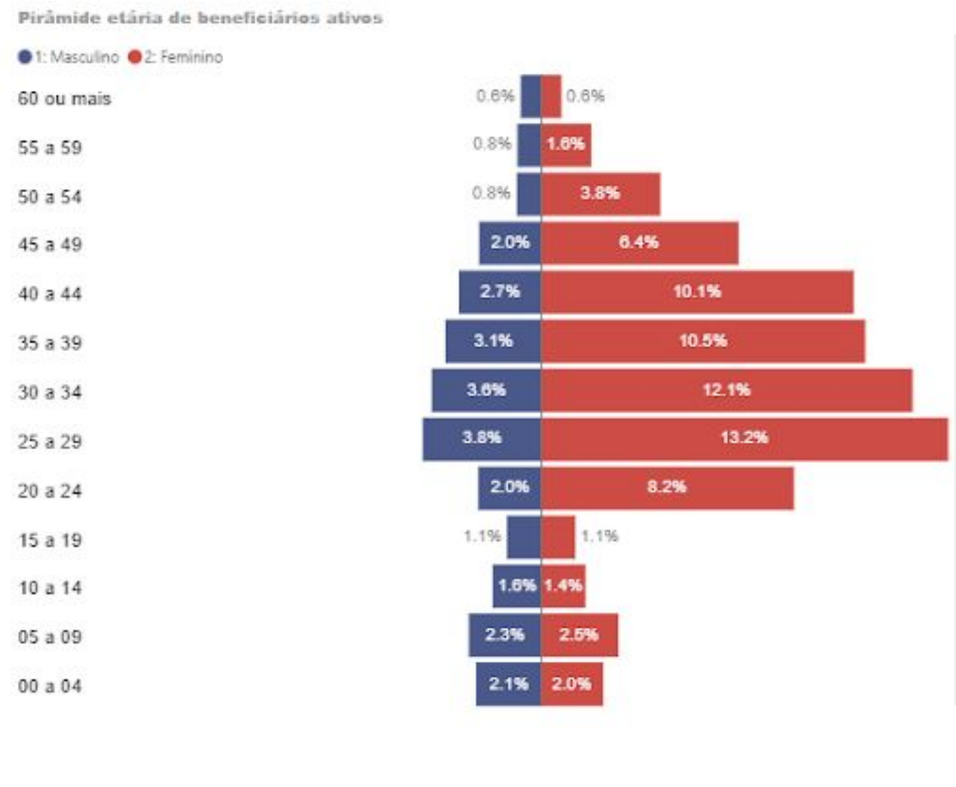
Em consequência do aumento da variação do custo médico hospitalar (vcmh) ser historicamente acima da inflação e o plano de saúde ser o segundo maior gast**o** com pessoal das empresas foi estruturado uma autogestão, com integração de dados com a saúde corporativa da empresa

METODOLOGIA

O projeto iniciou-se em fevereiro de 2019, com a construção de uma estrutura física dedicada, formada por duas equipes de atenção primária à saúde. Paralelamente iniciamos uma estruturação e integração de dados de absenteísmo, prontuário médico ocupacional/assistencial e dados de utilização da operadora.

Em um segundo momento estruturamos linhas de cuidado de acordo com o perfil de saúde da população assistida.

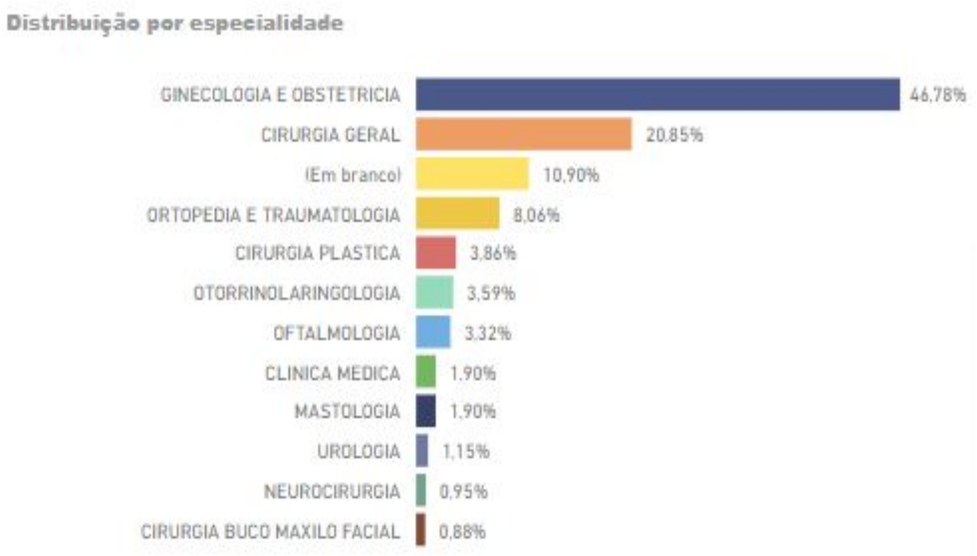
O objetivo foi estruturar uma solução de saúde integrada para colaboradores e dependentes, norteados pelos seguintes pilares (Estruturação de linhas de acordo com o perfil de saúde, inteligência em saúde com integração de dados , Programas de saúde focado em população de risco aferido através do ROI, gestão de crônicos para reduzir eventos de alto custo em saúde e prontuário integrado e digital)



Pirâmide etária dos beneficiários ativos

RESULTADOS

A Autogestão tem aproximadamente 4.500 beneficiários e atingiu os seguintes resultados no ano de 2022: equipe da atenção primária com 84% de resolutividade desde o início da operação, NPS com média de 86%, sinistralidade de 52,18%, 66% das consultas sendo realizadas pela equipe de atenção primária à saúde.



Distribuição por especialidades

Sinistralidade por ano e mês

CONCLUSÕES

A implementação de um modelo de integração de dados entre uma autogestão, saúde corporativa e saúde ocupacional, proporcionou resultados positivos nas esferas assistenciais, financeiras, e de satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1 RELATÓRIO DA PESQUISA Gestão de Saúde Corporativa Junho 2020, A Aliança para Saúde Populacional (ASAP) e a Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH)

JORNADA EM ONCOLOGIA COMO MEIO DE INTEGRALIZAÇÃO DE CUIDADOS

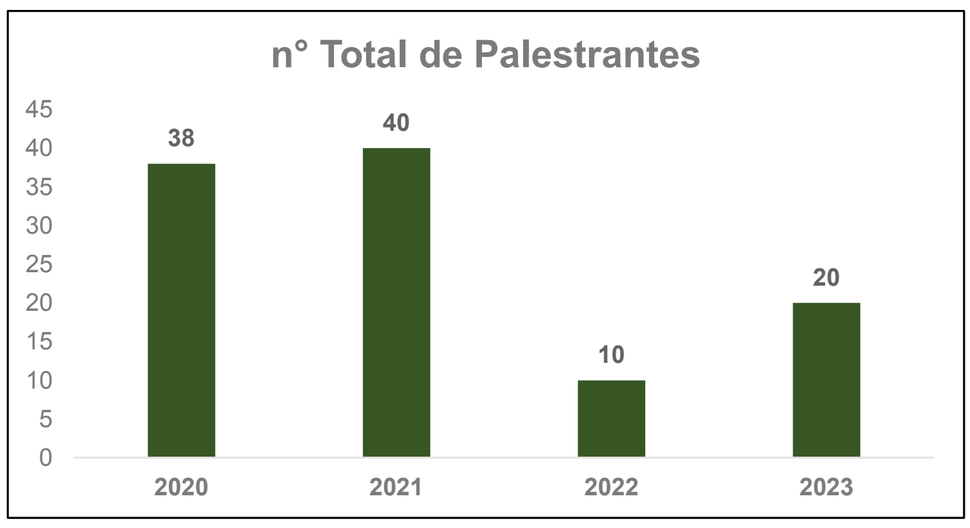
Santos Barbosa A, Silva Zapelini CC, Ferreira de Alencar G, Silva Matsubara MG
Instituição AC Camargo Cancer Center

INTRODUÇÃO

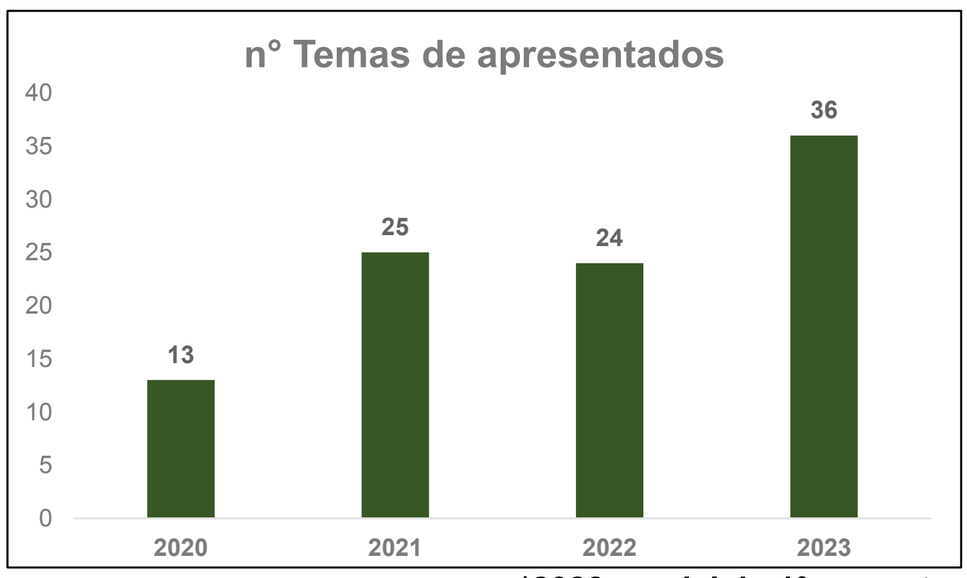
O trabalho da equipe multiprofissional na saúde é determinante na qualidade e segurança do paciente. A discussão de protocolos e processos realizada pela equipe multiprofissional permite uma maior sincronia de toda equipe no cuidado, garantindo uma assistência segura, eficaz e horizontal. Além disso, como benefício do trabalho multiprofissional, identifica-se a integralização e a melhor adequação das práticas clínicas que são endossadas por profissionais com conhecimentos variados e essenciais.
Objetivo: Descrever a elaboração e aplicação de evento científico em oncologia, com a proposta de desenvolver e disseminar o conhecimento acerca do cuidado centrado no paciente, promoção da integração multiprofissional, por meio de discussões de processos e protocolos com a equipe assistencial, bem como o impacto gerado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, envolvendo a organização e realização de evento científico denominado Jornada em Oncologia, em um Cancer Center, localizado na cidade de São Paulo, três vezes ao ano, tendo como público-alvo a equipe multidisciplinar, com uso da estratégia online, no período de 2020 a 2023. A organização envolveu enfermeiros da Unidade de Internação, tendo um enfermeiro no papel de mediador e responsável pelo projeto, com apoio da Educação Continuada, sendo realizado cronograma anual, definição de temas de maior relevância na instituição e, que foram parte do programa. Os profissionais das áreas de atuação são convidados para realizarem palestras. A programação consiste em cinco dias de apresentações, com carga horária total de cinco horas, sendo 2 apresentações por dia, na modalidade online síncrono, com uso da plataforma Teams®, tendo a duração média de 25 minutos e 15 minutos para discussão e esclarecimento de dúvidas. O controle de participação é realizado por meio da lista de presença com uso de formulário eletrônico da Microsoft®. Ao término do evento, é entregue certificado para os palestrantes.



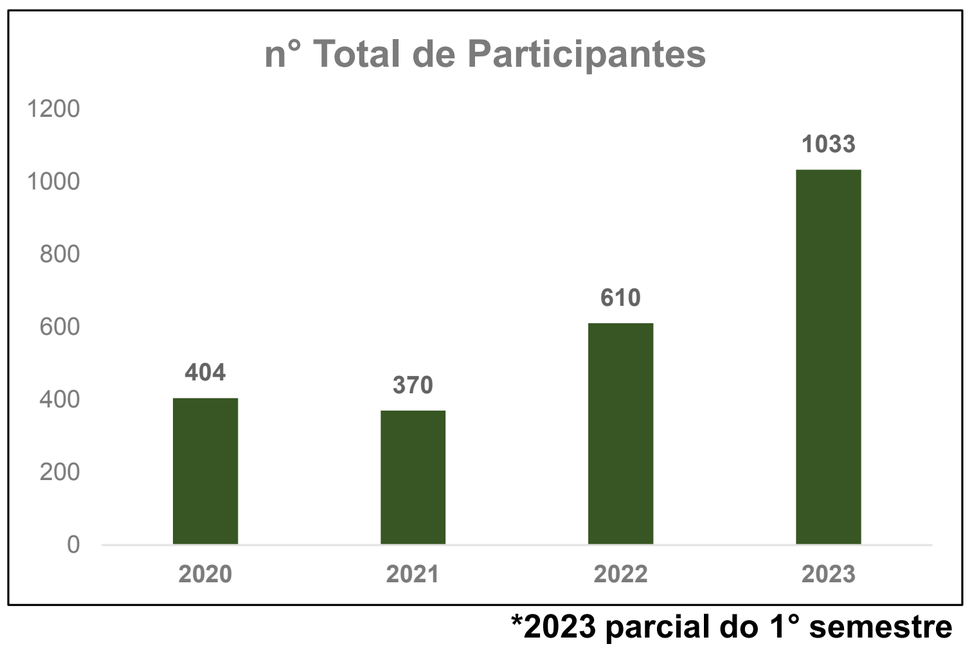
*2023 parcial do 1° semestre



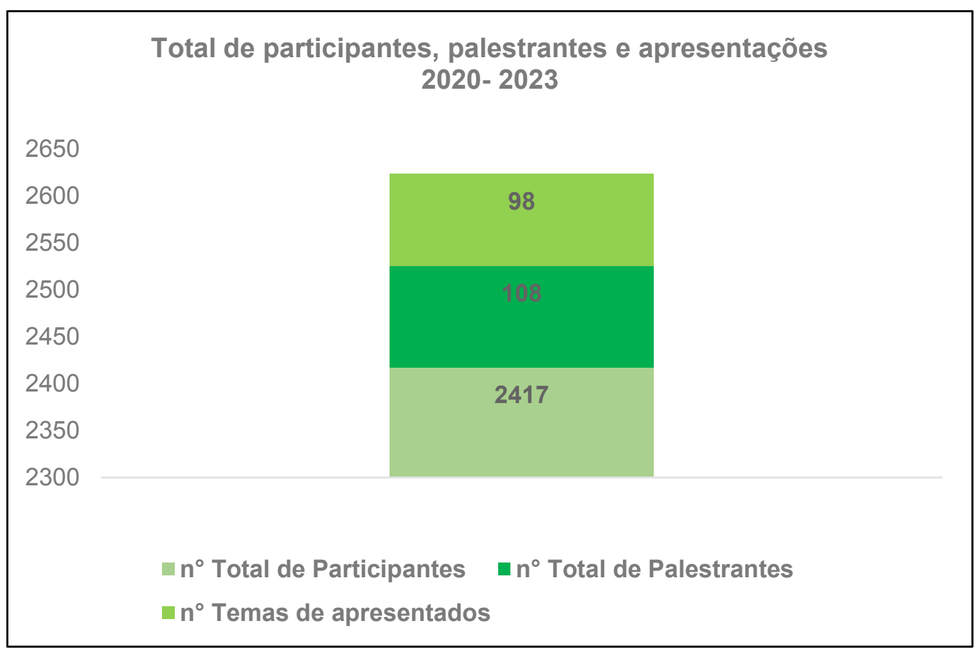
*2023 parcial do 1° semestre

RESULTADOS

Foram realizados 11 eventos, perfazendo 2417 participações, sendo 404 em 2020, 370 em 2021, 610 em 2022 e 1033 em 2023. Foram abordados um total de 98 temas, envolvendo 108 palestrantes, dos quais 13 temas e 38 palestrantes em 2020, 25 temas e 40 palestrantes em 2021, 10 temas 24 palestrantes em 2022 e 20 temas e 36 palestrantes em 2023. Destacando que será realizado mais 1 evento em 2023. Conclusões: Após a realização da jornada houve a revisão de protocolos assistenciais e relatos de profissionais sobre maior interação entre a equipe multidisciplinar, além de disseminar o conhecimento, como forma de aperfeiçoar a prática clínica, para melhores desfechos e acurar a satisfação do paciente com câncer. Houve um aumento no número de participação no decorrer dos anos, com mais engajamento das equipes.



*2023 parcial do 1° semestre



*2023 parcial do 1° semestre

CONCLUSÕES

Após a realização da jornada houve a revisão de protocolos assistenciais e relatos de profissionais sobre maior interação entre a equipe multidisciplinar, além de disseminar o conhecimento, como forma de aperfeiçoar a prática clínica, para melhores desfechos e acurar a satisfação do paciente com câncer. Houve um aumento no número de participação no decorrer dos anos, com mais engajamento das equipes.

REFERÊNCIAS

contato: adriama.barbosa@accamargo.org.br

LINHA DE CUIDADO DA OBESIDADE NA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE PORTO ALEGRE

Lorraine Calderon, Maiara Anschau Floriani, Gisele Alsina Nader Basros

INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos problemas mais graves de saúde pública no contexto global e no Brasil, é o quinto lugar em causa de morte no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a estimativa é que em 2025, mais de 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões obesos[1]. No Brasil, 22,4% da população é obesa e em 2030 a projeção é que 68% da população esteja acima do peso, ou seja, aproximadamente 7 em cada 10 pessoas.[1]

Portanto, o projeto tem como objetivo desenvolver um programa de saúde baseado em valor para tratamento de obesidade e síndrome metabólica no Centro de Tratamento para paciente obeso e metabólico (CTO) da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre com objetivo compreender e descrever a trajetória do paciente e utilização de recursos em cada etapa visando a redução de ineficiência e recursos em ambos os processos, possibilitando melhor desfecho clínico possível aos pacientes.

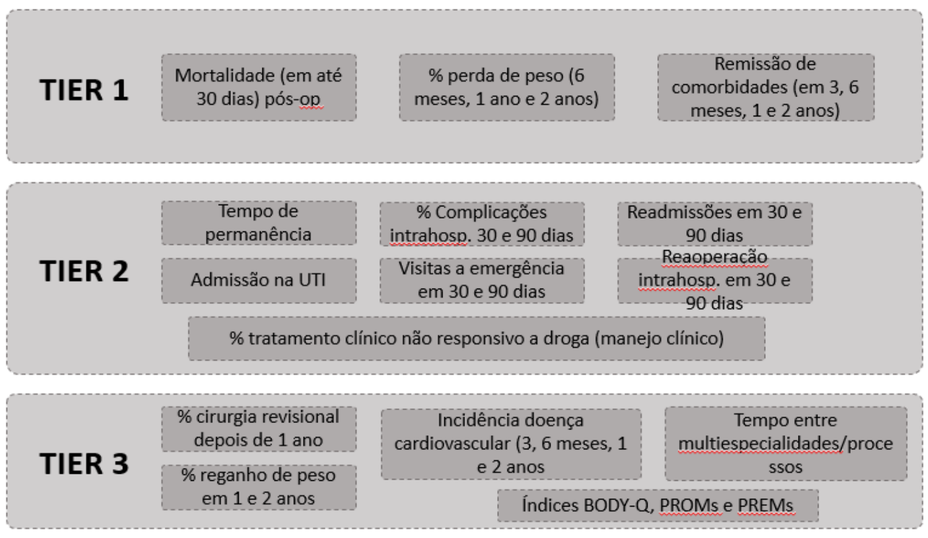
METODOLOGIA

Para desenvolvimento do projeto de saúde baseado em valor a instituição construiu uma agenda que engloba 5 elementos que se reforçam mutuamente. (i) a unidade integrada de prática (UIP), (ii) medição de resultados e custos para cada paciente, (iii) pacote de pagamento para o ciclo de cuidados, (iv) sistemas integrados de prestação de cuidados e (v) soluções digitais para apoiar todas as proposições de valor em 5 dimensões diferentes (monitoramento, resultados, custos TDABC, engajamento do paciente, benchmark internacional)

Além disso, foi realizada uma parceria entre a Johnson & Johnson Medtech e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Essa jornada do paciente teve como solução auxiliadora o Bari+, um aplicativo desenvolvido especialmente para acompanhamento em tempo real dos pacientes portadores de obesidade submetidos a cirurgia bariátrica e seus familiares.

Funções do aplicativo Bari+ para pacientes da linha de cuidado de obesidade

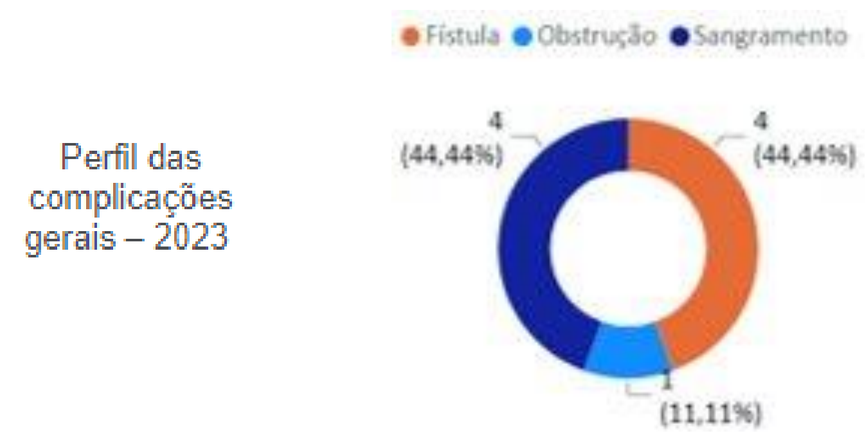
Através desta solução foram coletados os seguintes indicadores:



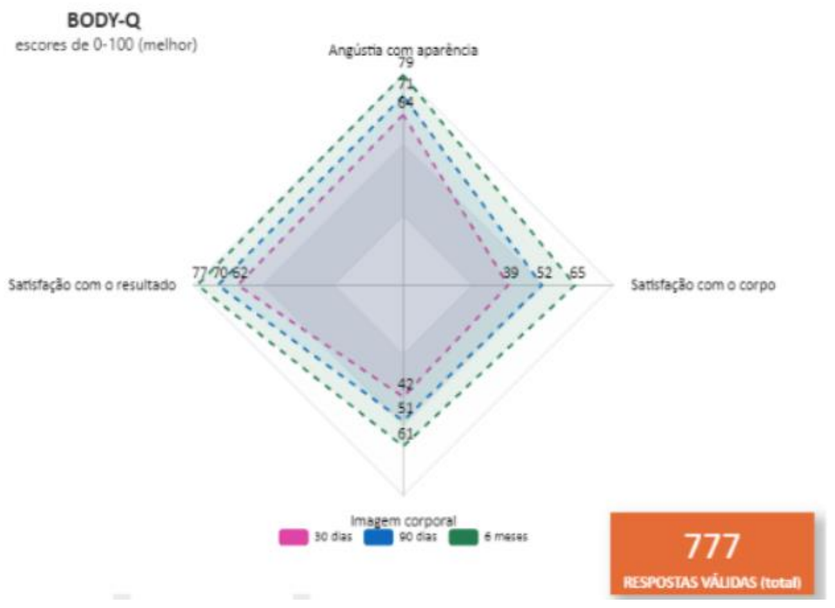
Indicadores coletados e avaliados em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica

RESULTADOS

Para dar uma visão geral do impacto dos dados da estrutura, comparando o cenário pré-implementação com o pós (de julho de 2022 até agosto de 2023), uma taxa de complicação intra-hospitar de 0,7% (vs. 0,8% em 2022), taxa de rehospitalização em 30 dias de 2,2% (vs. 3,2% de dados de literatura) e nenhuma reoperação no mesmo período (vs. 2,5% de dados de literatura). De 30 a 90 dias de pós-operatório, a taxa de rehospitalização foi de 0,4% (vs. 3,5% de dados de literatura) e nenhuma reoperação no mesmo período (vs. 3,1% de dados de literatura).



Complicações antes e após do início do projeto de saúde baseado em valor na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.



Avaliação BODY-Q para validação da qualidade de vida do paciente em 30, dias, 90 dias e 6 meses pós-cirúrgico.

A parceria com a indústria Johnson Medtech cobriu os seguintes eventos: a) avaliação pré-operatória identificando fatores de risco b) admissão cirúrgica; c) internação em UTI, se necessário; d) tratamento das complicações associadas ao procedimento bariátrico índice (vazamentos, sangramento, infecção e outras complicações menores); e) reinternações ou reoperações decorrentes das complicações primárias do procedimento; f) idas ao pronto-socorro devido a eventos associados ao procedimento primário, principalmente náuseas e vômitos, dor abdominal. Portanto, foi verificado que todo o pacote da linha de cuidado gerou uma economia de 39% versus os custos de referência. Os custos adicionais relacionados a esses eventos foram compartilhados entre a Instituição, equipe médica e indústria.

CONCLUSÕES

Com o desenvolvimento de uma linha de cuidado para pacientes sujeitos a cirurgia bariátrica e metabólica, foi possível verificar os benefícios clínicos e econômicos aos pacientes, prestadores e instituição. Comprovando que, um projeto de saúde baseado em valor poderá reduzir ineficiência e uso exacerbado de recursos do sistema de saúde, promovendo melhores desfechos clínicos ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. ABESO. Mapa da Obesidade. Disponível em https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/ Acesso em 25/05/2023

LINHA DE SAÚDE NO CAMPO: A SAÚDE NO AGRO

Cinthia Regina Molina de Souza, Lilian Pedro Aguari, Luciana Mara Garcia

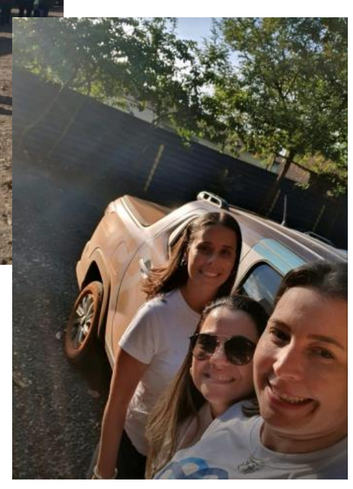
INTRODUÇÃO

Na maioria dos países, áreas rurais enfrentam dificuldades com acesso a saúde, do transporte e comunicação, até escassez e distribuição desigual de profissionais de saúde e dificuldades com horário de trabalho. O desafio é alcançar essa população, garantir oferta ampliada e adequada às necessidades. Devido as dificuldades de acesso dessa população e pautados no modelo de atenção primária, garantir esse atributo levou o atendimento até o campo.

Atendimento in loco

METODOLOGIA

Empresas do agronegócio vinculadas a operadora podem entrar na linha da saúde no campo. Inicialmente, é realizado o perfil epidemiológico e criado um cuidado personalizado, que envolve: palestras, para trazer informações sobre as condições mais prevalentes, e atendimento diretamente no campo. Exames de Rastreios, podendo ser realizados junto aos exame periódico da empresa. Posteriormente, os pacientes são monitorados por telefone em suas condições crônicas e passagens pelo Pronto Atendimento. Além disso, há acesso a telemedicina, com consultas médicas para demanda eventuais e receitas.



Palestra e rastreio diretamente no local de trabalho.

Palestra realizada antes da saída para o trabalho no campo.

Treinamento de primeiros socorros.

Palestra e rastreio

RESULTADOS

Em 2022, empresa com 128 beneficiários, 2 sedes. Média de idade 45 anos, baixo número esperados de hipertensos e diabéticos (7 e 2%), poucos exames de rastreio realizados, 8% tabagismo, 12% com alterações de ansiedade e/ou depressão,11% referiam estar acima do peso. Ao iniciarmos os atendimento e após analise dos exames laboratoriais, constatou-se: 12% de hipertensos, 5% diabéticos, 1 alteração em exame de mamografia e 1 sangue oculto positivo, com necessidade de prosseguir investigação. Houve importante abordagem sobre saúde mental, diagnóstico e tratamento. Hoje paciente estão monitorados, são programadas 2 visitas para atendimento médico/ano, além na manutenção de consulta por telemedicina. O projeto inicial passou a ser uma linha de cuidado e está em expansão, com novas empresas e mais beneficiários podendo serem cuidados.

CONCLUSÕES

Importante atentarmos à saúde do trabalhador, conscientizar a importância do cuidado em saúde, buscando prevenção de doenças, diagnósticos mais rápidos e monitoramento das condições. Com essas medidas conseguimos controlar absenteísmo, ter o trabalhador com melhores condições de saúde e mais qualidade de vida para exercer sua função. Essas ações envolvem baixo custo e agregam equilíbrio financeiro a operadora.

REFERÊNCIAS

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Ministério da Saúde, 2013.
Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual, Rev. Saúde Pública 52 (suppl 1) • 2018 • https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000supl1ap
Medicina Rural - Universidade Federal de Minas Gerais – curso UNasus

MELHORA DA ADESÃO À PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO PROCEDIMENTO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Amanda Danieletto Ruiz Astrazione, Teresa Cristina Dias Cunha Nascimento, Laura Lopes Nogueira Pinto, Michele Moraes Pinto.

INTRODUÇÃO

Desde 2022 a área de Protocolos Gerenciados monitora os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. São acompanhados pacientes com idade ≥ 18 anos submetidos ao procedimento. Informações relacionadas ao período da internação e aos cuidados específicos do tratamento são acompanhadas e coletadas, sendo uma delas, que visa reduzir o risco de morbimortalidade e de variabilidade não desejada, a quimioprofilaxia para risco de tromboembolismo venoso (TEV), administrada em até 24 horas após o término da cirurgia.

Objetivo: aumentar a taxa de adesão à quimioprofilaxia para o TEV, os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva de dados dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de janeiro/2022 a junho/2023, relacionados à adesão a quimioprofilaxia de TEV, dividido em dois grupos sendo o primeiro de janeiro a setembro/2022 e o segundo grupo de outubro/2022 a junho/2023.

RESULTADOS

No primeiro grupo foram incluídos 90 pacientes, com média de idade de 40,0 anos, média do IMC de 39,7 kg/m² e 67,8% eram do sexo feminino. Neste grupo, em 62,2% houve adesão ao protocolo de quimioprofilaxia de TEV. Dos 34 que não houve adesão, 33 (97,0%) não foi prescrito com a justificativa da equipe médica não concordar.

Em outubro de 2022, houve uma intervenção da governança clínica e equipe de protocolos com a equipe médica de maior volume entre os que não concordavam. A partir desta intervenção, no segundo grupo analisado foram incluídos 85 pacientes, com média de idade de 39,1 anos, média do IMC de 40,1 kg/m² e 70,6% do sexo feminino. Em 90,6% houve adesão ao protocolo de quimioprofilaxia de TEV, dos 8 que não houve adesão, apenas 1 (12,5%) houve a justificativa da equipe médica não concordar com essa prescrição.

Comparando o sexo dos pacientes dos dois grupos não houve foi diferença estatisticamente significativa (p 0,687), pelo teste qui-quadrado. Assim como não houve em relação à idade e ao índice de massa corpórea (IMC), p 0,304 e 0,687, respectivamente, realizado pelo teste t-Student. Em contrapartida, na taxa de adesão da quimioprofilaxia do TEV comparando os dois grupos, a diferença foi estatisticamente significativa com resultado de p <0,001, realizado pelo teste qui-quadrado.

Variável	Grupo		p
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Sexo			
Feminino	61 (67,8)	60 (70,6)	**0,687**
Masculino	29 (32,2)	25 (29,4)	
Total	90 (100)	85 (100)	

Teste qui-quadrado

Figura 1. Tabela apresentando a destruição do sexo nos grupos pré e pós intervenção.

Variável	Grupo		p
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Idade			
Média (DV)	40,7 (±10,2)	39,1 (±10,2)	**0,304**
IMC (em kg/m²)			
Média (DV)	39,7 (±5,6)	40,1 (±5,0)	**0,687**

Teste t-Student

Figura 2. Tabela apresentando as médias e desvio padrão da idade e IMC nos grupos.

Variável	Grupo		p
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Uso de quimioprofilaxia conforme protocolo TEV?			
Não	34 (37,8)	8 (9,4)	**<0,001**
Sim	56 (62,2)	77 (90,6)	
Total	90 (100)	85 (100)	
Por qual motivo não realizou quimioprofilaxia TEV?			
Equipe médica não concorda	33 (97,0)	1 (12,5)	**<0,001**
Prescrita depois de 24h	1 (3,0)	6 (75,0)	
Outro motivo	0 (0)	1 (12,5)	
Total	34 (100)	8 (100)	

Teste qui-quadrado; # Teste da razão de verossimilhanças

Figura 3. Tabela apresentando os resultados da quimioprofilxia do TEV pré e pós intervenção.

CONCLUSÕES

Após a intervenção junto à equipe do corpo clínico a taxa de adesão passou de 62% para 91% com significância estatística, demonstrando que o gerenciamento do protocolo com envolvimento da governança clínica, equipe multiprofissional e intervenções focadas na melhoria contínua permite que a mesma aconteça, garantindo o cuidado adequado ao paciente baseado em evidências clínicas.

REFERÊNCIAS

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9007000/; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18574271/.

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Monitoramento Clinico e Desospitalização: Reduzindo a Permanência

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Juliana De Jesus Correia, Iasmyn de Aquino Godinho, Leandro Ribeiro Lago da Silva, Marcos Cesar Ramos Mello

INTRODUÇÃO

O monitoramento clínico dos pacientes internados auxilia na construção do plano terapêutico, na priorização de cuidados e na elucidação das necessidades de suporte pós alta. Assim como informar aos envolvidos sobre os recursos disponíveis concedidos pela operadora de saúde, rede pública e privada.

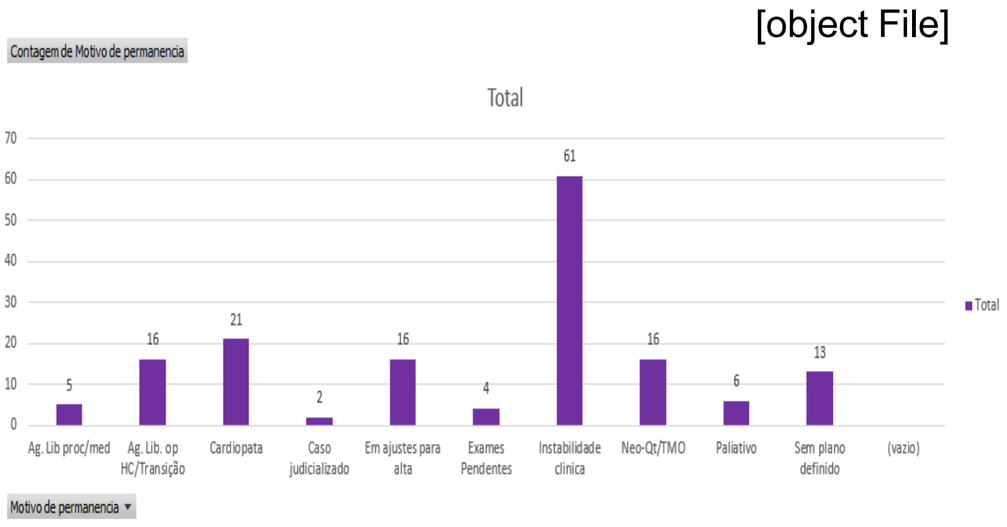
Sobre a caracterização de "paciente de longa permanência" é pautada no cenário epidemiológico dos pacientes atendidos pelo Hospital BP Unidade Paulista, definindo como fator tempo de internação acima de 15 dias entendido como permanência prolongada.

Entende-se como desospitalização a possibilidade de continuidade de cuidados de saúde substitutivos à necessidade de internação hospitalar propriamente dita. Os pacientes caracterizados como de longa permanência podem apresentar peculiaridades como doenças crônicas que necessitam de cuidados contínuos, variadas abordagens de saúde e questões sociais relevantes que dificultam a construção de um plano de cuidado pós alta, prolongando seu tempo de internação.

METODOLOGIA

Ocorre a seleção dos pacientes internados a partir de 15 dias de permanência, através de censo semanal com análise analítica e sistemática dos prontuários para identificação da programação hospitalar, necessidades de cuidados e traçar planos para atuação da equipe médica, equipe multiprofissional e equipe de desospitalização.

[object File]



Monitorização do motivo de permanência da 1° semana do mês de agosto.

Dt Admisão	Motivo da Permanência	Observações Importantes
03/07/2023 10:20		
29/06/2023 23:20	Social	Esposa não se organiza judicialmente
29/06/2023 23:24	Cardiopata	
28/06/2023 07:14	Neo - QT / TMO	Pos tmo - itu + ghvd
27/06/2023 23:57	Instabilidade Clinica	AAP - vacuo e npt , fistula enterica
24/06/2023 19:55	Cardiopata	
23/06/2023 19:13	Instabilidade Clinica	Dpoc ,em desmame dificil de vm
22/06/2023 06:47	Instabilidade Clinica	Ultimo trial de VM
17/06/2023 23:02	Ag. lib op HC/Transição	
17/06/2023 10:03	Instabilidade Clinica	Pos tx hepatico grave , sedada e dva
16/06/2023 22:37	Instabilidade Clinica	Transiçao suspensa, em melhora clinica após sepse
12/06/2023 15:40	Instabilidade Clinica	Osteomielite FO externo - vacuo + atb
01/06/2023 08:47	Cardiopata	
31/05/2023 05:57	Neo - QT / TMO	Pos tmo com multiplas complicações
31/05/2023 16:46	Cardiopata	
22/05/2023 08:08	Neo - QT / TMO	Segue atx por MM
01/05/2023 09:53	Cardiopata	
17/04/2023 10:23	Cardiopata	
24/03/2023 11:02	Instabilidade Clinica	Pos tx cardiaco em ajuste de medicações
20/03/2023 21:35	Instabilidade Clinica	Aguarda tx cardiaco

Dashboards onde ocorre o monitoramento clinico dos pacientes.

RESULTADOS

Classificação dos pacientes em grupos específicos para atuação como:

- casos instáveis para alta;
- sem definição de plano de cuidado;
- aguardando procedimento hospitalar;
- espera de autorização para liberação de atendimento domiciliar ou liberação de transferência para clínica de transição;
- paciente paliativo;
- caso judicializado.

Através deste monitoramento conseguimos identificar uma redução do tempo de permanência e início antecipado do planejamento de alta.

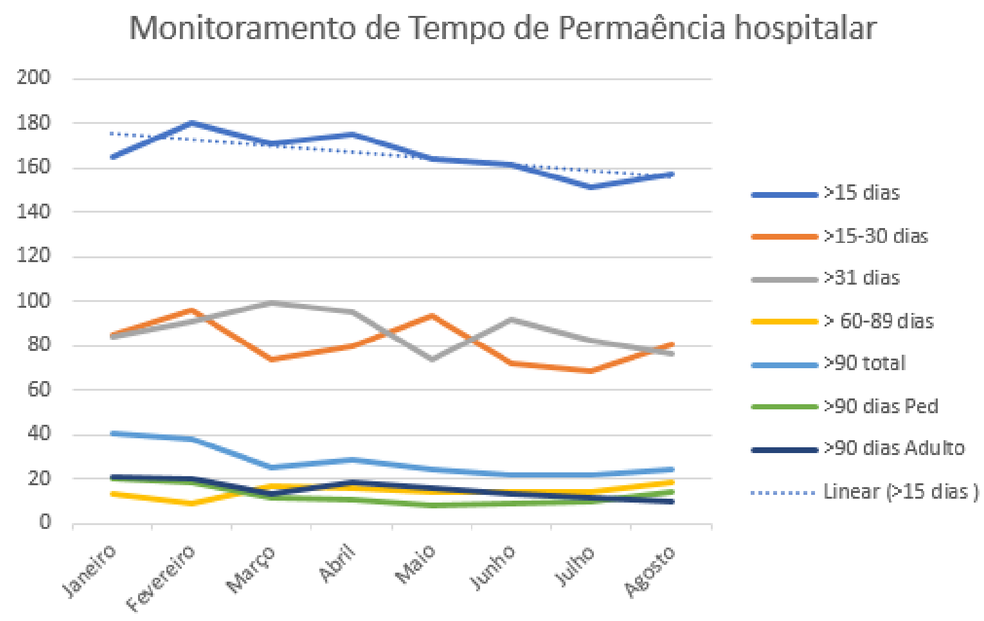


Gráfico monitoramento de tempo de permanência hospitalar.

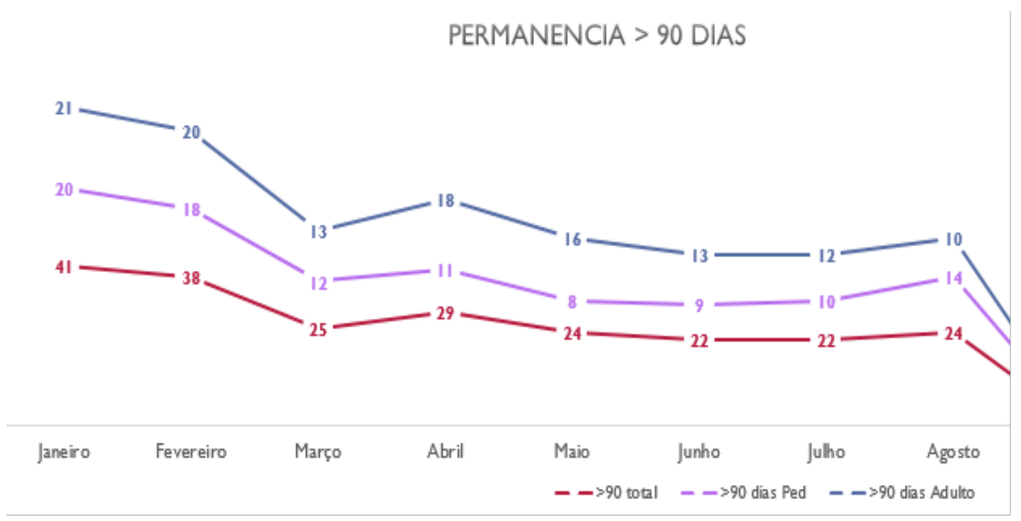


Gráfico com o número de paciente > 90 dias de internação.

CONCLUSÕES

A partir da auditoria clínica dos prontuários que é realizada durante o monitoramento é possível traçar o perfil de pacientes propensos a cronicidade, e partir disso podemos iniciar ações visando a busca de rede de apoio familiar, realizar abordagem as equipes médicas e discussões com equipe multiprofissional a fim de conseguir mapear as necessidades futuras deste perfil de pacientes, auxiliando na priorização do cuidado e otimizando a disponibilidade de leitos hospitalares, melhorando o giro de leitos.

REFERÊNCIAS

1. Hospital BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo. (2023) - Serviço de Arquivo Medico Estatístico (SAME).
2. Banco de dados NAPA (Núcleo de Apoio e Planejamento de Alta- Hospital BP - Paulista)
3. Banco de dados extraído Tasy – Prontuário eletrônico

MONITORAMENTO DA ALTA QUALIFICADA: UMA ESTRATÉGIA DE GARANTIA DE ACESSO AO CUIDADO INTEGRAL.

Luciana Marinho da Cunha , Andreia Pinto Souza, Filipe Risso Firmino, Tiago Texera

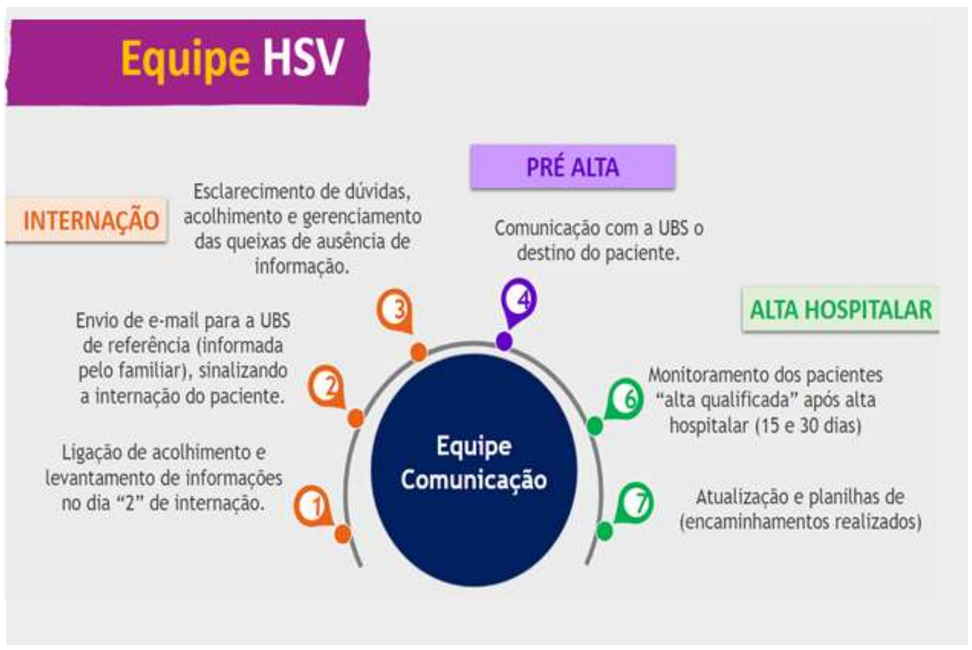
INTRODUÇÃO

Em maio de 2020, a necessidade de organizar a alta dos pacientes tornou-se ainda mais urgente, devido à pandemia da COVID-19, e ao elevado fluxo de pacientes internados com necessidade de seguimento dos cuidados em saúde.

Desta forma, foi criado o processo de trabalho da alta qualificada entre as unidades de saúde e Hospital São Vicente (HSV), no município de Jundiaí/ São Paulo.

METODOLOGIA

Após 48 horas de internação do paciente no hospital, é enviado uma notificação de internação para a unidade de saúde do território, com a hipótese diagnóstica e outras informações relevantes sobre este estágio inicial de internação. Essa comunicação é feita no primeiro momento via e-mail ao serviço de saúde de referência. O profissional da Atenção Primária em Saúde (APS), que irá ordenar e coordenar o cuidado, recebe as informações, valida e inicia as ações necessárias. No dia da alta do paciente, será enviado novo e-mail contendo o kit alta em anexo com: resumo de alta, receituário médico, exames e os encaminhamentos de acordo com o quadro clínico. O profissional de referência, analisa as informações, convoca o paciente/familiar via telefone para orientações sobre os cuidados, diagnóstico, terapêutica medicamentosa, agendamentos e reavaliação presencial a partir da rede de atenção e equipe multidisciplinar. Esse processo viabiliza o monitoramento e intervenções efetivas, de condução ao prognóstico de recuperação e redução de riscos.



Fluxograma 1- de transmissão de informações hospitalar para as unidades da Atenção Primária em Saúde.

Fluxograma 2 - de transmissão e monitoramento compartilhado em rede de saúde.

RESULTADOS

O total de pacientes incluídos no programa de alta qualificada oriundos do HSV e referenciados para a rede de Atenção Primária foi de 2.008 pacientes (de agosto 2020 a janeiro/2021). As reinternações no ano de 2020: correspondem a 21,04% (a taxa de reinternação é global - considera todos os pacientes independente do município). Observou – se uma redução na taxa de reinternação da ordem de 6,4%, quando comparada ao ano anterior, e uma redução de 25% se compararmos novembro de 2019 com novembro de 2020. O acesso às informações atualizadas dos pacientes, são essenciais para compor as melhores práticas ofertadas pelas equipes de saúde. Desde a implantação do processo de trabalho da alta qualificada nas unidades básicas de saúde, aproximadamente 20,864 pacientes foram e/ou permanecem em acompanhamento longitudinal através da assistência.

Redução de taxa de reinternação em 25% se compararmos novembro de 2019 com novembro de 2020.

Coordenador do cuidado na Atenção Primária / análise de dados e monitoramento do cuidado longitudinal em saúde

CONCLUSÕES

A criação do processo de trabalho para alta qualificada nos levou a considerar, os modos como as pessoas se organizam para viver. O cuidado qualificado, integral e longitudinal, só pode ser sustentado a partir de uma rede de atenção comprometida em melhorar a experiência dos nossos usuários, com investimentos sustentáveis nos processos e itinerário. E assim, aproximar-se de alguns pontos da rede, para desatar os nós, aproximar as pontas, reparar os furos e continuar trabalhando para que o nosso usuário esteja dentro da rede de modo seguro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, Acesso em: 26/09/2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, Acesso em: 26/09/2023.

NURSE NAVIGATOR PARA PACIENTES DIABÉTICOS NA EDUCAÇÃO PARA A ALTA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
In Affiliation with JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

Karina Leal Vargas, Elisandra Leites Pinheiro, Daniela Tenroller de Oliveira e Vanessa Favero

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

INTRODUÇÃO

O diabetes é uma síndrome metabólica multifatorial que caracteriza-se pela hiperglicemia crônica devido a disfunção relacionada à ação e produção da insulina. No Brasil, aproximadamente12,3 milhões de pessoas convivem com esta condição. (Brasil, 2022)

METODOLOGIA

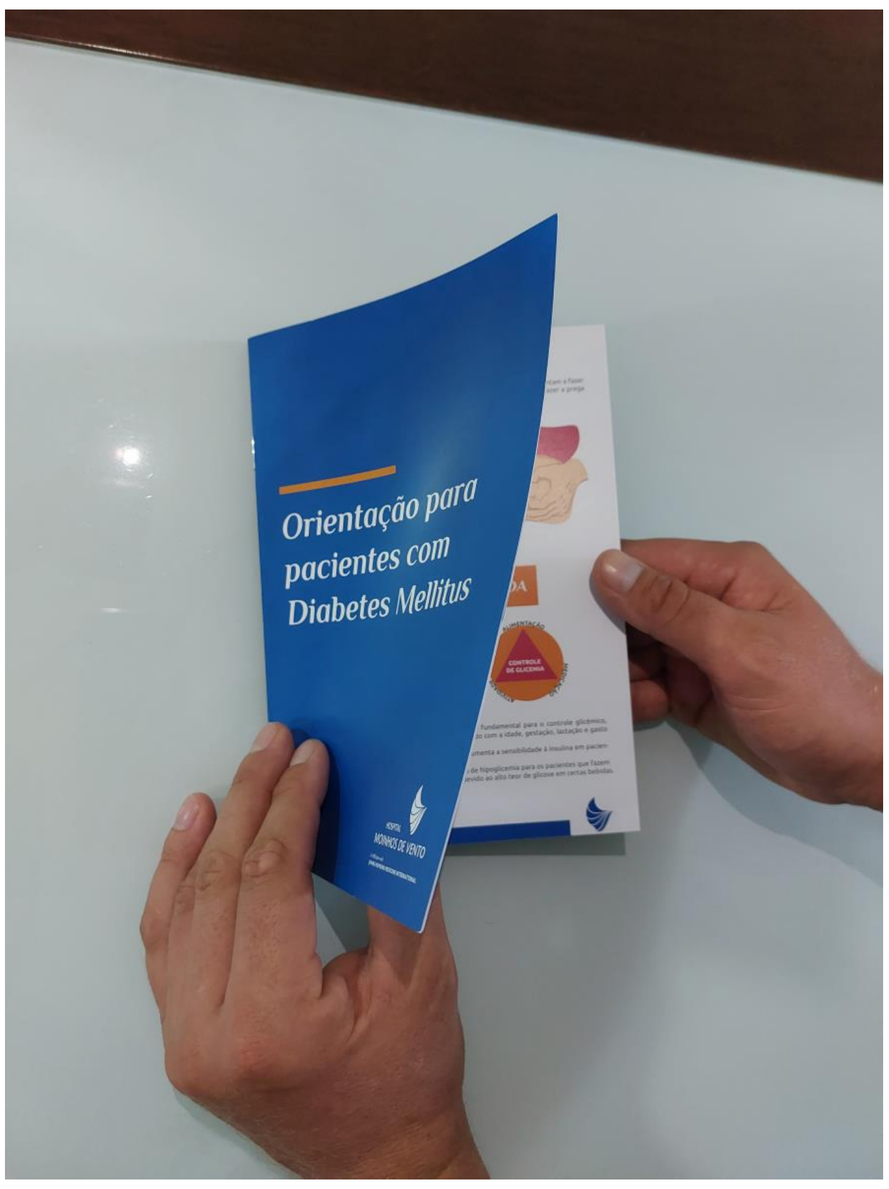
Encontros semanais para acompanhar os pacientes com esta condição, e construir, junto a equipe multiprofissional, o planejamento da alta. A dinâmica do grupo inicia com relato do participante, para que tenham orientações personalizadas. É entregue folder educativo onde se educa quanto ao que é diabetes, sintomas e diagnóstico. Explora-se sobre complicações como hipoglicemia e seu manejo. São abordadas as técnicas de monitoramento da glicemia e valores de referência. São abordados cuidados com hipoglicemiantes via oral, insulinas, rodízio de locais de aplicação. Fala-se sobre hábitos de vida, exercícios físicos, alimentação. Orienta-se sobre o acompanhamento da equipe multiprofissional via Ambulatório de Diabetes. Identifica-se quais pacientes necessitam de reforço das orientações, realizando treinamento prático a beira leito. É construído o plano de cuidados para alta segura. Após a alta os pacientes são navegados através de contato pós alta e consulta ambulatorial.

Grupo de Orientações e Cuidados para Paciente com Diabetes.

Convite do Grupo de Orientação e Cuidados para Pacientes com Diabetes.

RESULTADOS

Através deste projeto criou-se o Grupo de Orientações e Cuidados para Paciente Diabéticos, Familiares e Cuidadores, com atendimento semanal, treinamento a beira leito de monitoramento da glicemia, aplicação de insulinas e administração de hipoglicemiantes, cuidados com a pele e pés, manejo da hipoglicemia e hábitos de vida para envolver a rede de apoio do diabético nos cuidados em domicílio.



Folder educativo entregue aos paciente diabéticos e sua rede de apoio durante os encontros do grupo de orientação.

CONCLUSÕES

O Grupo de Diabetes propõe seguir desenvolvendo o projeto de Nurse Navigator para pacientes diabéticos na educação para a alta em busca de minimizar reinternações relacionadas a complicações por manejo inadequado no diabetes.

REFERÊNCIAS

Diabetes: Saúde responde às dúvidas mais comuns sobre a doença que atinge 12,3 milhões de brasileiros. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/diabetes-saude-responde-as-duvidas-mais-comuns-sobre-a-doenca-que-atinge-12-3-milhoes-de-brasileiros>. Acesso em: 24 jun. 2023;

Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3275. Available in: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275. [Acesso em: 24 jun. 2023.];

CUSTO DO DESPERDÍCIO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DEVIDO À HOSPITALIZAÇÃO

PATRICK GUILGER, REGINALDA BATISTA E ROSSANA LAMBERTUCCI

INTRODUÇÃO

Os custos com a saúde do paciente envolvem vários fatores, como comorbidades, idade, gênero, tempo gasto em salas cirúrgicas, exames realizados, eventos adversos e materiais e medicamentos consumidos. Os hospitais devem revisar seus acordos com fontes pagadoras e devem ter equipes especializadas para coleta de dados. É de extrema importância padronizar os custos aplicáveis aos procedimentos com variáveis e eliminar valores extremos.

A importância da metodologia DRG para a análise de dados e custos com a saúde é vital. No sistema de saúde brasileiro, a escassez de recursos e a estrutura deficiente de atenção primária geram desperdício financeiro. A atenção primária deve resolver a maioria das necessidades de saúde e organizar os serviços de acordo com a complexidade. O acesso total à atenção primária e a continuidade do cuidado com o paciente após a alta hospitalar são desafios.

METODOLOGIA

Demonstrar o impacto do desperdício da atenção primária, que levam à hospitalização em serviços terciários, considerando os custos da jornada do paciente. Questionar se gestores têm ferramentas e equipes especializadas para analisar dados e eliminar desperdícios de custos antes da hospitalização.

Estudo de caso quantitativo com 13 hospitais em 2022, considerando duas Classificações Internacionais de Doenças (CID) recorrentes em atenção terciária. A metodologia associa DRG e custo da jornada do paciente para analisar custos evitáveis.

Pirâmide de atendimento da saúde.

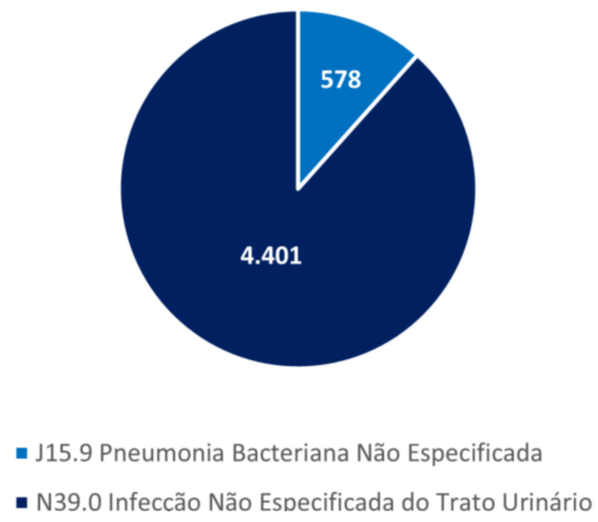


Gráfico: Volume de atendimentos considerados dentro da classificação de CID escolhida para análise.

RESULTADOS

Obtivemos uma amostra de 4.979 atendimentos de pacientes gerada no ano de 2022, sendo 4.401 atendimentos para N39.0 Infecção Não Especificada do Trato Urinário, e 578 atendimentos para J15.9 Pneumonia Bacteriana Não Especificada.

Considerando uma média mensal de 414 atendimentos que poderiam ter sido evitados, isso resultou em um custo anual de R$ 5,2 milhões, ou um custo médio por visita de R$ 1.064. É importante observar que estamos falando apenas de duas Classificações Internacionais de Doenças (CID) e apenas 13 hospitais, em comparação com um total de 7.191 hospitais no Brasil.

De acordo com a metodologia DRG, em 2022, cerca de 20% das hospitalizações são classificadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Estimando 31 atendimentos por mês por hospital e considerando todos os hospitais no Brasil, podemos estimar um custo de R$ 2,8 bilhões que poderiam ter sido evitados se fossem tratados na atenção primária.

2.8 Bilhões

Economia gerada

Economia gerada referente aos atendimentos que poderiam ter o tratamento na saúde primária.

CONCLUSÕES

Através deste estudo de caso, concluímos que o custo associado às duas doenças classificadas como CSAP é consideravelmente alto e resulta em desperdício que poderia ser melhor alocado no sistema de saúde. Gerenciar os custos das visitas juntamente com as análises necessárias requer tempo e esforço manual por parte dos gestores para obter essas informações. Dessa forma, os gestores não dispõem de uma ferramenta adequada de gestão para tomada de decisões enquanto o paciente está hospitalizado, e o desperdício só é analisado após a alta, quando não se pode tomar medidas em relação a tal evento. Para evitar esses desperdícios, enfatizamos a importância de fortalecer o papel da atenção primária na rede de saúde para tratá-los de forma oportuna.

REFERÊNCIAS

Banco de dados Planisa.

CARDOSO, CS et al. **Contribution of hospitalizations for primary care sensitive conditions to the profile of admissions in the public health system**. Rev. Panam Salud Publica, Washington, DC, v. 34, n. 4, p. 227-34, 2013.

O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE NEWS: A GARANTIA DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA

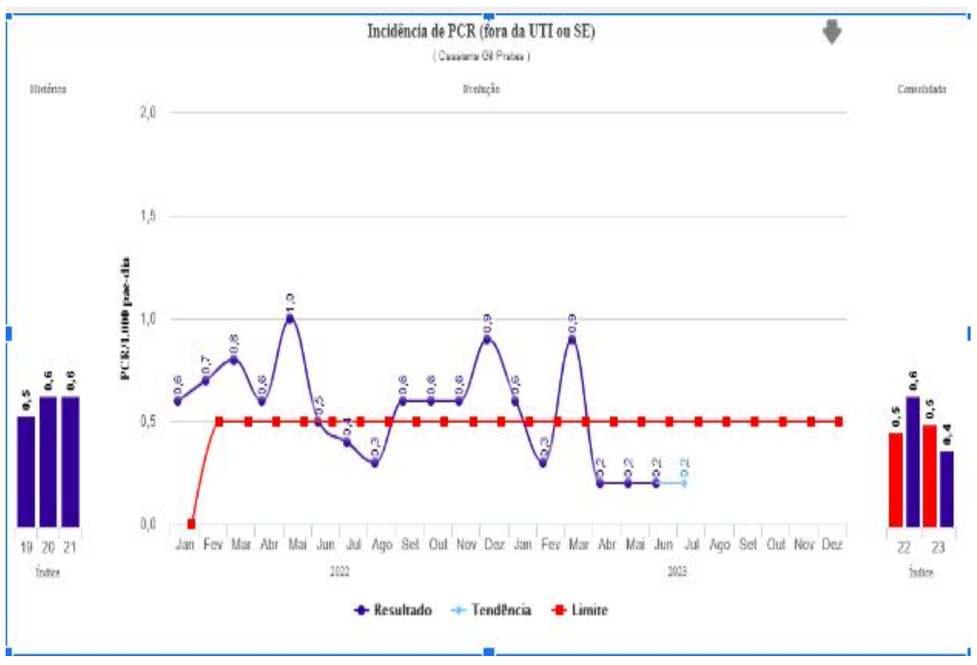
Daiane Oliveira, Jessica Cardoso, Andressa Camargo dos Santos, Emiliana Costa

INTRODUÇÃO

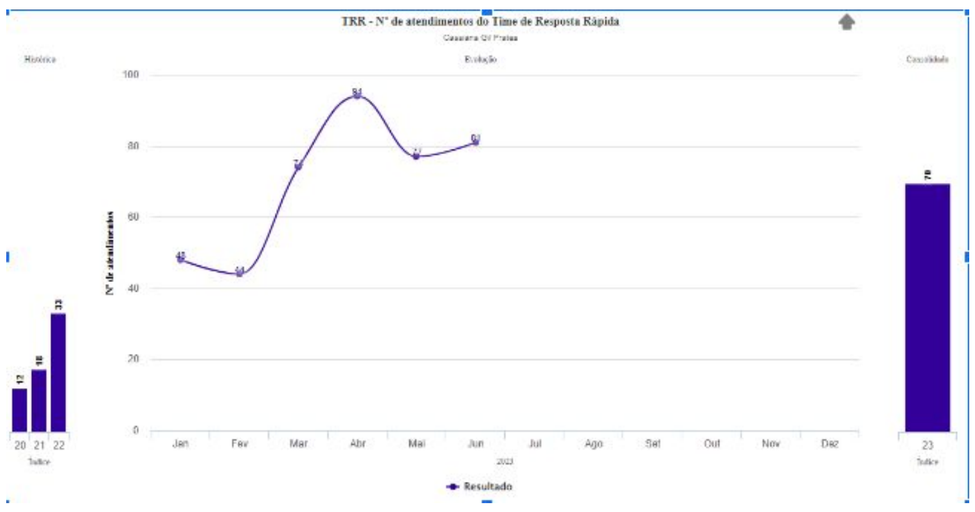
A ESCALA DE NEWS É UM ESCORE DE ALERTA PRECOCE DESENVOLVIDO PELO ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, COM O INTUITO DE IDENTIFICAR PACIENTES COM SINAIS PRECOCES DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA AGUDA E POSSIBILITAR UMA INTERVENÇÃO RÁPIDA E ASSERTIVA DAS EQUIPES ASSISTENCIAIS PARA EVITAR ÓBITOS E SEQUELAS GRAVES. É CONSIDERADO UM DOS MELHORES INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA, SENDO AMPLAMENTE EMPREGADO NOS HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO MUNDO. OBJETIVO: IMPLANTAR NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO (UI) DE UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE /RS A ESCALA DE NEWS E AVALIAR UM INDICADOR ASSISTENCIAL: NÚMERO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM UI, ANTES E APÓS IMPLANTAÇÃO DA NEWS.

METODOLOGIA

A GESTÃO DE ENFERMAGEM REALIZOU TREINAMENTOS E SENSIBILIZAÇÃO DE SUAS EQUIPES DEMONSTRANDO A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE NEWS. JUNTAMENTE COM GESTÃO MÉDICA, DO QUAL GERENCIA O TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TRR), INICIOU-SE EM ABRIL DE 2023 A NOVA ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA. DESDE ENTÃO, UMA VEZ POR SEMANA, A GESTÃO DE ENFERMAGEM MANTÉM REUNIÕES SISTEMÁTICAS COM ENFERMEIROS DE UI PARA DISCUSSÃO DOS ACHADOS CLÍNICOS REFERENTES A NEWS E INCREMENTA-SE MELHORIAS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E TRANSCRIÇÃO DO CUIDADO



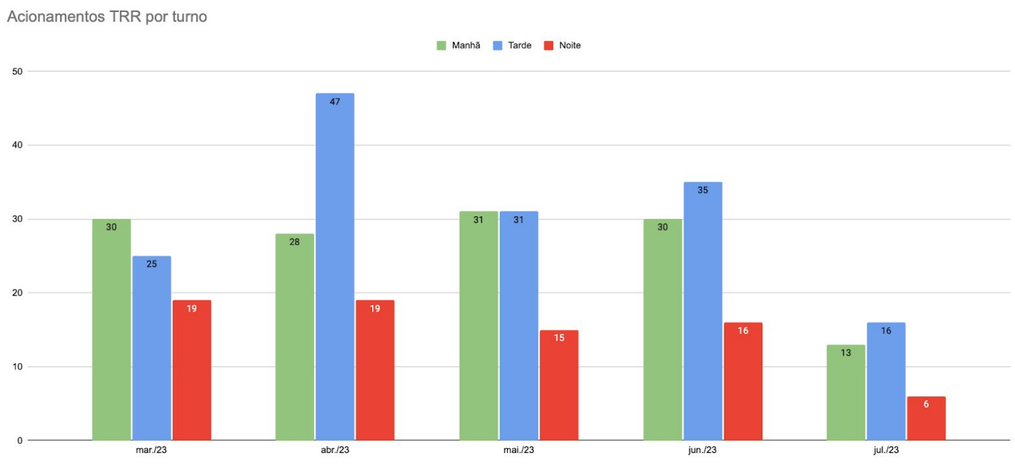
Incidência de Parada Cardiorrespiratória nas Unidades de Internação antes da implantação da nova escala e após implantação .



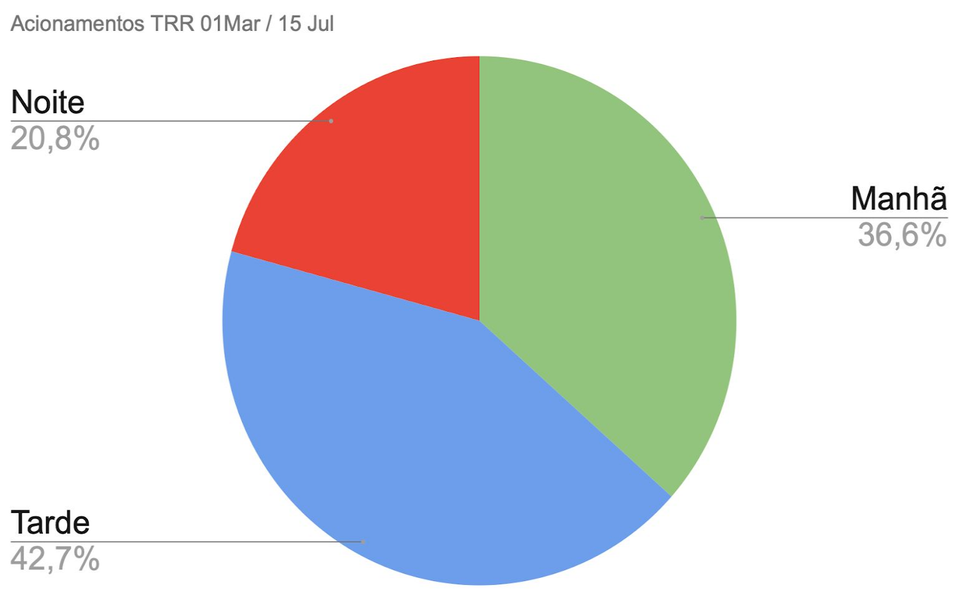
Número de atendimentos do Time de Resposta Rápida de jan/23 a jul/23

RESULTADOS

NAS ANÁLISES DOS INDICADORES, OBSERVOU-SE MAIS CHAMADAS AO TRR NO TURNO DA TARDE, O QUE SE SUGERE UMA ANTECIPAÇÃO DE ATENDIMENTOS DE INTERCORRÊNCIAS, QUE ERAM MAIS FREQUENTES NO TURNO DA NOITE. A INCIDÊNCIA DE PCR EM UI TEVE UMA QUEDA DA TAXA DE 0,6 (MÉDIA HISTÓRICA) PARA UMA TAXA 0,4 (CALCULADA A CADA 1.000 PACTE/DIA



Chamadas do Time de Resposta Rápida por Turno de março de 2023 a julho de 2023 .



Acionamento do Time de Resposta Rápida por turno no período de 01 de março a 15 de abril por turno

CONCLUSÕES

A IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE NEWS ASSEGUROU UMA ASSISTÊNCIA MAIS SEGURA COM QUEDA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DESDE OS ÚLTIMOS 5 ANOS. EMBORA AS DIFERENÇAS DE TAXAS AINDA SEJAM PEQUENAS E NECESSITEM DE MAIS ACOMPANHAMENTO AO LONGO DO TEMPO, CADA VIDA SALVA POR UMA MELHORIA EM NOSSA GESTÃO É UM TRIUNFO DO CONHECIMENTO E DO COMPROMISSO COM A SAÚDE HUMANA.

REFERÊNCIAS

transcultural adaptation to Brazilian Portuguese National Early Warning Score 2

IMPLEMENTANDO PROTOCOLO DE DETERIORAÇÃO AGUDA PRECOCE (NEWS E MEOWS) E O PAPEL DA EQUIPE MULTISCIPLINAR

NEWS2: Additional implementation guidance | RCP London

O QUE VERDADEIRAMENTE IMPORTA AO PACIENTE: A EXPECTATIVA DO TRATAMENTO DE OSTEOARTROSE DE QUADRIL

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

INTRODUÇÃO

Desde 2017 a área de Desfecho Clínico faz o acompanhamento de pacientes em diversas condições de saúde, dentre elas, o tratamento de Artroplastia Total de Quadril (ATQ) por osteoartrose. O modelo de seguimento é o referendado pelo ICHOM (*International Consortium For Health Outcomes Measurement*). São incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos e sem barreiras de linguagem. A discussão sobre saúde baseada em valor, visando também a sustentabilidade dos serviços de saúde, tem ganhado maior destaque frente à busca da entrega de resultados significativos e que importam para o paciente sem desperdiçar recursos. Baseado nesta discussão, optamos por incluir uma pergunta no questionário aplicado pré tratamento relacionada a expectativa do paciente com o tratamento em 6 meses. A pergunta foi "quais são as expectativas esperadas em 6 meses?".

Objetivo: avaliar se a expectativa reportada pelo paciente no pré foi atingida aos 6 meses pós tratamento.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva de dados relacionados à expectativa atingida aos 6 meses com o tratamento, que foram reportados pelos pacientes que realizaram ATQ no período de março/2020 a dezembro/2022 e que responderam a pergunta nos dois momentos, pré e 6 meses pós.

Figura 1. *Flyer* do guia de referência de Osteoartrite de Quadril e Joelho da ICHOM.

RESULTADOS

No período 266 pacientes foram submetidos a ATQ e elegíveis para o acompanhamento de 6 meses, sendo que 158 (59,3%) responderam à pergunta relacionada à expectativa com o tratamento nos dois momentos. A média de idade foi e 65,6 anos e 56,3% eram do sexo feminino. Ao avaliar os resultados observamos que 145 (92%) pacientes relataram que sua expectativa no pré procedimento foi atingida aos 6 meses, sendo que o paciente pode ter mais de uma expectativa esperada.

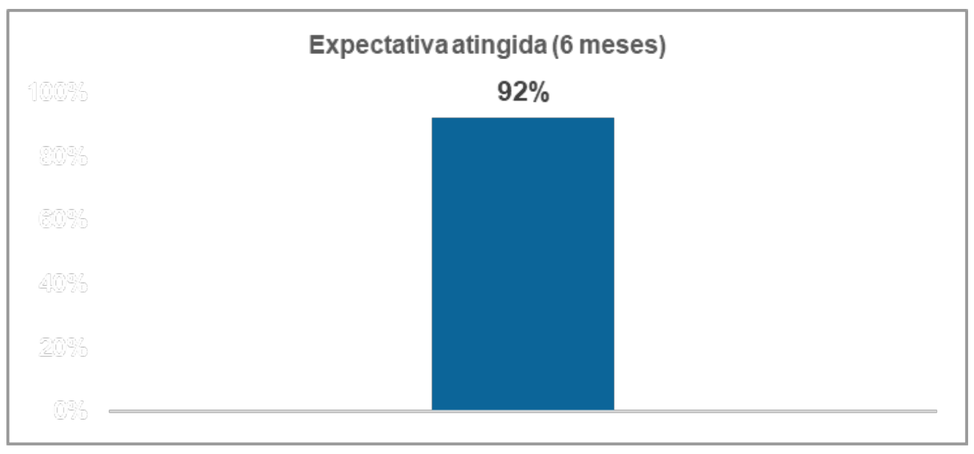


Figura 2. Gráfico de colunas representando a taxa de expectativa atingida aos 6 meses pós cirurgia.

Figura 3. Gráfico de barras representando as expectativas em 6 meses relatadas no pré procedimento pelos pacientes.

CONCLUSÕES

Dentre os pacientes submetidos a ATQ por osteoartrose acompanhados pelo Desfecho Clínico, 92% reportam que sua expectativa com a cirurgia foi atingida aos 6 meses. Ter esta pergunta no acompanhamento nos permite avaliar o alcance da expectativa reportada pelo paciente, de forma individualizada e muitas vezes única para aquela pessoa. Atingir esta expectativa aos 6 meses pode contribuir para a entrega de valor na percepção do paciente e possibilitar a instituição de saúde usá-la juntamente com demais informações deste acompanhamento para possíveis negociações com fonte pagadora.

REFERÊNCIAS

https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/hip-knee-osteoarthritis/

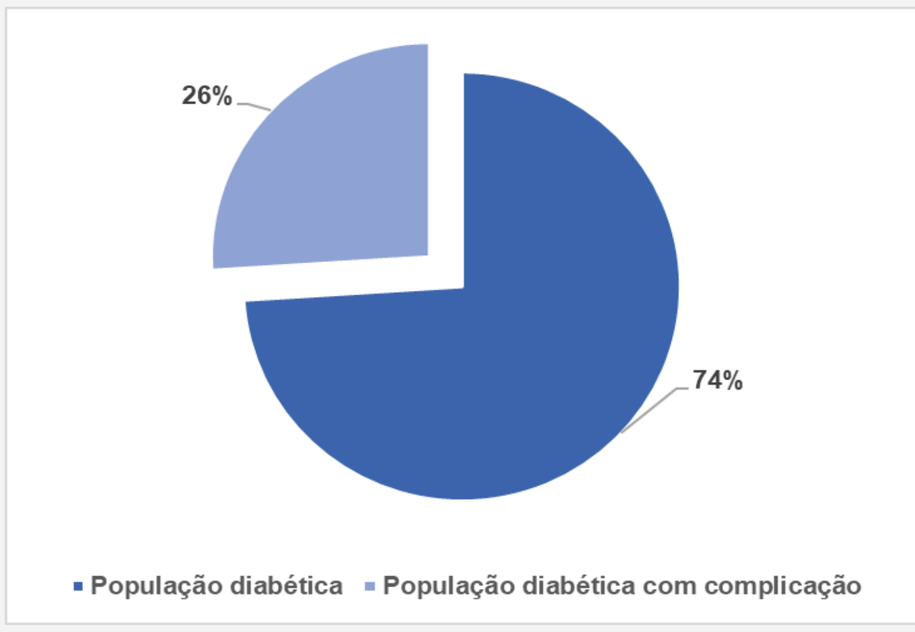
Ocorrência e gastos relacionados às complicações da Diabetes numa operadora de autogestão em saúde

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Danyelle Monteiro Cavalcante, Denilson Furtado Oliveira, Flávia Amaral Freitas e Raylayne Ferreira Bessa Bernardo

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia resultante de defeitos na ação e/ou na secreção de insulina[1,2]. A evolução da doença associada ao controle glicêmico inadequado pode resultar no aparecimento de complicações que afetam seriamente órgãos importantes como: coração, olhos e rins[3]. Trata-se de uma doença com alta morbimortalidade prematura[2,3,4]. O tratamento dessas complicações, agudas e crônicas, possuem alto custo para o sistema de saúde, além de comprometer a saúde e o bem-estar de indivíduos, famílias e da sociedade, impactam no sistema previdenciário, na economia das famílias e na produtividade do país[3,4,5].



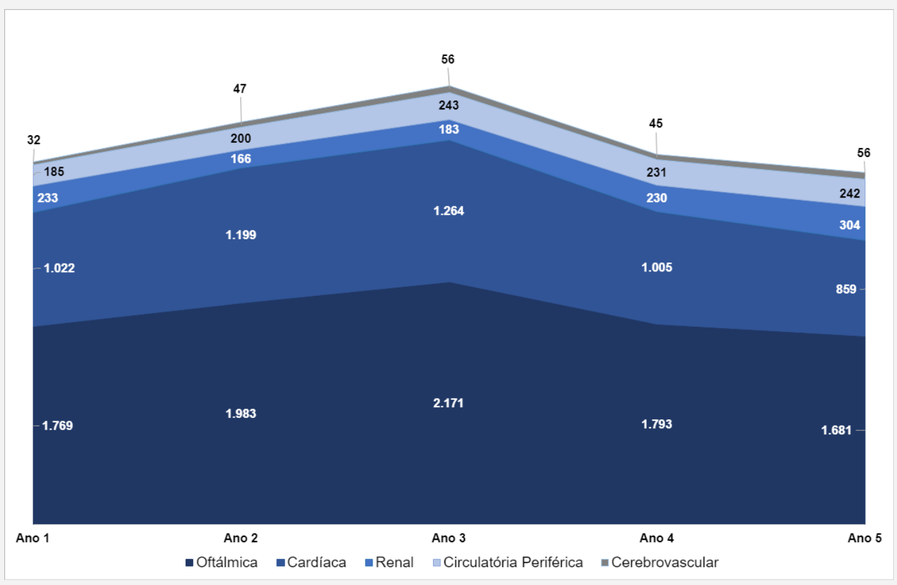
Proporção média de complicações do diabetes na população diabética CASSI, nos cinco anos estudados.

METODOLOGIA

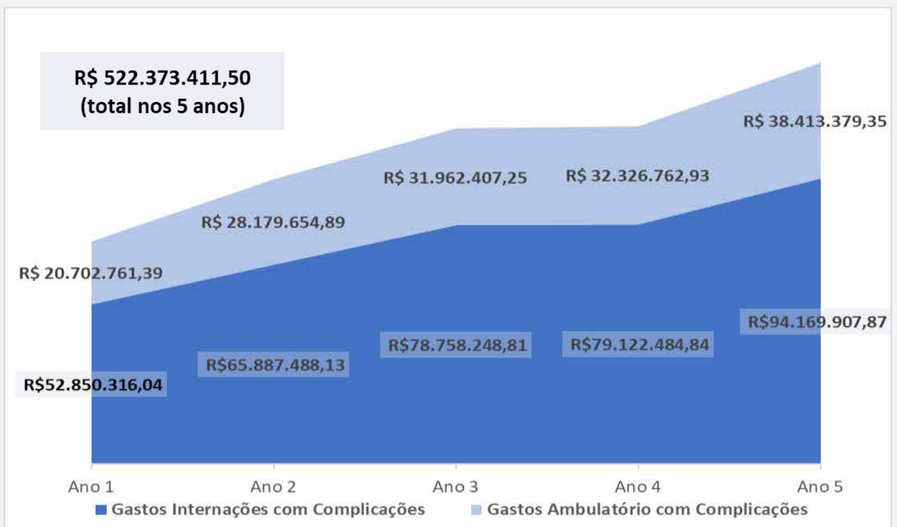
Foram analisadas as ocorrências de eventos ambulatoriais e hospitalares pagos pela operadora relacionados aos grupos de complicações: Cardíacas; Oftalmológicas; Renais; Circulatórias Periféricas; e cerebrovasculares, no período de cinco anos, compreendidos entre agosto de 2016 a julho de 2021.

RESULTADOS

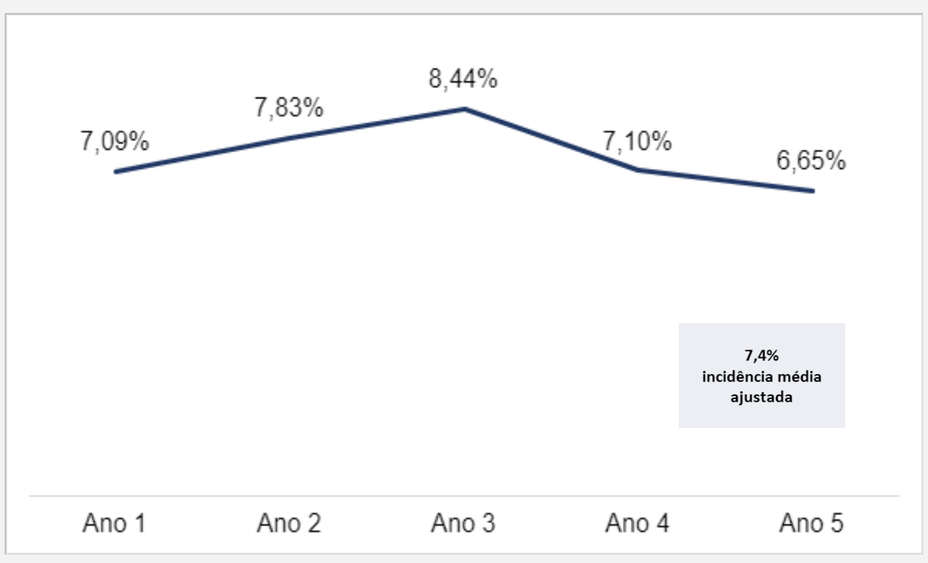
Os resultados obtidos demonstram que do total de 43.630 beneficiários analisados 26% apresentavam algum tipo de complicação. A idade média dos que complicaram foi de 72 anos, com predominância do sexo masculino (58%). A incidência média ajustada de complicações nos cinco anos de análise foi de 7,4%, ao ano. As complicações oftalmológicas foram as mais frequentes, com mais 50% do total. As cardiovasculares representaram cerca de 30%, mas foram as mais prevalentes em âmbito hospitalar. As complicações renais, circulatórias periféricas e cerebrovasculares representaram 9,7%, 7,7% e 2,6%, respectivamente. Os gastos estimados relacionados com as ocorrências das complicações somaram R$ 522.373.412,00, com uma média de R$ 104.474.682,00 ano.



Tendência do número e tipo de complicações, na população diabética CASSI, segundo o ano de avaliação.



Tendência dos gastos hospitalares e ambulatoriais com as complicações do diabetes, segundo o ano de avaliação.



Proporção de casos novos de complicações decorrentes da diabetes na população CASSI, segundo ano de avaliação.

CONCLUSÕES

Além de analisar o impacto sanitário e econômico das complicações do DM para a operadora de saúde, os resultados encontrados reforçam às evidências existentes de que a carga da DM não incide apenas sobre a saúde da população, pois a economia também sofre com o avanço da doença. O estudo também permitiu o planejamento de novas ações de saúde para esta população para propiciar maior eficiência nos gastos e efetividade do cuidado em saúde prestado.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado ÍE, Silva AG da, Bernal RTI, et al.. Prevalência de diabetes *mellitus* determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. Rev bras epidemiol [Internet]. 2019;22:E190006.SUPL.2. Available from: https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2
2. American Diabetes Association (ADA). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: *Standards of Medical Care in Diabetes—2021*. *Diabetes Care* 1 January 2021; 44 (Supplement_1): S7–S14.Acesso em 04 de outubro de 2022. Disponível em: https://doi.org/10.2337/dc21-S001
3. International Diabetes Federation Diabetes (IDF). International Diabetes Federation 2021, Brussels/Belgium, 7 ed. 2015. ISBN: 978-2-930229-81-2.Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em 12 de julho de 2022.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Diabetes. Complicações do Diabetes. Neuropatia Diabética. Disponível em: Acesso em: 03 de set. de 2022.
5. Bracco, P. A. *et al*. A nationwide analysis of the excess death attributable to diabetes in Brazil. Journal of Global Health, v. 10, n. 1, 2020.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

BENEFÍCIOS DO CÓDIGO DE ÉTICA E DE CONDUTA NA ÁREA HOSPITALAR

Raquel de Paula Silva

INTRODUÇÃO

Para ser eficaz, o Código de Ética e de Conduta na área hospitalar necessita do apoio da alta para que seu processo de adaptação seja eficaz, uma vez que as instituições hospitalares possuem processos sensíveis nos relacionamentos entre colaboradores, prestadores de serviços e fornecedores. Por meio de princípios éticos, o Código pode ser considerado uma das alternativas mais eficientes para haver ética no ambiente hospitalar, a fim de que seus relacionados tenham mais segurança na instituição.

Diante disso, este trabalho explicita os benefícios de implantar o documento. O Código auxilia no bom relacionamento de seus colaboradores, pois eles serão orientados a agir de maneira ética. Dessa forma, auxilia também na preservação da imagem e boa reputação, levando transparência a todos os relacionados da intuição.

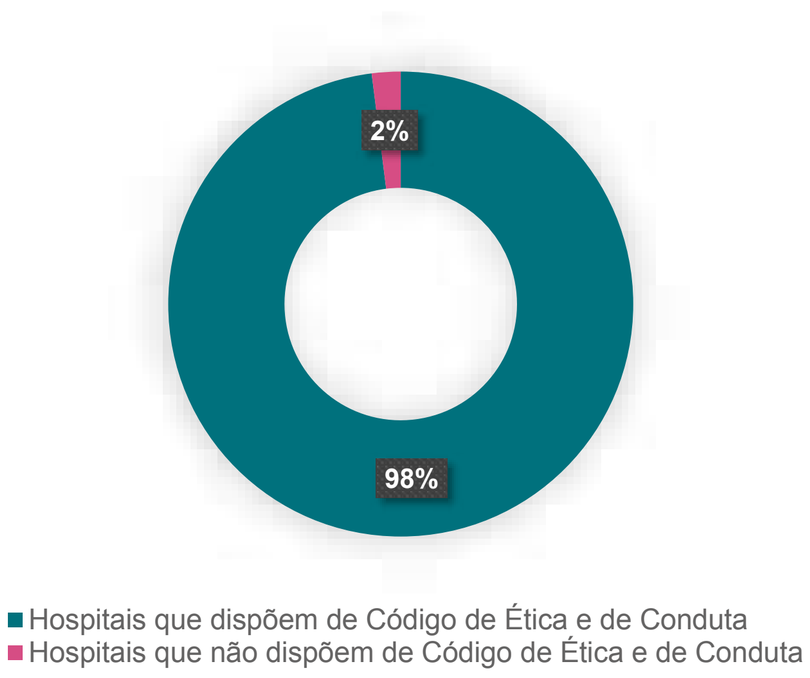
METODOLOGIA

A fim de atingir o objetivo desta pesquisa, usou-se a análise documental com dados secundários para observar o índice de maturação ou de evolução dos níveis de conhecimentos quanto ao tema, pois a alta administração mudou a sua mentalidade quanto à adoção do Código de Ética e de Conduta quando o documento passou a ser um fator de competitividade.

Os dados da pesquisa retrataram o índice de hospitais privados do Brasil associados à Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, cujo interesse é auxiliar seus membros no desenvolvimento de uma boa imagem reputacional por práticas éticas.

A Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, realizou uma pesquisa que retratou que 98% dos hospitais associados implantaram o documento (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Hospitais associados à Anahp que implantaram o Código de Ética e de Conduta



Contemplar o documento significa estabelecer relações institucionais saudáveis e transparentes, pois o Código de Ética e de Conduta estabelece de forma clara e objetiva a cultura, missão, valores, regras e normas.

RESULTADOS

Para McDonald (2009), adotar o código de conduta propicia aos hospitais maior transparência nas relações, demonstrando também maior confiabilidade perante a sociedade. Essa iniciativa melhora tanto as relações comerciais quanto as profissionais.

Benefícios da implantação do Código de Ética e de Conduta nas Instituições Hospitalares

- Colaboradores éticos.
- Fornecedores éticos.
- Fornecimento de critérios ou diretrizes para todos os seus relacionados.
- Fortalecimento da imagem da Instituição.
- Instituição mais sustentável.
- Parcerias baseadas em ética atraindo parceiros de negócios confiáveis.

Divulgação

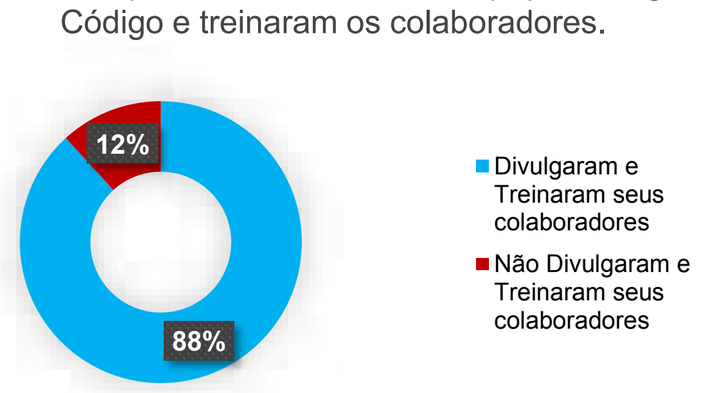
De acordo com Arruda (2002), o conteúdo de um Código de Ética e de Conduta deve ser divulgado para discernir as práticas éticas que abrangem os campos mais sensíveis da instituição.

Treinamentos

Para Humberg (2005), o treinamento esclarece o conteúdo e orienta sobre os comportamentos esperados, por meio da capacitação, o código de conduta se torna um documento de reflexão sobre assuntos que envolvam situações éticas.

A Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, realizou uma pesquisa em seus hospitais associados para verificar o índice de divulgação do documento e de colaboradores que foram treinados para obter conhecimento das diretrizes do Código de Ética e de Conduta (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Hospitais associados à Anahp que divulgaram o Código e treinaram os colaboradores.



O resultado obtido e comparado retratou que a alta administração dos hospitais privados está apoiando a divulgação do Código de Ética e de Conduta, estando disposta a treinar os colaboradores sobre os temas vinculados à ética descritos no documento.

CONCLUSÕES

O presente trabalho apresenta os benefícios do Código de Ética e de Conduta que, para ser efetivado, necessita que todos os envolvidos tenham responsabilidade ética em cumpri-lo, promovendo ações para uma mudança de cultura organizacional para fazer com que o documento seja assumido na atuação de todas as pessoas da instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. C. C. de. **Código de Ética:** um instrumento que adiciona valor. São Paulo: Negócio, 2002.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Anahp). **Observatório**. 2023. Disponível em: https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2023/03/Observatorio-Anahp-2023.pdf. Acesso em: 2 maio 2023.

LEC, LEGAL, ETHICS & COMPLIANCE. 2022. Disponível em: https://lec.com.br/codigo-de- conduta-etica-. Acesso em: 3 jan. 2023.

HUMBERG, M. E. 2005. Entrevista. Ética Empresarial.

MCDONALD, G. M. An anthology of codes of ethics. **European Business Review,** *[S.l.],* v. 1, p. 344-372, 2009.

www.linkedin.com/in/raqueldepaula-

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

OS EFEITOS DAS REGULAMENTAÇÕES GOVERNAMENTAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Alejandro Barth Calux Hidalgo, Matheus Santos Samaritano Pereira, Otávio Andrade Iscaro, Victor Hugo Góes Silva.

INTRODUÇÃO

A saúde suplementar é um setor essencial no sistema de saúde.É utilizado por indivíduos e empresas para complementar os serviços de saúde do setor público. Os governos implementam regulamentações para proteger os direitos dos beneficiários, garantir a qualidade dos cuidados de saúde e promover a equidade no acesso aos serviços. O impacto dessas regulamentações é objeto de debate, com alguns defendendo sua importância. Objetivo: Avaliar os efeitos das regulamentações governamentais na saúde suplementar, com foco na qualidade dos serviços, no acesso dos beneficiários e na sustentabilidade financeira das operadoras.

METODOLOGIA

Foi realizado uma revisão sistemática da literatura, que abrange estudos empíricos, relatórios e documentos governamentais, além da análise de dados estatísticos.Serão considerados estudos publicados nos últimos dez anos que investiguem o impacto das regulamentações governamentais na saúde suplementar, em diferentes contextos e abordagens.

RESULTADOS

Os resultados desta revisão sistemática indicam que as regulamentações governamentais têm um impacto significativo na saúde suplementar.Em relação à qualidade dos serviços, a obrigatoriedade de padrões mínimos de atendimento e a regulação de protocolos clínicos têm demonstrado melhorias na qualidade do cuidado prestado aos beneficiários.No entanto, algumas regulamentações também podem levar a um aumento nos custos operacionais das operadoras, o que pode ser repassado aos beneficiários através de reajustes nas mensalidades.Em relação ao acesso dos beneficiários, a regulamentação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem sido eficaz na ampliação das coberturas, garantindo a inclusão de novos tratamentos e tecnologias. No entanto, a falta de regulação adequada pode levar a práticas discriminatórias por parte das operadoras, dificultando o acesso de determinados grupos populacionais.

CONCLUSÕES

A regulamentação governamental é crucial na saúde suplementar para garantir a qualidade dos serviços, o acesso dos beneficiários e a estabilidade financeira das operadoras.No entanto, é necessário um equilíbrio nas regulamentações, considerando os interesses envolvidos e evitando aumentos excessivos nas mensalidades.Além disso, a supervisão eficiente e contínua das operadoras é fundamental para garantir o cumprimento das regulamentações e proteger os beneficiários.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Regulamentação. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/regulamentacao. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/regulamentacao-do-setor/rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Brasil. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Dispõe sobre o reajuste das mensalidades dos planos de assistência à saúde individual e familiar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13003.htm.

PERSPECTIVA DE SAÚDE DO HOMEM EVIDENCIADA PELOS HÁBITOS DIÁRIOS DE VIDA

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

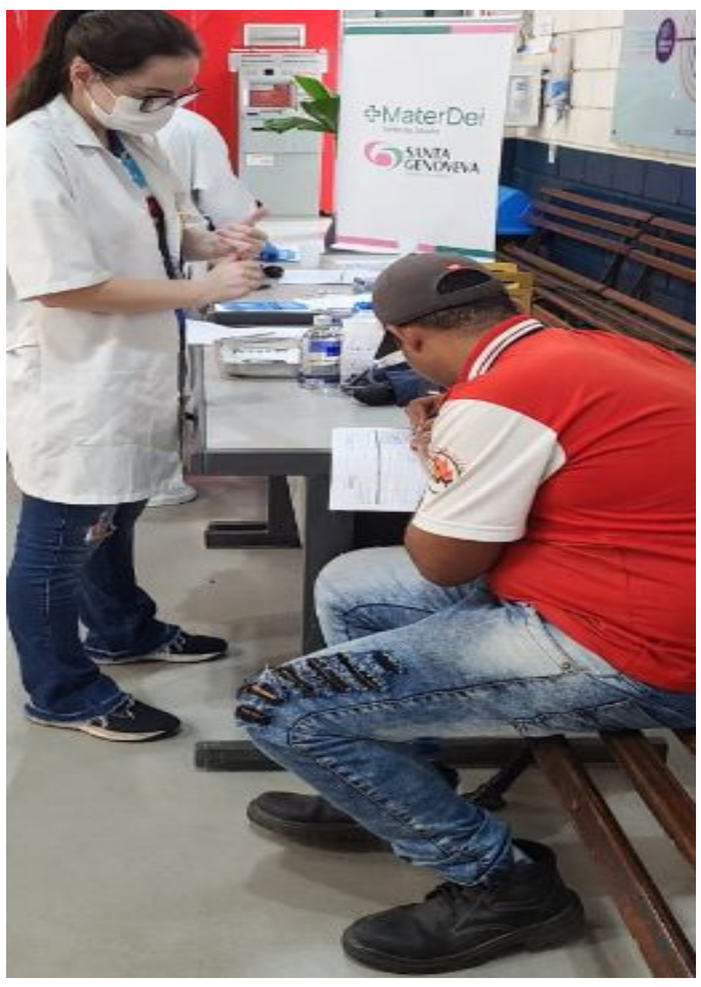
Adriana Branco, Luana Lopes

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador se coloca dentro da área do conhecimento técnico-científico como um instrumento que possibilita o controle social do processo produtivo, tendo por base os critérios de saúde configurando-se
como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância.

METODOLOGIA

Este estudo de caráter descritivo objetivou analisar uma empresa de trabalhadores voltada para o público masculino o quanto os mesmos realizavam hábitos comum de vida para prevenção e promoção da saúde através de pesquisa de campo realizada a partir da campanha do Novembro Azul. Trata-se de uma pesquisa de campo realizada através de Check list de perguntas em formulário próprio através de análise crítica dos dados apresentados em cada seguimento.
Para a construção desse estudo, três Enfermeiras ficaram em um dia de trabalho em horário comercial alocadas no saguão da empresa por onde esses colaboradores caminhavam para realizar suas necessidades humanas básicas (alimentação, eliminações fisiológicas, etc.), foi montada uma mesa com os instrumentos de trabalho para coleta de informações, bem como, para realização de aferição de sinais vitais e glicemia capilar e entrega de folheto de incentivo à busca de promoção da saúde através da realização dos exames preventivos para prevenção do câncer de próstata, este também incentivado através da campanha do Novembro Azul em comemoração a Saúde do Homem.
Este estudo traz os resultados da pesquisa realizada em uma empresa de aproximadamente 800 trabalhadores, onde 90% dos mesmos correspondem ao sexo masculino. Desses, foram entrevistados 136 homens de idade entre 16 a 73 anos, através de um Check list próprio, aplicado na triagem, antes desse colaborador realizar sua consulta de Enfermagem.



Anamnese – Coleta de dados de Enfermagem

RESULTADOS

O resultado mostrou maior prevalência de trabalhadores entre 19 a 39 anos (adultos jovens), mais da metade da população entrevistada possuía comorbidades como hipertensão e diabetes na família, dentre eles, 18 (13%) possuíam patologias de base (hipertensão e/ou diabetes). Se tratando do auto cuidado, 41 (30%) da população faziam uso frequente de bebida alcoólica e 15 (11%) eram tabagistas, 49 (36%) praticavam exercícios físicos e 62 (46%) buscaram algum serviço de saúde no último ano. Analisando o risco para desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica, 8 (5,9%) estavam enquadrados em pré-hipertensos.

Campanha Novembro Azul

CONCLUSÕES

O resultado mostrou que a população jovem ainda são a que mais fazem uso do tabaco e álcool aumentando ainda mais os fatores de riscos relacionados, o que faz ainda mais intensificar as políticas públicas de saúde voltadas para a saúde integral do homem. Hábitos saudáveis e acompanhamento de saúde preventivo ainda são o caminho para o envelhecimento com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ROCHA, Gabriela. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca virtual em saúde. Saúde do homem: prevenção é fundamental para uma vida saudável. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/saude-do-homem-prevencao-e-fundamental-para-uma-vida-saudavel-2/ , acesso em 04 de Maio de 2023.

PÍLULAS DE CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM DA EQUIPE ASSISTENCIAL

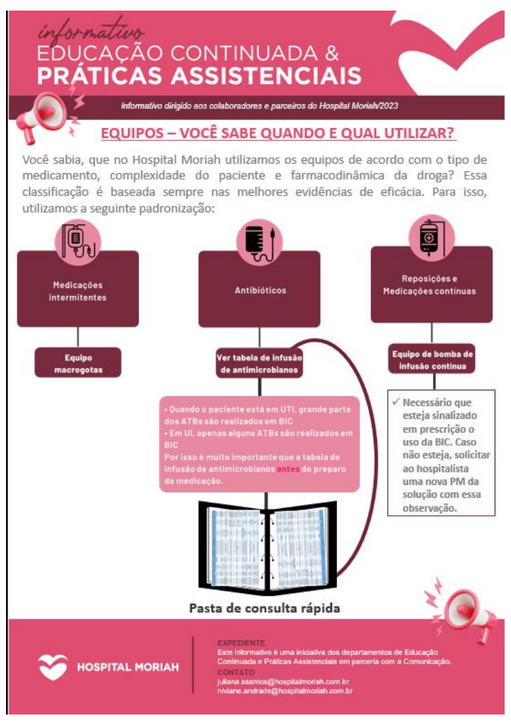
NIVIANNE LIVIA FERREIRA ANDRADE, DENISE SOUZA AMORIM, PRISCILLA OLIVEIRA CABRAL BRINGER, JULIANA SANTOS

INTRODUÇÃO

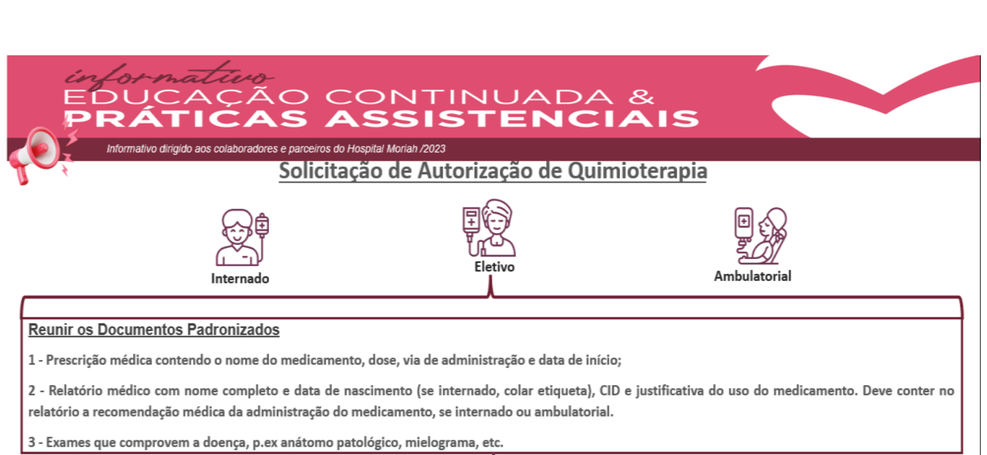
O aprendizado individual sofre forte influência do meio, e com o avanço tecnológico percebemos uma necessidade urgente de adaptação do método de treinamento. Para acompanhar essas demandas de informações, a educação permanente e as práticas assistenciais instituíram a Pílula de Conhecimento, que é uma estratégia de aprendizagem que tem a característica de abordar conteúdos compactos, objetivos, fáceis de serem assimilados e aplicados de forma continua, bem como o baixo custo de execução.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a implementação do método de pílula de conhecimento, onde para aplicar, avaliamos a criticidade do conteúdo que necessita ser abordado, com a preocupação se envolve diretamente a segurança do paciente ou se há necessidade de praticar alguma habilidade técnica. A aplicabilidade dessa estratégia de aprendizagem tem como foco reforçar conteúdos que já foram aplicados, comunicar mudanças de processos/fluxos e dar ênfase nas ações corretas aos eventos adversos sem danos ao paciente. Para propagar o conteúdo, os enfermeiros são capacitados e multiplicam para a equipe.



Pílula de Conhecimento – Reforço sobre o uso correto dos equipos.



Pílula de Conhecimento – Alteração do fluxo de solicitação de quimioterapia.

RESULTADOS

No primeiro semestre de 2023, foram administradas 12 Pílulas de Conhecimento, abordando fluxos, processos e boas práticas proporcionando um canal de comunicação rápido e eficaz entre a liderança e o time. Os resultados demonstraram que com esse método de aprendizagem, otimizamos o tempo de treinamento devido a eficiência da velocidade que a informação chega na ponta, menor necessidade de recursos, comprometimento do colaborador de se apropriar da informação, por ser ele o responsável em multiplicar o conteúdo, redução de falhas no processo devido a adesão e aplicabilidade, e a interação do enfermeiro com a sua equipe.

Aplicação da Pílula do Conhecimento pela Enfermeira do Centro de Diagnóstico por Imagem

Aplicação da Pílula do Conhecimento pela Enfermeira na Unidade de Internação.

CONCLUSÕES

A pílula de conhecimento é de fato uma metodologia de ensino ágil, onde é possível reforçar conhecimentos técnicos e práticos em um curto espaço de tempo e com baixo custo. A metodologia utilizada, também vai de encontro com os princípios da andragogia, o que contribui para melhor absorção e aplicabilidade no dia a dia impactando nos resultados da Instituição. Porém vale ressaltar, que as pílulas são um complemento da aprendizagem que tem o poder de reforçar outras metodologias de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

RIBEIRO, Priscilla Ramos Lara; PIEDADE, João Manuel Nunes. Revisão sistemática de estudos sobre TPACK na formação de professores no Brasil e em Portugal. Rev. Educ. Questão, Natal , v. 59, n. 59, e-24458, jan. 2021 . Disponível em <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-77352021000100108&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 set. 2023. Epub 18-Abr-2022. https://doi.org/10.21680/1981-1802.2021v59n59id24458.

PRECIFICAÇÃO POR CUSTEIO ABC

Kamila Zonta, Liliane Fernandes, Pamela Piotrowski da Silveira

INTRODUÇÃO

Administrar um negócio requer, diariamente, que decisões sejam tomadas. Para tanto, definir estratégias que estejam alinhadas com os objetivos da empresa e com as demandas do mercado atual é fundamental. Conhecer detalhadamente os serviços ofertados permite identificar oportunidades de melhorias a fim de tomar decisões para manter a empresa competitiva.

METODOLOGIA

A administração de um negócio exige flexibilidade, adaptabilidade e muitas vezes isto indica buscar uma postura equilibrada, isto é, acordos que atendem as necessidades de ambas as partes. Para tanto o controle e a análise dos custos da empresa é fundamental, nesta visão foi implantado o sistema de custeio ABC (Activity Based Cost – ABC) que envolve a identificação e alocação dos custos com base em produtos e serviços. Este método é muito utilizado em empresas com muitos serviços e altos custos indiretos. Com isso o principal objetivo deste trabalho é demonstrar o método de precificação baseado nos custos incorridos.

A necessidade de um balizador eficaz para precificação surge quando é preciso mensurar se um produto ou serviço está deixando uma margem positiva ou negativa. Para as práticas de negociações de produtos e serviços, feitas diariamente no setor Comercial Hospitalar, esse dado é vital. O sistema de custeio ABC aloca os custos indiretos de forma mais precisa aos produtos e serviços, isto permite visualizar de forma clara a margem que cada elemento fornece, dando subsídios para tomada de decisão. A ferramenta usada para esta inteligência é o BI – Business Intelligence.

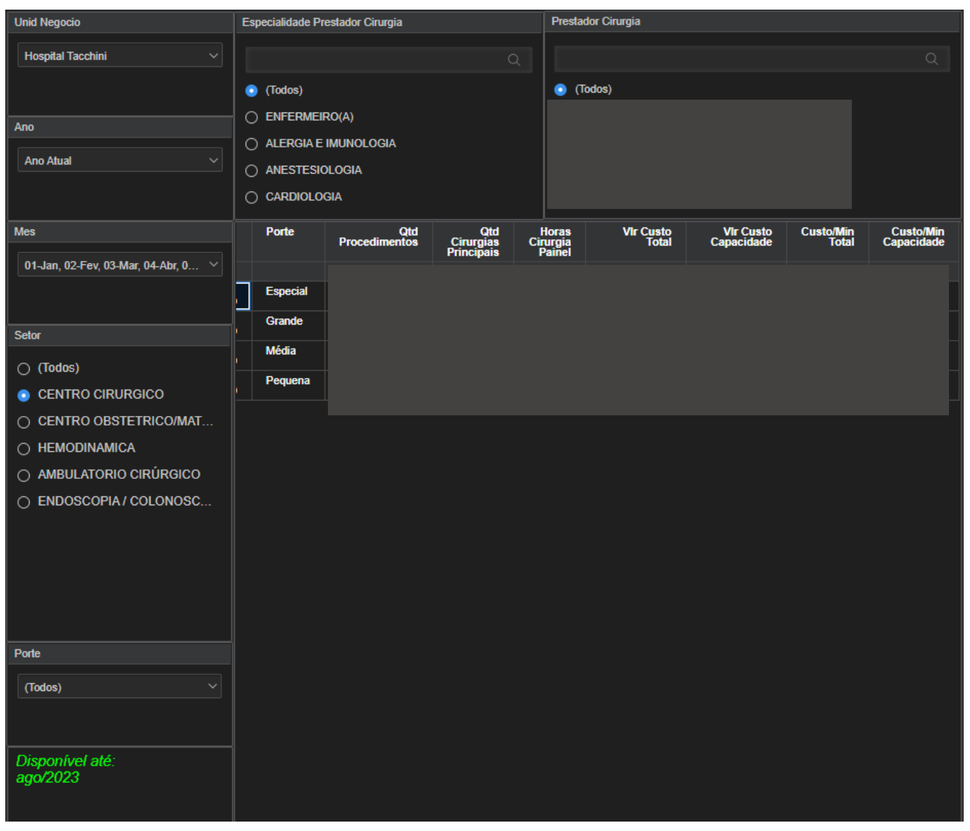


Imagem 01: Dash Custo ABC Porte Cirurgias, desenvolvido pelo setor de controladoria no sistema BI.

Na Imagem 01 se apresenta o Dash Custo ABC por porte cirúrgico, onde é visualizado o valor do minuto cirúrgico, sendo possível selecionar por data, por especialidade médica, pelo setor que realiza o procedimento e também pelo prestador que realiza a cirurgia.

O minuto cirúrgico é apresentado de duas formas, com ociosidade e sem, desta forma a tomada de decisão é mais assertiva e estratégica conforme a demanda recebida.

Imagem 02: Dash Margens negativas – Estoque X Faturamento, desenvolvido pelo setor de controladoria no sistema BI.

Outro painel desenvolvido na plataforma BI é Dash Margens negativas – Estoque X Faturamento, conforme Imagem 02, visualizam-se os itens com maiores margens negativas, quando clicado sobre o item negativo, ele traz as informações de atendimento, convênio, código do item, receita de faturamento e custo do estoque, bem como a margem de contribuição. Informações analisadas diariamente pelo setor comercial, possibilitando uma rápida intervenção quando necessário.

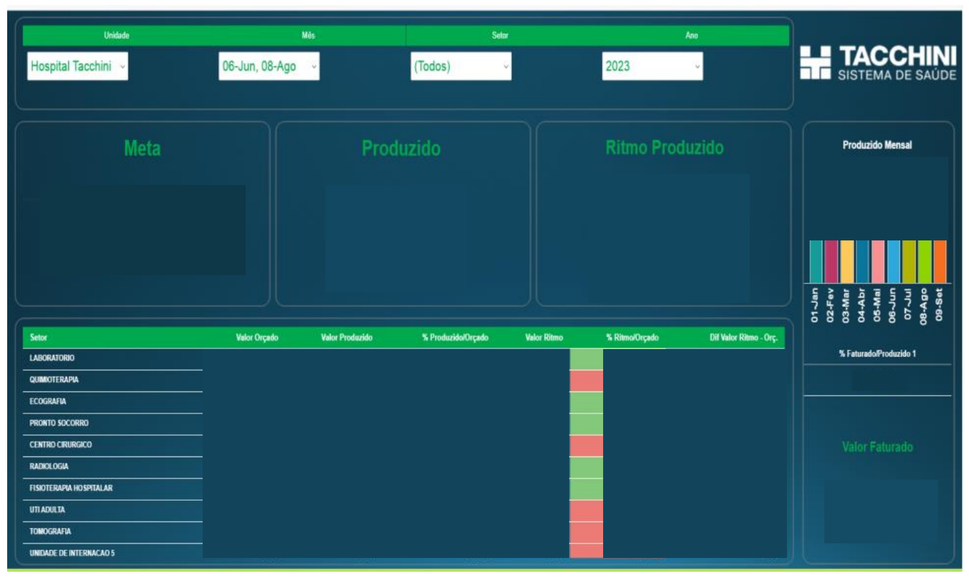


Imagem 03: Orçado x Produzido x Faturado. RITMO PRODUZIDO CONVÊNIO, desenvolvido pelo setor de controladoria no sistema BI.

No ritmo produzido é analisado a meta orçada pela instituição, o valor produzido por mês e o ritmo desta produção, essas informações podem ser visualizadas no todo, como também selecionando por setor, convênio, possibilita também a comparação com os meses anteriores, assim sendo possível a criação de estratégias caso o ritmo não acompanhe o valor orçado pela empresa.

RESULTADOS

Com essa informação foi possível revisar, no período de um ano, os duzentos (200) pacotes de procedimentos cirúrgicos, mais vendidos nos anos anteriores, comercializados até então sem conhecimento de margem. Agora a precificação dos pacotes é estratégica para o sucesso do negócio.

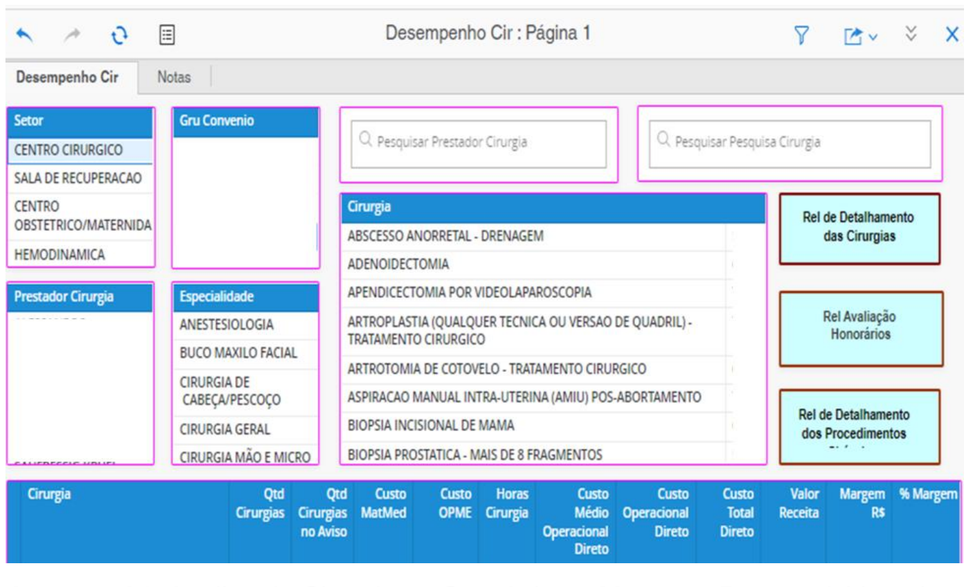


Imagem 04: Analise de Cirurgias – Convênios – Margens. Desenvolvido pelo setor de controladoria no sistema BI.

Na imagem 04, é analisado as cirurgias, pela quantidade, custos, valor de receita e margens, com essas informações a precificação dos pacotes se torna ainda mais precisa, sendo possível selecionar a especialidade, a cirurgia, o prestador, o setor que realiza bem como o período que se deseja consultar.

CONCLUSÕES

O relatório desenvolvido é conciso e permite visualizar por setor, os custos e as receitas, e se as metas orçadas estão sendo atingidas ou não, sendo possível desenvolver um plano de ação nas áreas críticas. Existem várias estratégias que podem definir o sucesso de uma empresa, o importante é ter de forma clara todos os subsídios que permitem definir a estratégia mais adequada para cada serviço.

REFERÊNCIAS

MIRANDA, Gilberto José *et al*. CUSTEIO ABC NO AMBIENTE HOSPITALAR: UM ESTUDO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO BRASILEIROS. **Revista Contabilidade e Finanças**, [*s. l*], v. 2, n. 44, p. 33-43, maio/agosto 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1519-70772007000200004. Acesso em: 03 jul. 2023.
.

Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos: Benefícios da adoção de profissionais dedicados

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Paula Cazzonatto Zerwes[1], Alessandra Pineda do Amaral Gurgel[2], Filipe Teixeira Piastrelli[3], Icaro Boszczowski[4]

Hospital Alemão Oswaldo Cruz – São Paulo /SP

[1]Farmacêutica Clínica Programa de Gerenciamento Antimicrobianos, [2]Gerente de Assistência Farmacêutica, [3]Médico Infectologista Serviço do Controle de Infecção, [4]Diretor Executivo Médico

INTRODUÇÃO

A implementação de programas de gerenciamento de antimicrobianos (PGA) tem sido estimulada de forma estratégica por organizações como Center for Disease Control e Agência Nacional de Vigilância Sanitária com o objetivo de otimizar o uso de antimicrobianos, reduzir a ocorrência de eventos adversos, prevenir a disseminação da resistência microbiana e diminuir os custos desnecessários com assistência à saúde.

Conforme dados de 2022 divulgados pela Anvisa, 41,65% dos hospitais brasileiros tem PGA implementado e destes, 74,28% possuem farmacêutico clínico com atribuições no programa.

É imprescindível o engajamento de lideranças de saúde para adoção de recursos necessários para incorporação de PGA tendo em vista que, em cada acréscimo de 0,5 da carga horária de trabalho dedicada de farmacêuticos e/ou médico ao PGA em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as chances de eficácia do programa aumentam 1,48 vezes.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto financeiro em custos com antimicrobianos, após a expansão da carga horária de profissional farmacêutico dedicado ao PGA institucional, ora constituído por um farmacêutico com dedicação integral e um infectologista com dedicação parcial.

METODOLOGIA

Foi feita análise retrospectiva, de março a agosto de 2023, do impacto farmacoeconômico resultante das intervenções dos profissionais com a expansão da carga horária dedicada às atribuições de PGA em hospital privado de São Paulo. As principais atribuições destes profissionais foram: realização de auditorias clínicas, e, intervenções em casos de uso de antimicrobianos elegíveis em pacientes de unidades de internação, auditorias prospectivas em UTI com feedback aos profissionais, capacitação da equipe de farmacêuticos clínicos em síndromes infecciosas e uso racional de antimicrobianos.

As intervenções realizadas tinham por objetivo o uso racional de antimicrobianos, assim como a prevenção resistência microbiana, sendo elas: suspensão de antibiótico terapêutico, descalonamento, ajuste de posologia, ajuste terapêutico, introdução de antimicrobiano, otimização de via, escalonamento, suspensão de antibióticos profiláticos, solicitação de exames / culturas e solicitação de nível sérico. (gráfico 1)

As intervenções aceitas pelos médicos assistentes foram ajustadas em prescrição, e o impacto financeiro, tanto de acréscimo quanto de decréscimo foi contabilizado. Os totais foram compilados mensalmente.

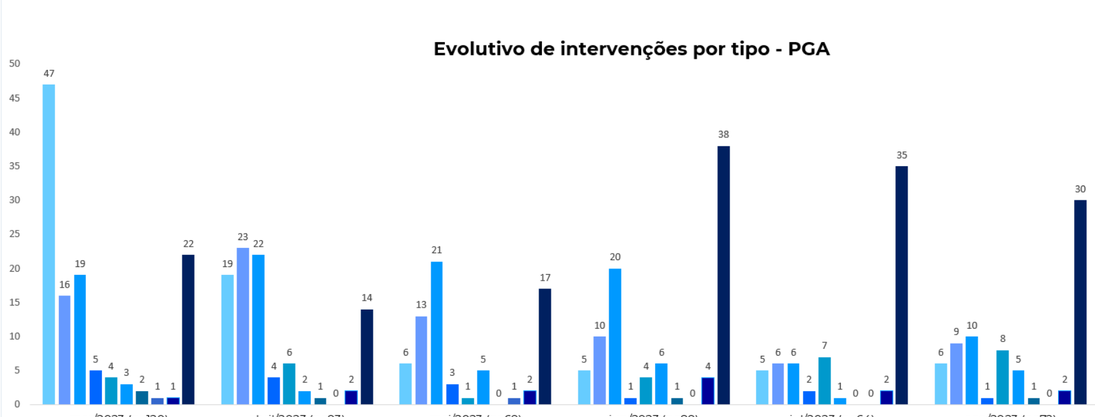


Gráfico1 / Evolução de intervenções por tipo de março a agosto/2023.

RESULTADOS

Foram realizadas 507 intervenções no período de 6 meses, com taxa média de aceitação por médicos assistentes de 63% (n= 318 intervenções aceitas). A intervenção com maior taxa de aceitação foi: solicitação de nível sérico e a de menor taxa de aceitação foi descalonamento antimicrobiano (gráfico 2). Após 03 meses de implementação do programa e consolidação do vínculo entre os profissionais, observou-se aumento em intervenções mais complexas, como a suspensão de antibiótico terapêutico. (gráfico 1)

O impacto farmacoeconômico observado no período, foi de redução de R$ 106,90 nas despesas com antimicrobianos / por intervenção aceita. (gráfico 3)

Após a expansão no quadro de profissionais dedicados ao PGA, observou-se redução de 0,5% nas despesas hospitalares com antimicrobianos. Não foi observado aumento de mortalidade ou no tempo de internação dentre os pacientes incluídos no PGA.

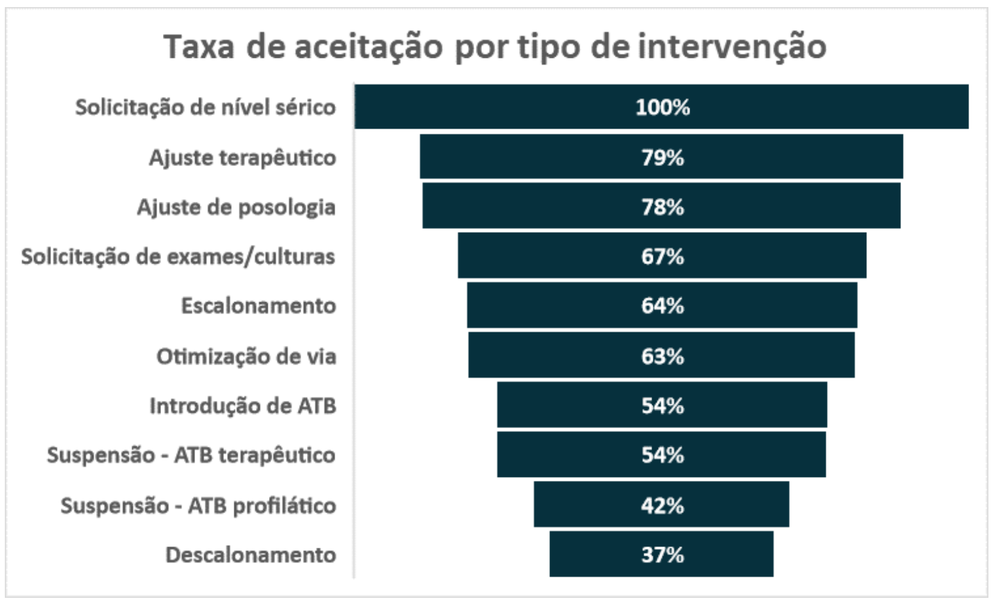
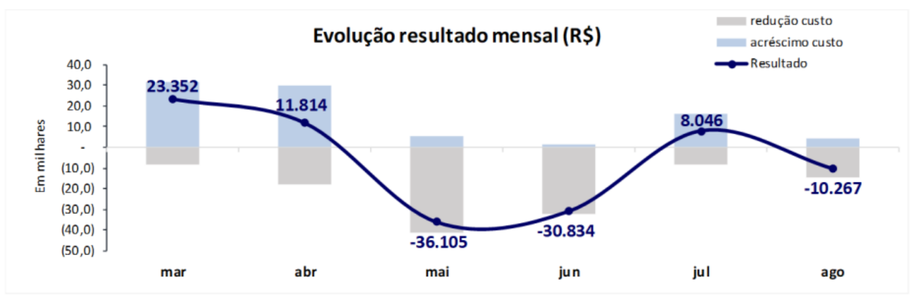


Gráfico 2 / Estratificação da taxa de aceitação por tipo de intervenção.

Intervenções aceitas e impactos em despesas com antimicrobianos (R$)						
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Impacto de intervenções com aumento de custo	R$ 31.669,15	R$ 29.955,19	R$ 5.206,64	R$ 1.264,81	R$ 16.224,13	R$ 4.015,97
Impacto de intervenções com redução de custo	-R$ 8.317,09	-R$ 18.140,88	-R$ 41.311,65	-R$ 32.098,95	-R$ 8.178,48	-R$ 14.283,15



Resultado pós intervenção (mar – ago) - R$ 106,90/intervenção

Gráfico 3 / Evolução de intervenções aceitas de março a agosto/2023 e impacto financeiro das mesmas.

CONCLUSÕES

A incorporação de profissional dedicado ao PGA potencializa as ações para o uso racional de antimicrobianos, tendo apresentado impacto farmacoeconômico relevante e sem impactos negativos no tempo de internação e em mortalidade. Indicadores de desfecho clínico, serão adotados a médio prazo para continuidade do monitoramento do programa, reafirmando o compromisso institucional com práticas baseadas em evidências, entregando um modelo de saúde cada vez mais sustentável e baseado em valor.

REFERÊNCIAS

1) GBD 2019 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global mortality associated with 33 bacterial pathogens in 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2023; 400: 2221–48

2) World Health Organisation (WHO) No Time to Wait: Securing the Future from Drug-Resistant Infections. Report to the Secretary General of the United Nations
Doernberg SB, Abbo LM, Burdette SD et al. Essential Resources and Strategies for Antibiotic Stewardship Programs in the Acute Care Setting. Clin Infect Dis 2018;67(8):1168-74

3) ANVISA: Resultados da Avaliação Nacional dos Programas de Gerenciamento de Antimicrobianos PGA em Hospitais 2022 Power BI Stewardship Brasil acessado em 21/07/2023
https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiN2E2NjMzZjUtOTU4NC00NTNiLWEzOWQtOTVlMzNkZDJiZmE3IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9&disablecdnExpiration=1689888543

PROGRAMA DE SEGUIMENTO ONCOLÓGICO: PREVENÇÃO DE RECIDIVAS E OTIMIZAÇÃO DE AGENDAS

Silva, AG; Ferreira, MM; Etho, LCM, Kuil, LM

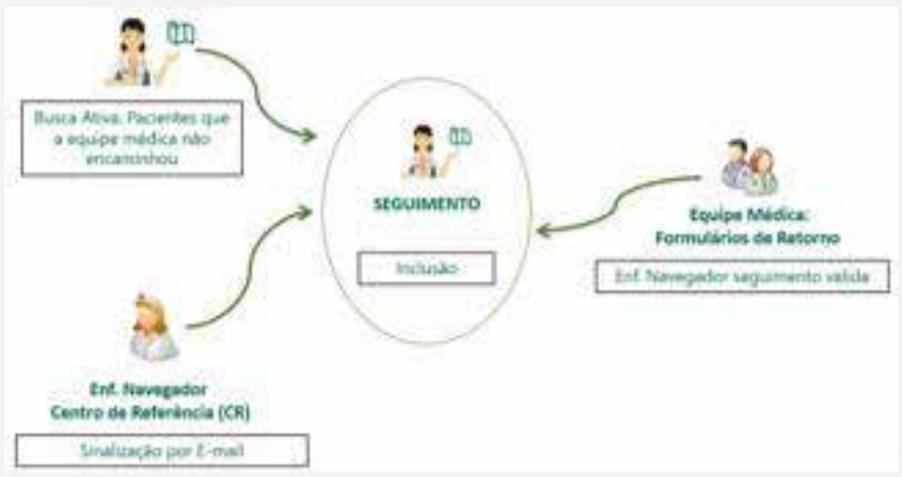
INTRODUÇÃO

O paciente oncológico tem características especificas e complexas. O término do tratamento exige vigilância e controle de recorrência oncológica. As sequelas podem afetar a qualidade de vida. O conceito de Survivorship acolhe sobreviventes do câncer, atendendo suas necessidades e promovendo ações de prevenção (1). A navegação remota tem papel fundamental nessa fase. Objetivo: Relato dos resultados das ações na navegação remota para garantir o seguimento oncológico, otimizar retornos do paciente e prevenir recidivas.

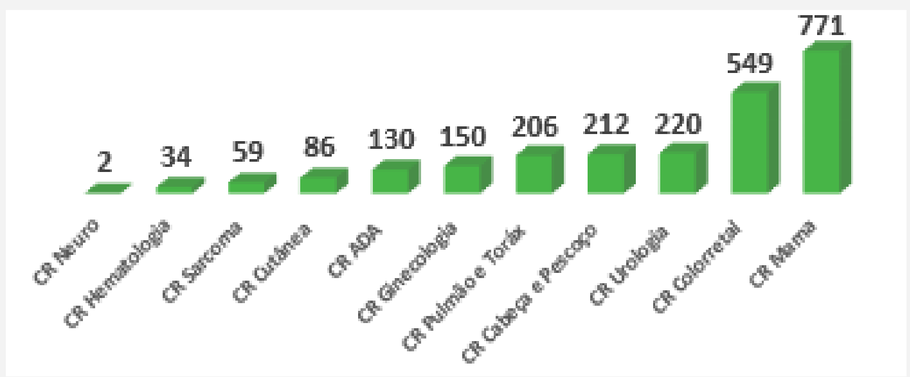
METODOLOGIA

Nossa metodologia consiste em identificar pacientes em fase de seguimento por meio de formulários institucionais e sinalização em prontuário eletrônico. Realizamos a navegação remota desses pacientes por enfermeiros navegadores. Utilizamos prontuários eletrônicos e sistemas internos para acompanhar o progresso desses pacientes. O Programa de Seguimento foi testado em 02 centros de referência (CRs) piloto em 2021 (Pulmão e tórax e colorretais) e ampliado para mais CRs em 2022.

FLUXO DE INSERÇÕES DOS PACIENTES NO PROGRAMA DE SEGUIMENTO



ENTRADA DE PACIENTES NO SEGUIMENTO POR CR



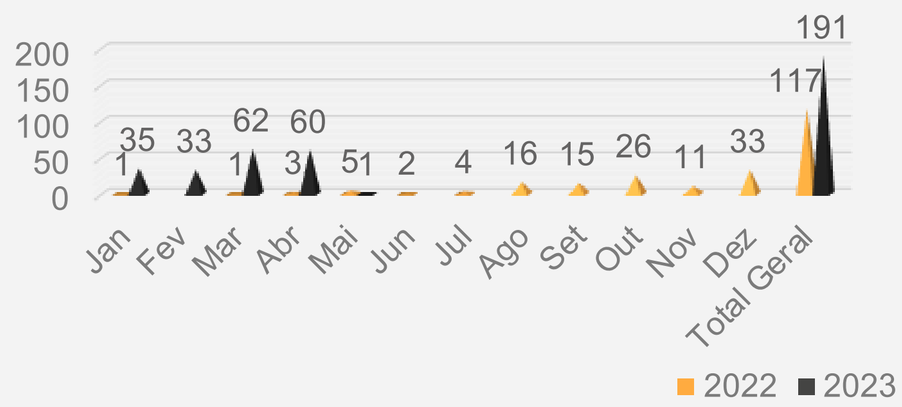
Dados extraídos de 06/06/2021 até 21/07/2023

RESULTADOS

Atualmente foram inseridos no programa 2419 pacientes divididos por 11 CRs entre Tumores Sólidos e Hematológicos. Durante a etapa do seguimento, a navegação remota atua com o monitoramento e verificação dos pacientes, se os mesmos estão comparecendo ás consultas, controle de encaminhamentos médicos e comparecimentos. Observa-se, no entanto que alguns pacientes não comparecem ao retorno no período solicitado pelo seu médico. Realizamos um levantamento e contamos com apoio da central de atendimento, onde há tentativas de contato com esses pacientes a fim de manter o seguimento oncológico. Nesta etapa realizamos controle da taxa de recorrência oncológica e/ou óbito que representou 3,55%. Também oferecemos programas de prevenção de 2º tumor primário.

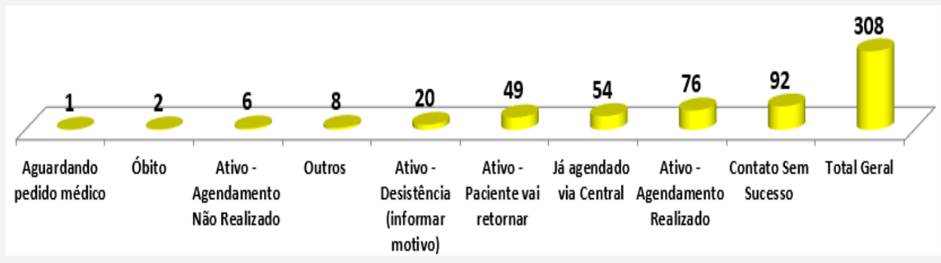
RESULTADOS

FALTOSOS NA CONSULTA DE RETORNO ENCAMINHADOS AO CONTACT CENTER



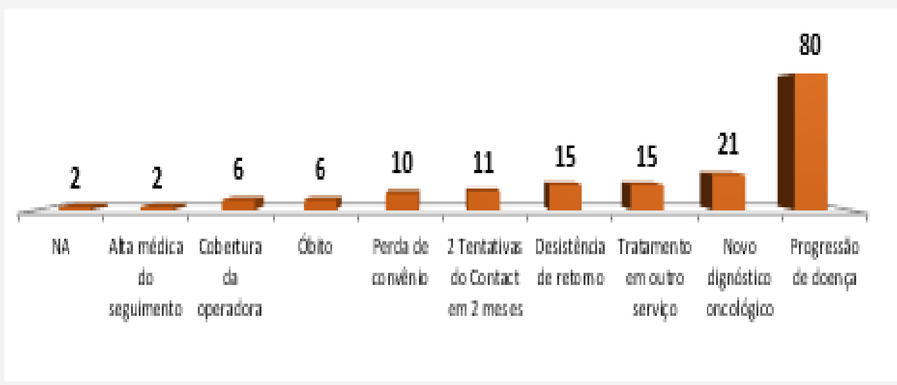
*** Contact Center realiza o contato com o paciente não necessariamente no mês da falta**
**** O trabalho de envio ao contact center foi feito de forma efetiva à partir de Janeiro de 2023**

DEVOLUTIVA DAS TRATATIVAS DE FALTOSOS PELO CONTACT CENTER



Dados extraídos dia 21/07/2023

MOTIVOS DE SAÍDAS DE PACIENTE DO SEGUIMENTO



Dados extraídos dia 21/07/2023

CONCLUSÕES

O Programa de Seguimento Oncológico, com a navegação dos pacientes, é de grande importância para assegurar a prevenção e controle da recorrência do câncer, seguindo protocolos clínicos estabelecidos por equipes médicas especializadas. A abordagem integral do paciente inclui avaliação e tratamento de eventos adversos e sequelas relacionadas ao tratamento do câncer, além de um olhar ampliado na prevenção, rastreamento de novos cânceres e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Shapiro CL. Cancer Survivorship. N Engl J Med. 2018 Dec 20;379(25):2438-2450. doi: 10.1056/NEJMra1712502. PMID: 30575480.

PROGRAMA MULHERES DE PEITO: INCENTIVO AO MONITORAMENTO E AO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCER DE MAMA

Alexandra Fraga, Viviane Pinheiro, Vanessa Carvalho, Ana Luiza Lopes

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer na população feminina em quase todas as regiões do Brasil. Para o triênio de 2023 a 2025, estima-se que ocorrerão 74 mil novos casos. Nesse cenário, estratégias de controle da doença por meio da detecção precoce é fundamental e a mamografia, até o momento, é o exame com maior evidência científica para o rastreamento em mulheres assintomáticas. Quanto mais cedo um tumor é detectado e o tratamento é iniciado, maior a probabilidade de cura.

OBJETIVO

A Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo (SES) criou, em 2014, o programa Mulheres de Peito, cuja gestão das unidades móveis é realizada pela FIDI - Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem –, com os objetivos de incentivar mulheres a realizarem exames preventivos para rastreamento contínuo e detecção precoce do câncer de mama, ampliar o acesso à mamografia e garantir o tratamento logo após a confirmação do diagnóstico.

METODOLOGIA

Com ampla divulgação pelas mídias locais e atendimento ágil, as mamografias são realizadas em unidades móveis (carretas; figura 1) operadas pela FIDI, que percorrem diferentes municípios de São Paulo. Cada unidade móvel conta com uma equipe multidisciplinar especializada em radiologia, responsável por realizar as mamografias. As imagens capturadas são encaminhadas para o Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem (SEDI) para emissão do laudo a distância. Caso seja detectado resultado crítico, a paciente é encaminhada para acompanhamento médico pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 1: Carreta/unidade móvel do Programa Mulheres de Peito.

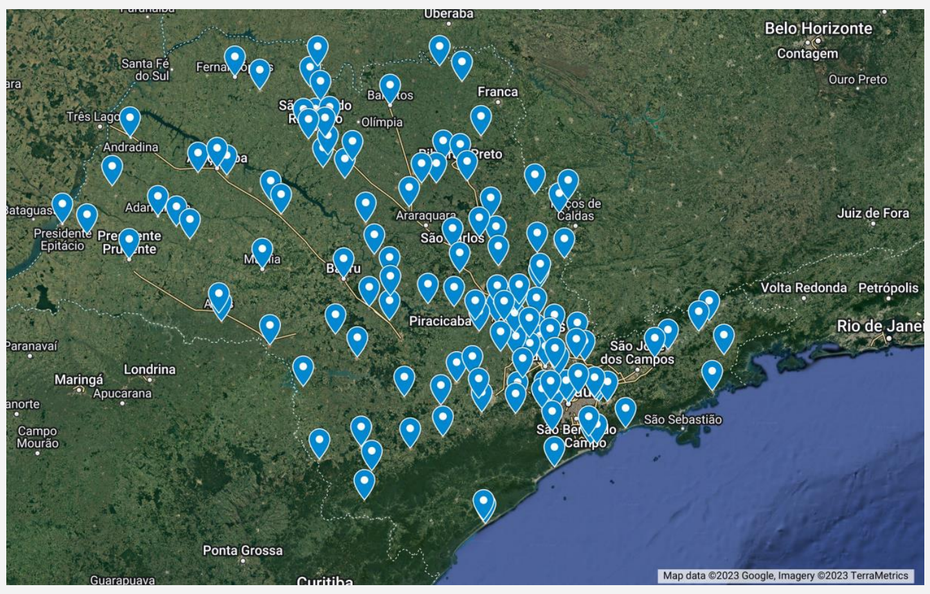


Figura 2: Cidades visitadas pelas unidades móveis do Programa Mulheres de Peito.

RESULTADOS

Desde 2014, o programa Mulheres de Peito visitou mais de 300 locais (figura 2) e realizou mais de 300 mil mamografias, com 2700 encaminhamentos para exames complementares ou para início do tratamento oncológico. São 900 encaminhamentos para cada 100 mil mamografias realizadas; número importante, visto que o risco de casos de câncer de mama para cada 100 mil mulheres estimado pelo INCA, para o triênio 2023/2025, é de 66,54.

O Ministério da Saúde recomenda que, na população geral sem fatores de risco, a mamografia seja feita a cada 2 anos, na idade entre 50 e 69 anos. Assim, para essa faixa etária (66,4% das mulheres que participaram do programa; figura 3), não foi obrigatória a apresentação de pedido médico para a realização do exame. Para as demais idades, o médico especialista orientou sobre a necessidade de rastreamento.

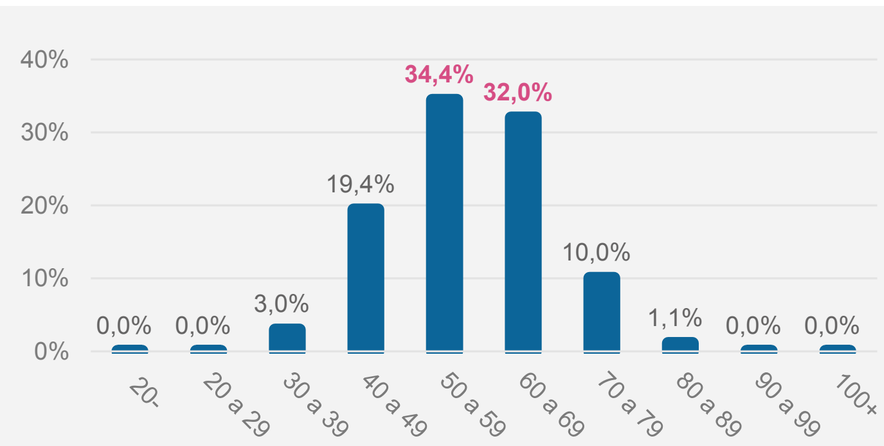


Figura 3: Distribuição das mulheres que participaram do Programa Mulheres de Peito por faixa etária.

O BI-RADS (*Breast Image Reporting and Data System*) é um sistema de padronização de laudo de exame de imagem da mama no qual é atribuída uma categoria que determina o risco desse exame evidenciar um câncer de mama. Para as categorias 4 (achados suspeitos de malignidade) e 5 (achados altamente suspeitos de malignidade), recomenda-se prosseguir a investigação e a realização de biópsia.

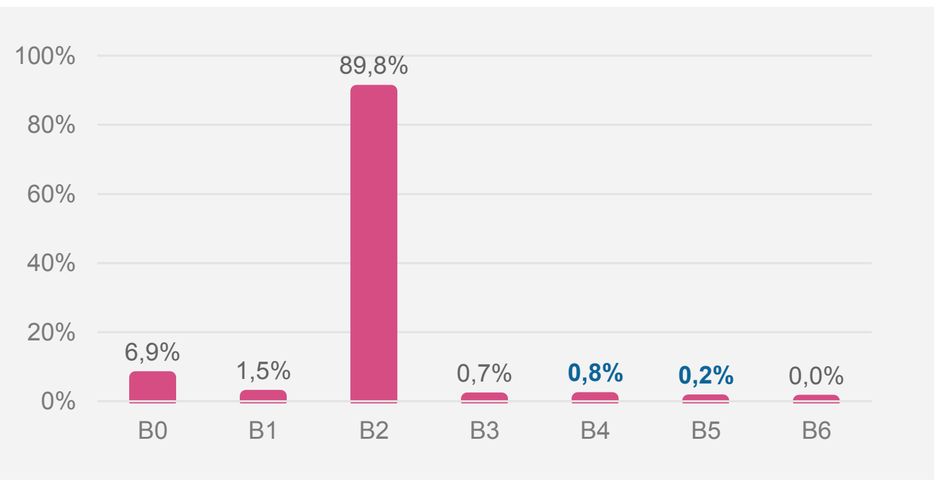


Figura 4: Distribuição das categorias BI-RADS nas mamografias das mulheres que participaram do Programa Mulheres de Peito.

CONCLUSÕES

Os resultados sugerem que as unidades móveis do Programa Mulheres de Peito, com modelo de atendimento ágil e humanizado e ampla divulgação local, é uma iniciativa importante para incentivar da realização da mamografia em mulheres, contribuindo para o diagnóstico precoce do câncer de mama e, principalmente, salvando vidas.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer (INCA): Estimativa 2023 | Incidência de Câncer no Brasil
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf
- Governo do Estado de São Paulo - Programa Mulheres de Peito
http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/veja-tambem/mulheres-de-peito

PROJETO DE HOTELARIA SUSTENTÁVEL
BIO BANHO - KIT TERRA
PRATICANDO O ESG E PROMOVENDO A REDUÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

ANA CARLA KALISZEWSKI, ALINY SIMONY RIBEIRO, AIMAR LOPES

INTRODUÇÃO

Atualmente o ESG tem sido de grande importância nas instituições hospitalares. Produtos que afetam muito a natureza como as embalagens plásticas dos produtos de consumo diário para a higiene pessoal. Como uma alternativa sustentável, este projeto estuda a viabilidade da produção do shampoo e sabonete em barra sólido com constituição de matéria-prima natural, vegana e sustentável, que são feitos com ingredientes de bases vegetais e não utilizam água e nem embalagens plásticas. Suas embalagens são biodegradáveis, contribuindo com a redução de resíduos sólidos e com menos impacto ambiental e oferecem ao paciente a sensação de bem-estar e acolhimento.

METODOLOGIA

Os métodos empregados compreendem: levantamentos em fontes secundárias, levantamentos de experiências, estudos de casos selecionados e observação informal. Objetivo: Proporcionar a redução de resíduos sólidos com a produção de produtos de higiene sustentáveis, biodegradáveis e veganos.

Figura 1 – Logotipo do Kit de Higiene Hospitalar
Fonte: Confecção Própria

Figura 2 – Modelo da Embalagem Dupla do Kit de Higiene Hospitalar
Fonte: Confecção Própria

RESULTADOS

Kit Amenities Hospitalar (kit de higiene hospitalar ofertado ao paciente) o fornecimento de kit higiene na área hospitalar nem sempre é produzido pensando na sustentabilidade, nos resíduos sólidos e no meio ambiente, podendo ser algo simples para atender apenas para os cuidados básicos. Atualmente um hospital de grande porte conta com a distribuição de mais de 24.767 kits por ano, sendo 3 modelos diferentes de distribuição, divididas entre o fornecimento para pacientes internados/dia, pacientes com internações VIPs e recomendados. A distribuidora **EMPRESA 1**, empresa essa parceira de marcas famosas e fornecedoras da **MARCA A** e **MARCA B**, fornece para essa instituição a mais de 5 anos, produtos não biodegradáveis e que não são sustentáveis. Na realização deste estudo analisamos que é uma proposta viável e executável, o kit de banho vegano e biodegradável trazendo um custo-benefício positivo para a instituição além do financeiro e atuando com as boas práticas ambientais e oferecendo um kit diferenciado e de excelente qualidade ao paciente.

CONCLUSÕES

Concluímos que o shampoo e sabonete sólido em barra, é mais eficiente e ecológico que um shampoo e condicionador líquido comum. O shampoo e sabonete sólido equivalem a 1 embalagem de 400 ml, os preços são comparáveis aos de produtos não veganos, o custo dos produtos de beleza veganos são comparáveis aos de outros produtos tradicionais do mercado.

Implicações para a Gestão Hospitalar: Além do custo, pode-se dizer que o shampoo e sabonete sólido, são mais viáveis em todos os aspectos, pois tem ótimo custo-benefício financeiro, além de não agredirem ao meio ambiente, por se tratar de um produto 100% natural, não é utilizado água, embalagens plásticas e não testado em animais, o que torna o produto sustentável e vegano. **Projeção de produção de resíduo sólido futuro:** Em 1 ano - 24.767 unidades – 7 toneladas e meia. Em 5 anos – 23.835 unidades – 37 toneladas. Em 10 anos – 247.670 unidades – 74 toneladas. Em 15 anos - 371.505 unidades – 111 toneladas. Em 20 anos – 495.340 unidades – 148 toneladas. Utilizando o Kit Terra essa instituição hospitalar em **20 anos deixaria de produzir 148 toneladas** de resíduos sólidos.

REFERÊNCIAS

BERTÉ, Rodrigo; MAZZAROTTO, Ângelo A. V. S. Gesẗão Ambiental no mercado empresarial. Curitiba: InterSaberes, 2013, 200p.
MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE (MMA). Plano Nacional de Resíduos Sólidos – Versão Preliminar para Consulta Pública. Brasília, Setembro de 2011.
RUSSO, M A. T. Tratamento de Resíduos Sólidos, 2003. Universidade de Coimbra. Departamento de Engenharia Civil. Coimbra, Portugal.

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTA DE PREVISIBILIDADE DE RISCOS

Cinthia Mucci Ribeiro, Erica de Freitas Amorim, Gizela Cecília Galacho, Laura Dutra Carraro

INTRODUÇÃO

A mobilização precoce (MP) pode ajudar a prevenir sequelas do repouso no leito, melhorar os resultados funcionais e atuar preventivamente na incidência de lesões por pressão (LP). A incidência de LP em UTIs cardiopneumológicas de São Paulo podem chegar a 11%. Objetivo: avaliar a eficiência de um protocolo de MP elaborado com auxílio da ferramenta “matriz de risco”, que inclua escalas de avaliação de mobilidade e risco de desenvolvimento de LP.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo que avaliou 104 pacientes que permaneceram mais de 4 dias internados na Unidade Coronária de hospital privado de São Paulo, no período de março a dezembro de 2022. Os fisioterapeutas realizaram a avaliação da capacidade funcional dos pacientes na chegada e na saída da unidade, utilizando a escala perme. Além disso, diariamente a força muscular dos pacientes era avaliada com a escala MRC e o risco de desenvolver LP pela escala de Braden. O serviço de fisioterapia desenvolveu um protocolo de mobilização precoce, utilizando uma ferramenta que permite ampliar a visibilidade de possíveis riscos (matriz de risco) (Tabela 1). Utilizando a avaliação da escala de mobilidade e risco de lesão por pressão era definido o risco funcional e as condutas, assim como sua progressão para benefício do paciente crítico. Todos os pacientes realizaram a terapia 2 vezes ao dia.

Braden			
		Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Alto / Muito Alto
PERME	22 a 32	Deambulação (Evidência V, VI) Conforme protocolo mobilização precoce	Poltrona (Evidência V, VI)	Ensinar ao paciente manobras de alívio de pressão (Evidência C)
	12 a 21	Exercícios Resistidos (Evidência II, IV) Conforme protocolo mobilização precoce	Exercícios Ativos Livres (Evidência II, IV) Conforme protocolo mobilização precoce	TENS (Evidência A) Analgesia: 50 - 100Hz, 40 - 80 us. De 20 min à 2 hs.
	7 a 11	Cicloergômetro (Evidência II, IV)	Chair (Evidência II, IV)	
	0 a 6	Exercícios Passivos (Evidência II, IV) Conforme protocolo mobilização precoce		

Tabela 1: Protocolo de Mobilização Precoce – Matriz de Risco

RESULTADOS

Foram avaliados 104 participantes, 38,5% sexo feminino, 61,5% sexo masculino, com idade 77,3±15 anos e tempo de permanência na UTI 8±0 dias. Dos participantes 41,3% tinham diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, 15,4% diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio ou Angina Instável, 17,3% Arritmia e 28,8% com outros diagnósticos. Todos os pacientes tiveram alta para a unidade de internação. O teste de Wilcoxon mostrou que o MRC não sofreu alterações durante o período de avaliação (Figura 1) ($Z = -1.461$; $p = 0.144$), por sua vez o BRADEN inicial é inferior ao BRADEN final (Figura 2) ($Z = -2.000$; $p = 0.045$), e o PERME inicial é inferior à PERME final (Figura 3) ($Z = -5.740$; $p < 0.001$).

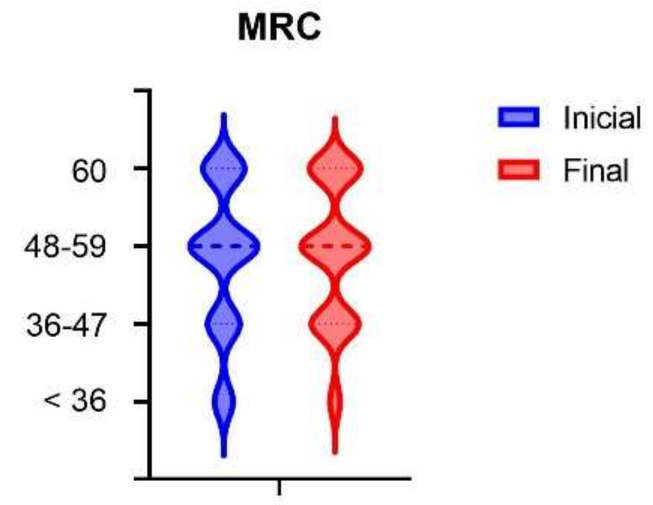


Figura 1: Valores de medianas e quartis (nas figuras em violino) e média e erro padrão (nas linhas internas dos violinos) das categorias MRC.

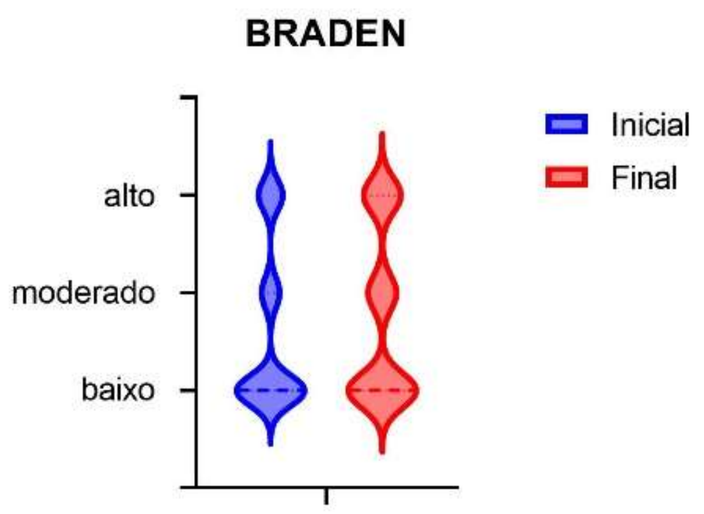


Figura 2: Valores de medianas e quartis (nas figuras em violino) e média e erro padrão (nas linhas internas dos violinos) das categorias BRADEN.

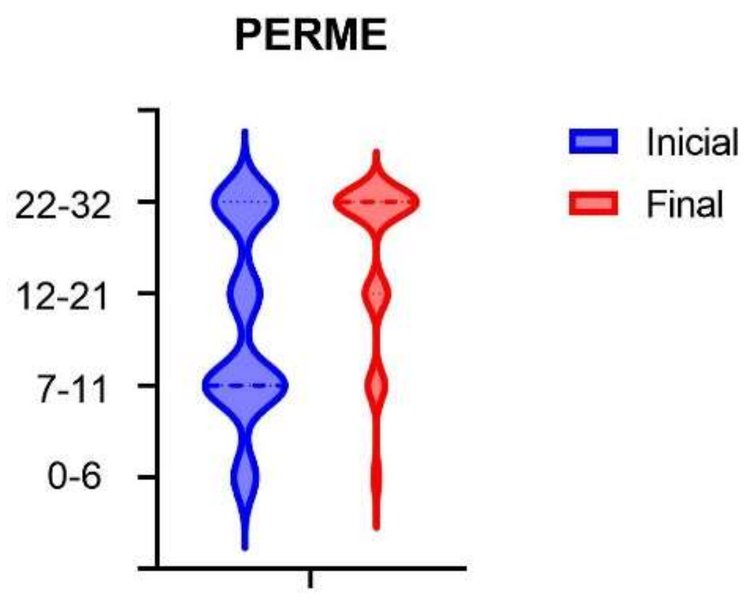


Figura 3: Valores de medianas e quartis (nas figuras em violino) e média e erro padrão (nas linhas internas dos violinos) das categorias PERME.

CONCLUSÕES

Nossos resultados mostram que a elaboração de um protocolo de mobilização precoce que considere o perfil de pacientes internados e que auxilie a direcionar as condutas, escalonando o risco funcional e o risco de lesão por pressão foi efetivo na melhora da capacidade funcional de pacientes cardiopatas que permaneceram mais de 4 dias internados. Como esperado, o risco de desenvolver lesão por pressão aumenta com o passar dos dias na unidade de terapia intensiva e o protocolo de mobilização precoce pode ter contribuído para a baixa incidência de lesão por pressão (em conjunto com as medidas preventivas adotadas de rotina), pois a incidência de 3,8% de lesão é um valor abaixo do encontrado na literatura.

REFERÊNCIAS

Jones R, Merkle S, Ruvalcaba L et al. Driving a culture of early mobilization in medical-surgical nursing. Journal of Nursing Care Quality. 2020; 35(1): 20-26; Cartotto R, Johnson L, Rood JM et al. Clinical Pratice Guideline: Early Mobilization and Rehabilitation of Critically ill burn patients. Journal of Burn Care & Research. 2023. 44(1).; Pereira PCJ, Roquete FF, Miranda WD. Aplicabilidade das ferramentas da qualidade nos processos dos serviços de saúde. Revista Gestão & Saúde, 2022; 13(2).; Semsar-kazerooni K, Dima D, Valiquette J et al. Early Mobilization in people with acute cardiovascular disease. Canadian Journal of Cardiology, 2021; 37(2): 232-240.

REDUÇÃO DE DANOS DECORRENTE DOS EVENTOS DE QUEDA

Gabriela Vieira Martins da Silva, Euclydes Garcia Domingues, Getulio Gregório, Rosangela Claudia Novembre

INTRODUÇÃO

O reconhecimento dos riscos de quedas e seus fatores determinantes está bem consolidado entre os profissionais da área da saúde, porém os desafios para mitigar este evento é latente em todas as organizações. Em estudo epidemiológico e analítico realizados entre os anos de 2000 a 2019, foram registrados no sistema de informação de mortalidade cerca de 135,209 óbitos por quedas em idosos. Estes dados são alarmantes e requer cada vez mais atenção de todos os profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo intervencionista e descritivo, realizado no período de maio/21 a maio/23 no hospital Santa Catarina Paulista, onde as ações se pautaram em reestruturação do grupo multidisciplinar de prevenção de queda, treinamentos assistenciais para o uso dos classificadores preditivos de risco, conscientização das equipes multiprofissionais para o uso dos equipamentos de prevenção, interação diária com educação ao paciente e família para conscientização dos riscos envolvidos durante a internação e acompanhamento dos resultados assistenciais.

Painel campanha de prevenção de queda (Wallpaper) disponível em todos os computadores da instituição.

Representando os pacientes geriatriacos – Apoiando na campanha de 2023.

RESULTADOS

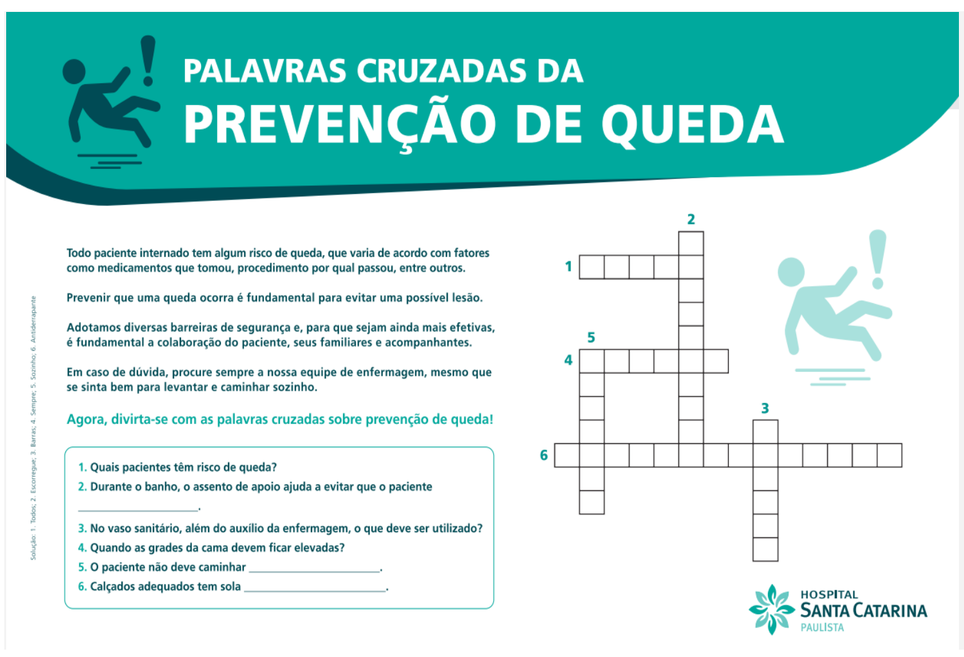
A adesão da equipe assistencial as boas práticas associadas a prevenção apresentam conformidade de 97%, observadas em registro seguro no prontuário com orientações realizadas ao paciente/família na admissão e durante o tempo de internação. Quanto indicador de incidência de queda com dano grave em paciente internado no período foi zero e para dano moderado a incidência foi de 0,03% (08 casos) e para leve a incidência foi de 0,26% (53 casos), nos quais não houve alteração nos desfechos clínicos e nem no impacto no tempo de permanência hospitalar. Durante o período foram realizadas 03 campanhas educativas de prevenção, bem como diariamente a gestão da prevenção de risco, acionando as equipes de apoio de acordo com a necessidade de cada paciente, com orientações pontuais educativas, prescrição adequadas e individualizadas que diminuem a variabilidade no cuidado reduzindo o número de casos evitáveis.

HOSPITAL SANTA CATARINA PAULISTA — *Bundle de Prevenção de queda*

	A	Adesão
	N|A	Não Aplica
	N/C	Não conforme

data														
unidade														
Número do Atendimento														
Avaliação do risco de queda nas últimas 24h														
Uso de pulseira roxa conforme avaliação de risco														
Campainha ao alcance das mãos														
4 Grades elevadas / Grades do berço elevada														
Uso de cama / berço de acordo com o protocolo - PEDIATRIA														
Registro de ronda a cada 2h														
Aplicado termo de queda														

Formulário do bundle de prevenção de queda – realizado nas unidades com objetivo de fortalecer as barreiras de segurança.



Atividade lúdica entregue os pacientes na bandeja de refeição com o tema de prevenção de queda.

CONCLUSÕES

A compreensão e a participação dos pacientes frente ao risco avaliado pelos enfermeiros, torna-se cada vez mais importante para mitigar o evento. Campanhas de conscientização para os profissionais colaboram para o fortalecimento das boas práticas de prevenção e cultura de segurança do cuidado.

REFERÊNCIAS

Gonçalves ICM, Freitas RF, Aquino EC, Carneiro JA, Lessa AC. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000-2019. Rev Bras Epidemiol. 2022; 25:e220031. https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2

MODELO DE PLANEJAMENTO DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO PARA ACREDITAÇÃO EM TERAPIA CELULAR

Aline de Jesus Goiabeira, Juliana Farias de Sousa, Leandro Garcia Barbosa, Simone Hiratsuca

INTRODUÇÃO

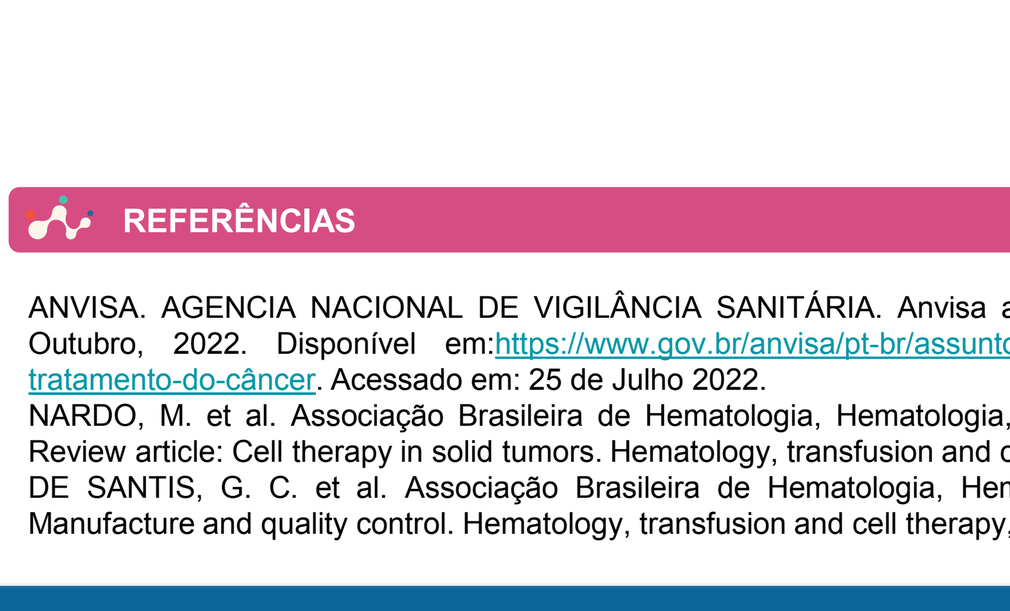
O uso de terapia celular tem sido amplamente divulgado nos últimos anos como alternativa para tratamento oncológico e demonstrado maior sobrevida dos pacientes. O tratamento com células CAR-T representa um avanço importante no desenvolvimento de imunoterapias. Em 2022 a ANVISA liberou o uso de mais um produto de terapia celular avançada e atualmente temos cinco produtos liberados, sendo eles Carvykti®, Kymriah®, Luxturna®, Yescarta® e Zolgensma®.

Além das auditorias obrigatórias por órgãos regulatórios existem as auditórias voluntárias que as instituições podem se submeter através de agências acreditadoras, desta forma podem adequar-se a padrões internacionais de qualidade.

METODOLOGIA

A instituição iniciou o planejamento para preparação da acreditação em terapia celular em 2023, com apoio de uma consultoria externa especializada que realizou 60 horas de avaliação in loco. Durante a avaliação diagnóstica foram levantados 83 apontamentos, sendo 37 apontamentos em terapia celular avançada e 46 em terapia convencional. Ao total foram 39 apontamentos de Não Conformidade e 42 apontamentos classificados como oportunidade de melhoria.

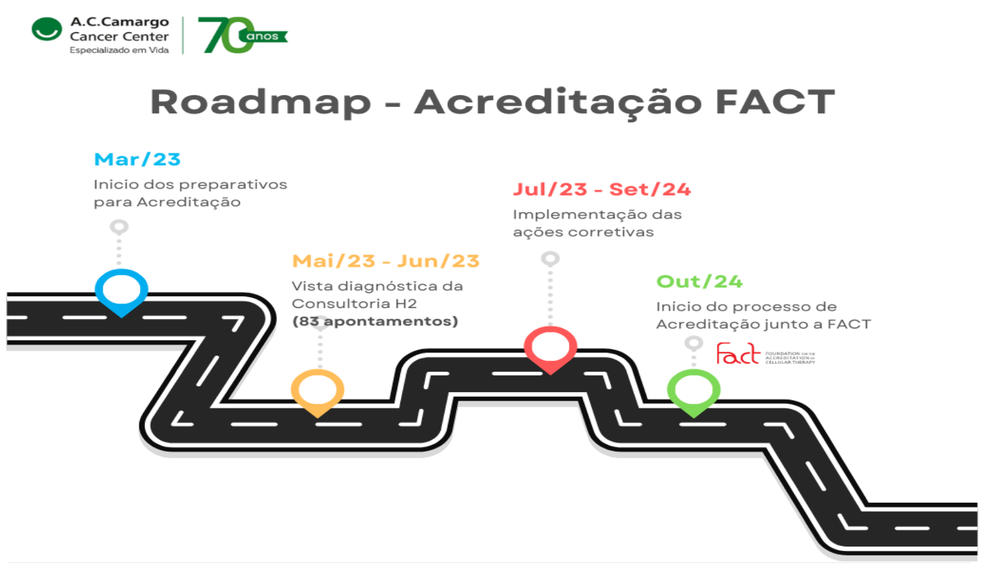
Após categorização dos apontamentos por grupos, identificamos que a categoria mais frequente foi a categoria de “Informação Documentada”. Nesta categoria existiam apontamentos relacionados ao registro de informações, formalização de protocolos e processos, integração de informações e avaliações, melhoria na divulgação de informações, aumento da rastreabilidade das informações, registro de inspeções e ações corretivas de forma integrada e consulta e embasamento em legislações internacionais para validações de produtos críticos. Outra fase do planejamento consistiu em análise e priorização dos apontamentos através da matriz de impacto e esforço.



O processo de imunoterapia por CAR-T

RESULTADOS

Foram 22 áreas envolvidas para tratativa direta e indireta dos apontamentos e formação de 16 Grupos de Trabalho para elaboração e execução dos planos de ação, de acordo com a categoria do apontamento.



Roadmap da acreditação FACT elaborado pelos próprios autores.

Foto da capa da 1ed. do manual de terapia celular avançada FACT.

Foto da capa da 8ed. do manual de terapia celular convencional FACT.

CONCLUSÕES

Ao final desta fase do modelo de planejamento foi possível concluir que houve aumento do engajamento das áreas envolvidas no processo, maior adesão em participação das reuniões dos grupos de trabalho estimulando a autonomia e protagonismo das áreas.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Anvisa aprova 3º produto de terapia avançada para tratamento do câncer. 26 de Outubro, 2022. Disponível em:https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-aprova-3o-produto-de-terapia-avancada-para-tratamento-do-câncer. Acessado em: 25 de Julho 2022.

NARDO, M. et al. Associação Brasileira de Hematologia, Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular Consensus on genetically modified cells. Review article: Cell therapy in solid tumors. Hematology, transfusion and cell therapy, v. 43 Suppl 2, p. S78–S83, 2021.

DE SANTIS, G. C. et al. Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular Consensus on genetically modified cells. V: Manufacture and quality control. Hematology, transfusion and cell therapy, v. 43 Suppl 2, p. S35–S41, 2021.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS NO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA DE UM CÂNCER CENTER BRASILEIRO

Alencar GF, Raniero JTMW, Silva BN, Zapelini CCS

INTRODUÇÃO

A aplicabilidade das escalas e algoritmos de identificação e avaliação precoce de deterioração clínica e parada cardiorrespiratória (PCR) voltada aos pacientes adulto e pediátrico são aplicadas pela equipe de enfermagem, podendo recorrer ao time de resposta rápida (TRR), que é composto por um médico, um enfermeiro e um fisioterapeuta, dependendo da gravidade do estado de saúde do paciente. Acredita-se que uma PCR em ambiente intra hospitalar ocorra por negligência de cuidado e de reconhecimento precoce, e a aplicabilidade de escalas para mensuração e intervenções são necessárias, mas, para que a resposta do TRR ocorra em alinhamento com os protocolos, é necessário que os membros da equipe assistencial multiprofissional, principalmente o enfermeiro realize treinamentos de aprimoramento teórico-prático sobre MEWS, qSOFA e PEWS (escala de mensuração de deterioração clínica), bem como o entendimento da função do time, para que, desta maneira, o paciente possa receber assistência rápida e precoce, com a qualidade esperada. No entanto, o manejo adequado das intercorrências clínicas em setores não críticos do ambiente hospitalar, não impede o evento de ocorrer, mas sugere melhor resposta do paciente e consequentemente maior taxa de transferência para a unidade terapia intensiva (UTI) e por conseguinte diminuição das taxas de óbito. Esse trabalho teve como objetivo relatar a experiência de enfermeiras que atuam no TRR no período diurno de um câncer center brasileiro.

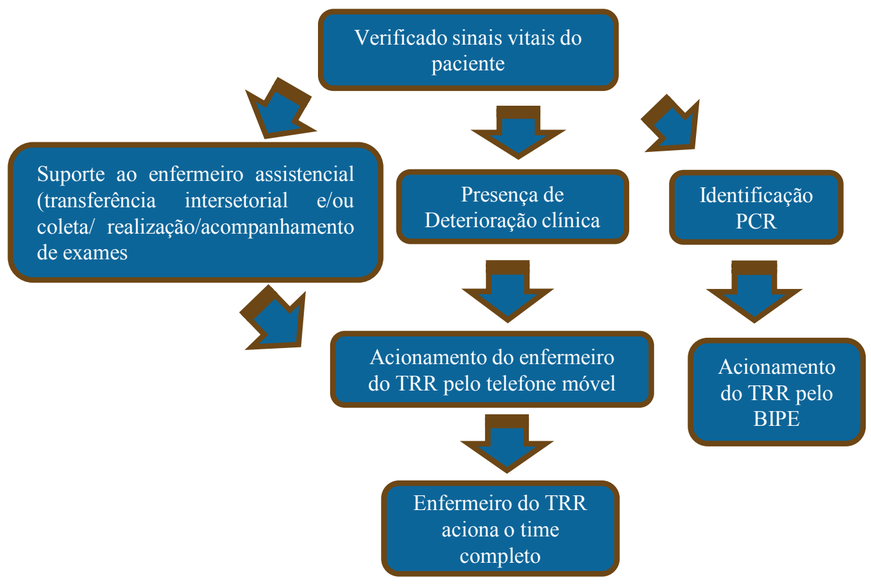
METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras atuantes do TRR durante os últimos 18 meses de atendimento no período diurno em setores não críticos (ambulatórios e unidade de internação (UI)). A equipe de enfermagem verifica os sinais vitais do paciente e, baseando nas escalas inseridas no Protocolo de Deterioração clínica institucional (MEWS/PEWS e/ou qSOFA), entra em contato via telefone móvel com o enfermeiro do TRR para solicitar apoio e este entra em contato com o restante do TRR frente à intercorrência. Já para os casos de PCR, o BIPE é acionado e todo o time se dirige ao local da intercorrência, Figura 1 e Figura 2. Estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética Institucional (3359/23).

Figura 1. Imagem ilustrativa do TRR (médico, fisioterapeuta e enfermeiro) em apoio à equipe de enfermagem da UI.

METODOLOGIA

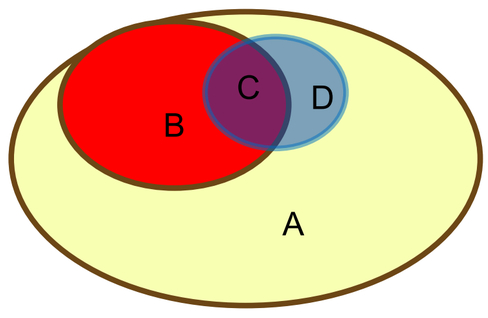
Figura 2. Fluxograma de atendimento ao paciente que necessita do enfermeiro do TRR ou do time completo.



RESULTADOS

Foram realizados 739 atendimentos, destes, 288 (39%) com o time completo, 220 (33%) atendimentos foram de transferência intersetorial, não necessariamente com a presença do médico internista e atendimentos realizados exclusivamente pelo enfermeiro do TRR em apoio à equipe de enfermagem, 34 (5%), Figura 3. No entanto, foi observado que o enfermeiro do TRR foi acionado para dar apoio à equipe de enfermagem assistencial em diversas situações que não necessariamente necessitava do apoio do time completo, como por exemplo: no manejo da prescrição médica para controle álgico, suporte ventilatório, mantendo via aérea pérvia, realização de coleta de exames laboratoriais (kit sepse por exemplo) ou para transporte de paciente intersetorial (para a UTI ou setor de imagem), acompanhamento durante a passagem de cateter central e realização de mielograma ou coleta de líquor cefalorraquidiano. Estas situações viabilizaram maior tranquilidade ao enfermeiro assistencial, que pôde se dedicar a outras situações enquanto que o enfermeiro do TRR estava exclusivamente para a intercorrência. Por se tratar de um centro oncológico, poucos pacientes apresentaram deterioração clínica com necessidade de intervenção rápida do TRR, permitindo certa agilidade e maior dedicação a este paciente.

Figura 3. Diagrama da casuística dos atendimentos realizados pelo TRR.



A: Total de acionamentos do TRR (n739); B: Atendimento realizado pelo TRR (n288); C: Transferência intersetorial (n220); D: Atendimento realizado pelo enfermeiro (n34).

CONCLUSÕES

Por meio deste trabalho podemos concluir que o papel do enfermeiro foi além das atribuições do TRR. O enfermeiro esteve na abrangência da excelência do cuidado centrado no paciente, independente do diagnóstico ou da operadora de saúde, podendo proporcionar, portanto, por meio do acolhimento associado ao conhecimento técnico científico, suporte à equipe, ao paciente e ao familiar durante as intervenções clínicas e críticas.

REFERÊNCIAS

1- Miranda JOF, Camargo CL, Sobrinho CL, Portela DS, Monaghan A. et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. Revista Brasileira de Enfermagem 2016; 69(5):888-6.
2- Queiroz AS, Nogueira LS. Percepção de enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida. Rer. Bras. Enferm. 2019; 72 (Suppl 1): 238-5.
3- Montenegro SMSL, Miranda CH. Evaluation of the performance of the modified early warning score in a Brazilian public hospital. Revista Brasileira de Enfermagem 2019; 72(6): 1428-4.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE INFORMATIVO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DA COMUNICAÇÃO INTERNA

BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, LAURA ALMEIDA GONÇALVES SILVA, FABIANA HARADA HASEGAWA MATSUDA e SHEILA SANTOS SILVA.

INTRODUÇÃO

O clima organizacional influencia diretamente no comportamento dos colaboradores, os quais possuem motivações que refletem em seu desempenho no trabalho. O estado de satisfação do funcionário é importante para construção da identidade da empresa, promovendo uma imagem positiva da organização(1). A comunicação interna tem como objetivos trazer consenso e facilitar a aceitação dos valores da organização(1), é o canal de comunicação entre instituição/colaborador(2). A literatura demonstra que através da comunicação interna é possível melhorar o desempenho dos funcionários, promovendo pilares fundamentais para o trabalho em equipe. Este estudo tem como objetivo relatar a elaboração e utilização de informativo como ferramenta de melhoria da comunicação interna.

METODOLOGIA

Relato de experiência da elaboração e utilização de informativo como estratégia para melhorar a comunicação interna no serviço ambulatorial de um Hospital Privado em São Paulo.

RESULTADOS

Com bases na pesquisa de clima realizada no setor ambulatorial em 2021, obtivemos resultado de 74%, a partir disto realizamos um PDSA de comunicação efetiva e demos início a busca por estratégias que tivessem impacto e que melhorasse os resultados de comunicação. Dentre as ações propostas realizamos a criação do informativo "Jornal dos Ambulatóríos" com notícias do setor, registro de eventos, treinamentos, reconhecimento interno, expostas nos principais canais de comunicação. Além de outras estratégias como: Reunião Pi Stop, Aplicação do Huddle, Grupo geral do WhastApp, Reunião de equipe e Pasta de comunicação. Em nova pesquisa realizada em 2022, os resultados encontrados foram de 80%, sendo alcançado a meta proposta.

Figura 1 – Edições - Informativo "Jornal dos Ambulatórios", disponibilizado nos murais de comunicação e por meios eletrônicos.

Figura 2 – Quarta Edição - Informativo "Jornal dos Ambulatórios", disponibilizado nos murais de comunicação e por meios eletrônicos.

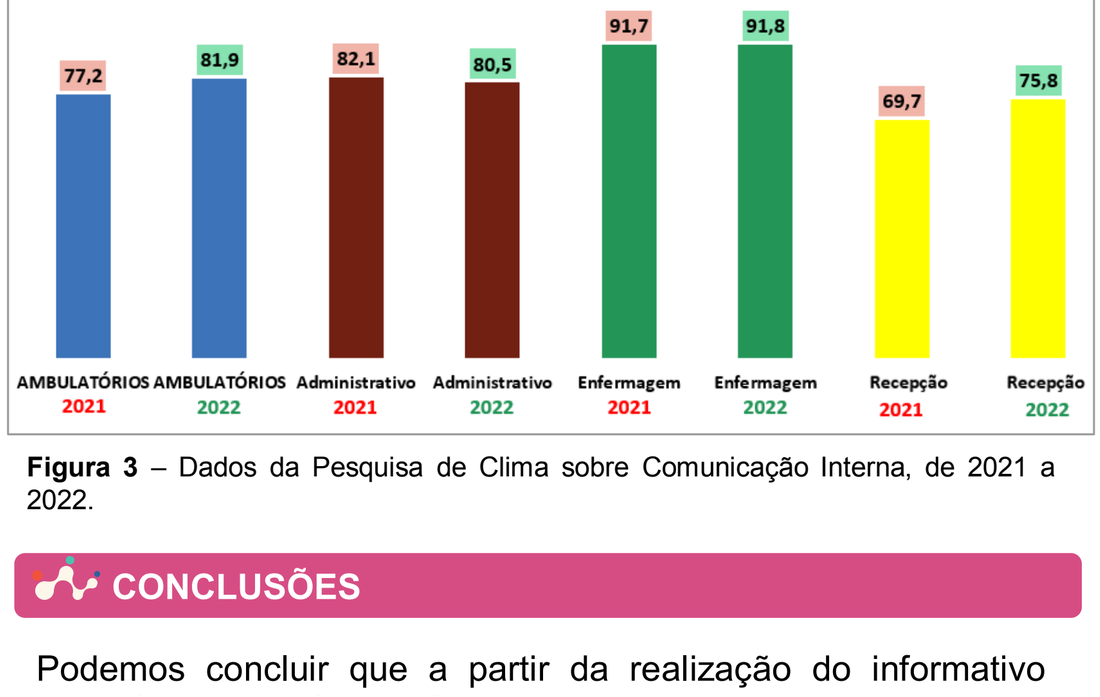


Figura 3 – Dados da Pesquisa de Clima sobre Comunicação Interna, de 2021 a 2022.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que a partir da realização do informativo "Jornal dos Ambulatórios" e as demais estratégias proporcionou uma melhor comunicação entre os colaboradores de diferentes funções, estimulando a participação, o registro fotográfico das ações, promovendo endomarketing e proporcionando uma melhora no clima organizacional.

REFERÊNCIAS

1.PUERARI A et al. Comunicação interna como ferramenta de gestão. PR Coop. Tecn. Cient., Curitiba, 2015). 2.TERCIOTTI, S. H. et al. Comunicação empresarial na prática. 2. ed. São Paulo 2010.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DE AMBULATÓRIO IN LOCO EM EMPRESAS PARCEIRAS COMO ESTRATÉGIA DE INOVAÇÃO.

LAURA ALMEIDA GONÇALVES SILVA, BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, SILVIA VALERA MORAES e FABIANA HARADA HASEGAWA MATSUDA

INTRODUÇÃO

Observamos o desafio das empresas para tornar sustentável o plano de saúde ofertado a seus colaboradores, de acordo com as pesquisas essa alta demanda de benefício representa de 5% a 20% da folha de pagamentos. Manter o equilíbrio dos custos e a sinistralidade dentro dos patamares contratuais tem se tornado um desígnio para os gestores de RH e de áreas de saúde ocupacional, mediante a este cenário se torna necessário a criação de estratégias para promover a parceria com empresas, mantendo o equilíbrio financeiro e promoção a saúde. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação do ambulatório in loco em empresas parceiras como estratégia de inovação.

METODOLOGIA

Relato de experiência da implantação de um ambulatório in loco em empresas parceiras como estratégia de inovação em um hospital Privado em São Paulo.

RESULTADOS

Com o intuito de fortalecer a credibilidade da instituição e melhorar o relacionamento com as empresas que já utiliza os serviços foi criado o programa “Conexão”, composto por diversos serviços e ações de prevenção e promoção a saúde, de forma customizável para atendimento aos colaboradores in loco em espaço disponibilizado no ambulatório médico das empresas. Conta com uma equipe multidisciplinar para desenvolvimento das seguintes ações: Corpo clínico; Ambulatório de Especialidades; Suporte de Gestão Saúde Ocupacional; Promoção e Prevenção; Agendamento Otimizado e Calendário de Marketing. Foi possível observar a satisfação dos colaboradores em realizar suas consultas e exames sem a necessidade de deslocamento, garantindo a qualidade, segurança nos atendimentos, cuidado centrado ao paciente, e agilidade no pós consulta e evitando o absenteísmo. observando uma maior prevalência na prevenção e promoção a saúde.

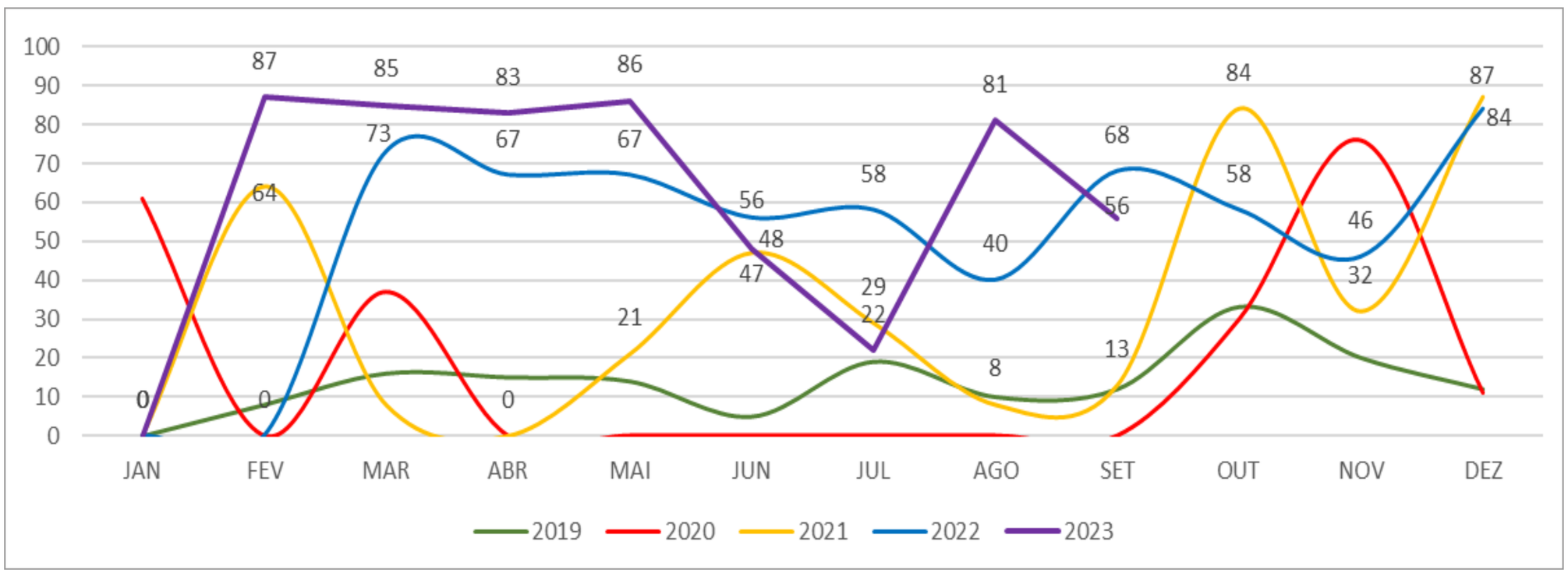


Figura 1 – Volumetria de atendimento de Ambulatório entre 2019 a 2023 em Empresa Privada.

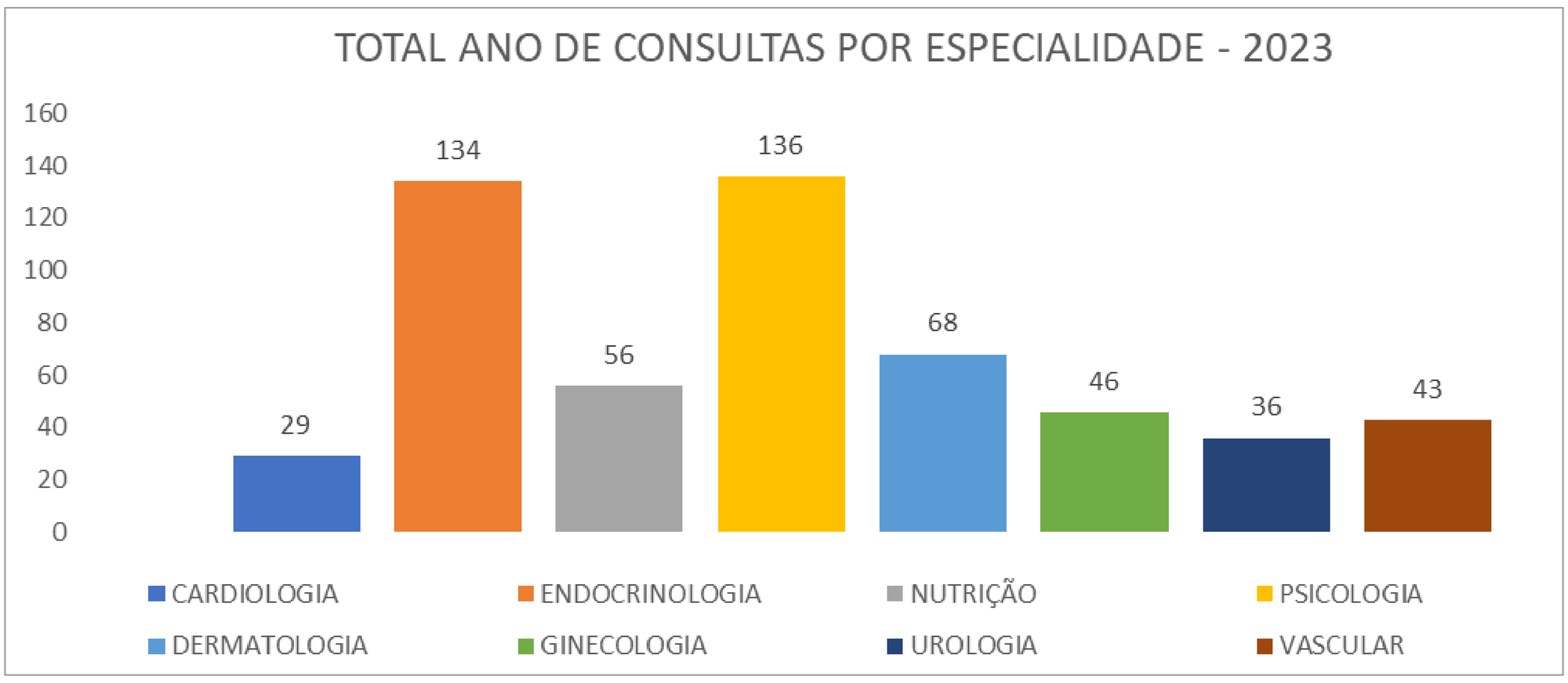


Figura 2 – Total de Consultas por Especialidade – 2023.

CONCLUSÕES

Esta ação contribui para uma utilização consciente do plano de saúde, redução de absenteísmo e adesão ao tratamento proposto. Proporcionando uma melhor experiência para o paciente e sustentabilidade para a empresa.

REFERÊNCIAS

1 - Lara N - VCMH - Variação de Custos Médico-Hospitalares | IESS. 2022

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE BRAINSTORMING PELO ESCRITÓRIO DE PROJETOS E PROCESSOS DE UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO

BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, ALINE TELES TAVARES SUETOMI, SIMONE MISTRETA FERNANDEZ e ZAIRA FERREIRA

INTRODUÇÃO

Criado em 1939 por Alex Osborn, o brainstorming é uma ferramenta associada à criatividade e geralmente utilizada na fase de planejamento de um projeto, na busca de levantamento de informações de um determinado problema1. O exercício propõe que um grupo de pessoas, preferencialmente de áreas e competências diferentes, se reúnam a fim de realizar uma “tempestade de ideias”, formando um processo de sugestões, discussões e sem julgamentos. Nenhuma ideia é inicialmente descartada ou julgada, todas as ideias são ouvidas e anotadas, para que possam evoluir até à chegada da solução efetiva1. O objetivo deste estudo é relatar a experiência na utilização da metodologia de Brainstorming nos processos administrativos, analisando a relevância e a eficácia dela como método de levantamento de informações.

METODOLOGIA

Relato de experiência da aplicação da metodologia de Brainstorming no levantamento de problemas no fluxo de notas fiscais, realizado em novembro de 2022 no Escritório de Projetos e Processos de um Hospital Privado em São Paulo.

RESULTADOS

As atividades de brainstorming foram realizadas pelos stakeholders do projeto na implantação do Lean no fluxo de notas fiscais em novembro de 2022, com o foco no levantamento dos principais problemas no processo com o auxílio do post it e folha A3.As etapas desenvolvidas no grupo foram de acordo com as etapas do fluxo e cada integrante deveria descrever um problema que observa no fluxo no post it e após a entrega, era elencado em qual etapa do processo este problema era aplicado, ou se seria aplicado em todas as etapas. No que tange ao arsenal de problemas, foi possível encontrar 46 problemas, realizando a exclusão de problemas descritos de forma semelhantes, totalizando 31 problemas. Para elaborar melhorias para os problemas apresentados, realizamos o mapeamento de todas as etapas do processo. O grupo se mostrou bastante participativo com a exposição dos problemas, e trouxe um momento de aprendizado e interação entre os setores.

Figura 1 – Stakeholders do projeto nas atividades de brainstorming.

Figura 2 – Levantamento de Problemas nas etapas do Fluxo Atual.

Figura 3 – Levantamento de Problemas nas etapas do Fluxo Atual.

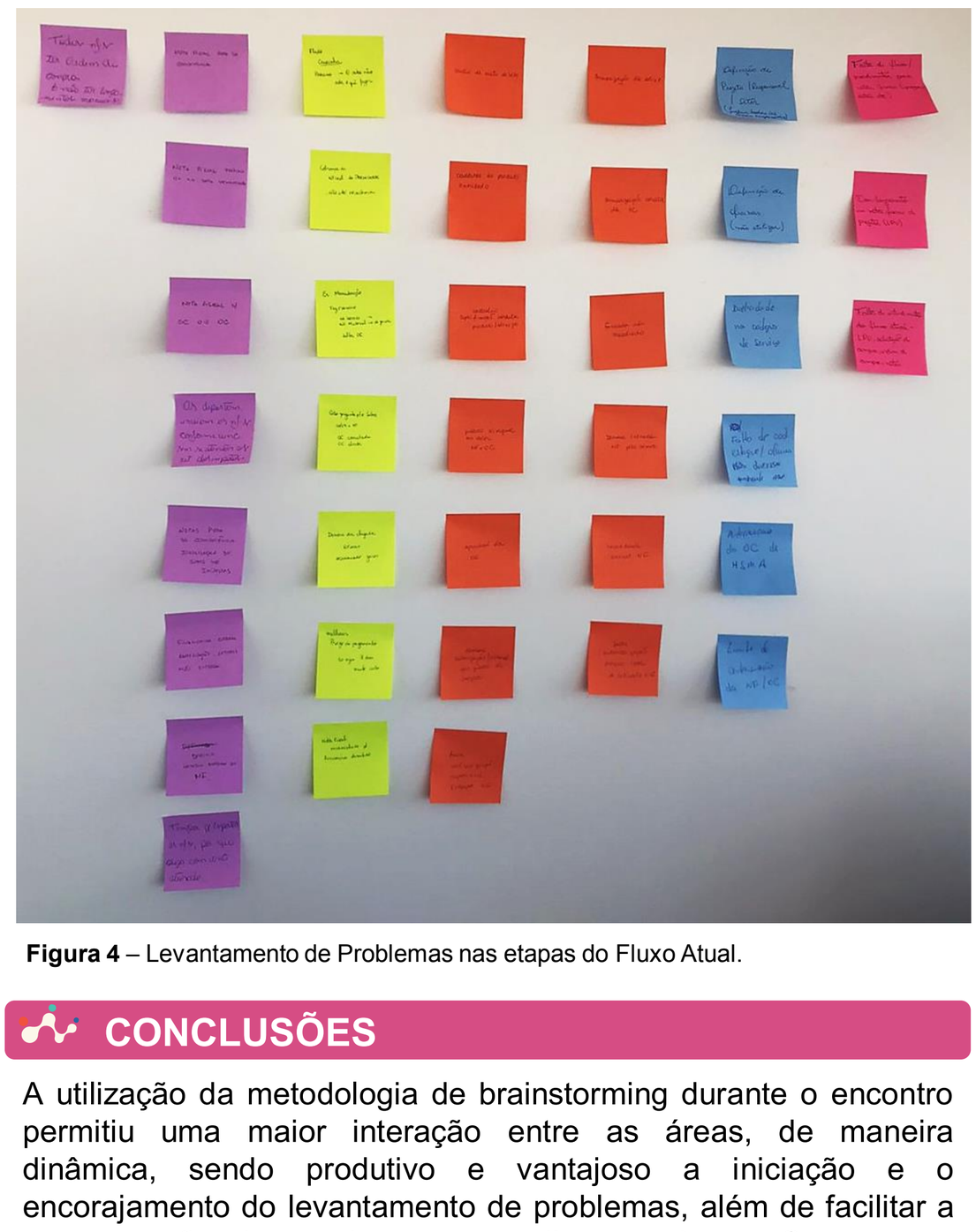


Figura 4 – Levantamento de Problemas nas etapas do Fluxo Atual.

CONCLUSÕES

A utilização da metodologia de brainstorming durante o encontro permitiu uma maior interação entre as áreas, de maneira dinâmica, sendo produtivo e vantajoso a iniciação e o encorajamento do levantamento de problemas, além de facilitar a compreensão dos problemas por diversas áreas. Com o uso desse método, os membros foram os principais responsáveis por todo o desenvolvimento do levantamento de problemas, se tornando uma ferramenta útil para levantamento de informações e interação entre as áreas.

REFERÊNCIAS

1. Osborn AF.O poder criador da mente;princípios e processos do pensamento criador e do" Brainstorming".Ibrasa;1957. **2.** CORRÊA LVM et al.Brainstorming:compartilhamento de informações–Um Relato de Experiência.Brazilian Journal of Health Review, Curitiba,v.4,n.6,p.25497-25504nov./dec. 2021

Resultados preliminares de um projeto colaborativo de melhorias em parceria público-privada para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde

Rafaela M. de Moura[5*], Cristiana M. Prandini[2], Brunno C. B. Cocentino[6], Luciana G. A. Souza[1], Patrícia S. Bopsin[4], Natalia Nardoni[3], Luciana Y. Ue[7], Claudia G. de Barros[4]

[1] Hospital Alemão Oswaldo Cruz; [2] Hospital do Coração de São Paulo; [3] Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo; [4] Hospital Israelita Albert Einstein; [5]Hospital Moinhos de Vento; [6] Hospital Sírio-Libanês; [7] Ministério da Saúde; *Apresentadora

INTRODUÇÃO

Embora existam medidas simples e de baixo custo para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), essas continuam sendo o evento adverso evitável mais comum na assistência ao paciente [1]. Esforços colaborativos são necessários para aprimorar o desempenho do sistema de saúde e desenvolver a capacidade da equipe multidisciplinar para melhorar continuamente os processos de cuidado [2,3]. Este estudo apresenta os resultados preliminares (18 meses) de uma iniciativa nacional público-privada de prevenção de IRAS em unidades de terapia intensiva (UTI).

METODOLOGIA

Esta iniciativa tem como objetivo reduzir as 3 IRAS com maior impacto: infecções primárias de corrente sanguínea laboratorialmente confirmadas (IPCSL), pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV) e infecções do trato urinário associadas a cateter vesical de demora (ITU-AC). O projeto utilizou o modelo de melhorias *Breakthrough Series* (BTS) (**Figura 1**), o qual foi adaptado ao cenário local, incluindo: estratégias adicionais para envolver e capacitar pacientes e familiares (*patient-centered care*), diversas estratégias pedagógicas durante as sessões de aprendizagem (*game-based learning*) e incorporação de ferramentas do *Lean Healthcare* (Kamishibai e *Training Within Industry*). O projeto envolveu a análise de dados pré-intervenção para determinar a linha de base de IRAS nas instituições participantes. Este relatório apresenta os resultados preliminares de 189 UTIs (170 adulto, 11 pediátricas e 8 neonatais).

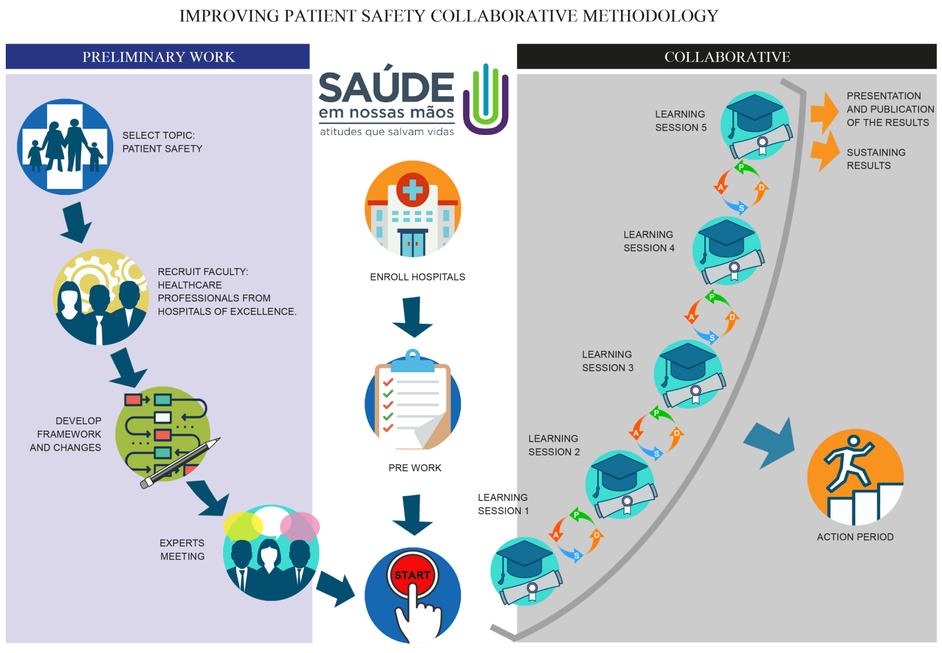


Figura 1. Modelo de melhoria *Breakthrough Series*

RESULTADOS

Até o momento, a intervenção incluiu 7 sessões presenciais de aprendizado, 2.100 sessões virtuais e 194 visitas técnicas presenciais. A linha de base das densidades de incidência de IRAS foi de 5,5, 13,7 e 3,3 por 1.000 dispositivos-dia para IPCSL, PAV e ITU-AC, respectivamente. Os resultados dos primeiros 18 meses mostram reduções de 40% para IPCSL, 43% para PAV e 45% para ITU-AC, o que representa um total estimado de 3.764 infecções evitadas e 1.434 vidas salvas (**Figura 2-4**).

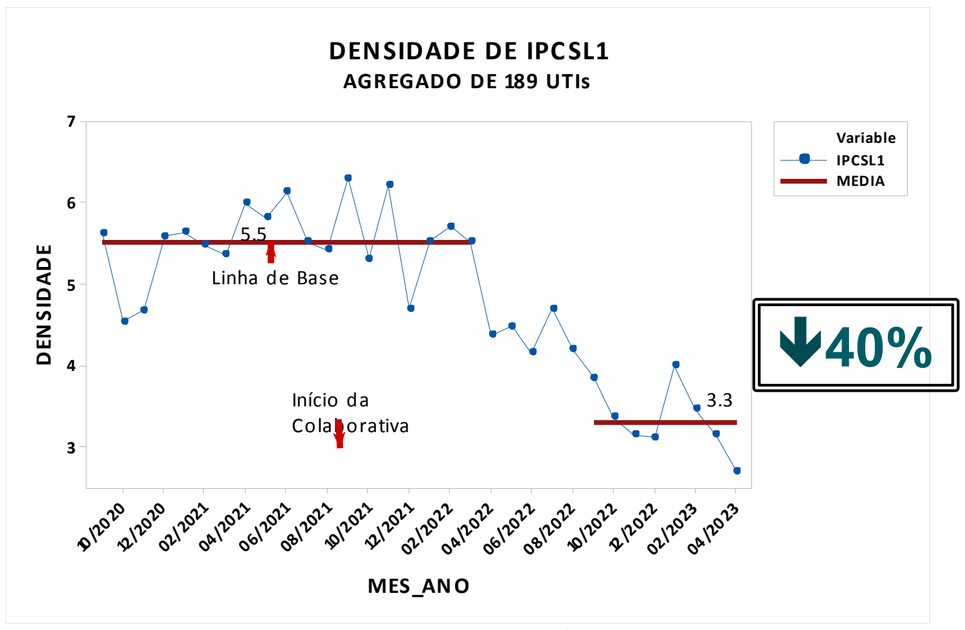


Figura 2. Densidade incidência IPCSL – Agregado 189 UTIs

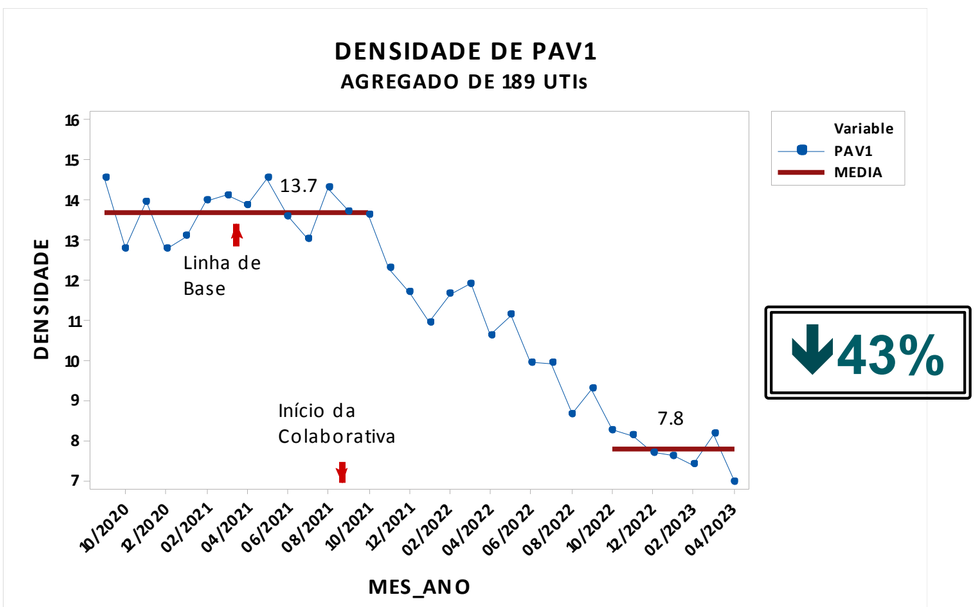


Figura 3. Densidade incidência PAV – Agregado 189 UTIs

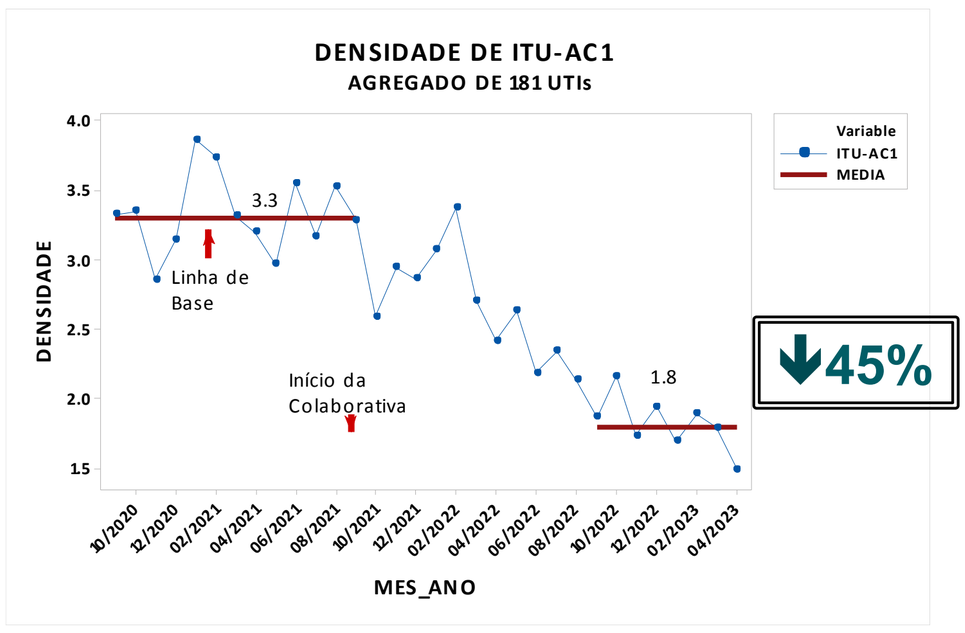


Figura 4. Densidade incidência ITU-AC – Agregado 189 UTIs

CONCLUSÕES

O uso da metodologia BTS proporcionou a mobilização e o engajamento dos líderes e das equipes das UTIs para encontrar soluções que promovam práticas mais seguras, adaptando os recursos disponíveis por meio de testes de mudanças que ajudam a melhoria contínua dos processos de trabalho e das práticas para aprimorar a segurança do paciente, reduzir danos ao paciente e, consequentemente, diminuir as incidências de IRAS.

REFERÊNCIAS

1. Rosenthal VD, *et al*. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2013-2018, Adult and Pediatric Units, Device-associated Module. AJIC. 2021.
2. Blot S, *et al*. Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. Intensive Crit Care Nurs. 2022.
3. WHO. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. 2016. Available in: https://apps.who.int/

Os dados e desfechos apresentados nesse artigo foram obtidos no projeto **"*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)

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Saúde Baseada em Valor
Avaliação da Assistência em Consultórios

Suzan Osis, Claudia Cafalli, Daniela Quirino França, Mauro Couri

INTRODUÇÃO

Define-se valor em saúde como a relação entre desfechos importantes para o paciente e custos necessários para gerá-los. É necessário, portanto, que a assistência prestada seja avaliada através de indicadores claros e objetivos. A prestação de assistência em consultórios médicos é parte importante do processo. Pode ser fonte de diagnóstico preciso e oportuno, que agrega valor à jornada. Por outro lado, pode gerar excesso de solicitações, ou seja, desperdício, se não praticada com foco no paciente e na qualidade assistencial.

A Unimed Fesp desenvolveu o projeto de avaliação de cooperados em atendimentos no consultório, visando diminuir desperdício, avaliar a segurança do paciente e a qualidade oferecida. Pretendemos incentivar a qualidade em todos os níveis da assistência.

METODOLOGIA

O projeto, em fase piloto, é desenvolvido em parceria com a empresa 2iM, criadora da plataforma para Modelo de Bonificação por Valor, que o operacionaliza. Foram escolhidas 30 especialidades médicas e definidos indicadores específicos, cobrindo os domínios de qualidade (estrutura, eficiência, efetividade, experiência do paciente) e custeio. Os indicadores recebem pesos, conforme sua importância para cada especialidade, e são medidos mensalmente. Através de fórmula matemática, é definida a nota do profissional. Ao final de determinado período (a ser definido), haverá bonificação financeira, calculada como porcentagem de seus honorários nos atendimentos e escalonada conforme a nota obtida. Importante ressaltar que o cálculo sempre recebe ajuste de risco, para que as comparações sejam adequadas. O profissional pode acompanhar seu desempenho individual e frente à média de outros da sua especialidade.

Iniciamos o projeto com sete Singulares e pretendemos ampliá-lo para todas as associadas do estado de São Paulo. Teremos, assim, um banco estadual de desempenho de médicos em consultórios.

Indicadores de Qualidade – peso 100

Estrutura	• Participação em assembleias • Porcentagem de pacientes Unimed na agenda
Eficiência	• Média de solicitação de exames específicos (definidos para cada especialidade) • Taxa de exames autogerados por consulta
Efetividade	• Consultas na mesma especialidade em 20 dias • Taxa de eventos adversos per e pós-operatórios • Taxa de internações de longa permanência
Experiência do Paciente	• Reclamações em ouvidoria • NIPs geradas

Indicadores de Custeio – peso 100

Custeio	• Participação em assembleias • Porcentagem de pacientes Unimed na agenda

Figura 1. Exemplos de indicadores acompanhados.

RESULTADOS

O projeto vai possibilitar a identificação das melhores entregas e recompensá-las. Em relação aos profissionais que fogem da média de sua especialidade, é possível tomarmos ações diretas, como questionamentos e reciclagem de aprendizado, caso necessário.

Durante os primeiros meses, serão ajustados os cálculos, sem remuneração. Os profissionais poderão se adaptar à nova realidade, comparando seu desempenho ao de seus pares e realizando ajustes para melhorá-lo.

Sabemos que as 30 especialidades escolhidas não são suficientes. A programação é ampliar o número de especialidades e subespecialidades, incluindo novos indicadores de acordo com as necessidades do sistema Unimed.

A ampliação do banco de dados permitirá comparações mais adequadas.

O objetivo é oferecer qualidade assistencial a custo que permita a sua sustentabilidade. É a busca por entrega de valor.

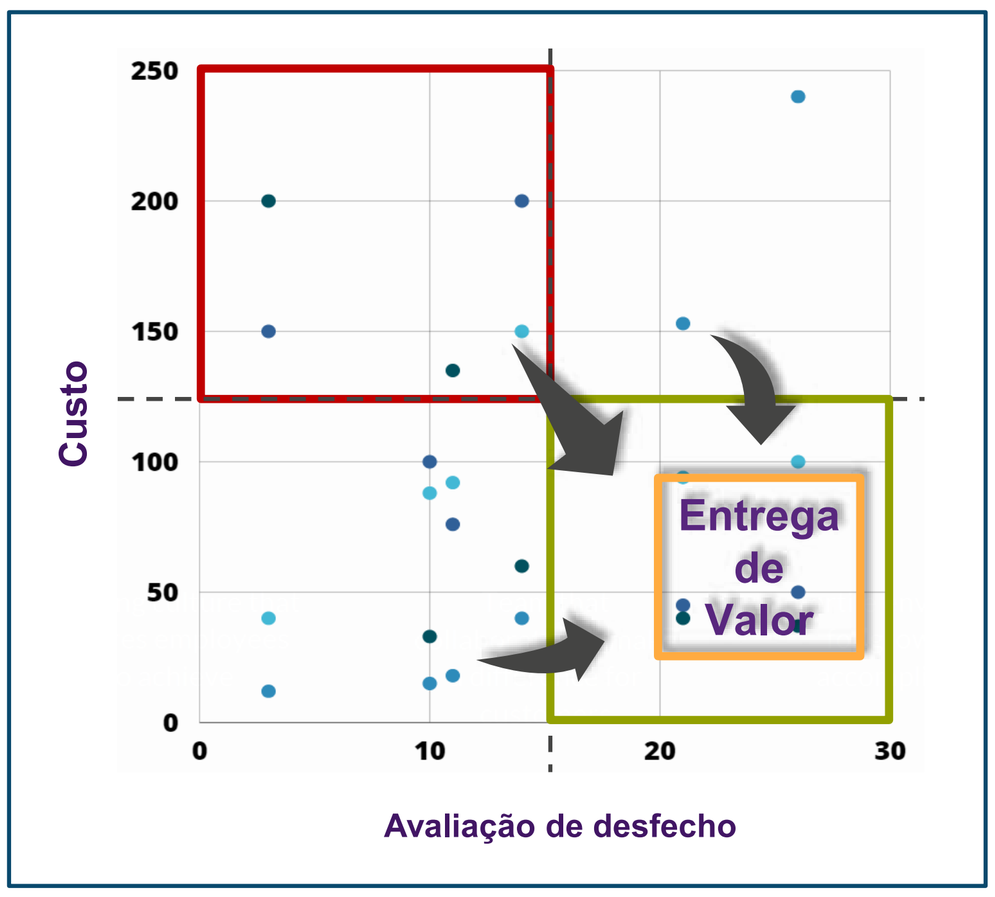


Figura 2. Avaliação de custo-efetividade e entrega de valor em saúde.

CONCLUSÕES

Observa-se comumente a avaliação do desempenho de profissionais médicos em hospitais, durante as internações. Suas atividades em consultório, entretanto, são fundamentais para a entrega de valor. Podem alterar completamente esta cadeia e devem fazer parte do compartilhamento de responsabilidades durante o ciclo completo de atendimento à dada condição clínica.

Esta avaliação evidenciará os melhores atendimentos, permitindo direcionamento de beneficiários e incentivando a busca por excelência em todos os níveis de assistência que o Sistema Unimed presta a seus beneficiários.

Saúde Baseada em Valor – Jornada Completa

Claudia Cafalli, Suzan Osis, Denise Loureiro Ballester, Mauro Couri

INTRODUÇÃO

Define-se valor em saúde como a relação entre desfechos importantes para o paciente e custos necessários para gerá-los. Segundo Michael Porter e Elizabeth Teisberg, a Saúde Baseada em Valor (SBV) é focada na jornada completa, ou seja, todas as etapas da assistência, do diagnóstico à reabilitação e gestão da condição clínica. Existe, assim, compartilhamento de responsabilidades e riscos entre todos os todos os envolvidos, que visam o resultado de interesse do paciente, sem transferência de custos. Estes conceitos precisam ser difundidos e sua implantação, estimulada. Há que se prover, portanto, capacitação de equipes e instituições.

METODOLOGIA

A Unimed Fesp desenvolveu o projeto Jornada Completa para capacitar seus parceiros a elaborá-las, avaliar a custo-efetividade da assistência prestada, reconhecer as melhores entregas, bonificá-las e direcionar seus beneficiários para estes prestadores. Esta ação pretende fomentar a competição por entrega de qualidade assistencial.
O projeto possui 2 frentes básicas.
Na primeira, realizamos curso com especialistas, capacitando os participantes a entenderem o conceito de jornada completa, elaborarem projeto estruturado para sua implantação e calcularem seus custos. Os conceitos foram amplamente discutidos e colocados em atividades práticas.
A participação foi limitada a oito Unimeds, cada uma com quatro colaboradores selecionados. Realizamos quatro encontros, divididos em 24 horas presenciais e 4h de forma remota, na fase teórica. Iniciando a fase prática, as reuniões estão sendo realizadas de forma remota a cada 20 dias, aproximadamente.
Em ação paralela, estamos realizando avaliação de custo-efetividade em cirurgias bariátricas realizadas em 2022, aplicando questionários padronizados aos beneficiários.

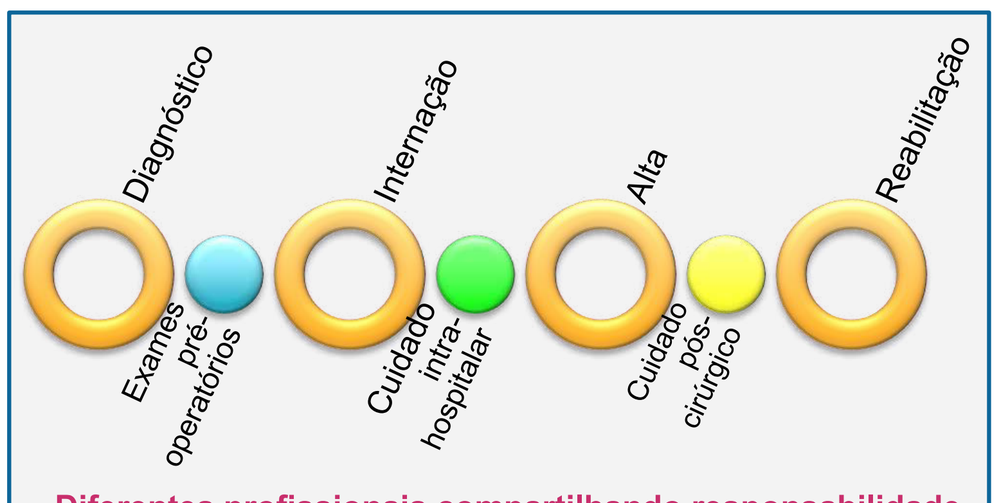


Figura 1. Exemplo de Jornada Completa para uma condição de saúde que exige cirurgia e reabilitação.

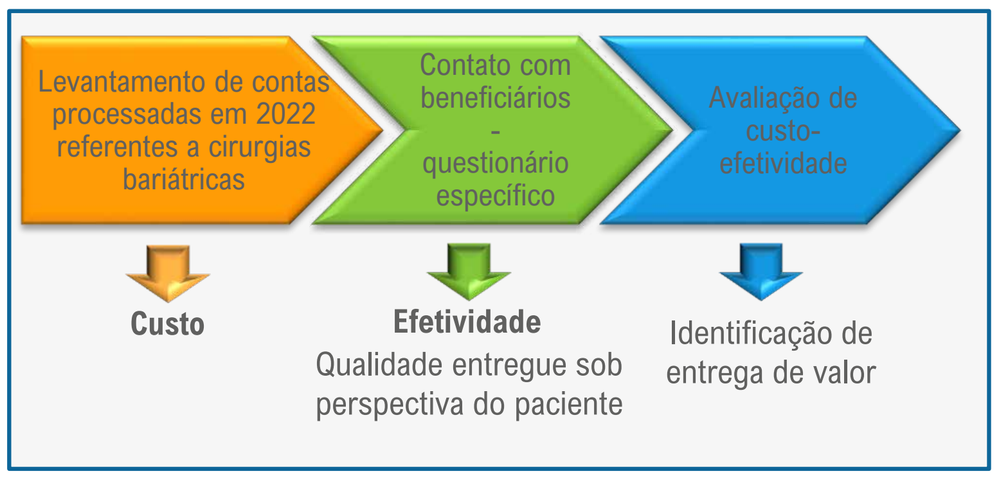


Figura 2. Avaliação de custo-efetividade em cirurgias bariátricas.

RESULTADOS

Um procedimento será definido pelo grupo para que seja elaborada uma jornada completa, em todas as etapas de seu planejamento. Da definição de todas as etapas envolvidas, ao custo final, passando pelo levantamento de histórico de custos e definição de prestadores. A programação é começar com um procedimento de baixa variabilidade clínica, para que o aprendizado seja mais fácil, e ampliar o projeto para procedimentos de maior complexidade.
A jornada construída será compartilhada entre os participantes e, posteriormente, com outras Singulares associadas à Federação.
Em relação à avaliação de custo-efetividade, uma vez que os dados necessários sejam estabelecidos e a forma de apresentá-los para análise, definida, pretendemos aplicá-la às jornadas completas compartilhadas e a procedimentos de alto custo, mesmo sem jornada estabelecida.
Estas ações permitirão a identificação de entrega de valor e direcionamento de beneficiários para as melhores assistências, além de possibilitar trabalho junto à rede para identificar deficiências, corrigi-las e elevar a qualidade assistencial de forma geral.

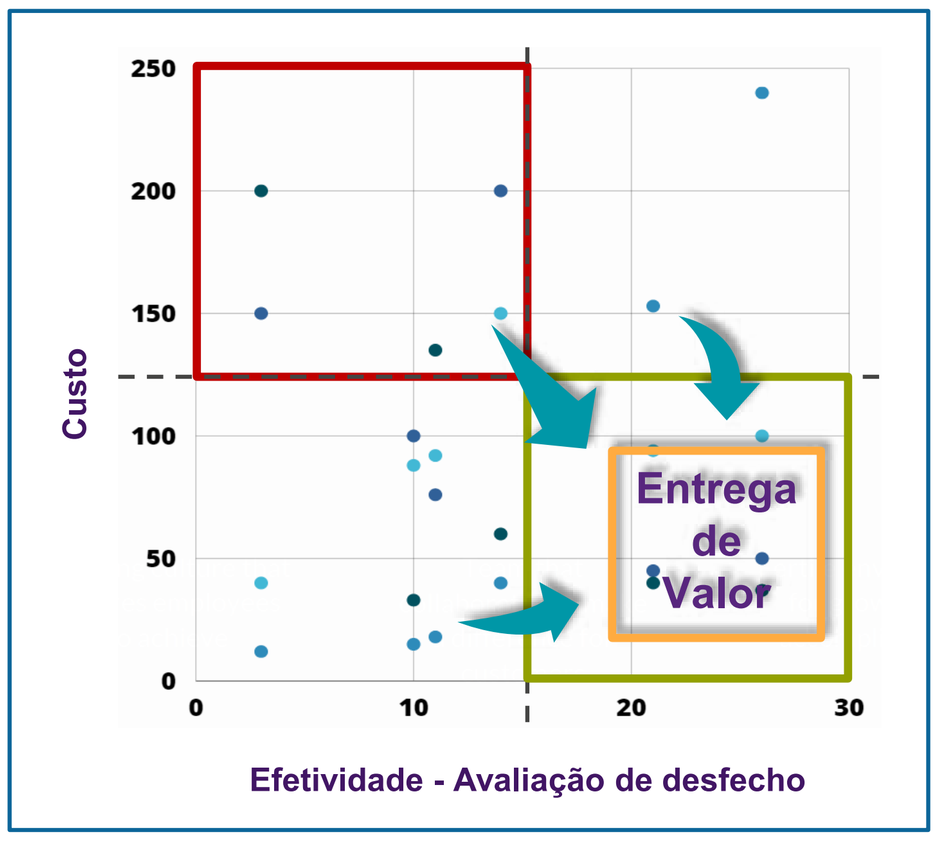


Figura 3. Gráfico de custo-efetividade. Identificação de entrega de valor: assistência qualificada a custo que permite a sustentabilidade.

CONCLUSÕES

É preciso incentivar a busca por eficiência e excelência no cuidado, levando em consideração o ciclo completo de atendimento a uma dada condição de saúde, com compartilhamento de responsabilidade entre todos os envolvidos. A identificação de prestadores que entregam valor e o direcionamento de beneficiários alimenta o ciclo virtuoso, fazendo com que eles adquiram mais experiência, diluam custos, capacitem equipe e, assim, continuem a entregar valor.
O objetivo não é a simples redução de custos. É a eliminação do desperdício, que representa porcentagem alta nos gastos em saúde. Desperdício financeiro, de recursos humanos, tecnológicos e de conhecimento.
A evolução ideal é o compartilhamento de centros de excelência para procedimentos/terapias de alto custo, maximizando a utilização de todos os recursos envolvidos.
O caminho é longo e o trabalho é árduo, mas é possível alcançar essa meta.

Saúde baseada em valor: avaliação dos desfechos e custos para a Cirurgia de Catarata

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Daniel M Haber, Adriana Nicolela, Flávia Guilherme, Sheilla Ribeiro

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde em todo o mundo têm enfrentado um crescimento insustentável nos custos, nos desperdícios de recursos e uma desconexão entre os recursos financeiros aplicados e os desfechos assistenciais gerados para os pacientes. Estimativas sugerem que entre 20% a 40% dos recursos são desperdiçados, dependendo do país avaliado.[1,2,3]

O principal responsável por este problema é a persistência de grandes variações nos desfechos assistenciais dos pacientes. Em diferentes prestadores, pacientes com problemas de saúde semelhantes apresentam desfechos muito distintos e sem correlação com a quantidade de dinheiro aplicado para o tratamento.[4]

O modelo de Saúde Baseada em Valor tem como base teórica a mensuração de desfechos que importam aos pacientes e os custos necessários para atingir estes desfechos. Esta mensuração deve ocorrer em um ciclo completo de cuidado para uma determinada condição clínica.[5,6] O que não gera valor para o paciente deve ser considerado desperdício.[7]

O propósito fundamental da Saúde Baseada em Valor é que qualquer prestador ou sistema de saúde deveria gerar o melhor desfecho de saúde por paciente com o menor custo possível. Este propósito coloca o paciente no centro do cuidado.[8]

De acordo com a avaliação recente, a catarata é responsável por 51% de todos os casos de cegueira global, o que representa aproximadamente 20 milhões de pessoas no mundo.[9]

O Catquest-9SF é um instrumento específico criado para avaliar a percepção visual pessoal da qualidade de vida em pacientes com catarata.[10,11]

Abaixo o questionário Catquest-9SF validado para a língua portuguesa:

Item
1. Você acredita que sua visão no momento esteja de alguma forma causando dificuldades nas suas atividades diárias?
2. Você está satisfeito ou insatisfeito com sua visão no momento?
Você apresenta dificuldades em realizar as tarefas abaixo por causa da sua visão? Se sim, o quanto? (sim, dificuldade muito grande; sim, grande dificuldade; sim, alguma dificuldade; não, nenhuma dificuldade)
3. Lendo um jornal impresso
4. Reconhecendo o rosto das pessoas que você encontra
5. Vendo o preço das mercadorias no supermercado
6. Enxergando obstáculos em pisos irregulares (ex. Paralelepípedos
7. Enxergando para fazer artesanato, costura ou outros trabalhos manuais
8. Lendo legendas em filmes na televisão
9. Enxergando para praticar alguma atividade de lazer que você tenha interesse

Imagem 1. Questionário Catquest-9SF

A dificuldade em avaliar desfechos de forma sistemática é um desafio para a Unimed Franca. O foco da empresa sempre foi na mensuração dos custos para a realização dos procedimentos, mas não em um modelo para avaliar os desfechos que importam para os pacientes. Desta forma não é possível colocar o paciente no centro do cuidado.

Para inovar para um modelo de cuidado relacionado à Saúde Baseada em Valor, em 2022 a Unimed Franca iniciou um projeto piloto para as Cirurgias Catarata utilizando os critérios de desfechos que importam para os pacientes.

METODOLOGIA

A partir de dezembro 2022 no momento da internação dos pacientes para realização de Cirurgia de Catarata no Hospital São Joaquim / Unimed Franca, um profissional da enfermagem aplica o questionário aos pacientes para obtenção do índice Catquest-9SF pré-operatório. Após, 90 dias, da data da cirurgia uma nova avalição é realizada por Telemedicina pela equipe de telemonitoramento do hospital. Estes dados são então visualizados em um dashboard específico para análise estratégica. Todas estas etapas de coleta de dados são informatizadas e interligadas diretamente ao Prontuário Eletrônico da instituição, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados .[21]

RESULTADOS

No período de 01 de dezembro 2022 até 30 de março 2023, 341 pacientes realizaram a Cirurgia de Catarata e todos responderam ao questionário Catquest-9SF pré-operatório no momento da internação. Deste total, 293 pacientes responderam ao Catquest-9SF pós-operatório, portanto a amostra de pacientes estudada foi de 293 (n=293). Estes procedimentos foram realizados por 9 médicos oftalmologistas da Unimed Franca.
Para análise do desfecho da Cirurgia de Catarata foi comparado o índice Catquest-9SF antes e após a cirurgia em termos percentuais para avaliar o quanto houve de melhoria de qualidade de vida com os seguintes resultados:

Média Geral do Catquest-9SF Pré-operatório	Média Geral do Catquest-9SF Pós-operatório	Percentual Médio de Melhora Geral
2,38	1,30	45,38%

Em relação aos custos do procedimento de Cirurgia de Catarata foram analisados os custos de internação para cirurgia ambulatorial realizadas no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital São Joaquim / Unimed Franca. Nestes custos estão incluídos as taxas hospitalares, materiais e medicamentos e honorários médicos.

Custo total com os procedimentos de Catarata para a Unimed Franca	R$ 724.920
Custo médio por paciente com a Cirurgia de Catarata	R$ 2.655

Abaixo os custos da Unimed Franca com a Cirurgia de Catarata dos 293 pacientes estudados
A primeira análise estratégica realizada foi em relação ao custo médio do procedimento por médico comparando com o volume de Cirurgia de Catarata que o mesmo profissional realizou, obtendo-se o seguinte gráfico:

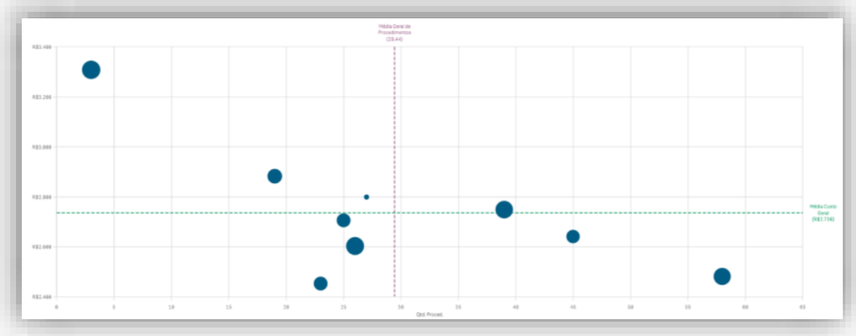


Imagem 2. Custo médio do procedimento por médico comparando com o volume de Cirurgia de Catarata

Pelo gráfico, cada círculo representa um médico oftalmologista, a linha pontilhada roxa representa a média na quantidade de procedimentos e a linha pontilhada verde representa a média de custo por cirurgia. Pelos dados temos que o médico que menos realizou a Cirurgia de Catarata tem o maior custo médio e o médico que mais realizou o procedimento tem o segundo menor custo médio.

A análise seguinte foi realizada através da relação entre a quantidade de procedimentos realizado por cada médico e a melhora na qualidade de vida através do Catquest-9SF obtendo-se o seguinte gráfico:

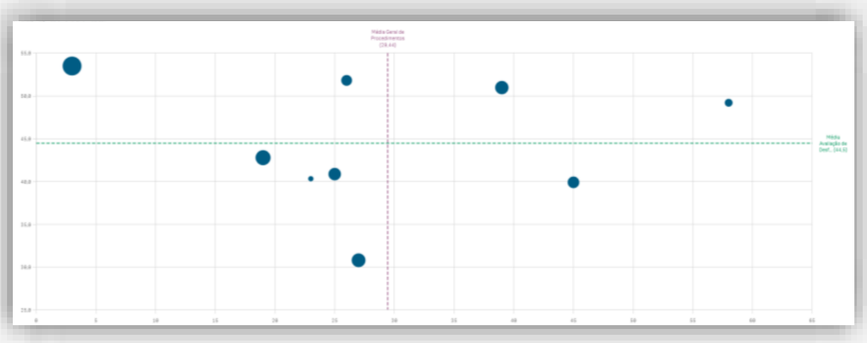


Imagem 3. Quantidade de procedimentos realizado por cada médico e a melhora na qualidade de vida através do Catquest-9SF

Pelo gráfico, cada círculo representa um médico oftalmologista, a linha pontilhada roxa representa a média na quantidade de procedimentos e a linha pontilhada verde representa a média de melhora da percepção visual após a Cirurgia de Catarata. Por estes dados temos que dos 9 médicos, 4 tem desfechos acima da média e que a quantidade cirurgias que o médico realizou não apresenta relação direta com os desfechos que importam para os pacientes. Temos médicos que realizam uma quantidade de procedimentos abaixo da média com desfechos acima da média.

O último gráfico, representa exatamente a definição de Valor em Saúde, com a mensuração dos desfechos que importam para os pacientes com os custos necessários para produzir tais desfechos:

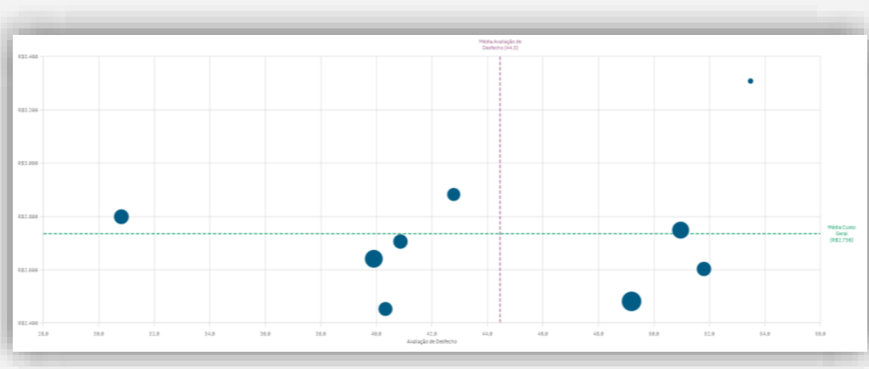


Imagem 4. Mensuração dos desfechos X Custos procedimento por médico

A linha pontilhada representa a média de melhora de desfechos obtida pelo Catquest-9SF e a linha pontilhada verde representa o custo médio para cada Cirurgia de Catarata. Os médicos são representados pelos círculos e quanto maior o círculo maior a quantidade de procedimentos realizada pelo profissional.

No quadrante superior esquerdo temos os médicos com custos acima da média e desfechos piores que a média. No quadrante inferior esquerdo temos os médicos com custos menores que a média, porém com desfechos piores que a média. No quadrante superior direito temos médicos com custos maiores que a média e desfechos melhores que a média.

No quadrante inferior direito temos os médicos que tem custos menores que a média e desfechos melhores que a média. Estes são os resultados que mais geram Valor em Saúde. Todos os médicos que não se encontram neste quadrante estão entregando menor Valor em Saúde.

CONCLUSÕES

Com os custos em saúde crescendo de forma desproporcional à capacidade financeira das fontes pagadoras, é fundamental que haja eficiência operacional no setor. Para isto, temos, obrigatoriamente, que avaliar os resultados que estamos produzindo com os tratamentos e intervenções que são realizadas. Para mensurar estes resultados temos que trabalhar com a Saúde Baseada em Valor.

A mensuração sistemática da entrega de valor aos pacientes permite que aqueles prestadores que estão com resultados abaixo do necessário busquem maneiras de aprimorar sua assistência aos pacientes, ao mesmo tempo permite que as fontes pagadoras mantenham a busca no cuidado centrado nas necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Bibliografia utilizada para pesquisa
VBHC - Avaliação de desfecho para a Cirurgia de Catarata

Saúde de Precisão: correlação entre perfil genômico, epidemiológico, clínico e familiar em câncer e doenças cardiovasculares

Mariana Beraldo da Costa Saad, Dr. Gustavo Cardoso Guimarães, Dr. Benedito Mauro Rossi, Dr. José Eduardo Krieger

INTRODUÇÃO

O Projeto Mapa Genoma Brasil é uma parceria entre um dos hospitais de excelência de São Paulo e o PROADI-SUS. Essa parceria busca implementar estratégias de gestão populacional através da disponibilização de um banco de dados que contém informações genotípicas e fenotípicas dos pacientes atendidos pelo SUS, possibilitando identificar variantes genéticas associadas à suscetibilidade e ao agravamento das principais Doenças Crônicas não Transmissíveis: câncer e cardiovascular.

METODOLOGIA

O projeto possui quatro frentes de atuação:

Oncologia: realizado coleta de material somático e germinativo com entrevista individual para coleta de dados do probando e familiares para construção de um banco de dados com informações do perfil clínico, epidemiológico, familiar e genômico de pacientes portadores de câncer de mama, próstata e colorretal. O Aconselhamento Genético será oferecido para participantes dos quais a identificação de variantes genômicas que configuram risco aumentado para o desenvolvimento de câncer ao longo da vida.

Cardiopatias Genéticas: disponibilizar em centros especializados a metodologia para diagnóstico molecular, aconselhamento genético e o rastreamento ativo de familiares para estabelecer estratégias antecipativas para os 6 subgrupos patológicos, incluídos ao estudo, que afetam o sistema cardiovascular.

Cardiologia Populacional: estratificação de risco genético para a hipertensão, através da implementação de um modelo de estratégia sistêmica para rastrear ativamente os indivíduos com risco genético.

Qualificação: ofertar cursos de qualificação e treinamento em saúde de precisão e implementar um repositório de informações em educação em saúde.

(Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme normas éticas de pesquisa em saúde.)

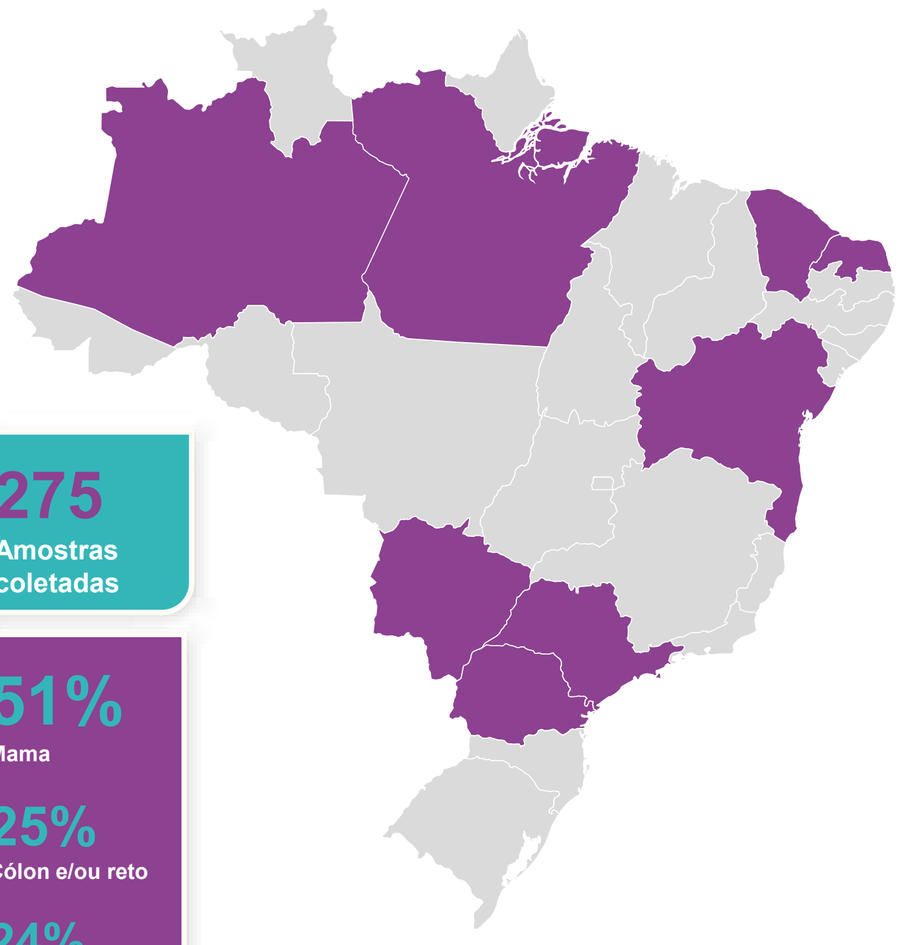


Figura 1: Resultados da frente de Oncologia.

RESULTADOS

Oncologia: 275 amostras coletadas de 8 centros coparticipantes. Sendo 65 (24%) de próstata, 70 (25%) de cólon e/ou reto e 140 (51%) de mama.
Cardiopatias Genéticas: 2805 amostras coletadas de 8 centros coparticipantes. Sendo 1574 (56,1%) cardiomiopatia, 391 (13,9%%) aortopatia, 270 (9,7%) dislipidemia, 259 (9,2%) cardiopatia congênita, 252 (9%) arritmia, 50 (1,8%) dissecção de coronária, 5 (0,2%) rasopatia e 4 (0,1%) hipertensão pulmonar primária.
Qualificação: Três cursos em andamento. Coleta e Registro de Dados com 169 profissionais inscritos, destes foram emitidos 59 certificados. Aconselhamento Genético com 51 profissionais inscritos, destes 22 certificados já foram emitidos. O papel da Genética e Genômica na Saúde com 294 inscritos com 55 certificados emitidos.

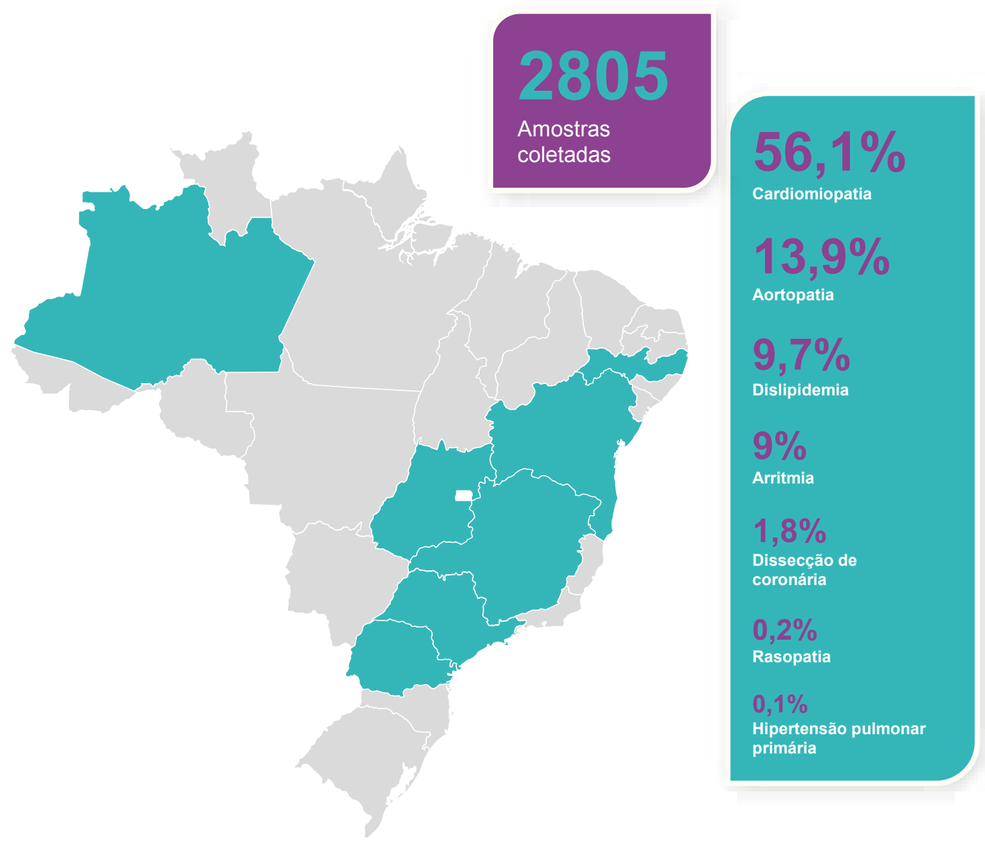


Figura 2: Resultados da frente de Cardiopatias Genéticas.

Figura 3: Resultados da frente de Qualificação.

CONCLUSÕES

Os cursos introduziram conceitos importantes de Saúde de Precisão e Aconselhamento Genético no planejamento de atividades de rastreamento, prevenção e comunicação do risco aos familiares para profissionais do SUS (Riley et al, 2012). As amostras catalogadas em banco de dados, obtendo informações genéticas, clínicas e epidemiológicas de amostra da população brasileira, avança no estabelecimento da frequência e os fenótipos associados às variantes em nossa população.

REFERÊNCIAS

RILEY,BD; CULVER,JO; SKRZYNIA,C;et.al. Essential elements of genetic cancer risk assessment, counseling, and testing: updated recommendations of the National Society of Genetic Counselors. Journal of Genet Counseling; v.21, n.2, p.151-61. Abr. 2012. DOI: 10.1007/s10897-011-9462-x

SEMINÁRIO DE EXCELÊNCIA CLÍNICA: ESTRATÉGIA PARA ENTREGA DE VALOR E SUSTENTABILIDADE DA CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

Bruna Lavalle, Flávia Freire, Rafael Nunes, Roberta Stancioli

INTRODUÇÃO

O setor de saúde tem vivido transformações que exigem das instituições hospitalares estratégias para garantir a entrega de valor e a sustentabilidade dos serviços. Compartilhar dados que refletem a prática assistencial e os resultados entregues aos clientes, é uma mudança necessária para manter a transparência nos relacionamentos com os stakeholders e se tornar referência no segmento. Por isso, a Rede Mater Dei de Saúde promoveu seu 1º Seminário de Excelência Clínica, compartilhando resultados de indicadores que são monitorados em seus hospitais.

METODOLOGIA

O Programa de Governança Clínica da Rede é pioneiro no Brasil e monitora a performance assistencial alinhado à gestão e planos estratégicos desde 2003.

Após movimentos de crescimento e aquisições e implantação de um robusto programa de integração entre os seus hospitais, a Rede realizou o 1º Workshop de Governança Clínica e Lideranças Assistenciais, reunindo líderes e gestores assistenciais, com o objetivo de alcançar cada vez mais sinergia entre as suas unidades.

O último dia do encontro foi aberto ao público, com a realização do 1º Seminário de Excelência Clínica, com o propósito de demonstrar, com transparência e objetividade, o monitoramento de indicadores e resultados assistenciais de seus hospitais.

Dentre os indicadores acompanhados, foram escolhidos aqueles que traduzem o comprometimento da rede com a qualidade e segurança do paciente, combinando indicadores de desempenho clínico e operacional.

O seminário foi dedicado aos pacientes, médicos, colaboradores, fontes pagadoras e sociedade. E trouxe representantes do seu corpo clínico e assistencial para apresentar alguns dos excelentes resultados alcançados no ano de 2022.

RESULTADOS

Para demonstrar o desempenho da rede, foram apresentados no Seminário de Excelência Clínica indicadores que representam a eficiência dos processos e protocolos instituídos, e permitem a entrega do cuidado adequado, além de eficiência e sustentabilidade dos seus hospitais.

A começar pelo gerenciamento do paciente internado, onde o acompanhamento do plano terapêutico desde a admissão do paciente, permitiu à rede alcançar média de permanência geral de 3,9 dias, abaixo da referência de 4,3 dias da Anahp[1].

O hospital de Porto Dias, é um exemplo de como o gerenciamento de risco dos pacientes internados contribui para melhores resultados assistenciais.

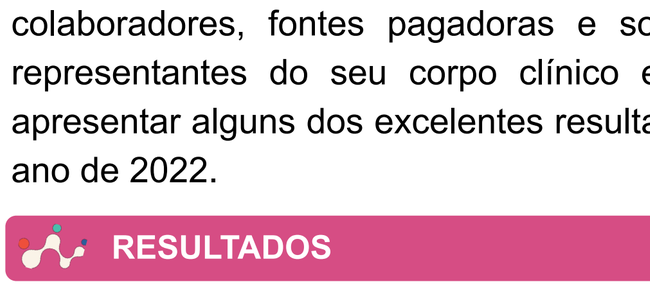


Figura 1: Redução da taxa de lesão por pressão
Figura 2: Redução da taxa de incidência de tromboembolismo venoso

No cuidado materno-infantil, nas unidades do Hub Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMDSBH), melhores taxas de trabalho de parto vaginal (39,3%), redução das taxas de episiotomia (21%) e excelentes índices de aleitamento materno na 1º hora de vida (85,7%)[2] refletem o quanto estamos preparados com processos e estruturas para o atendimento ao binômio mãe e bebê.

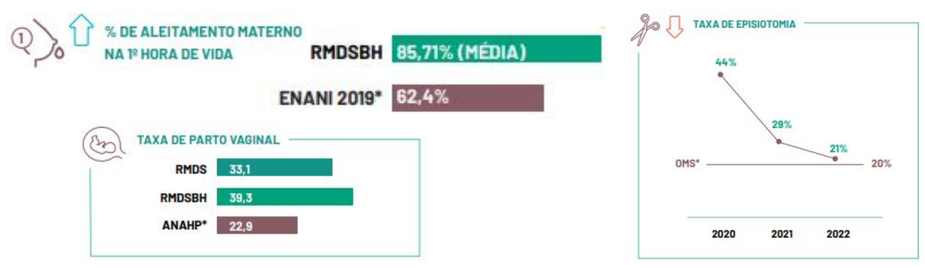


Figura 3: Taxa de aleitamento materno na 1º hora de vida RMDDBH
Figura 4: Taxa de parto vaginal geral e RMDSBH
Figura 5: Taxa de episiotomia na RMDSBH

Na jornada cirúrgica, acompanhamos as taxas de dor pós-operatória, com redução dos índices a cada ano, além de menores taxas de náuseas e vômitos (22,2%) quando comparados com a literatura (37%)[3]. Em Salvador, o hospital da rede tem se destacado pelos excelentes resultados nas cirurgias robóticas, em seu primeiro ano de funcionamento.

Figura 5: Taxas de dor moderada e intensa no pós-operatório

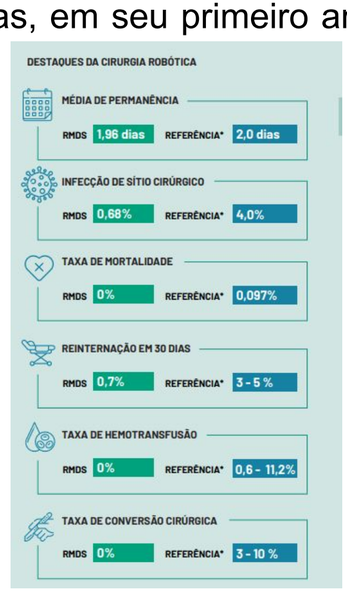


Figura 6: Resultados da cirurgia robótica em hospital de Salvador

Na atenção à saúde de pacientes oncológicos, os resultados mostram uma sobrevida superior às referências do mercado, além de melhores tempos de progressão das doenças.

	Sobrevida global RMDBH	Sobrevida Global Literatura	Tempo para progressão Resultado RMDBH	Tempo para progressão Literatura
Câncer de pulmão IIIB e IV	23 meses	12 meses	17 meses	4 meses
Câncer de pâncreas e vias biliares IIIB e IV	18 meses	12 meses	12 meses	3 meses
Cólon estadiamento IV	33 meses	32 meses	15 meses	6 meses
Mama estadiamento IV	57 meses	29 meses	41 meses	11 meses

Figura 7: Sobrevida e tempo de progressão da doença na RMDSBH

Os hospitais da rede buscam, constantemente, aprimorar seus protocolos e fluxos de atendimento. Monitoramos de perto os protocolos em que o intervalo de início dos sintomas até o diagnóstico e começo do tratamento são importantes determinantes do prognóstico do paciente.

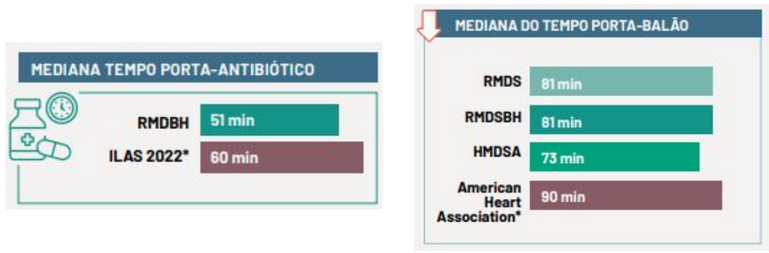


Figura 8: Mediana tempo porta antibiótico na RMDSBH
Figura 9: Mediana tempo porta balão geral e na RMDSBH

CONCLUSÕES

O investimento em uma estrutura robusta de governanças clínica e corporativa, atrelado ao monitoramento de indicadores e gestão com processos consistentes, é um dos fatores de sucesso para manter padrões de excelência clínica, sustentabilidade e destaque no mercado de saúde. Compartilhar os resultados com todos que compõem o sistema é uma estratégia que permite monitorar o desempenho dos hospitais e diferenciar aqueles que se destacam na prestação de atendimento com qualidade, segurança e eficiência operacional.

REFERÊNCIAS

[1]ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados). Observatório Anahp, 2023.
[2] Enani 2019. Disponivel em: https://enani.nutricao.ufrj.br/
[3] GAN, T.J. et al. Fourth Consensus Guidelines for the management of Post operative Nausea and Vomiting. Anesthesia & Analgesia, v.131, n.2, p.411-418, 27 maio 2020

SISTEMA DE CHECAGEM BEIRA LEITO: O USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO A FAVOR DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL ADVENTISTA DE BELÉM.

Ana Trindade Pereira[1]; Edgar de Brito Sobrinho[2]; Jackson Douglas da Silva Freire[3], Renata Cecília Silva Freire[4].

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, cerca de oito mil mortes são decorrentes de erros de aplicação medicamentosa, segundo apontado pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil) em estudos realizados. De acordo com a *American Association of hospital Pharmacists* um erro de medicação pode ser definido como "qualquer evento evitável que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou falta de uma medicação, ou causar prejuízo (dano ou injúria) ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais da saúde, pacientes ou consumidores". O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados da implantação do Sistema Beira Leito para administração segura de medicamentos no Hospital Adventista de Belém.

METODOLOGIA

O setor de gestão de enfermagem realizou um estudo retrospectivo dos indicadores de erros de medicações ocorridos no Hospital Adventista de Belém. Para atingir o objetivo proposto foram realizadas as seguintes etapas: Analise de relatórios prévios para identificação do contexto de implantação do Sistema Beira Leito, Análise dos bancos de dados da Instituição, Tabulação dos dados para construção de gráfico, Análise descritiva dos indicadores de erros de medicações durante os anos de 2019 a 2022. Destaca-se que na análise dos dados foi autorizado pela administração e não houve identificação dos pacientes e dos profissionais.

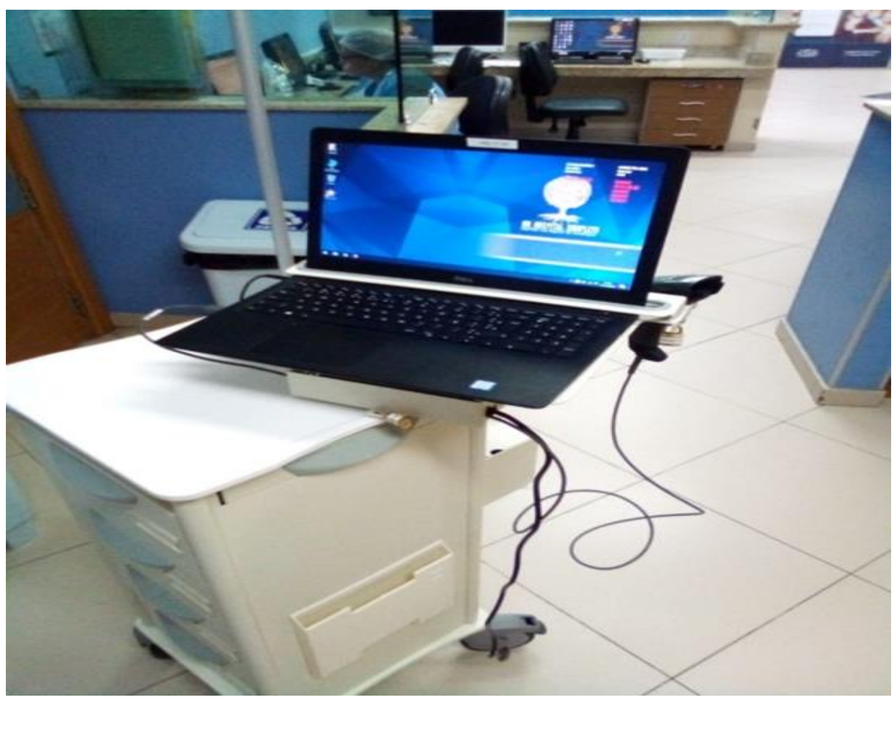


Figura 1. Carrinho utilizados para a "Checagem de medicamento à Beira Leito".

RESULTADOS

Resultados e discussão: Verifica-se a redução contínua e gradativa da taxa de incidência de erros relacionados à administração de medicamentos, sendo que o maior índice de erro foi observado no ano de 2019 (0,9%) e o menor índice (0,06%) no ano de 2022.
Após a implementação do sistema Beira de Leito observou-se a redução na taxa de incidência de erros relacionados à administração de medicamentos. Concomitante a isso, foram realizados treinamentos em serviço e no ano de 2015 o treinamento "Atualização sobre a utilização do Sistema Beira de Leito".

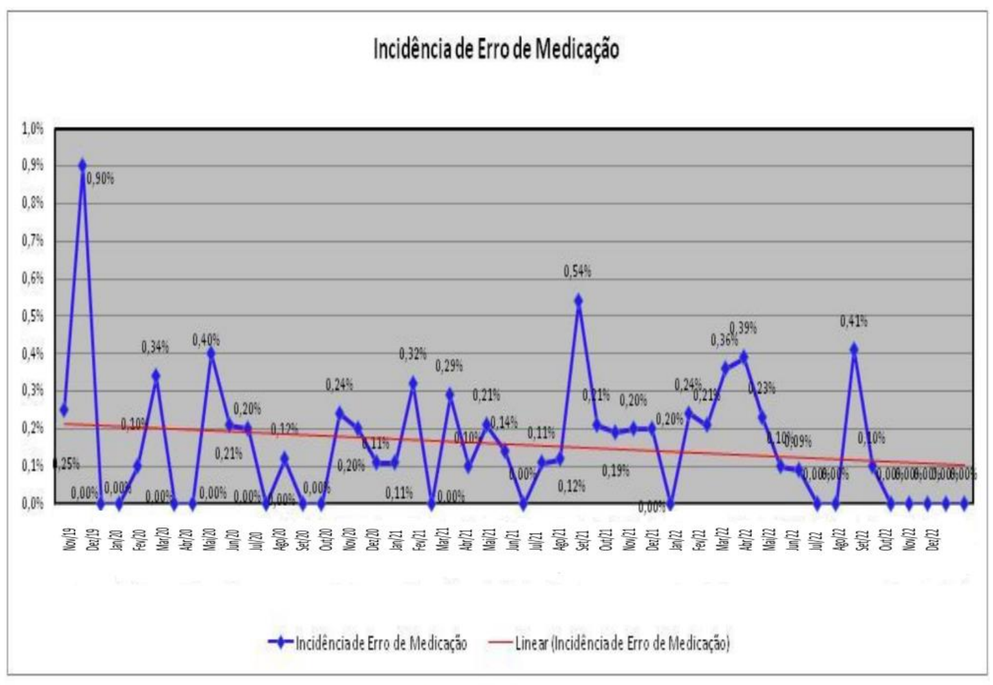


Figura 2 - Incidência de Erro de Medicação

A Figura 2 apresenta a incidência dos erros de medicação no Hospital Adventista de Belém durante os anos de 2019 a 2022.

CONCLUSÕES

De maneira geral, estes resultados indicam o efeito positivo do Sistema Beira de Leito e a concordância do plano estratégico do Hospital Adventista de Belém. Os resultados indicaram a redução gradativa e contínua dos erros relacionados à administração de medicamentos. As taxas de índice de erros, não só confirmam esse impacto positivo, como sugerem que a otimização do uso desta tecnologia deve ser associada a outras estratégias já realizadas pelo Hospital Adventista de Belém, como treinamentos dos colaboradores, informações aos pacientes e conscientização para notificação de erros de medicação.

REFERÊNCIAS

1- ASHP. AMERICAN ASSOCIATION OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP. Guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J. Hosp Pharm v.50, p. 305-314, 2018.

2-World Health Organization. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. Geneva: World Health Organization, 2017.

3. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2018;7(1):1-8. [acesso em Jul 2023]. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2023/02/ISMPBrasilDesafioGlobal.pdf

Sustentabilidade com Solidariedade

Suzie Hartmann Lontra , Fabíola Ribeiro Prado

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios enfrentados na Hotelaria Hospitalar é decidir qual a melhor forma de reaproveitar o resíduo têxtil. De acordo com a Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei 12.305/2010, Ministério do Meio Ambiente, a reutilização é a terceira prioridade na administração de resíduos sólidos. É sabido que muitos hospitais enviam seu resíduo têxtil para o aterro sanitário por falta de soluções sustentáveis para descartá-los. Dentre os valores do Hospital Vila Nova Star está a sustentabilidade, matriz de um projeto da Hotelaria intitulado Vila Sustentável, que abriga ações voltadas para preservação do meio ambiente. Dentre elas está a Sustentabilidade com Solidariedade. Diante do exposto este trabalho nos apontará possibilidades de reduzir o impacto ambiental e social.

METODOLOGIA

Esse estudo é caracterizado como um coorte transversal, de caráter retrospectivo, descritivo e analítico.
Essa ação de grande impacto social elegeu doar o resultado da reciclagem de seu resíduo têxtil hospitalar, cobertores, ao Projeto do padre Júlio Lancelotti, denominado Missão Belém.
Realizamos a triagem e separação de todo o enxoval a ser descartado. As colchas de piquet e os cobertores em bom estado de uso tiveram suas etiquetas com o nome do Hospital retiradas. Essas peças foram pesadas e reservadas para doação.
As peças danificadas com rasgos, manchas de medicamentos, ou cola de eletrodos, também foram pesadas, perfazendo um total de duas toneladas. Esse quantitativo foi enviado para reciclagem têxtil para picotar, desfibrilar e compactar o resíduo, reprocessando e transformando em cobertores.
A razão pela qual pesamos todo esse resíduo têxtil, se justifica pelo fato de sabermos quanto de redução financeira obtivemos ao deixar de destinar todo esse resíduo para o aterro sanitário.

Enxoval que foi reciclado para virar cobertores para doação.

Gerente de Hotelaria, Suzie Hartmann, realizando a entrega dos cobertores e colchas para o padre Júio Lancelotti, em nome do Hospital Vila Nova Star, Rede D'or São Luiz.

RESULTADOS

Ambiental - redução do impacto ao meio ambiente.

Social - doamos 1550 peças entre cobertores e colchas, no início do inverno, para moradores de rua.

Financeiro - reduzimos o custo referente ao envio de dois mil quilos de enxoval que seriam enviados ao aterro sanitário.

Explicação do projeto pela supervisora de Governança, Fabíola Prado.

Organização do espaço para acomodar a doação na Casa de Oração do padre Júlio Lancelotti.

CONCLUSÕES

Com planejamento, comprometimento, governança e ações, estamos no caminho correto, ou seja, o de impactar cada vez menos o meio ambiente, gerando benefícios ambientais e sociais.

O objetivo do Projeto Vila Sustentável é servir de modelo para toda Rede D'Or, sendo uma referência nacional no setor da saúde.

REFERÊNCIAS

Lei 12.305/2010, Política Nacional de Resíduos Sólidos, Ministério do Meio Ambiente

IMAG

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE FRAGILIDADE CLÍNICA (CFS 2.0) EM IDOSOS BRASILEIROS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Miguel K. Rodrigues[1-2], Carlos Alberto C. Lopes[1-2], Vitor Malta[1-2], Mayron F. Oliveira[1-2-3]
[1]VO_2 Care Research Group, [2]Setor de Fisioterapia, Hospital Vila Nova Star; [3]Exercise Science, Lyon College, USA

INTRODUÇÃO

A **fragilidade** em idosos é amplamente estudada devido aos seus riscos de eventos adversos e morbimortalidade. A escala clínica de fragilidade é uma ferramenta eficaz para avaliar esses riscos. Embora a primeira versão validada esteja disponível no Brasil, a versão 2.0 ainda não foi traduzida e validada.

Objetivo: realizar a tradução, reprodução e validação da Clinical Frailty Scale (CFS) versão 2.0 para o português do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo randomizado, transversal, realizado em pacientes hospitalizados para procedimento cirúrgico eletivo.

- 24 pacientes consecutivos internados para cirurgia eletiva;
- > 60 anos, ambos os gêneros;
- Recusa para participar do estudo;
- Não completaram o ciclo de avaliação com a CFS;
- Doença cognitiva prévia;
- Doença cardiovascular e/ou respiratória prévia;

Desenvolvimento do estudo em duas etapas:

1. Tradução e adaptação cultural do instrumento para o português brasileiro.
   1.1. Tradução Inglês | Português e tradução retrógrada Português | Inglês com validação de um nativo na língua inglesa.
   2.1. Validação da versao final em Português com voluntários da saúde para dupla checagem de inconsistências.

2. Validação e avaliação da reprodutibilidade do instrumento traduzido e adaptado.
   2.1. Aplicação da CFS 2.0 + CFS 1.0 + SF-36 no momento da internação pelo Fisioterapeuta 1 (avaliação de **confiabilidade**);
   2.2. Aplicação da CFS 2.0 após 6 horas pelo Fisioterapeuta 2 (avaliação **inter-avaliador**);
   2.3. Reaplicação da CFS 2.0 pelo Fisioterapeuta 1 (avaliação **intra-avaliador** e **reprodutibilidade** da CFS 2.0).

Desfechos hospitalares:

- Complicações pós-operatórias;
- Tempo de internação;
- Necessidade de cuidados intensivos;
- Uso de ventilação mecânica;
- Mortalidade hospitalar.

RESULTADOS

Tabela 1. Características demográficas, antropométricas e clínicas dos pacientes estudados.

	Pacientes avaliados (n=24)
Dados demográficos	
Feminino, n (%)	13 (54.2%)
Idade, anos	75 ± 6
Peso, kg	72.9 ± 18.1
Altura, m	1.82 ± 0.28
IMC, kg/m2	25.9 ± 4.6
Antecedentes Pessoais	
Tabagista, n (%)	2 (8.3%)
Hipertensão, n (%)	15 (62.5%)
Diabetes Mellitus, n (%)	4 (16.6%)
Dislipidemia, n (%)	8 (33.3%)
Cirurgia prévia, n (%)	13 (54.2%)
Uso de medicamento prévio, n (%)	22 (91.7%)

Tabela 2. Dados clínicos da internação e pós-operatório dos voluntários na pesquisa de validação da Escala Clínica de Fragilidade 2.0.

	Pacientes avaliados (n=24)
Dados internação	
ASA, pts	2.0 ± 0.2
Glasgow. pts	14.9 ± 0.2
CFS 1.0. pts	2.21 ± 056
CFS 2.0. pts	2.29 ± 0.54
Capacidade Funcional, pts	59.58 ± 28.2
Dias de internação, dias	20 ± 5

SPAS: Simplified Acute Physiology Score; ASA: American Society Anesthesiology score;

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Correlação CFS 2.0 e SF-36 (r= 0,686; p<0,016)
- Reprodutibilidade intra (p=0,328) e inter-avaliador (p=0,350)
- Estimativa do erro padrão da CFS (SEE=1.03) e SF-36 (SEE=1,18)

Pacientes frágeis (13%):

- Complicações pós-operatórias;
- Uso de VNI;
- Tempo de internação;
- Cuidados intensivos;

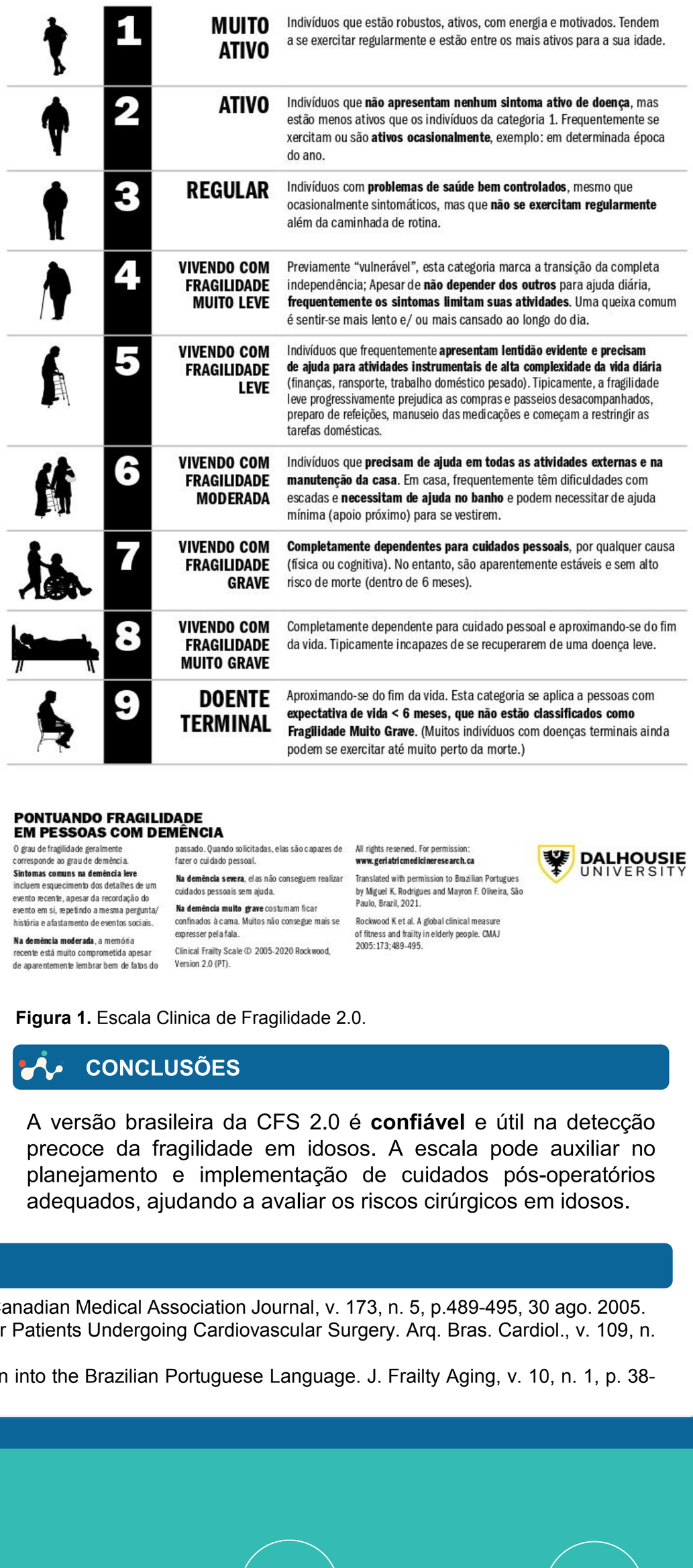


Figura 1. Escala Clinica de Fragilidade 2.0.

CONCLUSÕES

A versão brasileira da CFS 2.0 é **confiável** e útil na detecção precoce da fragilidade em idosos. A escala pode auxiliar no planejamento e implementação de cuidados pós-operatórios adequados, ajudando a avaliar os riscos cirúrgicos em idosos.

REFERÊNCIAS

- Rockwood, K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal, v. 173, n. 5, p.489-495, 30 ago. 2005.
- Rodrigues, M.K. et al. Pre-Frailty Increases the Risk of Adverse Events in Older Patients Undergoing Cardiovascular Surgery. Arq. Bras. Cardiol., v. 109, n. 4, p. 299-306, out. 2017.
- Rodrigues, M.K. et al. Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation into the Brazilian Portuguese Language. J. Frailty Aging, v. 10, n. 1, p. 38-43, 2021.

Treinamento Vivencial da Política de Atendimento e Fortalecimento da Experiência do Paciente.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Anna Karine Cruz Souza, Brenna Loreny da Rocha Carvalho, Carina Aleixo de Oliveira Sampaio, Jaqueline Amaral de Almeida Dourado

INTRODUÇÃO

A experiência do paciente tem sido foco em discussões e ações relacionadas à qualidade dos serviços de saúde. As instituições hospitalares têm buscado melhorias da qualidade no cuidado centrado ao paciente, para atender a exigências crescentes deste, tornando seus processos mais seguros e para isso garantindo qualificação contínua dos profissionais. Este estudo objetiva propor a aplicação de metodologias ativas no desenvolvimento de equipes para fortalecimento de políticas Institucionais.

METODOLOGIA

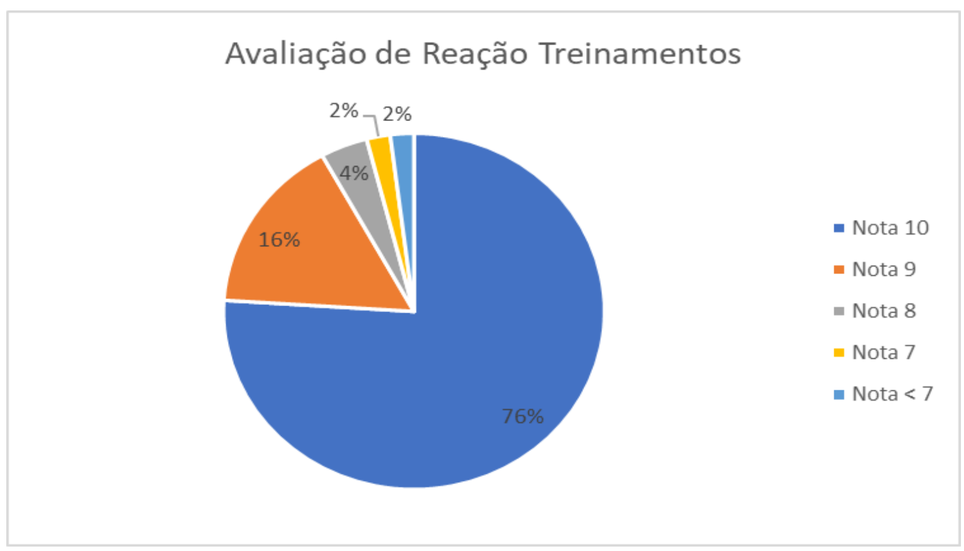
Este estudo relata a utilização da metodologia ativa para construção e execução dos treinamentos através de atividades lúdicas e vivenciais, experiência vivenciada pelo Time de Capacitação e Treinamento em Experiência do Paciente, do Programa Acelerador de Experiência do Paciente, em um Hospital Filantrópico de Grande Porte em Salvador-Ba.
O treinamento foi estruturado em duas etapas. Na primeira abordamos o Modelo de Atendimento STAE (Segurança, Transparência, Atenção aos Detalhes e Empatia), através de cinco dinâmicas. Na etapa seguinte foram apresentadas as novas Diretrizes da Política de Atendimento, visando estabelecer padrões de qualidade no que diz respeito a comunicação e imagem profissional, através de duas dinâmicas.
A carga horária média foi de três horas e as turmas com quantitativo máximo de quarenta pessoas, sendo divididos em grupos menores de acordo com a dinâmica utilizada.

03/08/2022 – Dinâmica comunicação figuras com a equipe multidisciplinar de unidades assistenciais.

30/05/2022 – Dinâmica segurança do paciente com a equipe multidisciplinar de unidades de internação.

RESULTADOS

Durante o período de fevereiro de 2022 a junho de 2023 foram realizados 52 encontros, sendo treinados 1014 colaboradores da equipe multiprofissional, destes 69,9% da equipe assistencial, 31,1% da equipe operacional e gestores.
Para avaliar a satisfação dos colaboradores com relação a metodologia da capacitação adotada, foi aplicada avaliação de reação obtendo retorno de 30% dos participantes através da disponibilização de link e qrcode em que eles puderam avaliar de forma quantitativa estabelecendo uma nota geral de 0 a 10 e qualitativa através de comentários abertos. Obteve-se como resultado 76% de nota 10, 16% de nota 9, 4% de nota 8, 2% de nota 7 e 2% entre 3 e 4. As avaliações com notas 3 e 4 tiveram duas sinalizações: “cansativo” e “que a abordagem não havia sido sistêmica”.



Avaliação de Reação dos treinamentos fevereiro 2022 a junho de 2023.

A atividade foi bem avaliada como estratégia de treinamento por 96% dos colaboradores, atendendo a expectativa destes, sendo esclarecedor e proporcionando aprendizado e interação com a equipe através da vivência, como podemos observar nos comentários a seguir:

“O treinamento foi maravilhoso, super explicativo, saber os pontos de melhoria da equipe amplia nossa visão ao prestar um bom atendimento ao paciente.” (Colaborador 1)
“Foi muito dinâmico deu para esclarecer e tirar as dúvidas e entendermos o que é essencial para uma boa experiência do paciente.” (Colaborador 2)
“Excelente. A ludicidade tornou mais fácil o entendimento.” (Colaborador 3)

A experiência do paciente tem interferência de fatores como pessoas, processos e ambiente, o que torna complexa a avaliação de eficácia do treinamento. Contudo, entendendo a importância do pilar pessoas, ficou evidente o impacto do treinamento através dos relatos dos gestores que referiram uma redução de queixas relacionadas a cordialidade no período após treinamento, observados no campo aberto do próprio NPS (Net Promoter Score).

CONCLUSÕES

A utilização da metodologia ativa foi uma estratégia importante para fortalecimento do time de capacitação e treinamento dentro do Programa de Experiência do Paciente e reforça o vínculo com o colaborador ampliando a difusão do conhecimento de forma menos cartesiana, sem comprometer o desenvolvimento institucional.
O treinamento além de inovador, apresentou baixo investimento, tornando factível sua aplicação e proporcionando valor ao colaborador e a Instituição através de aprendizagem efetiva, cuidado mais seguro e padronização do modelo de atendimento, garantindo uma experiência mais positiva para os pacientes.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Santa Casa da Bahia. Política de Atendimento. Salvador. 2021.
LEFRANÇOIS G. R. Teorias da aprendizagem: o que o professor disse. 6ª edição. Tradução: Solange A. Viscode. São Paulo: Cengage, 2018.
OSTERMANN, F. CAVALCANTI C. J. H. Teorias de Aprendizagem. - Porto Alegre: Evangraf; UFRGS.

USO DO *COMMAND CENTER* PARA A GESTÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM DIÁRIA GLOBAL: UMA BUSCA CONTÍNUA PELA EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL E SUSTENTABILIDADE

Priscilla Araújo Barreto dos Santos, Larissa Lucas Rocha, Bruna Castro Lavalle, Flávia Mendes Lima Freire

INTRODUÇÃO

A crise no sistema de saúde suplementar fez com que operadoras e prestadores de serviços em saúde buscassem variadas formas para garantir a sustentabilidade do setor[2]. Um dos modelos de remuneração adotado no Brasil é a diária global, em substituição ao *fee for service*[1]. A diária global traduz previsibilidade de custos para a operadora e de remuneração para o prestador de serviços em saúde[1] sendo para este, ao mesmo tempo, um desafio, pois nem sempre o custo com o cuidado à saúde pode ser presumível. Além disso, a Operadora se faz cada vez mais presente nos hospitais através da auditoria concorrente. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência com o *Command Center*, criado por uma Rede de hospitais privada, para a gestão de pacientes internados em diária global.

METODOLOGIA

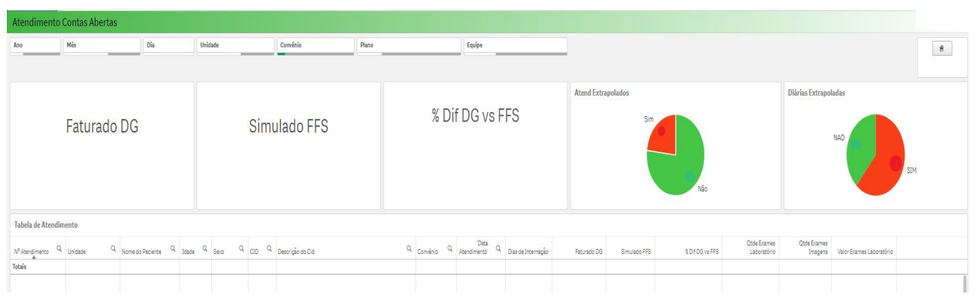
Trata-se de um relato de experiência da equipe de Gerência de Práticas Assistenciais (GPA) de uma Rede de hospitais privada, com sede em Belo Horizonte, sobre a implantação de um processo de trabalho para a gestão dos aspectos assistenciais e financeiros relacionados à diária global, iniciado em 2021.

Para um trabalho coeso e com sinergia, em prol da melhor experiência do paciente internado, diversos são os atores em busca de resultados satisfatórios.

O papel da GPA na gestão do paciente internado em diária global e na auditoria concorrente.

O *Command Center* consiste em uma estrutura em que a partir de um *dashboard*, são levantados dados como o simulado *fee for service* e o faturado em diária global para cada paciente. A partir da comparação destes dados (% Diferença DG vs FFS) é possível elencar as contas negativas e seus respectivos ofensores para, ao analisar seus prontuários, buscar oportunidades de atuação e propor intervenções, com o objetivo de unir qualidade assistencial, eficiência operacional e custo-efetividade.

Centralizamos ainda a interface com as auditorias concorrentes das Operadoras, construindo relações de parceria, com vistas a obter o melhor resultado para ambas as partes e a melhor experiência para os nossos clientes.

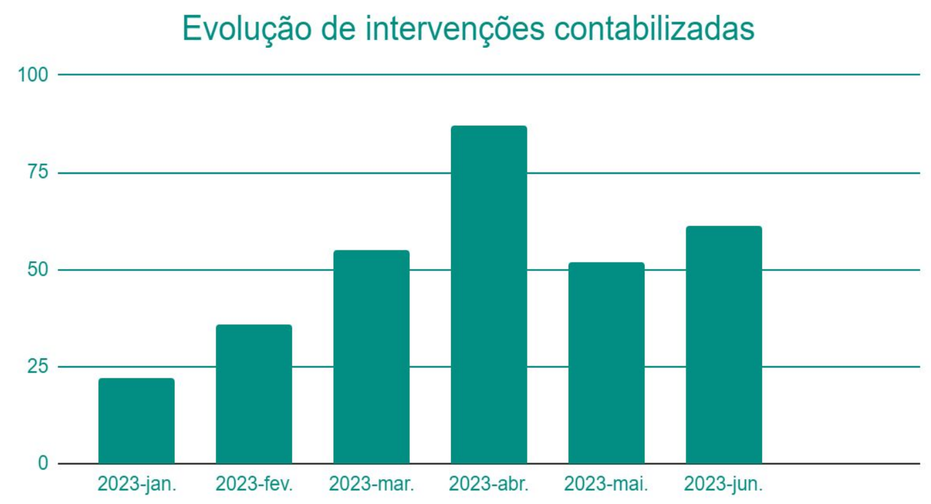


Dashboard de pacientes internados em diária global no dia.

RESULTADOS

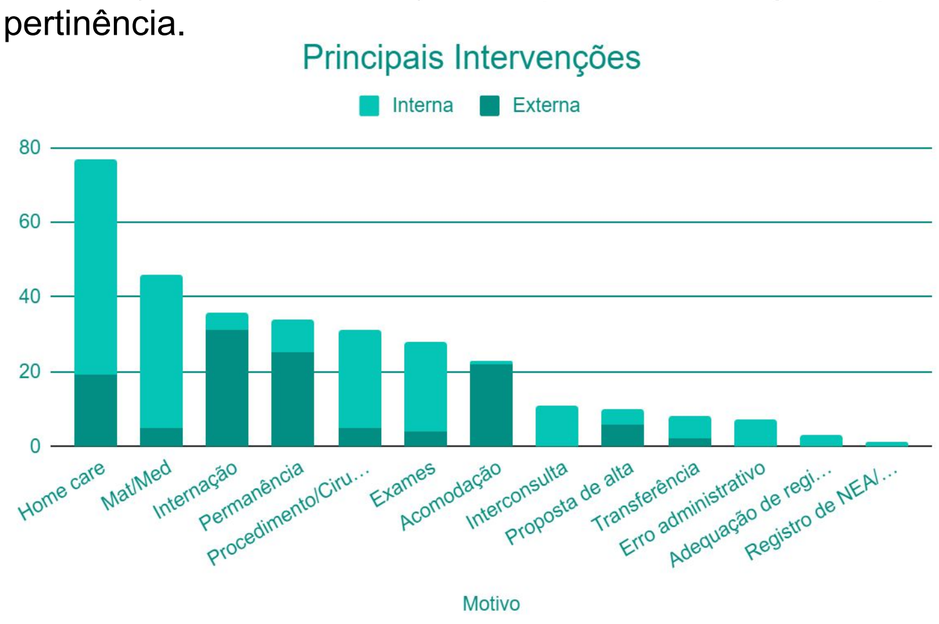
Por meio do *Command Center* de análise diária da *performance* assistencial e financeira dos pacientes internados em regime de diária global e da interação com a auditoria concorrente das operadoras foi possível implementar melhorias na gestão da permanência e criação de novos protocolos, considerando os preceitos da saúde baseada em valor, reduzindo o desperdício e garantindo a não limitação de recursos que coloquem o paciente em risco. Ademais, permitiu também fazer sugestões quanto a revisão de parâmetros pré estabelecidos e de cláusulas contratuais comerciais.

No 1º semestre de 2023 foram realizadas 315 (100%) intervenções, sendo 196 (62%) de demandas identificadas pela GPA e 119 (38%) de acionamento dos auditores concorrentes das operadoras, gerando uma média de 52 intervenções/mês.



Evolução das intervenções/mês contabilizadas pela GPA no 1º semestre de 2023.

A maioria das intervenções estão relacionadas a desospitalização, materiais e medicamentos, pertinência da internação e da permanência e realização de procedimentos. Nesse período foram ainda revertidas 17 diárias (2,83 diárias/mês) com potencial de glosa por pertinência.



Principais motivos de intervenções realizadas pela GPA no 1º semestre de 2023, por demanda interna (busca ativa) ou externa (auditoria concorrente).

No modelo de diária global as glosas de itens de consumo dão espaço às glosas de diárias hospitalares e honorários, por isso a gestão do paciente internado é fundamental, desde a entrada no Pronto Socorro até a alta.

CONCLUSÕES

Sabe-se que a eficácia clínica e operacional contribuem para a segurança assistencial e sustentabilidade do setor[1]. Implantar o *Command Center* resultou em melhor monitoramento e maior segurança da transição do modelo *fee for service* para diária global com a manutenção da qualidade assistencial, oportunidade de revisão de processos internos, avaliação da sua viabilidade econômico-financeira, transparência nas negociações e convergência dos interesses entre rede, paciente e operadora.

REFERÊNCIAS

[1] Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Guia de modelos de remuneração baseados em valor. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projetomodelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

[2] Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP. Observatório ANAHP. 15ª ed. 2023. Disponível em: https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-2023/

UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIA *LEAN* EM PROCESSOS DE GESTÃO DE MATERIAL DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

Matheus G. S. Goulart, Leonardo S. de Souza, Kelly B. Dias, Ivana M. S. Busato

INTRODUÇÃO

A boa gestão de recursos é uma problemática atual em empresas de diversos ramos e, no âmbito da saúde não é diferente. Neste contexto, cabe ainda destacar a grande parcela de hospitais públicos no território nacional, sua importância para o tratamento de saúde da população, reforçando a relevância da gestão de recursos e respeitando a legislação e dinâmica de trabalho destas instituições uma vez que a articulação correta dos insumos pode influenciar na experiência do paciente. Dentre as diversas práticas de gestão, podemos utilizar a metodologia *Lean*, derivada dos métodos japoneses de produção enxuta, que demonstra ser eficaz fazendo o uso de ferramentas capazes de mapear os processos e identificar a fonte de desperdícios.

Revisão programada realizada pela equipe técnica do fornecedor em todos os terminais de diluição do hospital

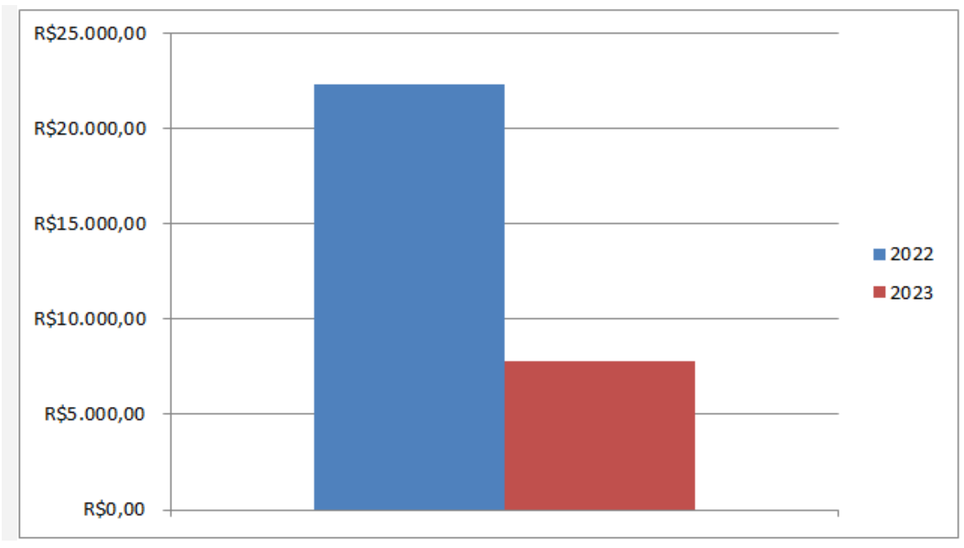
METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência baseado na vivência da equipe de gestão do setor de governança de um hospital universitário de porte especial, localizado na cidade de Canoas-RS. O recorte temporal utilizado é relativo ao quadrimestre correspondente aos meses de março a junho de 2023, em comparação com o mesmo período do ano anterior. Focado no produto de desinfecção hospitalar utilizado em superfícies fixas e artigos não críticos, escolhido inicialmente por ser o produto com grande utilização das equipes de maior de aquisição. Foi utilizada revisão dos protocolos de higienização, aproximação do fornecedor para estabelecer uma rotina de revisão técnica e de treinamentos para equipe, centralização do processo de diluição e distribuição do produto

Treinamentos com as equipes de trabalho sobre boas práticas na manipulação dos produtos de limpeza e biossegurança.

RESULTADOS

Foi percebido que em 2022 foram utilizados em média 10 galões mensais e em 2023 este número foi para 03 galões/mês. Já em custos, em 2022 foram gastos R$ 22.336,75 e em 2023 durante o mesmo período R$ 7.791,00, notando—se uma redução de 65%. Salienta-se que, mesmo com a retirada do produto dos terminais de setores não críticos não houveram ocorrências de infecção hospitalar que possam estar relacionadas à adequação das práticas de higienização.



Comparativo de gastos com desinfetante hospitalar durante os anos 2022-2023.

CONCLUSÕES

Com as técnicas de gestão de material utilizadas foi percebido um diferencial de R$ 14.545,75 de economia em 2023. Esse resultado é positivo, principalmente em instituição pública, onde o orçamento é fixo e restrito. A economia resulta na realocação do recurso em outro setor, conforme o planejamento estratégico, ou mesmo uma situação extraordinária em curso.

REFERÊNCIAS

Aponte sua câmera e tenha acesso às referências deste trabalho

SCAN ME

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN SIX SIGMA NA GESTÃO DE LEITOS COM FOCO NO PROCESSO ALTA.

Catarina Pauleti Baia, Mariane de Freitas Figueiredo, Pedro Henrique Urbano de Freitas

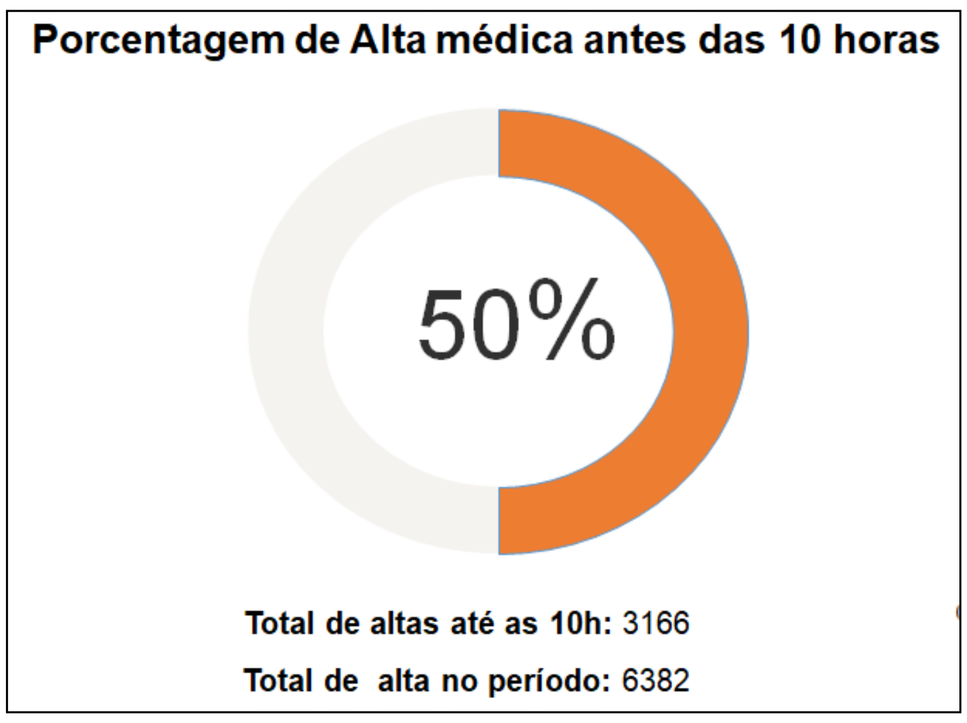
INTRODUÇÃO

Atualmente inúmeros serviços de saúde enfrentam problemas relacionados ao aumento da ocupação hospitalar e gestão de vagas. Os hospitais encontram-se diante do desafio de gerenciar os leitos de forma efetiva, evitar tempo prolongado para internação, minimizar atrasos cirúrgicos, garantindo segurança assistencial, satisfação do cliente e sustentabilidade da operação. O Objetivo da pesquisa foi Utilizar a metodologia Lean Six Sigma para identificar processos que não agregam valor e possíveis gargalos que impactam na alta médica e saída real tardia dos pacientes internados.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo baseado em análise de prontuário eletrônico dos pacientes internados nas Unidades de Internação Adulto da Clínica Médica e Cirúrgica no período de Jan/2022 a Dez/2022. Para análise do processo de alta, foi mapeado as etapas a partir do momento que o médico realiza a alta médica no sistema até o momento da saída do paciente e alta real no sistema. A análise cronológica destas operações, bem como do tempo de espera entre as operações foram realizadas pelos pesquisadores durante as observações e em paralelo, os pesquisadores também coletaram dados referentes ao processo por meio de entrevistas com os profissionais operacionais e coordenadores envolvidos no processo. Os dados coletados pelo sistema de prontuário eletrônico foram tabulados em planilha Excel® e analisados submetido a teste estatístico Qui quadrado. A metodologia Lean Six Sigma foi aplicada nos conceitos.

RESULTADOS



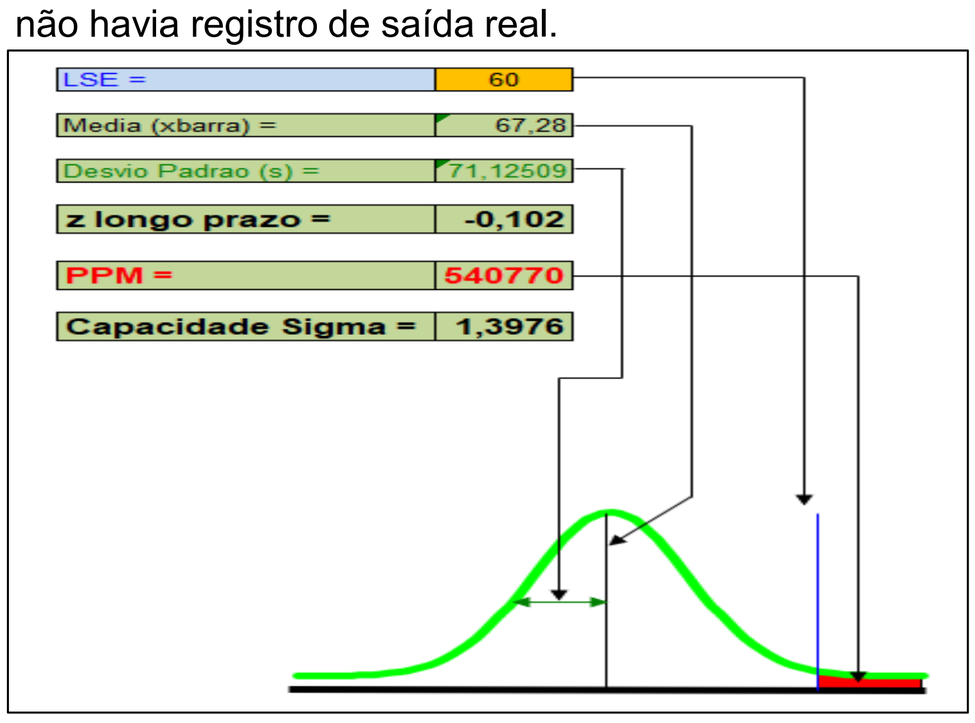
Legenda / descrição da imagem em até duas linhas. Legenda / descrição da imagem em até duas linhas.

Perfil	Ate às 10h	Apos às 10h
Clínico	1527.678	1551.322
Cirúrgico	1638.322	1663.678
P-Valor		0.000

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

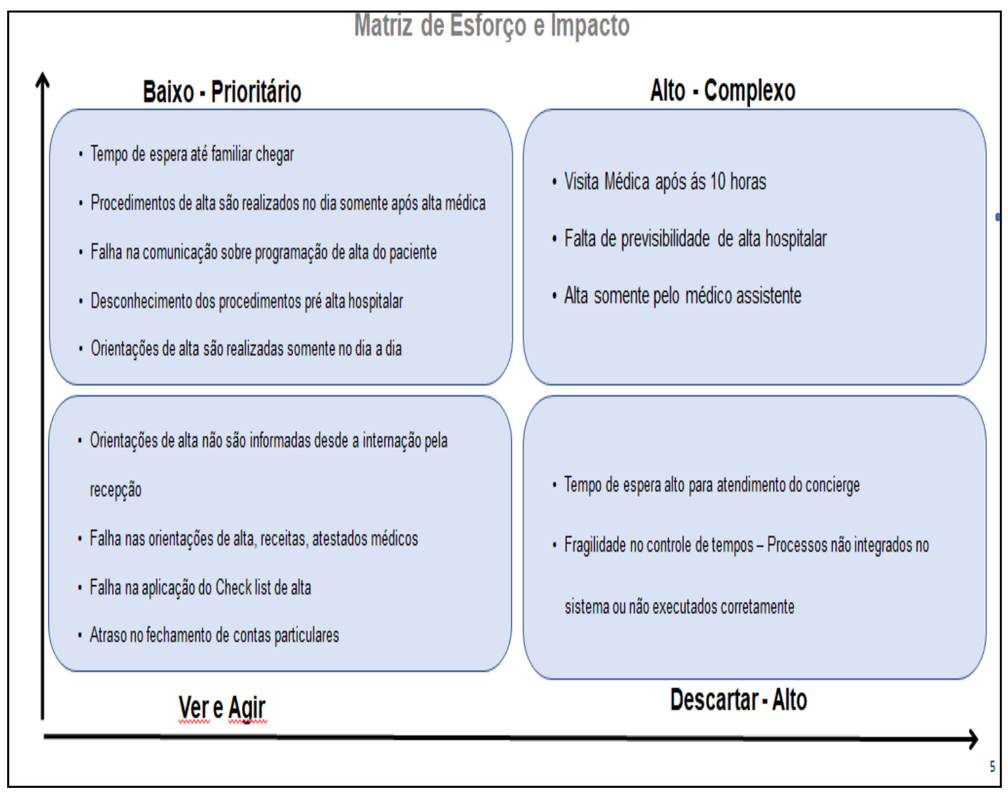
É observado diferença estatística significativa entre os pacientes de perfil cirúrgico, demonstrando necessidades de ações específicas com os cirurgiões que atendem no Hospital. Ao analisar o intervalo entre a alta médica e a alta de enfermagem, é observado que a média de tempo do processo é de 1:10h. Nota-se alta variabilidade do processo decorrente do tempo máximo de 16 horas, acarretando um nível sigma de 1,18. O Intervalo entre alta da enfermagem e saída real apresentou o resultado de 50% da amostra atendida em limite superior a 30 minutos.

Os outliers encontrados no processo demostram ausência de padronização ou falha no registro correto da saída. Ausência de padronização é confirmada ao observar que o nível sigma do processo encontra-se menor que 1 quando definido 60 minutos para realização total do processo. Foi identificado durante a análise do banco de dados que 15% das internações não havia registro de saída real.



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

Os dados de tempos e entrevistas foram aplicados em uma matriz de esforço e impacto para poder identificar as causas prioritárias de atuação.
As causas prioritárias levantadas pelo estudo foram: visita médica após as 10 horas; falha na previsibilidade de alta hospitalar; falha na aplicação do checklist de pré alta hospitalar; atraso no fechamento de contas particulares.



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

Os dados obtidos no estudo foram apresentados para a diretoria técnica do Hospital e definido estratégias para atuar nas causas prioritárias afim de reduzir processos que não agregam valor mantendo a segurança do paciente internado.

CONCLUSÕES

A aplicação da metodologia DMAIC contribuiu para identificar causas, analisar dados e definir prioridades para melhoria no processo de alta médica do Hospital Vera Cruz Campinas. Após implementação das ações, os dados serão gerenciados para sustentar o processo correto e completo, contribuindo nas Diretrizes Estratégicas, consolidação do modelo de gestão, garantia de melhor experiência para o usuário, atração de novos médicos e fontes pagadoras com garantia de impacto positivo no EBTIDA e qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Niñerola A, Sánchez-Rebull MV, Hernández-Lara AB. Melhoria da qualidade em saúde: revisão sistemática Seis Sigma. Polícia da saúde. 2020 abr;124(4):438-445. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.01.002. Epub 2020 28 de fevereiro. PMID: 32156468.
2. Zimmermann GDS, Siqueira LD, Bohomol E. Aplicação da metodologia Lean Seis Sigma em ambientes de saúde: uma revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2020 dez 21;73(suppl 5):e20190861. inglês, português. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0861. PMID: 33338158

A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA VALIDAÇÃO DE UM VIDEOLARINGOSCÓPIO EM IMPRESSÃO 3D

Satomed
Entregamos tecnologia e inovação nas mãos de quem salva vidas

CONAHP 2023
Congresso Nacional de Hospitais Privados

Ana Cristina B. Kraemer Moraes, Everton Granemann de Souza, Chiara das Dores do Nascimento, Rafael Guerra Lund

INTRODUÇÃO

A colaboração do usuário para aprovação de um novo dispositivo ou produto faz parte dos processos de inovação da indústria da saúde. O videolaringoscópio em manufatura aditiva (MA) ganhou destaque durante a pandemia por não existir produto nacional semelhante, motivando a procura por outras soluções. O objetivo é realizar um ensaio experimental, para avaliar a experiência do usuário - UX com um videolaringoscópio em MA.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Hospital Universitário (HUSFP), num período de 4 meses. Durante o estudo foram utilizados manequins para simulação das vias aéreas (Lerdal)(SIMLAB-UCPEL). Participaram 11 profissionais médicos intensivistas (8) e anestesiologistas (3). A avaliação pelo SUS comparou o uso do VLP comercial ao VLP 3D /MA. Os dados foram coletados no formulário do Google Forms, as métricas de usabilidade foram divididas: aspectos do equipamento/performance e análise das tarefas críticas. O System Usability Scale (SUS) foi utilizado na sessão aspectos do equipamento/performance no formato de um questionário quantitativo com 10 perguntas, com respostas em uma escala de 1 a 5, cada pontuação foi subtraída a uma constante, e o resultado multiplicado por outra (2,5. y), ao serem somadas obtivemos os escores do SUS. Obteve-se um média conforme a escala de Likert, para facilitar as comparações entre as demais métricas. A análise das tarefas críticas considerou tempo de visualização da laringe, tempo de passagem do tubo em segundos e o sucesso da intubação. O projeto teve aprovação do Comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (CAAE:59663522.7.0000.5339). O termo de consentimento livre e informado foi entregue aos profissionais.

SUS – SYSTEM USABILITY SCALE (1 a 5)			
	VLP COMERCIAL (n=11)	VLP 3D/MA (n=11)	
		ANESTESISTA (n=3)	INTENSIVISTA (n=8)
1.Acho que gostaria de utilizar este produto com frequência	5 (33,3%)	5 (66,7%)	5 (100%)
2. Considerei o produto mais complexo do que necessário	1 (100%)	5 (66,7%)	4 (100%)
3. Achei o produto fácil de utilizar	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
4. Acho que necessitaria de ajuda de um técnico para conseguir utilizar o produto	1 (100%)	1 (66,7%)	1 (100%)
5. Considerei que as várias funcionalidades deste produto estavam bem integradas	5 (100%)	4 (66,4%)	5 (100%)
6. Achei que este produto tinha muitas inconsistências	1 (100%)	1 (66,7%)	2 (100%)
7. Suponho que a maioria das pessoas aprenderia a utilizar rapidamente este produto	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
8. Considerei este produto muito complicado de utilizar	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
9. Senti-me muito confiante a utilizar este produto	1 (100%)	5 (100%)	4 (100%)
10. Tive que aprender muito antes de conseguir lidar com este produto	1 (100%)	5 (66,7%)	1 (100%)

Tabela 1. Escala SUS de usabilidade com pontuações.

RESULTADOS

Dos entrevistados, 27,3% nunca utilizaram o equipamento comercial e 40,9% utilizaram entre 1 e 5 vezes. Destes, 77,3% nunca utilizaram um dispositivo em manufatura aditiva (Fig.:1). A avaliação da usabilidade obteve índices muito próximos pela escala de Likert: para o VLP comercial (2,37) comparado ao do VLP 3D (2,23). Na avaliação pela escala SUS os profissionais atribuíram nota **72,5** ao VLP 3D considerando o produto **Bom**, BANGOR et al. (2008, 2009) e **C+** (71.1-72.5) LEWIS AND SAURO (2018). Enquanto a avaliação para o dispositivo comercial foi de **67,6**, sendo considerado **Bom**, BANGOR et al. (2008, 2009) e **C** (65.0-71.0) LEWIS AND SAURO (2018) (SCHREPP,2023). O tempo gasto para a primeira visualização das cordas vocais para o VLP comercial foi 12,6 s contra o 16s para o VLP 3D. Este tempo foi menor que o modelo em 3D descrito por LAMBERT et al. (2020) de 17,5s e tempo similar ao VLP 3D de COHEN et al (2017) de 16,6s. O tempo de passagem do tubo para o VLP comercial foi de 42,0s enquanto que o VLP 3D foi de 35,8s. A maioria dos estudos na literatura utilizam manequins de simulação (SHWETA, 2019) na avaliação das tarefas críticas, não referindo ou utilizando um modelo específico de questionário de UX. Os equipamentos médicos têm sido deixados de lado sob a perspectiva da avaliação de usabilidade e da experiência do usuário. Devido a isto, as pesquisas relacionadas ao design e à tecnologia dos dispositivos médicos têm sido consideradas inadequadas e escassas (BITKINA, 2020). Na avaliação de usabilidade, a escala SUS é considerada ideal para efetividade (BITKINA, 2020). Os estudos apresentam limitações semelhantes ao nosso pelo tamanho da amostra, o que prejudica a análise das tarefas críticas e UX. Embora sejam utilizados dois dispositivos, um comercial e um em manufatura aditiva, os resultados não se aplicam para outros vídeo laringoscópios com morfologias semelhantes (SHWETA, 2019).

Fig.1.: Videolaringoscópio: vista posterolateral(esquerda), vista anterolateral(direita)

CONCLUSÕES

Conclui-se que o uso do formulário SUS para avaliar a usabilidade de equipamentos e tecnologias da saúde pode ser um recurso a ser considerado por permitir identificar eficiência, efetividade e satisfação no uso dos dispositivos médicos.

REFERÊNCIAS:

SHWETA, D.D.; UPADHYAY, M.R. A Comparative Evaluation of Two Vidolaryngoscopes, the Airtraq and King Vision as an Intubating Aid in Adult Patients. **Indian Journal of Anesthesia and Analgesia**, v. 6, n. 6, Part – I, p.: 1930-1935, 2019.

SCHREPP, M; KOLLMORGEN, J; THOMASCHEWSKI, J. A Comparison of SUS, UMUX-LITE, and UEQ-S. **Journal of User Experience**, v. 18, n. 2, p. 86-104, 2023. BITKINA, O.V.I.; KIM, H.K.; PARK, J. Usability, and user experience of medical devices: An overview of the current state, analysis methodologies, and future challenges. **International Journal of Industrial Ergonomics**, Seoul, v. 76, p. 102932, 2020.

LAMBERT, C.T; JOHN, S.C; JOHN, A.V. Development and performance testing of the low-cost, 3D-printed, smartphone-compatible 'Tansen Videolaryngoscope' vs. Pentax-AWS videolaryngoscope vs. direct Macintosh laryngoscope. European Journal of Anaesthesiology, v. 37, p. 992-998, 2020.

A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA ELETRÔNICO COMO MEIO DE AGILIZAR O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE PACIENTES EM UM HOME CARE DO NORDESTE

Camila Bezerra, Jonathas Lopes, Jéssica Medeiros.

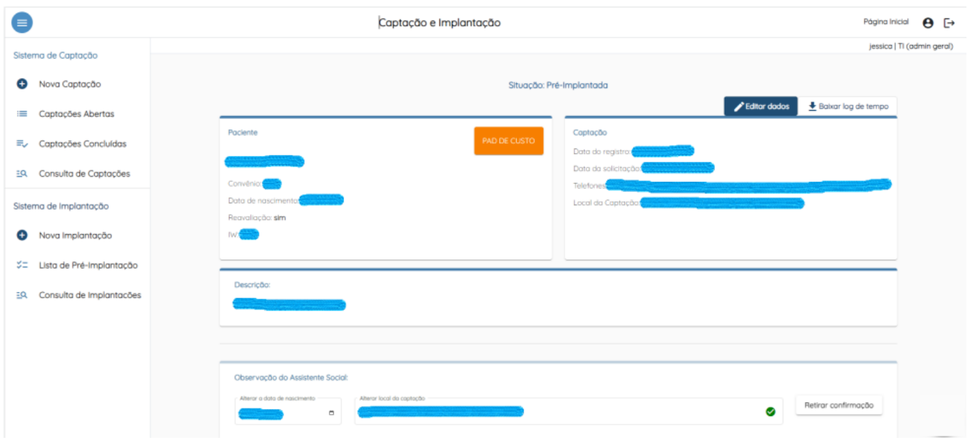
INTRODUÇÃO

Na atenção domiciliar, o processo de avaliação é designado como um dos primeiros passos, através de uma equipe multidisciplinar capacitada para realizar uma avaliação e elaborar um plano terapêutico na modalidade a qual o paciente possui indicação de assistência. Tencionando a melhoria do processo de captação/avaliação para a atenção domiciliar, foi desenvolvido um sistema eletrônico, como instrumento de coleta de informações.

METODOLOGIA

O sistema de captação, criado pelo time interno de profissionais da tecnologia da informação da empresa, foi desenvolvido e implantada em 2021.

A introdução da ferramenta eletrônica decorreu da necessidade de informações a respeito do funcionamento da captação/avaliação, objetivando melhorias para o processo ser executado no tempo de 24h, com vistas a analisar o quantitativo de avaliações dentro do prazo estipulado.

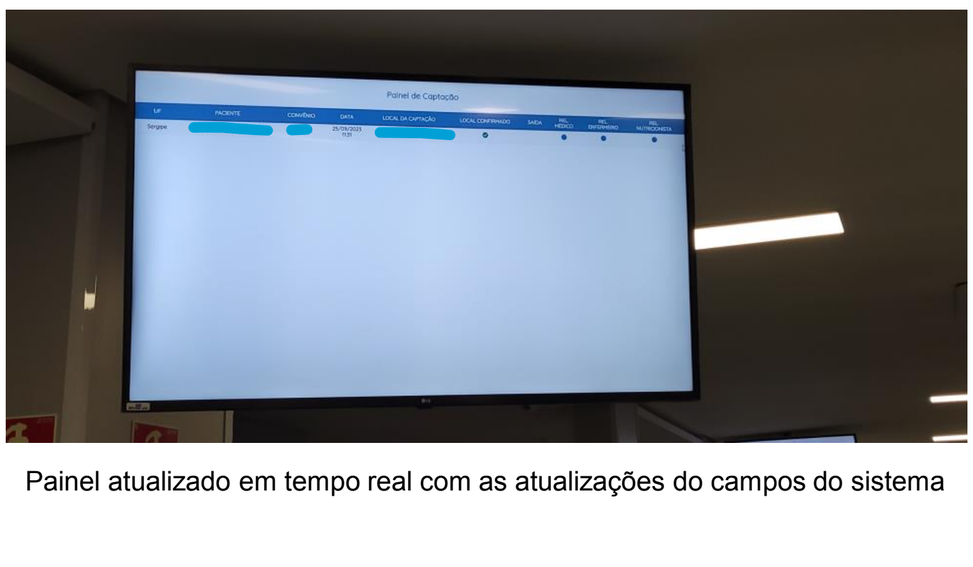


Página de captação de paciente com os campos iniciais

O sistema eletrônico possui campos que são divididos em:

- dados pessoais do paciente;
- localização e confirmação da localização do paciente;
- campo para os profissionais realizarem a marcação de conclusão de relatórios e prescrições.

O sistema também possui sinalização sonora e visual para que a equipe fique ciente de que estão ocorrendo atualizações.



Painel atualizado em tempo real com as atualizações do campos do sistema

RESULTADOS

A implantação da ferramenta eletrônica permitiu o acompanhamento seguro e confiável dos resultados das captações e avaliações por meio de um painel de controle na plataforma.

No ano de 2022 foram realizadas o total de 340 avaliações. Dessas avaliações, 46,26% foram realizadas dentro do prazo de 24 horas e 53,74% fora do prazo (na cor rosa).

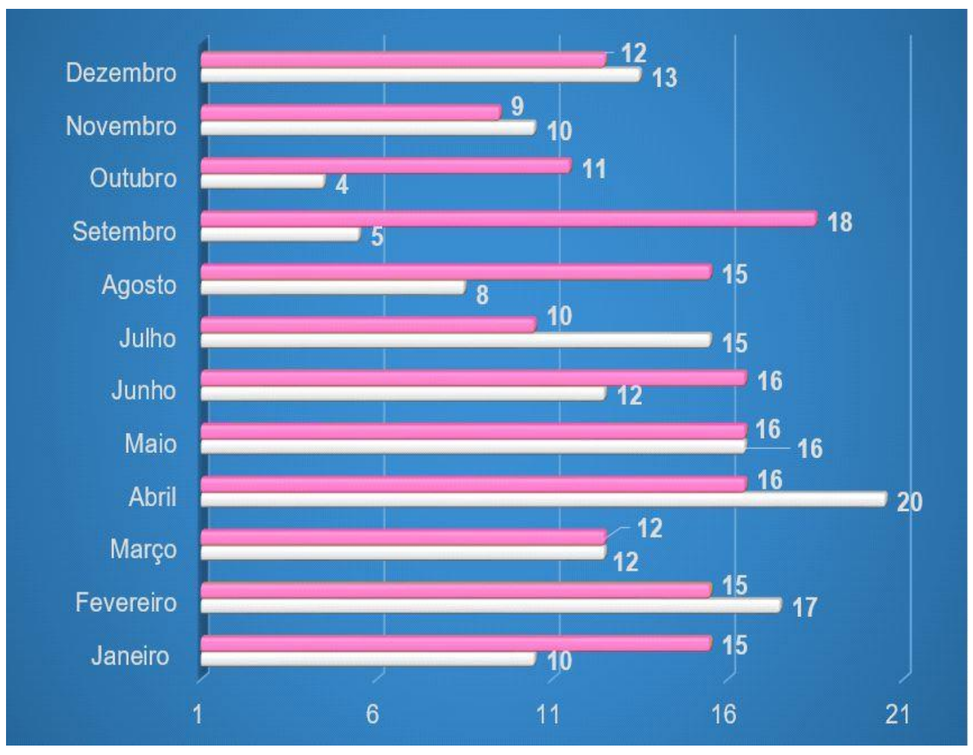
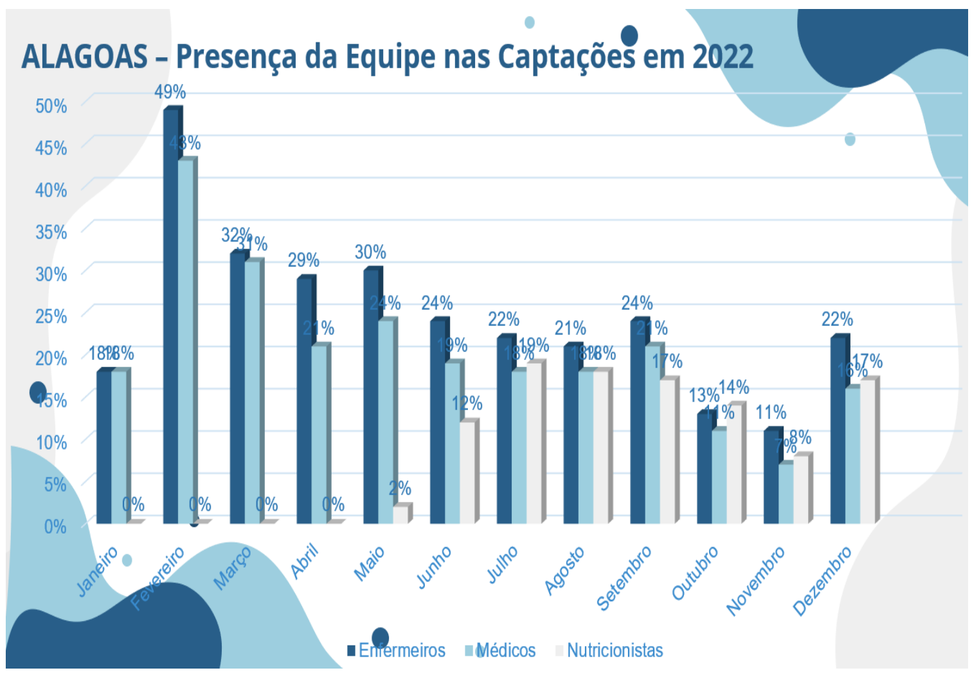


Gráfico referente às Captações realizadas dentro do prazo de 24h

Análise da Presença da Equipe Padrão nas Captações/Avaliações em 2022: De um total de 340 realizadas, a presença média foi de 54%.



Presença da equipe nas Captações/Avaliações realizadas no ano de 2022

CONCLUSÕES

A introdução do painel digital trouxe um conjunto de métricas para avaliar o desempenho da equipe responsável. Essa ferramenta forneceu acesso a informações e dados que ajudam a identificar e implementar melhorias na assistência domiciliar.

REFERÊNCIAS

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

A importância da utilização de uma ferramenta para mapeamento de processos e riscos no setor de farmácia hospitalar

Tatiana Lima Romão, Suellen Dias Lacerda Costa, Erika Fernanda de Brito Varandas, Mariane Rizzetto Coelho Paura.

INTRODUÇÃO

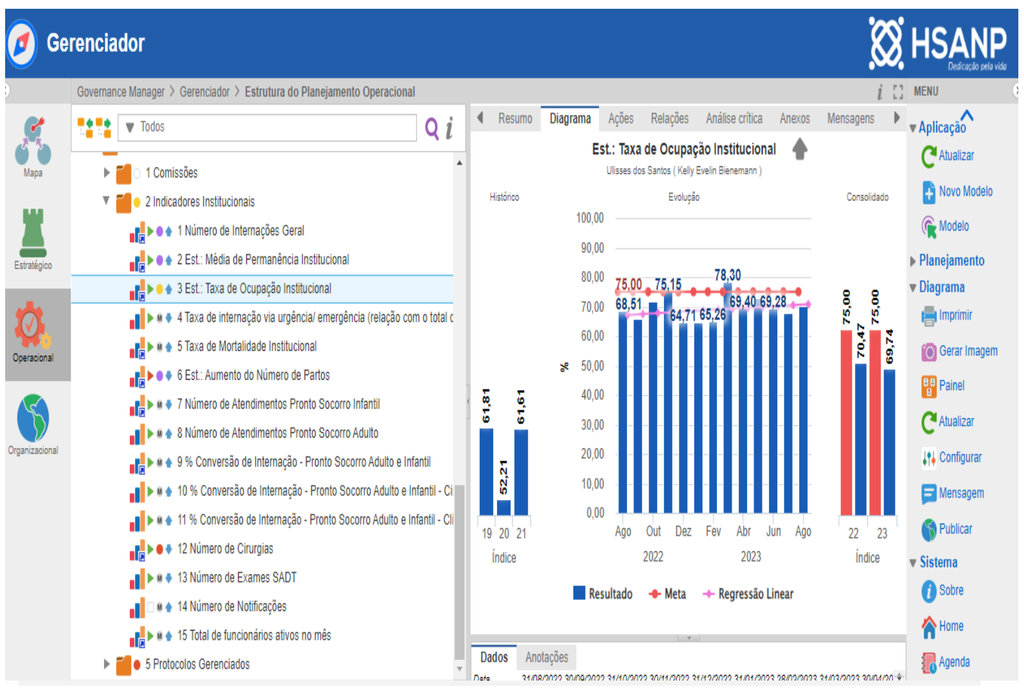
Introdução: O setor de farmácia é um setor complexo que tem como seu resultado atender os setores com segurança, qualidade em tempo e forma padronizados. O setor da qualidade do hospital elaborou uma ferramenta que une o mapeamento de processos e riscos facilitando a demonstração das atividades, formas de prevenção, controle e tratamento dos riscos e perigos identificados durante o mapeamento.

Objetivos: Demonstrar a eficácia da ferramenta para a identificação dos perigos e riscos proporcionando o gerenciamento em busca da mitigação dos riscos.

METODOLOGIA

A construção do mapeamento foi realizada com a equipe da qualidade e da farmácia, imputando dados em cada etapa do formulário. As colunas existentes são: etapas do processo, atividade executada, perigos/riscos identificados relacionados as atividades, as notificações de incidentes e não conformidades recebidas e enviadas pela farmácia relacionadas a aquele perigo/riscos, o responsável por gerenciar a atividade, o método de prevenção e documentos descritos, indicadores e controles relacionados e se o risco ou perigo acontecer qual a tratativa a ser realizada em imediato.

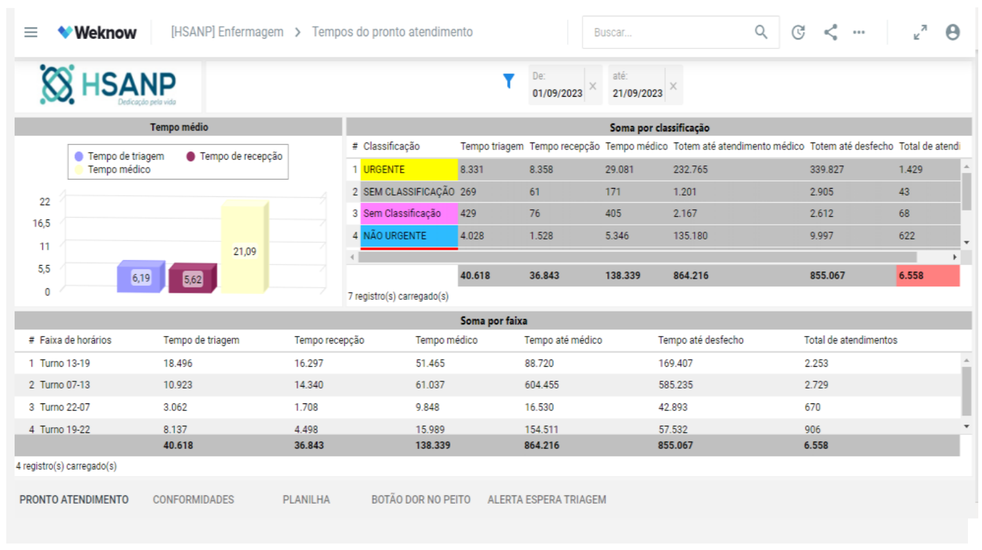
Imagem da Visão do Sistema de Gestão com a estrutura dos indicadores do Hospital



Exemplo de visualização do indicador dentro do sistema.

RESULTADOS

Conseguimos identificar os perigos e riscos com maior potencial de frequência e gravidade, analisar a eficácia das barreiras antes utilizadas, definindo novas formas de prevenção e controle. Os maiores riscos identificados foram nas etapas de ressuprimento, armazenamento, unitarização, análise técnica, atendimento as solicitações, separação e cobrança dos insumos e recebimento das devoluções. Exemplo de riscos identificados como Graves: Etapa de Ressuprimento: Ausência de baixa no sistema, Ausência de parâmetro de segurança, Ausência de margem de segurança. Ausência de medicamentos no mercado. Falha no processo de abastecimento interno. Etapa de Análise Técnica: Falha nos seguintes controles: Dose, Frequência de administração, via de administração, velocidade de administração, horário de administração errada. / Medicamento contraindicado / Duplicidade de Prescrição/ Ausência e atraso na liberação de prescrição médica.



Exemplo de relatórios disponibilizados no Weknow de dados extraídos do Tasy.

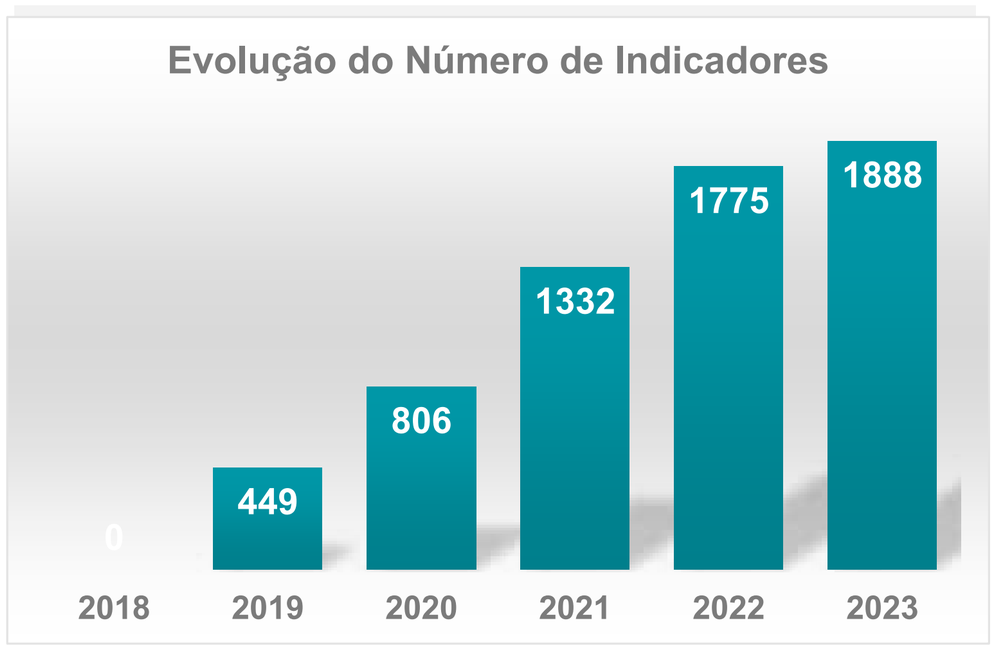


Gráfico da evolução de construção dos indicadores no hospital.

CONCLUSÕES

O Mapeamento foi absolutamente necessário, para que todos da equipe da farmácia, pudessem trabalhar na identificação das atividades com maior grau de gravidade e entender o objetivo dos controles e barreiras instituídos.

REFERÊNCIAS

- MEZOMO, J.C. Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. São Paulo: Terra, 1995.
- PALADINI, E.P. Avaliação Estratégica da Qualidade. São Paulo: Atlas, 2002.
- TAKASHINA, N.T. FLORES, M.C.X. Indicadores da Qualidade e do Desempenho. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

A Medicina hospitalar como ferramenta de eficiência operacional e mudança de cultura do cuidado

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Sabrina Bortolin Nery, Leandro Ribeiro Lago da Silva, Aline Cassi Yukimitsu, Bianca Grassi de Miranda

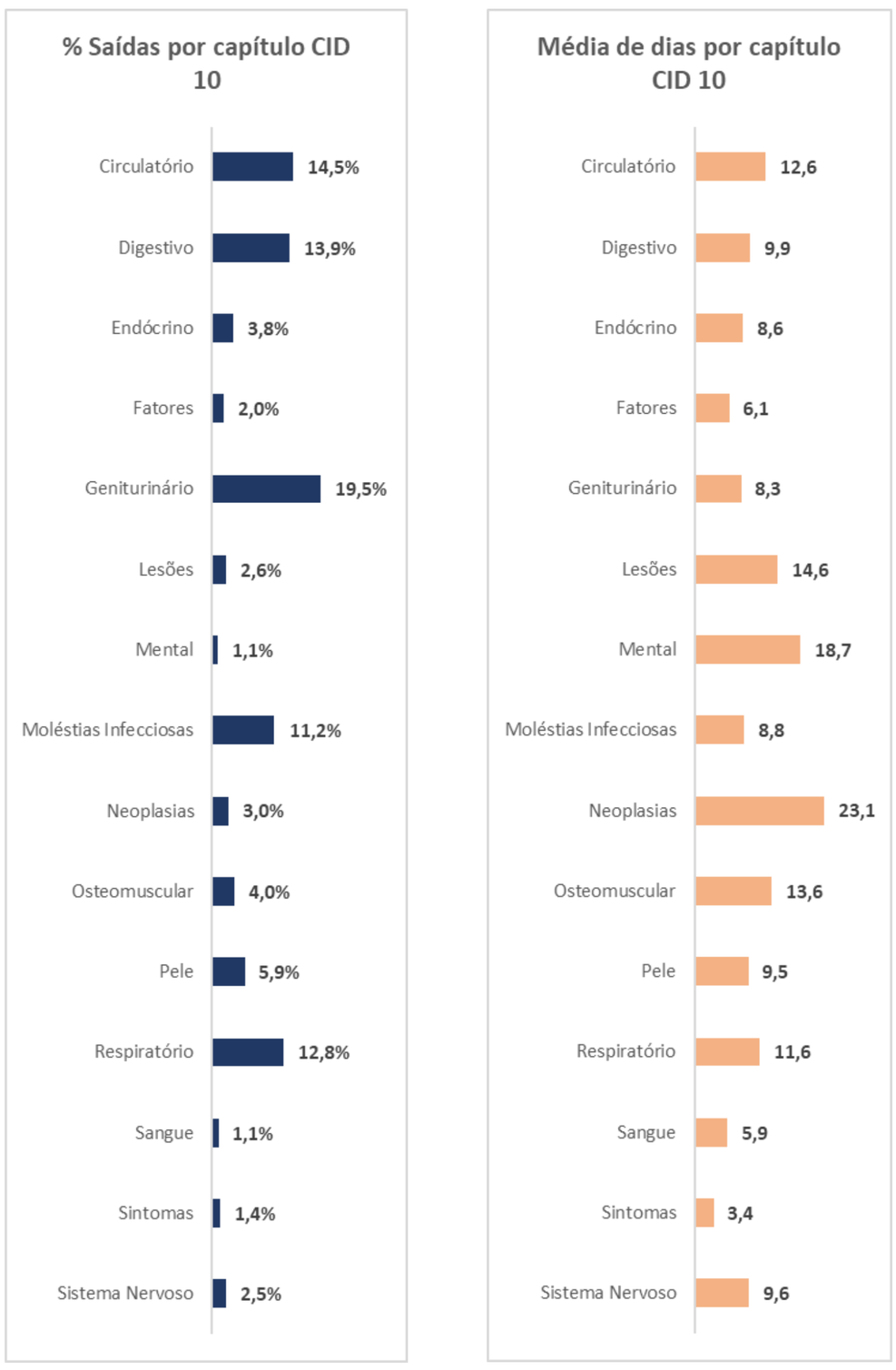
CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

INTRODUÇÃO

A medicina hospitalar (MH) foi descrita pela primeira vez em 1996, por Wachter e Goldman. Desde então, esse modelo de atuação se solidificou como uma ferramenta que aproxima a eficiência operacional e qualidade e segurança no cuidado ao paciente internado, tendo como um dos principais pontos a redução do tempo médio de permanência (TMP). Visitas multidisciplinares, discussão de caso clínico complexo e rotina de planejamento de cuidado são apenas alguns dos exemplos que suportam um cuidado centrado nas necessidades dos pacientes nesse modelo de gestão do cuidado.

METODOLOGIA

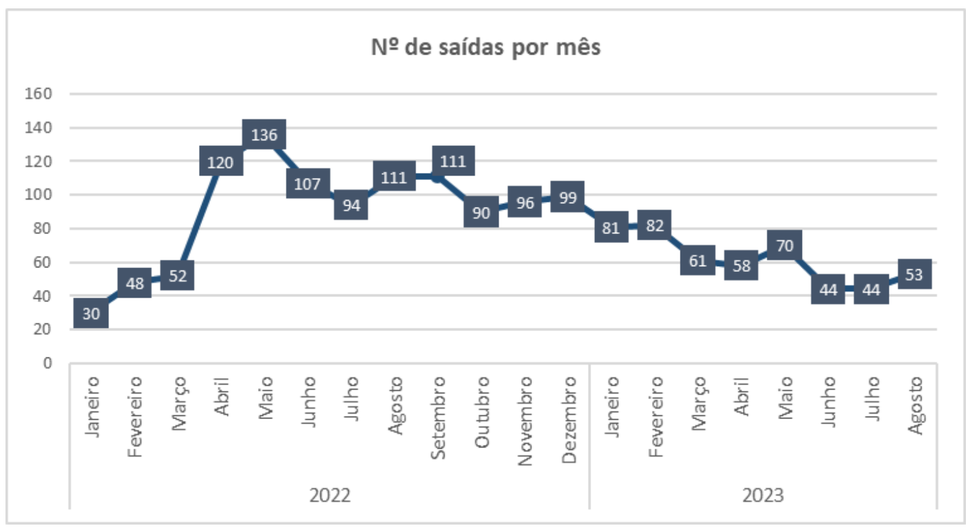
A implantação da medicina hospitalar abrangeu desde a escolhas das equipes de clínica médica participantes do projeto até a regionalização do cuidado através da perfilização dos leitos para garantir que as equipes médicas e multidisciplinares integrassem um único time de cuidado. Como ferramenta ativa de alinhamento do cuidado foi implantada a rotina de visitas multidisciplinares com a proposta de construção de um planejamento terapêutico único que sustentasse o plano de alta hospitalar. O acompanhamento mensal de indicadores operacionais e assistenciais junto ao time multidisciplinar foi implantado desde o início do projeto como ferramenta de suporte à melhoria contínua. São analisados mensalmente número de saídas por mês, tempo médio de permanência, passagem pela UTI e pelo centro cirúrgico e distribuição de pacientes por perfil epidemiológico.



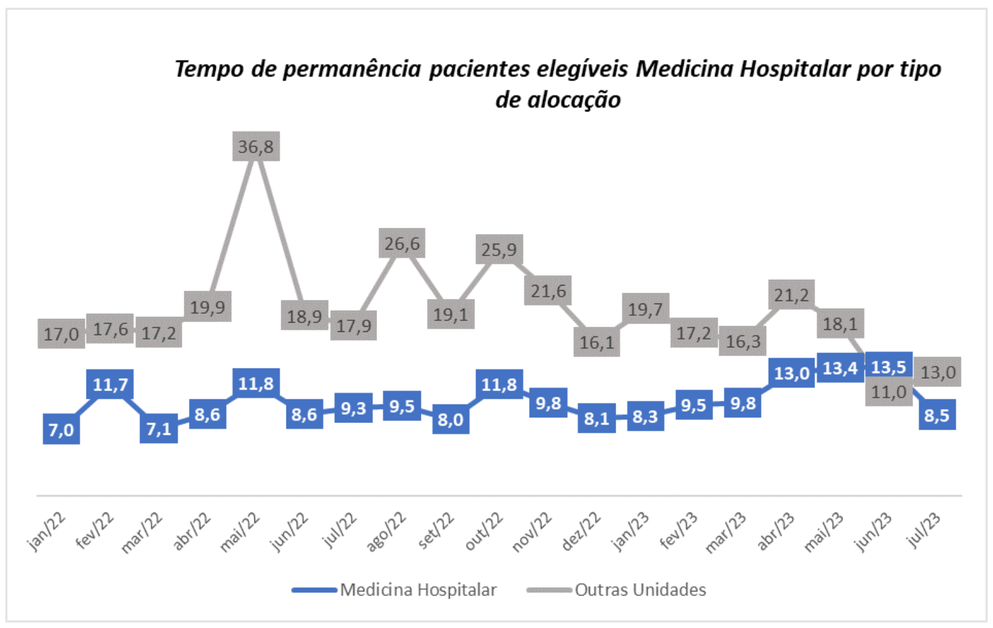
Distribuição de pacientes internados na medicina hospitalar e médias de permanência por capítulo de CID 10.

RESULTADOS

A medicina hospitalar na especialidade de clínica médica foi implantada em janeiro de 2022. O TMP dos pacientes da referida especialidade era de 11,6 dias em 2021. Após 12 meses de projeto houve redução do TMP da clínica médica geral para 10 dias e, especificamente nos pacientes inseridos no projeto, observamos uma redução do TMP para 8,6 dias. Desafios na alocação dos pacientes pela alta demanda hospitalar elevaram o TMP dos pacientes inseridos no projeto para 10,1 dias no ano de 2023, porém mantendo redução do TMP geral da clínica médica para 9,4 dias, evidenciando uma mudança da cultura do cuidado estabelecida pelo projeto.



Número de altas hospitalares de pacientes da medicina hospitalar por mês.



Tempo médio de permanência dos pacientes da medicina hospitalar comparados a pacientes com mesmo perfil em outras unidades por mês

CONCLUSÕES

A medicina hospitalar é uma ferramenta de eficiência operacional eficaz e que tem potencial de modificar a cultura do cuidado do paciente através da aproximação das equipes médicas e multidisciplinares com estabelecimento de metas de cuidado comum e construção adequada do planejamento terapêutico.

REFERÊNCIAS

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalist” in the American health care system. *N Engl J Med.* 1996;335:514-517.
Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 Years later. *JAMA.* 2002;287:487-494.

A Medicina hospitalar na gestão do cuidado de pacientes da nefrologia – o cuidado coordenado

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Bianca Grassi de Miranda, Priscila Teixeira de Moraes, Ana Paula de Sousa Oliveira, Sabrina Bortolin Nery

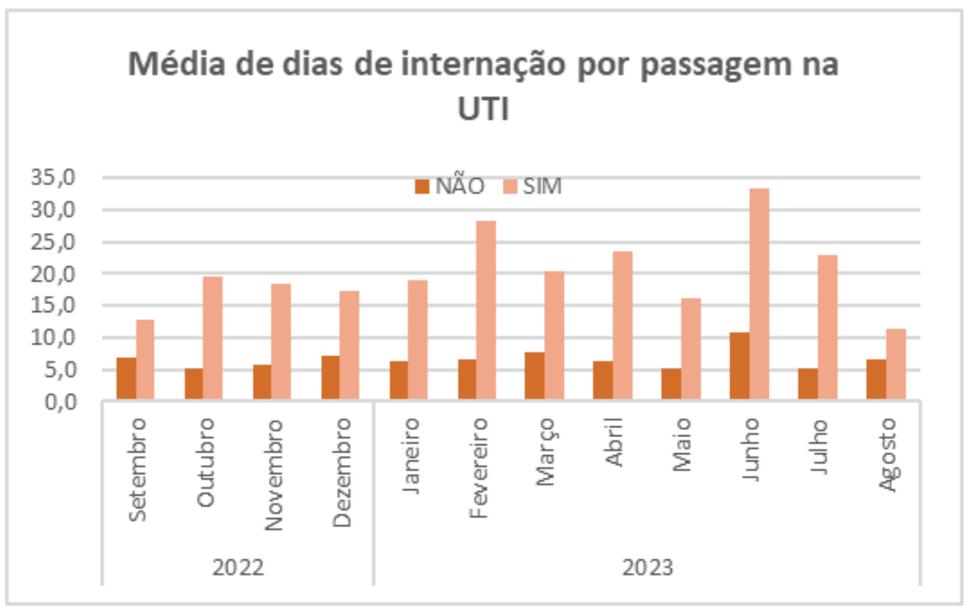
CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

INTRODUÇÃO

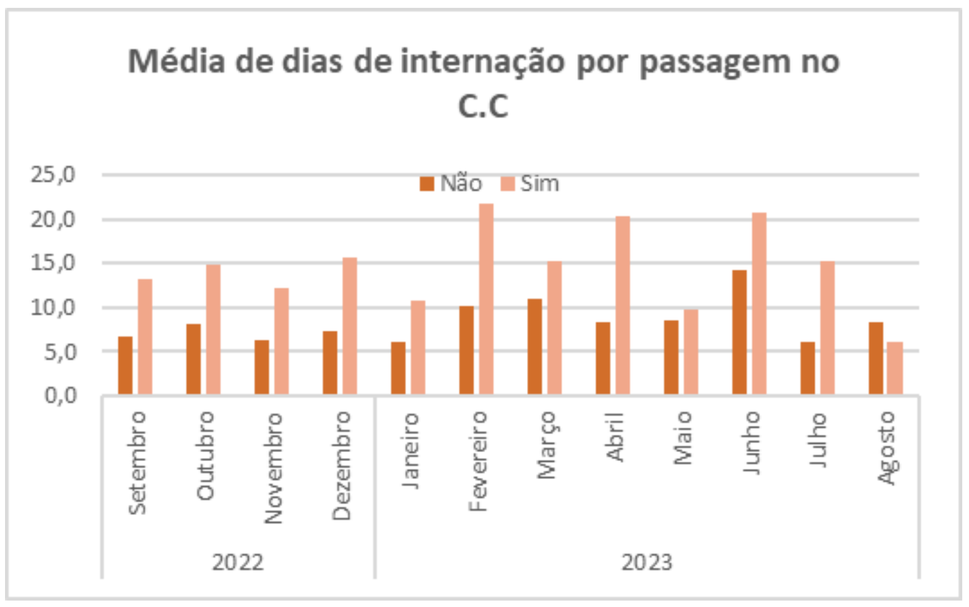
A medicina hospitalar (MH) foi descrita pela primeira vez em 1996, por Wachter e Goldman em um artigo publicado no The New England Journal of Medicine. Desde então, esse modelo de atuação se solidificou como uma ferramenta que aproxima a eficiência operacional e qualidade e segurança no cuidado ao paciente internado. Classicamente, esse modelo de gestão é aplicado em pacientas da clínica médica. No entanto, é cada vez mais evidente a importância da gestão do cuidado na alta complexidade para a sustentabilidade do terceiro setor.

METODOLOGIA

A implantação da medicina hospitalar na nefrologia abrangeu desde a apresentação desse modelo de gestão de cuidado para a equipe de especialidade até a implantação da rotina de visita multidisciplinares e reuniões mensais de discussão dos indicadores definidos para o projeto. Para facilitar a formação de times de cuidado multidisciplinar foi optado pela regionalização dos pacientes através da perfilização dos leitos. Como ferramenta ativa de alinhamento do cuidado foi implantada a rotina de visitas multidisciplinares com a proposta de construção de um planejamento terapêutico único que sustentasse o plano de alta hospitalar. O acompanhamento mensal de indicadores operacionais e assistenciais junto ao time multidisciplinar foi implantado desde o início do projeto como ferramenta de suporte à melhoria contínua. São analisados mensalmente número de saídas por mês, tempo médio de permanência, passagem pela UTI e pelo centro cirúrgico e distribuição de pacientes por perfil epidemiológico.



Média de dias de internação de altas hospitalares de pacientes da medicina hospitalar por utilização da unidade de tratamento intensivo por mês

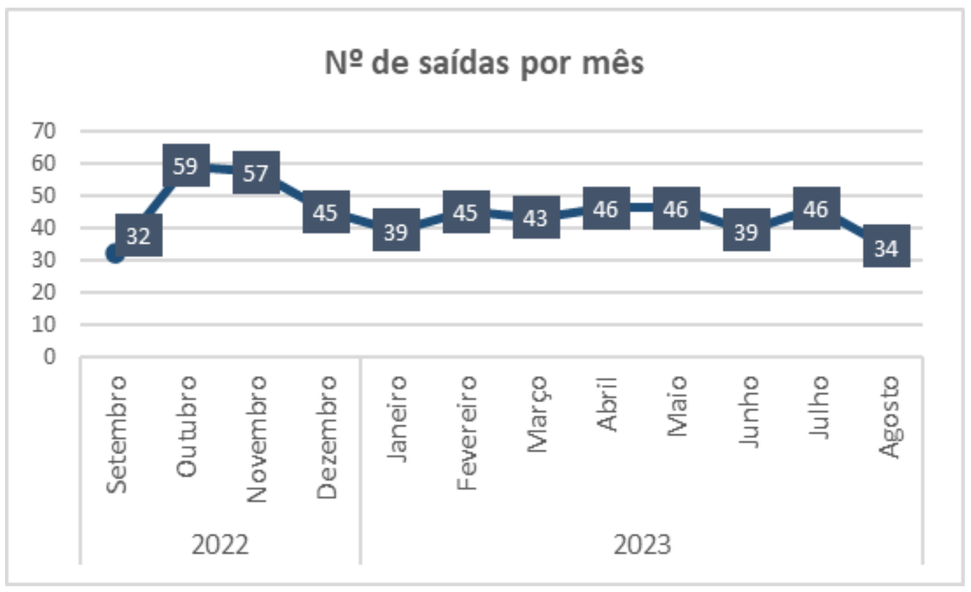


Média de dias de internação de altas hospitalares de pacientes da medicina hospitalar por utilização do centro cirúrgico por mês

RESULTADOS

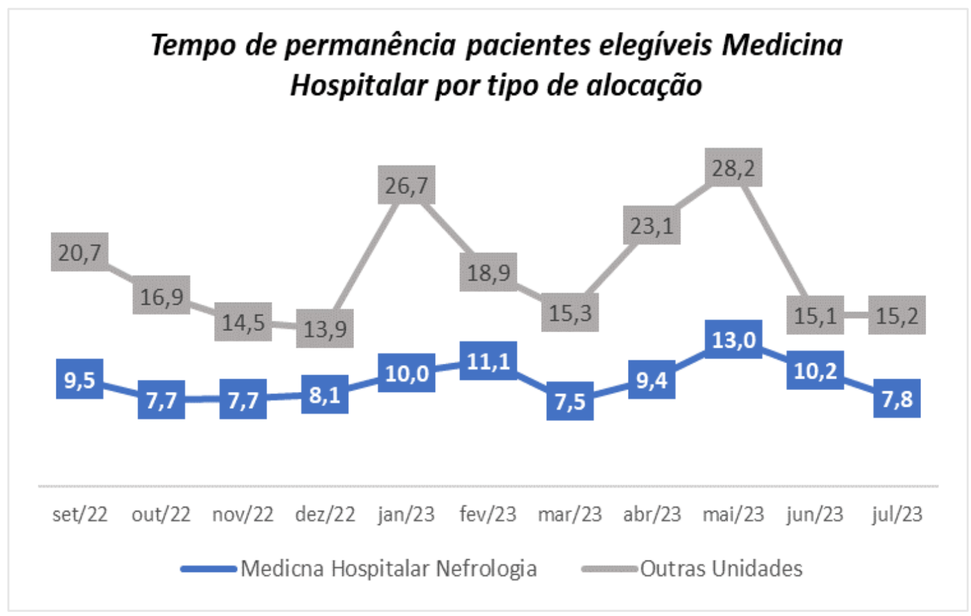
A medicina hospitalar na especialidade de nefrologia foi implantada em setembro de 2022. A análise de indicadores como passagem pelos setores centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva são importantes pois claramente demonstram o grau de complexidade do paciente acompanhado.

O tempo médio de permanência dos pacientes da referida especialidade era de 10,6 dias nos 12 meses que antecederam o projeto. Após 9 meses de projeto houve redução de 7% do TMP da nefrologia geral, que passou de 10,6 para 9,9 dias. Desafios na alocação dos pacientes secundários à alta demanda hospitalar elevaram o TMP dos pacientes inseridos no projeto em 2023 para 12,6 dias porém sem impacto negativo no TMP geral da especialidade.



Número de altas hospitalares de pacientes da medicina hospitalar por mês

.



Tempo médio de permanência dos pacientes da medicina hospitalar comparados a pacientes com mesmo perfil em outras unidades por mês

CONCLUSÕES

A medicina hospitalar é uma ferramenta de gestão de cuidado eficaz de eficiência operacional em pacientes de alta complexidade quando comparados pacientes de mesmo perfil, nota-se que a eficácia é mantida quando aplicada em especialidades médicas específicas.

REFERÊNCIAS

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalist” in the American health care system. *N Engl J Med.* 1996;335:514-517.
Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 Years later. *JAMA.* 2002;287:487-494.

A melhora de indicadores assistenciais com a participação de multiplicadores de boas práticas na UTI

Andreia Duque Amorim, Sabrina Capeletti, Viviane Boneli

INTRODUÇÃO

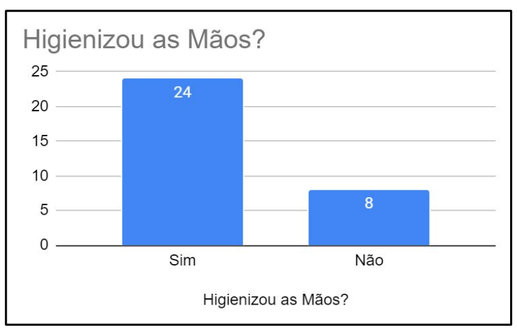
Em uma unidade de terapia intensiva, onde os processos devem ser alinhados e padronizados, a qualidade assistencial depende que todos tenham o mesmo entendimento sobre a importância de boas práticas à beira leito, para tanto, o engajamento da equipe técnica se faz indispensável para a obtenção de resultados positivos.

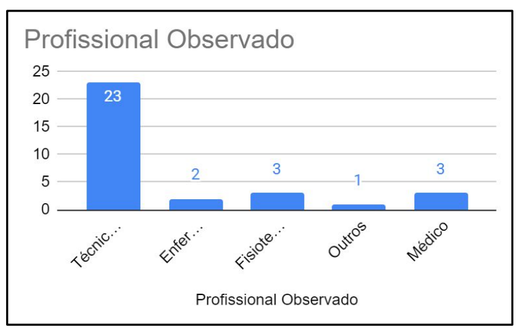
METODOLOGIA

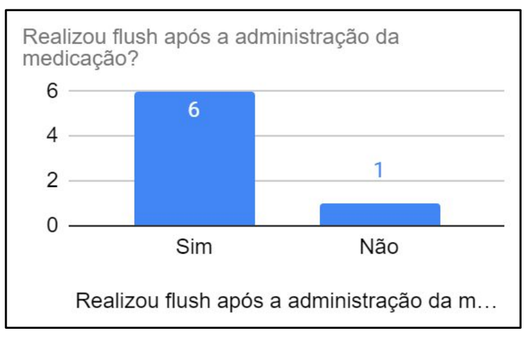
O objetivo foi oportunizar por meio de um projeto inovador a participação da equipe técnica nas ações, capacitações e vigilâncias dos processos dentro da terapia intensiva de forma espontânea, através de um grupo de técnicos de enfermagem que denominamos “Multiplicadores de boas práticas da UTI” com foco na evolução positiva dos indicadores assistenciais.

Em setembro de 2022 foi aberto um processo seletivo para os técnicos de enfermagem da UTI, os interessados se inscreveram espontaneamente, realizaram uma prova e uma entrevista e ao término do processo, foram um total de 16 técnicos de enfermagem selecionados, estes foram capacitados sobre as boas práticas básicas dos processos assistenciais da unidade para assim multiplicarem com seus pares à beira leito. Também foram criados formulários no google forms de algumas vigilâncias dos indicadores de processo em paralelo com os bundles do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, fundamentais para UTI como: Bundle de IPCS (Infecção primária de corrente sanguínea), Bundle da PAV (Pneumonia associada à ventilação), Bundle de Prevenção de LPP (Lesão por pressão) para serem realizadas pelos multiplicadores.

Capacitação realizada com os multiplicadores juntamente com o CCIH.



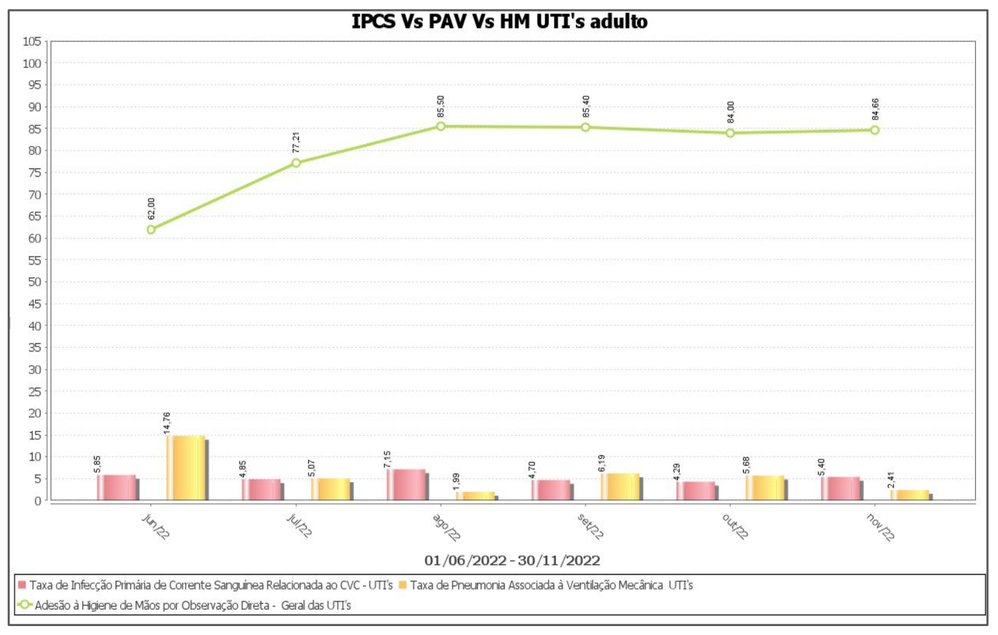




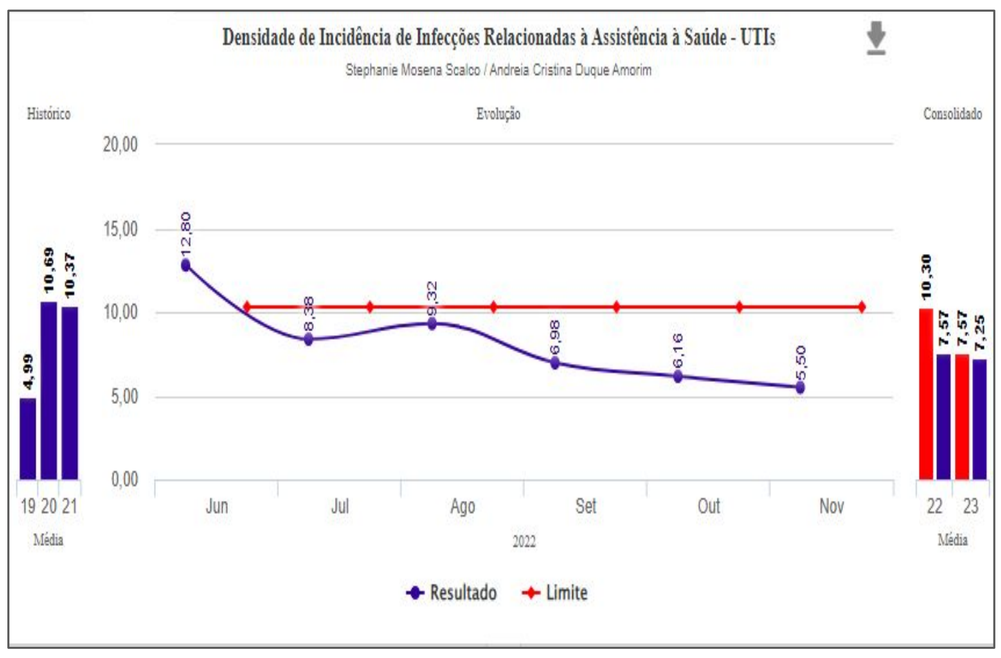
Controle de adesão da higiene das mãos e de manipulação de cvc realizados pelos multiplicadores .

RESULTADOS

O projeto foi iniciado em setembro de 2022 com alguns indicadores acima do limite previamente estabelecido, observou-se uma redução do limite no indicador de IPCS de 5,77% para 3,3%, PAV de 8,45% para 3,5% e a meta adesão à Higiene de mãos aumentou de 70% para 85%, além da mudança de comportamento da equipe assistencial, não somente dos multiplicadores, mas também, na interação deles com suas equipes. Os multiplicadores, não só auxiliam na disseminação de boas práticas, como também realizam vigilância de boas práticas, produzindo dados para avaliação de eficácia das capacitações realizadas.



Indicador de adesão de HM com densidade de incidência de IPCS e PAV antes e após o início do projeto Multiplicadores da UTI



Indicador da densidade de incidência de IRAS - antes e após o projeto Multiplicadores da UTI

CONCLUSÕES

Evidenciou-se em poucos meses a melhora de alguns indicadores assistenciais com a implantação de um projeto engajador e inovador na UTI, esses indicadores refletem a qualidade assistencial e uma mudança na cultura dos colaboradores sobre a importância de se ter processos padronizados e com a participação de todos.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, ANVISA 2017.
Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, ANVISA 2013

A PROMOÇÃO DO ENGAJAMENTO PÚBLICO-PRIVADO ATRAVÉS DO CUIDADO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM UM CÂNCER CENTER BRASILEIRO

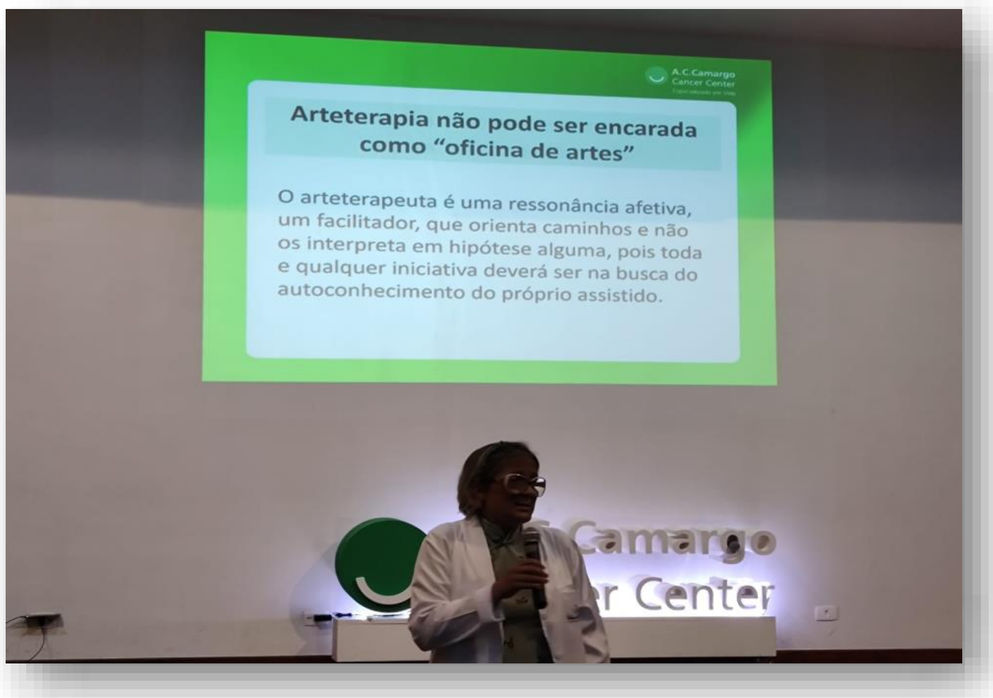
Ricardo Monezi, José Claudio Casali da Rocha, Ana Lucia da Silveira Franco, Antonio Eduardo Antonietto Junior

INTRODUÇÃO

Seguindo tendências e diretrizes internacionais da década de 2000, especialmente a publicação de um guia orientador pela Organização Mundial de Saúde, foi instaurada em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo "conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados" com as denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC). A partir dessa iniciativa, foi possível verificar o crescente interesse de diversos hospitais privados, especialmente daqueles que prestam atendimentos à pacientes SUS, pela integração dessas técnicas às condutas terapêuticas convencionais. O Objetivo do presente trabalho é apresentar um modelo de promoção de engajamento público-privado, através do cuidado com as Práticas Integrativas e Complementares em um Cancer Center brasileiro.

METODOLOGIA

De maneira a contemplar todos os públicos atendidos, sejam oriundos do SUS, da saúde suplementar ou particulares, a instituição vem estruturando os cuidados através das Práticas Integrativas e Complementares de forma racional, analisando as modalidades mais apropriadas às demandas dos pacientes e que apresentem dados científicos que demonstrem evidências a respeito de sua segurança, eficácia e efetividade.



Sessão de Arteterapia realizada em julho de 2023 – A.C.Camargo Cancer Center – Unidade Antônio Prudente

Aula de Yoga realizada em julho de 2023 – A.C.Camargo Cancer Center – Unidade Tamandaré

RESULTADOS

Processos de gestão foram estruturados visando a organização da oferta dos cuidados que tem a possibilidade de se integrar à todas as etapas da jornada do paciente oncológico. Atualmente, são ofertados a todos os pacientes as seguintes Práticas Integrativas e Complementares: Arteterapia, Yoga, Reiki e Terapia baseada em dança. A adesão do público, de todos os seguimentos, é expressiva e crescente, podendo ser exemplificada pelos 1615 atendimentos com Reiki realizados no período de 3 de abril a 3 de agosto de 2023. Os feedbacks fornecidos pelos usuários ressaltam que as Práticas Integrativas e Complementares colaboram para seu bem-estar e para o reforço do sentimento de equidade no cuidado.

Cuidado através do Reiki realizado em julho de 2023 – A.C.Camargo Cancer Center – Unidade Antônio Prudente

Grupo de Terapia baseada em dança A.C.Camargo Cancer Center – Unidade Tamandaré

CONCLUSÕES

As PIC demonstram ser importantes ferramentas de cuidado quando integradas as condutas médicas convencionais, ao estimularem a aderência dos pacientes aos seus tratamentos e proporcionando qualidade de vida. O modelo de promoção de engajamento público-privado, através do cuidado com as PIC, se demonstra exitoso, especialmente quando são verificados que princípios como a universalidade, integralidade e equidade são mais percebidos pelos pacientes, seus familiares e colaboradores.

CONTATO

ricardo.monezi@accamargo.org.br

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso. 2. ed. – Brasília : Ministério da saúde, 2015. 96 p. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf> Acesso em 26 de setembro de 2023

P Siegel, NF Barros. O que é a Oncologia Integrativa? Cad. saúde colet. 21 (3), Set 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TkLyY3qYywK3bwTPkXZQKyc/> Acesso em 26 de setembro de 2023

A TECNOLOGIA DA AVALIAÇÃO DA HIGIENE DAS MÃOS: UM AVANÇO NA PREVENÇÃO DE IRAS

Lívia Santos Faria, Fernando N. de Oliveira, Euclydes Domingues Garcia Florentino, Glaucia Fernanda Varkulja

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um grande desafio e um problema grave, exigindo a adoção de ações efetivas de prevenção e controle pelos serviços de saúde. As IRAS ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, contribuindo com redução na qualidade de vida, além de significativo impacto relacionado a tempo de internação e custos para os sistemas de saúde. As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais de saúde, pois são executoras das atividades realizadas durante o cuidado assistencial. A segurança do paciente depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos destes profissionais.

METODOLOGIA

Em maio de 2023, o hospital Santa Catarina realizou uma campanha referente ao dia mundial de higiene das mãos. Foram realizadas diversas ações, sendo que uma delas com apoio de uma empresa de segmento médico-hospitalar, que promove tecnologia em saúde, localizada no estado de São Paulo, foi utilizado uma tecnologia de um sistema informatizado para avaliar a técnica de higiene das mãos. A identificação de usuário foi personalizada baseada por radiofrequência, um sistema de relatórios totalmente personalizável por categoria profissional.

Scanner emprega uma exposição à luz UV-A inofensiva

RESULTADOS

Total de 387 avaliações imediatas da técnica de fricção das mãos. Realizamos feedback rápido e objetivo, baseado no resultado da taxa de adequação da técnica liberado pelo software e avaliação das áreas das mãos que não foram realizadas a técnica adequada. O relatório gerou uma média hospitalar de 87,9% de assertividade na técnica de higiene das mãos e o passo mais perdido foi área dos polegares. A categoria profissional técnico de enfermagem, foi classificada com o melhor desempenho na técnica de higiene de mão, gerando 91% de assertividade.

CONCLUSÕES

A tecnologia vai ajudar a promover a melhor avaliação da higienização das mãos de forma rápida e efetiva, gerando mudança comportamental e com economia de tempo, garantindo o aumento da amostragem e esforço no treinamento.

REFERÊNCIAS

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

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Unidade de Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. MMWR. 2002; 51:1-56.

A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO APLICADA AO BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Lívia Santos Faria, Eric Oliveira Leite, Fernanda Patrícia dos Santos, Priscila Paulon Tanaka

INTRODUÇÃO

As Infeções de Sítio Cirúrgico (ISC) são aquelas que acometem tecidos e órgãos incisados e cavidades manipuladas durante um procedimento cirúrgico, ocorrendo nos primeiros 30 dias do pós-operatório ou em até um ano. Apesar das melhorias nas técnicas cirúrgicas e nas práticas de controle de infecção, as ISC correspondem de 14 a 16% de todas as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Brasil. A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente tem sido foco de discussões nacionais e internacionais e, neste sentido, os serviços de saúde necessitam planejar e executar medidas eficazes para prevenção de incidentes e eventos adversos durante a assistência à saúde. A adoção e inserção de modelos tecnológicos vem acontecendo em uma escala crescente em diferentes setores, propiciando, maiores investimentos em TI, implementando e criando sistemas mais ágeis para auxilio no suporte à decisão e democratização da informação. Incorporar a Tecnologia de Informação (TI) para ampliar as avaliações de todas as cirurgias realizadas, mensurar a taxa de adesão das medidas de prevenção e executar de forma mais efetiva a educação em saúde.

METODOLOGIA

A ferramenta foi desenvolvida para analisar à adesão as medidas de prevenção de ISC de todas as cirurgias realizadas em uma instituição de saúde da cidade de São Paulo. Otimizando o tempo homem-hora de trabalho da equipe interdisciplinar, evidenciando as fragilidades do processo de forma mais ampla, efetiva e prática. Garantindo de forma contínua a qualidade do cuidado e da segurança do paciente em cada procedimento cirúrgico.

RESULTADOS

O estudo constitui uma aproximação entre a área da saúde e a ciência da informação. Utilizando banco de dados como ponto de ligação entre essas áreas, permitindo mapear de forma ágil o controle das medidas de prevenção e otimizando o tempo para educação em saúde.

CONCLUSÕES

A informatização do processo possibilitou maior efetividade no controle das cirurgias e na prevenção das infecções. Os dados eram compilados de forma manual e apenas dos casos notificados de ISC. A TI possibilitou maior envolvimento no trabalho interdisciplinar, com reuniões informativas para tomada de decisões e de feedback, treinamentos in loco, auditorias para evidência e identificação precocemente os fatores de risco para prevenção das infecções do sítio cirúrgico.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA; 2017.

Domenico EBLD, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev. Latino-Am.Enfermagem [Internet]; 2003 [Citado 2015 Abr 24];11(1):115-8. Disponível em: http://www.scielo.br/

Porciuncula CS. A modernização tecnológica no setor público: a experiência de cooperação. Porto Alegre; 2001.p.31-6

A utilização do business intelligence (B.I) no gerenciamento do Protocolo de Sepse.

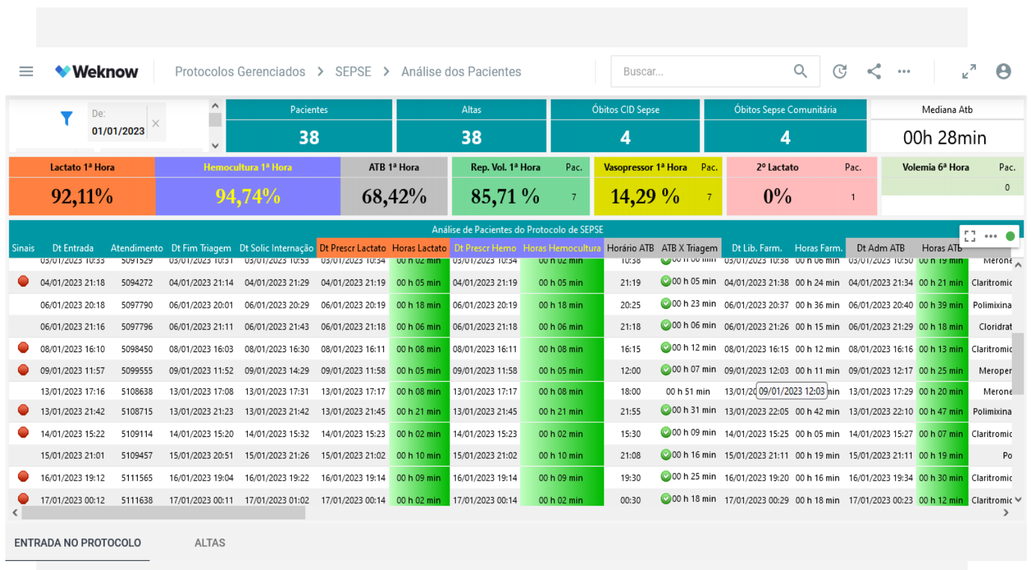
Drielly Costa, Andrei Barcelar, Fernando Monteiro

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que cerca de 240 mil mortes ocorrem no Brasil anualmente como consequência da Sepse, configurando como uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia. **Objetivos:** Evidenciar a melhoria dos indicadores de tempo porta-antibiótico e taxa de mortalidade hospitalar por sepse comunitária em um Hospital privado de Belém - Pará como resultado da utilização do *BI* no gerenciamento do Protocolo de Sepse.

METODOLOGIA

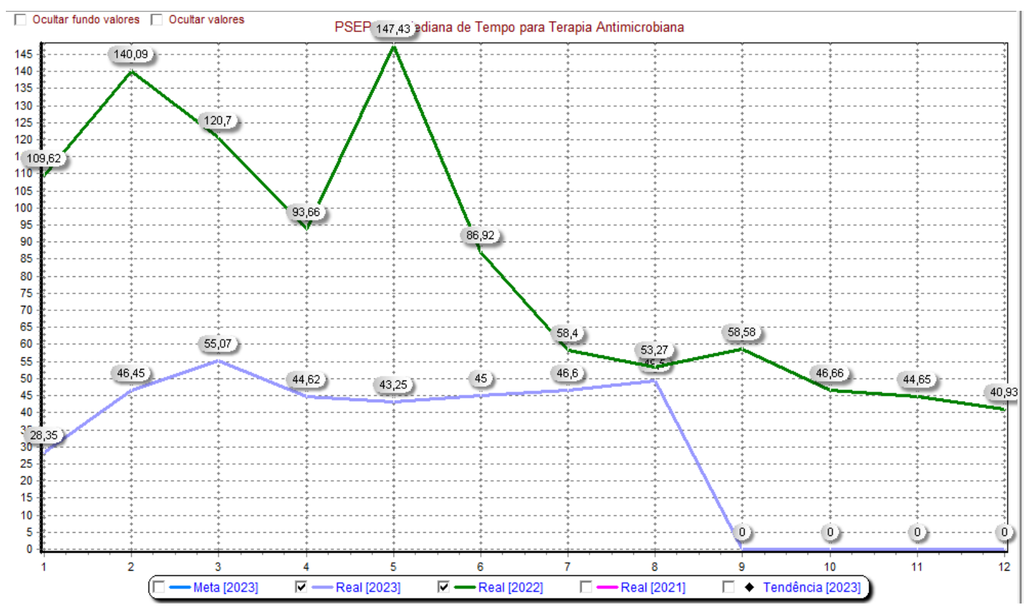
Realizada revisão da série histórica de janeiro a 2021 a janeiro de 2022 dos indicadores do protocolo de sepse implantado no Hospital. Em fevereiro de 2022 foram realizadas reuniões com representantes das Unidade de Emergência e Qualidade, para apresentação e definição do método de gestão em quatro passos PDCA (*Plan, Do, Check, Act),* a ser utilizado para identificação de oportunidades, controle e manutenção de melhoria contínua de processos, em seguida novos fóruns com a participação de representantes das: Unidade de Internação, Unidade de Terapia Intensiva, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Unidade de Emergência, Diretoria Técnica e Qualidade para discussão e implementação das modificações no protocolo de Sepse já existente na Instituição. Dentre as principais modificações, destacam-se:1) Revisão do fluxo de atendimento ao paciente com sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e Sepse. 2) Mapeamento da rotina de prescrição médica na Emergência para os pacientes elegíveis ao Protocolo e cadastro no Sistema (prontuário eletrônico) da “Prescrição Protocolo” contendo o pacote de medicamentos e exames indicados para os casos diagnosticados como Sepse, 3) Treinamento do protocolo com as equipes assistenciais, 4) Definição precisa do momento de início do protocolo por meio do registro no prontuário eletrônico e criação dos painéis de *business intelligence* (B.I) para monitoramento em tempo real, 5) Disponibilização de todos os antibióticos, elencados no protocolo, na Farmácia satélite da Unidade de Emergência; 6) Alinhamento com o serviço de laboratório sobre os tempos do protocolo e necessidade de priorização no atendimento, e a implantação da sinalização visual de acionamento para coletas laboratoriais, 7) Monitoramento e reporte diário, pela Qualidade e Coordenação da Unidade de Emergência, do gerenciamento do protocolo para a equipe assistencial.



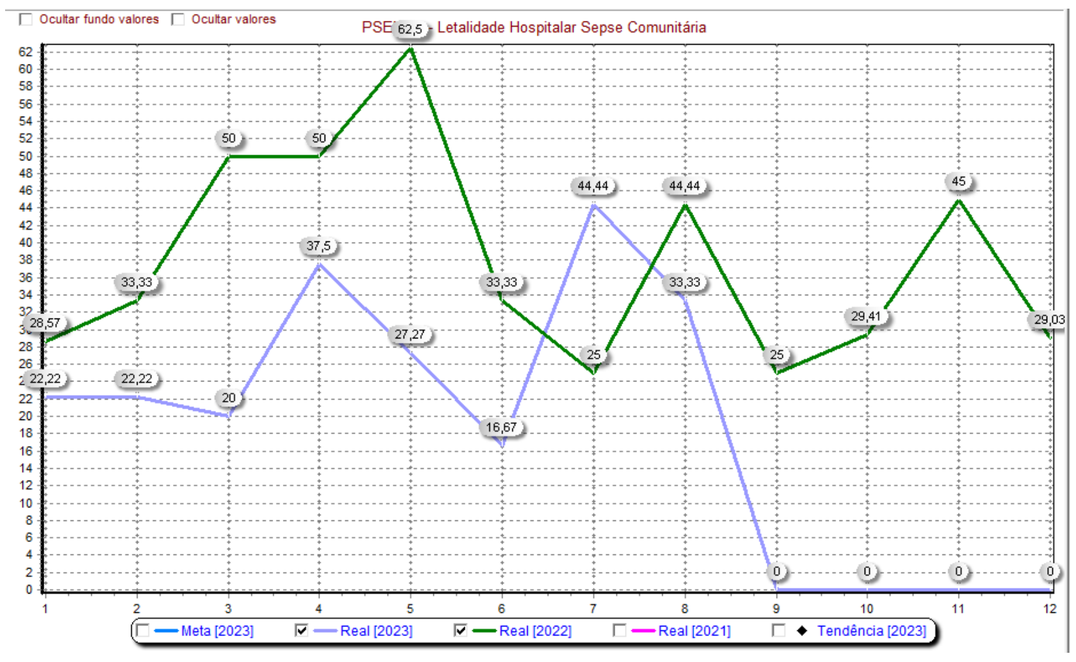
Legenda: painel de B.I para monitoramento em tempo real dos pacientes elegíveis ao protocolo de sepse.

RESULTADOS

Com a implantação das estratégias definidas na metodologia obteve-se melhoria importante nos indicadores globais do protocolo de sepse, em especial os indicadores de efetividade demonstraram os resultados mais expressivos, sendo eles: **a redução da mediana do tempo Porta-Antibiótico de 147 minutos em maio de 2022 para 43 minutos em maio de 2023 e a redução da taxa de mortalidade hospitalar por Sepse Comunitária de 62,50% em maio de 2022 para 27,27% em maio de 2023.** Outros marcadores gerenciados pelo protocolo e com impacto para o cumprimento do pacote de “prescrição protocolo” como a solicitação de hemoculturas e a dosagem de lactato em até uma hora apresentaram aumento significativo na adesão, progredindo respectivamente, a taxa de adesão de 49,15% no primeiro semestre de 2022 para 92,31% no primeiro semestre de 2023, e de 52,78% para 91,67% no mesmo período.



Legenda: gráfico com a redução da mediana do tempo porta-antibiótico de janeiro de 2022 (linha na cor verde) a agosto de 2023 (linha na cor azul).



Legenda: gráfico com a redução da taxa de mortalidade por sepse comunitária ano de 2022 (linha na cor verde) ano de 2023 (linha na cor azul).

CONCLUSÕES

A adoção de diretrizes médicas validadas em literatura aliado a implantação de ferramentas monitoramento por B.I promoveu o aprimoramento na coleta, organização, análise, reporte e monitoramento de dados dos pacientes atendidos no protocolo de Sepse no Hospital, proporcionando, desse modo, o suporte necessário para o gerenciamento e tomada de decisão em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS

Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, Machado FR,McIntyre L, Ostermann M, Prescott HC et al: Surviving sepsis campaign: internationalguidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med 2021,47(11):1181-1247.

A VOZ DO PACIENTE A PARTIR DO USO DE UMA PLATAFORMA DIGITAL DE ENGAJAMENTO PARA A SUA SEGURANÇA

Cassiana Gil Prates; Melissa de Freitas Luzia; Salvador Gullo-Netto

INTRODUÇÃO

A voz do paciente é o alicerce do movimento em prol da segurança. Engajar o paciente no seu autocuidado, instruindo-o para que seja capaz de evitar a ocorrência de um evento adverso é um grande desafio. O Objetivo deste estudo foi analisar os resultados da implantação de uma plataforma digital educativa e de engajamento do paciente acerca da sua segurança.

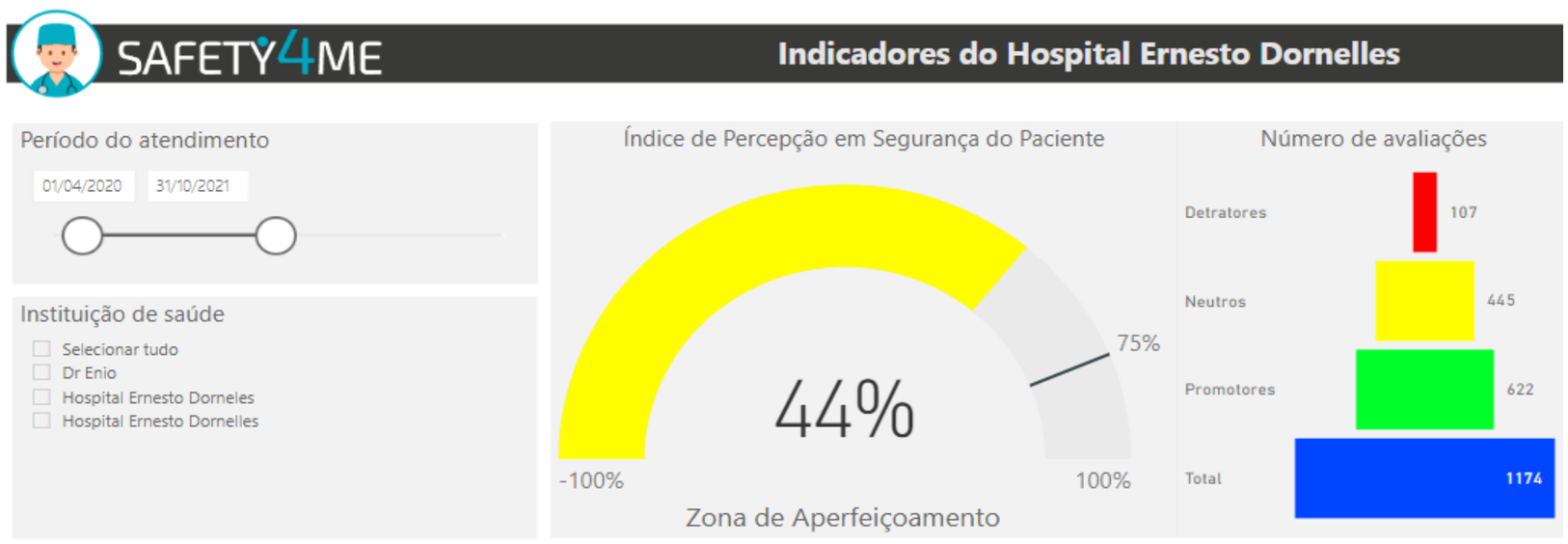
METODOLOGIA

Relato de experiência em um hospital do sul do Brasil sobre a implantação de uma plataforma que oportuniza a educação dos pacientes sobre as metas de segurança e a avaliação da instituição, a partir de um índice de percepção em segurança do paciente (IPSP), possibilitando, ainda, que o mesmo realize notificações ao núcleo de segurança da instituição. O período foi de abril de 2020 a abril de 2023, estratificado em dois para comparação da sua evolução (período 1, de abril de 2020 a outubro de 2021 e período 2, de novembro de 2021 a abril de 2023).

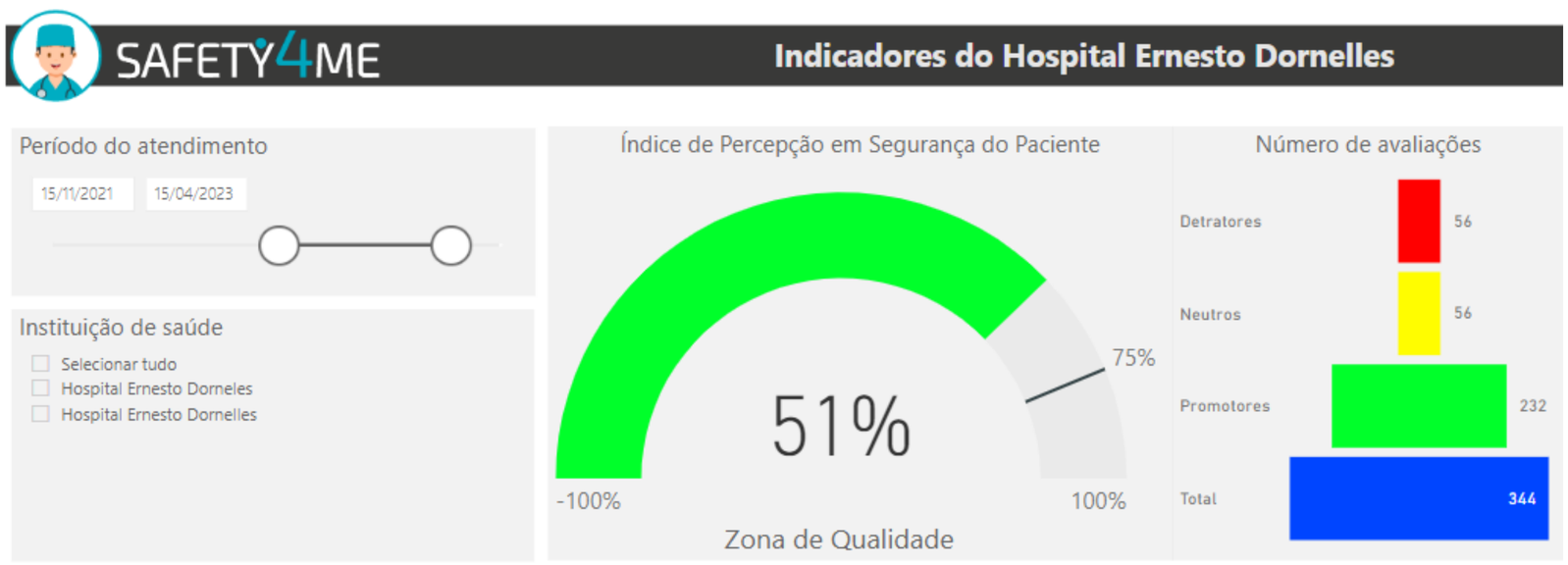
RESULTADOS

A implantação foi operacionalizada pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos, setor responsável pela disseminação da Política de Segurança do Paciente.A metodologia incluiu a realização de visitas aos pacientes nas unidades de internação para uma breve explanação sobre segurança do paciente, apresentação da plataforma e entrega de um flyer, estimulando o paciente e sua família a aderirem à plataforma. O monitoramento foi feito mediante análise de um *dashboard*. Todos os relatos (eventos, reclamações e elogios) foram encaminhados para os gestores das áreas envolvidas e, um feedback fornecido para os pacientes. Foram realizadas 1.518 avaliações e 125 relatos ao serviço. O IPSP foi de 44% no primeiro período (zona de aperfeiçoamento) e 51% no segundo (zona de qualidade). Avaliando as diferentes metas de segurança pelo Net Promoter Score da Segurança do Paciente, o NPS-S, nenhuma meta atingiu a zona de qualidade no primeiro período, sendo a mais crítica comunicação entre equipes (30%). No segundo período, o NPS-S evoluiu em todas as metas, com exceção da prevenção de quedas, atingindo a zona de qualidade na meta identificação correta (62%) e cirurgia segura (58%). Dos relatos, 42,4% foram notificações de eventos, 41,6% reclamações e 16% elogios.

Webapp Safety4me:
https://app.safety4me.com/#/checkin_privacy_policy_page



Dashboard Índice de Percepção em Segurança do Paciente – IPSP período 1(abril 2020 a outubro 2021)



Dashboard Índice de Percepção em Segurança do Paciente – IPSP período 2 (novembro 2021 a abril 2023)

CONCLUSÕES

A implantação da plataforma contribuiu para alavancar o engajamento dos pacientes na coprodução dos cuidados em saúde, oportunizando aos profissionais o conhecimento sobre a percepção do paciente quanto às ações de segurança implantadas na organização. O caminho para a zona de excelência requer a consolidação de uma cultura de segurança do paciente e, nesse sentido, para que avanços sejam de fato evidenciados, a voz do paciente precisa ser ouvida.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial de Saúde. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030: para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: 2021.
Gullo Neto, S., Greiner, P. Patient Experience on International Safety Goals Using Adapted Net Promoter Score - NPS-S. Acta Scientific Medical Sciences 5.1 (2021).

ABORDAGEM MULTIFORMATOS PARA ADEQUAÇÃO AO PROTOCOLO DE PROFILAXIA CIRÚRGICA

Diego Rodrigues Falci, Marina de Almeida, Fernanda Loss Baldassari, Olavo Neto

INTRODUÇÃO

A prevenção das infecções do sítio cirúrgico (ISCs) é uma ação fundamental para a obtenção de melhores desfechos cirúrgicos, satisfação dos clientes e otimização do uso dos recursos hospitalares. Para tanto os serviços de controle de infecção implementam diversas ações, entre elas a adequação aos protocolos de profilaxia cirúrgica, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Objetivo:** Determinar o resultado de uma abordagem em multiformatos para fins de adequação à profilaxia cirúrgica de hospital terciário de médio porte do Rio Grande do sul.

METODOLOGIA

A adequação é mensurada através de informações relacionadas a administração em até 30 minutos antes da cirurgia, repique quando tempo cirúrgico superior a 4 horas e suspensão da profilaxia em até 24 horas após procedimento. Foram mensuradas de forma retroativa as taxas de adequação antes e após a instituição de estratégia de comunicação multiformatos, através da captura de dados das fichas anestésicas digitalizadas, em prontuário eletrônico de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, no período de maio a junho de 2023 (Figura1). A estratégia multiplataforma consistiu em: comunicação através de infográficos (Figura 2), mensageiros eletrônicos, telefone e contato presencial com os cirurgiões e anestesistas.

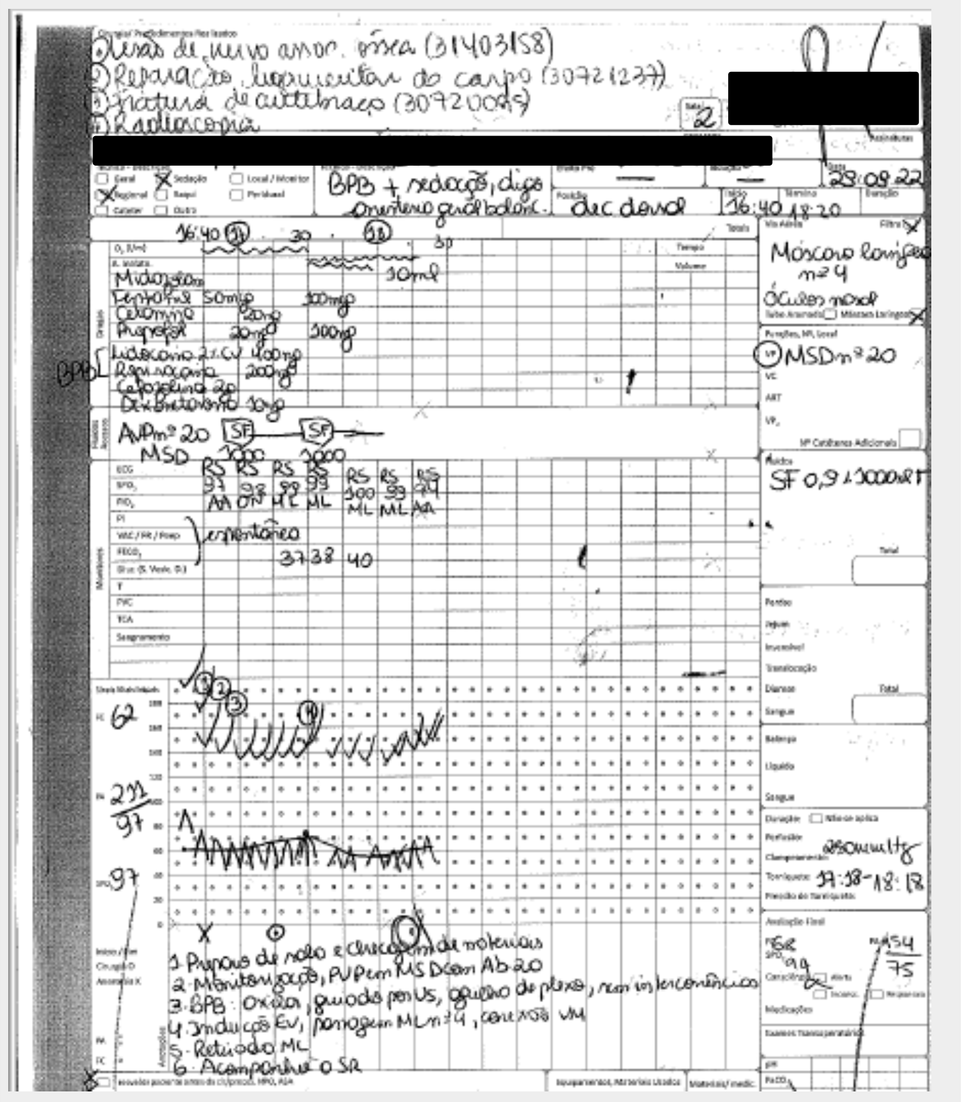


Figura1: Ficha anestésica digitalizada com informações avaliadas, contendo medicamentos utilizados, horário de início de administração e início de procedimento

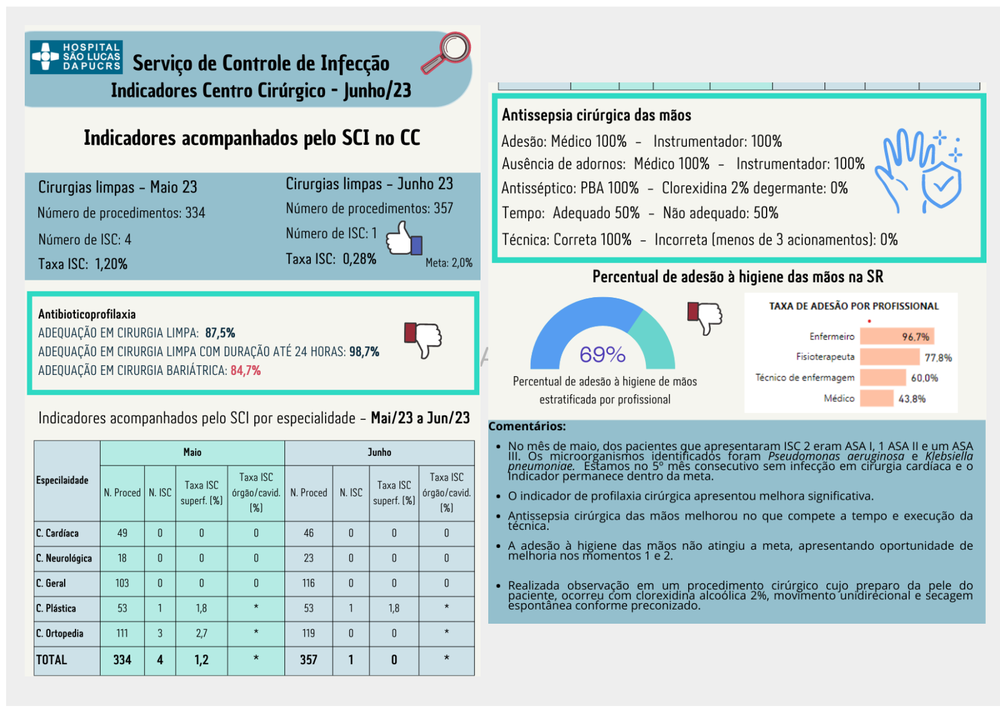


Figura 2: Modelo de infográfico utilizado na comunicação digital com as equipes.

RESULTADOS

Foram avaliados 323 prontuários, sendo 163 pré e 160 pós-intervenção. Nas avaliações pré-intervenção, 74,8% das folhas anestésicas mostraram adequação ao protocolo de profilaxia cirúrgica. Após a intervenção com a estratégia de comunicação multiformatos, foi observada adequação ao protocolo de 87,5%, superando a meta institucional de 80% (Gráfico 1). Observou-se melhora na administração de antibioticoprofilaxia apropriada nas diferentes equipes cirúrgicas: neurocirurgia, de 50 para 79%; cirurgia do aparelho digestivo, de 70 para 85%; e ortopedia e traumatologia, de 81 para 95%. Durante todo o período avaliado, a taxa de suspensão dos antimicrobianos após 24 horas de uso foi de 98%.

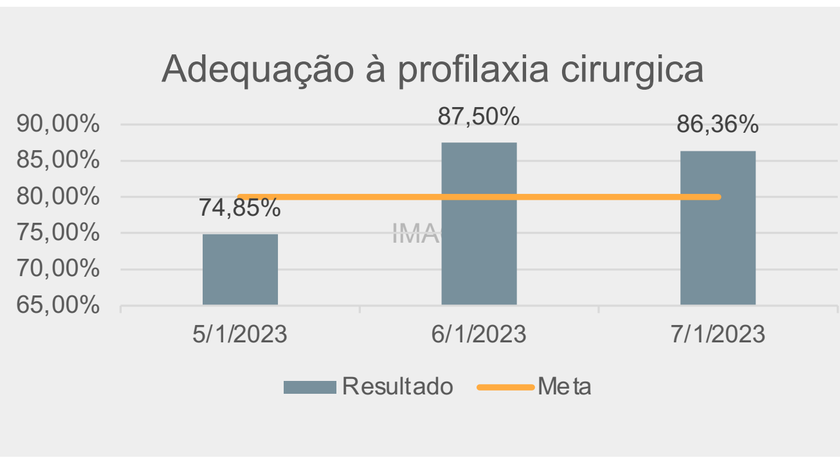


Gráfico 1: Adequação a profilaxia cirúrgica antes e após intervenção multiformatos, tendo como meta 80% de adequação.

CONCLUSÕES

O processo de comunicação com as equipes cirúrgicas mostrou-se eficaz quando utilizado o modelo multiplataformas pois conseguiu alcançar um maior número de profissionais médicos, independente das ferramentas de comunicação utilizadas. Desta forma proporcionou-se um maior engajamento com o processo de prevenção de infecção e aumento do vínculo das equipes com o controle de infecção.

REFERÊNCIAS

ZUCCO et al. Adherence to evidence-based recommendations for surgical site infection prevention: Results among Italian surgical ward nurses. PLoS One. 2019 Sep 26;14(9):e0222825. doi: 10.1371/journal.pone.0222825. PMID: 31557219; PMCID: PMC6762080.
OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente cirurgias seguras salvam vidas. ISBN 978-85-87943-97-2, pág 11 à 23. 1ª edição. 2009.
Brasil. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017
Rosa R, Sposato K, Abbo LM. Preventing Surgical Site Infections: Implementing Strategies Throughout the Perioperative Continuum. AORN J. 2023 May;117(5):300-311. doi: 10.1002/aorn.13913. PMID: 37102746.
Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, Bratzler DW, Dellinger EP, Greene L, Nyquist AC, Saiman L, Yokoe DS, Maragakis LL, Kaye KS. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 Jun;35(6):605-27. doi: 10.1086/676022. PMID: 24799638; PMCID: PMC4267723.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

ACESSO VENOSO SEGURO EM AMBULÁTORIO DE ONCOLOGIA PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.

Eunice Cristina de Souza, Dayana Hiromi Brancatti Yabase, Debora Cristina de Oliveira, Paulo Machado Rodrigues,

INTRODUÇÃO

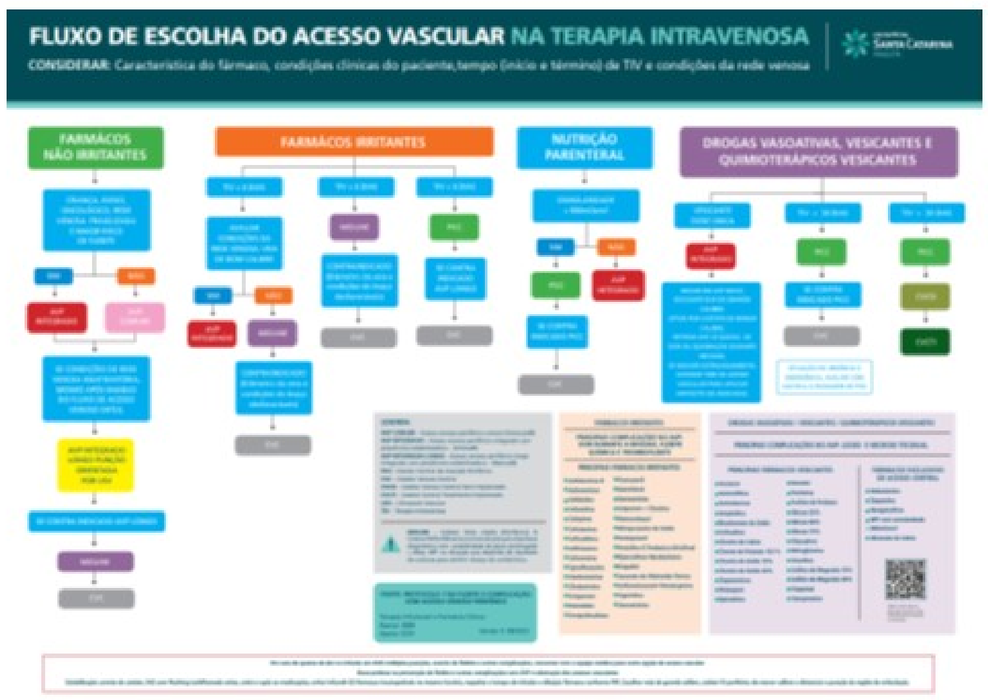
A terapia antineoplásica mais utilizada para tratamento do câncer é por via intravenosa, podendo ser administrada por meios de acessos venosos periféricos (AVP) ou centrais (CVC), sendo passível de intercorrências como flebite e extravasamentos. Assim, uma enfermagem experiente nas características dessas drogas é capaz de minimizar intercorrências.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa para a avaliação do uso do Painel de Fluxo de Escolha do Acesso Vascular na Terapia Intravenosa (TIV) conforme estabelecido pelas Diretrizes Práticas para Terapia Intravenosa da Infusion Nurses Society Brasil. No período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023, foi realizado um levantamento de dados dos prontuários eletrônico de 10 pacientes em tratamento antineoplásico. Baseado no resultado desta coleta de dados elaboramos um instrumento sistematizado com revisão de literatura e as Diretrizes Práticas para Terapia Intravenosa. Contendo as seguintes variáveis: característica das medicações, idade, comorbidades, tratamento antineoplásico anterior, esquema terapêutico de infusão, tempo de tratamento, se acesso vascular visível ao uso de venoscópio, integridade do acesso e da pele.

As variáveis eram pontuadas conforme resultado com valores de 0 a 50 pontos, classificando a conduta da escolha do tipo de acesso sendo: escore menor que 30 indicado cateter venoso periférico, de 31 a 50 pontos utilização de cateter venoso central de inserção periférica e acima de 51 pontos necessidade de implantação de cateter totalmente implantado (port).

Imagem 1 - Fluxo de escolha de acesso vascular (TIV)



Das pacientes com indicação para cateter central, houve uma recusa do médico na indicação seguindo com AVP, tendo conduta registrada em sistema. Com relação as pacientes com indicação de AVP, tivemos uma não adesão ao resultado do instrumento com o médico titular recomendando a passagem do CVC. Sendo assim, totalizamos 80% das pacientes avaliadas foram indicadas e realizaram tratamento com CVC e 20% em AVP, com uma taxa de adesão ao instrumento de 80%.

Tabela 1. Distribuição de variáveis das pacientes submetidas a avaliação do instrumento

Variáveis	n		%
Sexo			
Feminino	10		100%
Masculino	0		0
Faixa etária			
39 – 49 anos de idade	6		60%
50 – 59 anos de idade	2		20%
60 – 69 anos de idade	2		20%
Comorbidade prevalente			
Tireoideopatia	5		50%
Outras	5		50%
TVP previo	0		100%
Caracteristicas da droga			
Vesicante	5		50%
Irritante	10		100%
Imunoterapia	1		10%
Venoscopio com rede venosa visivel			
Sim	9		90%
Não	1		10%
Esquema terapeitico			
Acima de 2h	10		100%
Tempo de tratamento			
Acima de 6 meses	9		90%
Abaixo de 6 meses	1		10%

Imagem 2 – Instrumento de Avalição de Acesso Seguro automatizado no sistema eletrônico.

Perguntas	Respostas
DIAGNÓSTICO	Neoplasia de mama
PROTOCOLO	AC
CARACTERÍSTICA DAS DROGAS	Vesicante
IDOSO	SIM
COMORBIDADES	Sim
TVP PRÉVIA	NAO
TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO OU IMUNOTERÁ	NAO
ESQUEMA TERAPÊUTICO DE INFUSÃO	Acima de 2h
TEMPO DE TRATAMENTO	Acima de 6 meses
VENOSCÓPIO COM REDE VENOSA VISÍVEL	Sim
REDE VENOSA	Prejudicada
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	Não
RESULTADO	170
INTERPRETAÇÃO	CATETER VENOSO TOTALMENTE IMPLANTADO
INTERVENÇÃO	COMUNICAR A EQUIPE MÉDICA TITULAR DO PACIENTE PARA INDICAÇÃO DO ACESSO CENTRAL

RESULTADOS

Aplicamos o instrumento em 10 paciente com neoplasia de mama em início de tratamento quimioterápico endovenoso, tendo como resultado a indicação de 80% para uso de cateter venoso central totalmente implantado e 20% seguir com tratamento em acesso venoso periférico.

CONCLUSÕES

Concluímos, que a aplicação do instrumento trouxe melhoria no processo da linha do cuidado, trazendo evidencias na discussão com equipe médica, no que diz respeito a escolha do acesso venoso seguro mais adequado desde o inicio da terapia antineoplásica em pacientes com tratamento para o diagnóstico de câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER INCA estimativa do triênio 2023-2025, Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima, 02/01/2023; 2- FREITAS, K.A.B; POPIM, R.C. **Manual de Extravasamento de Antineoplásico**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-SP,2015. 3 -LIMA, E.D.R.P.; BRITO, C.D.B. Dispositivos Intravascular Periférico Curto Mais Seguro para Infusão de Quimioterápicos Antineoplásicos Vesicantes: O que a literatura diz. Reme – Rev. Min. Enferm.;16(2): 275-279, abr./jun., 2012. 4- VASQUES, C. I., REIS, P.E.D. e CARVALHO, E. C. Manejo do Cateter Venoso Central totalmente implantado em pacientes oncológicos. Acta Paul Enferm. 2009; 22(5):696-701. 5- SILVA, M.M. e CIRILO, J.D. A Visão dos Enfermeiros Acerca dos Acessos Venosos para Administração da Quimioterapia. Rev enferm UFPE on line, Recife, 8 (7):1979-87, jul., 2014.

ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE E FAMÍLIA NO PÓS-ALTA DO PRONTO ATENDIMENTO

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Lúcia Gonçalves Martins, Lilian Rabello Calderoni Nogueira, Getúlio Gregório, Euclydes Garcia Domingues Florentino

INTRODUÇÃO

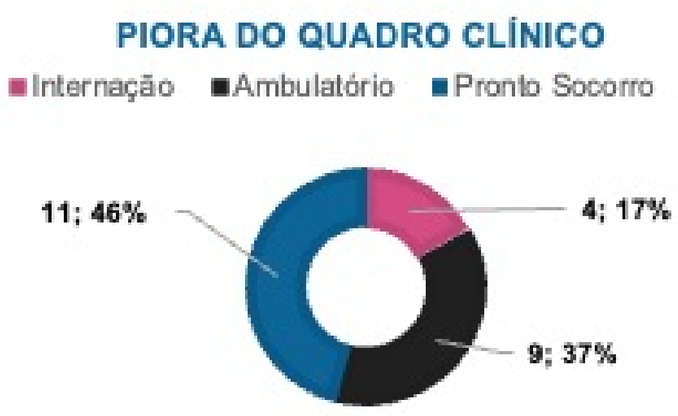
A eficácia e a qualidade dos serviços de saúde em um hospital não se limitam ao atendimento inicial, mas também abrangem o cuidado oferecido aos pacientes após a alta. Nossa unidade de Pronto Atendimento Infantil e Adulto implementou um sistema de acompanhamento pós-alta que incluiu o uso de comunicação hospitalar por telefone. Analisou-se o número de atendimentos hospitalar realizados entre os meses de janeiro a dezembro de 2022 na unidade de Pronto Atendimento Infantil e Adulto. Após alta, utilizou-se um sistema de comunicação hospitalar disponibilizado pelo setor, onde foi realizado contato telefônico após 24 horas da alta.

METODOLOGIA

Realizar o acompanhamento pós-alta do Pronto Atendimento Infantil e Adulto via contato telefônico com os familiares ou acompanhantes dos clientes pediátrico, com idade entre 0 a 3 anos, que passaram pela triagem e receberam classificação amarelo e laranja (Protocolo Manchester), assim como dos paciente do Pronto Atendimento Adulto que receberam classificação laranja, com o propósito de oferecer orientações para o retorno ao hospital nos casos em que havia necessidade, priorizando seu acesso aos cuidados adequados.

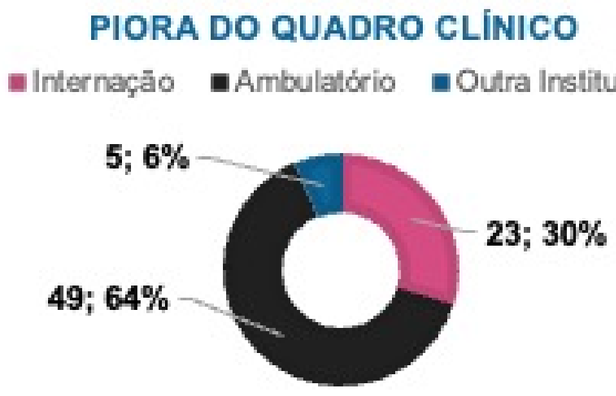
RESULTADOS

Do total de 1319 crianças classificadas conforme o perfil do estudo, tentou-se realizar contato telefônico com todos, obtendo êxito com um total de 427 pacientes (32,2%), destes somente em 24 casos (5,6%) foi relatado piora do quadro clinico com necessidade de retorno, e destes que retornaram 4 crianças (0,9%) precisaram de internação e 9 casos (2,1%) foram encaminhadas para o ambulatório. Os demais 892 pacientes pediátricos não se obtivem retorno da ligação.



RESULTADOS

Já no pronto atendimento adulto houve 3447 classificações laranja, após ligação constatou-se que 1114 adultos (32,3%) apresentaram melhora do quadro, 77 adultos (2,23%) apresentaram piora, após orientações via contato telefônico, 49 casos (63,3%) seguiram com acompanhamento ambulatorial, 23 casos (29,8%) retornaram com necessitaram de internação e 3 pacientes (3,8%) deram seguimento em outra instituição e não se obteve retorno em 2333 ligações.



Outro ponto que a experiência demonstrou foi que por meio de ligações é possível criar uma aproximação maior com o cliente tendo maior possibilidade de fidelização com a instituição e os serviços prestados, visto que os responsáveis/acompanhantes/pacientes se sentiram acolhidos e agradecidos pelo retorno e preocupação, criando uma oportunidade de ouvir diretamente dos mesmos suas reais necessidades.

CONCLUSÕES

O contato telefônico pós-alta é uma importante ferramenta para acompanhar a melhora do cliente, além de beneficiarmos com o *feedback* de satisfação do cliente quanto ao serviço de saúde prestado.

ADOÇÃO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA OMS NA MELHORIA DA TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRURGICO

Fernando de Oliveira, Marion de Souza Maebayashi; Cátia Regina Servilha Reis; Gabriela Cristina dos Reis

INTRODUÇÃO

A ocorrência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) é um dos maiores desafios para os hospitais do mundo, com o aparecimento e desenvolvimento cada vez maior de técnicas operatórias complexas e avançadas.

Há diversos fatores envolvidos, incluindo condições não modificáveis e fatores de risco modificáveis.

Apesar das medidas de prevenção de infecção serem amplamente difundidas, muitas vezes o resultado não é o esperado.

Em 2022, apresentamos 15 casos de ISC em procedimentos cirúrgicos limpos, resultado numa taxa anual de 1,47.

METODOLOGIA

Com o objetivo de reduzir a nossa taxa de ISC, foi verificada a necessidade de revisão de nossos processos, através da utilização da ferramenta de estratégia multimodal da OMS.

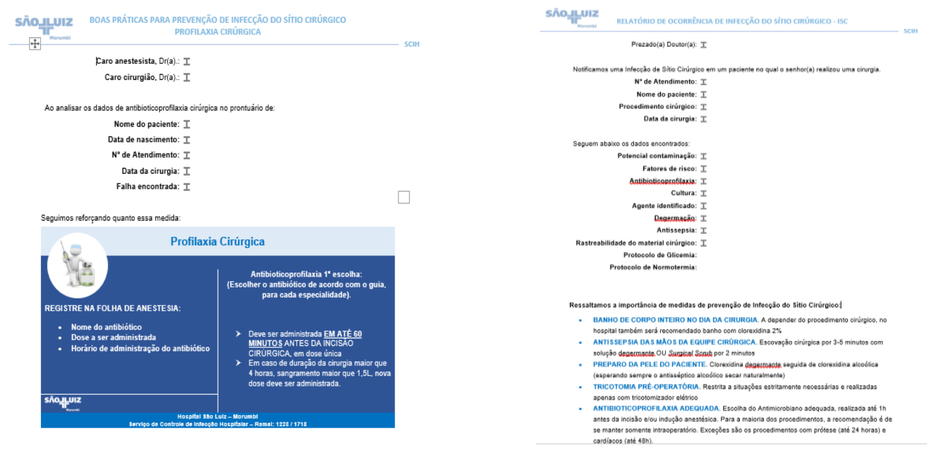
Esta estratégia é muito usada para higiene de mãos e pouco difundida com objetivo de redução na densidade de incidência (DI) de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Como pontos de fragilidades identificados em nossa análise, destacamos:

- ❑ Não realização de limpeza ambiental terminal diária em salas operatórias (SO)
- ❑ Técnica da limpeza ambiental concorrente das SO
- ❑ Realização não uniforme de banho pré-operatório
- ❑ Técnica e tempo de degermação cirúrgica das mãos pela equipe cirurgiã variável
- ❑ Técnica de preparo de pele
- ❑ Fluxo frágil de limpeza de materiais e equipamentos
- ❑ Saídas frequentes do técnico da SO pela necessidade de reposição de materiais durante o ato operatório
- ❑ Identificação de *Staphylococcus aureus* em procedimentos ortopédicos que evoluíram com critérios epidemiológicos de IRAS-ISC
- ❑ Fragilidade na comunicação ao cirurgião e anestesiologistas quanto às não conformidades e eventos de ISC para traçar plano de ação, em conjunto

Através deste cenário, foram implementadas várias ações, tais como:

- ❑ Realização de limpeza ambiental terminal diária para todas as SO
- ❑ Visitas de auditoria realizadas pelo Serviço de Controle de Infecção (SCIH) semanalmente em SO e discussão de achados com supervisão do setor para definição de planos de ações
- ❑ Recomendação de descolonização universal de *Staphylococcus aureus* para cirurgias ortopédicas com prótese
- ❑ Implementação de toalhas impregnadas com clorexidina 2% como banho pré-operatório para determinados procedimentos
- ❑ Fluxo de limpeza dos equipamentos pela equipe de Engenharia Clínica
- ❑ Treinamento e entrega de folder para terceiros reforçando os cuidados e fluxos institucionais
- ❑ Realização de campanha de higiene de mãos específica para toda a equipe do CC
- ❑ Revisão do conteúdo dos carrinhos de anestesia para mitigar saídas do técnico da SO
- ❑ Treinamento do uso do *Surgical scrub* para médicos e instrumentadores
- ❑ Fluxo de comunicação com equipe anestesiologista e cirúrgica de eventos identificados bem como orientação das medidas de prevenção de infecção


BOAS PRÁTICAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO
PROFILAXIA CIRÚRGICA

Caro anestesista, Dr(a).:
Caro cirurgião, Dr(a).:

Ao analisar os dados de antibioticoprofilaxia cirúrgica no prontuário de:
Nome do paciente:
Data de nascimento:
Nº de Atendimento:
Data da cirurgia:
Falha encontrada:

Seguimos reforçando quanto essa medida:

Profilaxia Cirúrgica

REGISTRE NA FOLHA DE ANESTESIA:
- Nome do antibiótico
- Dose a ser administrada
- Horário de administração do antibiótico

Antibioticoprofilaxia 1ª escolha:
(Escolher o antibiótico de acordo com o guia, para cada especialidade).
- Deve ser administrada EM ATÉ 60 MINUTOS ANTES DA INCISÃO CIRURGICA, em dose única
- Em caso de duração da cirurgia maior que 4 horas, sangramento maior que 1,5L, nova dose deve ser administrada.

Hospital São Luiz – Morumbi
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – Ramal: 1228 / 1718

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO - ISC

Prezado(a) Doutor(a):

Notificamos uma Infecção de Sítio Cirúrgico em um paciente no qual o senhor(a) realizou uma cirurgia.
Nº de Atendimento:
Nome do paciente:
Procedimento cirúrgico:
Data da cirurgia:

Seguem abaixo os dados encontrados:
Potencial contaminação:
Fatores de risco:
Antibioticoprofilaxia:
Cultura:
Agente identificado:
Degermação:
Antissepsia:
Rastreabilidade do material cirúrgico:
Protocolo de Glicemia:
Protocolo de Normotermia:

Ressaltamos a importância de medidas de prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico:
- BANHO DE CORPO INTEIRO NO DIA DA CIRURGIA. A depender do procedimento cirúrgico, no hospital também será recomendado banho com clorexidina 2%
- ANTISSEPSIA DAS MÃOS DA EQUIPE CIRÚRGICA. Escovação cirúrgica por 3-5 minutos com solução degermante OU Surgical Scrub por 2 minutos
- PREPARO DA PELE DO PACIENTE. Clorexidina degermante seguida de clorexidina alcoólica (esperando sempre o antisséptico alcoólico secar naturalmente)
- TRICOTOMIA PRÉ-OPERATÓRIA. Restrita a situações estritamente necessárias e realizadas apenas com tricotomizador elétrico
- ANTIBIOTICOPROFILAXIA ADEQUADA. Escolha do Antimicrobiano adequada, realizada até 1h antes da incisão e/ou indução anestésica. Para a maioria dos procedimentos, a recomendação é de se manter somente intraoperatório. Exceções são os procedimentos com prótese (até 24 horas) e cardíacos (até 48h).

Modelo de comunicação para cirurgiões e anestesiologistas

RESULTADOS

Desde que implementada esta estratégia com múltiplas abordagens, apresentamos apenas 2 eventos ISC em janeiro de 2023.

Atualmente, a nossa taxa consolidada (até agosto 2023) é de apenas 0,33, representando uma redução de 300% na taxa de ISC, em comparação com o resultado obtido no ano de 2022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2017
2. CALDERWOOD, MS et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation, 2023
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, 2nd ed, 2018
4. EDMISTON, C et al. Reducing the risk of surgical site infections: Does chlorhexidine gluconate provide a risk reduction benefit? American Journal of Infection Control, 2023
5. SAFDAR et al. Preoperative chlorhexidine shower or bath for prevention of surgical site infection: A meta-analysis. American Journal of Infection Control, 2013
6. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico, 2017

AFERIÇÃO DO VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO POR ULTRASSON: PRÁTICA INOVADORA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

REDE SANTA CATARINA

CONAHP 2023

Andreia Maria Minutti de Almeida, Euclydes Garcia Domingues Florentino, Getúlio Gregório da Silva, Rosangela Claudia Novembre

INTRODUÇÃO

A aspiração perioperatória do volume gástrico é rara, mas uma grave complicação no ato anestésico. A incidência em uma população cirúrgica pode variar varia entre 0,1% e 19%, de acordo com a condição clínica do paciente e fatores cirúrgicos. Um dos principais fatores de risco para aspiração é a presença de conteúdo gástrico, mesmo após o jejum do paciente. A avaliação deste volume atrelada a tecnologia do ultrassom pode ajudar a determinar o risco de aspiração, propiciando preveni-la e tornar o procedimento mais seguro.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo realizado em um hospital geral, contemplando pacientes adultos com idade ≥ 18 anos, com critérios de inclusão de serem submetidos a procedimentos sob sedação no período de fevereiro a junho de 2023. Estudo desenvolvido em fases: 1° fase: Levantado o número de eventos de broncoaspiração no ato anestésico. 2° fase: Elaborado procedimento de aferição do volume residual gástrico. 3° fase: Realizado capacitação teórica e habilitação técnica dos enfermeiros na utilização do ultrasson. 4° fase: Medido o impacto destas ações através do indicador de qualidade.

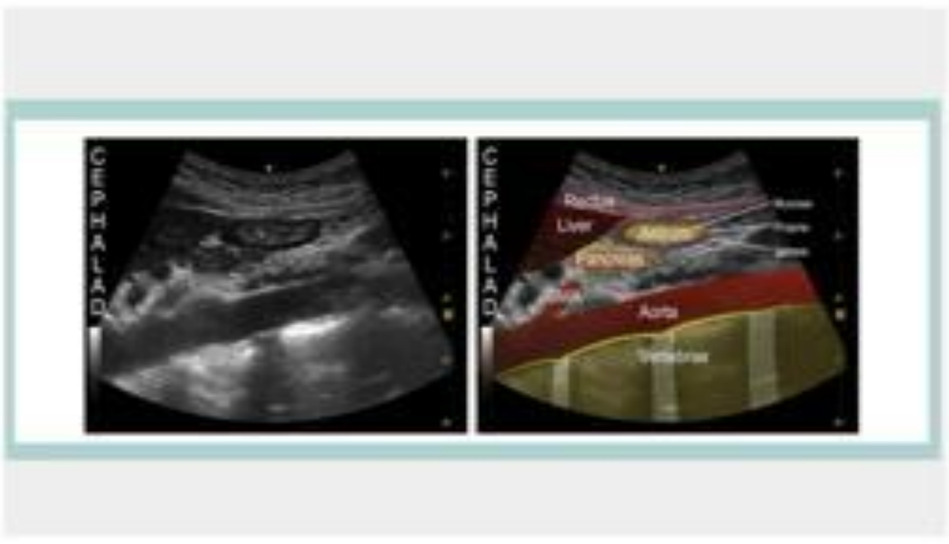


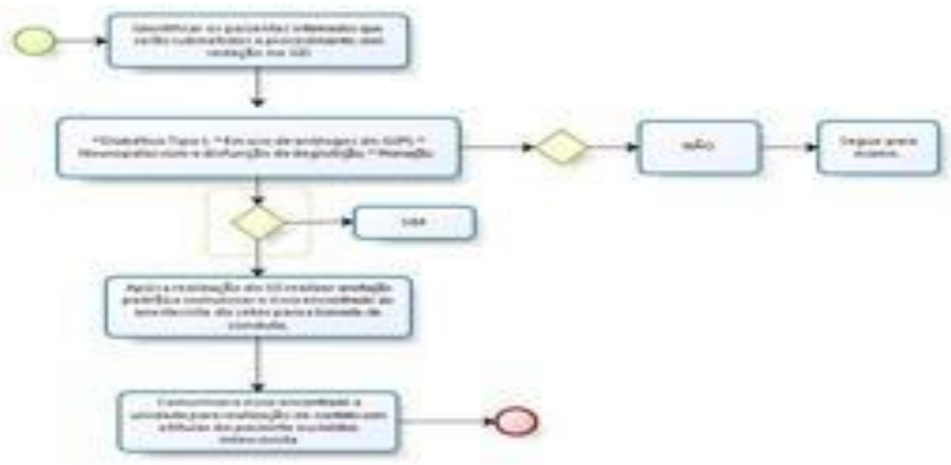
Imagem do antro gástrico.

ÁREA DE SECÇÃO em cm2	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	85	90	95
2	30,8	24	18	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	45,2	39	32	26	20	13	7	0	0	0	0	0	0	0	0
4	59,8	53	47	41	34	28	21	15	9	2	0	0	0	0	0
5	74,4	68	62	55	49	42	36	30	23	17	10	0	0	0	0
6	89	83	76	70	63	57	51	44	38	31	25	12	0	0	0
7	104	97	91	84	78	72	65	59	52	46	40	27	20	14	8
8	118	112	105	99	93	86	80	73	67	61	54	41	35	29	22
9	133	126	120	114	107	101	94	88	82	75	69	56	50	43	37
10	147	141	135	128	122	115	109	103	96	90	83	71	64	58	51
11	162	156	149	143	136	130	124	117	111	104	98	85	79	72	66
12	177	170	164	157	151	145	138	132	125	119	113	100	93	87	81
13	191	185	178	172	166	159	153	146	140	134	127	114	108	102	95
14	206	199	193	187	180	174	167	161	155	148	142	129	123	116	110
15	220	214	208	201	195	188	182	176	169	163	156	143	137	131	124
16	235	229	222	216	209	203	197	190	184	177	171	158	152	145	139
17	250	243	237	230	224	218	211	205	198	192	186	173	166	160	154
18	264	258	251	245	239	232	226	219	213	207	200	187	181	175	168
19	279	272	266	260	253	247	240	234	228	221	215	202	196	189	183
20	293	287	281	274	268	261	255	249	242	236	229	217	210	204	197

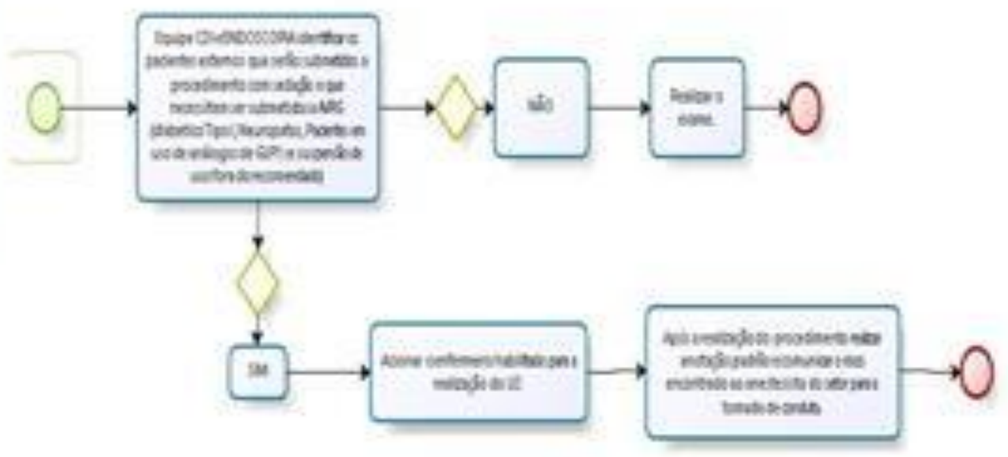
Tabela para calculo do Volume Residual Estimado

RESULTADOS

Foram habilitados 25 enfermeiros na técnica de aferição do volume residual gástrico, onde realizaram 246 ultrassonografias e os resultados do exame de ultrassom foram documentados de forma padronizada e disponibilizados em prontuário eletrônico do paciente. Destes 179 riscos de broncoaspiração foram mitigados no ato anestésico e 28 procedimentos sob anestesia precisaram ser reagendados, após a classificação pelo enfermeiro do risco alto para brosncoaspiração. O impacto nos indicadores de qualidade foi de 0,6% para 0,1%.



Fluxograma. Avaliação do Volume Residual Gástrico de pacientes internos.



Fluxograma. Avaliação do Volume Residual Gástrico de pacientes externos.

CONCLUSÕES

A utilização da tecnologia a beira leito pelo enfermeiro para aferição do volume residual gástrico, na prevenção de broncoaspiração de pacientes que serão submetidos a procedimento sob anestesia, vem se mostrando uma técnica inovadora no empoderamento e pensamento crítico destes profissionais atrelado a redução de morbimortalidade e melhores desfechos clínicos com foco na qualidade e segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

De Putte PV and Perlas A. Ultrasound assessment of gastric content and volume. BJA Advance Access published June 3, 2014
B.F.M.B, N.A.A, L.H.M, P.A.C.A. Uso da ultrassonografia para avaliac¸ão do volume gástrico após ingestão de diferentes volumes de solução isotônica. Rev Bras Anestesiol. 2017;67(4):376–382.
R.S, A.H, S.R. Evaluation of gastric residual volume in fasting diabetic patients using gastric ultrasound. Acta Anaesthesiol Scand. 2019;1–5.
K. E, T. W, A. P. Perioperative point-of-care gastric ultrasound. BJA Education, 19(7): 219e226 (2019).

Álbum de feridas: inovação no protocolo de lesão por pressão em unidade de tratamento intensivo

Hospital Ernesto Dornelles
uma empresa Afpergs

Sabrina Capelletti Peres, Viviane Boneli, Emiliana Costa, Luciane Beatriz Ramos da Silva

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

INTRODUÇÃO

Um dos protocolos mais bem estabelecidos nas instituições hospitalares são os relacionados a segurança do paciente, destacando-se o de prevenção de lesão por pressão (LPP). A LPP é reconhecida como um evento adverso, logo, compromete a qualidade assistencial. Por isso é de extrema importância a prevenção através de boas práticas assistenciais, principalmente em unidades de cuidados intensivos (UTI's) onde a imobilidade prolongada pode levar a esse desfecho.

Nosso objetivo foi implantar uma metodologia inovadora para redução da incidência de LPP, sensibilizando os atores envolvidos no cuidado com a pele dos pacientes, através do que denominamos **álbum de feridas**, em uma unidade de tratamento intensivo (UTI) de 20 leitos de um hospital privado de 330 leitos, situado em Porto Alegre/RS.

METODOLOGIA

Uma vez por semana, a equipe de tratamento de feridas juntamente com as lideranças e com os enfermeiros da UTI se reúnem, para avaliar através de fotografias todas as lesões de pele dos pacientes internados, a fim de discutir a prevenção, o tratamento, e o acompanhamento dos indicadores, como o de prevalência e o de incidência de LPP.

Estas fotografias devem ser registradas no máximo 24h antes do encontro do grupo, onde ocorre discussões para tomada de decisões; e este grupo, após a reunião fica incunbido de instruir os demais membros da equipe que compõem o cuidado, em relação ao manejo das lesões abordadas.

Após a reunião às prescrições de enfermagem são atualizadas com as coberturas propostas na discussão do grupo e validadas.

Para facilitar o entendimento da equipe técnica de enfermagem também utilizamos um instrumento ilustrativo denominado de folha de registro do *boneco* de LPP, para otimizar a transcrição do cuidado.

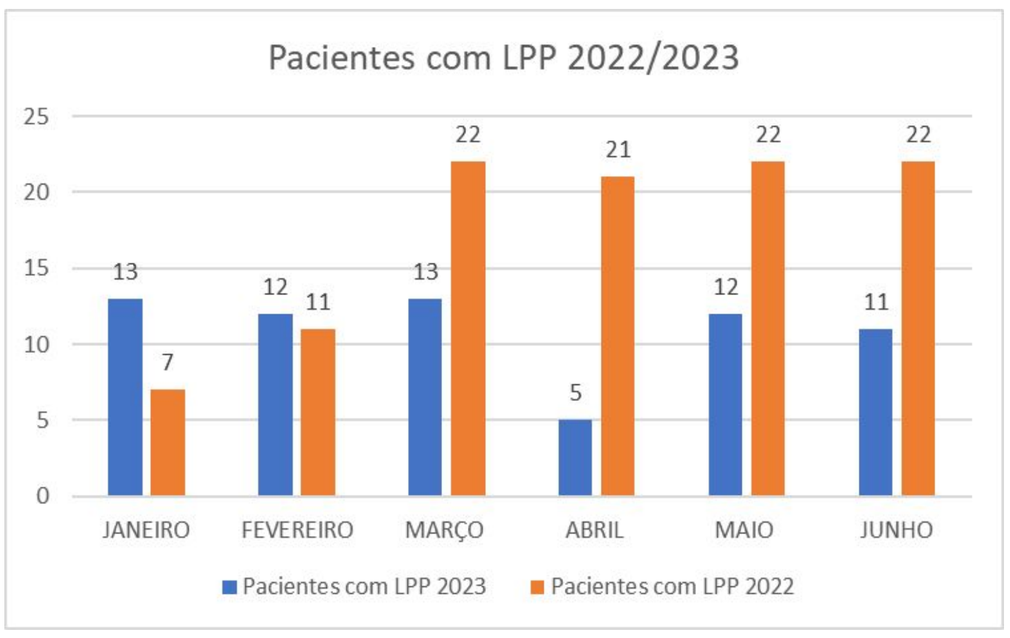
Considerações éticas: projeto original denominado boas práticas de enfermagem na abordagem da lesão por pressão foi submetido na plataforma brasil e aprovado pelo cep HED sob nº caae: 74721317.5.0000.5304.

Número de pacientes UTI (20 leitos) com presença de Lesão por pressão (azul) e número de Lesões por pressão (em laranja)

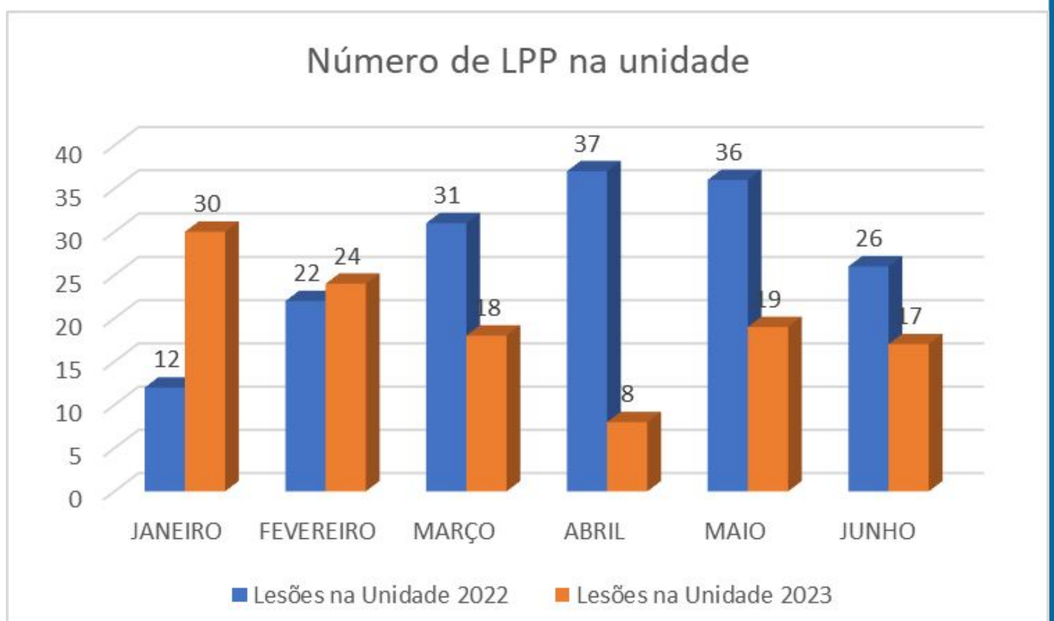
RESULTADOS

Nos últimos 4 meses foram realizadas 16 reuniões, com a média de 70% de presença dos profissionais atuantes na unidade; inicialmente os encontros eram semanais, mas com a percepção de bons resultados, os encontros passaram a ser quinzenais, para que a equipe tivesse disponibilidade de ampliar a dinâmica para as demais unidades.

No mês de abril de 2023 o número de pacientes com LPP e o número total de LPP reduziram expressivamente, dos 20 pacientes internados na UTI no mês anterior 19 paciente eram acometidos com algum tipo de lesão, e após a implantação do álbum conseguimos reduzir para apenas 5 pacientes, número que tem grande relevância como indicador de eficiência para o método de cuidado implementado, bem como para o aumento da qualidade de vida e satisfação dos pacientes internados. Desde a implantação em março de 2023, há uma média de 18,4% na taxa de incidência, comparada com o mesmo período de 2022 do qual a média era de 38,47%.



Comparação do n° de pacientes com LPP, nos mesmo períodos dos anos de 2022 e 2023 na UTI



Comparação do nº de lesões por pressão na UTI nos mesmos períodos dos anos de 2022 e 2023 na UTI

CONCLUSÕES

Através de uma metodologia simples e inovadora conseguiu-se reduzir em mais de 50% a incidência de LPP na UTI. Em suma, a redução de lesões por pressão em uma unidade de tratamento intensivo é uma abordagem holística que visa aprimorar a qualidade geral do cuidado, reduzir complicações e melhorar os resultados dos pacientes, o que pode, em última instância, se traduzir em uma significativa redução da mortalidade.

REFERÊNCIAS

PRATES, C. G.; STADÑIK, C. M. Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecções hospitalares. **Porto Alegre: Moriá**, 2017.

HAESLER, Emily. European pressure ulcer advisory panel, National pressure injury advisory panel and Pan Pacific pressure injury alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guidelines. The International Guideline. EPUAP/NPIAP/PPPIA**, 2019.

LOPES, Alexandra Nogueira Mello; BATASSINI, Érica; BEGHETTO, Mariur Gomes. Lesão por pressão em uma coorte de pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

ANÁLISE DE MARCADORES DE MOBILIDADE E TEMPOS DE INTERNAÇÃO PÓS APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Jhonhy Sheldom Nunes, Caio Cesar Santos Maciel, Karollen Begot Ferreira da Costa, Jéssica Costa Teixeira

INTRODUÇÃO

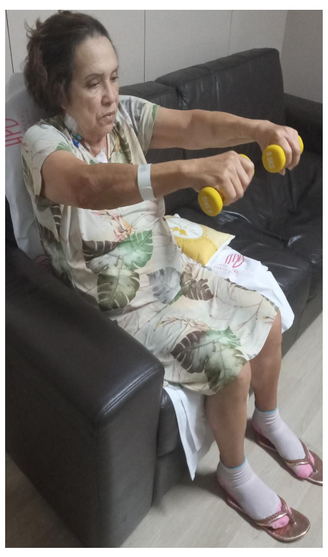
As doenças cardíacas isquêmica e valvar são duas grandes causas de morbidade e mortalidade no mundo. As cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) e troca valvar (TV) são os principais tipos de tratamento.

OBJETIVO

Propor um novo protocolo de reabilitação cardíaca em pacientes pós RM e TV

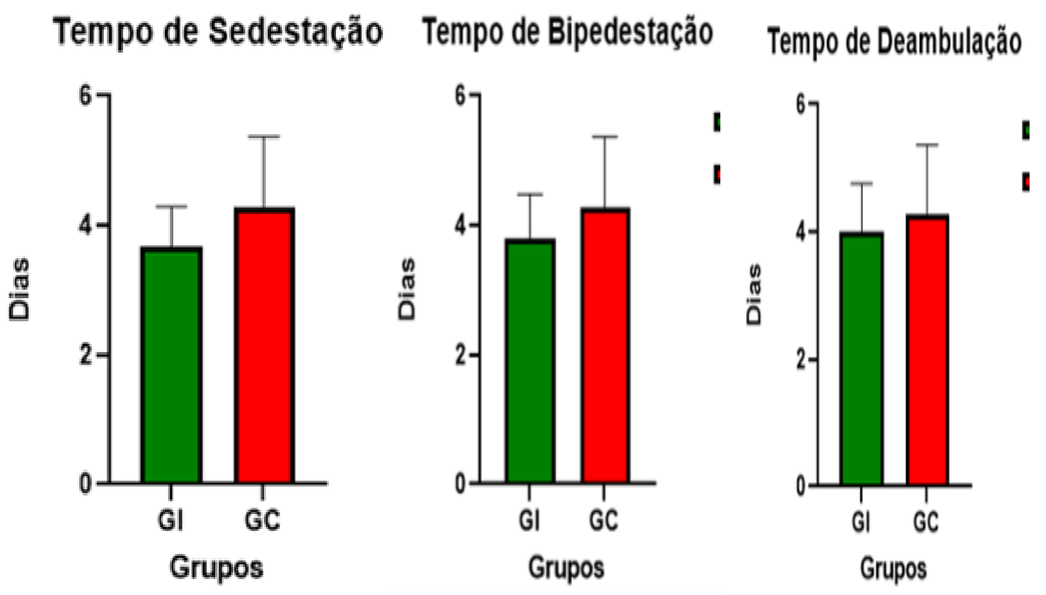
METODOLOGIA

Pacientes pós cirurgia de RM e TV, divididos em grupo controle (GC) e intervenção (GI). Receberam mobilização ativo assistida, ativa, fora do leito e com carga. Para análise de dados utilizamos o programa Graphpad.



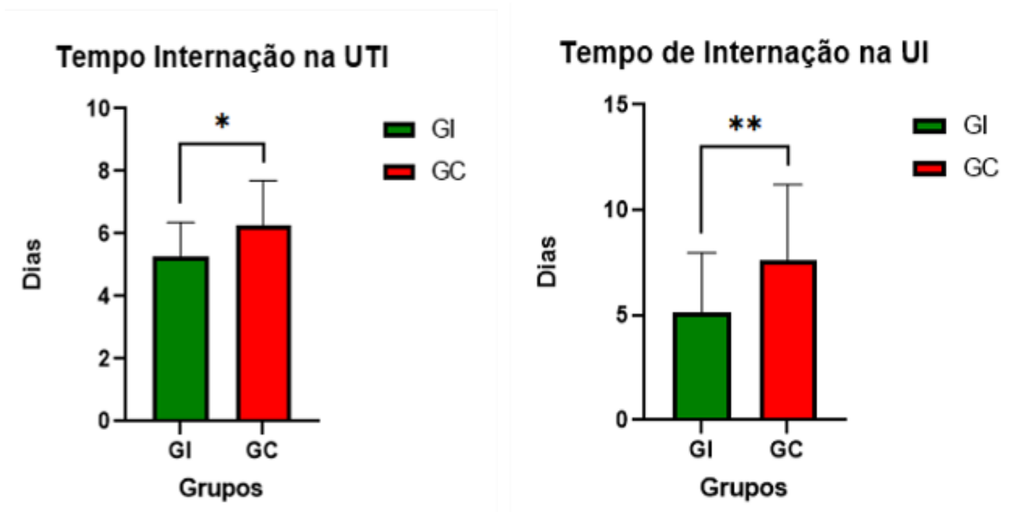
RESULTADOS

Não houveram diferenças significativas ao analisarmos os marcadores de mobilidade sedestação (S), bipedestação (B) e deambulação (D).



Médias: S (GC:4 ;GI:4),B (GC:4; GI:4) e D (GC:4;GI:4).

Quanto ao tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e unidades de internação (UI), nossas análises apresentaram diferenças significativas.



Médias: UTI (GI:5,0; GC: 6, *P< 0,05) e UI ((GI:4,0; GC:6,0, **P<0,05).

CONCLUSÃO

Nossos resultados apontaram diferenças significativas quanto tempo de desospitalização quando comparamos os dois grupos.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

ANÁLISE DE MOBILIDADE UTILIZANDO ESCALA FSS EM PACIENTES PÓS CIRURGIA DE PEITO ABERTO

Jéssica Costa Teixeira, Jhonhy Sheldom Nunes, Caio Cesar Santos Maciel, Emmanuelle Priscilla Gurjão Vieira Santos

INTRODUÇÃO

A avaliação do desempenho funcional é visto como uma medida de resultado em testes clínicos e é comumente utilizada para nortear o terapeuta na elaboração de tratamentos para incapacidades físicas, como as incapacidades adquiridas pós cirurgia de peito aberto.

OBJETIVO

Verificar o nível de mobilidade de pacientes pós cirurgia de peito aberto utilizando escala FSS.

METODOLOGIA

Pacientes pós cirurgia de peito aberto, divididos em grupo controle (GC) e intervenção (GI) tiveram seu nível de mobilidade avaliados no momento da alta da unidade de terapia intensiva (UTI). Para análises, utilizamos o Test T.

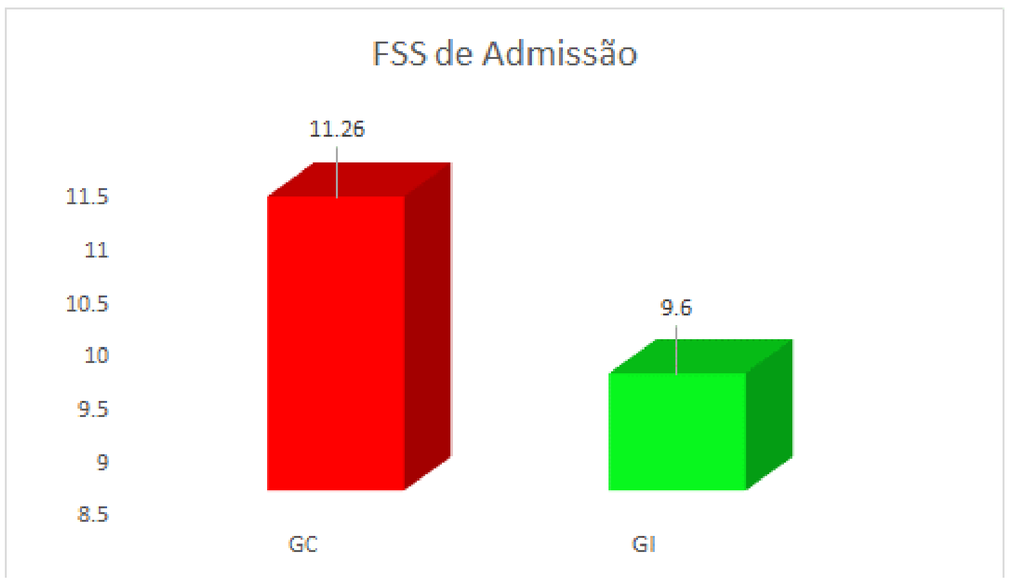
Escore	Definição
0	Incapaz de tentar ou concluir a tarefa completa em razão de fraqueza
1	Dependência total
2	Assistência máxima (o paciente realiza ≤ 25% do trabalho)
3	Assistência moderada (o paciente realiza de 26%-74% do trabalho)
4	Assistência mínima (o paciente realiza ≥ 75% do trabalho)
5	Apenas supervisão
6	Independência modificada
7	Independência total

Tarefa
1 - Rolar
2 – Transferência da posição supina para posição sentada
3 - Transferência da posição sentada para posição de pé
4 – Sentar na beira da cama
5 - Andar

Inábil à totalmente independente	Assistência Máxima	Assistência Moderada	Assistência Mínima	Supervisão	Independência Modificada	Independência Completa
FSS 0 - 5	FSS 5 -14	FSS 15-19	FSS 20 - 24	FSS 25 - 29	FSS 30	FSS 31 - 35

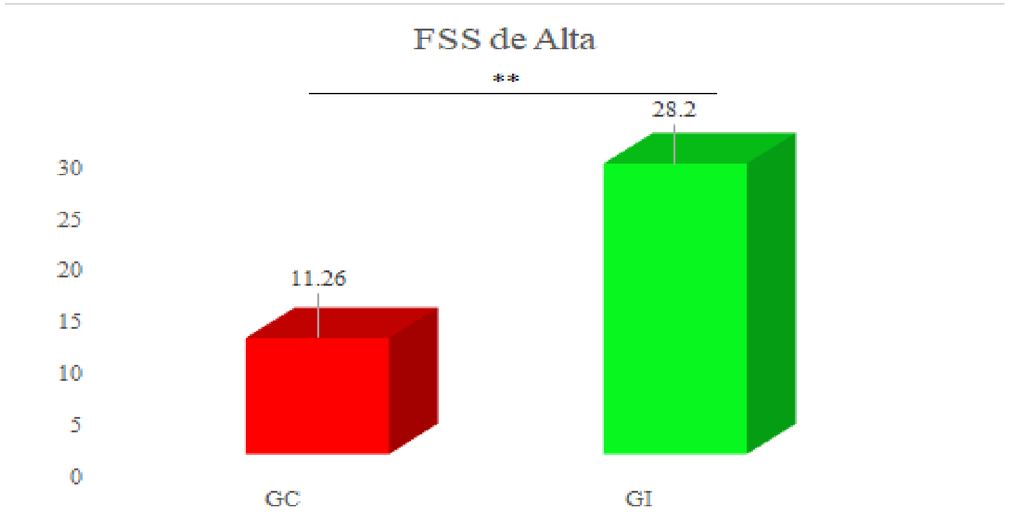
RESULTADOS

Na FSS de admissão não houveram diferenças significativas, porém observamos grande diferença entre os grupos no momento da alta da UTI.



(média: GC: 11,26; GI: 9,6)

Observamos que no momento da alta da UTI, o paciente apresentou grande melhora funcional, com o GC necessitando de auxilio de 3 pessoas para mobilização, enquanto GI necessitava apenas de supervisão..



Médias - GC: 11,26 (assistência máxima) e média GI: 28,2 (supervisão). **P<0,01).

CONCLUSÃO

Nossos resultados apontaram que os pacientes do grupo intervenção apresentaram melhores resultados de mobilidade quando comparado ao grupo controle.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE/RS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Jeniffer Lorenzi, Sabrina Simioni Dau, Kelly Sauer Carvalho, Amanda Thiesen Bielinski

INTRODUÇÃO

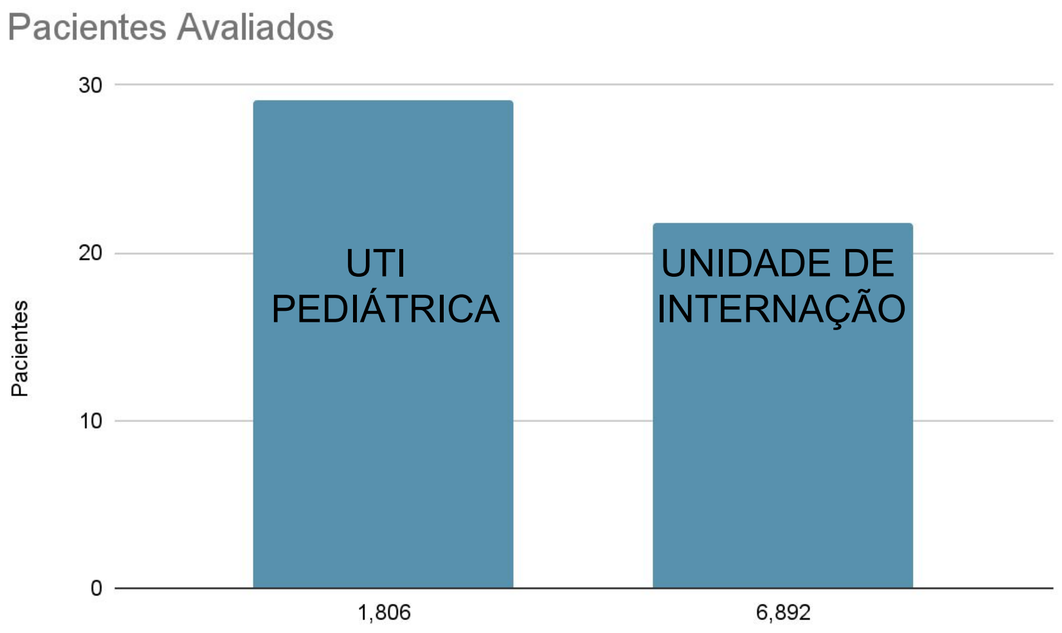
À medida que a ciência e a tecnologia da gestão da força de trabalho emergem, juntamente com as evidências para apoiar as relações entre o trabalho do enfermeiro e o atendimento das necessidades dos pacientes, precisamos focar em sistemas mais apropriados que identifiquem dados agregados e mínimos para predizer a necessidade de atendimento seguro e racional dos recursos humanos para equilibrar a assistência adequada e a retenção dos profissionais de enfermagem. (MALLOCH,2012) O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades dos pacientes, auxiliando na distribuição diária e na capacitação dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes, em cada unidade (COFEN, 2016). Sendo assim, implementamos nas unidades pediátricas o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) de Dini (2007) que abrange não só a demanda de cuidados da criança, mas também o contexto familiar que está inserido e sua atuação e fragilidades. Esse estudo teve como objetivo classificar os pacientes pediátricos utilizando a escala de Dini, realizar a caracterização da população pediátrica assistida, identificar a complexidade de demandas das unidades e comparar o perfil da área intensiva e unidade de internação pediátrica.

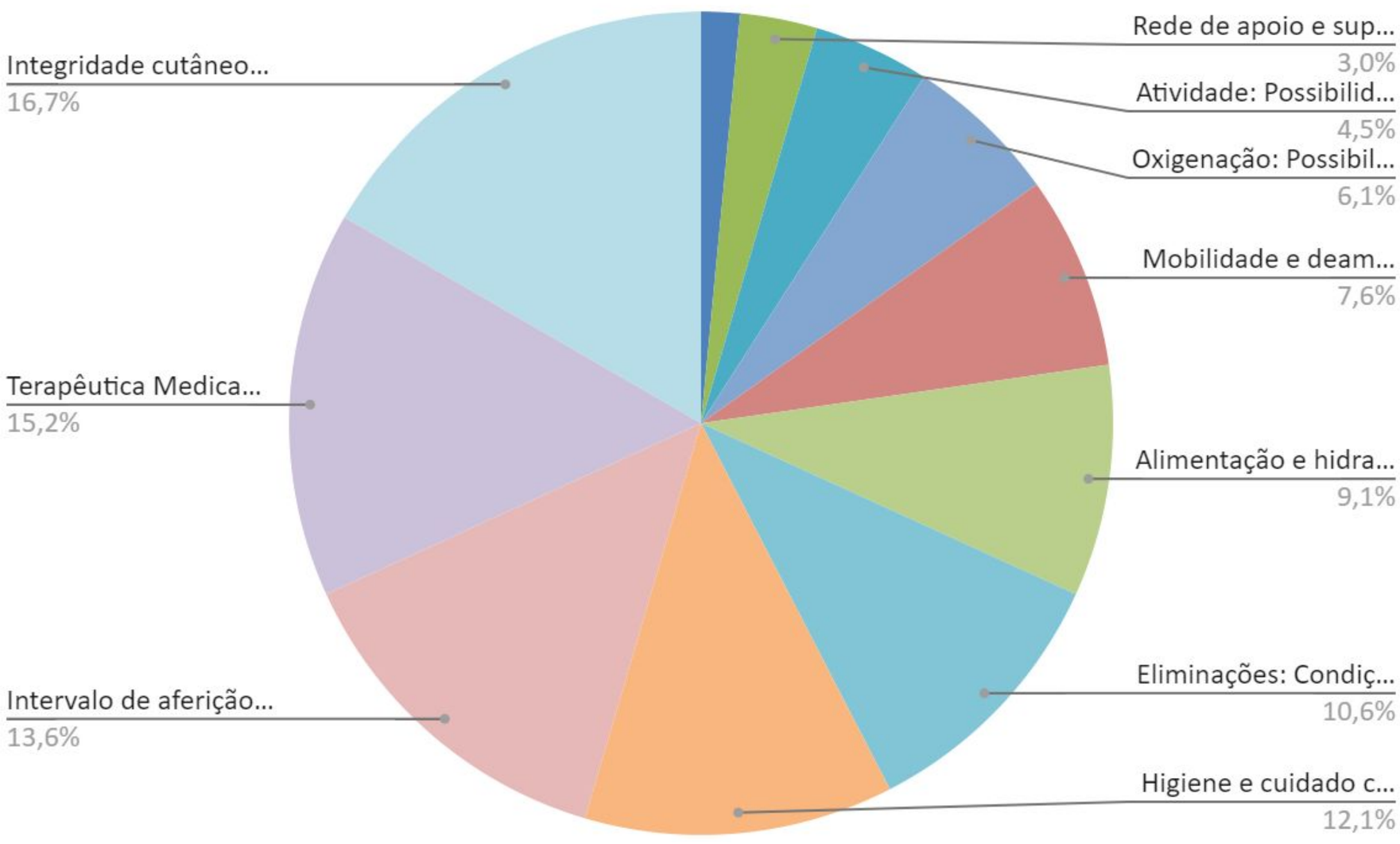
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal. Os dados foram obtidos analisando o período entre janeiro a julho de 2023, analisando os dados dos pacientes internados na unidade de internação pediátrica e na unidade de terapia intensiva pediátrica, utilizando a Escala Dini.

RESULTADOS

Foram realizadas 8.698 neste período. Na terapia intensiva pediátrica, 1.806 crianças, a média do score obtido foi de 29.12, correspondendo a cuidados de alta dependência. Já na unidade de internação pediátrica foram realizadas 6.892 avaliações, onde o resultado médio desta unidade foi 21.74 definindo classificação intermediária. Relacionando a demanda assistencial identificada no estudo, e correlacionando o dimensionamento de pessoal de enfermagem, evidenciamos uma adequação de quadro necessária para o atendimento.





CONCLUSÕES

Esse estudo proporcionou identificar a demanda de cuidados necessários à população atendida, trazendo importantes contribuições para a organização do serviço.

REFERÊNCIAS

KATHY MALLOCH, PhD, MBA, RN, FAAN, is President, KMLS, LLC, Glendale, AZ; Clinical Consultant, API Healthcare, Inc., Hartford, WI; and Associate Professor, Arizona State University, College of Nursing and Health Innovation, Phoenix, AZ. Descritores: Enfermagem pediátrica. Classificação de paciente. Perfil epidemiológico.

Dini AP, Santos DFA, Oliveira HC, Guirardello EB. Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. Rev Latino Am Enfermagem. 2014;22(4):598-603.

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html

ANÁLISE DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARTICIPANTE DE PBM DE COBERTURA OBRIGATÓRIA EM AUTOGESTÃO DE MÉDIO PORTE

Mikahely Almeida, Rita Vilanova, Leonardo Gaspar

INTRODUÇÃO

O Programa de Dispensação de Medicamentos de Uso Domiciliar (PBM) oferece um conjunto de serviços para gerenciar o custo e o consumo de medicamentos e o acompanhamento da adesão ao tratamento por parte de pacientes com patologias crônicas. Fornece dados e relatórios gerenciais, favorecendo a adoção de medidas que visem à gestão da saúde e obtenção de informações para a melhoria de processos e serviços.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de aplicação de questionário direcionado pela plataforma do Google Forms. O questionário foi aplicado de forma direcionada a 176 participantes e assistidos que utilizam o programa. A coleta de dados se deu por meio de questionário multitemático com perguntas estruturadas, contendo 9 (nove) perguntas. Destas, 7 (sete) questões de múltipla escolha, 1 (uma) com múltipla escolha com possibilidade de preenchimento e 1 (uma) aberta para sugestões de melhoria do programa.

O quetionário foi divulgado via e-mail e WhatsApp ao grupo selecionado e ficou acessível do dia 3 de março ao dia 30 de abril de 2023. A participação foi facultativa. Os dados foram analisados através da estatística descritiva disponibilizada pela plataforma de formulários do Google Forms.

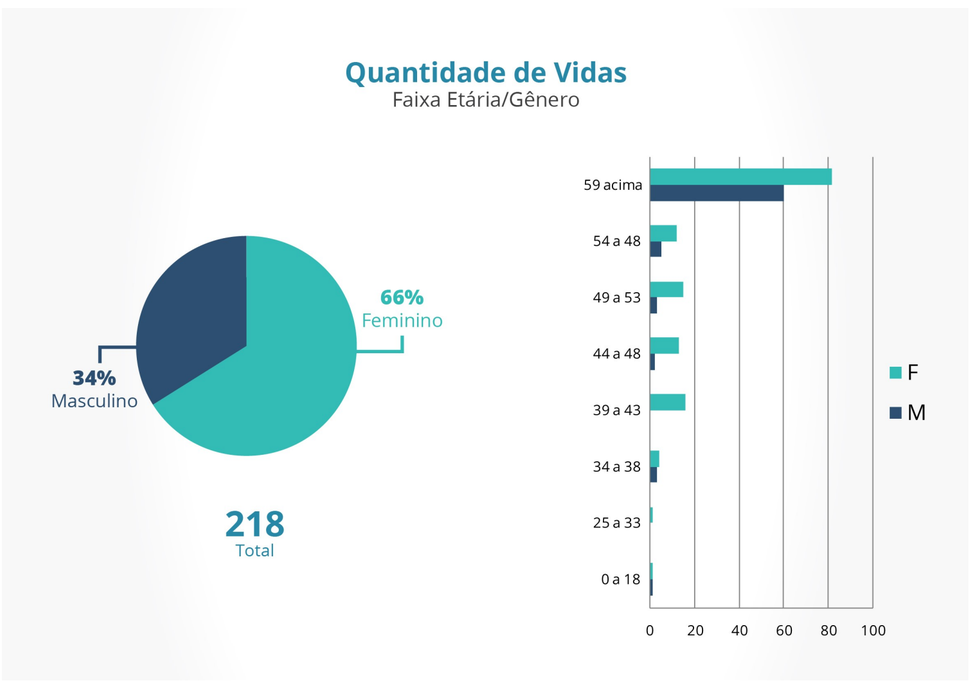
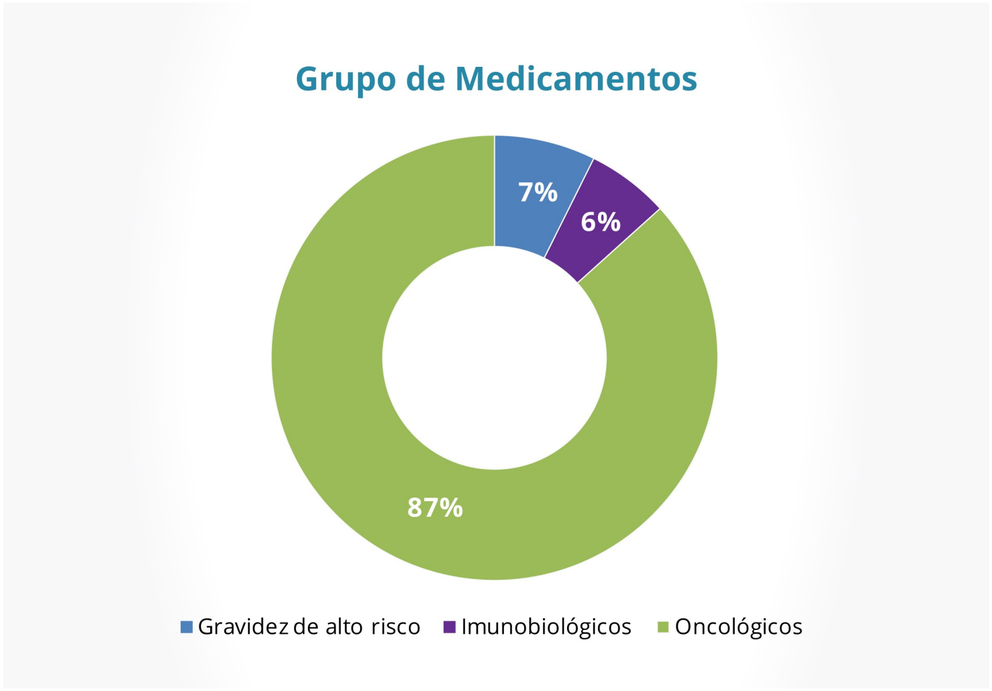


Gráfico com dados do perfil dos assistidos distribuídos por idade e gênero.



Dados de medicamentos distribuídos por grupo e porcentagem de utilização.

RESULTADOS

O questionário foi respondido por 69,89% dos assistidos. 89,4% consideram de excelência a atuação dos enfermeiros. 100% consideram os enfermeiros atenciosos e éticos. 99,2% consideram os enfermeiros esforçados a atender suas necessidades e informar sobre o PBM. O monitoramento mensal foi considerado por 98.4% como auxilio no tratamento. 100% aprovam o atendimento e que indicariam o programa a um colega. 65% apontaram com motivo para a adesão ao programa, o valor do medicamento (com ou sem coparticipação) e 69,9% considerou a comodidade de receber o medicamento em casa como um fator de relevância na adesão. As alternativas “regular” e “ruim” não foram citadas por nenhum participante da pesquisa. A questão aberta para sugestões recebeu 53 respostas e destacam-se o agradecimento pela existência do PBM e pró-atividade no atendimento, satisfação com as entregas.

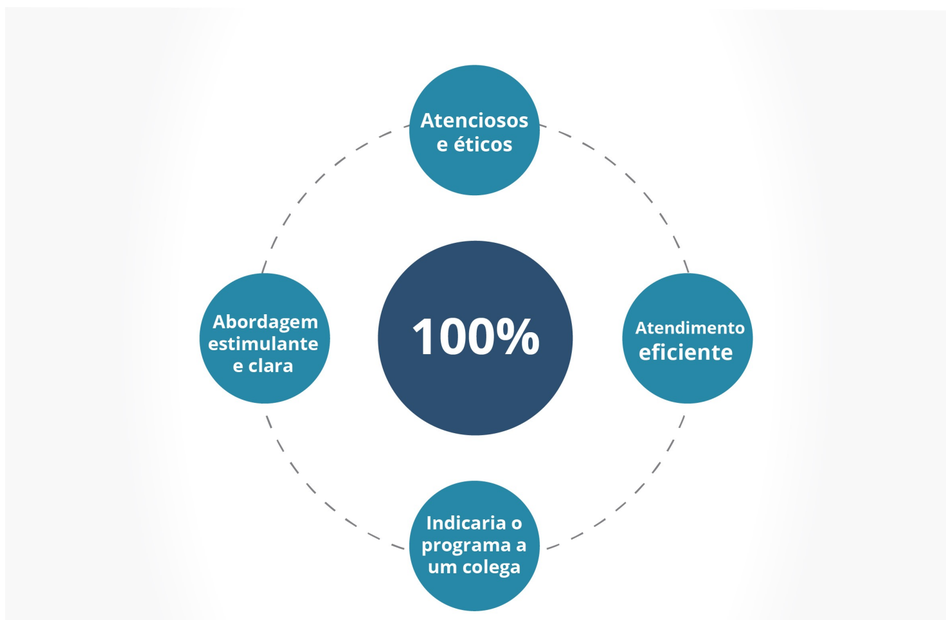


Gráfico com resposta do questionário. Assistidos avaliam atuação e atendimento dos enfermeiros do Programa.

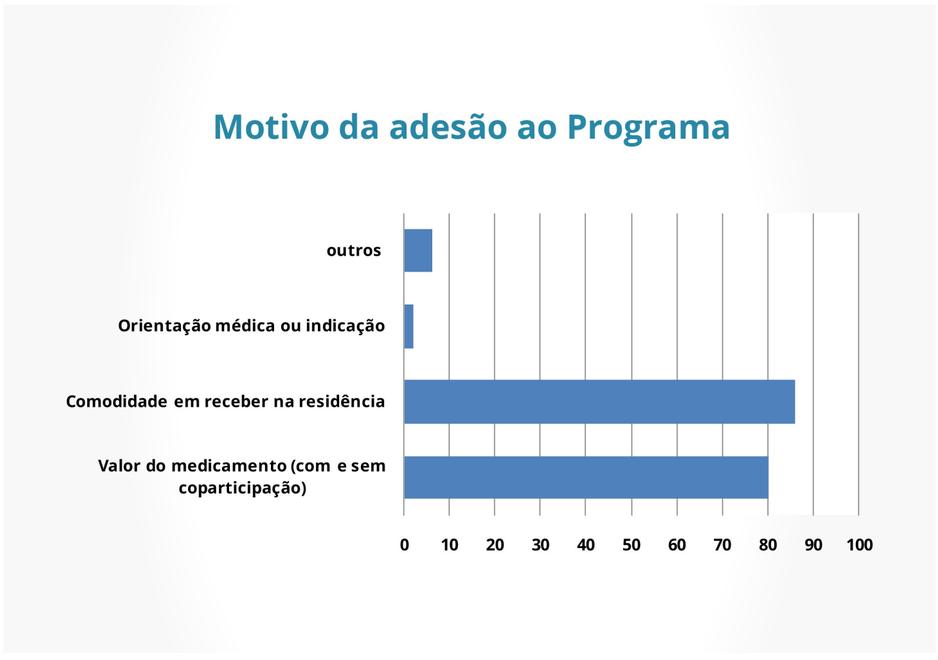


Gráfico com resposta do questionário. Multipla escolha. Assistidos indicam a motivação na adesão e participação no PBM.

CONCLUSÕES

Uma operadora de saúde, além de disponibilizar recursos como leitos hospitalares, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros, precisa estar atenta à qualidade do relacionamento que oferece aos seus usuários. É preciso ter atendimento humanizado, ético, ágil, acolhedor. Observamos que a gestão do cuidado disponibilizado pelos enfermeiros responsáveis pela operacionalização do PBM proporcionou um elevado grau de satisfação dos beneficiários. Contribuiu e contribui para que estes tenham uma maior adesão ao tratamento e vivenciem um momento tão delicado, o enfrentamento de doenças graves, de forma mais tranquila.

REFERÊNCIAS

1 Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

UNISA - Universidade Santo Amaro

Instituto Niaclin

Anamnese Generator : uma ferramenta computacional para geração de anamneses.

Roberto Silva

INTRODUÇÃO

O diagnóstico médico começa com uma boa anamnese, que é o registro inicial das queixas do paciente, itens de identificação e história pregressa. Existem relatos que 75% dos casos poderiam ser diagnosticados só com essa instância de investigação [1]. Hoje em dia, devido a urgência com que se faz os atendimentos, a coleta da história clínica não pode ser demorada e muito menos incompleta sob o risco de se iniciar a consulta com um documento não confiável.

METODOLOGIA E RESULTADOS

Foi desenvolvida uma ferramenta onde através de menus selecionáveis pelo usuário um texto de anamnese é automaticamente gerado. Para isto basta selecionar a queixa principal, determinar sua duração, fatores de melhora e piora, entre outros. É possível selecionar ainda comorbidades, seus eventuais tratamentos em uso, dizer se aquela consulta é a primeira ou não, uso de substâncias entorpecentes, entre outros dados. O sistema ainda possui abas especificas para *Identificação*, *História Familiar*, *História Patológica Pregressa*, *História Social* e *Revisão de Sistemas*. Tudo isto é feito mediante menus e campos de fácil preenchimento. O sistema tem ainda um botão que se acionado indica ao usuário o que está faltando na *História da Doença Atual*. É possível imprimir a história coletada. O sistema foi feito em *HTML5* e *Javascript*, sendo portanto um sistema acessível pela Internet e é executado pelos principais navegadores

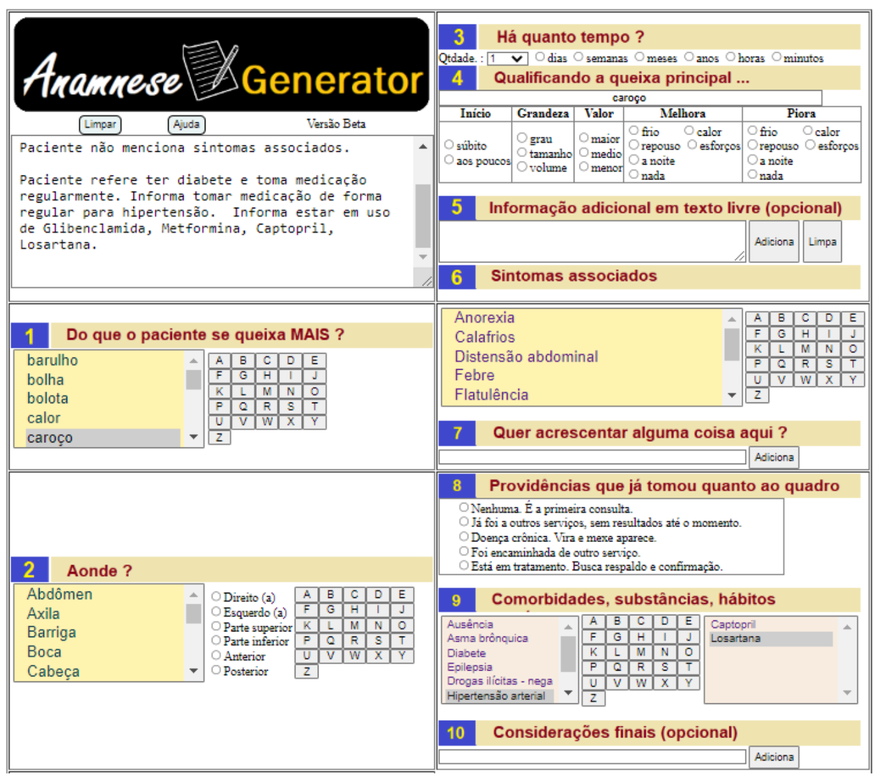


Figura 1 – Visão geral do Anamnese Generator

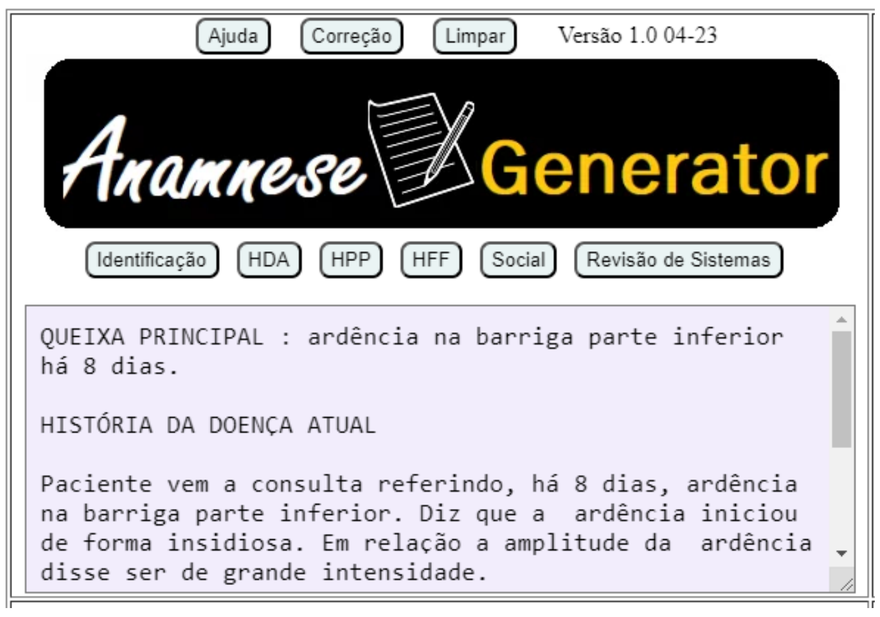


Figura 2 – Anamnese sendo construída.

DISCUSSÃO

O grande afluxo de pacientes aos serviços de atendimento, públicos e privados, obriga a criação de mecanismos de atendimento que sejam ao mesmo tempo ágeis e que agreguem qualidade à assistência. Erros médicos podem acontecer quando faltam dados para fundamentar o raciocínio [2]. O *Anamnese Generator* possui a potencialidade de gerar textos narrativos e compreensíveis sem uma preocupação imediata com o texto, podendo o usuário se concentrar em colher os dados trazidos pelo paciente. O sistema dispõe de um *timer* que permite criar histórias diferentes, mesmo selecionando os mesmos descritores.

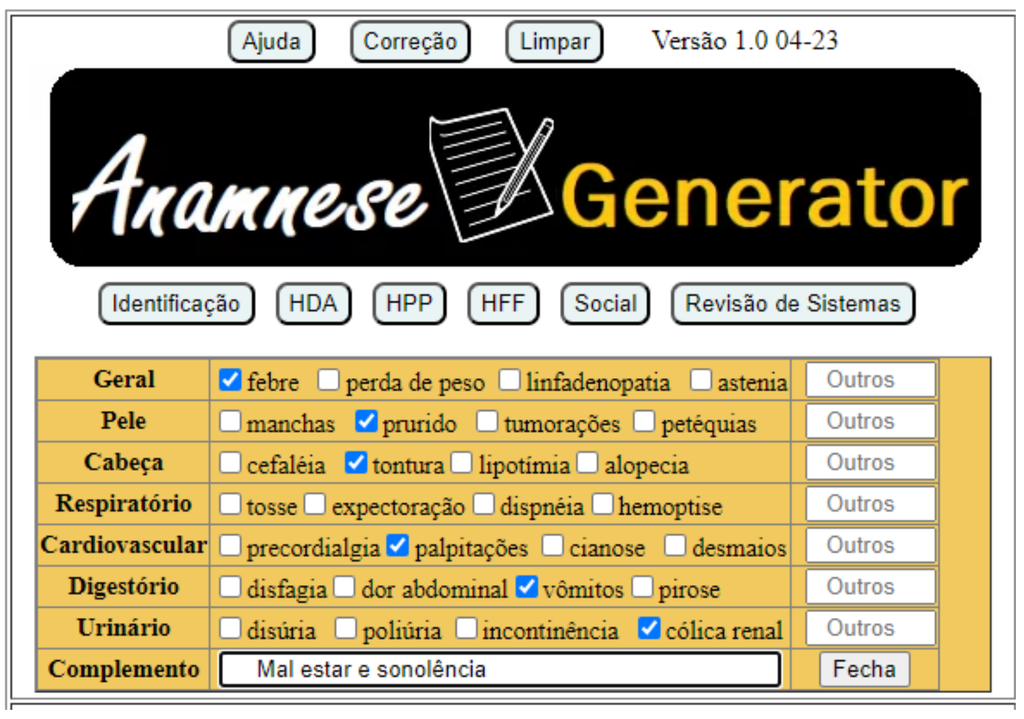


Figura 3 – Revisão de sistemas.

Figura 4 – Sistema tem uma rotina que sugere correções.

CONCLUSÕES

Estudos mostram que o tempo de consulta ambulatorial não excede a 10 minutos na maior parte das vezes. O uso de ferramentas computacionais como o *Anamnese Generator* permite, mesmo com pouco tempo, criar uma anamnese completa em poucos minutos. Certamente, mais descritores podem ser adicionados (comorbidades, queixas) de modo a torná-lo mais abrangente.

REFERÊNCIAS

[1] Alrasheedi AA. Deficits in history taking skills among final year medical students in a family medicine course: A study from KSA. J Taibah Univ Med Sci. 2018 Jul 26;13(5):415-421. PMID: 31435357; PMCID: PMC6695087.

[2] Braun LT, Zwaan L, Kiesewetter J, Fischer MR, Schmidmaier R. Diagnostic errors by medical students: results of a prospective qualitative study. BMC Med Educ. 2017 Nov 9;17(1):191. 2909-017-1044-7. PMID: 29121903; PMCID: PMC5679151.

APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA OMS NA REDUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDENCIA DE DIARREIA POR *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE*

Fernando de Oliveira, Marion de Souza Maebayashi; Cátia Regina Servilha Reis; Maria Suellem Santos Fernandes

INTRODUÇÃO

A Estratégia Multimodal (EM) da OMS consiste na presença de vários elementos que quando são aplicados de forma integrada, objetivam melhorar um determinado resultado.

Além disso, esta ferramenta também pode ser aplicada para a redução de densidade de incidência (DI) de infecções. Entretanto, são poucas as publicações na literatura que relatam este espectro.

Em nosso serviço, de janeiro a setembro de 2022, apresentamos um total de 10 casos de diarreia por *Clostridioides* (CDI). Este valor, em setembro, atingiu uma DI de 5,79, estando um pouco abaixo do nosso limite de alerta.

METODOLOGIA

Ações foram realizadas e estruturadas conforme a EM da OMS, envolvendo:

Aspectos relacionados à Estrutura:

- ❑ Elaboração de protocolo para manejo de CDI
- ❑ Garantir a limpeza ambiental concorrente e terminal
- ❑ Discussão com equipe de nutrição para melhorar a vigilância dos pacientes com diarreia e uso de antimicrobianos (ATM)
- ❑ Revisão dos saneantes com ação para *Clostridioides*
- ❑ Avaliação de todos os pacientes com uso prolongado de ATM e instituição de padrão restritivo para liberação de determinados ATM

Aspectos relacionados à Treinamento:

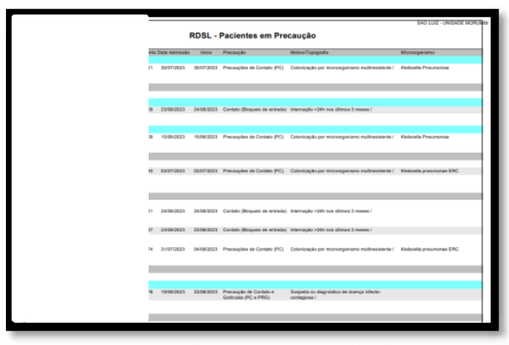
- ❑ Realizado treinamento específico com equipe da higiene, bem como com equipe assistencial sobre isolamento
- ❑ Realizada a campanha de higiene de mãos em novembro 2022 e maio de 2023

Aspectos relacionados a Lembretes:

- ❑ Confeccionada placa de isolamento específica para pacientes com suspeita ou confirmação de CDI

Placas de identificação específicas para casos de CDI

- ❑ Encaminhamento diário para gestores de planilha com todos os pacientes internados com precaução específica



Informe para os gestores dos pacientes com precaução específica

- ❑ Recebimento de planilha diária, pelo laboratório, de todos os pacientes que realizaram investigação de *Clostridioides*.

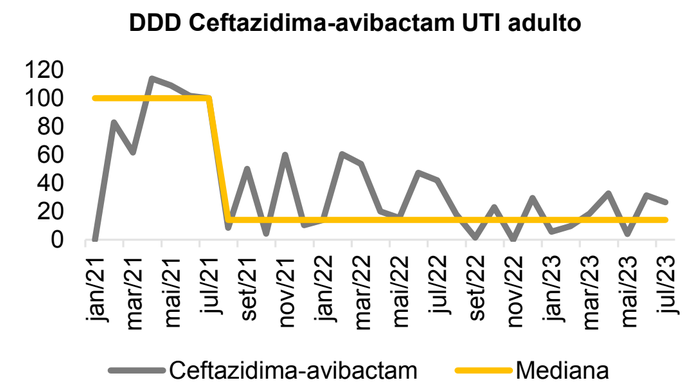
Aspectos relacionados à Avaliação e feedback:

- ❑ Auditoria diária quanto à adesão de precaução e isolamento
- ❑ Envio de taxa de conformidade e detratores para os setores quanto a adesão ao protocolo de precaução e isolamento
- ❑ Auditoria amostral de limpeza ambiental
- ❑ Stewardship de ATM com avaliação dos com uso prolongado

RESULTADOS

Através de todos os processos descritos acima, houve uma redução progressiva da nossa DI de CDI. Em 2023, até o presente momento, apresentamos 5 casos de CDI, representando uma redução de 60% no número absoluto dos eventos identificados.

Paralelamente a isso, há redução de consumo de determinados ATM.



DDD Ceftazidima-avibactam, série histórica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STORR et al. Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. Antimicrobial Resistance and Infection Control, 2017 6:6
2. World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level, 2016
3. SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 UpdateInfection Control & Hospital Epidemiology, 2023 44, 355–376
4. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde GVIMS/GGTES/DIRE3 Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde GGTES/DIRE3 Terceira Diretoria – DIRE3/Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2021, 2022
5. LUSTENBERGER, et al. The Implementation of a Complication Avoidance Care Bundle Significantly Reduces Adverse Surgical Outcomesin Orthopedic Trauma Patients , 2020
6. KLINTWORTH, et al. Beyond the intensive care unit bundle: Implementation of a successful hospital-wide initiative to reduce central lineeassociated bloodstream infections, 2014
7. DUMYATI, et al. Sustained reduction of central lineeassociated bloodstream infections outside the intensive care unit with a multimodal intervention focusing on central line maintenance, 2014
8. AZAKI, et al. Evaluation of the implementation of WHO infection prevention and control core componentsin Turkish health care facilities: results from a WHO infection prevention and control assessment framework (IPCAF)— based survey, 2022
9. SARTELLI, et al. Implementation Strategies for Preventing Healthcare-Associated Infections across the Surgical Pathway: An Italian Multisociety Document, 2023

Aplicação de coberturas multicamadas: estratégia inovadora para prevenção de lesão por pressão na Unidade de Terapia Intensiva

Fernanda Alves dos Santos Carregal; Aline Araujo Pinto; Renata Ventura Ricoy de Castro

INTRODUÇÃO

A prevalência da lesão por pressão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada um indicador da qualidade dos cuidados assistenciais. Pressupõe-se que a redução da incidência de lesão por pressão esteja relacionada diretamente aos cuidados preventivos para se evitar o desenvolvimento dessas lesões. **Objetivo:** Descrever um relato de experiência sobre a implementação de coberturas multicamadas para a prevenção de lesões por pressão na terapia intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da prática assistencial de enfermagem, realizado em uma UTI de um hospital privado de Belo Horizonte - Minas Gerais no período de janeiro a junho de 2023. A aplicação das coberturas multicamadas para a prevenção de lesão por pressão seguiu critérios específicos previamente definidos: 1. Seleção da cobertura com o apoio da comissão de feridas do hospital; 2. Definição dos pacientes elegíveis para a aplicação da cobertura (alto risco de desenvolvimento de lesão de acordo com a escala de Braden); 3. Capacitação dos enfermeiros sobre os cuidados e monitoramento da efetividade da cobertura; 4. Descontinuação: avaliação criteriosa da diminuição do risco de lesão.

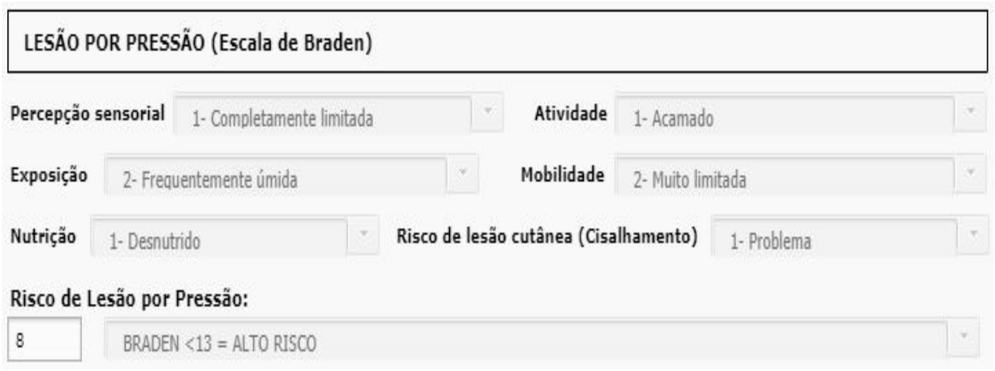


Imagem 1. Aplicação da escala de Braden como critério para a aplicação da cobertura multicamadas.

Imagem 2. Treinamento para a supervisão de enfermagem sobre a aplicação da cobertura multicamadas.

Imagem 2. Registro da avaliação do sistema tegumentar durante a admissão do paciente.

RESULTADOS

Após a implementação do uso de coberturas multicamadas como estratégia de prevenção, houve uma melhora significativa no indicador de “Incidência de lesão por pressão adquirida na terapia intensiva”, obtivemos a meta previamente estipulada alcançada por cinco meses consecutivos e com a tendência estável. No 1° semestre de 2023, houve a redução de 47,5% de lesões por pressão, em relação ao quantitativo de notificações 58,3% foram relacionadas ao estágio I e 37,5% ao estágio II. Todos os pacientes que apresentaram piora no estadiamento das lesões não estavam em uso da cobertura multicamadas como estratégia de prevenção.

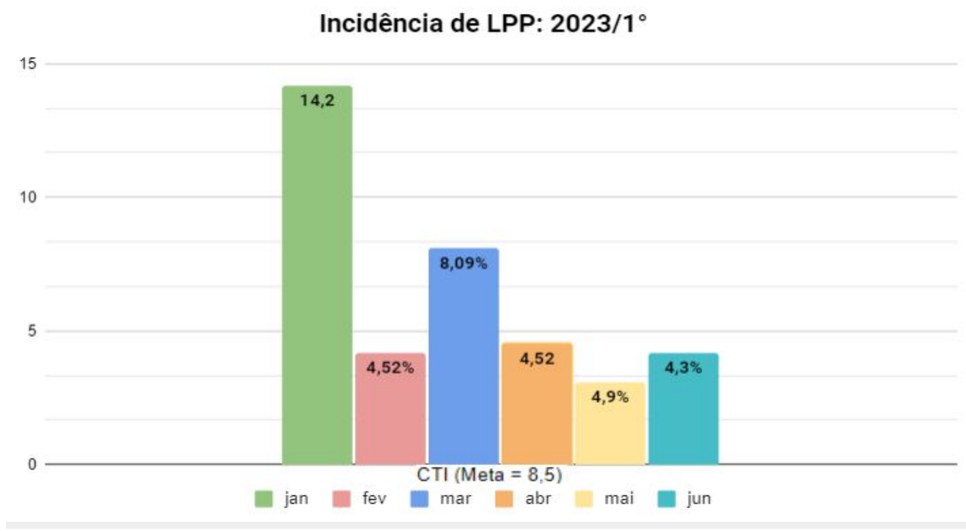


Imagem 3. Resultado do indicador de incidência de lesões no 1° semestre de 2023.

MaterDei Rede de Saúde	Prescrição de Enfermagem CTI	Data do Documento: 25/9/2023

Diagnóstico de Enfermagem: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionado a fator externo (pressão), uso de drogas vasoativa, idade superior a 60 anos, umidade, imobilidade e obsesidade.	
Meta: O paciente terá o risco de integridade da pele prejudicada minimizado durante a internação no CTI.	( ) Alcançada ( ) Não Alcançada

Cuidados:	**Horário**	
Orientar, estimular ou fazer a mudança de decúbito de 2/2h.	0 / 2 / 4 / 6 / 8 / 10 / 12 / 14 / 16 / 18 / 20 / 22	
Hidratar a pele com creme hidratante após o banho.	8	
Estimular hidratação corporal após o banho.	8	20
Não fixar esparadrapo diretamente na pele do paciente.	8	20
Manipular o paciente através do traçado evitando cisalhamento.	8	20
Verificar alterações no tecido cutâneo quanto a hiperemia e formação de ulcera por pressão comunicando ao enfermeiro anormalidade.	8	20
Utilizar almofadas e coxins para aliviar proeminências ósseas.	8	20
Manter o uso continuo de protetor de calcâneo e colchão caixa de ovo.	8	20

Imagem 4. Prescrição de enfermagem sobre os cuidados com a integridade da pele.

CONCLUSÕES

Após o desenvolvimento da aplicabilidade da cobertura multicamadas identificou-se a efetividade como ação inovadora e recurso adicional quando são associadas às estratégias de prevenção padrão, como a mudança de decúbito, controle efetivo dos fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos e uso do colchão viscoelástico.

Experiência positiva: Aplicação de coberturas para prevenção de lesões			
Paciente	Atendimento	Idade	**Tempo de internação**
M.C.S.Z.S	11403857	77	56 dias
A.S.A	11391188	86	58 dias
N.L.C.A	11467311	81	18 dias
Prevenção de LPP = Dano zero			

Imagem 5. Pacientes que apresentaram internação prolongada e mantiveram sem lesão por pressão.

REFERÊNCIAS

1. Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Dalmolin GL, Silva TL, Neutzling BRS, Zugno RM. Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. Revista Enfermagem UERJ, 2019 abr, v. 27:e38670.
2. Pereira MO, Ludvich SC, Omizzolo JAE. Segurança do paciente: Prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Rev Inova Saúde. 2016;5(2):29-44. doi: 10.18616/is.v5i2.3009.

Atualização do Protocolo de TEV em busca da melhoria da qualidade na assistência

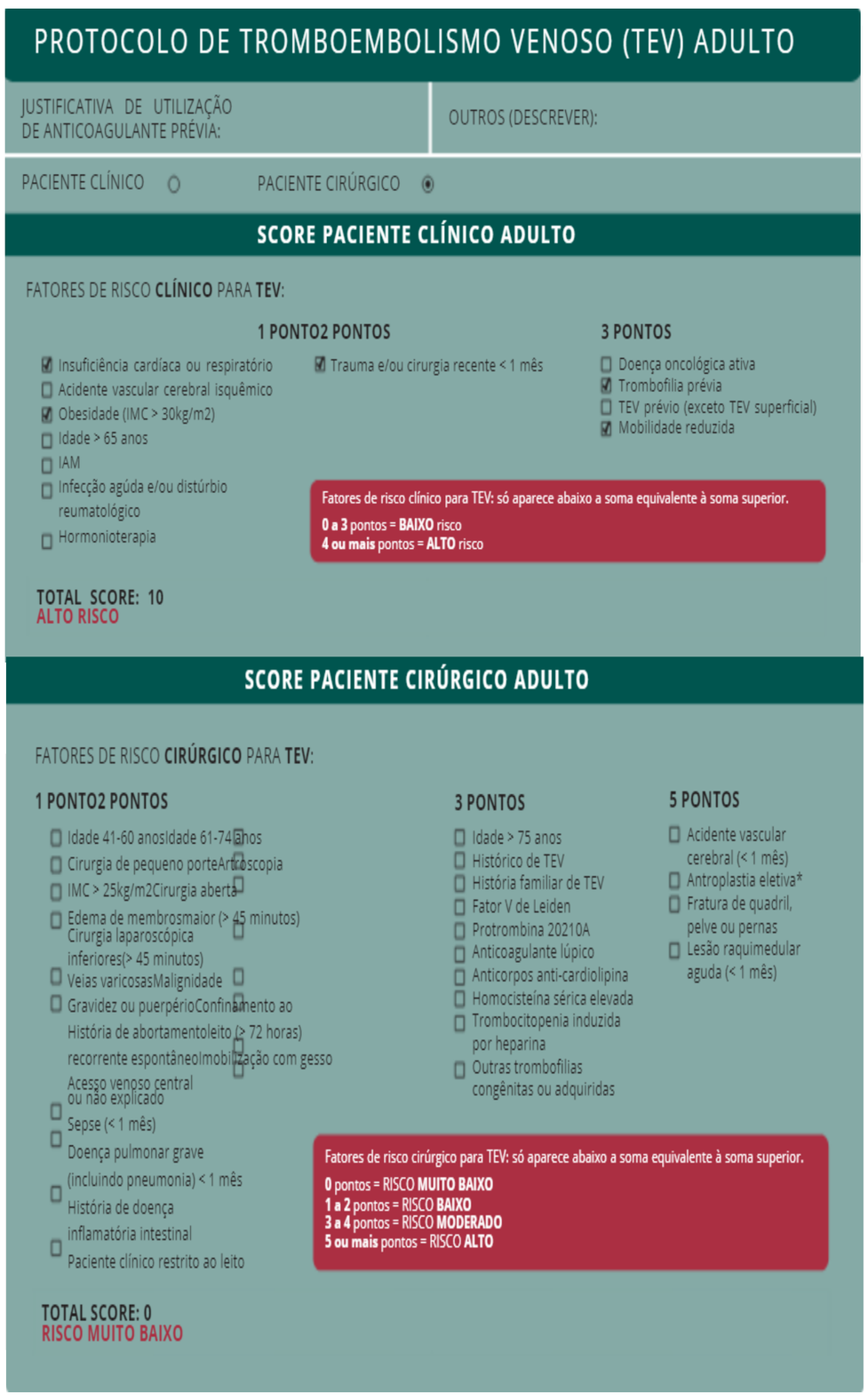
Anna Bárbara Almeida Maia Bebiano; Dr. Marcus Vinicius Albernaz Leitão ; Bruno Campostrini Sily

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo é uma condição clínica que engloba o TVP(trombose venosa profunda) e o TEP (tromboembolismo pulmonar), e é a causa de morte evitável mais comum no paciente que se encontra hospitalizado
A revisão do protocolo de TEV se faz necessário devido a mudança do perfil epidemiológico(introdução do Protocolo para perfil pediátrico) e das atualizações do guideline de referência (Pádua para pacientes clínico e Caprini para pacientes cirúrgicos), além de atenção especial para gestantes ,mulheres em puerpério, pacientes oncológico e bariátricos.
A finalidade dessas mudanças baseiam-se:
* Garantir a profilaxia prescrita de forma assertiva em consonância com o risco atribuído/ * Assegurar que a primeira dose de profilaxia dos pacientes pós operatórios seja aplicada no tempo certo/ * prover periodicamente método de avaliação e revisão de riscos/ *assegurar a comunicação efetiva da equipe multidisciplinar e da família/ paciente com a equipe sobre os riscos e suas formas de prevenção/ * Gerenciamento das assertividades das avaliações de risco através das auditorias clinicas e que através delas possamos estabelecer metas e medidas de melhorias para as etapas dos processos assistenciais

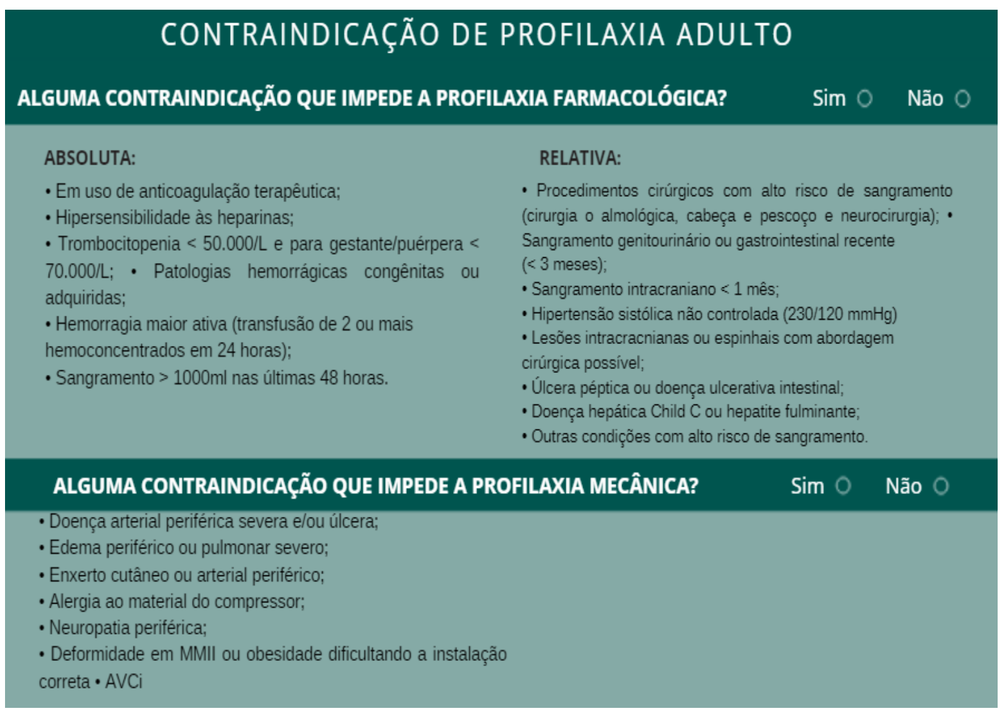
METODOLOGIA

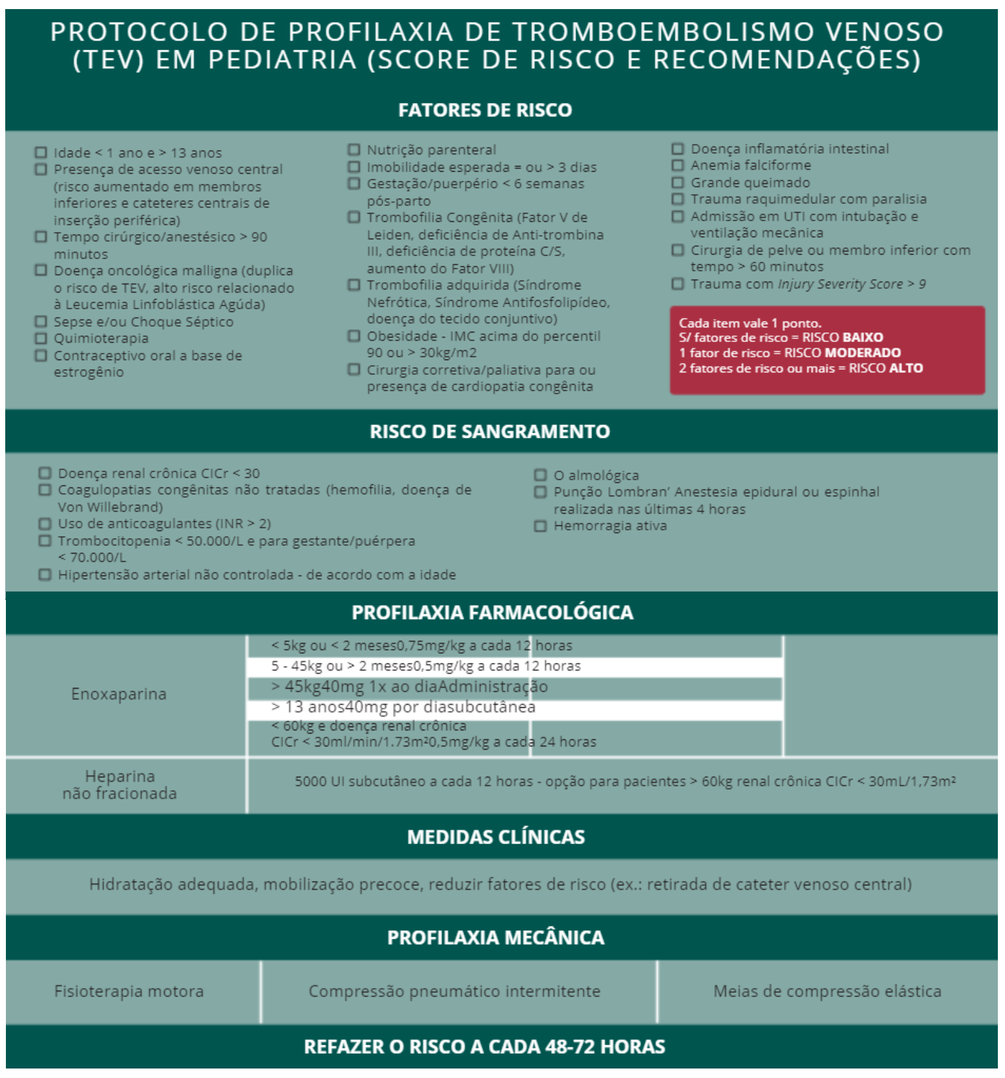
Foi realizado revisão de literatura de forma sistemática dos guidelines de referência utilizados no nosso Protocolo.
Reuniões estratégicas com equipe multidisciplinar para discussão das mudanças/ inclusões realizadas no protocolo.
Criação de um Time Líder para tratativas relacionadas ao Protocolo de TEV.
Treinamento da equipe multidisciplinar sobre as mudanças instituídas no protocolo.
Auditorias clinicas e estudos de casos de eventos adversos relacionados ao TEV.
Divulgação através da rede(sistemas) para todos os colaboradores
Preenchimento do Protocolo de TEV via MV(sistema)
Analise técnica feita pelo farmacêutico da prescrição médica para verificar se a profilaxia es profilaxia está de acordo com o risco.



RESULTADOS

Como resultado , buscamos a diminuição de eventos trombolíticos evitáveis, através da assertividade na avaliação de risco e no uso do protocolo estabelecido pela instituição, uso da melhor propedêutica relacionadas ao tratamento,, tanto prescrita pelo médico, quanto através da verificação de item de prescrição pela farmácia, e dos riscos evidenciados por toda equipe multidisciplinar, seja ele farmacológico ou mecânico, identificação precoce dos sinais e sintomas de TEV, e estudos de desfechos de casos clínicos para melhoria nos processos de assistência ao paciente.





CONCLUSÕES

As alterações no Protocolo de tromboembolismo impactam diretamente na melhoria da qualidade da assistência, diminuindo assim o número de pacientes com diagnósticos positivos, menor tempo de internação , menos taxa de mortalidade, propedêutica assertiva, adesão do tratamento, além de medidas essenciais para prevenção desses eventos, incluindo certas classes de pacientes como crianças, obesos, pós operatórios, gestantes, puérperas.

REFERÊNCIAS

1-American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients David R. Anderson,1 Gian Paolo Morgano,2 Carole Bennett,3 Francesco Dentali,4 Charles W. Francis,5 David A. Garcia,6 Susan R. Kahn,7 Maryam Rahman,8 Anita Rajasekhar,9 Frederick B. Rogers,10 Maureen A. Smythe,11,12 Kari A. O. Tikkinen,13,14 Adolph J. Yates,15 Tejan Baldeh,2 Sara Balduzzi,16 Jan L. Brozek, ˙ 2,17 Itziar Etxeandia-Ikobaltzeta,2 Herman Johal,18 Ignacio Neumann,19 Wojtek Wiercioch,2 Juan Jose Yepes-Nun ´ ez,˜ 20 Holger J. Schunemann, ¨ 2,17 and Philipp Dahm21,22
2-Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in pregnancy and the puerperium- Queensland Clinical Guidelines
3- Guideline for the Prevention of Venous Thromboembolism (VTE) in Adult Hospitalised Patients/ December 2018
4- Protocolo de TEV adullto / pediátrico atualizado 2023- Dr Bruno Campostrini

ASSERTIVIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA COMO FOCO DE QUALIDADE PERCEBIDA

Leandro Domingos Pereira, Patrícia Ingrid Sousa Barão, Diego da Silva Ferreira, Elaine Cristina Melo de Lima

INTRODUÇÃO

A classificação de risco é uma avaliação dinâmica aplicada aos serviços de emergência, contribuindo para um atendimento organizado e estruturado, objetivando satisfação do paciente, otimização do tempo de atendimento e distribuição adequada dos recursos disponíveis.

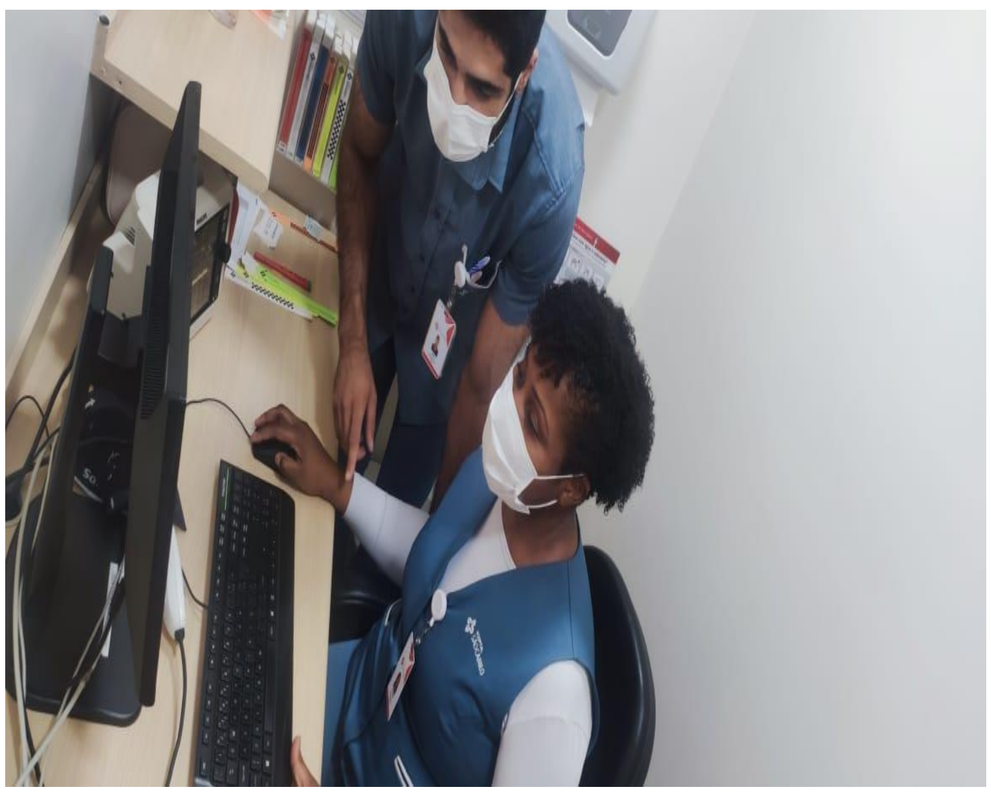
Para qualidade assistencial é de extrema importância a validação da assertividade em relação à classificação de risco. O trabalho tem por objetivo demonstrar a implantação da validação de assertividade da classificação de risco em um hospital privado de São Paulo e estratégias de melhoria elaborada.

Trata-se de um relato de experiência da avaliação de assertividade de classificação.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada a capacitação de dois enfermeiros através do sistema de avaliação do protocolo de Manchester. A avaliação realizada com 34 enfermeiros do serviço de emergência com contabilização mínima de 10 amostras mensais, totalizando em média 320 a 350 amostras. Os critérios definidos para auditoria são: tempo de acionamento do paciente para início da triagem a partir de sua chegada (10 minutos), tempo de triagem (03 minutos), descrição da queixa principal de forma específica e tempo de início da queixa, escolha de fluxograma e discriminador para que haja priorização do atendimento por cores, direcionamento para especialidade disponível no serviço. Exclui-se da amostra pacientes vermelhos que dão entrada na sala de emergência.

Abordagem in loco em relação as tratativas de melhorias apontadas

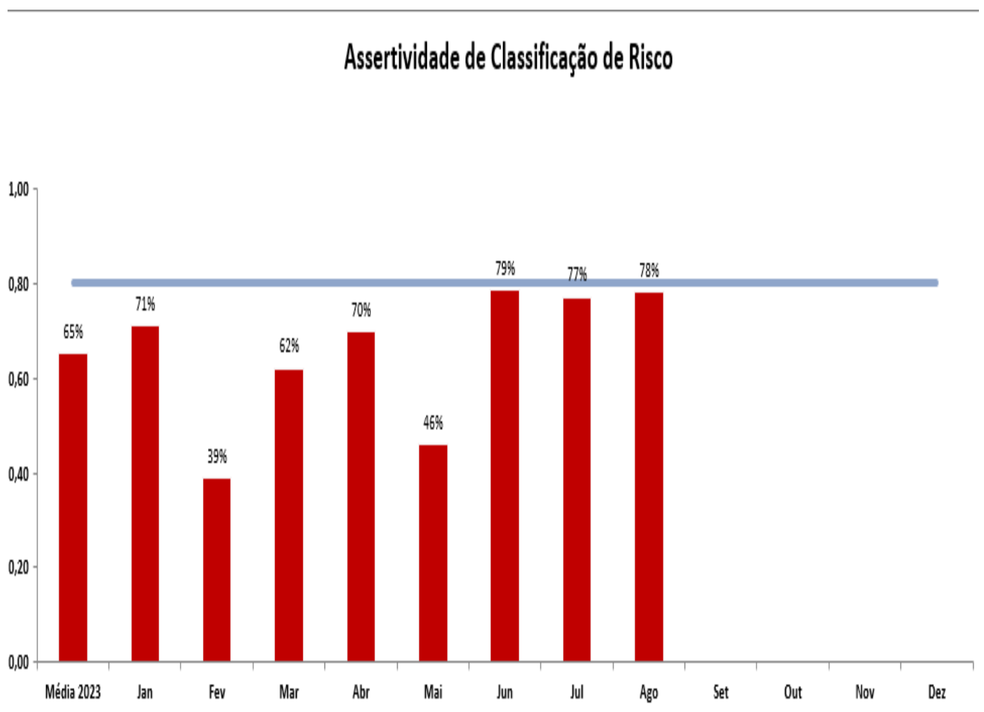


Plantão de dúvidas relacionadas ao protocolo de Manchester.

RESULTADOS

No primeiro trimestre de 2023 evidenciado 57% de assertividade, sendo o item de maior fragilidade a descrição adequada da queixa, seguida da escolha do fluxograma. Foi apresentado aos enfermeiros os resultados para compartilhamento das informações e propor discussão a partir das principais dúvidas levantadas no momento da auditoria. Foi criado um sistema de bonificação para os profissionais aderentes a meta acima de 80% com uma premiação lúdica por medalhas, bonificando a assertividade no trimestre aos triadores com assertividade acima da meta estabelecida com medalhas de bronze, prata e ouro, sendo incluso nesse seleto grupo 9 enfermeiros. No 2º trimestre, percebe-se um aumento na média geral de assertividade para 63%, e maior número de enfermeiros que contribuíram com metas particulares acima de 80%, sendo um total de 16 enfermeiros mantendo os pontos de fragilidade, mas em curva ascendente. Os próximos passos são discussão de cases práticos com acompanhamento na triagem.

Divulgação de resultados e premiação das metas de assertividade alcançadas.



Resultado de assertividade de classificação de risco

CONCLUSÕES

O olhar clínico do profissional enfermeiro na triagem favorece um serviço de qualidade no atendimento técnico e torna efetiva os critérios de priorização do atendimento. Por isso precisamos tornar o quanto mais objetivo os fluxos internos atrelados às metodologias de classificação, lançando mão de capacitações constantes acerca do tema, bem como o envolvimento do profissional enfermeiro nos resultados alcançados.

REFERÊNCIAS

1- Sistema Manchester de Classificação de Risco / Kevin Mackway-Jones; Janet Marsden,; Jill Windle. Versão brasileira de Welfane Cordeiro júnior; Maria do Carmo Paixão Rausch. Colaboração de Cintia Alcantara de Carvalho, Gabriela Fontoura Lana Nascimento; Paula Tassia Barbosa Rocha – 2º ed. – Belo Horizonte: Folium, 2018

ASSISTÊNCIA NA SALA DE PARTO A NEONATOS PREMATUROS – IMPORTÂNCIA DA EQUIPE ASSISTENCIAL INTEGRADA – MATERNIDADE HOSPITAL TACCHINI – BENTO GONÇALVES – RS

Karina Segatto, Simone Caldeira Silva, Martina Michaelis Bergmann, Fernanda Mazzochi Hillebrand

INTRODUÇÃO

O envolvimento da equipe assistencial nos cuidados ventilatórios para prematuros (PMTs) têm papel diferencial nos desfechos alcançados para esse grupo de pacientes. Objetivo deste trabalho foi escrever os resultados de mudanças na assistência ventilatória na sala de parto com a presença da equipe multiprofissional aos PMTs de gestações com duração menor ou igual a 32 semanas.

METODOLOGIA

Foi realizado levantamento prospectivo dos registros de indicadores assistenciais de prematuros nascidos no período de janeiro de 2021 a julho de 2023. Descrição das mudanças nas atividades e treinamentos para as equipes realizados na assistência aos PMTs em maternidade de referência regional.

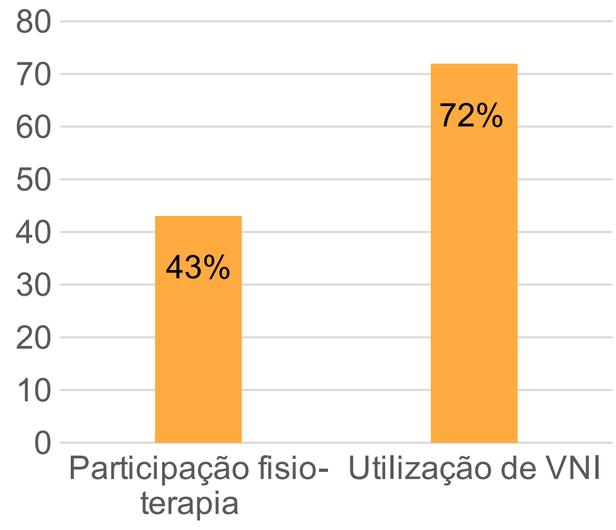
Capacitação da equipe multiprofissional no cuidado com PMT menor ou igual a 32 semanas em sala de parto.

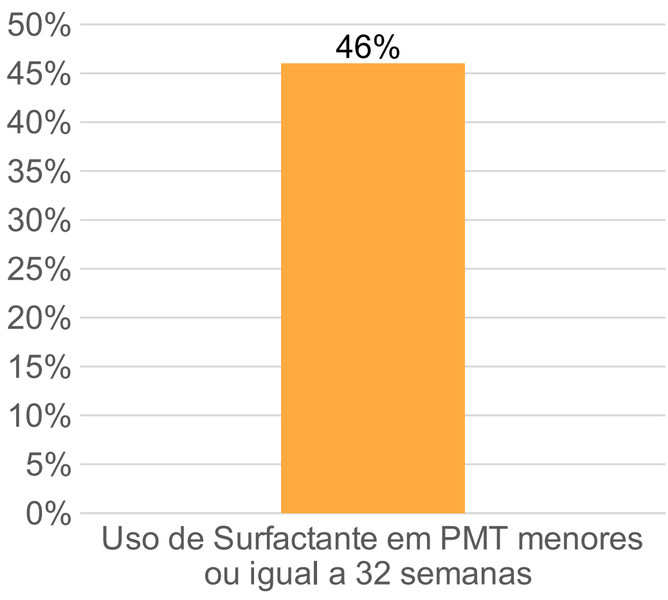
RESULTADOS

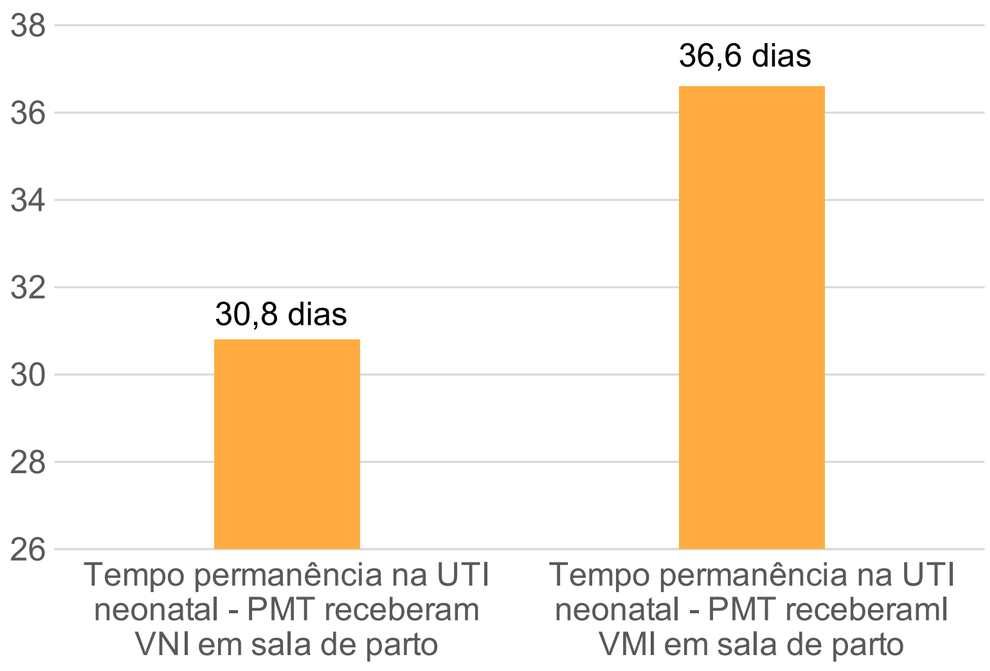
A maternidade do Hospital Tacchini realiza cerca de 1.700 a 1.800 partos ao ano, dos quais cerca de 2 a 4% dos partos são PMTs com gestações menores ou iguais a 32 semanas.

Em janeiro de 2022 ocorreram treinamentos para as equipes de enfermagem, fisioterapia e médica com o objetivo de melhorar a assistência aos prematuros com idade menor ou igual a 32 semanas.

A partir da capacitação da equipe, pode-se observar a participação do fisioterapeuta em 43% dos atendimentos aos PMTs em sala de parto.







Nas faixas de menor peso ao nascer as ações resultaram em melhores resultados ainda, mesmo considerando o número pequeno de neonatos nesse grupo.

CONCLUSÕES

Investir em capacitação profissional e trabalho de equipe integrada em serviços de maternidade tem impacto importante nos desfechos assistenciais desse grupo de prematuros.

REFERÊNCIAS

1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
2) FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Cuidado ao Recém-nascido no Parto e Nascimento. Rio de Janeiro, 2019

ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO UM MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE

Vanessa Machado Rodrigues, Vanderléia da Rocha Scharb Cereser, Essara Campesato Fontes, Verônica Lubian

INTRODUÇÃO

Em um ambulatório de cuidado de colaboradores de um hospital filantrópico, foram implementadas as diretrizes de atenção primária, para o cuidado das colaboradoras, com a linha de cuidado saúde da mulher, impactando no plano de saúde.
Os principais objetivos deste projeto foram a implantação de uma linha de cuidado de saúde da mulher; realização do rastreamento do câncer de colo de útero; diagnóstico precoce de câncer de colo do útero; redução de custos no plano de saúde em consultas e custos com tratamento em diagnóstico tardio; cuidado com a saúde das mulheres da instituição, com o foco na prevenção de doenças e promoção da saúde e a retirada da co-participação do plano de saúde para os exames de rastreamento da saúde da mulher.

METODOLOGIA

- Implantado o protocolo de rastreio de câncer de colo de útero na consulta de periódico;

- Coleta de citopatológico realizada pelos médicos de família em consultas clínicas ou periódico;

- Agenda de enfermeira para coleta de citopatológico;

- Retirado a co participação dos exames da mulher do Plano de Saúde.

Campanha de promoção da Saúde do Homem e da Mulher

Programa Saúde Plena atua em parceria com outros serviços e ações de cuidado.

Com foco na prevenção e promoção da saúde dos colaboradores do Hospital Moinhos de Vento, a equipe do Saúde Plena Moinhos (SPM), em parceria com a Telemedicina e o Núcleo Mama, promove duas campanhas que, através da isenção da coparticipação para os exames, também visam a incentivar que homens e mulheres estejam com seus cuidados em dia.

As mulheres representam mais de 80% do grupo de trabalho do Moinhos. Segundo o Dr. Fabiano Barrionuevo, liderança médica do Saúde Plena, é de extrema importância que se olhe com atenção para este grupo. O câncer de mama e o de colo uterino são doenças com o rastreio bem definido e com altas taxas de diagnóstico e cura, quando descoberto precocemente.

Campanha de promoção da Saúde do Homem e da Mulher – Saúde Plena Moinhos

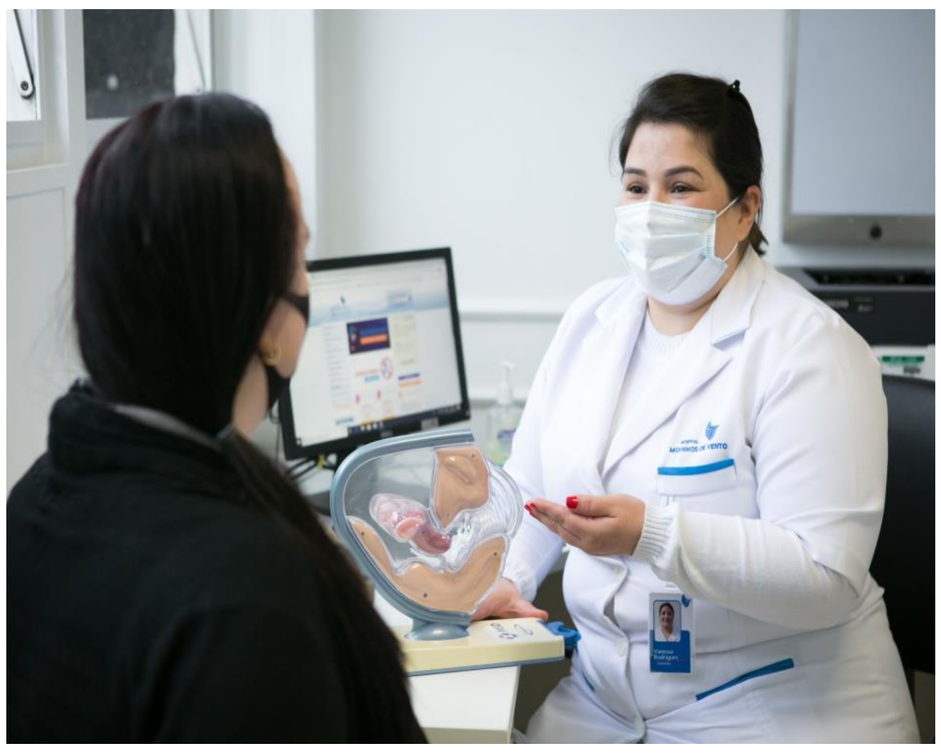
Webinar Jornada do Conhecimento : Cuidando de quem cuida.

RESULTADOS

- Aumento da adesão das mulheres nas agendas de coleta de citopatológico;

- Incentivo a realização dos exames preventivos, tanto em consultas médicas como agendas da enfermeira;

- Detecção precoce de câncer de colo de útero, com baixo impacto na vida da mulher e no custo do Plano de Saúde


Atendimento da enfermeira do ambulatório Saúde Plena Moinhos sobre os cuidados da saúde da mulher.

Campanha Outubro Rosa: Prevenção é um ato de carinho com você mesma.

CONCLUSÕES

Um programa de prevenção implantado em um ambulatório de cuidado dos colaboradores em instituição hospitalar, levou a detecção precoce de câncer de útero, sem custo para a paciente, e aumento cobertura da população atingindo acima de 90% dos colaboradoras e economia no plano de saúde de R$ 150.000,00.

REFERÊNCIAS

- Dados da Instituição.2023
- Ministério da Saúde. http: //linhasdecuidado.saude.gov.br. Acesso 26/09/2023.

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: AVALIAÇÃO DE CUSTOS NO CUIDADO DE PACIENTES IDOSOS COM CARDIOPATIAS

Geórgia Silva Marques, Alessandra Maciel Almeida, Isabel Cristina Gomes, Bruno Almeida Rezende

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem modificando o perfil epidemiológico no Brasil. As doenças cardiovasculares estão com as maiores taxas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. Entre as principais doenças cardiovasculares crônicas, estão a doença arterial coronariana (DAC) e a insuficiência cardíaca (IC). Essas, além de altamente incapacitantes, lideram a demanda por serviços médicos, especialmente na população idosa.

A Fundação São Francisco Xavier (FSFX), em dezembro de 2014, iniciou com a primeira Unidade de APS denominada *Usifamília*, na cidade de Ipatinga-MG, Brasil, inspirada no modelo de Atenção Primária da *Cambridge Health Alliance*, Boston, Estados Unidos da América. Isso resultou em um modelo misto de atenção à saúde a partir dos pressupostos da APS e do paradigma da saúde do idoso, denominado gestão da saúde centrada no idoso. Esse modelo visa gerenciar melhor a saúde dos beneficiários e seus familiares, por meio de uma equipe tecnicamente qualificada e do modelo APS, uma estrutura física diferenciada e um fluxo de atendimento centrado no paciente.

O objetivo deste trabalho é identificar se a implementação de um sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) suplementar possibilita a redução dos custos assistenciais de idosos com cardiopatias.

METODOLOGIA

Trata-se de uma coorte retrospectiva que incluiu todos os sujeitos com idade ≥ 60 anos previamente diagnosticados com IC, angina instável ou que já haviam tido infarto agudo do miocárdio (IAM) e que tiveram sua primeira consulta médica na APS suplementar *Usifamília* no período de 01/01/2015 a 31/12/2015. Utilizamos o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) para a classificação da população idosa de acordo com suas capacidades funcionais. Foram levantados todos os custos com atendimentos e procedimentos médicos um ano antes e um ano após a primeira consulta na APS. O levantamento dos dados foi obtido em 2017, sendo realizado com base no prontuário eletrônico do paciente e no custo assistencial total (hospitalar, ambulatório e domiciliar), descrito na Transferência Eletrônica de Dados (TED).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 223 participantes, dos quais 60,1% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 73,84 anos, dos quais 40,4% tinham entre 60 e 70 anos. O IMC médio foi de 29,14 kg/m2, e 67,5% estavam acima do peso. Em relação ao histórico clínico, 77,1% tinham IAM, 18,4%, IC, e 9%, angina. Apenas 9,6% eram fumantes.

A redução do custo com atendimentos em saúde total após a implantação da APS não foi significativa para toda a amostra e nem entre os subgrupos analisados.

Houve redução significativa nos custos de internação hospitalar após a implantação da APS para toda a amostra.

Observou-se diferença significativa nos custos das internações de homens, com idade entre 71 e 80 anos, que apresentaram IAM, eutróficos de acordo com IMC, não fumantes e classificados como robustos de acordo com IVCF-20.

Característica	Antes (R$)	Após (R$)	Diferença (antes-após) (R$)*	P-valor
Toda a amostra	8.906,23 ± 11.595,32 (4.475,73)	5.693,47 ± 9.802,25 (1.395,76)	3.212,76 ± 16.103,50 (3.232,12)	**0,011**[Wp]
Sexo			0,550[W]	
Feminino	9.312,93 ± 11.867,90 (3.562,66)	6.334,29 ± 10.482,95 (3.057,06)	2.978,64 ± 16.029,92 (2.250,17)	0,150[Wp]
Masculino	8.558,68 ± 11.455,40 (5.366,84)	5.145,86 ± 9.243,28 (0)	3.412,82 ± 16.311,05 (5.277,59)	**0,041**[Wp]
Idade (anos)			0,484[K]	
60 a 70 anos	8.835,97 ± 11.625,18 (2.542,86)	4.847,41 ± 9.478,90 (0)	3.988,56 ± 17.047,31 (2.542,86)	0,129[Wp]
71 a 80 anos	8.233,77 ± 11.275,84 (5.406,59)	3.244,01 ± 7.124,97 (0)	4.989,76 ± 12.001,89 (4.560,36)	**0,005**[Wp]
81 anos ou mais	10.163,32 ± 12.462,02 (3.780,27)	11.182,32 ± 12.236,39 (6.971,61)	-1,018,99 ± 20.201,44 (2.195,87)	0,944[Wp]
Antecedentes clínicos			-	
IC	10.465,15 ± 14.926,02 (4.304,39)	7.418,03 ± 10.514,85 (3.445,45)	3.047,12 ± 19.302,95 (2.568,42)	0,328[Wp]
Angina	11.088,57 ± 12.395,31 (5.439,47)	6.967,29 ± 13.205,23 (0)	4.121,28 ± 20.224,74 (5.366,84)	0,320[Wp]
IAM	8.138,26 ± 9.772,68 (4.391,09)	4.822,72 ± 8.636,96 (0)	3.315,54 ± 13.878,43 (3.133,05)	**0,023**[Wp]
IMC			0,588[K]	
Baixo peso	7.240 ± 10.446,44 (2.504,46)	3.502,40 ± 3.337,64 (3.860,86)	3.737,59 ± 8.284,14 (2.504,46)	0,750[Wp]
Eutrófico	6.678,75 ± 6.513,26 (5.609,38)	3.647,62 ± 6.690,20 (0)	3.031,13 ± 9.851,75 (5.386,72)	**0,027**[Wp]
Sobrepeso	9.224,77 ± 12.787,15 (3.997,87)	6.376,73 ± 11.006,46 (1.296,87)	2.848,03 ± 18.192,82 (1.918,28)	0,217[Wp]
Tabagismo			0,964[W]	
Não	9.190,10 ± 12.199,59 (4.475,73)	5.446,90 ± 9.732,64 (1.848,83)	3.743,20 ± 16.245,60 (3.311,05)	**0,020**[Wp]
Sim	9.269,75 ± 11.526,64 (3.935,65)	5.397,80 ± 7.318,30 (1.464,83)	3.871,96 ± 13.136,37 (3.935,65)	0,563[Wp]
Classificação IVCF-20			0,280[K]	
Frágil	15.332,37 ± 16.539,47 (10.755,25)	9.812,41 ± 13.610,32 (3.842,22)	5.519,96 ± 22.076,52 (3.637,42)	0,275[Wp]
Em risco	6.401,49 ± 9.740,06 (2.435,54)	5.452,65 ± 9.250,08 (2.424,75)	948,84 ± 15.325,49 (1.416,32)	0,556[Wp]
Robusto	8.308,09 ± 9.660,57 (5.439,47)	4.157,73 ± 7.939,56 (0)	4.150,36 ± 13.811,39 (5.439,47)	**0,013**[Wp]

Tabela 1 - Média de custo anual com internações antes e após a implantação da APS, segundo características dos idosos cardiopatas. Ipatinga, 2015.

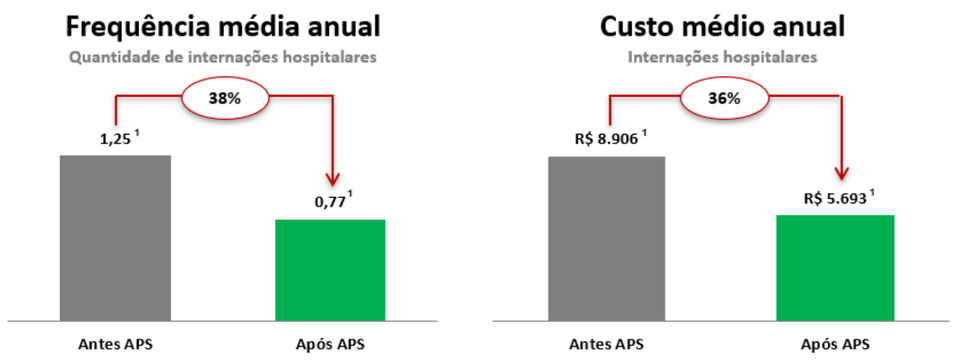
Houve redução na frequência de internações hospitalares com a implantação da APS para toda a amostra, e entre os homens, com idade entre 71 e 80 anos, classificados como robustos pelo IVCF-20 e que já foram diagnosticados com IAM. Houve redução na frequência de consultas em Pronto Atendimento entre idosos classificados como frágeis em IVCF-20.

Característica	Nº de Internações Antes	Nº de Internações Após	P-valor	Nº Consultas PA Antes	Nº Consultas PA Após	P-valor
Toda a amostra	1,25 ± 1,31 (1)	0,77 ± 0,90 (1)	**0,006**	1,36 ± 1,42 (1)	1,06 ± 1,09 (1)	0,139
Sexo						
Feminino	1,28 ± 1,21 (1)	0,96 ± 1,02 (1)	0,165	1,55 ± 1,43 (1)	1,16 ± 1,15 (1)	0,162
Masculino	1,22 ± 1,40 (1)	0,62 ± 0,76 (0)	**0,014**	1,21 ± 1,40 (1)	0,99 ± 1,05 (1)	0,461
Idade (anos)						
60 a 70 anos	0,84 ± 0,73 (1)	0,57 ± 0,69 (0)	0,180	1,09 ± 1,14 (1)	1,09 ± 1,03 (1)	0,919
71 a 80 anos	1,61 ± 1,69 (1)	0,66 ± 0,91 (0)	**0,001**	1,64 ± 1,62 (1)	1,02 ± 1,14 (1)	0,060
81 anos ou mais	1,25 ± 1,11 (1)	1,29 ± 1,00 (1)	0,774	1,23 ± 1,33 (1)	1,10 ± 1,14 (1)	0,887
Classificação IVCF-20						
Frágil	2,32 ± 2,00 (2)	1,16 ± 1,07 (1)	0,086	2,76 ± 2,08 (2)	0,88 ± 1,32 (0)	**0,011**
Em risco	0,95 ± 0,80 (1)	0,79 ± 0,78 (1)	0,430	1,16 ± 1,08 (1)	1,06 ± 1,01 (1)	0,581
Robusto	1,04 ± 1,07 (1)	0,60 ± 0,89 (0)	**0,025**	1,14 ± 1,24 (1)	1,11 ± 1,11 (1)	1,000
Antecedentes clínicos						
IC	1,77 ± 2,12 (1)	1,23 ± 1,14 (1)	0,472	1,78 ± 1,98 (1)	1,19 ± 1,35 (1)	0,267
Angina	1,45 ± 0,69 (2)	0,91 ± 1,14 (0)	0,224	1,73 ± 1,33 (1)	1,33 ± 1,18 (1)	0,492
IAM	1,07 ± 1,00 (1)	0,67 ± 0,78 (0)	**0,027**	1,21 ± 1,23 (1)	0,98 ± 0,97 (1)	0,286

Tabela 2-Frequência anual de internações e consultas ao PA, antes e após implantação da APS, segundo sexo, idade, IVCF-20 e clínicos. Ipatinga, 2015.

CONCLUSÕES

Houve redução na frequência e nos custos de internação hospitalar dos pacientes idosos com doença cardíaca atendidos previamente na APS suplementar. O conjunto de nossos resultados sugere que a implantação da APS melhorou a qualidade do atendimento aos idosos com diagnóstico de doenças cardíacas. É evidente, portanto, a necessidade de atuar para focar as equipes da APS no acompanhamento dos idosos, especialmente no que se refere ao monitoramento do tempo de retorno ao cuidado, além de intensificar ações preventivas, a fim de identificar fatores de risco precoces para doenças cardiovasculares.



Com a implantação da atenção primária à saúde (APS), a frequência média anual foi reduzida em 38% e o custo médio anual em 36% se comparado aos 12 meses anteriores.

* Os valores referência não consideram o desvio padrão para efeito de comparação da redução média anuais

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor [Internet]. 2016
Ciumărnean L, Milaciu MV, Negrean V, Orăşan OH, Vesa SC, Sălăgean O, et al. Cardiovascular risk factors and physical activity for the prevention of cardiovascular diseases in the elderly. Int J Environ Res Public Health. 2021;19(1):207.
Moraes EN, Carmo JA , MF Lanna, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. Rev Saúde Pública. 2016;50:81.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Atenção Primária Remota

Valda Stange – CEO TopMed, Prefeitura de Florianópolis, Prefeitura de Rio do Sul, Prefeitura de Lages

INTRODUÇÃO

Os municípios de Florianópolis, Rio do Sul e Lages e a TopMed Saúde Digital inovaram a assistência à Saúde com a criação do que se tornou o Primeiro Serviço de Atendimento Pré-Clínico do Brasil, assumindo atualmente o papel de Atenção Primária Remota. O serviço cumpre o princípio da universalidade quando garante acesso à saúde para 100% da população. Utilizando canais digitais (telefone ou internet), conecta o cidadão a um profissional de saúde, 24h por dia, sem deslocamentos.

METODOLOGIA

Jornada do Usuário ao acionar o serviço

O serviço de Atenção Primária Remota foi desenvolvido para agilizar o atendimento, minimizar a necessidade, riscos e os inconvenientes do deslocamento, tempo de espera, e, sobretudo, oferecer uma solução segura e rápida à população. Pensada e planejada para organizar a atenção primária em seus territórios, aliviando as portas de pronto atendimento, a operação iniciou em março de 2020. O atendimento à distância ocorre por ligação para 0800, de qualquer telefone, ou aplicativo nos aparelhos de telefone celular, tablets, ou mesmo pelo WhatsApp. O usuário é atendido por um profissional de enfermagem que, mediante algoritmos clínicos, fornece o encaminhamento mais adequado, que, na prática pode ser desde a resolução de dúvidas (45% dos atendimentos), o esclarecimento e análise de sintomas (55% dos atendimentos), teleconsulta médica ou agendamento na rede básica de saúde (8% dos atendimentos) e encaminhamento imediato para a rede de pronto atendimento (apenas 4% dos atendimentos), sempre de acordo com a necessidade do usuário apontado pelo enfermeiro em conjunto com o algoritmo.

Sra. Irene, sem saber que estava infartando, acionou o serviço e foi orientada a buscar a emergência, sendo acolhida imediatamente para cirurgia.

RESULTADOS

- … 1,2 milhões de Usuários SUS.
- … Ampliação do acesso à saúde para 100% da população nos municípios implantados.
- … 18 Segundos é o Tempo Médio de Espera para atendimento.
- … 289.950 atendimentos nos últimos 3 anos.
- … 32% das notificações COVID-19 da capital catarinense foram feitas pela TopMed.
- … 88% dos atendimentos em Saúde, foram solucionados pela enfermagem.
- … 94% dos usuários referiram melhora total ou parcial dos sintomas após as orientações do serviço de enfermagem.
- … 96% dos usuários seguiram as orientações fornecidas pela enfermagem.
- … 95% de resolutividade na teleconsulta médica.
- … 12% apenas, do total de atendimentos de saúde foi encaminhado para algum serviço presencial.
- … Redução de movimento nas portas de entrada de demanda espontânea.
- … Informações seguras e atualizadas sobre a Rede de Atenção à Saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde.
- … Ganhos em turismo com a melhoria na qualidade de atendimento ao turista.
- … Satisfação do usuário com a diminuição de deslocamento.

Teletriagem por videochamada ou por ligação telefônica, e de acordo com a necessidade, o paciente é encaminhado para atendimento médico on-line.

CONCLUSÕES

A experiência da Atenção Primária Remota demonstra a capacidade de inovações na Atenção Primária para organizar a demanda de atendimento e direcionar os pacientes ao atendimento adequado no momento certo. Isso reduz riscos de sequelas devido a atendimento inadequado e evita a aglomeração de pacientes em serviços de saúde devido a atendimentos não emergenciais. A implementação bem-sucedida desse serviço oferece lições valiosas para melhorar o acesso à saúde e a qualidade da assistência no contexto do SUS e destaca o potencial das soluções digitais para transformar a forma como a assistência à saúde é entregue.

REFERÊNCIAS

CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO SANTA CATARINA (SC). Edital de Pregão Presencial nº 0054/2020. Serviços de operacionalização do serviço de atendimento pré-clínico, para atendimento remoto em saúde à população usuária dos sistemas públicos, via telefone, chat de texto e videochamada, incluindo: serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento, baseado em algoritmos; serviço de aconselhamento sobre autocuidados, baseado em protocolos; serviço de informação geral em saúde, baseados em protocolos. CINCATARINA: órgão oficial dos municípios, Florianópolis, 6 nov. 2020.

FLORIANÓPOLIS (SC). Edital de Pregão Presencial n.º 499/SMA/DSLC/2019. Serviços de operacionalização do serviço de atendimento pré-clínico, para atendimento remoto em saúde à população residente em Florianópolis e usuária de seu sistema público, via telefone, chat de texto e videochamada, incluindo: serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento, baseado em algoritmos; serviço de aconselhamento sobre autocuidados, baseado em protocolos; e serviço de informação geral em saúde, baseados em protocolos. Florianópolis: órgão oficial do município, Florianópolis, 20 set. 2019.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAVEGADOR NA JORNADA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATRAVÉS DO MONITORAMENTO REMOTO

Rocha, AS; Kuil, LM; Ferreira, MM; Santos, YE

INTRODUÇÃO

O enfermeiro navegador desempenha um papel importante na jornada dos pacientes oncológicos, na otimização das fases de diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento. O Programa de Navegação é formado por profissionais capacitados para oferecer assistência e educação personalizada, alguns estudos demostram a eficácia deste programa e o efeito benéfico para os pacientes. [1, 2, 3, 4] Na literatura há poucas evidências sobre a atuação do enfermeiro navegador e o uso de tecnologias e fluxos bem delimitados para o monitoramento remoto que visa o acompanhamento contínuo na jornada do paciente oncológico.

METODOLOGIA

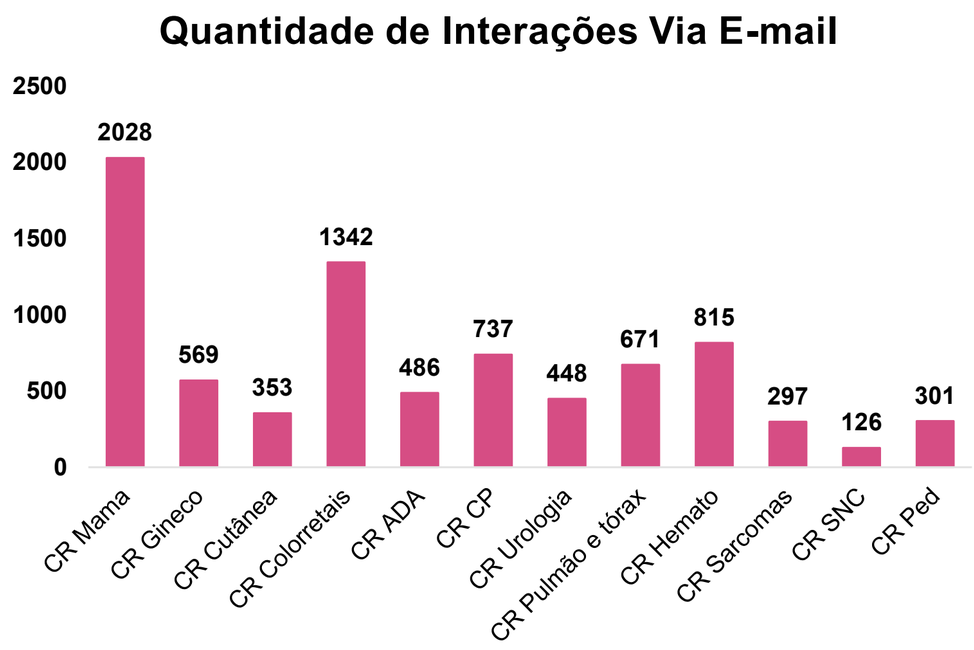
Estudo observacional da eficácia do monitoramento remoto realizado através do e-mail como uma solução digital disponibilizada nas consultas do programa de navegação como forma de comunicação em um Cancer Center Brasileiro.

RESULTADOS

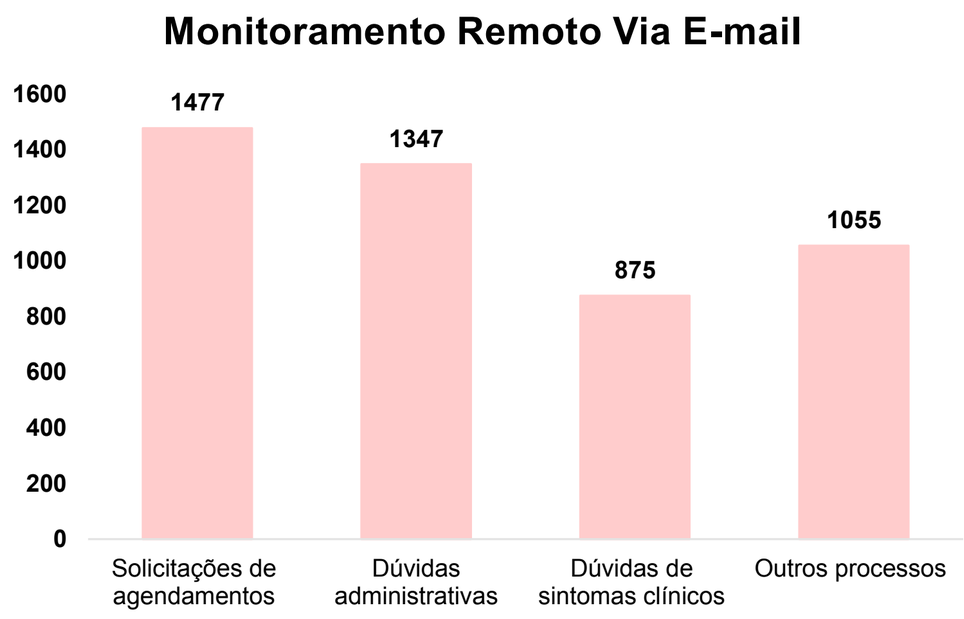
A atuação do enfermeiro navegador está centrada na identificação das barreiras e em minimizar as dificuldades que o paciente possa enfrentar durante a jornada oncológica. A comunicação muitas vezes é uma barreira encontrada, definimos o e-mail institucional como ferramenta para suporte na comunicação entre a navegação e o paciente, utilizada continuamente pelo paciente para se conectar com a navegação e receber as devidas orientações durante a sua jornada, sem necessidade de comparecer presencialmente. Em nosso serviço a navegação é dividida por centros de referências (CR). As demandas se diferenciam a depender do perfil do paciente atendido, por isso observamos maior interação em alguns CR: CR da Mama (2028); CR da Colorretal (702); CR Pulmão e Tórax (372). Dentre o período de Janeiro a Junho de 2023 foram recebidos 5017 e-mails, onde realizamos o levantamento das demandas mais comuns encaminhadas pelos pacientes, foi possível classificar as solicitações em: solicitações de agendamentos (1477); dúvidas administrativas (1347); dúvidas de sintomas clínicos (875) e outros processos (1055) estes que envolvem interações que contempla a jornada do pacientes.

RESULTADOS

A navegação também atua monitorando e no cumprimento do protocolo clínico do paciente, portanto, quando é observado algum desvio ou falha na jornada oncológica o e-mail é o instrumento utilizado para sinalizar o paciente e convocá-lo para concluir a etapa necessária. Na prática temos um excelente retorno do paciente que se sente acolhido e assistido pela equipe da navegação mesmo à distância.



Quantidade de interações realizadas via e-mail com os pacientes distribuídos por centro de referência, de janeiro a junho de 2023.



Monitoramento remoto realizado via e-mail distribuído pelas principais solicitações dos paciente, de janeiro a junho de 2023.

CONCLUSÕES

O e-mail tem se mostrado como um instrumento importante na comunicação entre o paciente e o enfermeiro navegador, o benefício dessa comunicação torna o paciente mais empoderado de informações e mais seguro do seu tratamento, auxiliando no cumprimento das etapas da jornada.

REFERÊNCIAS

1. Doerfler-Evans RE. Shifting paradigms continued-the emergence and the role of nurse navigator. J Thorac Dis. 2016 Jul;8(Suppl 6):S498-500.
2. 1. Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, Kempfer SS, Backes VMS. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses in the oncology setting: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021;74(2):e20190804.
3. Bush, Matthew L., Michael R. Kaufman, and Taylor Shackleford. "Adherence in the cancer care setting: a systematic review of patient navigation to traverse barriers." Journal of Cancer Education 33 (2018): 1222-1229.
4. Tho, Poh Chi, and Emily Ang. "The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: a systematic review." JBI Evidence Synthesis 14.2 (2016): 295-321.

AUMENTO DA EFICIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA ATRAVÉS DE TRATAMENTOS HIPOFRACIONADOS

Aline Moraes de Abreu, Adriana Denise Acker, Andrea Barleze da Costa, William Correia Trinca

INTRODUÇÃO

O número de frações a que cada paciente é submetido num serviço de radioterapia impacta diretamente na eficiência do serviço, seja pela variação na capacidade de atendimento, ou mesmo pela relação direta com custos, equipe e horário de funcionamento. Desta forma, num cenário de radioterapia com alta tecnologia, a utilização de protocolos modernos e a mensuração por indicadores adequados, é fundamental para otimização do departamento.

METODOLOGIA

Neste trabalho procuramos mostrar os resultados que a adesão a protocolos de tratamento encurtados geraram no serviço ao longo de 5 anos, ressaltando o impacto positivo gerado.
Foram analisados os indicadores principais que demonstram a eficiência do serviço sob o ponto de vista dos fracionamentos. Analisamos o número total de áreas tratadas no período (figura 1) e o número médio de frações realizadas para cada paciente (figura 2).

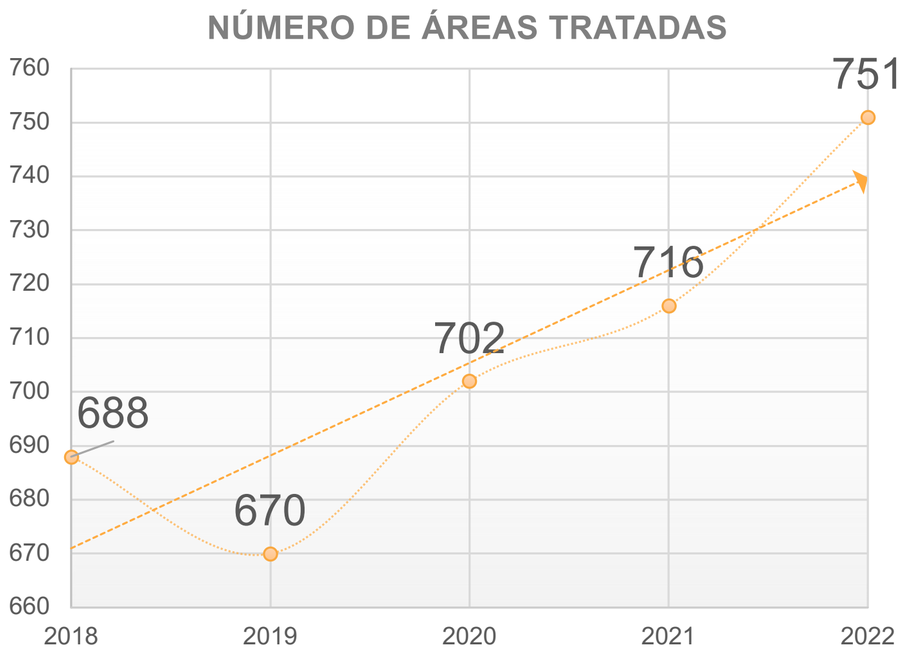


Fig 1. Número de áreas tratadas por ano no Serviço de Radioterapia

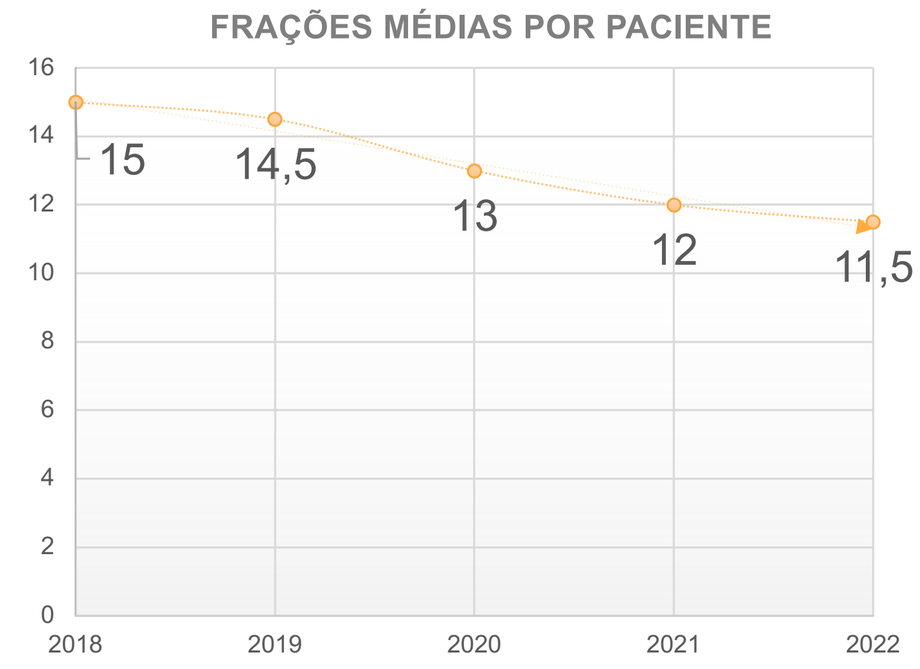


Fig 2. Número medio de aplicações por paciente no Serviço de Radioterapia

Desta forma foi possível avaliar o impacto destes fracionamentos em relação ao número de áreas tratadas, tanto em relação a possíveis aumentos de tempo de atendimento e de capacidade de atendimento bem como com relação a possíveis reduções de custo fixo no departamento.

RESULTADOS

Verificamos que mesmo num cenário relativamente estável em ingresso de pacientes em nossa instituição, tivemos um impacto muito importante na capacidade de atendimento e no número de slots diários de agenda. Ao longo dos últimos 5 anos, tivemos um aumento de cerca de 7% no número de pacientes (750 anuais), mas uma queda de 15 para 11,5 frações por paciente. Essa redução de 3,5 aplicações reflete-se em 2625 aplicações anuais a menos para o mesmo número de pacientes, podendo também ser pensada como possibilidade de tratar mais 203 pacientes no mesmo período, por equipamento (figura 3).

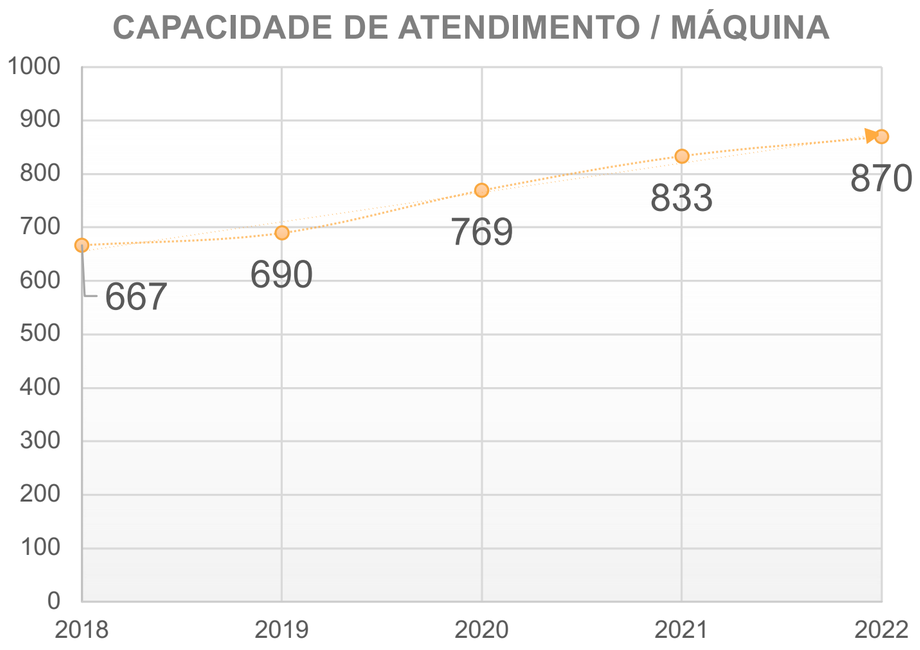


Fig 3. Capacidade de atendimento por Acelerador Linear

Outro viés é visto com base nos tratamentos diários. Caso serviço mantivesse número constante de 750 pacientes/ano, obtém-se a diminuição de 10 slots de agenda. Esta redução pode ser convertida em mais tempo para um melhor atendimento e foco na realização de tratamentos mais complexos (agregando valor ao atendimento) ou ainda obtendo numa redução de cerca de 2,5h no turno de atendimentos, impactando diretamente em custo fixo (figura 4).

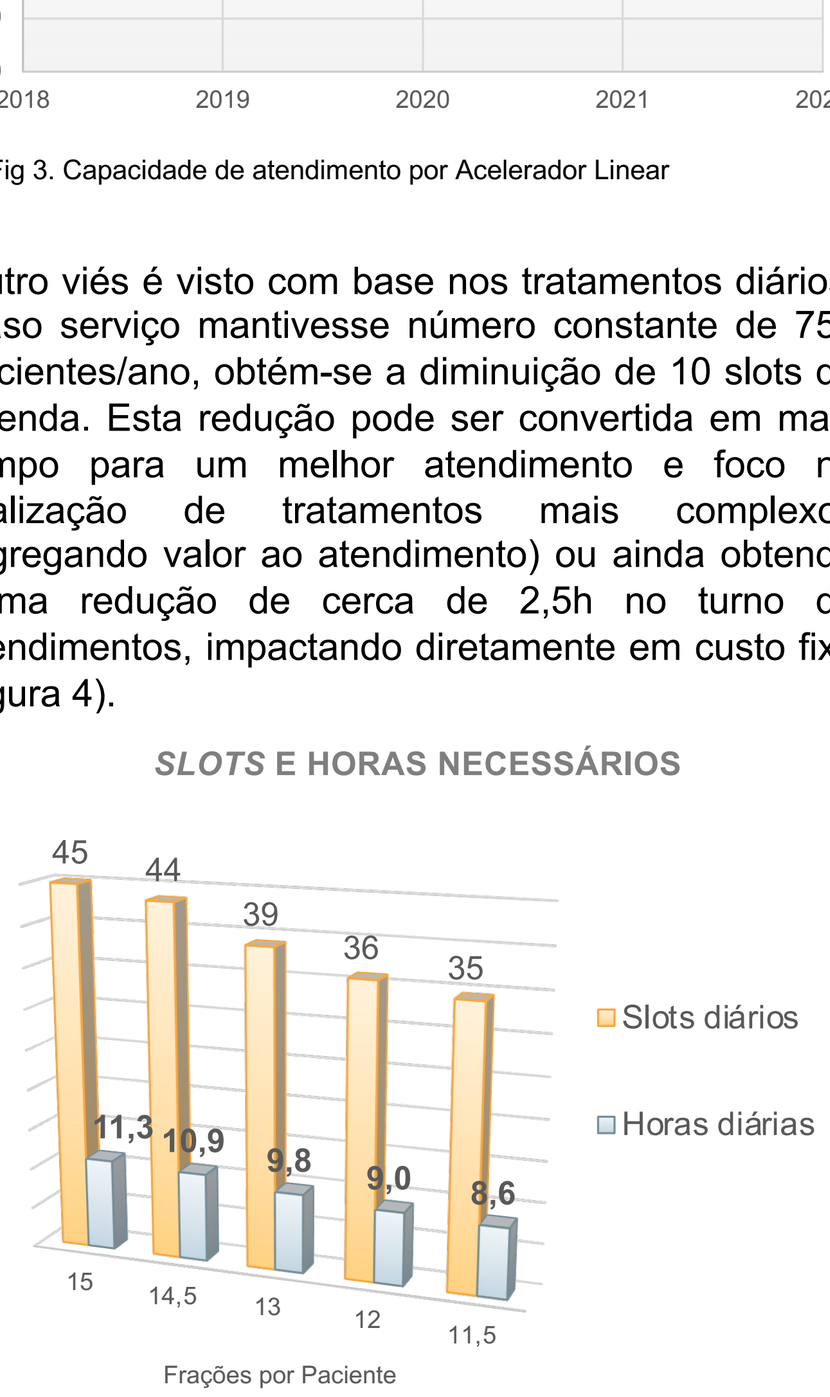


Fig 4. Número de slots de agenda e horas de atendimentos necessários de acordo com número médio de frações

CONCLUSÕES

Em nossos dados verificamos claramente a vantagem da adoção de protocolos encurtados, que nos permitem diminuir custos e agregar qualidade aos nossos tratamentos. Com isto, encorajamos análise de que o investimento em equipamentos mais modernos e com mais tecnologia podem ser custo efetivos em Radioterapia para além da competição natural de mercado no mundo privado, tornando também o serviço mais eficiente em valor e custo.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Automação Hospitalar
Os ganhos para a segurança do paciente

Leandro Teixeira Ferracini

INTRODUÇÃO

A Farmácia Hospitalar é uma unidade Clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e assistenciais ao paciente.
A farmácia satélite é uma unidade do Núcleo de Farmácia Hospitalar, que geralmente ficam fisicamente localizada no próprio setor da dispensação, onde são estocados os medicamentos e insumos necessários para atendimento. Isso proporciona uma assistência farmacêutica efetiva e direta, de maneira que o paciente passa a ser atendido com mais rapidez e prontidão, eficácia e eficiência desde que a prescrição médica seja analisada pelo farmacêutico antes da dispensação.
O Conselho Federal de Farmácia (CFF) estima que cerca de 20% dos medicamentos adquiridos pelos hospitais públicos e privados são desperdiçados anualmente. O prejuízo ultrapassa 1 bilhão de reais.
O custo com a saúde pública no Brasil (2018), R$131,2 bilhões, segundo o Ministério da Saúde e a expectativa é que os gastos aumentem na mesma proporção em que a população envelhece.
Segundo um levantamento do Instituto de estudos de saúde suplementar da Universidade Federal de Minas Gerais (IESS-UFMG), todo ano, dos 19,4 milhões de pessoas tratadas em hospitais no Brasil, 1,3 milhão sofre pelo menos um efeito colateral ou erro no processo assistencial dos profissionais da saúde, causado durante o tratamento. O resultado são quase 55 mil mortes por ano no país por conta de erros assistenciais.

METODOLOGIA

Segundo o relatório *Tackling Wasteful Spending on Health*, publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mais de 10% dos gastos hospitalares são destinados a corrigir erros dos profissionais da assistência evitáveis ou infecções que são adquiridas nos hospitais. Apesar da complexidade administrativa de um hospital, este segmento começou a dar os primeiros passos rumo a informatização em meados da década de 80. Nestes 40 anos, todas as principais funções administrativas da assistência foram automatizadas e integradas, trazendo exigências bem definidas aos sistemas tradicionais em acordo com as normas das agências reguladoras de saúde.
É possível pensarmos em procedimentos, rotinas e funções totalmente automatizados quando introduzimos a interoperabilidade entre equipamentos e sistemas, promovendo agilidade e a eficácia dos fluxos internos e otimização de recursos, minimizando possíveis erros.
A tecnologia vem revolucionando todas as áreas de nossa sociedade, invadindo nosso cotidiano. No setor hospitalar diversas entidades certificadoras de qualidade do setor propõem *Standard* de segurança, para as quais, o uso da tecnologia é imprescindível, todas as atividades são realizadas de maneira mais ágil, simplificada e com menor probabilidade de falha. Há redução de tempo no trabalho feito manualmente e isso garante mais eficiência e plena capacidade de decisão. Especificamente na farmácia hospitalar, em cada setor, existem tecnologias disponíveis que podem atender a diferentes resultados esperados, todos os benefícios convergem para o único foco:

- Aumento da segurança nos processos do uso de medicamentos e Redução de erros de medicação.

Praticamente todos os processos são automatizáveis no ciclo dos medicamentos dentro de um hospital. A automação segue uma tendência mundial quando o assunto é a segurança para os pacientes.
O planejamento desta etapa de validação agrega maior segurança ao processo, obviamente considerando que os planos de contingências devem ser elaborados, prevendo qualquer problema que possa a vir ocorrer.

Dispensário eletrônico Supply Point/ Medlocker Minibox

RESULTADOS

Segundo o site ANVISA (https://www.gov.br/anvisa/pt-br#/) de 01 de janeiro de 2020 a 01 de outubro de 2020, produtos irregulares, “apreensão e inutilização, recolhimento, interdição, suspensão, proibição, alterações” as possíveis reprovações, foram aproximadamente notificadas pela Agência Nacional 541 notificações.
A ANVISA recebeu 28.147 notificações de eventos adversos a vacinas e medicamentos no primeiro semestre de 2023, excluindo-se as notificações incompletas ou relativas a estudos clínicos, resultou um total de 27.357 notificações que foram encaminhadas para base de Farmacovigilância da Organização Mundial de Saúde/OMS, a VigiBase.
A automação e informatização dos processos podem conquistar o planejamento dos administradores hospitalares, as ações tomadas tenham sempre em vista a segurança do paciente, de acordo com o processo a ser automatizado.
A redução de custos é um dos maiores motivos para o uso destas novas tecnologias, verificou-se que o tempo gasto com os medicamentos controlados em uma unidade de enfermagem foi reduzido de 5,04h/semana para 0,36h/semana, isso demonstra que os sistemas automatizados são de extrema importância para o controle.
De acordo com o estudo de caso *Evergreen Hospital Medical Center,* permitiu uma precisão de 99,9% na dispensação, redução de 79% nas rotinas de trabalho de dispensação de primeiras doses, 72% nas doses de manutenção e 50% nas rotinas de devolução.
Segundo a revista Visão Hospitalar destaque da 35ª edição da revista (cenário dos hospitais no Brasil 2020), “Hospital do Câncer de Londrina, investe em dispensários eletrônicos e reduz em quase 88% os atendimentos urgentes pela farmácia central, as unidades de internação cirúrgicas e clínicas.
Ponto de estoque avançados (dispensários eletrônicos), é uma tecnologia em saúde, com potencial para redução de erros de medicação, seus diversos benefícios têm sido mensurados e envolvem significativamente o aumento da segurança do paciente, incluindo a eficiência de dispensação unitária de medicamentos. Medicamentos de baixo risco como os medicamentos tópicos usados em pele, mucosas e fâneros, classes anestésicos locais, antiinfectantes, salinização, outros..., podem ser armazenados nos dispensários de forma unitária e ou individualizada, utilizando desta forma os minibox (mini gavetas) para dispensações e rastreabilidades através de prescrições ou solicitações pela equipe de enfermagem.
“Artigo publicado em 2016 de um estudo australiano comprovou que uma unidade de emergência com a implantação de dispensários eletrônicos obteve uma redução de 64,7% de possíveis erros de medicações, comparando com outra sem dispensários eletrônicos”.

Dispensário Eletrônico Supply Point Duplo com até 360 gavetas unitárias

CONCLUSÕES

O surgimento dos equipamentos automatizados ocorreu nova descentralização, sendo considerado um sistema hibrido de dispensação.
De forma centralizada, por meio de robotização na produção de dose unitária por horário, e a substituição de farmácias satélites por dispensários eletrônicos. O uso destes podem reduzir e ou otimizar muito a mão de obra e consequentemente sendo efetivamente mais seguro.
A automação é a tecnologia onde um procedimento é feito sem a assistência humana.
A ASHP (*American Society of Health-System Pharmacists*) apoia o uso da robotização e dispensários eletrônicos quando libera o farmacêutico de funções de distribuição de mão de obra intensiva, melhora o atendimento de pacientes por farmacêuticos e enfermeiros, melhora a prestação de contas, o armazenamento e a disponibilidade de medicamentos. Profissionais focados em assistência ao paciente, otimizando o tempo de locomoção, espera no caso da enfermagem, realização de logística, inventários, acuracidades, lançamentos em conta, baixa de estoque, redução do desperdício, rastreabilidade dos itens, otimização dos fluxos de trabalhos e rotinas , uso racional de medicamentos, eficiência e eficácia no processo, refletindo no aumento da qualidade do atendimento, bem como, a percepção de qualidade por parte dos pacientes, cada profissional utilizando sua carga horária diária focado na recuperação da saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

Revista Brasileira Farmácia Hospitalar Serviço Saúde 2018; / Borges Filho WM, Ferracini FT. Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar. / Joint Commission International (Quinta Edição); /Chapuis C, Roustit M, Bal G, et al. Automates drug dispensing system reduces medication errors in an intensive care setting. Crit Care Med, 2010, / Zaidan M, Rustom F, Kassem N, et al. Nurses’ perceptions of and satisfaction with the use of automated dispensing cabinets at the Heart and Cancer Centers in Qatar: a cross-sectional study. BMC Nursing, 2016, / Fanning L, Jones N, Manias E. Impact of automated dispensing cabinets on medication selection and preparation error rates in an emergency department: a prospective and direct observational before-and-after study. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2016/ Portal Saúde Business; / Portaltransparencia.gov.br/orgaos-superiores/Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.: 2013; /SisnacMed Produtos para Saúde Ltda.

AUTOMAÇÃO COLETA DE DADOS PARA SUPORTE NA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES

Amanda Luiz Pires Maciel, Ercilia Evangelista de Souza, Gabriel Cavalcante Frasão, Cassimiro Nogueira Junior

INTRODUÇÃO

Os dados epidemiológicos oriundos da vigilância epidemiológica de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são essenciais para nortear ações de prevenção. No entanto, observam-se fragilidades no processo, uma vez que é realizado com coleta manual de dados, preenchimento de múltiplas planilhas e envolvimento de diferentes profissionais. Esse contexto favorece inconsistências que fragilizam os resultados, além do consumo de tempo de profissionais de controle de infecção hospitalar (PCIH). O objetivo desse estudo Automatizar a vigilância de IRAS e reduzir horas/homem dedicadas a esse processo.

METODOLOGIA

Estudo realizado em dois hospitais privados do Município de São Paulo. Foram executadas as seguintes etapas para conclusão do projeto (Figura1):

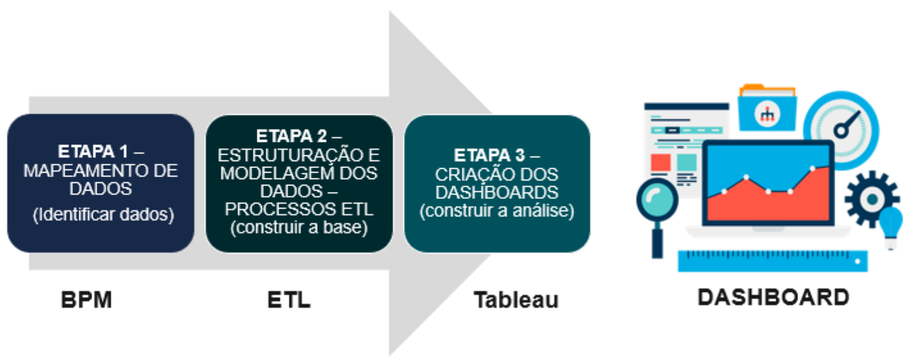


Figura 1. Etapas da construção do dashboard.
BPM: *Business process management*; ETL: *Extract, transform, and load*

Ainda, houve um etapa final que consistiu na verificação da acurácia e validade dos dados pela equipe de PCIH.

Foram escolhidos os temas abaixo para construção dos painéis (Figura 2):

Figura 2. Eixos temáticos escolhidos para construção dos dashboards.

RESULTADOS

Foram elaborados quatro painéis: vigilância de IRAS (censo de pacientes com suspeita de IRAS), uso de dispositivos (censo dos pacientes e quais dispositivos invasivos em uso), consumo de antibiótico e de consumo mensal de produtos alcoólicos de setores assistenciais (Figura 3):

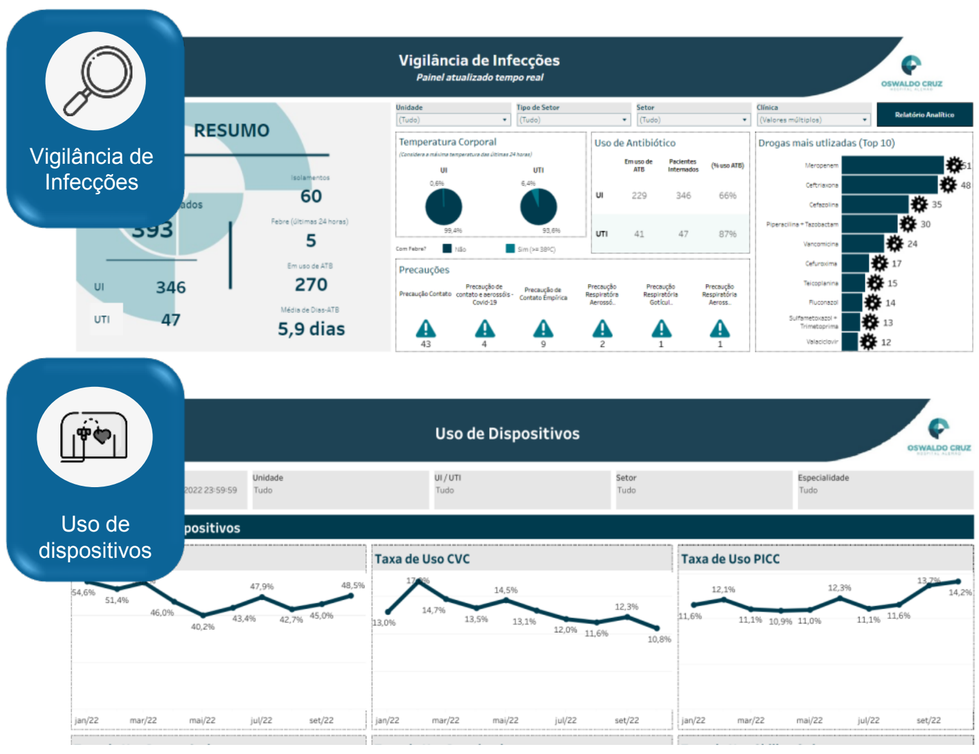


Figura 3. Painéis elaborados (vigilância de infecção, uso de dispositivos, gerenciamento do uso de ATB e observação de higiene de mãos)

A automatização proporcionou uma economia de 124 horas/mês de enfermeiro e 32 horas/mês de médico para o setor. Houve ainda uma redução de 17% da demanda reprimida de ações de prevenção de IRAS na instituição (Figura 4):

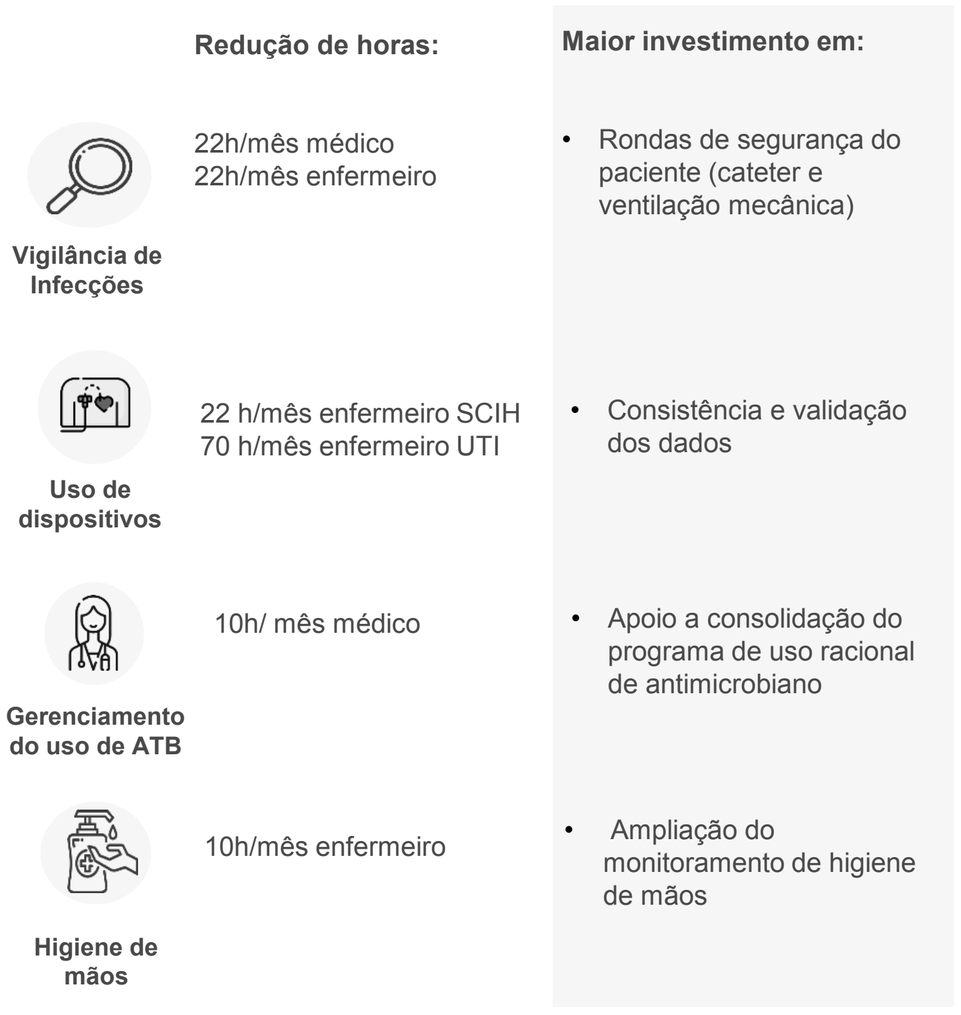


Figura 4. Redução de carga de trabalho promovida pelo uso dos painéis e melhorias de processo ocasionadas pela implantação do projeto.

CONCLUSÕES

A automatização de coleta e análise de dados proporcionou a melhoria da gestão de dados da equipe do PCIH, além de reduzir o tempo consumido para geração manual desses relatórios. Essa economia proporcionou um maior investimento em ações de prevenção e ampliação do escopo de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

C F Luz, M Vollmer, J Decruyenaere, M W Nijsten, C Glasner, B Sinha. Machine learning in infection management using routine electronic health records: tools, techniques, and reporting of future technologies. Clin Microbiol Infect 2020 Oct;26(10):1291-1299

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Comissão de Dilemas éticos, desenvolvimento e Inovação de Ferramentas de comunicação com a equipe multidisciplinar.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Adriana Ferreira dos Santos; **coautores**: Liana Thomé Catalan; Fernando Alfieri Junior; Cibele Quaranta;

INTRODUÇÃO

A eficaz comunicação é um desafio Universal e a criação de novos canais é de fundamental importância na melhora da interação entre as pessoas. Assim, não seria diferente com a Comissão de Dilemas Éticos quanto a comunicação com a equipe multidisciplinar em relação as notificações feitas e temas discutidos. Novas ferramentas são criadas a todo momento e fazer com que as pessoas se sintam verdadeiramente ouvidas é um desafio maior ainda.

Objetivos: Aprimoramento das formas de comunicação da Comissão de Dilemas éticos com os profissionais da equipe multidisciplinar.

METODOLOGIA

Descrição de relato de experiência que se iniciou em novembro de 2021, após reunião da Comissão Dilemas Éticos, em que se observou a dificuldade para que os profissionais da Instituição recebessem retorno de seus questionamentos feitos de forma anônima.

Após discussão de qual seria a forma de comunicação de mais fácil acesso, criou-se o War Book, um livreto que reúne, de forma sucinta, as conclusões dos temas discutidos na Comissão. O War Book fica disponível na Intranet para ser consultado por qualquer profissional sobre diferentes temas.

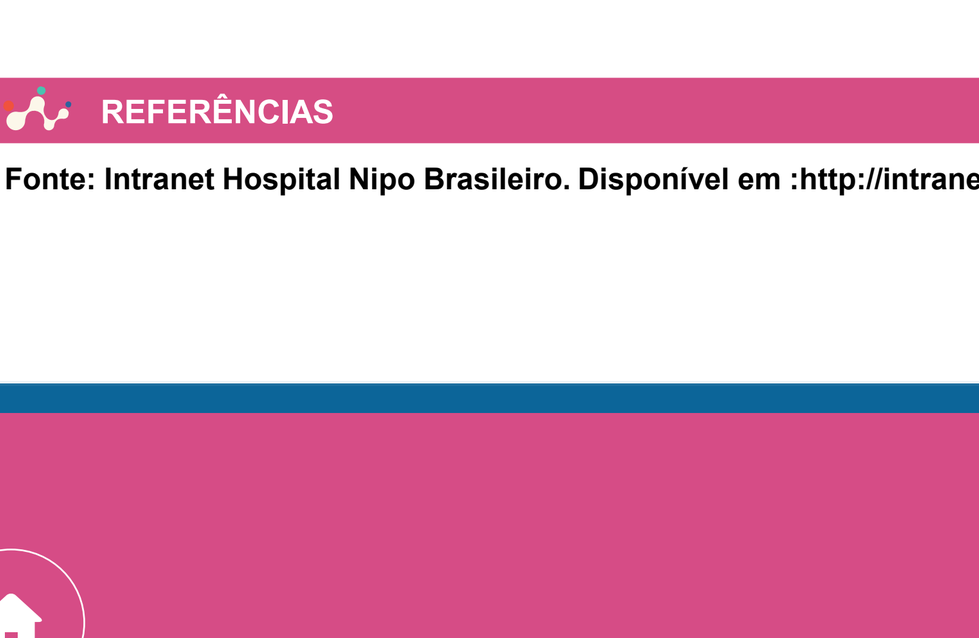


Imagem de acesso na pagina na intranet

RESULTADOS

Evidenciamos que após a criação do War Book as equipes multidisciplinares apresentaram melhor adesão as notificações de Dilemas, além de maior segurança nas tomadas de decisões baseadas nas já definidas pela comissão e acessíveis a qualquer tempo pela intranet.

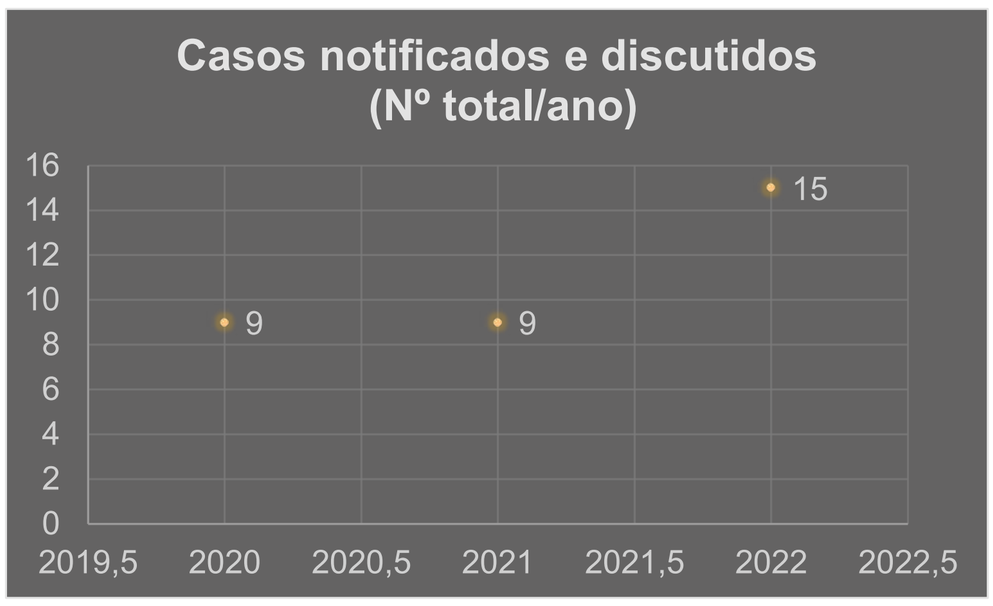
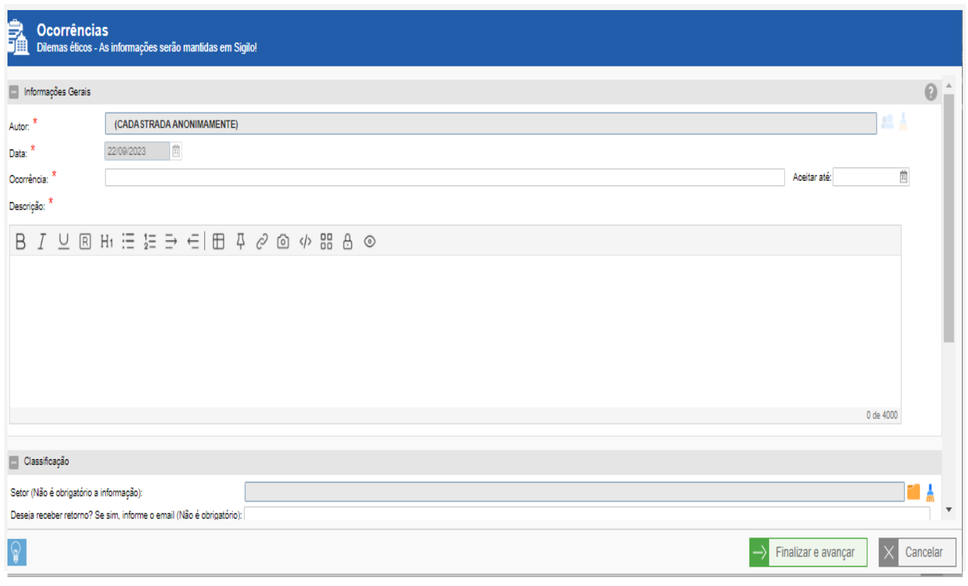


Gráfico de Resultados de casos notificados e discutidos com número total por ano (2020 á 2022)



Ficha de Notificação dos Dilemas Éticos.

CONCLUSÕES

O War Book e seu acesso fácil trouxe maior engajamento para equipe multidisciplinar notificar eventos e mais segurança na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

Fonte: Intranet Hospital Nipo Brasileiro. Disponível em :http://intranet/dilemas-eticos/

Como a Telenfermagem auxilia no processo de NAVEGAÇÃO do paciente

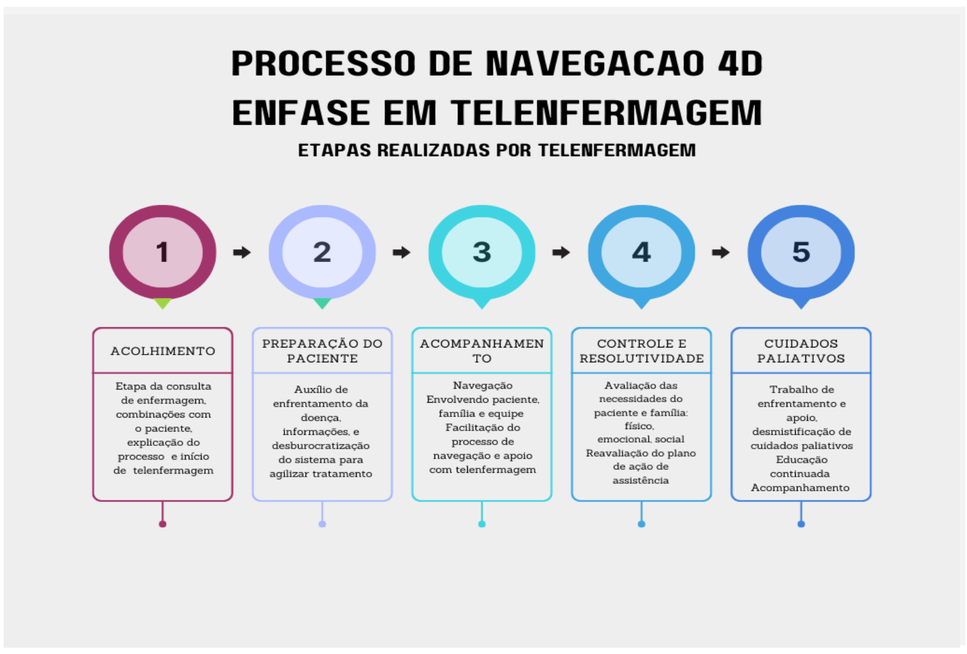
Bárbara Dandy Cássia Cardoso

INTRODUÇÃO

O processo de navegação do paciente consiste em traspor barreiras de assistências, sobretudo burocráticas, e aproximar o paciente e equipe de saúde para que crie-se laços e auxilie o tratamento e enfrentamento da doença.
Com o avanço das tecnologias e a pandemia de COVID-19, grandes mudanças ocorreram nesse cenário, e com isso a telemedicina teve um papel indispensável para a transformação digital, incluindo telenfermagem.

METODOLOGIA

A telenfermagem é o processo de assistência de forma digital e segura, utilizando plataformas digitais habilitadas, contemplando os cuidados de enfermagem e facilitando a comunicação, a agilidade de atendimento e acompanhamento do paciente, além de redução de fatores financeiros, agindo além de tempo e espaço. Sendo uma grande oportunidade de empreendedorismo para o enfermeiro. Aliado ao processo de navegação do paciente oncológico, o processo auxilia basicamente, na prevenção, manutenção, assistência e monitoramento do paciente, podendo ser utilizados em todas as esferas, e quando necessário, validando a consulta presencialmente.
A metodologia foi através da Navegação de paciente oncológicos do Centro de Oncologia Spero, no período de dez/2021 à jul/2022, onde os pacientes eram acolhidos na consulta de enfermagem e direcionados para uma parte da navegação, onde o processo foi em grande parte através de consultas online, acompanhamento e comunicação virtual.



Imagem¹ Processo de Telenfermagem na Navegação de Pacientes Oncológicos

Imagem² Integração entre paciente, equipe e família, através da Navegação 4D e Telenfermagem, além de uso de teleconsulta por outros profissionais

RESULTADOS

Com a pré-implantação do processo de navegação – **"Navegar é uma arte",** uma parte desse processo é realizado de forma digital, e com isso os resultados mostraram um aumento na satisfação do cliente, operadoras e equipe médica, de melhor acompanhamento e rastreabilidade do atendimento do paciente, na agilidade e resolutividade de demandas, na redução de tempo de espera para atendimento, diminuição de empecilhos para atendimento, mais facilidade para os pacientes e familiares depois de ganhar confiança com o método, maior vínculo com enfermeiro navegador, e mais proximidade com a equipe. Intervenção de forma mais rápida e acertiva para o paciente, que sente-se mais cuidado e protegido.
Além de redução de desperdícios de materiais e insumos devido a maior facilidade de comunicação e disponibilidade da equipe.
Obstáculo encontrado foi o custo com a implantação de plataforma digital e insegurança ao uso de telenfermagem.

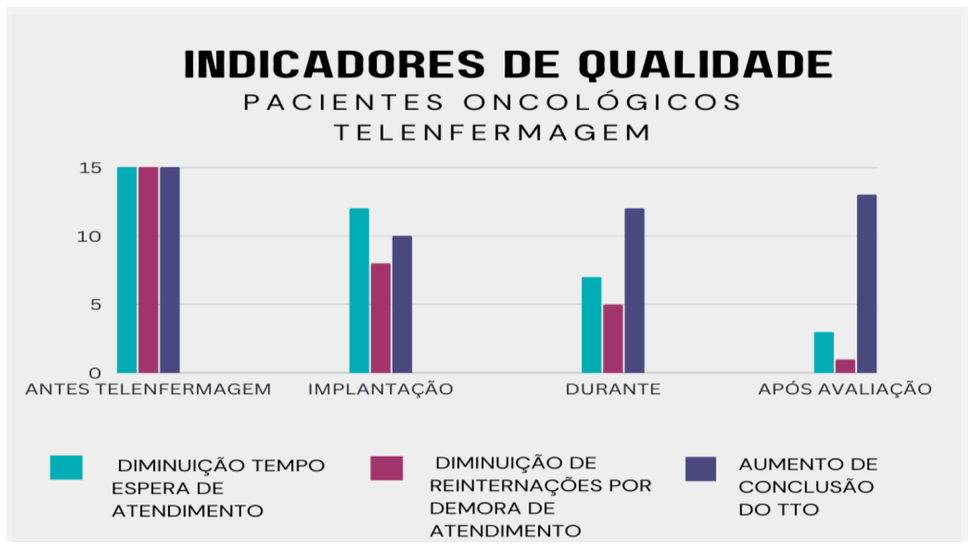


Imagem ³ Indicadores de qualidade de pacientes atendidos pela Telenfermagem

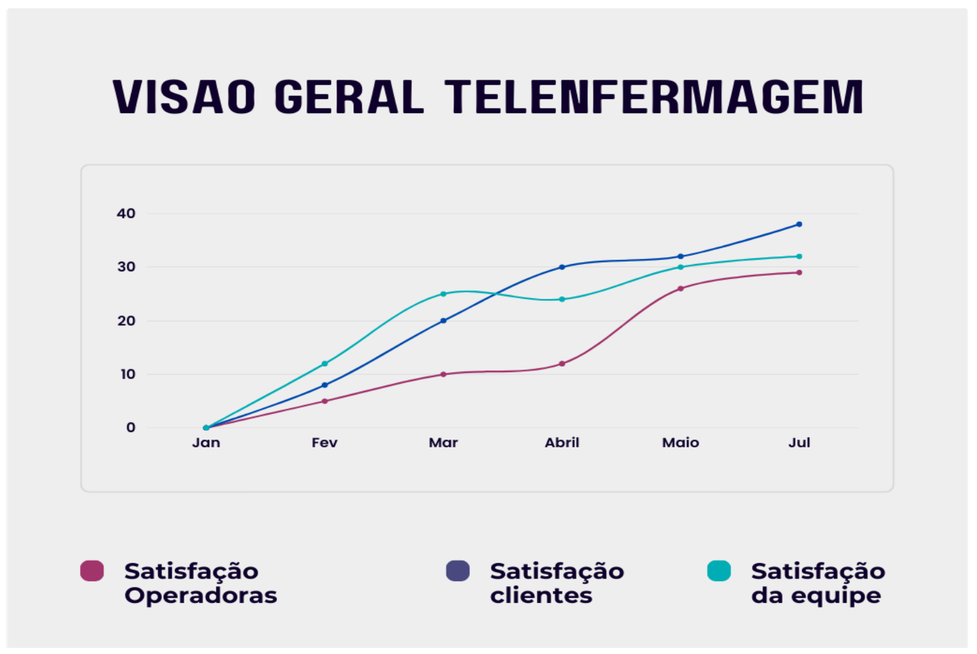


Imagem4 Indice de satisfação com a Telenfermagem na Navegação de Pacientes Oncológicos

CONCLUSÕES

A transformação digital é um grande salto na saúde, e apoiar a tecnologia em prol da qualidade de assistência e na agilidade de resolução das problemáticas, redução de riscos e proximidade da equipe, paciente e enfermeiro navegador, traz para o paciente segurança, para a empresa redução de custo e gerenciamento de riscos, e para a equipe mais integralidade.
O mundo se transformou através da pandemia, e a IA e internet das coisas veio para facilitar os processos e a vida em geral, e não aproveitar esses benefícios é um desperdício de tempo, conhecimento e oportunidades de inovar.

REFERÊNCIAS

Mussi FC, Palmeira CS, Silva RM, Costa ALS. Telenfermagem: contribuições para o cuidado em saúde e a promoção do conforto. Rev. Cient. Sena Aires. 2018.

Como ESG com ênfase no S pode transformar a NAVEGAÇÃO em Pacientes Oncológicos

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Bárbara Dandy Cássia Cardoso

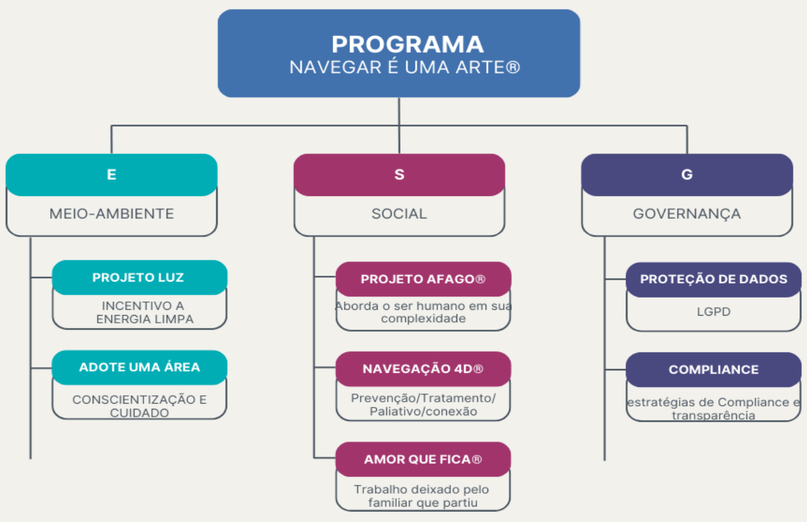
INTRODUÇÃO

A navegação do paciente oncológico consiste em auxiliá-lo em transpor as barreiras, sobretudo burocráticas que acercam o processo, desde o descobrimento da doença, o início de tratamento, como até o seu desfecho. A ESG vem trazendo um novo olhar perante a vida, e nos fazendo repensar em como realizamos os nossos trabalhos, e a ênfase no S (social) na navegação compõe um início de uma vertente inovadora, que busca ampliar esse contexto.

METODOLOGIA

O programa assistencial para os pacientes oncológicos, foi desenvolvido visando atender uma demanda percebida de carência de uma ligação entre todas as partes envolvidas, afim de gerar valor agregado a todas elas, integrando além de saúde e doença, incluindo o meio em que vive e as questões psicossociais que abrange, e a metodologia foi aplicada em pacientes do Centro de Oncologia Spero ®, no período de 12/2021 à 07/2022.

A metodologia contempla a pré-implantação do **Programa *Navegar é uma arte*®**, que engaja o centro de oncologia à se estruturar em prol das ODS da ESG, com o objetivo principal na Navegação com ênfase no S (social), que abrange o paciente e em diminuir todas as dificuldades esperadas, porém, seu diferencial está no enfoque centralizado na pessoa, estendendo para a família e também aos colaboradores, avaliando seu contexto social amplamente. O foco principal é no acolhimento e humanização, onde diferentes projetos dentro do programa contemplam a sigla ESG.



Imagem¹ ESG como estratégia de negócios - Programa com Ênfase no S

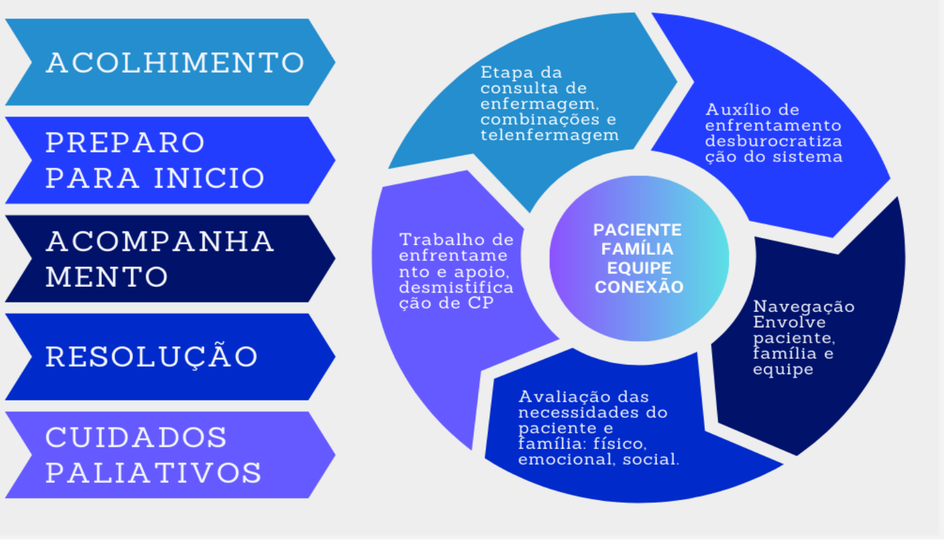


Imagem ² Processo de Navegação simplificado – cada área tem etapas específicas

RESULTADOS

Os resultados encontrados foram: melhora da percepção do paciente perante sua vida e novas perspectivas, aumento na autoestima, no encorajamento ao enfrentamento e aceitação da doença, na segurança e credibilidade no serviços, na redução do índice de desistência, na melhora dos relacionamentos com os familiares, no auxílio a busca por estratégias que visem reduzir o impacto financeiro da família, e a diminuição do medo da morte e não cura, fortalecimento espiritual.

Os obstáculos encontrados foram a fragilidade de engajamento da equipe, pacientes e familiares, da percepção de importância dessa delineamento de navegação, e do teor estratégico que evidencia.

Os pontos favoráveis além dos citados para o paciente foram: adesão a novas tecnologias, e oportunidade de implantação de ESG não somente na navegação do paciente, mas na cultura da Empresa. A implantação completa do Programa inclui a adaptação a ações social com empresas e governo, e modelo *Triple botton line*.

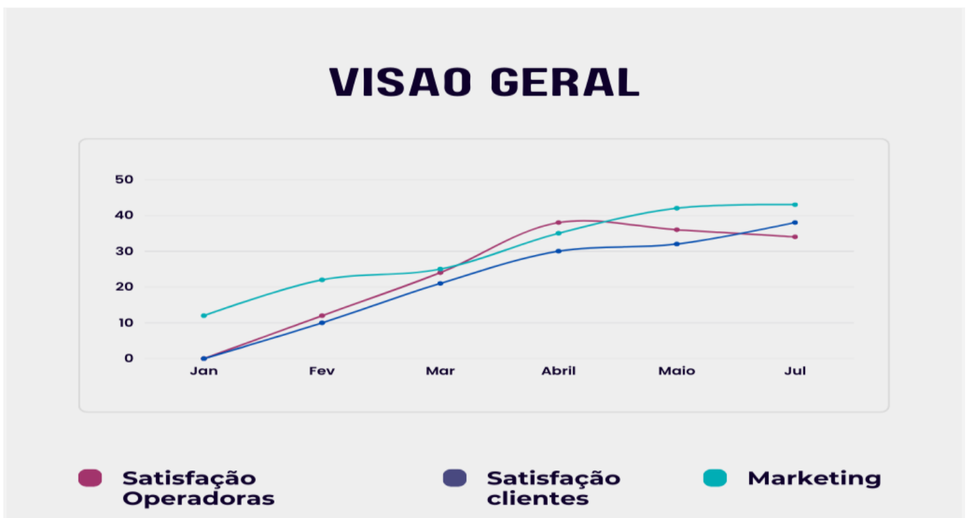


Imagem ³ Visão Geral da Satisfação dos Clientes e Pacientes, e do Marketing da Clínica

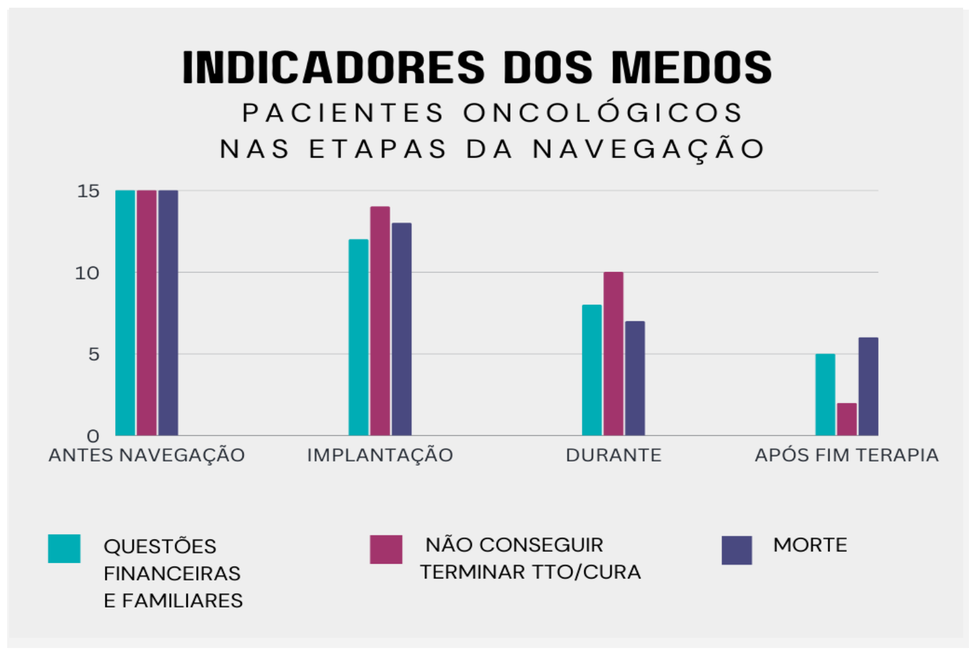


Imagem4 Indicadores dos medos dos pacientes em todas as etapas de navegação

CONCLUSÕES

A análise dos dados mostraram um aumento nos indicadores de qualidade de assistência, satisfação do cliente, divulgação e posicionamento de marca como ponto diferencial, fidelização das operadoras de saúde e pacientes e retorno financeiro à instituição, além de cumprir com seu compromisso social em trazer dignidade, bem-estar, segurança e esperança aqueles que lutam pela vida. Incluir ações embasadas na ESG na navegação trouxe possibilidade de uma assistência mais ampla, aumentando a qualidade, com projeção de um futuro melhor para os pacientes, empresa e para a vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sylvia De; SILVA, Adriana M. Da; SILVA, Maria Rita Da; SANTOS, Daniela V. Dos; BAÍA, Wania R. Mollo. **MANUAL MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA – VOLUME ENFERMAGEM (Ebook).** São Paulo. Editora Atheneu, 2018.

SOLER, Fabrício; PALERMO, Carolina. **ESG (ambiental, social e governança): da teoria à prática** . São Paulo. Editora Expressa/Saraiva, 2023.

Como melhorar o Atendimento à População LGBTQIA+ nos Serviços de Saúde ?

Autores: Sabrina Palma Arenas, SLP, RN; Mauro Dirlando Conte de Oliveira, MD; Giancarlo Colombo, MD; Miguel Cendoroglo Neto, MD, PhD; Sidney Klajner, MD

INTRODUÇÃO

Cerca de 20 milhões de brasileiras e brasileiros (10% da população), se identificam como pessoas LGBTQIA+, de acordo com a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT).

Da mesma forma, a procura por cuidados de saúde acompanhou este aumento ao longo dos anos. Portanto, é importante definir estratégias para o cuidado da população LGBTQIA+ por meio da padronização do atendimento, acolhimento e criação de produtos específicos para esses pacientes.

METODOLOGIA

Definir estratégias para o atendimento à população LGBTQIA+ por meio da padronização do atendimento, acolhimento e criação de produtos específicos para esses pacientes. A Criação de um programa de atendimento médico voltado às especificidades desta população, identificando suas necessidades para prestar serviços de excelência incluiu a definição de médicos especializados para atendimento clínico e cirúrgico e a elaboração de protocolos de atendimento específicos; sensibilizar todos os profissionais da instituição por meio de treinamentos, na forma de trilhas de aprendizagem (educação a distância) e Programa de Diversidade; constituição de grupo multidisciplinar que participa de reuniões ordinárias para discussão de assuntos relacionados ao tema (Grupo de Assistência Médica), incluindo saúde mental; estruturação de Comitê de Pacientes LGBTQIA+, com a participação de pacientes e colaboradores

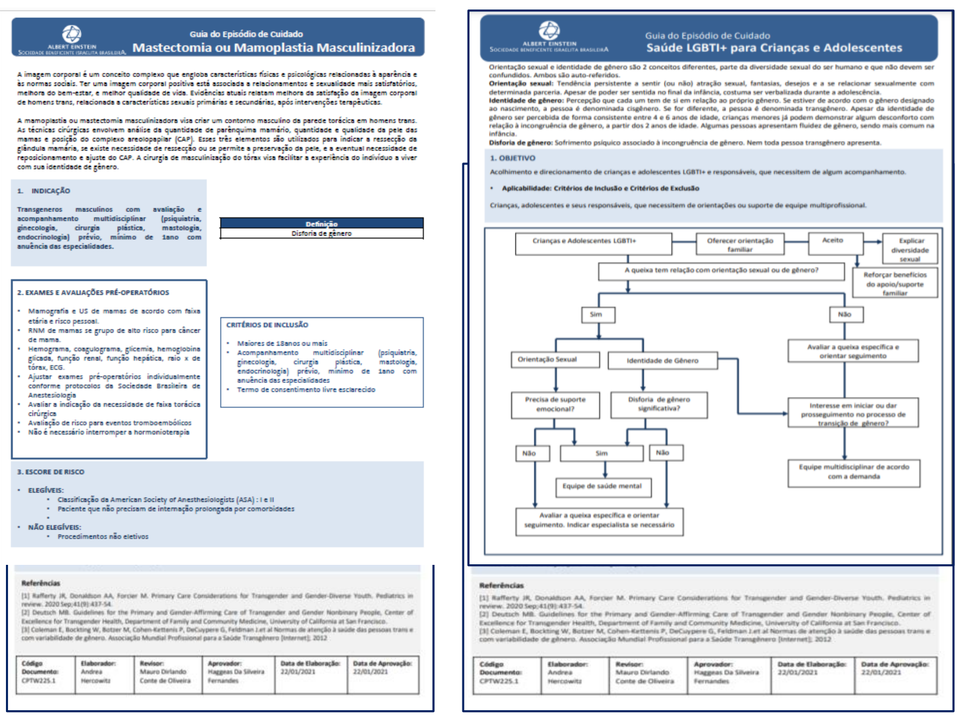


Figura 1. Care Pathway | Protocolo de Suporte à Decisão

Figura 2. Termo de Consentimento e Pathway Prevenção da infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis

RESULTADOS

Desde 2019, foram estruturados protocolos médicos de suporte à decisão (n = 9) como cirurgia de afirmação de gênero , cirurgia de feminização facial, amamentação para pessoas não grávidas; Prevenção da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (figura 1) e saúde mental.

Criação de Termo de Consentimento Específico para Terapia Hormonal para Transição de Gênero, reuniões mensais do grupo de médicos (GMA) (n=23) ; reuniões de comitê de pacientes LGBTQIA+ com frequência trimestrais (n=10); precificação de procedimentos para a população LGBTQIA+,elaboração de treinamentos para colaboradores administrativos, médicos e multiprofissionais e implantação da linha de cuidado específica para a população LGBTQIA+.

Figura 2. Timeline Projeto LGBTQIA+

CONCLUSÕES

A Criação de um programa de assistência médica voltado para as especificidades dessa população, identificou às necessidades para fornecer serviços de excelência.

A estruturação da assistência à saúde da população LGBTQIA+ é importante para acolher a diversidade e buscar alta confiabilidade. Além de alta confiabilidade, trás segurança cultural, institucional e social para essa população.

REFERÊNCIAS

Referência Bibliográfica : Manual Joint Commission LGBT

Como o Programa de Qualidade de Vida tem impacto positivo para a sustentabilidade social

Fabiana Camila Silvério , Polyana Coelho Ribero Cereijo e Vânia Maria Baggio

INTRODUÇÃO

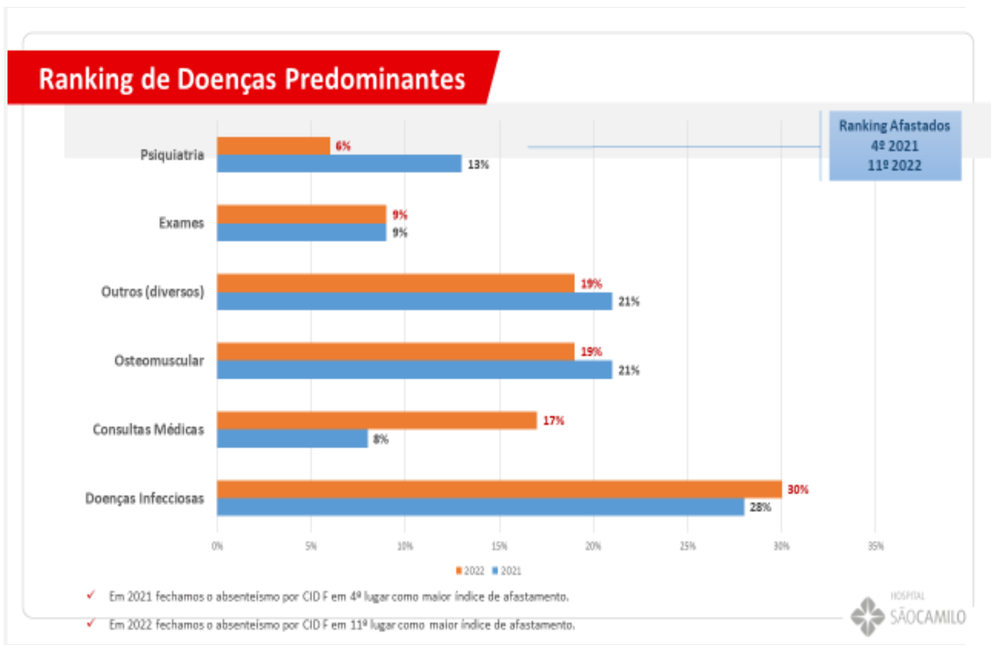
O bem-estar no trabalho não pode ser confundido com política de benefícios, nem com atividades festivas, embora essas sejam importantes como estratégias. Implementar medidas preventivas e assistenciais com o objetivo de facilitar a conscientização do autocuidado e a importância da participação das atividades, oferecendo uma melhor experiência para os trabalhadores da Rede de Hospitais São Camilo São Paulo, foi desenvolvido com 10 linhas de atuação o programa de qualidade de vida baseado nos diagnósticos encontrados no Relatório Analítico Anual 2021, implementando em 2022 as ações em cada Unidade.

METODOLOGIA

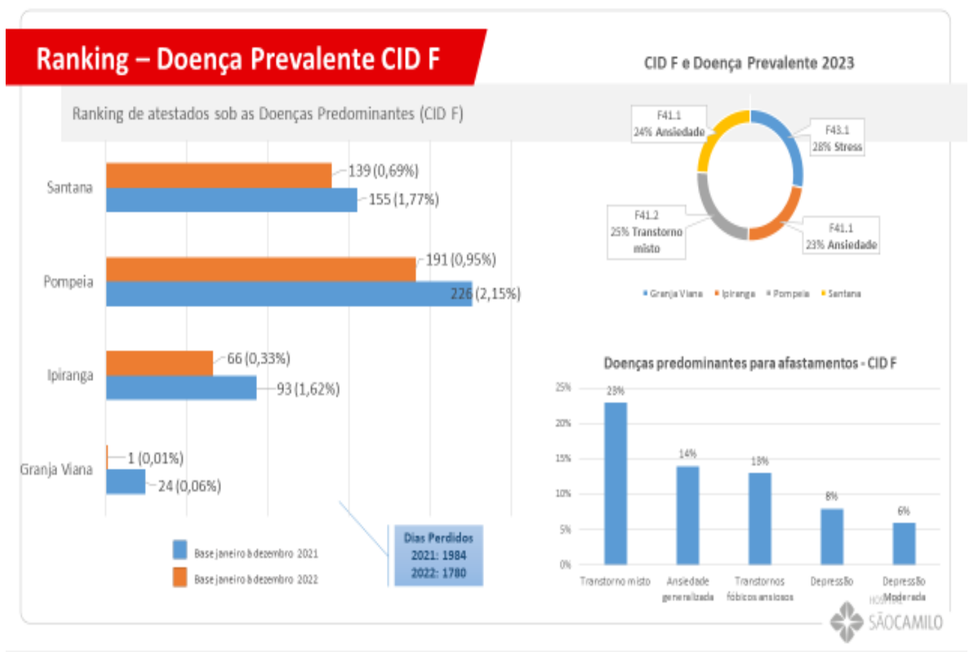
Pesquisa transversal, quantitativa e de caráter exploratório, descritivo. A amostra da pesquisa foi composta por 3.589 colaboradores, subdivididos entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de farmácia, escriturário, vigilante, auxiliar de atendimento, auxiliar de faturamento, operador de call center que foram atendidos pelo programa de qualidade de vida que apresentaram queixas sendo a ansiedade, e transtorno misto como os maiores números.

Conforme abaixo no gráfico 1, de acordo com o cenário de 2021 o programa de qualidade de vida manteve a ênfase no atendimento da saúde mental, com o intuito de criar ações especificas, que conseguiram diminuir o ranking de 4º lugar do CID F em 2021 para 11º lugar em 2022.

Conforme abaixo, gráfico 2, podemos notar que o adoecimento mental mantem uma vertente, dentre elas as mais evidenciadas, como sofrimento psíquico foram Ansiedade, Stress e Transtorno misto, direcionando os trabalhadores para o tratamento e acompanhamento adequados.



.Grafico 1



.Grafico 2

RESULTADOS

A valorização do capital humano é um item primordial e que está presente tanto em nossos pilares de atuação quanto em nossa estratégia. A instituição entende que uma cultura baseada na aprendizagem e na colaboração entre os profissionais é a forma mais eficaz de se atingir os melhores resultados; sendo assim, promove e investe em ações que inspirem seus colaboradores, permitindo que a porta da motivação seja (e permaneça) aberta o tempo todo.
Deixamos de gerar 513 novos afastamentos por psicopatologias, garantindo uma economia de 170 mil reais em 2022 em comparação com o cenário de 2021.
Conforme o gráfico 3 a equipe multidisciplinar do programa de qualidade de vida realizou no ano de 2022 mais de 16.000 mil atendimentos, com indice de satisfação de 4.92 (de 0 á 5). A equipe médica ocupacional e psiquiatra utilizou como testes as escalas de HOLMES & RAHE e SRQ20 em seus atendimentos para melhor direcionamento e acompanhamento dos profissionais.
Conforme o gráfico 4 o absenteísmo ainda é um ponto importante nas insituições, e reflete um valor considerável devido a substituição e sobrecarga das equipes. Este impacto também reflete na qualidade de vida dos profissionais e trabalhar na diminuição deste valor de forma estratégica, traz ganhos sustentáveis à todos.

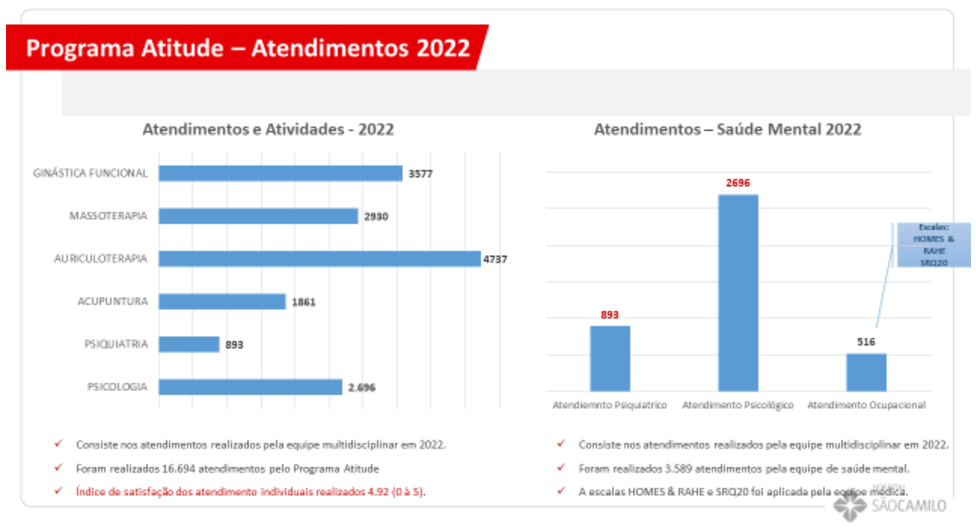


Grafico 3

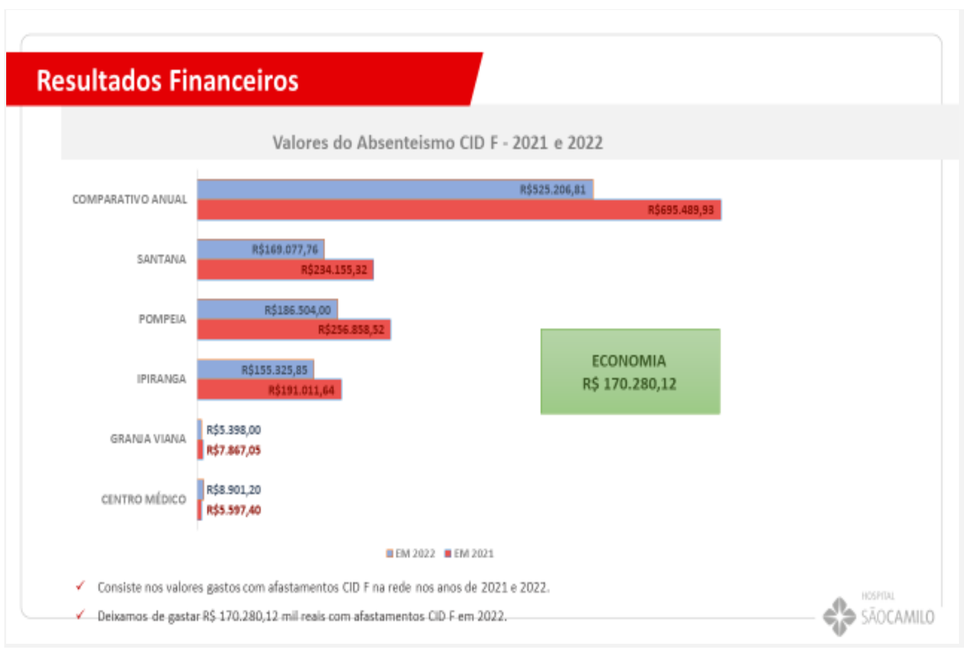


Grafico 4

CONCLUSÕES

Conclui-se que implementar medidas de prevenção e assistenciasi para facilitar a conscientização do autocuidado e a importância da participação das atividades oferecendo uma melhor experiência, são medidas adotadas para valorização do trabalhador e melhoria na qualidade de vida.
Sugere-se às instituições o cumprimento das determinações do presente estudo, no que tange os cuidados à saúde mental do trabalhador priorizando os seus benefícios, a fim de amenizar o aumento nos afastamentos médicos em decorrência do estresse e depressão. A presente pesquisa contribui no sentido de despertar as instituições hospitalares para o grande valor que existe no aspecto social e para informar o quesito de atendimento aos principais benefícios relacionados aos aspectos sociais do ESG.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Guilherme Augusto de Andrade. Estratégias ambientais, sociais e de governança corporativa e seus reflexos para os três maiores bancos privados no Brasil na bolsa de valores entre os anos 2018-2021. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Administração do Instituto de Ciênias Econômicas e Gerenciais da Pontífica Universidade Católica de Minas Gerais. 2022. Disponível em: https://www.pucminas.br/iceg/Administracao/Documents/1.2023%20Guilherme%20Arau %CC%81jo.pdf. Acesso em: 16 abr. 2023.
Qualidade de vida no trabalho: a contribuição do psicólogo organizacional. Rev Psicol Saúde e Debate. Jul., 2018:4(2):115-129
Relatório Analítico 2021.

Comparação entre regimes de infusão de insulina guiado por computador e convencional baseado em papel no tratamento do estado hiperglicêmico agudo: um estudo observacional

Laura Andrade Mesquita, Alina Coutinho Rodrigues Feitosa

INTRODUÇÃO

Infusão de insulina venosa para tratar estados hiperglicêmicos agudos (EHA), como cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar, deve seguir padronização que pode ser facilitada pelo uso de protocolos computadorizados (PC). O InsulinAPPUTI®, aplicativo brasileiro para cálculo de infusão de insulina, foi desenvolvido para insulinização de pacientes com hiperglicemia hospitalar, porém não está validado para o uso no EHA. OBJETIVO: Comparar regime de infusão de insulina computadorizado (InsulinAPPUTI®) com protocolo em papel (PP), em pacientes adultos com EHA em unidade de emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional com dados clínicos e laboratoriais obtidos do prontuário eletrônico do paciente. Incluímos pacientes com hiperglicemia aguda admitidos no pronto atendimento de um hospital terciário em Salvador (BA). Foram comparados regimes de tratamento em dois períodos: maio de 2019 a maio de 2020 e julho de 2020 a julho de 2021, respectivamente, antes e após a implantação do InsulinAPPUTI®. Os desfechos primários foram tempo para resolução do EHA e tempo de internação hospitalar e os secundários foram óbito, tempo para atingir glicemia menor que 250mg/dL, incidência de eventos hipoglicêmicos moderados (<70mg/dL) e severos (<40mg/dL), incidência de desenvolvimento de hipocalemia (<3,3mEq/L), taxa de admissão em unidade fechada, tempo em insulina venosa exclusiva (momento do início da insulina venosa – momento da introdução da insulina subcutânea) e necessidade de reintrodução em insulina venosa após suspensão.

TABELA 1 – Desfechos clínicos relacionados à insulinização guiada por protocolo em papel e a guiado por protocolo computadorizado

Variável	Protocolo em papel (n=16)	Protocolo computadorizado (n=36)	*p*
Tempo de internação, em dias	6,0 (4,0-12,75)	8,5 (6,0-14,7)	0,199
Resolução do EHA durante internamento	11 (68,7%)	29 (80,5%)	0,478
Tempo para resolução do EHA, em horas	25,5 (7,5-45,5)	27,8 (8,5-87,5)	0,261
Internação em UTI	15 (93,8%)	26 (72,2%)	0,14
Mortalidade	4 (25%)	11 (30,5%)	0,752

EHA: Estado Hiperglicêmico agudo; UTI: Unidade de terapia intensiva;

RESULTADOS

Avaliamos 52 pacientes (PP=16; PC=46). Foi maior a prevalência do diabetes melittus (DM) tipo 2 no grupo do PC (50% vs. 93%; p=0,03). Não houve diferença quanto ao gênero, idade, tipo de internação, índice de massa corpórea, primeira glicemia (capilar), tipo de internação, tipo de EHA e uso de insulina subcutânea anterior à venosa. Foi maior a prevalência de covid-19 no grupo PC (0% vs. 19,4%; p=0,085), embora não significativo. Foi maior o tempo (minutos) para o início de insulina venosa no PP:155 (83-281) vs. 117 (35-270) e menor a taxa de resolução da EHA no PP (69% vs. 81%), entretanto a diferença não foi significativa. Não encontramos diferenças entre o tempo de internação, tempo para início de insulina venosa, tempo de resolução do EHA, admissão em UTI e mortalidade. Os parâmetros glicêmicos não foram diferentes entre PP e PC, respectivamente: tempo (horas) para atingir glicemia <250mg/dL: 5,4 (2,7-8,3) vs. 6,7 (3,9-10,5), percentual>300mg/dL: 14,4 (6,1-31,1%) vs. 16,9 (11,5-28,5%); e <70mg/dL: 36,2 (±17,1%) vs. 32,9 (±13,5%).

TABELA 2 – Comparação dos parâmetros glicêmicos relacionados à insulinização guiada por protocolo em papel e a guiado por protocolo computadorizado

Variável	Protocolo em papel (n=16)	Protocolo computadorizado (n=36)	*p*
Tempo para atingir glicemia < 250mg/dL, em horas	5,3 (2,7-8,3)	6,7 (3,9-10,5)	0,317
Percentual de glicemias 71-179mg/dL, em %	36,2 (±17,1)	32,9 (±13,5)	0,578
Percentual de glicemias 41-70mg/dL, em %	2,3 (0,0-6,6)	1,4 (0,0-4,1)	0,391
Percentural de glicemias <40mg/dL, em %	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-5,2)	0,389
Incidência de hipocalemia (<3,3mEq/L)	6 (37,5%)	11 (30,5%)	0,622

CONCLUSÕES

O InsulinAPPUTI® (PC) demonstrou ser não inferior ao protocolo em papel para o tratamento do EHA. A maior prevalência de covid-19 e DM tipo 2 no grupo protocolo computadorizado e a monitoração com glicemia capilar com limite superior de 500mg/dl podem ter influenciado os resultados. Sugere-se estudos com maior amostra e menor heterogeneidade para confirmar os resultados.

REFERÊNCIAS

1. Toyoshima MTK, De Souza ABC, Admoni SN, Cukier P, Lottenberg SA, Latronico AC, et al. New digital tool to facilitate subcutaneous insulin therapy orders: An inpatient insulin dose calculator. Diabetol Metab Syndr [Internet]. 2015 Dec 21 [cited 2022 Mar 20];7(1). Available from: https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-015-0111-7
2. Kitabchi Abbas E., Fisher Joseph N. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis (DKA) and Hyperglycemic Hyperosmolar State (HHS). Contemporary Endocrinology: Acute Cause to Consequence [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 20]; Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-60327-177-6
3. American Diabetes Association. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Apr 17];45:S244–53. Available from: https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S244/138924/16-Diabetes-Care-in-the-Hospital-Standards-of
4. Younis M, Pham J, Asad H, Hamarshi MS. Computer-Based versus Paper-Based Insulin Infusion Algorithms in Diabetic Ketoacidosis. Curr Diabetes Rev [Internet]. 2019 Sep 11 [cited 2022 Mar 20];16(6):628–34. Available from: http://www.eurekaselect.com/article/99588

COMPLIANCE NA SAÚDE – A ÉTICA COMO FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO

PEDRO PAULO FERNANDES SILVA

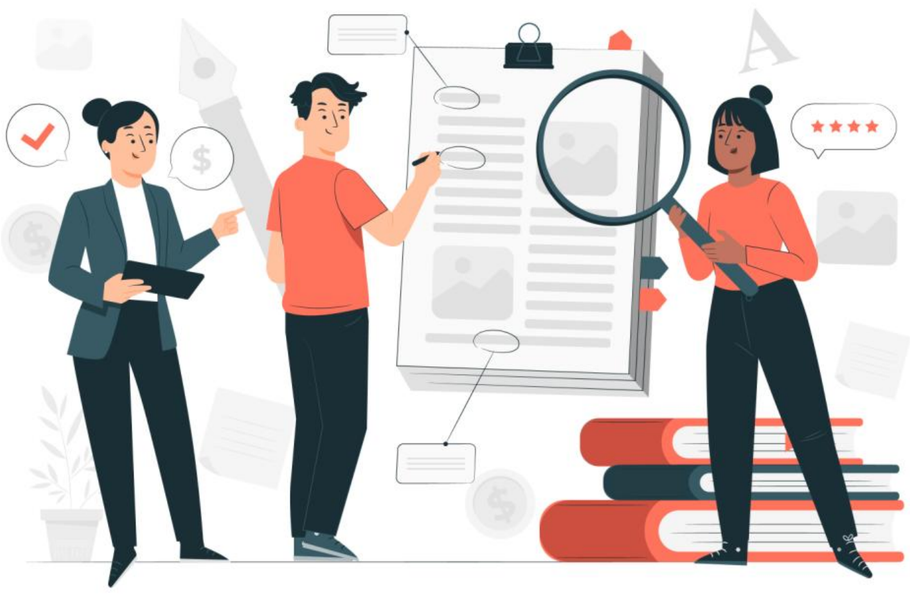
INTRODUÇÃO

O Compliance teve origem nos EUA na década de 1950 e se expandiu globalmente com leis como o FCPA e o Bribery Act. Hoje, ele envolve medidas para prevenir irregularidades e promover a ética empresarial em todo o mundo, tornando-se fundamental para o sucesso das organizações.

METODOLOGIA

A abordagem metodológica para a pesquisa "Compliance na Área da Saúde" inicia com a contextualização da relevância do tema. A fundamentação abrange análise histórica e conceitual do compliance, destacando sua importância nas organizações de saúde, com ênfase nos aspectos normativos, especialmente a Lei n. 12.846/2013 e o Decreto n. 8.420/2015.

Segue-se a análise dos benefícios do compliance na saúde, com foco nos impactos nas relações laborais, comportamentais e comerciais, incluindo a segurança do paciente. Resultados concretos da implementação são apresentados, seguidos por uma conclusão que sintetiza os pontos-chave.



Promovendo Práticas Éticas e Transformadoras.

O caminho para transformação e excelência.

RESULTADOS

A adoção de programas de Compliance na área da saúde tem múltiplos benefícios. Melhora a segurança do paciente, reduzindo erros médicos e prevenindo fraudes. Além disso, as instituições de saúde que implementam o Compliance demonstram maior conformidade com regulamentações, evitando multas e contribuindo para sua sustentabilidade financeira. Essa abordagem também fortalece a reputação e credibilidade das instituições, atraindo pacientes, parceiros comerciais e investidores. Promove a eficiência operacional, reduzindo desperdícios e melhorando a qualidade dos serviços prestados. Além disso, cria um ambiente de trabalho ético, aumentando a satisfação dos funcionários e reduzindo litígios trabalhistas, resultando em um clima organizacional mais positivo. Em resumo, o Compliance na saúde beneficia pacientes, instituições e funcionários, contribuindo para uma gestão mais eficaz e ética.

A Base da Transformação na Saúde.

Ganhos Éticos e Transformação em Foco.

CONCLUSÕES

Em síntese, a implementação do Compliance na área da saúde emerge como uma estratégia fundamental para garantir a segurança do paciente, a conformidade legal, a reputação institucional, a eficiência operacional e relações de trabalho saudáveis. Estes resultados convergem para uma gestão mais responsável e ética, beneficiando tanto as organizações de saúde quanto seus pacientes, funcionários e parceiros. Assim, o Compliance se revela não apenas uma exigência regulatória, mas uma abordagem indispensável para promover a integridade e excelência no setor da saúde.

REFERÊNCIAS

Garcia, R. A., & Libânio, C. S. (2021). **A GESTÃO DO COMPLIANCE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE COMPLIANCE MANAGEMENT IN HEALTH INSTITUTIONS**. REUNA, Belo Horizonte - MG, Brasil, v. 26, n. 1, p. 22-42, Jan. – Mar. 2021.
Content Team Direito Profissional. (2020). **Entenda a importância do Compliance no setor de saúde brasileiro**.
Tribunal de Contas da União. **ÉTICA E INTEGRIDADE**.

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA E FARMACOECONOMIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Unimed Caruaru

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

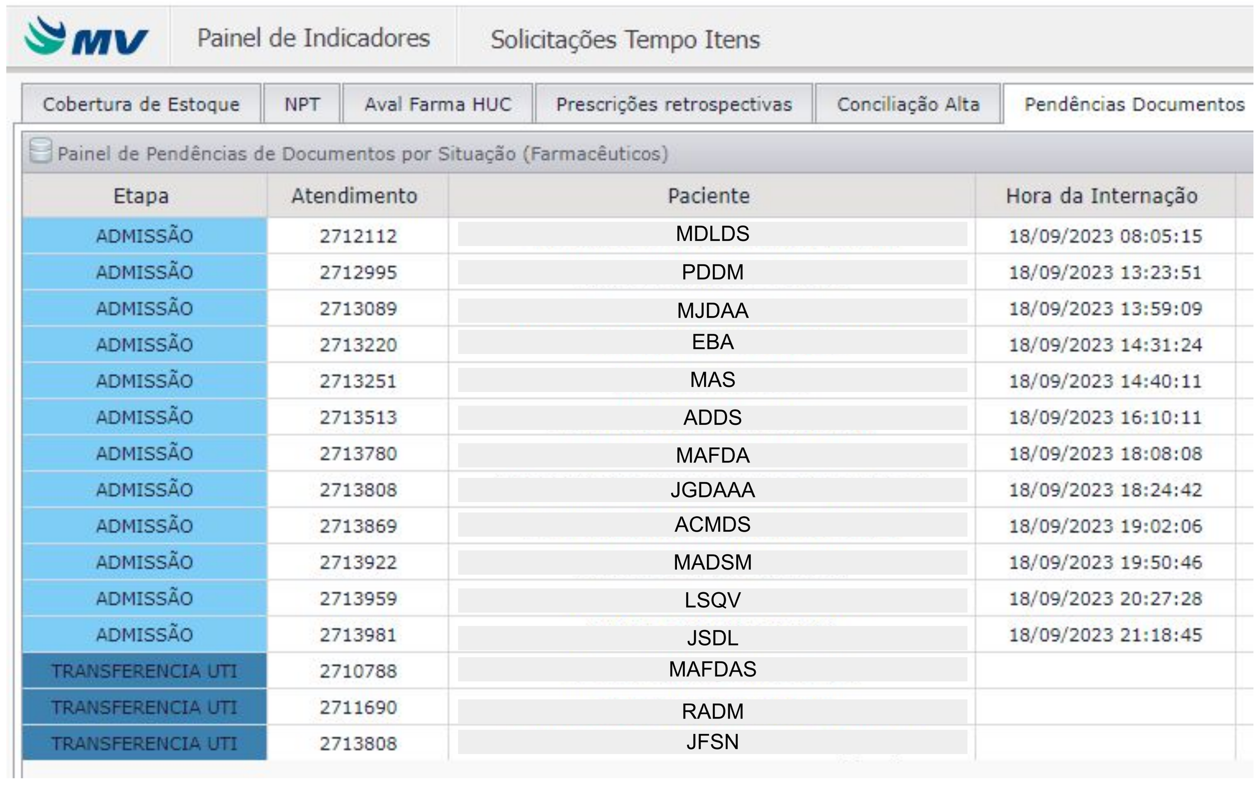
Ana Caroline Costa Xavier, Josiane Florêncio da Silva, Hugo Leonardo de Vidal Neves, Tayne Rayalla Pereira de Sousa

INTRODUÇÃO

A conciliação medicamentosa é um processo que visa obter o histórico terapêutico do paciente antes e durante todo o período de assistência. Trata-se de uma atividade que busca reduzir discrepâncias na prescrição, como duplicidades ou omissões, maximizando a segurança do paciente, prevenindo problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e contribuindo para o uso racional de medicamentos e adesão à terapia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, cujo levantamento de informações ocorreu no período em que foi instituído o protocolo de conciliação (janeiro de 2021 a dezembro de 2022), utilizando como fontes de pesquisa painéis de indicadores desenvolvidos e utilizados pela equipe de Assistência Farmacêutica.



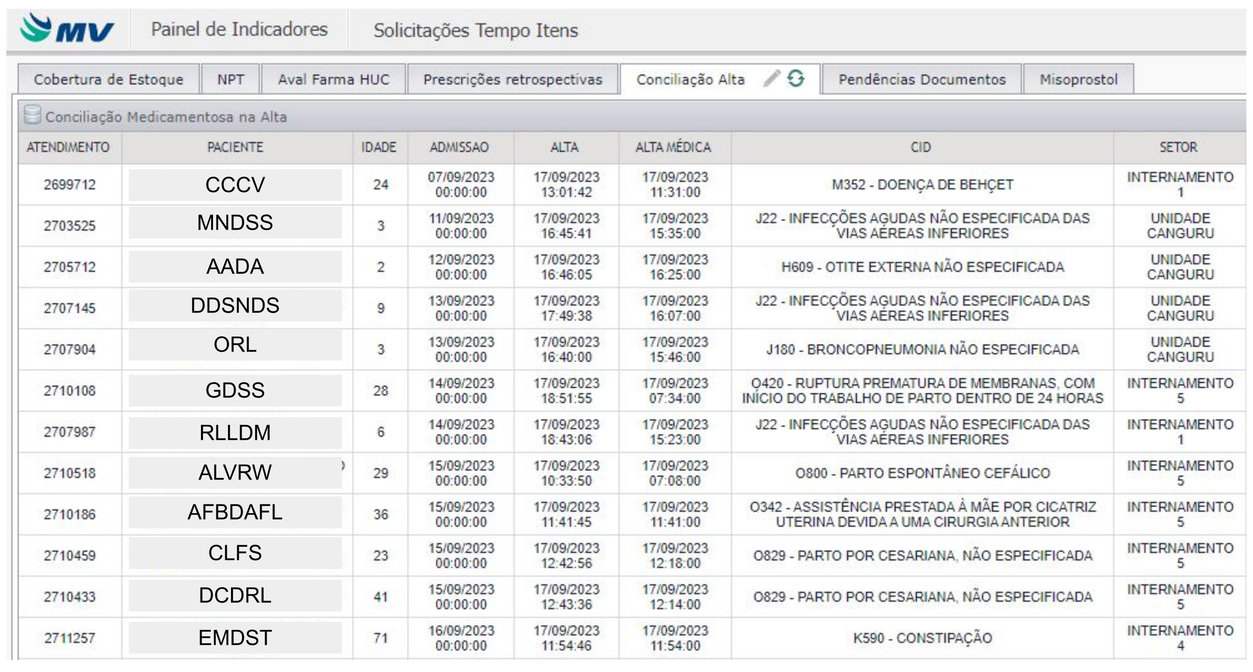
MV | Painel de Indicadores | Solicitações Tempo Itens

Cobertura de Estoque | NPT | Aval Farma HUC | Prescrições retrospectivas | Conciliação Alta | Pendências Documentos

Painel de Pendências de Documentos por Situação (Farmacêuticos)

Etapa	Atendimento	Paciente	Hora da Internação
ADMISSÃO	2712112	MDLDS	18/09/2023 08:05:15
ADMISSÃO	2712995	PDDM	18/09/2023 13:23:51
ADMISSÃO	2713089	MJDAA	18/09/2023 13:59:09
ADMISSÃO	2713220	EBA	18/09/2023 14:31:24
ADMISSÃO	2713251	MAS	18/09/2023 14:40:11
ADMISSÃO	2713513	ADDS	18/09/2023 16:10:11
ADMISSÃO	2713780	MAFDA	18/09/2023 18:08:08
ADMISSÃO	2713808	JGDAAA	18/09/2023 18:24:42
ADMISSÃO	2713869	ACMDS	18/09/2023 19:02:06
ADMISSÃO	2713922	MADSM	18/09/2023 19:50:46
ADMISSÃO	2713959	LSQV	18/09/2023 20:27:28
ADMISSÃO	2713981	JSDL	18/09/2023 21:18:45
TRANSFERENCIA UTI	2710788	MAFDAS	
TRANSFERENCIA UTI	2711690	RADM	
TRANSFERENCIA UTI	2713808	JFSN	

Painel desenvolvido pela equipe de suprimentos para acompanhamento de pacientes para reconciliação na admissão e transferências de setores



MV | Painel de Indicadores | Solicitações Tempo Itens

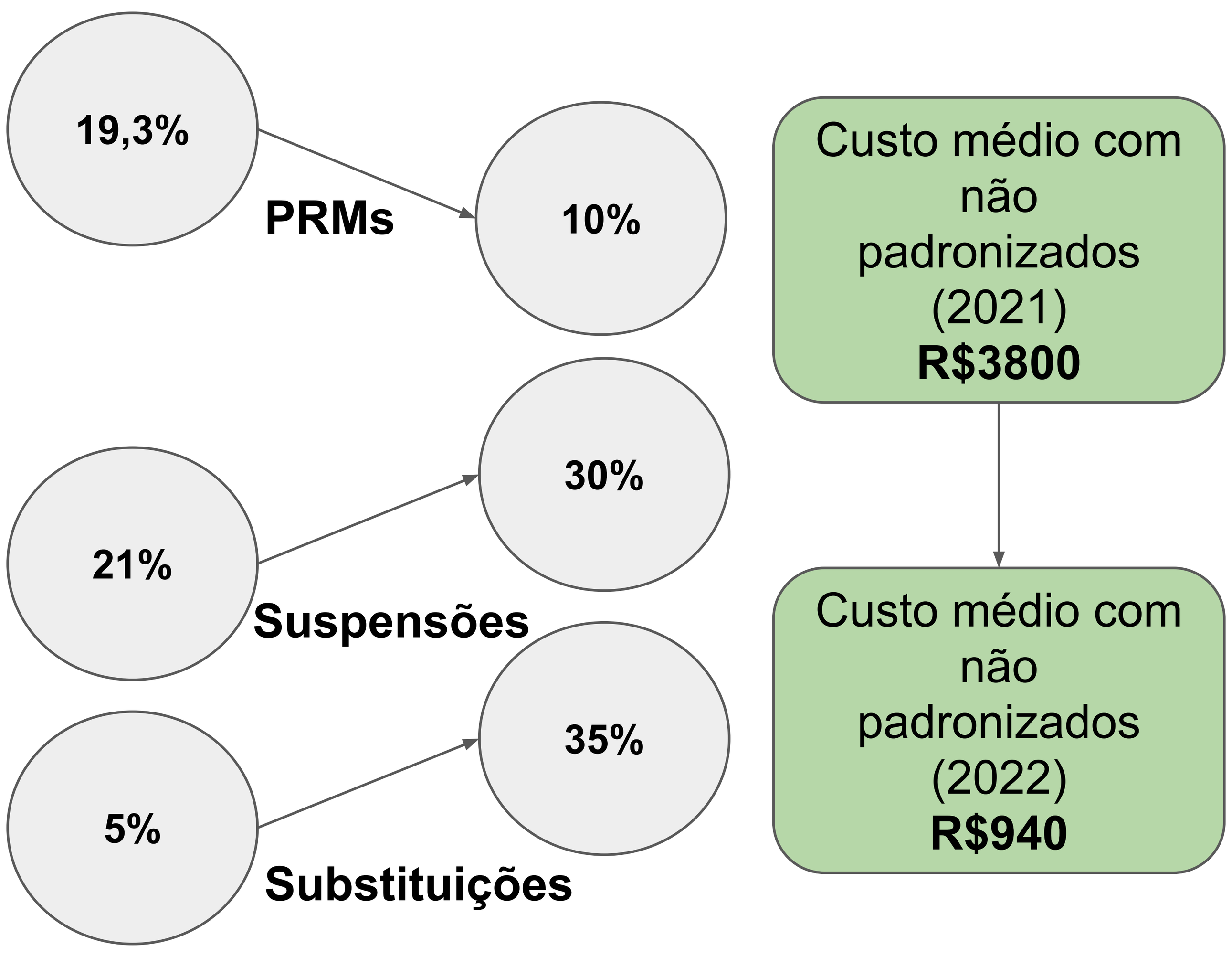
Cobertura de Estoque | NPT | Aval Farma HUC | Prescrições retrospectivas | Conciliação Alta | Pendências Documentos | Misoprostol

Conciliação Medicamentosa na Alta

ATENDIMENTO	PACIENTE	IDADE	ADMISSAO	ALTA	ALTA MÉDICA	CID	SETOR
2699712	CCCV	24	07/09/2023 00:00:00	17/09/2023 13:01:42	17/09/2023 11:31:00	M352 - DOENÇA DE BEHÇET	INTERNAMENTO 1
2703525	MNDSS	3	11/09/2023 00:00:00	17/09/2023 16:45:41	17/09/2023 15:35:00	J22 - INFECÇÕES AGUDAS NÃO ESPECIFICADA DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	UNIDADE CANGURU
2705712	AADA	2	12/09/2023 00:00:00	17/09/2023 16:46:05	17/09/2023 16:25:00	H609 - OTITE EXTERNA NÃO ESPECIFICADA	UNIDADE CANGURU
2707145	DDSNDS	9	13/09/2023 00:00:00	17/09/2023 17:49:38	17/09/2023 16:07:00	J22 - INFECÇÕES AGUDAS NÃO ESPECIFICADA DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	UNIDADE CANGURU
2707904	ORL	3	13/09/2023 00:00:00	17/09/2023 16:40:00	17/09/2023 15:46:00	J180 - BRONCOPNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA	UNIDADE CANGURU
2710108	GDSS	28	14/09/2023 00:00:00	17/09/2023 18:51:55	17/09/2023 07:34:00	O420 - RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, COM INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO DENTRO DE 24 HORAS	INTERNAMENTO 5
2707987	RLLDM	6	14/09/2023 00:00:00	17/09/2023 18:43:06	17/09/2023 15:23:00	J22 - INFECÇÕES AGUDAS NÃO ESPECIFICADA DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	INTERNAMENTO 1
2710518	ALVRW	29	15/09/2023 00:00:00	17/09/2023 10:33:50	17/09/2023 07:08:00	O800 - PARTO ESPONTÂNEO CEFÁLICO	INTERNAMENTO 5
2710186	AFBDAFL	36	15/09/2023 00:00:00	17/09/2023 11:41:45	17/09/2023 11:41:00	O342 - ASSISTÊNCIA PRESTADA À MÃE POR CICATRIZ UTERINA DEVIDA A UMA CIRURGIA ANTERIOR	INTERNAMENTO 5
2710459	CLFS	23	15/09/2023 00:00:00	17/09/2023 12:42:56	17/09/2023 12:18:00	O829 - PARTO POR CESARIANA, NÃO ESPECIFICADA	INTERNAMENTO 5
2710433	DCDRL	41	15/09/2023 00:00:00	17/09/2023 12:43:36	17/09/2023 12:14:00	O829 - PARTO POR CESARIANA, NÃO ESPECIFICADA	INTERNAMENTO 5
2711257	EMDST	71	16/09/2023 00:00:00	17/09/2023 11:54:46	17/09/2023 11:54:00	K590 - CONSTIPAÇÃO	INTERNAMENTO 4

Painel desenvolvido pela equipe de suprimentos para acompanhamento de pacientes para reconciliação no processo de alta

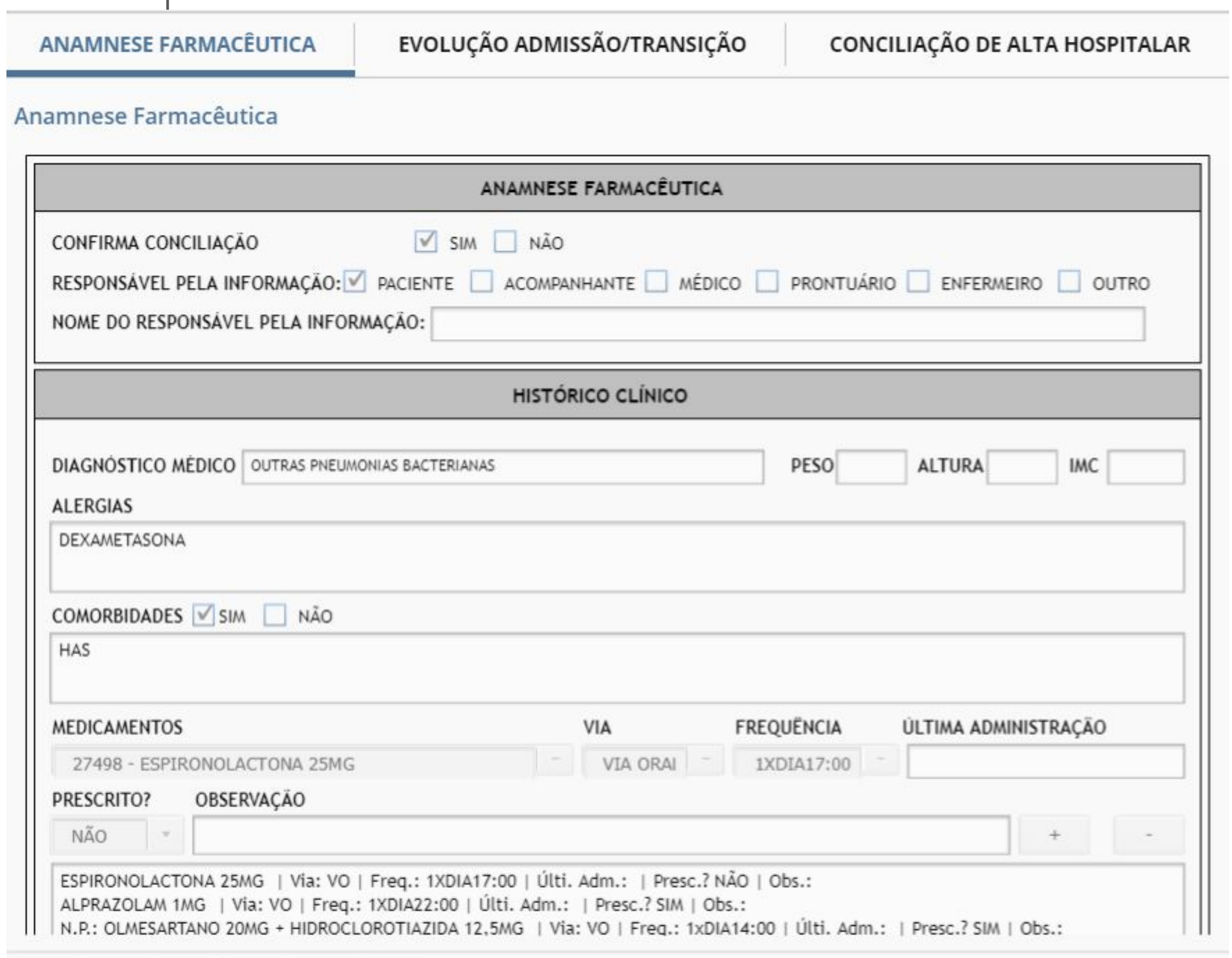
RESULTADOS



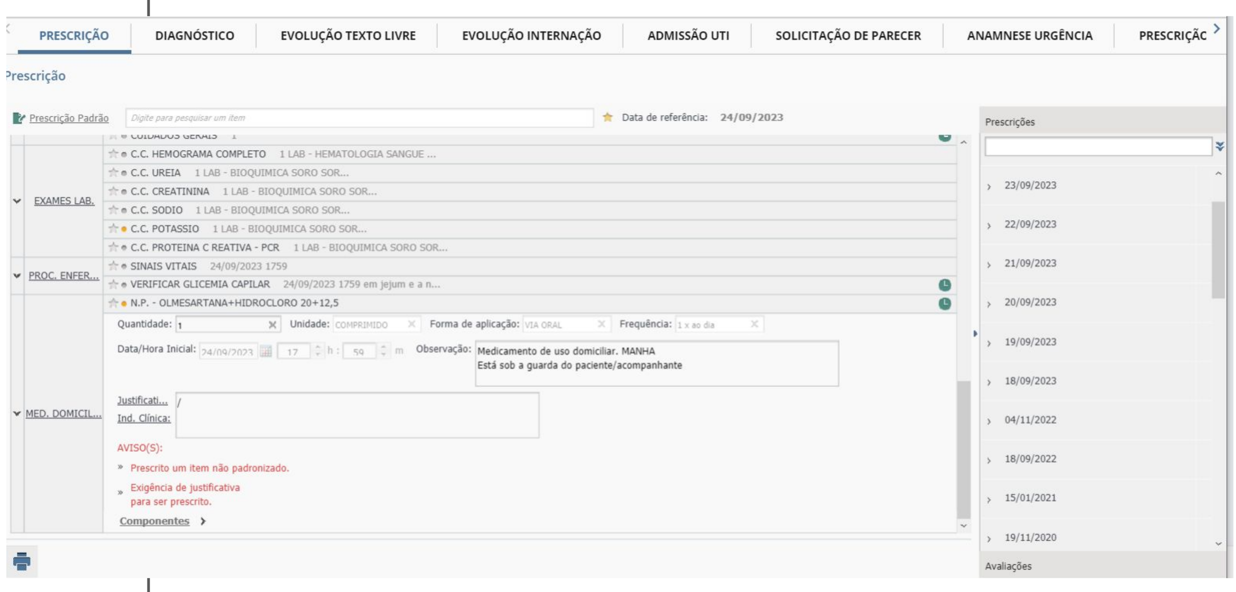
RESULTADOS

A partir da implantação do protocolo de conciliação medicamentosa observou-se uma queda significativa na ocorrência de PRMs, onde estruturou-se um fluxo, adquirindo novas ferramentas para o prontuário eletrônico do paciente:

1. Abas de conciliação medicamentosa, onde registra-se o histórico terapêutico do paciente.



2. Aba de medicamento de uso domiciliar, onde são prescritos os medicamentos que, embora estejam sendo administrados durante a internação, são de responsabilidade dos familiares.



3. Produção de etiqueta para checagem beira-leito dos medicamentos de uso domiciliar.

CONCLUSÕES

A prática conjunta de estratégias de gestão e protocolos assistenciais traz como benefício a possibilidade de otimização de custos ao passo que colabora facilitando a comunicação da equipe de saúde e favorecendo a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Texto
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ÁGIL DE MELHORIA NA ENTREGA DE VALOR EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Juliana Todaro Pupo, Paula Pelegrini, Carla De Azevedo Bezerra, Miguel Cendoroglo Neto

INTRODUÇÃO

O cuidado oncológico deve ser contínuo e integrado, com propostas terapêuticas que acompanhem as necessidades da jornada, aonde por complexidade e individualidade, destaca-se a transição para paliação exclusiva.

Nesta, medidas invasivas não se correlacionam a qualidade assistencial e podem implicar em prejuízos evolutivos, afetando a entrega de valor. Sendo assim, surge a necessidade de abordagens e instrumentos para que essas propostas terapêuticas sejam eficientes e obtenham resultados esperados.

Objetivo: Contribuir na construção de uma organização com os melhores resultados assistenciais no cuidado integral, com a redução de procedimentos não pertinentes ao cuidado oncológico, através de ferramentas que apoiam um modelo ágil de melhoria.

METODOLOGIA

Local: Setor hospitalar de alta complexidade.

Período: outubro de 2022 - maio de 2023.

Método: adoção da metodologia ágil, como facilitador das entregas e integração dos profissionais das equipes de trabalho, tornando a comunicação confiável, transparente e promovendo uma estrutura organizacional padronizada referente aos processos de governança e gestão de projetos.

Premissas: Normativas das sociedades de oncologia e identificadas e priorizadas através de dashboard institucional.

Escopo: Promoção de condições institucionais para:

- ✓ Redução de antimicrobiano de amplo espectro nas últimas 72horas de vida,
- ✓ Terapia antineoplásica nos últimos 15 dias de vida
- ✓ Óbito em unidades intensivas.

RESULTADOS

Meta	Inicial	3 meses após a implementação	6 meses após a implementação	9 meses após a implementação	Out-Maio
Reduzir em 5% procedimentos não pertinentes em paliação	45%	36%	33%	36%	32.5%

Cálculo do Indicador:

$$\text{Procedimentos Não Pertinentes} = \frac{\text{2x Nº de óbitos unidade intensiva* + Nº antimicrobiano amplo espectro menos de 72hs + Nº de terapia antineoplásica < 15 dias de pacientes sob cuidados paliativos}}{\text{total de óbitos oncológicos no mês}} \times 100\%$$

*Peso dois ao óbito em unidade intensiva (maior ofensor)

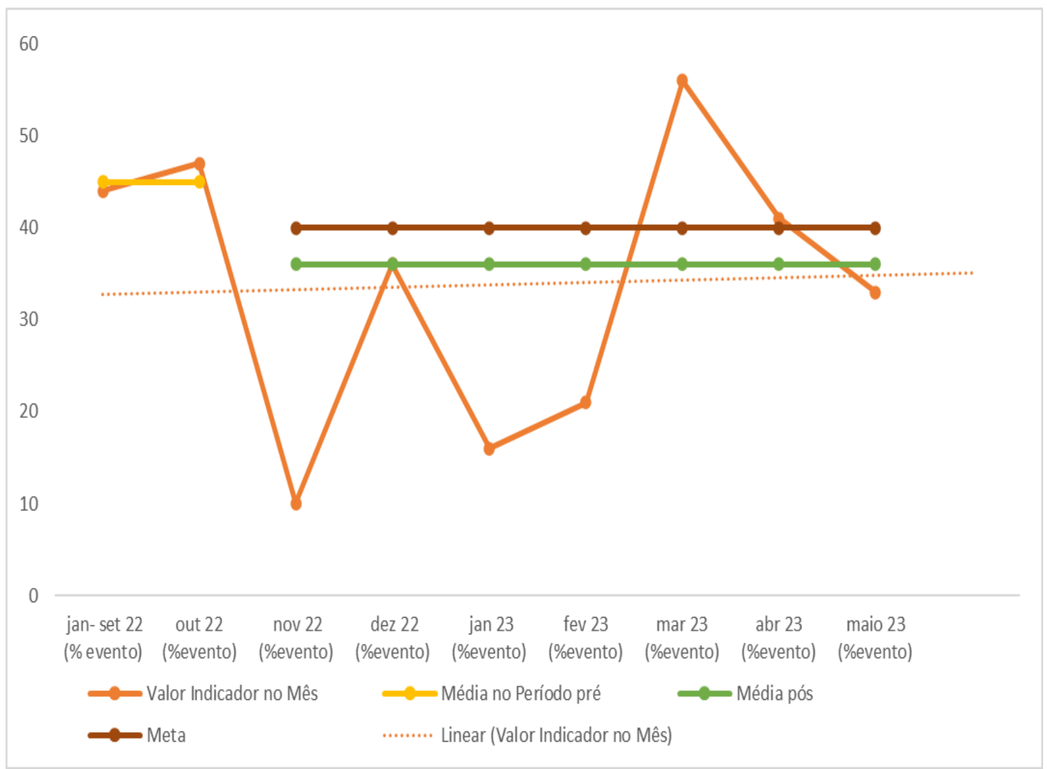


Gráfico 1. Evolutivo Indicador

.

Intervenções

Bases Estruturais

Engajamento de lideranças	Monitoramento de bases de dados e construção de BI de alocação do risco paliativo e titularidade médica;	Construção de protocolos guiados	Criação de fluxos individualizado de medicações gerenciadas para sintomas	Redefinição de condutas no manejo ventilatório	Educação médica e gerenciamento de prática

Bases das Ações Implementadas no Período

CONCLUSÕES

Através de uma transformação estrutural com foco numa assistência individualizada ao paciente paliativo oncológico e engajamento de lideranças, a meta foi atingida.

Entretanto, neste trabalho, barreiras culturais não foram abordadas e devem ser consideradas em futuros trabalhos de melhorias.

Dados de contato: juliana.todaro@einstein.br

Sem conflito de interesse dos autores.

REFERÊNCIAS

- Levit, Laura A., et al., eds. *Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis*. Washington, DC: National Academies Press, 2013.
- Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, Blayney DW, Ganz PA, Mulvey TM, Wollins DS. American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology. J Clin Oncol. 2012 May 10;30(14):1715-24. doi: 10.1200/JCO.2012.42.8375. Epub 2012 Apr 3. PMID: 22493340.

CRIAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DIGITAL EM SAÚDE PARA PACIENTES E CORPO CLÍNICO EM REDE HOSPITALAR

Renata Salvador, Matheus Junqueira, Marcello Lazzarini e Camila Nicacio

INTRODUÇÃO

Com o avanço das tecnologias e o acesso a serviços digitais cada vez mais fácil, as instituições de saúde precisam reestruturar os processos internos de maneira a oferecer uma melhor experiência do paciente, desde o primeiro contato. Neste sentido, a segurança aliada à agilidade e eficiência são fundamentais para a satisfação dos pacientes com o atendimento, a começar antes mesmo da interação com o médico.

METODOLOGIA

Iniciamos o mapeamento de 15 jornadas, detalhando todas as etapas de cada processo. Realizamos entrevistas e workshops com equipes internas e, posteriormente, priorizamos as demandas de acordo com as necessidades mais relevantes para o negócio. Adotamos a metodologia ágil para o gerenciamento das squads, com entregas programadas a cada 15 dias. O produto final é administrado por meio de um backlog, que passa por revisões e priorizações recorrentes.

A plataforma foi desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma experiência mais integrada, eficiente e ágil ao longo das jornadas de pacientes, médicos e familiares. Isso visa melhorar a coordenação do cuidado, oferecendo mais informação, transparência, comodidade e encantamento. Desta forma, a solução busca centralizar o cuidado em um único sistema, garantindo segurança e acessibilidade, e interagindo com o paciente em todas as fases de sua jornada.

Além de proporcionar uma maior centralização das informações, os processos internos foram otimizados para melhor atender às necessidades de nossos clientes. Isso resultou em uma coordenação de cuidados mais eficiente nas práticas clínicas.

Figura 3 - Visualização de resultados de exames -MMD

RESULTADOS

O impacto da implementação da plataforma pode ser mensurado por meio de diversas métrica. Desde o lançamento, a plataforma acumulou mais de 18 mil usuários cadastrados, tornando-se uma ferramenta indispensável para pacientes, médicos e familiares.

Além disso, foram realizados 2.241 agendamentos de consultas, demonstrando a eficácia da plataforma como uma solução prática para facilitar o acesso a serviços médicos.

Além desses números, aproximadamente mais de 78 mil pedidos cirúrgicos foram cadastrados, o que sugere que a plataforma não só atende a necessidades imediatas, mas também funciona como um recurso de planejamento e gestão para procedimentos futuros.

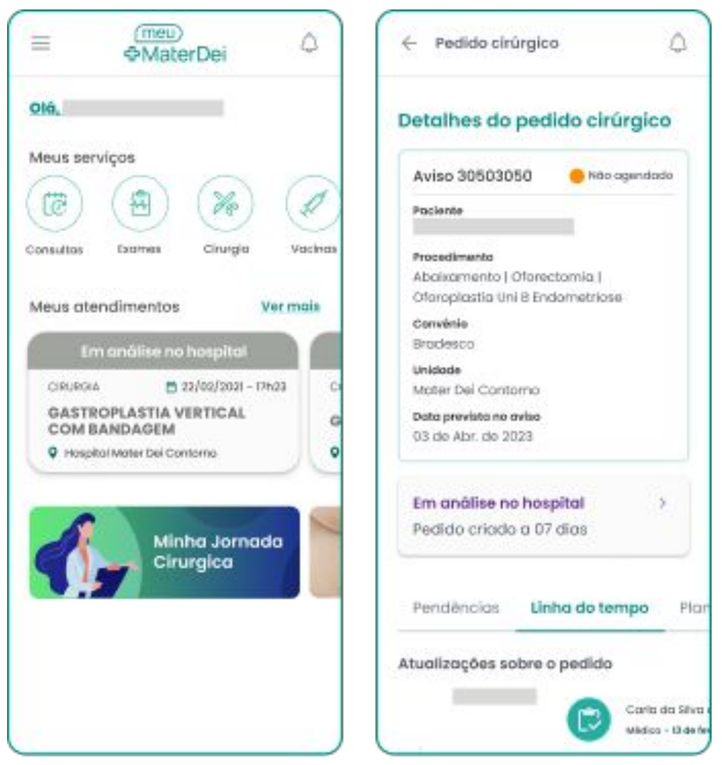


Figura 2 - Home e detalhamento de cirurgia - MMD

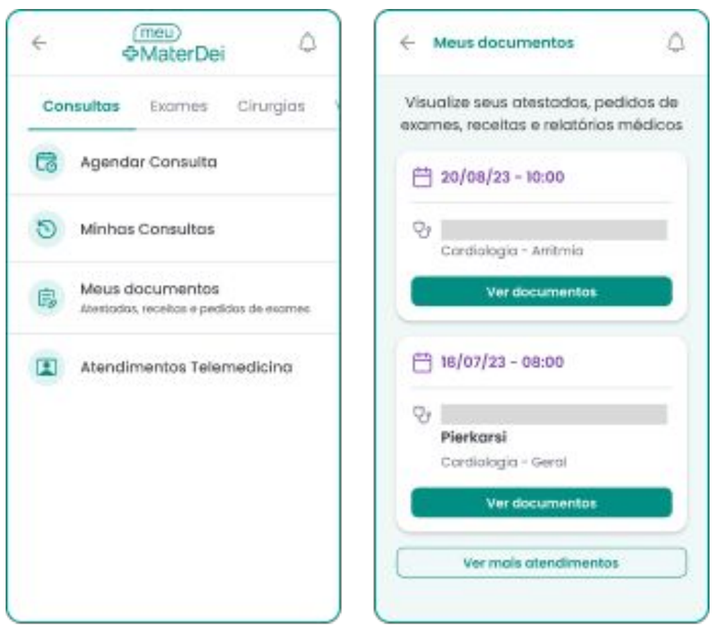


Figura 3 - Consultas e documentos- MMD

CONCLUSÕES

A construção da plataforma digital alcançou resultados em múltiplas esferas. Operacionalmente, a eficiência foi aprimorada, como indicado pelo volume de consultas e procedimentos cirúrgicos agendados e gerenciados de forma ágil e eficaz. Isso também teve um efeito cascata sobre a satisfação tanto dos pacientes quanto do corpo clínico, que agora dispõem de um sistema mais integrado e fácil de usar. Isso não apenas melhora a experiência dos usuários, mas também otimiza os fluxos de trabalho, tornando os cuidados médicos mais coordenados e, por extensão, mais eficazes.

REFERÊNCIAS

Dados internos Rede Mater Dei de Saúde

TÍTULO:
DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA EM AMBIENTE HOSPITALAR

SOUZA TMP, CARVALHO GR, PAIVA P, PADILHA TMV

INTRODUÇÃO

A dermatite associada a incontinência (DAI) é uma condição comum em ambientes hospitalares, causada pela exposição prolongada da pele à urina e fezes. A DAI pode levar a inflamação, eritema e infecções secundárias. Sua gravidade afeta a qualidade de vida dos pacientes e aumenta os custo hospitalares, além de ser um fator de risco para lesões por pressão. O enfermeiro desempenha um papel crucial na prevenção e cuidado da pele do paciente. O objetivo do estudo foi descrever as estratégias adotadas para reduzir a incidência de DAI e seus resultados.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência que descreve a implementação de ações para reduzir a incidência e gravidade da DAI. Os procedimentos operacionais padrão (POP) foram revistos e atualizados de acordo com o Consenso Internacional sobre lesões de pele associadas à umidade. Mudanças nos produtos de higiene foram realizadas para evitar a umidade excessiva na região íntima do paciente. A equipe de enfermagem passou por dois treinamentos abrangentes sobre DAI e higiene íntima (Figura 1) após a atualização dos protocolos institucionais (Figura 2).

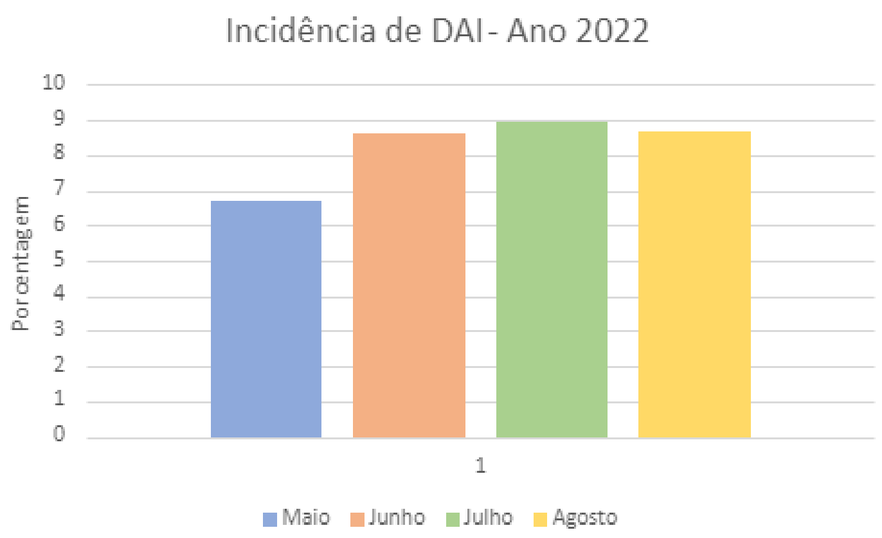


Gráfico 1: Incidência de DAI – Ano 2022. São Paulo, 2023.

Figura 1: Treinamento de Passa ou repassa da DAI. Agosto de 2022.

RESULTADOS

A partir das ações descritas, houve uma redução significativa na incidência de DAI no período de janeiro a abril de 2023, comparadas com as incidências de maio a agosto de 2022, quando foi realizado o primeiro treinamento. conforme evidenciado no gráfico 1 e 2. Assim, a média desses meses em 2022 foi de 8,21%, enquanto, a de 2023 dos meses relatados foi de 3,20%, com redução de 60%. Os dados de DAI em 2022 começaram a ser computados a partir do mês de maio, quando a enfermeira especialista assumiu o cargo. Ressalta-se que a DAI aumenta, em uma vez, a chance de lesão por pressão, dessa forma, até o mês de abril apenas 2 pacientes apresentaram lesões por pressão decorrentes da DAI em 2023, sendo uma lesão estágio 1 e a outra estágio 2. A média das taxas de adesão dos treinamentos de DAI e de banho e higiene íntima foi de 80%.

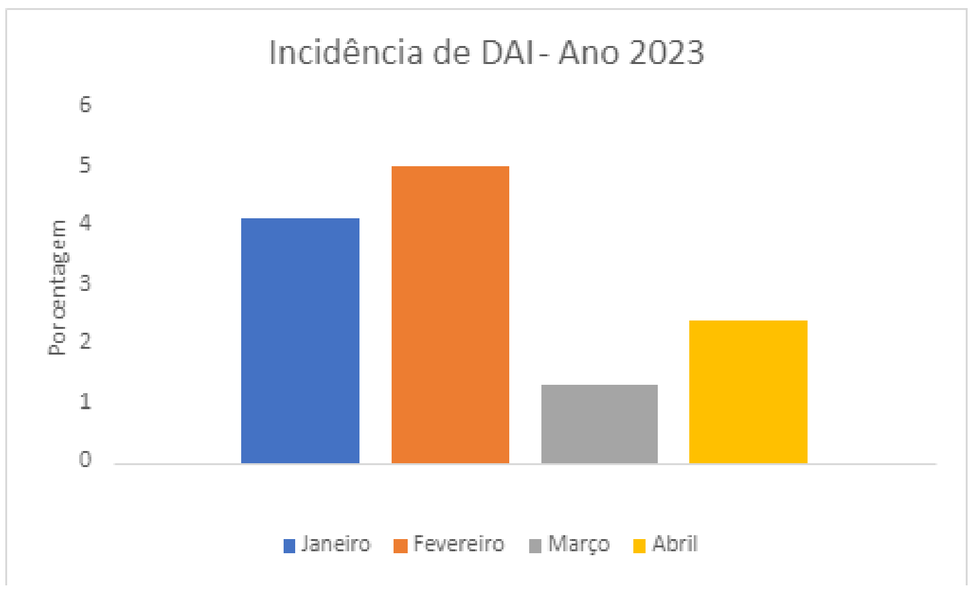


Gráfico 2: Incidência de DAI – Ano 2023. São Paulo, 2023.

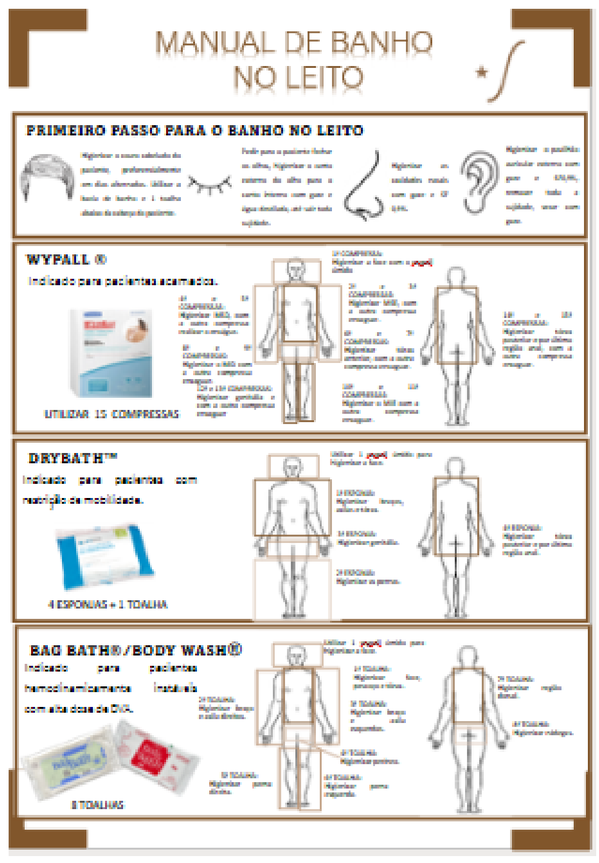


Figura 2: Manual de banho no leito, componente do Procedimento Operacional Padrão de Higiene e Banho no leito.

CONCLUSÕES

Este estudo evidencia a eficácia de ações simples implementadas para reduzir a incidência de DAI. Essas medidas fazem parte de um ciclo contínuo de melhoria, com revisões mensais para manter os resultados alcançados e buscar a diminuição das complicações decorrentes da DAI e de lesões por pressão.

REFERÊNCIAS

Fletcher J, Beeckman D, Boyles A et al (2020) International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture-associated skin damage (MASD). Wounds International. Available online at www.woundsinternational. Com.
Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Villas Boas P, Guimaraes HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. Rev Bras Enferm 2020;73(Suppl 3):e20180475. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0475

DESAFIOS EM GERIR UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À EXPANSÃO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DE GRANDE PORTE.

Juliane da Silva Olivares

INTRODUÇÃO

A gestão dos serviços de enfermagem é um desafio complexo para o enfermeiro gestor, principalmente quando existe a implantação de um novo hospital. O gerenciamento de enfermagem compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial, envolvendo múltiplas ações como, gestão de equipes, implementação de processos assistenciais, promoção de boas de práticas clínicas, gestão de indicadores estratégicos e otimização de custos e recursos (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004).

O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência e os desafios de gerir uma equipe de enfermagem frente a implantação de uma unidade hospitalar de grande porte.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre os desafios da gestão da equipe de enfermagem entre maio de 2022 a julho de 2023.

A experiência aconteceu em hospital de grande porte, com capacidade para até 367 leitos, na cidade de Salvador.

A meta estabelecida para os indicadores gerenciados foi de 80%.

Para consolidar este processo foram criados fóruns permanentes para discussão de práticas e feedbacks.

Imagem 1 – Complexo hospitalar em Salvador - BA.

Imagem 2 – Fórum para discussão de práticas assistenciais.

RESULTADOS

A equipe de enfermagem é composta por 354 colaboradores, dentre esses, 265 técnicos de enfermagem, 60 enfermeiros, 21 supervisores e 8 coordenadores.

Tabela 1- Indicadores assistências institucionais, 2022.

Indicador	Média (%)	Meta
Turnover	3,04%	2,28*
Absenteísmo	2,85%	3,52*
Net Promoter Score	59%	76%
Eficácia de aprendizado	92%	80%

* ANAHP/2022.

Para melhorar a performance assistencial foi elaborado e implementado um robusto programa de treinamentos com ênfase na promoção de boa práticas clínicas, cultura e segurança. Para fortalecer o vínculo da gerência com a coordenação foi criado um espaço para a escuta ativa, com aplicação de feedbacks contínuos, além da construção do plano de desenvolvimento individual para cada gestor, com devolutiva 360º. Além disso, foram implementadas auditorias de conformidade para promover práticas assistências com qualidade e segurança, excelência operacional e entrega de valor na jornada do paciente.

Imagem 3 - Jornada de promoção da cultura institucional MaterDei

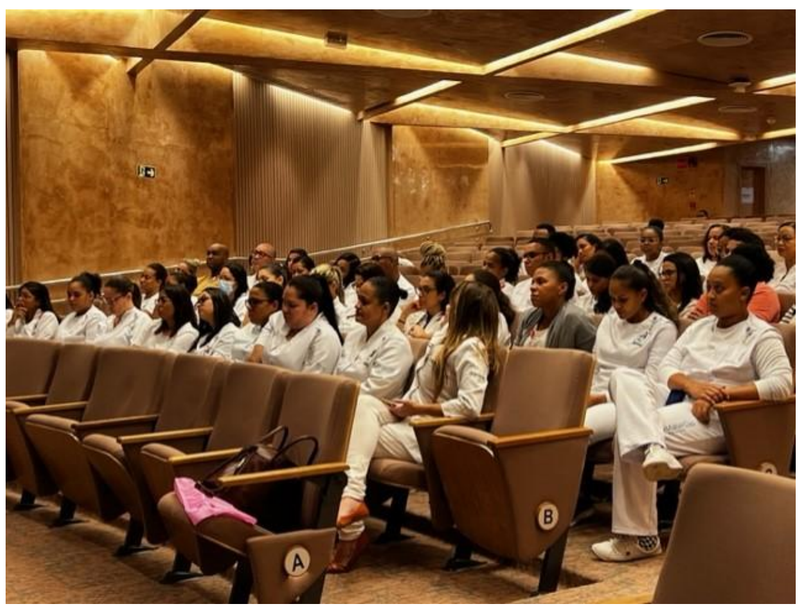


Imagem 4 - Treinamento de Segurança do paciente para equipe assistencial

CONCLUSÕES

O gerenciamento da equipe de enfermagem deve ser pautado na consolidação de processos baseado em metodologias validadas internacionalmente, na formação de recursos humanos em enfermagem, criação de espaços de diálogos e feedbacks.

REFERÊNCIAS

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M.. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 57, n. 4, p. 395–400, jul. 2004.

LANTIN, Pedro José Sartorelli et al . Desafios da gestão em equipe segundo profissionais de saúde de um hospital. Rev. Psicol., Organ. Trab., Brasília , v. 21, n. 4, p. 1691-1697, dez. 2021 .

DESENVOLVIMENTO COMPORTAMENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA E SEUS IMPACTOS NOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Hadson Darrie Martin de Godoi, Rafael Zanini Barbato, Renato Aranha Alberguini

INTRODUÇÃO

Este estudo investiga o desenvolvimento comportamental da equipe de enfermagem em um hospital privado no interior de São Paulo, focando no setor de urgência e emergência. O objetivo é analisar como esses comportamentos impactam os resultados assistenciais. A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial nesse contexto. Utilizando uma abordagem qualitativa e descritiva, o estudo adota um método de estudo de caso. Os resultados destacam desafios, como falta de tempo e interação dos líderes com suas equipes, bem como a importância de avaliações justas para evitar sentimentos de injustiça. A literatura sublinha a necessidade de avaliar competências técnicas e comportamentais da equipe de enfermagem. O estudo propõe um modelo de avaliação baseado em conhecimento, habilidades e atitudes, adaptado à urgência e emergência. Isso pode identificar lacunas de competências, permitindo estratégias de desenvolvimento e melhorias na assistência. Em resumo, o desenvolvimento comportamental da equipe de enfermagem na emergência é crucial para a assistência de qualidade.

METODOLOGIA

Inicialmente, foi selecionado um hospital privado localizado no interior de São Paulo, onde a equipe de enfermagem do setor de urgência e emergência atua. Os participantes incluíram enfermeiros, técnicos de enfermagem e suas lideranças nesse departamento. Para atingir os objetivos propostos, optou-se por uma abordagem qualitativa. Essa escolha permitiu uma compreensão mais profunda das percepções, atitudes e experiências dos profissionais de enfermagem em relação ao desenvolvimento comportamental da equipe e seu impacto nos resultados assistenciais.

O método de estudo de caso foi adotado como estratégia de pesquisa. Esse método permite uma análise detalhada de um contexto específico, neste caso, o setor de urgência e emergência do hospital em questão. O estudo de caso envolveu a coleta de dados de múltiplas fontes, incluindo entrevistas semiestruturadas e análise documental. Para obter insights significativos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros, técnicos de enfermagem e suas lideranças. As perguntas foram projetadas para explorar as percepções dos participantes sobre o desenvolvimento comportamental da equipe.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Nome: _____ Cargo: _____ Departamento: _____

Áreas de Desempenho:	1	2	3	4	5	Áreas de Desempenho:	1	2	3	4	5
Habilidade de decidir						Iniciativa pessoal					
Aceita mudanças						Suporta tensão e pressão					
Aceita direção						Conhecimento do trabalho					
Aceita responsabilidades						Liderança					
Atitude						Qualidade do trabalho					
Atendimento às regras						Quantidade de produção					
Cooperação						Práticas de segurança					
Autonomia						Planejamento e organização					
Atenção a custos						Cuidado com o patrimônio					

Figura 1. Tabela sugerida para avaliação de desempenho

RESULTADOS

Este estudo proporcionou uma visão abrangente e aprofundada sobre a importância de uma avaliação mais holística dos profissionais de enfermagem. Reconhecendo o papel crítico que a equipe de enfermagem desempenha no cuidado aos pacientes e na prestação de assistência de qualidade, o estudo destacou a necessidade de avaliar não apenas as competências técnicas, mas também as habilidades comportamentais.

Os resultados do trabalho apresentado apontaram que a adoção de uma avaliação de desempenho mais qualitativa e orientada para o desenvolvimento individual dos profissionais de enfermagem é um importante passo para elevar a excelência no atendimento. A avaliação abrangente, que considera tanto as competências técnicas como as comportamentais, é fundamental para proporcionar uma visão completa do desempenho dos profissionais, contribuindo para o aprimoramento do cuidado ao paciente e o fortalecimento da equipe de enfermagem.

CONCLUSÕES

As considerações finais apontam para a importância de investir em práticas de avaliação de desempenho mais abrangentes e qualitativas na enfermagem, bem como para a continuidade das pesquisas nesse campo. Recomenda-se que instituições de saúde adotem uma abordagem personalizada ao implementar o instrumento de avaliação proposto, levando em consideração suas necessidades e particularidades. Além disso, o incentivo à realização de estudos adicionais sobre o impacto das competências comportamentais na qualidade do cuidado e na satisfação dos pacientes é fundamental para o avanço contínuo do conhecimento na área.

REFERÊNCIAS

Tabela sugerida como ferramenta para Avaliação de desempenho. Figura 1. Disponível em: https://www.google.com/amp/s/slideplayer.com.br/amp/14818006/ . Acesso em 25 de Set de 2023.

DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS COMO PROPOSTA PARA A MELHORIA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Victor Magalhães de Paula Souza, Giseli Rodrigues de Carvalho, Michelle Bittencourt Braga, Heloisa Ribeiro do Nascimento

INTRODUÇÃO

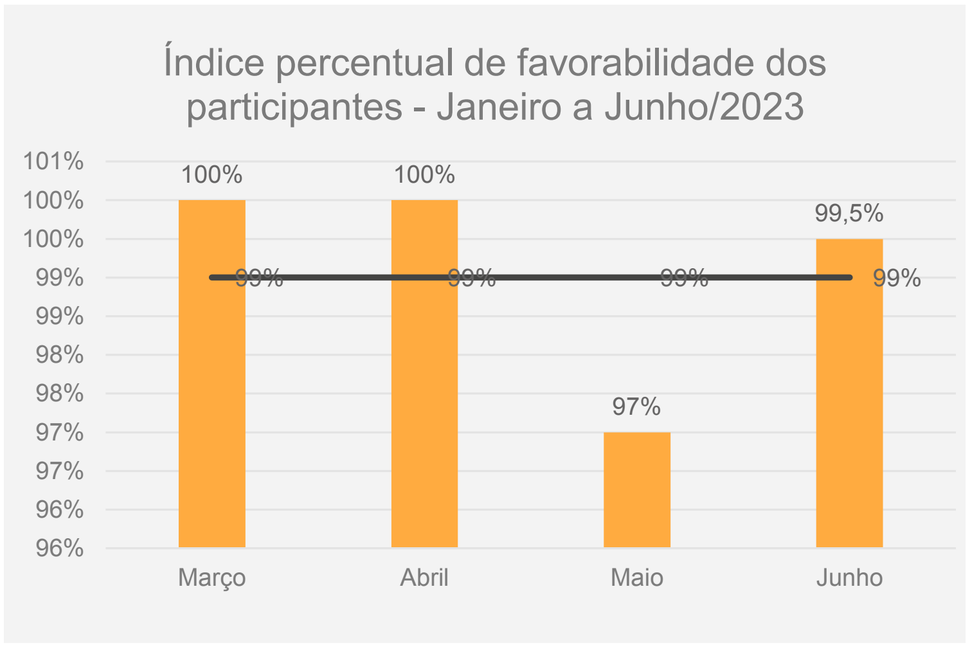
As competências transversais são atitudes relacionadas ao comportamento. Elas podem ser inatas ou aperfeiçoadas pelos indivíduos e sua importância na área da saúde ocorre por melhorar a experiência nas relações profissionais e pacientes. Objetivo: Descrever um relato de experiência na confecção e aplicação de um treinamento com simulação realística para profissionais atuantes em um hospital no Estado de São Paulo de março a junho de 2023 para desenvolvimento de competências transversais.

METODOLOGIA

Foram definidas sete etapas: Definição da problemática com dados provenientes do *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – HCAHPS* e comitê de experiência do paciente; Definição do método de ensino; Mapeamento dos personagens dos cenários; Criação, nomeação e recrutamento de um time de colaboradores para atuação nos cenários; Confecção de workshops para formação cênica com os colaboradores recrutados, confecção do material teórico e indicador de favorabilidade; Validação dos cenários; Aplicação do treinamento e levantamento dos dados do indicador de favorabilidade.

RESULTADOS

Etapa um: Habilidades identificadas para desenvolvimento: empatia, comunicação, comunicação não violenta, trabalho em equipe, gestão de conflito. Etapa dois: Treinamento nomeado como “Comportamental”, com método de simulação realística e cenários que deveriam ocorrer com profissionais com aptidão cênica e treinados para maior fidelidade das cenas. Foram definidos três cenários e cinco atos: Cena um, ato um: Paciente com lombalgia na emergência; ato dois: Paciente com lombalgia com admissão administrativa; Cena dois: Paciente oncológico em cuidados paliativos; Cena três, ato um: Paciente pré-cirúrgico de colecistectomia com queda intra-hospitalar, ato dois: Liberação de dieta com erro administrativo. Etapa três: Mapeado o perfil socioeconômico dos personagens das cenas, sendo em comum: Elevado poder aquisitivo, com acesso à informação e empreendedores. Mapeado as histórias dos personagens e as respostas necessárias para caso o profissional treinando o acolhesse de forma satisfatória ou insatisfatória. Etapa quatro: Foram selecionados colaboradores que possuíam experiência em atuação, denominado como: Colabor***Atores***. O recrutamento ocorreu por uma atriz profissional. Etapa cinco: Realizados quatro workshops com a atriz: Técnica de improviso e concentração; Atenção, segurança e confiança cênica; Ambientação dos cenários; Jogo cênico com os pares do cenário e habilidade com a entrada do terceiro na cena. Foi construído o material teórico e construído o indicador de favorabilidade que seria preenchido pelos participantes através da escala likert. Etapa seis: Teste dos cenários com apresentação para a liderança utilizando os critérios do *The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*(1). Etapa sete: Até o momento da confecção deste relato foram treinados 167 colaboradores e a favorabilidade do treinamento pelos participantes foi de 98% considerando a escala *likert*, o conteúdo teórico foi ministrado com intervalos entre os cenários, e após cada cenários era aplicado o *debriefing Plus-Delta.*



Indicador de favorabilidade considerando os meses de março a junho de 2023 utilizando o parâmetro da escala *Likert.*

Os relatos dos colaboradores explicitam a favorabilidade encontrada e as reflexões que são geradas no *debrifing* dos cenários com a possibilidade da aplicação dos elementos da comunicação não violenta em sua prática diária: “*Consegui refletir sobre minhas ações e vou passar a utilizar os pontos abordados no meu dia a dia*.” A possibilidade de refletir sobre a empatia ocorreu através das reflexões teóricas que emergiram em aula com os cenários criados e praticados pelos participantes: ”*Me vi em todas as situações*”. Foi possível estender a compreensão dos conceitos apresentados para além da atuação prática, com possibilidades de aplicação na vida pessoal dos participantes: “*Bom conteúdo para melhoria. Tanto como profissional como para vida externa do hospital*”, “*Com certeza ajudou muito quanto a comunicação e empatia para ser utilizado no dia a dia, não somente na instituição mas sim na nossa vida e com todos.*”. A possibilidade de aplicar o conteúdo na prática foi demonstrada através da fala: “*Foram dicas valiosas para que eu possa melhorar minha cominicação e atendimento ao cliente*”.

CONCLUSÕES

O projeto possibilitou treinamento eficaz, com discussões ativas no *debriefing* dos cenários. O indicador revela alta favorabilidade e relevância do conteúdo para os profissionais com impacto no indicador de qualidade percebida.

REFERÊNCIAS

1.Watts PI, McDermott DS, Alinier G, Charnetski M, Nawathe PA. Healthcare Simulation Standards of Best PracticeTM Simulation Design. Clinical Simulation in Nursing. 2021;58;14-21. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009.

DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO VISUAL EM TEMPO REAL PARA GESTÃO DE FLUXO NO PRONTO ATENDIMENTO

CASSIMIRO NOGUEIRA JUNIOR, DOUGLAS FELIPE, LUCAS FERREIRA DA SILVA E SORAIA MARIA DE CARVALHO

INTRODUÇÃO

O Pronto Atendimento é um setor crítico que conta com alta demanda, exigindo diferentes recursos e níveis de atenção. Nesse contexto, é comum que o sistema passe por momentos de sobrecarga, resultando em aumentos nos tempos dos processos e impactando negativamente na experiência do paciente. Com o objetivo de aprimorar a gestão de fluxo e otimizar os recursos disponíveis, um modelo de monitoramento do setor em tempo real foi desenvolvido.

METODOLOGIA

Este projeto teve como propósito identificar os fatores determinantes que influenciam negativamente a experiência do paciente no Pronto Atendimento, sendo desenvolvido em 4 fases, sendo elas:

Figura 1. Fluxo de desenvolvimento do modelo de gestão de fluxo do Pronto Atendimento.

1) **Seleção e análise dos dados:** começamos definindo critérios de seleção para pacientes não internados atendidos no Pronto Atendimento nos últimos 12 meses. Em seguida, analisamos tendências temporais no volume de atendimentos por hora e dia da semana para compreender seu impacto no fluxo e na experiência do paciente. Usamos regressão linear, confirmando o impacto negativo da quantidade de pacientes simultâneos ($P < 0,0001$) e boxplots para identificar limiares de risco no Net Promoter Score (NPS)

Figura 2. Boxplot utilizado para identificação da quantidade de pacientes simultâneos que oferecem risco de queda no NPS.

2) **Desenvolvimento do modelo:** utilizando os resultados da análise inicial, procedemos com o desenvolvimento do modelo de gestão com monitoramento em tempo real do fluxo.
3) **Apresentação do modelo para gestão:** com o protótipo em mãos, o projeto foi apresentado para a gestão para revisão das funcionalidades.
4) **Disponibilização do modelo:** com a validação da gestão, o modelo foi apresentado para o setor e disponibilizado para uso.

RESULTADOS

Os processos utilizados na metodologia nortearam o desenvolvimento do modelo de monitoramento em tempo real do fluxo no Pronto Atendimento. Essa ferramenta de gestão fornece as informações necessárias para compreender o cenário atual do setor e evidências para tomadas de decisões rápidas, otimizando recursos. Além disso, é possível identificar gargalos nos processos e aplicar melhorias.

A partir do boxplot os limites de pacientes simultâneos foram traçados e convertidos para uma visualização gráfica em formato de velocímetro que gera alertas de risco de impacto negativo na experiência do paciente.

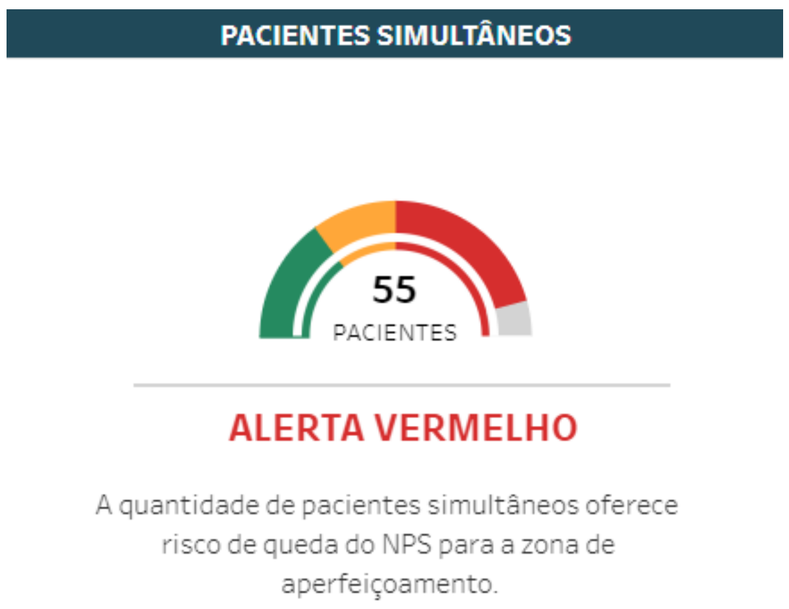


Figura 3. Gráfico de velocímetro com limites entre zonas de NPS com alerta visual.

Uma visualização detalhada por processo do fluxo de atendimento também foi disponibilizada. Nela é possível identificar a quantidade de pacientes em cada processo e o maior tempo de espera de cada um deles, fornecendo compreensão do status de fluidez dos processos do setor.

Figura 4. Visualização detalhada da quantidade de pacientes em cada processo.

Outras funcionalidades foram acrescentadas de acordo com a necessidade do setor, como distribuição por classificação Manchester, relação de pacientes com maior tempo de permanência, pacientes aguardando internação, entradas por horário e um relatório analítico em formato de tabela consolidando todas essas informações nominalmente.

Todas as visualizações foram disponibilizadas em modelo personalizado para uso em smartphones, contribuindo para facilidade de acesso à informação.

CONCLUSÕES

A disponibilização de um modelo visual para gestão de fluxo se revela de extrema importância nas unidades de Pronto Atendimento, pois oferece uma visão detalhada e em tempo real do status atual do setor, permitindo aos gestores tomar decisões ágeis e informadas, além de identificar gargalos nos processos. Essas melhorias não apenas otimizam a eficiência interna, mas também resultam em satisfação e qualidade de serviço aprimoradas para os pacientes, ao reduzir significativamente o tempo de espera e oferecer um atendimento personalizado que atende às necessidades individuais de cada paciente.

REFERÊNCIAS

VITERBO, M. B. S.; NOVARETTI, M. C. Z. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE MACAS E PACIENTES NO PRONTO SOCORRO ADULTO DO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 16, n. 45, p. 91–98, 31 ago. 2020.

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTÓTIPO DE SOFTWARE PARA O GERENCIAMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Ingrid Almeida de Melo; Andreza Oliveira Almeida; Antônio Carlos Sobral Souza

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) tornou-se um desafio nos serviços público e privado. Diante da escassez de estudos científicos brasileiros de construção em tecnologias digitais no gerenciamento da FA optou-se por desenvolver um software para auxiliar no autocuidado dos pacientes e como ferramenta de apoio para profissionais de saúde no tratamento. O objetivo da pesquisa é construir um protótipo de software para o gerenciamento da FA.

METODOLOGIA

Pesquisa metodológica aplicada, com produção tecnológica de um protótipo de software educativo com duas interfaces, ou seja, a interface do aplicativo móvel a fim de auxiliar no autocuidado de pacientes com FA e a interface tipo website para ajudar os profissionais de saúde no manejo eficaz e individual da doença. O desenvolvimento foi baseado na metodologia ágil Scrum. O estudo foi realizado entre março/2022 e fevereiro/2023.

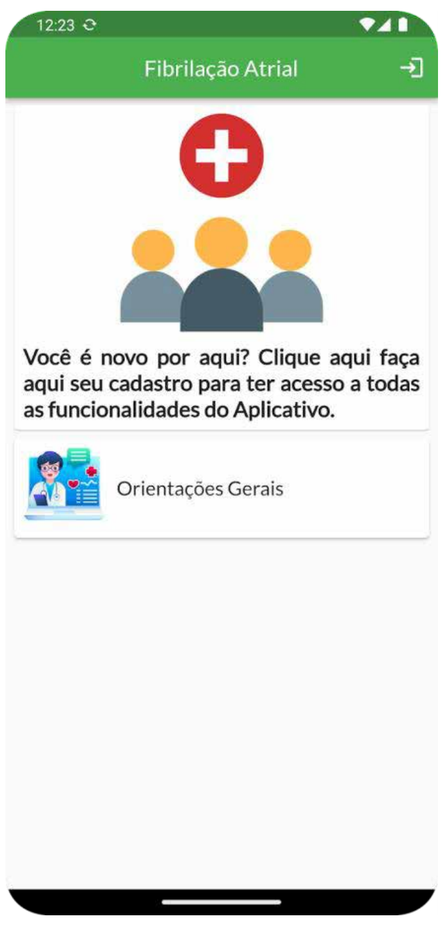


Figura 1: Tela inicial do website/Aplicativo móvel

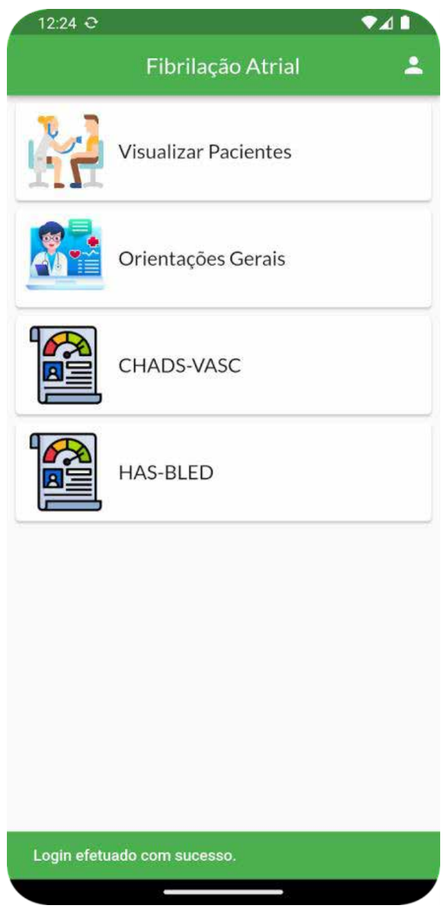


Figura 2:Tela de cadastro de paciente, orientações gerais

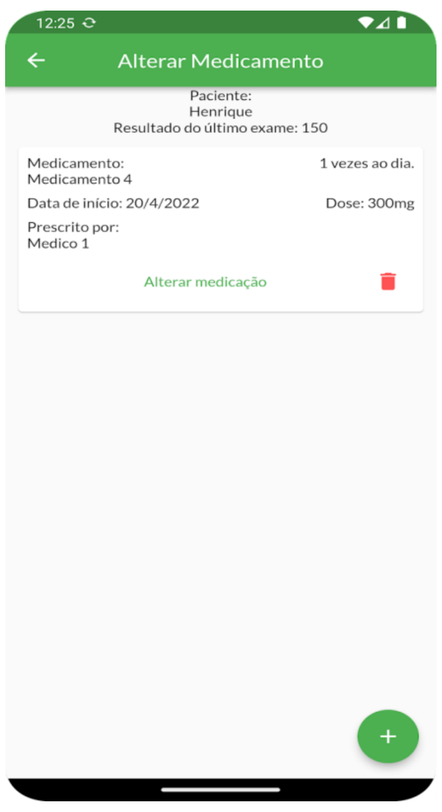


Figura 3: Visualização da prescrição médica com sugestões de alteração.

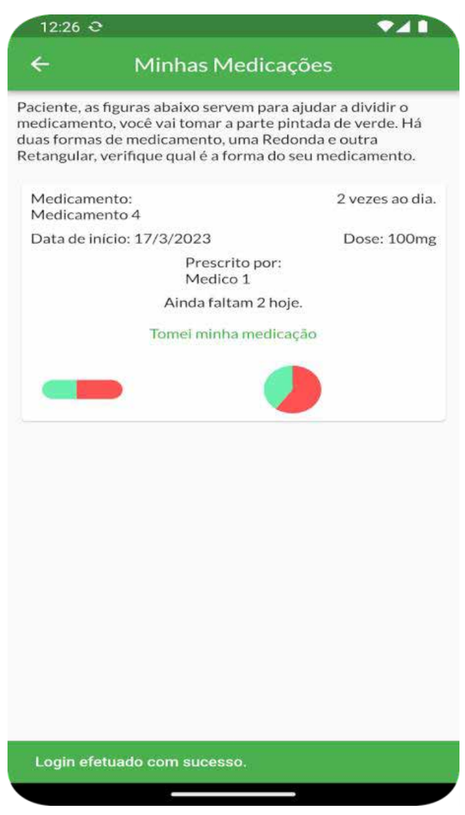


Figura 4: Prescrição médica com medicamento e posologia.

RESULTADOS

Na fase da construção do protótipo denominado “FACare” foram aplicadas as linguagens de programação adequadas às etapas do sistema e às funcionalidades requeridas, as quais, foram: cadastro de usuários, de exames, alerta de mudança na medicação, prescrição e controle de medicamento, envio de orientações para o paciente, exibição de gráficos com histórico dos exames, orientações sobre sinais e sintomas, tratamento e como reduzir riscos da doença respeitando as regras da Lei Geral de Proteção de Dados. O protótipo contém 19 telas, que são ativadas após escolha do usuário pelo menu principal e foi revisado em diversos ciclos até à sua versão final.

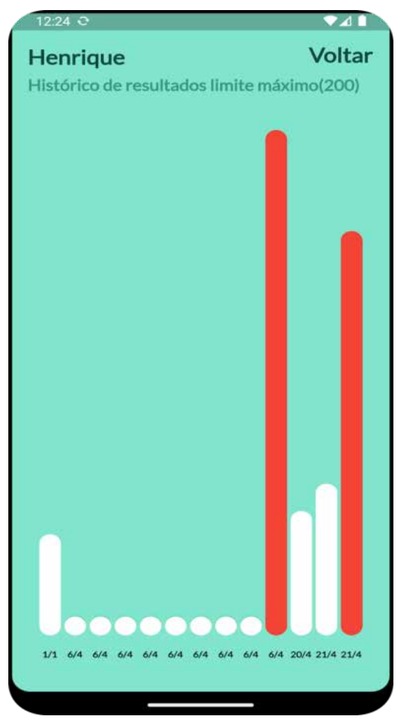


Figura 5: Histórico dos resultados limites dos exames

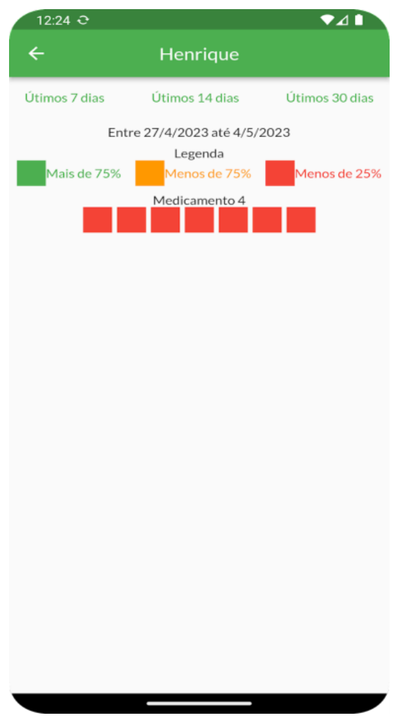


Figura 6: Adesão ao tratamento medicamento pelo paciente.

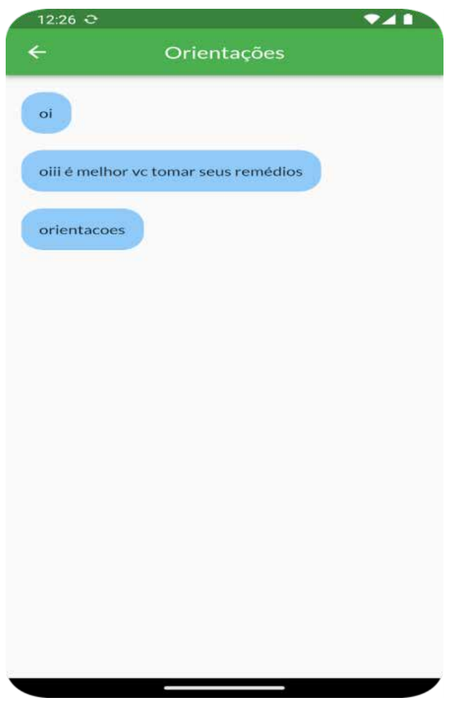


Figura 7: Campo de orientações gerais dos profissionais de saúde para o paciente

CONCLUSÕES

O estudo apresentou as etapas de construção do protótipo de software que buscou proporcionar melhoria na educação do paciente otimizando a comunicação junto aos profissionais de saúde além de tomada de decisão na autogestão do cuidado como também para os profissionais pois contribuirá na adoção de ações conforme as diretrizes de cardiologia a fim de obter melhores desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2020.
GUO, Y. et al. Mobile Health Technology for Atrial Fibrillation Management Integrating Decision Support, Education, and Patient Involvement: mAF App Trial. The American Journal of Medicine, v. 130, n. 12, p. 1388–1396.e6, dez. 2017.

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA TRIPLA CHECAGEM DE MEDICAMENTOS EM UTI CARDIOPEDIÁTRICA.

Erica de Oliveira Paes, Maria do Carmo Martins Jatobá, Flavia Albertini dos Santos Monteiro, Pamela Caroline Santos Uemoto.

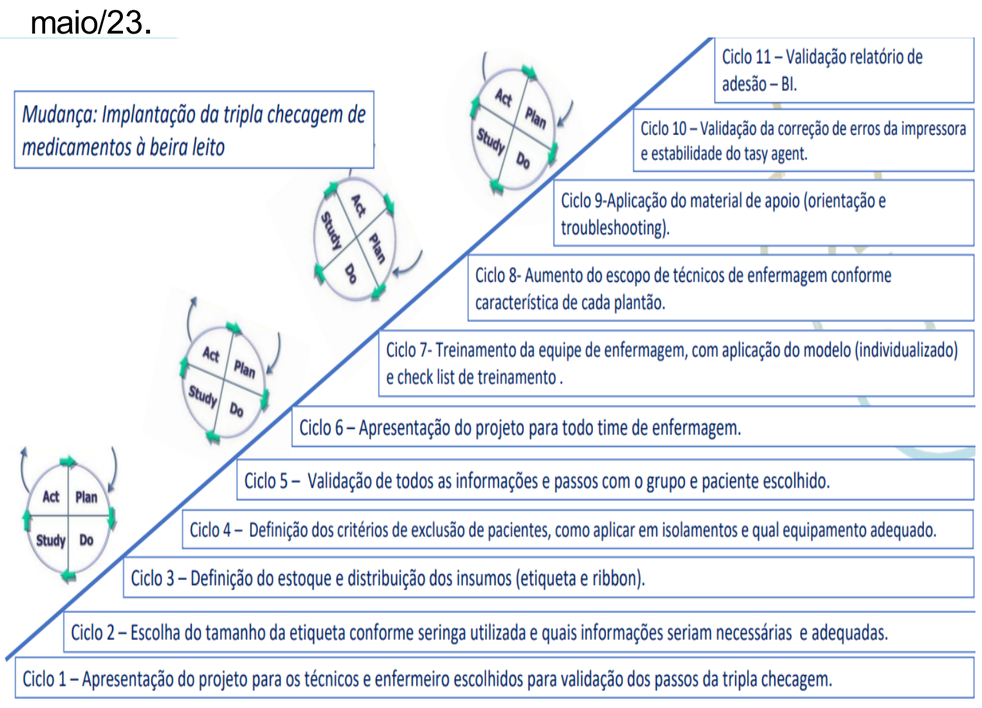
INTRODUÇÃO

A checagem eletrônica beira leito de medicamentos - **Tripla Checagem**, é uma estratégia que atrelada aos cuidados contribui na redução, prevenção de erros de medicação e garante a segurança do paciente, é um processo de verificação de administração de medicamentos em etapas (paciente, medicamento e dose).

Objetivo: Relatar o processo de desenvolvimento e implantação da tripla checagem eletrônica de medicamentos e potencializar a segurança na administração de medicamentos na UTI pediátrica e neonatal.

METODOLOGIA

Projeto construído em 3 fases, fase 1: Elaboração, Fase 2: Validação, Fase 3: Implantação. Utilizado ferramenta PDSA, riscos identificados pela ferramenta What If e plano de ação segundo 5W2H. Fase 1 junho/22 à agosto/22 elaboração layout da etiqueta para impressão do medicamento conforme Meta 1, escolha do leitor óptico e conhecimento dos passos da tripla checagem (identificação profissional, conferência do código de barras da pulseira de identificação, conferência do código de barras da etiqueta do medicamento e da etiqueta impressa da prescrição do paciente), teste de cenários: 1 técnico de enfermagem e 1 paciente. Fase 2: fevereiro/23 validação e ajustes de informações nas etiquetas, validação dos passos da tripla checagem, desenvolvimento plano educativo, guia prático da tripla checagem e checklist de treinamento. Fase 3: abril/23 implantação progressiva, capacitação in loco para 2 colaboradores à cada 3 dias, finalização do cronograma em maio/23.



Rampa de PDSA para acompanhamento do processo de Implantação da tripla checagem de medicamentos à beira leito .

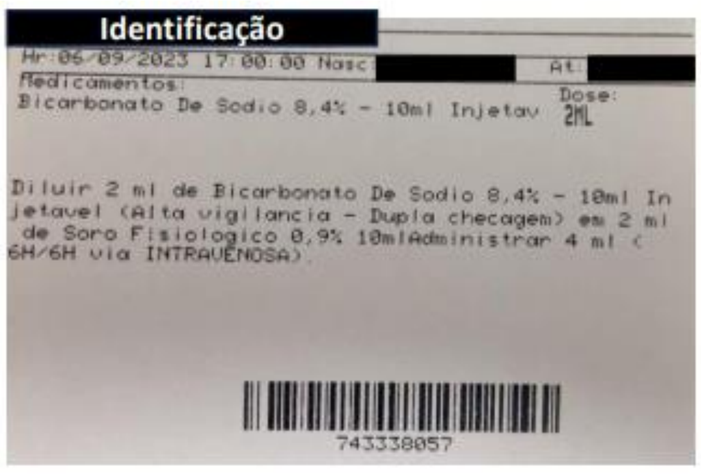
E se acontecer , o que posso fazer??

E se...?	Recomendação
Não pedir para fazer dupla checagem?	▪ Anotar o nome do profissional que fez a dupla checagem. ▪ Comunicar o enfermeiro.
A dose do item prescrito for diferente do frasco?	▪ Profissional deve parar o que está fazendo , verificar mudança e se necessário imprimir nova etiqueta.
O paciente estiver grave?	▪ Enfermeiro tem autonomia para excluir pacientes instáveis da tripla checagem ▪ Sinalizar os pacientes e itens que NÃO são critérios para uso (exclusão: diálise/ dieta/ multi dose/ gravidade).
O leitor de código não realizar a leitura	▪ Verificar conexão no computador ▪ A escrituração terá uma impressão “Como ativar a função ENTER do leitor”
O profissional forçar a administração ignorando os alertas?	▪ Profissional deve parar o que está fazendo e verificar o que está acontecendo para não administrar medicamento errado.
Problema na configuração do TasyAgent	▪ Reiniciar notebook e “limpar” cache – usar a tecla Ctrl h ▪ Erro persistente chamar a TI

Método What if: Identificação de riscos e recomendações para correção.

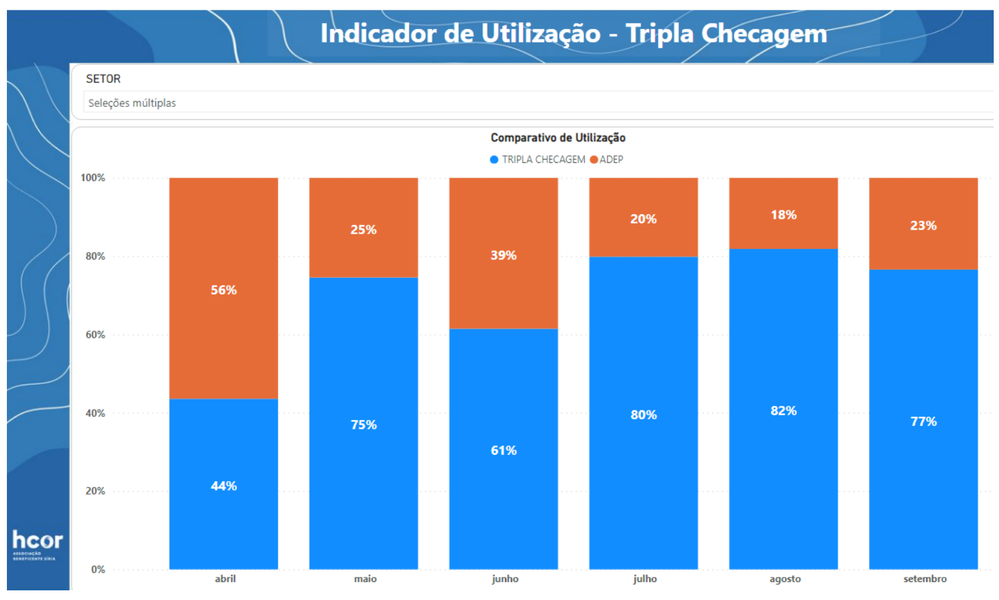
RESULTADOS

Na fase 2 definido critérios de exclusão de pacientes, unitarização manual de medicamentos multidoses, estratégia para pacientes em precaução de contato, na fase 3 executado ciclo de treinamento da enfermagem, status semanal da capacitação e construção de relatório de adesão à tripla checagem. Detectado vulnerabilidade na leitura de medicamentos, conexão de rede e insumos.



Etiqueta de medicamentos com informações adequadas conforme Meta Internacional de segurança do paciente n.º1.

Leitor óptico que realiza leitura de código de barras de medicamento, etiqueta e pulseira do paciente.



Relatório de adesão à Tripla checagem.

CONCLUSÕES

A execução da tripla checagem otimizou tarefas e processos de trabalho, ganho de tempo na checagem automática de medicamentos, bloqueio da ação em qualquer etapa da tripla checagem onde divergir informações (paciente, medicamento e dose). Identificamos melhorias: dupla checagem, insumos, medicamentos multidoses, sistema de inteligência digital e conexão de rede. Todo processo fortaleceu a integração de diferentes equipes, minimizou risco e erros de medicação e garantiu práticas seguras ao colaborador e paciente.

REFERÊNCIAS

1. LOPES E.M., PINHEIRO A.K.B., PINHEIRO P.N.C., VIEIRA N.F.C. 2009. Technology and nursing practice — a bibliographical research. Online Braz J Nurs. ; 8(1). Disponível: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/ article/view/j.1676-4285.2009.1883. [Acesso 15 de fevereiro 2023.
2. PAOLETTI RD, SUESS TM, LESKO MG, FEROLI AA, KENNEL JA, MAHLER JM, SAUDERS T Using bar-code technology and medication observation methodology for safer medication administration. Am J Health Syst Pharm, (5):536-543 2007.
3. YOUNG J 1, SLEBODNIK M , SANDS L . Bar code technology and medication administration error. Journal of Patient Safety, 01 Jun 2010, 6(2):115-120.

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE ALARMES CLÍNICOS EM UTI CARDIOPEDIÁTRICA

Erica de Oliveira Paes, Maria do Carmo Martins Jatobá, José Carlos Fernandes, Ana Lúcia Capucho Lorena Abrahão.

INTRODUÇÃO

A monitorização de sinais vitais de pacientes críticos permite alertas e decisões da equipe de saúde que podem interferir no desfecho clínico do paciente. A tecnologia de alerta que auxilia o tratamento do paciente crítico são os mecanismos de alarme, a sensibilidade e não padronização ocasionam acionamento deliberado e vezes incongruentes podendo ser banalizado pela equipe pela permanência em local de ruídos sonoros causando fadiga profissional. **Objetivo:** Relatar o processo de implantação do gerenciamento de alarmes clínicos na UTI cardiopediátrica e neonatal.

METODOLOGIA

Projeto de melhoria em 2022 utilizando ferramenta 5w2h, testes de mudança, PDSAs elaborando e implementando planos de ação.

Gerenciamento de Alarmes Clínicos na Criança com Cardiopatia Congênita						
O que (What)	Porque (Why)	Quem (Who)	Quando (When)	Onde (Where)	Quanto (How Much)	Como Medir (How meansure)
Definir padrões de alarmes para pacientes cianogênicos e acianogênicos	Para garantir segurança do paciente e do colaborador na sua assistência	Erica, Dr. José Carlos, Renata	Fevereiro 2022	UTI Pediátrica	NA	NA
Individualizar padrões de alarmes conforme condição clínica	Para garantir segurança do paciente dos casos que são exceções na morfologia estabelecida	Dr. José Carlos, Erica, Elisa, Adriana , Ellen.	Fevereiro 2022	UTI Pediátrica	NA	NA
Desenvolver ferramenta no PEP para prescrição de limites de alarmes	Para garantir a realização da prescrição médica	Dr. José Carlos e Marina	Fevereiro 2022	UTI Pediátrica	NA	NA
Desenvolver e aplicar card facilitador de limites de alarme	Para orientar e nortear equipe quanto aos parâmentros aceitáveis	Erica, Renata	Fevereiro 2022	UTI Pediátrica	NA	NA
Desenvolver Bundle de gestão de alarmes	Para monitorar e validar os alarmes prescritos e inseridos no monitor	Erica	Fevereiro 2022	UTI Pediátrica	NA	NA
Indicador de Gerenciamento de alarmes	Para analisar o desempenho da rotina	Erica, Liliane	Fevereiro 2022	UTI Pediátrica	NA	Coleta dos dados de Adesão à Padronização de Alarmes

Mapeamento das atividades, prazos e as responsabilidades do projeto de melhoria de Gerenciamento de Alarmes Clínicos.

COLETA DE DADOS - GESTÃO DE ALARMES UTI Pediátrica								
DIA	LEITO		FC	FR	PA	SATURAÇÃO	Prescrição médica	Adesão à todos itens
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						
		VALOR PRESCRITO						
		SIM ou Não						

Desenvolvimento do Bundle de coleta de dados da Gestão de Alarmes Clínicos

RESULTADOS

Identificado perfil do paciente cardiopata congênito, revisto e padronizado parâmetros dos limites de alarmes do monitor multiparâmetro, ventilador mecânico invasivo e não invasivo. Desenvolvido padrões de limite de alarme para prescrição médica e checagem da enfermagem. Treinamento da equipe assistencial com instrumento orientador. Desenvolvido bundle para validação dos parâmetros de alarme do monitor multiparâmetro e elaborado indicador de processo.

Coletado dados entre fevereiro/22 a março/22. Na fase diagnóstica 6,2% de adesão aos alarmes ativos no monitor. Adequando os alarmes conforme perfil da unidade adesão 58,3%. Após treinamento da equipe de saúde aumento para 80% de adesão aos alarmes ativos, parâmetros padronizados e individualizados, ainda não atingido resultados sustentáveis, mas em progressão.

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
Até 1 ano	30 a 60 irpm
1 - 5 anos	20 a 45 irpm
5 - 10 anos	15 a 40 irpm
> 10 anos	15 a 30 irpm

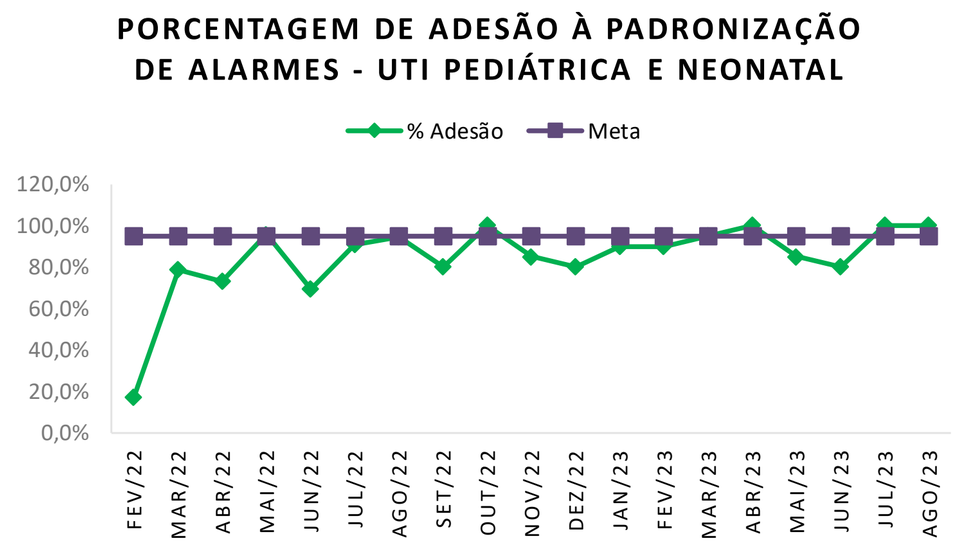
IDADE	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Até 1 mês	60 - 100	35 - 70
Até 1 ano	70 - 120	35 - 70
1 - 5 anos	80 - 120	40 - 80
5 - 10 anos	80 - 140	50 - 100
> 10 anos	90 - 140	50 - 100

IDADE	FC
RN à 1 ano	80 a 180 bpm
1 - 5 anos	70 a 140 bpm
5 - 10 anos	60 a 120 bpm
> 10 anos	50 a 110 bpm

IDADE	SATURAÇÃO MÁXIMA	SATURAÇÃO MÍNIMA
ACIANOGÊNICOS	100%	88%
CIANOGÊNICOS	90%	70%

Acima de 18 anos	
FC	50 – 120 bpm
FR	08 – 30 irpm
PAS	90 – 160 mmHg
PAD	60 – 90 mmHg

Cards facilitadores dos parâmetros dos limites de alarmes padronizados.



Adesão à Padronização de Alarmes Clínicos

CONCLUSÕES

A identificação do perfil do cardiopata congênito permitiu a padronização de parâmetros de limites de alarme específicos. O envolvimento da equipe multiprofissional possibilitou a adaptação do processo existente e identificou padrões de limites de alarmes para tal população e parametrização individual relacionada à cardiopatia. A revisão do processo determinou responsabilidades para equipe de saúde, a decisão do padrão de alarmes clínicos, inserção dos dados no monitor, acionamento da cascata de profissionais e tomada de decisões. Os pais foram preparados diante dos alarmes acionados e ações tomadas ou não pela equipe, a qual passou por um exercício junto a liderança de conscientização sobre o gerenciamento de alarmes e não banalização quando acionados, garantindo qualidade e segurança no cuidado ao paciente pediátrico e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Adams FH, Emmanouilides GC, Reimenschneider TA, eds. Moss" Heart Disease in Infants, Children, and Adolescentes.4ª ed. Baltimore, MD: Williams& Wilkins; 1989: 925-939.
2. http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/hypertension-pediatric-jnc-4/blood-pressure-tables
3. Assis AP, Oliveira FT, Camerini FG, Silva RCL, Moraes CM. Parametrização individualizada de alarmes de monitores multiparamétricos em pacientes infartados. Revista Brasileira de Enfermagem [revista em internet] 2019. [acesso 21 de dezembro de 2019]; 72(3): [640-7]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0609.pdf.
4. Bridi AC, Louro TQ, Silva RCL. Alarmes clínicos em terapia intensiva: implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente. Rev. Latino Am. Enfermagem. [revista em internet]. 2014; 22(6). [acesso em 5 de dezembro de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06- 01034.pdf.

DESOSPITALIZAÇÃO EFETIVA PELA CAPACITAÇÃO E REPOSICIONAMENTO DA AUDITORIA CLÍNICA DE UMA COOPERATIVA DE SAÚDE

Vinícius Sabedot Soares, Paulo Roberto Soares, André Wajner.

INTRODUÇÃO

O desperdício por uso ineficiente do leito hospitalar compromete até 53% das diárias hospitalares[1]. A solução passa pela execução eficiente do plano terapêutico da internação[2], baseado nos preceitos da medicina hospitalista[3], identificando oportunidades para o seu complemento em nível extra-hospitalar. Nas operadoras e seguradoras de saúde, o reposicionamento da auditoria clínica como gestora e apoio na execução do plano terapêutico pode reduzir diárias desnecessárias.

METODOLOGIA

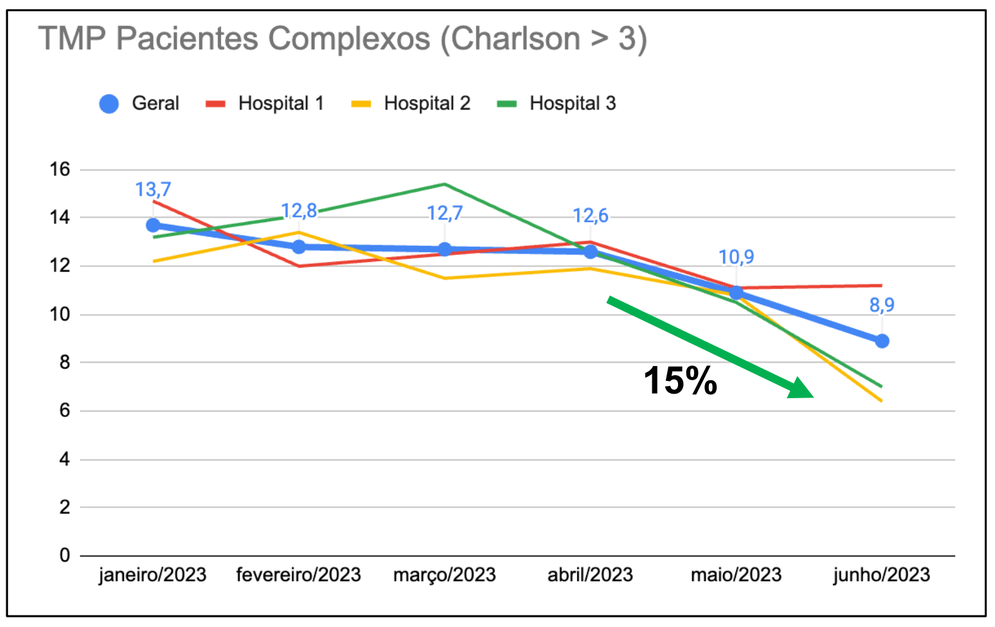
Parceria entre Unimed Porto Alegre, quarta maior operadora do país, e Eficiência Hospitalista, empresa de implementação de modelos assistenciais baseados em medicina hospitalista e desospitalização, desenvolveu projeto inovador para equipes de auditoria clínica da cooperativa locadas em 3 grandes hospitais da capital gaúcha. A inovação tem 3 pilares: educação para as equipes de auditoria com foco em governança clínica, remodelamento dos processos de trabalho por perfil dos pacientes, e avaliação de Planos Terapêuticos de pacientes complexos (Índice de Charlson[4] maior ou igual a 3) por sessões de teleconsultoria (Tele-Hospitalista) entre consultores da Eficiência Hospitalista e equipes de auditoria clínica da Unimed. Após fase inicial de diagnóstico e redesenho de processos, foram implementadas mudanças e sessões de Tele-Hospitalista a partir de abril de 2023.

Pilares da inovação implementada em equipe de auditoria clínica para redução de diárias hospitalares desnecessárias.

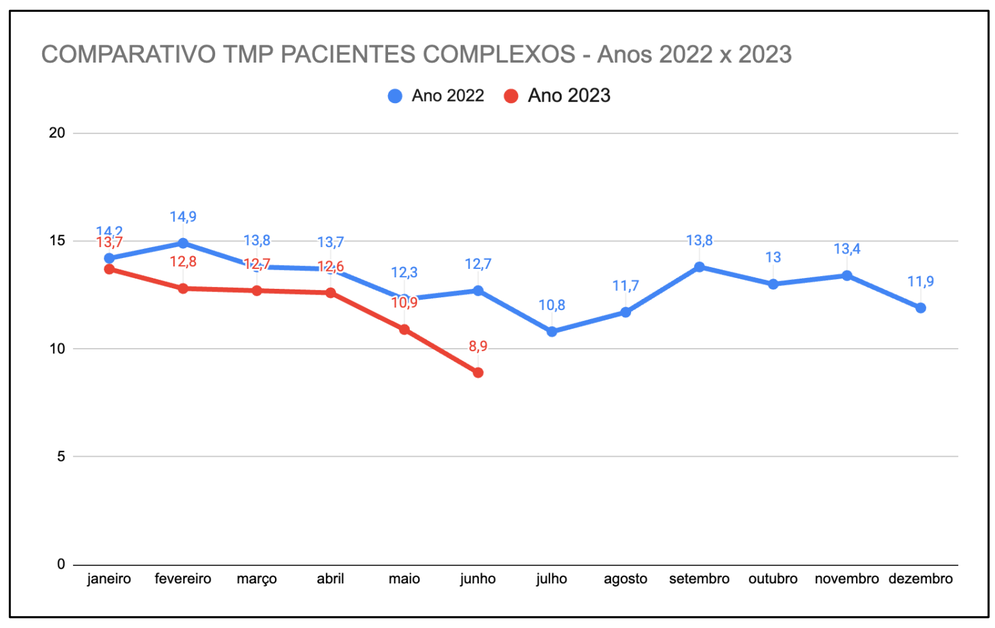
Médica auditora clínica da Unimed Porto Alegre realizando sessão de Tele-Hospitalista com médico consultor da Eficiência Hospitalista.

RESULTADOS

Dividiu-se os pacientes em dois perfis: menor ou maior complexidade. Os primeiros são avaliados visando gatilhos de desospitalização para a estrutura extra-hospitalar do ecossistema da cooperativa (ex.: atenção domiciliar). Pacientes de maior complexidade (31% das internações) tem o plano de internação discutido em sessões de Tele-Hospitalista, que avalia necessidade da permanência e alternativas para desospitalização. Em 506 avaliações, gerou-se recomendações qualificadas para os médicos assistentes em 27% dos casos, os quais aderiram em 58% das vezes. O tempo permanência dos pacientes complexos reduziu 15% (13 para 10,8 dias) entre o dois primeiros trimestres de 2023, evitando-se 3.667 diárias com custo estimado em mais de R$ 4,5 milhões[5].



Tempo Médio de Permanência (TMP) dos pacientes complexos na comparação entre primeiro e segundo trimestre de 2023.



Tempo Médio de Permanência (TMP) dos pacientes complexos na comparação entre os anos de 2022 e 2023

CONCLUSÕES

As instituições devem buscar alternativas para ganho de eficiência e sustentabilidade no cenário atual. As estratégias baseadas na medicina hospitalista aumentam desempenho em desospitalização, evitando-se diárias desnecessárias e redução de custos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/oportunidades-de-ganhos-assistenciais/
2. Soares VS. The 7 Deadly Sins for LOS. **The Hospitalist**. 2023 Abril vol. 27 no.4
3. 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.
4. Barcellos GB, **Wajner** A, Waldemar FS. **Hospital medicine** gains ground in South America: Brazil blossoms. **Hospitalist**. 2007 Mar;11(3):43–4

DIRECIONAMENTO DA JORNADA DO PACIENTE DESDE A PORTA DE ENTRADA

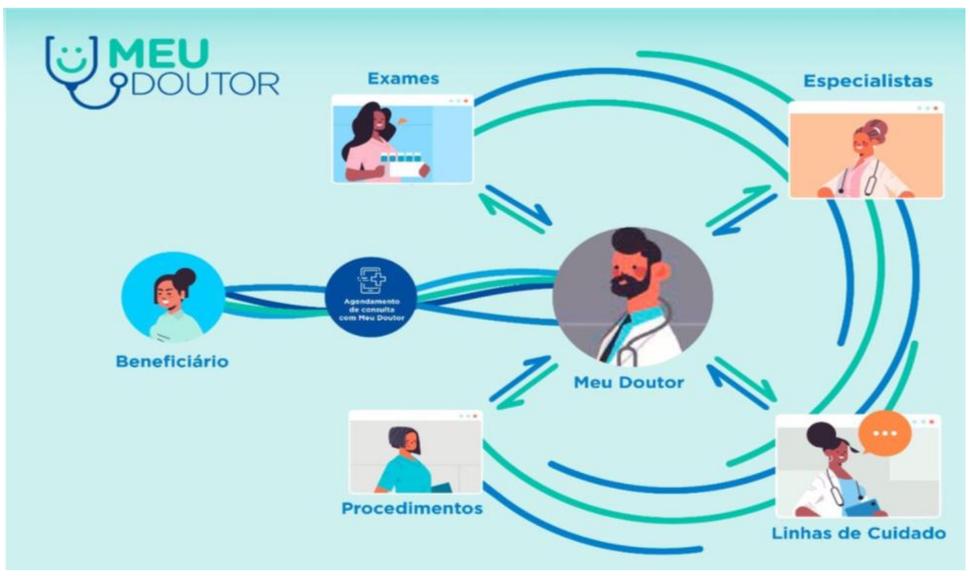
Maria Isabelle Marques Araújo, Sâmia Virgínia de Mendonça Nogueira, Caio Feitosa Juaçaba, Isabelly Paz Pereira Tavares

INTRODUÇÃO

Tem se tornado cada vez mais constante e intensa a busca por entrega de valor e de resultados assistenciais com controle de desperdício e melhoria da experiência do paciente. Com esse entendimento, há indícios que uma jornada guiada pelo próprio paciente ou sem orientação de um profissional de saúde que o conheça e o acompanhe faz com que ele não receba o cuidado adequado e gere desperdícios para o sistema.

METODOLOGIA

Criou-se a figura de "um médico para chamar de seu" onde o acesso seja rápido e o acompanhamento mais próximo de modo que este profissional saiba conduzir o paciente dentro do ecossistema de saúde tornando sua jornada não só mais rápida e eficaz, mas principalmente mais efetiva. Inicialmente, foi trabalhado o processo de vinculação do médico com a instituição estabelecendo faixas de valores de remuneração por disponibilidade de turnos (4h) na semana sendo o mínimo 3 turnos semanais. Estabeleceu-se um programa contínuo de treinamento para o corpo clínico objetivando o encaminhamento assertivo com foco nas patologias de maior demanda. Um dos fatores críticos para o sucesso do projeto é garantir acesso oportuno ao paciente, com isso, implementou-se disponibilidade de agenda médica em até 48h. Um outro fator de grande relevância foi a integração das informações assistenciais do paciente através do prontuário eletrônico em todos os pontos da jornada do paciente. Desta forma, reduzimos a distância entre o paciente e este profissional médico e o colocamos em contato com todos os nossos recursos. Estas ações foram tomadas pensando principalmente no engajamento do profissional médico e do paciente. Periodicamente, são realizadas reuniões de alinhamento entre com estes profissionais para avaliação de desempenho e buscando levantar ajustes de processos que conectem melhor os elos dentro do sistema como um todo, uma vez que o atendimento do Meu Doutor, como este programa foi denominado, possibilita a entrada do paciente no ecossistema de saúde no momento oportuno para um tratamento adequado e desfecho positivo.

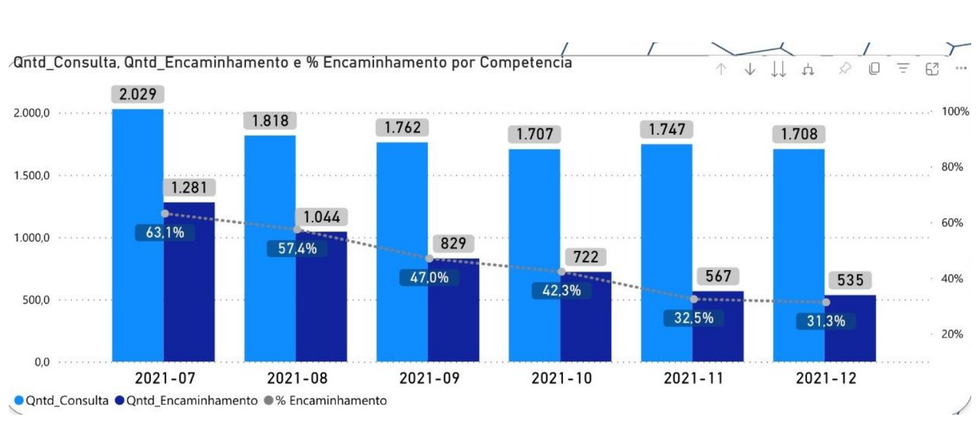


Meu Doutor como elo direcionador da jornada do paciente

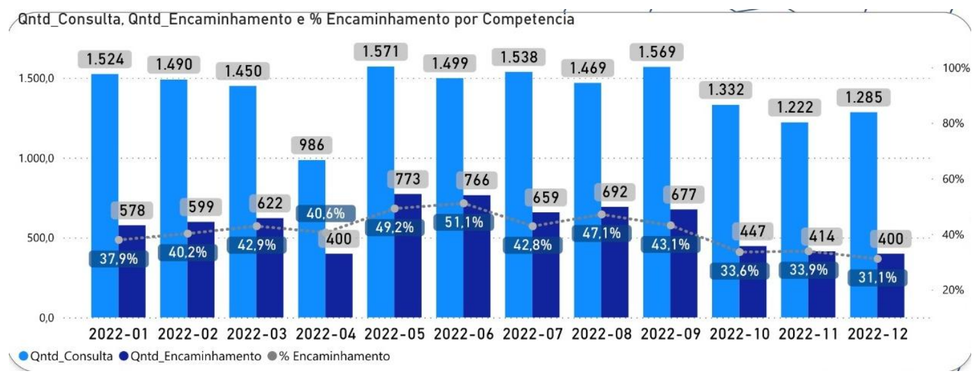
RESULTADOS

No ano de 2021, tínhamos em uma das nossas praças (NE) uma média de 74,16% de encaminhamento de clínicos para outras especialidades, reduzimos ano a ano e obtivemos em 2022 a redução desse percentual para 31,01%. Em outra praça (SE), iniciamos a implantação em dezembro de 2022 e já alcançamos a marca de 35,3% no último período contabilizado. Além deste, obtivemos redução da sinistralidade assistencial, redução do tempo de espera para consulta, melhor gestão da agenda, maior fidelização dos beneficiários e melhor identificação de perfil de pacientes para acompanhamento através das linhas de cuidado.

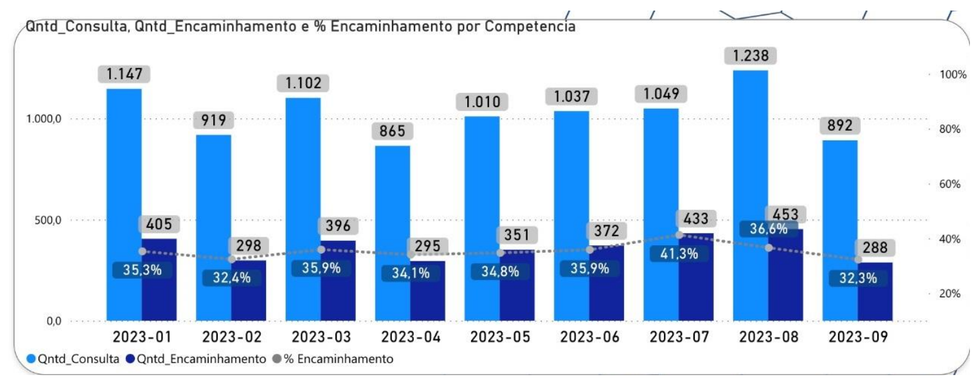
RESULTADOS



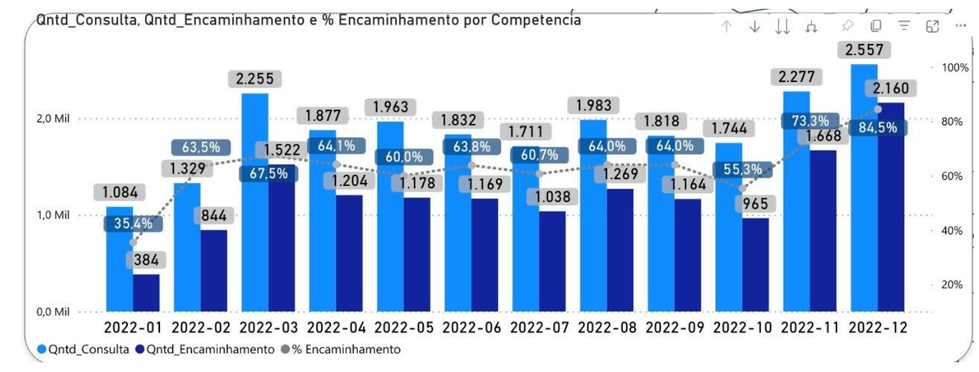
Percentual de encaminhamentos para especialistas no ano de 2021 NE



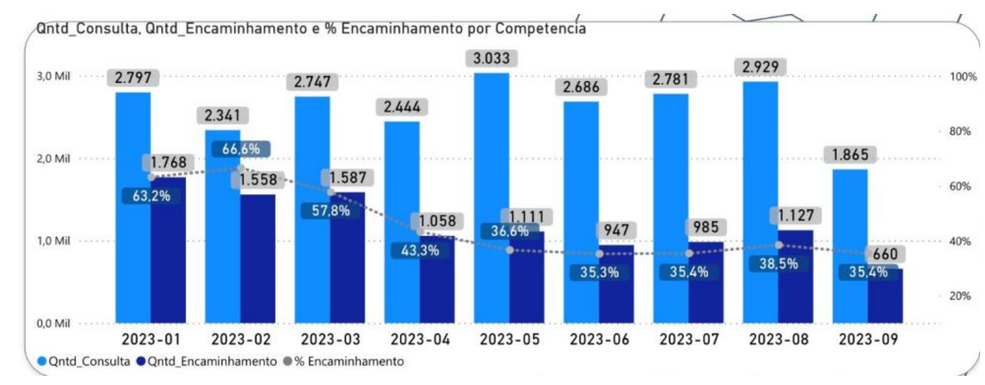
Percentual de encaminhamentos para especialistas no ano de 2022 NE



Percentual de encaminhamentos para especialistas no ano de 2023 NE



Percentual de encaminhamentos para especialistas no ano de 2022 SE



Percentual de encaminhamentos para especialistas no ano de 2023 SE

CONCLUSÕES

Conclui-se que ter um profissional de saúde conduzindo o início da jornada assistencial do paciente contribui para que esta seja mais eficaz, eficiente e efetiva. A centralização da porta de entrada nos permite melhor monitoramento e controle do acesso dos beneficiários possibilitando ajustes nos recursos alocados com maior agilidade garantindo maior assertividade nos direcionamentos.

Os dados demonstram uma queda discreta no quantitativo total de atendimentos e mais acentuada no quantitativo de encaminhamento nos mostrando que a estratégia otimizou o fluxo e contra fluxo de encaminhamentos sem provocar barreira no acesso.

REFERÊNCIAS

LIANG, Cuiying et al. The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. BCM Family Practice, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 50, 2015.

MARTIN, Diane P. et al. Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: A Randomized Trial. In: DIHER, Paula; PRICE, Kurt F.; RICHARDSON, William C. (Eds.).2016.

Educação à distância como catalisador da gestão do conhecimento em um Hospital Filantrópico na Bahia

Brenna Loreny da Rocha Carvalho, Carina Aleixo de Oliveira Sampaio, Jaqueline Amaral de Almeida Dourado, Lucimara Potye

INTRODUÇÃO

A educação tem uma grande relevância na trajetória do profissional de saúde, fundamenta a sua base para o desempenho das funções laborais, como também proporciona as atualizações necessárias para prestação de um serviço seguro e de qualidade. Em virtude dos grandes desafios que as empresas encontram em disseminar e disponibilizar o conhecimento de forma abrangente, a plataforma de ensino a distância (EAD) vem conquistando espaço e se consolidando como uma importante estratégia de treinamento e desenvolvimento.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência, cujo objetivo é fortalecer a utilização da plataforma EAD como catalisador da gestão de conhecimento em um Hospital Filantrópico de grande porte em Salvador - Bahia. Por tratar-se de uma nova modalidade de ensino, foram utilizadas algumas estratégias para engajamento: divulgação em plataformas sociais, treinamentos presenciais e integração.

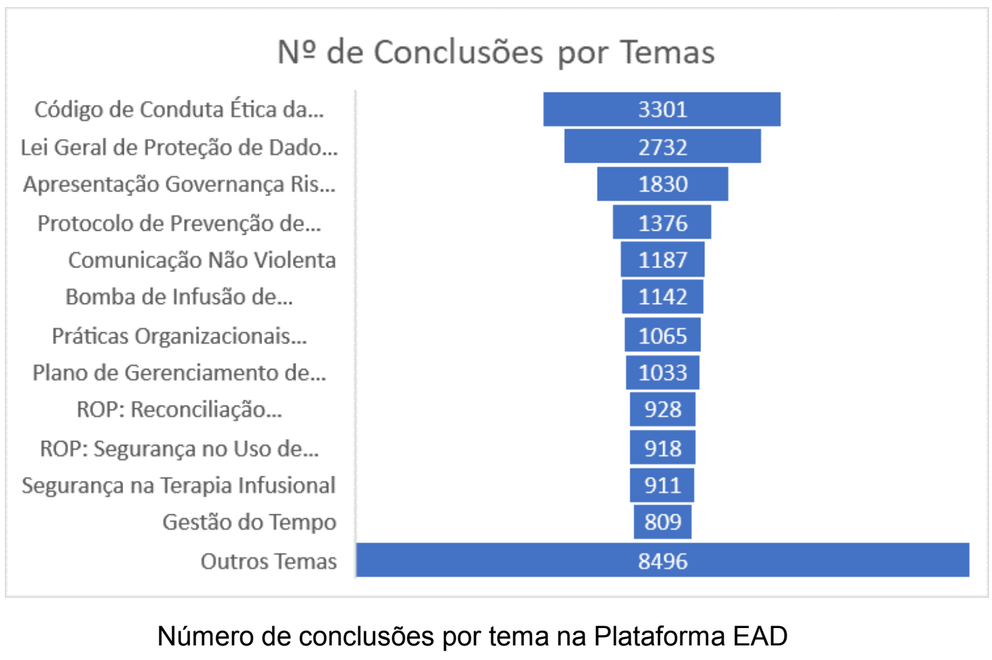
Os dados analisados foram coletados através de relatórios gerados na plataforma utilizada no período de julho de 2021 quando houve a implantação da ferramenta a dezembro de 2022.

RESULTADOS

Entre julho de 2021 (implantação) e dezembro de 2022, 3799 colaboradores puderam acessar os cursos de qualquer lugar e a qualquer momento, ampliando as fontes de conhecimento, otimizando os treinamentos e proporcionando maior praticidade.

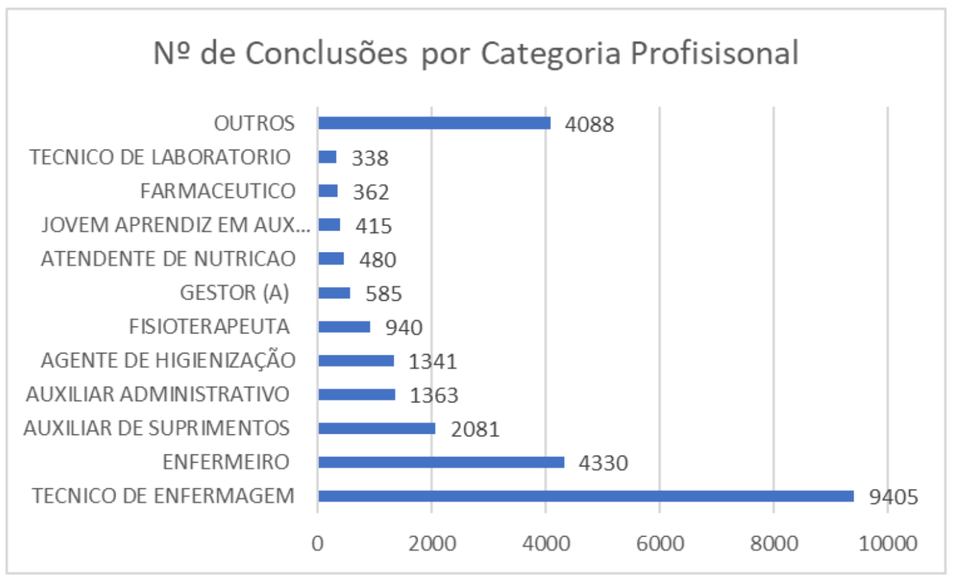
Foram disponibilizados quarenta e três cursos, desses trinta e seis foram desenvolvidos internamente, por meio da participação voluntária de colaboradores como facilitadores de temas relacionados a Liderança, Competências Comportamentais, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Práticas Organizacionais Obrigatórias da Certificação QMentum, bem como Políticas e Protocolos Institucionais.

Nesse período foram vinte e cinco mil setecentos e vinte e oito conclusões de cursos, uma média de sete cursos por colaborador.



Número de conclusões por tema na Plataforma EAD

No que diz respeito ao número de conclusões por categoria profissional observa-se a participação da equipe multiprofissional sendo os mais prevalentes: técnico de enfermagem, enfermeiro, auxiliar de suprimentos, auxiliar administrativo, agente de higienização, gestores, atendente de nutrição, jovem aprendiz, farmacêutico e técnico de laboratório, demonstrando a dimensão de categorias que a plataforma EAD consegue alcançar em um tempo curto.



Número de conclusões por categoria profissional na Plataforma EAD

Os cursos foram avaliados com a nota máxima de 5 por 75% dos concluintes. Os relatos abaixo dos concluintes demonstram a importância da plataforma no seu desenvolvimento profissional além de agregar para segurança do paciente e fortalecer as práticas organizacionais:

“A segurança do paciente é imprescindível em nosso ambiente de trabalho. Precisamos estar sempre atentos às formas de identificação e segurança do nosso paciente”. (Colaborador 1)

“A segurança da informação nos ajuda a manter sigilo sobre determinados resultados dos pacientes, restringe o acesso de pessoas à algumas informações e nos garante, de fato, segurança no sistema”. (colaborador 2)

“O conteúdo é muito esclarecedor é sucinto mas ajuda a entender a importância do tema”. (colaborador 3)

“Muito interessante a informação referente a segurança do paciente, como evitar o dano adverso. Os protocolos de Segurança. Ficarei ainda mais atenta ao cuidado com meus pacientes”. (colaborador 4)

“Ótima iniciativa do curso EAD pois facilita em relação tempo”. (colaborador 5)

“Excelente iniciativa por parte da Santa Casa em realizar treinamentos e cursos EAD. Acredito que o retorno é útil para ambas as partes. Obrigada!” (colaborador 6)

“Gostei muito do conteúdo do curso, é muito bom saber lhe dá melhor com as pessoas, saber ouvir ,escutar, se colocar no lugar do outro, ter sua opinião própria sem machucar o próximo. Isso é assertividade. Vou levar pra minha vida profissional ,pessoa e familiar. Aprender cada dia ,se encher de conhecimentos e passar para o próximo”. (colaborador 7)

Quando comparado as modalidades de treinamentos, no período de julho a dezembro de 2021, a EAD correspondeu a 6,3% enquanto de janeiro a dezembro de 2022 a 16%.

CONCLUSÕES

A plataforma EAD aparece como uma modalidade importante na geração de aprendizado, pois proporciona praticidade, eficiência, além de fortalecer a disseminação e adesão das práticas de segurança do paciente atingindo um maior número de pessoas em um curto período.

REFERÊNCIAS

OLEGARIO, A. G. Educação corporativa O uso da EAD como ferramenta para a Gestão do Conhecimento – Um estudo de Caso no Instituto Nordeste Cidadania. Instituto Nordeste Cidadania. João Pessoa,2018.

GUIZARDI, F. L. et al (org.).Em Mar Aberto: Perspectivas e desafios para uso de tecnologias digitais na educação permanente da saúde. 1. ed. Porto Alegre : Rede Unida, 2021.

EFETIVIDADE DA ESCALA OFRAS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NA UNIDADE OBSTÉTRICA.

Priscila Marques de Campos Mendes, Fabiana Cristina de Santana Barreto.

INTRODUÇÃO

Os estudos evidenciam que as quedas de pacientes no ambiente hospitalar geram danos de 30% a 50% dos casos e considerando a importância da redução deste evento adverso, as instituições de saúde aderem ao gerenciamento de risco através das escalas de avaliação, além de aplicar ações preventivas.

A escala MORSE é amplamente utilizada em diversos setores inclusive na obstetrícia, entretanto, temos a Obstetric Fall Risk Assesment System (Sistema de avaliação de risco de queda obstétrica - OFRAS) elaborada nos Estados Unidos em 2013, que contempla 6 categorias: história prévia, condição cardiovascular, hemorragia, função neurológica/anestesia, atividade motora e o uso de medicamentos. É importante salientar que gestantes e puérperas podem apresentar sintomas como: hipotensão postural, sangramentos e dificuldade para deambular após o parto, variáveis que contribuem para o risco de queda.

O objetivo deste estudo foi comparar a efetividade das escalas OFRAS e MORSE aplicando-as durante 30 dias na unidade obstétrica de um hospital privado na zona Norte de São Paulo.

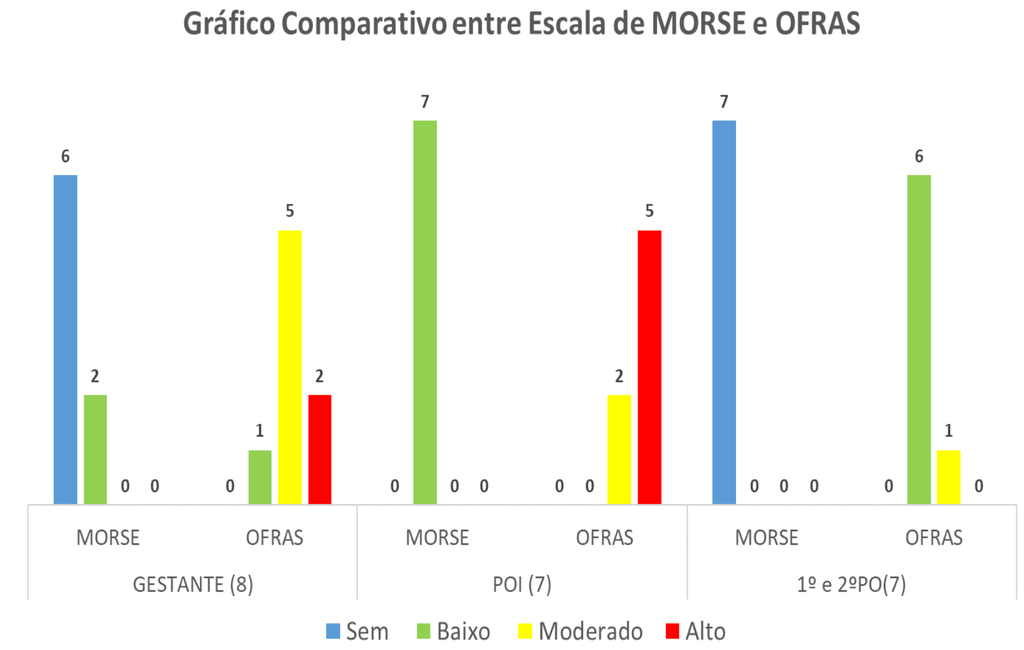
METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quali-quantitativa. Para a revisão da literatura foram consultados livros, portarias do Ministério da Saúde e Coren, além de artigos científicos pesquisados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

A aplicação das escalas de queda OFRAS e MORSE ocorreu através da amostra de conveniência, no qual os sujeitos de pesquisa foram 8 gestantes e 14 puérperas.

RESULTADOS

No gráfico a seguir podemos visualizar que das 8 gestantes avaliadas pela escala MORSE, 6 apresentaram nenhum risco para queda e 2 apresentaram baixo risco. Enquanto as mesmas mulheres avaliadas no mesmo dia com a escala OFRAS, 1 apresentou baixo risco, 5 apresentaram risco moderado e 2 apresentaram alto risco para quedas.



Todas as puérperas avaliadas com a escala MORSE no POI de parto cesárea apresentaram baixo risco enquanto pela avaliação com a escala OFRAS 2 foram classificadas em moderado risco e 5 com alto risco para quedas. Da mesma forma evidenciamos que a avaliação das puérperas no 1º e 2º dia pós parto realizada com a escala MORSE, todas foram classificadas como sem risco para queda, enquanto pela escala OFRAS 6 apresentaram baixo risco e 1 risco moderado.

CONCLUSÕES

Os resultados mostram a efetividade da escala OFRAS que obteve um resultado fidedigno do risco, evidenciando a importância de utilizar uma ferramenta específica para avaliar mulheres no ciclo gravídico puerperal e contribuir na prevenção de eventos relacionados a queda, garantindo a segurança das pacientes em todo o período de internação (pré-parto, intraparto e pós parto).

REFERÊNCIAS

BRODT GA, Madi JM, Castilhos LM, Ficagna N, Garcia RMR. Biomecânica estática e da marcha em gestantes eutróficas e obesas. Rev Feminina 2019;47(2): 122-4. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046501/femina-2019-472-122124.pdf

LINH H, Suda DMN, Casalenuovo N, Leach LS, Erickson V, Gawlinski A. A Tool to Assess Development of Risk for Fall in Women in Hospital Obstetric Units. Rev Nursing for Women's Health. 2013. DOI: 10.1111/1751-486X.12018

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

EFICIÊNCIA OPERACIONAL ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PARALISIA RESIDUAL

Adriana Cristina Mota Furlan, Luiza Rojic, Juliana Bueno Sabino

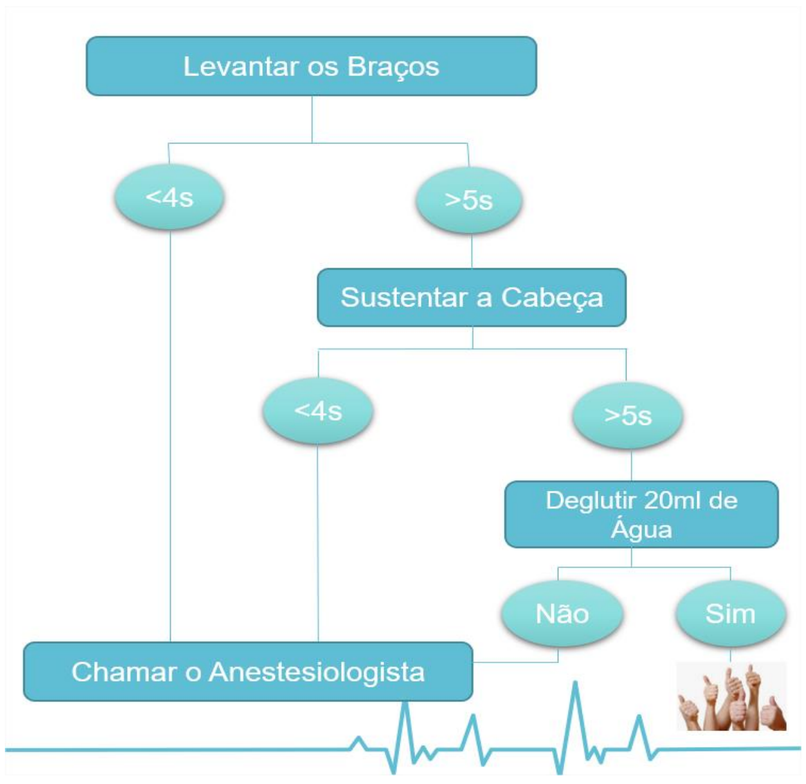
INTRODUÇÃO

A paralisia residual decorrente da utilização de bloqueadores neuromusculares apresenta um risco à segurança do paciente no pós-operatório. Isso tem sido a causa de várias complicações pulmonares e cardíacas. Segundo as diretrizes da prática clínica da Sociedade Americana de Cirurgiões de Cólon e Reto (ASCRS) e Sociedade Americana de Cirurgiões Gastrointestinais e Endoscópicos (SAGES) enfatizam a necessidade de criar Programas de Recuperação Aprimoradas (ERP's), com auditorias contínuas. Esses protocolos orientam a adesão para uma recuperação eficaz, oferendo qualidade no cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência em hospital privado de grande porte no interior do estado de São Paulo. O protocolo é aplicado a todos os pacientes que realizaram procedimentos anestésicos cirúrgicos submetidos à anestesia geral. Ao término do procedimento, é instalado um equipamento, ainda na sala de cirurgia, o TOF (train-of-four) para monitorização da função neuromuscular. Ele aplica um estímulo elétrico para avaliar a contratura muscular e o paciente só é extubado após o retorno de 90% da função neuromuscular. Em seguida, é encaminhado para a Recuperação da Anestesia (RPA) e aplicado um Check List de avaliação clínica para identificação do risco de paralisia residual, onde avaliamos o nível de consciência, capacidade de responder a comandos verbais e deglutição. Caso não consiga responder satisfatoriamente, o anestesista realiza uma nova avaliação.

1. Avaliação clínica aplicada na recuperação anestésica.



2. Fluxograma da avaliação clínica que é aplicado na recuperação anestésica.

RESULTADOS

Esse protocolo garante a segurança no pós-operatório, prevenindo complicações e proporcionando uma recuperação eficaz. Para a implantação foi fundamental a interação e capacitação entre o time de enfermagem e anestesia. E para isso, comparamos 80 casos cirurgias robóticas e 100 casos de videolaparoscopia. Foi possível verificar uma redução significativa no tempo de permanência do paciente na RPA. Isso quando multiplicamos pelo valor da taxa de recuperação anestésica, no final do mês ou ano, temos uma ganho expressivo.

Impacto do Programa em 80 cirurgias Prostatectomias robóticas		
Tempo de Recuperação Anestésica	132 Minutos	108 Minutos
Impacto do Programa em 100 cirurgias bariátricas por videolaparoscopia		
Tempo de Recuperação Anestésica	156 Minutos	118 Minutos

3. Comparativo dos tempos antes e após a implantação do programa/ protocolo.

Equipamento TOF (train-of-four) e seu posicionamento no paciente.

CONCLUSÕES

A paralisia residual deve ser valorizada e prontamente atendida pela equipe, um trabalho multidisciplinar pode oferecer satisfação e segurança ao paciente. Foi possível atuar precocemente, apresentando um desfecho favorável, com impactos positivos na experiência dos pacientes, com ganho no giro de leito na recuperação anestésica, melhorando a eficiência operacional.

REFERÊNCIAS

1. Fleisher LA, Linde-Zwirble WT. Incidence, outcome, and attributable resource use associated with pulmonary and cardiac complications after major small and large bowel procedures. Perioper Med (Lond). 2014;3:7.
2. Hyder J, Wakeam E, Arora V et al. Investigating the "Rule of W," a mnemonic for teaching on postoperative complications. J Surg Edu. 2015;72(3):430-7.

Eficiência operacional e pacientes de longa permanência: a medicina hospitalar no cuidado do paciente geriátrico

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Sabrina Bortolin Nery, Carolina Augusto Bezerra, Gisele Rodrigues Rocha de Camargo, Bianca Grassi de Miranda

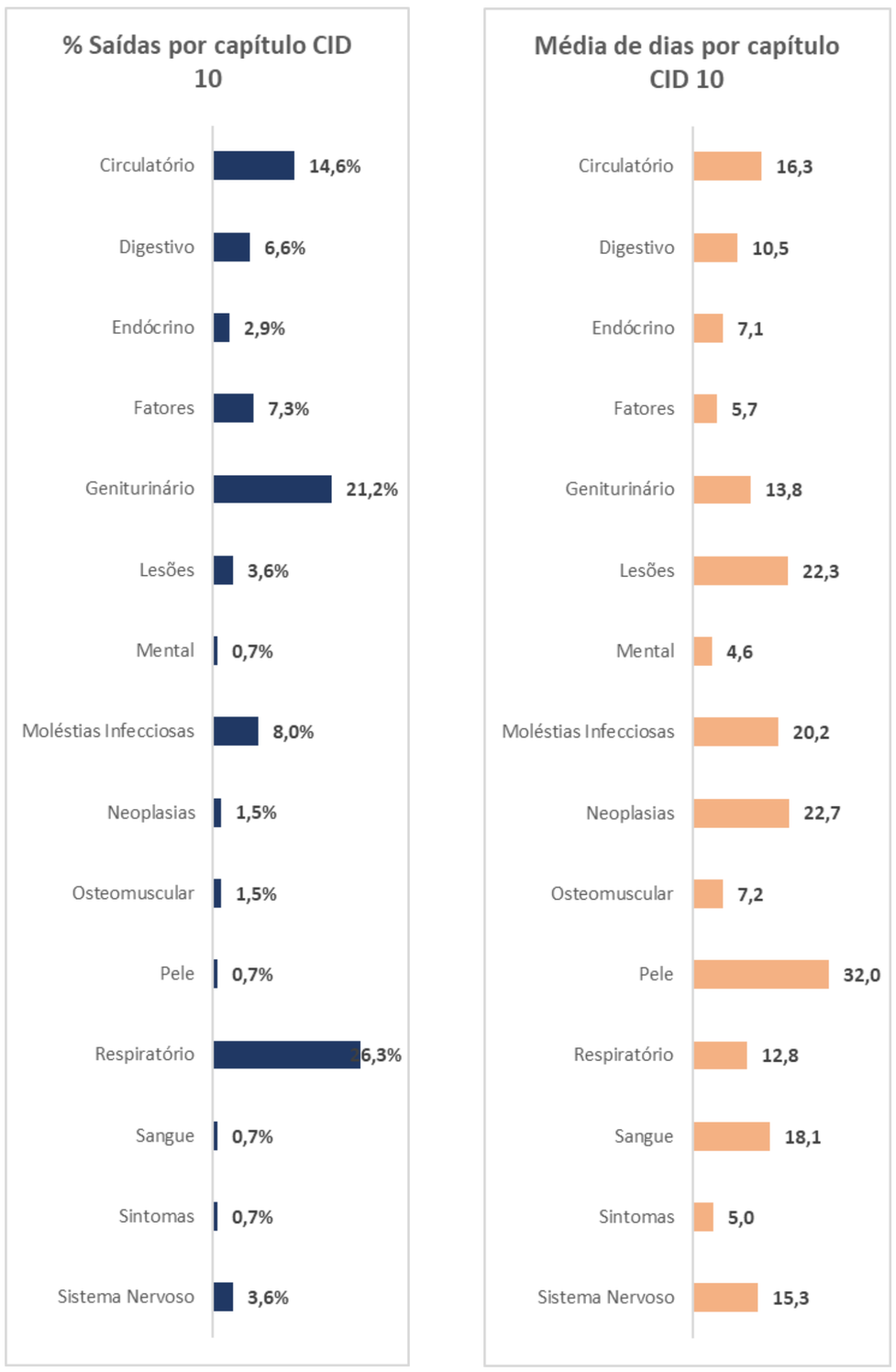
CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

INTRODUÇÃO

A eficiência operacional e o desafio na escolha das ferramentas de implantação para suportar um plano que traga benefícios para os diversos steakholders envolvidos não é tarefa simples. A gestão do cuidado do paciente complexo e de longa permanência é um dos principais pilares de eficiência operacional e que deve ser implantado para sustentabilidade operacional e financeira do terceiro setor. A geriatria é classicamente uma linha de cuidado com hospitalização frequente e onde o tempo médio de permanência (TMP) tem impacto direto na manutenção da estabilidade clínica do paciente. Considerando todas essas interfaces, a escolha de uma ferramenta de gestão de cuidado nesse grupo de pacientes deve englobar as diversas fases do planejamento terapêutico. A medicina hospitalar, ao alinhar panejamento terapêutico, planejamento de alta e educação do cuidado em domicílio é uma ferramenta interessante de cuidado no público geriátrico.

METODOLOGIA

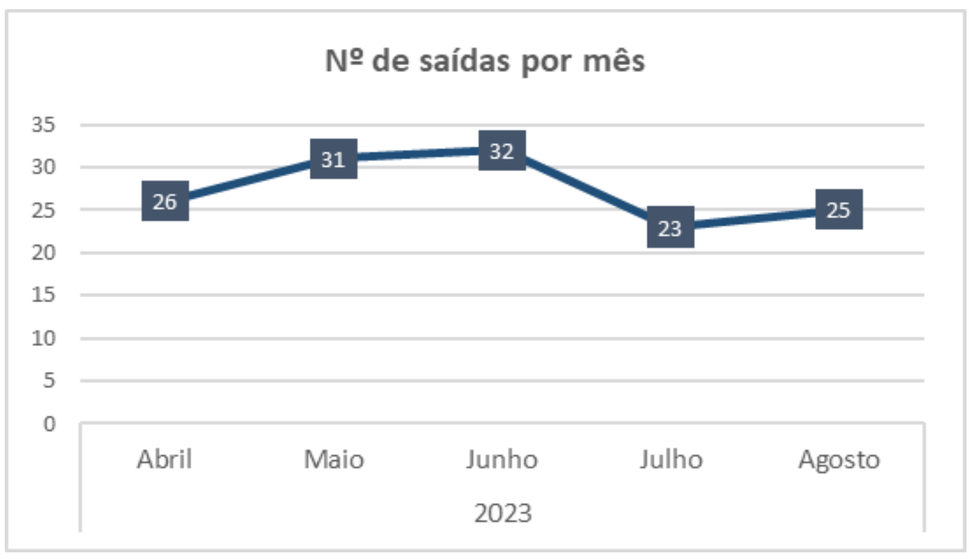
A implantação da medicina hospitalar na geriatria abrangeu interfaces como o alinhamento entre a equipe de geriatria e as demais equipes multidisciplinares, o número de leitos e escolha do espaço físico do projeto até a construção de visitas multidisciplinares voltadas para o público geriátrico com planejamento terapêutico direcionado para a alta hospitalar e a viabilidade do tempo máximo de permanência em domicílio desse grupo de pacientes. Além disso, indicadores como número de saídas por mês, tempo médio de permanência, passagem pela UTI e pelo centro cirúrgico e distribuição de pacientes por perfil epidemiológico



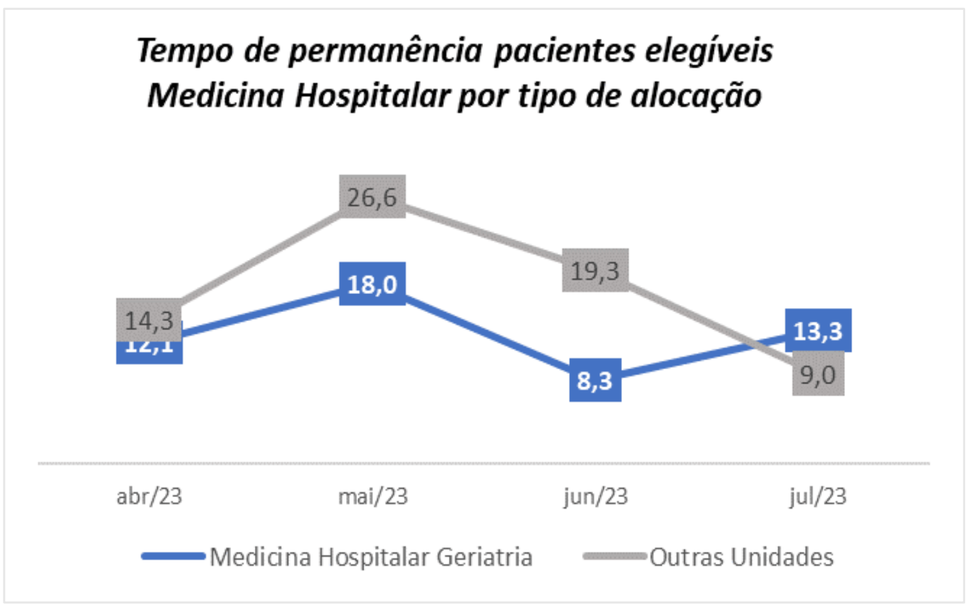
Distribuição de pacientes internados na medicina hospitalar e médias de permanência por capítulo de CID 10.

RESULTADOS

A medicina hospitalar na especialidade geriatria foi implantada no mês de abril de 2023. Foram acompanhados indicadores operacionais e assistenciais desde o início da implantação do projeto e observado que os diagnósticos de maior prevalência envolvem os Sistemas Respiratório, Geniturinário, e Circulatório.
Nos primeiros três meses de implantação observamos uma redução de 23% no TMP geral dos pacientes geriátricos, com queda de 14,4 dias nos últimos 12 meses pré-implantação para 11,1 dias.



Número de altas hospitalares de pacientes da medicina hospitalar por mês.



Tempo médio de permanência dos pacientes da medicina hospitalar comparados a pacientes com mesmo perfil em outras unidades por mês.

CONCLUSÕES

A medicina hospitalar é uma ferramenta de gestão de cuidado eficaz de eficiência operacional na geriatria, com resultados rápidos na redução do TMP e com grande potencial de estruturar o cuidado geriátrico, propiciando maior tempo de permanência domiciliar nesse grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalist” in the American health care system. *N Engl J Med.* 1996;335:514-517.
Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 Years later. *JAMA.* 2002;287:487-494.

ELETROESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR NA FRAQUEZA MUSCULAR ADQUIRIDA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO

Renata Monteiro Weigert, Bolivar A.Pasqual Júnior, Andressa Zeni, Tamires Baggio

INTRODUÇÃO

A fraqueza muscular adquirida (FMA) é descrita por fraqueza muscular extrema, comumente apresenta-se bilateral e simétrica, sem distúrbio neuromuscular prévio. A causa para o desenvolvimento da FMA é multifatorial, porém, atrofias podem ser geradas devido a um quadro de imobilismo. Essa condição é perceptível em pacientes que permanecem nos leitos hospitalares por longos períodos, resultando em declínios de mobilidade e funcionalidade (MESQUITA & GARDENGHi, 2016). A estimulação elétrica neuromuscular (EENM), tem sido empregada em ambientes hospitalares como opção associada aos exercícios ativos ou mobilizações passivas. Tal recurso visa estimular e manter a função muscular mesmo em pacientes sedados, além disto apresentando evidências na redução do tempo de ventilação mecânica e no tempo de desmame ventilatório, sendo capaz de gerar efeitos sistêmicos (GODOY, 2015).

METODOLOGIA

Foi realizado análise de dados internos, utilizando indicadores institucionais, avaliados no período de maio e junho de 2023. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com força muscular diminuída em membros inferiores e que utilizaram EENM na musculatura quadríceps bilateralmente. Os critérios de exclusão respeitaram as seguintes contra-indicações: Pacientes com 8 pontos ou menos na Escala de Coma de Glasgow, instabilidade hemodinâmica, intolerância ao posicionamento adequado para aplicação da técnica, alteração importante de sensibilidade, suspeita ou diagnóstico de tromboembolismo pulmonar e tromboflebite em fase aguda, portadores de marcapasso, arritmia cardíaca, paciente com dor não diagnosticada, epilepsia e gestantes. A avaliação da força muscular foi feita através da escala Medical Re-search Counicil (MRC), no momento pré e pós aplicação do recurso.

(Aparelho estimulador portátil: Neurodyn II, modelo N53)

RESULTADOS

Foram incluídos 9 pacientes que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão, sendo que, foram realizadas o total de 61 aplicações da EENM na musculatura da região do quadríceps. Os resultados encontrados mostraram que, em 82% das aplicações, a força muscular avaliada através do MRC não mostrou aumento da mesma, ou seja mantendo a força e o seu score avaliado na pré aplicação, e pós aplicação do recurso. Entretanto, em 18% das demais avaliações houve um aumento da força muscular, em uma média de 50% na diferença do score pré e pós estimulação.

Aplicação da EENM na musculatura da região tibial anterior e quadríceps bilateral.(Google imagens).

CONCLUSÕES

A EENM é um recurso essencial para o perfil de pacientes críticos internados na uti adulto deste hospital , e possibilitou a prevenção da perda de força muscular, e manutenção e melhora da mobilidade. Acreditamos que análises de mais aplicações com uma amostra mais elevada, são necessárias para evidenciar melhores desfechos na avaliação do aumento da força muscular, bem como estudos futuros analisando redução no tempo de ventilação mecânica invasiva, e redução de dias de internação na UTI.

REFERÊNCIAS

GODOY, Marcos David Parada. Fraqueza muscular adquirida na UTI (ICU-AW):: efeitos sistêmicos da eletroestimulação neuromuscular. Revista Brasileira de Neurologia, [s. l], v. 51, n. 4, p. 110-113, out. 2015.

Mesquita, TM de JC, & Gardenghi, G. (2016). Imobilismo e fraQueza muscular adquirida em unidade de terapia intensivo. Revista Brasileira de Saúde Funcional, 1 (3), 1 – 12

ELETROESTIMULAÇÃO NEUROMUSCULAR NA FRAQUEZA MUSCULAR ADQUIRIDA EM PACIENTES DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Alexandro de Costa Cusin, Júlio César Piva Pessalli, Rosângela Lentes, Jéssica Rosin

INTRODUÇÃO

A fraqueza muscular extrema pode ser considerada a descrição de fraqueza muscular adquirida (FMA), esta apresenta-se comumente de forma bilateral, simétrica e sem distúrbio neuromuscular prévio. A causa para o desenvolvimento de FMA é multifatorial, porém atrofias podem ser geradas devido a um quadro de imobilismo. É perceptível essa condição em pacientes que permanecem longos períodos hospitalizados, com períodos de imobilismo prolongados, por diversas causas, resultando em declínios de capacidades funcionais e de mobilidade (MESQUITA & GARDENCHI, 2016)

METODOLOGIA

O objetivo do estudo era analisar os efeitos da aplicação de terapia de eletroestimulação neuromuscular (EENM) em relação a manutenção ou ganho de capacidades funcionais em pacientes com longas internações em unidade de internação.

Pacientes avaliados no período compreendido entre abril e junho de 2023 com FMA, maiores de 18 anos, com indicações de utilização de EENM nas regiões de quadríceps e tibiais anteriores em membros inferiores e bíceps em membros superiores eram submetidos a sessões diárias de EENM utilizando corrente Aussie (imagem 1).

Os dados foram coletados internamente, a fim de, alimentação de indicadores institucionais. A intensive care unit mobility score (IMS)(imagem 2), através de aplicações anteriores as primeiras sessões de EENM e posteriores as últimas sessões de EENM de cada paciente, possibilitou a avaliação de funcionalidade destes.

Imagem 1 – Aparelho de eletroestimulação Neurodyn Aussie Sport

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

Imagem 2 - Intensive care unit mobility score (IMS)

RESULTADOS

Analisamos os resultados obtidos após 95 aplicações de EENM em 13 pacientes no segundo trimestre de 2023.

Desses sujeitos avaliados, 85% eram do sexo masculino; 15% sexo feminino (gráfico 1). Sendo que 76,9% dos pacientes obtiveram classificações funcionais maiores após a última aplicação de EENM perante avaliações com IMS, enquanto 23,1% apresentaram classificações funcionais idênticas as avaliações realizadas anteriormente ao início das aplicações da terapia (gráfico 2).

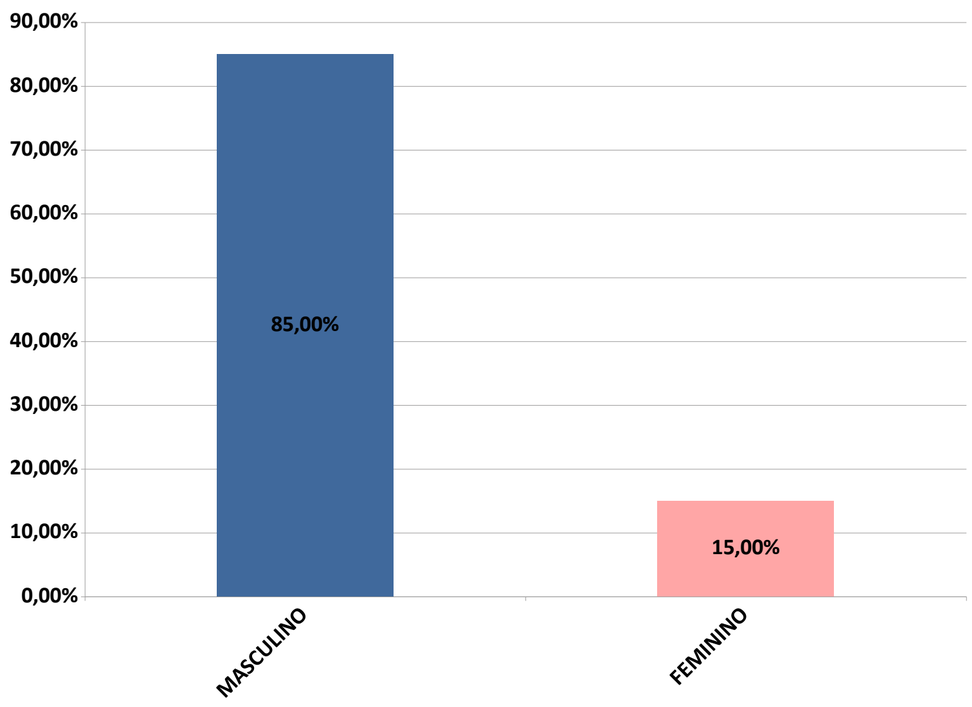


Gráfico 1 - Análise percentual de gênero dos participantes do estudo.

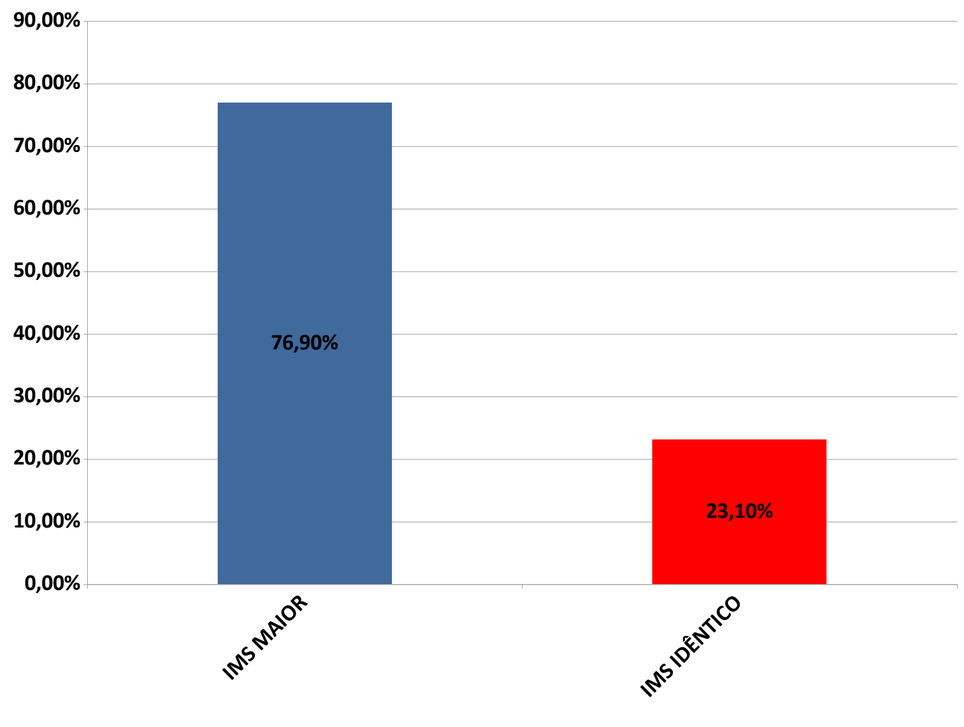


Gráfico 2 – Comparativo de funcionalidade através de aplicação de IMS após finalização de sessões de EENM.

CONCLUSÕES

A EENM mostra-se um recurso importante para pacientes com longas permanências na instituição, esta terapia potencializa a capacidade de manutenção e ganhos funcionais deste perfil de pacientes. Acreditamos que maiores quantidades de aplicações e inclusões de pacientes são necessários para podermos analisar e evidenciar desfechos funcionais favoráveis.

REFERÊNCIAS

- Mesquita, T. M. D. J. C., & Gardenghi, G. **Imobilismo e fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Saúde Funcional, 4(2), 47-47, 2016.
- Vaz, M. A. et al. **Neuromuscular electrical stimulation (NMES) reduces structural and functional losses of quadriceps muscle and improves health status in patients with knee osteoarthritis**. Journal of Orthopaedic Research, v. 31, n. 4, p. 511–516, 2013.
- Winstein, C. J. et al. **Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery**. Stroke, 2016.

ELEVANDO A ADESÃO DOS COLABORADORES AO EXAME PERIÓDICO: UM CAMINHO PARA O BEM-ESTAR COLETIVO

CASSIMIRO NOGUEIRA JUNIOR, JOSE DOMINGOS NETO, ANTÔNIO ALCEANI GOMES DE ALMEIDA, DOUGLAS FELIPE

INTRODUÇÃO

A realização de exame médico periódico e cobertura vacinal adequada são garantias fundamentais para o bem-estar e segurança dos trabalhadores da saúde. Isto torna-os mais produtivos e engajados com o trabalho, além de contribuir significativamente para a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Contudo, assegurar esta adesão não é uma tarefa fácil. Fatores como rotina intensa de trabalho, escassez de tempo e a organização logística para garantir a realização desses exames em larga escala são um grande desafio para esta efetivação.

Neste sentido, com o objetivo de elevar a adesão dos colaboradores às avaliações periódicas de saúde dos colaboradores de um hospital, foi desenvolvido um painel automático para aperfeiçoar a coleta de dados e fornecer informações para a equipe de saúde ocupacional, contribuindo com a operacionalização de estratégias de comunicação e convocação dos colaboradores.

METODOLOGIA

O modelo visual foi desenvolvido em quatro etapas:

ETAPA 1 – **BRAISNTORMING -** discussões entre os times (saúde ocupacional e inteligência de dados) para identificar melhorias no processo de captação e análise de dados. Nesta fase, houve a compreensão do processo e os dados a ele relacionados.

QUAIS informações são relevantes?	•Dados relevantes para o controle do exame periódico e cobertura vacinal
COMO estes dados são coletados?	•Atores envolvidos no processo de coleta •Tempo demandado para a coleta
ONDE estes dados são armazenados?	•Análise dos repositórios existentes •Banco de Dados (ERP)

ETAPA 2 – ESTRUTURAÇÃO E MODELAGEM DOS DADOS – Nesta etapa foi feito o mapeamento dos dados necessários para o controle deste processo:

1. Definição das principais métricas
2. Mapear os repositórios de dados
3. Exploração dos dados relevantes
4. Extração, tratamento e carregamento dos dados (criação da “data set”)

ETAPA 3 – CRIAÇÃO DOS DASHBOARDS – desenvolvimento de um modelo visual para apoiar a convocação dos colaboradores e para monitorar a adesão global as avaliações médicas (Figura 1) e a cobertura vacinal (Figura 2);

ETAPA 4 – VALIDAÇÃO – em parceria com o time de saúde do colaborador foi feita a checagem da acurácia dos dados e ajustes foram realizados quando necessário.

Após esta criação, o processo de convocação dos colaboradores foi remodelado, utilizando esta visualização como ferramenta de controle do mesmo.

RESULTADOS

Após a fase de testes dois painéis foram implantados e incorporados ao processo de monitoramento da realização de exames periódicos e cobertura vacinal dos colaboradores.

Este modelo visual permitiu ao time de Saúde e Segurança do colaborador acompanhar o percentual de colaboradores em situação irregular, além de permitir identificar características dos grupos com menor adesão (Ex.: faixa etária, sexo, cargo, setor, etc.)

E, por meio desta análise, incorporar estratégias para elevar a adesão (novos horários, alertas em catracas, entre outros).

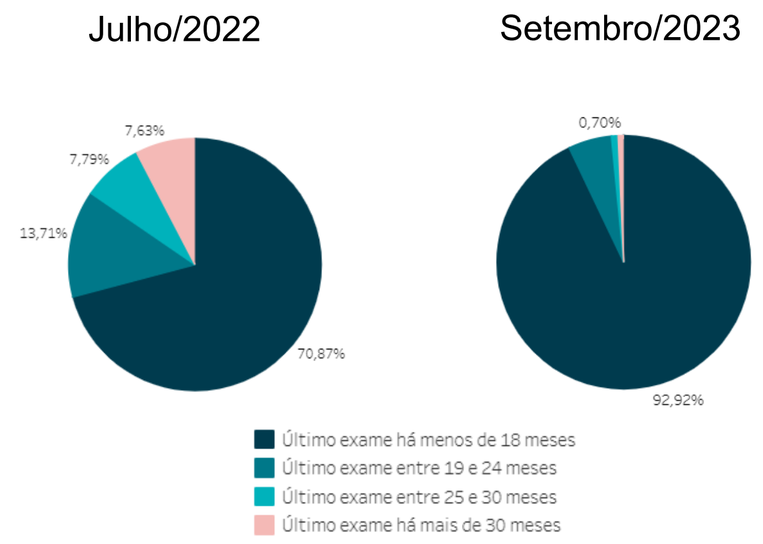


Figura 1. Evolução da adesão dos colaboradores ao exame periódico entre julho e setembro de 2023.

Como resultado de todo este movimento, entre julho de 2022 a setembro de 2023 a taxa de atraso (exames com mais de 24 meses) reduziu de 15,4% para 1,5%.

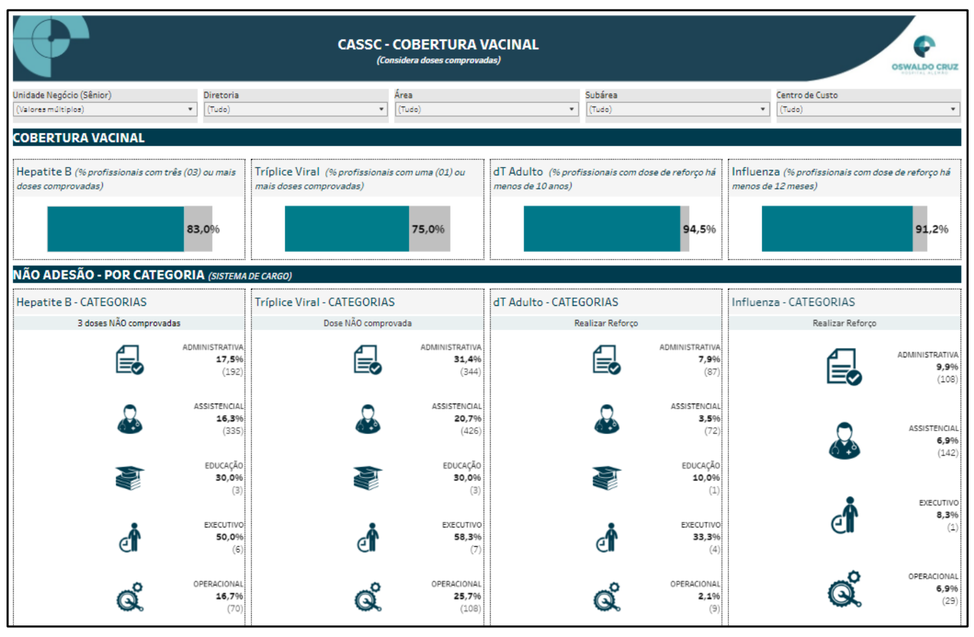


Figura 2. Painel para apoiar o monitoramento da cobertura vacinal dos colaboradores.

CONCLUSÕES

A automação da coleta e análise de dados foram fundamentais para impulsionar e aumentar a adesão ao exame periódico. Ao utilizar dados precisos de maneira inteligente e responsável foi possível identificar tendências, compreender os principais obstáculos e implementar estratégias direcionadas, como convocações, horários flexíveis e identificação de grupos de colaboradores com menor adesão. A análise orientada permitiu uma abordagem mais eficiente e eficaz, trazendo benefícios para a instituição como um todo.

REFERÊNCIAS

Mendes, Eliane de Assis, Liliane Reis Teixeira, and Renato José Bonfatti. "As condições de saúde dos trabalhadores a partir dos exames periódicos de saúde." Saúde em Debate 41 (2017): 142-154.
Galarça, Thiago Zurchimitten, et al. "Imunização ocupacional dos trabalhadores da saúde: revisão integrativa." Brazilian Journal of Health Review 3.4 (2020): 9205-9223.

Natalia Farias

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação fundamental em qualquer contexto de atendimento à saúde, existem medidas e práticas importantes que além de serem adotadas, podem ser monitoradas em tempo para garantir a segurança dos pacientes e maior produtividade nos processos, baseado neste conceito o Hospital Mater Dei Porto Dias desenvolveu o Escritório de Proteção ao Paciente – EPP, que é uma centralização de câmeras e monitoramento por Business Intelligence – BI de parâmetros dos pacientes em tempo real, que permite o auxílio à tomada de decisão em tempo hábil e mitigação dos riscos de deterioração clínica, além de aumentar a consciência situacional dos profissionais e contribuir para a diminuição de eventos com pacientes. O modelo desenvolvido foi inspirado na atuação de companhias áreas, com o objetivo de aumentar a eficiência operacional e trazer mais segurança e confiabilidade para os pacientes e familiares.

METODOLOGIA

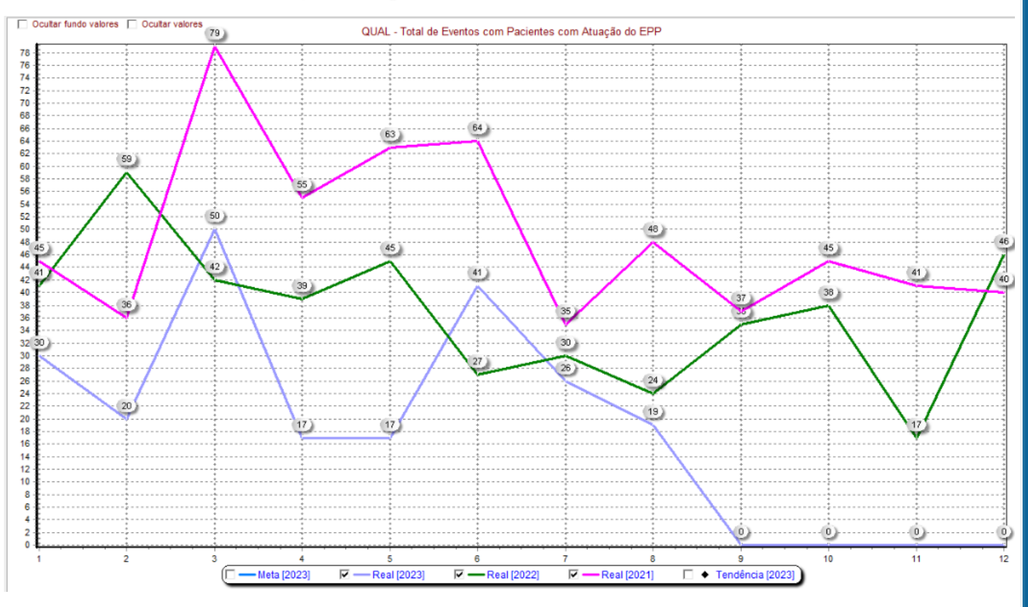
Foi realizada a implantação do setor no 2º semestre do ano de 2020, o Escritório de Proteção ao Paciente é um sistema de monitoramento em UTI que é essencial para garantir a segurança e o cuidado adequado dos pacientes, desempenhando um papel fundamental na detecção precoce de alterações no estado de saúde dos pacientes, permitindo intervenções rápidas, precisas e adequadas, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos e a redução de complicações graves. O monitoramento dos pacientes é desenvolvido por enfermeiros e técnicos de enfermagem, um processo contínuo e ativo 24h por dia, envolvendo três tipos de componentes, coleta de dados, análise e interpretação de dados, e tomada de decisão. **1**. Coleta de dados: Os dados são provenientes de três fontes de informação: painel do BI, sistema Tasy e circuito de vídeo. **2.** Análise e interpretação de dados: A partir das fontes de informação, é realizado análises preditivas e proativas. **3.** Tomada de decisão: após os achados e análises das informações, é realizado a intervenção (contato telefônico com a unidade correspondente) e registro no checklist. Através da percepção de riscos, que é um fator fundamental para manter a segurança dos nossos pacientes e profissionais, é realizado o monitoramento onde podemos identificar e prevenir eventos. Após a identificação dos achados na prestação do cuidado, são realizadas intervenções de imediato para solucionarem ou prevenirem o possível evento. As intervenções estão baseadas a partir das metas de segurança, protocolos e rotinas estabelecidas nos documentos institucionais.

Legenda: Escritório de Proteção ao Paciente – Hospital Mater Dei Porto Dias, 2023.

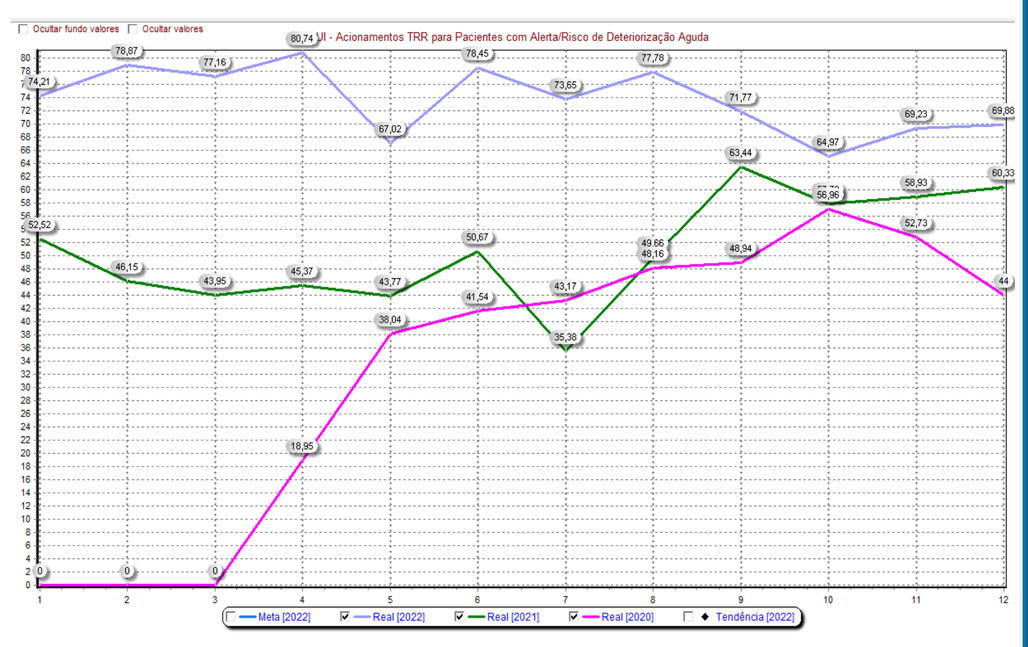
Legenda: painel de Business Intelligence – BI (Monitoramento em tempo real do prontuário clínico – Hospital Mater Dei Porto Dias, 2023.

RESULTADOS

Com a implantação da estratégia de monitoramento de vídeo **obteve-se melhora significativa nos indicadores de desempenho, com redução da média de eventos por ano com pacientes nas UTI's, de 2021 até agosto de 2023 reduziu 49% dos eventos.** Com o monitoramento pelo BI, **obteve-se aumento da média de acionamentos de códigos amarelos em 175% no período de abril de 2020 à dezembro de 2022, consequentemente reduziu o número de códigos azuis,** permitindo a realização de intervenções preventivas com antecedência, com alerta de risco de deterioração aguda.



Legenda: Indicador: UI - Acionamentos TRR para Pacientes com Alerta/Risco de Deteriorização Aguda – Sistema Tasy - Hospital Mater Dei Porto Dias, 2023.



Legenda: Indicador: UI - Acionamentos TRR para Pacientes com Alerta/Risco de Deteriorização Aguda – Sistema Tasy - Hospital Mater Dei Porto Dias, 2023.

CONCLUSÕES

Dado o exposto, a estratégia de monitoramento de câmeras e de dados clínicos adotada pelo Hospital, contribuiu fortemente para a diminuição de eventos com pacientes, fortalecendo o comprometimento com a segurança do paciente e implementação de medidas contínuas de melhorias para garantir a qualidade e segurança dos cuidados em saúde, contribuindo, para o gerenciamento e tomada de decisão em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

1. Villar VCFL, Duarte S da CM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(12):e00223019. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019

Estratégias de aprendizado ativo durante um projeto de melhoria: explorando jogos educativos para aprimorar a aprendizagem entre os profissionais de saúde

Andreia L. de Lima[3*], Luciana G. A. Souza[1], Ananda Y. Z. Alvarez[5], , Brunno C. B. Cocentino[6], Roberta G. Marques[4], Samara C. Braga[2], Luciana Y. Ue[7], Claudia G. de Barros[4]

[1] Hospital Alemão Oswaldo Cruz; [2] Hospital do Coração de São Paulo; [3] Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo; [4] Hospital Israelita Albert Einstein; [5]Hospital Moinhos de Vento; [6] Hospital Sírio-Libanês; [7] Ministério da Saúde; *Apresentadora

INTRODUÇÃO

O modelo *Breakthrough Series Collaborative* utiliza sessões de aprendizagem para promover educação, desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade na área da saúde. Variações entre as equipes participantes em relação ao conhecimento prévio, experiências anteriores, preferências e motivações, tornam desafiadora a seleção das estratégias pedagógicas a serem utilizadas nas sessões de aprendizagem [1-3]. O objetivo do presente estudo é avaliar novas estratégias de aprendizado ativo: dois jogos educativos, um jogo de cartas e um jogo tipo "*Escape Room*", para treinamento na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo descritivo avaliou o desempenho das estratégias educativas durante uma iniciativa nacional de melhorias utilizando a metodologia *Breakthrough Series Collaborative* (BTS), com o objetivo de reduzir: infecções primárias de corrente sanguínea, pneumonias associadas à ventilação e infecções do trato urinário associadas a cateter, em unidades de terapia intensiva (UTI). Uma pesquisa pós-intervenção aberta foi aplicada a todos os participantes das sessões de aprendizagem

RESULTADOS

Foram realizadas sete sessões de aprendizado regionais de dois dias entre outubro e dezembro de 2022 (seis para UTIs adultas e uma para UTIs pediátricas/neonatais). Das 194 instituições participantes de uma iniciativa nacional de melhoria da qualidade, 193 (99,4%) participaram dessas atividades, totalizando 850 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Foram aplicadas estratégias pedagógicas habituais, tais como *hands-on*, *role playing*, entre outras (**Tabela 1**), e foram incluídos os dois jogos educativos (**Figura 1**). A pesquisa pós-intervenção mostrou que os participantes responderam positivamente às atividades educativas. As frases mais representativas são descritas. Algumas instituições espontaneamente reproduziram as estratégias educativas com seus profissionais e relataram resultados positivos:

"Tem muitas coisas que podemos fazer na assistência com os recursos que temos disponíveis no SUS".
"Aprendemos muitas técnicas e ideias e estamos prontos para ajudar não só a nossa UTI mas tantas quantas forem necessário na nossa região"
"Todos vocês passaram pra gente muita energia, que é o que mais precisamos neste momento para multiplicarmos tudo o que aprendemos e principalmente para acreditarmos que somos capazes".

Figura 1. Novas estratégias de aprendizado ativo: dois jogos educativos. A – Jogo de cartas para promover a higienização das mãos. B – Jogo tipo "*Escape Room*" para estimular ciclos de PSDA.

Atividade Educacional	Objetivo	Habilidade treinada
Role-playing	Prevenção de IRAS	Adesão aos bundles
Team-building	Visita multiprofissional	Organização e postagem de dados
Debate	Compartilhar experiências	Problema-solução e construir confiança
Game-based Cards	Adesão a higienização das mãos	Fortalecer os 5 momentos
Game-based Escape room	PSDA e práticas de huddles de segurança	Pensamento crítico, problema-solução, liderança e organização

Tabela 1. Estratégias educacionais utilizadas.

CONCLUSÕES

As diversas estratégias pedagógicas foram percebidas de forma positiva pelos participantes, o que demonstra o valor de uma abordagem educacional ampla e diversificada, adaptada aos contextos locais e incluindo atividades baseadas em jogos, para melhorar a aprendizagem entre os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mukhalalati BA. Adult Learning Theories in Context: A Quick Guide for Healthcare Professional Educators. J Med Educ Curric Dev. 2019;6:2382120519840332.
2. Reed S, *et al*. Applying adult learning practices in medical education. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2014;44:170-81.
3. Boctor L. Active-learning strategies: the use of a game to reinforce learning in nursing education. A case study. Nurse Educ Pract. 2013;13:96-100.

Os dados e desfechos apresentados nesse artigo foram obtidos no projeto ***"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)

ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PARA MELHORAR O INDICADOR DE REAVALIAÇÃO DA DOR

Karina Leal Vargas, Adriélli da Silva Souza, Daniela Tenroller de Oliveira e Morgana Pinto Fernandes da Cunha

INTRODUÇÃO

Em um hospital privado de Porto Alegre o Grupo da Dor, que é composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem, educam as equipes a avaliar e registrar o manejo da dor, utilizando a escala de dor adequada para o perfil do paciente baseado na prescrição de enfermagem, identificando o local e o tipo de dor, além do tratamento, e reavaliando a dor em até uma hora.

METODOLOGIA

Foram realizados treinamentos obrigatórios para a equipe de enfermagem, os novos colaboradores passam por integração com palestra sobre o assunto. Além da parceria com a escola técnica de enfermagem, onde foram ministradas aulas para os alunos que iriam iniciar os estágios na área hospitalar. Foram realizados workshops, que ofereceram a experiência prática do processo relacionado ao manejo da dor, desde a avaliação, tratamento e registro da avaliação da dor. Semanalmente foi publicado o “Dicas da Dor” e mensalmente o “Dor em Números”, apresentando os resultados do indicador e da pesquisa de satisfação. Nos Dias D são realizadas ações focadas nas etapas onde possa estar havendo alguma fragilidade. Os gestores recebem por e-mail a análise dos achados. Todas as unidades possuem técnicos multiplicadores que realizam ações com suas equipes. Há a conferência do prontuário eletrônico durante a passagem de plantão e assim garantir que desde o último turno não há falhas no processo. Proporcionando uma transferência de cuidados feita de maneira integral e o paciente continua a ter sua dor reavaliada.

Técnicos multiplicadores do Grupo da Dor realizando ação com suas equipes como estratégia implementada para melhor o indicador de reavaliação da dor.

Publicação mensal do “Dor em Números”, apresentando os resultados do indicador e da pesquisa de satisfação.

RESULTADOS

No último ano percebeu-se um aumento significativo nos índices de reavaliação da dor e da satisfação do paciente em relação ao manejo da dor pela enfermagem. A reavaliação da dor passou de 63,6% em Janeiro de 2022 para 100% em Abril de 2023. Mantendo-se acima de 90% desde Janeiro de 2023. Já a satisfação do paciente passou de 8,8 para acima de 9,0 em todos os meses de 2023.

Workshop do Grupo da Dor, como estratégia implementada para melhor o indicador de reavaliação da dor.

Em parceria com a escola técnica de enfermagem, o Grupo da Dor ministrou aulas para os alunos que iriam iniciar os estágios na área hospitalar.

CONCLUSÕES

Com estas ações o Grupo da Dor gerou uma mudança de cultura relacionada à avaliação e reavaliação da dor perante a equipe de enfermagem refletindo na experiência do paciente evidenciada pelo resultado da pesquisa de satisfação e do indicador.

REFERÊNCIAS

Oliveira AL, Palma Sobrinho N, Cunha BAS. Chronic cancer pain management by the nursing team. Rev Dor. 2016 July/Sept; 17(3):219-22

Queiróz DTG, Carvalho MA, Carvalho GDA, Santos SR, Moreira AS, Silveira MFA. Pain -5th Vital sign: nurses’ knowledge. Rev enferm UFPE on line. 2015 Apr;9(4):7186-92.

JORNADA DO PACIENTE INDÍGENA NO AMBIENTE HOSPITALAR: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE ASSISTENCIAL VISANDO O CUIDADO CENTRADO

Roberta Pinheiro dos Santos, Tamiris Cristina Viegas Dias Ferreira, Elisa Simões Pereira dos Santos;
Socorro de Oliveira Resende; Cândice Rosito Mércio e Vasconcelos

INTRODUÇÃO

O atendimento aos povos indígenas no ambiente hospitalar requer uma atenção diferenciada na organização, condizente com as necessidades específicas deste povo. Um dos principais desafios dos profissionais da assistência é inserir em suas práticas cotidianas o respeito às singularidades da demanda indígena. A história de exclusão desses povos na sociedade impõe a necessidade do atendimento equalitário às vulnerabilidades sociais, culturais e de saúde, o que requer profissionais comprometidos. Neste artigo propõe-se analisar e discutir o cuidado de saúde e os critérios para definição do tempo adequado de assistência prestada no ambiente hospitalar aos indígenas da etnia Xikrin, considerando as particularidades socioculturais e dificuldades de comunicação com o indivíduo “não índio”.

METODOLOGIA

O termo “cuidado centrado no paciente” foi utilizado pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, em 2001, para denominar um das características da qualidade em saúde, sendo atribuído como “cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que esses valores orientem todas as decisões clínicas[2]. Em 15 de março de 1986, foi fundado um hospital por uma grande mideradora, situado na Serra dos Carajás, no município de Parauapebas, no sudeste do Pará. Este hospital foi inicialmente projetado para atender as demandas da mineradora além da população indígena da região. Atualmente é um hospital Acreditado com Excelência, recebendo o maior selo nacional que certifica a qualidade da assistência prestada - ONA 3. No ano de 2022 houveram 49 internações de indígenas neste hospital, sendo o diagnóstico mais prevalente nesta população a pneumonia, seguido de gastroenterite. Já em 2023, até agosto, tivemos o total de 46 internações, mantendo o mesmo perfil nosológico. Neste ano ocorreu a internação de uma paciente indígena, sexo feminino, 81 anos de idade, com diagnóstico de sepse e pneumonia bacteriana. A assistência prestada foi realizada de maneira efetiva e em tempo oportuno, com melhora clínica conforme plano terapêutico proposto. O mapeamento dos riscos assistenciais foi realizado corretamente, conforme os protocolos institucionais de segurança, entretanto, apesar de todas as barreiras aplicadas, esta paciente apresentou um episódio de queda dentro da unidade de internação, quando sua acompanhante foi auxiliá-la na locomoção até o banheiro, sendo prontamente atendida pela equipe, não apresentando qualquer sintomatologia ou intercorrências em decorrência do evento. Foi realizada a notificação do incidente ao Núcleo de Segurança do Paciente e posterior análise minuciosa do caso, sendo classificado como evento sem dano. Realizado disclousure, garantindo o entendimento do ocorrido. Durante a investigação dos fatores contribuintes identificamos que a dificuldade linguística de comunicação possa ter corroborado com a falha de entendimento da paciente e acompanhante relacionado às práticas de controle do risco de queda. Este foi o insight que deu origem a este trabalho, onde entendemos que as barreiras linguísticas podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos e, por este motivo, deveriam ser consideradas na análise do grau de dependência dos pacientes e, consequentemente, no cálculo de dimensionamento das equipes e horas/homem de assistência de enfermagem. Neste hospital é utilizado o score de Fugulin para determinação do grau de dependência dos pacientes adultos, sendo ele considerado no dimensionamento das equipes de enfermagem. Com a necessidade de incluirmos o fator da comunicação efetiva na avaliação do grau de dependência realizamos uma adaptação desta escala, incluindo este requisito. Aplicamos essa adaptação na assistência aos pacientes indígenas internados, considerando o entendimento do paciente, assim como a adesão ao tratamento, pontuando desde a boa compreensão até falta desta.

Área de cuidado	Graduação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica.	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais Vitais	Controle de intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca com auxílio.	Auto-suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral.	Auto-suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto-suficiente.
Terapêutica	Uso de dorgas vasoativas para manutenção de pressão arterial.	Endovenosa (EV) contínua ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	Intramuscular ou via oral.
Integridade cutâneo-mucosa / comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (esquimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe da enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia ou mais, pela equipe da enfermagem.	Curativo realizado 1 vezes ao dia ou mais, pela equipe da enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida / incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo utilizado na realização de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos.	Entre 5 e 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.
Comunicação | Adesão	Sem compreenção.	Compreende parcialmente.	Compreende mas não adere ao tratamento por questões culturais.	Boa compreenção / adesão ao tratamento.

Tabela 1: Fugulin adaptado pelos autores

RESULTADOS

Em 2023 tivemos 24 internações de pacientes adultos em nosso hospital. Destes 37% eram do sexo masculino e 63% do sexo feminino. A média do score de Fugulin (2006) dos pacientes indígenas adultos foi de 15 pontos, onde a categoria de cuidado é definida como mínimo. Após a análise dos casos considerando a dificuldade de comunicação por conta das barreiras linguísticas aplicando o score de Fugulin adaptado, a média foi de 18 pontos para os homens e 19 pontos para as mulheres, caracterizando a categoria de cuidado como intermediário. Com a escala adaptada observamos um aumento do score de grau de dependência, o que culminou em um dimensionamento de enfermagem mais adequado a este público, com aumento de 2 hora/homem de assistência de enfermagem. Não houveram incidentes ou eventos adversos no atendimento a esses pacientes após a adaptação da escala.

Imagem 1: Registro do disclousure com realizado com paciente indígena após evento adverso ocorrido (queda) que culminou na execução deste trabalho.

CONCLUSÕES

O cuidado centrado na pessoa e na segurança do paciente como dimensões da qualidade indissociáveis, a adaptação e implantação de uma escala que classifica o grau de dependência de pacientes adultos considerando as barreiras linguísticas, foi fundamental para o envolvimento do paciente e acompanhantes na redução de eventos evitáveis nos serviços de saúde. Após a aplicação desta escala os resultados alcançados assessoraram a equipe durante o dimensionamento da assistência de enfermagem adequado a esta população assim, como na elaboração do plano terapêutico individualizado considerando as particularidades e vulnerabilidades, endossando aos pacientes uma alta efetiva, segura e humanizada, sendo corroborada pelos desfechos positivos em indicadores assistenciais. Percebemos que a mesma metodologia pode ser expandida para outros públicos com barreiras linguísticas como pacientes estrangeiros e deficientes auditivos, por exemplo.

REFERÊNCIAS

1. Proqualis | Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016. Simplificando o cuidado centrado na pessoa O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia Rápido. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.
2. INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: A New Health System nfor the 21stCentury. Washington: National Academy Press, 2001. Disponível

EXPERIÊNCIA DE QUALIFICAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA PARA REALIZAÇÃO DE CAR-T CELL

Juliana Farias de Sousa, Simone Hiratsuca, Danilo Ferreira Alcantara, Leandro Garcia Barbosa

INTRODUÇÃO

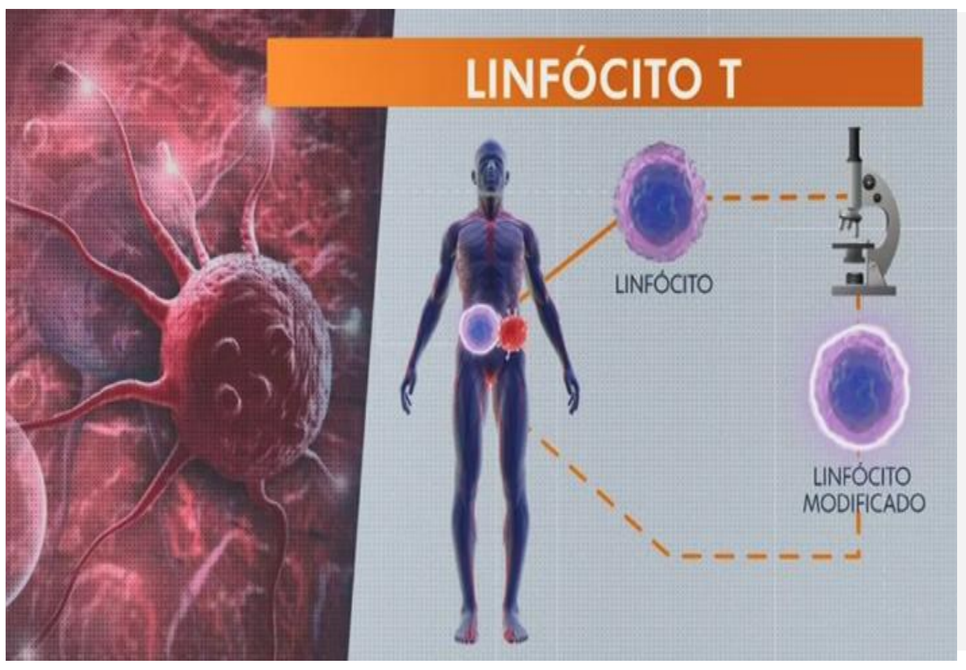
A busca pela cura do câncer têm motivado pesquisadores e indústrias farmacêuticas no desenvolvimento de terapias cada vez mais avançadas, como é o caso da terapia com CAR-T Cell. As células T quiméricas do receptor de antígeno (CAR-T), especialmente contra o marcador CD19, presente em linfomas e leucemia aguda B, proporcionaram uma revolução no tratamento de doenças neoplásicas hematológicas. Essa terapia envolve um processo complexo que inclui coleta de linfócitos, manufatura dessas células, infusão do produto final e monitoramento dos pacientes.

METODOLOGIA

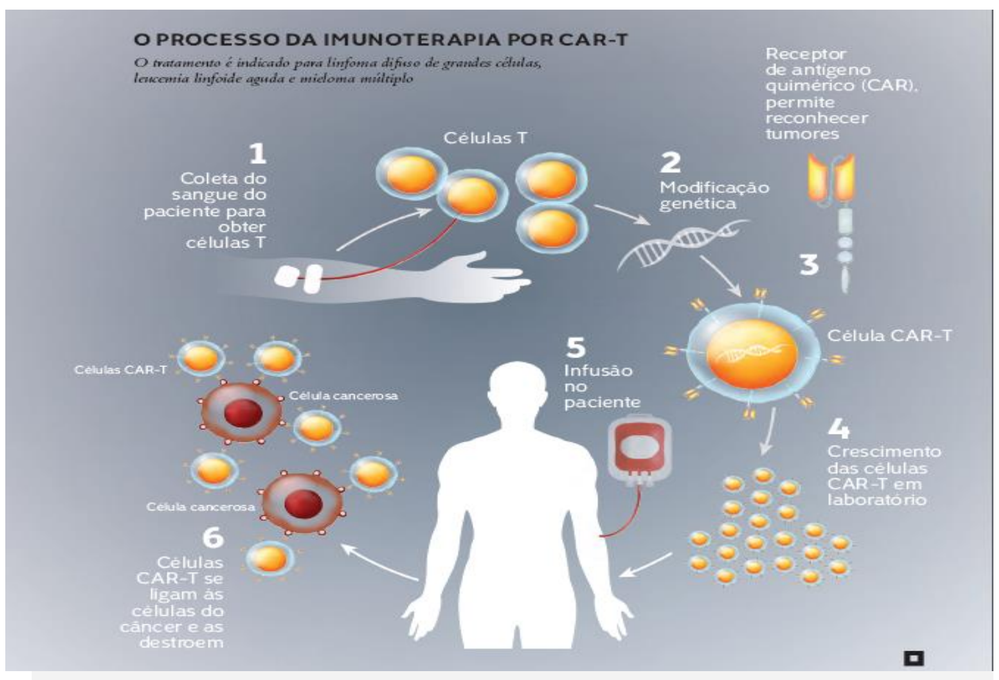
Tendo em vista o potencial e resultados clínicos dessa terapia, além do protagonismo de nossa instituição na pesquisa e tratamento do câncer, ingressamos na busca da qualificação para realizar a terapia CAR-T Cell junto às indústrias farmacêuticas.

Para obtenção da qualificação houve a necessidade de evidenciarmos a adoção de métodos e boas práticas que garantissem qualidade e segurança em todo o processo.

O processo de qualificação durou cerca de 1 ano, e envolveu auditorias documentais e in loco, criação de time de trabalho com agenda recorrente, além de definição e execução de planos de melhoria com base nos relatórios das auditorias, baseados em atendimento a regras e legislações, inclusive internacionais, pois, a etapa de manufatura em central especializada é realizada fora do Brasil, levando em consideração que não temos laboratórios adaptados.



Tratamento para curar a leucemia sem transplante de medula



O processo de imunoterapia por CAR-T

RESULTADOS

Durante a jornada de qualificação passamos por importantes etapas que foram acompanhadas e executadas por uma equipe multidisciplinar e que envolveu profissionais de diversas áreas, desde áreas administrativas até equipes multiprofissionais e médicas, sendo elas:

- Auditorias presenciais;
- Adequações de rotinas e estruturais;
- Estruturação/revisão de processos;
- Mapeamento dos riscos;
- Planos de ação para adequação;
- Parceria com Centro de Criopreservação;
- Suply Chain;
- Treinamento/Manuseio do produto final e sistema;
- Treinamento/Execução para Pesquisa Clínica;
- Alinhamentos comercial, sistema (TI), LGPD e operadoras de saúde.

A figura ilustra o trabalho em equipe desenvolvido no processo de qualificação

Auditoria processo de qualificação CAR-T Cell

CONCLUSÕES

Ao final das etapas citadas, obtivemos a qualificação para realizar a terapia CAR-T Cell em parceria com três diferentes indústrias farmacêuticas. Realizamos a primeira infusão de CAR-T Cell em dezembro de 2022.

REFERÊNCIAS

DE SANTIS, G. C. et al. Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular Consensus on genetically modified cells. V: Manufacture and quality control. Hematology, transfusion and cell therapy, v. 43 Suppl 2, p. S35–S41, 2021.

EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PRIVADO COM RITUAL DIÁRIO DE GESTÃO ONLINE: DIÁLOGO DIÁRIO DE QUALIDADE (DDQ)

Autor: Juliana Farias de Sousa ; Coautor1: Vanessa Domingues de Oliveira; Coautor 2: Danilo Ferreira Alcantara; Coautor 3: Cintia Fernanda de Oliveira Cardacci

INTRODUÇÃO

O Diálogo Diário de Qualidade (DDQ) é uma metodologia criada e inspirada no Diálogo Diário de Segurança (DDS) utilizado nas indústrias com o intuito de promover discussões diárias dos principais pontos de sucesso, preocupações e dúvidas pontuais o que possibilita o alinhamento, priorização e direcionamento do gestor com a equipe. Historicamente, esse tipo de ritual acontece diariamente, presencialmente com toda a equipe de pé e com duração de, no máximo, 15 minutos. Com o advento da pandemia, fomos movidos a realizar adaptações em nossas formas de interação e a tecnologia foi uma ferramenta essencial para realizarmos as adaptações necessárias a fim de mantermos as interações, como foi o caso de algumas reuniões que passaram a ser em formato online.

[Figura 1: Colaboradores realizando o momento do DDS]

Fonte: Alkes Engenharia, 2023.

METODOLOGIA

O DDQ online teve início em nossa instituição em abril de 2023 e acontece via Plataforma Teams (Outlook). Consiste em reuniões diárias de 15 minutos, que ocorrem logo no início da manhã, conduzidas pelo supervisor da área de Qualidade e contando com a participação de todo o time de Qualidade. Esse ritual permite abordar diferentes temas a partir da visão da equipe, criando um ambiente favorável para expor os riscos, preocupações, idéias ou ações preventivas que com o intuito de melhorar a dinâmica e eficácia das atividades da equipe e por conseqüência, melhorar a segurança das informações e comunicação institucional.

Como é realizada em formato online, a ferramenta Teams permite a gravação dessas reuniões, caso algum membro do time não esteja presente e, o registro diário das informações discutidas e tratativas instituídas são disponibilizadas no chat da reunião, permitindo que toda a equipe esteja alinhada e atualizada, mesmo diante de imprevistos que dificultem a participação na reunião.

[Figura 2: Colaboradores em reunião online]

Fonte: Blocktimecoworking, 2023.

Modelo de registro do DDQ:

DDQ – Data

Colaborador 1
Assunto 1
Descrição do assunto.
Assunto 2
Descrição do assunto.

Direcionamento do gestor
Descrição do direcionamento.

RESULTADOS

Após a implementação do ritual DDQ, obtivemos resultados importantes observados pela equipe como:
- Maior alinhamento entre equipe e gestor e entre membros da equipe;
- Reforço de informações relevantes para qualidade institucional;
- Dinamicidade dos processos;
- Promoção da integração entre os colaboradores;
- Valorização da equipe;
- Comunicação efetiva;
- Agilidade na priorização de demandas;
- Agilidade na resolução de problemas e
- Promoção da segurança psicológica entre a equipe.

[Figura 3: Colaboradores realizando reunião online]

Fonte: Sintrajufe, 2023.

CONCLUSÕES

Após a implantação do DDQ, observamos a resolução dos pontos de preocupações com ações imediatas otimizando tempo dos envolvidos e disponibilidade de agenda.

REFERÊNCIAS

SILVA, Pedro Henrique Sampaio Nunes de Britto. Relevância do Diálogo Diário de Segurança (DDS) e Planejamento Diário de Segurança (PDST) na Prevenção De Acidentes De Obra. 2017. 80p. (Departamento de Engenharia Civil) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

EXPERIÊNCIA DIGITAL DO PACIENTE CIRÚRGICO - MEU MATER DEI

Renata Salvador, Carla Rossi, Marcello Lazzarini e Camila Nicacio

INTRODUÇÃO

A utilização de técnicas de análise de dados para mapear, otimizar e automatizar fluxos e processos, tornou as rotinas médicas mais eficientes, reduziu o tempo de acesso do paciente ao tratamento cirúrgico e possibilitou a Rede oferecer uma comunicação mais integrada, proativa, eficiente e com transparência nas informações. Colaborando para uma melhor satisfação e experiência durante sua jornada cirúrgica.

METODOLOGIA

O projeto foi iniciado por meio de um levantamento das principais áreas da Rede. Este levantamento incluiu investigações e entrevistas com diversos grupos de interesse, abrangendo 193 médicos, 700 pacientes e 15 membros da alta administração. Workshops e mapeamento dos processos adicionais foram realizados com equipes internas. Posteriormente priorizamos as demandas de acordo com as necessidades mais relevantes ao negócio, gerando requisitos para desenvolvimento de sprints recorrentes, com entregas a cada 15 dias. Métodos de gerenciamento ágil, tais como Kanban e Scrum, foram implementados para a coordenação das equipes de projeto. O acompanhamento do progresso ocorreu por meio de reuniões diárias, avaliações semanais e planejamentos estratégicos. Um backlog foi mantido para organizar e priorizar as tarefas, e atualizações frequentes foram realizadas em consulta com os principais responsáveis pela tomada de decisão.

O escopo do projeto engloba o desenvolvimento de uma solução tecnológica na área da saúde, destinada a integrar e sistematizar informações ao longo da jornada cirúrgica pré-operatória do paciente.

Identificou-se que o desconhecimento dos processos atuais resulta em atrasos no cuidado, demora de acesso ao tratamento e níveis elevados de insatisfação entre os pacientes e profissionais médicos. A solução proposta visa a centralização e otimização da coleta de informações, assim como a aceleração do processo que vai do diagnóstico cirúrgico até a efetiva realização do procedimento.

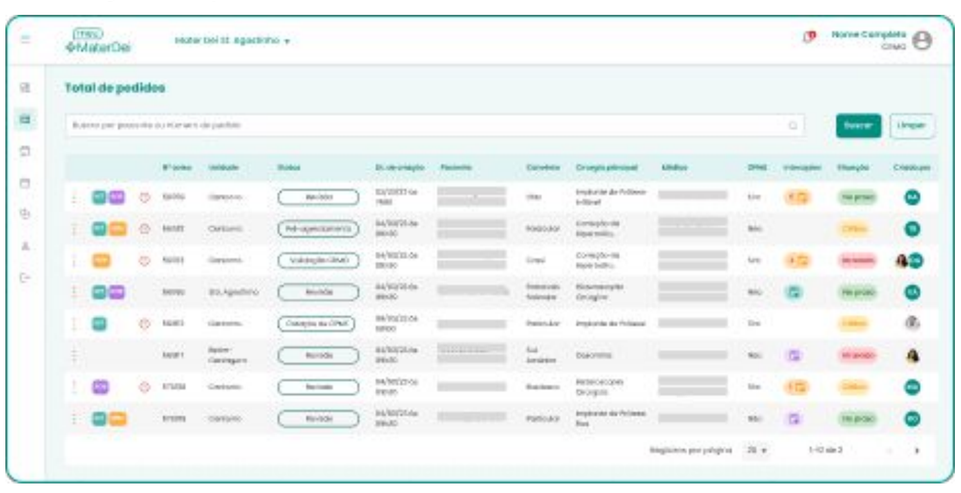


Figura 1 - Totalizador de pedidos- MMD

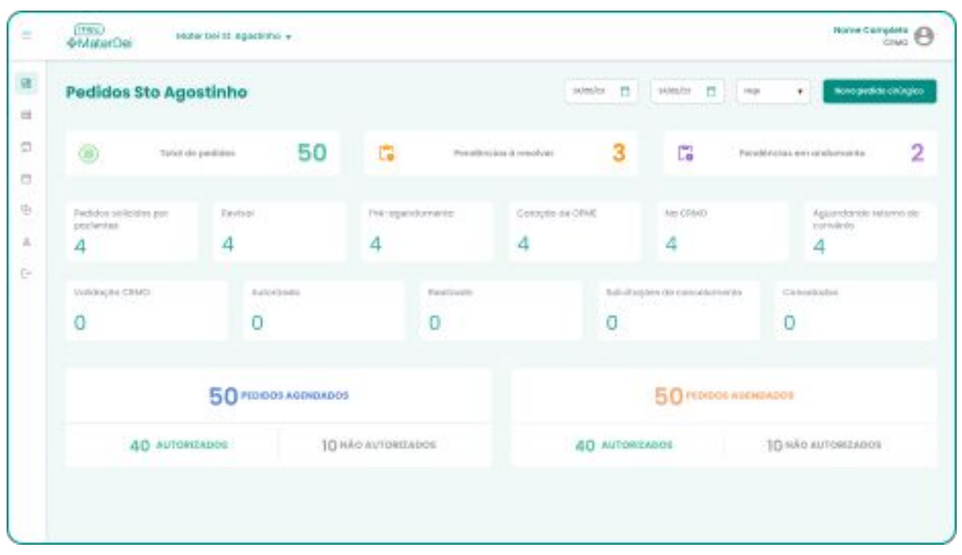


Figura 2 - Dashboard de acompanhamento por unidade- MMD

RESULTADOS

O projeto demonstrou eficiência no processo de autorização médica, com um lead time médio em 2023 apresentando uma mediana de 16 dias[2], abaixo do prazo de 21 dias úteis estipulado pela ANS[1]. A taxa de conversão para cirurgias efetivamente realizadas em 2023 foi de 87% dos pedidos submetidos através da plataforma[2].

Desde o ano de 2021, mais de 78 mil pedidos cirúrgicos foram cadastrados na plataforma, que conta atualmente com mais de 18 mil usuários registrados. Além disso, foram efetuados 1.112 agendamentos cirúrgicos. A avaliação dos usuários médicos teve nota 8 em relação a funcionalidade da solução.

Figura 3 - Home e dashboard médico

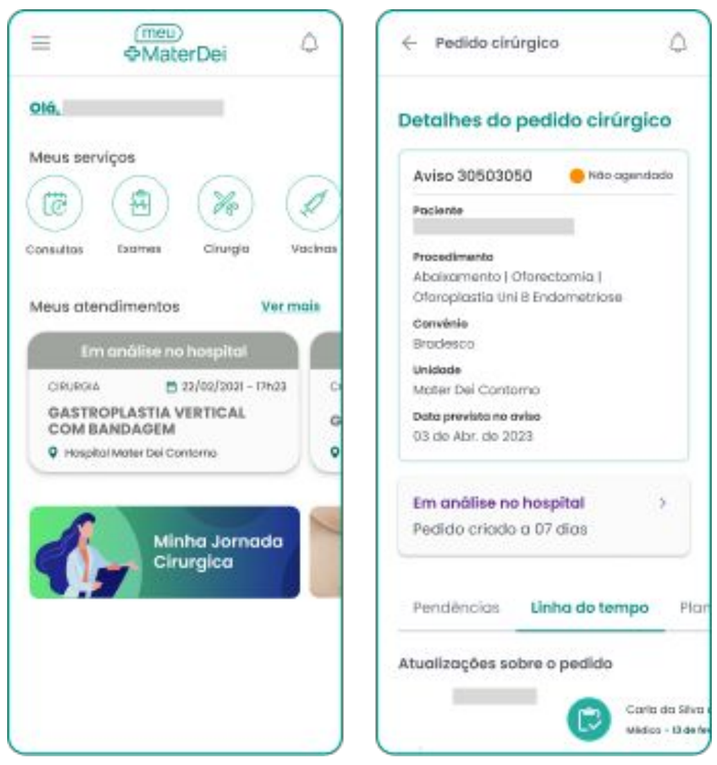


Figura 4 - Home e detalhamento paciente

CONCLUSÕES

O projeto alcançou êxito significativo na otimização do processo cirúrgico, evidenciado pelo lead time médio de autorização abaixo do prazo regulamentar da ANS e uma alta taxa de conversão para cirurgias realizadas e uma excelente nota de avaliação dos usuários médicos. A plataforma demonstrou ser uma ferramenta robusta para o gerenciamento de pedidos cirúrgicos, com uma base de usuários em crescimento e um volume substancial de agendamentos efetuados. Esses resultados sugerem que a implementação da solução tecnológica não apenas atende às necessidades dos médicos, pacientes e administradores, mas também contribui para a melhoria da qualidade e eficiência dos processos da Rede.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS Nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM0MQ==. Acesso em: [22/09/2023]

[2]Dados internos Rede Mater Dei de Saúde

FADIGA DE ALARME: UMA UTI VENCENDO O EXCESSO DE RUÍDOS

Marilyn Pinheiro da Silva Martins, **Bruno Infante Procópio**, **Roberta Tavares Torres Ferreira**, **Ricardo Turon Costa da Silva**

INTRODUÇÃO

O impacto que esse acúmulo de alarmes sonoros proveniente dos monitores multiparamétrico, das bombas infusoras, dos ventiladores mecânicos, dos aparelhos de hemodiálise e de circulação extracorpórea podem impactar não somente o colaborador, mas também, ao paciente e familiares.
Essa problemática causa pode afetar a segurança do paciente, a Joint Commission no ano de 2020, propôs o gerenciamento de alarmes clínicos aos hospitais como uma ação a ser alcançado visando a segurança do paciente crítico.
Ao colaborador intensivista os transtornos orgânicos provocados pelos altos níveis de ruídos, pode causar ao longo do tempo uma dessensibilização, podendo afetar seu estado de alerta, podendo causar a sensação de "confiança" nos alarmes quando acionados. Tal ocorrência provem da fadiga de alarme.

METODOLOGIA

Alterado a configuração central de monitores e após um determinado tempo, foi aplicado um questionário digital aos colaboradores e aos pacientes e seus acompanhantes (pacientes com mais de 1 semana no setor), que abordava a percepção da diminuição dos ruídos na UTI. Após o período de coleta dos dados, houve a validação dos valores obtidos e percebidos pelos entrevistados.
Foi aplicado questionário digital aos pacientes que possuíam condições clinicas, aos acompanhantes e aos colaboradores que abordava a percepção da diminuição dos ruídos na UTI. Após o período de coleta dos dados, houve a validação dos valores obtidos e percebidos pelos entrevistados.

RESULTADOS

Em janeiro de 2022, houve um evento relacionado a uma queda dentro do CTI. Após análise do caso, identificou que houve uma falha de vigilância na central de monitorização. Após episódio, foi realizado no setor, um treinamento sobre banalização dos alarmes e solicitado a educação continuada, um treinamento do monitor multiparamétrico.
No mês de Junho de 2022, foi realizado por empresa terceirizada, um treinamento aos colaboradores assistenciais do CTI, cujo o tema foi o uso correto do monitor multiparamétrico. Durante essa atividade, a supervisão de enfermagem sinalizou a necessidade de que os monitores fossem configurados conforme o perfil do setor. Após identificação do fato, comunicado à engenharia clínica, alguns monitores perderam a configuração padronizada pelo setor. O que explicava os alarmes frequentes e o alto índice de falso-positivo e tornando o efeito sonoro fadigantes.
Para obter essa evidencia, foi aplicado um questionário ao um grupo específico formado por: colaboradores assistenciais do CTI, acompanhantes e pacientes com tempo de internação superior a 10 dias. O período de aplicação foi de **28/06 a 08/07/2022**. O questionário foi respondido por **138** participantes.

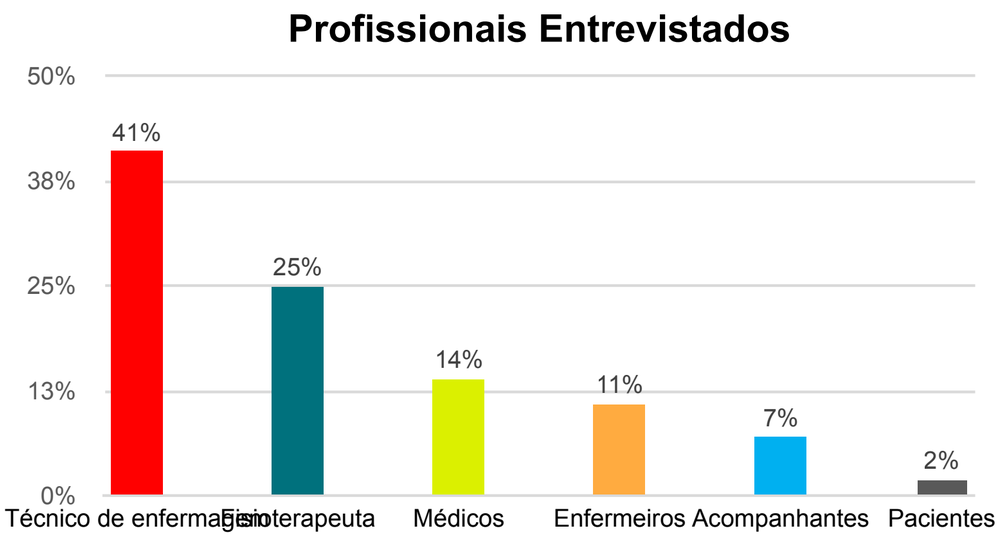


Gráfico 1: Profissionais entrevistados por classe profissional

Para **75,1**% dos participantes houve a percepção de mudança nos ruídos provocados pelos monitores nos modelos multi telas e no beira leito.

Quando questionados sobre o "quanto os alarmes provocados pelos monitores contribuem para o nível de ruído do CTI?".Essa percepção de um ambiente ruidoso foi de **86,4**%.

Aos participantes, quando questionados sobre sua percepção na redução dos ruídos provocados no setor, **60,3**% informaram que o setor estava mais silencioso.

Quando a pergunta foi sobre "a sua percepção após o dia 15/06 sobre o ruído emitido pelo monitor e a necessidade de atendimento do paciente acurácia da percepção? " O impacto percebido foi de **78,7**%.

Em uma avaliação geral quando provocados avaliarem com uma nota sobre a redução dos ruídos provocados pelos monitores, a média obtida foi de **7,26**.

Antes da realização dos ajustes, 100% informaram que o setor era ruidoso. Após o ajuste nos monitores, **67**% dos participantes informaram que o setor estava mais silencioso. Demonstrando o impacto positivo da ação afetada.
Quando solicitados a darem uma nota para a redução dos ruídos dos monitores a média foi de **7,66**.

CONCLUSÕES

Um processo gerencial de identificação do excesso de ruídos provocados em um ambiente hospitalar é um dos pilares do papel de um líder. Ter um ambiente silencioso, aguça os sentidos da equipe assistencial para quando existe um quadro emergencial. Proporcionando mais segurança e agilidade no atendimento ao paciente, principalmente em um CTI.
Após a nova configuração realizada no setor, iniciou um novo desafio, que foi propagar a cultura nas equipes multidisciplinares para darem a devida atenção aos alarmes quando são acionados.
É uma atividade necessária no dia a dia do intensivista, o reforço, a pontuação e orientação devida aos colaboradores. O resultado dessas ações proporcionou um ambiente onde as pessoas estão mais satisfeitas baseado em uma mais comunicação mais efetiva.
Ter hoje um setor mais silencioso, com uma maior percepção auditiva dos alarmes proporciona uma atividade mais segura para todos.

REFERÊNCIAS

BRIDI, Adriana Carla. **LOURO**, Thiago Quinellato e **SILVA**, Roberto Carlos Lyra da. **Alarmes Clínicos em terapia intensiva: implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente**. In: Revista Latino – AM. Enfermagem, nov – dez 2014. Disponível em: eerp.usp.br/rlae, acesso no dia 15 de julho de 2022 às 10:56 horas.
RUSKIN, Keith J e **BLISS**, James P. **Fadiga de alarme e segurança do paciente.** In: Boletim APSF. Edição junho. 2019. Disponível em: apsf.org/pt-br/newsletter/junho-de-2019, acesso no dia 17 de julho de 2022 às 14:10 horas.
Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Pag: 114 e 115. 7ª edição. Editora: Oak Book. Brasil, 2020.

Farmacovigilância: importância de ações de busca ativa para identificação de reações infusionais.

Rafael Fernandes de Souza; Pâmella Hachbardt; Crislayne Bontorin

INTRODUÇÃO

A farmacovigilância é definida como: “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. No cenário oncológico tem especial importância devido à grande utilização de novos medicamentos como os anticorpos monoclonais e imunoterapia. A notificação de eventos adversos é uma das estratégias conhecidas para melhorar a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Em nossa instituição a equipe de farmácia clínica realizou a busca ativa de pacientes com histórico de uso de hidrocortisona (medicamento mais utilizado para controle de eventos adversos na instituição) e acessou o prontuário eletrônico desses pacientes com intuito de investigar possíveis eventos não notificados. Para todos os eventos adversos foi aplicado o Algoritmo de Naranjo para definição da causalidade (Imagem 1). Também foi realizado o levantamento dos principais medicamentos envolvidos nas reações infusionais. A busca foi realizada no período de 01/01/2023 a 30/06/2023 de 2023.

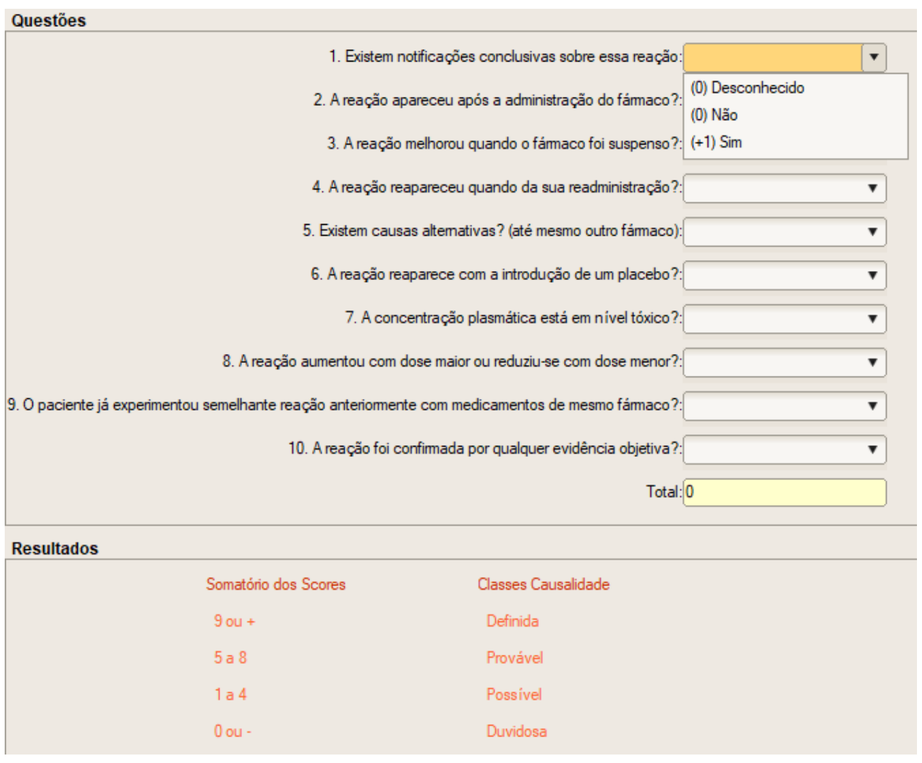


Imagem 1. Algoritmo de Naranjo. Escala de probabilidade de causa e efeito entre o medicamento exposto e o evento observado.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram: de 60 reações infusionais no período, sendo 25 voluntárias e 35 oriundas da busca ativa realizada (Gráfico 1). Quanto a causalidade foram verificadas que 32 reações adversas eram “possíveis”; 27 “prováveis” e “1” definida (Gráfico 2). Os medicamentos mais comumente envolvidos nas reações foram: irinotecano + folinato de cálcio (9), docetaxel (8), oxaliplatina + folinato de cálcio (7), carboplatina (6) e rituximabe (6) (Gráfico 3).

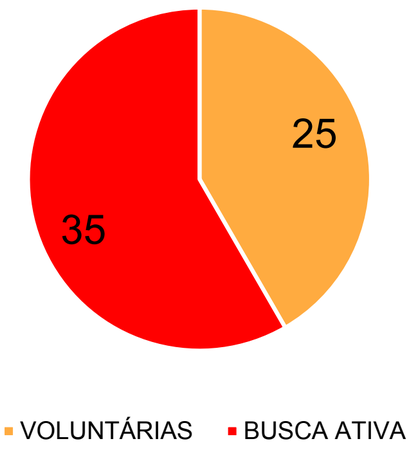


Gráfico 1. Origem das reações infusionais identificadas.

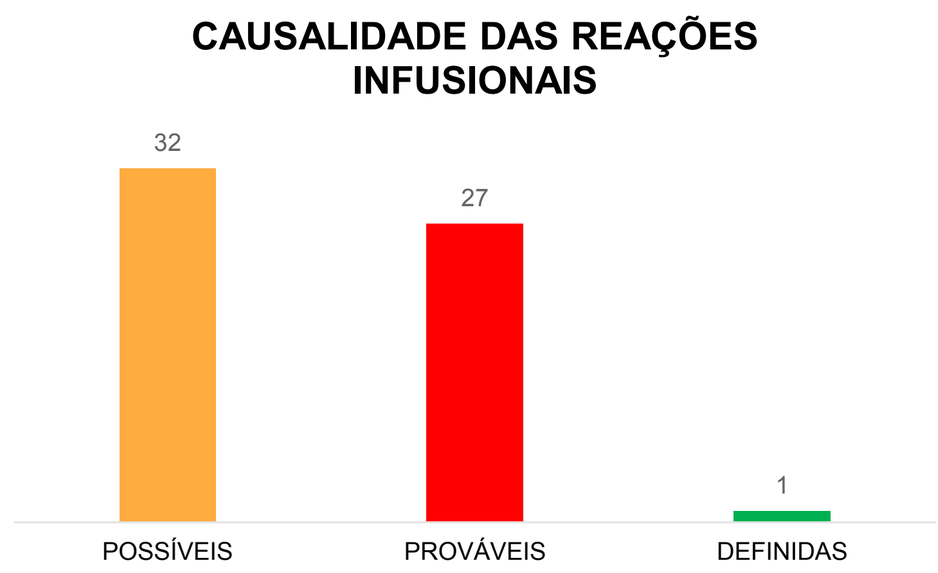


Gráfico 2. Causalidade das reações infusionais.

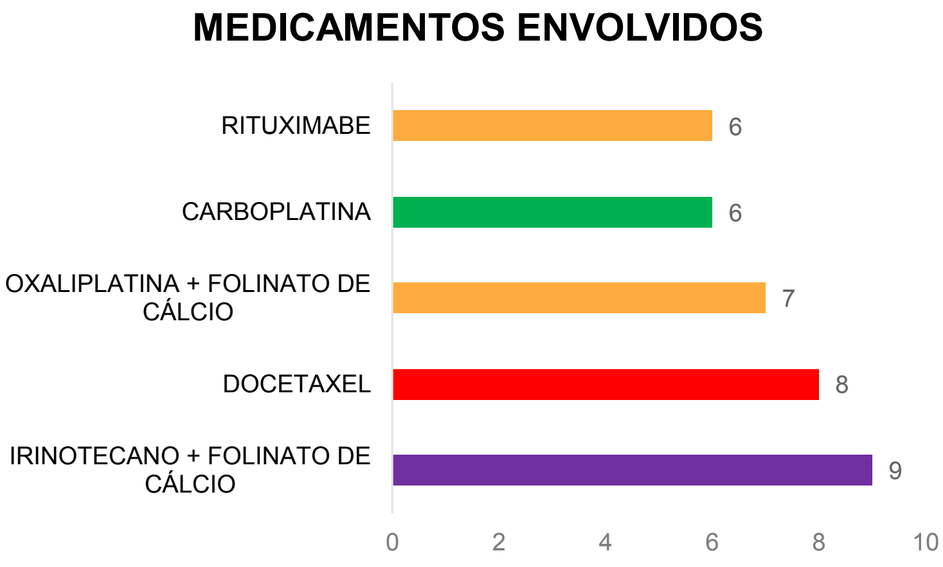


Gráfico 3.Medicamentos envolvidos nas reações infusionais.

CONCLUSÕES

Desta forma, o presente estudo demonstra a importância da busca ativa como ferramenta de identificação de reações adversas e indica possibilidades de intervenções através de educação continuada e treinamentos da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ANVISA; SOBRAFO. Guia para Notificação de Reações Adversas em Oncologia. Conectfarma Publicações Científicas. São Paulo, n. 2, 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/2893744Guia+para+Notifica%25C3%25A7%25C3%25A3o+de+Rea%25C3%25A7%25C3%25B5es+Adversas+em+Oncologia/64d680f5-1b77-4ee6-b4c8-88b3ee3f4edf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA MELHORIA DE PROCESSOS EM UMA CAF: RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Eduardo Fernando da Silva Souza, Hugo Leonardo de Vidal Neves, Tayne Rayalla Pereira de Sousa, Anderson Tavares da Silva

INTRODUÇÃO

A busca por processos mais eficientes e otimizados é uma preocupação constante na área da saúde. A importância do gerenciamento das informações hospitalares, a definição das formas de facilitar o acesso a essas informações e também demonstra como os meios tecnológicos podem ser utilizados na forma de ferramentas de apoio à decisão em ambiente hospitalar. Nesse contexto, este estudo descreve o desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica para otimização de processos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) de um hospital particular. O objetivo deste trabalho foi aprimorar a gestão e eficiência dos processos na CAF por meio do desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica. Buscamos reduzir custos, otimizar o tempo de atendimento das solicitações, facilitar o controle e melhorar o processo de recebimento de produtos.

METODOLOGIA

A ferramenta tecnológica foi desenvolvida com base em painéis criados em SQL e implementados em gestão à vista nas TVs do setor. Além disso, tablets foram utilizados no setor para facilitar a coleta de itens e interação com a ferramenta. Os principais painéis abrangem a cobertura de estoque, acompanhamento de solicitações, ordens de compra e farmacoterapia. Foram analisados dados do período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022

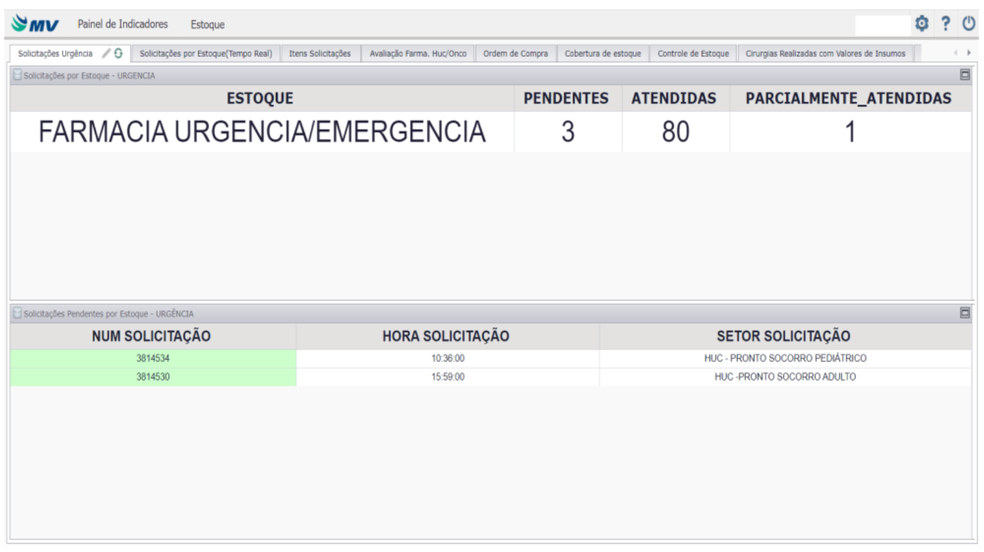


Figura 1 - Painel de Indicadores

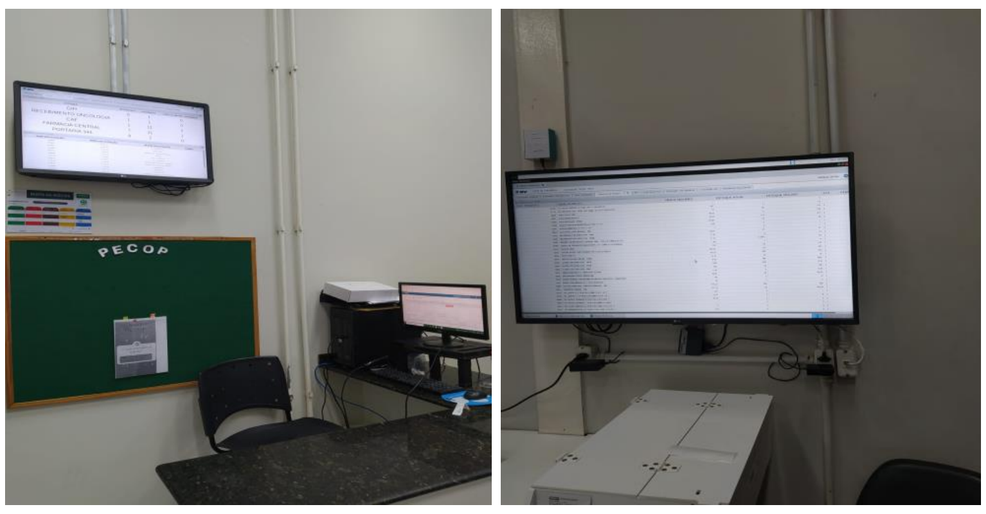


Figura 2 - Televisões com a ferramenta na forma de gestão a vista pela farmácia.

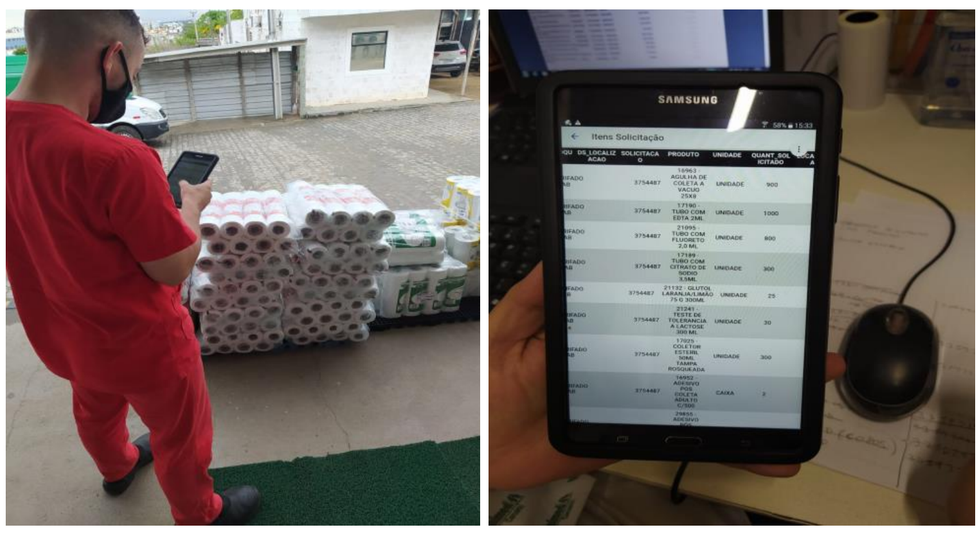


Figura 3 - Recebimento e conferência usando a ferramenta no tablet.

RESULTADOS

A implantação da ferramenta tecnológica resultou em diversos benefícios. O custo mensal com impressões no setor foi reduzido em 96,03%, passando de R$ 3.024,00 para R$ 120,00. O tempo médio de atendimento das solicitações diminuiu de 14,5 para 6 minutos por solicitação, considerando que os colaboradores passaram a utilizar tablets para coletar os itens e finalizar a movimentação via sistema. O recebimento de produtos também foi otimizado, não sendo mais necessário imprimir ordens de compra para conferência. Além disso, os custos evitados com o painel de farmacoterapia foram expressivos, passando de uma média mensal de R$ 15.000,00 para mais de R$ 100.000,00 por mês.

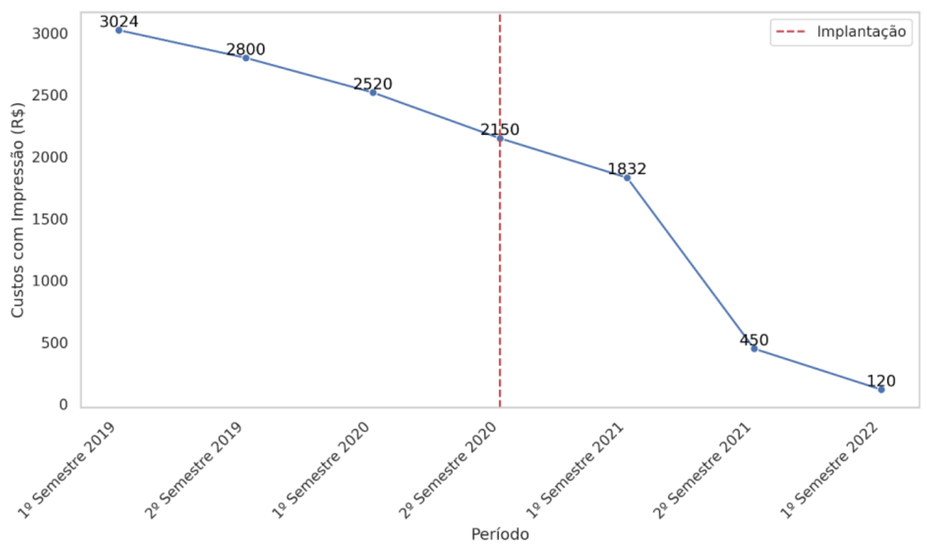


Gráfico 1 - Custos com impressão de folhas de papel antes e após a implementação.

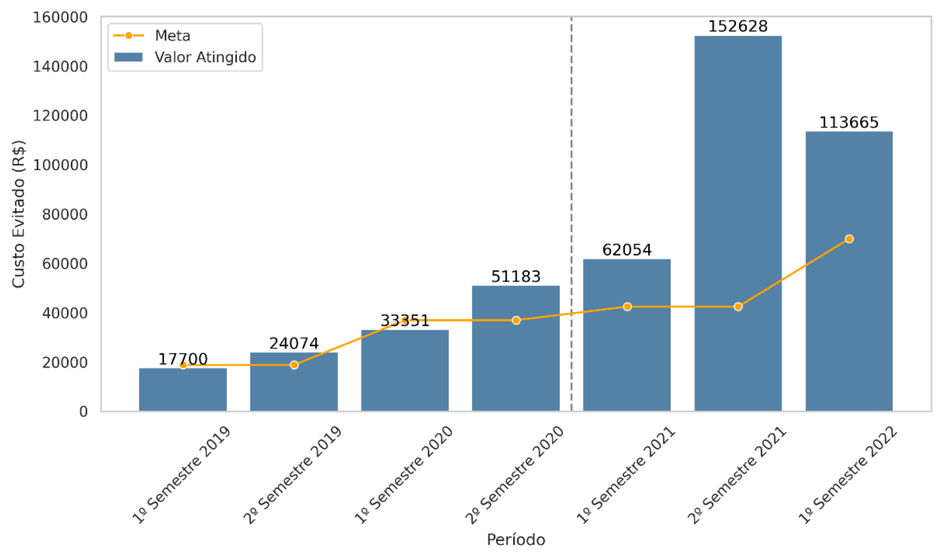


Gráfico 2 - Custo evitado com a farmacoterapia antes e após a implementação.

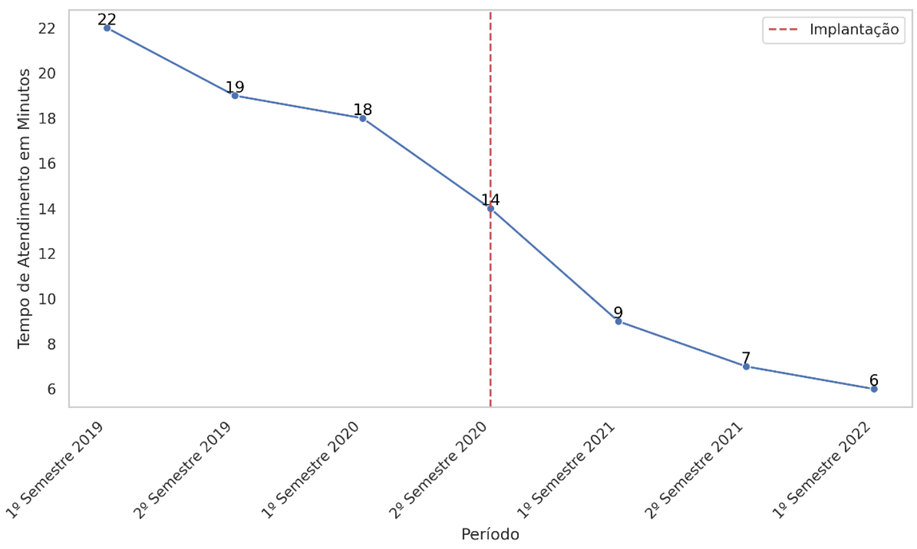


Gráfico 3 - Tempo de atendimento de solicitações antes e após a implementação.

CONCLUSÕES

A ferramenta tecnológica desenvolvida para otimização de processos na CAF do hospital demonstrou resultados significativos. A redução de custos, a melhoria no tempo de atendimento das solicitações e a agilização do processo de recebimento de produtos contribuíram para uma gestão mais eficiente e econômica.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, F. J.; DE ALMEIDA COSTA, C. L. **Aplicação da autonomação como estratégia de otimização de uma farmácia periférica: estudo de caso em um hospital de grande porte**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 1, n. 2, p. 86-101, 2012.

BONATO, A.; DE MELLO, R. B. **Tecnologia da informação na gestão de materiais em farmácias hospitalares**. Interação-Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 18, n. 1, p. 59-72, 2016.

METZNER, V. **Proposta de modelo de rastreabilidade para o setor de medicamentos no Brasil utilizando o conceito de Internet das coisas**. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

OLIVEIRA, T. S.; MUSETTI, M. A. **Revisão compreensiva de logística hospitalar: conceitos e atividades**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2014.

FERRAMENTAS DE ACULTURAMENTO DA SEGURANÇA HOSPITALAR COMO MEIO DE GARANTIR A REDUÇÃO DA EVASÃO

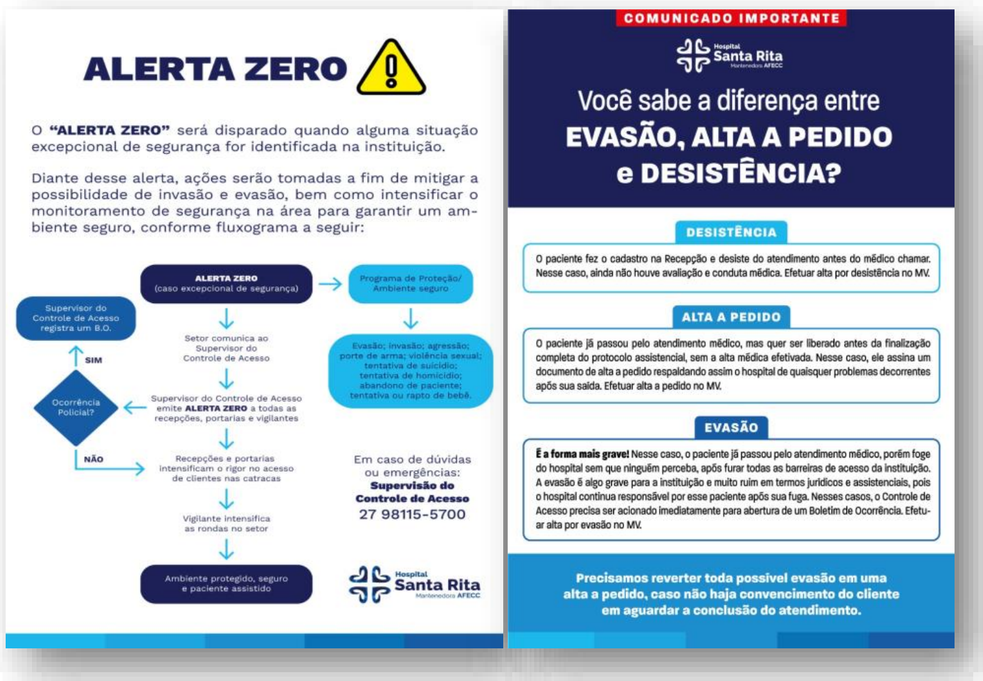
Raianny Silva Mattos Laeber

INTRODUÇÃO

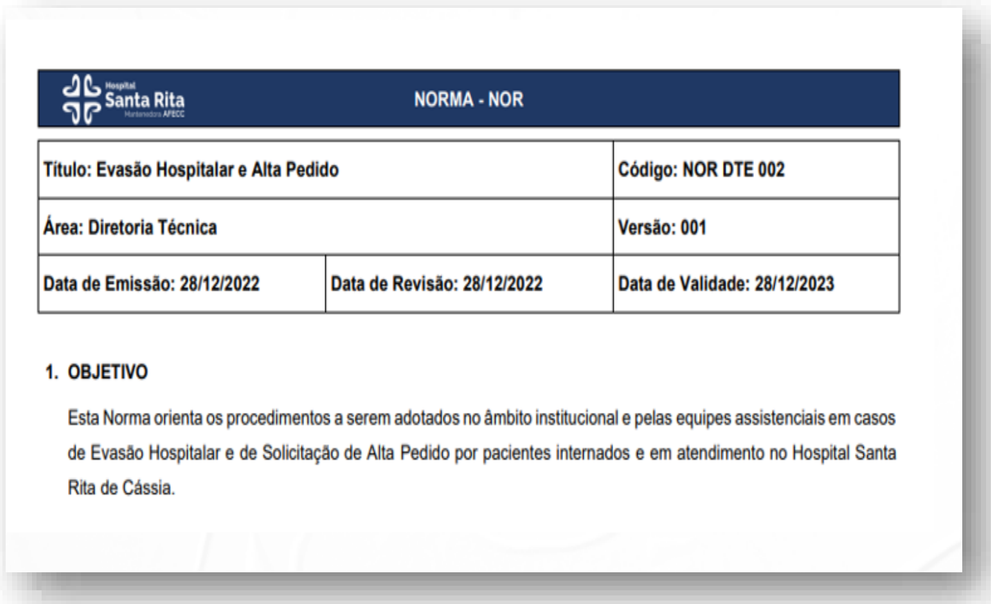
Prevenir a evasão hospitalar é essencial para garantir a continuidade do tratamento e a segurança dos pacientes. Esse fenômeno pode acarretar sérias consequências tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde como um todo. Nessa perspectiva, o Hospital Santa Rita promove uma séria de ações para aculturar o tema, reduzir a incidência e garantir a conclusão do cuidado estabelecido no plano terapêutico.

METODOLOGIA

Diante de uma frágil cultura relacionada ao tema, vivenciávamos uma realidade de pouco conhecimento dos conceitos e respectivas atuações na condução de uma evasão de paciente. Em setembro de 2022, iniciamos um processo de aculturamento da segurança hospitalar, com ferramentas de comunicação que tiveram como objetivo inovar a abordagem e os processos sobre o tema, de modo a reduzir o número de evasões. Institucionalização e treinamento da Norma de Evasão e Alta a Pedido às equipes multiprofissionais, campanhas internas junto à Comunicação e Marketing sobre o tema e promoção de encontro jurídico com o corpo clínico para alinhamento de condutas foram algumas das ações desse processo. Os registros de não-conformidades e eventos adversos relacionados a ocorrências de evasão também foram fundamentais para o resultado obtido. Criamos e institucionalizamos o 'Alerta Zero', fluxo definido para intensificar a atenção das recepções e portarias em casos excepcionais de segurança.



1. Alerta Zero: fluxo criado para intensificar a atenção diante de uma situação excepcional de segurança. 2. Ação interna de marketing sobre o tema.



Norma institucional de evasão hospitalar e alta a pedido padronizada e disseminada.

RESULTADOS

Constatamos, por meio do indicador de qualidade, que saímos de um pico de 33 para 2 evasões/mês (redução de mais de 90%), quando consideramos os motivos de altas médicas registradas no sistema após implementação das ferramentas e ações direcionadas. Realizamos uma simulação do Alerta Zero com constatação de disseminação eficiente do fluxo em todas as portarias e recepções que, quando contatadas pela supervisão do Controle de Acesso, tinham conhecimento do fluxo e reportaram o contato feito com os demais integrantes da equipe da operação de plantão. O tema evasão hospitalar, após disseminação e aculturamento, já é debatido em encontros médicos, Huddles institucionais e reuniões da Comissão de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Risco (CSPGR). Temos segurança em afirmar, baseado em evidências, que o processo de aculturamento interno foi eficiente e trouxe resultados extremamente positivos para instituição.

Análise

Responsável:	Executor:	Status:
CONTROLE DE ACESSO	RAIANNY SILVA MATTOS LAEBER	Concluído

Descrição da Análise:

Como ação de um evento envolvendo evasão de paciente, criamos uma forma de alertar as recepções e portarias, além dos seguranças, quando houver na instituição alguma situação excepcional de segurança que possa favorecer a ocorrência de evasão e invasão na instituição e . Criamos o Fluxo do ALERTA ZERO em agosto de 2023. Após disseminação institucional do fluxo do ALERTA ZERO em agosto de 2023, fizemos uma simulação do alerta em 11/09/23. O ALERTO ZERO foi disparado como sendo no Setor A e todas as portarias, recepções e vigilantes relacionados foram comunicados pelo supervisor do controle de acesso para garantirem atenção redobrada nos acessos (entradas e saídas). Todos os colaboradores contatados tinham ciência do alerta e do fluxo durante o contato feito. O alerta foi inserido no Programa de Proteção em Casos Excepcionais e Promoção de um Ambiente Seguro. Ordem cronológica da ação: Evento de evasão ocorrido em agosto de 2023 (ocorrência 599 Go Quality) Fluxo definido e disseminado para área de atendimento e hospital em agosto de 2023 (reuniões, HSRConecta e e-mail) Fluxo inserido no programa de proteção em agosto de 2023 Simulação ocorrida em 11/09/23 Treinamento institucional sobre o Programa de Proteção em Casos Excepcionais e Promoção de um Ambiente Seguro programado para outubro.

Simulação do fluxo de Alerta Zero registrado como ocorrência no sistema interno de gerenciamento de risco da instituição.

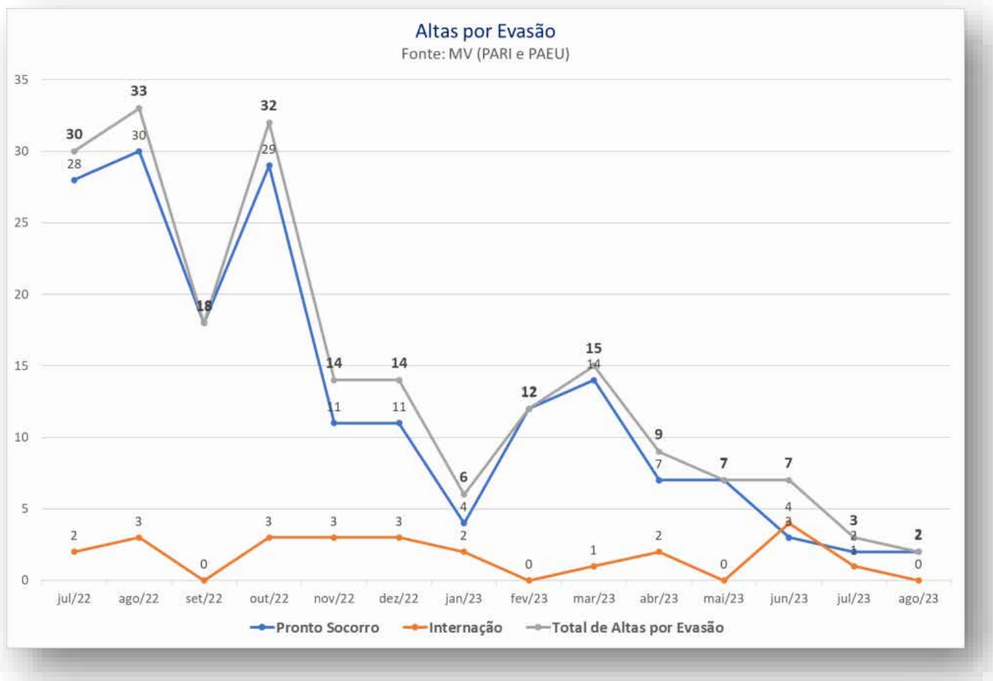


Gráfico representativo do indicador de evasão da instituição.

CONCLUSÕES

Quando um paciente abandona o tratamento, sua condição de saúde pode piorar, resultando em complicações graves e até mesmo morte. Além disso, sobrecarrega o sistema de saúde, uma vez que recursos foram alocados para o tratamento do paciente que agora não estão sendo utilizados adequadamente. É importante promover um ambiente acolhedor, com comunicação clara e eficaz entre os profissionais de saúde e o paciente. Vimos que tais ações foram cruciais na obtenção de resultados positivos que mitigaram a ocorrência de evasão em nosso hospital.

REFERÊNCIAS

Protocolo de Enfrentamento à Evasão Hospitalar de Pacientes (Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC / EBSERH). Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/hospital-universitario-walter-cantidio/protocolos/unidade-de-gestao-de-riscos-assistencias/pro-usep-006-v1-enfrentamento-a-evasao-hospitalar-de-pacientes.pdf .

FORMAÇÃO DE GRUPO DE AUDITORES COM IMPACTO NO CONTROLE DE INFECÇÃO DE UNIDADES CLÍNICAS CIRÚRGICAS

Leandro Domingos Pereira, Danielle de Araújo Malfati, Vanessa Nardelli, Elaine Cristina Melo de Lima

INTRODUÇÃO

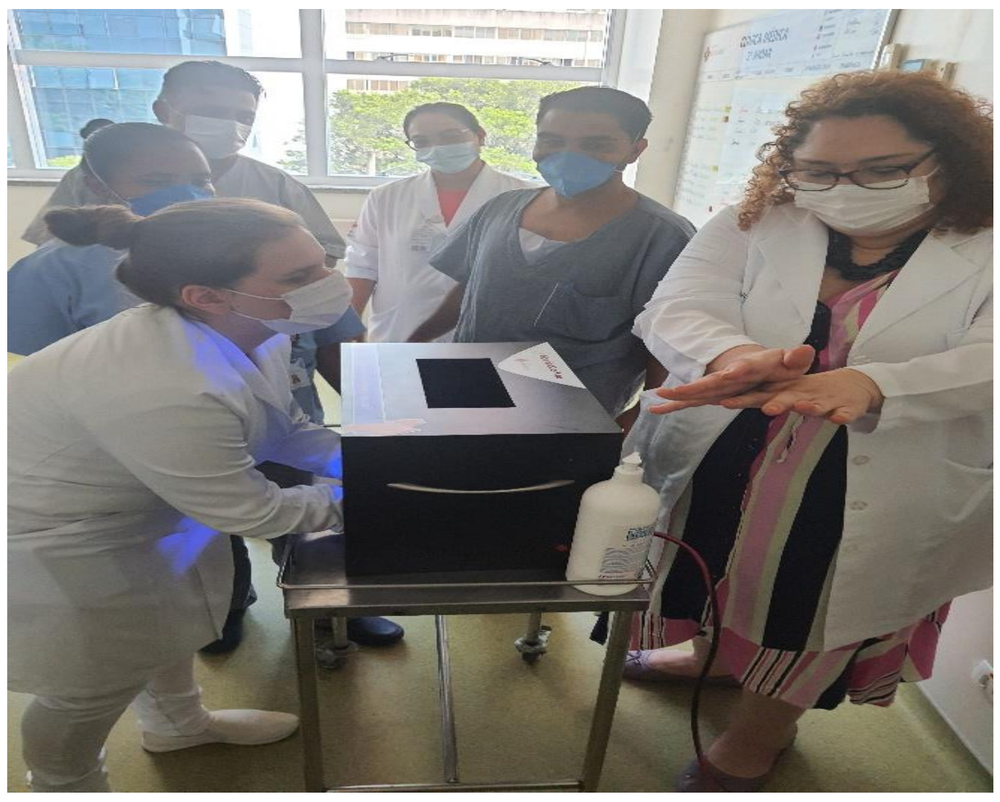
Prevenir infecção hospitalar é um grande desafio para os profissionais, sendo necessário uma abordagem multi sistêmica e multifatorial. Infecção hospitalar é definida como adquirida após a internação e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

A higiene das mãos representa prática fundamental do cuidado considerada como a medida mais importante e eficaz na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Entretanto, estudos apontam que a adesão ao procedimento é insatisfatória em todo o mundo e evidenciam baixas taxas de adesão.

METODOLOGIA

Foi criado em um hospital privado de São Paulo, um grupo de profissionais das unidades de internação clínica e cirúrgica para serem sentinelas das boas práticas de higiene das mãos.

Inicialmente, foi determinado pelo Controle de infecção institucional um check list sem variações para avaliação da adesão aos 5 momentos de higiene das mãos e performance técnica. Para uso desses instrumentos, foram capacitados 20 profissionais (enfermeiros “espiões”) para uma proporção de 180 leitos gerando em média 200 a 300 observações mês. De forma oculta é realizado o levantamento de dados para análise e elaboração de planos de melhoria. Também foram formados outros profissionais da equipe multidisciplinar dentre eles fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e farmacêuticos aumentando o volume de amostras mês.



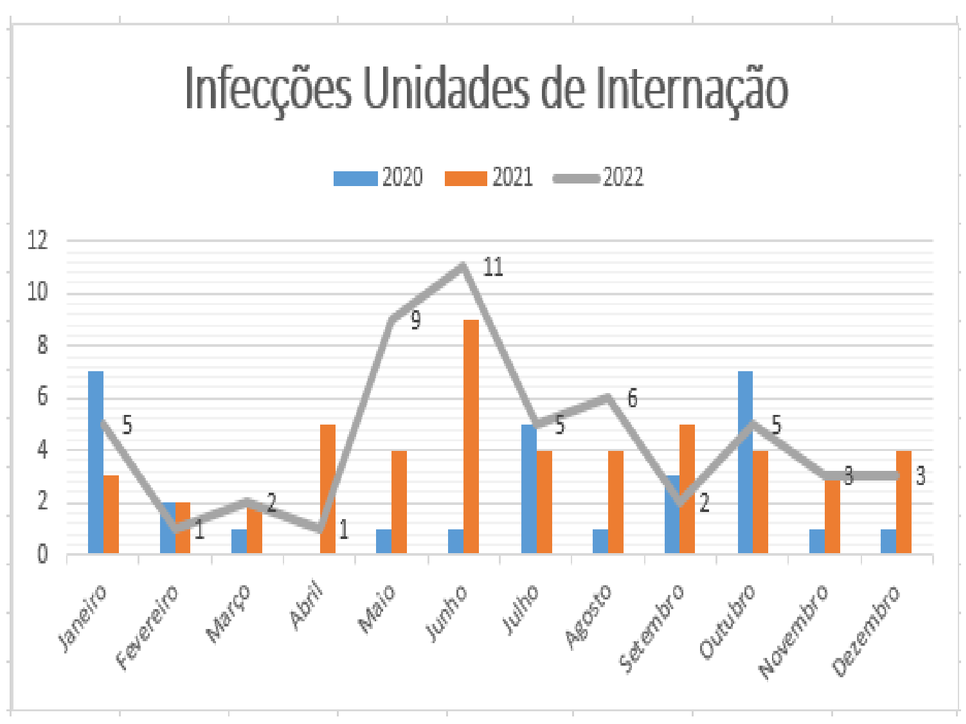
Ação lúdica a partir da formação do grupo de auditores com foco na qualidade da pratica de higienização das mãos conforme técnica estabelecida da OMS.

Convite nominal para formação do grupo de higiene das mãos.

RESULTADOS

Observa-se engajamento dos profissionais e a preocupação de correlacionar esta atividade com os índices de infeção das unidades. Em 2022 obtivemos uma densidade de infecção abaixo de 1,0 na maior parte do ano e no último trimestre conseguimos manter a média de 83% de adesão às boas práticas de higiene das mãos, sendo o profissional enfermeiro o mais aderente à boa pratica quando comparado a outros profissionais da equipe multiprofissional.

Ação lúdica in loco, usando a figura de Florence Nightingale para informações relacionadas a controle de infecção.



Demonstrativo do quantitativo de infecções nas unidades de internação adulto (184 leitos)

CONCLUSÕES

Este trabalho demonstra a importância do envolvimento da equipe assistente e multidisciplinar nas ações educativas que corrobora para melhor engajamento e os tornam promotores da prevenção e consequentemente organizadores de ações de melhoria com impactos positivos em relação as estratégias a serem trabalhadas a nível institucional. Tal ação nos coloca em uma visão amplificada das reais necessidades setoriais e caminhos viáveis para promoção da melhoria.

REFERÊNCIAS

1- Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 2616 de 13 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 15 maio 1998. Seção I.

2- Belela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):442-5. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189

Gerenciamento da Dor: estruturação do monitoramento do 5º Sinal Vital

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Bastasini A, Christ CD, Teixeira M; Santoro CM

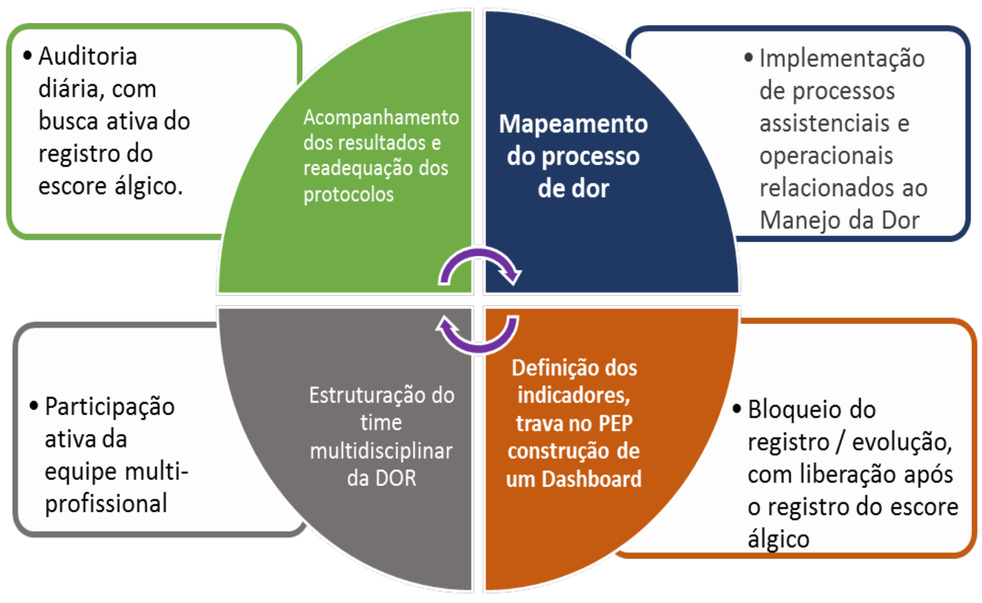
INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial. O controle sistematizado da dor como 5º sinal vital, têm o propósito de garantir o bem-estar do paciente, a segurança e a excelência na assistência.

Objetivo: estruturar o gerenciamento da DOR dos pacientes de maneira individualizada, segura e multidisciplinar e monitorar os indicadores assistenciais.

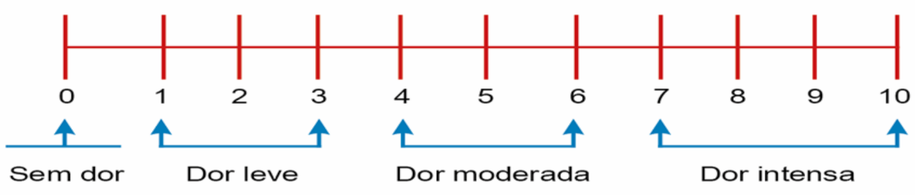
METODOLOGIA

Projeto realizado em um hospital privado do estado de São Paulo, no período janeiro de 2021 a julho de 2023. A ferramenta utilizada para organizar as ações foi o PDSA, que permite revelar as etapas do projeto com o objetivo de evidenciar as ações e os indicadores. A implantação ocorreu em 4 etapas.1° Etapa: mapeamento do processo de dor; 2° Etapa: definição dos indicadores, "trava" no prontuário eletrônico e a construção de um Dashboard; 3° Etapa: estruturação do time multidisciplinar da DOR e 4° Etapa: acompanhamento dos resultados e readequação dos protocolos, template, indicadores setoriais e institucionais e a sistematização do registro em prontuário eletrônico.



PDSA com a descrição das etapas do projeto do monitoramento da dor.

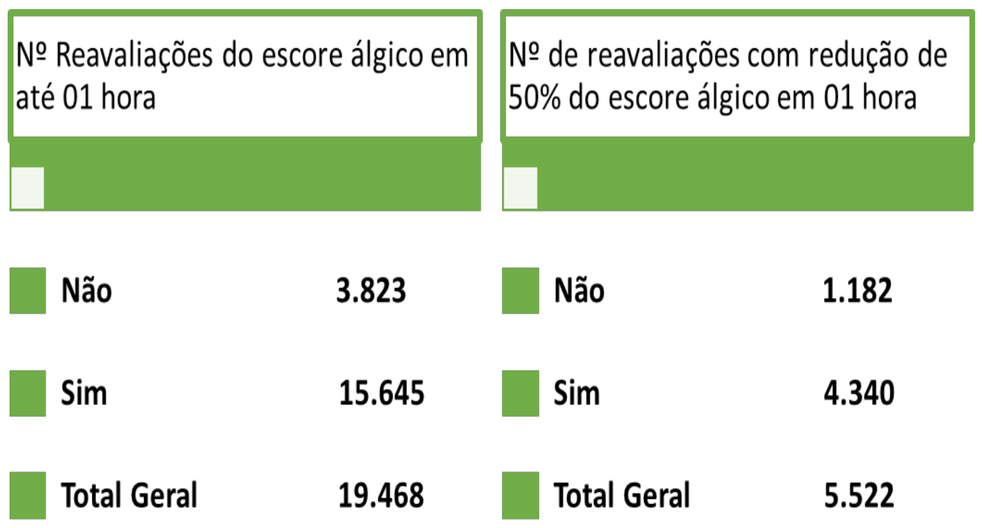
ESCALA	APLICABILIDADE
Numérica verbal	Crianças e adultos alfabetizados.
Comportamental (Adulto Sedado) / BPS (Behavior Pain Scale) –	Pacientes adultos em ventilação mecânica e sedado.
PNAID (Pain Advanced with Dementia)	Adultos com demência ou alterações cognitivas.



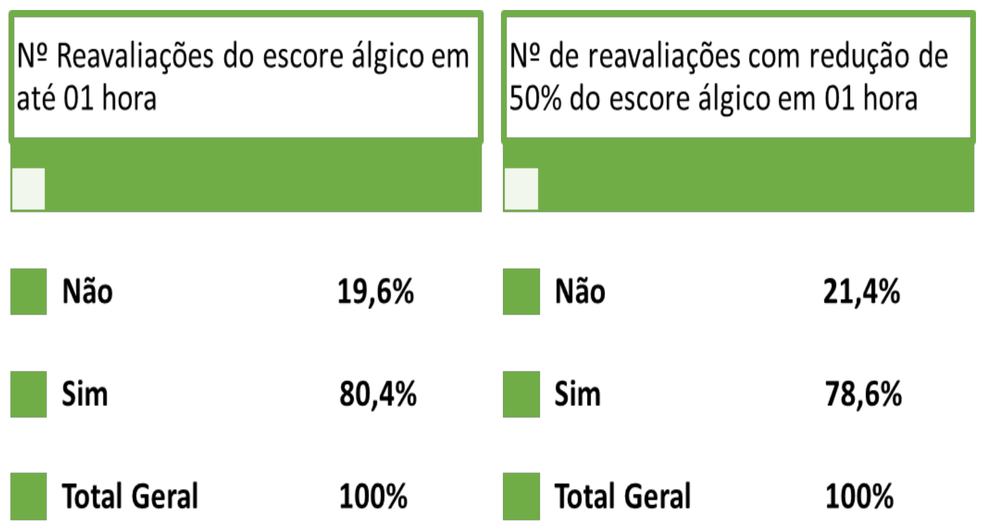
Escalas padronizadas para o registro do escore álgico. Escala de classificação numérica da dor

RESULTADOS

No levantamento dos dados por meio do registro dos sinais vitais com o score álgico, o piloto avaliou em média, 28 mil amostras de oportunidades de avaliação da dor/mês com 3.120 relatos de dor, a partir do score 01 (dor leve) até o score 10 (dor severa) considerando todas as unidades do hospital, inclusive os pacientes ambulatoriais. Diante do contexto de melhorias, foram propostos quatro novos indicadores, com destaque para os dois principais: Oportunidades de Reavaliação da Dor em 1 hora e Redução de Dor Moderada à Intensa em 50% na 1º hora



Dados Dashboard. Amostra válidas Jan/ 21 até Jun/ 23



Dados Dashboard. Amostra válidas Jan/ 21 até Jun/ 23

CONCLUSÕES

Com o monitoramento dos resultados por meio das nossas ferramentas e plataforma de dados, foi possível constatar uma experiência positiva e segura relacionada a qualidade assistencial individualizada, desde o planejamento até o desfecho do cuidado, com a redução da dor dos nossos clientes

REFERÊNCIAS

1. Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP); Revisão 2020

2. Morete MC, Morfatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. RevBras Ter Intensiva. 2014;26(4): 373-378

GERENCIAMENTO DE RESULTADOS ATRAVÉS DO PROCESSO DE MENTORIA E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

Leandro Domingos Pereira, Patrícia Ingrid Sousa Barão, Diego da Silva Ferreira, Elaine Cristina Melo de Lima

INTRODUÇÃO

O papel do líder ultrapassa a responsabilidade em gerenciar processos e demandas operacionais. Uma boa liderança busca o autoconhecimento e propõe ferramentas de engajamento aos liderados, inspirando e dando autonomia para a busca de melhoria nos processos.

Este trabalho tem por objetivo demonstrar o caminho de desenvolvimento de pessoas com impacto em projetos estratégicos de acolhimento de profissionais recém-admitidos e otimização de recursos com retenção de desperdício.

Trata-se de um relato de experiência de atividades propostas à membros da equipe como ferramenta de desenvolvimento com impactos estratégicos no departamento de emergência em um Hospital Privado de São Paulo com a utilização da ferramenta de mentoria.

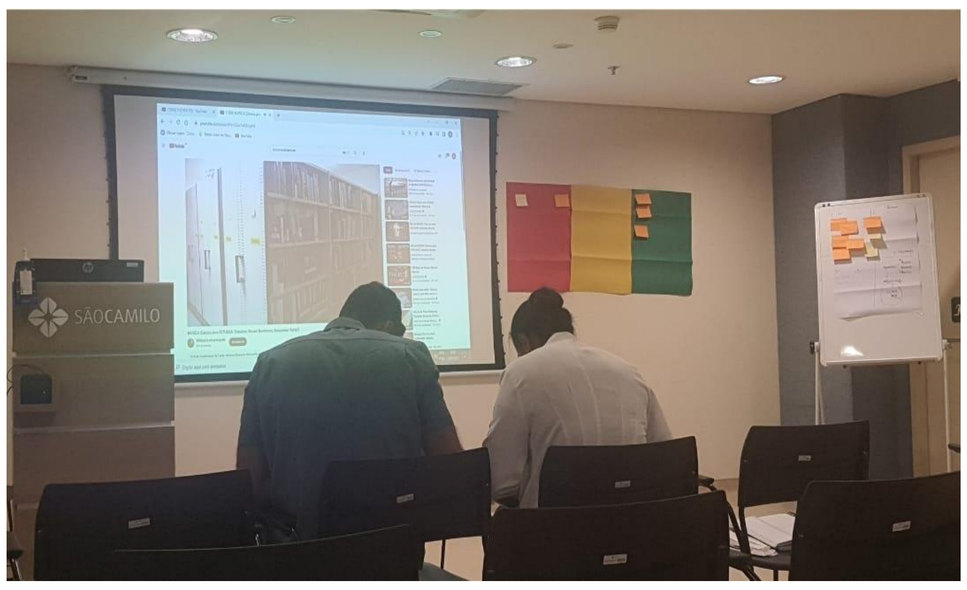
O processo de mentoria, configura-se como estratégia, permitindo autonomia e flexibilidade no processo de aprendizagem e desenvolvimento de projetos, trazendo ganhos individuais e coletivos.

METODOLOGIA

Para adequação da qualidade na formação interna dos recém-admitidos, foi delegado ao profissional enfermeiro com nível sênior, o desenvolvimento do programa de acolhimento de novos colaboradores, com a perspectiva de padronizar conteúdos e validações técnicas, bem como propiciar melhor experiência deste novo profissional no departamento impactando positivamente a mudança de cultura e retenção de talentos.

Paralelo a esta atividade foi elencado à profissional com função operacional no nível de supervisão propor sugestão de melhoria no estoque da sala de emergência, trazendo solução viável para contenção de desperdícios, mantendo o nível de segurança do paciente.

Foi realizado um processo de mentoria no primeiro trimestre, com elaboração de planos de ação para implantação dos projetos.



Alinhamento de expectativas e apresentação da proposta de trabalho.

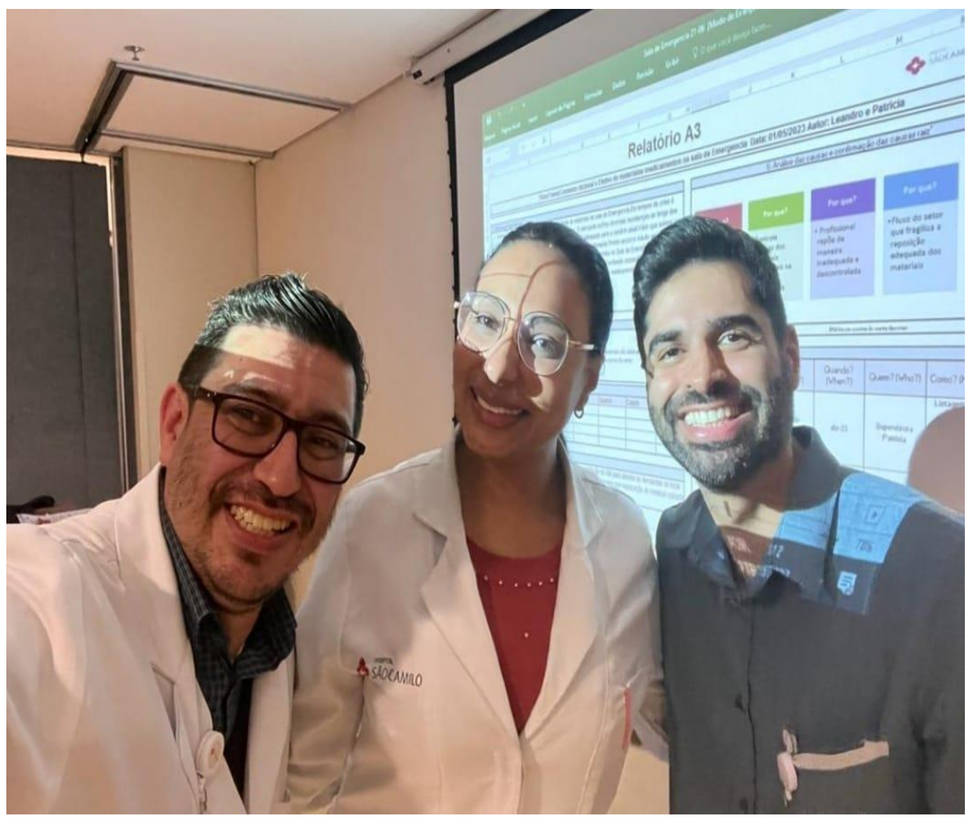
Desenvolvimento do plano de treinamento setorial como meio de integrar e trabalhar a pertença institucional

RESULTADOS

Após implantação na primeira avaliação do projeto com a apresentação de resultados através da ferramenta de A3 foi demonstrado os seguintes resultados: No primeiro projeto percebeu-se maior segurança e melhor integração dos novos membros da equipe ao departamento, tendo um índice perto de 95% de adequação das práticas estabelecidas e 98% de retenção dos recém contratados no período.

No segundo projeto, foi possível retirar o estoque da sala de emergência sendo substituído por kits, propiciando melhor cobrança, controle e reposição através da rastreabilidade. Foi evidenciado a retirada média de 250 itens com valor médio de R$ 4500,00 de materiais acondicionados com baixo fluxo de giro e sem reposição adequada.

Projeto de otimização de recurso disponível no setor de emergência. Imagem 1: Antes do projeto; Imagem 2: Posterior ao projeto



Finalização dos projetos com apresentação da metodologia e resultados obtidos através da ferramenta A3.

CONCLUSÕES

O trabalho de mentoria, torna a autonomia profissional uma marca evidente na condução do processo, propiciando ao mentorando maior segurança para desenvolver habilidades não exploradas anteriormente pelo fato de ser responsável pelo projeto ser colocado como protagonista nas principais ações modificadoras de eficiência do projeto.

REFERÊNCIAS

1- Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):363-73.

2- Alves R. Ostra feliz não faz pérola. São Paulo: Planeta; 2008 [acesso em 25 fev 2021]. Disponível em: Disponível em: http://alma.indika.cc/wp-content/uploads/2015/04/Ostra-Feliz-Nao-Faz-Perola-Rubem-Alves.pdf
» http://alma.indika.cc/wp-content/uploads/2015/04/Ostra-Feliz-Nao-Faz-Perola-Rubem-Alves.pdf

GERENCIAMENTO DOS ACESSOS VASCULARES: AÇÕES ALÉM DA INSERÇÃO, UM CUIDADOS APÓS ATÉ O PROCEDIMENTO ATÉ A RETIRADA

Marilyn Pinheiro da Silva Martins, Adriana Queiroz Pinto Rei, Ana Kelly Rezende Lessa de Barros

INTRODUÇÃO

O procedimento de acesso à rede venosa surge com a descoberta da circulação sanguínea, que ao longo dos tempos vem sendo aprimorada e exigindo do profissional de enfermagem cada vez mais o aprimoramento técnico na realização do acesso à rede venosa.

Com o uso da rede venosa cada vez mais sendo utilizada fez-se necessário o gerenciamento dos cateteres vasculares. Surgindo assim a necessidade do profissional dedicado à essa terapia: o enfermeiro da Terapia Infusional.

As unidades de saúde cada vez mais entendem a importância de avaliar previamente, selecionar o cateter mais indicado para o tratamento da comorbidade que assola o paciente em paralelo a previsão de internação, avaliação diária, registro das intercorrências associada ao uso do dispositivo e de sua retirada.

As grandes empresas de produtos hospitalares desenvolvem certificações para que às unidades hospitalares possam comprovar sua eficiência durante o uso da rede venosa.

METODOLOGIA

Realizada pesquisa descritiva da implementação do enfermeiro voltado para a Terapia Infusional. Buscando evidenciar os pontos de melhoria apresentados pela unidade hospitalar na adoção deste profissional em seu corpo clínico. Utilização do projeto de gerenciamento de cateteres vasculares – VAM para o aprimoramento da equipe e utilização das ferramentas apresentadas para a melhoria da segurança infusional.

RESULTADOS

No ano de 2022 foi aprimorado o serviço de Terapia Infusional na unidade, onde um profissional tornou-se direcionado para realização de procedimentos beira leito e gerenciamento dos cateteres. As ações implementadas na unidade visam o aumento da segurança infusional, a redução da infecção de corrente sanguínea e a validação dos processos através da obtenção da certificação pelas empresas parceira e de instituto de acreditação.

É importante salientar que a implementação do gerenciamento foi um método de controle dos cateteres vasculares centrais e periféricos de forma mensal para gestão e avaliação setorial do emprego dos dispositivos dentro da necessidade do paciente e a decisão clínica de tratamento.

No que tange o gerenciamento dos cateteres foi implementado:

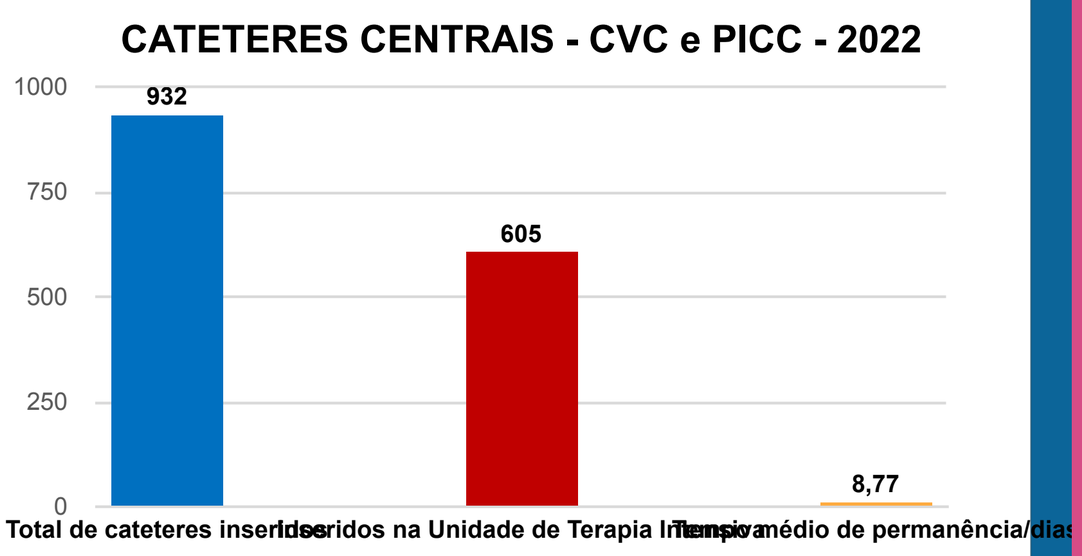
Planilha diária de cateter instalados/mantidos - periférico e central (PICC e CVC) e o gerenciamento dos eventos adversos da Terapia infusional;

. Planilha mensal dos cateteres centrais (PICC e CVC)

- Busca pelos pacientes em prontuário eletrônico e pela folha de consumo de dispensação de produtos;

Implantada na Unidade o 1º Time de Punção Difícil: colaboradores que foram treinados para realizar punção venosa periférica em pacientes elegíveis.

Gerenciamento dos acessos vasculares centrais análise dos pacientes que fizeram uso da rede venosa central (CVC e/ou PICC) no ano de 2022.



Densidade de cateteres centrais utilizados e o comparativo com a Unidaade de Terapia Intensiva no ano de 2022

Quando avaliada utilização dos acessos periféricos no mesmo ano foi utilizado em média 2.954/mês, possuindo uma densidade de 81% dos cateteres vasculares.

Com a realização ao longo do ano de treinamentos sobre os cuidados preventivos com os acessos vasculares frente à infecção de corrente sanguínea, no comparativo entre o ano de 2021 e o ano de 2022 uma queda 54% de casos suspeitos e de 43% de casos confirmados.

Quando analisado no ano de 2022 os eventos adversos associado ao uso de cateteres venosos tem-se as seguintes médias dados: perda de cateter periférico: 4,9%, Casos de flebites: 7,2%; obstrução de cateter venoso central ou PICC: 0,8% e as perdas de cateter venoso central: 0,5%;

Para obtenção desses números, foi obtido através da realização de treinamentos aos colaboradores assistenciais, teórico e práticos sobre a temática dos cuidados, manutenção, prevenção de infecção primária de corrente sanguínea e na retirada. Utilização de educadores das empresas parceiras foi de suma importância para o fortalecimento das informações. Sua atuação também possibilitou na propagação das boas práticas no cuidado após inserção do cateter periférico e central.

CONCLUSÕES

Uma unidade que busca a oferta de excelência na segurança e nas melhores práticas assistenciais, deve ter em seu escopo de trabalho um profissional dedicado aos cuidados com a terapia infusional, direcionando assim o olhar mais crítico à prática da utilização da rede vascular como um fator intrínseco a rotina de uma unidade hospitalar. Ter uma equipe assistencial capacitada, capaz do diagnostico de falha no processo infusional. Este artigo demostra que ter um profissional dedicado aos cuidados dedicado à segurança e nos métodos preventivo, educacionais e gerenciais focados na terapia infusional traz inúmeros benefícios para unidade, com a redução dos custos de insumos e complicações no uso da rede venosa e a satisfação do paciente atendido que necessita da utilização da rede venosa.

REFERÊNCIAS

DANTAS, S, R P, E; GADANHOTO, A, P; BUENO, G, V. Gerenciamento de Cateteres Vasculares em um Hospital Universitário. In: Anais de Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do estado de São Paulo, v.1, 2016.

DUTRA, G.O; MORAES, M, C, S de; LIMA, T, C D de; ALVES, D, F, S; SILVA, V, A da; GASPARINO, R, C. Prevenção de Eventos com Cateteres Vasculares: Validação de um Instrumento. In: Revista de Enfermagem UFPE on line. 2021; 15:e246201.

CARAMELO, A, C, L, M; PEREIRA, M, C, A, R, S; BRANCO, M, Z, P, C; SANTOS, C, A, G dos; PIRES, P, M, R, P. A História da Punção Venosa e o Cuidado de Enfermagem. In: http://dx.doi.org/10.23925/2178-2911v20espp89-96.

Gerenciamento Eletrônico dos Indicadores do Hospital

Tatiana Lima Romão, Suellen Dias Lacerda Costa, Erika Fernanda de Brito Varandas, Mariane Rizzetto Coelho Paura.

INTRODUÇÃO

O Hospital implantou o setor da Qualidade no ano de 2019, nesse momento ocorreu a implantação do gerenciamento através de indicadores. Os Indicadores são ferramentas de gestão utilizadas para medir e avaliar o desempenho de seus processos e gerenciá-los, visando à conquista das metas e objetivos.

Objetivo: Realizar o gerenciamento eletrônico de indicadores, proporcionando conhecimento dos dados de produção, avaliação do desempenho do processo e de resultado gerando de melhorias dentro do hospital.

METODOLOGIA

No ano de 2019, durante o mapeamento de processos de cada área, foram definidos de forma concomitante os indicadores a serem gerenciados. No final do ano de 2019 foi adquirido pelo hospital o sistema informatizado o INTERACT para inserção destes indicadores, em paralelo foram construídos relatórios dentro do sistema eletrônico de prontuários o Tasy, e em junção com o BI Weknow. Os indicadores construídos no sistema, são alimentados pelo gestor, através dos relatórios personalizados, o gestor insere os dados, o próprio sistema gera o indicador e em seguida são inseridas no mesmo ambiente as análises críticas sobre o resultado obtido. Todos do hospital possuem acesso aos indicadores das demais áreas, e são disponibilizados dentro dos setores para o acompanhamento de toda a equipe, proporcionando uma Gestão á Vista destes resultados.

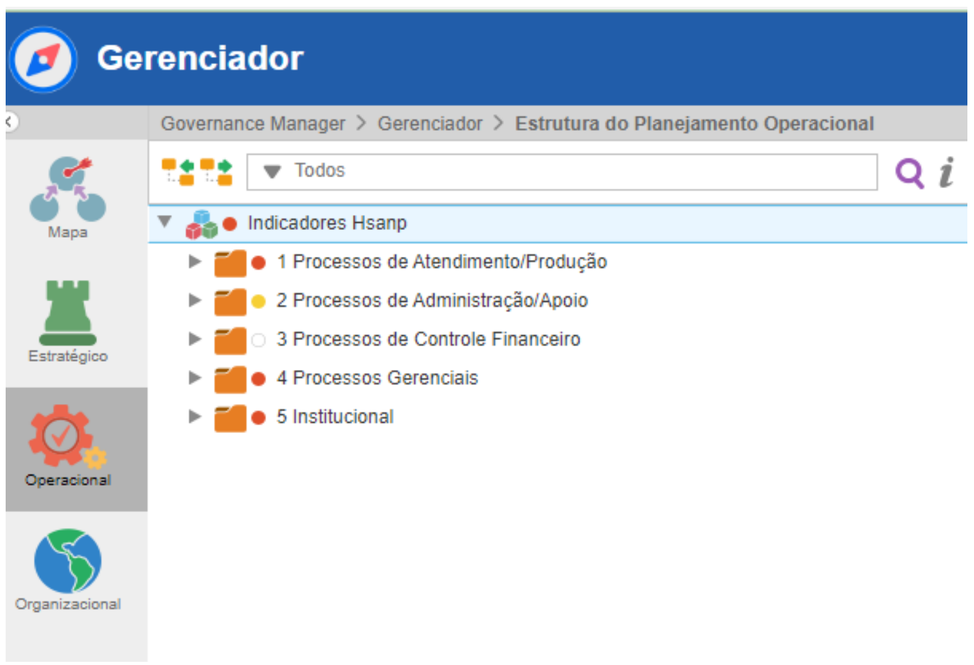
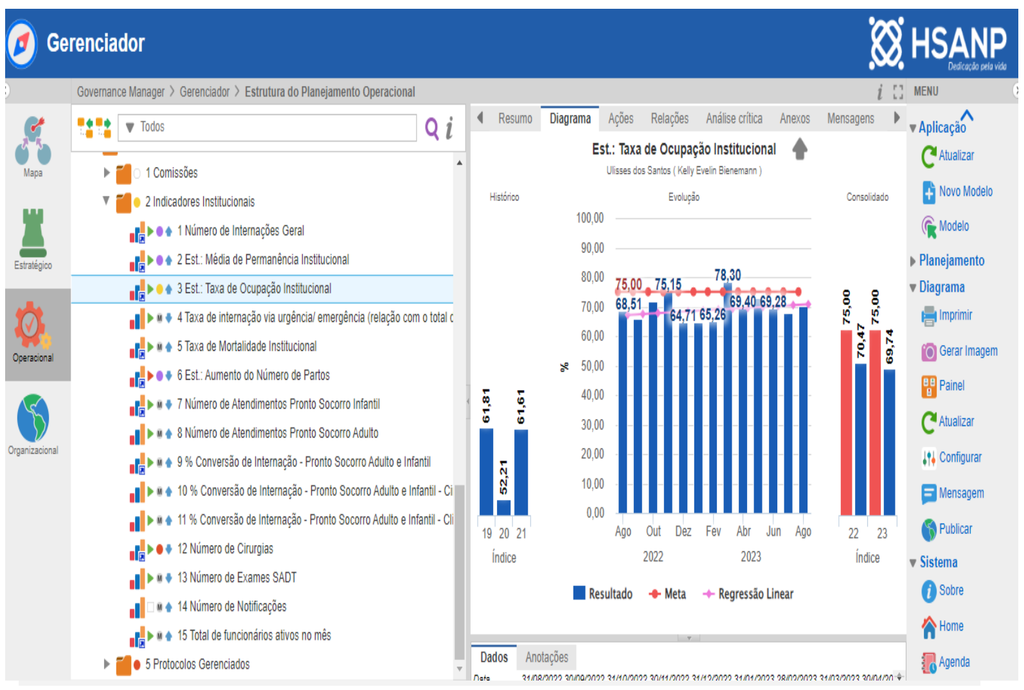


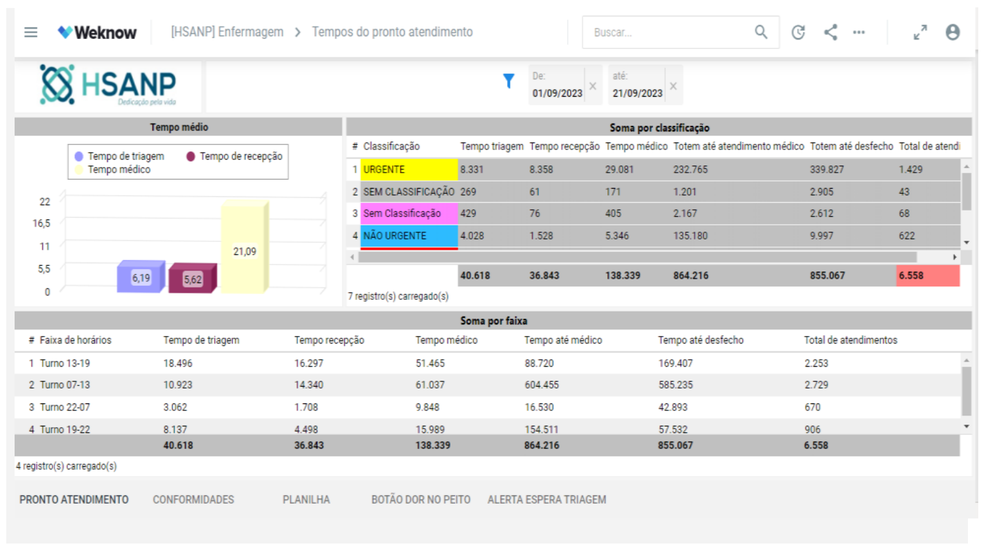
Imagem da Visão do Sistema de Gestão com a estrutura dos indicadores do Hospital



Exemplo de visualização do indicador dentro do sistema.

RESULTADOS

Realizamos uma análise dos requisitos necessários para composição dos indicadores e levantamento da fonte utilizada para obtenção dos dados. Após este levantamento, a qualidade em parceria com a tecnologia da informação, para a criação de relatórios personalizados, onde o principal objetivo era a integração dos dados de forma automática. Através da construção de relatórios, foi possível a inserção gradual de indicadores no hospital, saindo de 0 indicadores em 2018, 449 indicadores no ano de 2019 para um salto de 1888 indicadores em 2023. Proporcionando para que o gestor obtenha uma ferramenta para gerar melhorias e conquista das metas de acordo com as metas operacionais e alinhados ao Planejamento Estratégico do Hospital.



Exemplo de relatórios disponibilizados no Weknow de dados extraídos do Tasy.

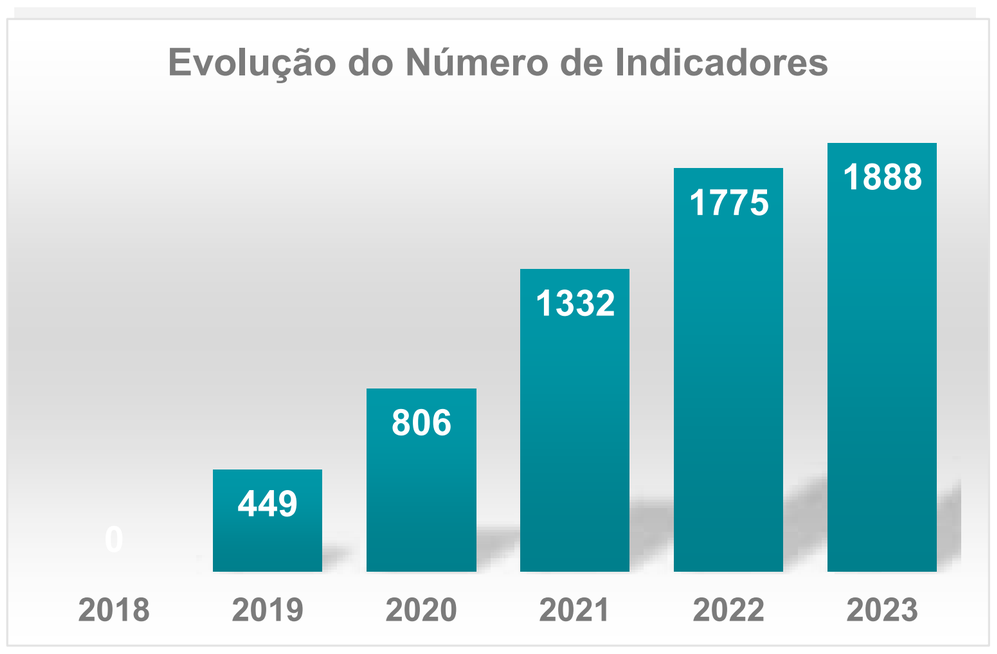


Gráfico da evolução de construção dos indicadores no hospital.

CONCLUSÕES

A implantação dos indicadores e relatórios personalizados trouxe ao hospital transparência e confiabilidade dos dados. Desta forma as análises são realizadas com maior brevidade facilitando a elaboração dos planos de ação e implantação de melhorias do hospital.

REFERÊNCIAS

- MEZOMO, J.C. Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. São Paulo: Terra, 1995.
- PALADINI, E.P. Avaliação Estratégica da Qualidade. São Paulo: Atlas, 2002.
- TAKASHINA, N.T. FLORES, M.C.X. Indicadores da Qualidade e do Desempenho. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

GESTÃO DE CUIDADOS DE PACIENTES CRÔNICOS USANDO SOFTWARE DE ORQUESTRAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO

André Sousa (HOS), Denyson Pereira (HOS), Jose Antonio Maluf (Tabia), Édison Renato Silva (Tabia)

INTRODUÇÃO

Esse trabalho apresenta os resultados com a implementação de um programa de gestão de cuidados para pacientes crônicos obtidos por um hospital especializado em oftalmologia de Sergipe. O programa utiliza uma plataforma digital inovadora de orquestração de jornadas de cuidado.

METODOLOGIA

Os objetivos do programa de gestão de cuidados para pacientes crônicos com uso de plataforma digital de orquestração de jornadas de cuidado são: (1) aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento e, com isso, (2) obter melhores desfechos para os pacientes; (3) aumentar o compliance da conduta médica em relação aos protocolos médicos padrão-ouro do hospital, combatendo o under e o overtreatment, (4) aumentar o número de pacientes sob gestão com o mesmo efetivo administrativo, (5) aumentar a transparência e a capacidade de coordenação e controle, pela equipe administrativa, dos fluxos clínicos, administrativos e financeiros do hospital, (6) melhorar a eficiência operacional do hospital, reduzindo abandonos, atrasos e remarcações, e provendo resolutividade, previsibilidade e economicidade para a operação e na relação com as operadoras de saúde.

RESULTADOS

A implementação da gestão de cuidados iniciou em junho de 2021 pelas especialidades de retina e glaucoma. No início, 1450 pacientes de glaucoma e 645 pacientes de retina foram acompanhados por uma equipe especializada. Em março de 2023, com uma empresa parceira, teve início a implementação de uma plataforma de orquestração de jornadas de cuidado para poder prover agilidade e inovação na gestão desses fluxos. O grupo controle é composto por pacientes crônicos que não participaram do projeto por escolha própria. Comparou-se também resultados antes x depois do projeto para pacientes do grupo intervenção.

Notou-se que a aderência ao tratamento dos pacientes de glaucoma e retina dobrou, o que aumentou a receita operacional bruta do hospital em 16% no primeiro ano do programa. O número de Campimetrias e Tomografias de Coerência Óticas (OCT) realizadas aumentou em 62% e 31%, respectivamente.

Linha do tempo de implementação do programa de gestão de cuidados.

Grandes números da atuação do Hospital de Olhos de Sergipe.

A importância fundamental de tangibilizar a informação para a gestão de cuidados de pacientes crônicos.

Países	População (milhões)					
	Classificação em 1950	1950	1975	2000	2025	Classificação em 2025
China	1º	42	73	134	284	1º
Índia	2º	32	29	65	146	2º
URSS/Rússia	4º	16	34	54	71	3º
EUA	3º	18	31	40	67	4º
Japão	8º	6	13	26	33	5º
Brasil	16º	2	6	14	32	6º
Indonésia	10º	4	7	15	31	7º
Paquistão	11º	3	3	7	18	8º
México	25º	1	3	6	17	9º
Bangladesh	14º	2	3	6	17	10º
Nigéria	27º	1	2	6	16	11º

Mudanças na população dos países que terão mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025. Fonte: Worlds Health Statistics Annuals.

CAMPIMETRIA				
ANO	PROCEDIMENTOS	TX. CRESCIMENTO	PESSOAS	TX. CRESCIMENTO
2016	3.997		3.348	
2017	4.157	3,85%	3.395	3,85%
2018	4.051	-2,62%	3.096	-2,62%
2019	4.827	16,08%	2.828	16,08%
2020	3.894	-23,96%	2.330	-23,96%
2021	4.925	20,93%	3.251	20,93%
2022*	6.028	18,30%	5.951	45,37%

*Realizado de janeiro à junho de 2022 e projeção de julho à dezembro de 2022.

Análise de resultados do número de campimetrias no hospital, evidenciando crescimento do número de pacientes recorrentes no programa.

CONCLUSÕES

Com a visibilidade da aderência dos médicos aos protocolos médicos estabelecidos foi possível provar aos convênios que não estava havendo overtreatment, pelo contrário, que as duas linhas de cuidados observavam os critérios de resolutividade, previsibilidade e economicidade.

REFERÊNCIAS

World Health Statictics, 2023. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics. Consultado em 26/09/2023.

Gestão de custos em todas as unidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo

MARCELO TADEU CARNIELO, MARIA RAQUEL F. DAMASCENO, BIANCA PATRÍCIO, EDSAMUEL C. DE ARAUJO

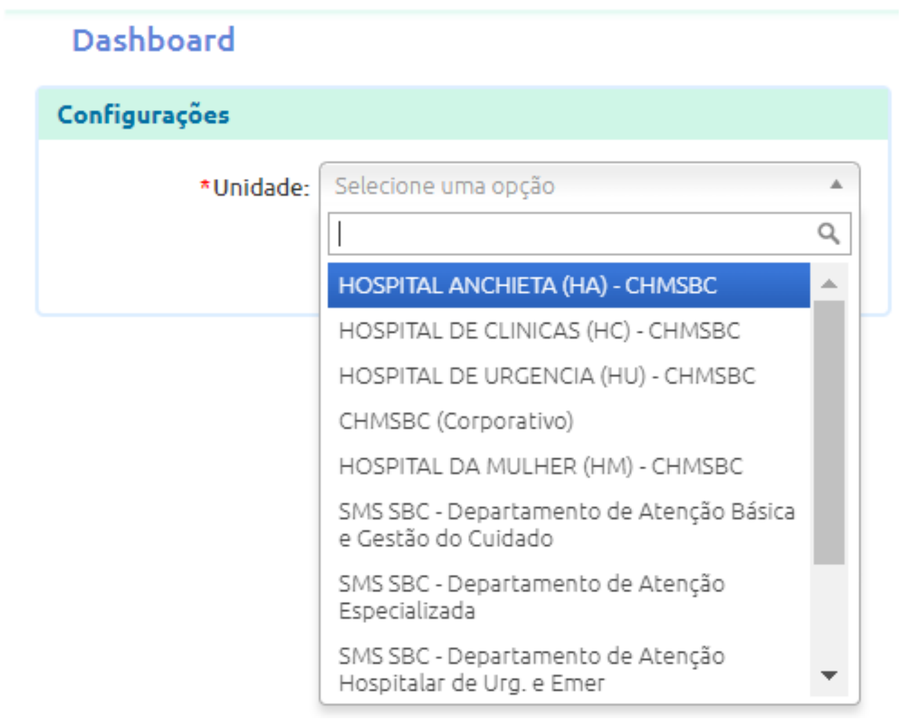
INTRODUÇÃO

A gestão de custos nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se imperativa em decorrência da necessidade de garantir maior eficiência e sustentabilidade do sistema. Os objetivos foram oferecer aos gestores uma metodologia no âmbito da gestão estratégica de custos, de maneira padronizada, para cada uma das Unidades da SMS-SBC, apoiada por um *software* via *web*, para *benchmarks*, melhorias de processos, direcionamento na tomada de decisão e redução do custo per capita.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto aplicado, que visa apresentar a importância dos custos em unidades de saúde, utilizando a abordagem qualitativa e quantitativa. O objetivo do projeto é proporcionar uma visão geral do assunto investigado, buscando aprofundar os conhecimentos sobre ele e, também, descrever as características de determinada unidade ou população. O projeto abordou o custeio por absorção, metodologia de apropriação de custos, que compreende o registro dos custos diretos, a apropriação dos custos indiretos e rateio das unidades de apoio e administrativas e o cálculo dos custos de produção, o que possibilita a geração de informações gerenciais ao nível dos centros de custos. Em fevereiro de 2022, foi iniciado o processo de modelagem do projeto de gestão de custos hospitalares, com a compreensão das estruturas físicas de todas as unidades que compõem a rede assistencial. A partir dessas informações, foi desenvolvida uma proposta de estrutura de centros de custos para cada departamento, com critérios de produção e rateios segmentados. Após a aprovação, deu-se início à coleta das informações para o processamento das informações gerenciais do primeiro mês de informação – em setembro/2022.

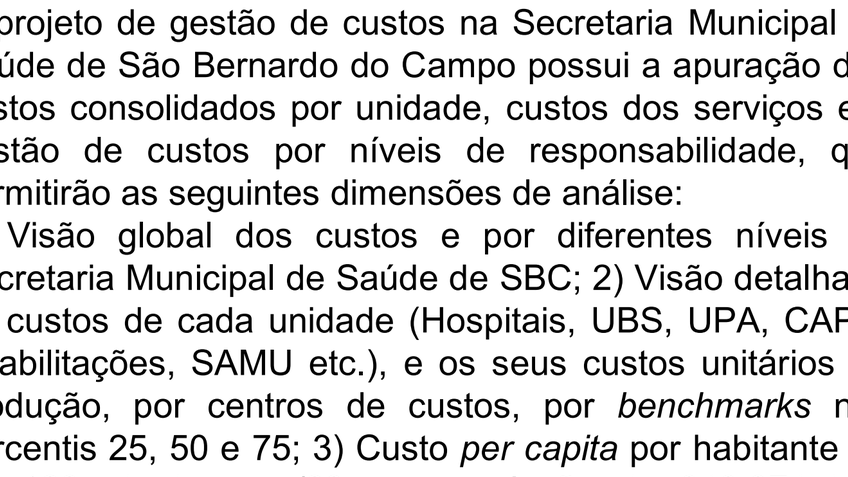
Fonte: KPIH (*Key Performance Indicators for Hea*lth) / Software online abrangente para todas as unidades do Complexo de Saúde de SBC.



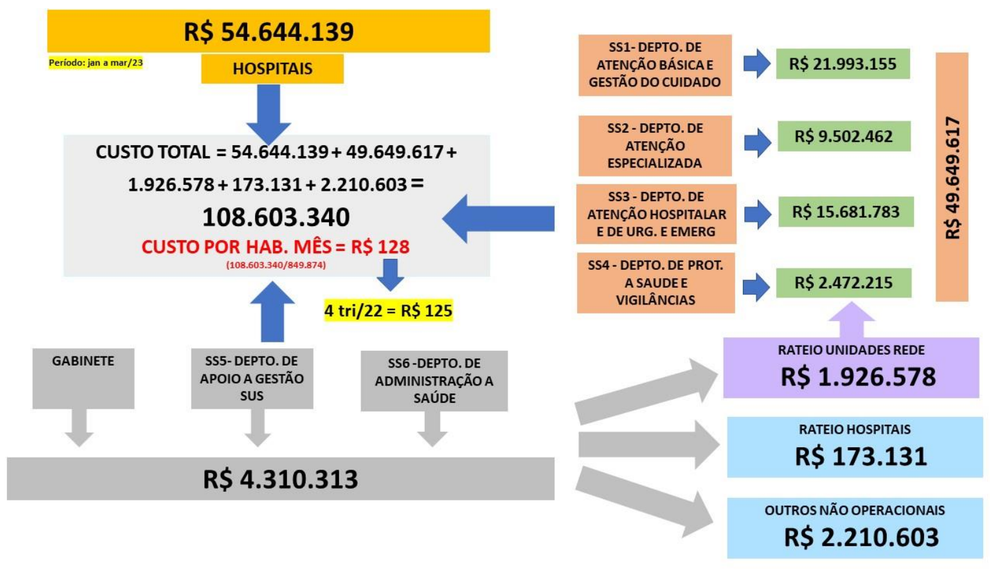
Fonte: KPIH (*Key Performance Indicators for Hea*lth) / Dashboard de custos e receitas por unidade de saúde do Complexo de Saúde.

RESULTADOS

O projeto de gestão de custos na Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo possui a apuração dos custos consolidados por unidade, custos dos serviços e a gestão de custos por níveis de responsabilidade, que permitirão as seguintes dimensões de análise:
1) Visão global dos custos e por diferentes níveis da Secretaria Municipal de Saúde de SBC; 2) Visão detalhada de custos de cada unidade (Hospitais, UBS, UPA, CAPS, Reabilitações, SAMU etc.), e os seus custos unitários de produção, por centros de custos, por *benchmarks* nos percentis 25, 50 e 75; 3) Custo *per capita* por habitante de R$ 128, de jan-mar/23 e população de 849.874 hab (IBGE,2021); 4) Composição dos custos por grupo de contas (Pessoal Não Médico, Pessoal Médico, Materiais e Medicamentos de Uso no Paciente, Material de Consumo Geral e Gerais); 5) Análise descritiva dos indicadores trimestrais, que possibilita a melhoria dos processos e aperfeiçoamento da gestão dos custos na SMS.
A partir das informações geradas de forma transparente e organizada, o gestor público pode tomar iniciativas custo-efetivas que propiciem gerar mais acesso, com igual recurso.



Fonte: KPIH (*Key Performance Indicators for Hea*lth) / Departamento de atencão básica e gestão do cuidado (ss1). Jan-mar/23.



Fonte: KPIH (*Key Performance Indicators for Hea*lth) / custo per capita. Jan-mar/23.

CONCLUSÕES

Os recursos do setor da saúde pública são limitados e com imensos desafios pela frente, os quais exigirão cada vez mais aprimoramento da gestão dos recursos. Neste sentido, este projeto buscou gerar informações detalhadas e analíticas de custos para que o gestor possa avaliar e comparar desempenho, aperfeiçoar controle e melhorar a tomada de decisão na busca incessante de diminuir o custo *per capita*, sem prejuízo da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

MATOS, Afonso José. **Gestão de Custos Hospitalares.** 3ª ed. São Paulo: Editora STS, 2005
MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos.** 11ª ed. São Paulo: Atlas, 2021
ATKINSON, Anthony et al. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000

GESTÃO DE CUSTOS EM UM CENTRO DE INFUSÕES DE QUIMIOTERÁPICOS

ALEXANDRE OLIVEIRA, ARIELEN DAGOSTIM BORGES, CAMILA FISCHER E GUILHERME BECKER

INTRODUÇÃO

O tratamento oncológico tem um custo elevado associado ao tratamento medicamentoso, a farmacoeconomia na oncologia tem em vista a minimização dos custos elevados associados ao processos de manipulação dos medicamentos que são utilizados de maneira fracionada de acordo com os protocolos clínicos. O processo de reaproveitamento das sobras de fracionamento de frascos injetáveis perfurados, oferece um ganho econômico à instituição sem gerar risco ao paciente e sem comprometer as condições dos produtos, pois atende a RDC 67/07. Foi incluído na rotina a utilização de um selo estéril em fluxo laminar, garantindo a eficácia na otimização destes recursos.

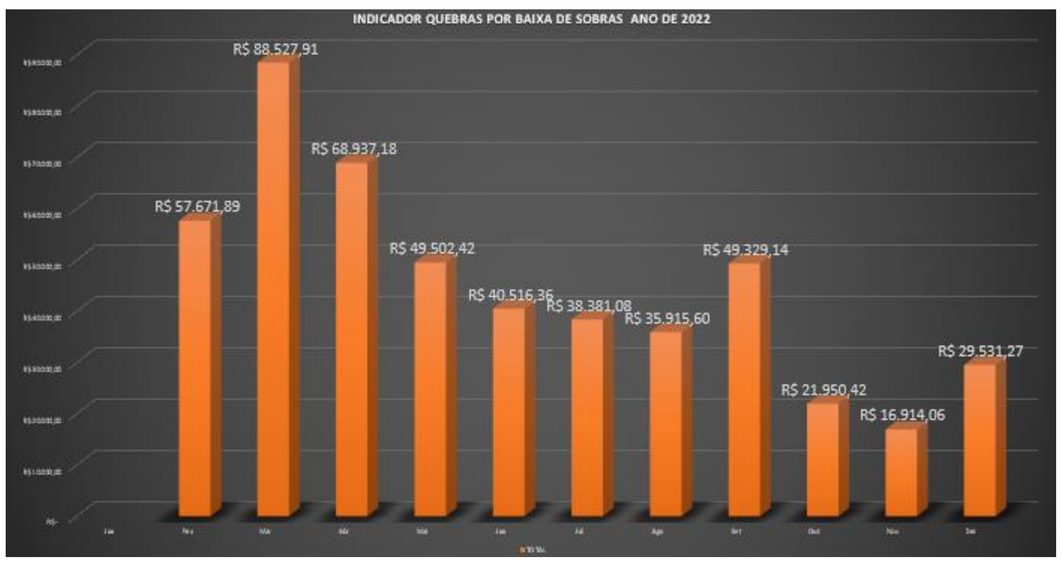
Objetivo: Relatar a experiência do serviço de farmácia na gestão de resíduos por sobras de medicamentos antineoplásicos e imunobiológicos em apresentação líquida previamente selecionados, a fim de viabilizar a estabilidade estendida através do reaproveitamento destas sobras após perfuração dos frascos, tendo em vista a segurança do paciente e a validação do processo, com o objetivo de gerar um ganho econômico e redução de custos com desperdício além do uso racional de medicamentos em um Hospital privado do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

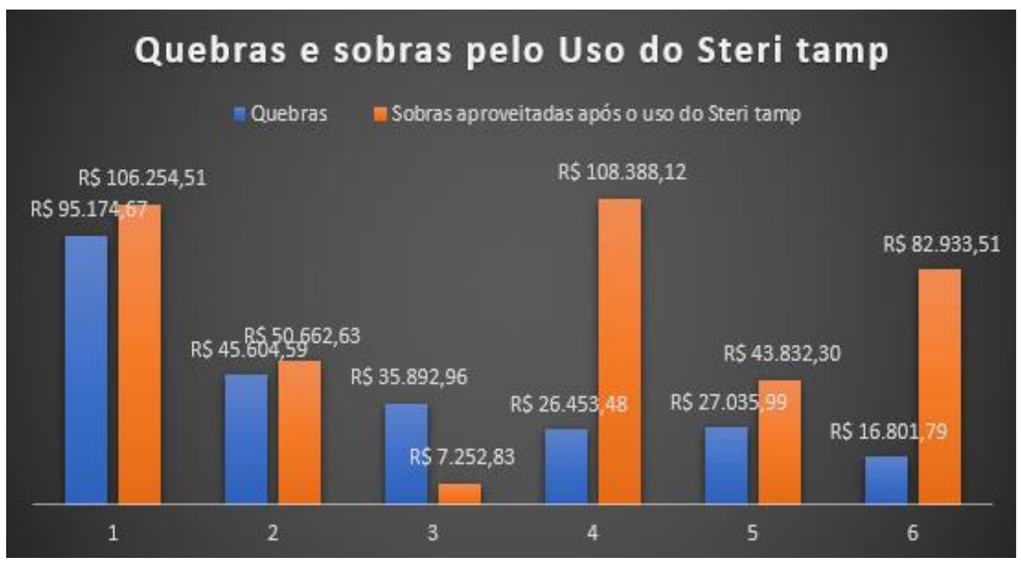
Foram analisados os desperdícios de medicamentos considerados padronizados e não padronizados na instituição após o uso deste dispositivo e o impacto da economia gerada na farmácia de oncologia através de sistema informatizado nos meses de janeiro a junho de 2023. Foi incluído a análise do controle microbiológico mensal e estudos de estabilidade.

RESULTADOS

Em seis meses foram descartados o valor total de R$ 246.963,48 em sobras de fracionamento dos medicamentos antineoplásicos e imunobiológicos envolvidos neste processo. Foi mensurado através de inventários mensais uma economia gerada após utilização do selo estéril que permitiu o reaproveitamento destas sobras geradas o que permitiu medidas mais flexíveis nos agendamentos chegando a uma economia gerada positiva de R$ 399.323,9 dentro destes seis meses.



Legenda: Valores com as quebras no ano de 2022, implementação do uso do dispositivo (Dois tamanhos) Outubro de 2022.



Legenda: Indicador de quebras e sobras aproveitadas após o uso do selo estéril

Foi observado que em Janeiro de 2023 tivemos um aumento no custo das sobras por quebras quando comparado com as sobras por quebras do ano de 2022, após a implementação do dispositivo. Este aumento se deu devido a um aumento de consumo de um medicamento oncológico específico não padronizado.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a utilização do selo estéril foi possível melhorar a otimização dos reaproveitamentos das sobras no ano de 2023 totalizado uma redução em R$ 152.360,42. A padronização do uso do dispositivo estéril possibilitou diminuir as perdas com medicamentos, minimizar o custo com o descarte, sem prejudicar a segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 67 de 8. de outubro de 2007. Brasília: MS; 2007.

Gestão OPME monitorada por radiofrequência: rastreabilidade com foco no paciente

Sandra Silveira Predebon, Ilo Adolfo Junior

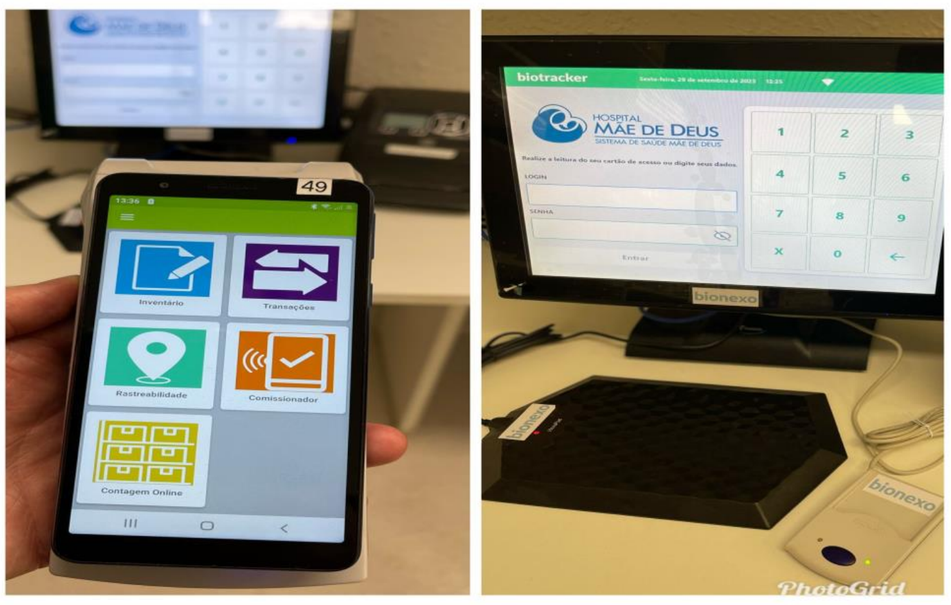
INTRODUÇÃO

O alto valor e complexidade somados a processos manuais com retrabalho na gestão de órteses e próteses e materiais especiais (OPME), que representa em torno de 20% dos custos hospitalares, desafia o gestor a inovar. Para obter maior eficiência operacional, redução de desperdício, informações fidedignas de custo x benefício, a busca de novas tecnologias tornou-se estratégica. O controle de rastreabilidade por radio frequency identification (RFID) permite conferências de OPMEs em tempo real, obtenção de dados qualificados para tomada de decisão e visibilidade do estoque.

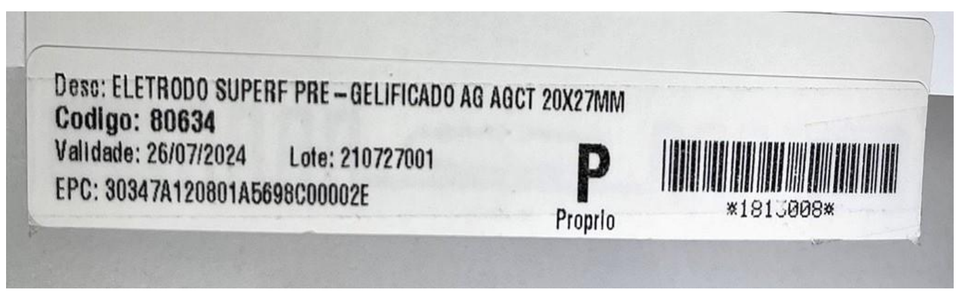
METODOLOGIA

O mapeamento dos processos alinhado ao método Lean e a necessidade de inovação definiu a busca no mercado de uma solução de hardware e software com tecnologia RFID, projetada para a gestão e rastreabilidade. A solução foi adaptada a gestão de OPME e integrada ao sistema do Hospital. Dividimos o projeto em 2 fases: Fase 1: integração sistema operacional (ERP) com a plataforma para entrada de notas fiscais (NFs) e transferências entre estoques, descrição dos procedimentos operacionais, treinamentos das equipes técnico administrativa e a etiquetagem dos OPMEs com a tag de RFID para a realização do inventário do arsenal de aproximadamente 12 mil itens – janeiro a abril/22. Fase 2: integração ERP com os armários inteligentes RFID (hardware e software) até o registro do consumo em conta do paciente via Plataforma – julho/22.

Legenda: Biocabinets Centro Cirúrgico HMD / Armários inteligentes com dispensação via RFID e estoque on line de 478 SKUs.



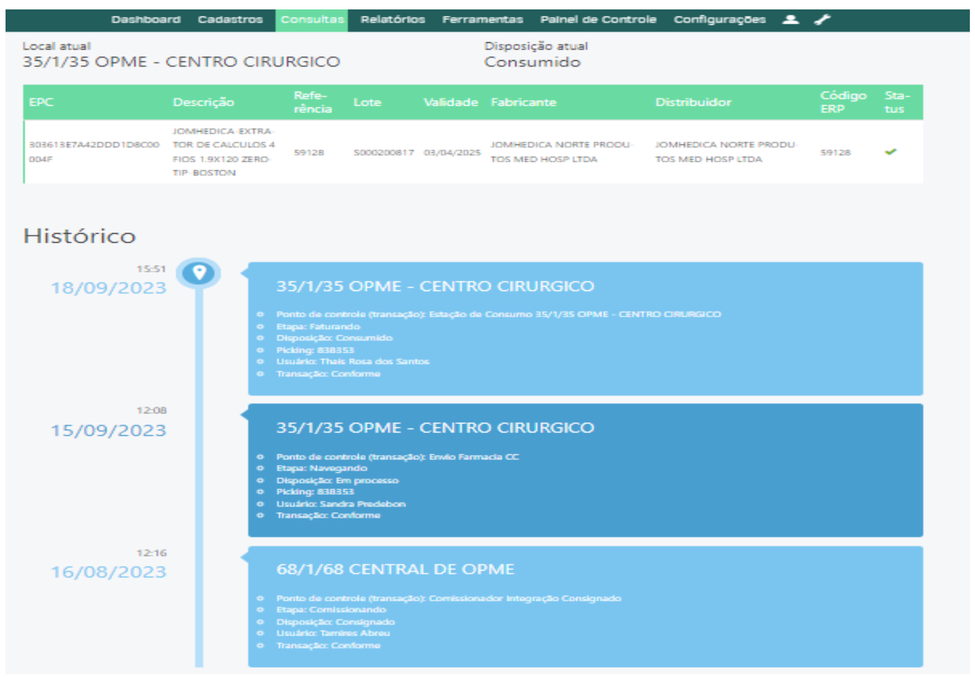
Legenda: Leitor de Mão / Estação de Consumo e Monitor para Acesso e Dispensação dos OPME com rastreabilidade por usuário.



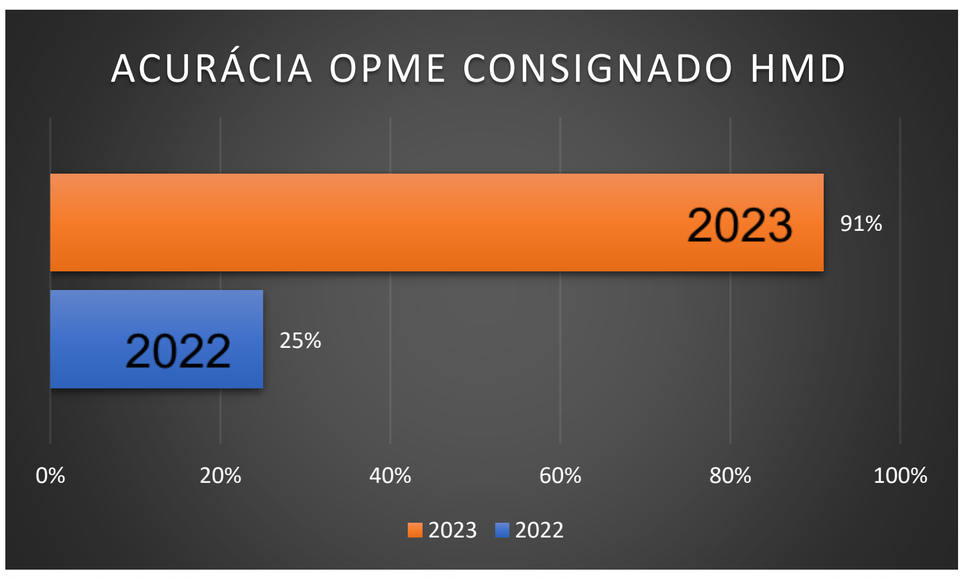
Legenda: *TAG* – Etiqueta RFID – Com rastreabilidade NF, Lote, Validade e número de série (serialização)

RESULTADOS

A automação contribuiu para rastreabilidade de 100% do processo de OPME, cirurgia segura, alertas de segurança, mais tempo da gestão para ações estratégicas e análise de dados personalizados da plataforma. Redução significativa do uso de papel, controle de 96% do estoque via RFID, 100% das NFs e transferências integradas, redução do tempo de 83% da operação em inventário da Central de OPME, sendo praticado em 8 segundos nos armários RFID, com aumento da acurácia de 25% para 91%.



Legenda: Rastreabilidade do Produto na plataforma da Biotracker, da entrada da NF, transferência entre estoques e consumo para Paciente.



Legenda: Gráfico com o percentual de acurácia comparando o ano de 2022 x 2023 – Aumento de 66%.

Legenda:. Gráfico com o tempo de contagem OPME consignado (inventário) comparando o ano de 2022 x 2023 – Redução de 87,5% (2.730 SKUs)

CONCLUSÕES

A implementação do RFID trouxe visibilidade, monitoramento e rastreabilidade online de 100% do estoque OPME, acurácia de 91%, redução de falhas operacionais, garantia de receita e mais segurança ao paciente

REFERÊNCIAS

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

Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) Brasília – DF 2016MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática

Gincana de mudança de decúbito: ação estratégica de gerenciamento da prevenção de lesão por pressão na Unidade de Terapia intensiva

Fernanda Alves dos Santos Carregal; Aline Araujo Pinto; Renata Ventura Ricoy de Castro

INTRODUÇÃO

Os pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentam riscos para o desenvolvimento de lesões por pressão, como à mobilidade reduzida, instabilidade clínica, dispositivos invasivos e o número de dias de internação. Torna-se necessário o desenvolvimento de medidas estratégicas para promover a sensibilização e interação da equipe de enfermagem em prol da prevenção de lesões por pressão.**Objetivo:** Descrever um relato de experiência sobre a implementação de uma gincana que otimiza o gerenciamento de mudança de decúbito na terapia intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação de uma gincana como ação estratégica para a prevenção de lesões por pressão, elaborado a partir da vivência assistencial na UTI de um hospital privado de Minas Gerais no período de janeiro a junho de 2023.

Imagem 1. Divulgação da gincana de mudança de decúbito

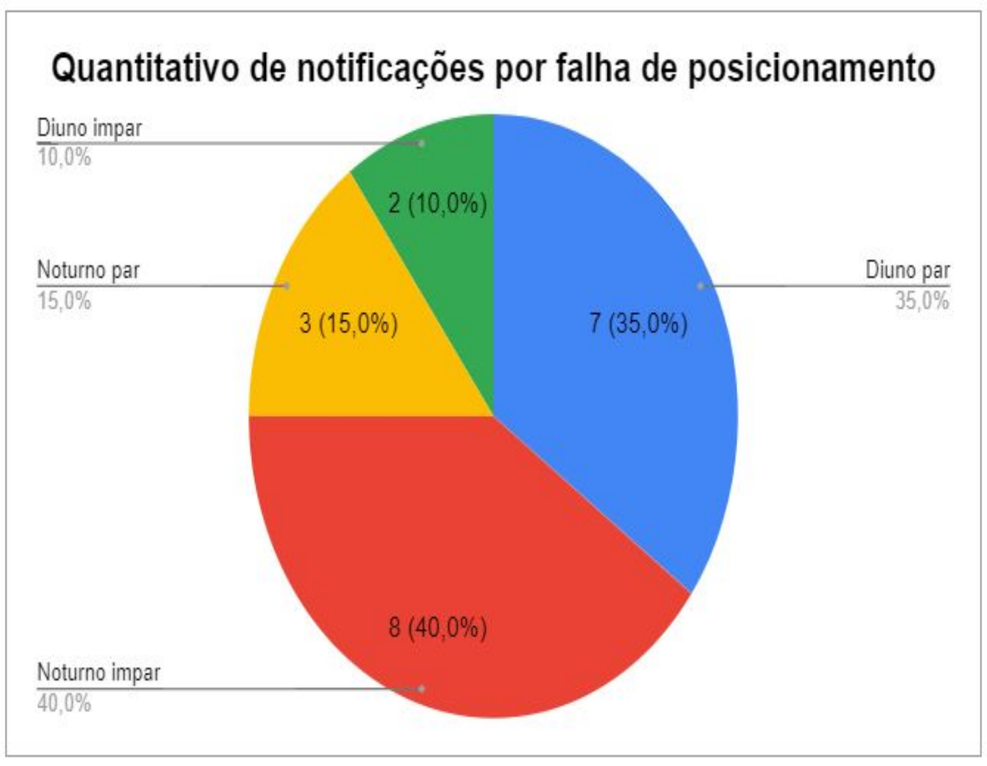


Imagem 2. Mapeamento das notificações de lesões por pressão por plantão.
.

RESULTADOS

A gincana de mudança de decúbito foi subsidiada no mapeamento do quantitativo de notificações por falha de posicionamento do paciente em cada plantão. A detecção das fragilidades foi realizada a cada duas horas por meio de um checklist que permite o registro de não conformidades, dados de identificação do paciente e horário da avaliação. No 1° semestre de 2023, houve a redução de 47,5% de incidência de lesões na terapia intensiva. A otimização do gerenciamento da adesão da mudança de decúbito também refletiu no estadiamento das lesões, observa-se que 58,3% das notificações de lesões foram atribuídas ao estágio I e 37,5% ao estágio II, confirmando a efetividade da ação.O quantitativo de não conformidades relacionadas à falha de adesão de mudança de decúbito reduziu gradativamente durante o semestre, passando de 30% no mês de janeiro de 2023 para 11,1% de notificações em junho de 2023. A equipe de enfermagem que apresentou a melhor performance na adesão da mudança de decúbito recebeu uma homenagem das lideranças.

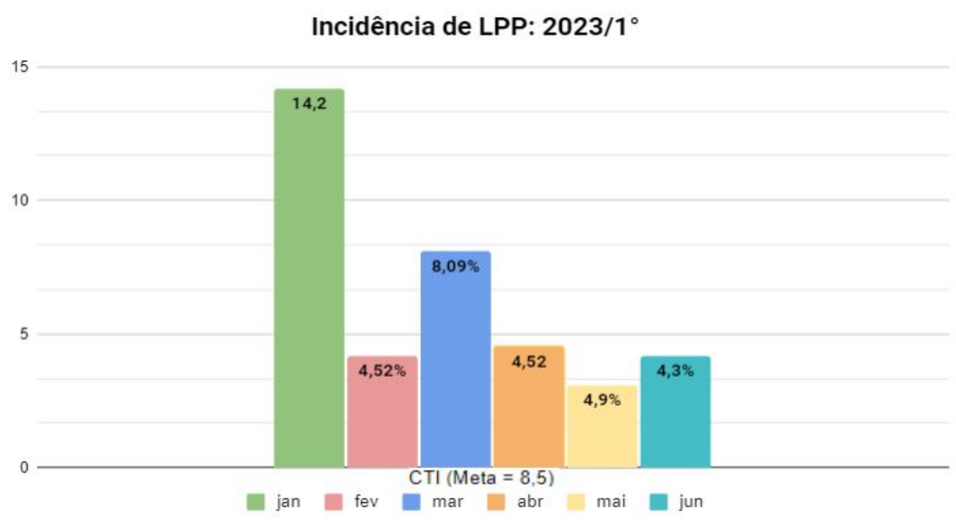


Imagem 3. Resultado do indicador de incidência de lesões no 1° semestre de 2023.

MaterDei Rede de Saúde — **Prescrição de Enfermagem CTI** — Data do Documento: 25/9/2023

Diagnóstico de Enfermagem: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionado a fator externo (pressão), uso de drogas vasoativa, idade superior a 60 anos, umidade, imobilidade e obsesidade.		
Meta: O paciente terá o risco de integridade da pele prejudicada minimizado durante a internação no CTI.	( ) Alcançada ( ) Não Alcançada	
Cuidados:	**Horário**	
Orientar, estimular ou fazer a mudança de decúbito de 2/2h.	0 / 2 / 4 / 6 / 8 / 10 / 12 / 14 / 16 / 18 / 20 / 22	
Hidratar a pele com creme hidratante após o banho.	8	
Estimular hidratação corporal após o banho.	8	20
Não fixar esparadrapo diretamente na pele do paciente.	8	20
Manipular o paciente através do traçado evitando cisalhamento.	8	20
Verificar alterações no tecido cutâneo quanto a hiperemia e formação de ulcera por pressão comunicando ao enfermeiro anormalidade.	8	20
Utilizar almofadas e coxins para aliviar proeminências ósseas.	8	20
Manter o uso continuo de protetor de calcâneo e colchão caixa de ovo.	8	20

Imagem 4. Prescrição de enfermagem sobre os cuidados com a integridade da pele.

CONCLUSÕES

A realização da gincana repercutiu na redução de agravos, reforçando a representatividade da mudança de decúbito como padrão ouro para a prevenção de lesões por pressão. O desenvolvimento de ações que possibilitam o gerenciamento das medidas preventivas,favorece a manutenção da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Araujo M, Castanheira L, Guimarães MC, Silva Y. Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. Revista Enfermagem Atual [Internet]. 2019; 89 (27). Available from: http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/47
2. Pereira MO, Ludvich SC, Omizzolo JAE. Segurança do paciente: Prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Rev Inova Saúde. 2016;5(2):29-44. doi: 10.18616/is.v5i2.3009.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE BOMBAS DE INFUSÃO INTELIGENTES NA SEGURANÇA DE DOSE EM TERAPIA INTENSIVA

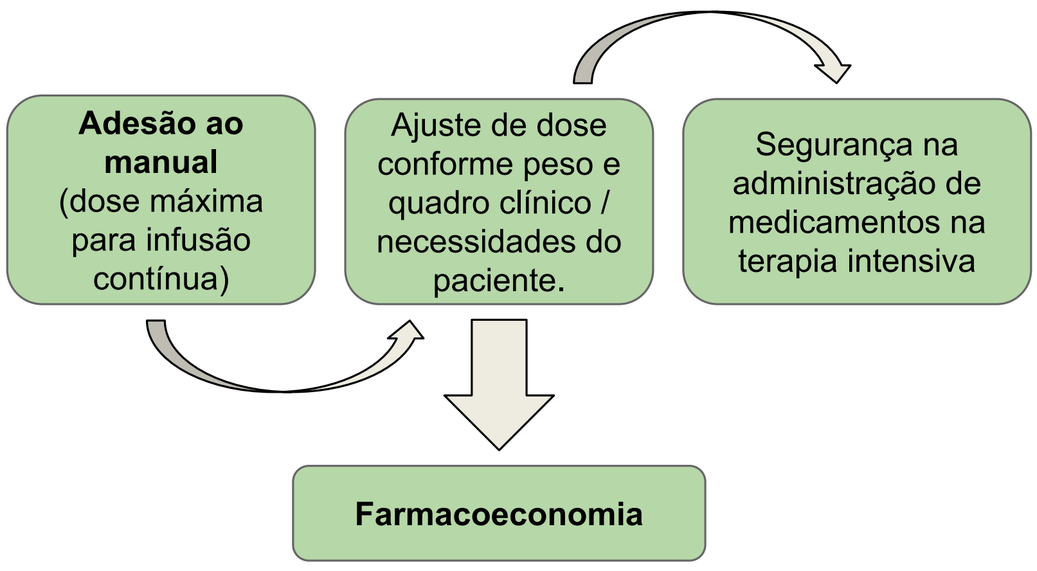
Ana Caroline Costa Xavier, Josiane Florêncio da Silva, Hugo Leonardo de Vidal Neves, Tayne Rayalla Pereira de Sousa

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido um tema central nos debates acerca da assistência à saúde, o que tem impulsionado a criação de estratégias pelas instituições, públicas e privadas. Visando contribuir nesse contexto, uma unidade hospitalar privada elaborou manual de dose máxima para medicamentos utilizados por bomba de infusão na terapia intensiva criando uma biblioteca inteligente de drogas, em software que sinaliza a equipe quanto à dose máxima ideal para cada paciente, a cada administração. Diante desse contexto, o presente estudo visou Identificar os principais ganhos assistenciais e farmacoeconômicos associados à implementação de manual de dose máxima à bombas de infusão inteligente na terapia intensiva.

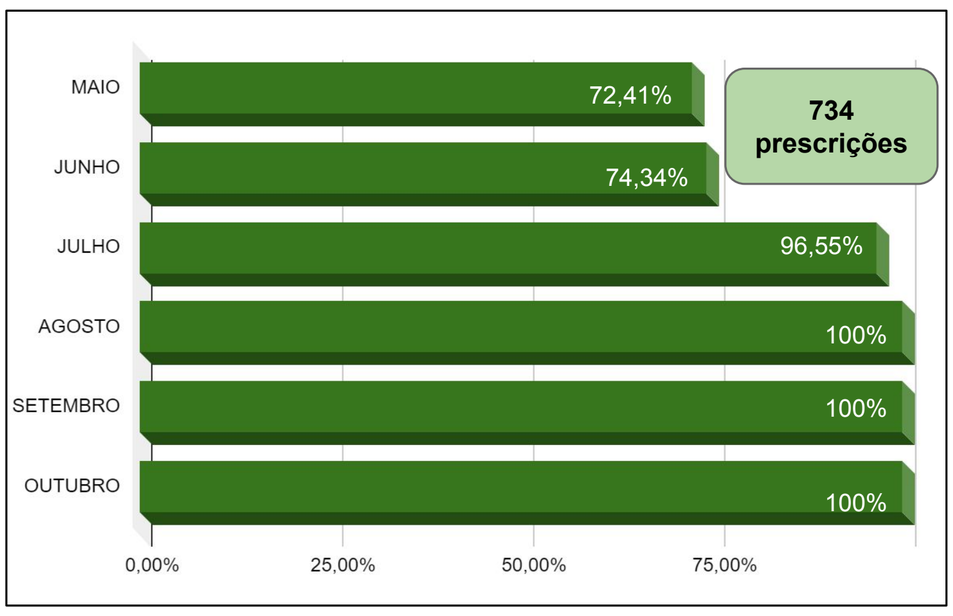
METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento de dados de indicadores assistenciais, englobando a avaliação de dose, priorizando os medicamentos de maior utilização e maior risco nos setores observados, destacando-se aqueles envolvidos na sedoanalgesia (sedativos, anestésicos, bloqueadores neuromusculares e analgésicos).

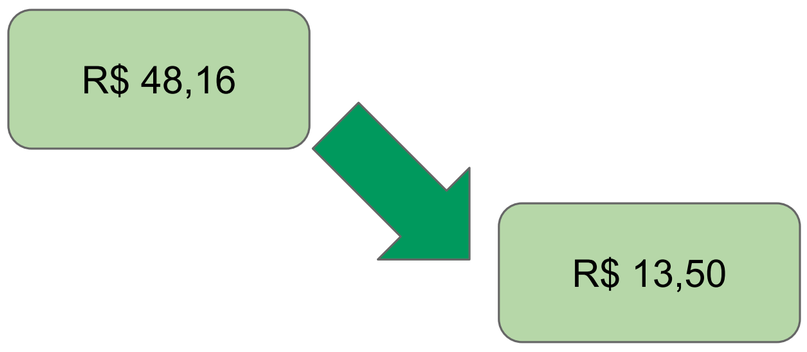


Parâmetros de acompanhamento direcionado aos medicamentos envolvidos no manual de sedoanalgesia.

RESULTADOS

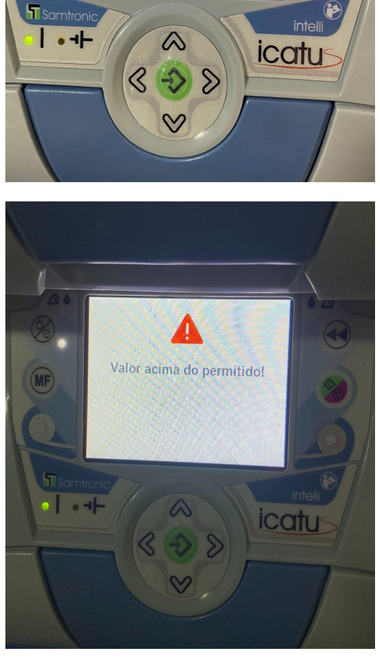


Evolução da adesão ao manual de dose máxima no uso de sedativos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares nas UTIs do HUC em 2022.



Redução no custo médio relacionado aos medicamentos inseridos no manual, antes e depois da sua aplicação.

RESULTADOS



Vazão permitida dentro dos limites orientados no manual

Vazão fora dos limites orientados no manual

Infusão não autorizada

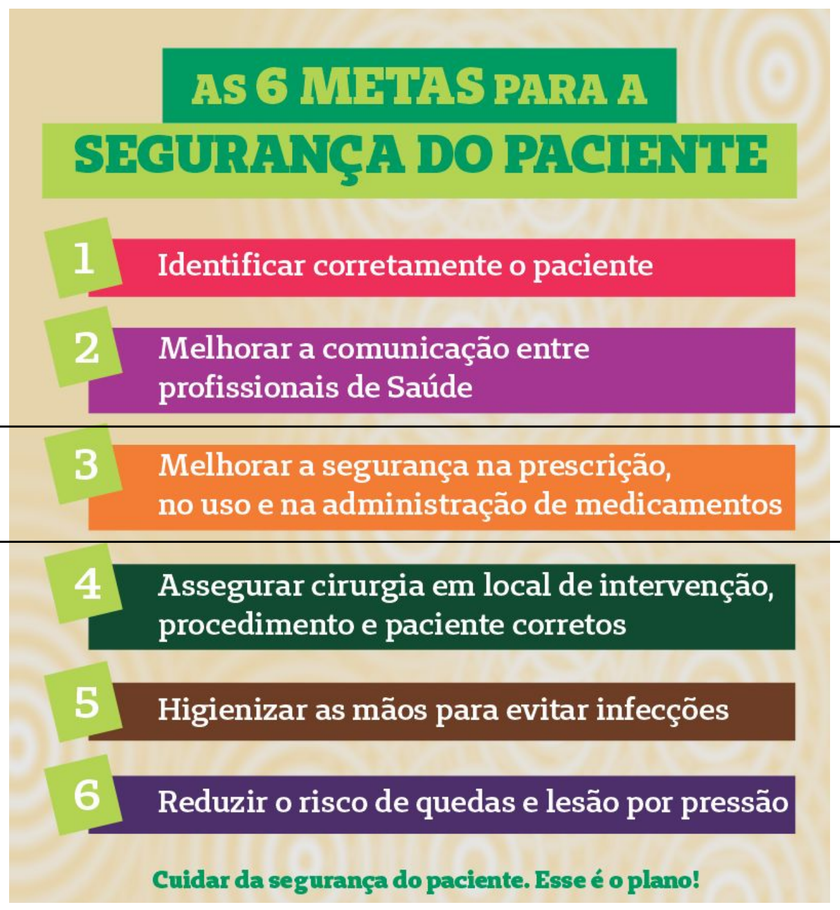
Bombas de infusão inteligentes implantadas nos setores de terapia intensiva com impacto na segurança de dose e aumento da adesão aos manuais.

CONCLUSÕES

Eficiência e segurança na terapia

Conscientização quanto ao uso racional

Engajamento da equipe para promover segurança ao paciente



REFERÊNCIAS

COSLOP, Shaiane et al. Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia, v. 10, n. 1, p. 55-63, 2022.
CANTO, Julia Santos Muniz. Cuidados de enfermagem e metas de segurança do paciente crítico com Covid-19: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)-Instituto de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, 2022.

IMPACTO DA TRIBUTAÇÃO DE CIGARROS, ANÁLISE MICROECONÔMICA

Maurício de Oliveira de Avelar Alchorne – Alchorne, MOA

INTRODUÇÃO

O Estado Brasileiro encontra-se em um processo complexo de reforma tributária. Neste contexto, em relação à tributação da indústria do tabaco, há esforços para preservar a extrafiscalidade da tributação dos cigarros, através de diferenciais de alíquotas mais elevadas, assegurando-se a finalidade extrafiscal, ou seja, atuar como elemento restritor do tabagismo. Além das dificuldades inerentes ao processo de reforma tributária, a extrafiscalidade se constitui em um desafio adicional a este processo.

A posição de elevação dos preços dos cigarros como elemento restritor do consumo está em consonância com as estratégias indicadas pela OMS, baseando-se em modelos em que a elasticidade-preço do cigarro não é perfeitamente elástica. A indústria do tabaco alega, inversamente, que aumentar o preço dos tributos faz com que cigarros produzidos de acordo com normas técnicas regulamentadas por lei sejam substituídos por cigarros comercializados no mercado informal, livres de impostos. O Governo, além de estimular o mercado informal, induziria muitos consumidores a migrarem para produtos ainda mais tóxicos à saúde.

Este trabalho revê estes conceitos e o comportamento da elasticidade do produto de consumo cigarro, indicando que esta se enquadra na modalidade "Relativamente Inelástica", divergindo, parcialmente, da posição do OMS e indicando uma baixa eficácia da medida.

METODOLOGIA

CONCEITOS ECONÔMICOS UTILIZADOS NESTE ESTUDO

1. Elasticidade: Conceituação e Modalidades.

O conceito econômico da Elasticidade refere-se à sensibilidade das quantidades consumidas ou ofertadas de determinado Bem em relação às alterações de outras variáveis, especialmente dos Preços dos Bens e da Renda do Consumidor. Algumas Elasticidades são de especial interesse na análise Microeconômica da incidência de tributos as estão conceituadas abaixo.

i. Elasticidade Preço da Demanda: Taxa que relaciona a variação na quantidade demandada de um Bem em função da variação do preço do próprio Bem, tudo o mais constante. A Elasticidade Preço da Demanda indica o Grau de Sensibilidade dos Consumidores para a compra do Bem em resposta a uma variação do seu próprio preço.

ii. Elasticidade Preço-Cruzada: Taxa que relaciona a variação na quantidade demandada de um Bem em função da variação do preço de outro Bem, tudo o mais constante. A Elasticidade Preço-Cruzada indica o Grau de Sensibilidade dos Consumidores para a compra de um Bem em resposta a uma variação do preço de outro Bem indicando a correlação destes Bens como Complementares ou Substitutos: **Bens Substitutos**: Quando a variação do Preço de um Bem determina a variação da quantidade consumida de outro Bem em sentido inverso da variação, estes Bens são considerados substitutos. **Bens Complementares**: Quando a variação do Preço de um Bem determina a variação da quantidade consumida de outro Bem no mesmo sentido da variação, estes Bens são considerados complementares.

iii. Elasticidade Renda: Taxa que relaciona a variação na quantidade demandada de um Bem em função da variação da Renda do Consumidor, tudo o mais constante. A Elasticidade Renda indica o Grau de Sensibilidade dos Consumidores em termos da compra do Bem em resposta a uma variação da Renda caracterizando duas modalidades de Bens: Bens Normais e Bens Inferiores: **Bens Normais**: Apresentam Elasticidade Renda positiva, o crescimento da Renda implica em crescimento da quantidade consumida do Bem; **Bens Inferiores**: Apresentam elasticidade Renda negativa, o crescimento da Renda implica em diminuição da quantidade consumida do Bem.

iv. Elasticidade da Oferta: Taxa que relaciona a variação na quantidade ofertada de um Bem em função da variação do preço do próprio Bem, tudo o mais constante. A Elasticidade Preço da Oferta indica o Grau de Sensibilidade dos Ofertantes para adequar a quantidade ofertada em resposta a uma variação do preço do Bem.

Neste estudo, a Elasticidade Preço da Demanda é de especial interesse para análise do tema da tributação.

2. Cálculo das Elasticidades Preço da Demanda e Definição de Padrões:

álculo : ή (elasticidade) = | ∂ Qx / ∂ Px | = | ((Qf –Qi)/Qi) / ((Pf –Pi)/Pi) | As elasticidades podem apresentar taxas que, **consideradas em Módulo,**variam de o (zero) ao Infinito (∞) podendo haver cinco padrões:

i. ή = o; Demanda "Perfeitamente Inelástica". A quantidade adquirida do Bem é sempre constante, independentemente do preço.

ii. 0 < ή < 1; "Demanda relativamente Inelástica". A quantidade tem variação menor do que a variação dos preços.

iii. ή = 1; "Demanda Unitária". A quantidade adquirida do Bem tem variação equivalente à variação do Preço.

iv. 1 < ή < ∞; "Demanda relativamente Elástica". A quantidade do Bem tem variação equivalente à variação do Preço.

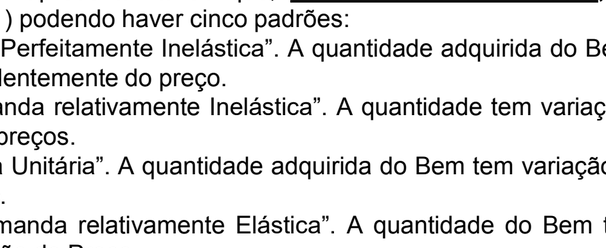
v. ή = ∞; "Demanda perfeitamente Elástica". A quantidade adquirida do Bem será toda a quantidade ofertada, desde que o preço permaneça inalterado.

Elasticidade Preço da Demanda estimada para diversos produtos. Abaixo há uma relação desta Elasticidade para alguns bens. Os dados são a compilação das seguintes Fontes: Hendrick S. Houthakker e Lester D. Taylor. C*onsumer demand in the United States,* 1929-1970. Cambridge: Harvard University Press, 1966, 1970; Douglas R. Bohi, *Analyzing demand behavior. Baltimore*: Johns Hopkins University Press, 1981; Hsaing-tai Cheng e Oral Capps Jr.; *Demand for fish*, American Journal of Agriculture Economics, ago, 1988; e U. S. Department of Agriculture. - Obs.: CP=Curto Prazo ; LP=Longo Prazo.

i. Bens Inelásticos: Sal de Cozinha 0,1; Fósforos de Segurança 0,1; Palitos de Dente 0,1; Viagens curtas de avião 0,1; Gasolina (CP) 0,2; Gasolina (LP): 0,7; Gás natural residencial (CP) 0,1; Gás natural residencial (LP) 0,5; Café 0,25; Peixe (bacalhau) em residências 0,5; **Tabaco nas suas várias formas (CP) 0,45**; Serviços de Advogados (CP) 0,4; Serviços Médicos 0,6; Serviços de Táxi (CP) 0,6.

ii. Bens com elasticidade próxima à unidade: Habitação Própria (LP) 0,9; Frutos do Mar 1,1; Educação Privada 1,1; Pneus (CP) 0,9; Pneus (LP) 1,2; Aparelhos de Rádio e TV 1,2.

iii. Bens Elásticos: Alimentação em restaurantes 2,3; Viagens ao Exterior (LP) 4,0; Viagens longas de avião (LP) 2,4; Ervilhas frescas 2,8; Automóveis 4,0; Tomates frescos 4,6.



Representação Gráfica da Elasticidade Preço da Demanda dos Cigarros – INELÁSTICA: 0,45 = ((9-10)/10) / ((1,22-1,00)/1,00) elevação de $ 0,22 em cada unidade de Moeda $ 1,00.

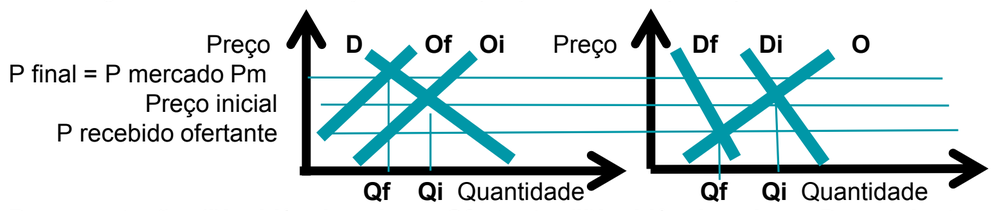
REFERÊNCIAS

1. Carvalho, José L.; Gwartney, James D.; Stroup, Richard L.; Sobel, Russell S.; *Fundamentos de Economia* - São Paulo: Cengage Learning, 2008.
2. Gremaud, Amaury P.; Vasconcelos, Marco A. S.; Pinho, Diva B. e cols.; *Manual de Economia* – 5ªEdição; São Paulo: Editora Saraiva, 2004.
3. Varian, Hal R., *Microeconomia, Conceitos Básicos – Tradução de Maria José Cyhlar Monteiro e Ricardo Doninelli.* – 5ª Reimpressão; Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
4. Garcia, Manuel E.; Vasconcelos,Marco A. S.; *Fundamentos de Economia* - 2ª Edição; São Paulo: Editora Saraiva, 2004.
5. Mas-Colell, Andreu; Whinston, Michael D.; *Microeconomy Theory*; New York: Oxford University Press Inc. 1995.

METODOLOGIA

3. Aplicação de Impostos.

Os impostos são aplicados de duas formas distintas: i. Impostos Específicos; ii. Impostos *ad valorem*. Os **Impostos Específicos** são caracterizados pela cobrança de um valor fixo para cada venda de um determinado bem. Os **Impostos *ad valorem*** são um valor percentual do valor do bem. Os Impostos podem ser arrecadados através da retenção de parte da receita obtida pela Ofertante "*imposto por dentro*" ou um acréscimo ao valor a ser pago pelo Demandante "*impostos por fora*". A prática adotada no Brasil é prioritariamente a modalidade de cobrança de impostos *ad valorem*, ou seja, taxas percentuais dos valores de venda e geralmente os tributos já estão no preço de face "*imposto por dentro*".



Representação: (i)Incidência sobre o Ofertante (ii)Incidência sobre o Demandante.

Quantidade final < Quantidade inicial

Preço do Mercado = Preço final = Preço pago pelo Demandante (Pm).

Receita Governamental: I = P final – P ofertante (por unidade vendida do produto).

Participação do Ofertante no Pagamento do Imposto: Io = P inicial – P ofertante (por unidade vendida do Produto).

Participação do Demandante no Pagamento do Imposto: Id = P final – P inicial (por unidade vendida do Produto).

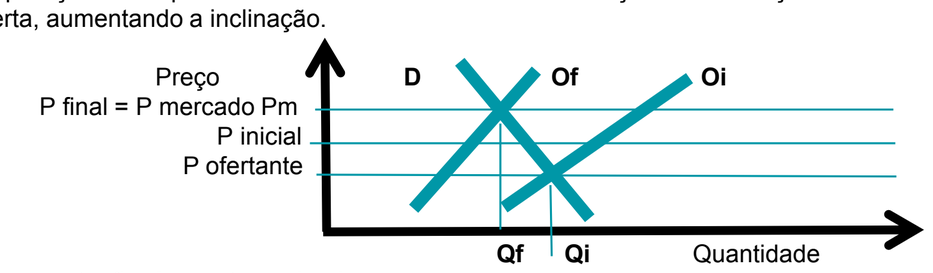
A adoção do imposto sobre o Ofertante ou sobre o Demandante estabelece a mesma condição final de preços, quantidades e receita do Imposto.

Incidência sobre o Ofertante: Po = Pm – I / Incidência sobre o Demandante: Pm = Po + I

Impostos *ad valorem*.

Os impostos *ad valorem* incidem sobre as vendas. O imposto a ser pago representa uma percentagem da receita do ofertante, ou em outra visão, o preço recebido pelo ofertante é uma parcela do preço de mercado. Seja *t* o valor percentual do Imposto, o valor recebido pelo ofertante é (1- *t*) % do valor do mercado. Po = (100% - *t*%) Pm.

A aplicação do Imposto *ad valorem* determina uma alteração na inclinação na Curva de Oferta, aumentando a inclinação.



Representação: Impostos *ad valorem.*

Quantidade final < Quantidade inicial.

Preço do mercado = Preço final = Preço pago pelo demandante (Pm).

Receita Governamental: I = P final – P ofertante (por unidade vendida do Produto).

Participação do Ofertante no Pagamento do Imposto: Io = P inicial – P ofertante (por unidade vendida do Produto).

Participação do Demandante no Pagamento do Imposto: Id = P final – P inicial (por unidade vendida do Produto).

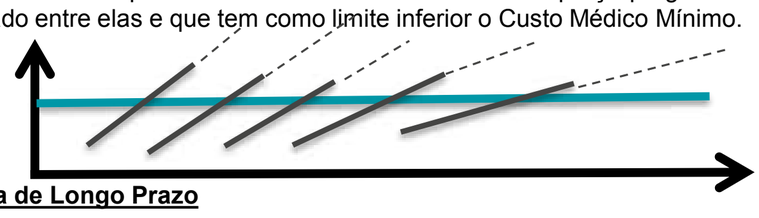
. Participação no Pagamento dos Impostos pelos Demandantes e pelos Ofertantes.

O impacto da aplicação de um Imposto, independentemente de ser através de valor fixo ou de um percentual, é habitualmente diferente para os Ofertantes e Demandantes. Excetuando-se a possibilidade das Elasticidades Preço da Demanda e Preço da Oferta serem ambas unitárias (ή = 1), a participação no pagamento do Imposto dependerá da Elasticidade Preço da Demanda e da Elasticidade Preço da Oferta.

<u>O impacto da implantação de um imposto é maior para quem (Demandantes ou Ofertantes) apresentar a menor Elasticidade</u>.

4. Curva de Oferta de Longo Prazo.

A Curva de Oferta de Longo Prazo apresenta-se como uma curva aproximadamente plana. Esta característica da Curva de Longo Prazo é decorrente da entrada no mercado de múltiplas empresas. As Empresas tendem a ofertar o Bem a um preço progressivamente mais assemelhado entre elas e que tem como limite inferior o Custo Médico Mínimo.

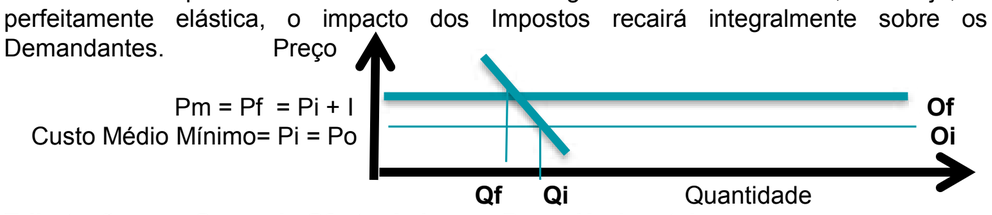


<u>Curva de Oferta de Longo Prazo</u>

Os segmentos em negrito representam os segmentos reais de Oferta. Os segmentos tracejados podem ser eliminados das Curvas de Oferta pois nunca são interceptados por uma Curva de Demanda de Mercado inclinada para baixo no longo prazo. Havendo um número razoável de Empresas no Longo Prazo o preço de Equilíbrio não poderá afastar-se muito do Custo Médio Mínimo e e tenderá a se comportar como uma curva linear, perfeitamente elástica.

RESULTADOS

Assumindo-se que a Curva de Oferta de Longo Prazo é Horizontal, ou seja, é perfeitamente elástica, o impacto dos Impostos recairá integralmente sobre os Demandantes.



Tributação com Curva de Oferta de Longo Prazo Horizontal.

<u>Curvas de Oferta Perfeitamente Elásticas: Tributo integralmente pago pelo Demandante.</u>

Preço do mercado = Preço final = Preço pago pelo demandante (Pm)

Receita Governamental: I = P final – P ofertante.

Participação do Ofertante no Pagamento do Imposto: Io = P inicial – P ofertante.

Participação do Demandante no Pagamento do Imposto: Id = P final – P inicial.

CONCLUSÕES

i. Considerando-se o enquadramento da Elasticidade Preço da Demanda dos Cigarros na modalidade "Relativamente Inelástica" 0 < ή < 1; **a diminuição do consumo de Cigarros pela aplicação de um tributo é de impacto discreto na redução do Tabagismo**.

ii. Considerando-se a baixa diminuição do consumo de Cigarros pela aplicação dos impostos, **a elevação da Tributação nos Cigarros será um instrumento seguro e efetivo para o incremento da arrecadação de Tributos pelo Governo.**

iii. Considerando-se o Modelo de impacto da Tributação na Curva de Oferta de Longo Prazo, **a tributação será assumida na sua totalidade pelos consumidores de cigarro.**

iv. Considerando-se a condição "Relativamente Inelástica" da Elasticidade dos Cigarros e o Modelo de impacto da Tributação da Curva de Oferta de Longo Prazo, **o impacto na redução da Quantidade produzida e do número de Produtores de Cigarros é muito discreto com a tributação.**

<u>v. O eventual incremento de arrecadação originado pela elevação das alíquotas sobre os cigarros pode ser uma fonte de receitas para a implantação e execução de ações mais efetivas, de caráter terapêutico e educacional, para a redução taba do tabagismo.</u>

IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE NA SALA DE EMERGÊNCIA

Rafael Zanini Barbato , Hadson Darrie Martin de Godoi , Renato Aranha Alberguini

INTRODUÇÃO

O interesse pelo assunto surgiu da necessidade de termos em nossa instituição um processo seguro na atuação em situações de emergência, após um evento de dano moderado de erro na administração de medicação em uma intercorrência.

METODOLOGIA

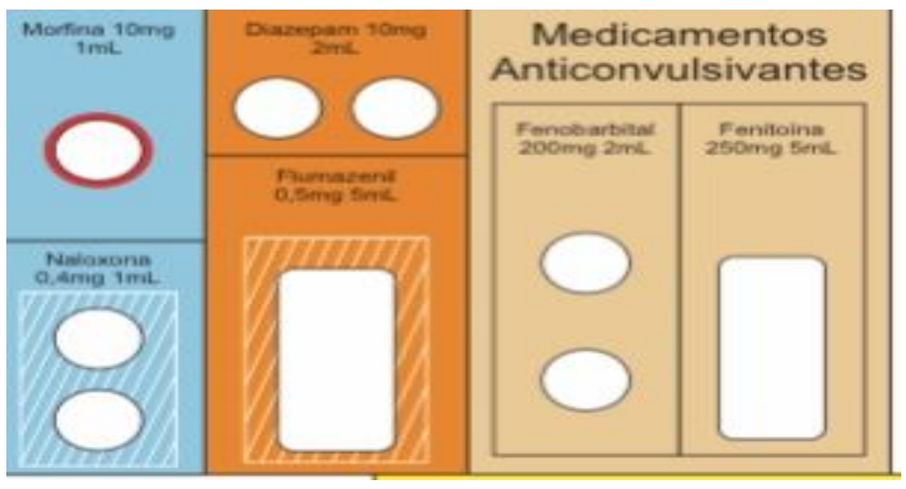
Isto posto, buscamos estudar por uma metodologia que melhor se adequasse ao processo assistencial Lean Healthcare. Identificamos a importância de termos em nosso carrinho algo visual e de fácil entendimento para equipe de enfermagem em situações emergenciais. A disposição das medicações por tipo de intercorrência foi um diferencial, pois a indústria farmacêutica dispõe de várias medicações homônimas, induzindo o risco ao erro medicamentoso.

Carrinho de emergência adulto e infantil com o novo processo de repadronização e organização das medicações.

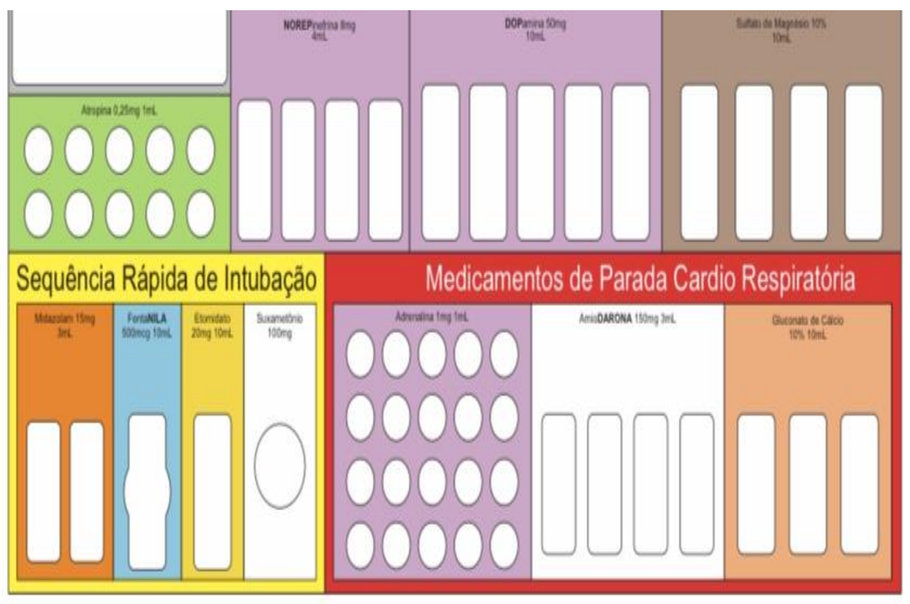
Medicações que estavam em excesso no carrinho de emergência, no total foram mais de 175 itens retirados do mesmo sem causar déficit operacional.

RESULTADOS

Com essa nova padronização conseguimos manter um padrão enxuto na quantidade de materiais e medicamentos facilitando a conferência após a abertura do carrinho, bem como a redução de medicações em excesso melhorando a sustentabilidade financeira da instituição, devido perdas por validades excedidas. O tempo de conferência após o uso do carrinho por meio desta nova metodologia diminuiu em 50%, e o índice de medicamentos vencidos reduziu em 100% . A metodologia de organização já é existente, contudo o método de divisão foi aprimorado por tipo de patologia e ou procedimento. Isso foi algo inovador e que agregou valor sustentável e seguro à cadeia medicamentosa.



Medicações separadas por patologias e pelos antídotos facilitando a comunicação visual na hora da emergência.



Organização por protocolos de atendimento, diminuindo o risco de erro medicamentoso no momento da emergência .

CONCLUSÕES

A repadronização do carrinho de emergência trouxe para assistência uma segurança operacional e agilidade na conferência pós uso, proporcionando maior agilidade da equipe no preparo do carrinho para uma nova emergência. Outrossim essa boa prática foi estendida para toda instituição padronizando o processo do cuidado na cadeia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

ManualdeOorientacaoaoFarmaceutico-SegurancadoPaciente.pdf (crfsp.org.br) acesso em 20/06/2023 17:00 hrs
Medicamentos usados em emergência - Guia Farmacêutico (hospitalsaocamilosp.org.br) acesso em 19/06/2023 13:00 hrs

IMPLANTAÇÃO DE DASHBOARDS PARA MONITORAR PROCESSOS ASSISTENCIAIS CONTRIBUINDO PARA A EXCELÊNCIA OPERACIONAL E SATISFAÇÃO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

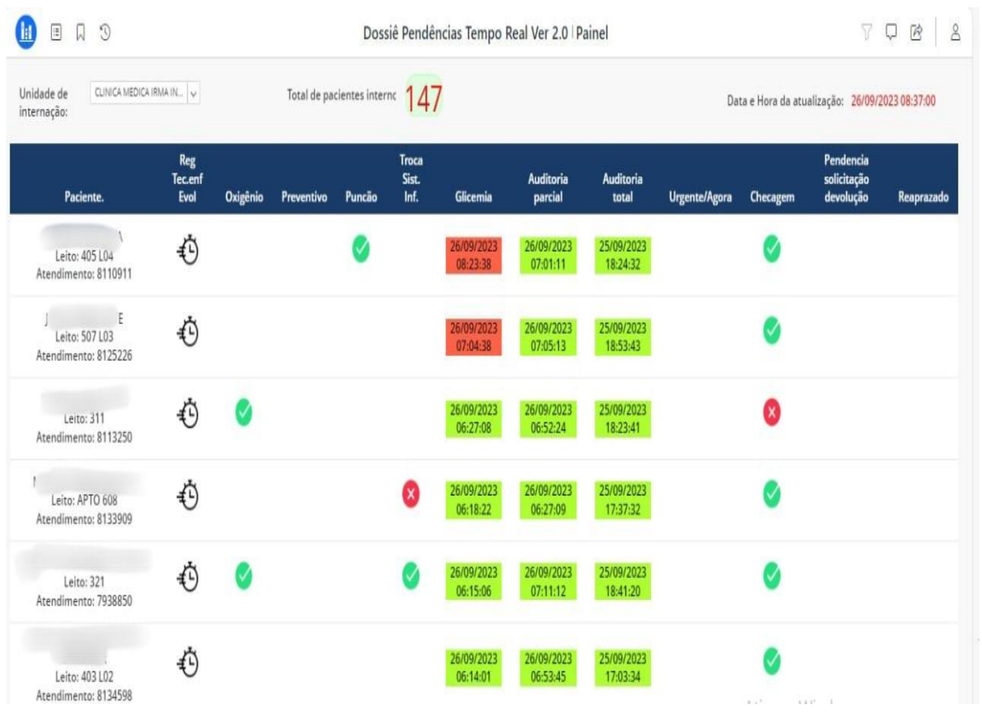
Daniela Broad Rizzo de Omena Tavares, Fabrícia Jannine Torres Araujo, Sarah Stephane dos Santos Barreto, Ana Carla Barbosa Guedes

INTRODUÇÃO

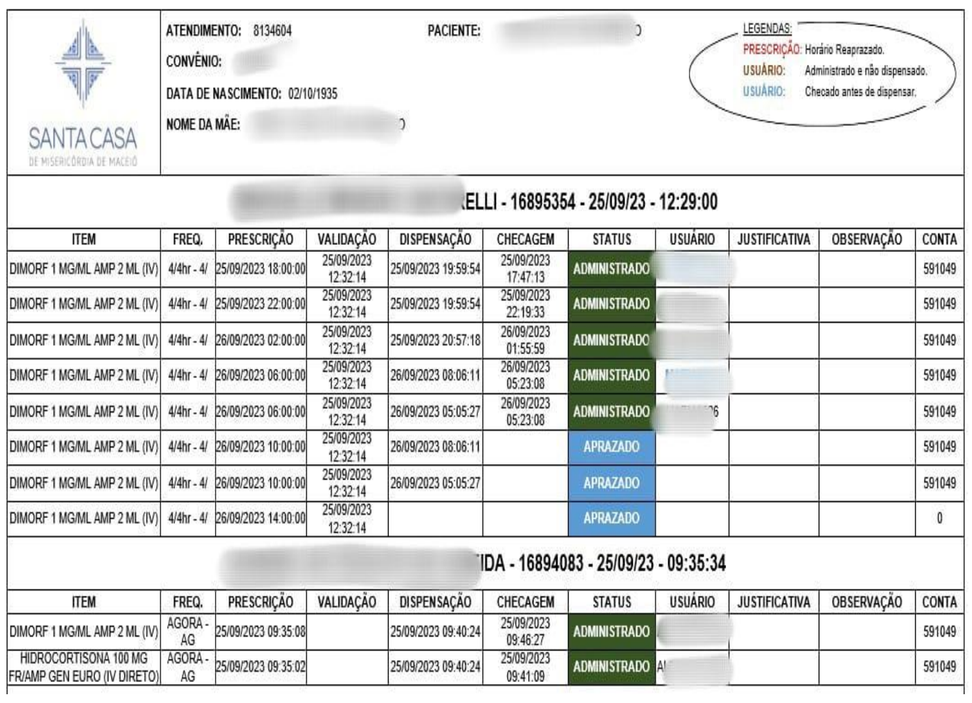
Na assistência à saúde podem ocorrer erros que levam a eventos adversos, alguns sem danos e outros, com danos reversíveis e/ou irreversíveis, podendo ocasionar até o óbito. Supervisionar e reavaliar os processos são ações indispensáveis para redução de incidentes. Aproveitando-se da tecnologia e inovação, os *Dashboards* são ferramentas poderosas e consistentes que possibilitam as equipes, a visão geral, detalhada e em tempo real das etapas dos processos mapeados, permitindo a tomada de decisão imediata, corrigindo falhas, impedindo erros e contribuindo uma experiência do paciente satisfatória. O objetivo desse estudo foi possibilitar a gestão das etapas dos processos assistenciais, e assegurar o cumprimento eficaz do planejamento proposto para o paciente, executando as prescrições médicas e de enfermagem de forma eficientes.

METODOLOGIA

Com a implantação do prontuário eletrônico sem papel, foi possível viabilizar o input de dados no sistema, favorecendo a criação dos *Dashboards*, pela equipe de desenvolvimento da tecnologia da informação. Desde o alerta da ausência de uma glicemia prescrita e não realizada, até o detalhamento dos tempos de prescrição, validação, dispensação, reaprazamento, administração, e devolução de medicamentos ou itens de procedimentos.



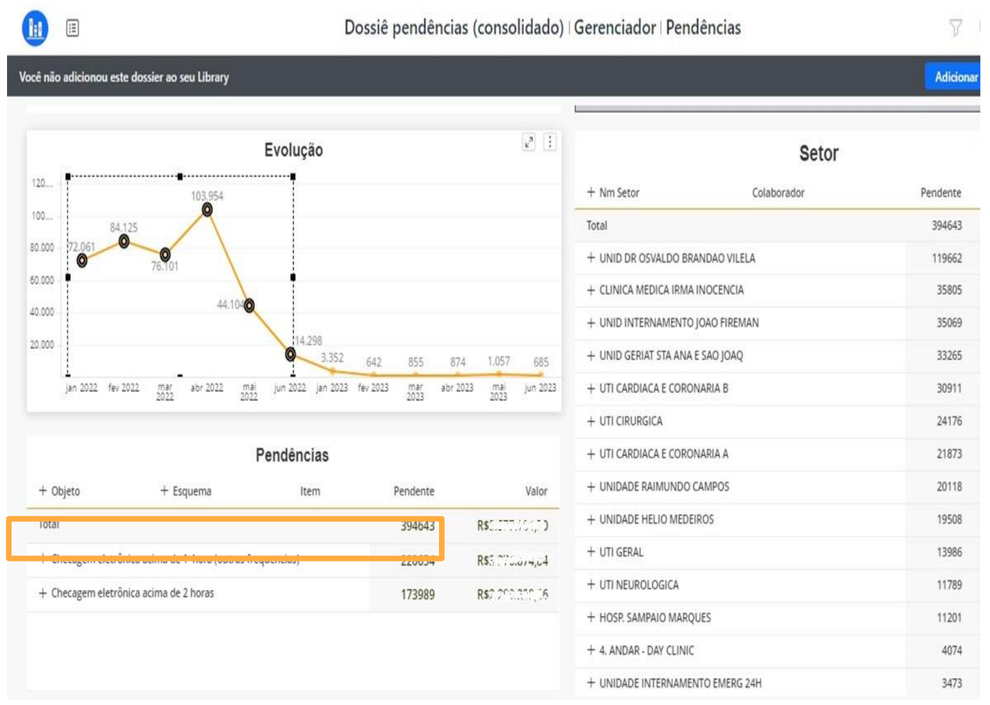
Dashboard de dossiê de pendências com alertas referentes aos processos assistenciais para tomadas de decisões em tempo real.



Dashboard de acompanhamento da cadeia medicamentosa, desde a prescrição a checagem, status, tempos de validação e dispensação.

RESULTADOS

Ao explorar os *Dashboards*, foi possível identificar, de imediato, os gaps e/ou oportunidades de melhorias, subsidiando tomadas de decisões e compartilhando informações com as equipes de forma acessível. Foi acordado com a equipe operacional a auditoria parcial do Dashboard de Dossiê de Pendências a cada 6 horas, e auditoria total a cada 24 horas. As Supervisoras de Unidades avaliam os painéis de Dossiê de Pendências, Consolidado, Acompanhamento da Cadeia Medicamentosa, e realizam feedbacks com seus respectivos times. A Gestão de Enfermagem, gerencia essas ferramentas para tomada de decisão nos eixos operacional, tático e estratégico.



Dashboard Dossiê de Pendências Consolidado com o resultado dos itens com atraso acima de 1 hora e 2 horas do primeiro semestre de 2022.

Dashboard Dossiê de Pendências Consolidado com o resultado dos itens com atraso acima de 1 hora e 2 horas do primeiro semestre de 2023.

CONCLUSÕES

Com a implantação dos *Dashboards*, rotinas eficazes foram instituídas em todas as esferas, promovendo uma gestão efetiva dos processos assistenciais, a exemplo, da redução de 98,1% de itens checados com atrasos, comparando o período de janeiro a junho de 2022 com o mesmo período em 2023. Sugerimos que esta metodologia estenda-se para as outros processos, proporcionando uma eficiência operacional, e favorecendo a segurança do paciente, bem como, sua lealdade.

REFERÊNCIAS

- Metodologia de Gerenciamento de Processos de Negócio – Anvisa, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/acoeseprogramas/planejamento-estrategico/2020-2023/cadeia-de-valor/arquivos/metodologia-de-gerenciamento-de-processos-anvisa.pdf. Acesso em 31 de julho de 2023.
- Power BI Drill Through: Navegação Detalhada em Relatórios no Power BI. Awari, 2023. Disponível em: https://awari.com.br/power-bi-drill-through-navegacao-detalhada-em-relatorios-no-power-bi/. Acesso em 30 de julho de 2023.

IMPLANTAÇÃO DE FAST TRACK NA REABILITAÇÃO DOS PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS DE MEMBROS INFERIORES

DENISE SOUZA AMORIM, NIVIANNE LIVIA FERREIRA ANDRADE, PAULA GRAZIELLE SCORSI DE QUEIROZ

INTRODUÇÃO

A crise que aflige o setor da saúde impõe uma nova visão de negócio aos diversos setores do segmento. A reabilitação do paciente na fase hospitalar, é fundamental na entrega de resultados clínicos satisfatórios e eficientes seguindo as premissas do novo paradigma da saúde baseada em valor. Nesse sentido, desenvolvemos uma linha de cuidado multidisciplinar focada na marcha funcional e sem dor nos pós-operatórios de artroplastias e artroscopia de joelho e quadril, com o resultado que definimos como tempo de marcha precoce

METODOLOGIA

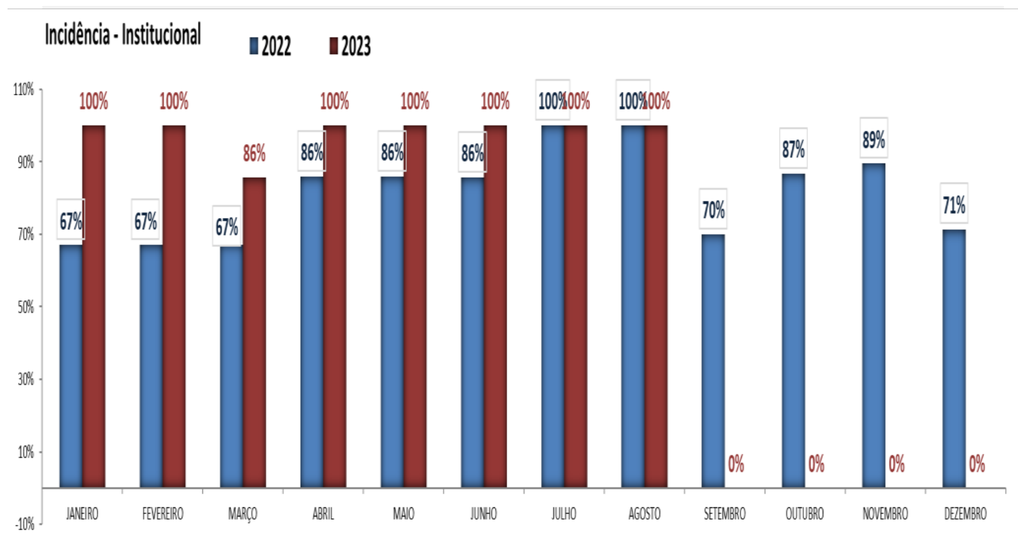
Desenvolvemos três pilares de atuação: (1) mapeamento do processo; (2) plano educacional multidisciplinar e (3) plano educacional do paciente. A partir daí o programa de fisioterapia foi desenhado com a premissa a individualização do cuidado pautado pela necessidade do paciente com metas progressivas até a alta hospitalar. No primeiro pilar o principal deflator foi queixa de dor, para tal otimizamos a aplicação de analgesia e incluímos a utilização de crioterapia com compressão de horário, iniciando na RPA nas cirurgias de joelho. No segundo pilar desenvolvemos treinamentos horizontais, compartilhados as áreas assistências de mobilização do leito. E, por fim, no terceiro pilar implementamos a visita fisioterapêutica pré-cirúrgica objetivando uma análise prévia da marcha, utilização de dispositivo de marcha, disponibilidade de sapatos adequados para treino de marcha e desenvolvimento de vínculo com a equipe.

Atendimento de Fisioterapia: ganho de ADM com dispositivo Knee glide.

Treino de dispositivo de marcha (bengala) na área externa da instituição.

RESULTADOS

Em 2022, 89% das cirurgias elegíveis (132 cirurgias) realizaram treino de marcha em até 04 horas após retorno do centro cirúrgico (117 cirurgias). O desenvolvimento desse processo ocorreu mediante alinhamento multiprofissional, incluindo equipe médica cirúrgica. A implantação da visita pré-cirúrgica pela Fisioterapia permitiu o estabelecimento de vínculo com o paciente, além da avaliação funcional prévia e planejamento das adaptações e dispositivos necessários para o alcance da meta terapêutica. A partir de 2023, reajustamos a meta do treino de marcha precoce para 03 horas, reforçamos os treinamentos multidisciplinares de mobilização do paciente ortopédico e atualização dos treinamentos de crio-compressão (Game Ready – estratégia adjuvante na analgesia) ampliando os desafios. Dos paciente elegíveis ao protocolo (44 inclusões) obtivemos sucesso em 98% com treino de marcha em até 03 horas e progressão do dispositivo de apoio dentro da fase hospitalar (quando aplicável)



Indicador Institucional: Treino de Marcha realizados em período ≤ 3 horas / Total de cirurgias elegíveis por período * 100%.

Tempo Médio de Início do Treino de Marcha – 2022 (horas)	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Artroscopia Joelho	3:10	5:05	2:05	2:29	2:47	1:45	2:23	1:30	2:30	2:32	1:57	1:44
Artroplastia Joelho	1:50	4:15	NA	4:30	4:20	4:48	2:05	2:01	2:38	1:51	2:32	1:40
Artroscopia Quadril	NA	3:30	2:42	3:32	2:55	2:50	NA	NA	4:10	0:30	2:16	NA
Artroplastia Quadril	3:10	3:23	NA	2:10	2:55	4:06	2:15	2:27	NA	1:41	3:00	19:00

Tempo Médio de Início do Treino de Marcha – 2023 (horas)	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Artroscopia Joelho	1:45	2:10	1:52	0:55	1:59	1:45
Artroplastia Joelho	2:05	1:36	NA	1:59	2:23	2:15
Artroscopia Quadril	NA	NA	1:25	NA	NA	2:40
Artroplastia Quadril	2:10	NA	1:35	1:50	2:17	0:20

Tempo Médio para início do treino de marcha após o retorno do centro cirúrgico – evolução histórica 2022 e primeiro semestre de 2023.

CONCLUSÕES

Através do desenvolvimento de linhas de cuidados multidisciplinares que estabeleçam objetivos claros, concretos e uniformes, bem como a capacitação técnica (educacional) do time assistencial e participação ativa do cliente, alcançamos desfechos positivos. A eficiência desse processo propicia ajustes estruturais no plano de cuidado, redução no tempo de hospitalização e satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

Frassanito L, Vergari A, Nestorini R, Cerulli G, Placella G, Pace V, Rossi M. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in hip and knee replacement surgery: description of a multidisciplinary program to improve management of the patients undergoing major orthopedic surgery. Musculoskelet Surg. 2020 Apr;104(1):87-92. doi: 10.1007/s12306-019-00603-4. Epub 2019 May 3. PMID: 31054080.

Implantação de ferramenta para gerenciamento de indicador de qualidade assistencial com impacto no desfecho.

Andréia Cristina Duque Amorim, Dario Bueno Alves Junior

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um desafio global para a segurança do paciente, exigindo maior controle e prevenção. Consideradas um grave problema de saúde pública, afetam milhões de pessoas e aumentam a resistência antimicrobiana. Medidas básicas, como a Higiene das Mãos (HM), são essenciais para a prevenção. Os dashboards da ferramenta Google Sheets (planilhas) é importante para ajudar os usuários a tomar decisões importantes e melhorar o desempenho dos negócios. As visualizações de dados claras e intuitivas permitem identificar tendências e padrões cruciais para decisões mais eficazes.

METODOLOGIA

O objetivo foi implantar e compartilhar um dashboard com os dados da adesão de higiene de mãos para acompanhamento em tempo real as fragilidades e oportunidades de melhorias fazendo uso dos dados coletados à beira-leito pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a fim de analisá-los e realizar ações baseadas nos resultados para tomada de decisão relacionada a segurança nos serviços em tempo hábil.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital do sul do país, no período de julho a dezembro de 2022. A coleta de dados foi realizada pelo profissional do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar por meio do instrumento Google Forms (formulário), com a parceria da área de tecnologia da informação, os dados foram transportados para o Google Sheets (planilhas) e transformados em dashboard (painel).

Gráfico informativo sobre Higiene das Mãos: Profissionais aderem em 31%, resultando em um aumento de 27% na taxa geral de higiene das mãos.

Gráfico informativo sobre GMR: Queda de 14,14% para 11,88%, com redução de 2,26% em 6.905 pacientes/dia.

RESULTADOS

De forma inovadora, o compartilhamento dos dados de adesão à higiene das mãos teve um impacto significativo. Registramos um aumento de 27% na adesão, o que representa um avanço notável em nosso compromisso com a segurança do paciente. Além disso, observamos uma redução impressionante de 2,26% na incidência de germes multirresistentes na UTI, evidenciando nosso firme empenho em práticas mais seguras e na preservação da eficácia dos tratamentos antimicrobianos.

Por fim, vale ressaltar a queda de 0,1% nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em comparação com o primeiro semestre. Essa diminuição, embora aparentemente pequena, representa um progresso considerável em nossa missão de proporcionar um ambiente hospitalar mais seguro tanto para nossos pacientes quanto para nossos profissionais de saúde. Esses resultados extraordinários demonstram claramente que nossos esforços na promoção da higiene das mãos e na disseminação de boas práticas de prevenção de infecções estão gerando um impacto positivo e substancial em nosso sistema de cuidados de saúde.

Dashboard: Dados sobre Higiene das Mãos, GMR (Germes Multirresistentes) e Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

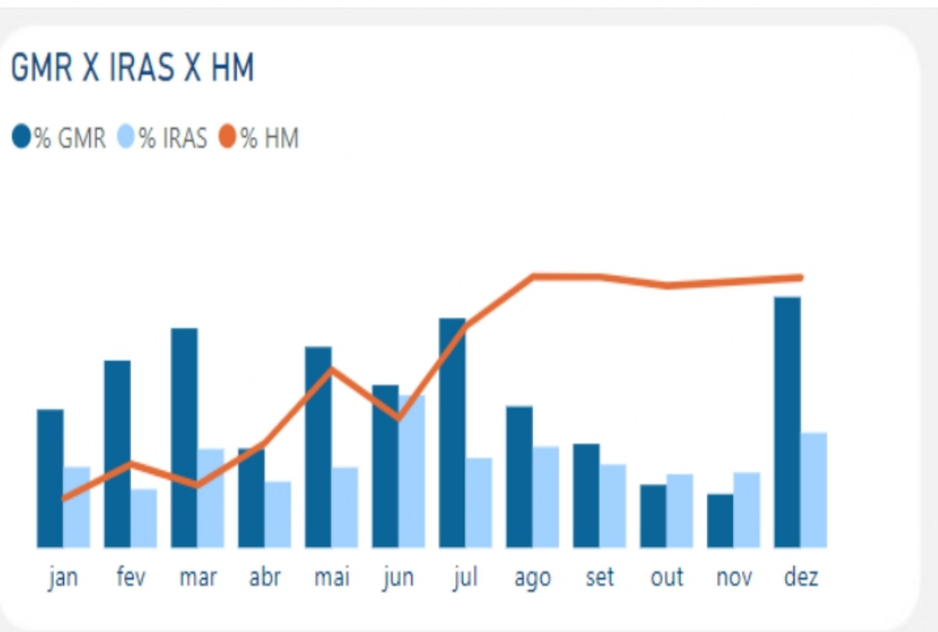


Gráfico comparativo de HM, GMR e IRAS evidenciando melhora no segundo semestre.

CONCLUSÕES

A implementação do compartilhamento em tempo real dos dados de adesão à higiene das mãos permitiu intervenções oportunas, resultando em um notável aumento na taxa de adesão à higiene das mãos. Isso, por sua vez, desempenhou um papel fundamental na prevenção de eventos adversos decorrentes de falhas assistenciais, contribuindo diretamente para a redução dos custos associados ao tratamento de infecções. Além disso, essa abordagem eficaz também levou a uma diminuição no tempo de internação, uma maior rotatividade de leitos hospitalares e uma significativa redução na taxa de morbimortalidade, consolidando assim os benefícios tangíveis dessa inovação em nossa prática clínica.

REFERÊNCIAS

GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030.Towards eliminating avoidable harm in health care. OMS, 2021.
Infection Prevention and Control. Primeiro relatório mundial sobre prevenção e controle de infecção. OMS, 2022.
MARCONDES, Carlos Henrique. **Análise de Dados com Excel e Power BI**. São Paulo: Editora Casa do Código, 2018.

- Implantação de Ficha Anestésica Digital – Projeto piloto em Centro Obstétrico de Hospital Privado

Juliane de Souza Scherer; Clarice Alves Fagundes; Diego Pissaia Ramires; Ana Paula Oliveira.

INTRODUÇÃO

A gestão de ficha anestésica com ferramentas digitais permite ampliar a segurança e obter dados para tomada de decisões estratégicas na instituição. A versão eletrônica da ficha anestésica (FA) facilita o registro do procedimento anestésico, dentro de uma perspectiva de procedimento seguro, como recomendado pelos selos internacionais de qualidade e segurança. Além disso, a ficha digital permite que as instituições monitorem, de forma mais eficiente o uso de recursos, como medicamentos e insumos. Visando suprir as inconformidades no processo de cirurgia segura, inconsistências de faturamento, glosas, consumo de papel, entre outros, foi desenvolvido um projeto piloto, para inovar processos e implementar a FA digital com apoio de empresa parceira. Cujo escopo foi descrever o planejamento e implementação de um projeto piloto de substituição da FA manual por uma versão digital.

METODOLOGIA

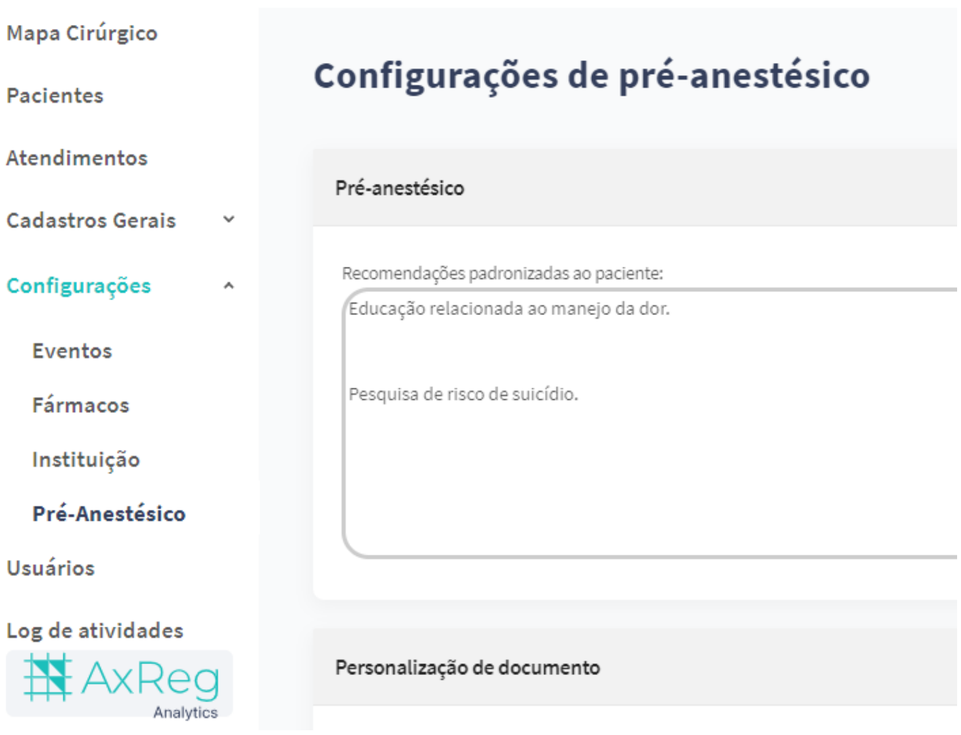
Trata-se de relato de experiência de projeto piloto conduzido no Centro Obstétrico. O diagnóstico e levantamento das soluções ocorreu no mês de dezembro/22. A implantação do projeto respeitou algumas fases, a saber:

Fase de cadastro e capacitação (janeiro e fevereiro/23): cadastro de anestesistas e inclusão de medicamentos e insumos no sistema;
Fase de ambientação (março/23): teste das possibilidades do aplicativo e resolução de inconsistências usando os tablets exclusivos para anestesia digital; nesta fase ambas FA foram permitidas, até a total descontinuidade do modelo manual;
Fase de implantação (abril/23 até o momento): acompanhamento dos registros e possíveis eventos adversos.

Dashboard para monitorar os indicadores assistenciais

Fonte: Plataforma AXReg.

Documento personalizado com travas de segurança



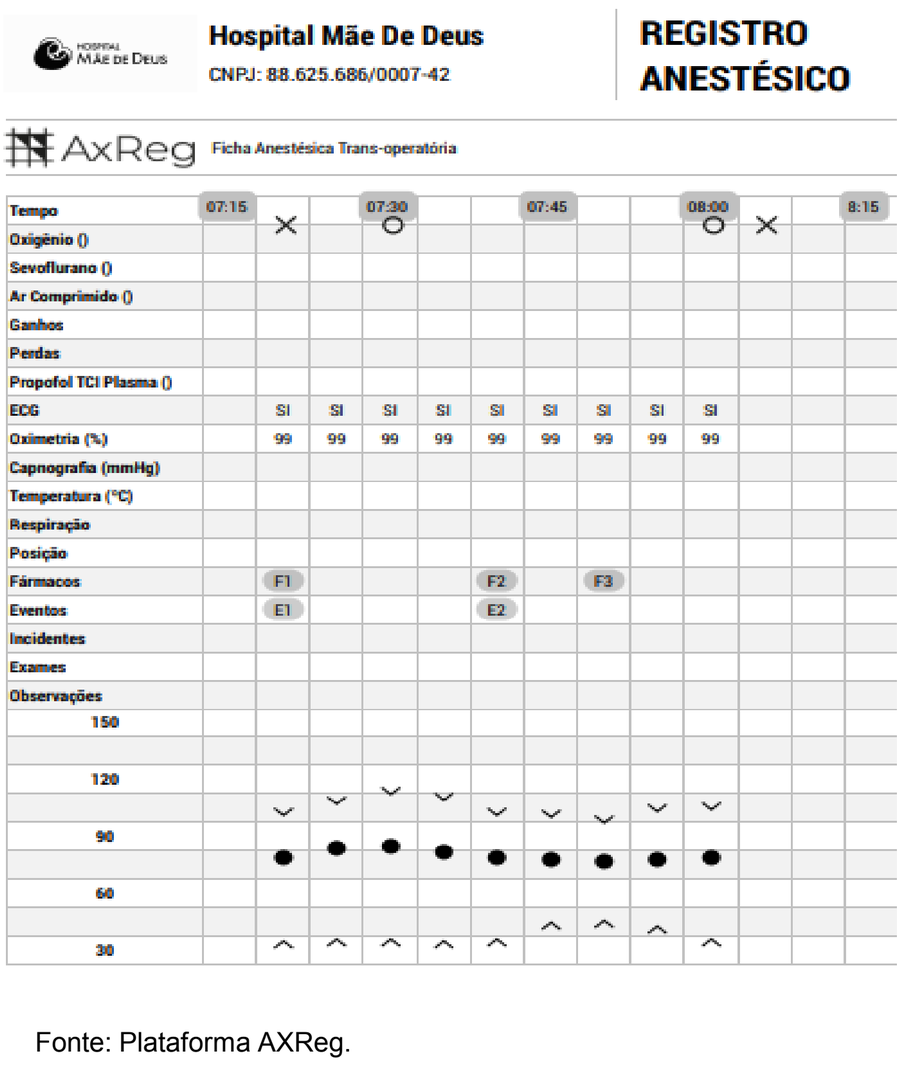
Fonte: Plataforma AXReg.

RESULTADOS

De março/23 até setembro/23, foram realizados 942 procedimentos utilizando a FA digital, com tempo médio de anestesia de 1:37h e pontualidade de 68%. Cabe ressaltar que os procedimentos englobam analgesia de parto e parto cesáreo.

Fonte: Plataforma AXReg.

Ficha Anestésica



Fonte: Plataforma AXReg.

CONCLUSÕES

Os resultados parciais demonstraram maior eficiência e segurança no processo cirúrgico, com registros precisos e legíveis, além de armazenamento em nuvem; controle efetivo de materiais e insumos, com possíveis expansões para rastreabilidade de medicamentos. A identificação de dificuldades e soluções em equipe foram cruciais para a extensão do projeto para demais áreas cirúrgicas do hospital, cuja implantação ocorrerá neste semestre, permitindo maior monitoramento de resultados.

REFERÊNCIAS

Zamper, Torres, Ferraz *et al.* Avaliação de Relatório Eletrônico de Anestesia. Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 60, N 3, Maio-Junho, 2010.

WHO. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Lamer, A., Moussa, M.D., Marcilly, R. *et al.* Development and usage of an anesthesia data warehouse: lessons learnt from a 10-year project. *J Clin Monit Comput* **37**, 461–472 (2023). https://doi.org/10.1007/s10877-022-00898-y

IMPLANTAÇÃO DE INDICADORES DE GESTÃO A VISTA FULL TIME NA EMERGÊNCIA E SEUS IMPACTOS ASSISTENCIAIS

Renato Aranha Alberguini ,Hadson Darrie Martin de Godoi , Rafael Zanini Barbato

INTRODUÇÃO

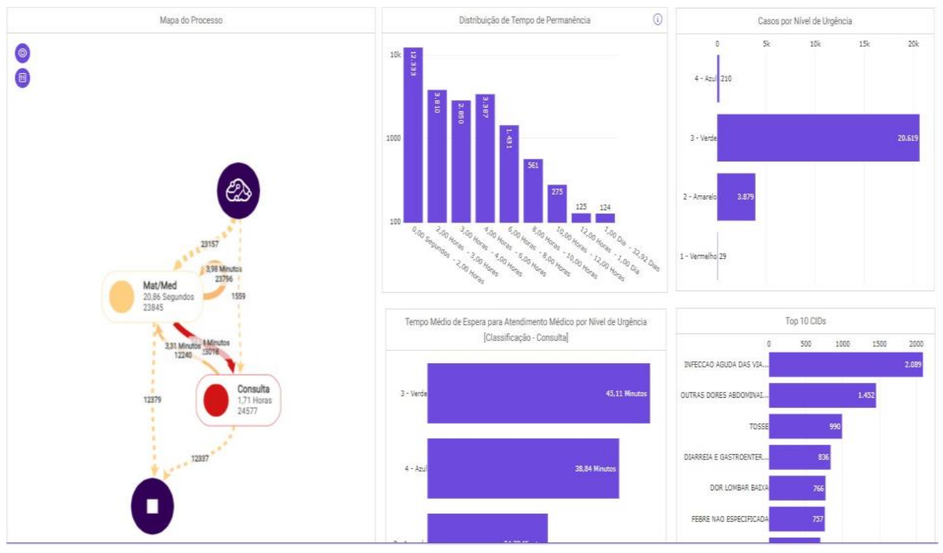
O interesse pelo assunto surgiu mediante a necessidade operacional de acompanhar os dados estratégicos da emergência em tempo real afim de mitigar erros assistenciais , melhorar a experiência do paciente e a sustentabilidade financeira da instituição.

METODOLOGIA

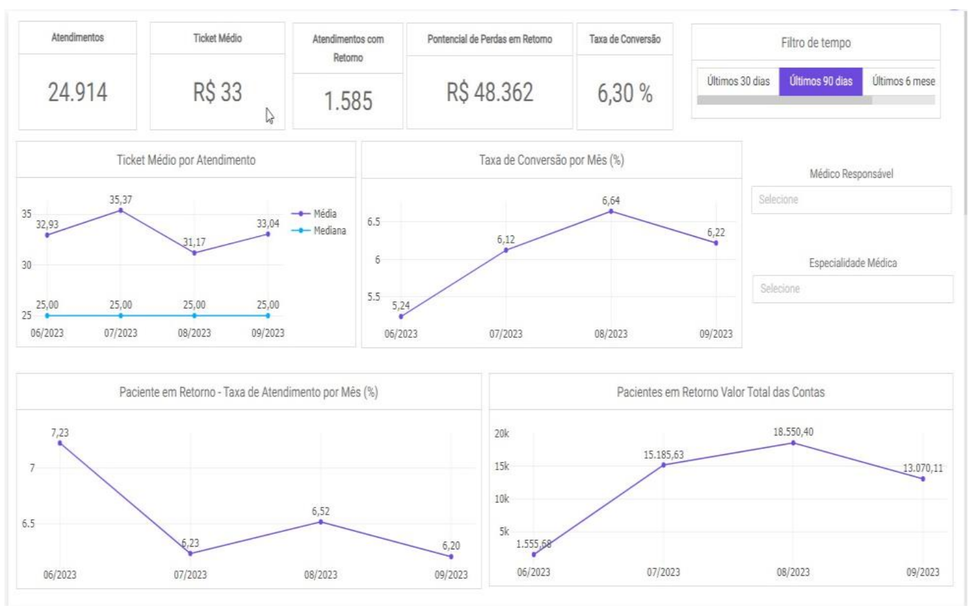
Realizado mapeamento do processo e implantação de um software em parceria com a pfizer denominado upflux . A implantação do projeto transcorreu em aproximadamente 06 meses e os dados foram alimentados em conjunto com a tecnologia da informação para auxiliar as interfaces operacionais . O objetivo do projeto foi agilizar o processo de gestão a vista e melhorar a performance da unidade de emergência em um hospital privado do interior paulista.

RESULTADOS

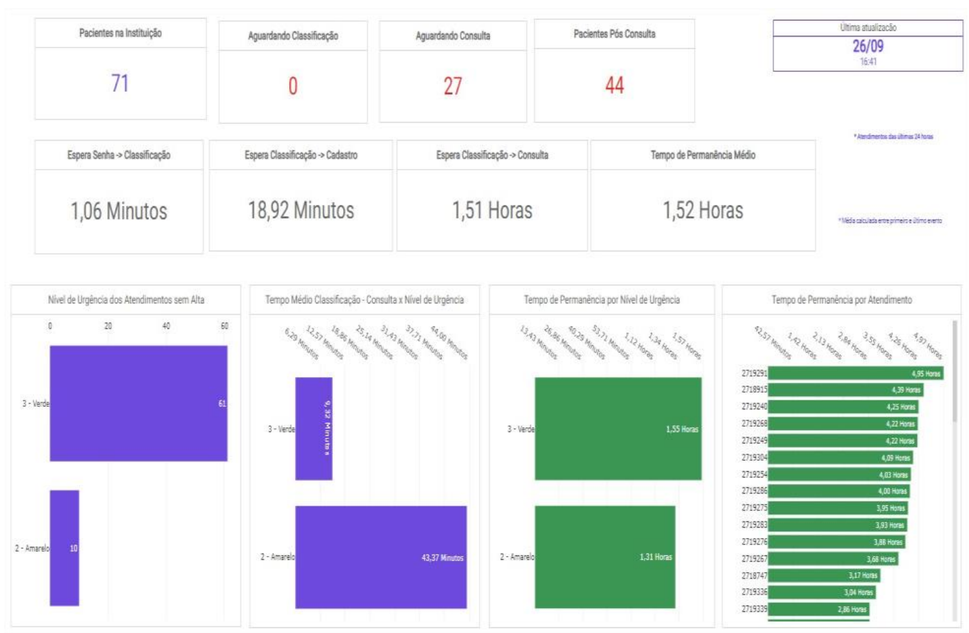
Após três meses de implantação os resultados já foram promissores , hoje com 6 meses de implantação tivemos uma redução do tempo de permanência dos pacientes na emergência em 84%, melhorando o processo de alta dos pacientes que ficam acima de 24 horas, melhora no gerenciamento de fluxo através da gestão à vista para acompanhar a jornada do paciente proporcionando maior agilidade no atendimento da admissão à alta e desfecho médico, melhora nas barreiras de dispensação medicamentosa vinculada a lotes de dispensação, otimização do processo de alta através da gestão a vista, melhorando o tempo de permanência no PA com a estipulação de metas x classificação de risco, resultando no aumento do nosso NPS e satisfação a nível de excelência, melhora na identificação dos maiores usuários e atuação junto as operadoras além da criação de protocolos clínicos por CIDS de maior prevalência, facilitando a padronização do cuidado, aumento da eficácia médica evitando o retorno precoce pela mesma queixa, melhorando a performance e resultando em redução do custo operacional.



Indicador de volumetria e tempo de todos os processos , bem como o mapeamento do mesmo atrelado aos desvios de qualidade.



Resumo executivo com dados estratégicos frente o planejamento da instituição .



Gestão à vista do tempo de espera em todas etapas do processo, facilitando a gestão inloco, melhorando assim a experiência do paciente.

CONCLUSÕES

O processo de gestão a vista pode proporcionar aos líderes e liderados uma maior experiência de gestão , conseguindo assim posteriormente a implantação dos cuidados e remuneração médica baseadas em valor melhorando o ticket médio dos atendimentos e sucessivamente a sustentabilidade financeira da instituição.

REFERÊNCIAS

Plataforma de extração de dados UPFLUX – Sistema pfizer
UPFLUX - The Advanced Analytics tool for your business acesso em 26/09/2023 as 16:49 hrs

IMPLANTAÇÃO DE PROJETO DE CUSTOS EVITÁVEIS COM MEDICAMENTOS NO HOSPITAL SANTA JOANA RECIFE

Gislaynne Kelly Vilela Galindo, Eveline Lima Barbosa, Stheffany Simões de Assunção e Andrielle Gomes Pereira

INTRODUÇÃO

No segundo semestre 2022 foi realizado um estudo logístico para diagnóstico do atual cenário financeiro do estoque do Hospital Santa Joana Recife, através da análise de cobertura de estoque e gerenciamento de oportunidades de redução de custos no fluxo de produtos, desde pontos de fornecimento até pontos de consumo, visando satisfazer a demanda dos clientes de acordo com critérios elegíveis, garantindo a segurança do paciente. Os critérios utilizados para alcance desta economia foram 5 alavancas principais: substituição de produto (alteração de padrão atual), restrição de dispensação (redução de consumo), contratualização de compras SPOT (redução de custo unitário), protocolos assistenciais (redução de consumo) e negociações de valores de contrato.

METODOLOGIA

Com a implantação do projeto, o Hospital Santa Joana Recife ampliou o acompanhamento de novas medicações de acordo com os critérios previamente estabelecidos, com a finalidade de alcançar melhores resultados e mensuração da economia proveniente das ações executadas no período de julho/2022 a julho/2023.

Realizamos o levantamento estratificado dos produtos consumidos x mês x centro de custo, análise de grupos de produtos de mesmas classes terapêuticas e direcionamento de oportunidades para cada alavanca. Na sequência foi realizado o acompanhamento mensal do impacto financeiro, através de indicadores de custos e de qualidade com aplicação do PDSA's (Plan, Do, Study, Act).

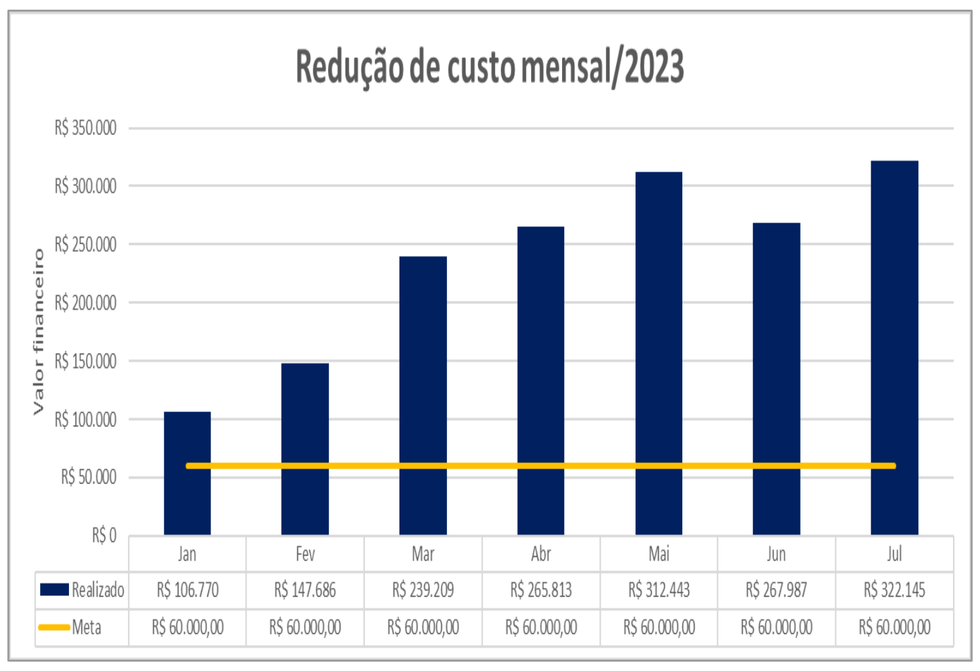
Ações implementadas com estratégia no alcance dos resultados no período em estudo.

Alavança	Item	Descrição da ação	Custo atual (unitário)	Custo novo (unitário)	Mês e ano (início da captação de savin	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23
5. Negociação de valor de contrato	Fauldfluor 2,5G 50ml	Direcionar para compra via contrato (LIBBS)	R$ 135,72	R$ 47,80	fev/23	R$ 0,00	R$ 967,72	R$ 967,72	R$ 1.339,92	R$ 2.262,18
5. Negociação de valor de contrato	Fauldleuco 50mg/5mg	Direcionar para compra via contrato (LIBBS)	R$ 56,92	R$ 24,03	fev/23	R$ 0,00	R$ 504,00	R$ 728,00	R$ 1.092,00	R$ 1.129,59
1. Produto Substituto	Granulokine 60mU/ml ser. Pren 0,5m	Substituir por novo padrão (Zarzio 300cmg ser EV/SC)	R$ 94,00	R$ 38,19	nov/22	R$ 4.253,91	R$ 4.087,09	R$ 4.003,68	R$ 5.518,80	R$ 2.797,20
4. Protocolo Assistencial	Zinforo 600mg po sol infus	Revisão de protocolo com inlcusão de uso do Rocefin	R$ 253,27	R$ 253,27	nov/22	R$ 50.248,77	R$ 49.237,44	R$ 43.158,74	R$ 46.957,93	R$ 47.717,76

Descrição de critérios utilizados para mapeamento da captação do resultado financeiro.

RESULTADOS

Após validação institucional, ficou definida uma meta interna para alcance de eficiência financeira no valor de 650 mil reais de redução no período de 12 meses, com planejamento de aproximadamente R$ 60 mil reais mês. No período de janeiro a julho de 2023, de acordo com o estudo prévio realizado, foi possível observar com a implementação das alavancas uma economia de custo total com as medicações no valor correspondente de R$ 1.662.051,00 milhões, evidenciando uma economia maior que o planejado em relação aos medicamentos elegíveis no projeto.



Resultados alcançados no primeiro semestre do ano de 2023, após implementação de ações.

CONCLUSÕES

Deste modo, foi possível evidenciar a efetividade das ações e o potencial de economia proveniente do projeto, superando a meta estipulada e demonstrando sustentabilidade na gestão de estoque e impacto positivo no aumento de receita líquida para instituição.

REFERÊNCIAS

Diretrizes UHG Brasil

Implantação de sinaleiras para acompanhamento do processo de amamentação em hospital referência

Daiane Lopes Leal Borba, Gustavo Nunes Silva Vieira, Raquel Amorim Motta Nornberg, Jessica Seabra de Oliveira Alves

INTRODUÇÃO

O hospital de estudo neste "case", recebeu o selo de qualidade conferido pelo ministério da saúde, amigo da criança (IHAC), portanto, é referência em uti neonatal da metade sul do estado do RS, no último ano a maternidade deste estabelecimento registrou 2324 nascimentos, atualmente está com uma média mensal de 203 nascimentos. Tendo em vista, que a amamentação é o melhor vínculo entre o binômio mãe/bebê, trazendo benefícios importantes tanto para o recém nascido quanto para a puérpera, pois o leite materno possui anticorpos que protegem o recém nascido contra diversas doenças. Para fomentar o aleitamento, o hospital em questão implementou a sinaleira da amamentação. Objetivos associado ao credenciamento na iniciativa hospital amigo da criança (IHAC), foi elaborada pela instituição junto aos professores e acadêmicos da universidade privada vinculada ao hospital, a sinaleira da amamentação. Tendo como objetivo sinalizar para a equipe de saúde o desenvolvimento do processo de amamentação para mãe/bebê, indicando as que necessitam de maior apoio e auxílio

METODOLOGIA

Sinalização é realizada no quadro das pacientes internadas, dentro do posto de enfermagem, buscando melhorar a assistência oferecida. As cores da sinaleira da amamentação são vermelha: que significa alerta, sonolento, sucção ineficaz, ingurgitamento mamário, uso de bicos e mamadeiras, recém nascido sem mamar, mãe não ordenhando, mãe resistente. Amarelo: significa atenção, mãe aguardando resultado de exame, recém nascido com cuidados especiais, HGT baixo, auxílio na ordenha, não pode mamar. Verde: significa boa pega, posição correta, amamentação satisfatória, mãe sem fissura, mãe ordenhando, recém nascido com boa pega, posição correta, bom vínculo estabelecido.

RESULTADOS

O Resultado na amostra dos primeiros 5 meses de 2023, foi alta hospitalar dos recém nascidos com um índice de 80% mamando em seio materno exclusivo.

Painel informativo sobre a sinaleira da amamentação, disponibilizado nas dependências

CONCLUSÕES

Conclui-se que a sinaleira da amamentação proporciona uma melhor visualização para os profissionais que assistem a esse binômio, proporcionando auxílio adequado durante o processo, aumentando assim a alta hospitalar em seio materno exclusivo visando que esse aleitamento materno continue no mínimo até o sexto mês de vida da criança.

IMPLANTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA ELETRÔNICA DE OUVIDORIA EM UM HOME CARE NO NORDESTE

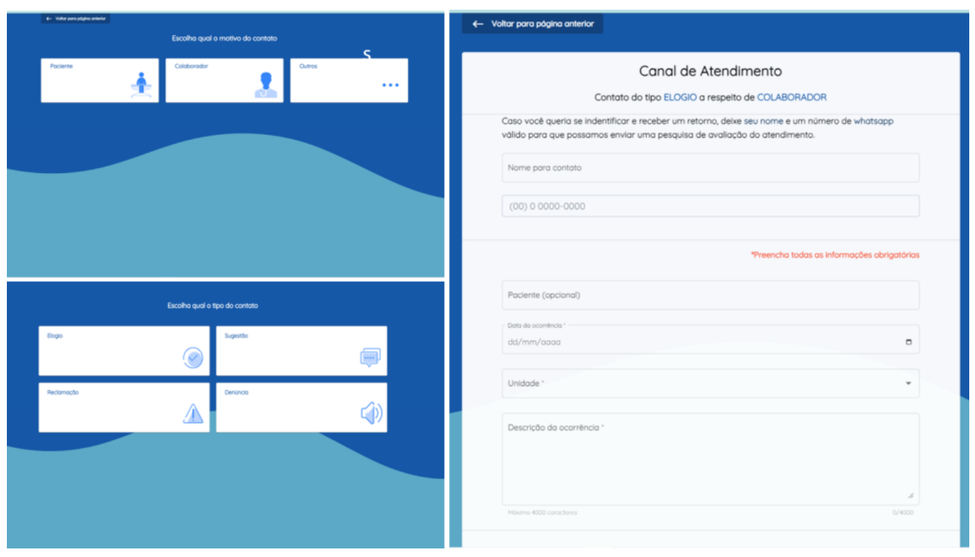
Poliana Gomes, Jéssica Medeiros, Anália Henrique.

INTRODUÇÃO

O programa de atenção domiciliar oferece assistência de saúde multiprofissional no domicílio, atendendo às necessidades do paciente fora do hospital. Uma comunicação eficaz nesse contexto melhora o cuidado. Destacamos o impacto de uma ferramenta tecnológica com painel de controle e dados na Ouvidoria, para acompanhar e tratar demandas de famílias e pacientes em *home care*.

METODOLOGIA

Em 2021, foi implementado um Núcleo de Ouvidoria e, em 2022, foi desenvolvida uma plataforma digital para coletar, analisar e monitorar as manifestações. Com o intuito de facilitar o acesso, clientes externos e internos foram conscientizados a utilizar um formulário de contato disponibilizado através de um link na internet ou por meio de um prático "QR Code". Através desse canal, todas as manifestações são recebidas e classificadas, levando em consideração graus de criticidade previamente definidos e categorias específicas.

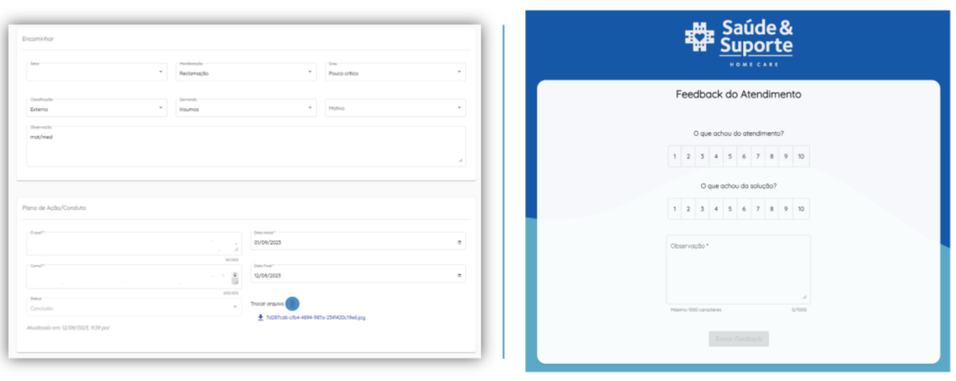


Formulário Online para Registrar Nova Ocorrência na Ouvidoria

Após a classificação, as manifestações são encaminhadas ao setor responsável, o qual é incumbido de analisar cuidadosamente cada uma delas e desenvolver um plano de ação efetivo para a resolução da ocorrência, dentro do prazos, variando entre 12, 24 ou 48 horas, dependendo da criticidade.

A ouvidoria acompanha todo o processo até a finalização da manifestação, garantindo assim a efetividade das ações tomadas, validando o plano de ação adotado, assegurando que a resolução do problema seja completa e satisfatória para todas as partes envolvidas.

Uma vez finalizada a ocorrência e caso o manifestante tenha fornecido um número de contato, enviamos a solução da tratativa e um link para coletar *feedback* sobre a qualidade da solução e do atendimento.



À esquerda, visualiza-se o plano de ação; à direita, encontra-se o formulário de feedback do atendimento.

RESULTADOS

A plataforma permitiu facilitar as tratativas das demandas de reclamações, sugestões, elogios e denúncias, monitorando dados disponíveis. O acompanhamento do número de manifestações por tipo, criticidade e área direcionada proporcionou estratificação quantitativa e qualitativa, fornecendo informações mensais para as gerências monitorarem os dados disponíveis, processos e fluxos institucionais.

Ocorrências registradas desde a implantação do canal, categorizadas por gravidade e demanda

Foi possível também mensurar a satisfação em relação ao serviço prestado, pois os notificantes avaliam a qualidade após o término da ocorrência. Isso possibilita contínuas melhorias no atendimento fornecido.

Distribuição de avaliações por nota recebida tanto pela solução da ocorrência quanto pelo atendimento

CONCLUSÕES

O painel de manifestações desempenhou um papel crucial na melhoria das relações entre pacientes/familiares e nossa instituição, proporcionando soluções eficazes. A Ouvidoria se destaca por se conectar às vivências diárias dos envolvidos. Além de simplificar resoluções, atua na promoção da qualidade, eliminando barreiras burocráticas, impulsionando melhorias contínuas nos serviços. Resumidamente, é essencial para relações sólidas e atendimento de qualidade.

REFERÊNCIAS

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO

Implantação do Ciclo de PDSA como ferramenta de melhoria contínua

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

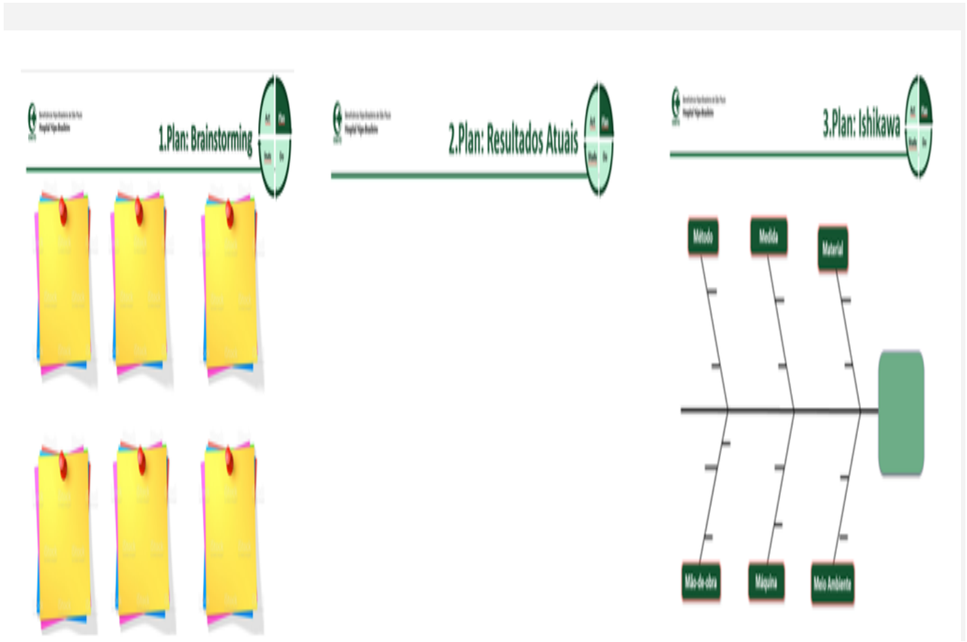
Juliana A. C. Santana; Cibele Quaranta; Tais Martins Cano; Gabrielly de Jesus Rodrigues

INTRODUÇÃO

PDSA é uma sigla em inglês que define as quatro etapas do Ciclo: **PLAN** - Definir claramente o problema e reconhecer sua importância através da aplicação das ferramentas da Qualidade (Brainstorming, Diagrama de Ishikawa, Lista de Verificação, 5W2H); **DO** Execução da Ação Executar o plano; **STUDY** Estudar e agir, verificando o bloqueio efetivo através dos gráficos de acompanhamento. **ACTION** Padronização com a finalidade de prevenir contra o reaparecimento do problema através dos resultados e alinhamento das ações. É uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização através das melhorias evidenciadas, composta por etapas sistematizadas nas quais permitem que o gestor desenvolva, monitore e mensure a eficácia das ações frente ao problema evidenciado e demostre as melhorias geradas.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, tipo relato de experiência realizado em outubro de 2022 com gestores de uma instituição privada do estado de São Paulo. Foi definido e estruturado pelo setor da Qualidade, uma ferramenta padrão do PDSA que permite ao gestor da área sistematizar, implementar e monitorar as melhorias do processo. Apresentado a ferramenta na reunião estratégica da Superintendência. Realizado capacitação em formato de Workshop atingindo 71 participantes entre gestores e pares, para apresentação da ferramenta, explanação das definições e aplicação da ferramenta. Como atividade prática do treinamento, solicitamos aos participantes responsáveis pela área que desenvolvessem um Ciclo de PDSA do setor correspondente com o apoio da Qualidade.



Ferramenta PDSA implantada - Fase Plan: Brainstormig, Resultados Atuais e Ishikawa

Ferramenta PDSA implantada - Fases Do, Study e Action

RESULTADOS

Após o treinamento, recebemos o ciclo de PDSA de 21 áreas distintas da Instituição, com diversos temas extremamente importantes que favorecem a qualidade e a segurança nos processos, observamos um grande engajamento e entendimento das equipes em desenvolver e demostrar as melhorias dos processos através da aplicação da ferramenta apresentada.

Temas
1.Fragilidade Mapeamento Risco
2.Reinternações
3.Transferência por hipoglicemia UTI Neonatal
4.Planejamento anual de treinamentos Institucional
5.Entrevista de Desligamento
6.Qualidade Percebida
7.Qualidade Percebida – Comunicação Ineficaz
8.Segunda sem carne
9.Atualização no site e sistema MV
10.Cadastro incompleto com nome da empresa
11.Qualidade Percebida
12.Espaço físico inadequado para a quantidade de produtos de estoque
13.Extravasamento Contraste
14.Atrasos Médico
15.Comunicação efetiva
16.Solicitação de pacientes
17.Cancelamentos Médicos
18.Financeiro
19.Automatização dos processos
20.Tubo Pneumático
21.Pediatria e eletroestimulação

Temas dos PDSA realizados na Instituição após implantação

CONCLUSÕES

Podemos concluir que após apresentação da ferramenta aos gestores, os mesmos demonstraram um melhor engajamento em busca de realizar o levantamento dos problemas dos seus processos, seguindo todas as etapas do ciclo de PDSA para demostrar as melhorias de suas respectivas áreas de atuação.

REFERÊNCIAS

Fonte: in: KERN, Allan Egon; Gestão de qualidade, riscos e segurança do paciente. –São Paulo : Editora Senac São Paulo, 2017. (Série Universitária)
https://www.ibes.med.br/o-que-e-pdsa/
https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/parto-adequado/fase2-291118-ppa-pdsa-sap-nacional-novembro-2018-v2.pdf

IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO HÍBRIDO NO PROCESSO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DE UMA COOPERATIVA MÉDICA

ANTONIO VALERIO NETTO

INTRODUÇÃO

Trata-se da implantação de uma plataforma de cuidado híbrido que atua na detecção dos pontos de intervenção ou níveis de aplicação das medidas preventivas do processo de saúde- doença crônica. Na jornada do paciente existem momentos de atuação preventiva à progressão da doença tanto de forma física quanto digital. As condições crônicas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição aos fatores ambientais e aos fatores fisiológicos. À medida que a idade avança, há uma tendência para que as doenças crônicas se intensifiquem (progressão), tornem as pessoas mais susceptíveis às outras doenças (debilitação), acumulem outras condições (multimorbidade), se diversifiquem (comorbidades) e interfiram na capacidade das pessoas conviverem normalmente na sociedade (incapacidade). As doenças crônicas necessitam de intervenções associadas às mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo. O objetivo do cuidado híbrido é modificar positivamente tanto a jornada do paciente, quanto a intervenção na sua experiência e engajamento com relação ao seu cuidado contínuo. Funciona como uma ponte entre a prestação tradicional de assistência presencial e as soluções de saúde digital. O propósito do cuidado híbrido é gerar evidências, e posteriormente, intervenções conforme alteração dos dados fisiológicos e hábitos rotineiros medidos de cada paciente individualmente. O conceito envolvido advém da área de telemedicina, mais especificamente, duas de suas modalidades: o telemonitoramento ou televigilância e teletriagem.

METODOLOGIA

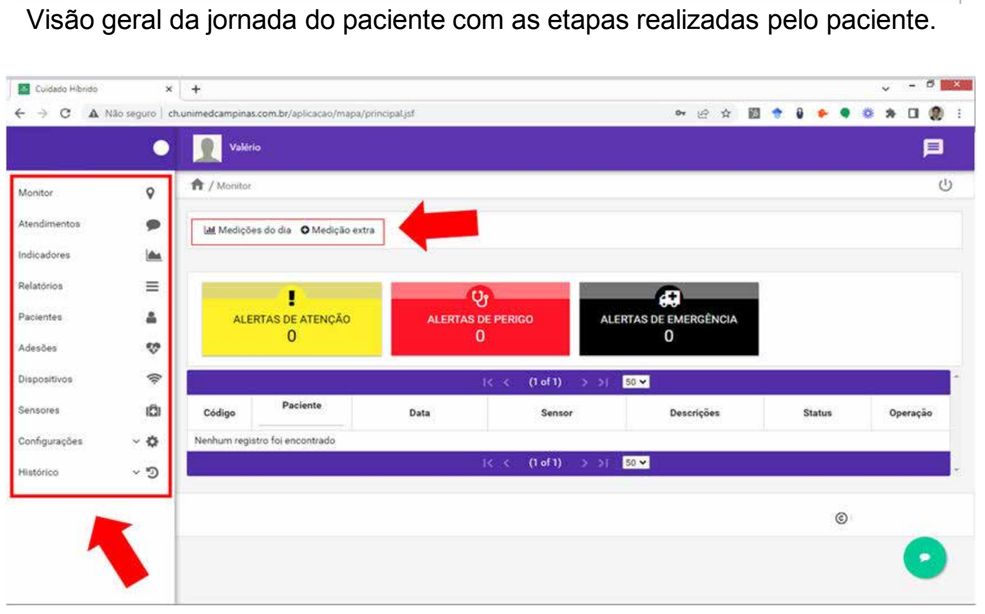
O projeto foi aprovado pelo conselho de ética CAAE: 48787720.7.0000.8054. As atividades foram executadas junto à unidade de atenção primária de uma cooperativa médica, especificamente os pacientes crônicos da carteira “Personal” na cidade de Campinas (SP). O estudo foi organizado em duas fases (triagem e longitudinal). Desde julho de 2022 teve inicio a implantação do cuidado híbrido que atualmente atende 81 usuários (população participante). Existem quatro programas: cuidado diabetes (4 participantes), cuidado peso (17 participantes), cuidado hipertensão (28 participantes) e cuidado total (junção dos três cuidados) (32 participantes). A ação foi realizada introduzindo na jornada diária do paciente a automedição de dados fisiológicos e o acompanhamento pela central de monitoramento. Dados são medidos por meio de equipamentos (balança, medidor de pressão e glicosímetro) que foram disponibilizados para os usuários.

Visão geral do processo de cuidado híbrido com destaque aos níveis de atendimento (nível 1 e 2) relacionados a teletriagem.

RESULTADOS

Foram comparados os custos dos serviços prestados “antes” (levantamento de 11 meses) e o “depois” da implantação do cuidado híbrido (CH) junto ao população participante. O depois foi calculado no período de 11 meses a partir do início da implantação, isto é, as informações são até o final de maio de 2023. Antes do CH foram realizadas 44 internações, depois foram 26 internações. Os custos com SADT teve uma redução financeira de 18%. Honorários teve redução de 57%, Material obteve redução de 34%, Diárias teve redução de 30%. Medicamento ocorreu a redução de 6%. Taxa, a redução foi de 34%. No geral ocorreram 30% de redução de custo financeiro.

Visão geral da jornada do paciente com as etapas realizadas pelo paciente.



Interface da plataforma e do aplicativo do celular utilizados no cuidado híbrido.

CONCLUSÕES

O cuidado híbrido possui uma tecnologia escalável, sendo possível implantar em diversas partes do País. Pode ser utilizada, inclusive, como plataforma de avaliação para auxiliar na gestão automática de indicadores de qualidade do serviço prestado por instituições de saúde. É possível auxiliar na diminuição das idas desnecessárias dos usuários ao PA ou PS, além de evitar possíveis readmissões e reinternações hospitalares, inclusive, auxiliando na diminuição das filas. A proposta é evitar a sobrecarga do sistema de saúde e a realização de exames médicos desnecessários, além de atuar no apoio ao processo de desospitalização dos hospitais buscando a melhoria dos indicadores de desempenho relacionados com o DRG (*Diagnosis Related Group*), por exemplo.

REFERÊNCIAS

VALERIO NETTO, A.. Ciência de dados em saúde: contribuições e tendências para aplicações. REVISTA SAÚDE.COM, v. 17, p. 2249-2253, 2021.
VALERIO NETTO, A.; PETRAROLI, A. G. . Modelagem de um sistema para o telemonitoramento de idosos com condição crônica baseado em biotelemetria. *journal of health informatics*, v. 12, p. 10-16, 2020.

IMPLANTAÇÃO DO EGA E FERRAMENTAS DE DESOSPITALIZAÇÃO EFICIENTE

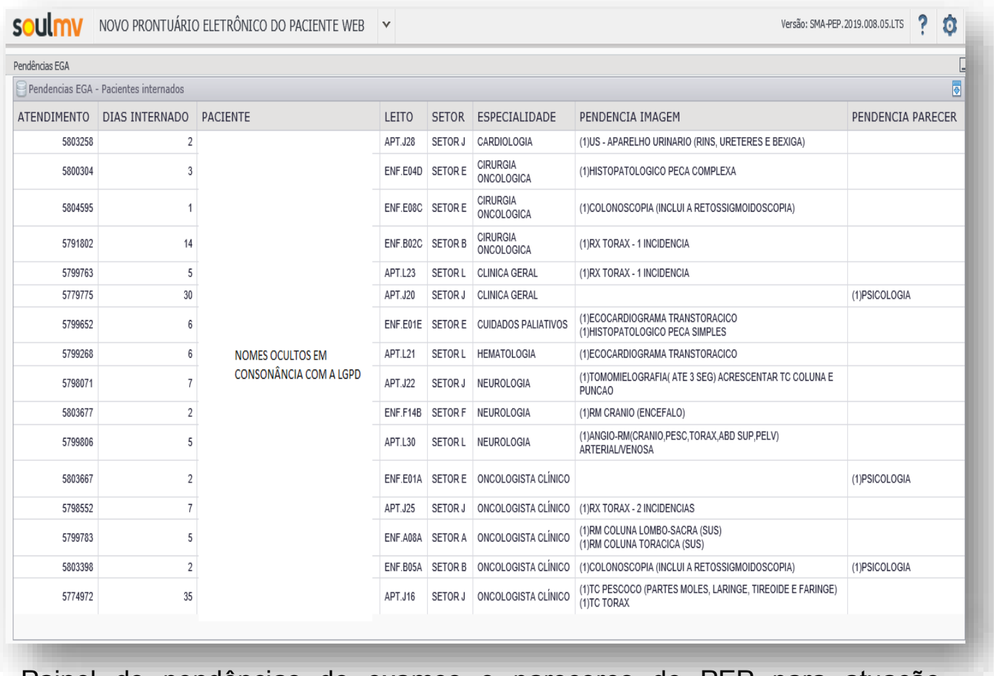
Dalthon Franco Dorce, Marcos Vieira Rangel Pereira, Mariana Dell'horto Figueiredo Poyes, Raianny Silva Mattos Laeber

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.

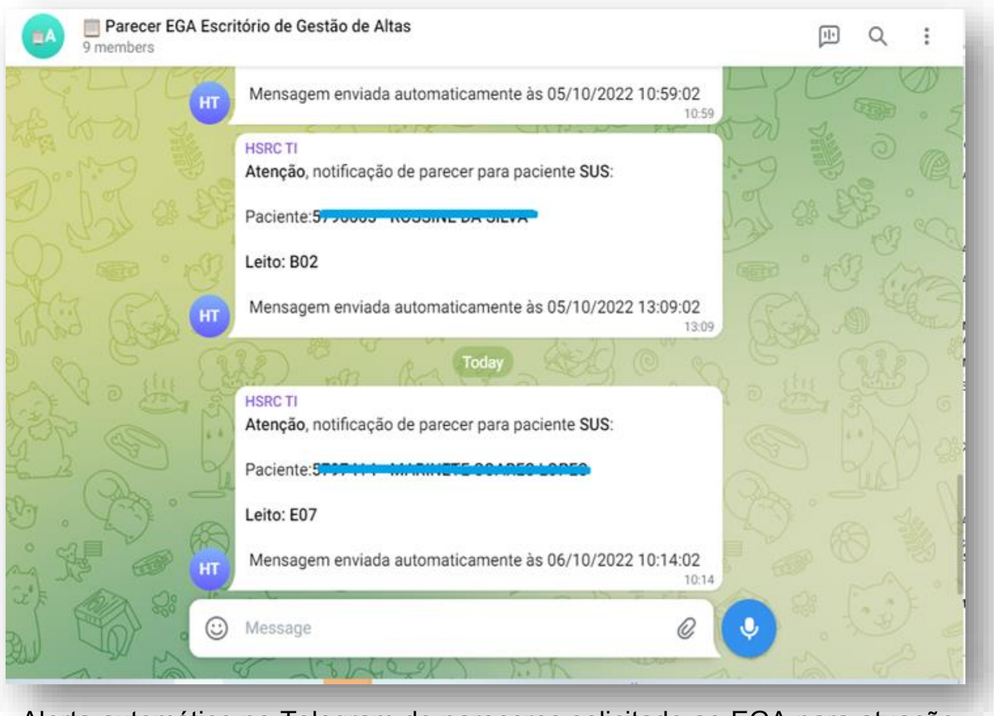
METODOLOGIA

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	NOMES OCULTOS EM CONSONÂNCIA COM A LGPD	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		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.

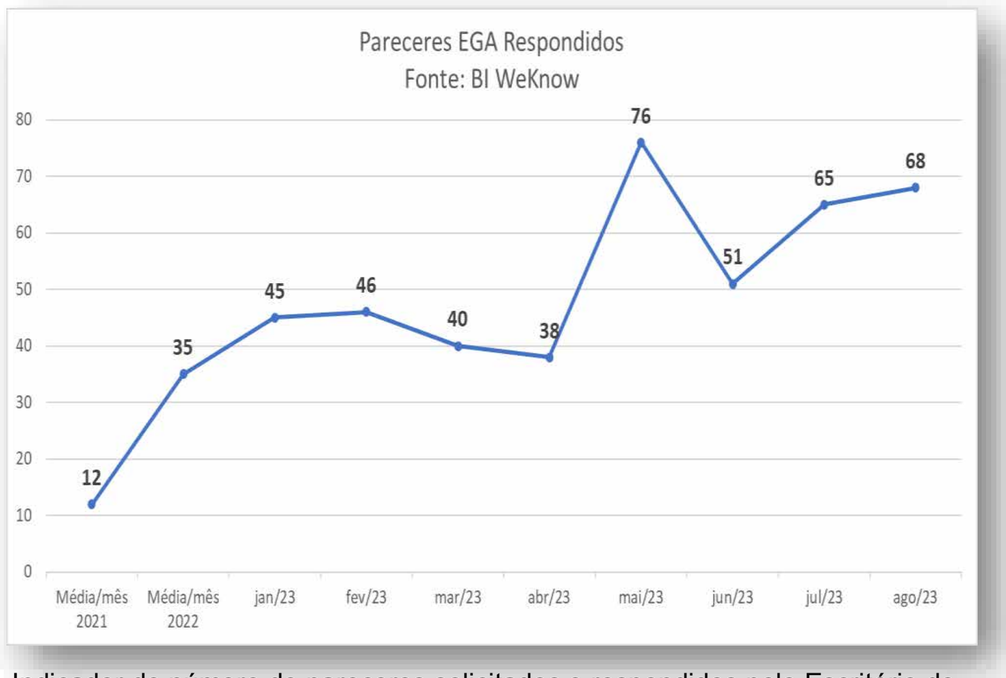


Alerta automático no Telegram de pareceres solicitado ao EGA para atuação imediata do EGA (integração com MV e restrito ao time EGA).

RESULTADOS

Após aculturamento e consolidação do Escritório de Gestão de Altas na instituição, atingimos um giro de leito de 6.2, patamar nunca antes alcançado na instituição. Antes da implantação do EGA, o maior giro de leito atingido havia sido de 5.2. O número de pareceres solicitados para o time saiu de uma média de 12/mês no ano da implantação um pico de 76 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 no cenário atual, 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 FORMULÁRIO DE SEGURANÇA COMPARTILHADA PARA ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO CUIDADO

Daniela Broad Rizzo de Omena Tavares, Fabrícia Jannine Torres Araujo, Lizete Gomes Carvalho Vitorino Filha, Kaio Alisson Lins Medeiros

INTRODUÇÃO

O Cuidado Centrado no Paciente é uma prática em que ele e seus familiares participam das decisões que envolvem sua saúde. Este movimento universal que implica na valorização do papel do paciente no cuidado tem sido amplamente debatido em estudos, e o Institute of Medicine definiu 8 princípios desta prática, dentre esses, o envolvimento de familiares e amigos: pois eles têm papel fundamental na experiência do paciente. Seguindo esse princípio, a participação efetiva dos pacientes e familiares no acompanhamento dos horários de medicamentos e suas particularidades, favorecem a redução dos erros, contribuem para as boas práticas dos serviços de saúde e interferem na satisfação dos pacientes**.** Esse estudo teve como objetivo implantar um formulário que espelhe a prescrição médica, possibilitando o acompanhamento e a corresponsabilidade do paciente e familiares em uma das etapas do seu planejamento terapêutico.

METODOLOGIA

Inicialmente, foi criado um formulário contendo as informações das medicações de alta vigilância, viabilizando a tripla checagem. Nesta etapa, o técnico responsável pela administração do referido medicamento realizava a primeira checagem, um outro técnico, executava a segunda e a família finalizava com a terceira checagem**.** Após testar a ferramenta, observou-se benefícios e impactos satisfatórios, então, foi aplicado o PDSA e ampliado o formulário para todas as classes medicamentosas. Atualmente, os pacientes e familiares têm conhecimento prévio de todos os medicamentos que farão uso nas próximas 24 horas, bem como, seus respectivos horários e via de administração.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO
Segurança Compartilhada

Página: Relatório
Em: 25/09/2023 12:49

Nome do Paciente [redacted]E
Data de Nascimento: 13/11/1937
Atendimento: 8013304
Setor: UNID GERIAT STA ANA E SAO JOAQ
Convênio: FUSEX - FUND. DE SAUDE DO EXER
Leito: 310
Data da Internação: 27/06/2023 17:26 90 DIA(S) INT
Mãe: [redacted]

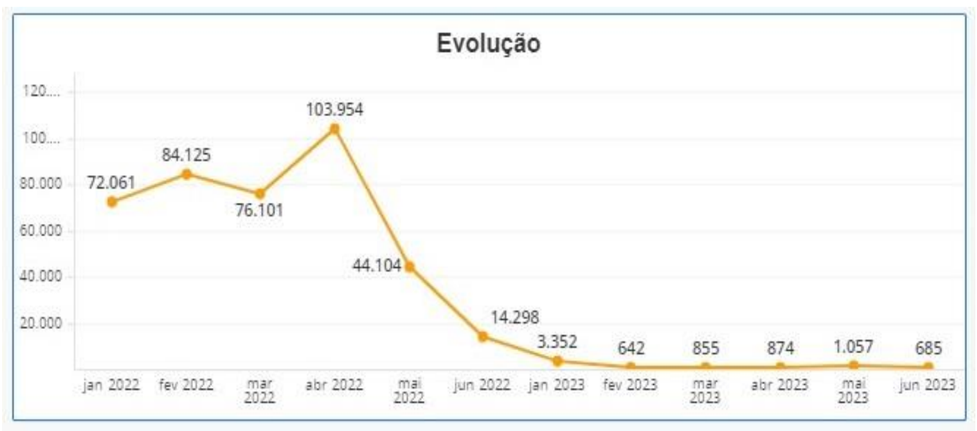
HORÁRIOS	MEDICAMENTOS	VALIDAÇÃO ENFERMAGEM	VALIDAÇÃO ACOMPANHANTE/PACIENTE	VALIDAÇÃO HORA DA ADM
25/09/2023 18:00	TYLEX 500 MG + 30 MG COMP			
	DIPIRONA SODICA 50 MG/ML SOLUCAO ORAL GEN GERMED			
25/09/2023 20:00	SERETIDE 25/250 MCG SPRAY 120 DOSES			
	DERMODEX POMADA			
	COLIRIO DE ATROPINA 1% (10 MG/5 ML) HEALTH TECH			
	SEROQUEL 25 MG COMP (VIA SNE)			
	ACETILCISTEINA 600 MG ENV GEN EMS			
	LACTO-PRO LB ENV 1 G (ENTERAL)			
25/09/2023 21:00	PROLOPA 100/25 MG COMP DISPERSIVEIS			
25/09/2023 22:00	DICLOFENACO DIETILAMONIO 1% BISN GEN MEDLEY			
	BUSCOPAN 10 MG/ML 40 GTS			
	MYLICON (simeticona) 75MG/ML SUSP ORAL SEM ACUCAR			

Formulário Segurança Compartilhada – Espelho da prescrição médica para disponibilizar para a família.

RESULTADOS

Com a implantação do instrumento, intitulado de Segurança Compartilhada, foi contemplado etapas da ROP (Prática Organizacional Obrigatória): Papel do Paciente e Família na Segurança. Além de, envolver três das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente: Identificação Correta do Paciente, Comunicação Efetiva e Segurança em Medicamentos.

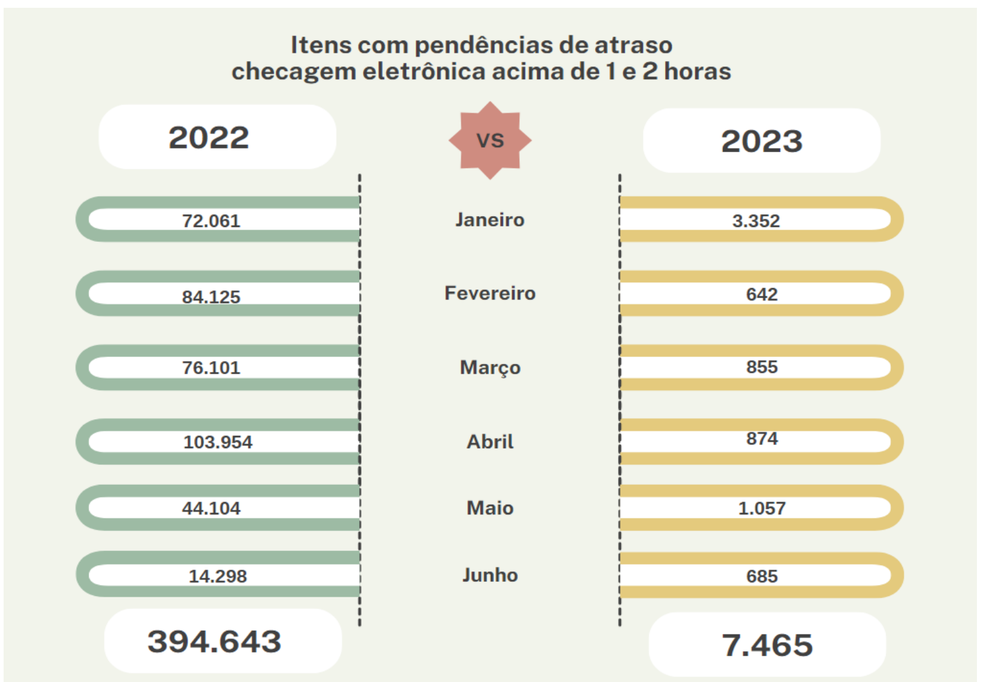
Formulário Segurança Compartilhada – Família participando ativamente das checagens das administrações das medicações prescritas



Pendências

+ Objeto	+ Esquema	Item	Pendente	Valor
Total			402108	R$[illegible]
+ Checagem eletrônica acima de 1 hora (outras frequencias)			225635	R$[illegible]
+ Checagem eletrônica acima de 2 horas			176473	R$[illegible]

Gráfico com os dados dos itens prescritos checados com atraso superior a 1 e 2 horas.



Comparativo entre o primeiro semestre de 2022 e 2023 dos itens de prescrição checados com atraso superior a 1 e 2 horas com redução de 98,1%.

CONCLUSÕES

A prática e ferramenta instituídas, proporcionaram o empoderamento da família no cuidado, refletindo em maior segurança e atuando como barreira para ocorrência de eventos adversos, e derivou um resultado com a redução de 98,1% de itens checados com atrasos, comparando o período de janeiro a junho de 2022 com o mesmo período em 2023. Esta metodologia foi extremamente efetiva, favorecendo a segurança do paciente e sua satisfação. Sendo atualmente o tema da campanha mundial de segurança do paciente pela OMS.

REFERÊNCIAS

- 8 Princípios do Cuidado Centrado no Paciente, segundo o Institute of Medicine. IBSP, 2018. Disponível em: https://www.ibes.med.br/8-principios-do-cuidado-centrado-no-paciente-segundo-o-institute-of-medicine/. Acesso em 27 de julho de 2023.

- Como envolver o paciente para evitar erros de medicação? IBSP, 2023. Disponível em: https://www.ibes.med.br/como-envolver-o-paciente-para-evitar-erros-de-medicacao/. Acessado em 28 de julho de 2023.

IMPLANTAÇÃO DOS DIREITOS DOS PACIENTES: ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O MODELO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Gláucia Plaça Silva; Evandro Rambaldi e Matos; Luís Roberto Araújo Fernandes; Rose Mary Peres Corrêa Bellem

INTRODUÇÃO

O cuidado centrado no paciente é um movimento incipiente e sua prática encontra obstáculos no sistema de saúde brasileiro, onde é pouco visto como uma dimensão da qualidade[1]. Toda pessoa sob cuidados de saúde tem direitos que devem ser respeitados e que lhe garantem mais segurança e qualidade[2]. Vários países possuem legislação sobre os Direitos dos Pacientes. No Brasil existe o Projeto de Lei nº 2242/22 que institui o Estatuto dos Direitos dos Pacientes, tais como o direito: ao consentimento informado; à segunda opinião; de recusar tratamentos; ao cuidado com qualidade e seguro; de participar das decisões; à privacidade, à informação e de não ser discriminado[3].

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a implantação dos Direitos dos Pacientes, como estratégia para fortalecer o modelo de cuidado centrado no paciente, o qual ocorreu em um hospital privado de Santos, no período de maio de 2022 a 2023. A primeira etapa relativa à decisão e descrição do projeto ocorreu em maio; a segunda etapa, referente à elaboração da Política e aprovação da Direção, principal responsável pela forma como o hospital trata os pacientes, ocorreu em junho e julho; e a terceira etapa de agosto a maio, na qual foram realizados os treinamentos dos colaboradores e a implantação efetiva da Política.

Treinamento dos Colaboradores sobre Direitos dos Pacientes no Auditório do Hospital

Treinamento dos Colaboradores sobre Direitos dos Pacientes nas Unidades de Trabalho

RESULTADOS

As melhorias derivadas deste projeto foram: elaboração e implantação efetiva da Política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares compatível com a missão e a visão do hospital, e em conformidade com os regulamentos; capacitação de 1.210 profissionais; inclusão no Programa Boas-Vindas e no Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança; disseminação da Declaração dos Direitos e Deveres para pacientes e familiares por escrito nas entradas, e por meio eletrônico no site do hospital e por *QRcodes* instalados nas recepções, salas de espera e nos quartos de internação. Além desses meios os colaboradores tem acesso ao conteúdo pela intranet.

Direitos e Deveres de Pacientes e Familiares divulgados no site do Hospital

Acesso aos Direitos e Deveres de Pacientes e Familiares por *QRcodes* espalhados pelo Hospital

CONCLUSÕES

A implantação efetiva dos Direitos dos Pacientes é essencial no estabelecimento de um novo paradigma no cuidado em saúde, fortalecendo o modelo de cuidado centrado na pessoa, garantindo qualidade e uma melhor experiência do paciente, que se torna cada vez mais protagonista do seu cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues J. L. da S. de Q., Portela M.C., Malik A.M. Agenda para a Pesquisa sobre o Cuidado Centrado no Paciente no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Nov. 2019; 24(11):4263-73.

2. Proqualis / Fiocruz. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Simplificando o Cuidado Centrado na Pessoa: O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia rápido. [S.l]: Fiocruz, 2016. Disponível em https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf.

3. Engajamento do Paciente e de Familiares na Segurança do Paciente. Organizadoras Aline Albuquerque, Kalline Eler. Ponta Grossa - PR: Editora Atena, 2023.

Implantação eletrônica do autoatendimento para Protocolo de Dor Torácica no Pronto Socorro do Hospital.

Mariane Rizzetto Coelho Paura, Tatiana Lima Romão, William Farias Bento, Naiara da Silva Viana

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de padronizar o atendimento (diagnóstico e conduta) aos pacientes com Dor Torácica, reconhecimento rápido das causas potencialmente fatais de Dor Torácica e Redução da morbidade e mortalidade dos pacientes. O hospital divulgou para todos do hospital em 2019 o Protocolo de Dor Torácica, porém para que o paciente fosse caracterizado como paciente a ser incluído nesse Protocolo se fazia necessário os seguintes passos: Retirada da senha no Totem, Preenchimento da Ficha na recepção, Realização da Triagem para que assim o enfermeiro responsável pela triagem diante os sintomas e sinais clínicos pudesse identificar a necessidade de inclusão do paciente no Protocolo e assim dar agilidade no atendimento.

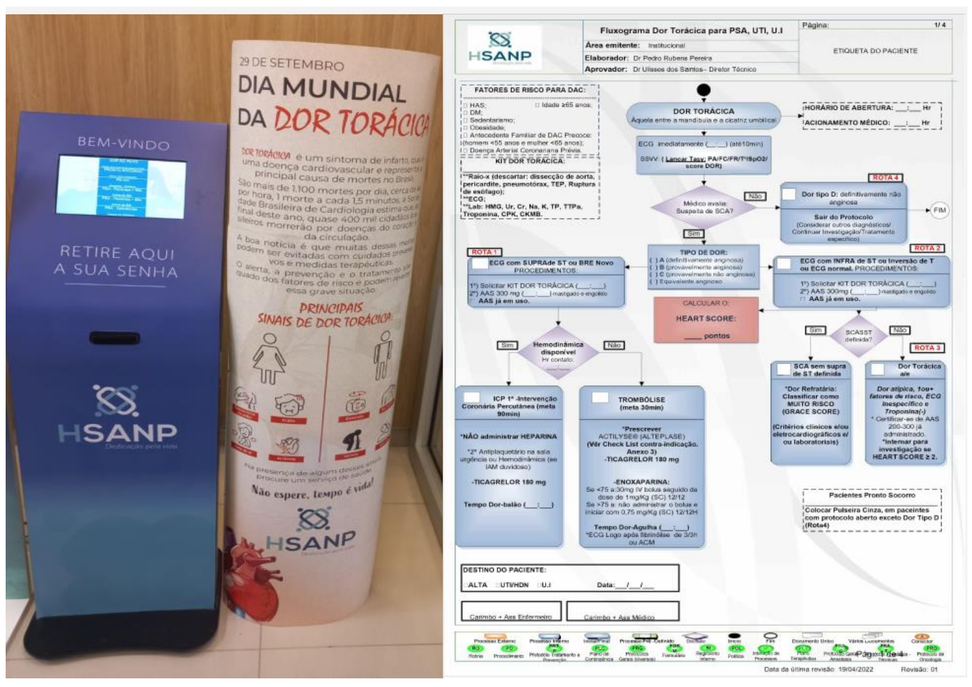
Objetivo: Diminuir ao máximo o tempo de identificação de que o paciente possa estar sofrendo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) a fim de otimizar o atendimento e direcionar os profissionais de saúde a condutas assertivas e resolutivas no tempo correto.

METODOLOGIA

Em 2023, incluímos no Totem eletrônico de retirada de senha, um serviço de autoatendimento, um ícone com o título Dor no Peito no Pronto Socorro.

Desse modo o próprio paciente clica no ícone “DOR NO PEITO” na entrada do Pronto Socorro, eliminando assim duas etapas de espera, as etapas de abertura de ficha e de classificação do nível de urgência, sendo encaminhado diretamente para a Triagem da Enfermagem com a classificação automática de Urgência.

Totem com a descrição botão no peito.



Visão do Totem e arquivo da ficha de abertura de protocolos

RESULTADOS

Com a autoidentificação de Dor no Peito realizada pelo paciente, conseguimos a abertura de 1238 protocolos abertos de janeiro a julho de 2023, e destes atendimentos 135 internações foram realizadas, atingindo um percentual de 11% de internação com o diagnóstico de Dor Torácica. Tornando possível efetuar o exame de ECG em até 10 min da retirada do autoatendimento e liberação do dos exames do preconizados em até 45 minutos, oferecendo agilidade para reconhecimento do diagnóstico do paciente.

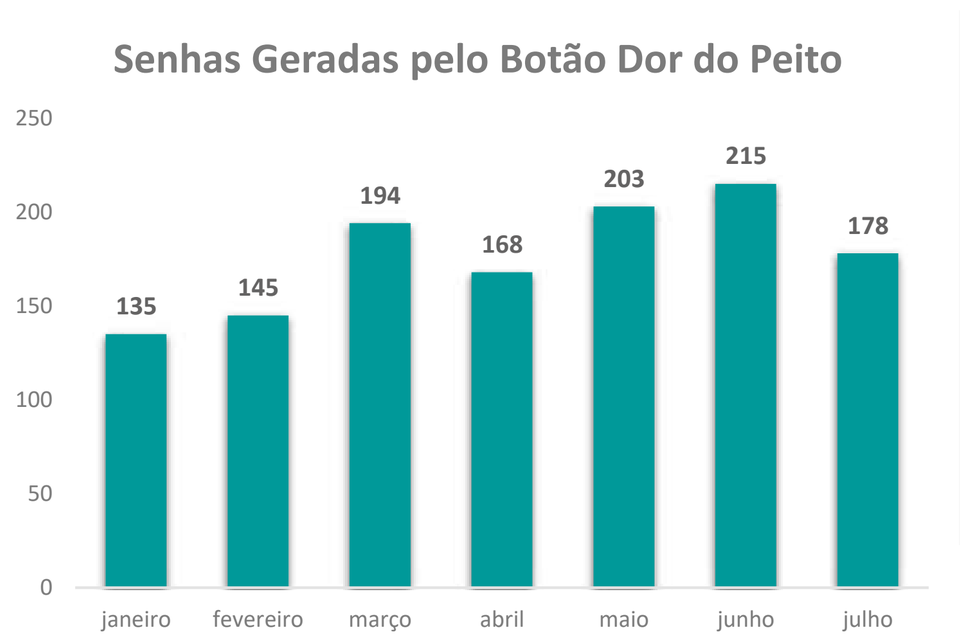


Gráfico demonstrando o número de acionamentos do Botão dor no Peito no Totem de autoatendimento do Pronto Socorro.

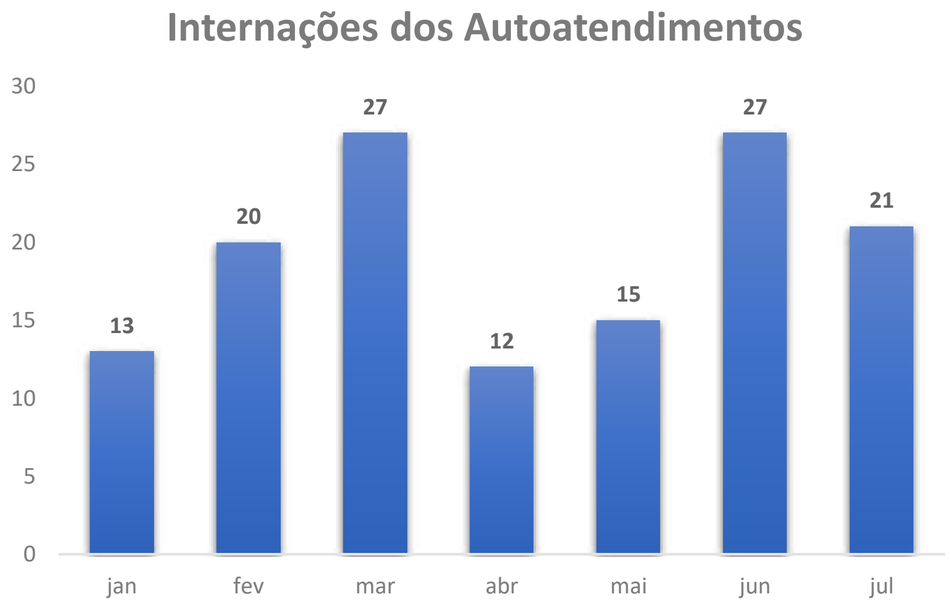


Gráfico demonstrando o número de internações dos pacientes provenientes do Botão dor no Peito no Totem de autoatendimento do Pronto Socorro.

CONCLUSÕES

A implantação do ícone de auto atendimento Dor no Peito de forma eletrônica foi fundamental para proporcionar reconhecimento rápido das causas potencialmente fatais de Dor Torácica e Redução da morbidade e mortalidade dos pacientes. A síndrome coronariana aguda normalmente é representada por uma dor que chamamos de Angina: dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia. A partir do momento que o paciente entra no protocolo, são realizados exames laboratoriais, Eletrocardiograma para que se possam confirmar o seu diagnóstico.

REFERÊNCIAS

Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Arquivo Bras. Cardiol. 2015
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf
Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência 2002 - http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf

Implantação eletrônica do Protocolo Gerenciado de Prevenção e Tratamento de Tromboembolismo Venoso (TEV) do Hospital.

Tatiana Lima Romão, Naiara da Silva Viana, Suellen Dias Lacerda Costa, Everton Clemente Novaes..

INTRODUÇÃO

Introdução: Os Protocolos de prevenção e tratamento são de extrema importância dentro de um hospital, proporcionando diretrizes para uma execução perfeita dos processos e consequente sucesso no tratamento do paciente. O Protocolo de TEV foi divulgado em 2019 no hospital, porém como se trata de protocolo trabalhoso pelo fato de abranger todos os pacientes internados clínicos, cirúrgicos e obstétricos, para uma avaliação diária de seus riscos, em um hospital com uma média de 800 internações mês, tornou-se muito difícil o acompanhamento manual dos indicadores que demonstram se as medidas de prevenção e tratamento foram aplicadas corretamente.

Objetivo: Realizar de forma eletrônica as fichas para abertura do protocolo de TEV, objetivando o gerenciamento com extração de indicadores que demonstrem a efetividade da análise dos riscos e tratamento.

METODOLOGIA

Em 2023, a ficha de avaliação dos riscos foi incluída dentro do sistema eletrônico utilizado no hospital, o sistema Tasy, realizado capacitação de todos os colaboradores para o preenchimento. Após a implantação total da ficha eletrônica, obtivemos relatórios com a extração de dados do Tasy que nos possibilitou o desenvolvimento de relatórios personalizados no BI Weknow.

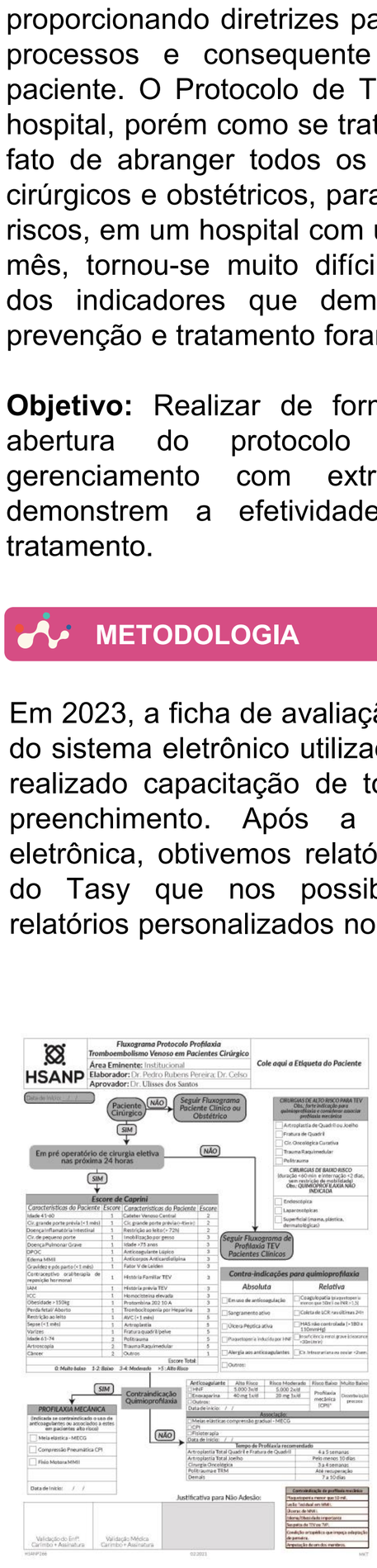


Imagem da Ficha Manual antes utilizada para abertura de protocolos TEV

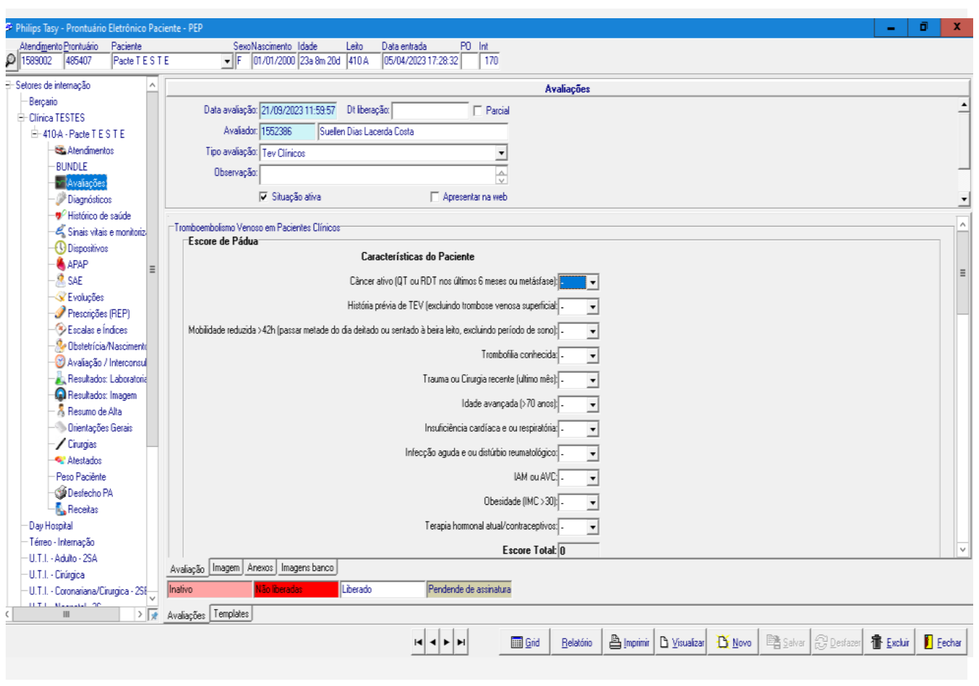
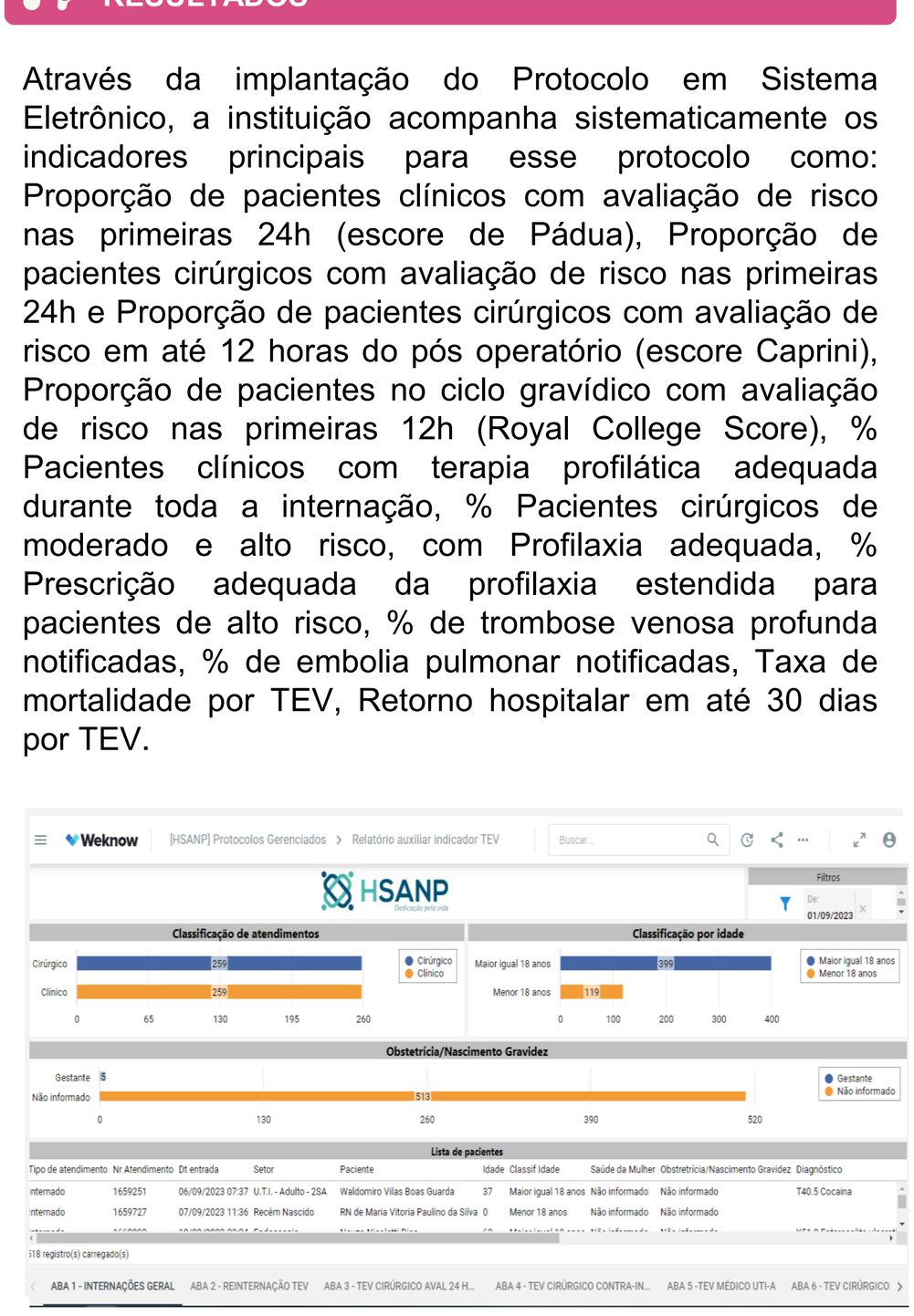


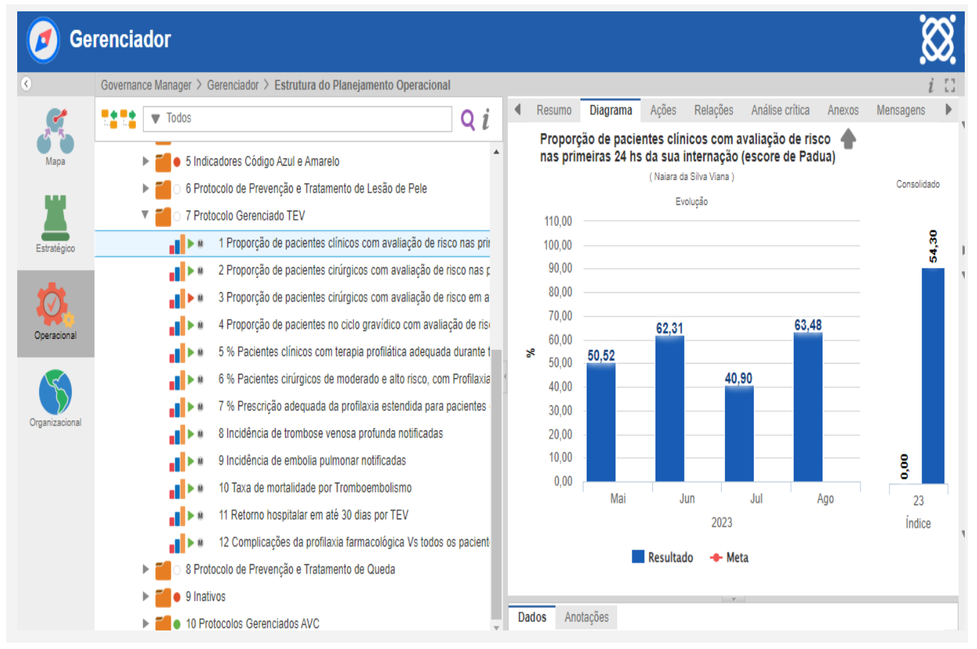
Imagem da Ficha eletrônica de abertura de protocolos TEV dentro do Sistema Tasy

RESULTADOS

Através da implantação do Protocolo em Sistema Eletrônico, a instituição acompanha sistematicamente os indicadores principais para esse protocolo como: Proporção de pacientes clínicos com avaliação de risco nas primeiras 24h (escore de Pádua), Proporção de pacientes cirúrgicos com avaliação de risco nas primeiras 24h e Proporção de pacientes cirúrgicos com avaliação de risco em até 12 horas do pós operatório (escore Caprini), Proporção de pacientes no ciclo gravídico com avaliação de risco nas primeiras 12h (Royal College Score), % Pacientes clínicos com terapia profilática adequada durante toda a internação, % Pacientes cirúrgicos de moderado e alto risco, com Profilaxia adequada, % Prescrição adequada da profilaxia estendida para pacientes de alto risco, % de trombose venosa profunda notificadas, % de embolia pulmonar notificadas, Taxa de mortalidade por TEV, Retorno hospitalar em até 30 dias por TEV.



Exemplo de relatórios disponibilizados no Weknow de dados extraídos do Tasy.



Demonstração dos indicadores dentro do sistema Interact.

CONCLUSÕES

A implantação do sistema eletrônico para o Protocolo de TEV foi fundamental para proporcionar adesão ao protocolo, acompanhamento das avaliações, tratamentos e prevenção e conseguirmos mensurar os indicadores que antes se tornavam inviáveis.

REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Disponível em: http://www.sbacv.com.br/artigos/medicos/trombose-venosa-profunda acessado em: 14/12/2019.
Projeto Diretrizes SBACV. Disponível em: http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosaprofunda.pdf acessado em: 28/03/2022.
http://www.rbo.org.br/detalhes/90/pt-BR/profilaxia-da-tromboembolismo-venoso-em-cirurgia-ortopedica
https://www.sanoficonecta.com.br/eventos/Content/2020/09/quality-insights2020

IMPLEMENTAÇÃO DA PUNÇÃO ECOGUIADA COM ULTRASSOM PARA CRIANÇAS COM ACESSO INTRAVENOSO DIFÍCIL

Márcia Nascimento Bezerra, Marilda Hitomi Takemura, Euclydes Domingues Garcia Florentino, Cibele Cistina

INTRODUÇÃO

A técnica de punção intravenosa é amplamente utilizada em ambientes hospitalares, principalmente por meio da inserção de cateteres venosos periféricos para início e manutenção da terapia intravenosa, caracterizando como uma das intervenções mais utilizadas pela enfermagem. Entretanto, o estabelecimento do acesso da rede venosa se apresenta como um desafio para o profissional, principalmente quando nos referimos ao paciente pediátrico, dado o pequeno calibre de suas veias. Neste contexto, a utilização da tecnologia, com o ultrassom, vem demonstrando vários benefícios, entre eles maior assertividade da punção, redução do sofrimento da criança com múltiplas tentativas de punção e melhora a satisfação dos pais quanto ao atendimento prestado.

METODOLOGIA

Relato de experiência realizado em hospital de grande porte na cidade de São Paulo nas unidades pediátricas em crianças identificadas com acesso intravenoso difícil (DIVA), após tentativas frustradas de punção na técnica convencional (máximo 4 tentativas). Nesses casos o time de acesso vascular e terapia infusional foi acionado para realizar punção ecoguiada assistida com ultrassom.

Foto 1: Punção ecoguiada da veia cefálica na região do antebraço direito

Foto 2: Assertividade na punção

RESULTADOS

Observou-se que de 53 crianças atendidas de Janeiro de 2022 a junho de 2023 com idade média entre (0 a 7 anos) a taxa de assertividade na 1º tentativa de punção foi de 77,35%.

Foto 3: Procedimento

Foto 4: Criança tranquila no colo da avó recebendo a terapia intravenosa proposta

CONCLUSÕES

A punção ecoguiada assistida por ultrassom nas crianças com acesso intravenoso difícil é uma excelente alternativa na pediatria para realização da terapia intravenosa compatível com veia periférica e evitar indicação de um cateter central de inserção periférica (PICC) ou um cateter venoso central (CVC) quando houver falha na punção na técnica convencional e consequentemente reduzindo custo relacionado aos procedimentos.

REFERÊNCIAS

Ultrasound-guided techniques for peripheral intravenous placement in children with difficult venous access. Farrukh Munshey1 , Dimitri A. Parra2 , Conor McDonnell1 , Clyde Matava1,3. Pediatric Anesthesia. 2019

Ultrasound-guided peripheral venous cannulation in critically ill patients: a practical guideline. Pablo Blanco.The Ultrasound Journal. 2019

TÍTULO:
IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SOUZA TMP, CARVALHO GR, GUIMARÃES PDS, MONTEIRO CGS

INTRODUÇÃO

Segundo a *National Pressure injury Advisory Panel* (NPIAP), as lesões por pressão (LP) são danos causados à pele e tecidos moles subjacentes, que geralmente se encontram sobre proeminências ósseas, podendo ou não serem causadas por dispositivos médicos. São eventos adversos ao paciente comuns em ambiente hospitalar, indicando a qualidade da assistência prestada. Apesar dos recursos disponíveis, ainda há alta incidência de LP, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva. Este estudo teve como objetivo evidenciar as estratégias de prevenção de LP em um hospital de médio porte.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma instituição certificada pelo programa *Closer to Zero* em 2022, em parceria com o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES) e uma empresa de insumos hospitalares, quanto a adoção de medidas preventivas para LP, reformulando as já existentes e levando em consideração a mudança do perfil de gravidade dessas lesões além da identificação precoce delas evitando estágios avançados com danos tissulares profundos.

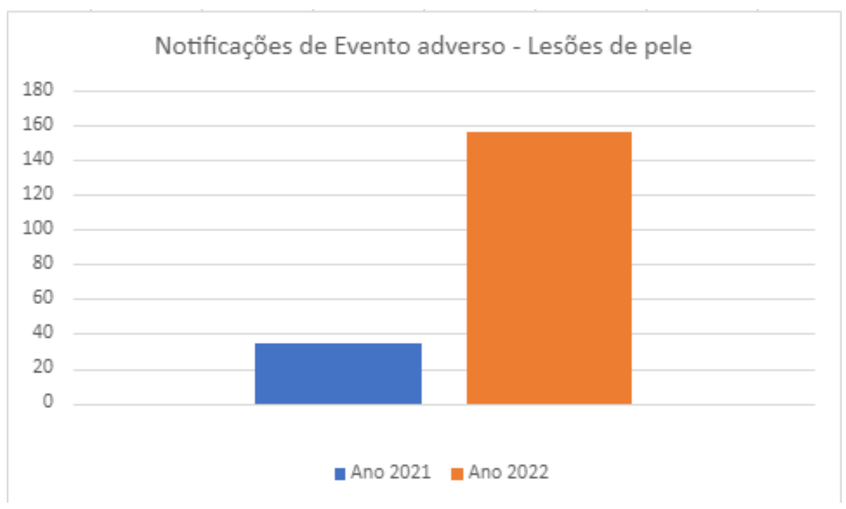


Gráfico 1: Notificações de Evento - Lesões de pele. São Paulo, 2023.

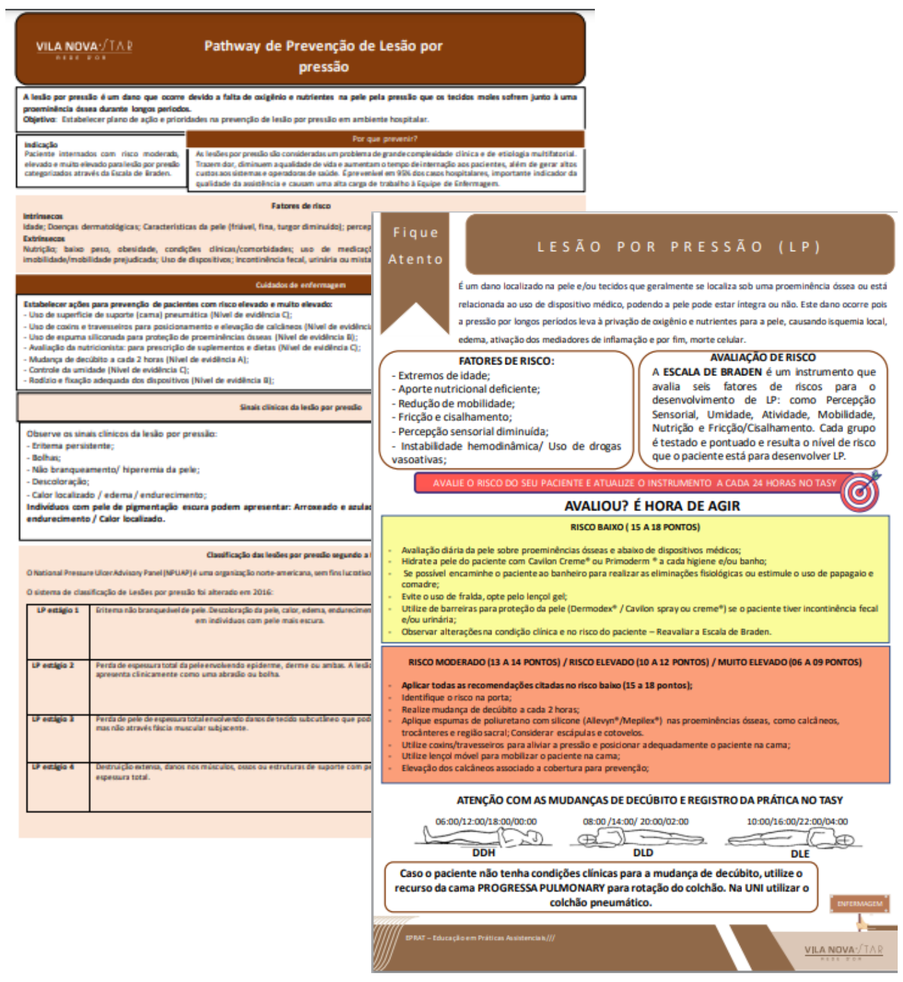


Figura 1: Pathway de Prevenção de lesão por pressão e Fique Atento de Lesão por pressão (LP)

RESULTADOS

Foram adotadas diversas medidas, incluindo estímulo à notificação de lesões de pele, resultando em 358% de aumento nas notificações (2021: 34 notificações e 2022: 156 notificações) (Gráfico 1), especialmente nos estágios iniciais de LP. Realizou-se um ciclo de treinamentos para classificar corretamente as lesões, com taxa de efetividade superior a 95%. O risco foi avaliado por meio da Escala de *Braden*, alcançando 60% de assertividade, além do aumento na porcentagem mensal de pacientes avaliados diariamente por essa escala, de 94% para 97% (Gráfico 2). Informativos mensais chamados "Fique Atento" e algoritmo "*Pathway*" (Figura 1) foram disponibilizados para consulta durante o plantão, que resgatam os temas dos treinamentos, junto a reformulação dos protocolos institucionais baseados em evidências e a criação de um Manual de Lesões (Figura 2) para auxiliar os profissionais de enfermagem na tomada de decisão quanto a prevenção e tratamento de LP.

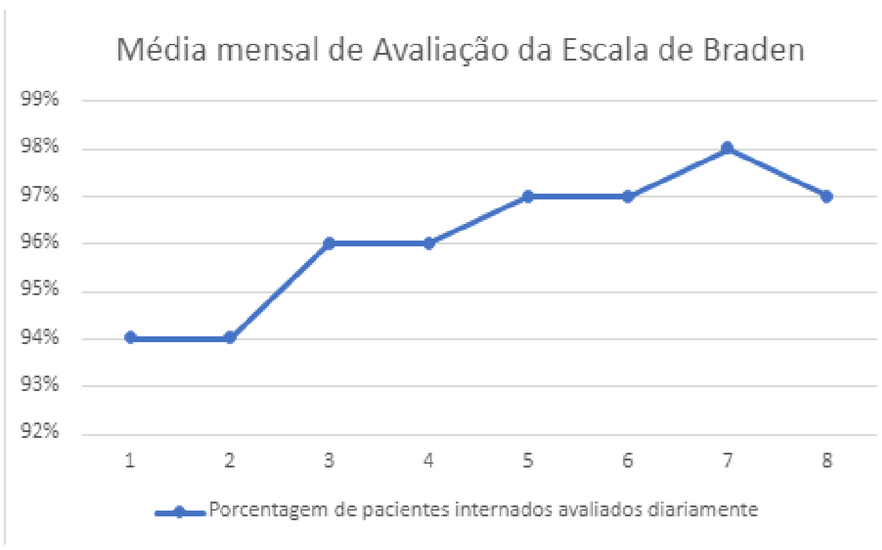


Gráfico 2: Média mensal de Avaliação da Escala de Braden. São Paulo, 2022

Figura 2: Manual de Prevenção e Tratamento de lesões de pele e QRcode para leitura.

CONCLUSÕES

A literatura internacional embasa as medidas preventivas, mas especialistas devem adaptá-las considerando o perfil do paciente e os recursos disponíveis para evitar o desperdício. Há um longo caminho para alcançar e manter 0% de incidência de LP, isso requer reavaliação constante das medidas implementadas buscando a melhoria contínua, quanto a efetividade das ações de prevenção.

REFERÊNCIAS

Caliri, MHL, Santos, VLCG, Mandelbaum, MHS, Costa IG. CONSENSO NPUAP 2016 - CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO ADAPTADO CULTURALMENTE PARA O BRASIL. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014

IMPLEMENTAÇÃO DO HUDDLE COMO MÉTODO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA E RESOLUTIVIDADE RÁPIDA DE PROBLEMAS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Maikon Mendes Miranda, Keityane Maciel Pires, Denis Vaz da Silva Ferreira, Marta Bitencourt Ravani

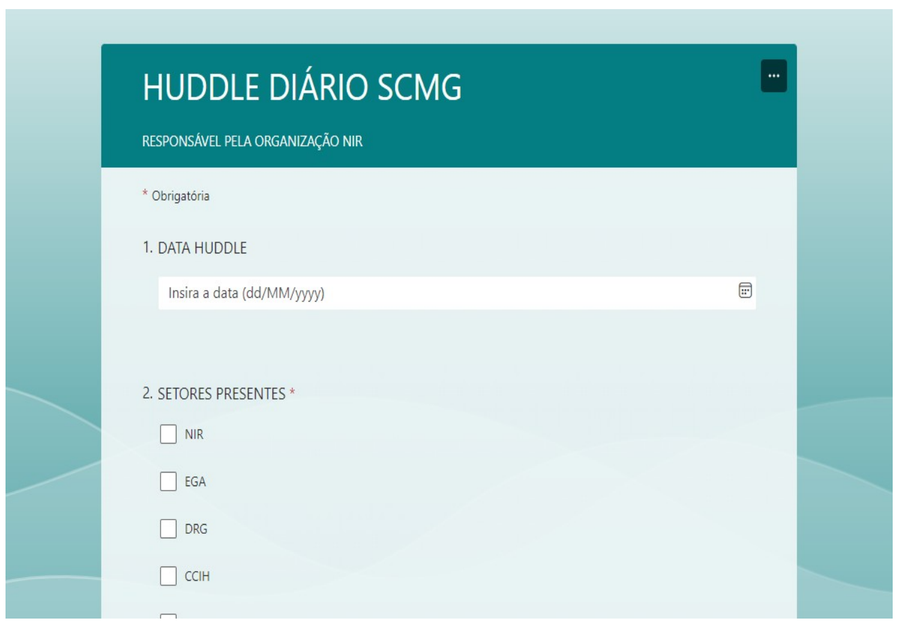
INTRODUÇÃO

O *Daily Huddle* é uma ferramenta proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), que visa melhorar a assistência no serviço de saúde, possibilitando o gerenciamento de problemas pontuais, otimizando fluxos internos e ampliando a qualidade assistencial e segurança do paciente, o que impacta diretamente na rotatividade e lotação do setor. Objetivo: utilizar da ferramenta do *Daily Huddle* como uma comunicação efetiva multidisciplinar, dentro do ambiente hospitalar, para resolutividade rápida e eficaz de demandas internas que necessitem atenção imediata na instituição.

METODOLOGIA

Utilizamos os dados obtidos através da plataforma Microsoft Forms através de celular ou tablet, com questionário próprio, elaborado pela coordenação do projeto, aplicado nas reuniões diárias do *Huddle*, de forma objetiva, sendo composto por **24** questões. As reuniões diárias são realizadas em horário estratégico próximo do almoço, em área comum da instituição, sem cadeiras disponíveis, isso é projetado para maior objetividade nas respostas. Participam representantes de 28 setores. Além das reuniões diárias com os representantes plantonistas, há reuniões semanais com o corpo de Coordenadores para resolução das demandas mais complexas.

Reunião diária da ferramenta Huddle com os profissionais plantonistas da Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí.



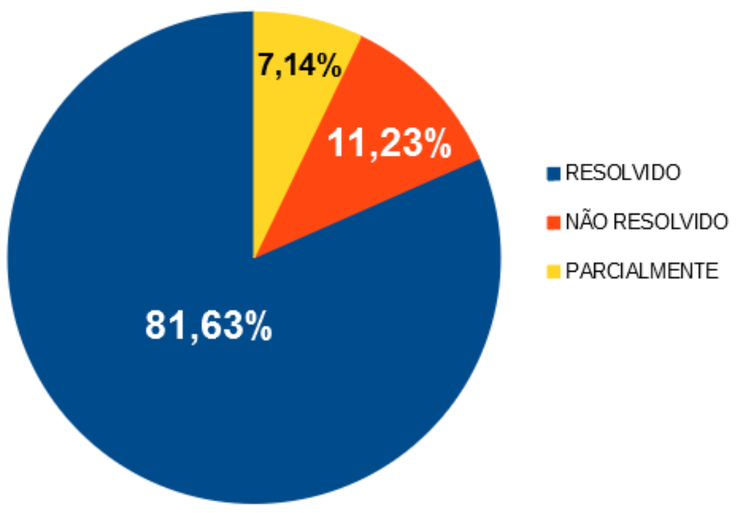
Interface da ferramenta Huddle no Microsoft Forms, na qual é preenchida em cada reunião diária

RESULTADOS

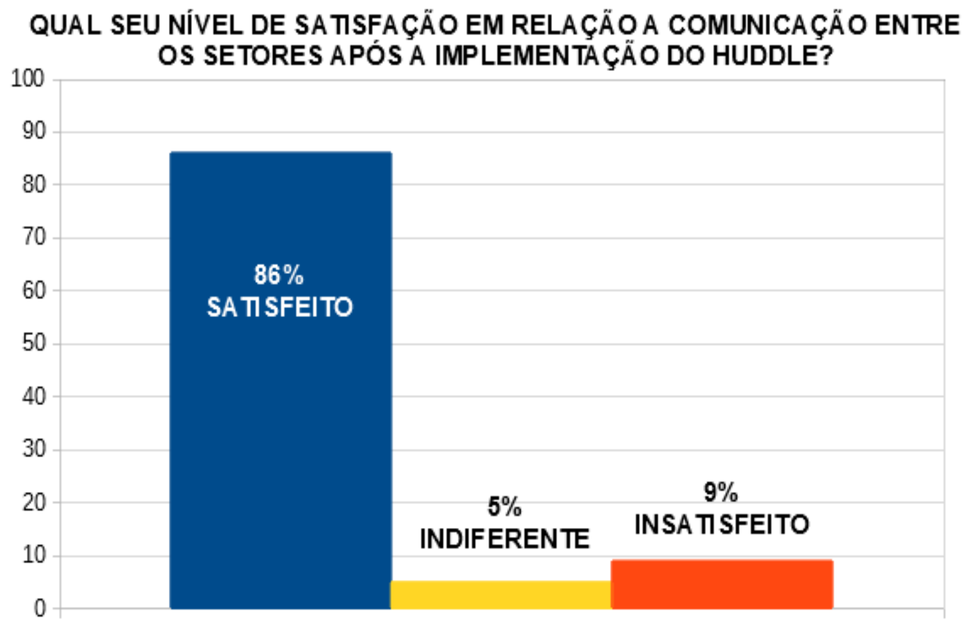
A implementação da ferramenta Huddle se mostrou eficaz no aumento da comunicação intersetorial dentro da Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, garantindo uma resolutividade rápida e eficaz de problemas internos da instituição.

Com essa ferramenta é possível identificar onde se concentram as maiores fragilidades e resolvê-las de forma ágil e hábil.

A implantação foi realizada no mês de abril de 2023, e até o mês de julho deste ano as demandas apresentadas tiveram uma resolutividade total de 81,63%, as resoluções parciais tiveram um índice de 7,14% e as não resolvidas foram de 11,23%. O incide de satisfação de comunicação entre os setores após a implementação da ferramenta foi de 86%, tendo apenas 9% insatisfeitos e 5% de indiferentes



Índice de resolutividade das demandas internas da instituição, levantadas nas reuniões diárias do Huddle.



Índice de satisfação em relação a comunicação entre os setores após a implementação da ferramenta Huddle.

CONCLUSÕES

A ferramenta *Huddle* se mostrou eficaz na comunicação efetiva entre os setores, e uma importante aliada para a resolutividade rápida e eficaz de demandas internas da Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, trazendo maior agilidade para resolução de demandas de menor complexidade, evitando que se tornem crônicas e reduzindo custos futuros desnecessários para a instituição.

REFERÊNCIAS

Rakover J, Little K, Scoville R, et al. Implementing daily management systems to support sustained quality improvement in ambulatory surgery centers. AORN J. 2020;111:415–422.

Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. Institute for Healthcare Improvement. Sustaining Improvement. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Sustaining-Improvement.aspx

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PARA PACIENTES EM PRONA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.

Aline Laurenti Cheregatti, Eva Maria Anacleto Finardi, Gladni B Hugolini, Vanessa Eugênio Faustino

INTRODUÇÃO

A posição prona no paciente crítico passou a ser largamente utilizada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devido a doença causada pelo Coronavirus Disease 2019, COVID-19. Destes pacientes, 31% a 67% desenvolveram a síndrome do desconforto respiratório agudo (SARA) com necessidade de intubação orotraqueal. Em decorrência da SARA, muitas vezes faz parte da terapêutica além da entubação orotraqueal, colocar o paciente na posição prona a fim de melhorar a relação ventilação/perfusão dos pulmões. Portanto, para que esta terapêutica seja eficaz, o paciente permanece nesta posição em média 17h, propiciando o risco a lesão por pressão (LPP), fato que ocasionou um aumento das lesões nas UTIs COVID.

Portanto, no intuito de prevenir riscos e atenuar tais eventos, foi necessário descrever um plano de cuidados para os pacientes que seriam pronados nas UTIs, utilizando a ferramenta do checklist para apoiar a equipe multidisciplinar na promoção da segurança do procedimento para o paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo, aplicativo, relatando a experiência da equipe assistencial durante os cuidados do paciente submetido a prona nas Unidades de Terapia Intensiva COVID de um hospital privado situado na cidade de São Paulo (SP) no ano de 2021 e 2022. Inicialmente foi construído um checklist com ações multidisciplinares aplicado em uma UTI COVID de 23 leitos e posteriormente expandido para as demais UTIs COVID totalizando 62 leitos para atendimento a estes pacientes. O checklist foi aplicado em todos os pacientes pronados nas UTIs que atenderam pacientes com COVID. O start para o checklist era realizado pela enfermeira no momento da indicação do procedimento sendo então suspenso a dieta enteral. Posteriormente era realizado ações como proteção das proeminências ósseas a fim de evitar LPP, troca da fixação do tubo endotraqueal com movimentação da cânula na rima labial e a mudança da posição dos braços e cabeça a cada 2h quando o paciente encontrava-se na posição prona. O checklist também era aplicado quando o paciente iria ser retornado à posição supina realizando todos os cuidados descritos.

Antes de posicionar o paciente em posição prona:	SIM	NÃO	NA
Desligado a Dieta Enteral 1 hora antes do procedimento			
Instalado os curativos protetores das proeminências ósseas e áreas de pressão para prevenção de LP			
Realizado Higiene Oral Clorexidine			
Aspirado supra cuff após Higiene Oral			
Realizado troca de fixação do IOT (cadarço e tensoplast) e rodiziado a rima labial antes de pronar			
Verificado Pressão do Cuff (fisioterapia)			
Aspirado conteudo gástrico após ter ficado 1 hora parada a dieta ou em pacientes com sonda fechada			
Realizado higiene intima e retirado fraldas e instalado Biofral			
Checada a fixação de cateteres e drenos			
Após ter posicionado paciente em prona	SIM	NÃO	NA
Checado se os dispositivos instalados não estão tracionados, dobrados ou causando lesão de pele			
Checado posição da orelha e cabeça evitando compressão e / ou lesão			
Posicionado cabeça corretamente em coxim			
Posicionado IOT de forma a evitar compressão labial ou pressão pelos cadarços			
Colocado a cama em PROCLIVE 15º (manter nessa posição durante todo o tempo que estiver pronado)			
Religada a Dieta enteral conforme orientação medica.			
Rodiziando a posição da cabeça e braços a cada 2 horas evitando Lesão Por Pressão			
Antes posicionar o paciente em posição supina:	SIM	NÃO	NA
Desligada a Dieta Enteral por 1 hora antes do procedimento			
Aspirado conteudo gástrico após ter ficado 1 hora parada a dieta ou em pacientes com sonda fechada			
Aspirado supra cuff			
Verificado Pressão do Cuff (fisioterapia)			
Checada a correta fixação do tubo			
Checada a fixação de cateteres e drenos			
Após posicionar o paciente em posição supina:	SIM	NÃO	NA
Realizado a Higiene oral com Clorexidina, seguindo a técnica correta; não esquecendo de aspirar supra cuff			
Realizado troca de fixação do IOT (cadarço e tensoplast) e rodiziado a rima labial após supinar			
Religada a dieta 1 hora após o procedimento ou ACM			
Equipe realizou procedimento pronar:		Equipe realizou procedimento supinar:	
Medico: _____		Medico: _____	
Enfermeiro: _____		Enfermeiro: _____	
Técnico Enfermagem: _____		Técnico Enfermagem: _____	
Fisioterapeuta: _____		Fisioterapeuta: _____	

Checklist utilizado para realizar os procedimentos da prona.

RESULTADOS

No ano de 2021 os pacientes apresentaram 37 lesões em diversas localidades do corpo, pois não havia um instrumento que direcionasse o cuidado durante o procedimento prona conforme Gráfico 1.

Comparando 2021 com 2022, reduzimos em 49% as lesões relacionadas a posição prona nos pacientes COVID. Outro fato importante observado, é que além da redução do número de LPP ocorreu a redução na localização das lesões por pressão conforme Gráfico 2, corroborando com a importância do instrumento como prática para apoio da equipe multidisciplinar bem como para a segurança do procedimento no processo do cuidar.

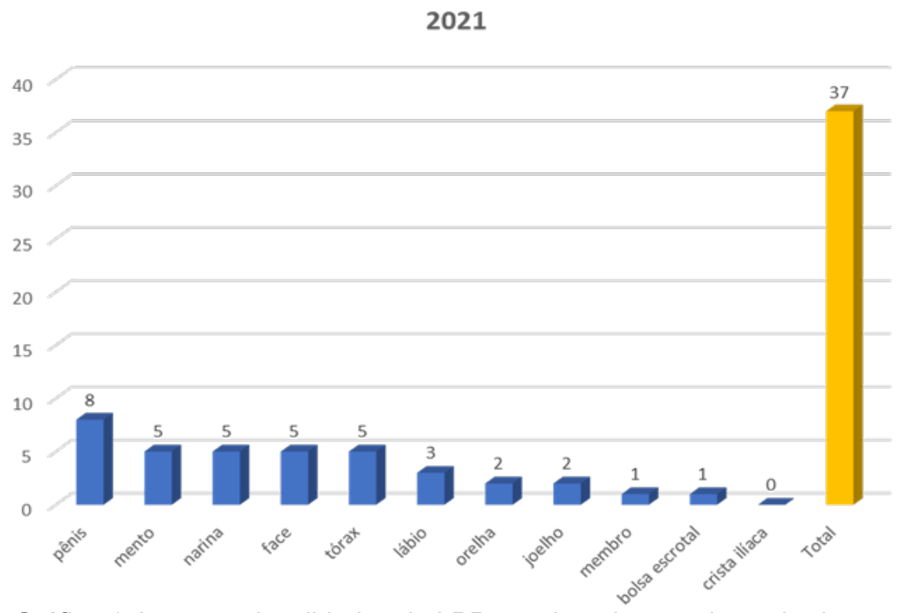


Gráfico 1: Lesões e localidades de LPP ocasionadas em decorrência da posição prona.

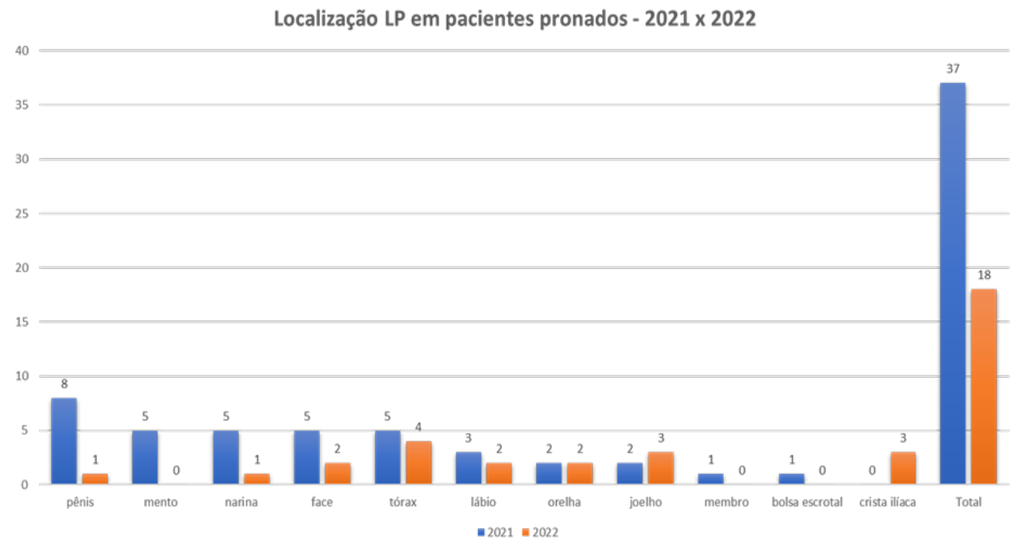


Gráfico 2: Lesões e localidades de LPP ocasionadas em decorrência da posição prona – comparativo 2021/022.

CONCLUSÕES

A utilização da posição prona baseou-se na gravidade dos pacientes que apresentam SDRA moderada ou grave e que durante a pandemia causada pelo COVID-19 foi necessária do tratamento do paciente intubado. Em nossa experiência foi fundamental a implementação de um instrumento em forma de checklist para a realização do procedimento prona a fim de prevenir as LPP, reconhecendo assim, mais uma vez a importância de uma ferramenta de prevenção para a gestão do cuidado no paciente crítico.

Atualmente, utilizamos este checklist para outros pacientes que necessitam do procedimento não necessariamente associado ao COVID-19, mas sim a outras patologias que desencadeiam a SDRA moderada ou grave, prevenindo as LPP que possam acontecer em decorrência deste procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020 Mar 28;395(10229):1054-1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3. Epub 2020 Mar 11.

2. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020 May;8(5):475-481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5. Epub 2020 Feb 24.

INCLUSÃO DE IMAGENS FOTOGRÁFICAS CAPTURADAS POR CELULARES E MÁQUINAS FOTOGRÁFICAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Aline L. Moraes, Guilherme R. Garcia, Alexandre Bacelar, José Rodrigo M. de Andrade.

INTRODUÇÃO

Um novo marco na imagem de luz visível aplicada a medicina: uma ferramenta de captura e armazenamento de imagens médicas, integrada ao sofisticado sistema de imagens médicas, eleva a precisão diagnóstica e a eficiência no cuidado ao paciente para um nível inédito de excelência. Esta inovação não apenas assegura a 'cirurgia certa no lugar correto', mas também consolida a promessa de cuidados de saúde de qualidade inigualável, e garantindo a compliance para instituição.

METODOLOGIA

O fluxo de captura é realizado através do prontuário do paciente. Permitindo os funcionários a captura das imagens fotográficas durantes os atendimentos ambulatoriais, internação, cirúrgicos ou de consultorias. É necessário a confirmação pelo profissional, que o paciente autorizou a realização da captura da imagem. O sistema disponibiliza a leitura de um QR Code (fluxo do upload de imagens pelo celular), ou um link (fluxo do upload pela máquina fotográfica). A imagem pode ser capturada, podendo ser revisada e então armazenada. Este processo de captura da imagem fotográfica, pelo celular do profissional não armazena a imagem do paciente no celular do profissional. O sistema de imagens médicas atua como um repositório único de imagens, possibilitando o armazenamento de diferentes formatos de arquivos de fotos e vídeos e permitindo que as equipes assistenciais acessem o conteúdo dos registros em um único visualizador de imagens integrado ao prontuário do paciente.

Figura 1. A partir do prontuário do paciente, o profissional da saúde clica no ícone “captura de imagem” que abrirá um QRCode. Este QR Code levará a captura da imagem no smartphone para a seção do prontuário do paciente através da ferramenta do sistema de imagens médicas, sem o armazenamento das imagens no smartphone do profissional.

Figura 2. Imagem capturadas durante o atendimento do paciente do pé diabético no momento da aplicação do laser.

RESULTADOS

- **Acesso facilitado às informações:** A digitalização permitiu que as imagens sejam armazenadas de forma eletrônica e acessadas de maneira rápida e eficiente por profissionais de saúde autorizados. Isso elimina a necessidade de procurar fisicamente por imagens em arquivos físicos, não ficando armazenadas no celular do profissional;
- **Melhor comunicação entre profissionais de saúde minimizando erros associados a procedimentos entre diferentes equipes:** As imagens fotográficas são facilmente acessadas entre diferentes membros das equipes da instituição. Resultando em uma colaboração mais eficaz no diagnóstico, procedimentos e no tratamento do paciente e no resguardo jurídico.
- **Melhoria na educação do paciente:** As imagens digitalizadas são utilizadas para educar os pacientes sobre suas condições de saúde. Os profissionais de saúde conseguem explicar visualmente os detalhes dos diagnósticos e tratamentos, o que pode levar a uma melhor compreensão e adesão ao plano de cuidados.
- **Eficiência operacional:** A digitalização economiza tempo e recursos que seriam gastos na busca e organização de imagens físicas. Além disso, elimina a necessidade de espaço físico para armazenamento de arquivos.
- **Segurança e backup de dados:** As imagens fotográficas são protegidas por medidas de segurança eletrônica. Eliminando o risco de perda ou danos às imagens.

Figura 3. As imagens obtidas ficam armazenadas no prontuário do paciente e ordenadas numa linha do tempo. Basta clicar na imagem para que o profissional tenha acesso a imagem.

CONCLUSÕES

A integração de imagens fotográficas nos prontuários dos pacientes representa um avanço significativo na prática médica contemporânea. Estas imagens transcendem as palavras, proporcionando uma representação visual precisa e inestimável do estado físico do paciente em momentos específicos do tratamento. Elas não apenas enriquecem o registro clínico, mas também servem como uma ferramenta valiosa para o diagnóstico, monitoramento e planejamento de intervenções futuras. Além disso, possibilitam uma comunicação mais efetiva entre os profissionais de saúde, promovendo uma compreensão compartilhada do quadro clínico. Ademais, ao longo do tempo, essas imagens se tornam um valioso recurso histórico, permitindo uma análise retrospectiva detalhada e facilitando a comparação de evoluções ao longo do tratamento. Portanto, a inclusão de imagens fotográficas nos prontuários dos pacientes não apenas aprimora a qualidade do cuidado, mas também reforça a confiança e a transparência na relação médico-paciente.

Capturar e armazenar imagens fotográficas através do sistema de imagens médicas, garantem segurança na distribuição dessas imagens ao prontuário eletrônico do paciente. É indubitável que esta prática representa um marco significativo na medicina contemporânea, elevando os padrões de assistência e promovendo uma abordagem mais completa e humanizada no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

Roth, C.J., Lannum, L.M. & Persons, K.R. A Foundation for Enterprise Imaging: HIMSS-SIIM Collaborative White Paper. J Digit Imaging 29, 530–538 (2016). https://doi.org/10.1007/s10278-016-9882-0 Primo, H., Bishop, M., Lannum, L. et al. 10 Steps to Strategically Build and Implement your Enterprise Imaging System: HIMSS-SIIM Collaborative White Paper. J Digit Imaging 32, 535–543 (2019). https://doi.org/10.1007/s10278-019-00236-w

INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL: IMPACTO ECONÔMICO E POTENCIAL DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO

Diego Rodrigues Falci, Ariane Monteiro, Fernando Fernandes, Fabiano Ramos

INTRODUÇÃO

A infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (IPCSXCVC), é um evento adverso prevenível e que contribui para o aumento da mortalidade, do tempo de permanência e dos custos hospitalares. **Objetivo:** Comparar o tempo de permanência e os custos hospitalares entre pacientes com e sem infecção (IPCSxCVC), considerando os pacientes expostos a cateter venoso central, e acompanhar a incidência e o impacto da taxa de IPCSxCVC.

METODOLOGIA

Estudo ecológico realizado em um hospital do sul do Brasil de janeiro de 2022 a junho de 2023. As informações foram extraídas de prontuário eletrônico, de bancos de dados alimentados pelo Serviço de Controle de Infecção (SCI) e do *Business Inteligence* da instituição. O estudo foi realizado em duas etapas. Na etapa 1 foram comparados tempo de permanência e custos hospitalares, entre internações de pacientes que apresentaram IPCSxCVC com os que não apresentaram, entre janeiro e outubro de 2022. Foram realizadas uma análise bruta, incluindo todas as internações, e uma análise pareada, utilizando-se um escore de propensão. Na etapa 2 foi mensurada a incidência de IPCSxCVC de janeiro de 2022 a junho de 2023, com projeções sobre seu impacto. Ao longo deste período, foram empreendidas diversas ações de um programa prevenção de IPCSxCVC, realizado pelo SCI em parceria com a Direção Técnica e Unidades Assistenciais (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Bundles de inserção e manutenção de acessos vasculares centrais.

Figura 2. Medidas de Prevenção de Infecção durante o preparo e a administração de medicamentos.

RESULTADOS

Na etapa 1 foram observados 484 registros de pacientes em uso de CVC, 105 do grupo IPCSxCVC e 379 do grupo controle. Na análise bruta, o custo médio adicional em internações com infecção foi R$ 49.683,33, com tempo médio de permanência adicional de 25 dias. Na análise pareada, que envolveu 78 registros, o custo adicional médio com infecção foi R$ 16.947,80 e o tempo médio de permanência adicional de 19 dias (Quadro 1). Na etapa 2, contabilizaram-se um total de 154 casos de infecção em 2022: 88 no primeiro semestre. No primeiro semestre de 2023 ocorreram 51 eventos (redução de 42% comparado ao ano anterior) (Gráfico 1), o que representaria, conforme os dados da etapa 1, em uma economia de R$ 1.838.283,21.

	Pacientes com IPCS (n=26)	Controles sem IPCS (n=52)	Valor p
Convênio SUS	9 (34,6%)	24 (46,2%)	0,331*
Idade, anos (mediana, IQR)	65 (46-76)	55 (42-72)	0,332**
Mortalidade, n (%)	7 (26,9%)	9 (17,3%)	0,322*
Tempo de permanência, dias (mediana, IQR)	47 (29-54)	16 (10-30)	<0,001**
Custo, R$ (mediana, IQR)	64.957,00 (48 .292,00-96.195,00)	33.149,00 (1 9.210,00-63.771,00)	0,004**
Custo, R$ (média, DP)	73.399,11 (48 .491,45)	56.451,31 (6 3.548,34)	0,004**

Quadro 1. Comparação dos resultados da amostra pareada de pacientes com CVC com IPCS x sem IPCS de janeiro a outubro/2022.

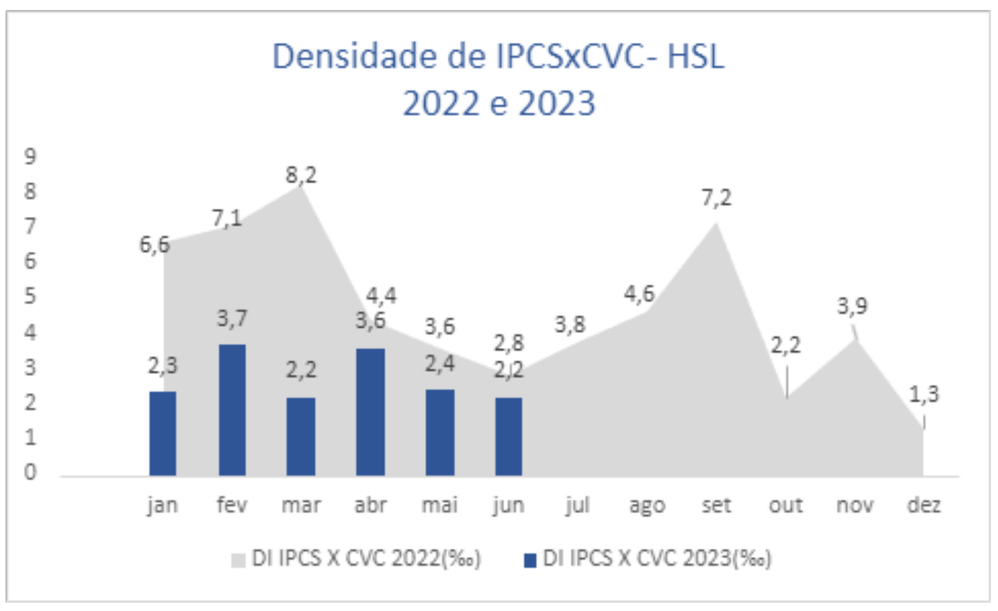


Gráfico 1. Densidade de incidência de IPCSxCVC de janeiro de 2022 a junho de 2023.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos corroboram estudos conduzidos em outros contextos: IPCSxCVC está associada a vultoso gasto adicional para o sistema de saúde. A prevenção destas infecções pode representar uma economia expressiva. Programas que visem a prevenção dessas infecções podem otimizar recursos econômicos. Análises de custo devem idealmente considerar dados locais para uma estimativa mais assertiva do impacto econômico, tanto de efeitos adversos quanto de novas tecnologias.

REFERÊNCIAS

Anvisa. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2023 Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2023.

Gorski, Lisa A. MS, RN, HHCNS-BC, CRNI®, FAAN; Hadaway, Lynn MEd, RN, NPD-BC, CRNI®; Hagle, Mary E. PhD, RN-BC, FAAN; Broadhurst, Daphne MN, RN, CVAA(C); Clare, Simon MRes, BA, RGN; Kleidon, Tricia MNSc (Nurs. Prac), BNSc, RN; Meyer, Britt M. PhD, RN, CRNI®, VA-BC, NE-BC; Nickel, Barb APRN-CNS, CCRN, CRNI®; Rowley, Stephen MSc, BSc (Hons), RGN, RSCN; Sharpe, Elizabeth DNP, APRN-CNP, NNP-BC, VA-BC, FNAP, FAANP, FAAN; Alexander, Mary MA, RN, CRNI®, CAE, FAAN. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. Journal of Infusion Nursing 44(1S):p S1-S224, January/February 2021. | DOI: 10.1097/NAN.0000000000000396

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

INFORMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE LEITO PARA GARANTIA DO ACESSO AO CUIDADO

Dalthon Franco Dorce, Raianny Silva Mattos Laeber

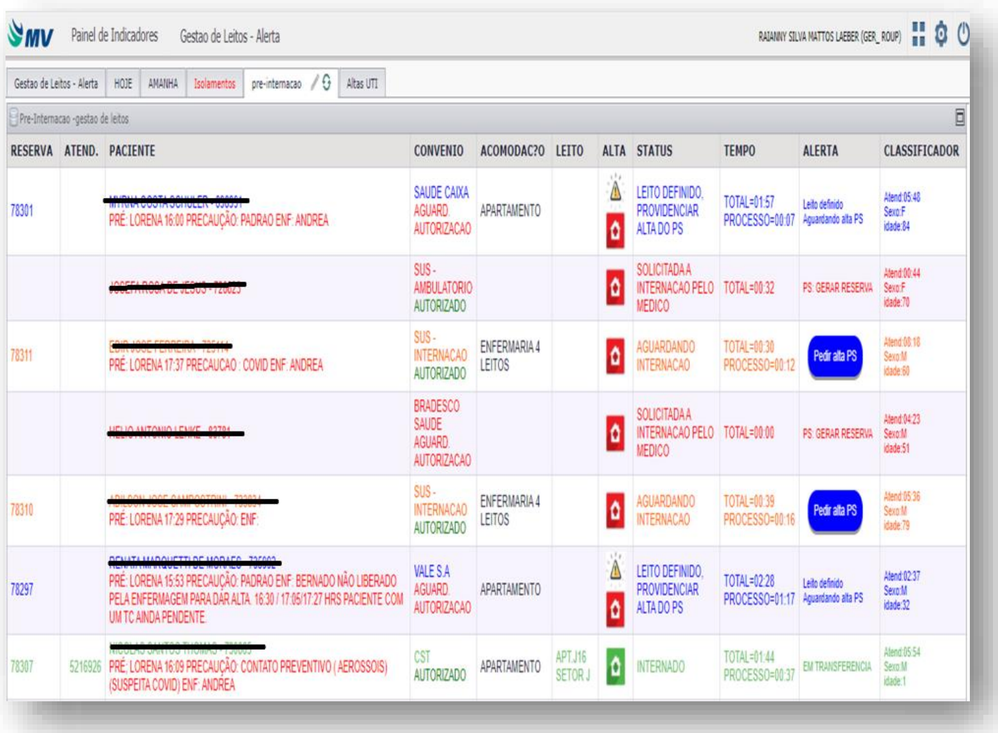
INTRODUÇÃO

O gerenciamento eficiente do leito hospitalar é um desafio das instituições de saúde de maneira geral. Além da experiência positiva do paciente, há de se considerar também a agilidade do acesso ao cuidado e os impactos que a espera pelo leito pode ter sobre o paciente. Pensando em tornar o fluxo de liberação e uso do leito mais enxuto e eficiente, o Hospital Santa Rita informatizou todo o seu processo de gerenciamento de leitos.

METODOLOGIA

O início da informatização começou aos poucos por volta de 2015. Por meio de integração com o sistema MV e sistema paralelo de informatização das etapas de liberação do leito, painéis e relatórios dinâmicos foram desenvolvidos para acompanhamento da operação. Hoje, contamos com um sistema de interface robusto com todos os setores envolvidos, quando os acessos ocorrem por meio de tablets fixos nas unidades e a Gestão de Leitos da instituição consegue acompanhar em tempo real todo o processo de higiene, arrumação, interdição, manutenção e disponibilização desse leito por meio de dashboards e relatórios. O fluxo de internação de urgência, desde o momento em que o médico solicita a vaga até a transferência do doente para o leito definitivo é informatizado. As vagas para as altas das unidades intensivas também são acompanhadas via painel, sem a necessidade de solicitações telefônicas ou e-mail. Indicadores de qualidade são monitorados continuamente pelas diversas áreas em busca de melhoria contínua.

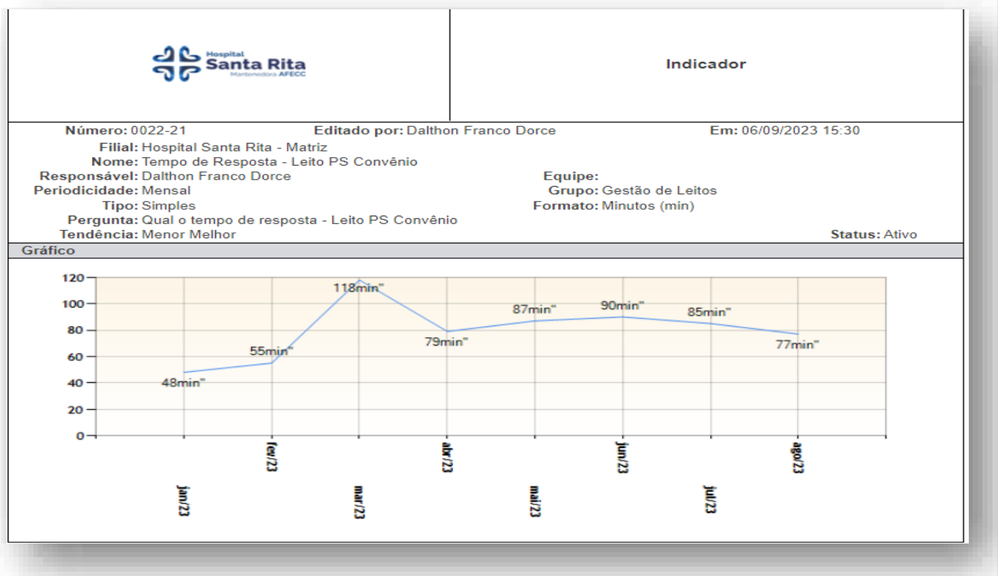
Painel de acompanhamento em tempo real das etapas de liberação dos leitos hospitalares.



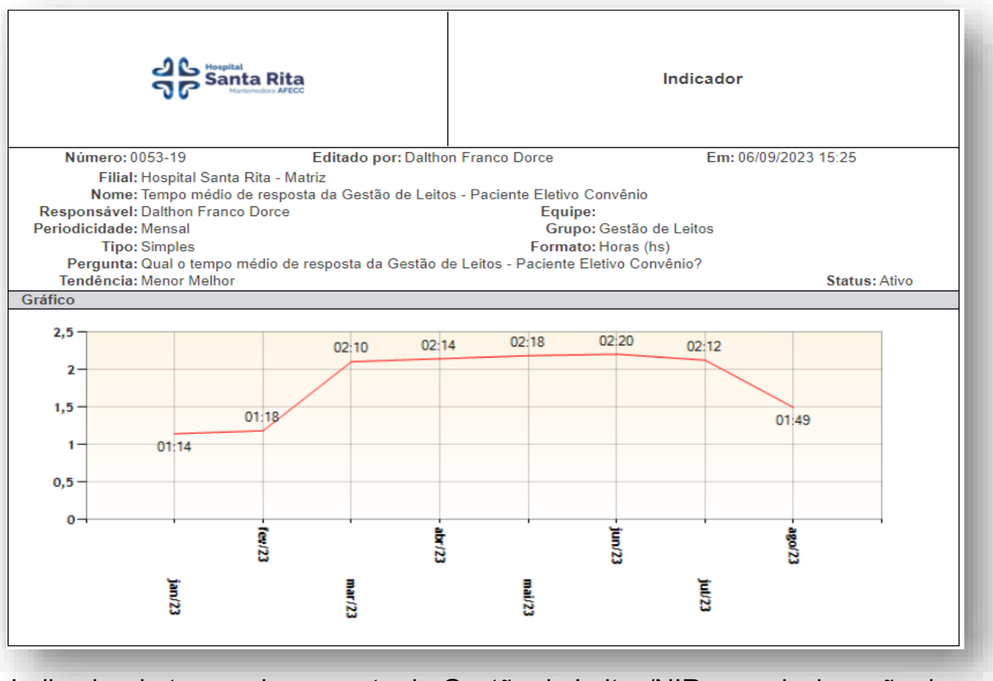
Fluxo automatizado de solicitação e designação de vagas para internações de urgência desde o pedido médico até a transferência para o leito.

RESULTADOS

Com um processo bem estruturado, informatizado e aculturado, chegamos a tempos de entrega do leito ao cliente final nunca antes praticados na instituição. Com o processo manual, o tempo total de higiene e preparo do leito girava em torno de 3h. Isso caiu pela metade. Com a tecnologia atrelada a uma macro cadeia de valor bem definida, conseguimos expandir a atuação do Núcleo Interno de Regulação com funcionamento em tempo integral, 24 horas por dia e em todos os dias da semana. Hoje, 100% do gerenciamento de leitos da nossa unidade hospitalar é conduzido pelo NIR. Temos a capacidade de organizar o fluxo de entradas e saídas de pacientes de forma mais assertiva e eficiente. O fluxo de liberação de vagas detém todos os indicadores performáticos e de resultado em busca de melhoria contínua e de uma experiência cada vez mais positiva para nossos clientes internos e externos. O NIR passou a ser inserido nas discussões mais estratégicas da instituição.



Indicador de tempo de resposta da Gestão de Leitos/NIR a uma solicitação de vaga para internação via Pronto Socorro (não planejada).



Indicador de tempo de resposta da Gestão de Leitos/NIR para designação de vagas eletivas cirúrgicas programada.

CONCLUSÕES

A tecnologia aliada à inovação no processo de gerenciamento dos leitos hospitalares nos possibilitou garantir o acesso ao cuidado mais eficiente aos nossos pacientes. Dentre tantos desafios do mundo e das instituições de saúde no cenário atual, manter um hospital sustentável, com qualidade e excelência operacional, certamente envolve o uso consciente e planejado dos recursos e, essencialmente, o recurso finito e estratégico que é o leito hospitalar. Conseguimos usar o leito em sua máxima capacidade e em condições adequadas ao cliente.

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).

PROGRAMA INOVA AÍ IDEIAS

Eloizio Fernando Das Neves, Trindade Simião dos Santos, Yago Viana Pinto, Hecio Silva Moronari Junior

INTRODUÇÃO

Pela primeira vez, em 1911, Schumpeter nos apresentou a inovação como uma força para alavancar as organizações. Assim, ao longo do tempo, o conceito passou por várias mudanças, principalmente aquelas que demonstram os efeitos causais entre características organizacionais e inovação. Observando essas características, temos então a Cultura da Inovação dentro das organizações, e uma das formas de sua abordagem é por meio de um Programa de Ideias.

O Inova AÍ Ideais, programa interno de inovação da Fundação São Francisco Xavier (FSFX), tem sua origem na necessidade de solucionar problemas encontrados na rotina dos nossos setores por meio da escuta ativa ao colaborador. Desta forma, o principal objetivo do Programa é impulsionar os colaboradores, estagiários e jovens aprendizes da FSFX a desenvolverem novos projetos e/ou ideias para a criação de soluções inteligentes que resolvem problemas reais

METODOLOGIA

O Programa se inicia com divulgação e abertura da plataforma virtual dedicada à inscrição das ideias. Desta forma, os participantes podem registrar ali os integrantes das respectivas equipes, além de descrever detalhadamente o problema e também a proposta da solução a ser implantada. Há duas modalidades possíveis de registro de ideias: com orçamento – isto é, que necessitam de algum tipo de investimento financeiro para a implantação; e sem orçamento – não envolve qualquer tipo de investimento, e geralmente está relacionado à otimização de processos. Após o período de inscrições, as ideias passam então por três fases de avaliações até que sejam, por fim, selecionadas 5 ideias de cada modalidade (com e sem orçamento). Estas equipes seguirão, então para a etapa na qual será possível colocar em teste suas ideias na forma de um projeto Piloto, o qual tem a duração de até cinco meses. Durante este período, todas as equipes são assessoradas pela equipe de Inovação da FSFX a fim de otimizar o processo de implantação, execução e validação do Piloto. Ao final do Piloto, as equipes fazem um demonstrativo de resultados de seus projetos a uma banca avaliadora, a qual definirá os vencedores do InovaAÍ Ideias.

Etapas de seleção das ideias inscritas no Programa Inova Aí Ideias 2022

RESULTADOS

O Programa de Ideias vem mostrando grande capilaridade entre os setores da FSFX. Isso pode ser evidenciado pela quantidade de inscrições realizadas no ano de 2022, totalizando 88 ideais inicialmente cadastradas no portal. Este conjunto de ideias deu origem a 8 projetos piloto executados, dos quais, 6 foram implantados.

Dentre os projetos executados no Hospital Márcio Cunha, unidade da FSFX na cidade de Ipatinga (MG), destacam-se o “Oftalmologia Paperless”, cujo objetivo foi diminuir gastos com impressão de exames oftalmológicos por meio da integração completa dos equipamentos oftalmológicos ao sistema PACS, resultando na eliminação completa das impressões desse tipo de exame; e o “Otimização de Agendas de Alta Complexidade”, que consistiu na criação de rotinas e mecanismos para garantir o acesso dos pacientes às linhas de cuidado, evitando agendamentos indevidos, de forma a impactar positivamente na celeridade das agendas e otimização de recursos.

Oftalmologia *Paperless* - 2º lugar - Com orçamento

Otimizando Agendas de Alta Complexidade - 3º lugar - Sem orçamento

CONCLUSÕES

Por meio da criação de um ambiente que promove o envolvimento e capacitação dos colaboradores para com a cultura de inovação, o Programa InovaAí Ideias reforça o compromisso da Fundação São Francisco Xavier com seus valores, dentre eles, o incentivo à inovação.

REFERÊNCIAS

Economia da ciência, tecnologia e inovação : fundamentos teóricos e a economia global / Márcia Siqueira Rapini, Janaina Ruffoni, Leandro Alves Silva e Eduardo da Motta e Albuquerque organizadores. – 2.ed. Belo Horizonte: FACE – UFMG, 2021. 711 p. : il. (População e economia).

INOVAÇÃO ENTRE PARCERIAS PRIVADAS VISANDO SUSTENTABILIDADE E MELHORIA AOS CLIENTES

Cinthia Kruger Sobral Vieira, Nara Lopes dos Santos, Juliana Jaques Flores, Emiliana dos Santos Costa

INTRODUÇÃO

O cenário da saúde enfrenta desafios complexos e passa por mudanças na governança das organizações. A sustentabilidade tem ganhado destaque nas discussões do setor. Nesse contexto, as inovações promovidas pelas empresas são fundamentais para atender às demandas em constante evolução. Um exemplo é o setor de entrega de diálise a pacientes renais crônicos, que, devido ao caráter mensal do tratamento, pode onerar a saúde suplementar. Diante disso, surgiu o interesse em desenvolver um projeto para agregar qualidade ao produto oferecido e cativar esse público tão crescente e vulnerável.

METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada uma enquete para identificar quais assuntos os pacientes gostariam que fossem abordados, fora do escopo das doenças. Educação financeira foi o tema mais solicitado

Em busca de viabilizar essa proposta, estabeleceu-se uma parceria com a instituição financeira cooperativista, UNICRED, através do seu braço social O Instituto UNICRED RS, que propõe a educação financeira de forma descomplicada e com linguagem acessível . O projeto apresenta por meio de uma plataforma on line três dimensões bases da educação financeira: “AUTO CONHECIMENTO”, “SONHOS E PLANEJAMENTO”, e “EXECUÇÃO E ACOMPANHAMENTO”. Além disso, comtempla em sua trilha de conteúdos outras duas aulas com o tema “INTELIGÊNCIA FINANCEIRA” E “EMPREENDEDORISMO”.

Notícias em jornal regional : HED e Unicred oferecem curso de educação financeira para pacientes renais crônicos

RESULTADOS

Buscou-se o aproveitamento das 4 horas de diálise, realizadas três vezes por semana durante o tratamento de hemodiálise, para proporcionar aos pacientes oportunidades de aprendizado e desenvolvimento. As aulas iniciaram no mês de julho com 14 alunos e familiares e colaboradores da diálise. A operacionalidade é on line, por uso de smart tv distribuídas no box de cada paciente ou pelo smart fone, oferecendo-se o tempo de uso das aulas digitais conforme a necessidade de cada um.

Equipe da esquerda para direita: Enfª Cintia Tavares, Superintendente do HED Sr. Odacir Rossato, Nara Lopes dos Santos , Drª Cinthia Vieira , paciente, Sr. Everton Morais e Superintendente médico Dr. Ricardo Guterres

Paciente recebendo o certificado de conclusão do programa

CONCLUSÕES

É possível realizarmos parcerias privadas (HED e UNICRED) visando o bem-estar do nosso paciente, de forma inovadora e trazendo uma experiência certamente diferenciada no nosso eixo assistencial e social. Além disso é uma iniciativa que engaja e valoriza não só a saúde suplementar mas envolve como um todo a saúde pública.

INOVAÇÃO NO MODELO ASSISTENCIAL DE UMA CLÍNICA DE VACINAS

Vanderléia da Rocha Scharb Cereser, Verônica Lubian, Essara Campesato Fontes, Kelen Lemos Winther

INTRODUÇÃO

Uma clínica de vacinas de uma Unidade Externa de um Hospital de Porto Alegre, acreditada pela Joint Commission International, que atua no mercado há dezenove anos, implantou um serviço domiciliar inovando o modelo assistencial.

Os objetivos propostos neste projeto são a fidelização, captação e atendimentos dos pacientes de regiões distantes da clínica ou com dificuldade de deslocamento levando a ampliação da cobertura vacinal e aumento da receita do serviço.

METODOLOGIA

- Busca de alvará junto a Vigilância Sanitária para vacinação domiciliar;

- Locação de uma carro adesivado com as informações do serviço: VACINA DOMICILIAR.

- Capacitação da equipe assistencial para o novo modelo de atendimento dos pacientes, garantindo a qualidade e segurança dos processos realizados dentro da clínica.

- Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do novo modelo assistencial;

- Validação do serviço junto ao controle de infecção da instituição.

Enfermeira da Vacinação Domiciliar junto ao carro adesivado da Clínica de Vacinas

Aplicação de vacina domiciliar.

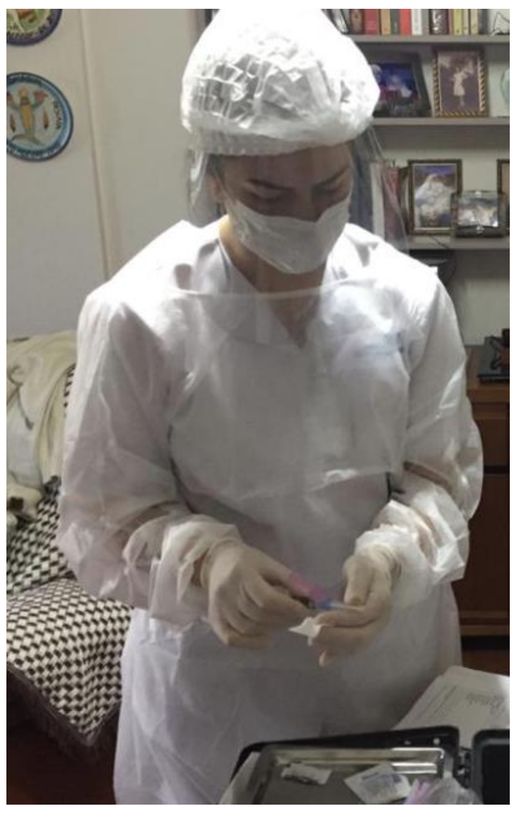
RESULTADOS

- Atendimento dos pacientes com a garantia da mesma qualidade e segurança dos atendimentos in loco na clínica;

- Produção:
Realizado aplicação de 4.669 vacinas desde a implantação do serviço.

- Receita:
Aumento da receita do serviço, totalizando o valor de R$ 1.313.060,00.

Enfermeira durante a realização da vacinação domiciliar.



Enfermeira paramentada na residência do paciente preparando a vacina.

CONCLUSÕES

O novo serviço implantado em uma clínica de dezenove anos de atendimento in loco, possibilitou aumento da receita do serviço, demonstrando que a inovação e reinvenção dos serviços é fundamental, devido a necessidades dos pacientes e concorrência do mercado de mesmo segmento.

REFERÊNCIAS

- SBIM (Sociedade Brasileira de Imunizações), 2023. https://sbim.org.br/. Acesso em 26/09/2023.
- https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/alvara-de-saude-certidoes-e-documentos-produtos-de-interesse-saude. acesso em 26/09/2023.
- Dados de produção e receita da Instituição. 2023.

INOVAÇÃO NO PROCESSO DE VACINAÇÃO COM A IMPLANTAÇÃO DE PACOTES

VERONICA LUBIAN; VANDERLÉIA DA ROCHA SCHARB CERESER;
ANDRESSA ALVES SANTOS; ESSARA CAMPESATO FONTES;

INTRODUÇÃO

Uma instituição Hospitalar, que possui Unidades Externas tem três Núcleos de Vacinas, sendo dois na capital e uma na região metropolitana. Com a pandemia houve uma redução da procura de vacinas pelos clientes e com isso uma queda no faturamento do serviços.
São frequentes as faltas de vacinas no mercado, levando ao desabastecimento do produto nas clínicas, impactando no atraso de vacinação dos pacientes conforme preconizado pelo calendário vacinal.

METODOLOGIA

Antes de implantar o serviço, foi realizada uma pesquisa de Mercado para conhecer os produtos existentes, formas de pagamento e vacinação domiciliar e/ou in loco.

Foi elaborado um pacote de vacinas preconizadas pelo PNI (Programa Nacional de Imunização) e SBIM (Sociedade Brasileira de Imunizações) de 2meses a 6meses e outro de 1ano a 2anos.

A instituição implantou um esquema de descontos e parcelamento diferenciado, com garantia da reserva das doses de vacinas adquiridas no pacote.

No momento da compra do pacote é fornecido um cartão com o nome da criança e data de nascimento , que é impresso na hora, com a imagem da turma do Pedrinho.

Modelos cartões de vacinas entregues aos clientes no momento da compra do pacote.

Profissional vacinando uma criança que está com a mãe.

RESULTADOS

O novo produto de vacinas oferecido para as pacientes das clínicas do referido Hospital, gerou a produção de 622 pacotes vendido, totalizando uma receita bruta para o setor de R$ 1.951.746,25 de faturamento.

O processo também impacta na satisfação do cliente, devido a guarda das vacinas do pacote e os descontos fornecidos.

Figura com resultados em gráfico demonstrando o crescimento do serviço.

Resultados na satisfação do paciente, produção da área e resultados financeiros.

CONCLUSÕES

Com o novo produto para captação e fidelização do paciente é possível concluir que os profissionais precisam ter idéias de inovação, se reinventar e reestruturar constantemente seus processos, buscando o crescimento e a sustentabilidade dos serviços, com foco na fidelização do paciente evitando assim entrar na concorrência com outros serviços do mesmo segmento.

IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS EM CONJUNTO COM INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E FARMACOECONOMIA

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

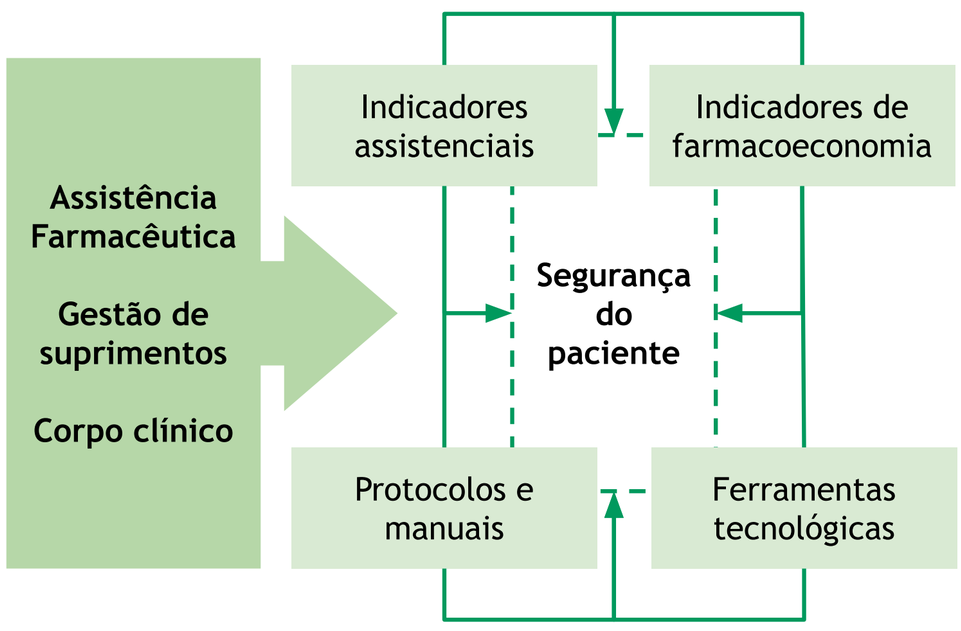
Ana Caroline Costa Xavier, Josiane Florêncio da Silva, Hugo Leonardo de Vidal Neves, Tayne Rayalla Pereira de Sousa

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação global em cuidados na saúde e a implementação de estratégias e abordagens eficazes para reduzir erros no ambiente hospitalar é responsabilidade de todos os profissionais da saúde e seus gestores. Erros de prescrição e medicação podem causar danos significativos aos pacientes, estimando-se inclusive o número de 100 mil mortes por ano nos Estados Unidos por esse motivo (ALVES et al, 2019).

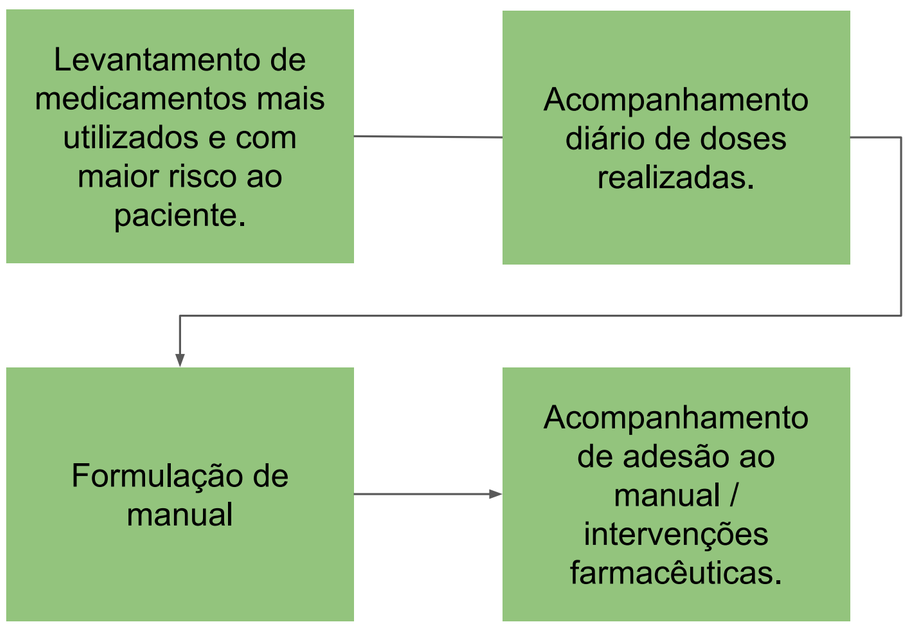
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, cujo levantamento de informações ocorreu a partir de uma busca ativa em dados internos no período de 2019 a 2022, utilizando como fontes de pesquisa painéis de indicadores desenvolvidos e utilizados pela equipe de Assistência Farmacêutica.



RESULTADOS

Painel de indicadores (2023) demonstrando a continuidade da adesão aos protocolos institucionais que tratam de intervenções farmacêuticas relacionadas ao uso racional de melhores propostas terapêuticas, trazendo uma assistência personalizada e segura aos pacientes internados no HUC.



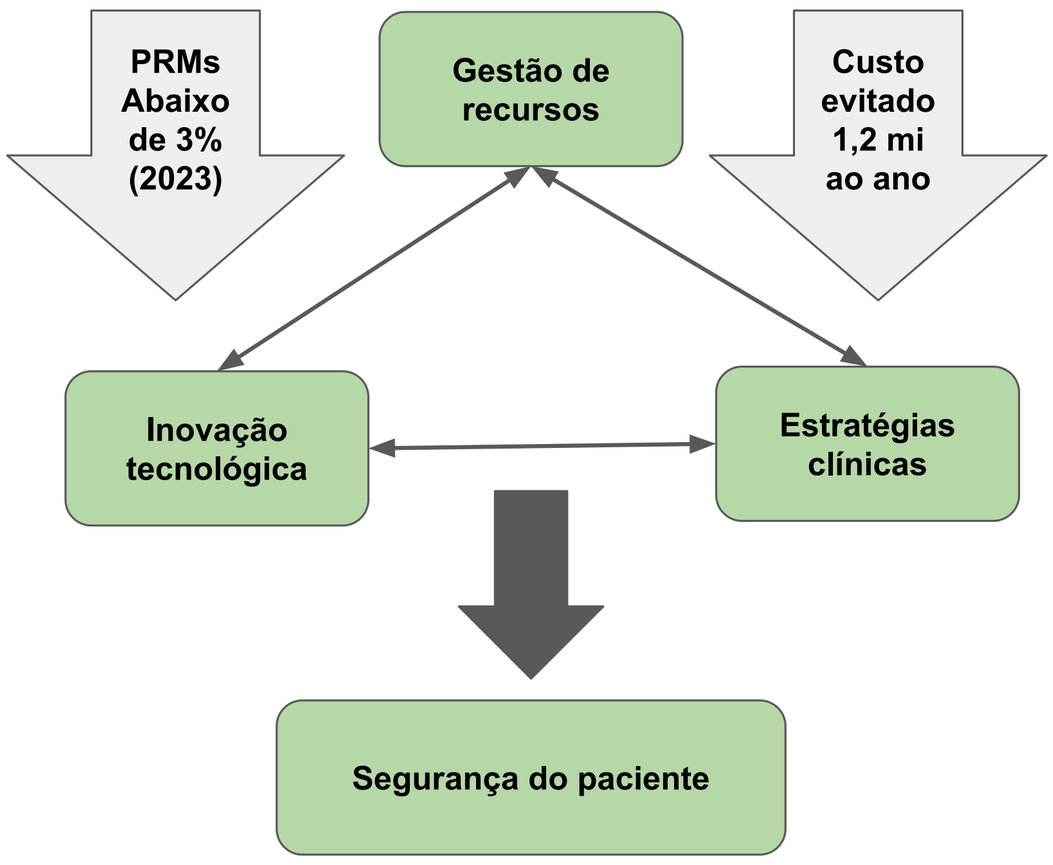
Passo a passo no processo de identificação de demandas acerca da assistência com direcionamento de segurança e seu acompanhamento.

RESULTADOS

Painéis de acompanhamento tanto a nível assistencial quanto operacional, trazendo agilidade a todo fluxo de atendimento dos pacientes do HUC e cooperando com a segurança.

Parametrização de sistema com a disposição de alertas de segurança em prescrição para sinalização de toda a equipe de assistência com base em manuais elaborados pela equipe de farmácia clínica e suprimentos.

CONCLUSÕES



REFERÊNCIAS

ALVES, Lorena de Almeida. Notificação e segurança do paciente: uma análise de notificações de hospitais públicos do Distrito Federal no sistema notivisa de 2016 a 2018. 2019.
ALVES, Jéssica Wedna da Silva. Erros de prescrição de medicamentos para pacientes idosos: uma revisão integrativa. 2023.

INTEGRAÇÃO DE DADOS, SISTEMA TASY E BI: FORTALECENDO A SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS

Gustavo Weingartner, Genemir Raduenz, Lidia Manske

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a área da saúde testemunhou uma revolução tecnológica com a crescente adoção de sistemas de informação, dispositivos médicos interconectados e a ampla implementação da Internet das Coisas (IoT). Essas inovações têm promovido avanços significativos na prestação de serviços de saúde, tornando o diagnóstico e o tratamento mais acessíveis, eficientes e personalizados. No entanto, essa transformação digital também trouxe à tona uma preocupação cada vez mais premente: a segurança da informação de dados da saúde.

A segurança de dados de saúde é uma questão de extrema importância, uma vez que esses dados contêm informações pessoais e sensíveis dos pacientes, que incluem históricos médicos, resultados de exames, registros de tratamentos e muito mais. Qualquer vazamento ou violação de dados nessa área pode ter sérias implicações não apenas para a privacidade dos pacientes, mas também para a qualidade do atendimento médico.

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 segurança da informação e proteção de dados no dashboard, gerados a partir do registro de incidentes, no prontuário eletrônico do paciente no sistema Tasy.

Além disso, implementamos uma estratégia de integração dos sistemas Tasy e BI, centrada em melhorar a segurança e a proteção dos dados sensíveis da instituição.

Nossa abordagem incluiu a aplicação de técnicas de controle de acesso rigoroso e monitoramento contínuo para garantir a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações. Essas medidas foram projetadas para fortalecer a defesa contra ameaças internas e externas, bem como para identificar rapidamente quaisquer anomalias ou atividades suspeitas.

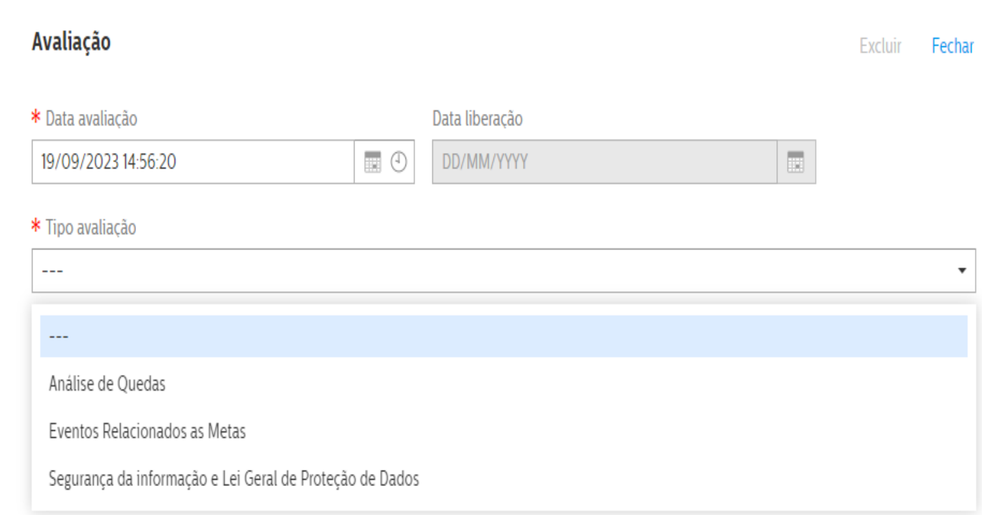


Figura 03. Avaliação registro do incidente, pelo gerenciamento de risco no sistema Tasy.

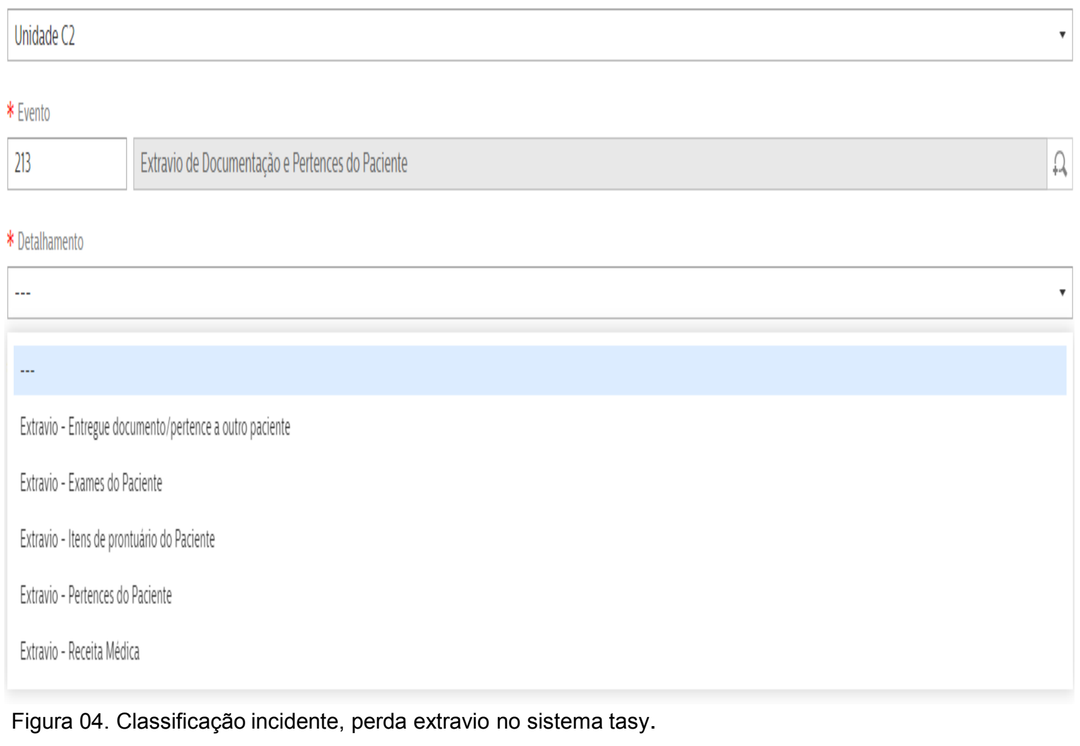


Figura 04. Classificação incidente, perda extravio no sistema tasy.

RESULTADOS

No período de 2021 a 2023 identificamos 22 registros de incidentes relacionados à segurança da informação, categorizados em vazamento de dados (2), perda extravio(8) acesso indevido(1) e divulgação de informação (11).

Como resultado desse processo de integração, a instituição adquiriu uma visão abrangente dos dados e informações em tempo real, possibilitando tomada de decisões mais assertivas e a otimização dos processos.

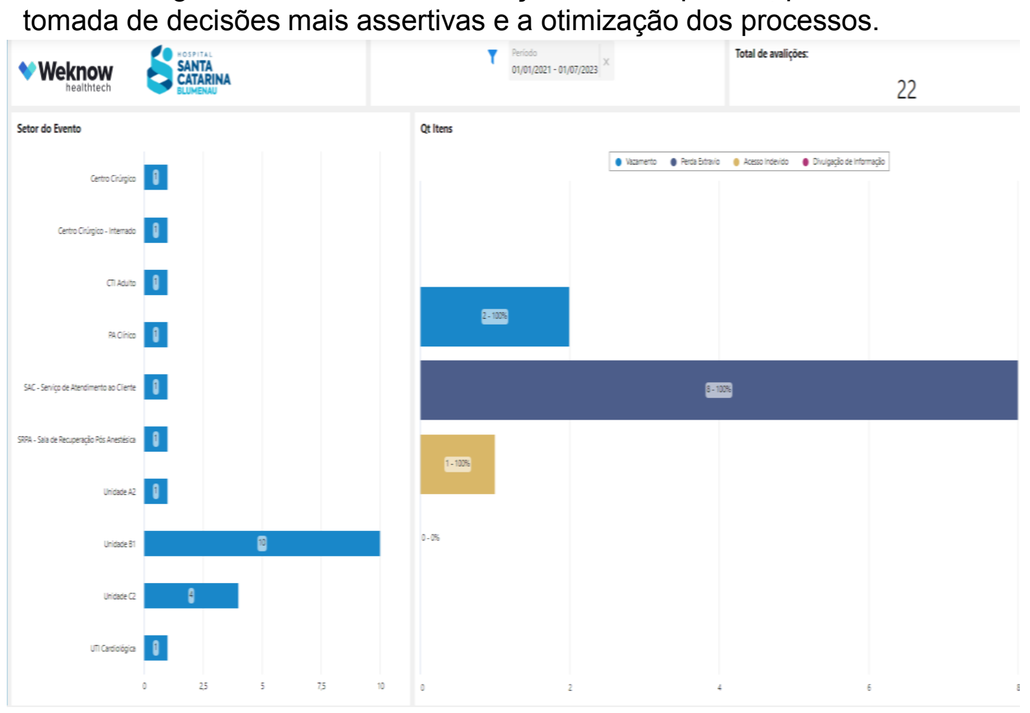


Figura 01. Dashboard BI, incidentes relacionados à segurança da informação e proteção de dados.

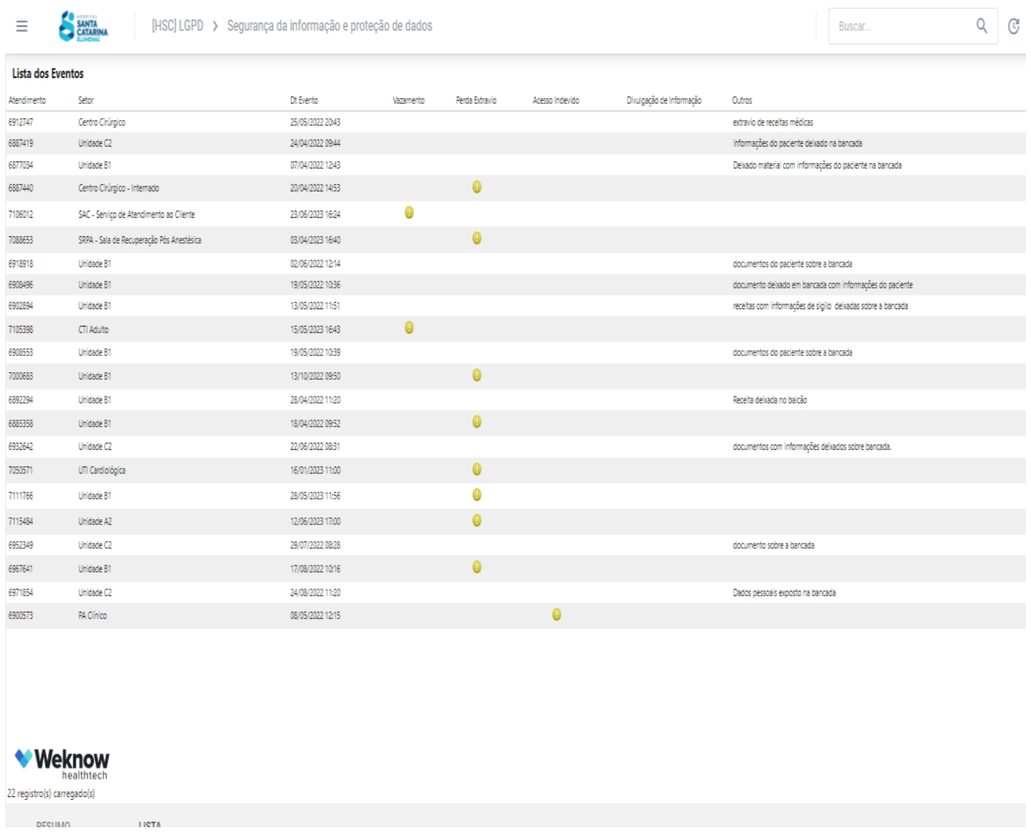


Figura 02. Visão detalhada incidentes.

CONCLUSÕES

A implementação de medidas de segurança adequadas e a criação de uma cultura de proteção de dados são essenciais para mitigar os riscos de incidentes de segurança. Os resultados deste estudo indicam que a integração de sistemas, aliada a medidas de segurança robustas, pode reduzir significativamente os incidentes de segurança da informação, promovendo a confiança e a segurança dos dados na instituição. Esta abordagem desempenha um papel crítico no enfrentamento dos desafios crescentes de segurança cibernética e no cumprimento das regulamentações em vigor, garantindo a privacidade dos pacientes e a integridade das informações de saúde.

REFERÊNCIAS

A Survey on Security and Privacy Issues in Modern Healthcare Systems: Attacks and Defenses, ACM HEALTH, Vol. 1, No. 1, Article . Publication date: May 2020.disponível em: https://arxiv.org/abs/2005.07359

Healthcare Data Breaches: Insights and Implications, Healthcare 2020, 8, 133; doi:10.3390/healthcare8020133, disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7349636/

INTEGRAÇÃO LOGÍSTICA E FARMACÊUTICA ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE TORRE DE CONTROLE EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM PERNAMBUCO

Manuelle Borges, Alan Lucena

INTRODUÇÃO

A tecnologia e a inovação têm desempenhado um papel fundamental na melhoria dos sistemas de saúde, proporcionando maior velocidade no atendimento, aumento da produtividade, monitoramento da cadeia de distribuição, redução de custos, gestão preditiva e segurança do paciente. A Logística e a Farmácia são áreas-chave que gerenciam cerca de 40% das despesas hospitalares, sendo interligadas em suas atividades operacionais e técnicas. Em um ambiente complexo, com 3 milhões de itens dispensados e 203 mil prescrições atendidas por mês, identificou-se a necessidade de uma ferramenta que automatizasse os processos e resolução de entraves logísticos, por meio de uma gestão compartilhada entre Logística e Farmácia.

METODOLOGIA

Implantação de um novo modelo integrado e uma metodologia de monitoramento, através de uma Torre de Controle Logística e Farmacêutica, com objetivo nos seguintes pilares: segurança do paciente, planejamento integrado, central de Atendimento à Assistência, gestão de estoque, rastreabilidade, sustentabilidade e inovação.

Foram desenvolvidos 72 indicadores que a equipe monitora em conjunto, 24 horas por dia as operações de distribuição. O centro de comando com painéis inteligentes permitem acompanhar as entregas de materiais e medicamentos nas unidades de internamento, mapa de calor de psicotrópicos e antibióticos, agendamentos oncológicos, abastecimento dos carros de parada, dispensários eletrônicos e controle das devoluções. A Torre de Controle é composta por analistas de logística e farmacêuticos integrados, que centralizam o atendimento e análise crítica técnica.

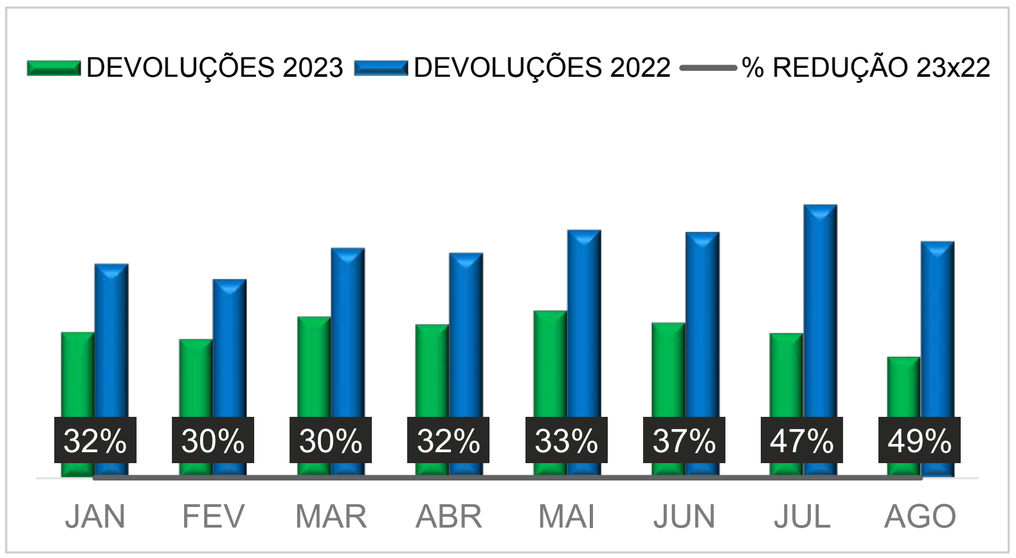
Foi fundamental no início a parceria com a equipe de TI e Enfermagem, onde realizamos todo mapeamento das entregas, programações de abastecimento, retiramos os telefones de dentro das produções para não interferir na dispensação e centralizamos na torre de controle junto ao farmacêutico responsável para atendimentos à equipe assistencial.

Pilares de integração da Torre de Controle

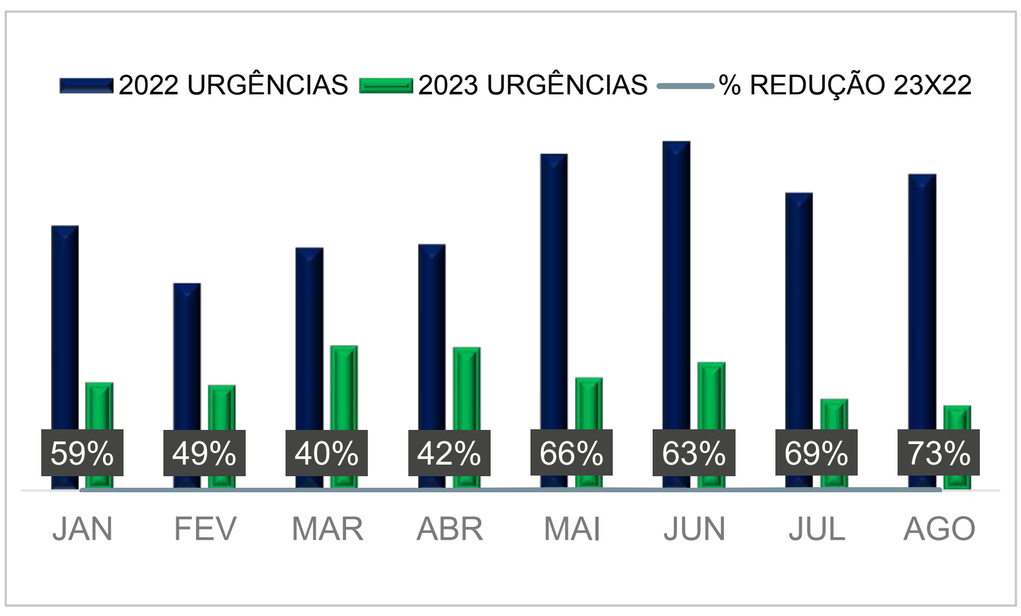
Torre de Controle Logística e Farmacêutica Integrada

RESULTADOS

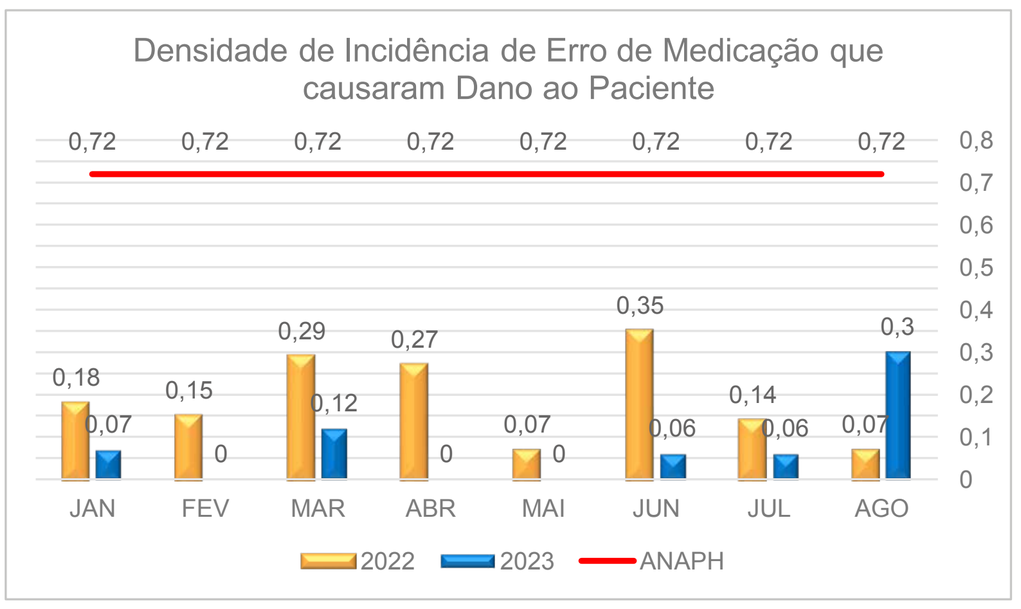
78% das unidades de internamento receberam materiais e medicamentos dentro do prazo, por meio de dispensação automatizada; controle de 80% dos medicamentos psicotrópicos; redução de 36% nas devoluções; redução de 90% das ouvidorias registradas; redução de 58% nas solicitações de emergência entre estoques; redução 30% de perdas de produtos; eficiência no fechamento de contas; redução de erros de danos ao paciente causados por erros de medicação, em comparação com o período anterior.



Redução das devoluções de medicamentos e materiais médicos 2023 x 2022.



Redução das solicitações de urgências entre estoques, possibilitando 80% dos leitos com materiais e abastecidos dentro das unidades de internamento.



Redução de densidade de incidência de erros de medicação 2023 x 2022.
Média de pacientes dia em 2022 de 14.565 e 2023 de 15.972 pacientes dia.

CONCLUSÕES

Nosso *command center* gera visibilidade para a tomada de decisões de curto, médio e longo prazo que estejam alinhadas com os objetivos estratégicos da instituição e atende com maior eficiência as equipes assistenciais, com foco na segurança do paciente.

Este trabalho nos possibilitou enxergar um processo de automação futuro com retorno maior de lucratividade para Hospital e conseguir atingir um nível de excelência operacional no serviço Logístico e Farmacêutico do Real Hospital Português.

REFERÊNCIAS

Barbieri, JOSE CARLOS, Logística Hospitalar: Teoria e prática, 2017. / Felipe Trigueiro, O Futuro da Logística e do Supply Chain, 2022.
Zheng, W., Lichtner, V., Van Dort, B., & Baysari, M. The impact of introducing automated dispensing cabinets, barcode medication administration, and closed-loop electronic medication management systems on work processes and safety of controlled medications in hospitals: A systematic review. Research In Social And Administrative Pharmacy, 17(5), 832-841, 2021.

Conahp 2023 - Sessão Pôster

Ana Paula de Arruda Forte
Emília Rosa Anastacio Leite
Rafael de Carvalho Amorim

Inteligência Artificial auxiliando da leitura de comentários abertos do setor de atendimento ao cliente (SAC)

Introdução: A Inteligência Artificial (IA) compreende uma tecnologia capaz de aprender conceitos a partir de dados inseridos em determinado programa, são considerados assertivos modelos com resultados superiores a 82%. Apresentamos o uso da IA para classificação dos sentimentos em comentários de texto. O script faz a leitura e classifica o comentário entre três variáveis: elogio, neutro ou reclamação. Os elogios e comentários neutros são quantificados e encaminhados aos setores envolvidos e finalizados, todo o processo de forma automatizado, sem interação humana. Agora as reclamações são analisadas por uma equipe de profissionais para acolhimento e ações de melhorias internas.

Objetivos: Demonstrar como a IA pode auxiliar o SAC, garantindo uma devolutiva ágil aos clientes e permitindo concentrar os esforços da equipe nas tratativas que demandam maior análise e planos de ação. Uma boa experiência do paciente e seus familiares, até mesmo quando alguma situação foge do esperado, pode reverter DETRATORES para PROMOTORES da marca, garantindo conhecimento das expectativas do cliente de forma rápida.

Material e Métodos: Utilizamos uma base com textos reais, de oito meses de comentários. Scripts com modelos probabilísticos e não probabilísticos foram utilizados na análise do melhor modelo e parâmetro de classificação: positiva, neutra e negativa. Os modelos foram divididos em base de treinamento e teste. A limpeza automatizada dos dados antes da leitura e análise do sentimento, foi o maior desafio. Realizamos a contagem de classificação por nota, sendo de um a cinco detrator, seis a oito neutro e nove e dez promotor.

Resultados: O modelo probabilístico apresentou 91% de acerto versus o modelo não probabilístico com 92% de acerto, o resultado da média entre a base teste e treinamento dos dois modelos foi de 88% de assertividade. Resultado similar a contagem quantitativa por valor de nota. Sendo considerado pela literatura resultados superiores a 82% aplicável.

Conclusão: A IA é significativamente aplicável na leitura rápida de comentários com grande fluxo de informações, apresenta classificações simples de mensuração de decisões, direcionamento de esforços e melhorias. Reduzindo custos e dimensionando equipes na valorização do trabalho de resultado.

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DOMICILIAR: TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Ana Bautzer, Fernando Seppi

BAUTZER E ASSOCIADOS ASSESSORIA EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil como todo, e em especial a saúde suplementar, vem sofrendo uma significativa pressão em diferentes eixos: consolidação/concentração do setor, com uma maior pressão da competência; pressão via custos, tanto pelo valor do atendimento quanto pela frequência da utilização; escassez de técnicos em saúde, com todas suas implicâncias; e finalmente, o desafio de ampliar o acesso à uma saúde de qualidade. Na área da saúde mental, a tendência é ainda mais preocupante: aumento constante dos adoecimentos mentais, trazendo impactos econômicos diretos- uma das principais causas de afastamentos laborais- e representando o terceiro maior custo às operadoras no quesito internação hospitalar com maior tempo de permanência, quase cinco vezes comparado com a média das causas clínicas.

A Transformação Digital é fundamental para trazer maior sustentabilidade ao sistema, com necessidade de aceleração pelas empresas/ prestadores de serviço, intensificado pela pandemia. O avanço digital, a abundância de dados e o foco na sustentabilidade estão transformando o cenário da saúde e também a forma como a gerimos. Em busca da entrega de valor na jornada do paciente, dois pontos são importantes: design do cuidado baseado em dados que possam trazer melhores insights e resultados em saúde; e o foco na jornada do paciente, identificando-se quais pontos de satisfação deles nesse caminho do cuidado, indo além somente do resultado do tratamento/intervenção, oferecendo um atendimento contínuo.

Internações psiquiátricas domiciliares já são uma evidência consolidada em diversos países, com evidências robustas apontando para alta resolutividade da crise, segurança, diminuição de custos, diminuição de reinternações a longo prazo e experiência do paciente altamente positiva.

METODOLOGIA

No período entre setembro de 2012 e fevereiro de 2014 foi desenvolvido um programa de internação psiquiátrica em um Hospital Público Municipal de São Paulo, e os seguintes resultados foram obtidos: 27 pacientes estiveram em internação psiquiátrica domiciliar. Desses, 17 tiveram resolução completa em domicílio, com alta para continuidade de atendimento ambulatorial, representando 62% da amostra. Os outros tiveram que ser encaminhados para continuidade de tratamento em ambiente hospitalar por piora da comorbidade clínica, suporte familiar insuficiente e/ou riscos relacionados ao paciente.
Esse trabalho ocorreu em um outro momento do mundo e inserido na lógica da saúde pública; para a devida adequação à nossa época e à saúde suplementar foram utilizados alguns importantes referencias descritos a seguir.
Uma importante experiência inspiradora, para além desse caso da saúde mental, foi a política o *New Care Models*, uma estratégia de 2015 implementada pelo NHS no Reino Unido? para fomentar e propulsionar modos inovadores de cuidar, em diferentes áreas da saúde. Nesse contexto as evidencias são produzidas "*on the ground* ",na velocidade necessária da realidade, aliando a metodologia do Modelo lógico com a agilidade de processos e o *Design Thinking*, entre outras.

Dessa forma, nossa metodologia do design do nosso novo serviço tem embasamento em diferentes correntes, entre elas:

-*Design Thinking* (design centrado no usuário): empatia metodológica para identificar a necessidade dos usuários, procurando amplificar a voz do usuário/cliente, para que seja possível resolver um problema real, de forma significativa, de um usuário real;

-*Lean* (processo enxuto, para minimizar os riscos):inspirados nessa metodologia com origem na indústria automotiva, procura-se empregar o estritamente necessário para desenvolver o processo, minimizando o desperdiço de tempo, recursos, maximizando a eficiência sem perder a qualidade;

-*Agile* (velocidade, plasticidade, ciclo curto, iterativo, colaborativo): O método Ágil tem sua origem no desenvolvimento de softwares; como uma estratégia de inovação e aprendizagem criativa de tipo iterativa e focada no tempo para alcançar a entrega continua de valor. Aqui as equipes enfatizam ciclos curtos de entregas rápidas de valor, de forma regular e continua, na procura da satisfação do cliente. Para isso é fundamental se concentrar na comunicação aberta entre os usuários finais/clientes e desenvolvedores. O feedback constante é essencial.

RESULTADOS

Como resultado dessa adaptação, o novo modelo de cuidado foi desenhado seguindo os seguintes preceitos:

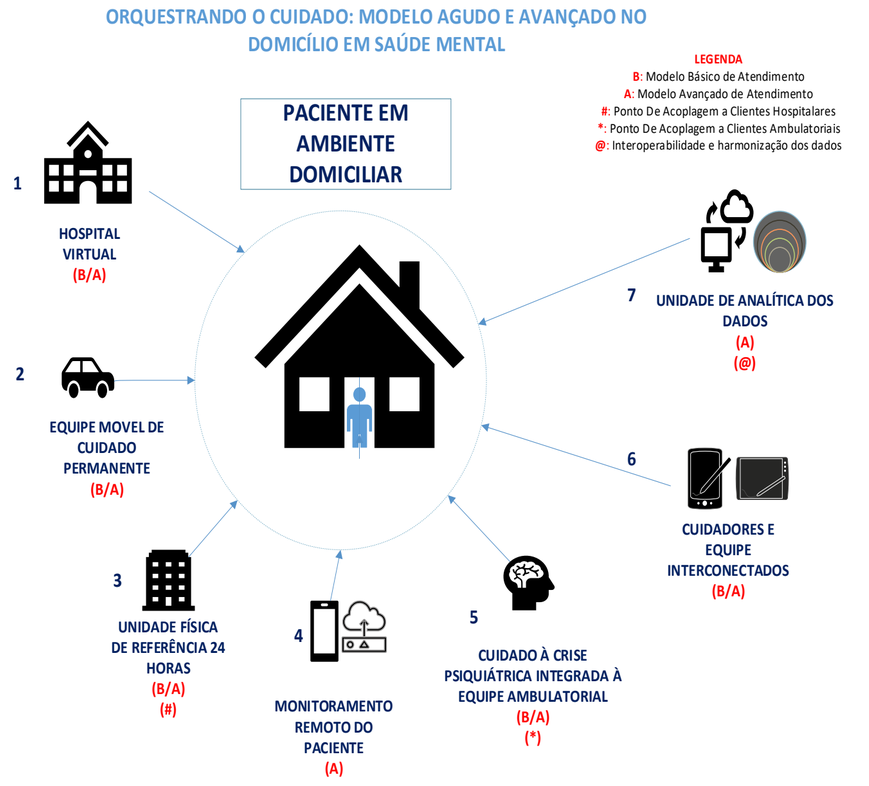
1- DESIGN CENTRADO NO PACIENTE: O paciente central no programa, buscando-se alta satisfação do cuidado no conforto do lar, transformando serviços de saúde a partir do olhar do paciente ;

2- RIGOR, SEGURANÇA E COMPLIANCE: Inovar em Saúde exige rigor nos processos de toda cadeia de atendimento. Testar novas estratégias de cuidado devem ser obrigatoriamente acompanhadas do rigor técnico. Também, preocupação com regulação e proteção de dados digitais (LGPD).

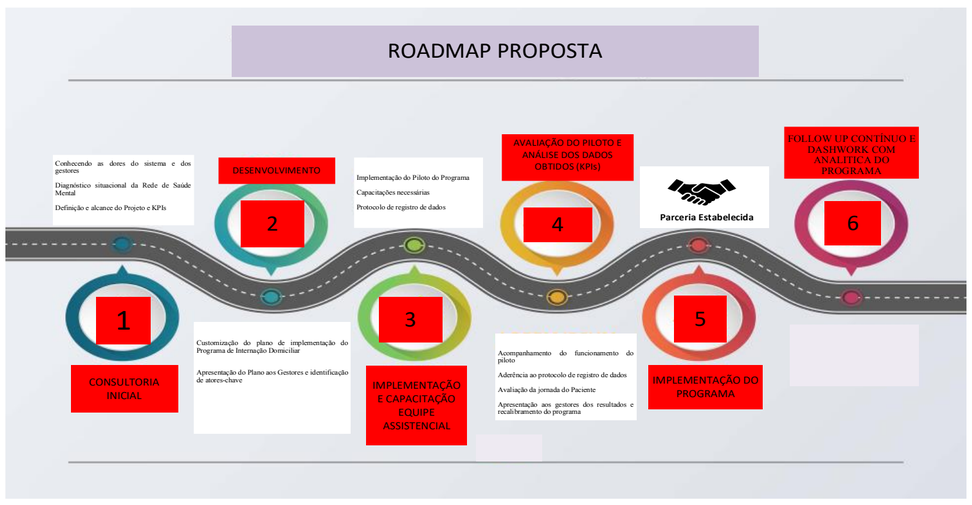
3- TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO: Dispor de um Sistema de Informação da Saúde (SIS) corretamente desenvolvido e gerenciado é um pilar essencial para oferecer um bom atendimento em saúde. Afinal, resolver problemas sobre cuidados em saúde é essencialmente caracterizado por um processo de demanda intensiva de informação. Falhas nesse ponto geram sobrecarga de trabalho às equipes de saúde, falhas na entrega da informação certa e relevante e à tempo para decisões corretas sobre o tratamento a serem realizados.
O Design do SIS e sua dinâmica precisam ser analisados e construídos no contexto específico do paciente-tratamentos apropriados são entregues no momento apropriado, para os pacientes apropriados.

4 -DATA SCIENCE: Ferramentas que gerem dados e informações relevantes; os resultados dessas ferramentas devem ser apresentados de uma forma que ajudem aos especialistas a navegar por grandes volumes de dados, mas também que ajudem aos pacientes a compreender os resultados relevantes de uma forma simples. Nesse sentido, é fundamental haver um protocolo de registro dos dados para haver uma taxonomia padronizada em cada instância dessa coleta, considerando a necessidade da Interoperabilidade e Harmonização dos Dados ,de forma que estejam disponíveis posteriormente para fazer as análises correspondentes. É possível gerar um feedback contínuo que ajuda aos profissionais otimizarem o atendimento dos pacientes, podendo fazer diagnósticos mais acurados, tratando a doença e cuidando; e um contexto necessário para ajudar os usuários a compreender o valor, e com o tempo, compreender como seu comportamento pode afetá-los. Tudo isso ajuda também a construir confiança nos dados, na solução e nas ações seguintes necessárias.

5- REPLICABILIDADE E ADAPTABILIDADE: Identificar os “ingredientes ativos” do programa necessários para replicabilidade e adaptabilidade do cuidado em diferentes cenários



Modelo de cuidado: Transformando o Serviço de Saúde a partir do olhar do paciente;Construção da Jornada integrada entre os mundos físico e digital e Construção da proposta de valor.
.



Roadmap assessoria Bautzer e Associados

CONCLUSÕES

Inovar em saúde tem enorme potencial, porém deve ser realizado com metodologias e rigor necessários por lidar diretamente com vidas humanas. Utilizar formas de trabalho com referenciais no Ágil e Lean pode trazer enormes benefícios ao produzir informações relevantes de saúde no tempo que a realidade impõe. A incorporação da tecnologia ao modelo assistencial amplia o acesso a uma saúde efetiva, assertiva e de qualidade , também para áreas remotas e periféricas, ampliando a equidade do sistema de saúde como um todo. Nosso programa de atendimento à crise psiquiátrica domiciliar alia esse conceito ao protagonismo do paciente, buscando um atendimento mais humanizado, efetivo, seguro e integrado ao cuidado ambulatorial..

REFERÊNCIAS

1-Pesquisa Nacional Unidas 2022. Obtido online em 07/07/2023. NACIONAL UNIDAS 2022, OBTIDO ONLINE EM 07/07/2023 2-Evaluation strategy for new care model vanguards - Maio 2016. Operational Research and Evaluation Unit, NHS England 3-Carpenter, R., Falkenburg, J., White, T., & Tracy, D. (2013). Crisis teams: Systematic review of their effectiveness in practice. The Psychiatrist, 37(7), 232-237. doi:10.1192/pb.bp.112.039933 4--Lloyd-Evans B, Lamb D, Barnby J, Eskinazi M, Turner A, Johnson S. Mental health crisis resolution teams and crisis care systems in England: a national survey. BJPsych Bull. 2018 Aug;42(4):146-151. doi: 10.1192/bjb.2018.19. Epub 2018 May 24. PMID: 29792390; PMCID: PMC6436049. 5-Kumpunen S (2020) "Using logic models for evaluating innovations in health care”, Nuffield Trust comment. Obtido online em 07/08/2023.Hands-On Healthcare Data by Andrew Nguyen (2022) Published by O’Reilly Media, Inc., 6-The Digital Reconstruction of Healthcare Transitioning from Brick and Mortar to Virtual Care By Paul Cerrato, John Halamka Copyright 2022 https://www.routledge.com/The-Digital-Reconstruction-of-Healthcare-Transitioning-from-Brick-and-Mortar/Cerrato-Halamka/p/book/9780367555979 7-Innovations in Healthcare Informatics: From Interoperability to Data Analysis Mohamed Abouhawwash (Editor) Sudeep Tanwar (Editor) Anand Nayyar (Editor) Mohd Naved (Editor) Publisher: Institution of Engineering & Technology Publish Date June 27, 2023 8- Orchestrating Value Population Health in the Digital Age (2020) Pam W. Arlotto, MBA, FHIMSS Susan P. Irby, MSHS CRC Press Taylor & Francis Group 9-Health Information Systems Technological and Management Perspectives Third Edition (2023) Authors: Alfred Winter , Elske Ammenwerth , Reinhold Haux , Michael Marschollek , Bianca Steiner , Franziska Jahn10-Paul Cerrato and John Halamka Reinventing Clinical Decision Support Data Analytics, Artificial Intelligence,and Diagnostic Reasoning (2020)CRC Press Taylor & Francis Group 11-Mark L. Braunstein Health Informatics on FHIR: How HL7’s API is Transforming Healthcare Second Edition (2022) Springer 12-Lean UX, 3rd Edition by Jeff Gothelf, Josh Seiden Released September 2021 Publisher(s): O'Reilly Media, Inc.13-Eric Ries A startup enxuta Como usar a inovação contínua para criar negócios radicalmente bem-sucedidos (2019) "GMT“ 14-Agile Desenvolvimento de software com entregas frequentes e foco no valor de negócio André Faria Gomes 2013 EDITORA:CASA DO CODIGO

Intervenções Farmacêuticas Informatizadas para Promoção do uso Racional de Medicamentos em Oncologia

Leandro Levatti; Daniela Silva de Lira; Eliana Guadalupe Morganti do Lago e Ana Cristina Maia Ferreira

INTRODUÇÃO

O farmacêutico clínico desempenha um papel primordial em uma instituição oncológica, apresentando resultados significativos durante toda jornada do paciente para garantir a segurança e eficácia dos medicamentos prescritos, otimizar o tratamento, melhorar a adesão do paciente, além de promover a colaboração multiprofissional.
Os indicadores automatizados são fundamentais para o gerenciamento eficaz e aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços de saúde, visando proporcionar informações precisas com maior agilidade na análise e suporte a tomada de decisão, e a otimização dos recursos, contribuindo para a melhoria dos cuidados e resultados para os pacientes.

METODOLOGIA

Foram coletadas as intervenções farmacêuticas do período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022 através dos indicadores automatizados em um câncer center localizado na cidade de São Paulo.

OBJETIVO

Nossa proposta é demonstrar a efetividade das intervenções farmacêuticas, por meio de uma análise minuciosa das prescrições médicas, e apresentar dados sólidos referentes às intervenções realizadas durante o período de internação.
Desta forma, demonstraremos a importância das ações no tratamento dos pacientes.

RESULTADOS

Foram coletados e avaliados os dados relacionados as intervenções farmacêuticas no período de janeiro de 2022 à dezembro de 2022.
Neste período de 2022, tivemos 95.194 pacientes/dias internados na unidade de internação, UTI e emergência, e 9.415 intervenções farmacêuticas, totalizando a média anual de 9,9%, valor dentro do esperado quando comparado a literatura e ao mercado (meta 10% de intervenções farmacêuticas).
As intervenções que se destacam são: nível sérico (nº 1.306) e reconciliação medicamentosa de admissão (nº 838).
A intervenção de nível sérico quando acompanhada pelo farmacêutico clínico visa o uso racional dos medicamentos e contribui com o gerenciamento do uso de antibióticos, também conhecido como "*Stewardship*", o que promove a segurança, eficácia do tratamento proposto, individualização da dose e com redução da toxicidade.
Já as intervenções relacionadas as reconciliações medicamentosas de admissão garantem a continuidade do tratamento de medicamentos de uso crônico de forma adequada e que nenhum tratamento seja interrompido indevidamente.
Reconciliação medicamentosa é a avaliação da lista de medicamentos que o paciente faz uso com a prescrição de admissão / transferência com objetivo de fornecer medicamentos corretos durante a internação.

Intervenções Farmacêuticas	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
Total de Intervenções Realizadas	644	660	784	721	922	984	917	1100	902	576	682	523
Total de Pacientes Dia no período	8.197	7.669	8.189	7.362	8.273	8.083	8.157	8.259	7.749	8.157	7.756	7.343
Índice de Intervenções Farmacêuticas por Paciente Dia	**7,9%**	**8,6%**	**9,6%**	**9,8%**	**11,1%**	**12,2%**	**11,2%**	**13,3%**	**11,6%**	**7,1%**	**8,8%**	**7,1%**

Tabela 1 – Indicador de Intervenção Farmacêutica.

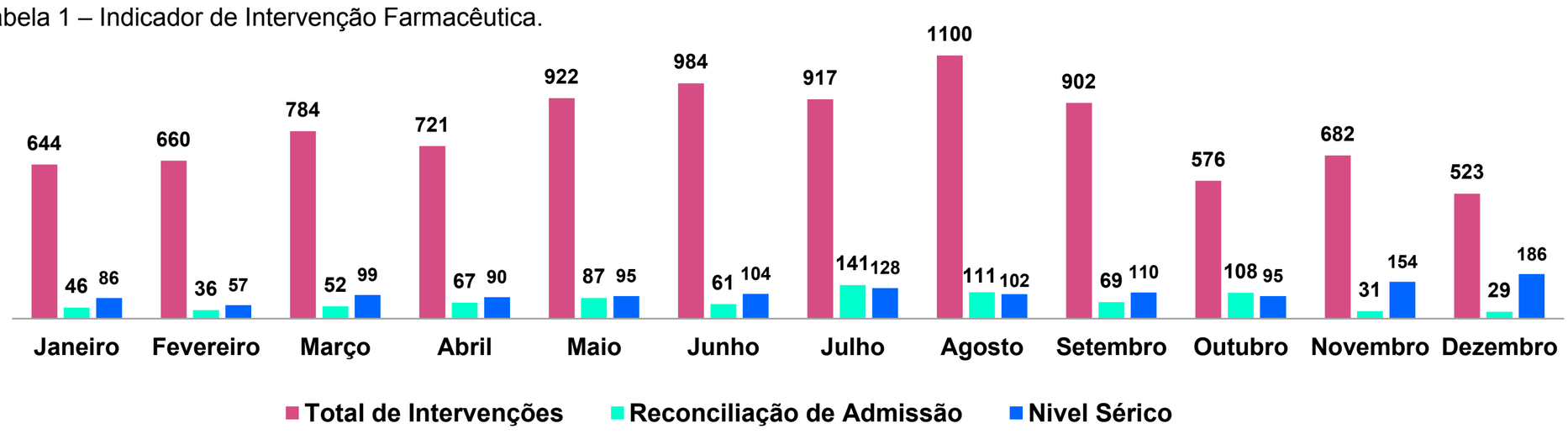


Gráfico 1 – Estratificação das Intervenções Farmacêuticas.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo demonstram que as principais intervenções farmacêuticas guiadas pela automatização dos indicadores melhoram significativamente o tratamento dos pacientes oncológicos e que, o profissional farmacêutico clínico inserido dentro da equipe multidisciplinar apresenta resultados promissores com impacto no cuidado centrado.

REFERÊNCIAS

1. CVIKL, Maja; SINKOVIČ, Andreja. **INTERVENTIONS OF A CLINICAL PHARMACIST IN A MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT – A RETROSPECTIVE ANALYSIS.BJBMS**, Slovênia, p. 1-10, 20 abr. 2020.
2. ELBEDDINI, Ali; TO, Anthony; TAYEFEHCHAMANI, Yasamin; WEN, Cindy Xin. **IMPORTANCE OF MEDICATION RECONCILIATION IN CANCER PATIENTS. JOURNAL OF PHARMACEUTICAL POLICY AND PRACTICE**, Canada, p. 1-10, 8 jun. 2021.
3. Lindenmeyer, Luciane Pereira; Goulart, Valéria Pereira; Hegele, Vanessa; **RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE ONCOLÓGICO - RESULTADOS DE UM ESTUDO PILOTO.** São Paulo: 2013.
4. FRANKLIN, Bryony Dean; BIRCH, Sylvia; SCHACHTER, Mike; BARBER, Nick. **TESTING A TRIGGER TOOL AS A METHOD OF DETECTING HARM FROM MEDICATION ERRORS IN A UK HOSPITAL: A PILOT STUDY. INTERNATIONAL JOURNAL OF PHARMACY PRACTICE**, Great Britain, p. 1-7, 9 jul. 2010.
5. BARROS, Izadora Menezes da Cunha et al. **INTERVENÇÕES DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA EM UM HOSPITAL DE ENSINO TERCIÁRIO**. Research, Society and Development, Sergipe, p. 1-9, 25 set. 2022.
6. OLIMPIO, Antonio Hugo Tome et al. **FARMÁCIA CLÍNICA: MONITORAMENTO DE INDICADORES COMO FERRAMENTA DE GESTÃO CLÍNICA**. Encontros Universitários da UFC, Fortaleza, p. 1-1, 6 dez. 2020.

JORNADA DIGITAL DO PACIENTE CIRÚRGICO COM CÂNCER COLORRETAL

Caroline Lopes, Fernanda Oliveira, Bruna Catin, Natália Martinez

INTRODUÇÃO

O A.C.Camargo Câncer Center é uma instituição de saúde de referência no Brasil para diagnóstico e tratamentos de câncer. Dados de literatura e de mundo real internacionais, associam as cirurgias colorretais à alta variabilidade de desfechos clínicos o que leva a dificuldades na previsão dos resultados e dos custos do procedimento. Interessada em compreender, estruturar e trazer dados de mundo real do contexto privado nacional, a instituição, em parceria com a J&J MedTech, desenvolveram uma linha de cuidado digital para os pacientes submetidos à cirurgias colorretais.

METODOLOGIA

Em parceria com a Healthtech Kidopi, desenvolvemos uma abordagem digital centrada no envolvimento do paciente. Utilizamos uma solução de monitoramento remoto com inteligência artificial que se comunica com o paciente por meio de aplicativos de mensagens, empregando linguagem natural para aproximar-se do paciente em suas interações e coletar dados clínicos. Essa jornada abrangeu o acompanhamento do paciente desde o agendamento da cirurgia até o 15º dia pós-operatório, permitindo a coleta de informações essenciais para a criação de modelos orientados pelo valor. Analisamos os dados e resultados clínicos com o objetivo de alcançar os melhores desfechos e reduzir as complicações pós-cirúrgicas.

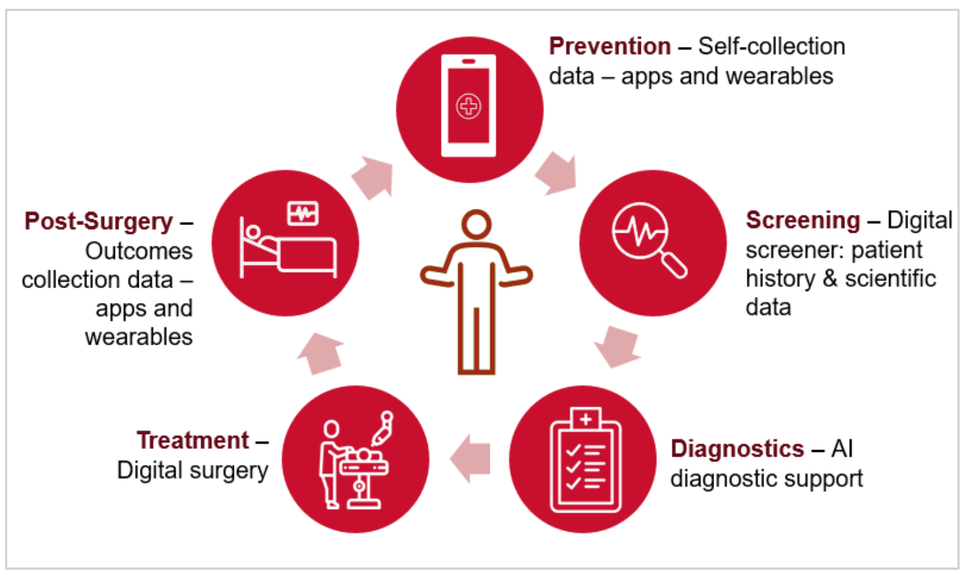


Figura 1 – Esquema da jornada de cuidado centrada no paciente

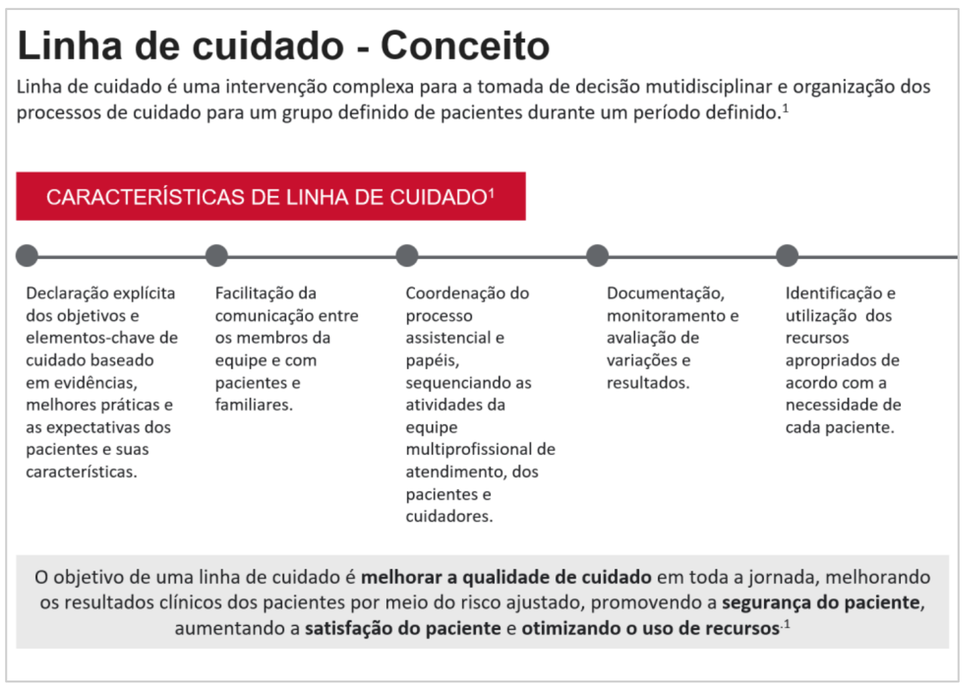


Figura 2 – Conceito de Linha de Cuidado

RESULTADOS

Os resultados observados desde a implementação da linha em 2021 até início de 2023 foram:

- Mais de 100 pacientes inscritos na plataforma;
- 100% de engajamento dos pacientes cadastrados;
- Satisfação do paciente de 83/100 (NPS);
- Mais de 70 eventos adversos capturados e tratados de maneira precoce – melhor qualidade de vida para o paciente e gestão de custos mais eficiente. A Ferramenta de monitoramento foi capaz de indicar se o paciente estava com complicações leves, médias ou graves, levando a indicação de procurar a emergência para os casos graves. A equipe de enfermeiros navegadores foi alertada em todos os casos.
- 7 complicações graves foram evitadas precocemente, evitando tratamentos cirúrgicos adicionais e custos extras para a instituição.

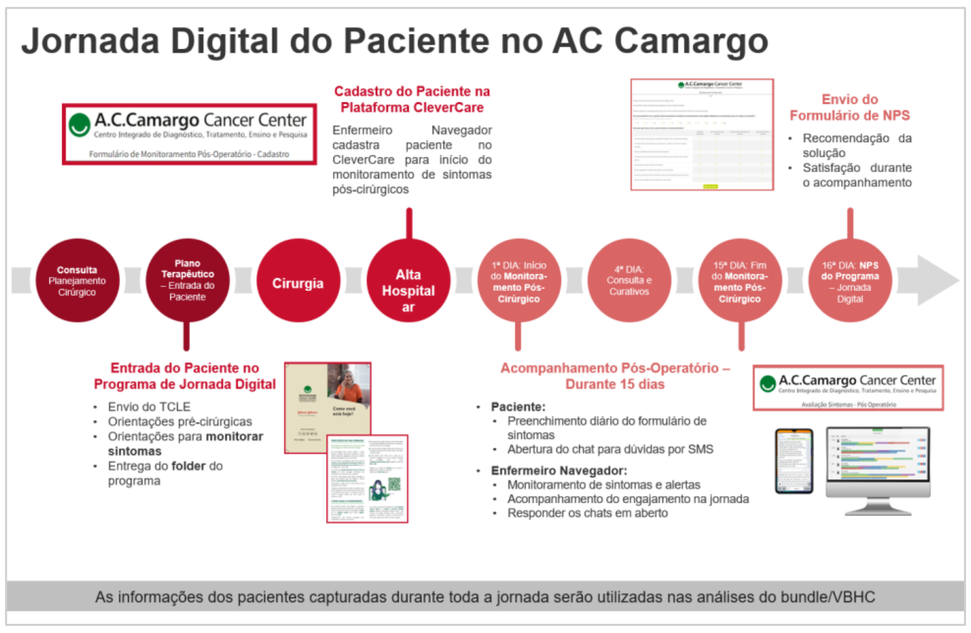


Figura 3 – Fluxo da Jornada do Paciente no AC Camargo

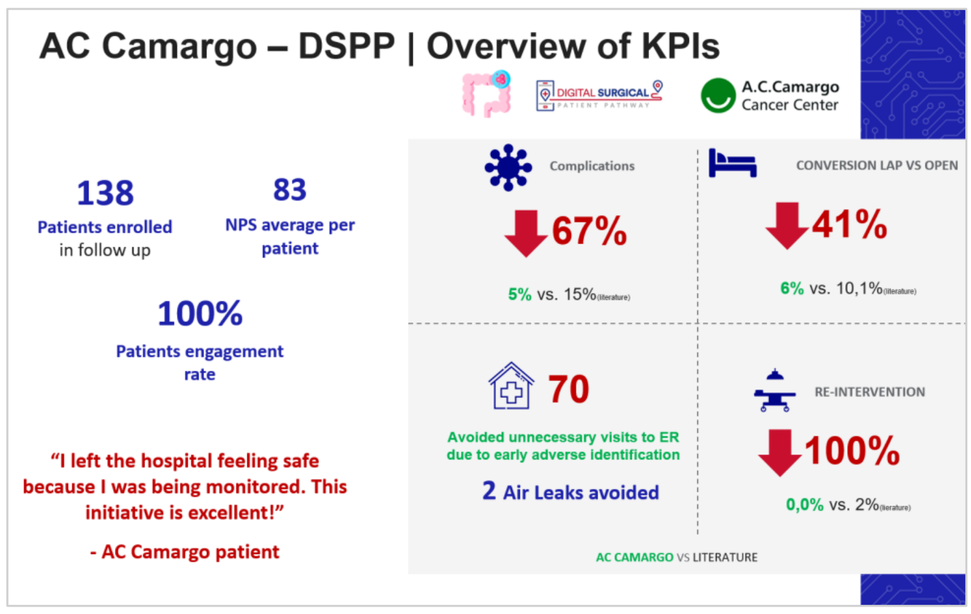


Figura 4 – Resumo de indicadores do projeto

CONCLUSÕES

O A.C.Camargo Câncer Center, líder em diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil, enfrentou o desafio da variabilidade nos resultados das cirurgias colorretais, prejudicando a previsibilidade dos desfechos e custos. Em parceria com a J&J Medtech e a Healthtech Kidopi, desenvolveu uma abordagem centrada no paciente, com monitoramento remoto via inteligência artificial e linguagem natural. Resultados notáveis incluem 100% dos pacientes engajados, satisfação de 83/100, alertas coletados e mapeados em 70 eventos adversos, e a prevenção de 7 complicações graves através da ferramenta do monitoramento digital. Essa inovação não apenas aprimorou a experiência do paciente e os desfechos clínicos, mas também apoio a gestão dos desfechos, evidenciando o compromisso da instituição com a excelência no tratamento de cirurgias colorretais.

REFERÊNCIAS

1. Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation, Belgium: KU Leuven; 2007.

LEITO DE INTERNAÇÃO SEM DESPERDÍCIO DE MATERIAIS

Silvana Alves dos Santos Franzotti

INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares em suas atividades geram impactos ambientais, apresentam uma operação ininterrupta utilizando grandes volumes de recursos naturais como água e energia elétrica, recursos materiais e gerando uma grande quantidade de resíduos. Este estudo foi realizado em uma ala da unidade de semi-intensiva de um hospital privado de alta complexidade na cidade de São Paulo. A unidade possui como características pacientes de críticos crônicos, que possui a necessidade de utilizar mais insumos em seus cuidados. **Objetivos:** Diminuir o desperdício de materiais nos leitos da unidade semi-intensiva, determinando a quantidade de material que deverá permanecer no leito.

METODOLOGIA

Neste projeto foi utilizado a ferramenta de qualidade PLAN DO CHECK ACTION (PDCA). Para a coleta de dados pré e pós-intervenção se utilizou um formulário eletrônico com os itens essenciais que devem se encontrar nos quartos dos pacientes. A intervenção realizada foi uma etiqueta fixada nos armários de materiais dos pacientes. Orientamos todos os colaboradores da equipe multiprofissional sobre o início do uso das etiquetas através de um treinamento. Após o treinamento da equipe iniciamos uma nova coleta pós-intervenção. Ambas as coletas pré e pós-intervenção foram em períodos de quatro semanas e na mesma ala da unidade de semi-intensiva com 10 leitos totalizando 40 leitos em cada período.

Banner para conscientização da equipe sobre o desperdício de materiais

Materiais obrigatórios	Padrão
Sontara	2 pct.(10 un.)
Luvas	1 cx
Swab de álcool	10 un
Termômetro	1un.
Sacos plásticos	5 un
Álcool 70%	1FR.
Álcool em gel	1 FR
Demais materiais Conforme a demanda do cliente	
Avental de isolamento	2 pct.
Eletrodos	5 un,

Modelo das etiquetas que foram instaladas nos armários de materiais do pacientes .

RESULTADOS

A coleta pré-intervenção foi realizada uma vez por semana no período de 13/07/2022 a 03/08/2022 e foram encontrados nos quartos 1830 itens. Após a implementação da intervenção se iniciou a coleta de pós-intervenção no período de 30/11/2022 a 21/12/2022 foram encontrados nos quartos 1087 itens. A avaliação do impacto da intervenção, foi realizado o cálculo da média de itens por leito pré e pós-intervenção. A média de itens por leito reduziu de 46 para 27 itens.

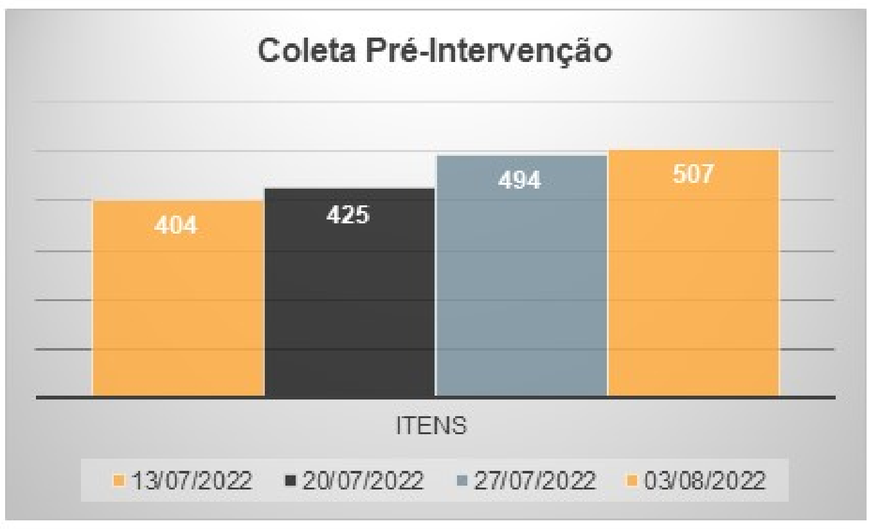


Gráfico da Coleta Pré-Intervenção

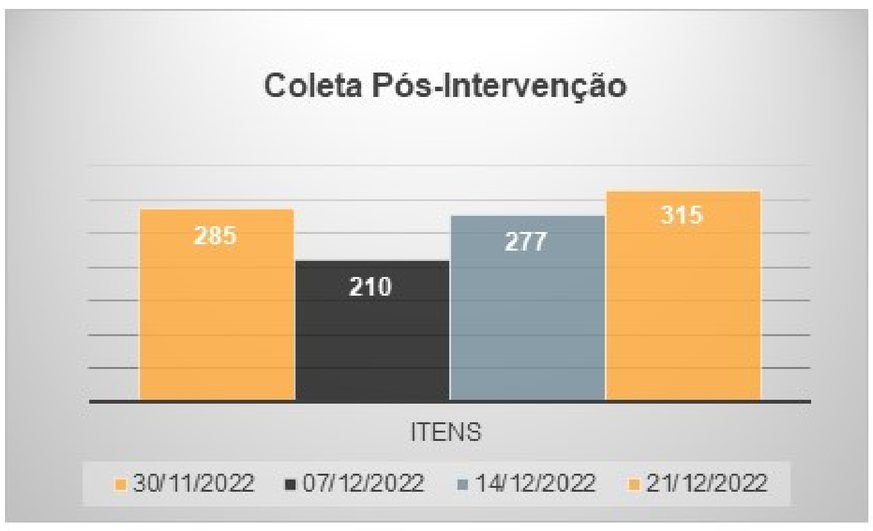


Gráfico da Coleta Pós-Intervenção

Gráfico da média de itens por leito

CONCLUSÕES

Conforme os resultados obtidos, a intervenção implementada proporcionou uma economia de 41% na média de itens por leito. O projeto leito de internação sem desperdício de materiais mostrou que a ferramenta PDCA tem uma excelente aplicabilidade nos serviços de saúde, tornando possível identificar e corrigir falhas em processos, promovendo a eficiência no atendimento aos pacientes. Com essa metodologia, é possível criar uma cultura de melhoria contínua em instituições de saúde, que buscam a excelência na prestação de serviços e a satisfação dos seus pacientes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. G. D. S.; BOGO, P. C.; TONINI, N. S.; MATOS, F. G. de O. A.; ALVES, D. C. I. Insertion of nursing professionals in the management of materials in a teaching hospital of Paraná. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 42, p. e20200069, 2021.

CASTILHO, V.; CASTRO, L. C. de; COUTO, A. T.; MAIA, F. de O. M.; SASAKI, N. Y.; NOMURA, F. H.; LIMA, A. F. C.; MIRA, V. L.; LOYOLLA, P. M. Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe, p. 1613–1620, 2011.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

TRANSFORMANDO MEDO EM SORRISOS: A REVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO CIRÚRGICO PEDIÁTRICO COM ABORDAGEM LÚDICA E HUMANIZADA

Tatiane Aparecida Arruda, Mariana Assiz Garcia, Adriana Cristina Mota Furlan, Luiza Rojic

INTRODUÇÃO

A criança que passa por procedimento cirúrgico vivencia sentimentos de ansiedade, insegurança e medo, assim como seus acompanhantes durante o período da hospitalização. Nesse contexto, a humanização e a abordagem lúdica contribuem para reduzir esses sentimentos negativos, além de valorizar a participação e a inclusão dos familiares no processo cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um hospital privado de grande porte do interior do estado de São Paulo. Onde aplica-se o Protocolo em todas as crianças até 12 anos incompletos, inicia-se durante a visita pré-anestésica utilizando linguagem de fácil compreensão através de vídeo explicativo da nossa mascote “Maya”. São identificados seus interesses (jogos, desenhos, heróis preferidos), assim como a escolha de uma essência preferida para a indução anestésica e sobre trazer o seu boneco preferido no dia da cirurgia. O responsável legal é convidado a participar da indução anestésica e tomam ciência do acesso ao prontuário a qualquer momento. Na recepção, recebe um livro com giz de cera para ser usado para entreter durante a sua jornada. Na pediatria são acolhidos e recebem as orientações para minimizar a ansiedade e o medo. Podem ir com a sua própria roupa durante o transporte e são oferecidos artigos para brincadeiras, como moto ou carro motorizado e tablete. A sala é preparada com painel com o tema do fundo do mar e refletor de luz. A aplicação de bandagens coloridas e adesivos são feitas nos curativos e punção venosa do tema escolhido pela criança. Na Recuperação Pós Anestésica, acorda junto ao seu familiar, recebe a nécessaire da “Maya” e o certificado de coragem pelo seu ato de bravura.

1. Kit Personalizado entregue no momento da internação
2. Vídeo ilustrativo da linha pediátrica cirúrgica

1. Objeto de estimação personalizado 2. Necessaire e 3. certificado de coragem entregues no final

RESULTADOS

Foi possível identificar o aumento no número de cirurgias pediátricas comparadas ao ano anterior após o estabelecimento do protocolo que unificou as ações das áreas assistências e de apoio. Houve um aumento na satisfação medida através do Net Promoter Score (NPS) e das ouvidorias relatando a agradável experiência.

1 Kit da Alegria 2. Sala Cirurgia 3. Carro personalizado e 4. Time Pediátrico

1. Criança pode levar seu brinquedo favorito
2. Volume cirúrgico pediátrico

CONCLUSÕES

Esses resultados reforçam a importância das ações em oferecer um cuidado centrado e buscar constantemente maneiras de melhorar a experiência dos nossos pacientes e familiares. É importante ressaltar que cada criança e cada situação são únicas, e os resultados podem variar. No entanto, a humanização do ambiente cirúrgico e a consideração dos aspectos emocionais da criança têm sido associadas a uma experiência mais positiva e a melhores resultados gerais.

REFERÊNCIAS

1. Menezes L, Tomazini LA. Presença de familiares durante a indução anestésica de crianças: Revisão de literatura. Rev Sobecc. 2013; 19 (2): 92-98. Bomfim MA, Carvalho R. A mãe e a criança na recuperação anestésica: cuidado que faz a diferença. Rev Sobecc. 2011; 16 (2) 57-64.
2. PAULA, Geicielle Karine de et al. Estratégias lúdicas no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 13, jun. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: . Acesso em: 10 nov. 2021.doi:https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238979.

MANEJO DA SEDE DO PACIENTE CIRÚRGICO NA RECUPERAÇÃO POS ANESTÉSICA: VALORIZAÇÃO DO DESCONFORTO E HUMANIZAÇÃO

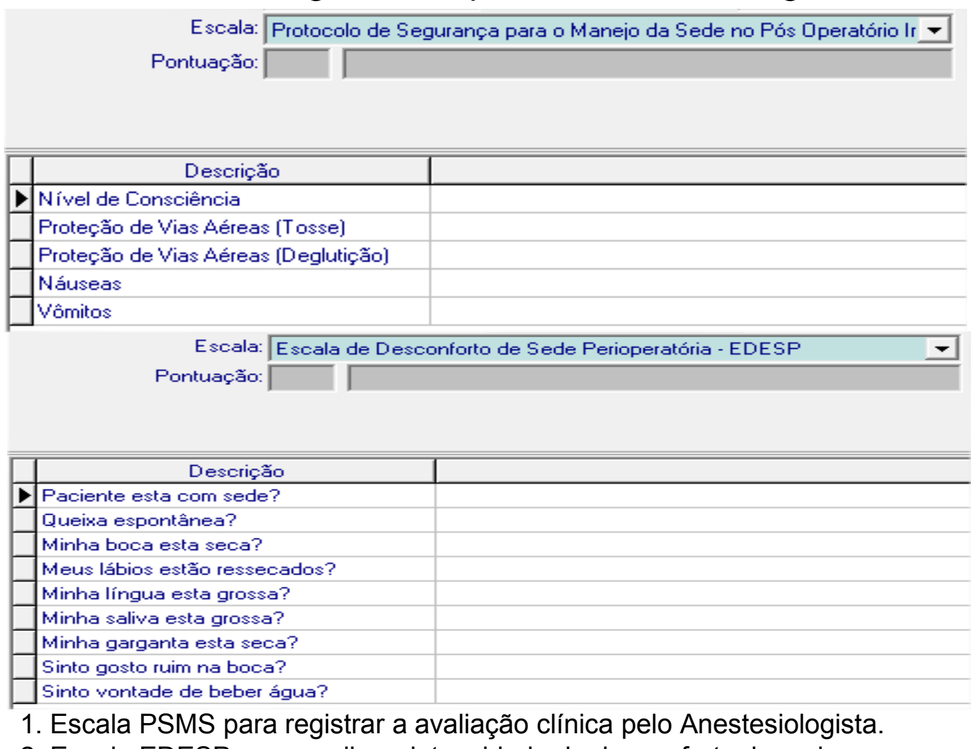
Juliana Bueno Sabino, Swamy Jacobini Marconi, Adriana Cristina Mota Furlan, Luiza Rojic

INTRODUÇÃO

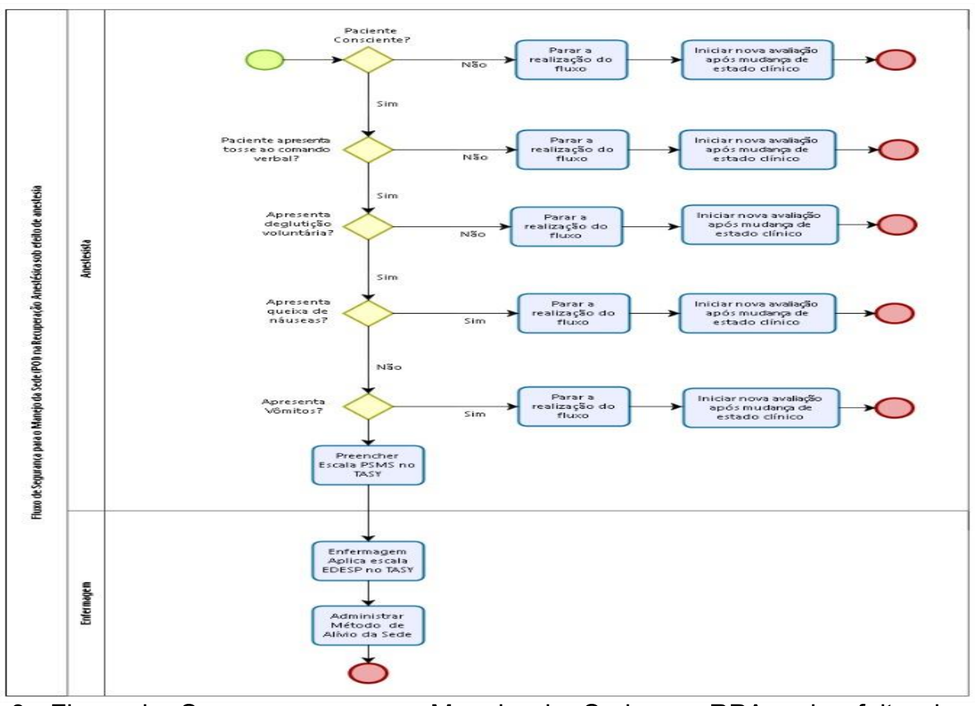
A sede é definida como a vontade consciente de beber água e é consequência das condições do procedimento anestésico cirúrgico e das emoções como o medo, estresse e ansiedade que potencializam o aparecimento da sede e do desconforto gerado por ela. A saciedade da sede ocorre por meio de dois mecanismos: saciedade pré-absorção e saciedade pós-absorção. O uso de água e mentol são estratégias que possibilitam avanços no manejo da sede.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um hospital privado de grande porte do interior do estado de São Paulo. Este protocolo se aplica a todos os pacientes submetidos a procedimentos anestésicos cirúrgicos que são encaminhados para a Recuperação Pós-Anestésica (RPA), exceto pacientes com prescrição de jejum absoluto, cabeça e pescoço, trato gastrointestinal alto e que estiveram mantendo introdutor em artéria femural. A avaliação clínica pelo Anestesiologista é composta por 03 pilares de segurança conforme Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós Operatório Imediato (PSMS): nível de consciência, proteção de vias aéreas e presença de náuseas e/ou vômitos. Na evidência ou verbalização de sede referida pelo paciente ou evidenciada pela equipe deverá ser realizada avaliação clínica médica e a equipe de enfermagem deverá aplicar a Escala de Desconforto de Sede Perioperatória (EDESP). Os métodos de alívio da sede estabelecidos neste protocolo são a ingestão de 20 a 50 ml de água filtrada seguida da utilização da goma de mascar mentolada, conforme a vontade do paciente e ausência de alergia ao mentol. O sorvete também tem sido usado para manejo em pacientes submetidos a cirurgias de septo, adenoide e amigdala.



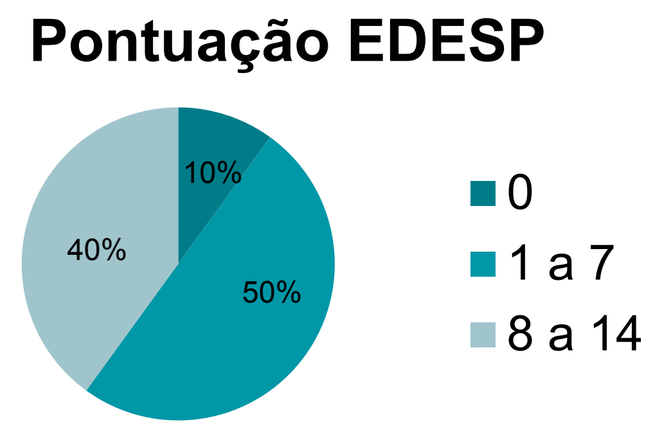
1. Escala PSMS para registrar a avaliação clínica pelo Anestesiologista.
2. Escala EDESP para avaliar a intensidade do desconforto da sede.



3. Fluxo de Segurança para o Manejo da Sede na RPA sob efeito de anestesia.

RESULTADOS

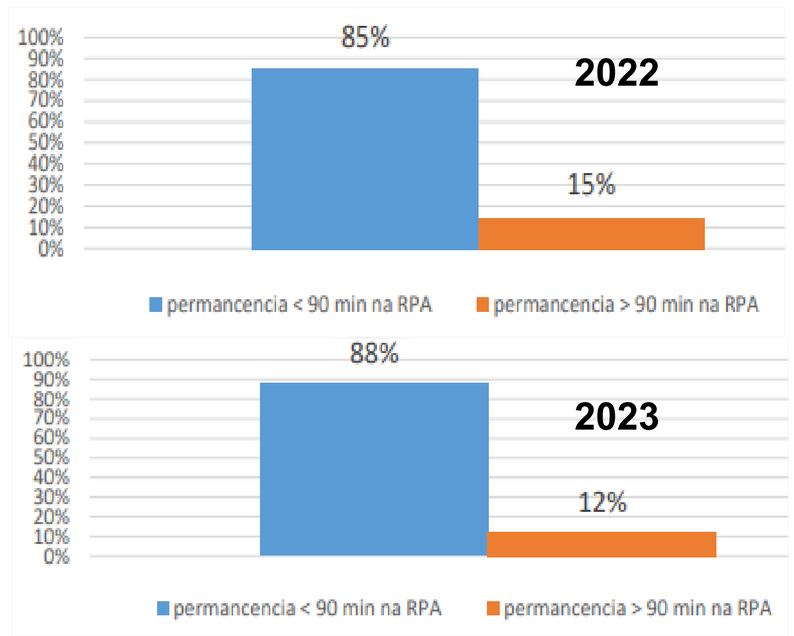
Foi possível confirmar que a presença de sede é muito comum na RPA, sendo que apenas 10% dos pacientes não referiram desconforto e 40% dos casos a intensidade do desconforto foi alta. Com a aplicação da escala EDESP também conseguimos evidenciar para a equipe de forma mais concreta a importância e valorização da temática, visto que 90% dos pacientes se sentiram incomodados com o desconforto da sede. Os dados abaixo representam o percentual dos pacientes elegíveis ao protocolo.



Pontuação EDESP dos pacientes elegíveis que passaram pela RPA de Janeiro a Julho/2023.

Quando comparamos o tempo de permanência na RPA de um ano atrás e comparamos com os dados atuais conseguimos evidenciar a queda no tempo de permanência. Sabemos que o uso de medicações e insumos/equipamentos atrelados a protocolos, como normotermia, paralisia residual, associado ao manejo da sede e o seu desconforto são protocolos que que contribuem para uma alta mais rápida e segura para o quarto e o giro de leito mais eficiente na RPA.

4. Manejo da sede em criança na RPA com sorvete.



5. Comparação entre tempo de RPA em 2022 e 2023 (parcial).

CONCLUSÕES

O desconforto da sede apresenta elevada prevalência no POI sendo caracterizado como um desconforto significativo pelos pacientes e que precisa ser valorizado pela equipe assistencial. A sua contribuição está diretamente ligada satisfação e experiência cirúrgica do paciente e também a uma recuperação mais rápida.

REFERÊNCIAS

1. Pierotti, I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. Esc Anna Nery. 2018; 22 (3): 1-7.
2. Nascimento LA, Fonseca LF, Rosseto EG, Santos CB. Elaboração do protocolo de segurança para o manejo da sede no pós operatório imediato. Rev Esc Enferm USP.2014; 48 (5): 834-43.

MAPA DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE MATURIDADE DIGITAL DOS HOSPITAIS BRASILEIROS

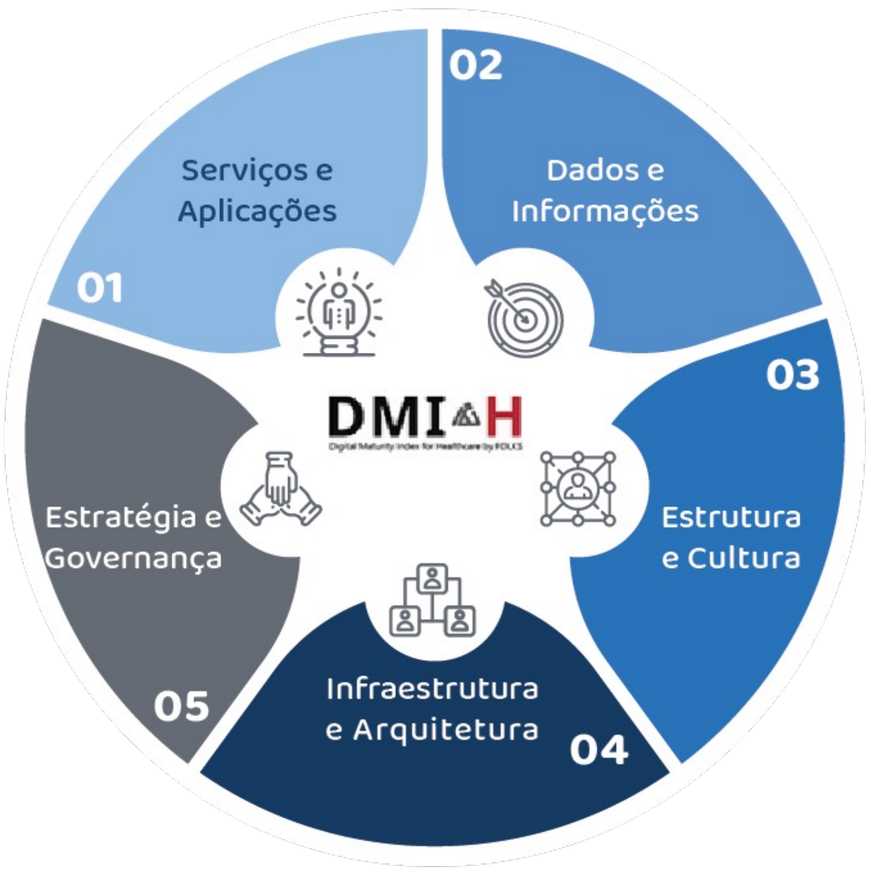
CLAUDIO GIULLIANO, LUIZ VIRGINIO, ISABEL DE JESUS SIMÃO, FELIPE REIS

INTRODUÇÃO

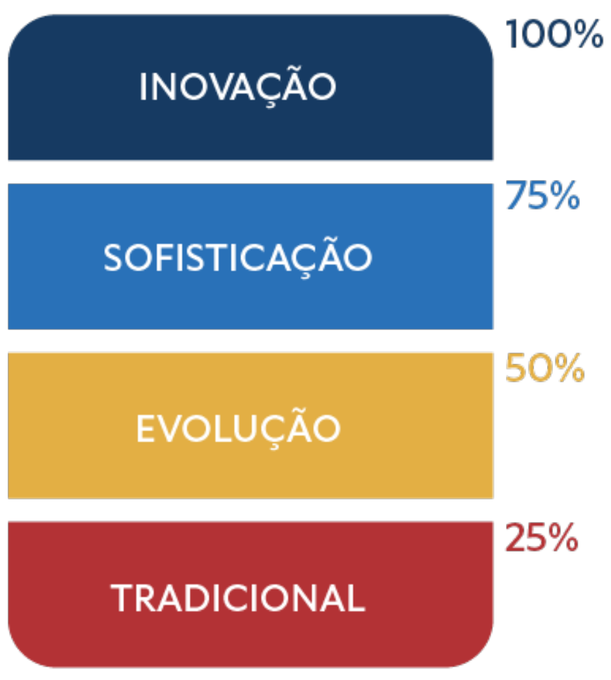
A transformação digital é fator crítico de sucesso para a sustentabilidade do setor de saúde, ao trazer maior eficiência da operação e segurança do paciente, dentre muitos outros benefícios já comprovados em outros estudos. O presente estudo avaliou o nível de maturidade digital em um grupo de hospitais brasileiros, visando estabelecer um mapeamento da realidade atual e assim colaborar no planejamento e na execução das estratégias organizacionais do setor.

METODOLOGIA

O Digital Maturity Index for Healthcare (DMI-H) foi o método aplicado no estudo. Trata-se de um questionário de autoavaliação que contém questões estruturadas em cinco domínios (Estratégia e Governança, Dados e Informações, Infraestrutura e Arquitetura, Estrutura e Cultura, Serviços e Aplicações) e duas dimensões (Adoção Tecnológica e Preparação para Jornada Digital). As organizações são pontuadas em uma escala de aproveitamento percentual. A amostra foi composta por 175 hospitais que utilizaram a ferramenta entre 2019 e setembro de 2022.



Os cinco domínios do Digital Maturity Index for Healthcare (DMI-H)



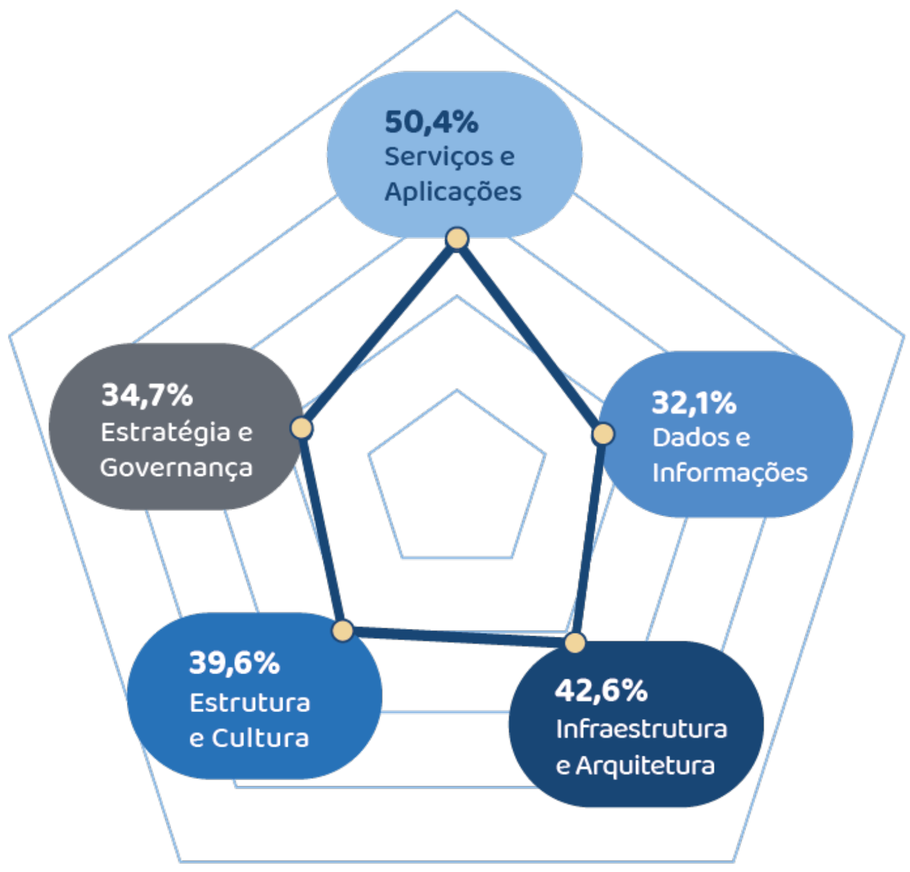
Representação dos 4 níveis de maturidade do DMI-H (desde o básico ao avançado.

RESULTADOS

A média simples do índice de maturidade digital do grupo dos 175 hospitais foi de 44,13%, com o valor máximo de 85,90% e valor mínimo de 15,15% e desvio padrão de 14,61%. Em relação a natureza jurídica das instituições autoavaliadas, conforme o CNES, 10% delas são de administração pública, o que inclui hospitais públicos administrados por organizações sociais privadas, com um DMI-H de 42,32%. Outros 54% das instituições são entidades empresariais e possuem um DMI-H de 45,16% e 36% são entidades sem fins lucrativos, com um DMI-H de 43,10%.

Quando os hospitais são analisados por dimensões do método, a média da Preparação Para a Jornada Digital, que diz respeito a organização da estratégia digital, governança e avalie o impacto da transformação digital, é de 37%. Adoção Tecnológica, que corresponde incorporação de sistemas, processos digitais, dados e infraestrutura tecnológica, é de 48%.

Em relação ao desempenho das organizações nos cinco domínios do método, o melhor aproveitamento é 50,4% em Serviços e Aplicações e o pior em Dados e Informações de 32,1%, enquanto Infraestrutura e Arquitetura é de 42,6%, Estrutura e Cultura é de 39,6% e Estratégia e Governança é de 34,7%.



Desempenho das organizações dentro dos cinco domínios do método.

CONCLUSÕES

A avaliação da maturidade digital revelou a necessidade de um maior foco na gestão de dados e informações nas organizações de saúde analisadas. Além disso, o estudo ressalta a importância de investir em aspectos humanos e em uma estratégia sólida para alcançar um maior nível de maturidade digital. Essas conclusões fornecem subsídios para que as empresas de saúde possam direcionar seus esforços de forma mais eficiente, maximizando os benefícios da transformação digital e melhorando seus resultados e investimentos.

REFERÊNCIAS

COSTA, C. G. A. da. Modelo de Avaliação de Maturidade Digital para Instituições Brasileiras de Saúde. Doutorado (Doutorado em Ciências, Área de Gestão e Informática em Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

MAPA DE CONVÊNIOS

Kamila Zonta, Liliane Fernandes, Pamela Piotrowski da Silveira

INTRODUÇÃO

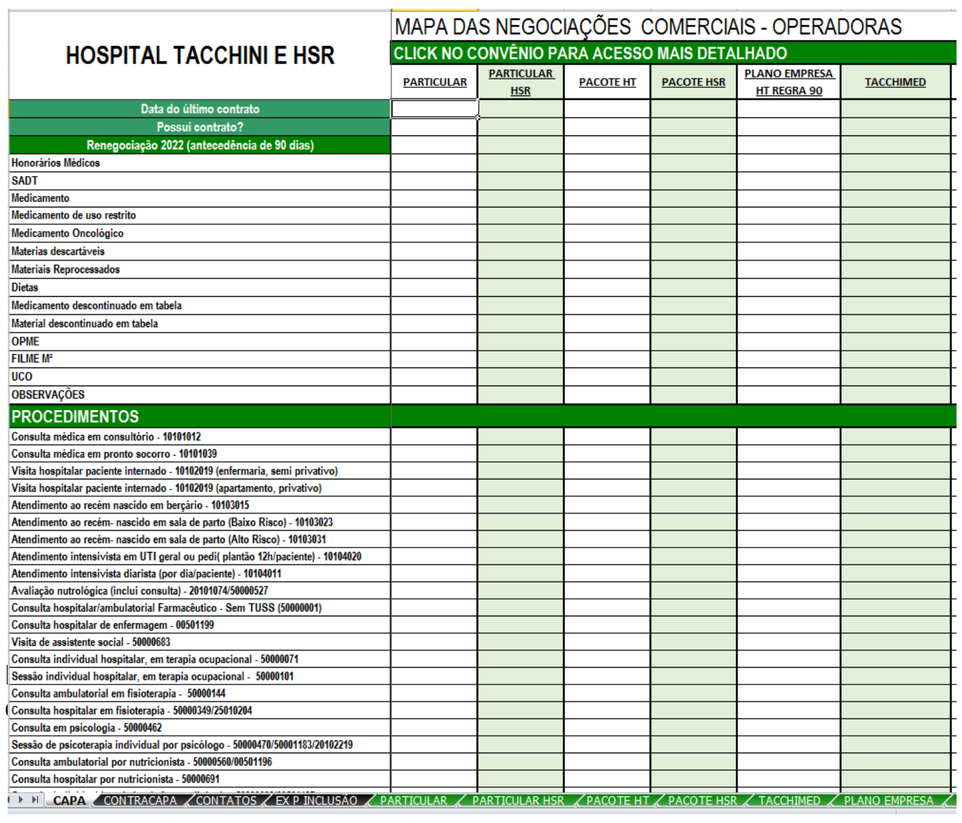
Uma das grandes dificuldades encontradas em uma empresa é o acesso à informação. Essa realidade aumentava muito o tempo dedicado na captação de dados dificultando assim a avaliação e elaboração de estratégias de negociações comerciais.

O objetivo do mapa é reunir informações de maneira eficiente e organizada, visando agilizar o trabalho e melhorar a produtividade. O propósito é facilitar o acesso a dados relevantes, reduzindo o tempo gasto por informações dispersas em diferentes fontes ou sistemas. Os dados de forma centralizada fornecem uma visão abrangente e atualizada tanto para tarefas diárias como para tomadas de decisões estratégicas.

METODOLOGIA

O Mapa foi construído por uma colaboradora do setor Comercial do Hospital, com acesso a todos os contratos comerciais e em uma planilha Excel, sistema disponibilizado pela empresa. Esta construção exigiu horas incontáveis de trabalho focado, pois foi necessária uma revisão minuciosa em cada contrato, e-mail e qualquer registro relacionado ao convênio. Foram analisados no sistema MV Soul um total de duzentos e sessenta (260) cadastros ativos.

Para o acesso rápido aos dados o Mapa contém uma capa com as principais informações necessárias como: Negociação para Honorários Médicos; SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico terapêutico); Medicamentos; Materiais; um espaço para observações importantes; valores das principais consultas. Ainda na capa informamos a vigência do contrato e um link, no mesmo arquivo, que leva a uma guia com acesso às principais tabelas (códigos – descrição – valores) do convênio.

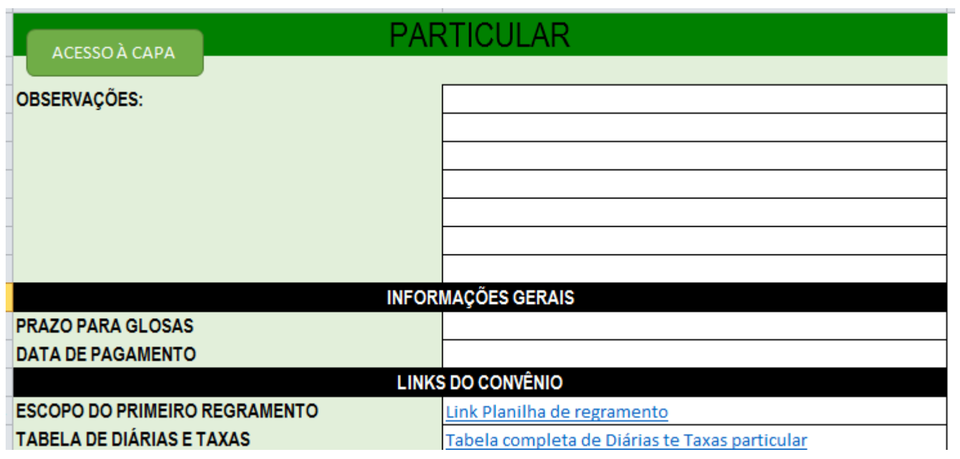


HOSPITAL TACCHINI E HSR	MAPA DAS NEGOCIAÇÕES COMERCIAIS - OPERADORAS					
	CLICK NO CONVÊNIO PARA ACESSO MAIS DETALHADO					
	PARTICULAR	PARTICULAR HSR	PACOTE HT	PACOTE HSR	PLANO EMPRESA HT REGRA 90	TACCHIMED
Data do último contrato						
Possui contrato?						
Renegociação 2022 (antecedência de 90 dias)						
Honorários Médicos						
SADT						
Medicamento						
Medicamento de uso restrito						
Medicamento Oncológico						
Materias descartáveis						
Materiais Reprocessados						
Dietas						
Medicamento descontinuado em tabela						
Material descontinuado em tabela						
OPME						
FILME Mº						
UCO						
OBSERVAÇÕES						
PROCEDIMENTOS						
Consulta médica em consultório - 10101012						
Consulta médica em pronto socorro - 10101039						
Visita hospitalar paciente internado - 10102019 (enfermaria, semi privativo)						
Visita hospitalar paciente internado - 10102019 (apartamento, privativo)						
Atendimento ao recém nascido em berçário - 10103015						
Atendimento ao recém- nascido em sala de parto (Baixo Risco) - 10103023						
Atendimento ao recém- nascido em sala de parto (Alto Risco) - 10103031						
Atendimento intensivista em UTI geral ou pedi(plantão 12h/paciente) - 10104020						
Atendimento intensivista diarista (por dia/paciente) - 10104011						
Avaliação nutrológica (inclui consulta) - 20101074/50000527						
Consulta hospitalar/ambulatorial Farmacêutico - Sem TUSS (50000001)						
Consulta hospitalar de enfermagem - 00501199						
Visita de assistente social - 50000683						
Consulta individual hospitalar, em terapia ocupacional - 50000071						
Sessão individual hospitalar, em terapia ocupacional - 50000101						
Consulta ambulatorial em fisioterapia - 50000144						
Consulta hospitalar em fisioterapia - 50000349/25010204						
Consulta em psicologia - 50000462						
Sessão de psicoterapia individual por psicólogo - 50000470/50001183/20102219						
Consulta ambulatorial por nutricionista - 50000560/00501196						
Consulta hospitalar por nutricionista - 50000691						

CAPA | CONTRACAPA | CONTATOS | EX P. INCLUSÃO | PARTICULAR | PARTICULAR HSR | PACOTE HT | PACOTE HSR | TACCHIMED | PLANO EMPRESA

Imagem 01: Capa do Mapa dos Convênios, desenvolvido pelas autoras.

A imagem 01 demostra a capa do Mapa de Convênios, a qual é uma análise de todos os Convênios atendidos pelo Hospital, bem como as principais informações para uma pesquisa rápida e fácil checagem.



ACESSO À CAPA

PARTICULAR

OBSERVAÇÕES:	
INFORMAÇÕES GERAIS	
PRAZO PARA GLOSAS	
DATA DE PAGAMENTO	
LINKS DO CONVÊNIO	
ESCOPO DO PRIMEIRO REGRAMENTO	Link Planilha de regramento
TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS	Tabela completa de Diárias te Taxas particular

Imagem 02: Ficha dos Convênios, desenvolvido pelas autoras.

Na Capa do Mapa, sobre cada um convênios, há um *Hiperlink,* que ao clicar o usuário é direcionado para a ficha do convênio, conforme Imagem 02, ali são colocadas informações importantes sobre o convênio, necessidades de revisão na próxima negociação, prazo para glosas, data de pagamentos, bem como os *Hiperlinks* que direcionarão às tabelas negociadas em contrato, como diárias e taxas, entre outras, conforme a Imagem 03.

Cód. Item	Desc. Item	Unid.	Vl. Tab. Ref.
60000651	DIARIA APARTAMENTO STANDART	UND	X,XX
60000044	DIARIA COMPACTA - PSIQUIATRIA	UN	X,XX
60034068	DIARIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDART	UN	X,XX
60000066	DIARIA COMPACTA DE APARTAMENTO SUITE	UN	X,XX
60000112	DIARIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 3 LEITOS	UN	X,XX
60000236	DIARIA COMPACTA DE SEMI UTI ADULTO GERAL	UN	X,XX
60000260	DIARIA COMPACTA DE UTI ADULTO	UN	X,XX
01001005	DIARIA COMPACTA UTI NEONATAL	UN	X,XX
60000589	DIÁRIA DE APARTAMENTO SUÍTE	UN	X,XX
60001054	DIÁRIA DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA	UN	X,XX
60001038	DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	UN	X,XX
60001062	DIÁRIA DE UTI NEO NATAL	UN	X,XX
60000171	DIARIA GLOBAL APARTAMENTO SEMI PRIVATIVO	UN	X,XX
01000013	DIARIA ISOLAMENTO	UN	X,XX
01000006	DIARIA UTI PEDIATRICA	UN	X,XX
60000414	TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA	UN	X,XX
04000002	CURATIVO ESPECIAL	UN	X,XX
04000003	CURATIVO GRANDE	UN	X,XX
04000004	CURATIVO MEDIO	UN	X,XX
04000005	CURATIVO PEQUENO	UN	X,XX
04000060	CURATIVO UMBILICAL	UN	X,XX
04000064	DOSAGEM DE GLICOSE CAPILAR	UN	X,XX
04000130	GRAVACAO DVD ECOGRAFIA	UN	X,XX
04000065	HGT	UN	X,XX
04000043	MONITORIZAÇÃO DE FREQUENCIA CARDIACA POR DIA	UN	X,XX
04000049	QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	UN	X,XX
04000007	RETIRADA DE PONTOS	UN	X,XX

ACESSO À CAPA

Imagem 03: Tabela de diárias e taxas do Convênio, desenvolvido pelas autoras.

RESULTADOS

O resultado deste trabalho é medido por meio de diversos indicadores e impactos positivos: aumento de eficiência, melhoria na tomada de decisão, redução de erros e disseminação da informação correta, além disso durante a revisão foram desativados inúmeros cadastros sem movimentação. É importante ressaltar que o feedback positivo dos usuários foi o melhor retorno sobre o trabalho realizado.

Imagem 04: Feedback recebidos pelos usuários do Mapa dos Convênios, desenvolvido pelas autoras.

CONCLUSÕES

Desta forma é possível concluir que a ferramenta vai ao encontro dos propósitos da organização, priorizando qualidade e agilidade no trabalho. Apesar de ter sido construído em um sistema simples e sem custos adicionais trouxe impactos significativos.

REFERÊNCIAS

HERNAN CONTRERAS PINOCHET, L. . Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde: DOI:10.15343/0104-7809.2011354382394. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 382–394, 2011. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/531. Acesso em: 03 jul. 2023.

MAXIMIZAÇÃO DA TAXA DE OCUPAÇÃO DE SALAS CIRÚRGICAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE LEAN E CIÊNCIA DE DADOS: RESULTADOS PRELIMINARES DA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Fabio Pitorri, Elaine Alves de Jesus, Guilherme Hernandes Garcia Sanchez, Lívia Loamí Ruyz Jorge de Paula

INTRODUÇÃO

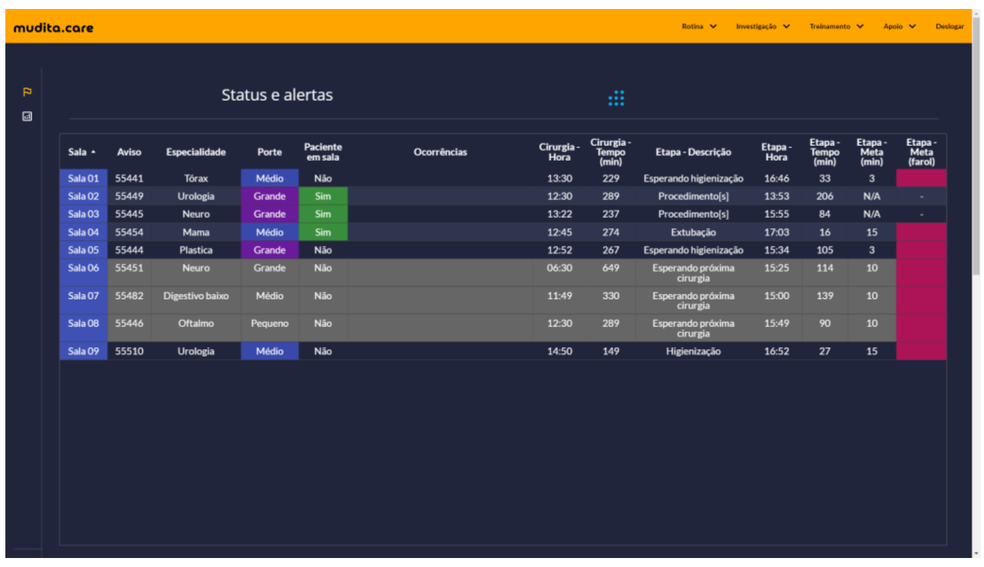
A saúde pública encontra uma série de gargalos em suas possíveis trajetórias. Dentro da diversidade de jornadas e níveis de atenção que existem, um dos recursos mais dificilmente escaláveis é o centro cirúrgico. Hoje temos mais que 1 milhão de pacientes esperando na fila por uma cirurgia (1) e utilizamos somente 38% da nossa capacidade das salas cirúrgicas (2). Baseado nestas premissas, pode-se entender que o problema com o qual o sistema de saúde lida é mais sobre como utilizar adequadamente os recursos disponíveis do que sobre como conquistar outros.

Adicionalmente, e tendo como base nossa experiência empírica, podemos apontar que grande parte das dificuldades engloba causas processuais que requerem pouco ou nenhum investimento de CAPEX para que melhorias se materializem.

Apoiado nos elementos mencionados, nossa proposição é que a forma mais efetiva de conseguir melhorar indicadores, assistenciais e/ou financeiros, é buscar o aprimoramento da eficiência operacional das salas cirúrgicas disponíveis.

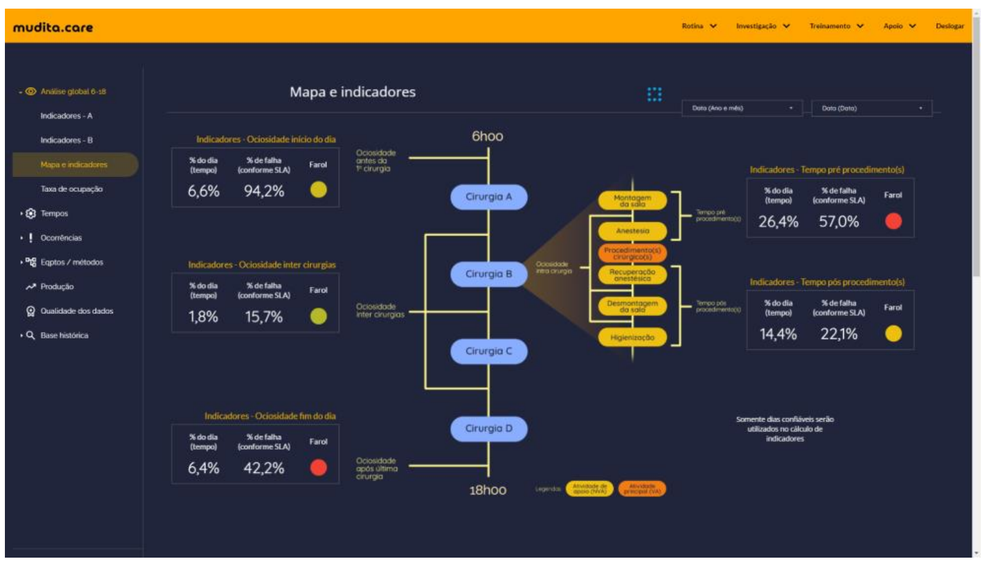
METODOLOGIA

A implantação foi realizada no Hospital de Amor, referência nacional em tratamento oncológico, em abril de 2023. A solução proposta baseou-se em 3 pilares: conhecimento (habilitar o time do hospital em técnicas de Lean e da gestão baseada em dados); consciência (criar ferramentas de tecnologia da informação que possibilitem a visualização do status das salas em tempo real e também uma visão consolidada de indicadores sobre a performance do departamento, para que análises críticas possam ser efetuadas e ofensores possam ser identificados com assertividade); e colaboração (efetuar periodicamente sessões de trabalho com times multidisciplinares para discutir os resultados, criar ações de melhoria e engajar o time na entrega dos planos).

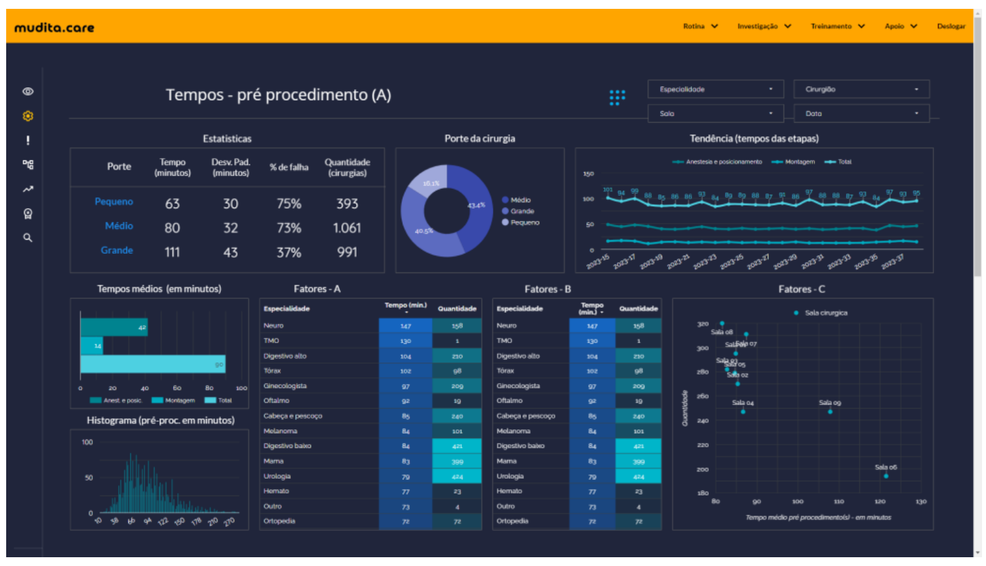


Visão da utilização da sala cirúrgica em tempo real.

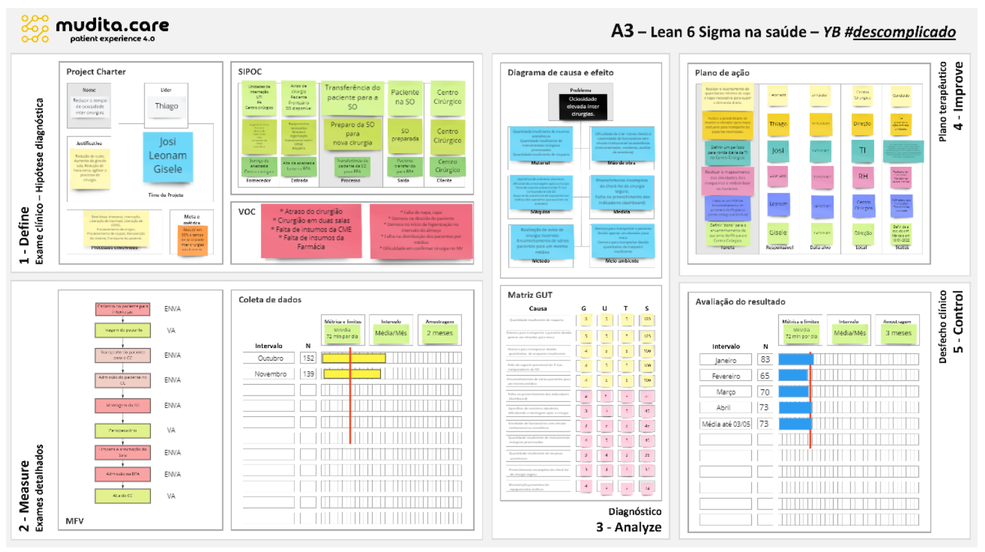
Os três pilares propostos são pensados para se complementarem e, a falta de um deles, possivelmente levaria a uma dificuldade na entrega de resultados substancial, mensurável e perene.



Visão dos principais indicadores de tempos de utilização da sala cirúrgica.



Visão detalhada de indicadores de utilização da sala cirúrgica.



Exemplo dos planos de ação criados a partir

RESULTADOS

De abril a julho de 2023 foi possível observar um aumento de 11% no volume de cirurgias eletivas, em comparação com o mesmo período do ano anterior. Também foi possível melhorar o tempo médio de setup de sala (101 para 88 minutos), materializando um ganho total anual de, aproximadamente, R$900.000,00.

CONCLUSÕES

A solução baseada em Lean e ciência de dados têm se mostrado eficaz na maximização da taxa de ocupação de salas cirúrgicas e, consequentemente, no retorno financeiro, rapidez de atendimento e diminuição de filas para cirurgias oncológicas.

REFERÊNCIAS

(1) Fila do SUS tem quase 1 milhão de pacientes esperando por cirurgias eletivas [Internet]. G1. 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2023/05/23/fila-do-sus-tem-quase-1-milhao-de-pacientes-esperando-por-cirurgias-eletivas.ghtml

(2) Centros cirúrgicos utilizam, em média, 38% de sua capacidade operacional - Planisa [Internet]. 2019. Disponível em: https://planisa.com.br/site/centros-cirurgicos-utilizam-em-media-38-de-sua-capacidade-operacional/

Médico Gestor de sua Produção: Como as Informações em Tempo Real da Produção Médica Auxiliam no Controle da Sinistralidade

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Daniel M. Haber, Marco A. Dainezi, Paulo Sérgio Faleiros, Lúcio Cossi Filho

INTRODUÇÃO

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS) as operadoras de planos de saúde fecharam o ano 2022 no "zero a zero", registrando lucro líquido geral no setor de apenas R$ 2,5 milhões representando somente 0,001% de rentabilidade. Em relação ao Resultado Operacional do setor o déficit foi de R$ 11,5 bilhões. Esse prejuízo operacional foi parcialmente compensado pelo expressivo resultado financeiro de R$ 9,4 bilhões no ano.

Esta deterioração do resultado ocorreu devido, principalmente, aos seguintes fatores: demanda assistencial reprimida durante os anos de 2020 e 2021 pela Pandemia da Covid-19, deflator de 8,19% no reajuste anual da ANS no ano 2021 para os planos de saúde Pessoa Física, alterações nas coberturas contratuais e no Rol da ANS em 2022.

Para a Unimed Franca no ano de 2022, houve um aumento inédito nos Custos Assistenciais da empresa. O número de consultas retomou os patamares pré-pandemia e o número de exames/terapias apresentou um significativo aumento:

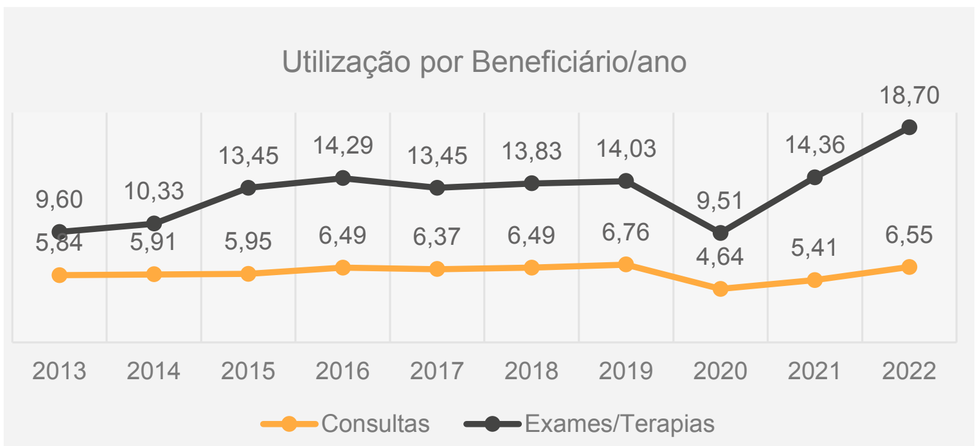


Imagem 1. Percentual de utilização por beneficiário na Unimed Franca

Estes fatores de aumento de frequência de utilização somados a aumento dos custos com internações e a perda de uma receita de mais de R$ 9 milhões pelo deflator da ANS resultaram em aumento recorde da sinistralidade que fechou até o 1º Semestre 2022 com uma média de 87% e resultado líquido negativo acumulado de R$ 5,6 milhões.

METODOLOGIA

Diante deste cenário do 1° Semestre 2022 a empresa iniciou em junho/22 uma inovação de gestão com reuniões mensais com todos os sócios-cooperados onde eram demonstrados em detalhes os indicadores assistenciais, as reuniões Gestão Aberta.

Nestas reuniões foi traçada uma estratégia de recuperação no controle da sinistralidade e manutenção da valorização dos honorários médicos. Para isto foram realizadas diversas ações como novo modelo de negociação no reajuste de contratos coletivos, elaboração de protocolos para uso de medicações de alto custo (oncológicos e imunobiológicos) e um novo modelo de Remuneração Variável por Performance aos cooperados com elaboração de Dashboards de produção médica em tempo real. Trata-se de uma plataforma Web e acesso se dá pela intranet dos cooperados onde também está hospedado o Prontuário Eletrônico da Unimed Franca. Todo o desenvolvimento deste projeto foi realizado pelas equipes de Tecnologia da Informação e Inovação/Projetos da empresa.

A seguir demonstramos as telas com acesso ao painel com mês de Setembro/23 ainda em produção:

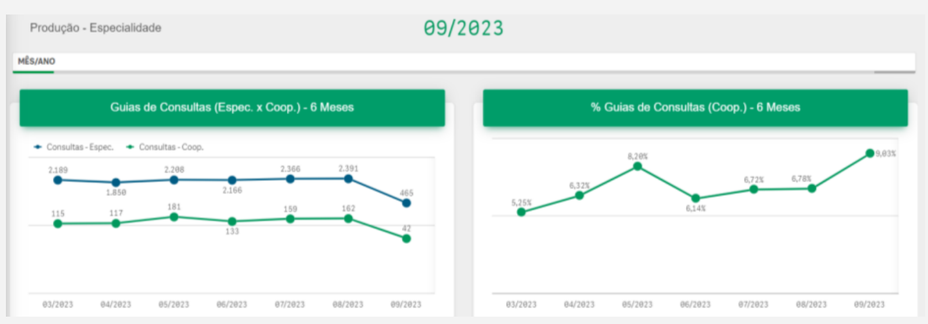


Imagem 2. Telas que demonstram o histórico de 6 meses do médico e o mês ainda sem finalização em relação a quantidade de consultas comparando com a especialidade.

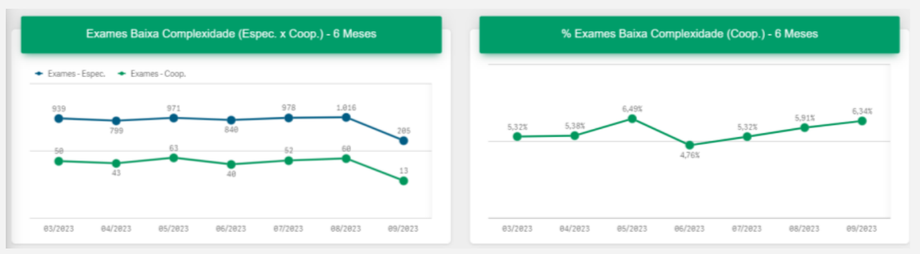


Imagem 3. Dashboard demonstrando a quantidade de exames de baixa complexidade solicitados pelo médico e comparando com a especialidade.

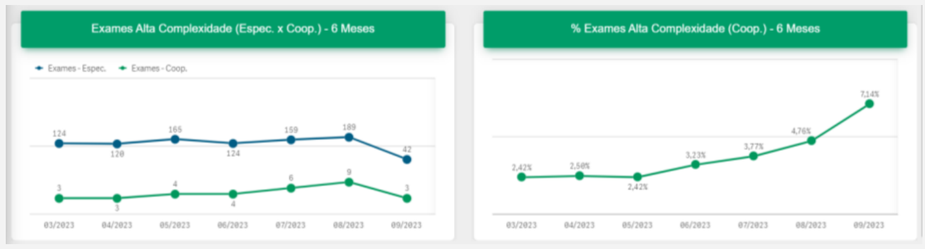


Imagem 4. Dashboard demonstrando a quantidade de exames de alta complexidade solicitados pelo médico e comparando com a especialidade.

Imagem 5. Dashboard demonstrando a quantidade de internações/cirurgias realizadas pelo médico e comparando com a especialidade.

RESULTADOS

Todas estas inovações do Dashboard Cooperado Gestor da sua Produção tiveram a finalidade de fornecer a maior quantidade de informações possíveis em relação à produção em tempo real para que o médico pudesse avaliar de forma crítica a sua performance em relação ao seu histórico e também a sua especialidade. Isto fez parte de um Plano de Contingências que visava a recuperação econômico-financeira da Unimed Franca para o ano de 2022. Este Plano de Contingências teve início em Setembro/22 com os seguintes resultados:

Imagem 6. Resultados da Sinistralidade antes e após a implementação do Plano de Contingências.

Após um descontrole da sinistralidade até o mês de Agosto/22 e com a aplicação do Plano de Contingências foi possível fechar o ano de 2022 com uma sinistralidade de 81,98%.

O controle da sinistralidade permitiu que a empresa recuperasse completamente o seu resultado no ano de 2022 fechando com Ebtida de 1,6% e Resultado Líquido positivo de R$ 4,3 milhões.

Outra importante meta atingida foi a de repassar um percentual maior ou igual a 33% das Receitas Líquidas em honorários médicos, conforme demonstrado abaixo:

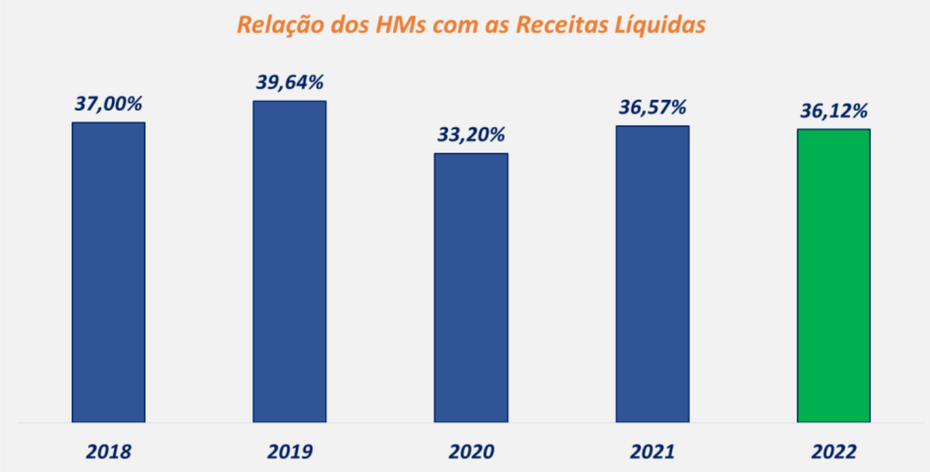


Imagem 7. Percentual de Honorários em relação a Receita Líquida.

CONCLUSÕES

A implantação do Dashboard Cooperado Gestor da sua Produção permitiu que os médicos pudessem acompanhar a sua produção de consultas, exames e internações em tempo real realizando comparações com o seu próprio histórico e também a sua especialidade. Isto permite que haja uma melhor avaliação da sua performance como médico e sócio da empresa permitindo uma diminuição dos desperdícios de recursos.

Esta inovação foi um dos importantes pilares do Plano de Contingências da Unimed Franca que permitiu uma completa recuperação dos resultados no ano de 2022 e proteção do repasse em honorários médicos para os sócios da empresa.

MELHORIA NO RESULTADO DO INDICADOR TAXA DE TEMPO PORTA-ELETROCARDIOGRAMA

Sarah Becker de Oliveira, Daniela Veruska da Silva, Gilcellí V. Girotto Rodrigues

INTRODUÇÃO

O Protocolo de Dor Torácica tem como um dos indicadores de seu processo o tempo porta-eletrocardiograma (porta-ECG). Espera-se que este tempo seja menor ou igual a 10 minutos, fato já comprovado por estudos que melhora o desfecho do paciente. Este trabalho demostra como uma ação envolvendo a aplicação da tecnologia, com a criação de senha específica no totem de retirada de senhas do Pronto Socorro, garantiu visibilidade ao paciente refletindo na melhoria do resultado deste indicador.

METODOLOGIA

A melhoria no resultado deste indicador compreendeu um planejamento em múltiplas frentes, com o envolvimento das áreas de Práticas Assistenciais, Pronto Socorro, Tecnologia da Informação e Gerência Médica além da participação do *Head* de Cardiologia. O planejamento ocorreu de forma concomitante (conforme detalhado na Figura 1). Foi utilizado o método *tracer* rastreador, onde o enfermeiro responsável pelo gerenciamento do protocolo observou o fluxo inicial de atendimento dos pacientes no Protocolo de Dor Torácica do Pronto Socorro. Munido de um checklist do fluxo esperado para este processo, o enfermeiro observava a conformidade em relação a prática. Além disso, o enfermeiro registrava neste instrumento tanto os pontos positivos, quanto os pontos ofensores / passíveis de melhoria, nas circunstâncias em que o tempo porta-ECG ficava acima da meta (10 minutos).

Atividade	Objetivo	Como	Responsável	Período	Local
Revisão do protocolo interno, baseado na publicação da Governança Clínica Dasa	Aumentar a quantidade de entradas de pacientes no protocolo de dor torácica. Melhorar e manter a Taxa de tempo porta-ECG menor ou igual a 10 minutos dentro da meta	Realizar a leitura de ambos os textos (corporativo e institucional) e fazer os ajustes / adequação	Juliana Gonçalves Thais Pinheiro Eduardo Lima Mariana Wetten	Maio – Junho/2022	H9J
Formação do Grupo Médico Assistencial de Dor Torácica (GMA)		Alinhar com a alta liderança os componentes participantes	Juliana Gonçalves Thais Pinheiro	Junho/2022	H9J
Tracer na área para percepção e identificação de fragilidades		Acompanhar atendimentos a pacientes inclusos no protocolo de Dor torácica	Juliana Gonçalves Thais Pinheiro	Maio-Junho/2022	H9J
Implantação de senha específica no Totem do PS		Implantar senha específica de dor no peito no totem de retirada de senhas do PS	Juliana Gonçalves Thais Pinheiro Adriana Liberato Kendy Gomez	Junho/2022	H9J
Mudança do agente executor do ECG		Modificar o agente: de acolhimento para enfermeiro	Juliana Gonçalves Thais Pinheiro Adriana Liberato	Junho-Julho/2022	H9J
Deslocamento do médico até a sala do ECG para interpretação mais ágil do exame		Agilizar a interpretação e condutas médicas frente o exame realizado	Claudia Bernoche	Julho/2022	H9J

Figura 1: detalhe do planejamento concomitante e com interface multisetorial.

A implantação do GMA (Grupo Médico Assistencial) de Dor Torácica, trouxe o conceito de fórum que acarretou maior visibilidade aos processos deste protocolo além de enriquecedoras discussões multiprofissionais com a presença da alta liderança, equipe médica e assistencial. Os achados do *tracer* rastreador foram apresentados e discutidos neste fórum, que deliberou pela implantação de senha específica no totem de retirada de senhas do Pronto Socorro onde o enfermeiro da triagem passou a ser sinalizado automaticamente através de um painel exatamente ao ser retirado a senha específica, além da mudança do agente executor do ECG, que passa a ser o enfermeiro.

Figura 2: senha específica disponível no totem de retirada de senhas do Pronto Socorro.

RESULTADOS

A taxa de tempo porta-ECG menor ou igual a 10 minutos tinha uma média de resultados de 74,2% e 74,6% nos anos de 2020 e 2021, respectivamente. Nessa ocasião a meta era de 80%, ou seja, esperava-se que no mínimo 80% dos pacientes inclusos no protocolo tivessem o seu ECG realizado em um tempo inferior a 10 minutos. No ano de 2022 houve uma modificação da meta (para 90%), porém a média de resultado para este indicador permanecia semelhante ao dado que vinha sendo apresentado na série história, isto é, 74,1%, entre Janeiro e Maio/2022. Em Junho/2022 foram iniciadas as ações planejadas e, após esta implementação, o resultado passa a ter uma média de 92,2%, quando analisamos os meses de Junho à Dezembro/2022.

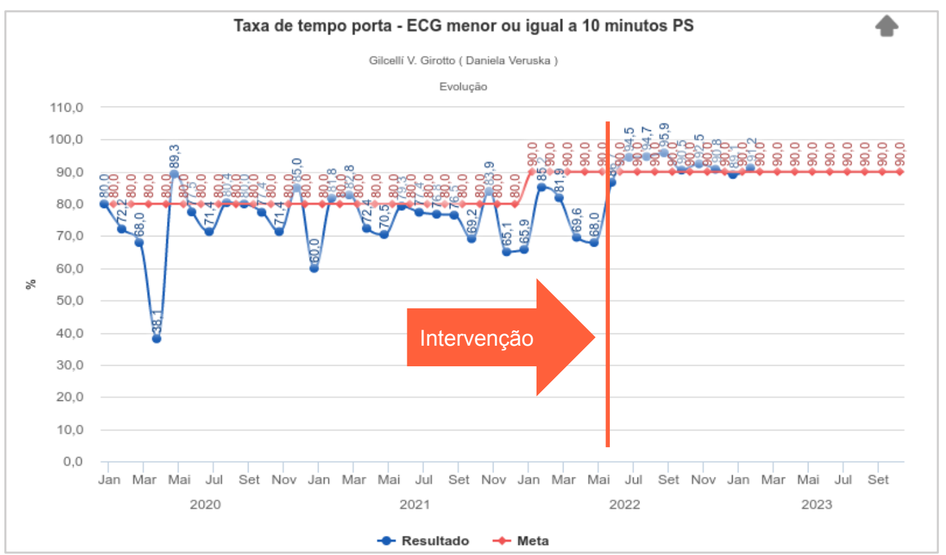


Figura 3: gráfico com série histórica dos resultados mensais do indicador Tempo de porta-ECG menor ou igual a 10 minutos, PS, 2020-2022.

Figura 4: gráfico com série histórica dos resultados mensais do número de pacientes do PS inclusos no Protocolo de Dor Torácica, 2020-2022.

Ao ser retirada a senha específica denominada “Dor no Peito” o enfermeiro que realiza a Triagem é automaticamente sinalizado através de um painel com aviso luminoso na cor vermelha. Imediatamente este se direciona ao paciente e o encaminha para a sala do ECG e realização do exame.

CONCLUSÕES

A implantação das atividades planejadas gerou um impacto positivo no resultado do indicador da área, constatado através dos dados acompanhados historicamente: demonstraram uma melhora expressiva tanto no aumento da taxa de realização do ECG em até 10 minutos, quanto na visibilidade do paciente com este sintoma por ele participar como ator do processo.
Sustentar os resultados é um desafio: sensibilizar os envolvidos, manter o engajamento e alinhar os processos visando garantir qualidade assistencial se faz necessário continuamente. *Tracers* recorrentes são cruciais para estar próximo a equipe assistencial e proporcionar realinhamentos sempre que necessário.

REFERÊNCIAS

Protocolo de Dor Torácica do Hospital Nove de Julho.

MENTORIA TÉCNICA EM RADIOTERAPIA: POTENCIALIZANDO CONHECIMENTOS PARA O CUIDADO ONCOLÓGICO

Caroline Guedes Janzen, Ana Paula Lopes de Melo Pimenta, Flavia Bosenbecker Machado, Ernani Anderson

INTRODUÇÃO

A mentoria técnica em saúde é uma relação de aprendizado que oferece orientação especializada para profissionais, visando aprimorar habilidades, atualizar procedimentos e adotar melhores práticas. Visando potencializar os conhecimentos e habilidades do mentor e mentorado através do compartilhamento de conhecimento consolidado.

A mentoria técnica Compartilhando Experiências visa proporcionar embasamento técnico-científico específico para enfermeiros, complementando a especialização em oncologia, prevenindo e gerenciando toxicidades dos pacientes e fortalecendo o trabalho em equipe com o físico médico. Essa abordagem centrada no paciente oncológico busca a excelência no atendimento em unidades de radioterapia.

METODOLOGIA

Enfermeiros assistenciais de radioterapia do Grupo com menos de um ano e meio na unidade, porém os enfermeiros de radioterapia com mais de um ano e meio na unidade, que tivessem interesse, também poderiam participar.

Os físicos médicos foram selecionados como mentores em colaboração com a área técnica de radioterapia, dispondo de 5 horas para a mentoria.

Avaliações de conhecimento foram criadas para medir o progresso dos participantes antes e após a mentoria.

Foi disponibilizado material prévio preparatório contendo artigos e legislações sobre radioterapia para os enfermeiros mentorados.

Durante a mentoria foram realizadas 2 reuniões com mentor e mentorado, separadamente, para acompanhar a evolução do programa.

Ao final do programa de mentoria, os dados do ciclo de avaliação de desempenho serão utilizados para avaliar a evolução na competência organizacional de desenvolvimento contínuo dos enfermeiros e físicos participantes.

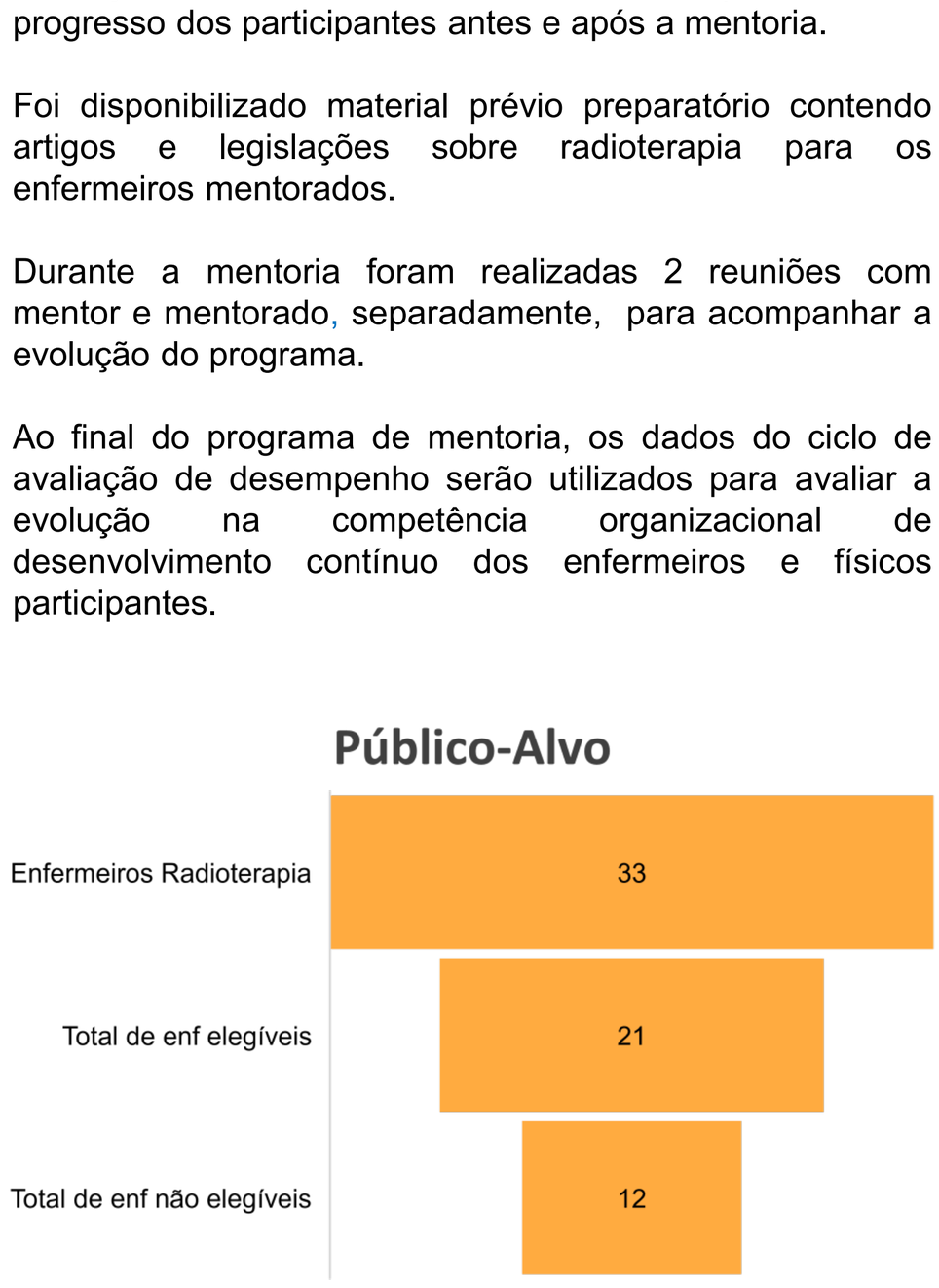


Figura 1 - Público-Alvo da Mentoria Técnica.

RESULTADOS

Os temas definidos no roteiro foram abordados em 5 encontros de 1 hora cada, entre os meses de maio a julho de 2023, com adesão de 59% dos participantes dentro do prazo, os demais participantes (41%) necessitaram de um maior tempo para realização dos encontros por motivos diversos relacionados a unidade assistencial como: afastamentos, férias ou aumento no fluxo de atendimentos.

O total de enfermeiros elegíveis para mentoria técnica excluindo demissões (8) e licença maternidade (2) foi de 11 enfermeiros, sendo que 10 finalizaram a mentoria (91%).
A aprendizagem adquirida com a mentoria foi avaliada por pré-teste (76%) e pós-teste (82%).

Ao término da mentoria o gestor da unidade respondeu um questionário avaliando o programa, respondendo sim ou não para as seguintes perguntas:

1. Os participantes da mentoria demonstraram interesse e engajamento durante a mentoria técnica?
2. A mentoria contribuiu para a disseminação do conhecimento na equipe?
3. Você notou uma melhoria na integração multiprofissional em prol da assistência ao paciente?
4. Esse treinamento deve ser mantido para os novos colaboradores?
5. Esse treinamento tem impactado positivamente o cumprimento da missão da Oncoclínicas.
6. Ocorreram melhorias específicas nos processos e na resolução de problemas devido ao conhecimento adquirido na Mentoria?

Resultado: 100% das respostas foram SIM ao final do questionário.

A percepção dos enfermeiros sobre a mentoria foi positiva, pois agregou conhecimentos técnicos à consulta de enfermagem e objetivo principal, que era a prevenção e manejo de toxicidades relacionadas a radioterapia, foi alcançado, além do maior entendimento das rotinas da unidade.

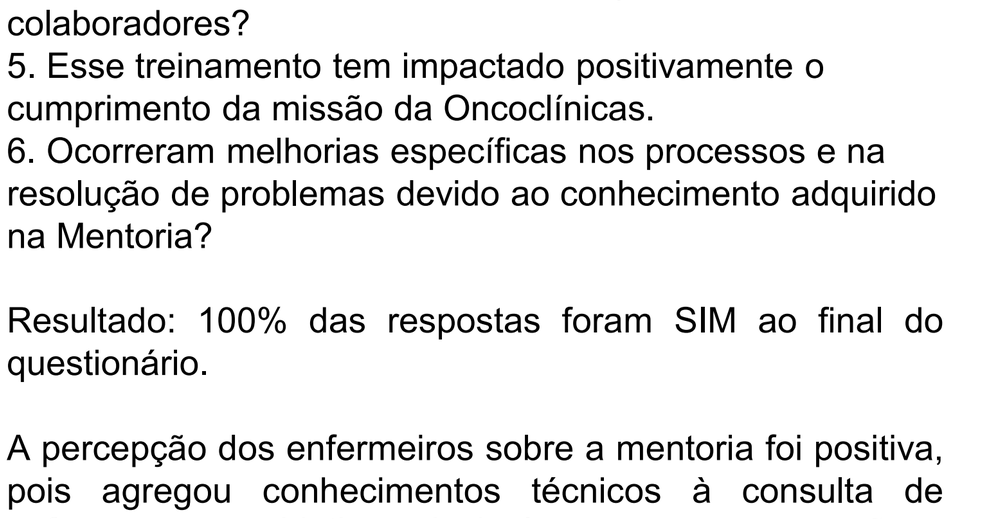


Figura 2 – Temas dos encontros da Mentoria Técnica.

CONCLUSÕES

A mentoria técnica mostrou-se uma valiosa estratégia para aprimorar profissionais de saúde em radioterapia. Com conhecimentos consolidados e encontros efetivos, fortaleceu habilidades no cuidado ao paciente oncológico. Resultados promissores confirmam sua eficácia, tornando essencial a continuidade para melhorar o serviço prestado em unidades de radioterapia, beneficiando pacientes diretamente.

REFERÊNCIAS

Relatório extraído da plataforma LMS.

METODOLOGIA ÁGIL SCRUM NO GERENCIAMENTO DE PROJETOS DESENVOLVIDOS PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Ercília Evangelista de Souza, Filipe Teixeira Piastrelli, Ana Luiza de Siqueira Simão, Leticia Maria Acioli Marques

INTRODUÇÃO

A incorporação de metodologias ágeis, por exemplo, Scrum, auxilia os times e organizações a encontrarem soluções adaptativas para resolução de problemas complexos, agregando valor e visibilidade aos projetos desenvolvidos.

Assim, diante da dinâmica de trabalho do Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que desenvolve constantemente projetos complexos poderá se beneficiar com a incorporação desse framework.

O objetivo deste estudo foi de aplicar a metodologia ágil Scrum para estruturação, monitoramento e visibilidade das ações de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicabilidade do framework Scrum (Figura 1) para organizar, priorizar e alinhar as ações do time do SCIH composto por 1 coordenador médico e 3 enfermeiras em um hospital privado do município de São Paulo.

A metodologia Scrum foi introduzida na rotina de trabalho do SCIH no dia 01 de junho de 2023.

As ações de cada macroprocesso foram planejadas durante a reunião anual de planejamento do time SCIH em dezembro de 2022.

- ❖ Corrente Sanguínea
- ❖ Sítio Cirúrgico
- ❖ Pneumonia
- ❖ Higiene de Mãos
- ❖ Programa de Gerenciamento Antimicrobiano

Sprint Planning: Reunião de planejamento/alinhamento da meta e definições das ações a serem trabalhas de acordo com cada macroprocesso, sendo construído o Product Backlog da Sprint 1 (mês junho).

- A ferramenta Trello® foi empregada como suporte para acompanhar as ações discutidas durante a reunião diária (Daily Meeting). Figura 2

Sprint retrospective: No último dia da Sprint 1, realizou-se reunião de avaliação das entregas concluídas e das pendências, na qual foram discutidos os pontos positivos e impedimentos identificados.

Após o término dessa reunião, realizou-se uma nova reunião de planejamento para elaboração do Product Backlog da Sprint 2 do mês julho.

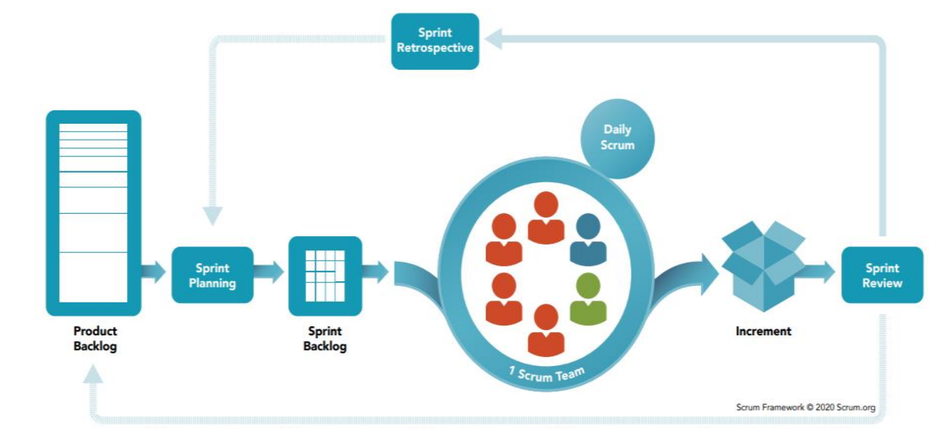


Figura 1. SCRUM FRAMEWORK
Fonte: https://www.scrum.org/resources/what-is-scrum

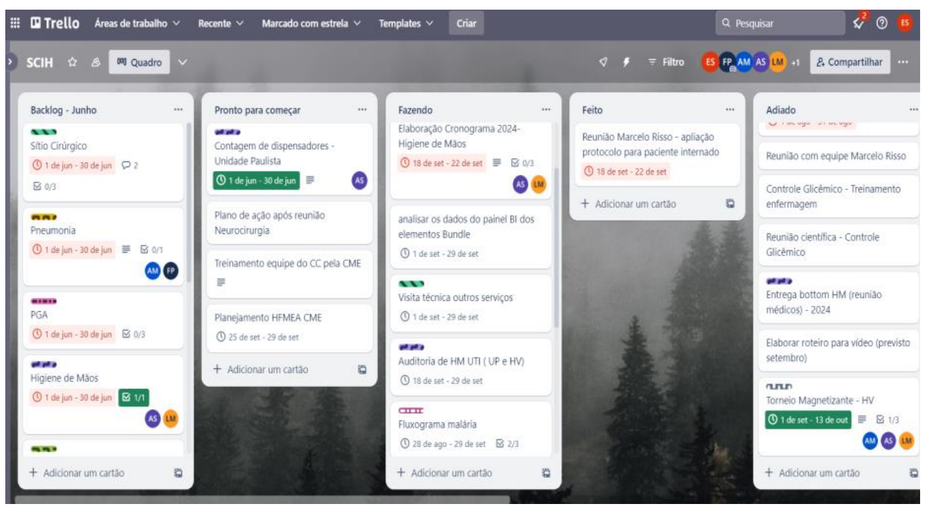


Figura 2. Modelo de acompanhamento do andamento das atividades listadas na Backlog.

RESULTADOS

Sprint 1 – Junho/23

Product Backlog

- 24 atividades para serem realizadas nos macroprocessos;
- 96% (n=23/24) concluídas;
- Média 10,6 dias-úteis para conclusão;
- Entrada 2 demandas novas não programadas.

Sprint 2 – Julho/23

Product Backlog

- 28 atividades para serem realizadas nos macroprocessos;
- 89% (n=25/28) concluídas;
- Média 10,3 dias-úteis para conclusão;
- Entrada 1 demanda nova não programada.

Nos gráficos 1 e 2 demostramos o fluxo acumulativo do volume de atividades desenvolvidas em cada etapa do processo da Sprint 1 e Sprint 2

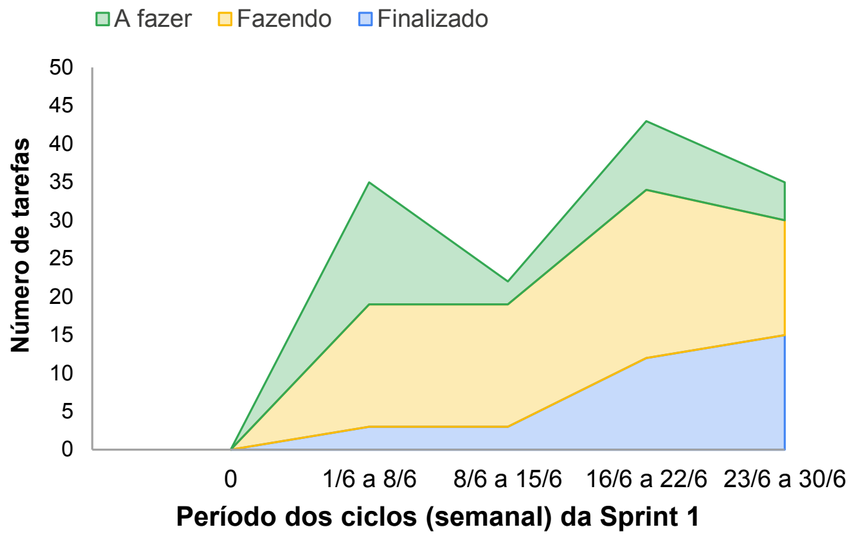


Gráfico 1. "Cumulative Flow Diagram" [CFD] do número de cartões (atividades) na Sprint 1 do mês junho.

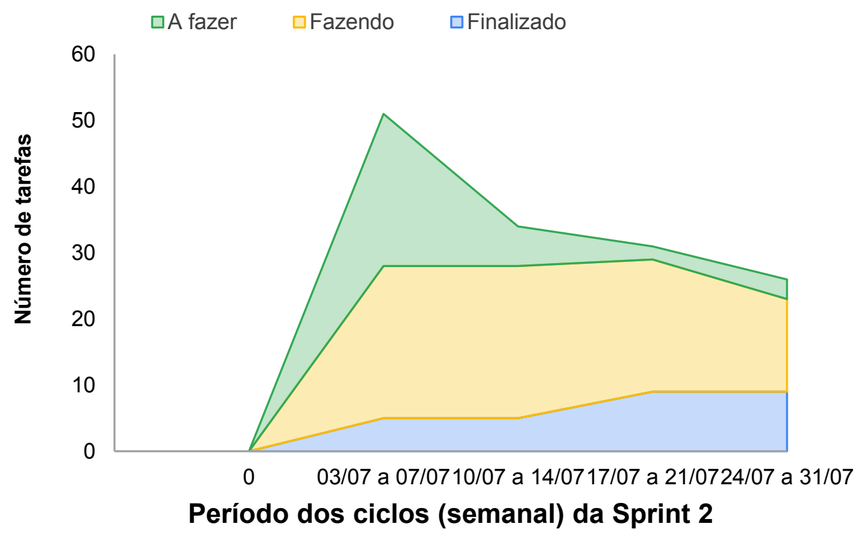


Gráfico 2. "Cumulative Flow Diagram" [CFD] do número de cartões (atividades) na Sprint 2 do mês julho.

CONCLUSÕES

O uso dessa ferramenta norteadora de processos auxiliou o time do SCIH nos desenvolvimentos das ações elencadas para serem desenvolvidas. A metodologia proporcionou melhora da comunicação entre o time do SCIH, priorização e visibilidade das ações planejadas/ executas e mensuração da produtividade da equipe.

REFERÊNCIAS

- Project Management Institute [PMI]. 2017. Guia de Prática Ágil. Project Management Institute, Newtown Square, Pensilvânia, Estados Unidos.
- Muniz, A; Irigoyen, A; (Caco), C.M; Trierveiler, F; Villanova, G. 2021. Jornada Kanban na prática (Jornada Colaborativa) (p. 92). Brasport, 2021. Rio de Janeiro, Brasil. Edição do Kindle.

MEU CLÍNICAS, APLICATIVO DO PACIENTE - NOVA FUNCIONALIDADE DE CONSULTA REMOTA POR VIDEOCHAMADA

Daniel da Silva Jegorschki Santos, Fabricio Rodrigues Oliveira, Caroline Ziani Dalla Pozza, Paulo Ricardo de Freitas Silva

INTRODUÇÃO

A telemedicina é cada vez mais frequente na área da Saúde, e não é diferente em um hospital universitário de alta complexidade, que já realizou em torno de 170 mil consultas remotas por meio de chamadas de voz. Neste contexto se decidiu desenvolver uma solução que viabilizasse uma consulta remota por meio de videochamada, integrando o aplicativo do paciente (Meu Clínicas) ao sistema de Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários (AGHUse) utilizado pelos profissionais do hospital.

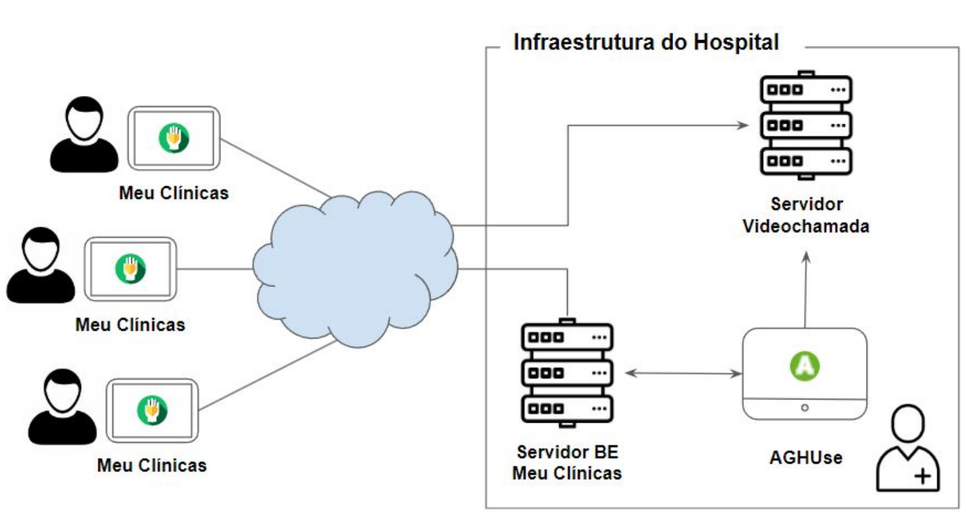
Os principais objetivos foram melhorar a qualidade e experiência no atendimento de consultas à distância para o paciente e profissional de saúde, evitando deslocamentos desnecessários. Visando isto, o foco do projeto foi viabilizar uma solução de baixo custo, segura e confiável de videochamada entre o paciente, utilizando o Meu Clínicas, e o profissional de saúde por meio do AGHUse, bem como uma funcionalidade para permitir ao paciente compartilhar documentos e fotos durante a consulta. Além disso, viabilizar recurso de 'push notifications' para facilitar comunicação sobre consultas e outras informações relevantes ao paciente.

METODOLOGIA

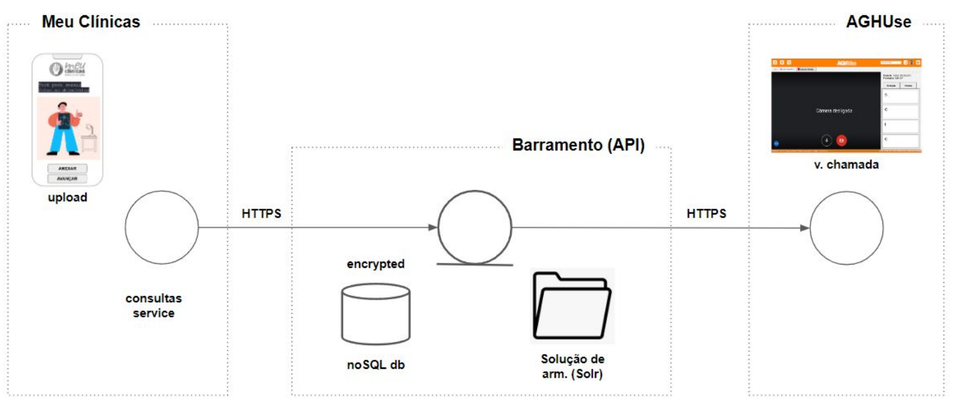
- Reuniões de 'brainstorming' com time multidisciplinar (áreas assistenciais, gestão, tecnologia e design);
- Busca de sistemas de 'benchmark', pesquisas de tecnologias para videochamada;
- Projeto e aprovação do fluxo de funcionalidades junto ao grupo e 'Project Owner' (PO), desenvolvimento com liberações incrementais e controladas permitindo testes e ajustes das mesmas.

RESULTADOS

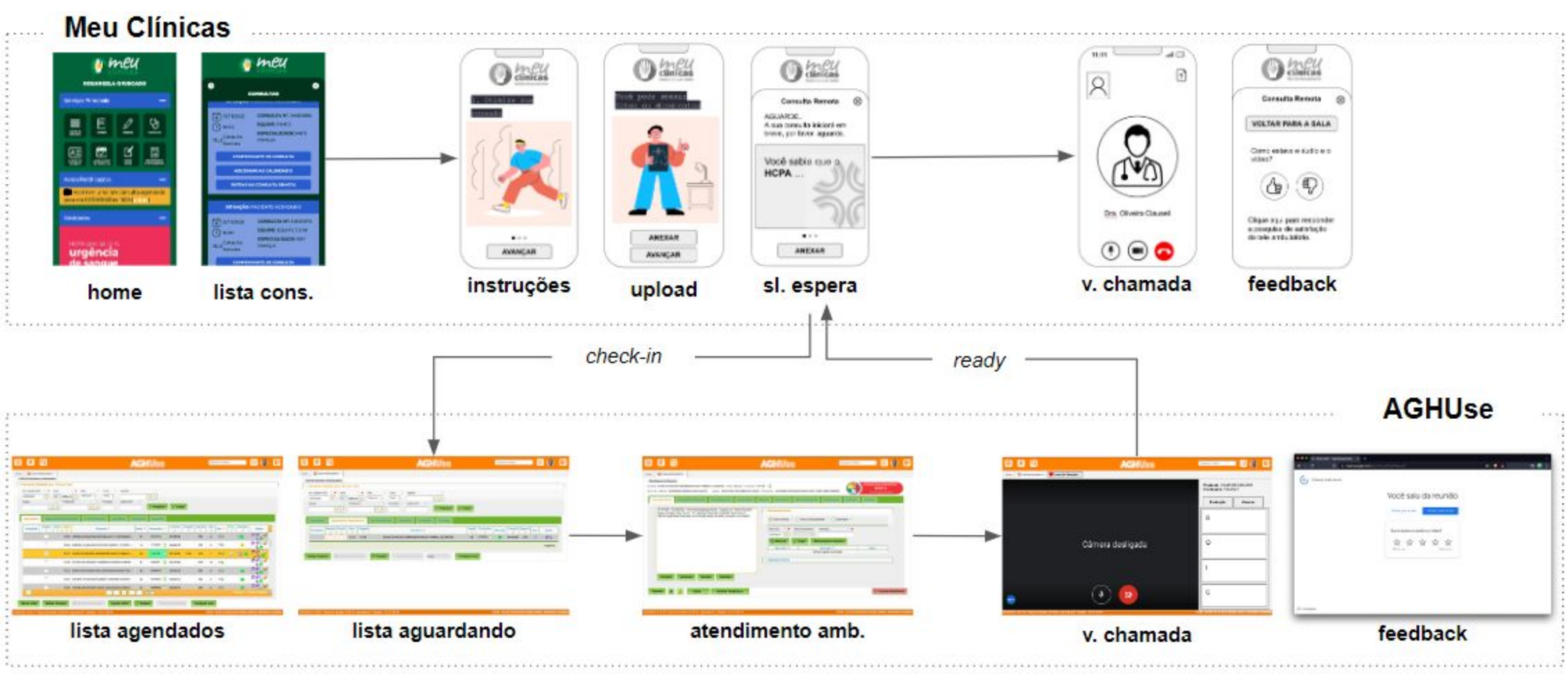
Como resultado obtivemos uma solução eficiente, segura, amigável e inovadora para realização de consultas remotas para os pacientes da instituição, que atendeu, com sucesso, os objetivos do projeto. Solução desenvolvida totalmente com um time de profissionais da própria instituição e se valendo de tecnologias 'Open Source', evitando altos custos em licenças ou contratação de suporte terceirizado. Uma solução que integrou perfeitamente o paciente, pelo Meu Clínicas, que entra em uma sala de espera virtual, marcando sua chegada automaticamente, de forma que, no AGHUse, o profissional de saúde seja informado disso e, quando pronto, inicie a consulta por meio de videochamada e permitindo durante todo esse ciclo que paciente possa enviar documentos/fotos que ficam disponíveis, durante a consulta, para o profissional de saúde, servindo de apoio ao processo de diagnóstico e assistência.



Arquitetura da solução para consulta remota por meio de videochamada na infraestrutura do hospital



Arquitetura para viabilizar envio de documentos do paciente para o profissional de saúde durante o atendimento com segurança



Fluxo macro do processo de consulta remota integrando o aplicativo do paciente (Meu Clínicas) com o sistema de gestão Hospitalar (AGHUse)

MODELO DE GESTÃO FONOAUDIOLOGICA COM IMPLEMENTAÇÃO DA PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE (BI)

Fga. Gessandra Valeria S. O. Malta; Msc. Maurício Pereira Malta; Fga. Allana Tagarro Neves

INTRODUÇÃO

Modelos inovativos que promovam o uso da tecnologia como aliado dos processos, são tão importantes como se especializar para uma atuação e intervenções clinicas mais assertivas e substanciadas em evidências. A implementação da plataforma de Business Intelligence como modelo de gestão da fonoaudiologia em ambiente hospitalar, impulsiona a excelência clínica e a tomada de decisão informada.

METODOLOGIA

Foi estruturado um formulário contendo informações dos pacientes atendidos pela fonoaudiologia. O modelo de anamnese desenvolvida levou em conta dados clínicos da chegada do paciente, motivos, comorbidades, eventos relatados, solicitações medicas, protocolos locais e internacionais. Modelos preditivos foram avaliados e desenvolvidos visando o resultado esperado. Todos os aspectos que envolvem as melhores práticas para tomada de decisão de ação clínica e adoção de métodos de intervenção fonoaudiológicas, estão contidos na modelagem do formulário. A partir da plataforma de Business Intelligence (BI), é possível monitorar o desempenho individual e coletivo da equipe de fonoaudiologia, identificando pontos fortes, vulnerabilidades, ameaças e áreas de melhoria. Isso permite o direcionamento de treinamentos e capacitações específicas, visando aprimorar o atendimento e a qualidade dos serviços prestados.

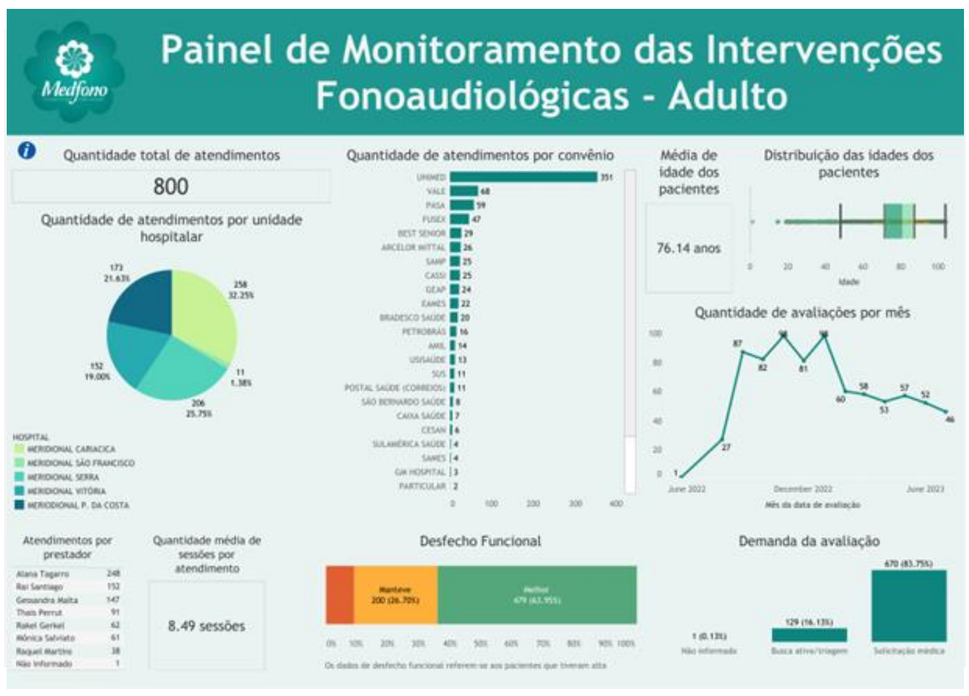


Figura 1: Visão superior do Painel de Monitoramento (BI) das Intervenções Fonoaudiológicas - Adulto (BI).
Fonte: Elaboração dos autores.

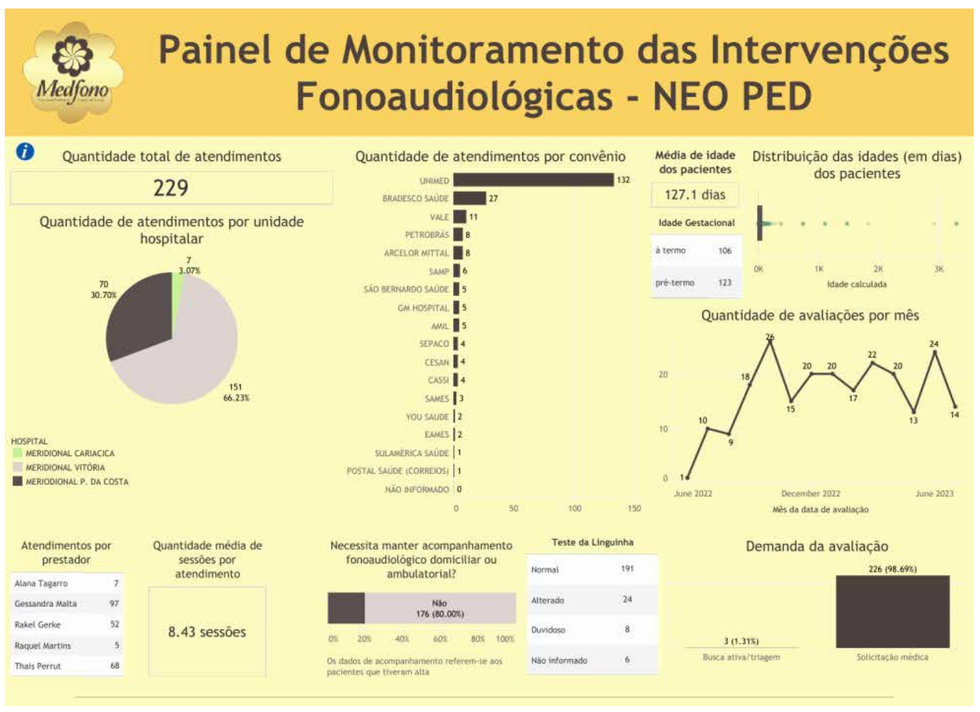


Figura 2: Visão superior do Painel de Monitoramento (BI) das Intervenções Fonoaudiológicas – NEO-PED.
Fonte: Elaboração dos autores.

RESULTADOS

A plataforma abriga um “N” progressivo de mais de 800 pacientes entre os períodos de julho de 2022 a julho de 2023, considerando o monitoramento do desempenho individual e coletivo da equipe, identificação de padrões e tendências, que auxiliam na antecipação de demandas e na alocação eficiente dos recursos disponíveis. Contribui para amostragem da evolução clínica dos pacientes em percentual, sob três perspectivas(Pior-Manteve-Melhor). É possível cruzamento de dados em diversas possibilidades do paciente sob cuidados fonoaudiológicos, desde o convênio, média de atendimentos, desfecho funcional, demanda de avaliação, sinais e sintomas de disfagia, comorbidades etc., com acesso intuitivo aos dados relevantes, possibilitando o acompanhamento do progresso de cada paciente, identificando necessidades específicas e personalizando o tratamento de acordo com as características individuais. Isso resulta em um atendimento muito mais efetivo, com melhores resultados e satisfação por parte dos pacientes.

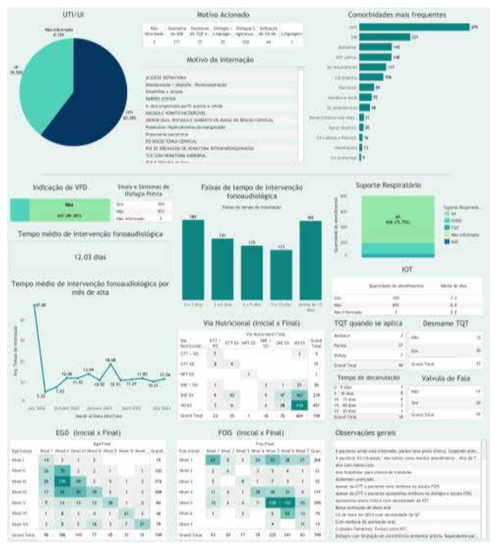


Figura 3: Visão Inferior do Painel de Monitoramento (BI) das Intervenções Fonoaudiológicas - Adulto com as variações de informações e gráficos que possibilitam o cruzamento de dados estruturados.
Fonte: Elaboração dos autores.

.

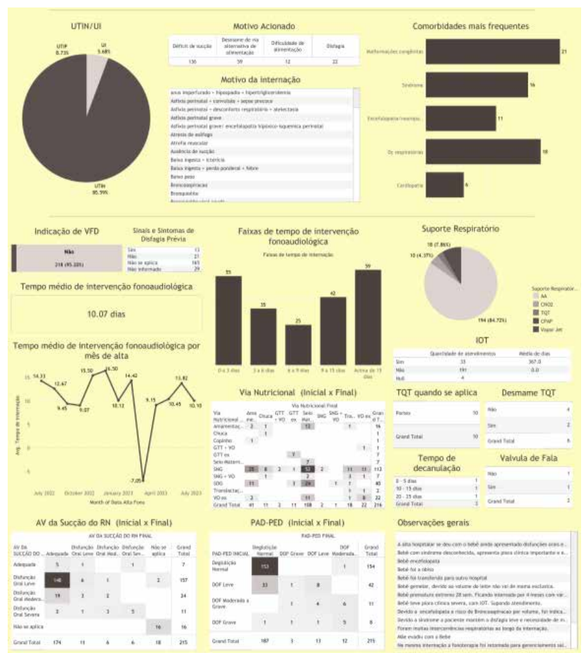


Figura 4: Visão Inferior do Painel de Monitoramento (BI) das Intervenções Fonoaudiológicas NEO-PED com as variações de informações e gráficos que possibilitam o cruzamento de dados estruturados.
Fonte: Elaboração dos autores.

CONCLUSÕES

A necessidade imposta pelos novos tempos, buscar a quebra de paradigmas e modelos que não entregam mais do mesmo, é um desafio que só pode ser vencido com o um tripé indispensável: Competência técnica, inovação e gestão proativa baseada em evidências. Ao implementar a plataforma de Business Intelligence (BI) como ferramenta auxiliar na gestão da fonoaudiologia, estamos dando um passo importante em direção à melhoria contínua da prática fonoaudiológica em ambiente hospitalar, garantindo um atendimento de excelência e promovendo a evolução clínica dos pacientes baseado em dados evidenciais.

REFERÊNCIAS

Schaeffer C, Booton L, Halleck J, Studeny J, Coustasse A. Big Data Management in US Hospitals: Benefits and Barriers. Health Care Manag (Frederick) 2017;
Rolim EC. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no distrito federal. CCS 2018;
Salimon CC, Macedo MCS. Aplicações de Business Intelligence na Saúde: Revisão de Literatura. J Health Inform 2017;
Littike D, Sodré F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. Cien Saude Colet 2015;
Schaeffer C, Booton L, Halleck J, Studeny J, Coustasse A. Big Data Management in US Hospitals: Benefits and Barriers. Health Care Manag (Frederick) 2017;

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INDICADOR EM TERAPIA INTENSIVA ADULTA COMO MODELO DE INFERÊNCIA PARA RESULTADOS EFETIVOS QUANTO A TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO CRÍTICA HOSPITALAR

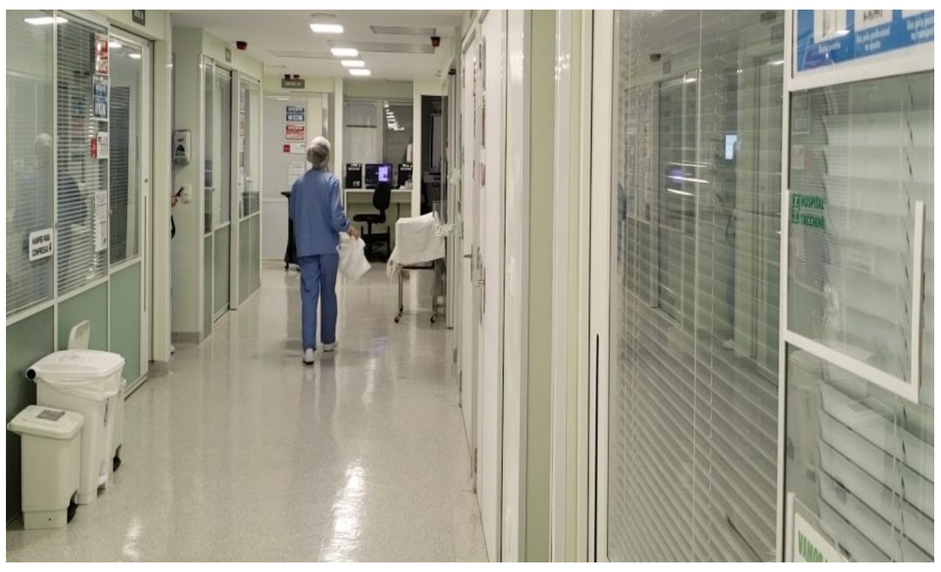
Andressa Vaccaro, Ingrid Stoll, Jéssica Daiane Escobar, Rogério Tregnago e Ricardo Rafael Maioli

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a comunicação crítica na Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI) e sua relevância no cuidado ao paciente. Baseado em uma abordagem que inclui tecnologias leves, que consideram práticas relacionais entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.
O objetivo é desenvolver um indicador para acompanhar a melhoria da comunicação crítica por meio de dados e registros objetivos, sendo o pioneiro trabalho neste sentido.

METODOLOGIA

Estudo de coorte prospectivo, que acompanha uma população específica ao longo do tempo para avaliar determinados desfechos. Neste cenário, a efetividade da comunicação crítica, com abordagem mista que combina métodos quantitativos e qualitativos. A coleta de dados quantitativos pode ser realizada por meio da planilha de banco de dados utilizada pela equipe de Psicologia Hospitalar, registrando as respostas numéricas para as perguntas padrão relacionadas ao conteúdo da notícia clínica e à postura do comunicador.
O estudo contém variáveis demográficas e clínicas, como a data, (data de coleta das informações) e o número do leito, (identificação do leito do paciente na UTI). Também variáveis de comunicação crítica: Conteúdo da notícia clínica (Avaliação da compreensão da informação clínica) e postura do comunicador (Avaliação da percepção de uma comunicação respeitosa e empática). E inclui variáveis qualitativas relacionadas à comunicação: Classificação dos fatores que interferem na comunicação crítica, (Características).
Seus resultados serão apresentados através de análise estatística, realizando um Qui- quadrado das proporções entre os anos e as observações qualitativas quanto as comunicações consideradas não efetivas serão analisadas por meio da classificação de fatores, identificando características e padrões nas respostas dos respondentes. Serão utilizados todos os casos atendidos no período para análise.



Estrutura UTI Adulta do Hospital Tacchini.

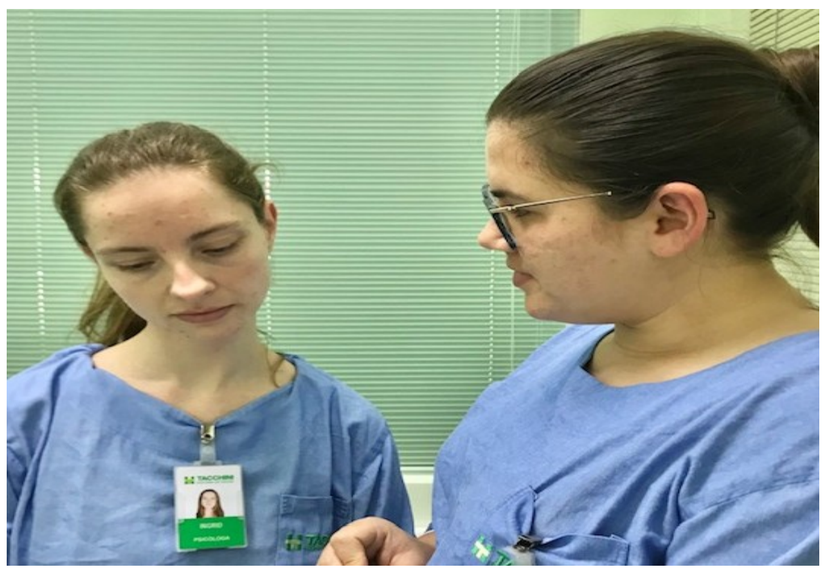
RESULTADOS

Conforme resultados, pode-se identificar que durante o período observado, houve um total de 8.954 comunicações críticas registradas. Entre julho e dezembro de 2022, foram contabilizadas 4.409 comunicações, das quais 4.370 foram efetivas e 39 não efetivas, na percepção de pacientes e familiares. Entre janeiro e junho de 2023, foram registradas 4.545 comunicações, sendo 4.538 efetivas e 6,50 não efetivas. Uma análise estatística, com um teste Qui-quadrado de proporções entre os anos, mostrou que a proporção de comunicações não efetivas em 2023 foi significativamente menor do que em 2022 (22,369 $p<0,0001$), sugerindo uma melhoria na efetividade da comunicação crítica. A análise qualitativa dos dados identificou os principais fatores que interferem na classificação de uma comunicação crítica não efetiva, que com ênfase quanto à postura do comunicador. Três itens qualitativos de classificação de 2022, não foram apontados como não efetivos no ano 2023, tais como, demora do médico para realizar a comunicação, recusa do médico para responder a questionamentos e falta de coerência na comunicação.

2022	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
COMUNICAÇÕES REALIZADAS	774	748	699	730	704	754	4409
EFETIVAS	768	741	691	724	698	747,5	4368,5
NÃO EFETIVAS	6	7	8	6	6	6	39

2023	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
COMUNICAÇÕES REALIZADAS	733	611	825	784	795	797	4545
EFETIVAS	731	609,5	823,5	784	794	796,5	4538,5
NÃO EFETIVAS	2	1,5	1,5	0	1	0,5	6,5

Acompanhamento mensal Dados.



Profissionais Ingrid Stoll e Jéssica Daiane Escobar

CONCLUSÕES

Essa melhoria na efetividade da comunicação no período pode ser atribuída ao Feedback fornecido pela Psicologia Hospitalar à equipe Médica, que trabalhou na melhoria dos pontos identificados. Esse aprimoramento interfere para minimizar problemas na adesão ao tratamento, conflitos durante a assistência e impactos no tempo de permanência na UTI, evitando a necessidade de aumento de recursos hospitalares.

REFERÊNCIAS

BUCKMAN R. Breaking bad news: why is it still so difficult? British Medical Journal 1984; 288:1597-1599.
KITAJIMA, K. Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotinas de atendimento. São Paulo: Revinter; 2014. 1-21.
LAZARETTI, C. et al. Manual de Psicologia Hospitalar, CRP-PR. Coletânea ConexãoPsi. Curitiba: Unificado, 2007
MIRANDA J. Brody RV. Communicating bad news. Western Journal of Medicine 1992;156(1):83-85.
GONÇALVES RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
MERHY EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.
MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo 2Ş ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MONITORAMENTO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE EM TEMPO REAL

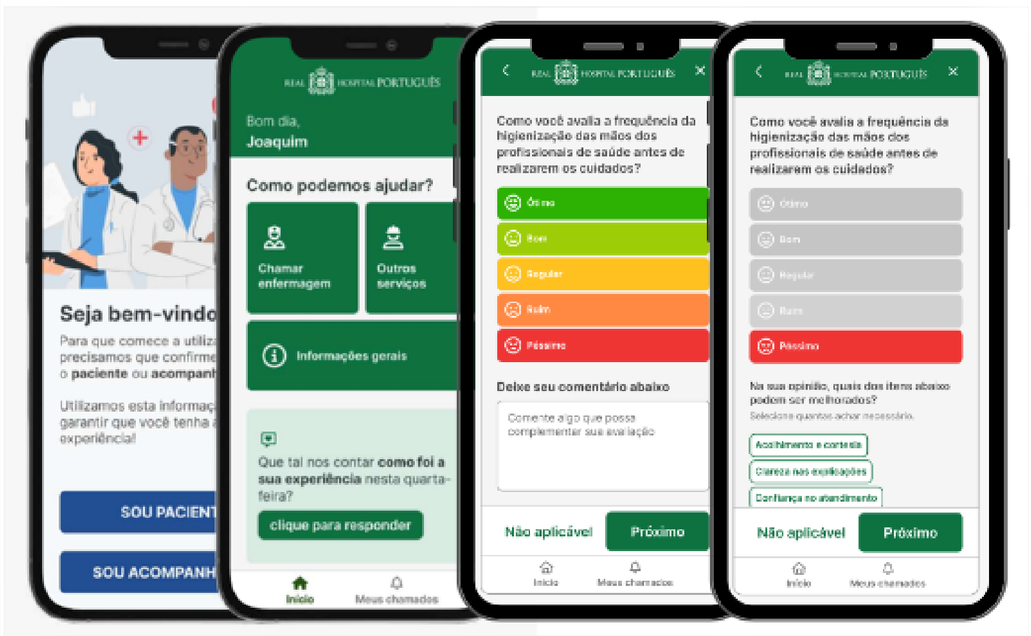
Tatiane Michele Batochi

INTRODUÇÃO

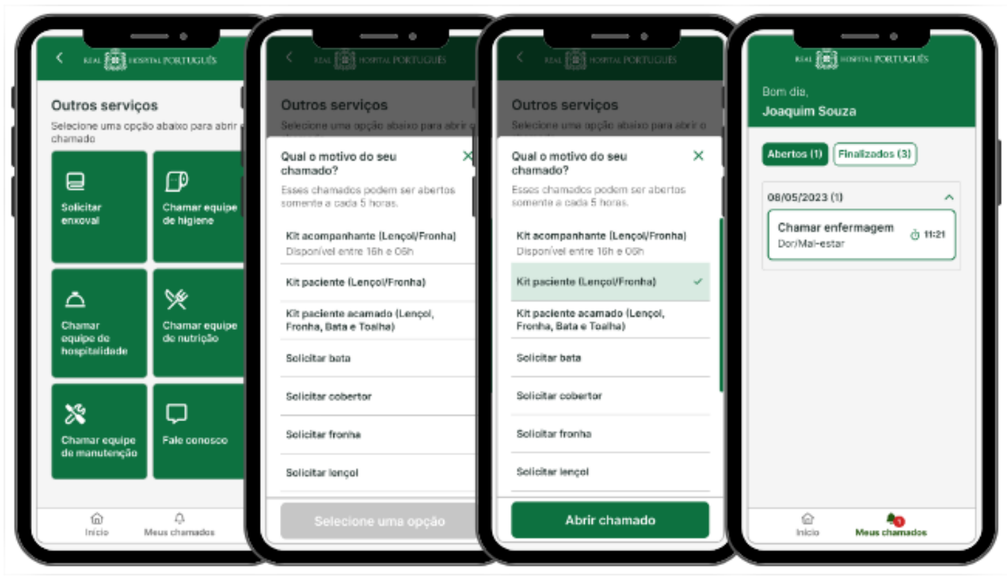
Ao contrário das pesquisas aplicadas após a alta, que fornecem uma visão retrospectiva da experiência do paciente, o monitoramento em tempo real proporciona uma perspectiva dinâmica e ágil das percepções e necessidades dos pacientes. Em uma conjuntura de constantes mudanças e alta expectativa, a capacidade de responder prontamente, na resolução de problemas desempenha um papel crucial na fidelização dos clientes e na otimização operacional.

METODOLOGIA

Iniciamos com uma análise das ferramentas disponíveis e suas funcionalidades, o que nos permitiu identificar as melhores soluções para atender às necessidades dos pacientes e equipes, estabelecendo um alinhamento estratégico com os gestores, buscando apoio e engajamento. Para compreender melhor as expectativas dos pacientes/familiares, conduzimos entrevistas que forneceram insights valiosos e serviram como base para a definição das áreas que seriam abordadas, neste caso, inicialmente as Unidades de Internação. Implementamos um piloto que testou a utilização de QR codes e o acesso ao aplicativo por meio de tablets em quatro unidades. Adquirimos os equipamentos necessários, garantindo que as equipes envolvidas fossem treinadas para utilizá-los de maneira eficiente. Um cronograma foi estabelecido para orientar o desenvolvimento do projeto piloto, permitindo sua validação para expansão em outras áreas da instituição.



Visão do paciente ao acessar o aplicativo.

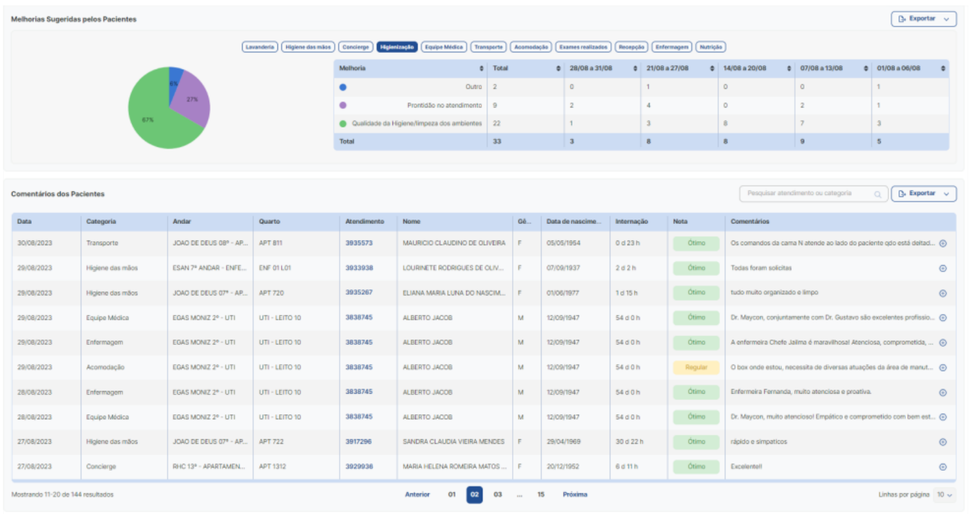


Visão do paciente para solicitação de chamados para serviços das áreas operacionais e assistenciais.

RESULTADOS

Após a implementação do projeto, registrou-se uma redução de 25% nas reclamações registradas na ouvidoria das unidades de internação, quando comparado ao ano anterior. Além desse aspecto, o monitoramento permitiu a identificação das áreas que apresentavam um maior impacto na experiência proporcionada. Em resposta às pontuações fornecidas pelos pacientes e familiares, ações corretivas foram adotadas e processos ajustados.
Adicionalmente, foi possível identificar riscos relacionados aos cuidados, impactando positivamente a segurança do paciente. Por fim, houve uma significativa melhora no Net Promoter Score (NPS) nas pesquisas realizadas após a alta, indicando um aumento na fidelização dos clientes. Isso ressalta a importância do compromisso em ouvir atentamente os feedbacks dos pacientes e agir de maneira proativa na resolução destes.

Visão da dashboard para consultar a satisfação do paciente.



Visão da dashboard para consultar melhorias sugeridas pelos pacientes e comentários.

Informativo	Tablets	QR Codes	Total de Acessos	Tempo Médio*
Manual do Paciente	13	31	44	00:08:42
Prevenção de Lesão por Pressão	6	9	15	00:05:56
Queda no Ambiente Hospitalar	4	5	9	03:00:54
Tosse com etiqueta	3	18	21	00:00:24
Total	**26**	**63**	**89**	**00:33:36**

*tempo médio somente para tablets

Análise de acessos aos materiais educativos disponíveis aos pacientes no aplicativo.

CONCLUSÕES

Em suma, o projeto obteve resultados expressivos, com redução de reclamações, reconhecimento das equipes, melhoria de processos e segurança do paciente, bem como, maior acolhimento e esclarecimento aos pacientes de fluxos e protocolos com maior aceitação por parte destes e melhora no NPS. Esses resultados comprovam a eficácia em oferecer uma experiência positiva aos clientes, promovendo a fidelização e o crescimento sustentável da instituição.

REFERÊNCIAS

KHANBHAI, Mustafa et al. Identifying factors that promote and limit the effective use of real-time patient experience feedback: a mixed-methods study in secondary care. **BMJ open**, v. 11, n. 12, p. e047239, 2021.
ONG, Bie Nio et al. Implementing a digital patient feedback system: an analysis using normalisation process theory. **BMC Health Services Research**, v. 20, p. 1-16, 2020.

chamoudoutor.com.br

MONITORAMENTO REMOTO DE PACIENTES
Pós-operatório Cardiologia Infantil

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

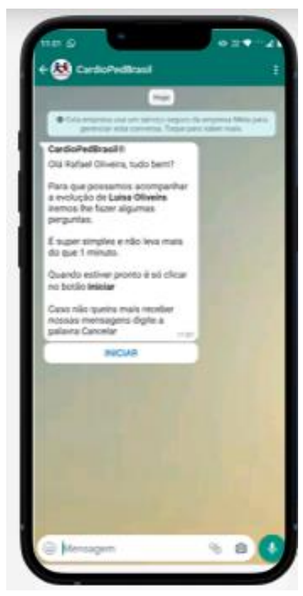
Autores: Lucas Ferreira Queiroz, Rafael Beolchi, Rodrigo Zancaner

INTRODUÇÃO

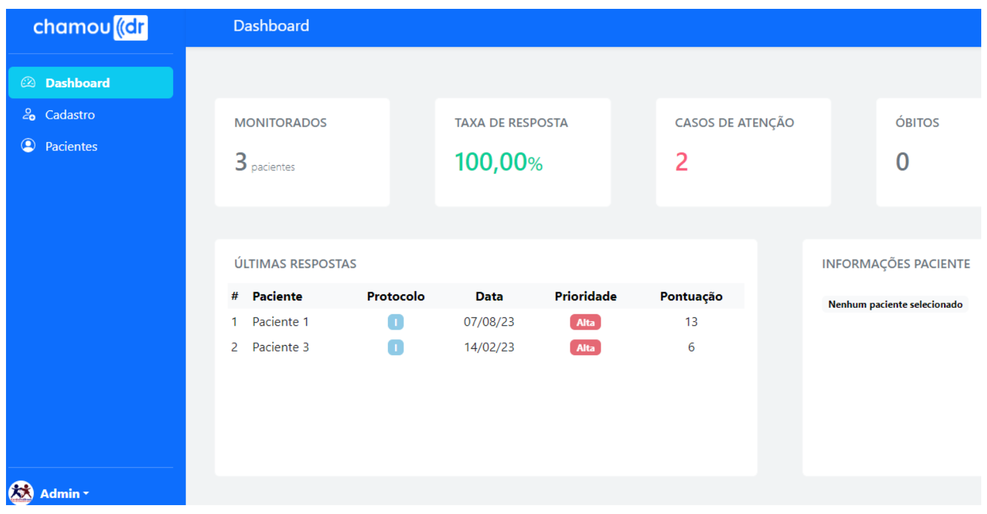
Foi implementado no Setor de Cirurgias de Cardiopatias Congênitas em um Hospital de S. J. do Rio Preto-SP, ferramenta para monitoramento de pacientes no período pós-operatório, após receberem alta e irem para casa seguir no processo de recuperação. Inicialmente, a equipe do hospital tinha enorme dificuldade em acompanhar as condições de saúde do paciente após a alta hospitalar, sendo que os 30 dias seguintes a esse fato são cruciais na recuperação definitiva da criança.

METODOLOGIA

Em conjunto com a equipe da cardiologia pediátrica, desenvolvemos protocolos de cuidados que foram replicados para uma ferramenta de Chatbot via Whatsapp desenvolvida por nós. Por meio desse Chatbot, conseguimos coletar, de forma intuitiva para o responsável pela criança, informações e parâmetros sobre a condição de saúde dos pacientes que estão em recuperação domiciliar após realizarem cirurgias no Hospital. Além disso, são enviados materiais informativos para capacitar os cuidadores dessas crianças de acordo com a fase de evolução da recuperação – tudo isso de forma automatizada. Todas as informações coletadas são tradadas e disponibilizadas para a equipe do hospital em um dashboard interativo, em que conseguem ter informações detalhadas da evolução da recuperação de cada paciente monitorado. Inclusive, caso haja algum caso que os parâmetros coletados fujam da normalidade, são disparados alertas para que a equipe de saúde tome providências.



Modelo de como o paciente interage com a ferramenta.



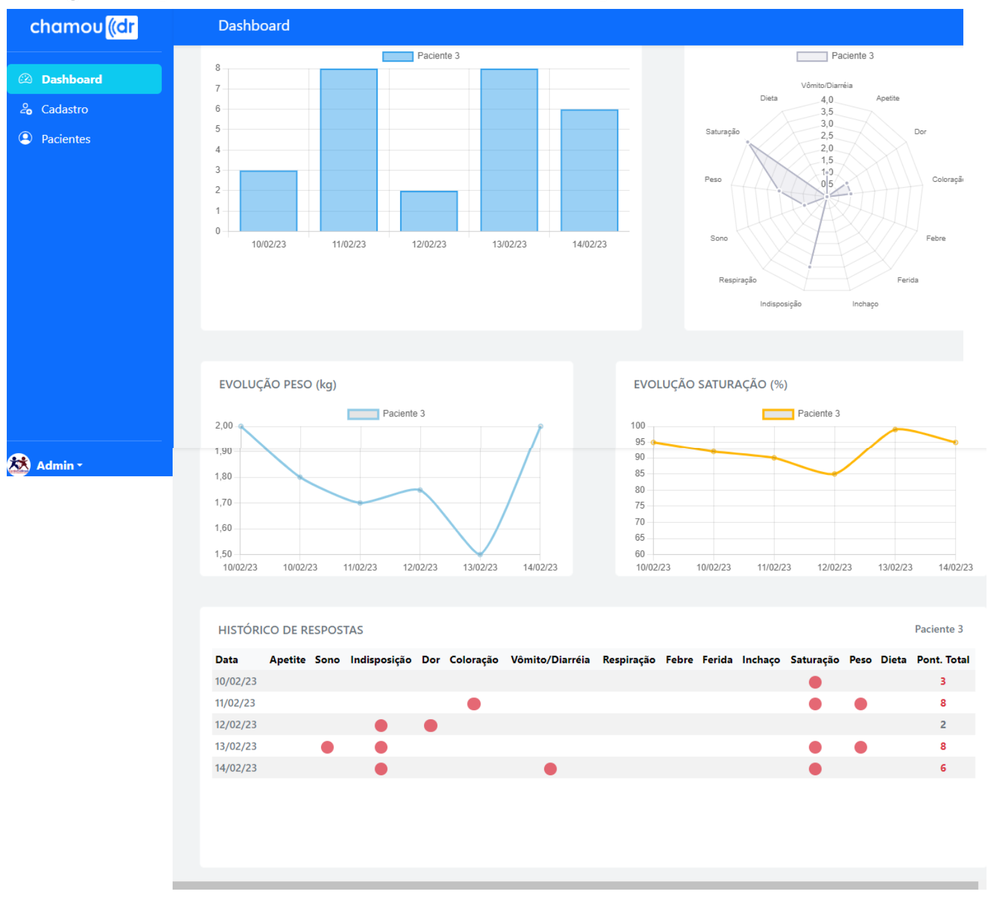
Visão sintética do Dashboard

RESULTADOS

Nesse case inicial, a taxa de engajamento dos pacientes foi perto de 90%, sendo que 75% dos pacientes apontaram algum tipo de queixa durante o período de monitoramento, com 12 casos em que a equipe assistencial precisou entrar em contato com responsável, baseada no “score” obtido pelas respostas em nossa ferramenta.

Com a ferramenta, a Equipe de Saúde conseguiu detectar quais eram as queixas mais comuns durante o período de recuperação, utilizando essa informação como base para aprimorar protocolos de cuidados.

Em uma pesquisa de satisfação, 100% dos respondentes, concordaram que a ferramenta aumentou a sensação de segurança no processo de recuperação.



Visão analítica do Dashboard, com os detalhes de cada paciente.

> “As maiores vantagens desse monitoramento remoto são que os responsáveis sentem mais segurança em saber que estamos acompanhando o paciente mesmo após a alta; o monitoramento permite que seja identificada uma complicação antes que ela implique em uma nova internação e temos maior interação com os responsáveis, melhorando a experiência do paciente com o serviço”, explica Bruna Cury Borim, coordenadora de enfermagem da CardioPedBrasil e responsável pelo projeto de monitoramento remoto.

Depoimento da Coordenadora de Enfermagem , responsável pelo projeto, publicado na mídia (Diário da Região).

CONCLUSÕES

Com essa ferramenta, a Equipe de Saúde consegue identificar a necessidade e o momento certo de agir com cada paciente, de modo a evitar que pacientes com dúvidas simples se desloquem sem necessidade até hospitais e, também, identificar casos mais graves e conseguir agir de forma preventiva e mais assertiva, evitando agravamento no quadro de saúde do paciente, obtendo diminuição de readmissões em casos menos complexos, identificação precoce de complicações da situação de pacientes, e maior sentimento de segurança dos pacientes que foram monitorados.

REFERÊNCIAS

Rudd, N. A., Ghanayem, N. S., Hill, G. D., Lambert, L. M., Mussatto, K. A., Nieves, J. A., ... Pike, N. A. (2020). Interstage Home Monitoring for Infants With Single Ventricle Heart Disease: Education and Management. Journal of the American Heart Association, 9, e014548. https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014548

https://www.diariodaregiao.com.br/cidades/saude/plataforma-de-startup-rio-pretense-permite-que-pacientes-sejam-monitorados-a-distancia-1.1256519

MUDANÇA DA TÉCNICA DE PUNÇÃO COM GUIAS DE AGULHA PARA PUNÇÃO ECOGUIADA ASSISTIDA POR ULTRASSOM

Márcia Nascimento Bezerra, Euclydes Domingues Garcia Florentino, Rosângela Claudia Novembre e Getúlio Gregório da Silva

INTRODUÇÃO

A técnica da punção guiada para inserção do cateter central de inserção periférica (CCIP/PICC), consiste na utilização de guia de agulha adaptada no transdutor do ultrassom e através desta é realizado a angulação e punção da veia para inserção do cateter. Ao longo dos anos, tivemos um crescente aumento de paciente com acesso intravenoso difícil e tornou-se necessário a mudança da técnica para punção ecoguiada assistida para contemplar esses pacientes.

METODOLOGIA

Entre 2019 a 2021, iniciou a capacitação, aprimoramento e implementação da técnica de punção ecoguiada assistida com ultrassom pela especialista do time de acesso vascular nos pacientes adultos e pediátricos, bem como negociações com a indústria para desenvolver kit de ultrassom contendo gel estéril e a capa do ultrassom sem guia de agulha, consolidando a nossa primeira aquisição do Kit de ultrassom em setembro 2021.

Foto 1: utilização da guia de agulha para punção na passagem de PICC

Foto 2: punção assistida ou orientada sem guia de agulha para passagem de PICC

RESULTADOS

Desde a aquisição do novo modelo do Kit de ultrassom, foram insertados 2159 PICCs, sendo 11,25% em crianças e 88,74% em adultos. Em relação as tentativas de punções 82,82% foram na 1º punção e 17,18% na 2º ou mais punções não ultrapassando o limite de 4 tentativas. Quanto ao insucesso nas passagens foram 1,56% nas crianças e 11,25% nos adultos. Foi evidenciado apenas uma complicação relacionada a punção arterial e não houve outras complicações. A taxa de sucesso na inserção do PICC foi de 94,56%. Obtivemos redução de custo 56,34% com a substituição do Kit de ultrassom e economia de R$ 610.148,00.

Foto 3: punção assistida ou orientada para punção de acesso intravenoso difícil na pediatria

Foto 4: kit de ultrassom contendo gel estéril e a capa do ultrassom sem guia de agulha desenvolvido pela indústria na ocasião.

CONCLUSÕES

Implementar a técnica de punção ecoguiada e capacitar os enfermeiros do time de acesso vascular e terapia infusional, possibilitou o profissional escolher qualquer modelo de ultrassom com transdutor linear. Tornou-se um time de alta performance com liberdade de realizar qualquer tipo de punção seja para atender o paciente com necessidade PICC ou acesso venoso difícil, com percentual de sucesso na primeira tentativa de punção e melhorando cada vez mais a experiência dos pacientes. Outro fator importante, foi a redução de custo com a reformulação do kit de ultrassom corroborando os valores institucionais visando sustentabilidade sem impactar na qualidade e segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Ultrasound-guided peripheral venous cannulation in critically ill patients: a practical guideline. Pablo Blanco. The Ultrasound Journal. 2019

MUDANÇA DE CRITÉRIOS DO PROTOCOLO SEPSE COM IMPACTO EM MORTALIDADE

Denise Rabelo da Silveira; Fernando de Oliveira; Miguel Martini Capovilla; Mirna Dertadian Rocha Prado; Mauro Borghi

INTRODUÇÃO

A sepse é responsável por mais de US$ 20 milhões em gastos anuais em saúde nos EUA e está associada a 18% a 28% de mortalidade. Os Serviços de Urgência e Emergência representam uma importante porta de entrada do paciente com sepse/choque séptico no mundo

METODOLOGIA

Nosso estudo trata-se de um estudo observacional coorte retrospectivo de pacientes com sepse atendidos no Pronto-Socorro (PS) adulto, no período de 01 de janeiro a 30 de setembro de 2022.

A avaliação quanto à identificação de sepse e mortalidade foi comparada durante 2 períodos distintos: período do protocolo anterior (01/01 a 30/04/22) e período pós mudança do protocolo com adoção de novos dos critérios para identificação de sepse (01/07 a 30/09/22).

O novo protocolo apresentou as seguintes modificações:

- Retirou o qSOFA como triagem
- Associou a escala de alerta precoce (MEWS) como uma das ferramentas de triagem
- Retirou a necessidade de 2 sinais de suspeita de infecção e ou síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) para colocar o paciente no protocolo, bastando a suspeita de infecção
- Facilitou a identificação de disfunção orgânica aguda tanto na abordagem inicial como na reavaliação médica

Para firmar o diagnóstico de sepse foi utilizado o score SOFA sendo um score maior ou igual a 2 como indicativo de disfunção orgânica aguda.

Todos os pacientes com diagnóstico de sepse/choque séptico foram acompanhados até o desfecho.

RESULTADOS

Os principais aspectos encontrados foram:

Aspectos epidemiológicos do período pré-mudança protocolo:

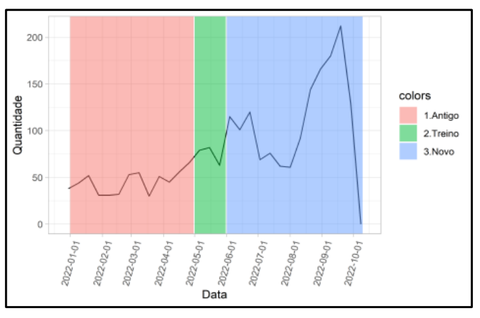
- 584 pacientes foram incluídos, sendo 293 do sexo masculino (50,2%). Neste período, o PS atendeu 46726 pacientes, com 0,5% de abertura de protocolo de sepse.

Aspectos epidemiológicos período pós-mudança protocolo:

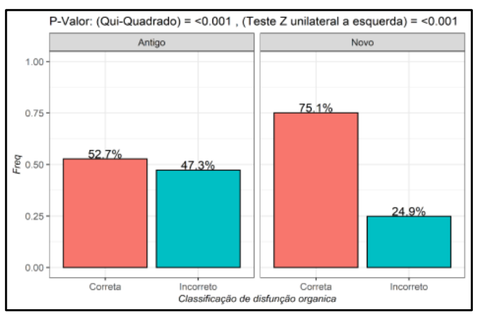
- 1506 pacientes foram incluídos, sendo 805 do sexo feminino (53,5%). Neste período, o PS atendeu 46609 pacientes, com 3,2% de abertura de protocolo de sepse.

Após análise estatística, verificou-se diferença estatisticamente significante entre as proporções de falha de identificação de disfunção orgânica no protocolo antigo comparado com o novo (p=<0.001) bem como nas proporções de óbito no protocolo antigo em comparação com o novo (p=0.0381).

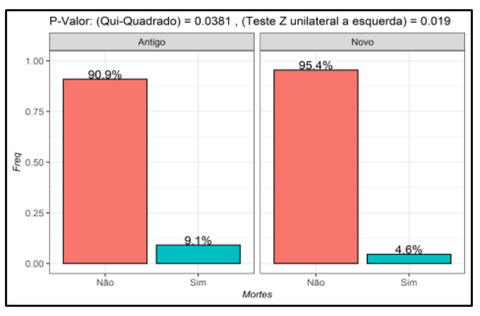
Com a implementação deste novo protocolo, houve menos falha de identificação de disfunção orgânica (p=<0.001) bem como de óbitos (p=0.019).



O Teste mostrou que a média de protocolos abertos com o novo protocolo é estatisticamente diferente (p=0,04752) do protocolo antigo. A média mensal de protocolos passou de 146 para 376,5. Valores estatisticamente significativos também no teste não paramétrico de Wilcox (p=0,02857), variando de mediana de 152,5 para 353.



Existem diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de falha na captura de disfunções orgânicas nos protocolos antigo e novo (p=<0,001). O novo protocolo falha menos que o protocolo antigo (p=<0,001



Existem Existem diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de óbitos nos protocolos antigo e novo (p=0,0381). No novo protocolo há menos mortes que no protocolo antigo (p=0,019)

CONCLUSÃO

O novo protocolo contribuiu para a identificação de pacientes sépticos no nosso serviço de urgência e emergência, favorecendo um desfecho positivo por promover o reconhecimento precoce e, consequentemente, manejo inicial adequado, reduzindo mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neira RAQ, Hamacher S, Japiassu AM. Epidemiology of sepsis in Brazil: Incidence, lethality, costs, and other indicators for Brazilian Unified Health System hospitalizations from 2006 to 2015, PLoS ONE.
2. 2. Ueno Ryo. Quick sequential organ failure assessment score combined with other sepsis-related risk factors to predict in-hospital mortality: Post-hoc analysis of prospective multicenter study data. Published: July 15, 2021

Noctua: A inspiração vem de quem usa, a revolução vem de todos

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Pietro Tunis, Lucas Stradiotto, Damiao Araujo e Elias Dias

INTRODUÇÃO

A equipe de informática clínica é responsável por garantir a implantação de sistemas assistenciais, treinamento dos profissionais de saúde, propostas de melhorias e transposição de barreiras para a transformação digital dos processos.

Tendo em vista a crescente demanda de atividades, redução de quadro, e falta de sistema que atenda as demandas de implantações, havia necessidade otimização do processo de trabalho da equipe, para garantir eficiência e entregas necessárias.

Entre as oportunidades identificadas havia a redução de consumo de tempo de trabalho da equipe com o processo e de eliminação do uso do papel, além da redução de possíveis erros na transferência de informações.

Foi proposta a redução de 30% no tempo gasto pela equipe com o gerenciamento de implantações para realocação em novas atividades e a eliminação do papel em um ano, com o desenvolvimento e implantação de um novo sistema.

METODOLOGIA

➔ PDCA (Plan – planejamento, Do – execução, Check – avaliação , Act - ação).

➔ Transformação digital:

- Com o conhecimento de um dos analistas* em técnicas de desenvolvimento de software e colaboração com os demais membros da equipe em mapeamento de processos e monitoramento de implantações, foi desenvolvido o sistema Noctua de gerenciamento de implantações.

➔ Análise dos dados:

- O tempo gasto nos processos mapeados foi monitorado através da média do tempo consumido no processo por 3 analistas diferentes, considerando duas medidas por cada analista (pior cenário e melhor cenário).
- Para o cálculo do tempo total consumido nos processos, foi considerada uma implantação média com treinamento e monitoramento de 34 usuários (média histórica da equipe).
- Com esses dados, as somatórias das médias em cada etapa dos subprocessos foi projetada para as diferentes implantações da equipe nos meses subsequentes a implantação do novo sistema Noctua.
- A redução do consumo de tempo considerado foi calculado subtraindo-se o valor total projetado consumido no processo novo, do valor total projetado consumido no processo antigo.

Figura 1. Esquema ilustrativo da metodologia PDCA aplicada a situação em questão e indicadores propostos.

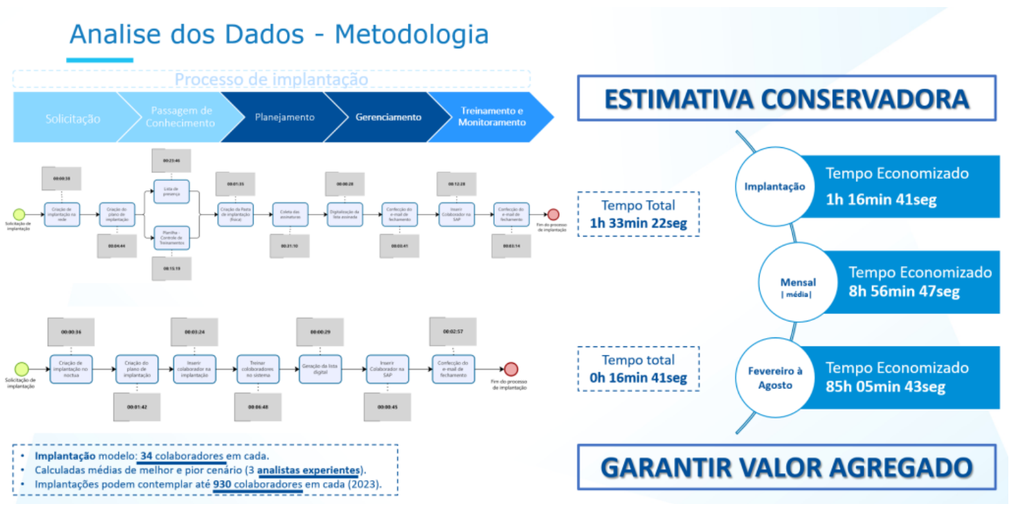


Figura 2. À esquerda: representação dos processos de implantação antes (papel e planilhas) e depois da implantação do sistema Noctua (digital) desenvolvido internamente. À direita: representação da forma de cálculos da estimativa de tempo empregado em cada um dos processos e resultados obtidos.

RESULTADOS

➔ Estimativa de tempo consumido nos processos ao longo dos primeiros 7 meses de avaliação da implantação:

- Processo antigo:
  102 h 13 min 16 s
- Processo novo:
  17 h 07 min 33 s
- Economia de tempo:
  85 h 05 min 43 s
  Redução de **<u>83%</u>**

➔ Uso de papel no processo novo:
<u>Eliminação total</u>

➔ Incorporação de novos projetos pela equipe, mesmo com redução de quadro nos últimos anos:

* Auditorias, participação em comissões, governança de informações (prontuário eletrônico), gerenciamento de sistemas de apoio a decisão e mudanças, treinamentos por vídeo, cooperações com outras áreas, entre outros

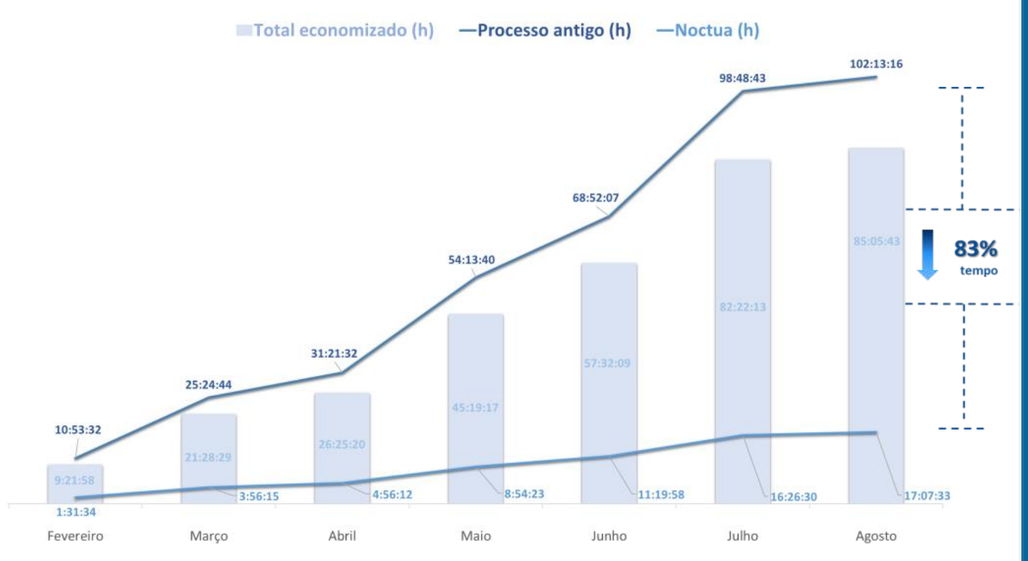


Figura 3. Com a adoção do Noctua, o passado em papel foi superado, resultando em uma economia de tempo no processo de gerenciamento de implantações de 83% (85 h 05 min 43 s) em apenas 7 meses.

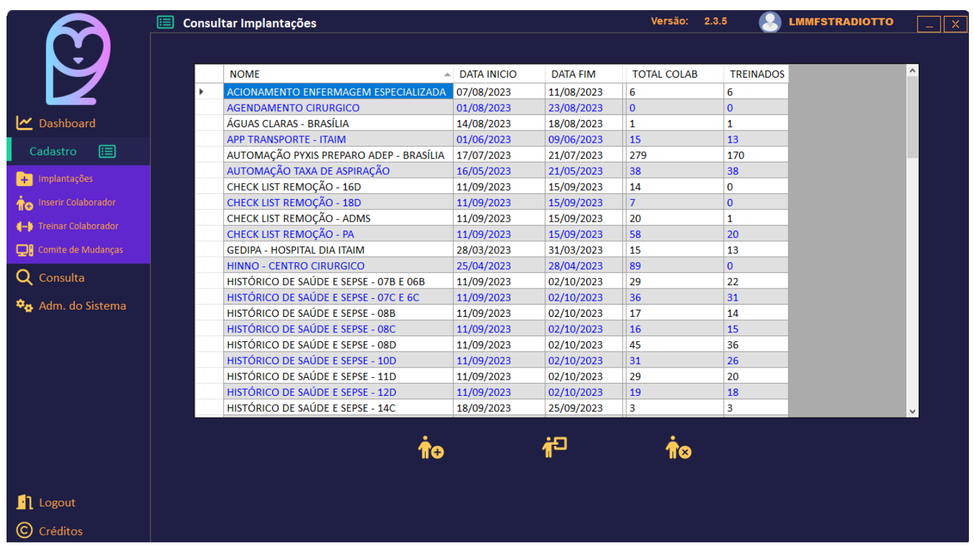


Figura 4. Na imagem apresentada, pode-se observar o dashboard do aplicativo Noctua. Este painel de controle destaca-se pela sua interface intuitiva e organizada, proporcionando uma visão clara e abrangente das funcionalidades e métricas mais importantes. .

CONCLUSÕES

A transformação digital do processo de trabalho da equipe da informática clinica, utilizando a metodologia ***PDCA***, associadas a criação de um novo sistema desenvolvido internamente (***Noctua***), resultou em significativa economia de tempo de trabalho da equipe no processo de gerenciamento de implantações (83% de redução de tempo) e eliminação total do uso de papel.

Essa melhoria possibilitou ganho significativo de eficiência, com garantia de manutenção do alto nível de entregas da equipe ao permitir a realocação do tempo de trabalho destinado a implantações para novos projeto institucionais, alinhados com o planejamento estratégico da Instituição.

REFERÊNCIAS

1. Qiu H, Du W. Evaluation of the Effect of PDCA in Hospital Health Management. J Healthc Eng. 2021;2021:6778045.
2. Longhurst CA, Davis T, Maneker A, Eschenroeder HC, Jr., Dunscombe R, Reynolds G, et al. Local Investment in Training Drives Electronic Health Record User Satisfaction. Appl Clin Inform. 2019;10(2):331-5.
3. Kim JG, Rodriguez HP, Estlin KA, Morris CG. Impact of Longitudinal Electronic Health Record Training for Residents Preparing for Practice in Patient-Centered Medical Homes. Perm J. 2017;21:16-122.

ENGAJAMENTO DO PACIENTE EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR – A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Sidnei R. N. Bernardes, Carlos Alberto C. Hossri, Leandro M. B. Afonso, Laura D. Carraro

INTRODUÇÃO

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

A RCV é dividida em fases 4, sendo a fase 2 a pós alta hospital.

O sucesso da RCV depende da convergência de fatores, e dentre eles não podemos excluir a inserção do paciente no centro do cuidado como tomador de decisões.

O paciente deve ser ENGAJADO em todas as fases de seu processo de reabilitação.

O termo ENGAJAMENTO, envolve a participação ativa do paciente na decisão e cumprimento de suas metas a curto, médio longo prazo.

Desta forma, o paciente se torna mais um elo da cadeia do cuidado e deixa de ser “paciente” e passa a ser mais um ponto “ativo” em todo o seu processo da reabilitação.

A evolução do paciente ao longo de um programa de RCV deve estar atrelada à definição de metas “alcançáveis”. Neste sentido, o paciente é parte pujante na definição destas metas e cabe à equipe de profissionais fornecer meios para que o paciente atinja sua meta, através da prescrição de um programa de atividades proporcione a melhora da sua capacidade física e qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo

RESULTADOS

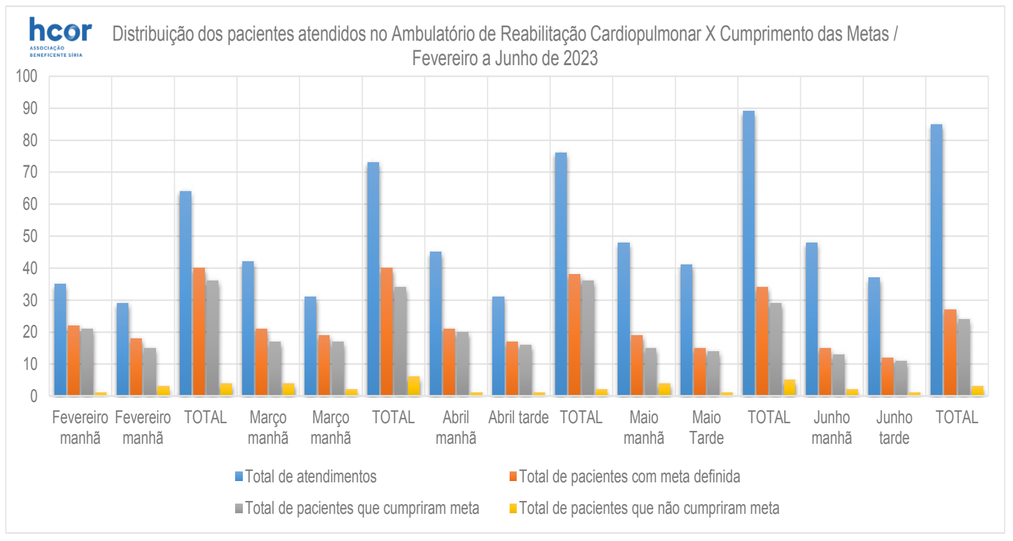
Foi realizado levantamento dos indicadores de engajamento no período de fevereiro a junho de 2023 com os resultados: 387 pacientes foram atendidos no período.

Destes, 179 foram engajados para cumprir as metas previamente definidas num intervalo de 8 sessões.

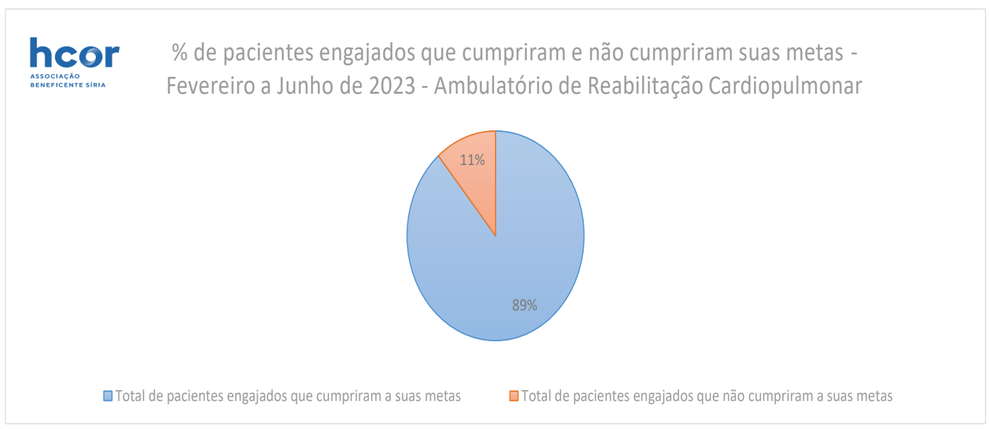
Ao final da 8ª sessão, cada paciente foi reavaliado no cumprimento de sua meta. 20 (11%) pacientes não cumpriram a meta definida e 159 (89%) atingiram a meta.

Distribuição dos pacientes atendidos no Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar X Cumprimento das Metas Período de Fevereiro a Junho de 2023 - Hcor									
		Total de atendimentos		Total de pacientes com meta definida		Total de pacientes que cumpriram meta		Total de pacientes que não cumpriram meta	
Período		n	%	n	%	n	%	n	%
FEVEREIRO	Manhã	35	55%	22	55%	21	58%	1	25%
	Tarde	29	45%	18	45%	15	42%	3	75%
TOTAL		**64**	**100%**	**40**	**100%**	**36**	**100%**	**4**	**100%**
MARÇO	Manhã	42	58%	21	53%	17	50%	4	67%
	Tarde	31	42%	19	48%	17	50%	2	33%
TOTAL		**73**	**100%**	**40**	**100%**	**34**	**100%**	**6**	**100%**
ABRIL	Manhã	45	59%	21	55%	20	56%	1	50%
	Tarde	31	41%	17	45%	16	44%	1	50%
TOTAL		**76**	**100%**	**38**	**100%**	**36**	**100%**	**2**	**100%**
MAIO	Manhã	48	54%	19	56%	15	52%	4	80%
	Tarde	41	46%	15	44%	14	48%	1	20%
TOTAL		**89**	**100%**	**34**	**100%**	**29**	**100%**	**5**	**100%**
JUNHO	Manhã	48	56%	15	56%	13	54%	2	67%
	Tarde	37	44%	12	44%	11	46%	1	33%
TOTAL		**85**	**100%**	**27**	**100%**	**24**	**100%**	**3**	**100%**
TOTAL NO PERÍODO		**387**		**179**	**46%**	**159**	**89%**	**20**	**11%**

Pacientes atendidos no Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar X Cumprimento das Metas / Fevereiro a Junho de 2023 - Hcor



Distribuição dos pacientes atendidos no Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar X Cumprimento das Metas / Fevereiro a Junho de 2023 - Hcor



% dos pacientes engajados que cumpriram e não cumpriram suas metas Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar / Fevereiro a Junho de 2023 - Hcor

CONCLUSÕES

Concluímos que todos os pacientes se engajaram no cumprimento de suas metas, porém 11 % dos pacientes que não evoluíram em suas metas, e o motivo para que esse indicador não fosse contemplado esteve atrelado a baixa frequência de treinos semanais associada ao absenteísmo, além de 1 caso onde o paciente possuía um score funcional reduzido devido a senilidade e outro caso onde o paciente não aderiu ao plano de reabilitação proposto.

REFERÊNCIAS

Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM CIRURGIA ROBÓTICA

Priscila Paulon Tanaka, Edulce Maria da Cruz, Diego Vasconcelos, Rosangela Claudia Novembre

INTRODUÇÃO

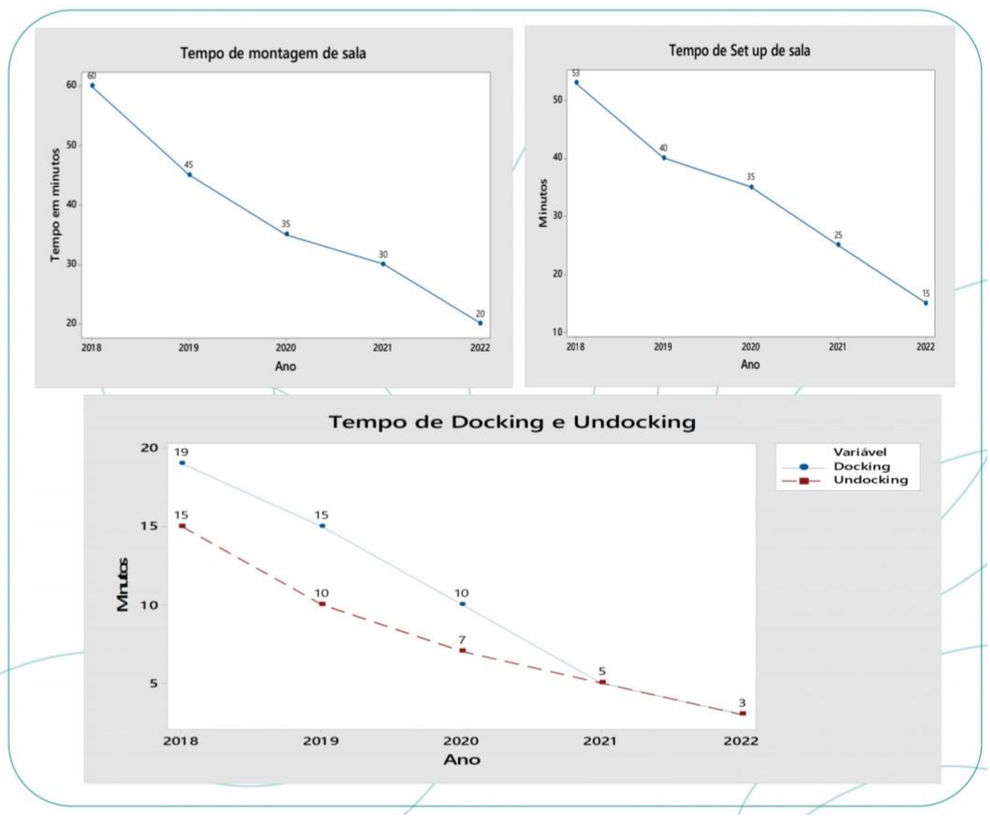
Os procedimentos cirúrgicos estão cada vez menos invasivos, partimos da cirurgia aberta para a laparoscópica e entramos na cirurgia robótica. Neste contexto o papel do enfermeiro como coordenador do cuidado passou a ser fundamental para o planejamento cirúrgico robótico, contribuindo para a prevenção de danos ao paciente e apoio ao cirurgião com uma participação ativa em todas as etapas.

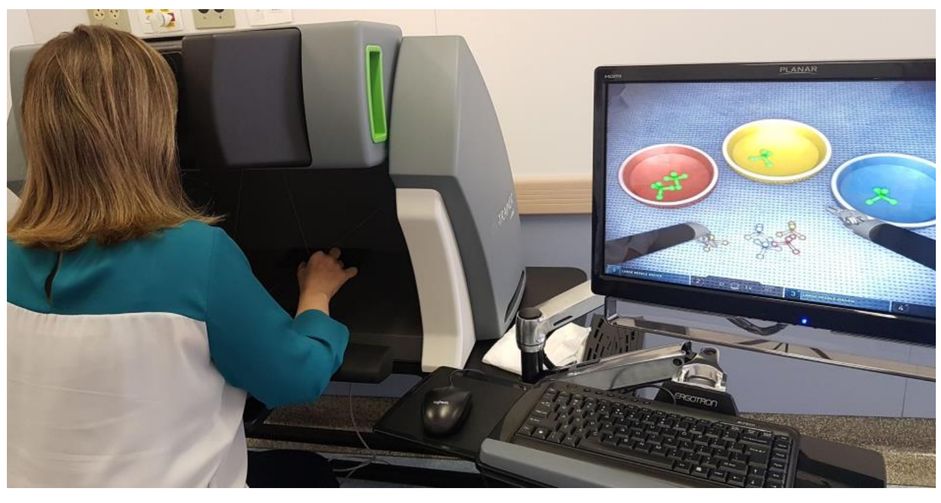
OBJETIVOS

Sistematizar a assistência de enfermagem para direcionar a prática segura e demostrar as etapas de processo de atuação do Enfermeiro na coordenação do cuidado realizado em sala para realização de cirurgia robótica.

MÉTODO

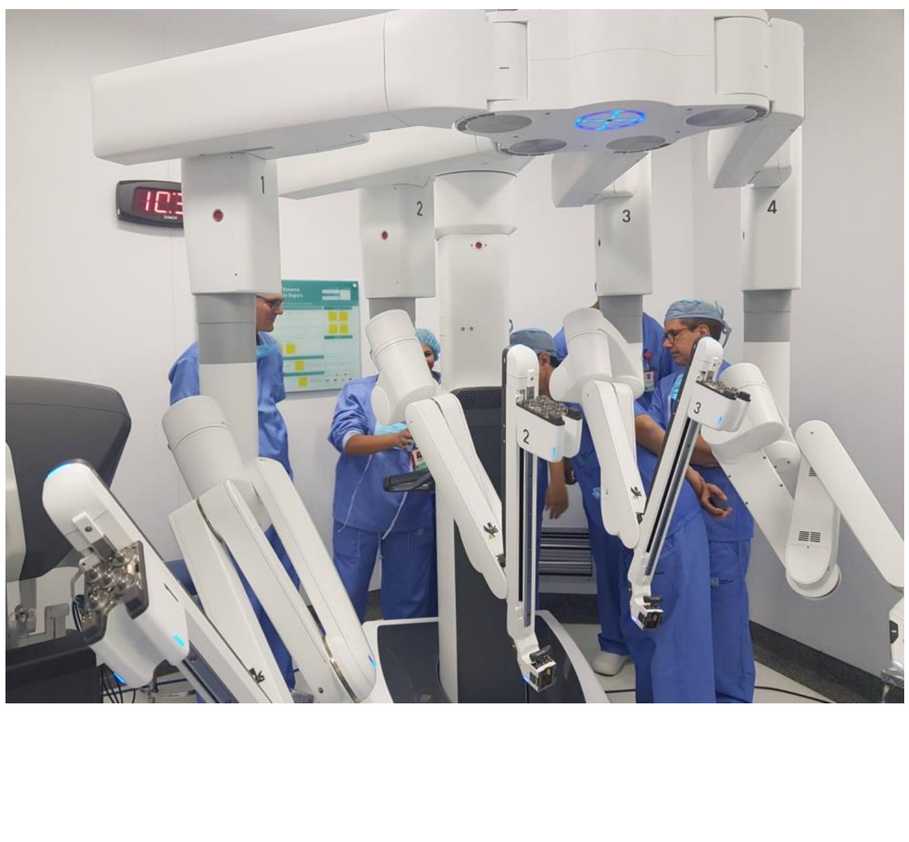
Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, realizado no Hospital Santa Catarina-unidade Paulista, no período de julho de 2018 até junho de 2023. Levantamos todas as necessidades para implantação do serviço de acordo com as especialidades a serem atendidas. Foram descritos procedimentos, disponibilizado para consulta e construído parceria de trabalho com treinamento para a capacitação dos profissionais, através de aulas teóricas e práticas de montagem de sala, manuseio do robô, cuidados e intervenções ao paciente durante o processo de realização da cirurgia e cuidados no processamento dos materiais.





RESULTADOS

Foram realizadas 1802 cirurgias durante o período, onde observamos avanços e melhorias nos processos e segurança dos pacientes. Foram realizadas 450 horas de treinamento on line e simulação realística para a equipe de enfermagem. No processo pré-operatório montagem de sala reduzimos o tempo em 67%; no processo intra operatório, docking (acoplamento do robô) reduzimos 84% e Undocking (retirada do robô) reduzimos 80%, no processo de setup de sala reduzimos 72%. Não tivemos evento adverso, houve 1 incidência de lesão de pele: 0,13%, classificada como moderada e tratada e para o indicador de incidência de infecção em cirurgia robótica foi de 0,8% (1 caso), sendo em cirurgia potencialmente contaminada. No processamento do material, o indicador de taxa de perdas de pinças foi de 0,13% (1 pinça com 14 vidas por 30.000 mil processamentos realizados).



CONCLUSÕES

A prática durante o processo cirúrgico robótico, agrega valor para o procedimento e para paciente, uma vez que o cuidado está coordenado, uma vez foi mapeado e treinado desde o pré-operatório até a saída do paciente da sala cirúrgica, processamento dos materiais pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

1. Diretrizes de práticas em Enfermagem Perioperatória e processamento de produtos para a saúde – SOBECC 2021, 8° edição; 792 – 97.
2. Guidelines for perioperative práticas- AORN 2015 Edition; 525 – 46.

O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA UTILIZAÇÃO EQUIPAMENTO DE ULTRASSONOGRAFIA PARA VERIFICAÇÃO DO VOLUME VESICAL E SEUS IMPACTOS ASSISTÊNCIAS

Euclydes Domingues Garcia Florentino, Tatiana Zanotti Novais Calil, Andrea Linhares Yokoi Rodrigues, Cristiane Machado Alexandre Souza, Cibele Cristina Alves

INTRODUÇÃO

No contexto da hospitalização de pacientes com suspeita clinica de retenção urinária, o enfermeiro é capaz de avaliar com bom nível de confiança a quantidade estimada de urina na bexiga por meio do aparelho de ultrassonografia (USG) que associado à sua pratica a beira leito, trouxe benefícios significativos como maior autonomia em refutar a real necessidade de sondagem, impactando na redução dos riscos de complicações mecânicas e infecciosas, reduzindo custos e diminuindo a dor e desconforto ao paciente e desenvolvendo melhores praticas na assistência ao paciente.

OBJETIVO

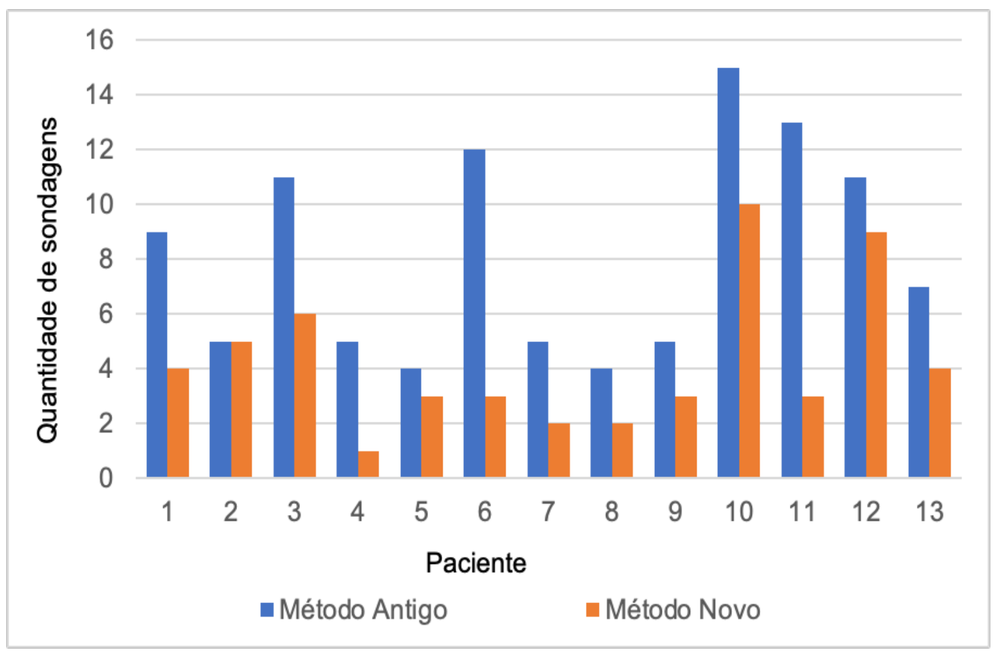
Avaliar o impacto do uso do USG pelo enfermeiro nas praticas assistenciais.

METODOLOGIA

Estudo observacional transversal realizado com pacientes adultos internados nas unidades de terapia intensiva no período de março de 2022 a janeiro de 2023. Foram elegíveis paciente com alguma suspeita de retenção urinária como tempo prolongado de ausência de diurese (> 6 horas), dor supra púbica ou incapacidade de esvazia a bexiga, com exceção daqueles que fizessem uso de cistostomia, urostomia, nefrostomia ou que se apresenta alguma impossibilidade de realizar o ultrassom. A avaliação do volume urinário com o aparelho de ultrassonografia foi realizada por enfermeiros capacitados por meio de treinamentos teórico-práticos e considerados aptos para avaliação. A execução da verificação com o uso de ultrassom, foi de acordo com os padrões pré-estabelecidos da instituição, tomando com a premissa a verificação a cada seis horas.

RESULTADOS

Foram selecionados 13 pacientes para o estudo com idade média de 78 anos, sendo 7 homens e 6 mulheres aos quais foram submetidos a procedimento de sondagem, devido ao quadro de retenção urinária. Constatou-se que de 106 mensurações realizadas por enfermeiros previamente capacitados o enfermeiro preveniu em 48,1% o número de cateterizações desnecessárias em pacientes quanto comparado ao procedimento anterior, ao qual determinava uma periodicidade padronizada para realização do procedimento de sondagem.



Análise comparativa entre quantidade de sondagens em relação aos métodos.

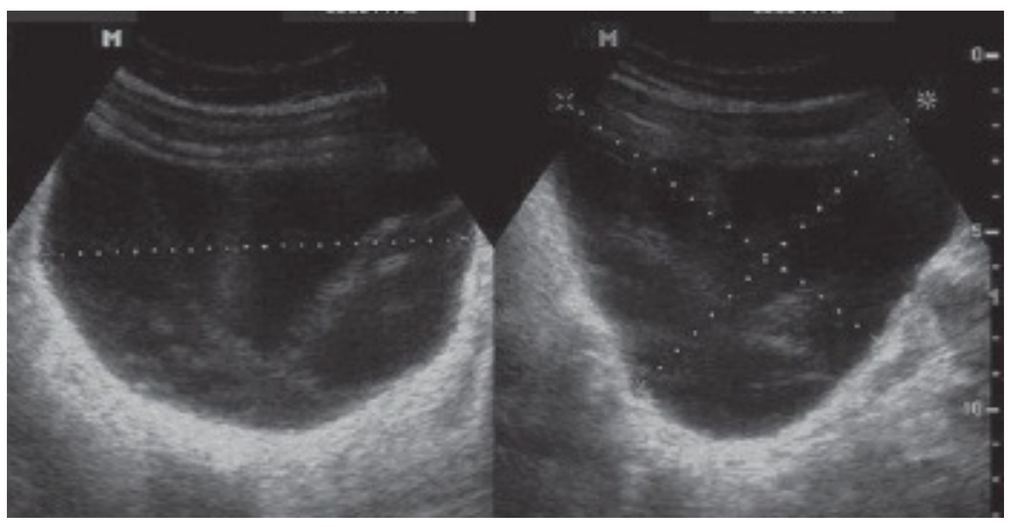


Imagem ilustrativa da bexiga em dois planos de corte, a esquerda corte no plano transverso e a direita imagem obtida no eixo longitudinal da bexiga.

CONCLUSÕES

A capacitação dos enfermeiros com o uso do ultrassom impactou significativamente a acurácia da avaliação da retenção urinaria, contribuindo de forma efetiva para a diminuição dos riscos de infecção urinaria e consequentemente, melhorando a segurança e qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. LOPES, Karina Rodrigues; NICOLUSSI, Adriana Cristina. Vantagens da ultrassonografia de bexiga na mensuração do volume urinário em pacientes críticos: revisão integrativa. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro , v. 29, e61972, 2021 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522021000100409&lng=pt&nrm=iso>..

2. MAGO, A. J. D. et al.. Prevalência e fatores preditivos de retenção urinária diagnosticada por ultrassonografia no período pós-anestésico imediato. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 4, p. 387–390, jul. 2010.

O *SLA* COMO FERRAMENTA DE GESTÃO COLABORATIVA

Cláudia Oliveira, Denise Nitzke, Clarissa Motizuki.

INTRODUÇÃO

Ao analisar qual seria a melhor opção de Serviço de Higiene para a Instituição optou-se por mudar o modelo orgânico para terceirização. Durante a construção do instrumento para a tomada de preço, foi elaborada a ferramenta de *Service Level Agreement (SLA)*, definindo critérios e métricas para avaliação dos resultados, considerando indicadores de maior prevalência dos processos.

METODOLOGIA

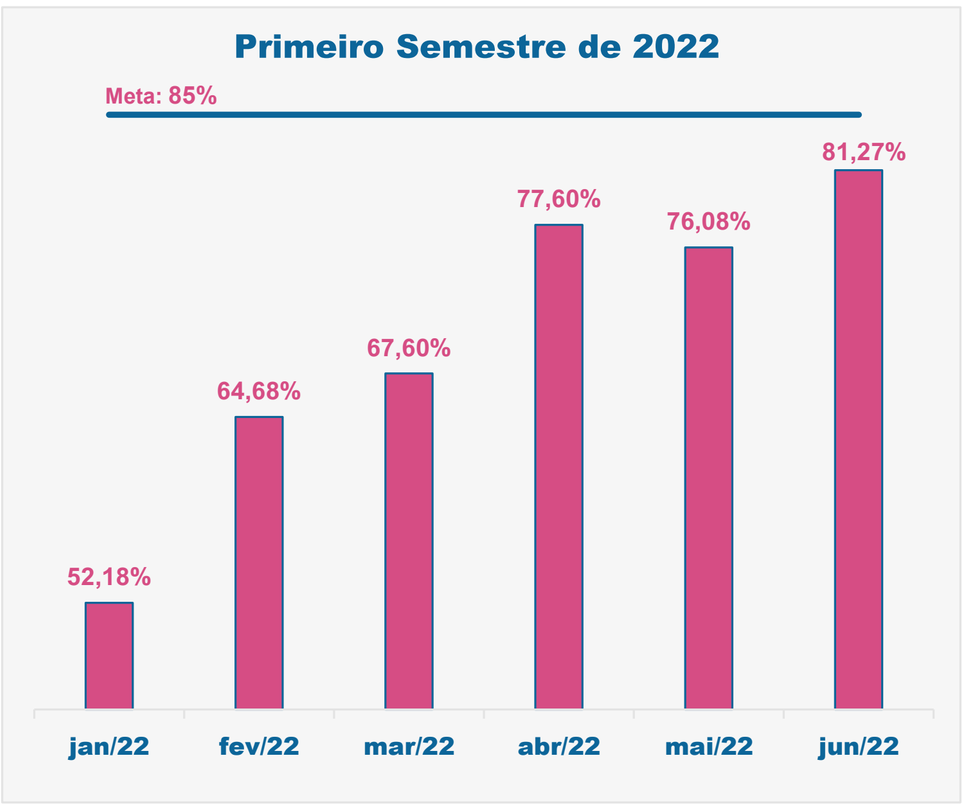
A coleta de dados aconteceu em 06 hospitais privados, sendo 3 hospitais gerais, 1 hospital especializado, 1 hospital de retaguarda e 1 Centro de Pesquisa, individualmente, por 15 meses, sendo 3 meses de aculturamento dos times de operações e calibragem da ferramenta e 12 meses efetivos na mensuração dos dados. Os indicadores eleitos para o SLA foram: tempo de limpeza terminal de leitos, qualidade da limpeza de áreas comuns, índice de aprovação de apartamentos após limpeza terminal, absenteísmo, percentual de limpezas terminais programadas executadas, percentual de funcionários treinados no mês, pesquisa de satisfação da qualidade do serviço prestado e avaliação dos funcionários (por amostragem) com relação a conhecimento do processo, uso de Equipamento de Proteção Individual e apresentação pessoal. A meta estabelecida foi de 85% de conformidade entre a média dos indicadores propostos. Todas as não conformidades detectadas passaram por análise crítica e elaboração de plano de ação corretivo pela empresa parceira, acompanhado pela gestão da unidade, visando a melhoria contínua do processo

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE	
AMBIENTES/SUPERFÍCIES EM GERAL	
3	limpo, sem mancha aparente, organizado e sem avaria.
2	até 01 item acima não conforme
1	até 02 itens acima "não conforme"
0	Todos os itens acima "não conforme"
DISPENSADORES DE DESCARTÁVEIS E INSUMOS	
3	limpo, sem mancha aparente, abastecido e sem avaria.
2	até 01 item acima não conforme
1	até 02 itens acima "não conforme"
0	Todos os itens acima "não conforme"
LIXEIRAS	
3	limpo, sem mancha aparente, sem avaria e com sacos apropriados.
2	até 01 item acima não conforme
1	até 02 itens acima "não conforme"
0	Todos os itens acima "não conforme"

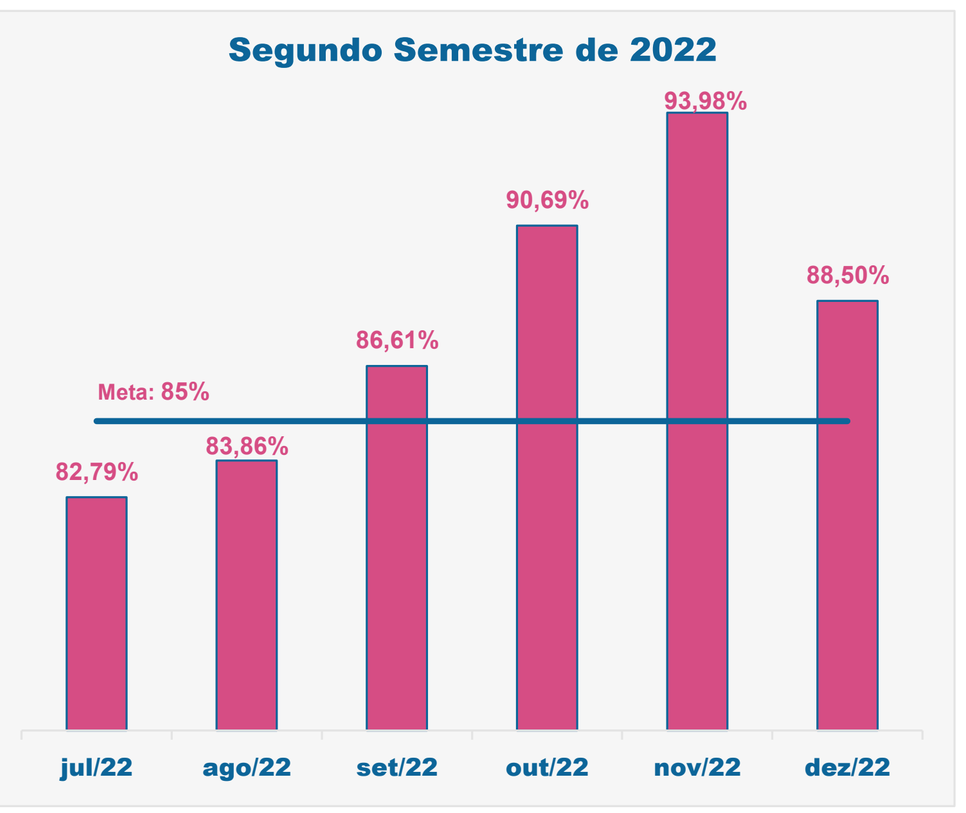
Critérios universais de Avaliação de Conformidades do *Service Level Agreement - SLA* aplicados na instituição .

RESULTADOS

O resultado médio consolidado das unidades em janeiro/2022 foi de 52,18% de conformidade e em dezembro/2022 foi de 88,5%, demonstrando uma crescente de 36,22% de conformidade.



Scores consolidados do primeiro semestre dos 06 hospitais durante o primeiro semestre do ano 2022.



Scores consolidados crescentes dos resultados do segundo semestre do ano 2022.

CONCLUSÕES

Os resultados crescentes obtidos na aplicação do SLA, sua análise em conjunto com a empresa parceira e as ações corretivas mediante pontuações de não conformidade evidenciaram oportunidades de revisão de processos operacionais e técnicos. Constatou-se o fortalecimento do relacionamento entre contratante e contratado e unicidade de linguagem, favorecendo a gestão de processos e a melhoria contínua das operações do serviço de apoio, colocando o SLA em um patamar de ferramenta de gestão colaborativa e não apenas um mensurador financeiro.

REFERÊNCIAS

Gestão com indicadores em hotelaria hospitalar: O estado da arte: Métodos, processos, tendências e propostas – 4 novembro 2022. Roberto Maia Farias, Djair Picchiai (*in memoriam*), Domenico Caruso, Marcelo Boeger

O USO DA TECNOLOGIA PARA MELHORES DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Karen Cristina Migotto, Daiane de Araújo Oliveira, Suelen dos Santos Meireles e João Paulo Marochi Telles.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser preconizada a monitorização baseada em área sob a curva (AUC) e contraindicada a interpretação apenas baseada no vale (1), na região sudeste brasileira 41% dos hospitais não realizam a monitorização, enquanto 50% realizam apenas pela interpretação do vale (2).
A ausência da monitorização baseia-se em custos, limites de conhecimento e de tecnologia (2).

OBJETIVO

Avaliar a efetividade da monitorização de vancomicina baseada em área sob a curva (AUC) por inferência bayesiana (https://doseme-rx.com/) em pacientes admitidos em um Cancer Center.

METODOLOGIA

Foi um estudo quase experimental com avaliação pré-monitorização de AUC (guiado pelo vale), versus pós-monitorização de AUC (inferência bayesiana).
Foram incluídos pacientes que utilizaram menos de 48h de vancomicina e tiveram níveis séricos coletados.
Foram excluídos pacientes em terminalidade que evoluíram a óbito durante o uso da vancomicina.
Características clínico-laboratoriais, medicações concomitantes, dados epidemiológicos, diárias globais, e incidência de insuficiência renal (IRA) foram avaliados.
Definiu-se IRA como um aumento de 0.5mg/dL ou piora de 50% da creatinina sérica basal.

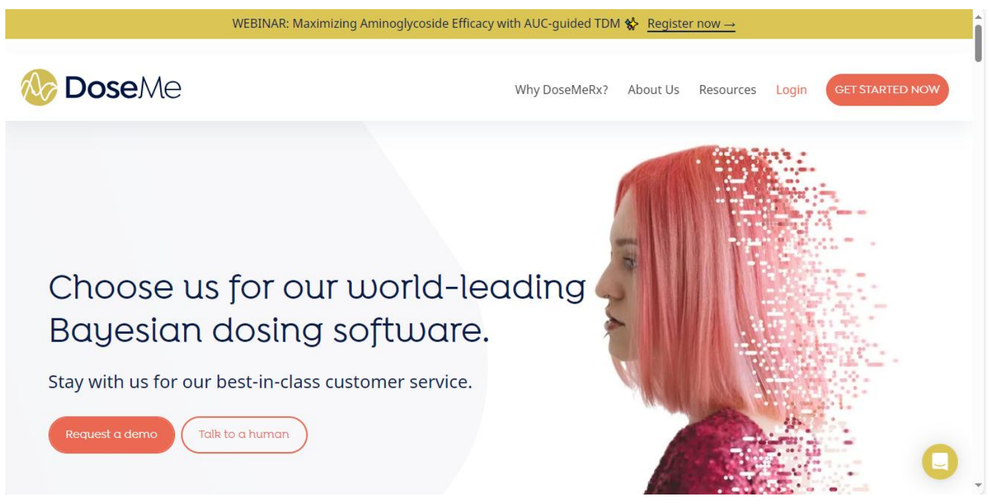


Figura 1 - Sistema informatizado – DoseMeRx.

RESULTADOS

Foram incluídos 96 pacientes no período pré-AUC (01/02/2022 - 15/08/2022) e 110 pacientes no período pós-AUC (16/08/2022 - 12/02/2023).
A mediana (IQR) de (I) idade, (II) peso e (III) Creatinina sérica no período pré e pós foram de:
(I) Idade: [58 (47-69) vs. 59 (46-68) anos, P>0.05];
(II) Peso: [70 (60 –79) vs. 70 (59-81) Kg, P>0.05];
(III) Creatinina sérica: [0.81 (0.62 –1.05) vs. 0.8 (0.61-1.00) mg/dL, P>0.05].
O uso de vancomicina em unidade de terapia intensiva ocorreu em 40% dos pacientes no grupo do vale vs. 32% dos pacientes acompanhados pelo método bayesiano, P=0.2.
Não houve diferença no uso de polimixina, amicacina ou anfotericina entre os períodos.
Diálise após o uso de vancomicina ocorreu em 5.2% (pré-AUC) vs. 0.9% (pós-AUC), P=0.06.
No pré-AUC ocorreu maior uso de furosemida (43% vs. 29%, P=0.02), e maior incidência de IRA (19% pré-AUC vs. 6.3% pós-AUC, P=0.003).
A redução de IRA manteve-se igual nos pacientes que não utilizaram furosemida, 16.6% (pré-AUC) vs. 5.1% (pós-AUC), P=0.03.
O tempo médio de internação hospitalar após o uso de vancomicina em pacientes com e sem IRA foi de 26 no pré-AUC vs. 17 dias no pós-AUC, P=0.003.
Estima-se que 350 diárias a cada 300 pacientes seriam evitadas devido a menor IRA, e menor tempo de internação.

	Vale (n=96)	Bayesian AUC (n=110)	P
Tempo de internação pós-vancomicina, dias, mediana (IQR)	14 (9-24)	12.5 (8-22)	0.09
Masculino, n (%)	54 (56)	38 (34)	0.001
Idade, anos, mediana (IQR)	58 (47-69)	59 (46-68)	0.55
Peso, kg, mediana (IQR)	70 (60-79)	70.6 (59-81)	0.65
Creatinina sérica, mediana (IQR)	0.81 (0.62-1.05)	0.8 (0.61-1.0)	0.96
UTI durante internação hospitalar, n (%)	58 (60)	57 (52)	0.2
UTI durante prescrição de vancomicina, n (%)	39 (40)	36 (32)	0.2
Ventilação mecânica, n (%)	68 (70)	68 (62)	0.17
Diálise após prescrição de vancomicina, n (%)	5 (5.2)	1 (0.9)	0.06
Procedimento cirúrgico, n (%)	42 (43)	55 (50)	0.3
Amicacina durante internação hospitalar, n (%)	5 (5.2)	3 (2.7)	0.3
Amicacina concomitante à vancomicina, n (%)	3 (3)	0	-
Polimixina durante internação hospitalar, n (%)	3 (3)	1 (0.9)	0.25
Polimixina concomitante à vancomicina, n (%)	2 (2)	1 (0.9)	0.4
Diurético de alça durante internação hospitalar, n (%)	53 (55)	50 (45)	0.16
Diurético de alça concomitante à vancomicina, n (%)	42 (43)	32 (29)	***0.02***
Anfotericina durante internação hospitalar, n (%)	4 (4)	2 (1.8)	0.12
Anfotericina concomitante à vancomicina, n (%)	3 (3)	1 (0.9)	0.25
Lesão renal, n (%)	19 (19)	7 (6.3)	***0.003***

Pacientes sem diuréticos de alça concomitantes	Vale (n=54)	Bayesian AUC (n=78)	P
Lesão renal, n (%)	9 (16.6)	5 (5.1)	***0.03***

	LRA (n=26)	Controle (n=180)	P
Tempo de internação pós-vancomicina, dias, média (SD)	26.19 (13.8)	17.13 (14)	***0.003***

Tabela 1 - Parâmetros demográficos e fisiopatológicos dos pacientes investigados.

CONCLUSÕES

A monitorização de vancomicina guiada por inferência bayesiana demonstrou redução de Insuficiência renal aguda e de número de diárias globais.
O protocolo pós-AUC foi efetivo e custo benéfico quando comparado à interpretação apenas baseada no vale.

REFERÊNCIAS

1- Rybak MJ, Le J, Lodise TP, Levine DP, Bradley JS, Liu C, Mueller BA, Pai MP, Wong-Beringer A, Rotschafer JC, Rodvold KA, Maples HD, Lomaestro BM. Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections: A revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. Am J Health Syst Pharm. 2020 May 19;77(11):835-864. doi: 10.1093/ajhp/zxaa036. PMID: 32191793.
2- Morales Junior R, Tiguman GMB, Juodinis VD, Santos ICPF, Santos SRCJ. Monitoramento Terapêutico de Vancomicina: Como estamos no Brasil? braz j infect dis. 2022; 26(S1) :101703.
3- Burns AN, Goldman JL. A Moving Target-Vancomycin Therapeutic Monitoring. J Pediatric Infecta Dis Soc. 2020. 7;9(4):474-478.
4- Chen A. Gupta A, Huy Do D, Nazer LH. Bayesian method application: Integrating mathematical modeling into clinical pharmacy through vancomycin therapeutic monitoring. Pharmacol Res Perspect. 2022;10:e01026.

O USO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA O FORTALECIMENTO DO SERVIÇO DE RESSUSCITAÇÃO EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Heloisa Ribeiro do Nascimento, Victor Magalhães de Paula Sousa, Camila Gonzales Silva Monteiro, Giseli Rodrigues de Carvalho

INTRODUÇÃO

O serviço de ressuscitação do hospital depende da disponibilidade integral de equipamentos e profissionais devidamente treinados. Neste contexto, é importante garantir a estruturação do serviço, incluindo o desenvolvimento da equipe para a correta identificação, acionamento de times de resposta rápida (TRR) e manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). A simulação in situ pode ser utilizada como estratégia de treinamento de equipes. Não obstante, as ferramentas de gestão de qualidade, tais como os ciclos de planejar-fazer-estudar-agir (PDSA) fornecem estrutura para melhorar a qualidade dos sistemas.

OBJETIVO

Descrever a experiência do uso do ciclo de planejar-fazer-estudar-agir (PDSA) no fortalecimento do serviço de ressuscitação em hospital de alta complexidade.

METODOLOGIA

Relato de experiência realizado entre janeiro e dezembro de 2022, em hospital privado do Município de São Paulo. Foram estabelecidas as quatro etapas do ciclo PDSA. 1. Planejar: Em janeiro foi realizado o levantamento das necessidades de treinamento da equipe, considerando: identificação, acionamento do código azul, tempo de resposta do TRR, suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV). 2. Executar: Entre janeiro e fevereiro foram realizados três simulados, guiado por um instrumento específico contendo fluxos assistenciais, aspectos técnicos e comportamentais. 3. Estudar: Em março, foram definidos os pontos críticos para o desenvolvimento das equipes e estruturação do serviço. 4. Agir: em abril foi definido o cronograma de execução dos treinamentos; feita a revisão de protocolos, atualização de insumos do carro e maletas de emergência. O módulo teórico consistiu em vídeo produzido internamente na instituição, seguido do preenchimento de avaliação na ferramenta *"Microsoft Forms"*, cuja meta de acertos foi de 70%. No módulo prático foi realizada breve revisão teórica e práticas de habilidades: compressão torácica sobre sensor de RCP, ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara (BVM) e manuseio do desfibrilador. Foi utilizada lista de checagem de habilidades, de acordo com os critérios de RCP de alta qualidade. Foram incluídos na proposta de intervenção 253 profissionais: 142 (56,1%) da unidade de internação (UNI), 77 (30,4%) do Serviço de Apoio Diagnóstico e terapêutico (SADT) e 34 (13,5%) do Pronto Atendimento (PA).

RESULTADOS

O diagnóstico situacional incluiu 30 (12%) profissionais. As manobras de RCP foram adequadas em 66,6%. No entanto, sem conexão do dispositivo BVM à rede de oxigênio e revezamento de socorristas a cada dois minutos. Os tempos de atendimento estão resumidos na figura 1.

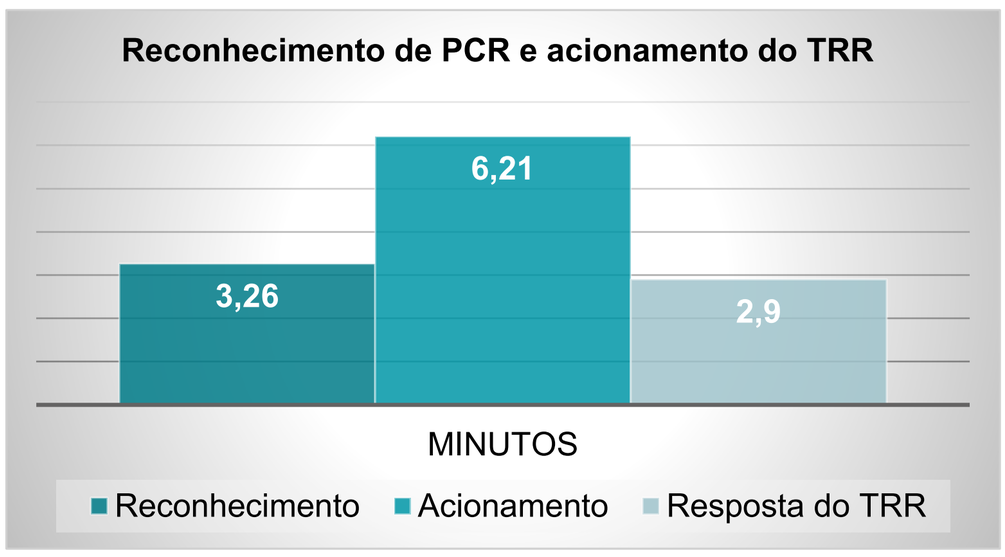


Figura 1: Média de tempo de resposta da equipe diante de PCR em simulados. Brasil, 2022. .

RESULTADOS

Foram incluídos 239 (94,5%) profissionais no treinamento teórico e 230 (91%) no treinamento prático (figura 2).

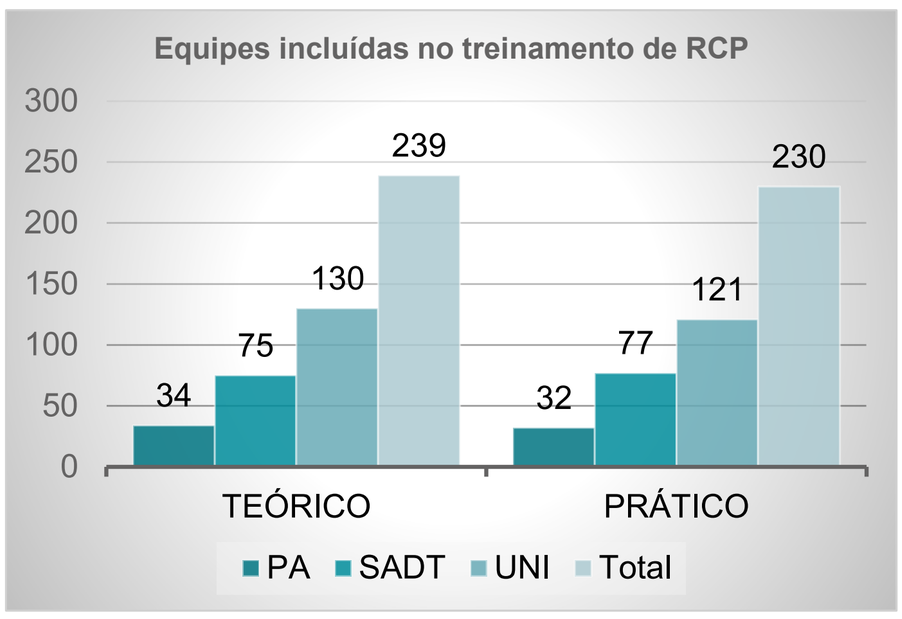


Figura 2: Equipes treinadas em RCP. Legenda: Pronto Atendimento (PA), Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Unidade de Internação (UNI). .

No módulo teórico, a média de acertos foi de 81%. Em relação ao desempenho individual foram avaliados: Socorrista 1: Reconhecer PCR em até 10 segundos e acionar código, assumir compressões de forma eficaz, desempenhados em 100%, apenas 9,38% com necessidade de intervenção. Socorrista 2: Levar o carro de emergência, colocar prancha rígida sob o tórax, conectar o dispositivo BVM à rede e assumir compressões de forma eficaz, desempenhados em 100%, apenas 2,94% % com necessidade de intervenção. Socorrista 3: Aproximar e ligar o desfibrilador, colocar as pás no tórax da vítima, garantir o controle do cronômetro, desempenhados em 100%, apenas em 7,14% com necessidade de intervenção. Em relação à percepção de 85 (70,25%) profissionais sobre o treinamento, observou-se média de 4,9 do total 5,0 da escala do tipo "likert". Foram enfatizados: uso de pás adesivas com sensor de RCP (100%), manobras de RCP (96.47%), dinâmica de equipe (94,12%), reconhecimento de PCR (91,76%), análise de ritmo cardíaco (88,24%) e uso de medicamentos (84,71%).

CONCLUSÕES

O ciclo de planejar-fazer-estudar-agir aliado à simulação in situ melhorou substancialmente o desempenho das equipes no atendimento à parada cardiorrespiratória. Portanto, demonstrou-se uma ferramenta útil no fortalecimento do serviço de ressuscitação. Consideram-se limitações do estudo o delineamento sem refinamento estatístico. Serão incluídos os dados de simulados posteriores para estudo comparativo.

REFERÊNCIAS

Merchant RM, Yang L, Becker LB, Berg RA, Nadkarni V, Nichol G, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. Crit Care Med. 2011 Nov; 39(11):2401–6.

KANEKO, R. M. U. et al. Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 286-293, 2015.

O uso de WhatsApp e inteligência artificial na transformação digital da coordenação de cuidado

Rogério S Ribeiro, Rodrigo C Castaldoni, Rubens C Silveira e Renata L Monteiro

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

1 93% DOS BRASILEIROS USA WHATSAPP PARA INTERAGIR

O aplicativo é a principal forma de interação em todos os perfis etários e socioeconômicos. Poucos estudos avaliaram o uso desta tecnologia em saúde

2 É POSSÍVEL CAPTAR E ENGAJAR NO CUIDADO DIGITAL?

Avaliamos a captação, o engajamento e a satisfação de usuários ao serviço digital de coordenação de cuidado. O objetivo secundário foi desenvolver um algoritmo de machine learning para identificar necessidades nas mensagens de usuários.

3 EM 7 MESES ATIVAMOS 16266 PESSOAS (BUSCA ATIVA)

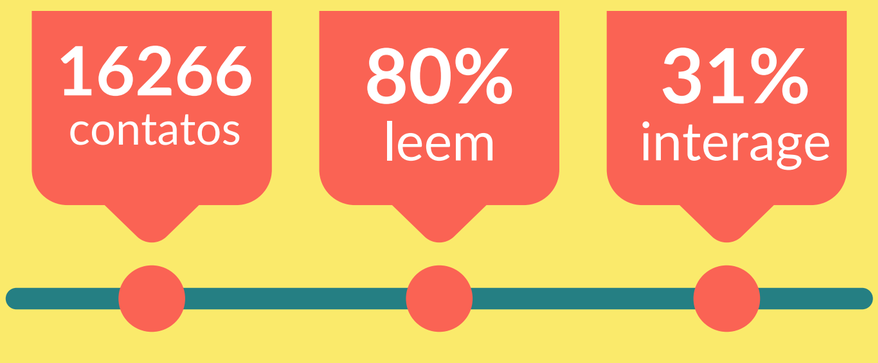
Realizamos um estudo prospectivo longitudinal para avaliar a efetividade da captação, do engajamento e da satisfação dos usuários (NPS) após 3 meses de implantação da plataforma integrada ao WhatApp® com o apoio de inteligência artificial para entender necessidades e orientar soluções personalizadas

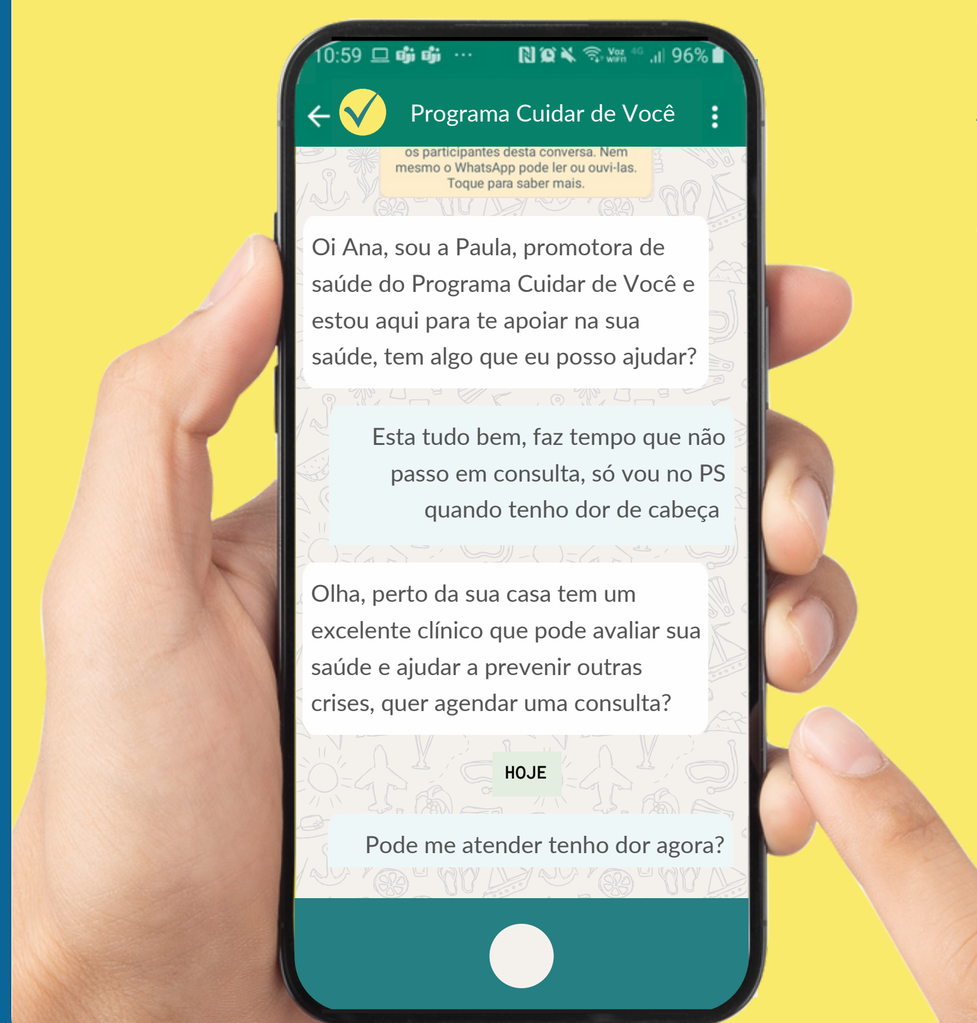
4 31% INTERAGIRAM, DESTES 51% TINHAM NECESSIDADES

A captação foi maior nas pessoas com internação em 3m (RR=1,9), consultas (RR =1,4), sinistro acima da média (RR=1,3) e uso de PS (RR=1,2). 3790 (51%) tinham necessidades como dúvidas de saúde (n=2011), busca por profissionais médicos (1158) ou da equipe multiprofissional (394), problemas de saúde agudos (227) ou questões administrativas (237).

5 QUANTO MAIS NECESSIDADES, MAIOR ENGAJAMENTO

Após a 1ª interação, 1434 usuários com necessidades foram navegados. Os médicos indicados foram considerados bons por 69% dos usuários (490 avaliações).





O algoritmo foi criado com 2140 tokens de 2509 mensagens (69% com necessidade). Treino/teste = 70/30. A AUC foi 0,98 no treino e 0,96 no teste. A acurácia foi 0,96 no treino e 0,92 no teste.

A coordenação de cuidado por WhatsApp apoiada por inteligência artificial é efetiva para captar e engajar os usuários, principalmente os que utilizam mais serviços.

93 NPS

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

USO DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS BIOSSIMILARES E SIMILARES NA OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DO RS

ALEXANDRE OLIVEIRA, ARIELEN DAGOSTIM BORGES, CAMILA FISCHER E GUILHERME BECKER

INTRODUÇÃO

O aumento de novos casos de câncer traz desafios no desenvolvimento de novas tecnologias, principalmente na área de medicamentos. O tratamento antineoplásico representa impacto econômico significativo no sistema de saúde do país. Os medicamentos biossimilares e similares são moléculas que possuem custo menor quando comparado ao medicamento de referência. A busca pelo equilíbrio entre inovação e sustentabilidade é essencial para o sistema de saúde no Brasil, principalmente quando se trata de recursos na saúde suplementar e relacionamento institucional com operadoras que praticam tabelas próprias para o ressarcimento desses insumos.

Objetivo: Contribuir para a sustentabilidade de um hospital privado de grande porte no sul do Brasil, através da padronização de medicamentos oncológicos para convênios com tabela própria de ressarcimento e garantir a segurança, qualidade e eficácia do tratamento.

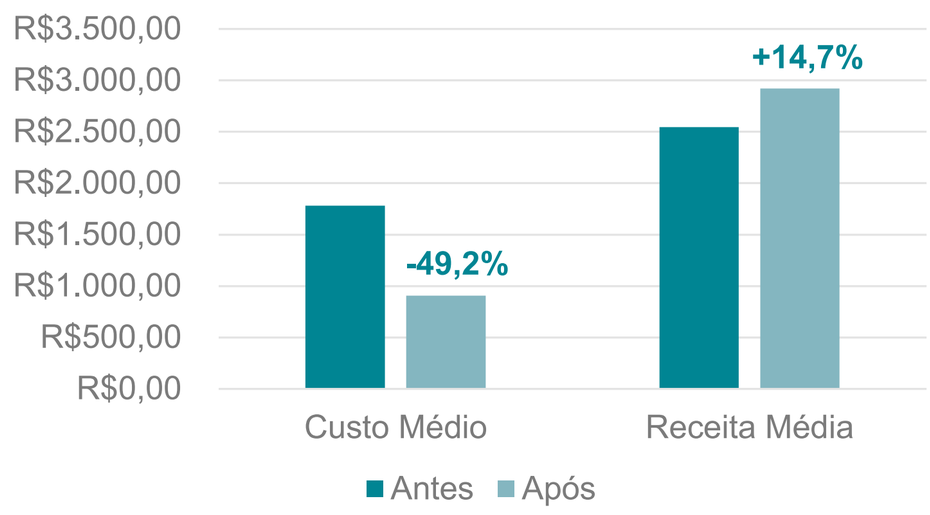
METODOLOGIA

Estabeleceu-se um comitê de padronização multidisciplinar específico, onde foi realizada a avaliação e padronização de 15 medicamentos oncológicos durante o período de junho de 2022 a junho de 2023. Nesse estudo foi avaliado a economia em custo e a receita proveniente das novas inclusões na padronização, que foram utilizadas em novos pacientes atendidos pelo hospital.

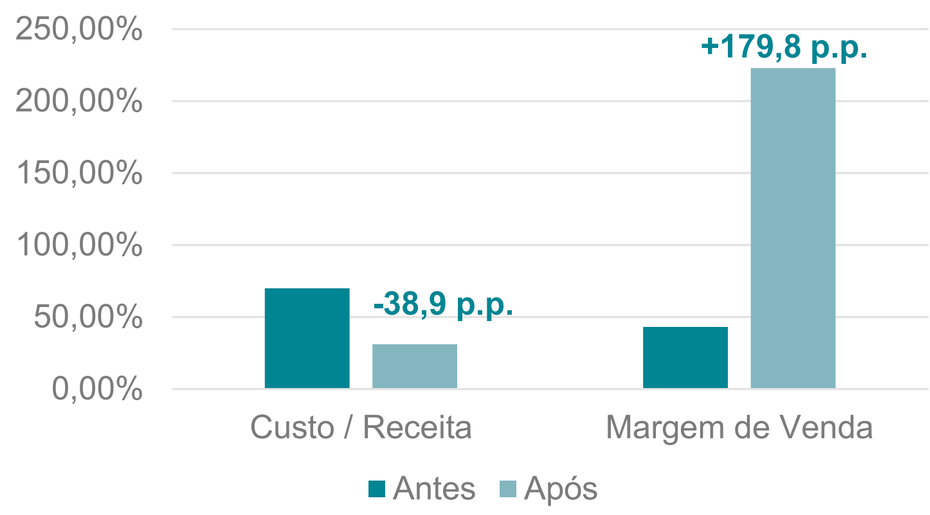
RESULTADOS

O custo médio dos medicamentos passou de R$ 1.781,13 para R$ 905,03, ou seja, uma redução de 49,2%. A receita média gerada, por sua vez, aumentou 14,7%, representando um valor de R$ 2.921,11.

O custo sobre a receita passou de 69,9% para 31% e a margem média de venda de 43% para 222,8%. A partir do uso dos novos medicamentos padronizados, não se observou notificações de reações adversas ou questões sobre a efetividade e segurança dos novos tratamentos.



Legenda: Impacto em Custo Médio e Receita Média após a nova padronização



Legenda: Indicador de quebras e sobras aproveitadas após o uso do selo estéril

CONCLUSÕES

A utilização de medicamentos padronizados especificamente para esses casos se mostrou como uma estratégia eficiente na redução do custo relacionado ao tratamento oncológico, com aumento da receita gerada e sem prejuízo ao paciente, garantindo a segurança, eficácia e qualidade do tratamento oncológico.

Nesse sentido, observou-se que a padronização específica ajuda a contribuir com a sustentabilidade do hospital, frente ao cenário econômico atual.

REFERÊNCIAS

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Custos da saúde: fatos e interpretações. 2017. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/custos-da-saude-fatos-e-interpretacoes>. Acesso em: 09 Set. 2023.

OTIMIZAÇÃO DO BLOCO CIRÚRGICO: DESBUROCRATIZAÇÃO E REDUÇÃO DE CUSTOS COM TECNOLOGIA RFID

Eduardo Fernando da Silva Souza, Tayne Rayalla Pereira de Sousa, Sinara Lucia Melo, Izabelly Cristina Serafim Santos

INTRODUÇÃO

A burocracia e a falta de agilidade no bloco cirúrgico podem afetar negativamente a eficiência e a segurança dos procedimentos. O uso da tecnologia, como o RFID, pode ser uma estratégia promissora para desburocratizar o processo de dispensação de itens e melhorar a qualidade do atendimento. Neste estudo, foi escolhido o kit cesariana como projeto piloto devido à sua alta ocorrência no hospital. O objetivo deste estudo foi melhorar a organização e agilidade no bloco cirúrgico, reduzindo erros de dispensação e aprimorando a segurança dos pacientes e da equipe médica.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas. Primeiramente, ocorreu a organização e unificação dos itens cirúrgicos em uma nova caixa de kit cesárea, reduzindo a circulação de materiais antes e após o procedimento. Em seguida, foi implementada uma etiqueta de identificação segura para garantir a correta identificação do paciente e dos materiais utilizados. Um carro de soros com soluções parenterais prontas para uso foi disponibilizado, com controle através de um painel eletrônico e reposição diária por meio de sistema de cota. Por fim, um dispensário com tecnologia RIFD permitiu o lançamento automático dos itens do kit diretamente na conta do paciente. Foi realizado um estudo prospectivo no período de 01 de maio a 27 de junho de 2022, coletando dados relacionados ao tempo cirúrgico, custo do procedimento e satisfação da equipe médica. Foram registrados 340 procedimentos utilizando a nova sistemática proposta.

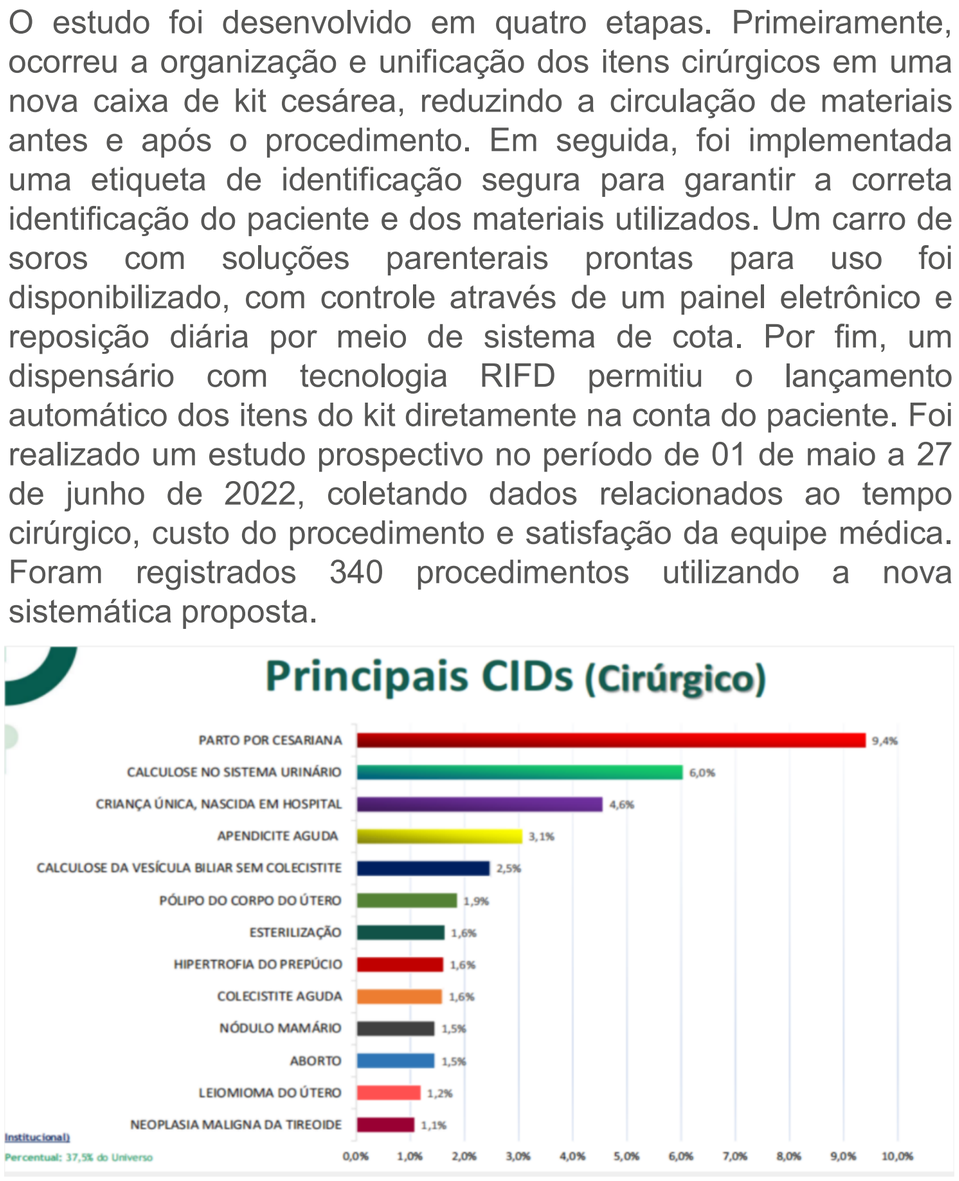


Figura 1 – Indice de ocorrência dos procedimentos no bloco cirúrgico.

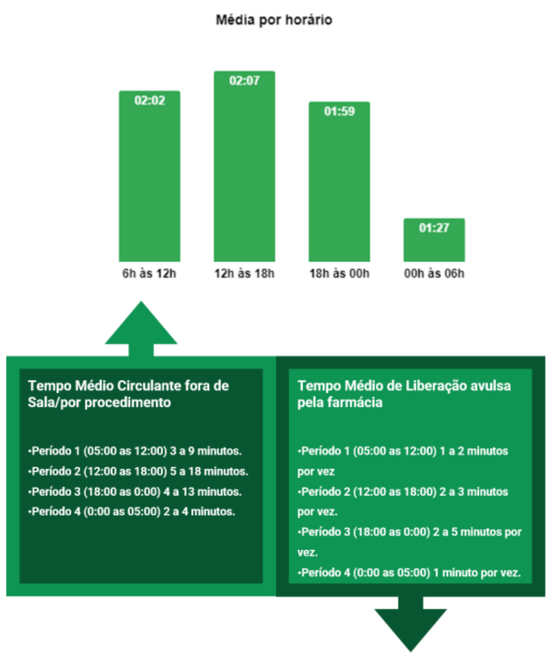


Figura 2 – Horários de cirurgias por período e tempo médio de liberação da farmácia e circulante na busca dos materiais.

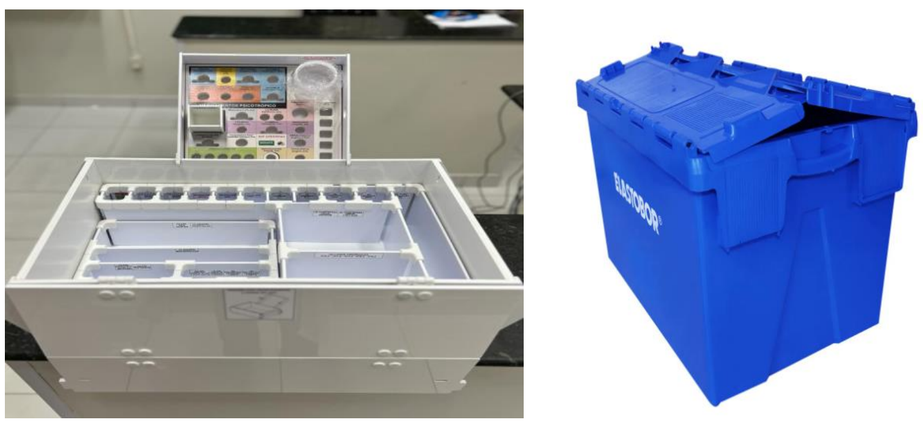


Figura 3 - Nova caixa cirúrgica e caixa de intubação de intercorrência adulto e pediátrica.

Figura 4 - Etiquetas de identificação segura.

Figura 5 – Painel de lançamento das soluções parenterais.

Figura 6 – Dispensário RFID com o novo KIT de cesárea.

RESULTADOS

Após análise dos dados coletados, observou-se uma redução média de 35 minutos (31,5%) no tempo de procedimento, com o maior tempo reduzido de 2 horas e 7 minutos para 1 hora e 45 minutos, e o menor tempo reduzido de 1 hora e 7 minutos para 47 minutos. Houve uma redução de 12,28% no custo do procedimento – considerando da internação até a alta do paciente – gerando um saving total de R$ 124.440,00. A equipe médica relatou maior satisfação com o novo sistema, destacando a organização e padronização do processo, além da melhoria na segurança do paciente.

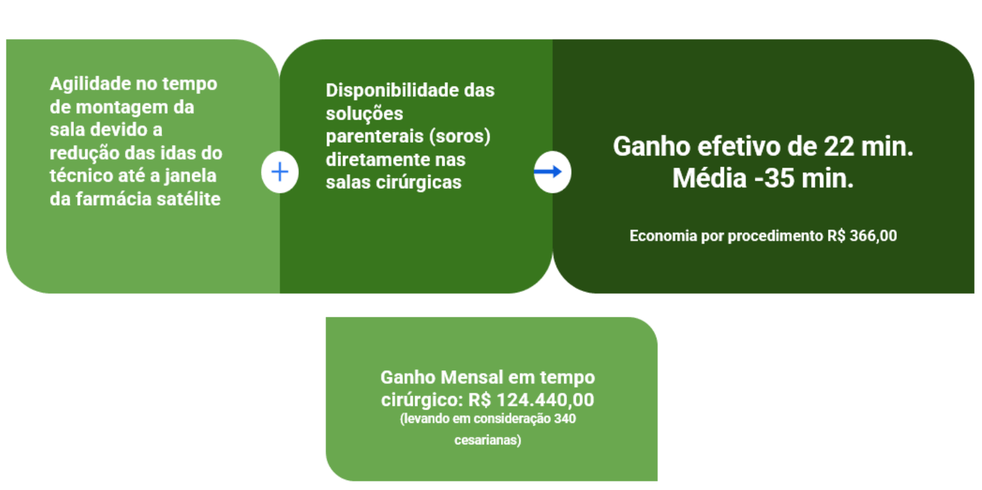


Figura 7 – Horários de cirurgias por período, tempo médio de liberação da farmácia e circulante na busca dos materiais e ganho mensal em tempo.

CONCLUSÕES

A implementação da tecnologia RFID e a alteração no fluxo de dispensação demonstraram resultados positivos, proporcionando maior agilidade, redução do tempo de procedimento e dos custos. Esses resultados indicam que a adoção desse processo pode melhorar a eficiência e qualidade do atendimento em procedimentos de cesariana, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, A. R. de M. et al. **A atuação do enfermeiro na segurança do paciente em centro cirúrgico de acordo com os protocolos de cirurgia segura e segurança do paciente**. Revista Presença, [S.l.], v. 4, n. 10, p. 1-28, mar. 2018.

LÓPEZ, Y. A.; FRANSSEN, J.; NARCIANDI, G. A.; PAGNOZZI, J.; ARRILLAGA, I. G. P; ANDRÉS, F. L. **RFID Technology for Management and Tracking: e-Health Applications.** Sensors, v. 18, p. 2663, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/s18082663>.

PAULO, C. H. O. **Dispensação e distribuição de medicamentos do Serviço Farmacêutico em um hospital universitário.** Revista de Administração em Saúde, v 5, n 21, p. 17-22, 2014

TUCKER, A. L. **The impact of operational failures on hospital nurses and their patients**. Journal of Operations Management, Wiley, v. 22, n. 2, p. 151–169, feb 2004.

PAINEL DE CONTROLE
“COMAND CENTER”

Charlles Rodrigues Soares, Bruna Martins Gouveia Anareli, Alessandra Bastos Borges

INTRODUÇÃO

Seguindo uma tendência do setor de saúde, o hospital implantou um novo sistema, desenvolvido a partir de uma Inteligência Artificial (AI), que busca agregar tecnologia às soluções de saúde, somando na tomada de decisões e na qualidade assistencial dos atendimentos prestados pela Instituição.

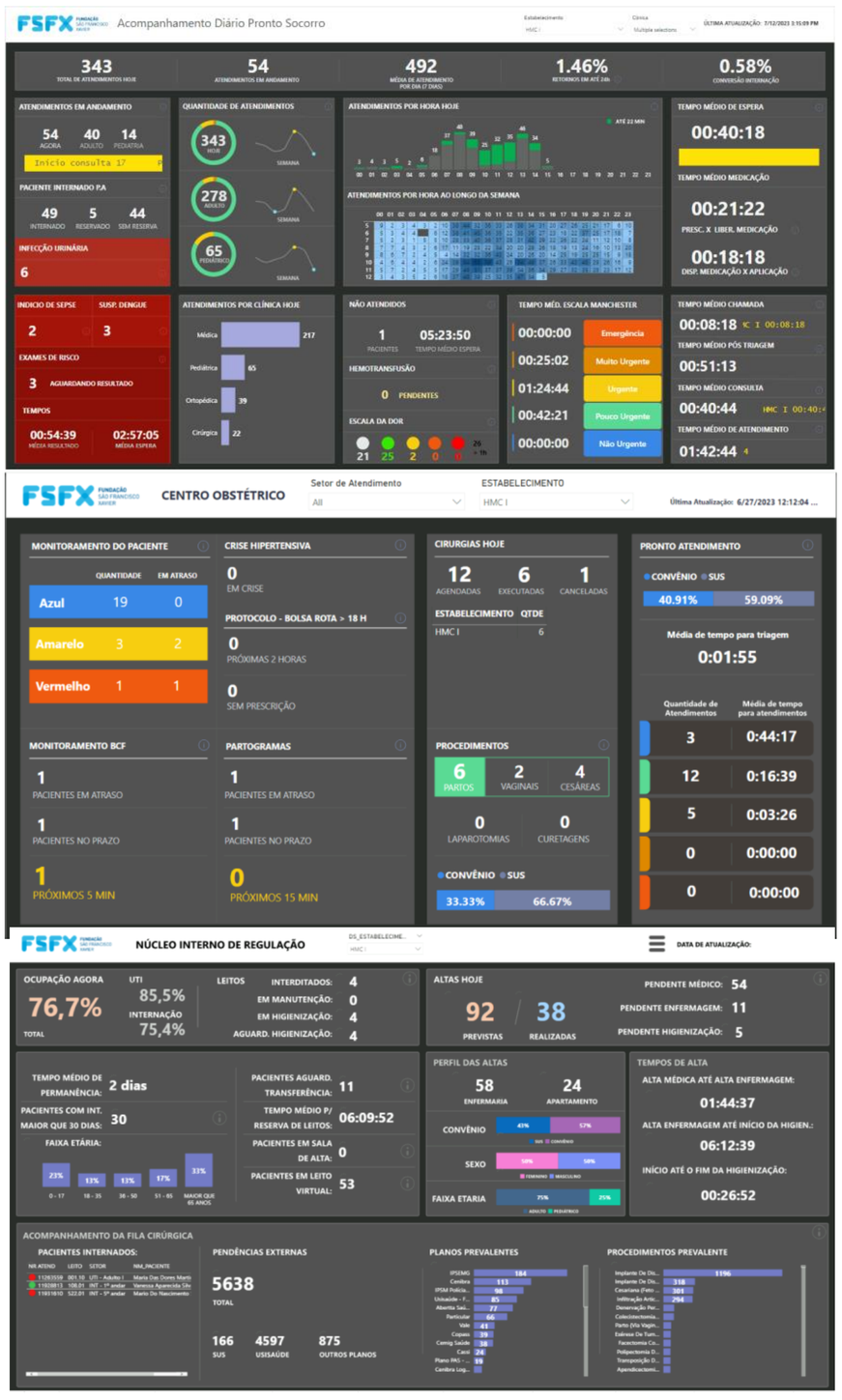
Trata-se de uma estrutura de Power BI desenvolvida com base nas informações do prontuário do paciente, trazendo um cruzamento de dados com possibilidade de análise e tomada de decisão para mudança de rota imediata. O propósito da *Comand Center* é realizar a possibilidade do *real time*, ter mudanças de conduta para melhorar os resultados no ponto de vista assistencial e gerencial, oferecendo aos gestores e equipe assistencial um apoio na tomada de decisão.

METODOLOGIA

Primeiramente foram identificados e priorizados os indicadores cruciais do ponto de vista da eficiência operacional e segurança assistencial, visando otimizar os resultados. Setores como Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI, Internação, Pronto Atendimento, Laboratório, Ambulatório, Oncologia, entre outros, tiveram suas informações estratégicas meticulosamente selecionadas para direcionar mudanças assertivas em relação a: taxa de ocupação de leitos, taxa de mortalidade, índice de infecção, tempo de atendimento, custo de atendimento, complexidade percentual, alterações em desfechos, preparação de salas cirúrgicas, indicadores de deterioração clínica, incidência de lesões, duração da permanência e rotatividade das salas, dentre outros.

Logo após, foi realizado o mapeamento completo da trajetória e dados dos pacientes que receberam atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva desde 2016. A partir da análise desses resultados, algoritmos específicos foram desenvolvidos.

Através de painéis interativos, os profissionais de saúde têm a capacidade de rastrear e mapear toda a trajetória do paciente. Isso envolve a correlação de informações detalhadas sobre as condições clínicas dos pacientes com seus históricos de atendimento. Essa compilação foi instrumentalizada para embasar ações estratégicas tanto no âmbito assistencial quanto gerencial, especialmente nas áreas consideradas críticas. Com isso, o hospital almeja aprimorar a assistência, garantindo respostas mais ágeis e eficazes.



Telas dos painéis de comando das áreas assistenciais.

RESULTADOS

Com base nos dados levantados, o profissional tem disponível informações relevantes e em tempo real, para apoiar no diagnóstico seguro e na definição da linha de cuidado.

Foi possível obter 100% da gestão do setor em tempo real, eliminando todos os casos de não conformidades pendentes por inatividade e 100% de redução de pacientes que estavam sem alta da equipe assistencial. Além disso, tornou-se possível o *Real time: a*companhamento em tempo real dos indicadores de desempenho, o que possibilitou uma gestão mais assertiva e uma tomada de decisão mais ágil.

Dentre os resultados obtidos, foram apresentados: melhoria da eficiência operacional, maior segurança assistencial, melhoria do giro da sala cirúrgica (setup cirúrgico), melhoria no acompanhamento do giro de leito nas UTIS e internação, maior previsibilidade do tempo de atendimento no pronto atendimento, melhoria no resultado na avaliação de agenda do ambulatório, garantia de priorização da assistência nos pacientes/gestantes em estado de deterioração, facilitação da identificação das prioridades e daqueles que se encontram fora do tempo de lançamento de medicação, dentre outros.

Vista de um dos painéis de Comando Central instalados no Centro Obstétrico.

Visão panorâmica da tela de Comando Central da Unidade de Cuidados Intensivos.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados apresentados, torna-se evidente que a implementação desse sistema promoveu uma transformação substancial na abordagem de gestão da instituição. Isso se traduziu em uma administração mais robusta e precisa, capaz de monitorar em tempo real os indicadores-chave de desempenho em todos os setores. Essa visão abrangente e precisa da situação facilitou a identificação de pontos de estrangulamento e oportunidades de aprimoramento nos processos.

Além disso, a iniciativa resultou em aprimoramentos significativos na gestão da qualidade e segurança do paciente. O monitoramento eficiente de um grande volume de eventos possibilitou a identificação de discrepâncias nos registros e um acompanhamento mais eficaz das não conformidades. Na próxima fase do projeto, vislumbra-se a constituição de uma central de comandos física, com profissionais presentes para avaliar as unidades em tempo real e fornecer suporte aos gestores na tomada de decisões.

Adicionalmente, na próxima fase a incorporação de um modelo de solução baseado em Inteligência Artificial abre a perspectiva de antecipar desfechos clínicos potenciais de pacientes, fundamentado na elaboração de um algoritmo preciso e confiável. Isso representa um passo significativo rumo a uma gestão ainda mais proativa e orientada pela excelência na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

KOPPEL, R. et al. The Impact of a Digital Dashboard in a Medical ICU. Critical Care Medicine, v. 46, n. 8, p. 1296-1301, 2018.

SERRALVO, F. A.; DE MATTOS, E. A.; BATISTA, N. A. Utilização de Tecnologia da Informação na Gestão Hospitalar: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS, v. 6, n. 3, p. 235-251, 2017.

Painel de Precaução e Isolamento de Pacientes com Bactérias Multirresistentes

Tiago Zequinão, Felipe Francisco Bondan Tuon, Eric Ricardo Alves Inamorato, Marcelo Silva da Silva

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) causadas por bactérias multirresistentes (BMR) são um desafio para os hospitais. O impacto causado pelas IRAS incide-se negativamente para o paciente e instituição, piorando prognóstico, aumentando tempo de permanência, custos diretos e indiretos. Se faz necessário tomar medidas preventivas para contenção da disseminação das BMR no ambiente hospitalar, rotinas já são bem estabelecidas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) [1]. Nesse sentido, os sistemas de informação e ferramentas computacionais podem auxiliar as CCIH, com centralização dos dados de internamento e laboratoriais, na engenharia e regras de negócio, e visualização de informações estratégicas.

METODOLOGIA

A base foi estruturada em SQL Server, utilizando dados integrados do sistema do laboratório de análises clínicas com o sistema de informação hospitalar e dados do internamento. Os casos que alimentam a base são de pacientes internados que possuem resultado positivo para exames de cultura bacteriana, juntamente de uma regra gatilho, definido pela combinação da espécie da bactéria e resistência à antibióticos selecionados. Os principais campos que compõe a base são, nome e identificador do paciente, quarto e leito atual, material coletado, resultado de identificação da bactéria, resistência detectada, resultados do teste de susceptibilidade aos antibióticos, data e local da coleta, antibióticos dispensados por internamento e precauções de internamentos anteriores. A partir da base de dados, os painéis de visualização em BI foram desenvolvidos de forma que contivessem a visão geral de casos de BMR, mapa atual do hospital com diferenciação de pacientes com BMR, visão detalhada por paciente e relatório estruturado para extração.

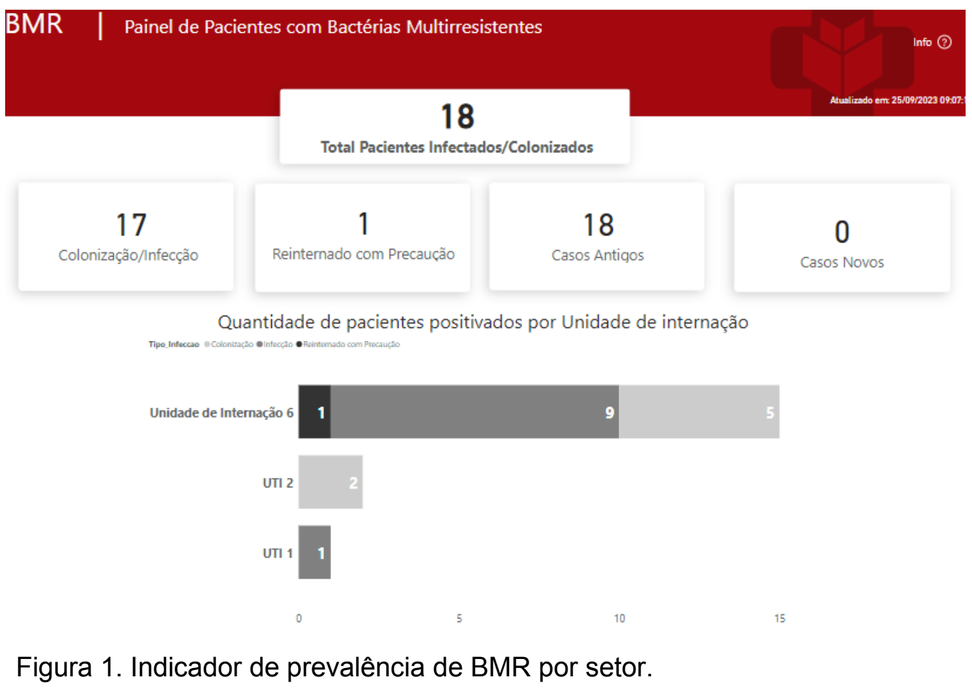


Figura 1. Indicador de prevalência de BMR por setor.

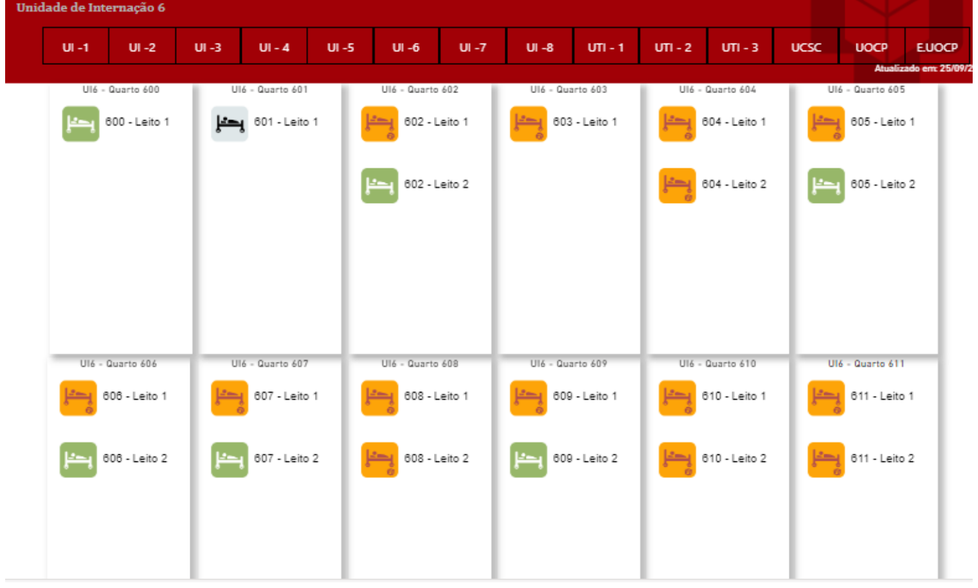


Figura 2. Mapa de BMR por setores.

RESULTADOS

O sistema detectou 90% dos casos de BMR: bacilos Gram-negativos resistentes aos carbapenêmicos, S. aureus resistente à meticilina (MRSA) e enterococos resistentes à vancomicina (VRE), ou precauções previamente registradas nos 365 dias. Os casos não detectados, são relacionados às falhas na integração dos dados do laboratório com o sistema hospitalar. As 3 visualizações desenvolvidas aprofundam o detalhamento dos casos. A primeira é um indicador de prevalência por setor; a segunda é um mapa, o qual traz todos os leitos com pacientes infectados/colonizados em tempo real; a terceira é um detalhamento, contendo o histórico de culturas positivas, jornada e antibióticos utilizados; e a quarta é uma tabela de dados que pode ser exportada. O painel tem atualização automática diariamente, sem necessidade de o usuário inserir dados.

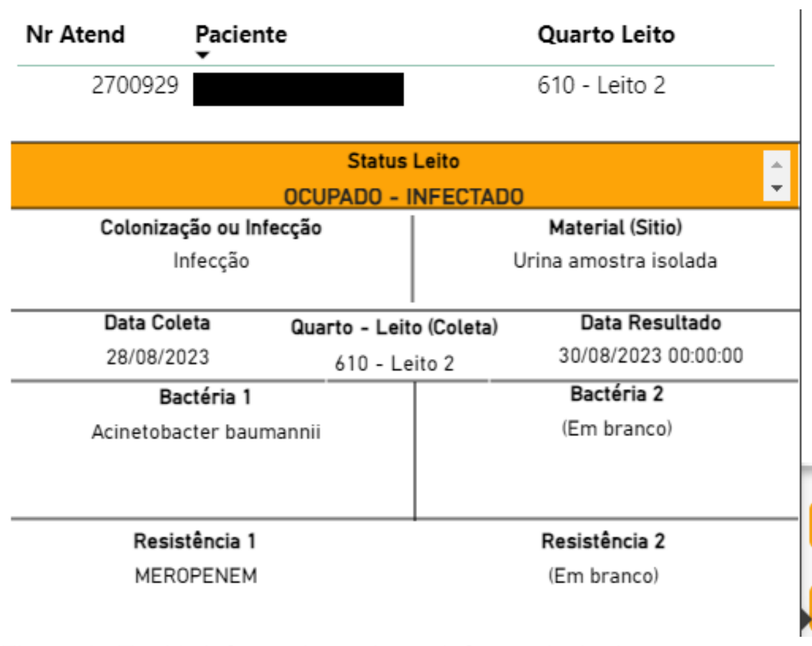


Figura 3. *Tooltip* informativo sobre a infecção/colonização.

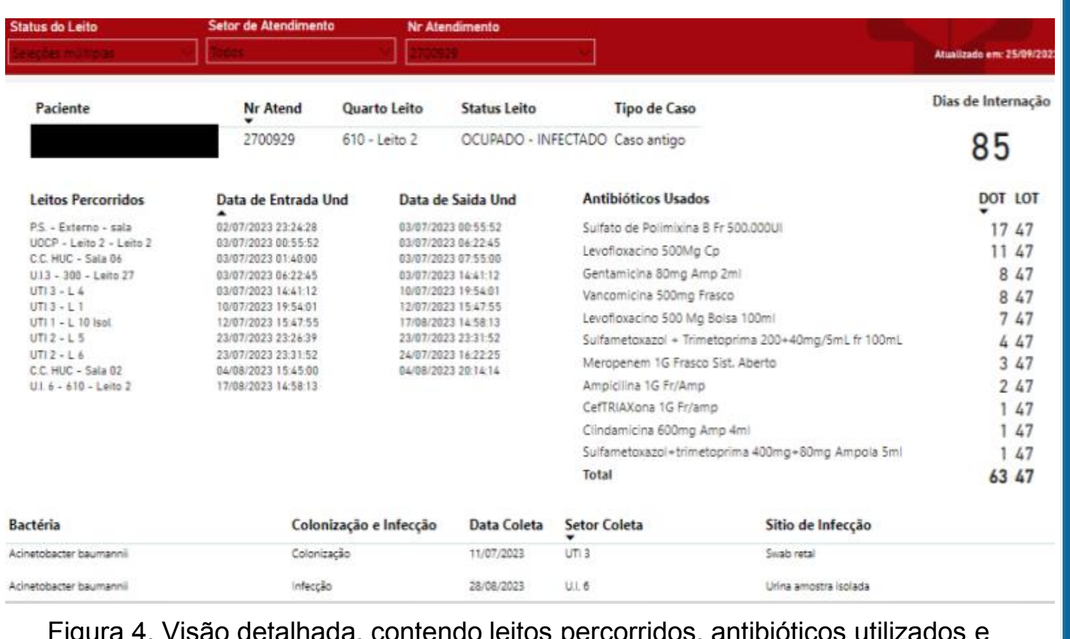


Figura 4. Visão detalhada, contendo leitos percorridos, antibióticos utilizados e total de isolados, por paciente.

CONCLUSÕES

O Painel de Precaução e Isolamento de Pacientes com Bactérias Multirresistentes mostrou-se uma ferramenta robusta e interativa, para detecção de novos casos de pacientes infectados e colonizados. Bem como, tornou-se um centralizador de dados laboratoriais e do internamento. A ferramenta possuí potencial para reduzir tempo de coleta de informações pela CCIH, geração de relatórios, e auxílio na tomada de decisões de isolamento.

REFERÊNCIAS

[1] GIDEY, Kidu et al. Clinical and economic burden of healthcare-associated infections: A prospective cohort study. Plos one, v. 18, n. 2, p. e0282141, 2023.

PARAMETRIZAÇÃO DE SISTEMA INFORMATIZADO HOSPITALAR COMO FERRAMENTA PARA REDUÇÃO DE RISCOS

Aline Rezende, Denise Isabella de Carvalho Vieira, Eliana Guadalupe Morganti do Lago, Vanessa de Oliveira Camandoni

INTRODUÇÃO

A quimioterapia é uma modalidade importante de tratamento do câncer, mas muitos agentes quimioterápicos são conhecidos por causarem efeitos colaterais indesejáveis, como náuseas e vômitos. A incidência e a intensidade desses efeitos variam de acordo com o medicamento utilizado e a sensibilidade individual do paciente. Para garantir um tratamento mais efetivo e minimizar os efeitos adversos, o uso de cadastros em um sistema operacional pode ser uma ferramenta valiosa para padronizar e reduzir os riscos de inconsistências nas prescrições de antineoplásicos em uma instituição hospitalar.

OBJETIVO

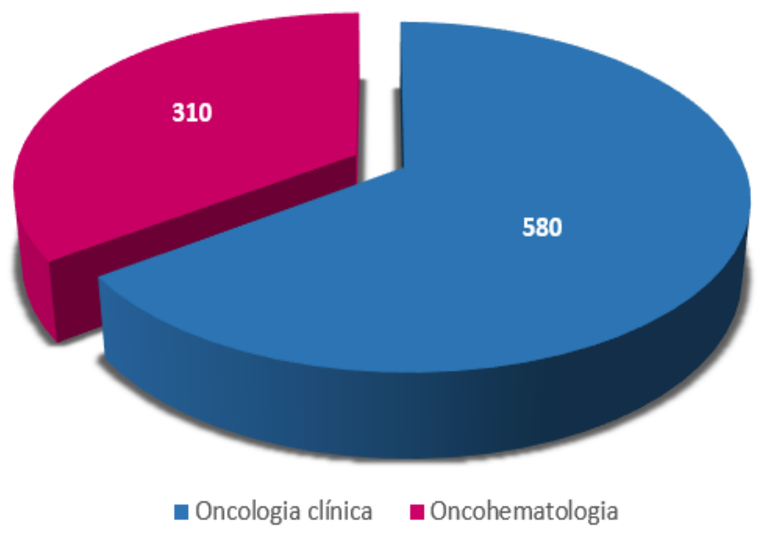
Minimizar os riscos de desenvolvimento de reações adversas como náuseas e vômitos em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico, através da adequação de cadastros de esquemas terapêuticos de acordo com o perfil emetogênico dos fármacos que compõem os protocolos, conforme preconizado em literatura médica.

METODOLOGIA

Realizada pesquisa na literatura especializada com diretrizes nacionais e internacionais para o manejo de náuseas e vômitos associados à quimioterapia, para avaliação e padronização dos critérios institucionais a serem seguidos. Foi extraído um banco de dados do sistema operacional hospitalar com todos os protocolos antineoplásicos cadastrados e realizada então a adequação de acordo com os padrões pré definidos.

RESULTADOS

No período entre março e outubro de 2022, um total de 890 protocolos oncológicos foram revisados e atualizados no sistema operacional da instituição, sendo 580 oncológicos e 310 oncohematológicos. A partir de então, os novos protocolos prescritos estiveram adequados e padronizados com as melhores práticas clínicas quanto à terapia antiemética.



Total de protocolos enquadrados no perfil de alto e moderado poder emetogênico que foram revisados e corrigidos no período de março a outubro 2022.

CONCLUSÕES

O uso de cadastros em um sistema operacional para padronizar protocolos clínicos e minimizar riscos em prescrições de quimioterapia é uma estratégia importante para melhorar a segurança e a eficácia do tratamento antineoplásico. Esse modelo de sistema oferece um registro padronizado de informações, acesso rápido a dados farmacoterapêuticos, alertas de segurança e a possibilidade de atualizações contínuas. Ao garantir uma abordagem personalizada e informatizada, o sistema pode contribuir para um tratamento farmacoterapêutico mais efetivo e uma melhor qualidade de vida para os pacientes que realizam quimioterapia.

REFERÊNCIAS

Ettinger, D. S., *et al*. Antiemesis - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Version 2.2022 — March 23, 2022. Disponível em: https://www.nccn.org/guidelines /recently-published-guidelines. Acesso em: 06/01/2022.

Hesketh, P. J., *et al*. Antiemetics: ASCO Guideline Update - *Journal of Clinical Oncology* 38, no. 24 (August 20, 2020) 2782-2797. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/ JCO.20.01296?role=tab. Acesso em: 06/01/2022.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465 DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021. Rol de procedimentos e eventos em saúde. Anexo II - Diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/o-que-seu-plano-deve-cobrir/Anexo_I_Rol_2021RN_465.2021_RN473.pdfa. Acesso em: 06/01/2022.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO FRENTE AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Augusto Baisch de Souza, Lucas Henrique Rosso, Sidiclei Machado Carvalho, Tiago Claro Maurer.

INTRODUÇÃO

PARA EXCELÊNCIA NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA É A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE. A EQUIPE DE ENFERMAGEM TEM UM PAPEL FUNDAMENTAL NO CUIDADO, VISANDO CONSTANTEMENTE APRIMORAR A ASSISTÊNCIA E IDENTIFICAR PONTOS PARA MELHORIAS NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE.

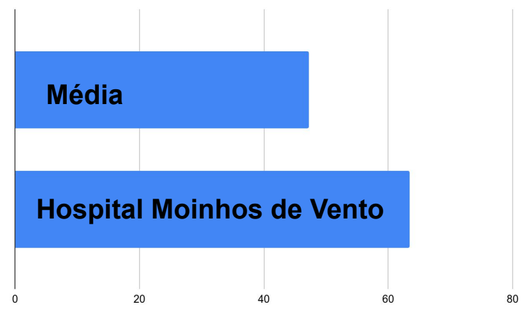
METODOLOGIA

O OBJETIVO DO TRABALHO FOI AVALIAR A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO POR MEIO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE.

DESSA FORMA, REALIZOU-SE UM ESTUDO TRANSVERSAL E RETROSPECTIVO CONDUZIDO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO SUL DO BRASIL. OS DADOS FORAM COLETADOS EM JULHO DE 2023 NO SISTEMA INFORMATIZADO REFERENTE AO PERÍODO DE JUNHO DE 2023. DESTACA-SE QUE APÓS A VISITA AO SERVIÇO O CLIENTE RECEBE UM FORMULÁRIO PARA AVALIAR A SATISFAÇÃO FRENTE AO SERVIÇO, INCLUINDO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PESQUISA APROVADA PELO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, REGISTRO NÚMERO 3.255.989.

RESULTADOS

A AMOSTRA FOI COMPOSTA POR 532 RESPONDENTES ADULTOS COM IDADE MÉDIA DE 52 ANOS, SENDO 58,46% (N=311) DO SEXO FEMININO, 37,59% (N=200) MASCULINO E 0,18% (N=1) NÃO INFORMADO. CONSTATOU-SE QUE 85,53% (N= 455) FOI RESPONDIDO PELO PACIENTE E 14,47% (N=77) POR OUTRA PESSOA. A SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM RELAÇÃO À EQUIPE DE ENFERMAGEM FOI DE 8,6. AMPLIANDO ESTA CATEGORIA E COMPARANDO COM A PLATAFORMA DE INSTITUIÇÕES, OUTROS ITENS AVALIADOS REFERENTE AO CUIDADO DE ENFERMAGEM, FORAM: CORDIALIDADE E RESPEITO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM SUA PRIVACIDADE QUE ATINGIU NOTA DE 8,9 (MÉDIA PLATAFORMA DE COMPARAÇÃO: 9,0); CLAREZA NAS INFORMAÇÕES DADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM APRESENTOU RESULTADO DE 8,6 (MÉDIA PLATAFORMA DE COMPARAÇÃO: 8,6); PRONTIDÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO FOI AVALIADO COM 8,5 (MÉDIA PLATAFORMA DE COMPARAÇÃO: 8,6); CONTROLE DA SUA DOR REALIZADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM CONSTATOU SATISFAÇÃO DE 8,4 (MÉDIA PLATAFORMA DE COMPARAÇÃO: 8,9); E PREOCUPAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O SEU CONFORTO FOI DE 8,4 (MÉDIA PLATAFORMA DE COMPARAÇÃO: 8,5). SALIENTA-SE QUE O NET PROMOTER SCORE (NPS) DO MÊS EM ESTUDO FOI DE 63,5, EM COMPARAÇÃO AO MESMO PERÍODO A MÉDIA COMPARATIVA FOI DE 47,3, VARIAÇÃO POSITIVA DE 16,2.



CONCLUSÕES

OBSERVA-SE QUE OS CLIENTES ENCONTRAM-SE SATISFEITOS COM A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, NO ENTANTO, BUSCA-SE CONSTANTEMENTE O APRIMORAMENTO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL A FIM DE ELEVAR AINDA A EXCELÊNCIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS E A FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES AO SERVIÇO.

REFERÊNCIAS

Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente: DOI: 10.15343/0104-7809.20113319331. Mundo Saude [Internet]. 1º de julho de 2011 [citado 25º de setembro de 2023];35(3):319-31. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/552.

PLANEJAMENTO DE DISTRIBUIÇÃO COMO VALOR AGREGADO NA CENTRALIDADE DO PACIENTE

Christiano Braga, Severino Moura, Lizete Vitorino, Aline Almeida

INTRODUÇÃO

Em 2021, foi introduzido um novo modelo de planejamento, onde ao longo do dia passaram a ser realizadas 3 programações.

METODOLOGIA

A primeira programação passou a ser realizada no início da manhã com os itens críticos.

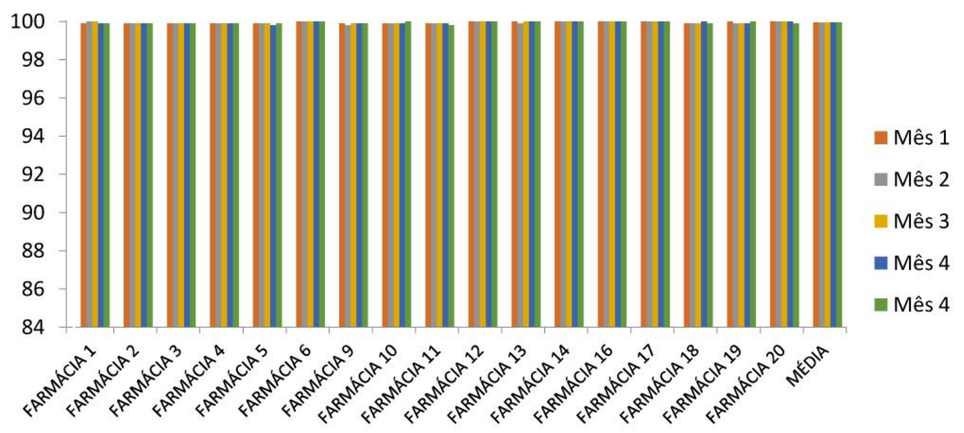
A segunda programação passou a ser feita em sequência com os itens de nível baixo.

No turno da tarde, a terceira programação novamente com os itens críticos.

Toda a escala de trabalho precisou ser revista e redefinida. Assim, as farmácias passaram a receber os itens críticos prioritariamente, conforme a roteirização logística.

RESULTADOS

O hospital, até 2021, tinha um Nível de Serviço (NS) de 97,2% e passou para 99,9%,



CONCLUSÕES

Esse resultado eliminou as rupturas na dispensação de MATMED no complexo hospitalar

REFERÊNCIAS

BALLOU, R. Gerenciamento da cadeia de suprimentos/Logística empresarial. 5ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006; BARBIERI, J. C., MACHLINE, C. Logística Hospitalar: teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2017; BOWERSOX, D. J; CLOSS, D. J; COOPER, M. B; BOWERSOX, J. C. Gestão logística da cadeia de suprimentos. Porto Alegre: Bookman, 2014; GRANT, D. B. Gestão de logística e de cadeia de suprimentos. 1ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2013; GASNIER, D. Manual SIO para a otimização de atendimentos & estoques. Maringá: Editora MAG, 2016.

PLATAFORMA DE GESTÃO DA SAÚDE E MONITORAMENTO DO CUIDADO

VANDERLEIA DA ROCHA SCHARB CERESER; VERONICA LUBIAN; ESSARA CAMPESATO FONTES; VANESSA MACHADO RODRIGUES

INTRODUÇÃO

BUSCANDO A GESTÃO DO CUIDADO, UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE/RS IMPLANTOU EM 2020 UM AMBULATÓRIO DE CUIDADO DO COLABORADOR COM OBJETIVO MONITORAMENTO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE SEUS FUNCIONÁRIOS E IMPLANTAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DE MONITORAMENTO.

O AMBULATÓRIO NOMEADO SAÚDE PLENA MOINHOS (SPM) SEGUE AS PREMISSAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SENDO QUE CONTA COM UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (MÉDICOS DE FAMÍLIA, ENFERMEIRA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, ASSISTENTE DE ATENDIMENTO, NUTRICIONISTA, PSICÓLOGO E NEUROLOGISTA ESPECIALISTA EM COLUNA).

METODOLOGIA

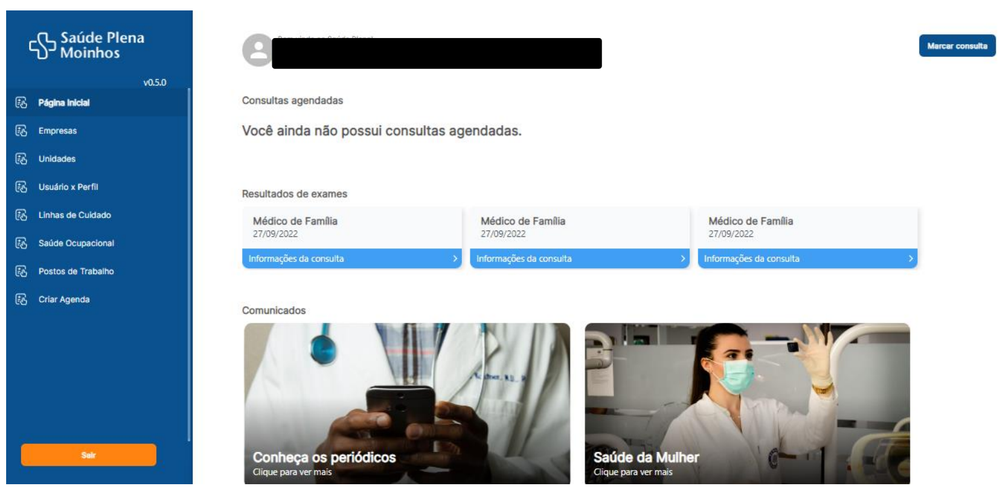
PARA QUALIFICAR O ATENDIMENTOS E FAZER A GESTÃO DA SAÚDE, FOI IMPLANTADO UM SERVIÇOS DE CUIDADO EXCLUSIVO PARA OS COLABORADORES.

NO AMBULATÓRIO É REALIZADO DE CITOPATOLÓGICO, APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS, PROCEDIMENTOS DE BAIXO COMPLEXIDADE, COMO CURATIVOS E LAVAGEM OTOLÓGICA. TODA A ESTRUTURA E SERVIÇOS PRESTADOS ESTÃO À DISPOSIÇÃO DO COLABORADOR, SEM CUSTO NOS ATENDIMENTOS.

OS PACIENTES CRÔNICOS SÃO MONITORADOS PELA ENFERMEIRA NAVIGATOR, PARA ACOMPANHAMENTO E ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONSULTAS E EXAMES. DESTA FORMA SURGIU A NECESSIDADE DE UMA PLATAFORMA MOBILE ONDE O COLABORADOR TERÁ ACESSO AO SEU PERFIL DE SAÚDE, ACOMPANHAMENTOS, LINHAS DE CUIDADO, CONSULTAS AGENDADAS, PERIÓDICOS E EXAMES.

A PLATAFORMA CONTA COM UMA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO, ONDE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR FARÁ OS REGISTROS E O MONITORAMENTO DA SAÚDE DO COLABORADOR. ESTÁ SENDO IMPLANTADA EM SETEMBRO/2023.

O COLABORADOR CONSEGUIRÁ AGENDAR SUAS CONSULTAS E ACOMPANHAR SEU PERFIL DE SAÚDE PELA PLATAFORMA COM ACESSO NO PRÓPRIO CELULAR.



Página inicial de acesso plataforma de Gestão do Saúde Plena Moinhos.

Figura que ilustra a plataforma que permitirá acesso dos dados tanto pelo celular como computador.

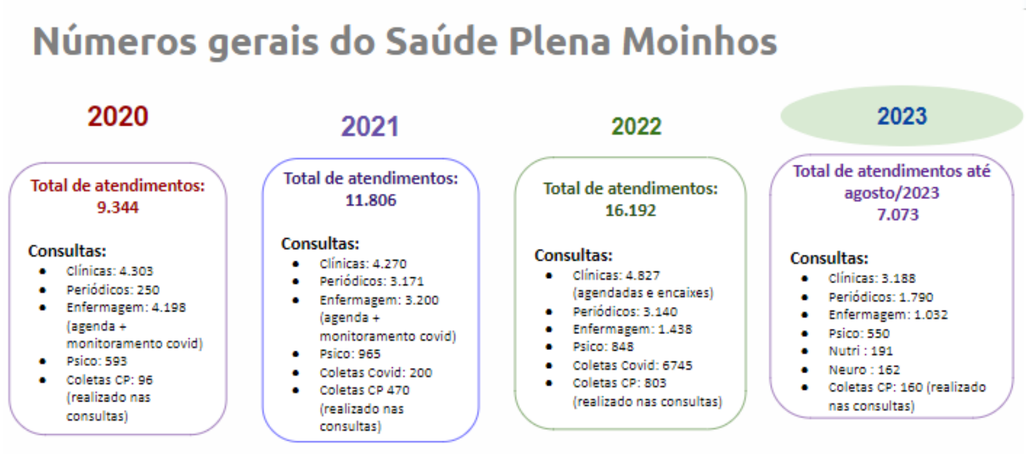
RESULTADOS

RESULTADOS ESPERADOS COM O USO DA PLATAFORMA PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR:

A) TER UMA PLATAFORMA COM AS TODAS AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO COLABORADOR
B) CUIDADO VOLTADO PARA A PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO DE TODOS OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO.
C) GERENCIAMENTO DO CUIDADO PRESTADO

RESULTADOS ESPERADOS PARA OS COLABORADORES:

A) TODO COLABORADOR TER UM MÉDICO DE REFERÊNCIA.
B) MONITORAMENTO E GESTÃO DO CUIDADO REALIZADO PELO PRÓPRIO PACIENTE
C) REDUÇÃO DE CUSTOS COM O PLANO DE SAÚDE.
D) AGENDAMENTOS E ACOMPANHAMENTOS DE CONSULTAS
E) ATUALIZAÇÃO DO SEU PERFIL DE SAÚDE COM O PREENCHIMENTO DA PESQUISA DE QUALIDADE DE VIDA



Resultados dos atendimentos da equipe multidisciplinar dos 04 anos do SPM.

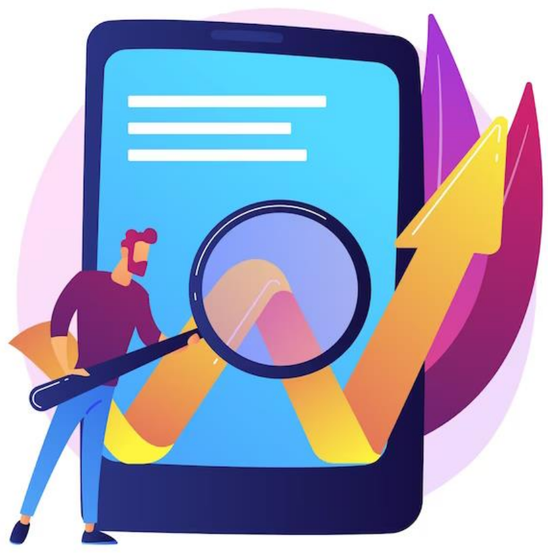


Figura demonstrando o monitoramento de resultados.

CONCLUSÕES

A PLATAFORMA COM A POSSIBILIDADE DE GERAÇÃO DE RELATÓRIOS E ACOMPANHAMENTO DE DESFECHOS DAS LINHAS DE CUIDADO, ONDE O SISTEMA EMITE NOTIFICAÇÕES AOS COLABORADORES, PARA RETORNAR AO AMBULATÓRIO SPM PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO DE SUA SAÚDE. TODO O PROCESSO VAI IMPACTAR NA OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE DA INSTITUIÇÃO, IMPACTANDO NA REDUÇÃO DO CUSTO DO PLANO DE SAÚDE, NA SATISFAÇÃO E RETENÇÃO DOS TALENTOS, SENDO QUE ATUALMENTE O NPS DO SAÚDE PLENA MOINHOS CHEGOU A 95%, E EVITOU GASTO COM O PLANO DE SAÚDE R$ 2.234.482,00.

PLATAFORMA DIGITAL DE ORQUESTRAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO: PROPOSTA DE VALOR E RESULTADOS

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Ricardo Clemente, Carlos Kramer, Alexandre Fernandes, Ana Laura Caiado Canedo

INTRODUÇÃO

Esse trabalho apresenta a proposta de valor e os resultados da utilização de um software de orquestração de linhas de cuidado. Os primeiros resultados foram obtidos por hospitais e clínicas especializadas em oftalmologia e câncer.

OBJETIVO

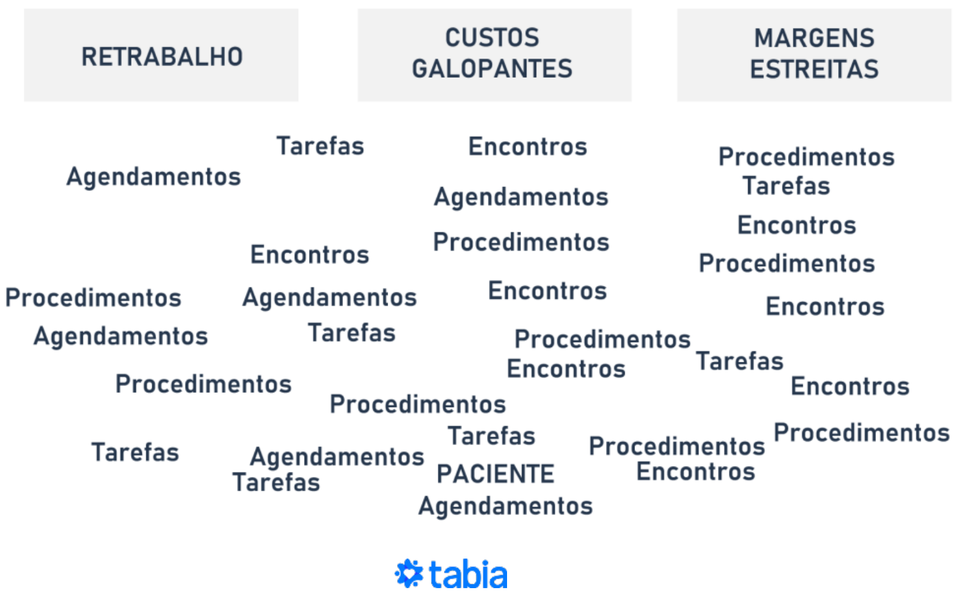
A solução é uma plataforma digital (SaaS) para orquestração de linhas de cuidado, associada à inteligência inteligência artificial. A plataforma permite (1) maximizar a aderência dos pacientes ao tratamento e, com isso, (2) ajudar a obter melhores desfechos para os pacientes; (3) combater o under e o overtreatment, provendo visibilidade e compliance da conduta médica em relação aos protocolos médicos padrão-ouro, (4) aumentar a eficiência operacional e a maturidade da gestão do prestador, reduzindo abandonos, atrasos e remarcações, e provendo resolutividade, previsibilidade e economicidade e (5) transparência na relação com as operadoras de saúde.

METODOLOGIA

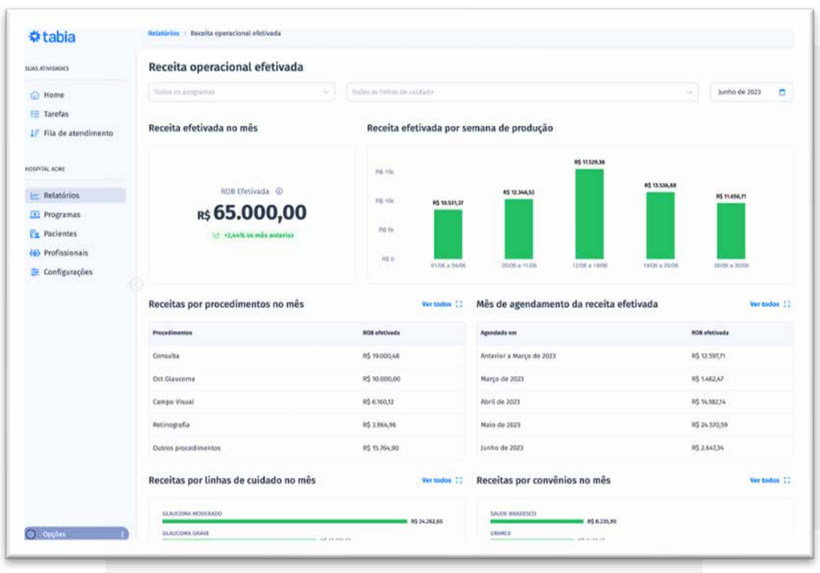
Linhas de cuidado são pré-configuradas no sistema e representam digitalmente toda a jornada de tratamento do paciente. Estas linhas de cuidado seguem as melhores práticas dos principais órgãos nacionais e internacionais. Além disso, o prestador de serviço de saúde pode customizá-las facilmente conforme necessário. Após o diagnóstico médico, a associação uma linha de cuidado faz com que um plano de tratamento individualizado seja instanciado para cada paciente. Este plano contém as consultas, exames, procedimentos e cirurgias projetadas no tempo futuro. É papel do time de cuidado engajar os pacientes neste plano, garantindo sua execução o mais próximo do planejado, e quando necessário, revisar o plano junto ao time médico responsável.

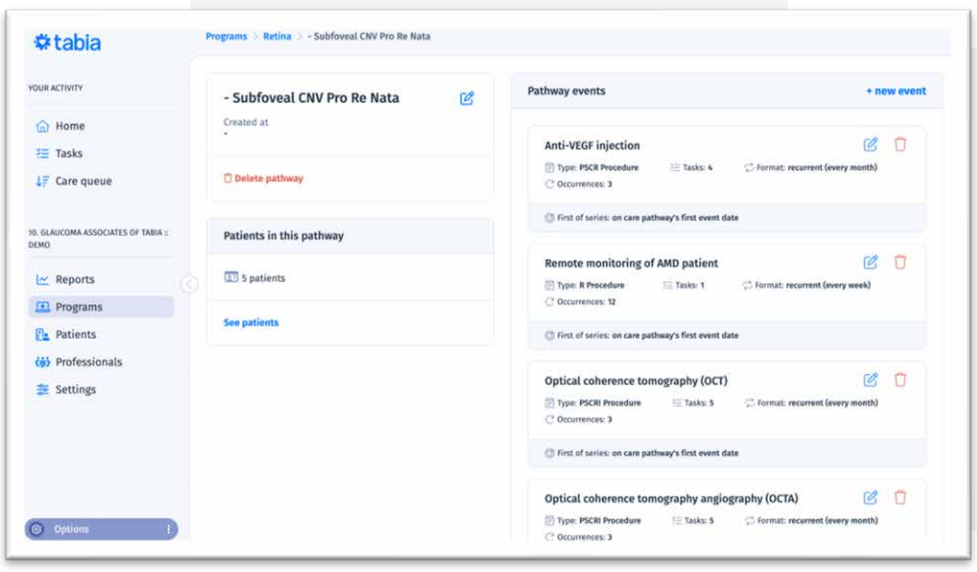
RESULTADOS

Notou-se que a aderência ao tratamento dos pacientes registrados na plataforma dobrou, com aumento da receita operacional bruta dos clientes em cerca de 15%. Os clientes também conseguiram gerenciar o triplo de pacientes com o mesmo time de cuidado. O número de glosas também se reduziu em 20% com a maior transparência dos dados de prestação.



A ferramenta Tabia entrega resultados operacionais que impactam pacientes, corpo clínico, gestores e resultados executivos.





A plataforma Tabia permite a orquestração de linhas de cuidado, articulando a gestão clínica entre equipes multidisciplinares em tempo real.

CONCLUSÕES

A gestão do cuidado em doenças crônicas é uma atividade crítica para que o desfecho clínico seja o melhor possível. A empresa é pioneira globalmente em soluções digitais para gestão de doenças crônicas em oftalmologia e câncer e seus casos em clínicas e hospitais no Brasil e nos EUA têm mostrado resultados robustos do ponto de vista clínico e de negócio.

PLATAFORMA PARA AVALIAÇÃO RÁPIDA DE EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA

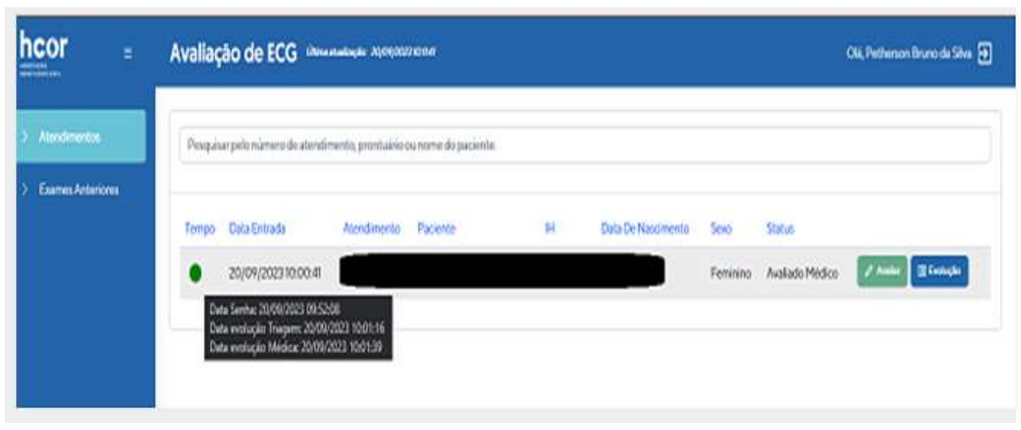
Petherson Bruno da Silva, Bernardo Noya Alves de Abreu, Edgar Ferreira dos Santos Junior, Bruno Camargo

INTRODUÇÃO

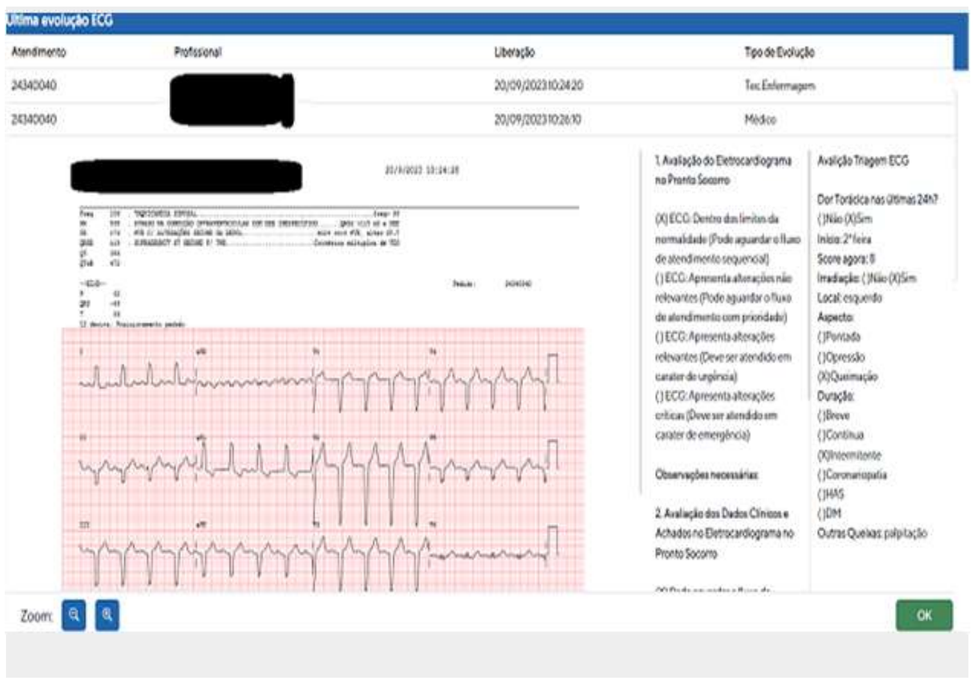
Este projeto foi criado em decorrência de uma necessidade de alta prioridade do setor de Pronto Atendimento. O cenário era de um processo manual, com muitas impressões, muito tempo para avaliação e riscos com qualquer danificação ou perda do exame impresso.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da plataforma utilizamos a metodologia ágil, com entregas a cada homologação e processo de melhoria continua conforme o uso e maturidade da equipe com a ferramenta. Fizemos um processo com a gestão e os colaboradores da ponta que de fato usam a ferramenta (Médicos, Enfermeiros, Tec. Enfermagem), coletamos as melhorias e fluxos tanto sistêmicos quanto fluxo físico do local a fim de melhorar a comunicação e integração das pessoas em manter as informações de forma rápida, segura e com finalidade sustentável.



Print de tela da plataforma com os tempos de retirada de senha, avaliação da triagem e avaliação médica

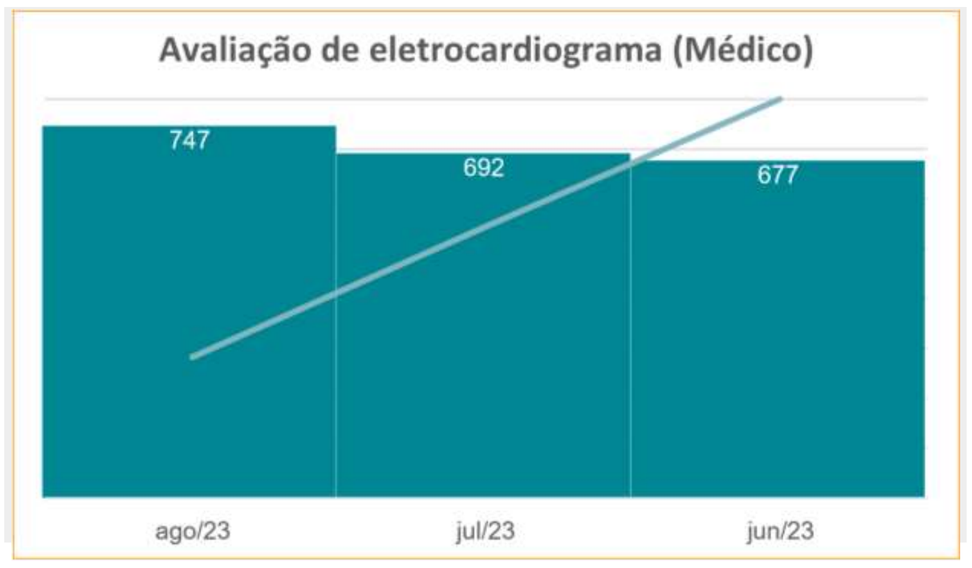


Print de tela da plataforma com as evoluções feitas, e seus recursos.

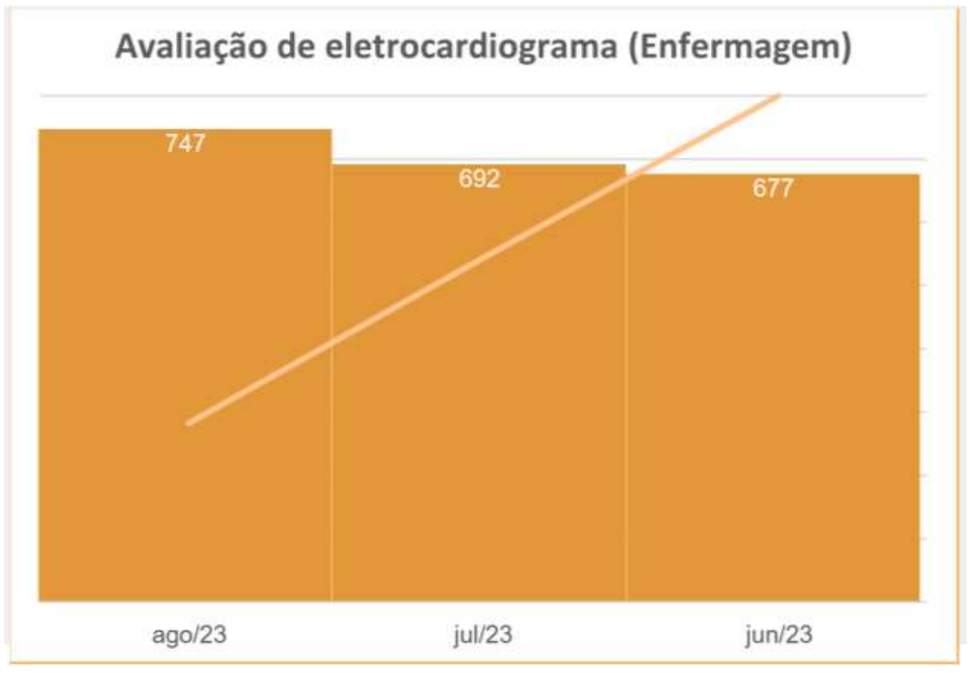
RESULTADOS

Fizemos um levantamento do fluxo antes da implementação da ferramenta e constatamos que não só o tempo que era levado para avaliar este exame mas também o risco em se perder essa informação, já que era feito tudo em papel. O nosso objetivo era trazer segurança da informação, velocidade na avaliação e condução do paciente para o melhor tratamento, tecnologia e sustentabilidade.

Com a implementação da ferramenta, em suas primeiras semanas de uso conseguimos reduzir o tempo de avaliação dos exames drasticamente, cumprindo a meta de avaliação dentro do prazo de **10** minutos no máximo, conforme regras e normativas, trouxemos inovação, tecnologia e sustentabilidade ao processo. Tivemos mais de 1.000 avaliações feitas e integradas, sendo possível ser consultadas através do prontuário eletrônico do paciente, trouxemos economia com a não impressão do exame e um processo ágil.



Quantidade de avaliações feitas dos últimos três meses, pela equipe médica.



Quantidade de avaliações feitas dos últimos três meses, pela equipe de enfermagem.

CONCLUSÕES

Com a implementação da plataforma com as devidas integrações, concluímos que pudemos ganhar em velocidade, segurança, praticidade e calor humano, pois os pacientes tem seus resultados mais rápidos e seu tratamento direcionado de forma correta e segura.

REFERÊNCIAS

da Silva, Petherson Bruno
de Abreu ,Bernardo Noya Alves
Junior , Edgar Ferreira dos Santos
Camargo ,Bruno
São Paulo, 2023

Práticas ESG: No presente e futuro da nossa evolução

Cinthia Regina Molina de Souza, Marileise de Lima Benedito, Lucimeire Raveli Peixoto

INTRODUÇÃO

O ESG é uma boa forma de acompanhar as práticas de governança e sustentabilidade da empresa, não somente seus resultados financeiros, mas um cenário em que seus valores e o propósitos possam ser valorizados. Com base nos impactos ambientais, algumas práticas são essenciais para promover a sustentabilidade ambiental e mitigar os riscos relacionados às mudanças climáticas. No contexto social, as empresas são avaliadas quanto ao seus funcionários, fornecedores e comunidades em que operam. O pilar de governança abrange a estrutura e a transparência da empresa que com governança sólida têm mais probabilidade de adotar políticas sustentáveis e tomar decisões de longo prazo.

METODOS E AÇÕES

Ambiental: Adotamos práticas sustentáveis para minimizar o impacto na saúde do planeta e garantir a integridade de nossa responsabilidade ambiental. Fazemos Utilização e reuso de água, Utilização e fonte de energia e emissão de CO2, Geração de resíduos e impressões, Logística reversa e reutilização de materiais.

Painel de controle ambiental

Controle de resíduos – peso do lixo

Governança: Trabalhamos respaldados em 4 princípios de governança: transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa. Composição do conselho de administração, auditoria, ética e integridade nos negócios, reuniões mensais, prestação de contas e transparência divulgados em site.

Social: Questões como diversidade, igualdade de oportunidades, segurança e saúde ocupacional são consideradas. A empresa que promove a inclusão para PCD, aprendiz e raça. Para seus colaboradores, há programas de parceria entre ocupacional e atenção primaria, investindo em saúde e qualidade de vida. Agenda de eventos para time de cultura, performance, encantamento. Pesquisa de satisfação e qualificação de clientes externos e internos. Investimento em programas comunitários em parcerias com organizações para cuidados da População de Rua, com a prefeitura Projeto Plante uma vida, cada nascimento plantio de uma árvore e, descarte de embalagem de esterilização, por meio de voluntarias, viram bolsas e capas para os pacientes.

Capa criada com material descartado pela CME

RESULTADOS

Essas práticas são acompanhadas através de indicadores. Recentemente, foi realizada a semana ESG para a divulgação dessas práticas e maior engajamento dos colaboradores.

Indicador	Indicador	Meta	Média Janeiro a Maio	Matriz
A Gestão de Recursos Naturais e Meio Ambiente	Programa Proteção Hidrico Grupo	80%	60%	Qualidade
	Programa Proteção Energético Grupo	80%	84%	Encantamento
	Programa Proteção Ambiental Grupo	80%	52%	Qualidade
	Programa Biodiversidade	80%	84%	Excelência
	Painel ASG Ambiental GRUPO	95%	100%	Encantamento
S Gestão de Relacionamento com Stakeholders	NPS AFOCAPI	80%	92	Excelência
	NPS HFC	80%	82	Excelência
	NPS OPS	80%	85	Excelência
	Qualificação Fornecedores	80%	93	Excelência
	Pesquisa Qualificação Interna Grupo	80%	81	Excelência
	Programa por Competências Grupo	95%	96%	Encantamento
	Programa Saúde Corporativa Grupo	95%	98%	Encantamento
	Programa Inclusão Grupo	95%	93%	Excelência
	Painel ASG - Prevenção Comunidade e Voluntariado	95%	100%	Encantamento
G Gestão Corporativa e Integridade	Receita Operacional Realizada Grupo	100%	105%	Encantamento
	Resultado Operacional Realizado Grupo	100%	92%	Excelência
	EBITDA Realizado GRUPO	100%	90%	Excelência
	Painel Crescimento Grupo	80%	68%	Qualidade
	Resultado Comitê Resultado	85%	91%	Excelência
	Resultado Comitê Governança	85%	84%	Excelência
	Resultado Comitê Performance	85%	70%	Qualidade
	Resultado Comitê Auditoria Interna	95%	83%	Excelência
	Painel ASG Sustentabilidade Grupo	95%	100%	Encantamento
	Painel Compromisso Grupo	95%	91%	Excelência
	14 indicadores alcançados			

Rótulos de	Contagem de Matriz
Encantamento	7
Excelência	13
Qualidade	4
(vazio)	
Total Geral	24

Classificação	Indicadores	%
Encantamento	7	29%
Excelência	13	54%
Qualidade	4	17%
Total Geral	24	

Painel trimestral de acompanhamento dos indicadores

Painel ASG de Sustentabilidade do Grupo AFOCAPI Indicadores do Merecimento									
	Total indicadores		Descrição	Meta 2023	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	Objetivos ODS
Engajamento	1	Programa Proteção Energética Grupo	Utilização e fonte de energia e emissão de CO2	80%	80%	80%	80%	100%	
	1	Programa Proteção Ambiental Grupo	Geração de resíduos, resto ingesta e impressões	80%	60%	60%	60%	40%	
	1	Programa Biodiversidade	Logística reversa e reutilização de materiais	80%	60%	60%	100%	100%	
	1	Painel ASG - Ambiental	Ambiental - projetos corporativos	95%	100%	100%	100%	100%	
	11	Social	Relacionamento colaboradores/ clientes/fornecedores	25,65	6	6	8	8	
Alcance	4	Pesquisa NPS AFOCAPI	Satisfação Cliente	80	88	100	88	94	
	3	Pesquisa NPS HFC	Satisfação Cliente	80	86	80	80	82	
	2	Pesquisa NPS OPS	Satisfação Cliente	80	79	93	89	72	
	1	Pesquisa Qualificação Externa Grupo	Qualificação Cliente Externo Fornecedores/Prestadores	80	93	93	93	94	
	3	Pesquisa Qualificação Interna Grupo	Qualificação Cliente Interno (setores: TI, SECH e Higienização)	80	81	77	82	81	
Engajamento	2	Programa por Competências Grupo	GCPEC lideranças e colaboradores	95%	92%	97%	92%	100%	
	3	Programa Saúde Corporativa Grupo	Saúde Ocupacional + APS	95%	95%	70%	98%	111%	
	3	Programa Inclusão Grupo	Censo Organizacional	95%	89%	91%	95%	96%	
	3	Painel ASG - Prevenção Comunidade e Voluntariado	Social - projetos corporativos	95%	100%	100%	100%	100%	
				92%					
	17	Governança	Gestão corporativa e integridade	52,44	6	8	4	6	
	1	Receita Operacional Realizada Grupo	Plano Orçamentário	100%	105%	107%	103%	116%	

Painel de sustentabilidade. Indicadores de merecimento.

CONCLUSÕES

Portanto, trabalhamos na adoção de soluções com o objetivo de impactar positivamente o planeta, a vida dos pacientes, colaboradores, prestadores e sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

BARATA, M. M. L.; CANTARINO, A. A. A.; LA ROVERE, E. L. Indicadores de sustentabilidade empresarial e gestão estratégica. Revista de Pensamento Contemporâneo. p. 115-130. 2007.

D'ANGELO, M. J. Desenvolvimento de competências para a sustentabilidade: Um estudo sobre a gestão de projetos societais sob a perspectiva de grupos. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2009.

DUTRA, J. S. Competências: Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Ed. Atlas, 2009.

PRESCREVENDO O FUTURO: A DIGITALIZAÇÃO DO RECEITUÁRIO NA INSTITUIÇÃO

Daniel Moreira, Izadora Silveira, Celita Fraport, Larissa Vieira

INTRODUÇÃO

No cenário hospitalar, é comum o alto custo dispensado em papéis e impressões, muito por conta da cultura de como vem sendo ao longo dos anos, e pelo meio qual os médicos prescrevem medicações aos pacientes. Os blocos de papéis e as impressões fazem parte da cultura, e acabam impactando significativamente e de forma negativa o orçamento hospitalar.

É com base neste cenário e alinhado ao planejamento estratégico da instituição que fizemos uma parceria com uma startup, que fornece a tecnologia necessária para a realização das receitas, laudos e solicitações de exames tudo de forma digital.
Essa solução visa reduzir drasticamente a impressão de receitas, solicitações de exames e laudos, assim como também melhorar a experiência dos pacientes que passam a contar com a possibilidade de solicitar a medicação e recebe-la no endereço que considerar mais adequado e oportuno, fazendo o processo de compra todo on-line.

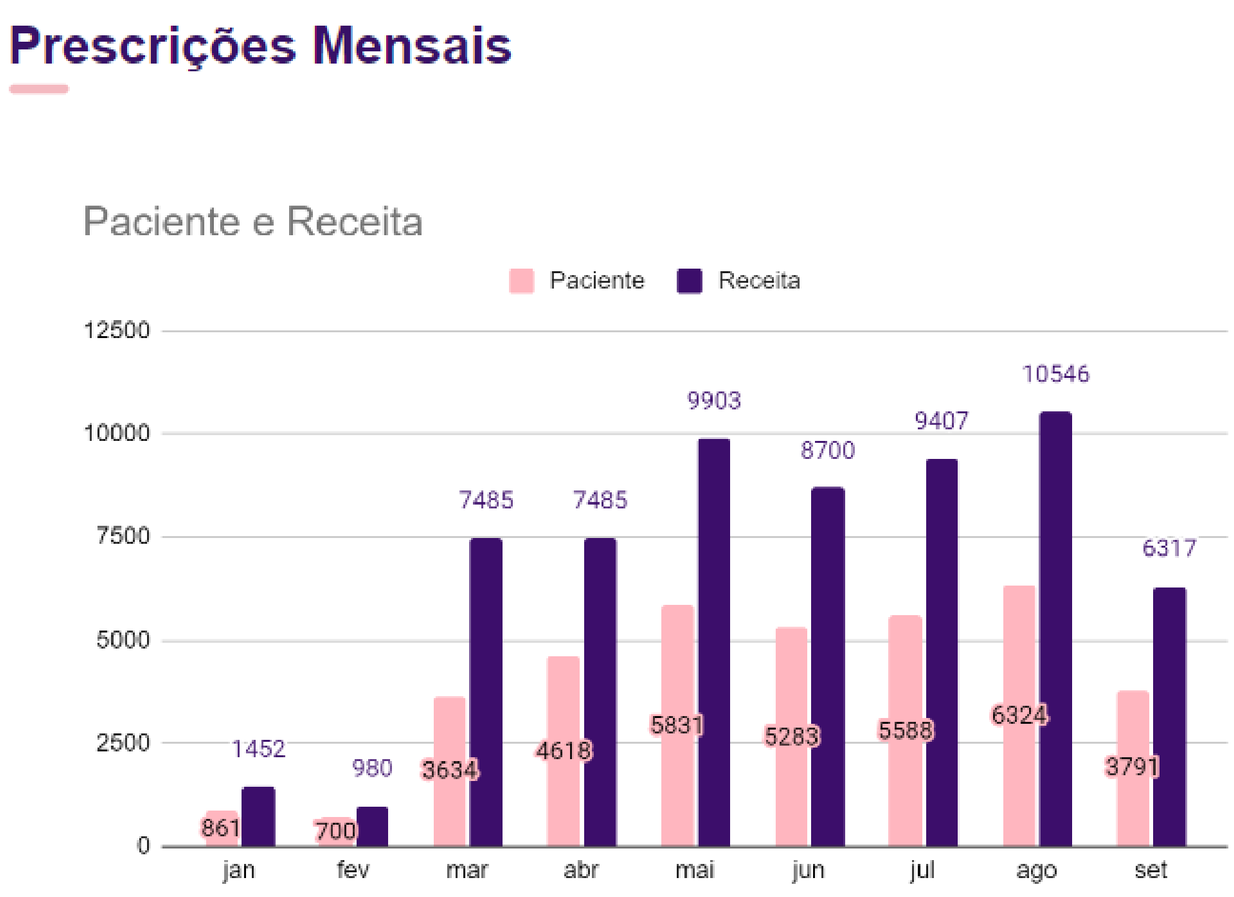


Gráfico de evolução de prescrições digitais na instituição.

METODOLOGIA

Integramos o sistema da ferramenta ao sistema de RPA do hospital. O médico ao realizar a prescrição digital direta do prontuário colabora tanto para a obtenção do histórico de prescrições, quanto para evitar o desperdício de impressões e na compra de blocos de receituários. Utilizamos como método de avaliação o comparativo de compra de blocos de receituários do ano total de 2022 versus o ano de 2023 até o dia 22/09/2023.

RESULTADOS

Após a implementação da plataforma de prescrições digitais, a sensibilização e o processo de aculturamento junto ao corpo clínico que foi iniciado em fevereiro de 2023, o hospital constatou uma economia de 76% até aqui comparada aos valores gastos no ano de 2022 com compras de bloco de receituário.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que o sistema implantado trouxe os benefícios propostos em um curto espaço de tempo, porém a mudança de cultura na instituição por parte do corpo clínico ainda continua sendo desafiador. Mensalmente são feitas reuniões com o corpo clínico com a intenção de escalar ainda mais a utilização do sistema e consequentemente reduzir o gasto de recursos financeiros.
A adesão à plataforma contribui também com o movimento *paperless*, que busca tornar o hospital cada vez mais digital, além é claro dos benefícios intrínsecos ao projeto, como a sustentabilidade financeira e ambiental.

REFERÊNCIAS

Dados obtidos no sistema de RPA de gestão do Hospital

PRESCRIÇÃO DIGITAL PARA PROPORCIONAR UMA EXPERIÊNCIA MAIS DIGITAL E SEGURANÇA PARA PACIENTES E MÉDICOS

Matheus Junqueira, Alisson Amaral, Caroline Inacia e Camila Nicacio

INTRODUÇÃO

Em consequência da não estruturação de dados de prescrições, refletindo na falta de dados estruturados para uma boa gestão de saúde populacional, além de extravios de receitas necessitando que o paciente voltasse a unidade, grande volume de receitas impressas gerando muito papel e o paciente sem ter uma experiência digital, foi feito uma parceria com uma startup para ofertar uma melhor solução para os pacientes e médicos.

METODOLOGIA

O projeto iniciou-se em fevereiro de 2023, com implantação presencial suportada pelo time da startup e área de tecnologia da empresa, inicialmente em 3 Hospitais. E foi integrado em 08 Hospitais nos atendimentos provenientes do Pronto Socorro e serviços ambulatoriais.

O projeto tem como objetivo de apoiar o médico no momento da prescrição com inteligência clínica com uma base de mais de 60 mil medicamentos atualizados diariamente com informações de bula, interações medicamentosas e alertas de alergias. Também é possível realizar pedidos de exames estruturados personalizando seus protocolos para ajudar na emissão e além disso possuem atestados assinados digitalmente.

Tornar a jornada do paciente mais digital, para que ele tenha a possibilidade de consultar os preços e prazos de entrega do medicamento direto da experiência, comprar o medicamento sem sair de casa e ainda a possibilidade de agendar os exames direto no serviço de saúde. Ter dados estruturados desde a prescrição, até a efetiva adesão ao tratamento por parte do paciente para insights e tomada de decisão sobre gestão de saúde. Além de favorecer a sustentabilidade e dar mais segurança e eficiência na emissão de receitas.

Figura 1 - Média de quantidade de exames por consulta - Jan a Set 2023

RESULTADOS

Mais 1000 médicos utilizando a ferramenta, com mais de 40.000 prescrições digitais por mês, ainda faltam unidades para serem implantadas.

Potencial de economia estimado com papel anual de R$ 2,5 mil por médico, além de diminuir custos com impressoras e manutenções.

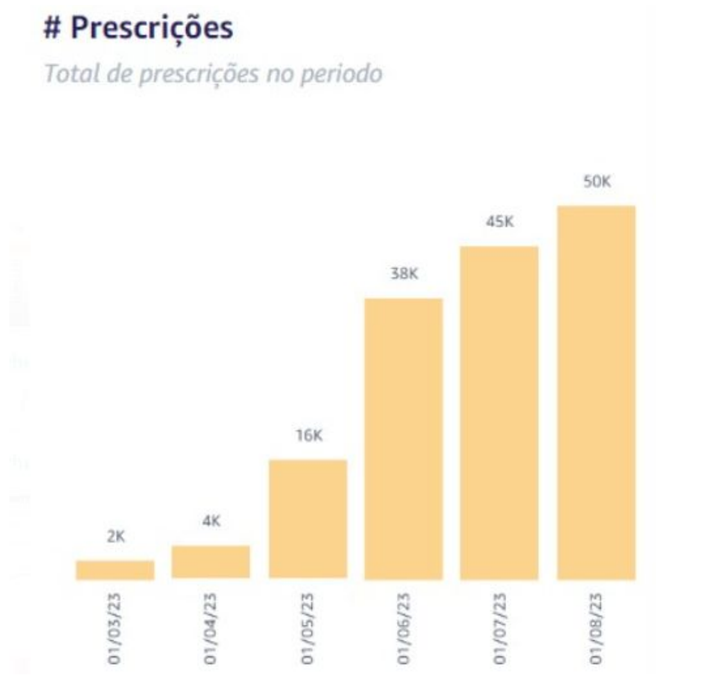


Figura 2 - Total de prescrições - Jan a Set 2023

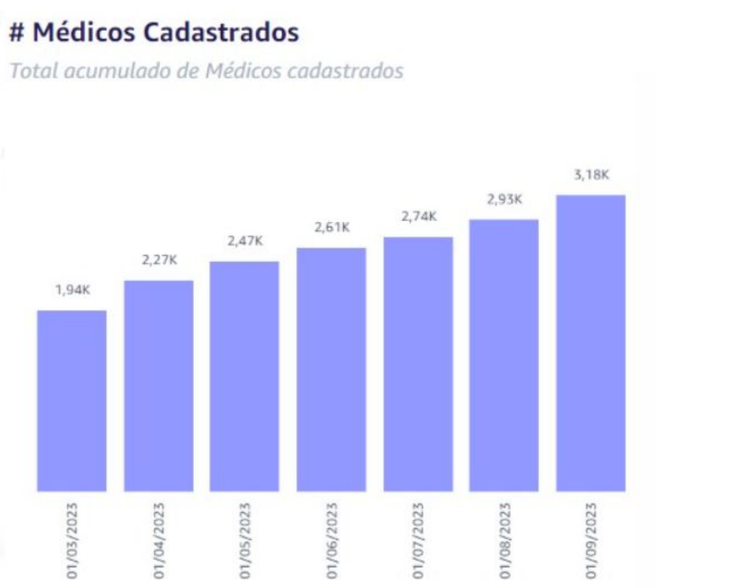


Figura 3 - Total de médicos cadastrados - - Jan a Set 2023

Figura 4 - Prescrições por especialidade - Jan a Set 2023

CONCLUSÕES

A implementação de um modelo de integração de dados entre uma autogestão, saúde corporativa e saúde ocupacional, proporcionou resultados positivos nas esferas assistenciais, financeiras, e de satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Dados internos Rede Mater Dei de Saúde

Prevenção de Reinternações: Um Sinalizador para Identificar Pacientes em Seguimento de Cuidados Pós-Alta"

Juliana de Jesus Correia, Rosana Pereira Canuto Faria, Iasmyn de Aquino Godinho, Marcos Cesar Ramos Mello

INTRODUÇÃO

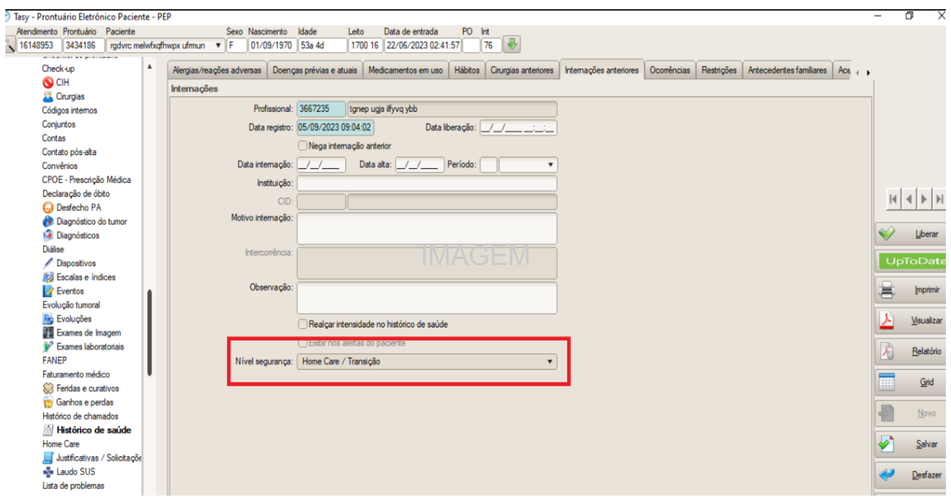
As causas de reinternação hospitalar podem variar de acordo com a condição médica do paciente e outros fatores. Algumas razões comuns para a reinternação incluem complicações após o tratamento inicial, falta de cumprimento do plano de cuidados médicos, infecções adquiridas durante a hospitalização, progressão da doença subjacente e problemas com a transição do cuidado após a alta.

É importante destacar que prevenir a reinternação hospitalar envolve uma atenção médica adequada durante a hospitalização, um acompanhamento cuidadoso após a alta e um foco no autocuidado e no cumprimento do tratamento por parte do paciente. Cada caso pode ser único, portanto o manejo e a prevenção de reinternações são adaptados às necessidades específicas de cada indivíduo.

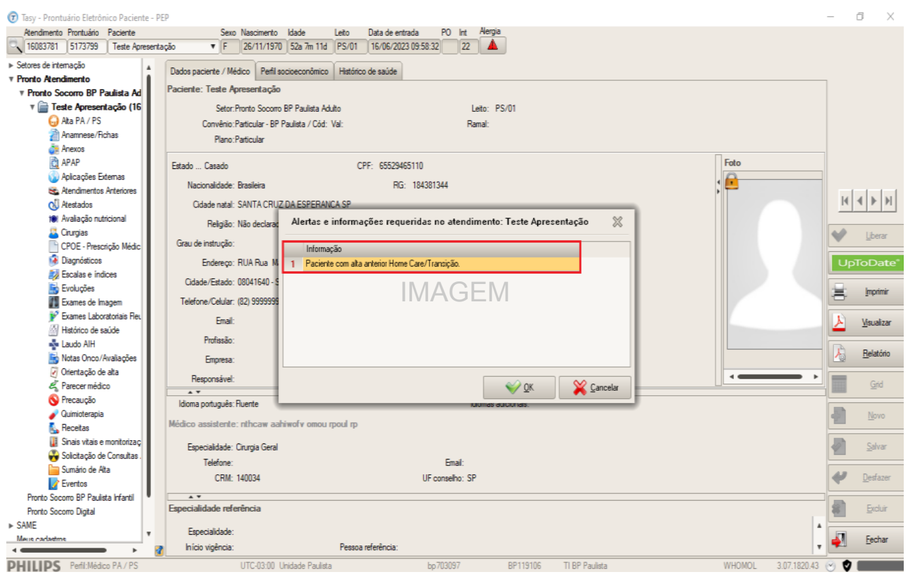
METODOLOGIA

Identificação do paciente com saída hospitalar para continuidade de cuidado em home care/ transição em prontuário eletrônico pela equipe do Núcleo de apoio e planejamento da alta. Com a liberação de um alerta em prontuário eletrônico na nova passagem hospitalar do paciente em unidade de pronto socorro, para identificação desses pacientes com internação prévia e com alta hospitalar com seguimento de cuidado pós alta, sendo em home care ou em clínica de transição/retaguarda.

A partir disso através da extração de um relatório com o período determinado e contendo esses dados é possível identificar os casos de reinternação e avaliar as necessidades que contribuíram para uma nova passagem hospitalar, possibilitando atuação e avaliação antecipada pelo Núcleo de desospitalização e construção do plano de cuidados pela equipe medica.



Campo no prontuário eletrônico–PEP para informar paciente com saída com home care/transição

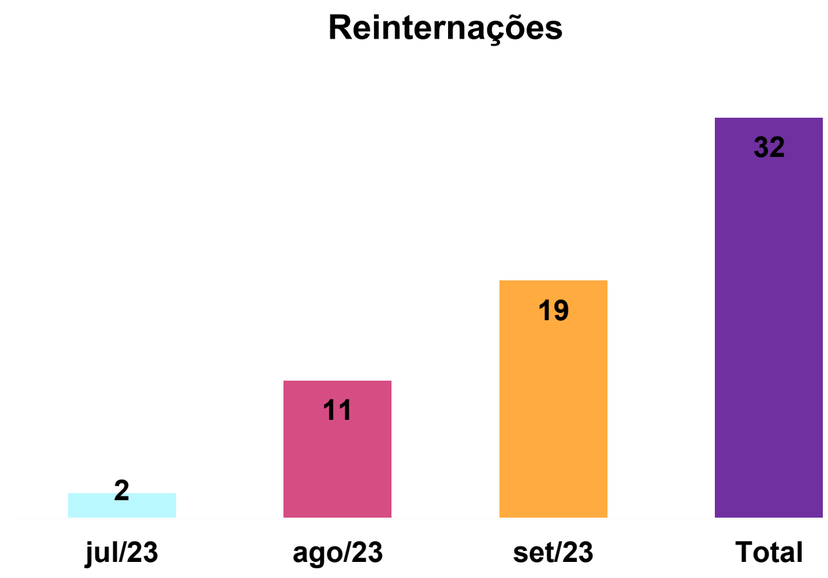


Alerta na passagem do paciente no pronto socorro informando saída prévia com homecare/transição

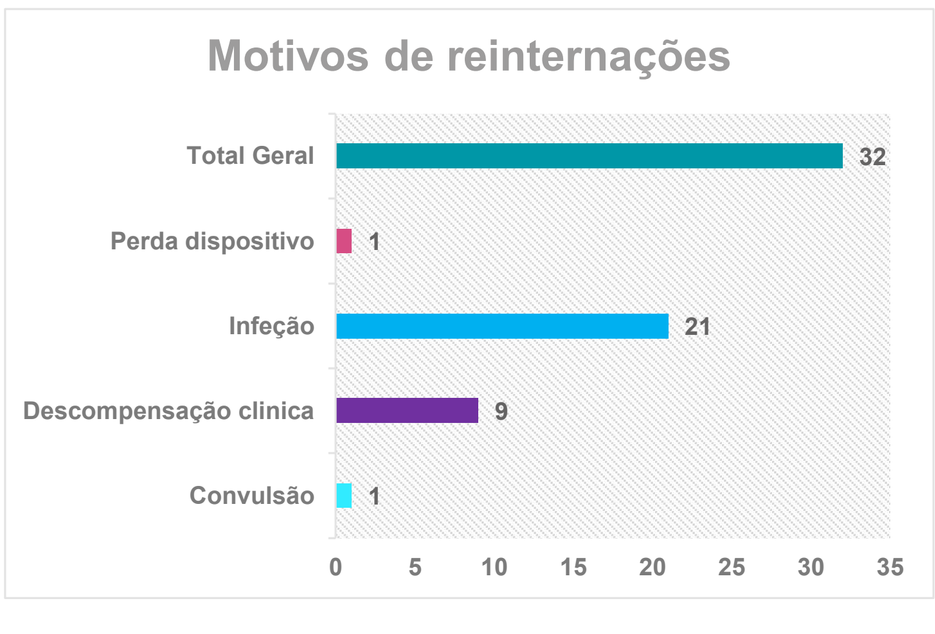
RESULTADOS

A partir de relatório extraído com os casos identificados como reinternação foi possível identificar um total de 32 pacientes entre os meses de julho (N:2), agosto (N:11) e setembro (N:19) de 2023, que receberam alta prévia com indicação de necessidade de continuidade de cuidado pós alta, podendo ser ele através de home care ou em clínica de transição.

Na avaliação desses casos foi possível identificar como causa principal do motivo da reinternação por um novo foco infeccioso (N:21), correspondendo a 66% dos casos sendo mais relevante por pnenumomia (N:9), correspondendo a 33% dos casos.



Número de casos extraídos a partir de relatório do Tasy dos pacientes com nova passagem hospitalar e com saída prévia com home care/transição.



Motivos das reinternações nos meses de julho, agosto e setembro/23.

CONCLUSÕES

Identificar os casos de reinternação precocemente auxilia na identificação de falhas na construção do plano de cuidado prévio, ou no plano de cuidado recebido no domicilio e a traçar novas estratégias para uma nova desospitalização.

Seria possível avaliação de novas estratégias como a troca de modalidade de alta, reforço nas reorientações/treinamento do cuidador/família.

Criação de novos fluxos de cuidados com trocar de dispositivos de forma eletiva para uma maior agilidade, evitando permanência desnecessária em fila de pronto atendimento.

E em casos infecciosos sem instabilidade hemodinâmica, ajuste de tratamento para seguimento no atendimento domiciliar com home care/ transição diretamente do pronto socorro.

REFERÊNCIAS

1. Hospital BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo. (2023) - Serviço de Arquivo Medico Estatístico (SAME).
2. Banco de dados NAPA (Nucleo de Apoio e Planejamento de Alta- Hospital BP - Paulista)
3. Banco de dados extraído Tasy – Prontuário eletrônico

PREVISÃO DA ABERTURA DE RETAGUARDA HOSPITALAR: ANTECIPANDO DEMANDAS PARA UM ATENDIMENTO EFICIENTE

CASSIMIRO NOGUEIRA JUNIOR, ANGELA BUGUI, ELAINE OLIVEIRA VIEIRA, JOYCE REBOUÇAS PASSOS

INTRODUÇÃO

Um serviço de retaguarda hospitalar atua como uma rede de apoio para garantir a continuidade dos serviços de saúde. Com profissionais especializados, recursos e infraestrutura adequados, a retaguarda ajuda a lidar com picos de demanda, reduz tempo de espera e proporciona um ambiente mais seguro e confortável para os pacientes.

Contudo, a previsão da abertura deste serviço é extremamente desafiadora. A demanda por serviços pode ser altamente variável e imprevisível, tornando difícil estimar o volume de pacientes que precisarão de atendimento. Além disso, a disponibilidade de recursos, como profissionais qualificados e equipamentos, pode ser limitada e sujeita a mudanças, podendo atrasar o processo de implementação.

Neste sentido, para colaborar com a gestão de leitos e reduzir a imprecisão deste cenário, foi desenvolvido um modelo que pudesse antecipar a necessidade de abertura de um serviço de retaguarda em situações de alta demanda.

METODOLOGIA

O modelo foi desenvolvido em três etapas:

ETAPA 1 – Estudo exploratório – que buscou compreender o perfil de entradas e saídas internados no período das 16 às 06 horas. Objetivo deste estudo foi identificar fatores de alerta para programar a abertura de retaguarda às 05 horas na ausência de leitos para atender a demanda com um dia de antecedência (às 16 horas do dia anterior).

Após a análise do estudo, foram identificados fatores que impactavam a abertura de retaguarda para incorporação no modelo:

Os dados demonstraram que a variação de entradas e saídas apresentava distribuição normal de acordo com cada dia da semana.

ETAPA 2 – Desenvolvimento do modelo

2.1 Consultas ao banco de dados foram desenvolvidas para analisar o status dos leitos, a agenda cirúrgica para o dia seguinte e as solicitações de internações;

2.2 Os limites superior e inferior das entradas (internações) e das saídas (altas) por dia da semana foram identificados e incorporados a análise do modelo;

2.3 Uma sequência de raciocínio foi realizada à partir do cruzamento destes dados para a elaboração de dois cenários para o dia seguinte (um pior com menor saldo de leitos e um melhor com o maior saldo de leitos). A partir deste cenário foram estabelecidas quatro orientações de decisão acompanhadas de uma escala de cor.

ETAPA 3 – Teste do modelo – o modelo foi testado e disponibilizado para o time de Gestão de Leitos, com as devidas orientações para sua utilização.

RESULTADOS

Após a fase de testes o painel foi implantado e incorporado ao processo de decisão de abertura de retaguarda. Todos os dias, após as 16 horas, a equipe de gestão de leitos incorporou em suas discussões sobre a necessidade de leitos de retaguarda a decisão orientada pelo modelo (Figuras 1 e 2).

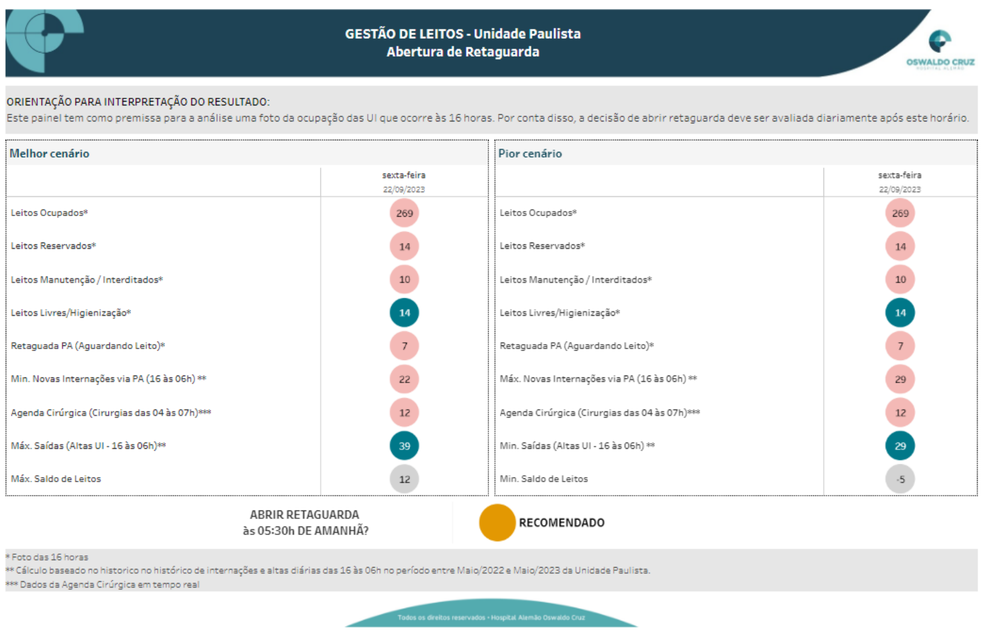


Figura 1. Painel para apoiar a abertura de leitos de retaguarda

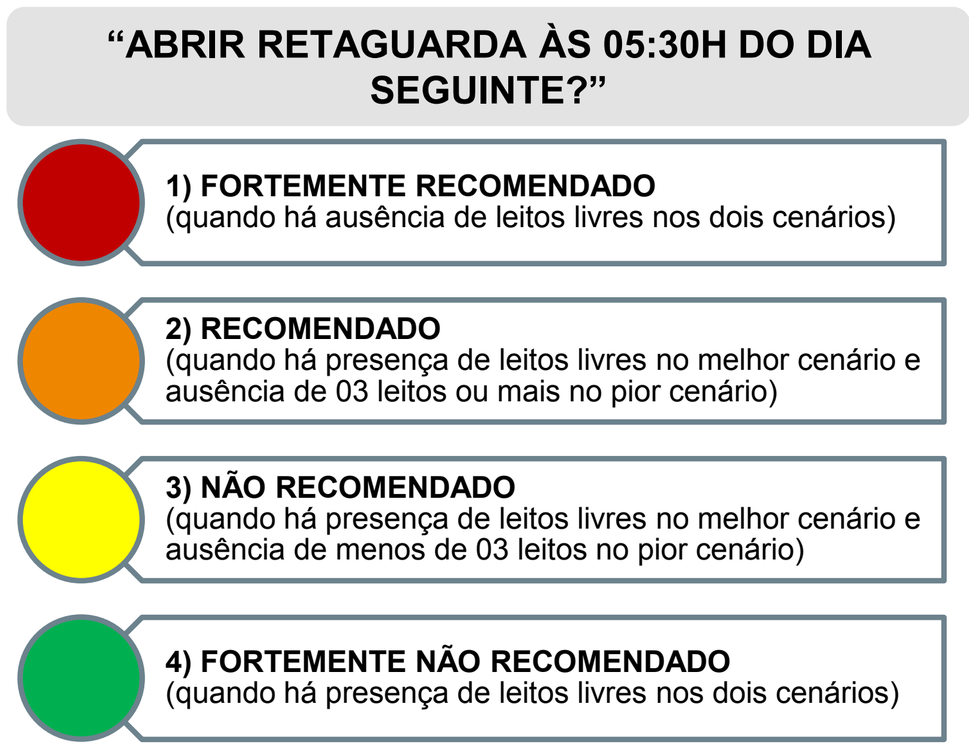


Figura 2. Critérios de decisão e escala de cor para orientar a abertura de leitos de retaguarda

A acurácia do painel foi acompanhada de 21 de junho à 27 de julho de 2023, neste período foram identificados três orientações a decisão como ‘RECOMENDADO’ uma como ‘FORTEMENTE RECOMENDADO, porém não houve necessidade de abertura de retaguarda. Portanto, o percentual de acerto foi de 88,9%.

CONCLUSÕES

Com base nos dados históricos e análises, é possível concluir que esses modelos otimizam a alocação de recursos, reduzindo custos e melhorando a eficiência operacional. Além disso, possibilitam um planejamento mais estratégico e uma resposta mais rápida para as situações de emergência, garantindo o bem-estar dos pacientes e da equipe, além de assegurar um atendimento mais eficaz e de qualidade.

REFERÊNCIAS

Raffa, Claudia, Ana Maria Malik, and Luis Hernan Contreras Pinochet. "O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas." Revista de Gestão em Sistemas de Saúde 6.2 (2017): 124-141.

Castro Machado, Domenica, and Ana Carolina Araujo Machado. "A otimização do processo de gerenciamento de leitos e alta hospitalar." Saúde Coletiva (Barueri) 9.50 (2019): 1866-1872.

GAMIFICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENGAJAMENTO NO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

Carolina L. P. Paixão; Fernanda G. A. Campera, Fernanda S. de Lima

INTRODUÇÃO

Um dos principais desafios na promoção da saúde e prevenção de doenças é engajar os indivíduos no autocuidado e levá-los a reconhecer o seu papel como agentes da sua própria saúde. Nesse contexto, aplicou-se a metodologia de gamificação no Programa de Promoção da Saúde, através de uma plataforma online onde foram disponibilizados conteúdos educativos e atividades interativas, visando promover o engajamento na adoção e manutenção de hábitos saudáveis.

METODOLOGIA

Para a aplicação da metodologia de gamificação, foi implantado um projeto piloto para os colaboradores da Fundação São Francisco Xavier. O projeto consistiu na implantação de um programa de promoção da saúde, através de uma plataforma online, na qual após efetuar um cadastro, os indivíduos iniciavam sua participação em ações de promoção e prevenção voltadas para saúde mental, alimentação saudável e atividade física. A plataforma foi configurada para oferecer uma grande variedade de atividades interativas, possibilitando a participação conforme disponibilidade de tempo e espaço físico dos indivíduos. Ao realizarem as atividades propostas, os participantes acumulavam pontos para trocar por benefícios e experiências que contribuíam para os hábitos saudáveis.

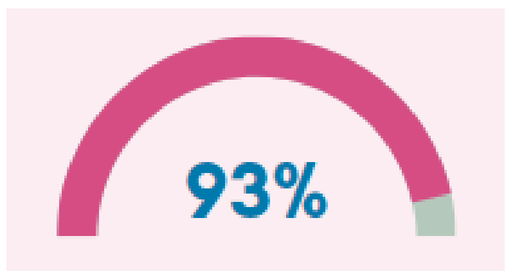
Modelo de jornada de atividades dentro da plataforma do Programa de Promoção da Saúde +Atitude

RESULTADOS

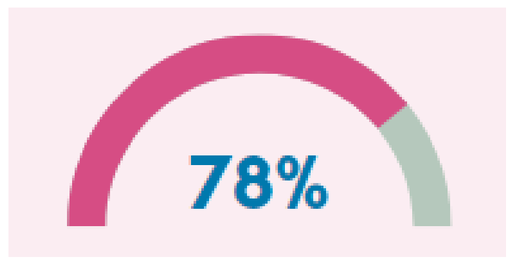
Após seis meses da implantação do projeto piloto foi possível observar:

2.563
Participantes versus 118 do modelo anterior não gamificado

104
Colaboradores sedentários se tornaram ativos



dos participantes relataram melhoria na qualidade de vida



de redução do custo per capita do programa

Ganhos qualitativos

Maior engajamento e disposição dos participantes em superarem seus próprios limites e alcançarem resultados importantes para melhoria da qualidade de vida e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Aula de dança realizada na 1ª Caminhada do Programa +Atittude

Equipes participantes do Trekking do Programa +Atittude

CONCLUSÕES

Concluiu-se que a metodologia de **gamificação** se mostrou relevante para o engajamento dos indivíduos em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida, bem como para a sustentabilidade do programa de promoção da saúde, possibilitando maior abrangência das ações com menor custo, e sinergia com práticas inovadoras em saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Flora. Gamification: como criar experiências de aprendizagem engajadoras. 2ª edição revisada e ampliada - Edição Português
MENEZES, Nayra K. B. de. Gamificação: jogando para o sucesso. Edição padrão. Editora Leader, 2020.
POSSOLLI, Gabriela E., MARCHIORATO, Alexa L., NASCIMENTO, Gabriel L. do. Gamificação como recurso educacional na área da saúde: uma revisão integrativa. Revista ET. Local: Belo Horizonte. Volume 23, nº.: 3, 2018

COMO A MINERAÇÃO DE PROCESSOS APOIOU NA REDUÇÃO EM 66% DO TEMPO DO CICLO DE RECEITA DO HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT

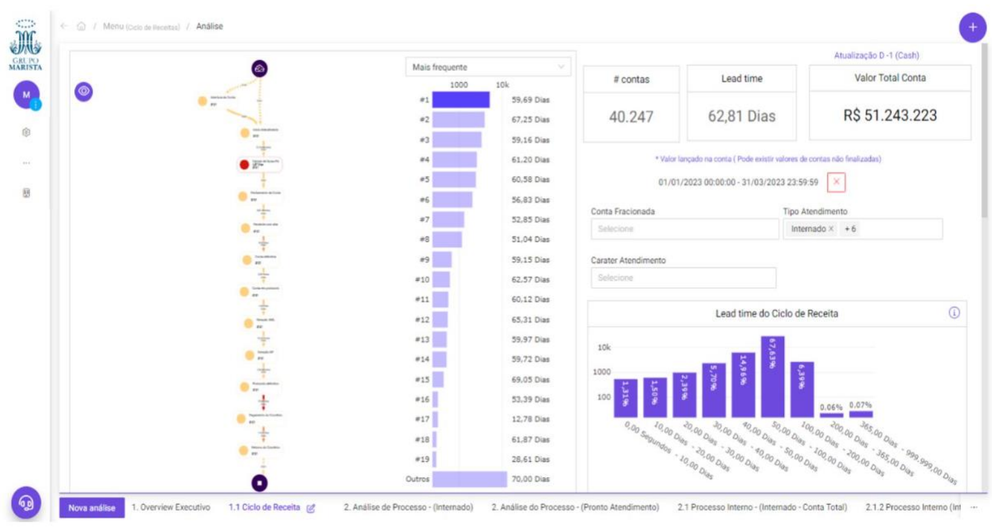
Nome dos autores separados por vírgulas

INTRODUÇÃO

O Hospital Marista, diante de um cenário desafiador no setor de saúde, enfrentava dificuldades significativas em seu Ciclo de Receita. Este cenário é caracterizado por um aumento na sinistralidade das operadoras de planos de saúde, que chegou a 91,7% no segundo trimestre de 2022, conforme dados da ANS. Estas ineficiências resultavam em atrasos na cobrança, aumento dos custos operacionais e perdas de prazo sobre glosas. Com a implementação do projeto, houve uma notável melhoria no processo de ciclo de receita, com o lead time sendo reduzido em 66%. O objetivo principal foi solucionar os problemas existentes, acelerando o processo de faturamento, reduzindo o tempo para resolver e pagar as contas médicas e minimizando o percentual de glosas.

METODOLOGIA

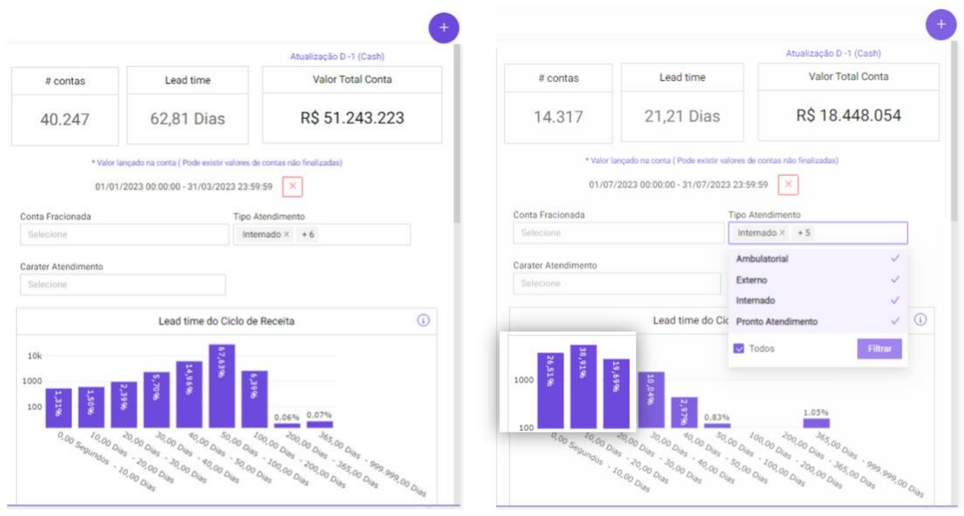
Para superar os desafios apresentados, o Hospital Marista adotou a tecnologia de Process Mining da UpFlux, que foi integrada ao ERP Tasy. Esta ferramenta se concentrou no mapeamento automático da cadeia de valor financeira, identificando os principais ofensores do lead time. Através de um diagnóstico detalhado dos processos, o hospital conseguiu mapear profundamente e identificar áreas críticas que necessitavam de intervenção. O hospital estabeleceu um Time de Projeto focado na eficiência do ciclo operacional financeiro, com a gestão das frentes de ação sendo realizada por um Escritório de Projetos associado à área da qualidade. Adotando soluções rápidas, mapeamento de backlog, levantamento de ferramentas e a implementação de metodologias ágeis, o hospital buscou otimizar seus processos e alcançar resultados mais eficientes. A ferramenta da UpFlux também foi utilizada para medir e monitorar indicadores cruciais do processo, como Estoque (Conta pacientes sem faturamento), Tempo Médio de Faturamento e BI para Percentual de Glosas e PECLD (borderôs de recebimento e perda direta no título).



Plataforma da UpFlux Process Mining serviu como base para análise, a partir da visibilidade da visão da cadeia e gargalos.

RESULTADOS

A implementação da UpFlux Process Mining no Hospital Marista resultou em avanços significativos. A instituição alcançou uma redução expressiva do lead time de seu processo de ciclo de receita, que passou de 62,81 dias para 21,21 dias. Isso evidencia uma redução de 66% no tempo de ciclo, sendo que 85% desse tempo está concentrado em contas de até 20 dias. Essa transformação no tempo de faturamento e recebimento impactou positivamente o fluxo de caixa do hospital. A gestão de glosas também tornou-se mais eficiente, evidenciada pela tendência de redução ao longo de 2023. Em janeiro, o percentual de glosas era de 5,11%, mas até agosto, esse índice reduziu para 4,11%, confirmando a eficácia das estratégias de otimização adotadas. Adicionalmente, com o auxílio do process mining, o Hospital Marista efetivou uma cultura de melhoria contínua em suas operações financeiras.



Dashboard de acompanhamento de indicadores da ferramenta UpFlux Process Mining, mostrando a redução de 62,81 para 21,21 dias.

Mudanças no percentual de glosas ao longo do período analisado, destacando a tendência de redução entre Janeiro e Agosto de 2023.

CONCLUSÕES

A implementação da ferramenta da UpFlux Process Mining no Hospital Marista demonstra o poder da tecnologia na otimização de processos e na melhoria da eficiência operacional. O hospital não apenas otimizou seu ciclo de receita, alcançando uma redução de 66%, mas também minimizou erros e falhas durante o processo, melhorando a precisão e eficiência de seus processos. Estes resultados reforçam o valor da tecnologia de Process Mining na transformação dos processos do setor de saúde, aliada a uma gestão ágil levando a melhorias significativas na eficiência operacional e na saúde financeira da instituição.

PROTOCOLO DE SEPSE: IDENTIFICAÇÃO ÁGIL E INDICADOR ACURADO ATRAVÉS DO ENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR

Ariane Baptista Monteiro, Marina de Almeida Rodrigues da Silva, Leonardo Ferraz de Bittencourt, Vanessa Bonini Prussiano

INTRODUÇÃO

Sepse é uma disfunção orgânica com risco de vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção que afeta milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano. A mortalidade varia entre um terço e um sexto das pessoas acometidas. Identificação precoce e tratamento adequado nas horas iniciais após o desenvolvimento de sepse melhoram resultados. Portanto medidas para otimizar a identificação e o monitoramento de início de tratamento são fundamentais. **Objetivo:** Descrever as ações realizadas para facilitar a identificação dos com sepse e aumentar a acurácia do indicador de pacientes com terapia antimicrobiana em tempo hábil.

.

METODOLOGIA

Estudo descritivo sobre as estratégias realizadas para fortalecimento do protocolo de sepse em um hospital do sul do Brasil de setembro de 2022 a junho de 2023. As informações foram extraídas de prontuário eletrônico, de bancos de dados alimentados pelo Serviço de Controle de Infecção e de relatórios disponíveis no *Business Inteligence* (BI) da instituição.

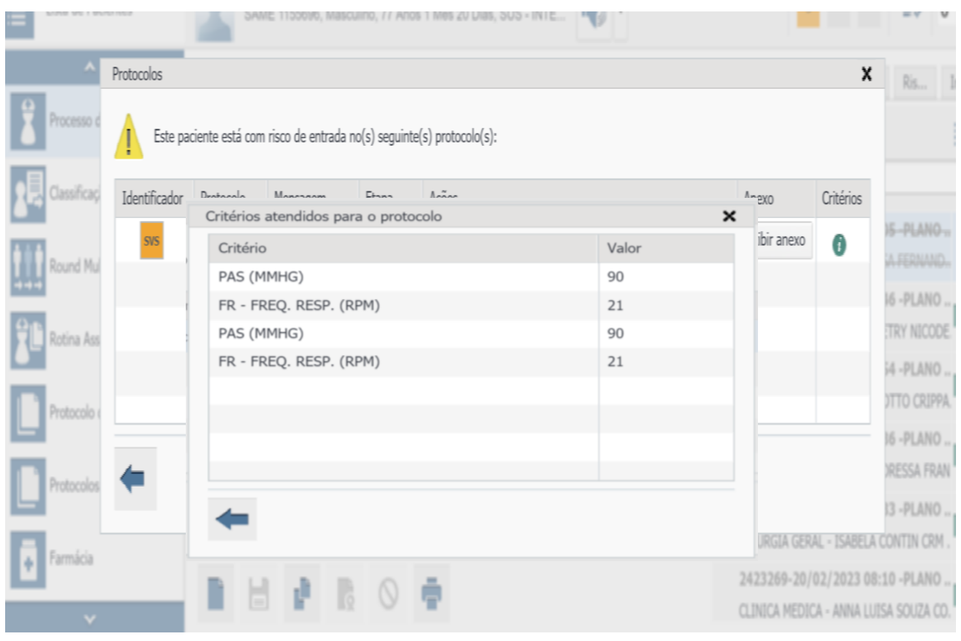


Figura 1. Alerta de sinais vitais alterados para possível sepse, gerando o mesmo baseado nos sinais do Q-SOFA..

Figura 2. Alerta também possui o anexo com guia de antibioticoterapia para determinado foco e tipo de germe.

RESULTADOS

A partir de setembro de 2022 o grupo multidisciplinar de sepse foi reativado e as reuniões passaram a ser mensais. As estratégias que foram elaboradas incluíram parametrização de alertas de possíveis casos de sepse, criação de documentos eletrônicos a serem preenchidos pela equipe assistencial (Figuras 1, 2 e 3), Capacitação dos colaboradores e aumento da amostra analisada para compor o indicador de terapia antimicrobiana em 1 hora para choque séptico e 3 horas para sepse também foram realizadas. De janeiro a agosto de 2022 a adesão à terapia antimicrobiana foi de 73%, variando ao longo dos meses entre 60% e 80%. A partir de setembro de 2022, quando iniciaram as ações até junho de 2023 a adesão foi de 83%, variando entre 73% e 90% (Gráfico 1).

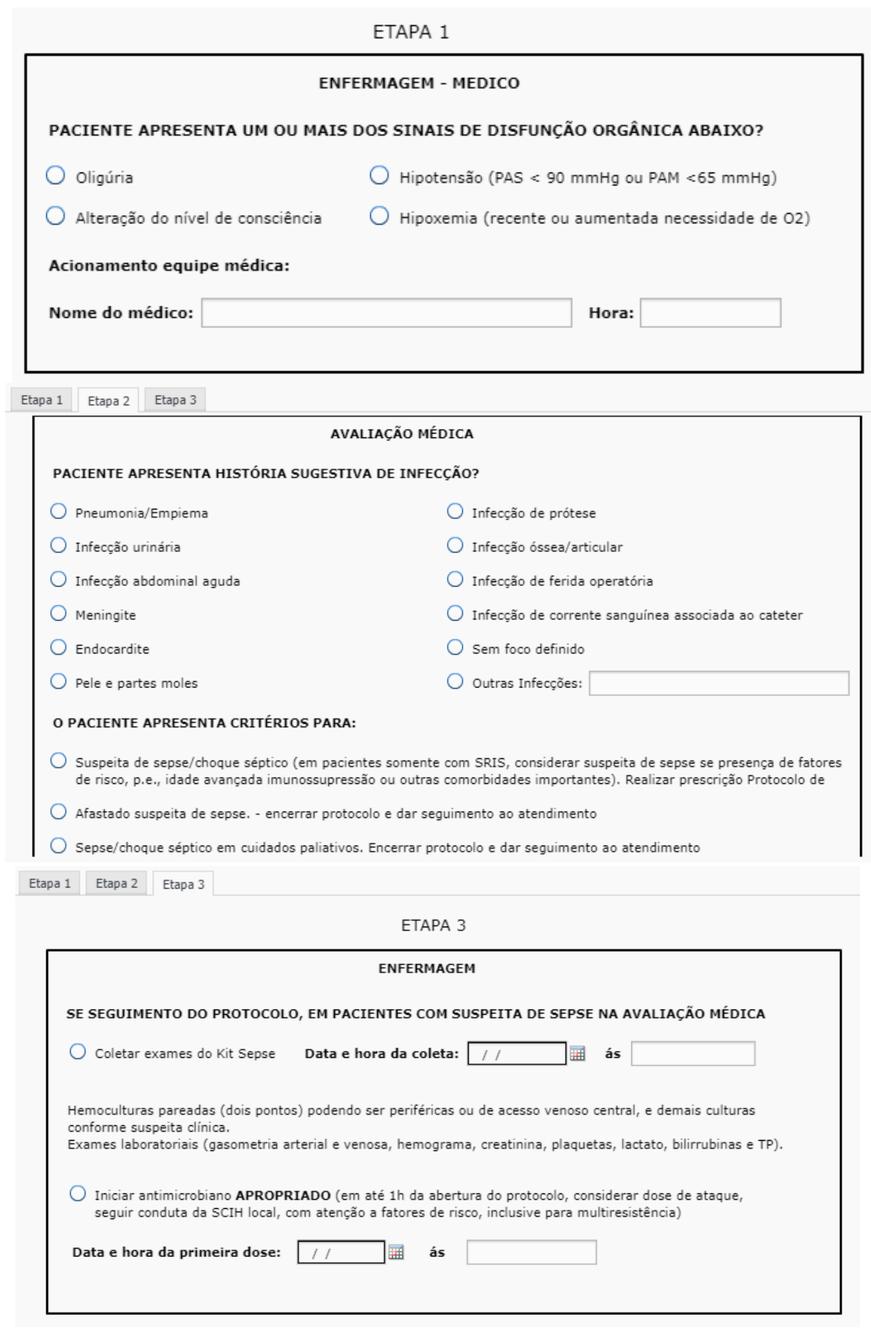


Figura 3. Documento disponível em prontuário eletrônico: Protocolo de sepse em 3 etapas

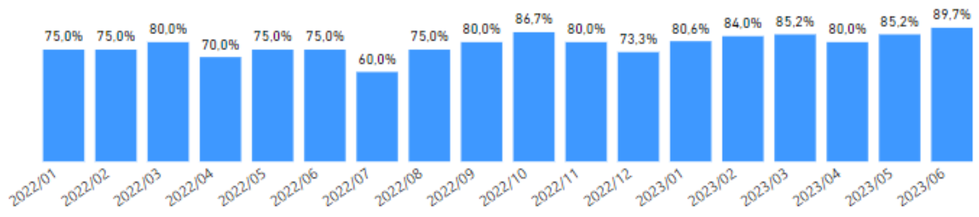


Gráfico 1. Indicador de adesão à antibioticoterapia para sepse/choque séptico de janeiro de 2022 a junho de 2023.

CONCLUSÕES

As ações multidisciplinares, envolvendo, Serviço de Controle de Infecção, equipe assistência, farmácia, laboratório e tecnologia da informação foram fundamentais para tornar os fluxos factíveis, tendo como consequência melhora na qualidade assistencial. Ressaltamos também a importância de termos colaboradores capacitados e engajados com os protocolos institucionais, refletindo na segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Evans L et al; Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock, Crit Care Med 2021,47:1181-1247.
Rudd KE et al: Global, regional and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease study. Lancet 2020, 395:200-11.

REALIZAÇÃO DE HUDDLE MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA PARA DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE LESÕES NA UTI: RELATO DE CASO

Laura Maggi da Costa, Janine Pereira Machado, Luciana Makarevicz santos, Vanessa Frighetto Bonatto,
Roberta Manfro Lopes, Aline Fantin Cervelin, Anielle Ferrazza, Pâmella Olveira de Souza, Sidiclei Machado Carvalho, Vânia Rohsig

INTRODUÇÃO

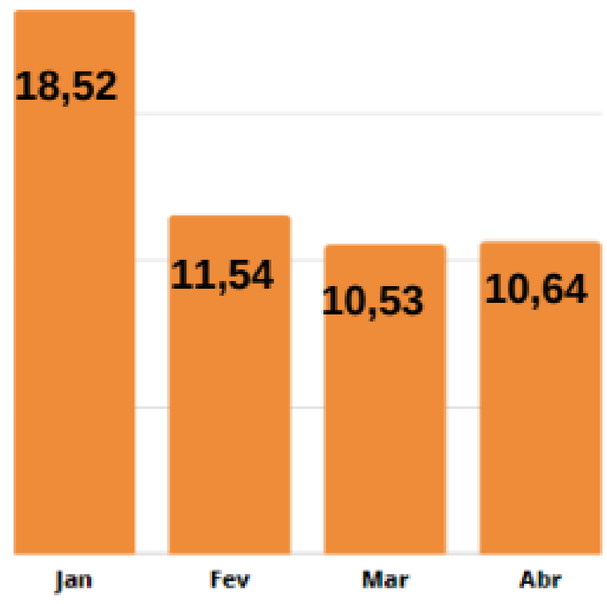
O Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTIA) é o setor onde os pacientes estão mais propensos a desenvolver lesões por pressão (LP) devido a criticidade clínica e alta complexidade dos cuidados. Em 2022 apresentamos alta incidência e prevalência de LP, devido aos reflexos deixados pela pandemia, como por exemplo, a alta rotatividade de colaboradores na equipe e as dificuldades de manter e instaurar novas rotinas de cuidados.

METODOLOGIA

Estudo observacional descritivo, tipo relato de caso, desenvolvido a partir da realização de huddles para diminuição da prevalência de lesões em um CTI adulto de um hospital em Porto Alegre, Brasil.

RESULTADOS

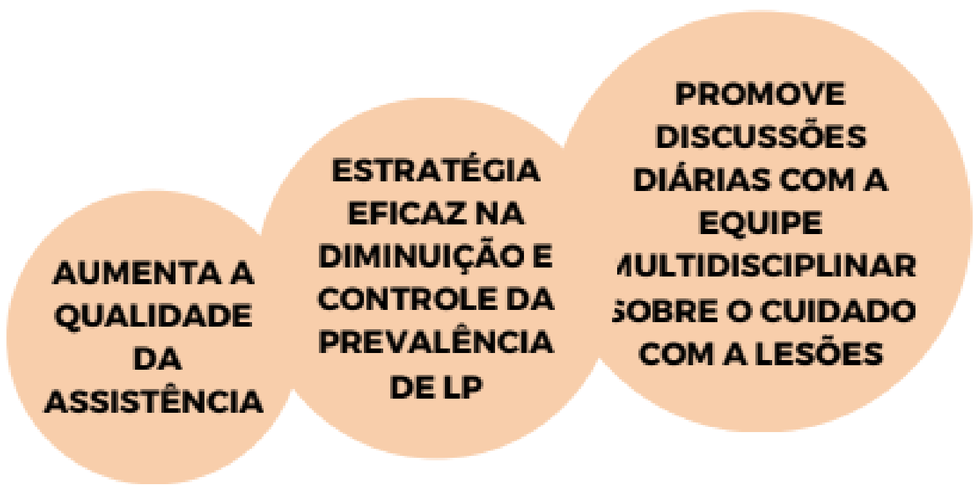
Em fevereiro de 2023 implementamos o huddle de pele, que é realizado diariamente, sendo uma vez por semana em cada área do CTIA. O huddle é realizado pela equipe de enfermagem da área, médico, nutricionista, fisioterapeuta e supervisão de enfermagem. É utilizado um questionário estruturado para avaliar quais pacientes possuem risco para desenvolver LP, avaliação da aplicação de protocolos de prevenção, caso existam pacientes que possuem algum tipo de lesão, qual tratamento que está sendo utilizado, e pacientes que possuem algum tipo de suplementação proteica. Neste momento, discutimos sobre esses itens, realizando reforços de rotina, discussão de tratamentos e inserimos condutas ao final do huddle. Em janeiro de 2023 a prevalência de LP na CTI foi 18,52%, em fevereiro foi 11,54% e em março foi 10,53%. abril 10,64.



Prevalência de Lesão por Pressão na CTI adulto – Janeiro á abril de 2023

CONCLUSÕES

A utilização do huddle com a equipe multiprofissional como estratégia para melhorar a qualidade assistencial demonstrou ser efetiva para promover discussões diárias sobre o cuidado e propiciar um olhar da equipe para estes cuidados, possibilitando uma diminuição da prevalência de LPs.



MaterDei Rede de Saúde

Realização de uma prova de conceito(POC), com oferta de painel digital para o paciente internado

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Matheus Junqueira, Daniele Rosa, Alisson Amaral, Camila Nicacio

INTRODUÇÃO

Em pesquisa de experiência do paciente, realizada nos 1º e 2º semestres de 2022, o destaque negativo foi à prontidão para atendimento da enfermagem. As principais demandas solicitadas pelos pacientes à enfermagem são não assistências e o tempo médio gasto pela equipe de enfermagem por demanda é de 6 minutos. NPS dos pacientes que reclamam de demora para atendimento dos setores de apoio é em média - 70% (Zona crítica de acordo com a definição da metodologia).

Os serviços de apoio não possuem uma ferramenta de gestão da operação e registro das demandas dos pacientes, o que prejudica a performance, em consequência foi feito uma parceria com uma startup para ofertar uma solução para o paciente internado.

OBJETIVOS

Melhorar a qualidade Assistencial com a equipe de Enfermagem tendo mais tempo para atividades assistenciais.

Melhorar a experiência do paciente internado, com o painel proporcionando um canal direto com as áreas de apoio, reduzindo o tempo de atendimento e melhora a comunicação.

METÓDIS

O projeto iniciou-se no quarto trimestre 2022, com implantação presencial suportada pelo time da startup, área de inovação, serviço de atendimento ao cliente e área de tecnologia da empresa, inicialmente em 55 leitos em dois Hospitais.

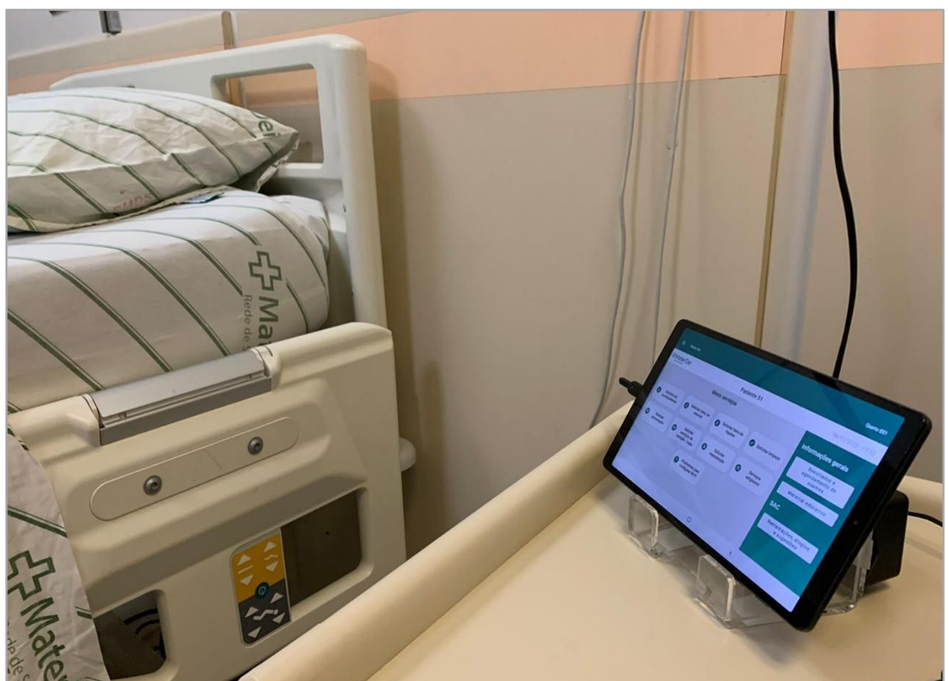


Figura 1 - Tablet beira leito

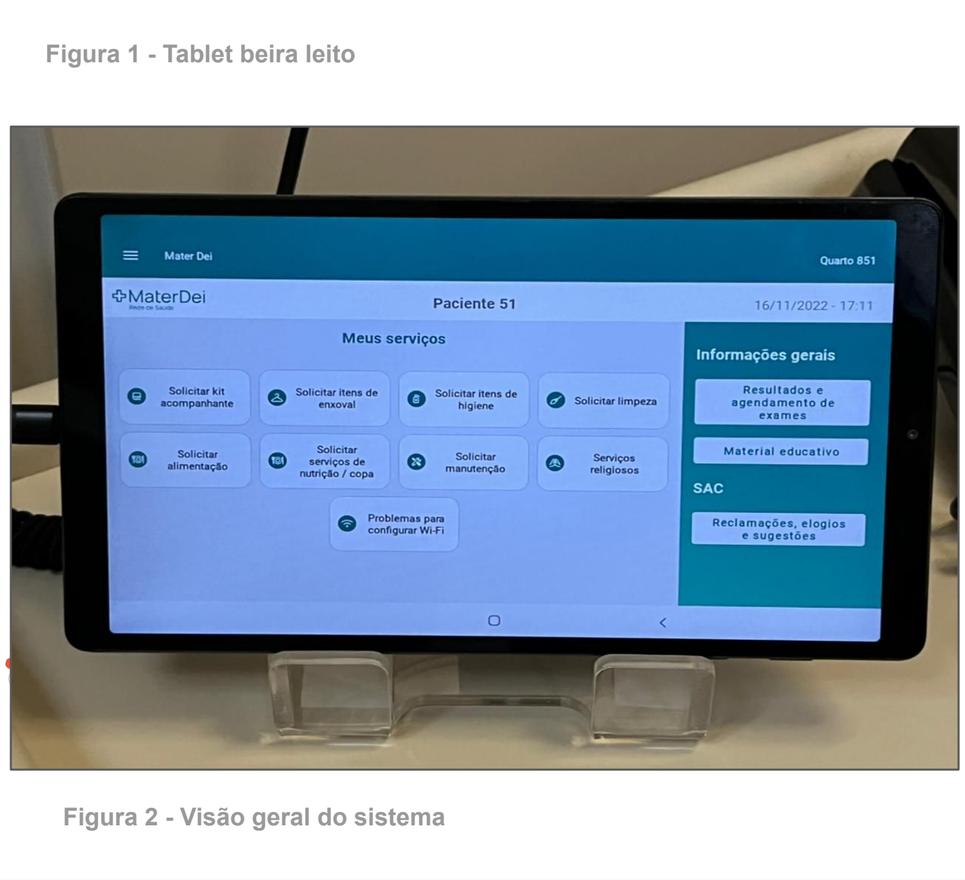


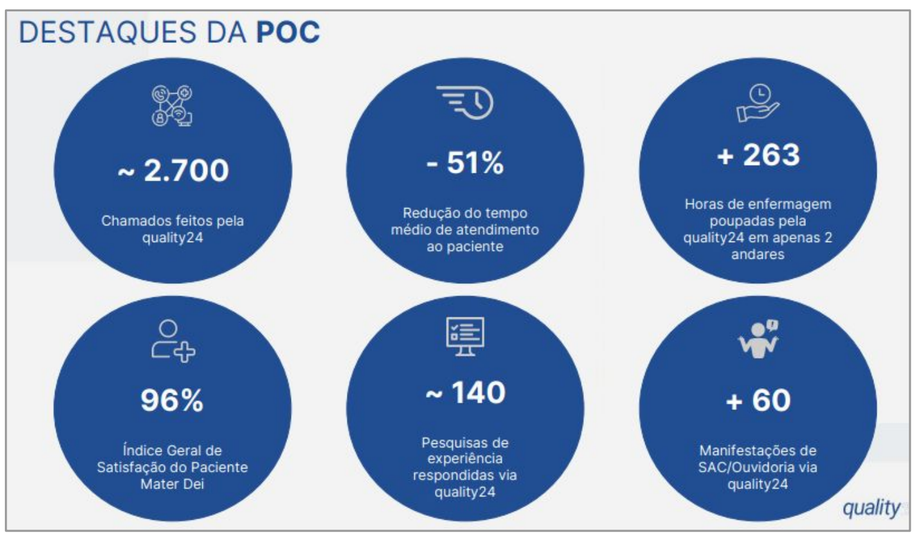
Figura 2 - Visão geral do sistema

Figura 3 - QR Code para acesso ao sistema

RESULTADOS

Redução de 81% no número de queixas por demora para atendimento nos andares da POC;

Considerando em um cenário com todos os leitos RMBH e Salvador poderíamos atingir uma redução de cerca de 80 queixas por mês; Potencial de **ROI de 312%** considerando a economia de tempo do posto de enfermagem de quatro unidades hospitalares



EVOLUÇÃO NOTÁVEL DA OPERAÇÃO EM APENAS 45 DIAS

	1ª SEMANA (16/11 – 24/11)	ÚLTIMA SEMANA (23/12 – 31/12)	MELHORA
TEMPO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE	01:49:40	00:53:49	-51%
SANTO AGOSTINHO	02:00:01	00:58:27	-51%
CONTORNO	01:44:37	00:49:14	-53%
vs BENCHMARK SE	10,0x	4,9x	-51%
vs BENCHMARK NE	3,0x	1,4x	-53%
SATISFAÇÃO MÉDIA PACIENTES MATER DEI	95%	100%	5 p.p.

CONCLUSÕES

A implementação de um painel digital para o paciente internado, proporcionou resultados positivos nas esferas da experiência do paciente e financeiras.

REAVALIAÇÃO CLÍNICA NA OBJETIVA DE VALOR EM SAÚDE COM BASE EM TRIGGERS DE PRONTUÁRIO

Diego Roncete Ramos, Israel Mello Rocha, Marlon Almeida Morelli

INTRODUÇÃO

O EGV iniciou em 2022 a atuação na reavaliação clínica na objetiva de valor em saúde de forma proativa, para busca de oportunidades nos protocolos assistenciais e na individualização do cuidado através da avaliação do paciente com foco na otimização de processos, redução de desperdícios e melhoria no atendimento por protocolos, garantindo desfecho clínico, individualização do cuidado e otimização das prescrições, através de uma atuação proativa de valor em saúde com interface com as áreas assistenciais e a gestão de altas.

METODOLOGIA

Em 2022, foi iniciado o projeto piloto, sendo realizado através de um mapeamento de valor em cadeia de saúde, para definir o histórico institucional e desenvolver modelo de análise que permita automatizar a verificação de oportunidades de correções e adequações de prescrição ou protocolos, gerando oportunidade de atendimento individualizado ao paciente, reduzindo custos, tempo de permanência e melhorando a experiência. O mapeamento manual, foi realizado a partir de Abril/2022, alcançando 259 pacientes avaliados durante a internação pela equipe médica e de enfermagem do escritório de valor, alcançando 551 sugestões de adequação nos protocolos e prescrições, resultando até 589 oportunidades de realocação de investimentos com mat/med. Após conhecer as oportunidades da instituição, foi desenvolvido um sistema de scripts com base em Triggers de Prontuários, que permita acompanhar todas internações da instituição em tempo real, com os seguintes objetivos:

• Automatizar o processo de avaliação de pacientes com objetivo de obter melhores desfechos assistenciais e melhorar a experiência durante o atendimento ao paciente.
• Desenvolver com base em metodologias e protocolos validados, alarmes que aumentem a confiabilidade na análise dos dados e oportunizando uma eficiência na assistência.
• Permitir uma análise de todos os pacientes na instituição, em tempo real, gerando a possibilidade de intervenções ativas da equipe durante toda internação.
• Proporcionar processo sinérgico com Escritório de Gestão de Alta e times assistenciais.

E desta forma, foram criados os seguintes alarmes baseados nos triggers identificados:

• Pacientes com uso de morfina;
• Profilaxia de LAMG (lesão aguda de mucosa gástrica);
• Pacientes cirúrgicos sem prescrição de Enoxaparina no pós-operatório;
• Paciente no quinto dia de internação em uso de analgesia intravenosa;
• Paciente com cirurgia de grande porte sem analgesia ou SOS;
• Paciente sem antieméticos ou SOS;
• Medicações SOS com 2 aprazamentos;
• MEWS ≥3;
• Pacientes de longa permanência (≥ 10 dias);
• Medicações não padrão;
• Pacientes cirúrgicos com antibiótico profilático superior a 24 horas;
• Pacientes com haemoglucoteste sem dieta via sonda ou sem dieta zero.

Estes triggers, desenhados conforme histórico da instituição, permite avaliar na totalidade os pacientes internados e encontrar oportunidades de otimização do atendimento e do desfecho clínico de forma automatizada. Torna-se um modelo de individualização do cuidado, com base em protocolos e utilizando uma ferramenta tecnológica de fácil desenvolvimento.

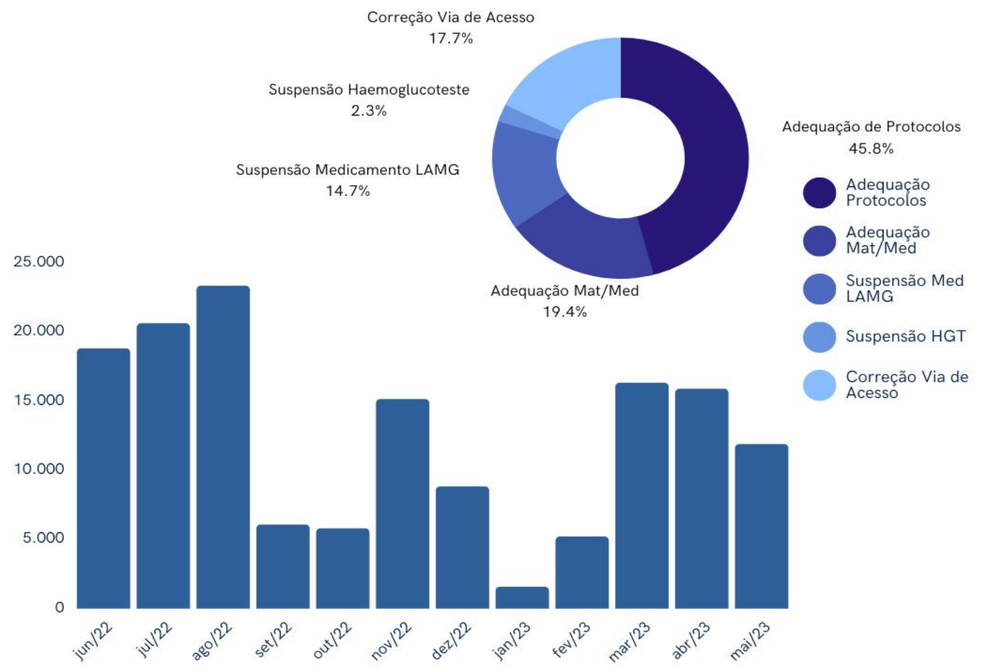
RESULTADOS

Os alarmes foram acompanhados durante 12 meses na instituição, avaliando 70.820 paciente-dias, todas internações realizadas, e os seguintes resultados foram observados:

• 9.421 diárias salvas com a desospitalização de pacientes (Com base no referencial DRG Brasil Percentil 75);
• 25.358 oportunidades assistenciais de adequação de protocolos institucionais, garantindo desfecho;
• 104.745 oportunidades de adequação de mat/med, como por exemplo alteração de via de acesso, suspensão de medicamentos e fortalecimento do manejo de dor com medicações adequadas e de melhor custo/benefício, fortalecendo a individualização do cuidado.
• 8.116 suspensões de medicamentos para Lesão de Mucosa Gástrica;
• 1.299 Oportunidades de suspensão de Haemoglucoteste para pacientes sem indicação direta;
• 9.792 oportunidades de correção de analgesia com acesso IV maior que 5 dias.

APT. ESPECIAL -JB29	R.A.A.G.	25/09/2023 14:00:00	MEWS	4	
B07P-C	D.D.A.G.	25/09/2023 11:41:00	MEWS	3	
APT. ESPECIAL -LB25	A.M.B.S.	25/09/2023 09:21:00	MEWS	2	
ENFERMARIA -JA09 B	M.R.B.	25/09/2023 08:00:00	MEWS	3	
ENFERMARIA -E04E	M.A.P.	25/09/2023 02:00:00	DOR	3	
APT. ESPECIAL -C01	A.L.D.S.	25/09/2023 11:30:00	DOR	9	
APT. ESPECIAL -JB21	S.O.	25/09/2023 14:00:00	MEWS	2	
APT. ESPECIAL -F03	D.R.F.A.	25/09/2023 14:00:00	MEWS	2	
ENFERMARIA - B02D	M.A.D.S.	25/09/2023 15:00:00	MEWS	4	
APT. ESPECIAL -LB30	C.A.M.	25/09/2023 14:00:00	MEWS	2	
ENFERMARIA -A08B	J.B.D.O.	25/09/2023 14:00:00	MEWS	2	
ENFERMARIA - B06B	S.H.F.O.D.P.	25/09/2023 16:00:00	MEWS	2	
ENFERMARIA - B06A	G.L.N.S.	25/09/2023 16:00:00	MEWS	2	

O painel de alarmes automatizado com 12 alarmes ativos, permite avaliar em tempo real as possibilidades de alterações no atendimento do paciente, que tragam oportunidade de melhoria de desfecho e impacto na sustentabilidade do atendimento.



Oportunidades avaliadas via triggers em prontuário no período de 12 meses, comparada com o percentual de oportunidades classificadas por tipo na instituição, totalizando 149.310 em 15.305 internações avaliadas em tempo real.

CONCLUSÕES

A Afecc Hospital Santa Rita de Cássia, em seu propósito e missão, desenvolve ações constantes baseadas na agenda de valor em saúde, com foco na individualização e centralização do paciente no cuidado, com objetivo de otimizar os recursos, melhorar os desfechos e ampliar seu atendimento à população.
O mapeamento de valor em saúde permite que a instituição identifique previamente oportunidades e atue de modo tempestivo na adequação do atendimento.
O objetivo final é a realocação dos recursos com foco no paciente certo e melhorando a sua segurança e experiência na instituição.

REFERÊNCIAS

"Value in Health: The Assessment of Health Outcomes and Resources". By Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L., & Claxton, K. (2005). Oxford University Press.
"Value-Based Healthcare: A New Approach to Managing the Cost and Quality of Health Care". By Porter, M. E. (2010). Harvard Business Review Press.
"Value-Based Healthcare: A Practical Guide to Measuring and Managing for Value". By Rosenthal, M. B., & Ginsburg, P. B. (2015). Jossey-Bass.

Recomendações contratuais para desenvolvedoras de softwares de inteligência artificial na área médica

Autor: Henrique Schmidt Zalaf

INTRODUÇÃO

Este trabalho envolve a resolução dos problemas de ordem prática originados dos contratos firmados entre as desenvolvedoras de ferramentas de IA de predição diagnóstica na área médica e seus clientes, sejam hospitais, clínicas e médicos. A partir da doutrina jurídica disponível, são recomendadas cláusulas contratuais que buscam suprir a insuficiência da legislação aplicável à regulação da IA. A partir de desafios jurídicos e de visão computacional que são objeto de destaque, este texto busca definir cláusulas contratuais que regulem os interesses jurídicos das desenvolvedoras nas relações jurídicas com seus clientes. As orientações legislativas da Comunidade Europeia constituem fonte de pesquisa e de solução dos desafios que serão traçados. O trabalho é destinado ao jurista e empresário que tenham interesse na solução dos problemas contratuais enfrentados pelas desenvolvedoras em seu relacionamento com seu cliente, especialmente ante os desafios que são enfrentados por este tipo de tecnologia. Como tipo contratual, identificou-se que o contrato de licença de uso de software previsto na Lei 9.609/98 poderia ser utilizado como veículo para, a despeito de várias fragilidades, regular a relação jurídica entre o desenvolvedor e seu cliente. O foco deste trabalho será estabelecer quais cláusulas específicas relacionadas ao uso de IA seriam importantes nestes contratos, justificando sua utilização.

METODOLOGIA

O modelo de pesquisa utilizado foi o exploratório, mediante a identificação das principais questões contratuais que surgem no relacionamento contratual entre desenvolvedor e seus clientes.

A metodologia de desenvolvimento envolveu 3 (três) grandes etapas.

A primeira consistiu na análise da literatura disponível envolvendo as tecnologias atualmente existentes, especialmente a estrangeira, que já apresenta um nível de desenvolvimento bastante acentuado.

A pesquisa bibliográfica já realizada aponta diversos estudos em quantidade interessante.

A segunda etapa consistiu no estudo da legislação aplicável, envolvendo o Código Civil, demais normas legais, até as normas mais recentes de tecnologia, tais como Marco Civil da Internet e Lei Geral de Proteção de Dados. As normas da ANVISA atualmente vigentes foram, também objeto de estudo. Por fim, a terceira fase envolveu uma pesquisa de mercado, seguida de uma série de entrevistas com empresas desenvolvedoras e análise de contratos de desenvolvedoras.

Pela complexidade apresentada, a pesquisa de mercado mereceu um capítulo próprio, destacado do corpo central, onde são indicadas algumas empresas que desenvolvem sistemas de suporte à decisão clínica, através de diagnósticos por imagem e análise computacional de exames. A pesquisa de mercado amostral apontou uma nítida divisão do mercado em empresas estruturadas como grandes corporações e outras que usam o modelo de *start-ups*, geralmente incubadas em entidades de aceleração de crescimento.

Da pesquisa de mercado, foram realizadas várias entrevistas, todas abordadas de acordo com um roteiro previamente estabelecido. Como resultado das entrevistas, foi franqueado acesso a alguns modelos contratuais utilizados pelas desenvolvedoras, permitindo a formulação das recomendações das estruturas jurídicas mais adequadas, a fim de garantir a sustentabilidade dos modelos de negócio.

A pesquisa de mercado foi objeto de análise minuciosa (Capítulo 6), de forma que neste item o leitor poderá ter acesso de forma mais detalhada aos aspectos empíricos objetos desta pesquisa.

RESULTADOS

Foram analisados os modelos contratuais atualmente utilizados pelas desenvolvedoras de ferramentas de IA na área médica para apoio diagnóstico.

O foco do trabalho é estabelecer quais cláusulas específicas são importantes nos contratos de desenvolvedoras de ferramentas de IA na área médica.

Atualmente, inexiste tipo contratual específico para regulamentar o tipo contratual adotado entre desenvolvedoras e seus clientes. Definir o tipo contratual parece ser um passo importante por carregar um regime jurídico próprio, um conjunto de regras e um entendimento jurisprudencial muitas das vezes consolidado.

A pesquisa apontou que o contrato de licença de software veiculado pela Lei n 9.610/98 poderia ser utilizado como instrumento jurídico para regular a relação. Além do tipo contratual, torna-se relevante estabelecer o regime jurídico e cláusulas que sejam específicas ao tema da IA.

O trabalho veiculou: (i) cláusulas padrão dos contratos de licença, que seriam aplicadas a todos os contratos de licença de software, desde editores de texto até ERP, e (ii) cláusulas específicas que são aquelas relacionadas ao uso da IA e sua consequência no mundo jurídico.

Levantados os problemas que poderão surgir com a utilização de ferramentas de IA, foram apontadas possíveis soluções de natureza contratual que correspondam a cada um dos "desafios" (problemas) indicados, através de sugestões de cláusulas contratuais específicas.

CONCLUSÕES

A partir da doutrina jurídica disponível, foram recomendadas cláusulas contratuais que buscam suprir a insuficiência da legislação aplicável à regulação da IA. A partir de desafios jurídicos e de visão computacional que são objeto de destaque, este texto busca definir cláusulas contratuais que regulem os interesses jurídicos das desenvolvedoras nas relações jurídicas com seus clientes. As orientações legislativas da Comunidade Europeia constituem fonte de pesquisa e de solução dos desafios que serão traçados.

Como tipo contratual, identificou-se que o contrato de licença de uso de *software* previsto na Lei 9.609/98, poderia ser utilizado como veículo para, a despeito de várias fragilidades, regular a relação jurídica entre o desenvolvedor e seu cliente. O foco deste trabalho foi estabelecer quais cláusulas específicas relacionadas ao uso de IA seriam importantes nestes contratos, justificando sua utilização.

A ampla utilização de *disclaimers* e glossários das terminologias garantem a tão desejada transparência da IA. A garantia contratual de higidez da fonte e da base de dados, bem como a possibilidade de auditoria externa caminham neste mesmo sentido de evitar a opacidade da IA. Foi sugerido que o desenvolvedor também indicasse a árvore de decisão do algoritmo, até como forma de atender o artigo 20 da LGPD.

Os desafios de visão computacional se resolvem pela delimitação da funcionalidade da IA e com indicadores de performance do algoritmo. Por sua vez, veiculou-se a necessidade de constante atualização e treinamento do *software*.

Ante a preocupação de proteção de dados, foram recomendas cláusulas que estabeleçam as bases legais para o tratamento dos dados sensíveis, bem como estabelecer a posição de controlador ou operador de dados. Destacou-se a necessidade de elaboração de dois documentos fundamentais: (i) relatório de impacto e (ii) política de privacidade.

Por fim, quanto aos desafios jurídicos, recomendou-se a aplicação contratual dos conceitos de *ethics by default*, através da criação de uma relação contendo uma hierarquia de valores que devem ser ponto de partida no desenvolvimento da IA. A utilidade de veicular-se o mapa de decisão evitaria também a assimetria de informação entre as partes contratantes. E no que diz respeito ao inadimplemento contratual, foi sugerida a adoção de cláusula que estabeleça o nível de automação e necessidade de interferência humana na IA.

REFERÊNCIAS

Palavras-chave: Inteligência Artificial. Predição. Caixa Preta do algoritmo. Tratamento automatizado de dados. Treinamento de Inteligência Artificial. Contratos de transferência de tecnologia. Aperfeiçoamento dos contratos das desenvolvedoras.

REDUÇÃO DA INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUINEA RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UMA UTI PEDIÁTRICA.

Fabíola P. Ferreira La Torre, Marcia Portugal, Raquel Gomes L. Conceição, Noelia Andrade

INTRODUÇÃO

Infecção da corrente sanguínea associada à cateter central (ICSAC) está ligada ao aumento do custo médico, permanência hospitalar e mortalidade. Este estudo avaliou o efeito de intervenções multimodais nas taxas de ICSAC e o efeito da notificação na visita multidisciplinar do número de dias de cateter, com o envolvimento de cuidadores e membros da família. O estudo teve como objetivo reduzir a taxa de ocorrência de ICSAC a zero na UTIP após intervenções multimodais.

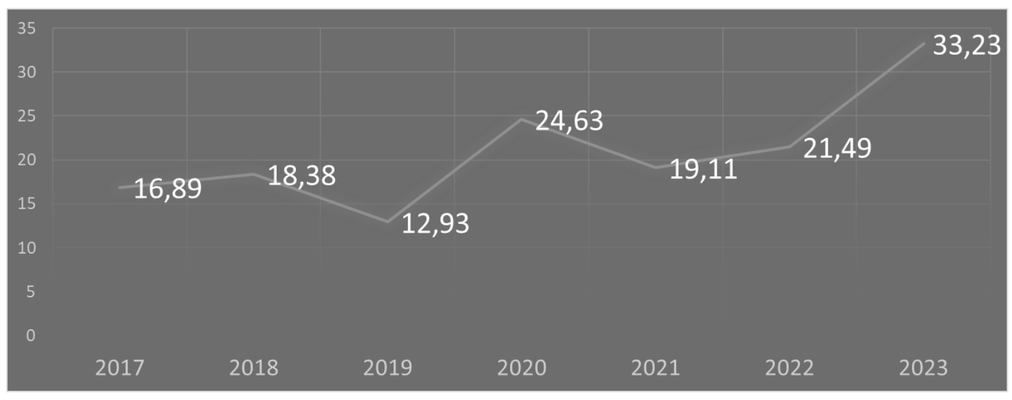
METODOLOGIA

O estudo foi experimental, avaliação dos resultados de intervenção clínica. Foram analisados dados retrospectivos de pacientes na UTI com CVC em 2 períodos, pré-intervenção (01/18 a 12/20) e pós-intervenção (01/21 a 06/23). Introduziu-se notificação diária, na visita multidisciplinar, treinamento in locu a cada 3 meses do bundle de manutenção do CVC, auditoria de curativos mensais, envolvimento de membros da família. Equipe multidisciplinar questionava diariamente, a necessidade de manutenção do CVC. Enfermeiros monitoraram a conformidade da lista de verificação do CVC, que consistiam em higiene das mãos, precaução máxima barreira, degermação e desinfecção com clorex alcóolico. Outras estratégias foram: películas transparentes, swabs com álcool, uso de conectores valvulados, CUROS, ações de higiene das mãos e limpeza do ambiente. A definição de ICSAC foi baseada nos critérios de definição da Rede Nacional de Segurança em Saúde.

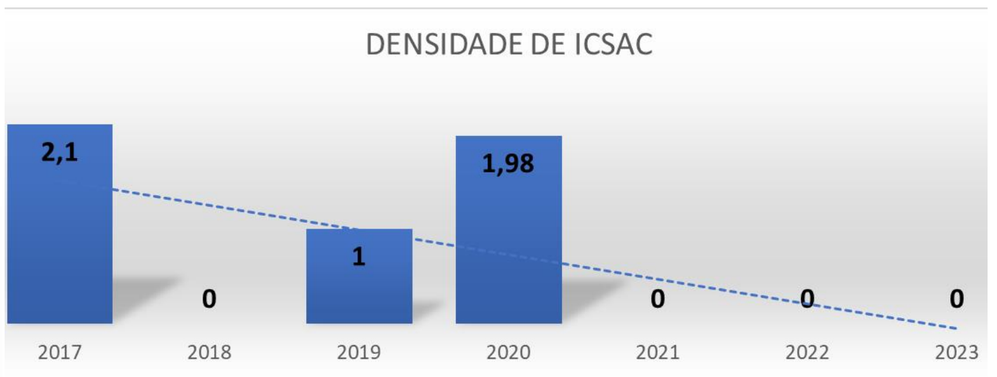
Treinamentos com time Multidisciplinar: 1) Importância da lavagem das mãos; 2) Como manipular Cateter Venoso Central.

RESULTADOS

Houve redução para taxa zero nos primeiros 6 meses de intervenção, a qual vem sendo mantida até junho de 2023. Entre janeiro de 2018 e dezembro de 2020 foram 4366 total de pacientes-dia na UTIP e taxa de utilização de CVC foi 18,38 em 2018, 12,93 em 2019 e 24,63 em 2020. Em 2021 a taxa de utilização foi de e 19,11, com um total de 2253 pacientes-dia, 2022, a taxa de uso de CVC foi 20,31 e 2245 pacientes-dia e em 2023, aumento da taxa de uso para 28,03, 1125 pacientes-dia. O indicador de mortalidade, PIM 2, apresentou um crescimento, sendo sequencialmente, 0,67; 0,9; 0,96, 1,3, 0,9 e 1,0. 2 casos ICSACs ocorreram durante o período pré intervenção com taxa de 1,0 no período pré-intervenção e 0 por 1.000 dias de CVC pós-intervenção.



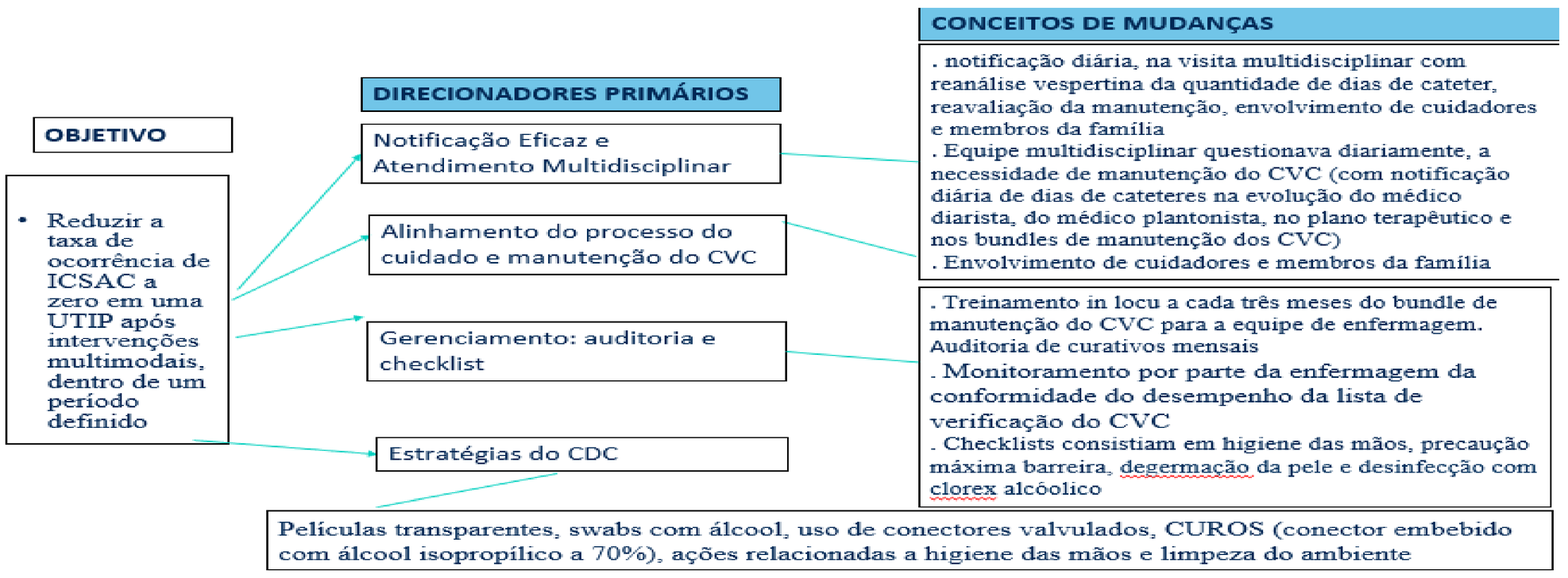
Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central



Densidade de ICSAC

CONCLUSÕES

A estratégia multimodal reduziu a taxa de ICSAC, independentemente da quantidade de medidas utilizadas. uso dos 5 elementos-chaves foi crucial para o sucesso no resultado: Mudança de sistema, Educação e treinamento, Monitoramento e retroalimentação, Lembretes e comunicação e Mudança de cultura



ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA TAXA ZERO ICSAC:
Diagrama Direcionador

REFERÊNCIAS

1) O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis. 2011;52(9):e162-193
2) Torre FPF, Baldanzi G, Troster EJ. Risk factors for vascular catheter-related bloodstream infections in pediatric intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2018 Oct-Dec;30(4):436-442.
3) WHO. World Health Organization. Improving infection prevention and control at the health facility. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://www.who.int/infection-prevention/tools/core/components/en

REDUÇÃO DE DANOS ATRAVÉS DO SAFETY HUDDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

Laura Maggi da Costa, Aline Fantin Cervelin, Patrícia Gleit, Cristiane Tejada, Anielle Ferrazza, Pâmella Oliveira de Souza, Sidiclei Machado Carvalho, Vânia Rohsig

INTRODUÇÃO

Em detrimento da pandemia e pós pandemia e conforme relatado em várias instituições de saúde no mundo inteiro, houve um aumento expressivo nas infecções hospitalares, principalmente em unidades de pacientes críticos e de alta complexidade. Com intuito de retornar e melhorar a nossa assistência à saúde pós pandemia.

METODOLOGIA

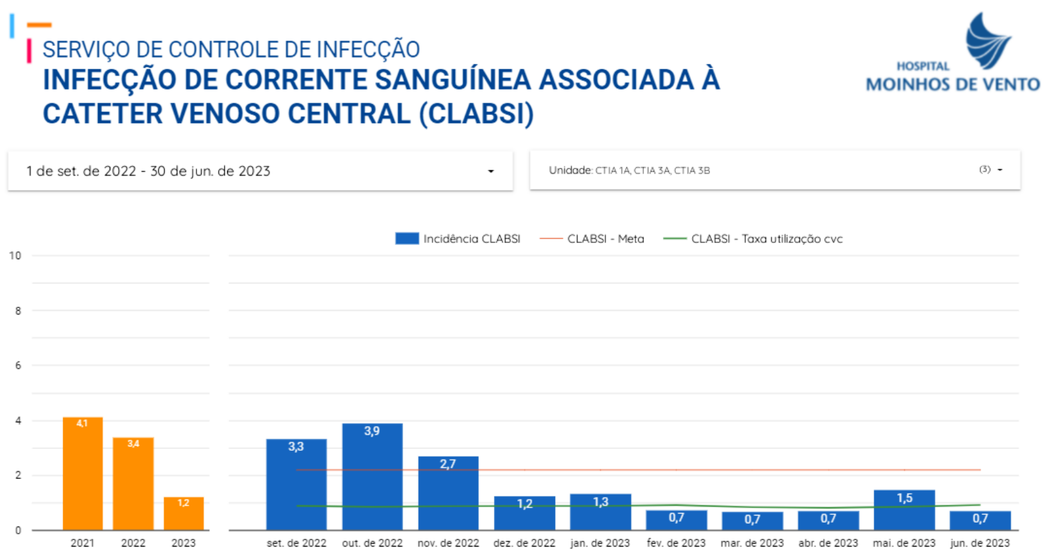
Foi realizado juntamente com a equipe de coordenação da enfermagem, supervisores de enfermagem, supervisão SCI e enfermeira do SCI o safety huddle diário das infecções, com início no mês de dezembro de 2022, permanecendo até o presente momento.

O encontro é realizado todos os dias de segunda à sexta feira das 13:30 às 13:45, cada dia da semana é coberta uma unidade intensiva, por exemplo: segundas feiras área 1, terça feira área 2 e assim sucessivamente. Este momento conta com a participação de toda equipe assistencial (enfermeiro, técnicos, fisioterapeuta), médicos plantonistas, supervisoras, SCI e coordenação de enfermagem.

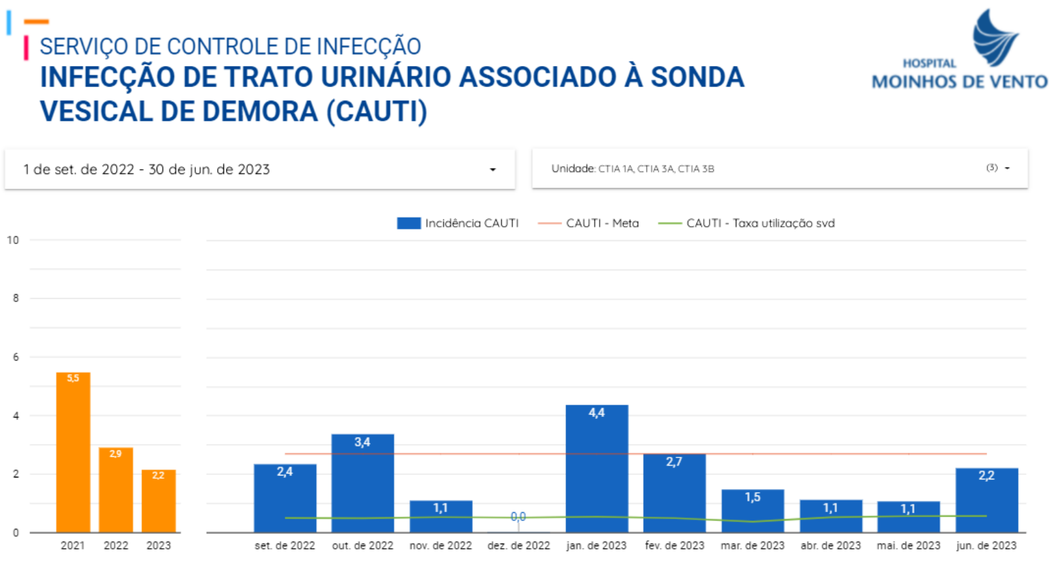
A intenção do momento é realizar uma pausa e instigar o pensamento crítico em relação a prevenção de infecções associadas ao uso de dispositivos. São feitas 14 perguntas, (todas elas em google drive e armazenado em banco de dados) dentre elas: quantos pacientes permanecem na unidade com cateter venoso central?, Quantos pacientes com cateter venoso central de curta permanência estão com o dispositivo há mais de 25 dias?, Número de paciente em diálise?, Utilização de cobertura impregnada com CHG (clorexidina) nos cateter centrais?, Total pacientes em ventilação mecânica?, Possibilidade de teste de respiração espontânea nestes pacientes?, Número de pacientes com sonda vesical de demora?, Quais os critérios para manter o dispositivo?, Se houve flebite infecciosa durante a semana na unidade?, Número e quais os pacientes estão em medidas de bloqueio epidemiológico na área?, Tempo de permanência no mesmo box? (Para possível transferência e limpeza terminal do leito), dentre outros.

RESULTADOS

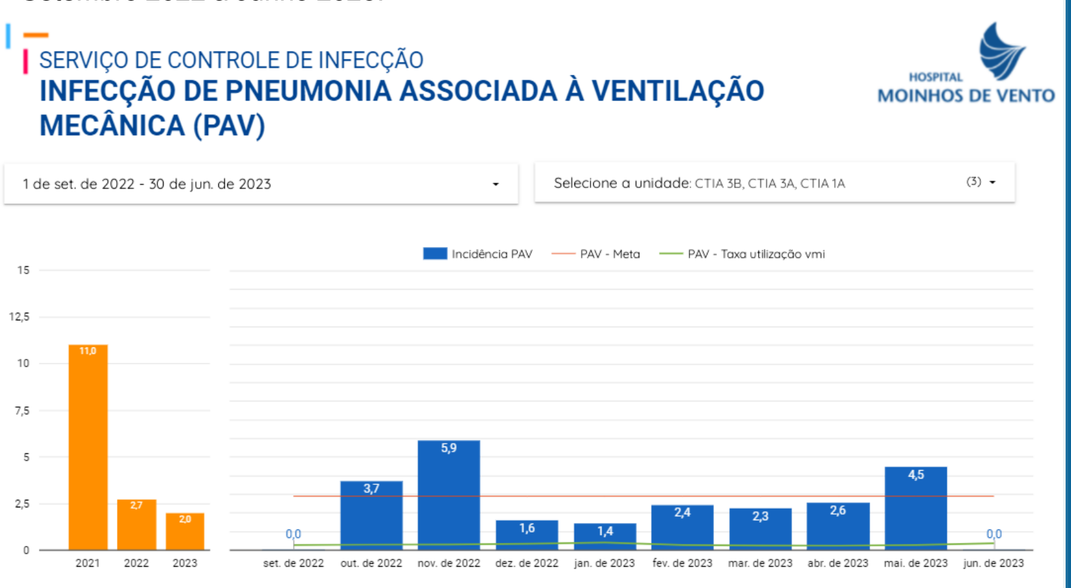
Foi identificado uma ótima adesão à participação das equipes médico-assistenciais das áreas, bem como uma melhoria nos indicadores relacionados às infecções.



Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central. (CLABSI), Setembro 2022 à Junho 2023.



Taxa de infecção de trato urinário associado à sonda vesical de demora (CAUTI), Setembro 2022 à Junho 2023.



Taxa de Infecção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), Setembro 2022 à Junho 2023.

CONCLUSÕES

A interação e o momento de reflexão e revisão do processo ajudaram muito no pensamento crítico e a avaliação da real necessidade de manutenção de alguns dispositivos invasivos. Neste período foi identificada a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde, redução dos casos de microrganismos.

REFERÊNCIAS

Brass SD, Olney G, Glimp R, Lemaire A, Kingston M. Using the Patient Safety Huddle as a Tool for High Reliability. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2018 Apr;44(4):219-226. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.10.004. PMID: 29579447.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: APLICAÇÃO DA METODOLOGIA 5S NAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS DE UM HOSPITAL PRIVADO

BRUNA ROSA DOS SANTOS LIMA, ISAAC CAVALCANTE SILVA, ALINE TELES TAVARES SUETOMI e SIMONE MISTRETA FERNANDEZ

INTRODUÇÃO

O 5s surgiu no Japão em meados do século XX e consiste no empenho das pessoas em organizar o local de trabalho por meio da utilização, organização, limpeza, padronização e disciplina na realização do trabalho[1]. Os cinco sensos do 5S têm sua origem nas iniciais das palavras japonesas Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke. Conhecidas como os sensos de utilização, organização, limpeza, padronização e autodisciplina[2]. Utilizando a ferramenta 5s, ocorrerá uma diminuição de recurso desperdiçados, uma vez que, quanto mais cedo um defeito é encontrado, menor o custo de reparo e por consequência menor o custo de produção. Trazendo benefícios para os clientes externos e internos, pois implantando uma gestão de qualidade dentro da organização, ocorrerá melhoria na comunicação, trabalho em equipe, conforto, bem-estar dos colaboradores e aumentando a motivação. O estudo tem como objetivo relatar a experiência da aplicação da metodologia 5s no escritório de Projetos de um hospital privado de São Paulo.

METODOLOGIA

Relato de experiência da aplicação da metodologia 5s no escritório de Projetos de um Hospital Privado em São Paulo.

RESULTADOS

A implantação ocorreu em etapas e teve início com a auditoria das estações de trabalho com cards de “Conforme” e “Não conforme”, registro fotográfico, estimulando a consciência de utilizar apenas o essencial e desenvolvendo uma cultura 5s, evitando desperdícios e custos. Após a entrega dos Cards, observamos uma mudança na equipe no intuito de adquirir o cartão “Conforme” estimulando uma competição saudável na área.

Figura 1 – Identidade Visual do Projeto 5s.

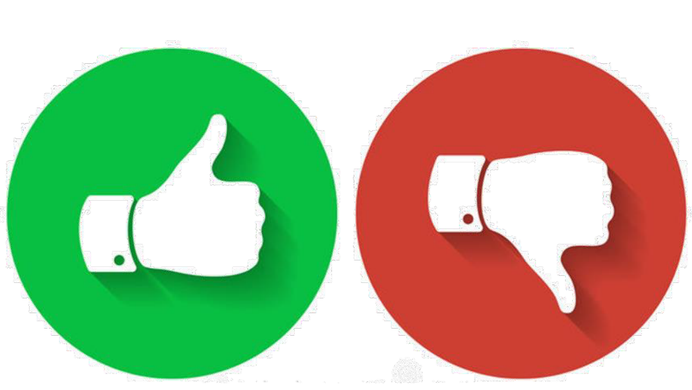


Figura 2 – Cards “Conforme” e “Não Conforme”.

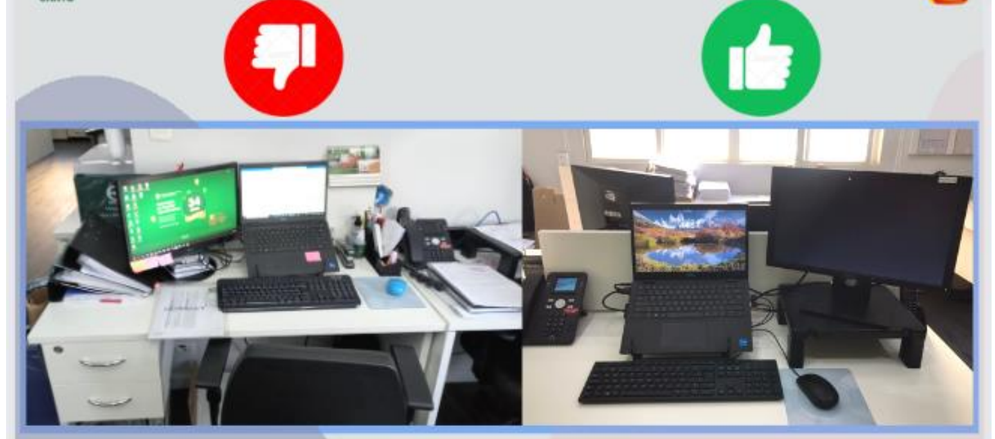


Figura 3 – Antes e Depois na aplicação da Metodologia 5s.

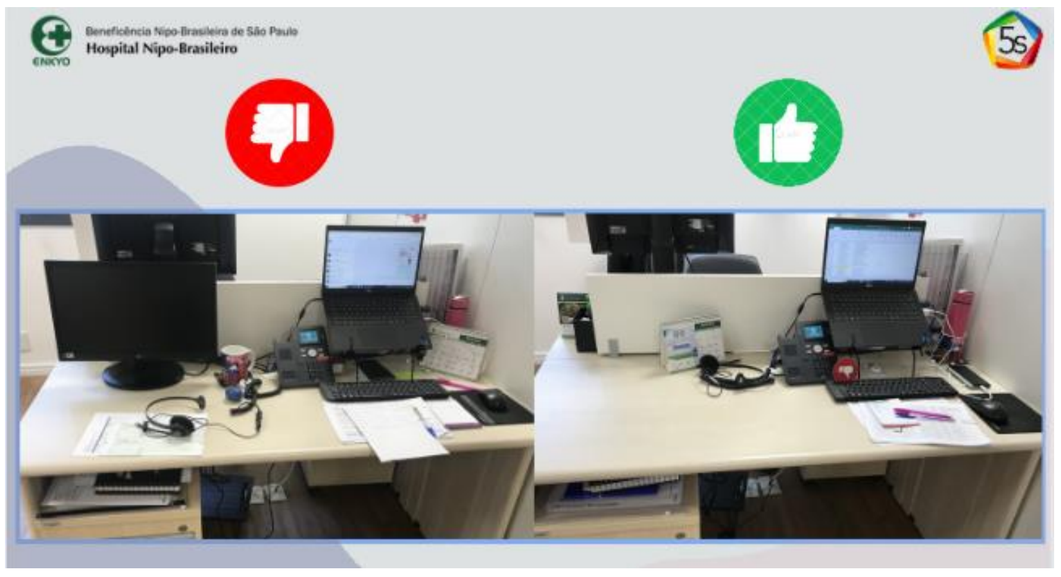


Figura 4 – Antes e Depois na aplicação da Metodologia 5s.

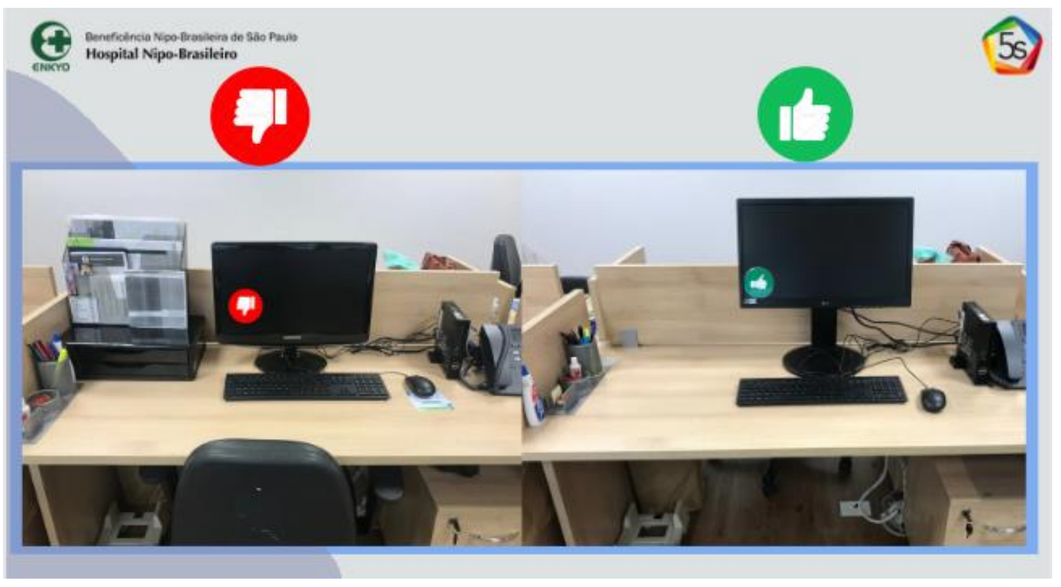


Figura 5 – Antes e Depois na aplicação da Metodologia 5s.

Figura 6 – Padronização de itens na estação de Trabalho.

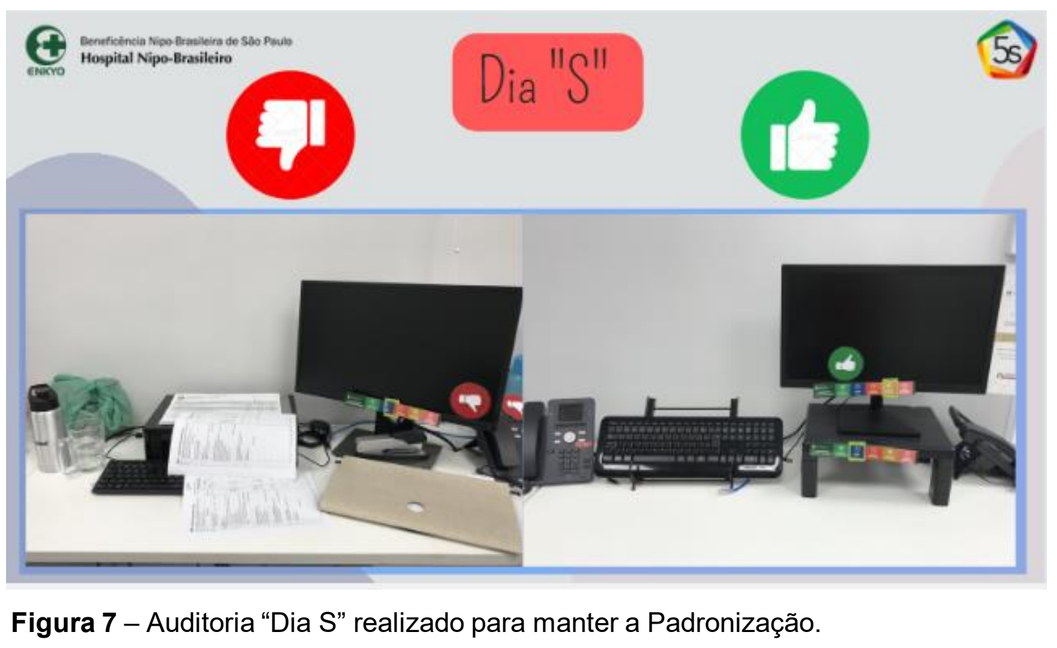


Figura 7 – Auditoria “Dia S” realizado para manter a Padronização.

CONCLUSÕES

Após a melhora com a entrega dos Cards, foi realizado um Workshop apresentando a metodologia 5s e posteriormente os cinco sensos foram colocados em práticas, auditorias periódicas foram realizadas para acompanhar o desenvolvimento dos sensos. Podemos observar que através dos registros fotográficos que a implantação do 5S foi de total importância na cultura, mudanças ocorridas no clima organizacional e sendo disseminado na Instituição.

REFERÊNCIAS

1.PUERARI A et al. Comunicação interna como ferramenta de gestão. PR Coop. Tecn. Cient., Curitiba, 2015). 2.TERCIOTTI, S. H. et al. Comunicação empresarial na prática. 2. ed. São Paulo 2010.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CERTIFICAÇÃO DE ENFERMEIROS EM INSTALAÇÃO DO SENSOR DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
In Affiliation with JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Delita de Souza Klein, Karina Leal Vargas, Elisandra Leites Pinheiro e Daniela Tenroller de Oliveira

INTRODUÇÃO

A glicose alterada no paciente com Diabetes Mellitus é o principal desencadeador das complicações e comprometimentos dos sistemas e órgãos. É possível obter a monitorização com a glicemia plasmática.

METODOLOGIA

Foi realizada uma aula presencial com a representante de uma empresa de sensores de monitoramento de glicemia, onde os integrantes do grupo de referência em diabetes de um hospital privado de Porto Alegre/RS estavam presentes. A certificação ocorreu através de uma aula teórica e após foi realizada a prática, instalando o sensor de monitorização contínua da glicose em uma enfermeira de referência do grupo.

Aula prática de instalação o sensor de monitorização contínua da glicose em uma enfermeira de referência do grupo.

Aula presencial com a representante de uma empresa de sensores de monitoramento de glicemia.

RESULTADOS

Foram capacitados quinze enfermeiros, os mesmos são responsáveis pela orientação, instalação e troca do sensor de monitorização contínua da glicose nos pacientes diabéticos que utilizam ou começam a utilizar desta tecnologia.

Aula prática de instalação o sensor de monitorização contínua da glicose em uma enfermeira de referência do grupo.

CONCLUSÕES

Capacitar os profissionais da saúde, permite aprimoramento das melhores técnicas, impactando de maneira positiva na qualidade da assistência e da vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Diabetes: Saúde responde às dúvidas mais comuns sobre a doença que atinge 12,3 milhões de brasileiros. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/diabetes-saude-responde-as-duvidas-mais-comuns-sobre-a-doenca-que-atinge-12-3-milhoes-de-brasileiros>. Acesso em: 24 jun. 2023.

FERREIRA, G. R. S. et al. Self-care of elderly people with diabetes mellitus and the nurse-patient interpersonal relationship. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 1, 2022.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE INFORMATIVO PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS CARRINHOS BEIRA LEITO EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

ÂNGELA MARIA DIAS RIBEIRO DOS SANTOS

INTRODUÇÃO

A qualidade da prestação dos serviços em saúde é diretamente influenciada pelo desempenho de seus profissionais. As atividades que compete ao profissional exige atualizações constantes sobre práticas, protocolos e conhecimentos essenciais que visam à qualidade e segurança do paciente(1). Pensando em garantir o cumprimento das metas internacionais de segurança do paciente, cumprindo a meta 3 de melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, foi elaborado um informativo para auxiliar os profissionais na administração segura de medicamentos, garantindo rastreabilidade das medicações administrada, minimizando erros de administração de medicação e segurança do paciente no pronto socorro de alta complexidade.

METODOLOGIA

Relato de experiência da elaboração e utilização de informativo como estratégia para melhorar/aumentar a adesão dos carrinhos beira leito em um serviço de Pronto Atendimento de um Hospital Privado em São Paulo.

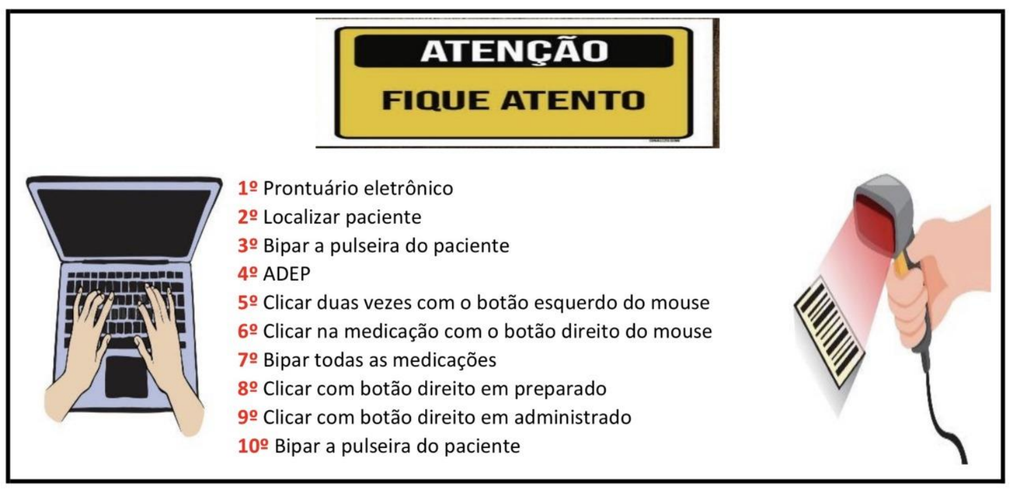


Figura 1 – Informativo desenvolvido para melhorar/aumentar a adesão dos carrinhos beira leito.

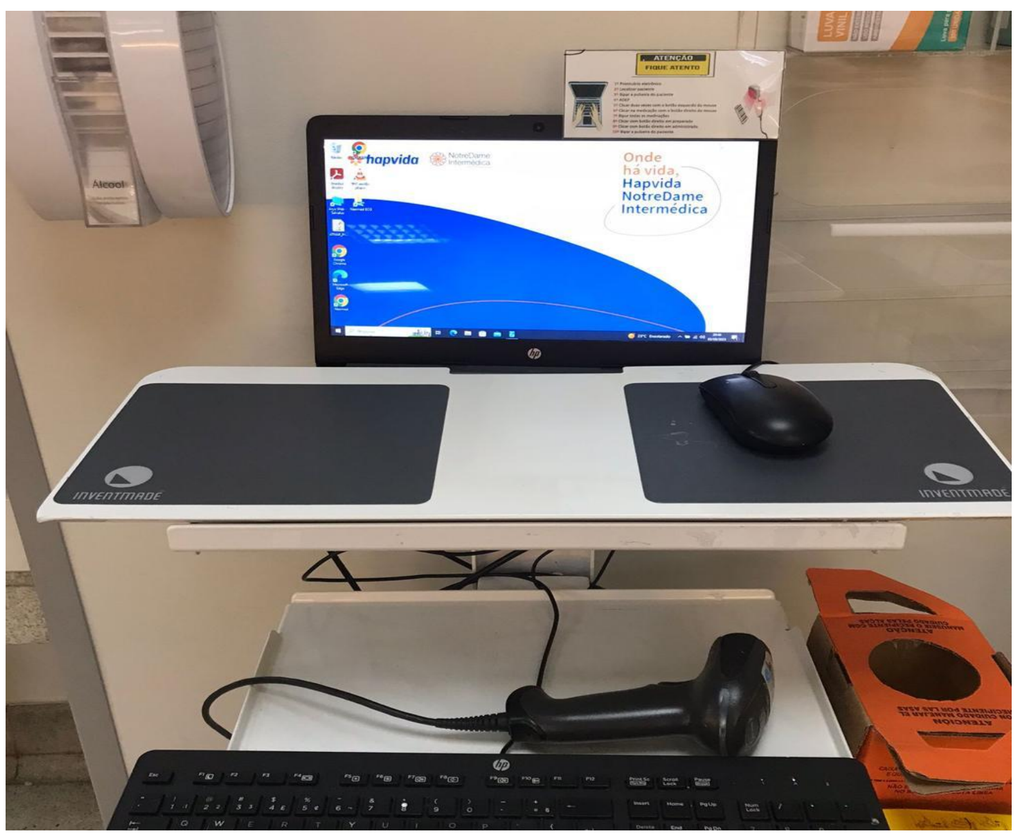


Figura 2 – Informativo desenvolvido para melhorar/aumentar a adesão dos carrinhos beira leito e fixado no monitor.

RESULTADOS

Com base em auditoria realizada no setor em de janeiro a julho2022 obtivemos uma média de adesão de 28% na utilização do carrinho a beira leito, a partir disto realizamos um PDSA e demos início a busca por estratégias que tivessem impacto e que melhorasse os resultados da utilização do carrinho. Dentre as ações propostas realizamos a criação de um informativo fixado no monitor com um passo a passo para reforçar ao profissional as etapas necessárias. Além de outras estratégias como Reunião de Equipe e orientações in loco diariamente, aperfeiçoando a cultura de segurança na equipe de enfermagem. Em uma nova auditoria realizada em 2023, os resultados encontrados obtidos em média de 70%, sendo alcançado no mês de junho 82%, tornando o pronto socorro como o setor com maior adesão de medicações realizadas beira leito ao paciente, minimizando atrasos na administração e eventos ocasionados decorrente a erro de medicação.

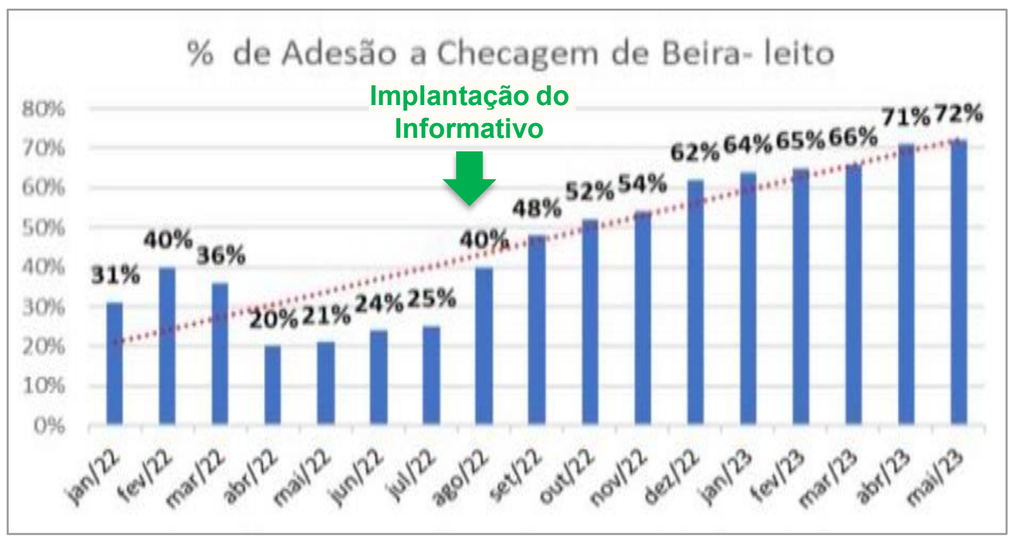


Figura 3 – Adesão a Checagem do Carrinho Beira-Leiro de 2022 a 2023.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que a partir destas ações e demais estratégicas proporcionou uma melhor adesão do carrinho beira leito entre os colaboradores, promovendo uma maior segurança na administração de medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Silva SCA,Valério ST, Cunha MLR, Treinamento à beira- leito para enfermeiros na pandemia. Escola Anna Nery 272023.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

REMUNERAÇÃO X INDICADORES DE DESEMPENHO: UM MODELO DE SEMI-GLOBAL CUSTOMIZADO.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

João Paixão, Bibiana Cunha, Fernanda Corá e Janaina Duarte

INTRODUÇÃO

O mercado de saúde suplementar, historicamente, consolidou-se com o modelo de remuneração *fee for service*. Este formato impacta diretamente em maior custo, visto que, quanto mais se consome recursos, há maior geração de receita para o hospital e consequentemente maior despesa para a operadora. Neste contexto, identificamos que para as equipes comerciais do hospital e da operadora, este modelo de remuneração demanda os mesmos esforços para negociação de uma cirurgia de baixa complexidade ou um transplante, por exemplo. Diante deste cenário e seus impactos financeiros e operacionais, o hospital buscou alternativas para a reavaliação do formato de remuneração e relacionamento com uma grande operadora tomadora de serviço.

OBJETIVO

Desenvolver um modelo Semi-global customizado de remuneração por diárias e taxas, incluindo todos os recursos básicos para atendimento aos pacientes.

METODOLOGIA

No intuito de estimular a eficiência e melhorar a relação de prestação de serviços entre as partes, remodelamos o conceito de Tempo Médio de Permanência (TMP), vinculando o desempenho assistencial como uma possível bonificação ao hospital ou à operadora. Esta foi calculada considerando a meta de TMP inicial, comparado com o TMP final do período de referência.
O TMP, neste caso, foi definido a partir da quantidade total de diárias pagas, dividida pela quantidade de contas de internação em um período de 6 meses. Os dados foram minuciosamente avaliados por ambas instituições, havendo consenso das seguintes premissas:

- **TMP de 7 dias como meta inicial;**
- **Faixa de Tolerância de 10%;**
- **Bonificação de 30%;**
- **Aplicabilidade no período de 6 meses;**
- **Critérios de exclusão da análise.**

Ficou estabelecida a faixa de tolerância de 10% para mais ou para menos sobre a meta de TMP, onde neste intervalo não haveria bonificação.
Em caso de bonificação, este corresponde somente à 30% do valor da diferença entre o custo total projetado e o executado.
Toda vez que houver variação do TMP, além da faixa de tolerância, a bonificação será na forma de redução ou aumento no preço das diárias semi-globais vigentes, de forma temporária.
Os pacientes de longa permanência (internação igual ou superior à 30 dias) e diárias incluídas nos pacotes, não são considerados no cálculo, conforme quadro a seguir:

Premissas	Modelo de Cálculo
1. Apuração da Meta de Tempo Médio de Permanência Inicial	Número de diárias pagas em um período de 6 meses/Número de contas correspondente ao mesmo período.
	Os pacientes de longa permanência (com internação superior a 30 dias) desconsiderados do cálculo do Tempo Médio de Permanência.
	A Faixa de Tolerância será de 10% para mais ou para menos sobre a meta de TMP, neste intervalo, não há bônus nem ônus para as partes.
2. Pagamento de Acomodações semi-globais, incorrida no período de definição da meta	Valor total pago em diárias no período inicial
Descrição	**Janeiro à Junho 2022**
Total Geral de Diárias Compradas (pagas)	7.000
Total de Contas Analisadas para Tempo de Permanência	1.000
Tempo Médio Permanência inicial	**7,00**
Tolerância para mais ou para menos	10%
Faixa de tolerância	6,30 | 7,70
Valor total pago em diárias no período	R$ 19.400.000,00
Premissas	**Modelo de Cálculo**
3. Apuração do tempo médio realizado no período em apuração (período vigente). Verificação da faixa de tolerância para definição da aplicação do bônus ou ônus	Número de diárias pagas em um período de 6 meses/Número de contas analisadas no mesmo período
4. Apuração da despesa, com o pagamento de Acomodações semi-globais, incorrida no período em apuração	Valor total pago em diárias no período em apuração
Total Geral de Diárias Compradas (pagas)	6.516
Total de Contas Analisadas para Tempo de Permanência	1.200
Tempo Médio Permanência realizado	**5,43**
Descrição	**Julho à Dezembro 2022**
Valor total pago em diárias no período	R$ 15.000.000,00
Despesa com diárias no período de referência para definição da meta	R$ 19.400.000,00
Despesa efetivada com diárias no período em apuração	R$ 15.000.000,00
Resultado/diferença	R$ 4.400.000,00
Bônus/ônus 30% sobre o Resultado/diferença	R$ 1.320.000,00
% de regulação temporária (Bônus ou ônus resultante/Despesa efetivada com diárias no período em apuração)	8,80%

Fonte: elaborado pelos autores (2023).

RESULTADOS

Ao utilizar o novo modelo, o hospital e a operadora apresentaram ganhos de eficiência assistencial, operacional e financeira:

- **Assistencial:** redução do TMP de 7 para 5,43 dias;
- **Operacional:** redução de 5 dias no tempo de faturamento das contas hospitalares;
- **Financeiro:** redução de 2 dias no prazo de recebimento.

Avaliando o indicador de desempenho no período de junho a dezembro de 2022, foi constatada uma bonificação na faixa de **R$ 1.320.000,00** (hum milhão, trezentos e vinte mil Reais) para o hospital e um ganho de aproximadamente **R$ 3.080.000,00** (três milhões e oitenta mil Reais) para a operadora, considerando os custos projetados em diárias não realizadas no período.

CONCLUSÃO

Diante deste contexto, evidenciamos que o modelo, além de trazer ganhos assistências, operacionais e financeiros, também oportunizou melhorias em pontos não tangíveis, diminuindo o desgaste das equipes com negociações, autorizações e auditoria, bem como oportunizou a cocriação de um modelo disruptivo de relacionamento, baseado em transparência e confiabilidade entre a fonte pagadora e o prestador de serviços.

REFERÊNCIAS

Qlik from Hospital Moinhos de Vento: Banco de dados.
Bichuetti, José Luiz; Mere JR, Yussif Ali. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil, 2016. Disponível em: <http://bichuetti.com.br/artigos/Modelos%20de%20remunera%C3%A7%C3%A3o%20na%20sa%C3%BAde.%20HBR%20ago2016.pdf>.
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf>.
DRG Brasil. Como garantir o tempo de permaneci hospitalar adequado?, 2023. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/permanencia-hospitalar/>.

Resultados após 12 meses da implantação de inteligência artificial nas escalas de enfermagem na UTI

Sabrina Capeletti, Viviane Boneli

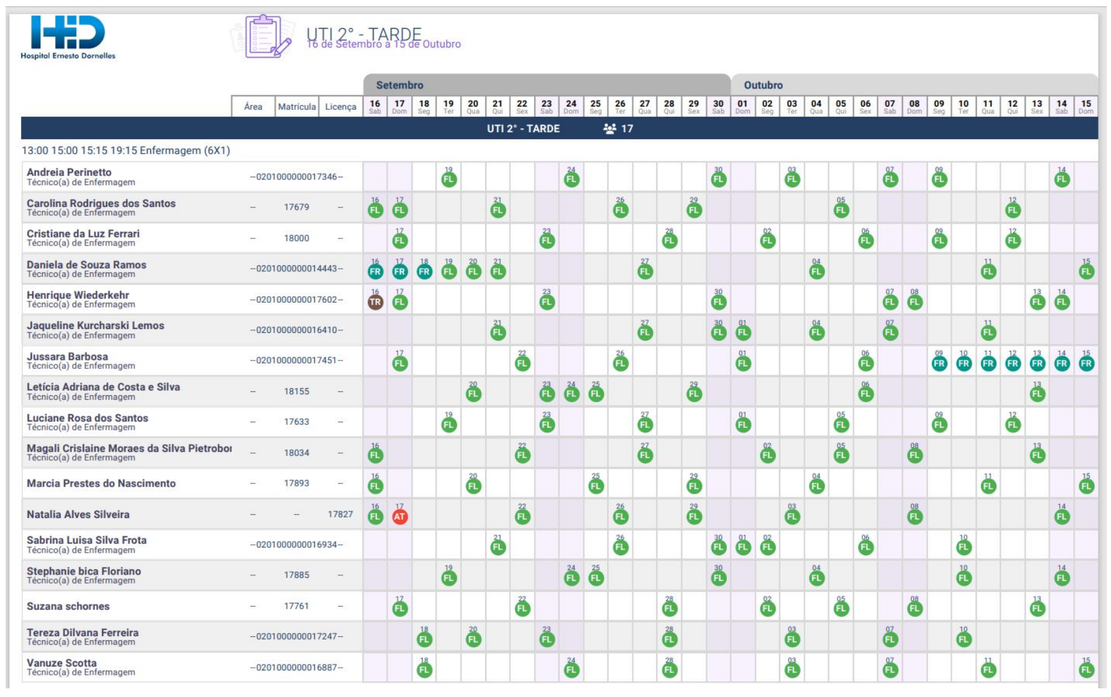
INTRODUÇÃO

A tecnologia tem auxiliado diversas especialidades na área da saúde, no âmbito da enfermagem é sabido que o que de fato agrega valor ao paciente é o profissional presente à beira leito, para tanto, o uso da inteligência artificial na elaboração das escalas reverte o tempo despendido pelo enfermeiro nessa atribuição, agregando mais valor à assistência direta ao paciente.

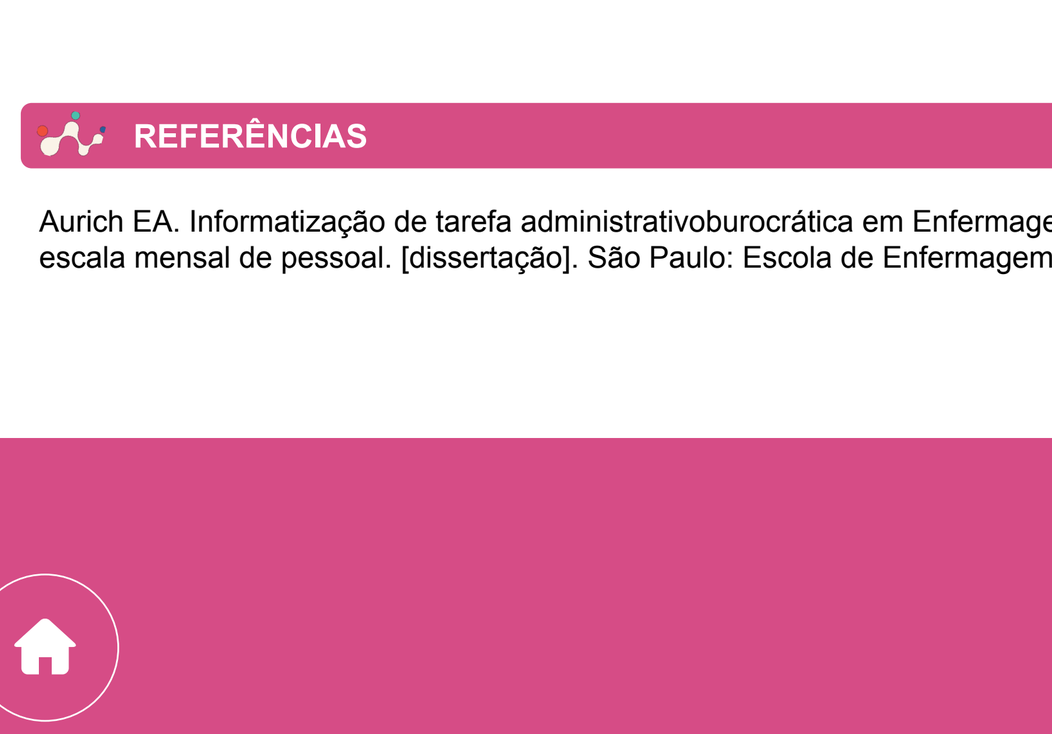
METODOLOGIA

O objetivo foi reduzir o absenteísmo na unidade e o tempo dispensado pelo enfermeiro na realização e gerenciamento das escalas de trabalho, férias e folgas, através de uma plataforma para gerenciar as escalas chamada de StarGrid com início em março de 2022 e segue sendo utilizada atualmente.

Em parceria com o setor de recursos humanos, após todos os colaboradores cadastrados na plataforma e treinados para o uso da ferramenta, iniciamos o gerenciamento das escalas com StarGrid, que funciona da seguinte forma: cada colaborador solicita suas folgas e suas preferências e a plataforma gera a escala respeitando todas as normas trabalhistas. O colaborador não visualiza as escala dos seus colegas, somente recebe suas folgas diretamente no aplicativo.



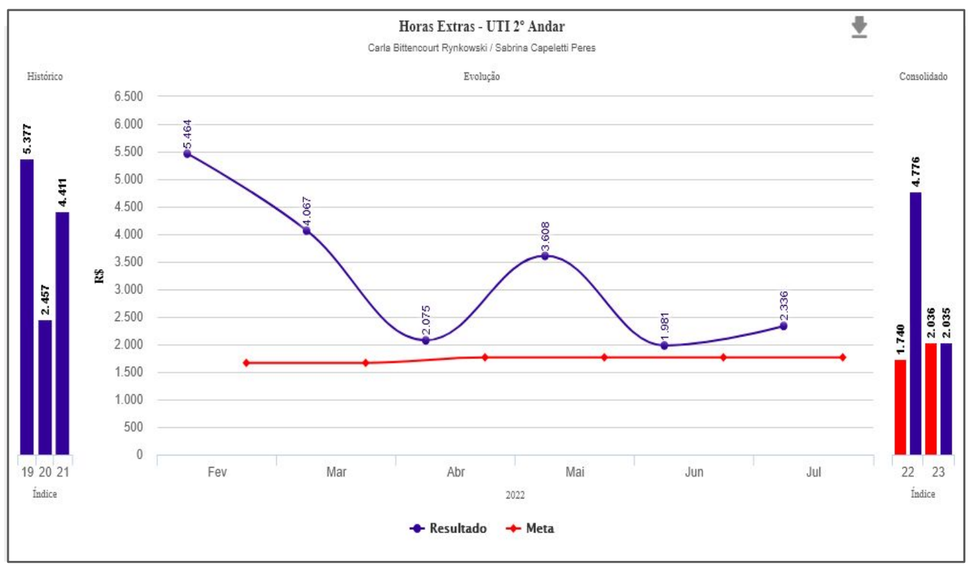
Elaboração da escala gerada pelo APP



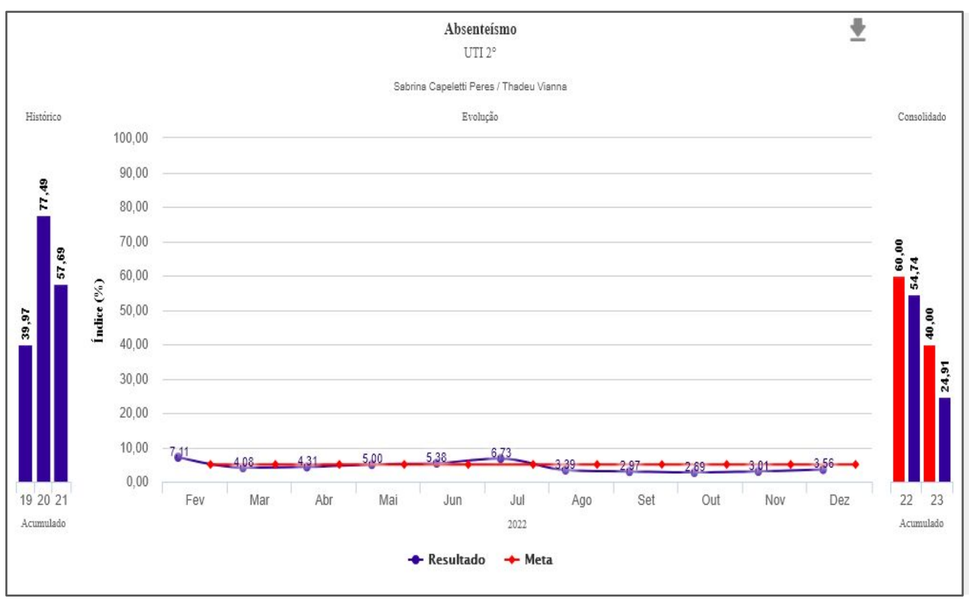
Visualização das folgas individuais de cada colaborador pelo APP

RESULTADOS

O uso da plataforma StarGrid impactou em indicadores de desempenho, auxiliou na redução da taxa de absenteísmo nas 2 unidades de terapia intensiva, em uma das unidades a taxa era de 6,51% antes do uso da ferramenta, reduzindo para 2,03% após o uso, e na outra unidade era de 6,30% antes do uso da ferramenta, reduzindo para 2,94% após o uso, o que impacta diretamente na quantidade de horas extras; observando uma redução significativa em uma das unidades de R$19mil para R$1,1mil e na outra unidade de R$ 6mil para R$1,2mil respectivamente. O enfermeiro destinava em média 6h para o fechamento das escalas, bem como para a realização de ajustes que por vezes eram necessários, sendo isso impossível de contabilizar, atualmente ele realiza o fechamento da escala em menos de 1h e sem a necessidade de ajustes manuais.



Indicador de Horas extras de uma unidade que teve o início do uso da Inteligência artificial em fevereiro/22



Indicador de absenteísmo de uma unidade que teve o início do uso da Inteligência artificial em fevereiro/22

CONCLUSÕES

A utilização da inteligência artificial através da plataforma StarGrid como solução para organização das escalas proporcionou maior disponibilidade do enfermeiro para assistência a beira leito, agregando valor ao trabalho desse profissional e principalmente para o paciente, redução do absenteísmo, além de minimizar o risco judicial e financeiro que escalas mal elaboradas podem causar às instituições.

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

Sistema Auxiliar de Decisão Clínica para Escolha de Antibióticos

Tiago Zequinão, Felipe Francisco Bondan Tuon, Eric Ricardo Alves Inamorato, Marcelo Silva da Silva

INTRODUÇÃO

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um custo expressivo, e um desafio para os profissionais envolvidos no tratamento [1]. Visto a complexidade nos tratamentos, impactos financeiros e ecológicos do uso indevido de antimicrobianos (ATM), torna-se cada vez mais comuns em hospitais brasileiros o emprego de equipes de stewardship de ATM, focadas nos tratamentos de infecções e utilização desses medicamentos [2]. Sendo assim, ferramentas computacionais, podem auxiliar essas equipes na tomada de decisão da escolha do tratamento.

METODOLOGIA

Utilizando dados do sistema do laboratório de análises clínicas, sistema hospitalar e do internamento. Alimentando a base de pacientes internados que possuem resultado positivo para exames de cultura bacteriana. Os principais campos que compõe a base são, nome, identificador e idade do paciente; quarto e leito no momento da coleta, material coletado, resultado de identificação da bactéria, resistência detectada, resultados do teste de susceptibilidade aos antibióticos, data e local da coleta, antibióticos dispensados por internamento, tempo de permanência. Foi montada uma tabela secundária com regras de especialista, desenvolvidas por um infectologista e farmacêutico clínico, para dar coerência do negócio aos dados. A partir da base de dados foi utilizado o Python e algoritmos de inteligência artificial (IA) para respostas de susceptibilidade aos ATM. Após o treinamento da IA e seleção do modelo, foi desenvolvido um app em Power Apps. Ficou definido que o médico de *stewardship* é o usuário da ferramenta.

Figura 1. Tela inicial e calculadora de clearance de creatinina.

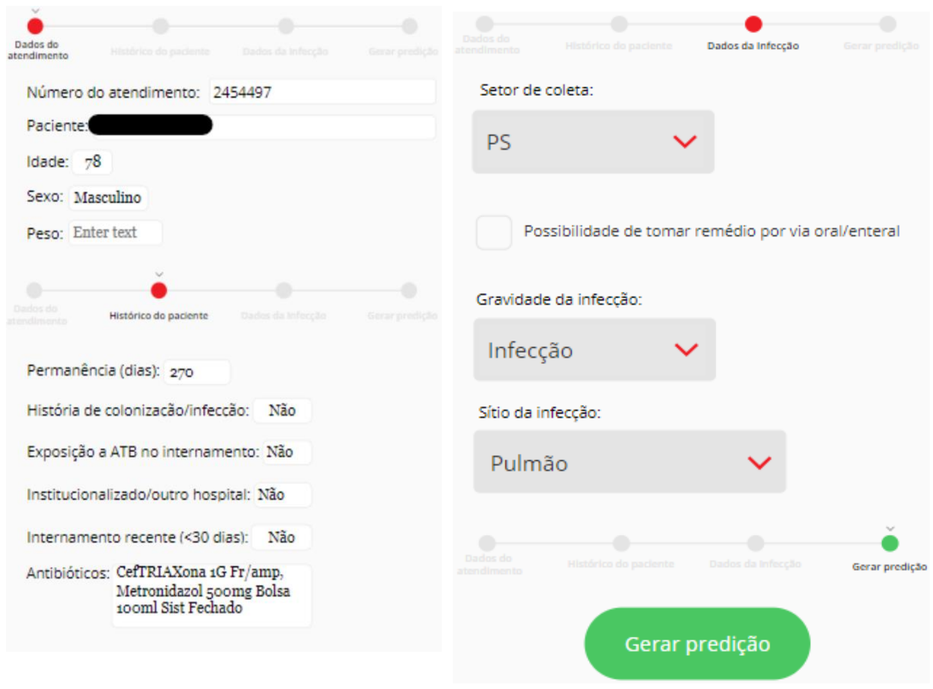


Figura 2. Predição fase 1, inserir número de atendimento e dados sobre a infecção.

RESULTADOS

Foram desenvolvidos no total, três algoritmos, definidos para cada fase do tratamento. A acurácia aumentou progressivamente de 78,0%, 81,2% e 84,3% em uma base de teste, com pacientes reais. A interface com o usuário exige conhecimento do sítio e severidade da infecção, e preenchimento de alguns dados de identificação e internamento do paciente. O usuário pode escolher em qual das três fases do tratamento ele quer gerar a predição, conforme os dados disponíveis da infecção. Foi acoplado uma calculadora de dose, que calcula a dose ideal conforme função renal do paciente. A resposta da predição dos ATM é calculada por percentual de susceptibilidade ao dado ATM, gerando um ranqueamento do ATM mais efetivo para o caso, bem como, é possível realizar um ranqueamento por custo, conforme regra de utilização do medicamento por dia e custo médio. O uso ainda é restrito para pesquisa e deve ter um médico para operacionalizar.

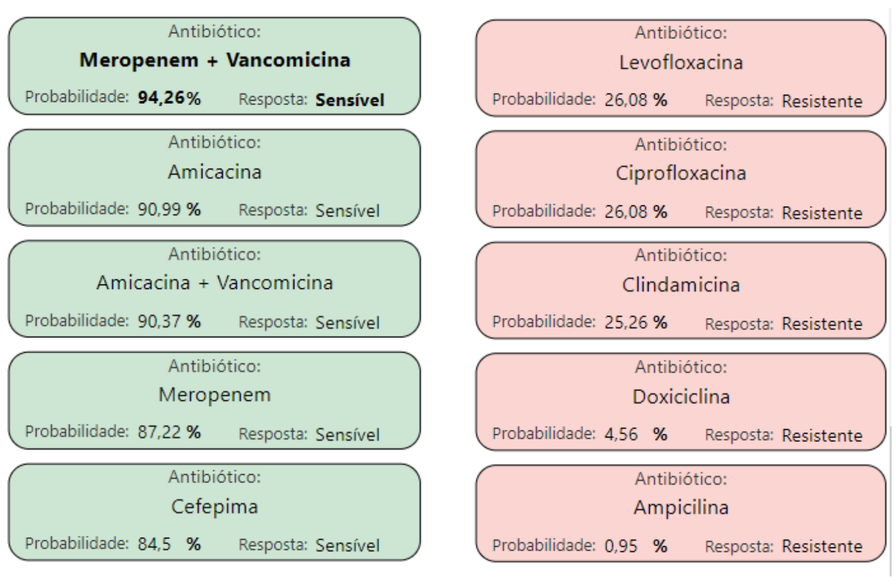


Figura 3. Resultados da predição de fase 1, antibióticos e combinações, probabilidade de susceptibilidade.

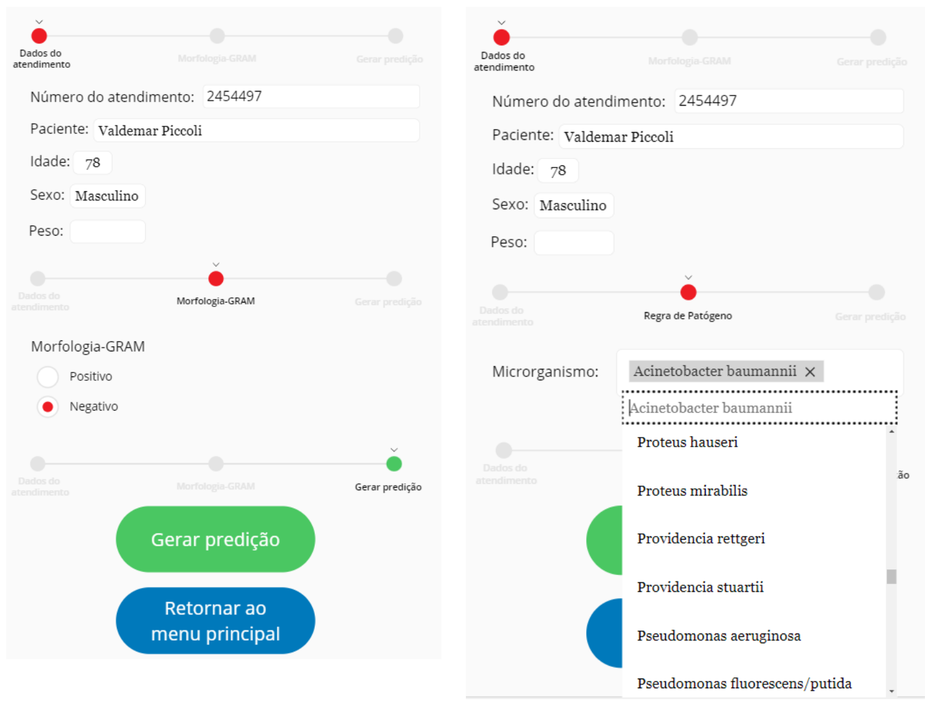


Imagem 4. Predição fase 2 e 3, inserir Gram da bactéria e espécie identificada.

CONCLUSÕES

O Sistema Auxiliar de Decisão Clínica para Escolha de Antibióticos é um sistema inovador, capaz de auxiliar a escolha do ATM pelo médico, com acurácia próxima a 80%. Além de possibilitar tratamentos mais assertivos, o sistema pode aumentar a abrangência do *stewardship*, reduzir o uso de ATM de amplo-espectro e reduzir o custo com tratamentos desnecessários.

REFERÊNCIAS

[1] GIDEY, Kidu et al. Clinical and economic burden of healthcare-associated infections: A prospective cohort study. Plos one, v. 18, n. 2, p. e0282141, 2023.
[2] DYAR, O. J. et al. What is antimicrobial stewardship?. Clinical microbiology and infection, v. 23, n. 11, p. 793-798, 2017.

SALA DE COLETAS INFANTIL PARA EXAMES DE HEMOGRAMA COM ÓCULOS DE REALIDADE VIRTUAL

Lázaro Trindade de Abreu, Gustavo Nunes Silva Vieira, Raquel Amorim Motta Nornberg, Jessica Seabra de Oliveira Alves

INTRODUÇÃO

O laboratório de referência deste “case”, efetua cerca de 84% dos atendimentos cometidos ao sistema único de saúde na cidade de pelotas. Atualmente realiza o atendimento de cerca de 6 mil pacientes mês, produzindo aproximadamente 60 mil exames mensais, em pacientes internados e ambulatoriais. Nestes, cerca de 10% dos acolhimentos ambulatórias, são atendimentos voltados a crianças. No final ano de 2022 foi projetada uma nova metodologia para que o atendimento realizado ao público infantil se tornasse mais humanizado e interativo.

METODOLOGIA

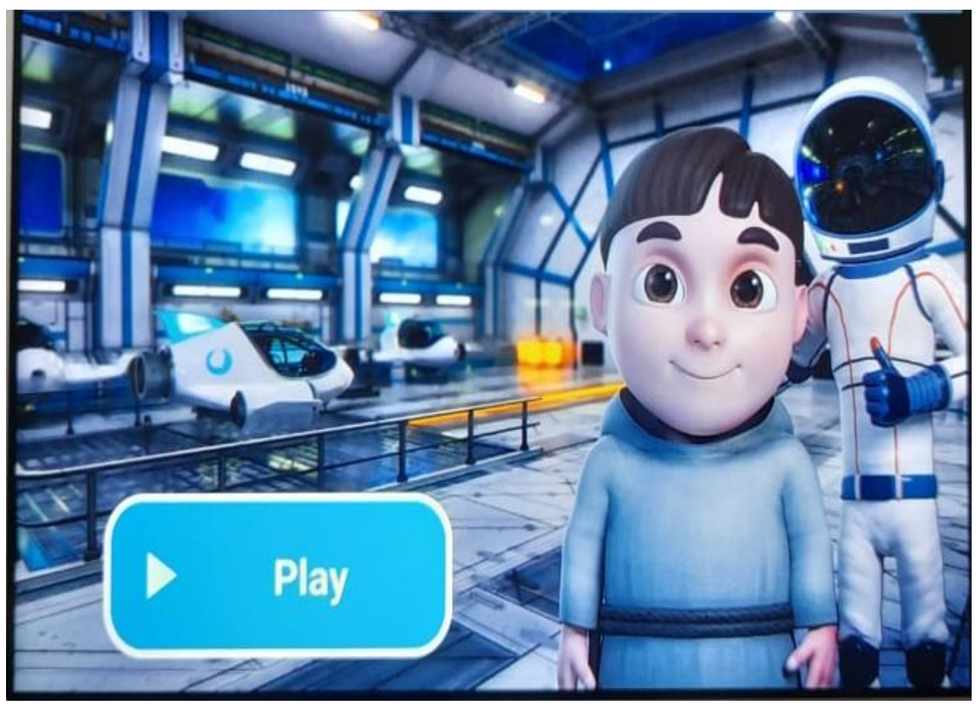
Através da utilização de um óculos de realidade virtual, a sala de coleta infantil integrou tecnologia e inovação visando a promoção de qualidade no atendimento ao público infantil no ato da coleta de material. Objetiva-se demonstrar através do “case”, possibilidade de atendimento lúdico ao público infantil utilizando de tecnologia como vetor à modernização do serviço, qualificando e humanizando o ato de coleta de amostras. Através de um óculos de realidade virtual, o qual é colocado no rosto dos pacientes infantis, há uma imersão ao mundo projetado para que na realização dos procedimentos alusivos à coleta de material (coleta de sangue), ocorra de maneira tranquila e menos invasiva ao momento. Os pequenos pacientes ao sentar na cadeira de coleta, após a colocação do óculos, passam ter uma visão de estar sentados um “cockpit” simulador de uma espaçonave, onde o “avatar”, representado pelo mascote da instituição conduz uma animação interativa direcionando o paciente a diversas ações visuais e interações sonoras, além do óculos de realidade virtual, a sala foi personalizada para tornar-se um ambiente lúdico e acolhedor, com a mesma temática da animação projetada, levando o paciente a imersão em um hangar de espaçonaves.

Sala temática para coletas de hemograma destinada ao público infantil.

RESULTADOS

Foi observado no período de 8 meses, que o público alvo para o qual foi desenvolvido o projeto, realiza seus procedimentos de coleta de maneira mais tranquila, menos invasiva, já que a grande maioria consegue imergir a realidade virtual, desfocado do procedimento. Os responsáveis pelos pacientes têm procurado o laboratório já solicitando para que seu filho seja coletado na sala de coletas infantil.

Paciente infantil em momento da coleta de hemograma



Tela inicial da animação interativa visualizada através do óculos de realidade virtual.

CONCLUSÕES

Em relação a parte técnica que realiza o processo, o “case” trouxe a facilidade de coleta de material, menos hemólises que são causadas muitas vezes pelos “stress” visto a redução de intervenções durante o processo.

SAÚDE BASEADA EM VALOR:
Tratamento da dor lombar através de uma unidade de prática integrada.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Daniel M. Haber, Júlio B. Lucas, Franci Mendonça, Bruno Nascimento

INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica é uma das importantes causas de desperdício de recursos em saúde e a realização de exames e procedimentos desnecessários e ineficazes são os grandes responsáveis por este desperdício.[1] O alto custo dos cuidados com as doenças da coluna vertebral está relacionado com o excesso de exames de imagem, cuidados especializados desnecessários e procedimentos de alto custo.[2,3,4,5]
Além disto, em diferentes prestadores, pacientes com problemas de saúde semelhantes podem apresentar desfechos muito distintos e sem correlação com a quantidade de dinheiro aplicado para o tratamento.[6]

Neste contexto entra o modelo de Saúde Baseada em Valor (SBV) que tem como base teórica a mensuração de desfechos que importam aos pacientes e os custos necessários para atingir estes desfechos. Esta mensuração deve ocorrer em um ciclo completo de cuidado para uma determinada condição clínica.[7,8] O que não gera valor para o paciente deve ser considerado desperdício.[9]
O centro da transformação de valor está mudando a forma como os médicos são organizados para prestar cuidados. O primeiro princípio na estruturação de qualquer organização ou negócio é organizar em torno das necessidades do cliente. Nos cuidados de saúde, é necessária uma transição em torno da condição médica do paciente. Esta transição inclui a adoção da Unidade de Prática Integrada (UPI). Uma UPI é composta por uma equipe multiprofissional dedicada responsável pelo ciclo completo de cuidados para a condição clínica específica do paciente.[10]
Para possibilitar uma adequada avaliação de desfechos que importam aos pacientes com dor lombar é utilizado o questionário Oswestry Disability Index (ODI).[11,12]

METODOLOGIA

Foi criada uma UPI para os pacientes com dor lombar baseada no modelo de Saúde Baseada em Valor, formado por uma equipe multidisciplinar composta por um médico, uma enfermeira, uma nutricionista, uma psicóloga, dois fisioterapeutas e um educador físico. A jornada do paciente foi desenhada para que o paciente tivesse todo o ciclo de tratamento dentro da UPI, sendo que na primeira consulta o paciente passa por uma avaliação multiprofissional e é submetido ao questionário de Oswestry Disability Index (ODI) para mensurar o grau de impacto na qualidade de vida trazido pela dor lombar. De acordo com este questionário o paciente é classificado em 3 diferentes graus de impacto da dor lombar: Leve, Moderado ou Grave. Para cada uma destas classificações há uma linha de cuidado específica dentro da UPI conforme apresentado abaixo:

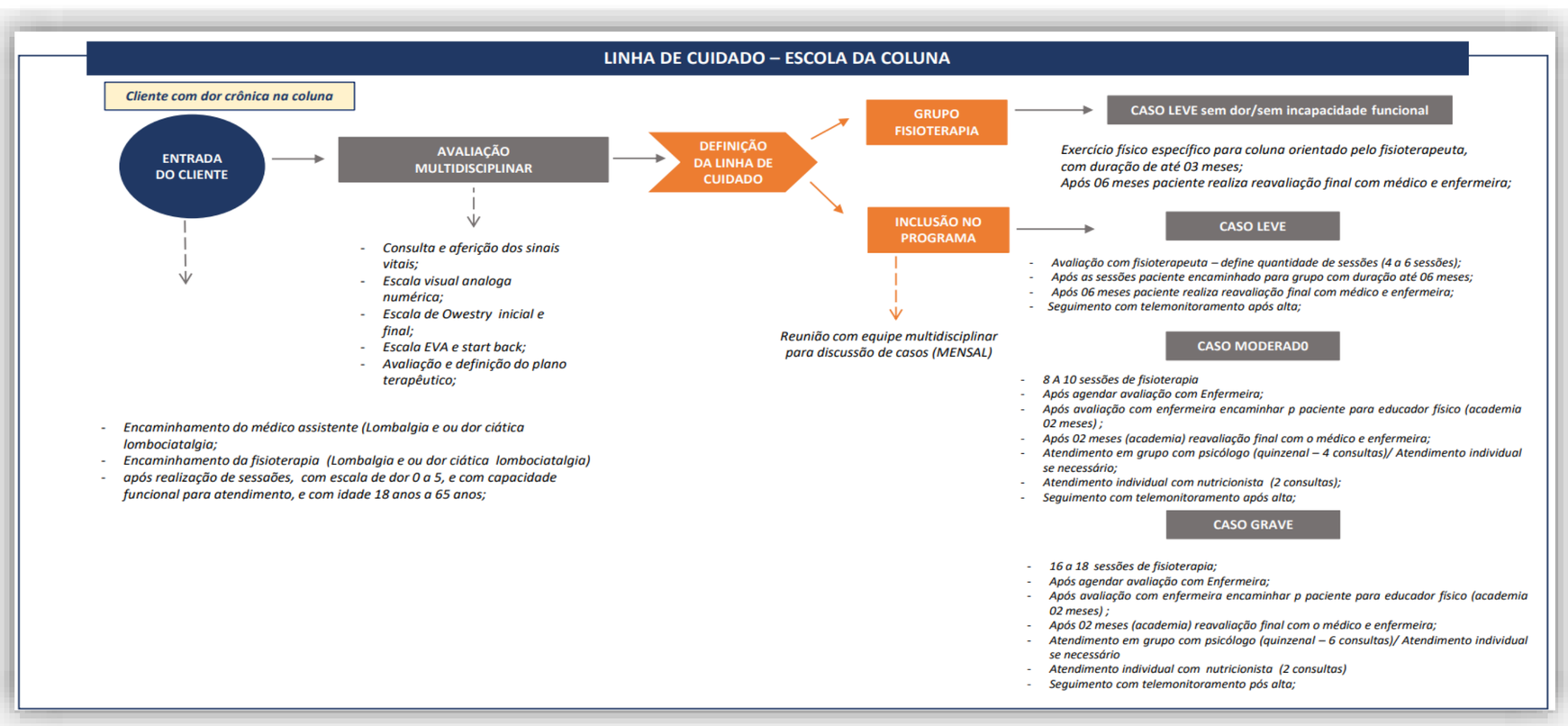


Imagem 1. Fluxo com linha de cuidado para atendimento de Dor Lombar

Após o ciclo completo no programa o paciente é novamente submetido a avaliação de qualidade de vida pelo ODI e o índice é comparado com aquele obtido pelo paciente na entrada do programa. A UPI iniciou suas atividades em abril de 2022 e foram avaliados os dados de 12 meses de programa, ou seja, até março de 2023.

RESULTADOS

No período de 12 meses, 243 pacientes foram incluídos na UPI de Dor Lombar. Desses pacientes, 42 pacientes terminaram o programa e 62% tiveram melhores resultados após o programa de Dor Lombar. Dos 42 pacientes avaliados, apenas 9 apresentavam incapacidade mínima no início e ao final do programa o número de pacientes com incapacidade mínima era de 22, evidenciando a eficiência do serviço nos desfechos que importam aos pacientes.

Índice de Funcionalidade Oswestry	Pacientes no início do programa	Pacientes no final do programa
Grave	11	5
Moderado	22	15
Leve	9	22
Total	42	42

CONCLUSÕES

Atualmente, a SBV está se tornando um modelo de melhoria da assistência não apenas no nível das organizações de saúde, mas também como uma fonte de transformação para todo o funcionamento dos sistemas de saúde. Esse modelo requer uma reestruturação da forma como a assistência à saúde é organizada, mensurada e remunerada. O centro da transformação de valor está mudando a maneira como os médicos se organizam para prestar cuidados com uma transição em torno da condição médica do paciente. Essa transição inclui a adoção da UPI. A dor lombar é uma condição clínica importante em relação à sua prevalência na população e por afetar a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos pacientes. O aprimoramento do modelo fragmentado para um modelo integrado focado nas necessidades dos pacientes traz benefícios, pois garante a avaliação e a melhora dos resultados que interessam aos pacientes.

REFERÊNCIAS

Bibliografia utilizada para pesquisa VBHC – Dor Lombar

SEGURANÇA E OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS NO PREPARO DE MEDICAMENTO NA UTI

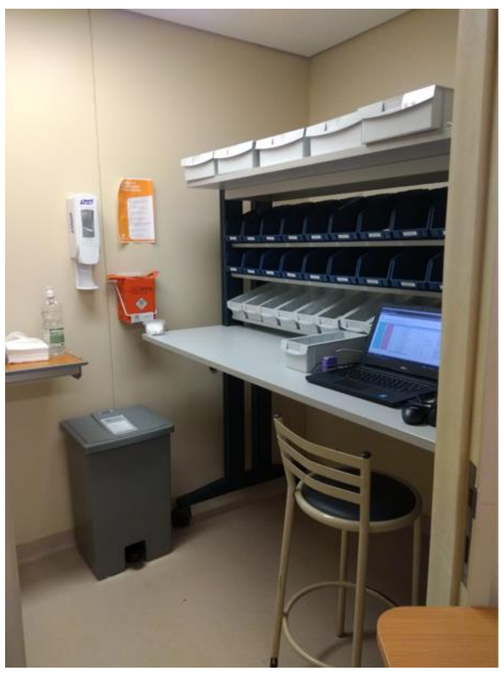
Marcia Maria Baraldi, Cristiane Aparecida Alves, Alessandra Pineda do Amaral Gurgel, Cristiane Schmitt

INTRODUÇÃO

No hospital referência deste estudo são administradas em média 2.000.000 de medicamentos-mês. Considerando que o processo de preparo de medicamento envolve muitas etapas críticas, o objetivo do trabalho foi implantar uma área de preparo fora do quarto do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) garantindo o preparo sem interrupções, com técnica validada e com mínimo de perdas.

METODOLOGIA

O estudo foi implantado em uma UTI de 44 leitos de um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo em setembro de 2022. A área de preparo conta com: computador, impressora de etiqueta, bancada de fluxo laminar, cadeira, prateleira para armazenamento das medicações, carro de medicação para apoio, dispensador de álcool gel, caixa de resíduo químico e lixeira para descarte de resíduo comum. Em busca da otimizar recursos e realocar um profissional de enfermagem na área de trabalho, foi escolhido um profissional de enfermagem da UTI que após cirurgia ortopédica não tinha indicação de cuidar diretamente de pacientes. O colaborador foi treinado e validado para preparo de medicação usando o fluxo laminar.



Fotos referente a área de prepara e o fluxo laminar..

Imagens com pontos de reforço do treinamento de validação do profissional da sala de preparo centralizado

RESULTADOS

Para análise do dados foram considerados as informações colhidas nos 5 meses com maior número de cobertura pela profissional na sala de preparo. O preparo aconteceu no período da manhã nos meses de março, abril, junho, julho e agosto de 2023.

A sala de preparo de medicamento funcionou das 7:00 às 13:59 horas de segunda a sábado e foram comparados com os período da tarde das 14 às 19:00 horas. dos respectivos meses.

Como definição para assertividade de administração do medicamento foram considerados:

- **No horário**: entre o horário aprazado e até 60 minutos;
- **Adiantada**: Mais de 60 minutos antes do horário prescrito;
- **Atrasada:** após 61 minutos do horário prescrito.

	n total de medicações	medicação no horário	medicação atrasada	medicação adiantada
período da manhã	19.822	17.394	2.228	200
		88%	11%	1%
período da tarde	19.994	16.924	2.823	247
		85%	14%	1%

Tabela referente a análise dos dados do período.

CONCLUSÕES

O estudo mostra que o preparo de medicamento centralizado pode ser uma alternativa para a aumentar a assertividade no horário de administração dos medicamentos uma vez que o profissional fica dedicado a preparação enquanto os demais ficar direcionados aos cuidados. Novos estudos devem ser realizados para avaliar o impacto do preparo centralizado na sobrecarga de trabalho da equipe assistencial, na satisfação dos colaboradores e na diminuição dos custos relacionados.

REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Ementa: Administração de medicamento preparado/diluído por outro profissional de enfermagem ou da saúde / São Paulo. Coren-SP. 2014. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/PARECER_005_2022-_Revisado.pdf

SEGURANÇA MEDICAMENTOSA: IMPLANTAÇÃO DE DISPENSAÇÃO DE 2H/2H PELA FARMÁCIA E REDUÇÃO DE PAPEL

Tiago Zatta, Sabrina Liberato, Isabela Gomes, Daniele Silva, Adryanne Corsini, Guilherme Pinho, Bianca Muri, Felippe Roeder, Letícia Savaris, Leandresson Condé

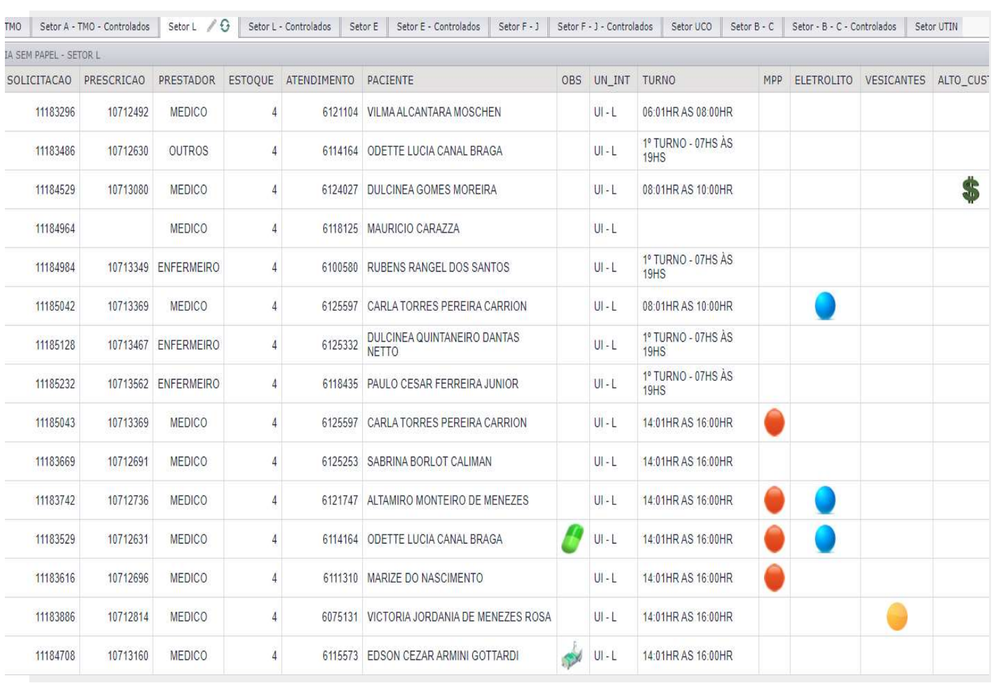
INTRODUÇÃO

O procedimento da administração correta de um medicamento tem como objetivo comum oferecer uma assistência de qualidade com segurança e eficácia[1]. Medidas relacionadas à medicamentos precisam ser implementadas, já que eventos adversos na prescrição, uso e administração podem ser verificados em todas as etapas[2]. Visando a redução de medicamentos disponíveis nos setores e melhoria na identificação, foi implementada dispensação de medicamentos a cada 2h pela Farmácia.

METODOLOGIA

Foi elaborado um cronograma semanal de migração de cada setor para a nova metodologia. No dia anterior à virada do método de dispensação, foi realizada reunião in loco com a equipe assistencial do setor, para divulgação do novo processo. Foram alteradas as parametrizações de turno de dispensação no sistema informatizado MV para 2h/2h. Com suporte da área de Tecnologia da Informação foi criado um painel para exibir as solicitações geradas por cada intervalo, sem a necessidade de impressão, com as devidas sinalizações de gestão que foram criadas: identificação dos medicamentos de alta vigilância, eletrólitos concentrados, medicamentos vesicantes, medicamentos Controlados Portaria 344/98, medicamentos de alto custo e medicamentos em posse do paciente. Em paralelo, foram criados informes institucionais divulgando as novas identificações que a dispensação iria receber.

Etiquetas criadas para identificação das sacolas de dispensação de medicamentos.


Setor A - TMO - Controlados | Setor L | Setor L - Controlados | Setor E | Setor E - Controlados | Setor F - J | Setor F - J - Controlados | Setor UCO | Setor B - C | Setor - B - C - Controlados | Setor UTIN

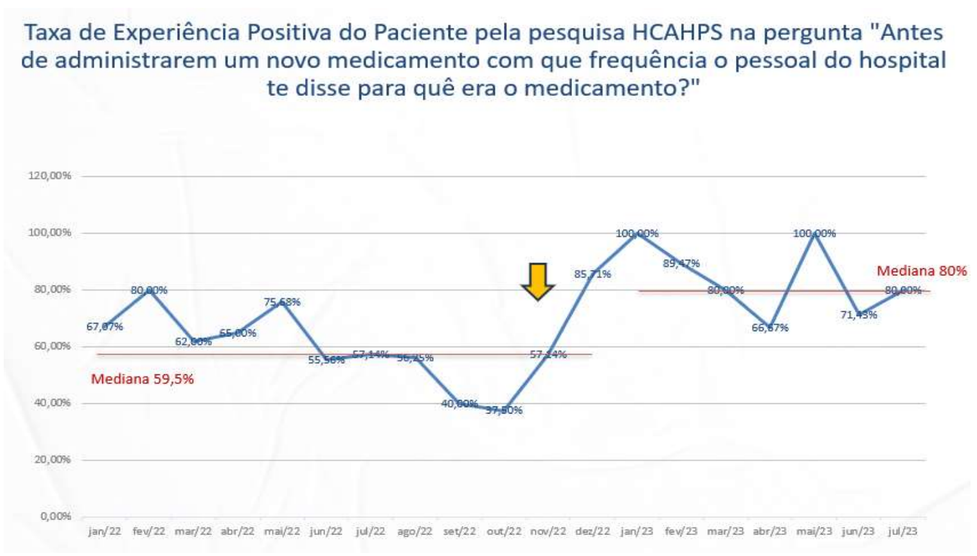
A SEM PAPEL - SETOR L

SOLICITACAO	PRESCRICAO	PRESTADOR	ESTOQUE	ATENDIMENTO	PACIENTE	OBS	UN_INT	TURNO	MPP	ELETROLITO	VESICANTES	ALTO_CUST
11183296	10712492	MEDICO	4	6121104	VILMA ALCANTARA MOSCHEN		UI - L	06:01HR AS 08:00HR				
11183486	10712630	OUTROS	4	6114164	ODETTE LUCIA CANAL BRAGA		UI - L	1º TURNO - 07HS ÀS 19HS				
11184529	10713080	MEDICO	4	6124027	DULCINEA GOMES MOREIRA		UI - L	08:01HR AS 10:00HR				
11184964		MEDICO	4	6118125	MAURICIO CARAZZA		UI - L					
11184984	10713349	ENFERMEIRO	4	6100580	RUBENS RANGEL DOS SANTOS		UI - L	1º TURNO - 07HS ÀS 19HS				
11185042	10713369	MEDICO	4	6125597	CARLA TORRES PEREIRA CARRION		UI - L	08:01HR AS 10:00HR				
11185128	10713467	ENFERMEIRO	4	6125332	DULCINEA QUINTANEIRO DANTAS NETTO		UI - L	1º TURNO - 07HS ÀS 19HS				
11185232	10713562	ENFERMEIRO	4	6118435	PAULO CESAR FERREIRA JUNIOR		UI - L	1º TURNO - 07HS ÀS 19HS				
11185043	10713369	MEDICO	4	6125597	CARLA TORRES PEREIRA CARRION		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				
11183669	10712691	MEDICO	4	6125253	SABRINA BORLOT CALIMAN		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				
11183742	10712736	MEDICO	4	6121747	ALTAMIRO MONTEIRO DE MENEZES		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				
11183529	10712631	MEDICO	4	6114164	ODETTE LUCIA CANAL BRAGA		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				
11183616	10712696	MEDICO	4	6111310	MARIZE DO NASCIMENTO		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				
11183886	10712814	MEDICO	4	6075131	VICTORIA JORDANIA DE MENEZES ROSA		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				
11184708	10713160	MEDICO	4	6115573	EDSON CEZAR ARMINI GOTTARDI		UI - L	14:01HR AS 16:00HR				

Painel de dispensação farmacêutica de 2h em 2h, com alertas e identificações dos medicamentos.

RESULTADOS

Para a equipe assistencial houve redução do deslocamento até à farmácia, uma vez que a cada 2h está ocorrendo entrega no setor; redução dos medicamentos disponíveis nos setores, contribuindo para evitar erro de preparo/administração; agilidade no cuidado ao paciente uma vez que os materiais de punção/curativos são entregues no setor antes do início de cada plantão; melhor identificação dos medicamentos com alertas à equipe que realiza a administração; redução do volume de devolução; redução da perda de medicamentos nos setores pelo recebimento informatizado no sistema. Para a equipe de farmácia houve maior agilidade na separação dos itens; redução dos atrasos nas entregas; redução nos erros de dispensação, devido à conferência imediata pela equipe de enfermagem. Houve também melhora da qualidade das contas na auditoria, com menor índice de erros e divergências, redução de 52,4% em materiais administrativos devido à diminuição do consumo de papel e impressões e principalmente, um ganho na percepção do paciente quanto ao preparo e administração segura dos medicamentos.



Taxa de experiência positiva do paciente sobre administração de medicamentos

Taxa de devolução de materiais e medicamentos pela enfermagem

CONCLUSÕES

A implementação da dispensação de 2h/2h pela Farmácia trouxe expressivos ganhos na segurança do paciente, no que se refere à cadeia medicamentosa, como também trouxe ganhos expressivos em processos e redução de custos. Com a criação do painel de dispensação e alteração dos processos para digital, a Farmácia se torna pioneira no hospital nesta questão, indo de encontro com a perspectiva ambiental e sustentável definida no planejamento estratégico da instituição.

REFERÊNCIAS

1. ASPDEN, P. et al. (Ed.).Preventing medication errors: Quality chasm series. IOM - Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington: The National Academies Press, 2007. 544p.

2. NPSF - NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Expert panel. National Patient Safety Foundation, 2015.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

UNISA - Universidade Santo Amaro
Instituto Niaclin

Sentinela : Sistema de Alerta para Prescrições Indevidas.

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Roberto Silva

INTRODUÇÃO

Muitos erros médicos ocorrem devido a efeitos adversos da combinação do uso de medicamentos e procedimentos potencialmente nocivos quando dados em conjunto. As comorbidades do paciente, gênero, idade ou presença de gravidez também podem contraindicar alguma prescrição. O custo total de erros envolvendo medicações chega a 40 bilhões de dólares por ano nos EUA [1]. Nosso objetivo foi construir um sistema que pudesse detectar estas combinações de modo a evitar iatrogenia.

METODOLOGIA E RESULTADOS

Um programa de computador foi escrito nas linguagens HTML e Javascript, portanto, *web based* e roda sob os navegadores usuais. Todas as funcionalidades são reunidas em uma única tela. Essa apresentação geral pode ser vista na Figura 1. O *Sentinela* reúne hoje 4050 regras, contendo 341 medicamentos, 106 procedimentos em um total de 8100 relacionamentos. A base de conhecimento é montada a partir de textos pertinentes à toxicologia, farmacologia e patologia. O funcionamento se dá informando dados gerais do paciente como a idade, gênero, comorbidades, gravidez ou amamentação. Podem ser selecionados medicamentos e procedimentos. Quando combinados itens passíveis de provocar algum efeito adverso, o sistema emite um alerta. Às vezes mais de um alerta é emitido por sessão dependendo dos itens selecionados. Para exemplificar, foi testado uma prescrição de Ácido Tranexâmico, Acido Valpróico e Acetilcisteína para uma paciente nutriz e com problemas de figado. O sistema retornou quatro alertas : três sobre a necessidade de cautela na amamentação e indicou problema do Ácido Valpróico em hepatopatas. O resultado da consulta pode ser visto na Figura 2. Ao lado de alertas eminentemente técnicos, o sistema ainda pode detectar erros de preenchimento simples, como procedimentos específicos para gênero, do período de gravidez ou contraindicados devido a idade.

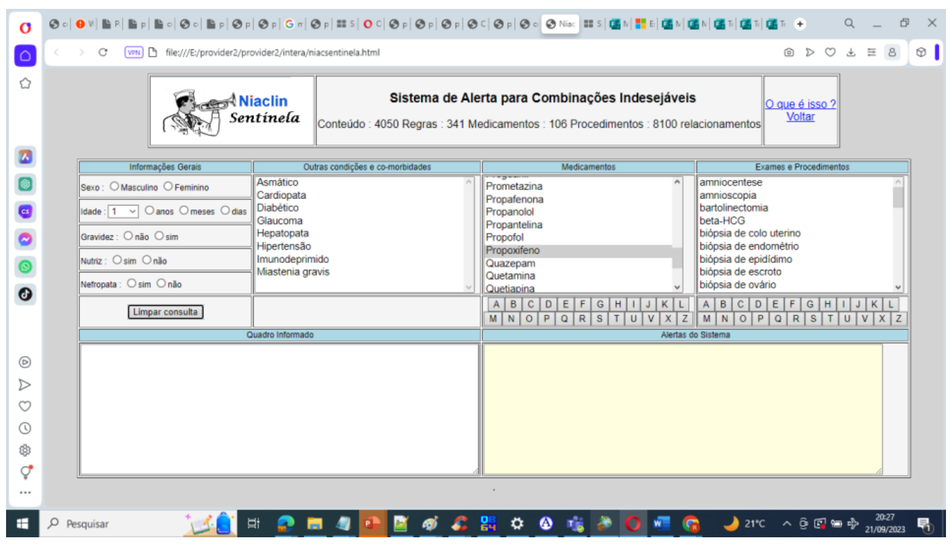


Figura 1 – Programa Sentinela, apresentação básica.

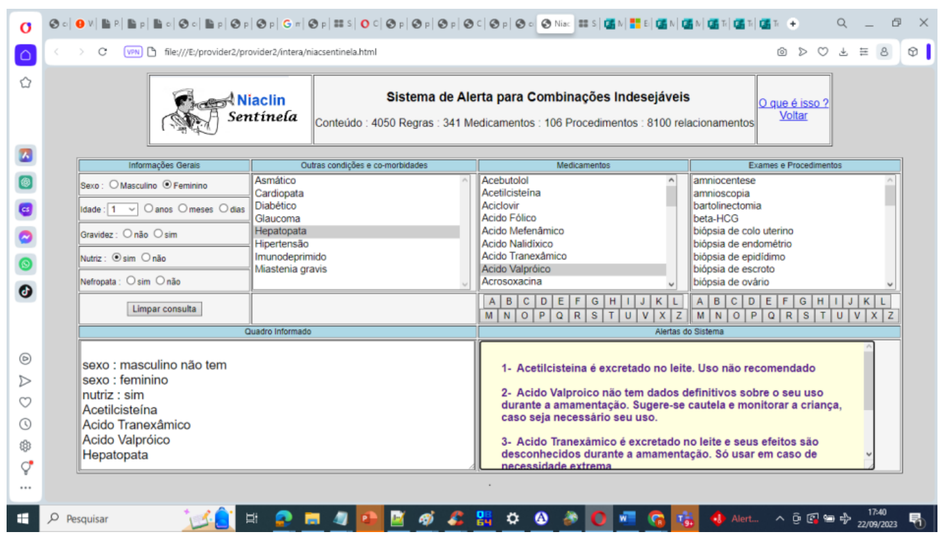


Figura 2 – Sistema apresentando seus alertas para caso de medicação com Ácido Valpróico, Acido Tranexâmico e Acetil-Cisteína em uma paciente nutriz e hepatopata.

DISCUSSÃO

A grande quantidade de medicamentos hoje em uso, e o aumento também dos procedimentos torna praticamente impossível para um profissional lembrar de todos os possíveis efeitos adversos. Sistemas de alerta podem ser acoplados em sistemas de prontuário médico eletrônico, administrativos e até de auditoria.

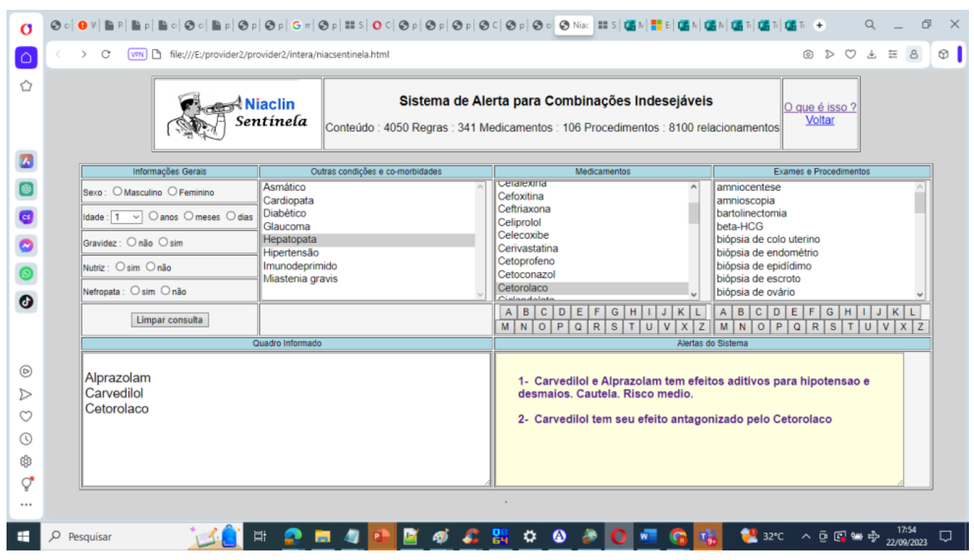


Figura 3 – Programa Sentinela apresentando seus alertas para uma suposta receita contendo de Cetorolaco, Alprazolam e Carvedilol.

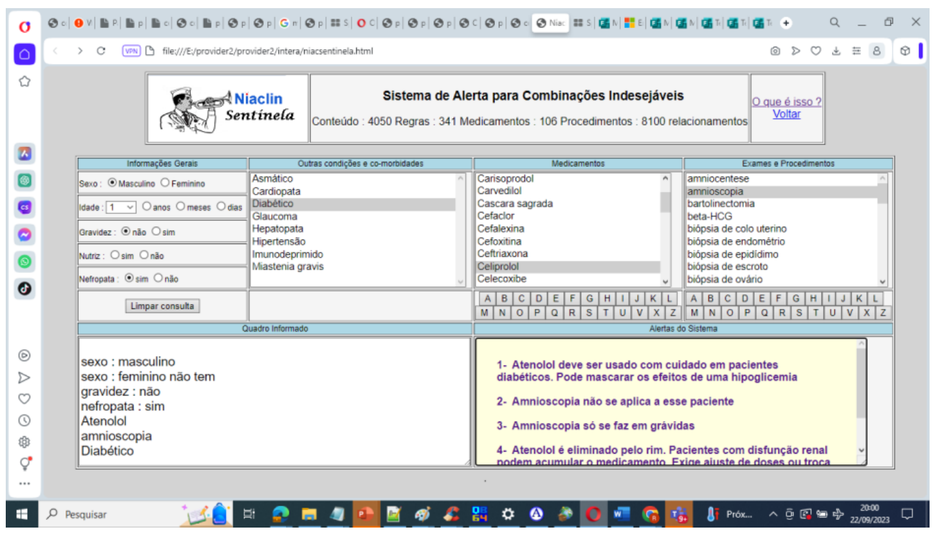


Figura 4 – Programa Sentinela apresentando seus alertas para uma prescrição envolvendo Atenolol em um paciente diabético. Também alerta para um erro de preenchimento : amnioscopia em paciente masculino.

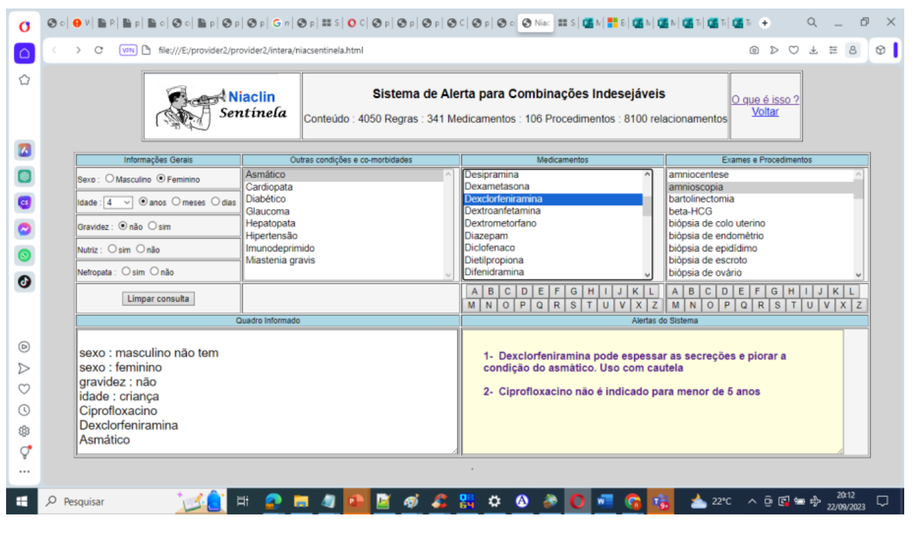


Figura 5 – Sistema apresentando seus alerta para uma paciente de 4 anos, sexo feminino, asmática, medicada com Ciprofloxacino e Dexclorfeniramina.

CONCLUSÕES

A agilidade necessária hoje nos atendimentos necessita de ferramentas de apoio à decisão para minimizar erros e evitar gastos desnecessários, inclusive envolvendo demandas judicializadas. *Sentinela* é uma ferramenta que pode evoluir incorporando mais medicamentos e procedimentos de modo a tornar-se uma aplicação diária na assistência.

REFERÊNCIAS

[1] - Tariq RA, Vashisht R, Sinha A, et al. Medication Dispensing Errors and Prevention. [Updated 2023 May 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro

Simplificando a Ficha de Notificação de Eventos

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Juliana A. C. Santana, Cibele Quaranta, Tais Martins Cano, Adriana Ferreira dos Santos, Gabrielly de Jesus Rodrigues

INTRODUÇÃO

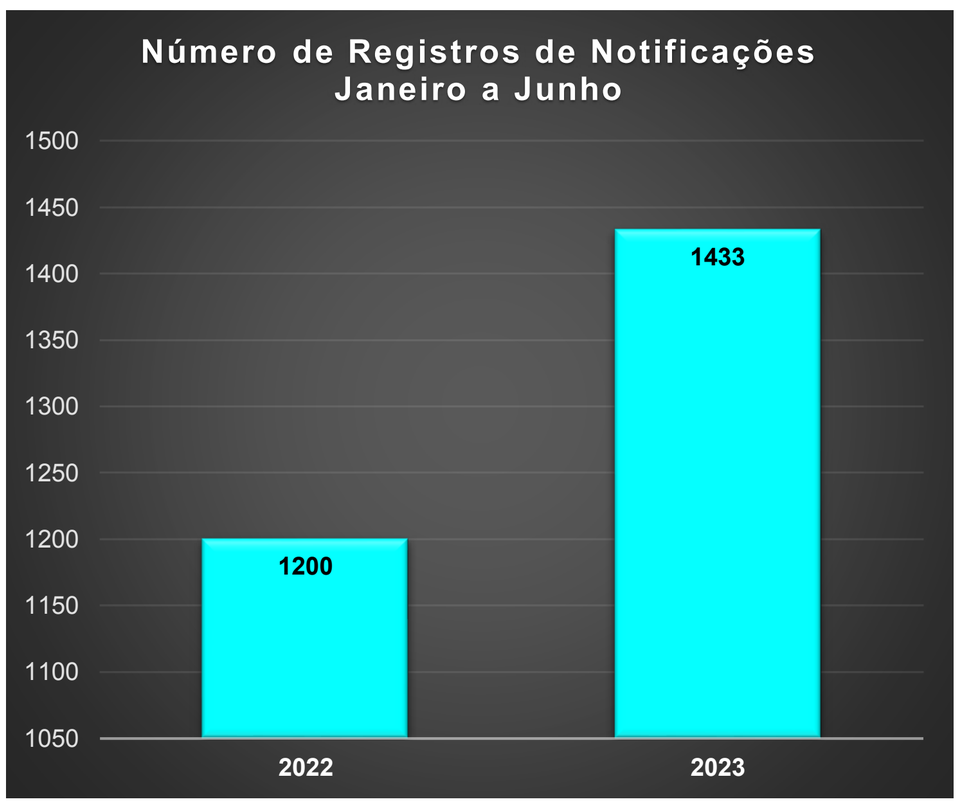
O registro das notificações de incidentes e eventos no âmbito hospitalar é considerado fator primordial para identificação de barreiras de segurança e para inserção de intervenções de melhorias. Observa-se nos estudos que uma das principais causas relacionadas à falta de registro de incidentes e eventos é a dificuldade em realizar a notificação, desconhecimento dos profissionais de saúde com relação à importância do registro de notificações bem como a identificação de perigos e riscos ocorridos por falhas no processo de trabalho. Além disso, os profissionais de saúde quando não orientados adequadamente sobre a importância do registro de notificações tendem a acreditar que a notificação pode desencadear ações punitivas, desta forma contribuindo para a subnotificação.

Para que os erros sejam evidenciados, necessitamos tornar a notificação uma prática segura, simplificada e com foco de uma cultura educacional.

METODOLOGIA

Texto. Este é um estudo descritivo, tipo relato de experiência realizado no ano de 2023. Anteriormente nosso cenário de fichas de notificação era composto por 9 modelos diferentes, sendo eles: Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância, Queda, Lesão por Pressão, Não Conformidade/ Eventos, Acesso Vascular, Infecção e Perda de CNE/ CNG, esses que foram criados, com o objetivo de detalhar a notificação facilitando a análise dos eventos.

Entendendo a necessidade de deixar a ficha simplificada, com fácil preenchimento pelo colaborador e sem obrigatoriedade de identificação, foi realizada a revisão e alteração mesmas, mantendo as que possuem informações específicas: Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e unificando as demais em uma ficha nomeada como Circunstância Notificável/Eventos.



Comparativo de Notificações após alteração das fichas

RESULTADOS

Após a alteração das fichas de notificação, evidenciamos que em 2022 no período de Janeiro a Junho foram registradas 1.200 notificações, já no mesmo período em 2023 foram registradas 1.433 notificações, resultando em um aumento de 19,41 % no número total de notificações da instituição

Cenário anterior – 9 fichas de notificação.

Cenário após otimização das fichas de notificação.

CONCLUSÕES

Concluímos que a simplificação da ficha de notificação promoveu aos colaboradores um ambiente de trabalho mais seguro, com maior engajamento dos mesmos fortalecendo assim a cultura de segurança, além de proporcionar ao paciente uma jornada mais segura e uma melhor experiência.

REFERÊNCIAS

https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/notificacao-de-eventos-adversos-barreiras-e-facilitadores/

https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-02/nota-tecnica-01-2015---gvims---notificaCAo-ndeg-2--Ultima-versAo.pdf

SISTEMA DE DISPENSAÇÃO POR HANDHELD: AGILIDADE, SUSTENTABILIDADE E RESPONSABILIDADE AMBIENTAL

Diana Saiara Bruscato, Fernando Boaro

INTRODUÇÃO

Hodiernamente, a busca pelo desenvolvimento sustentável e digitalização em unidades de saúde são os principais focos da gestão inteligente. Além disso, os custos inerentes aos processos hospitalares passam, em grande parte, pelas áreas de logística e *supply chain*. A sustentabilidade, por sua vez, vem se tornando preocupação crescente das instituições de saúde, haja visto o impacto oriundo das atividades hospitalares.

O objetivo deste trabalho foi apresentar um projeto de digitalização de uma farmácia hospitalar, desenvolvido em um hospital filantrópico, de grande porte, na Serra Gaúcha. Também, apresentar os resultados obtidos com tal projeto e, com isso, fomentar outros similares e, consequentemente, a inovação em saúde e a sustentabilidade ambiental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo em que foram avaliados os resultados operacionais e econômicos da implantação de um sistema de farmácia mobile, em uma farmácia hospitalar. Para tanto, foram mensurados os custos evitados com impressões e, ademais, fora aferida a eficiência operacional da farmácia hospitalar antes e após a implantação do sistema, levando em conta a quantidade de itens dispensados, por atendente, por turno.

Figura 1. Sistema de dispensação por handheld

RESULTADOS

Economicamente, fora evidenciado saving médio mensal de R$ 4.343,85. E, com isso, return on investment (ROI) de 9 meses. Além dos resultados positivos no âmbito financeiro, houve aumento da eficiência operacional, estimada em 64%, no que se refere a quantidade de itens dispensados, por atendente, por turno.

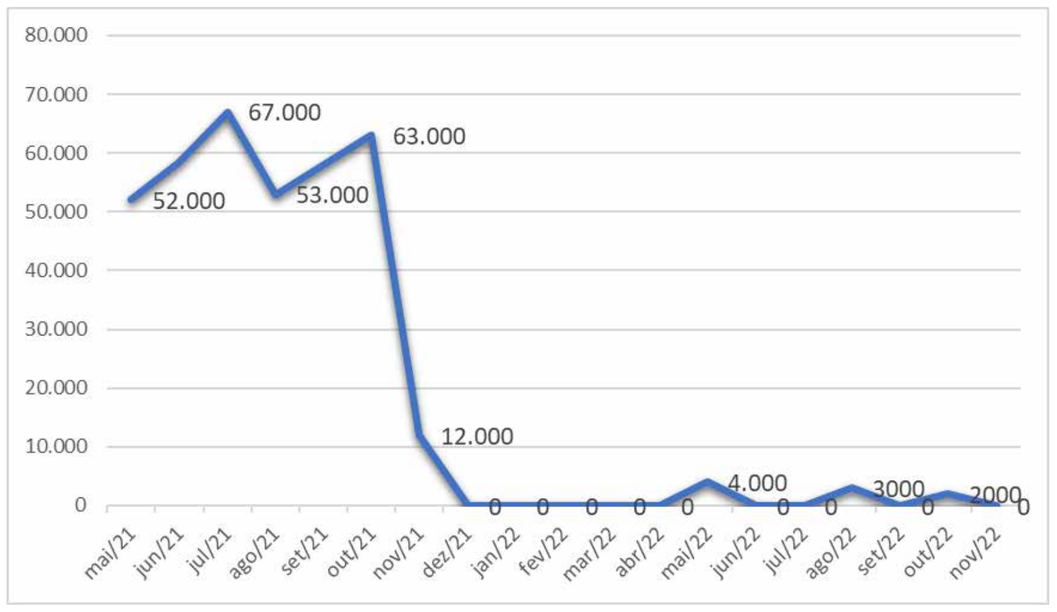


Figura 2. Variação no consumo de folhas após a implantação do sistema *Farmacia Mobile®*

Figura 3. Variação no custo (em R$) após a implantação do sistema *Farmácia Mobile®*

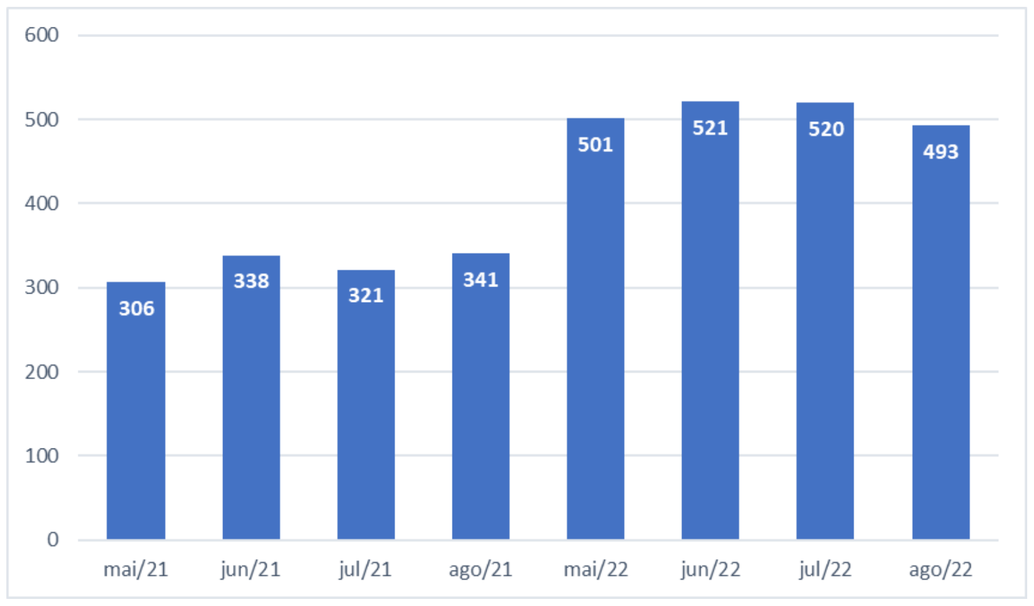


Figura 4. Itens dispensado por atendente, por turno de trabalho, antes e após a implantação do sistema *Farmácia Mobile®*

CONCLUSÕES

O aumento da eficiência da operação permitiu, neste contexto, a realocação de colaboradores, de forma a otimizar outros processos da farmácia hospitalar. Assim, o projeto reverberou de forma positiva em toda instituição. Outrossim, os dados expostos reiteram a importância da inovação em saúde, ao passo que fomentam tais iniciativas. Além dos benefícios econômicos, já esperados pela redução das impressões, fora evidenciado aumento da eficiência do processo de dispensação de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Lacagnina S. The Triple Aim Plus More. Am J Lifestyle Med [Internet]. 2019 Jan 17;13(1):42–43.
2. Institute of Medicine (US) Roundtable on Environmental Health Sciences, Research and M. Green Healthcare Institutions: Health, Environment, and Economics: Workshop Summary. [Internet]. 2007.
3. Liu Z, Deng Z, Davis SJ, Giron C, Ciais P. Monitoring global carbon emissions in 2021. Nat Rev Earth Environ [Internet]. 2022 Mar 21;3(4):217–219.

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM UMA EMPRESA DE HOMECARE: UMA ABORDAGEM INFORMATIZADA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Jéssica Medeiros, Jonathas Lopes, Beatriz Freitas, Erivânia Silva

INTRODUÇÃO

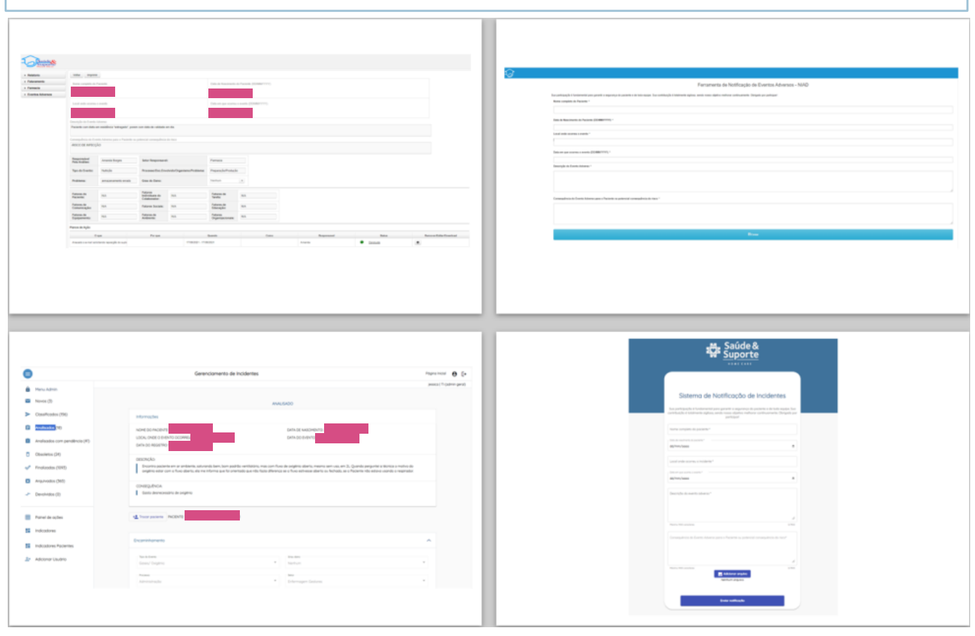
Eventos adversos em empresas de home care representam riscos significativos para a segurança do paciente. Neste contexto, um sistema de gerenciamento de eventos adversos foi implementado para otimizar a notificação, análise e para prevenção de ocorrências futuras. É importante adotar estratégias que otimizem os processos de trabalho, refazer os fluxos internamente e contribuindo externamente, promover na equipe a escuta qualificada e a comunicação efetiva, formando uma equipe inovadora e coesa (JÚNIOR et al., 2022).

METODOLOGIA

As alterações do sistema ocorreram em duas fases: aprimoramento da interface gráfica e alteração na abordagem da análise dos incidentes

Primeira fase:

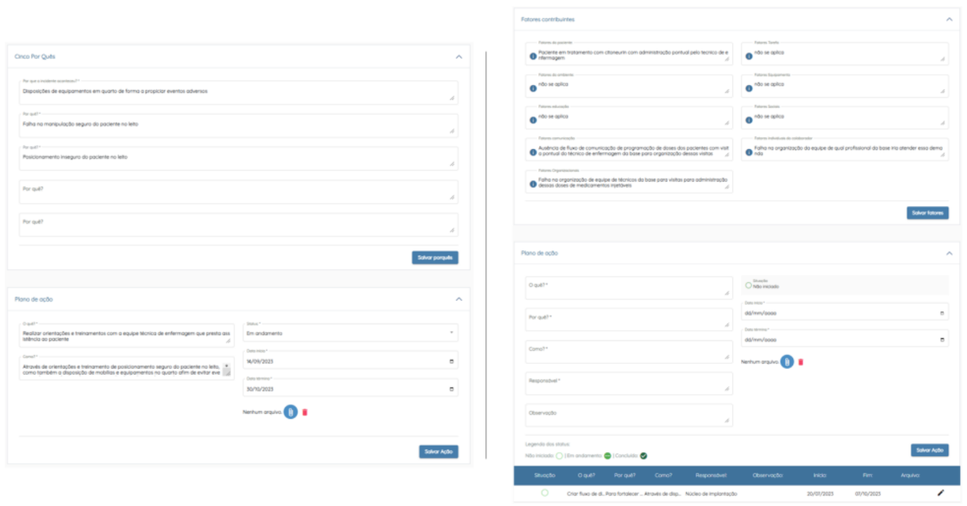
Em junho de 2021, foram realizadas melhorias para tornar a utilização do sistema mais intuitiva e amigável.



Na parte superior: Sistema e Formulário Antigo. Na parte inferior: O Novo.

Segunda fase:

Em janeiro de 2023, atualizamos significativamente nosso sistema de gerenciamento. Agora, para incidentes de menor gravidade, utilizamos o método 'Cinco Porquês' com um único plano de ação, enquanto incidentes moderados, graves ou catastróficos ainda seguem a abordagem anterior baseada no diagrama de Ishikawa, com seu respectivo plano de ação."



Duas Abordagens para Análise de Eventos/Incidentes

O formulário de notificação é anônimo, e a segunda versão permite anexos de arquivos.

Em todas as fases, houve treinamentos e disseminação da cultura de notificações, conscientizando sobre a importância para segurança do paciente e melhorias dos processos.

RESULTADOS

Os resultados após a transição do sistema de gerenciamento são bastante promissores. Após a primeira fase, houve um aumento gradual e significativo no número de notificações. Em 2021, a partir da transição, foram registrados 436 incidentes. Número maior que em todo 2018, com 219 notificações, e 2019 com 337.

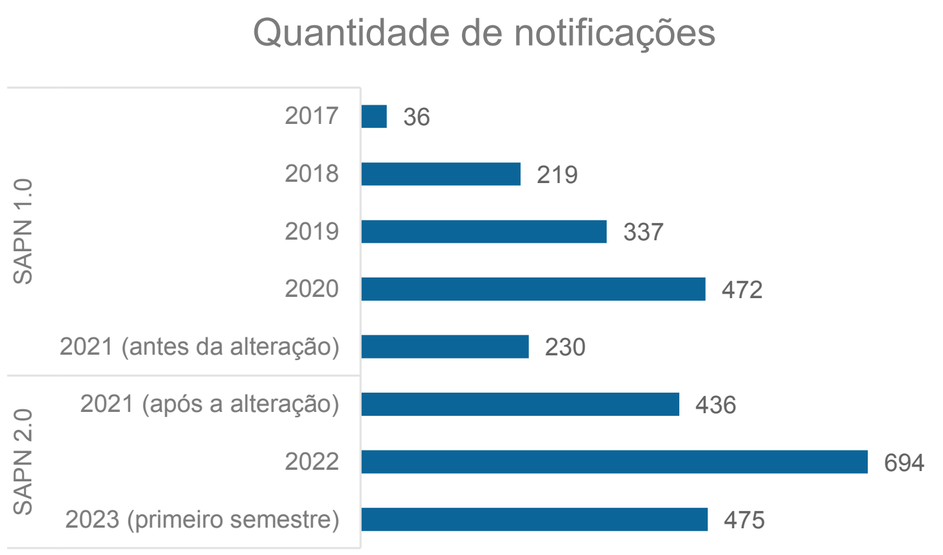


Gráfico de Notificações desde 2017: Sistema Antigo vs. Atual

Já os resultados a partir da segunda fase também trazem resultados positivos, mostrando que a adesão à análise de notificações aumentou, mesmo com o primeiro semestre registrando 411 notificações, 85% já foram analisados logo após o semestre.

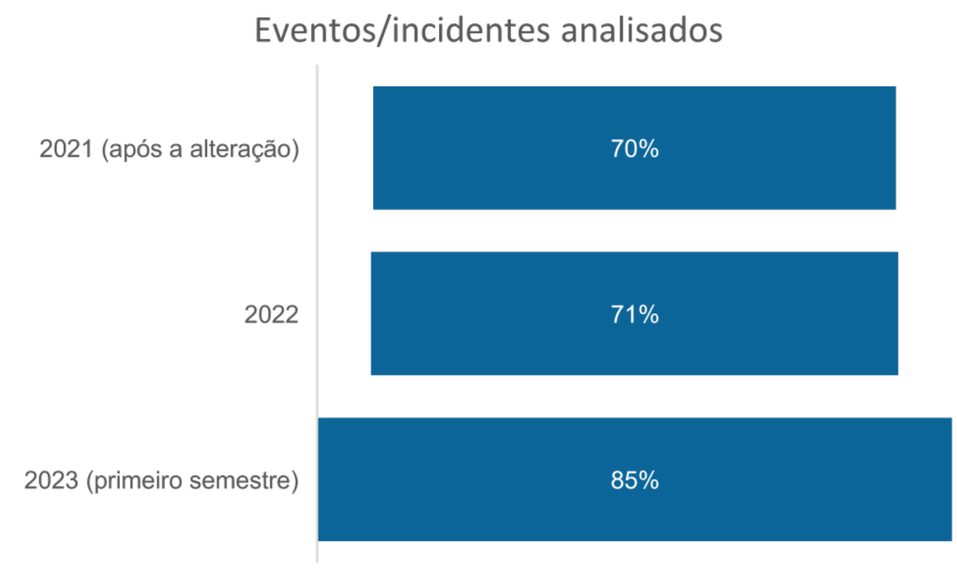


Gráfico com a quantidade de eventos/incidentes analisados desde a alteração trazida pela adoção do novo sistema de análise

CONCLUSÕES

Esses resultados reforçam a importância da transição do sistema de gerenciamento e sugerem sucesso ao aumentar conscientização, engajamento e eficiência na gestão de incidentes. Esses avanços impactam positivamente qualidade e segurança, beneficiando pacientes, colaboradores e a organização.

REFERÊNCIAS

ÚNIOR, U.A.C.; CARVALHO, E.C.; JÚNIOR, J.C.A.; ZACHI, M.L.R. A atuação de gestores na atenção domiciliar. In: **Tratado de Atenção Domiciliar**. Santana do Parnaíba - SP: Editora Manole, 2022. P. 342-348.

SUPORTE NEUROMUSCULAR AVANÇADO (SNA): UM NOVO CAMINHO PARA A REABILITAÇÃO

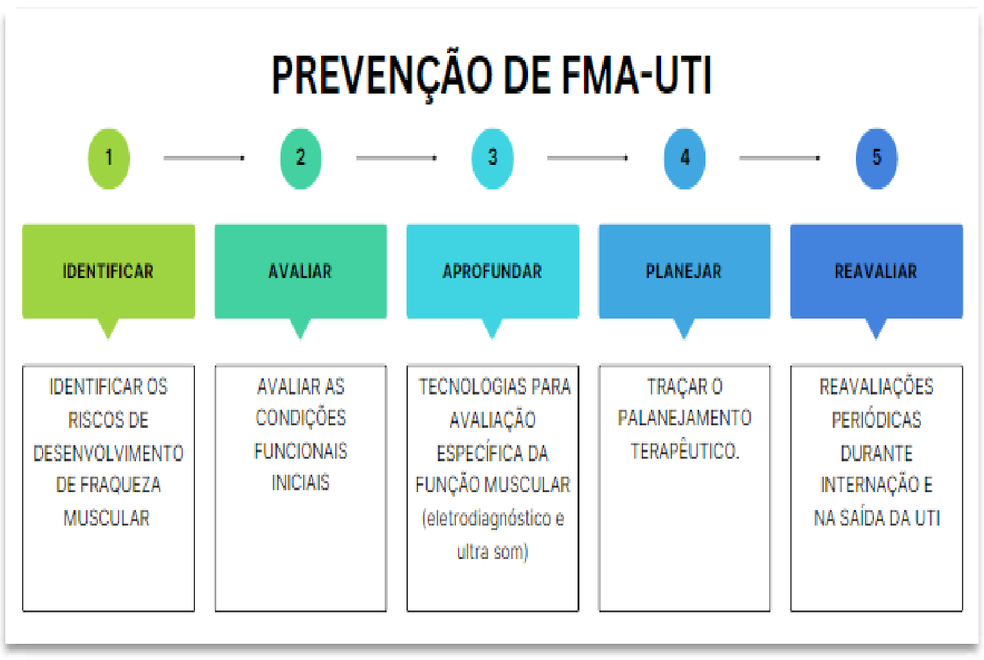
TREVISAN J.C; HIROTA E. Y.

INTRODUÇÃO

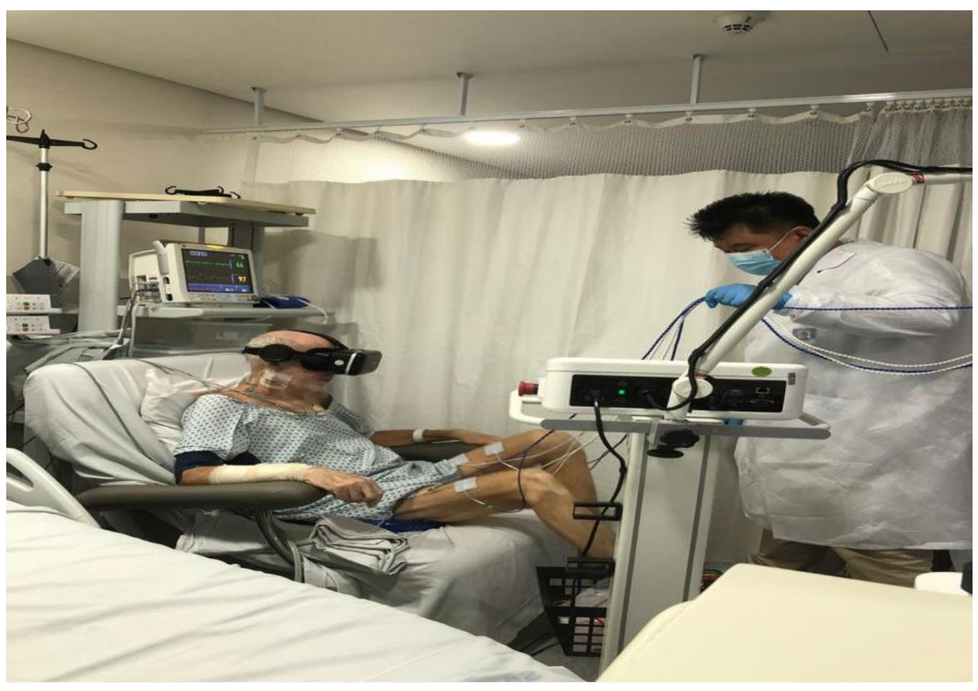
A fraqueza muscular (FMA-UTI) está entre as principais implicações das internações nas UTIs, acometendo de 25% a 75% dos pacientes. A reabilitação não engloba somente movimentação e mudança de posição, mas um conjunto de intervenções para promover a função e reduzir as incapacidades dos pacientes no seu ambiente. O SNA é a abordagem associada a diversas tecnologias e recursos com o objetivo de identificar riscos, realizar avaliação funcional completa para prevenir ou tratar as incapacidades encontradas – como uma tríade para a reabilitação funcional.

METODOLOGIA

As tecnologias que fazem parte da abordagem do SNA são: eletroestimulação muscular usadas como avaliação, tratamento e prevenção; Ultrassonografia Cinesiológica para avaliação da condição muscular; realidade virtual como aumento do tempo de atividade física e tratamento álgico, prescrição de exercícios terapêuticos como parte de um plano terapêutico, entre outros recursos com foco na reabilitação funcional.
Para sistematizar a aplicação do SNA foi desenvolvido um bundle de prevenção de desenvolvimento da FMA, com identificação do risco inicial a partir de critérios definidos, avaliação funcional e muscular e o plano de tratamento de acordo com os achados..
Inserido no risco, o paciente participa de todo fluxo de avaliação e condutas sendo realizado uma avaliação comparativa das condições funcionais e musculares na entrada e na saída da UTI, com base da escala IMS (*Intensive Care Unit Mobility Scale*) e MRC (*Medical Research Council*) para monitorar o desfecho.



Fluxo de avaliação dos pacientes para aplicação do Suporte Neuromuscular Avançado na prevenção de fraqueza muscular adquirida (FMA-UTI)

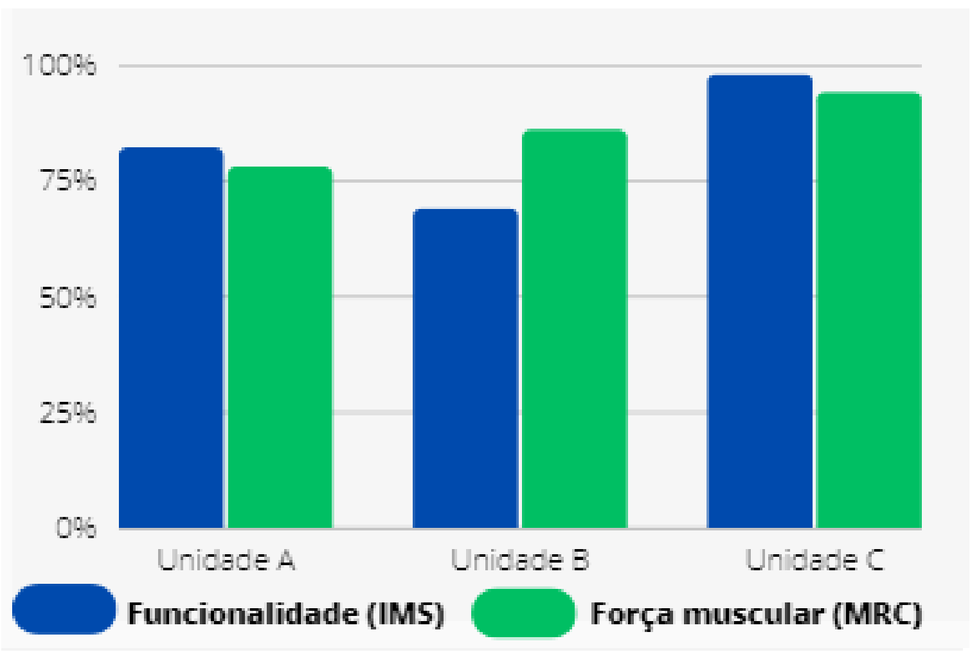


Associação das técnicas de eletroestimulação muscular, realidade virtual com recurso terapêutico - ciclo ergômetro.

RESULTADOS

O bundle foi implantado em 3 unidades hospitalares , com UTIs de perfil diferentes entre si, porém seguindo os mesmos critérios de inclusão/fatores de risco.
O objetivo inicial da aplicação do bundle era o de prevenir o desenvolvimento de FMA ao longo da internação, para isso levou-se em consideração o ganho ou a manutenção da funcionalidade e força muscular na entrada e saída da UTI.
Os resultados obtidos nos 3 primeiros meses de aplicação em cada unidade foram em média: 82%; 69% e 98% de manutenção ou ganho de funcionalidade de acordo com IMS e 78%;86% e 94% de manutenção ou ganho de força muscular global de acordo com o MRC.
A manutenção da força ou da funcionalidade só eram consideradas no resultado caso as mesmas já estivessem dentro nos níveis de normalidade.

Tríade de reabilitação e associação ao suporte neuromuscular avançado: novo modelo para a reabilitação funcional.



Média de melhora de funcionalidade e força muscular em 3 meses de aplicação nas diferentes unidades hospitalares.

CONCLUSÕES

O olhar de reabilitação sofreu muitas alterações ao longo dos anos e conta hoje com muitas tecnologias que podem estar associadas a uma melhor assistência, com foco em restabelecimento da autonomia e funcionalidade do indivíduo após a alta, jogando a luz a importância de olhar para a qualidade de vida e não somente para a sobrevivência pós UTI. O olhar sistematizado sobre isso e a aplicação do SNA mostrou-se benéfico para a prevenção da FMA, podendo ser aplicado para diferentes perfis de pacientes que necessitem de reabilitação funcional.

REFERÊNCIAS

Kho, et al.Physical rehabilitation in the intensive care unit:past,present and future.Int.Care Medicine, 2023 https://doi.org/10.1007/s00134-023-07099-4
Rocha E.R.M, et al. Early mobilization: Why, what for and how? Med Intensiva. 2017;41(7):429-436
Bao W. et al. Prevention of muscle atrophy in ICU patients without nerve injury by neuromuscular electrical stimulation: a randomized controlled study. BMA musculoskeletal disorders, 2022 , 23:780 https://doi.org/10.1186/s12891-022-05739-2

SUSTENTABILIDADE NA ATENÇÃO HOSPITALAR: O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO PROTAGONISTA

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

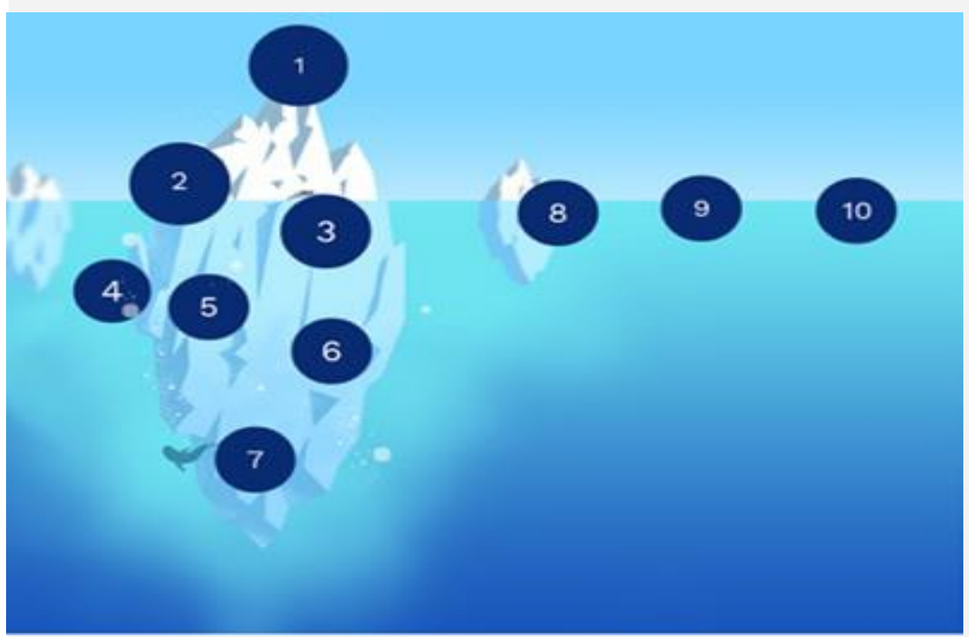
Márcio Mielo

INTRODUÇÃO

A saúde suplementar enfrenta um dos momentos mais difíceis da sua história: inflação no setor, envelhecimento da população, aumento da sinistralidade e elevação de custos, além de um modelo de cuidado curativo. Operadoras, planos de saúde e hospitais devem planejar modelos de cuidado que tragam para a prática, o acesso, a equidade e integralidade do cuidado, com melhores resultados operacionais e desfechos clínicos. O Plano Terapêutico Singular (PTS) surge como uma alternativa para tal, adotando referenciais como usuário no centro do cuidado, integralidade e multiprofisisonalidade.

METODOLOGIA

Estudo de caso em enfermaria hospitalar com 40 leitos para a saúde suplementar (clínica médica e cirúrgica) em um hospital geral filantrópico de alta complexidade. Etapas do trabalho: capacitação da equipe sobre o PTS; planejamento da proposta com as equipes multiprofissionais; definição de critérios de elegibilidade de usuários; implementação da proposta. O usuário elegível é identificado nas primeiras 48 horas de internação. As equipes multiprofissionais fazem as suas avaliações e sistematicamente elaboram o PTS articulando saberes; estabelecem metas mensuráveis, prazos e responsáveis, bem como nova avaliação / elaboração da alta.



Itens1 e 2 (motivo da internação). Itens 3 a 10 (Necessidades de Saúde do Usuário identificadas pela equipe multidisciplinar).

Etapas do Plano Terapêutico Singular

RESULTADOS

Mudança no processo de trabalho: cuidado centrado no trabalho médico para um cuidado centrado no usuário. A equipe multiprofissional passou por 20 horas de capacitação sobre o PTS. Em 6 meses de implementação do trabalho, 97 usuários elegíveis tiveram seus PTS elaborados e implementados. Apenas uma reinternação, mas por causa diferente da primeira internação. A média de permanência diminuiu gradativamente de 3,5 para 2,3 dias (redução de 1,2 dias). O Net Promoter Score (NPS) para estes pacientes e familiares teve um aumento de 71 para 83. Não houve alteração quanto a taxa de mortalidade. Eventos adversos caíram de 2,3 para 1,3.

Momento de capacitação da equipe multidisciplinar no PTS.

Reunião de elaboração do PTS pela equipe multidisciplinar.

CONCLUSÕES

O PTS mostrou-se eficiente para a prática de um cuidado integrado e centrado no usuário, revelando bons indicadores (operacionais e de desfechos). Paciente e família passam a ter protagonismo na elaboração do PTS. É possível uma mudança significativa no modelo de cuidado a partir do PTS, contribuindo para a sustentabilidade de hospitais e operadoras, sendo totalmente aplicável a diferentes contextos de cuidado em saúde na atenção hospitalar.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde. 2004.
Silva, E. P., Melo, F., Souza, M. M., Gouveia, R. A., Tenório, A. A., Cabral, A. F. F., & others. (2013). Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde.Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 17(2), 197–202.

Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo
Hospital Nipo-Brasileiro
ENKYO

SUSTENTAÇÃO DE AÇÕES KAIZEN APÓS UM ANO DE IMPLANTAÇÃO LEAN EM PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Suelí Pessoa, Michelli Santos, Vera Motinaga, Liana Catalan

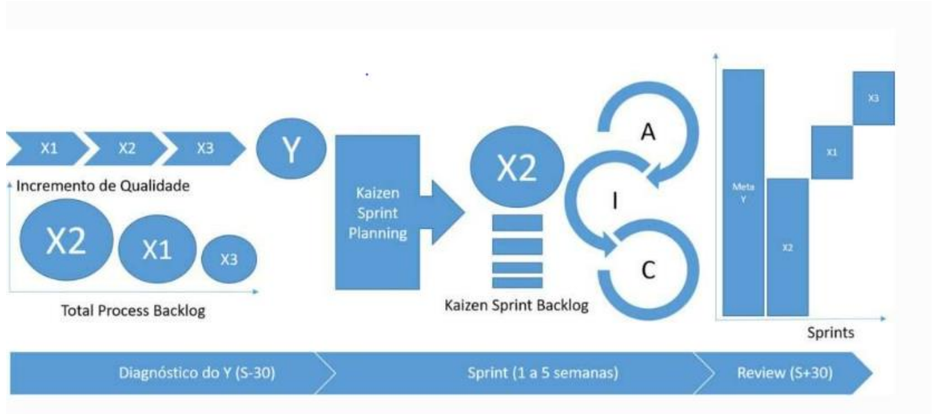
INTRODUÇÃO

Em meio aos esforços para a manutenção de serviços pela saúde suplementar no Brasil evidenciado pós pandemia, nos desperta a necessidade como instituição terciária zela pelos processos assistenciais de forma que possam ser sustentáveis trazendo valor para todos os parceiros envolvidos nessa cadeia: fontes pagadoras, operadoras, instituições de saúde e população.

Pensando no conceito de mundo BANI (é a sigla em inglês para *Brittle, Anxious, Nonlinear e Incomprehensible*), nós um Hospital Privado/Filantrópico do Estado de São Paulo traçamos uma trilha de melhoria contínua para os processos após a Implantação Lean em Pronto Atendimento Pediátrico (PAP) introduzindo a operação no conceito de Kaizen Sprint trazendo a agilidade dentro do método preditivo.

METODOLOGIA

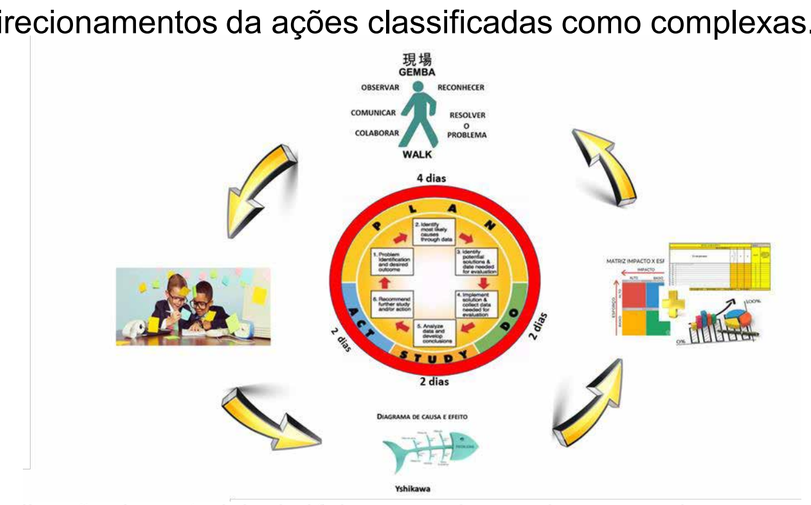
Este é um estudo descritivo e comparativo do 2º trimestre de 2022 – 2023. Através do alinhamento das áreas recepção, enfermagem e médica realizamos um treinamento para a utilização da ferramenta Kaizen Sprint, com aplicação de ciclos rápidos de PDSA.



Aplicação da ferramenta Kaizen Sprint para priorizar a execução de ações para busca da causa raiz para melhorias de resultado.

Pensando em melhorar o alinhamento da equipe foi sugerido para o acompanhamento do plano de ação reuniões a cada 10 dias com duração de 15 minutos para discutir os resultados do indicador de tempo *versus* a implementação da ação e cascateando para os demais profissionais.

Com discussão mensal (*review*) com as gerencias responsáveis para *repport* das ações implementadas e tomada de decisão direcionamentos da ações classificadas como complexas.



Aplicação da metodologia Kaizen para busca da causa raiz para melhorias de resultado.

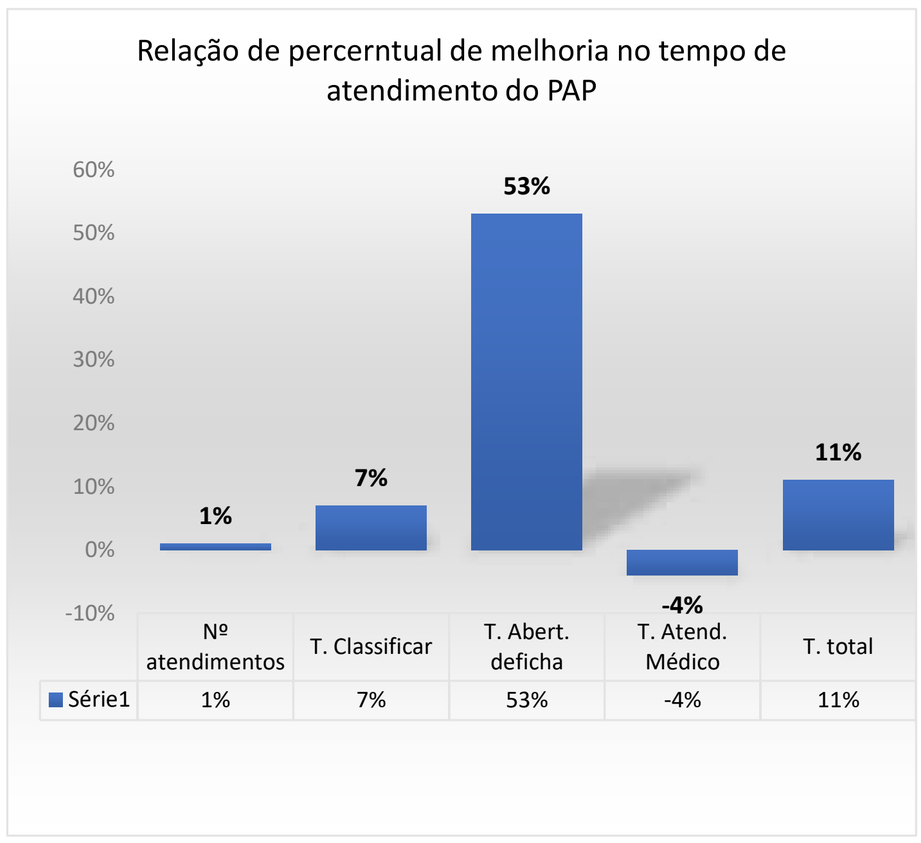
Durante esse período foram consideradas 20 ações diversas com o foco na melhoria de processos atribuindo autonomia aos colaboradores a analisar seu resultado junto a presença no Gemba para traçar ações protótipos para implementar, garantindo ações de redimensionamento de seus recursos humanos, operacionais, infraestrutura e tecnológicos com foco na redução de tempo de espera e custos.

Sendo a comunicação intersetorial o ponto chave para o desenvolvimento, trazendo a proposta de antecipar respostas aos eventos de forma resiliente, empática, adaptável e transparente.

RESULTADOS

Após um ano do projeto de Implantação Lean em PAP onde o principal objetivo é a redução no tempo de espera entre as etapas do processo de atendimento (chegada até o atendimento médico), tivemos uma melhoria em todas as interfaces de atendimento ao usuário com uma redução de 11% no tempo total de atendimento quando comparamos com o mesmo trimestre de 2022 com uma variação de 1% do número de atendimento.

O resultado, mais expressivo não se encontra nos números, mas sim na interação das áreas em prol de um único objetivo trazendo a gerência para perto da operação, algo que é visivelmente percebido na etapa de abertura de atendimento, que adotou a utilização o indicador de tempos para readequar sua escala de serviço para o melhor atendimento do usuário, e que continua impactando melhorias de tempo mesmo após a implantação com uma redução de 53% do seu tempo de espera.



Análise comparativa do período do 2º trimestre/2022 e 2023, observando a melhoria do tempo de atendimento em praticamente todas as etapas do processo, exceto no atendimento médico devido a gravidade dos pacientes atendidos.

CONCLUSÕES

Mas estamos falando de melhoria contínua, portanto os desafios serão constantes para que possamos reduzir ações Kaikaku e aumentar ações Kaizen efetivas, hoje objetivamos o registro de todas as ações realizadas para otimização de processo para que possamos mostrar que é possivel realizar melhorias de processos sem grandes investimentos financeiros visando a sustentabilidade do serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

https://stefanini.com/pt-br/insights/artigos/o-que-e-bani-e-como-se-adaptar
https://setecnet.com.br/home/mais-agilidade-a-excelencia-operacional-atraves-do-kaizen-sprint/
https://fia.com.br/blog/metodologias-ageis/

TECNOLOGIA PARA REDUÇÃO DA TAXA DE CANCELAMENTO CIRÚRGICO EM PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS

ANDERSON LOPES SERAFIM, VALÉRIA SOARES DA ROCHA, LUCYARA DOS SANTOS SILVARES, NATHALIA GAMA PUPPIM

INTRODUÇÃO

O uso de telefones para facilitar a comunicação entre indivíduos, tem aumentado significativamente no mundo moderno. Essa tecnologia tem um potencial de grande repercussão para o envolvimento do paciente no seu cuidado, promovendo assim, uma responsabilidade compartilhada com o serviço de saúde (Saeed , et al 2018).

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência da aplicação da tele orientação para redução do índice de absenteísmo das cirurgias eletivas oftalmológicas em um hospital de ensino.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, dividido em quatro fases: revisão da literatura, análise do perfil administrativo do hospital em estudo, desenvolvimento de um formulário semiestruturado e processo de implementação de tele orientação.

RESULTADOS

Inicialmente, foi elaborado um roteiro de perguntas e orientações para guiar a telecomunicação. No formulário foram incluídos itens seguindo modelo *Check list,* a fim de evitar o descumprimento de orientações importantes á garantia da qualidade na assistência operatória

ROTEIRO DE CONFIRMAÇÃO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO NO ADULTO DA UOFT

BOM DIA/TARDE

Sou_____ enfermeira e ou assistente administrativo e funcionária do Hospital das Clínicas (HUCAM) e trabalho no setor da OFTALMOLOGIA.

Este contato é para confirmar alguns dados para sua cirurgia de _____ no dia ____/_____/_____ as _____:_____hs.

O Sr.(a) Está sentindo algo (febre, tosse, coriza)? E nos olhos?

Cuidados antes da cirurgia que são importantes:

- Vir com acompanhante maiores de 18 anos (não pode estar com sintomas gripais);
- Seu acompanhante deve portar documento de identidade com foto;
- Trazer os seus documentos: identidade, CPF, CARTÃO do SUS, comprovante de residência;
- Trazer o **TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO;**
- Trazer exames de sangue e risco cirúrgico/ cardiológico, anestesistas: e outros que foram pedidos;
- Vir de jejum 8 horas (inclusive não tomar líquido);
- Chegar ao hospital 1 hora antes da cirurgia;
- Vir tomado banho e com cabelo limpo e seco;
- Lavar o rosto antes de sair de casa;
- Não vir com as unhas pintadas de cores escuras;
- Não trazer anéis, cordões, aliança, piercing, brincos, relógios.
- Não trazer objetos de valor;
- Não usar creme no rosto, protetor solar ou maquiagem;
- Poderá TOMAR REMÉDIO somente conforme orientação médica

Ao chegar no hospital (HUCAM) você deverá se dirigir a entrada principal na recepção (1). (porta de vidro preta)

SUA cirurgia será realizada pelo SUS e não tem custo.

Se alguém ligar pedindo qualquer quantia em dinheiro, favor não fazer nenhum tipo de pagamento e registrar na ouvidoria do hospital.

O Senhor(a) tem alguma dúvida?

Agradeço pela sua atenção e uma boa cirurgia

Formulário 1 - Roteiro de confirmação de Agendamento Cirúrgico Adulto , Vitória ES, 2023.

Foram elaborados dois formulários para guiar as confirmações e orientações pré-cirúrgicas por telecomunicação: 01 para agendamentos cirúrgicos em pacientes adultos e outro para agendamentos cirúrgicos em pacientes pediátricos.

TELEORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRÉ- OPERATÓRIO DE CIRURGIA OFTALMOLOGICA PEDIATRICO

BOM DIA/TARDE

Sou _____ enfermeira e ou técnica de enfermagem funcionária do Hospital das Clínicas (HUCAM) e trabalho no setor da OFTALMOLOGIA.

Este contato é para confirmar alguns dados para sua cirurgia de _____ no dia ____/_____/_____ as _____:_____hs.

A criança (a) Está **sentido** algo (febre, tosse, coriza, diarreia, vômito e outros sintomas)? E nos olhos?

Está em uso de algum medicamento? Qual?

Cuidados antes da sua cirurgia que são importantes:

- Vir com acompanhante maiores de 18 anos (não pode estar com sintomas gripais);
- Seu acompanhante deve portar documento de identidade com foto;
- Trazer os seus documentos: identidade, CPF, CARTÃO do SUS, comprovante de residência;
- Trazer documentos da criança (certidão de nascimento, CI, CPF e cartão de vacina);
- Trazer o **TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO;**
- Trazer exames de sangue e risco cirúrgico pediátrico; e outros que foram pedidos;
- Higiene na criança: banho, cabelos limpos e secos, escovar os dentes/ higiene bucal;
- Não deverá estar com creme, óleo ou talco no corpo;
- Não deverá estar com adornos (brinco, pulseira, cordões, laços/arco no cabelo);
- JEJUM:
- leite materno exclusivo: 4 horas
- Sólido e leite não materno: 6 horas
- Carne vermelha e alimentos gordurosos: 8 horas
- Líquidos não particulados: água, chá e café: 2 horas
- Trazer utensílios pessoais (caso a criança fique internada).

Ao chegar no hospital (HUCAM) você deverá se dirigir a entrada principal na recepção (1). (porta de vidro preta)

SUA cirurgia será realizada pelo SUS e não tem custo.

Se alguém ligar pedindo qualquer quantia em dinheiro, favor não fazer nenhum tipo de pagamento e registrar na ouvidoria do hospital.

O Senhor(a) tem alguma dúvida?

Agradeço pela sua atenção e uma boa cirurgia

Formulário 2 - Roteiro de confirmação de Agendamento Cirúrgico Pediátrico , Vitória ES, 2023.

As ligações telefônicas foram realizadas 72 horas de antecedência as cirurgias eletivas oftalmológicas. No primeiro semestre de 2022, anterior a implantação da tele orientação, foram registradas 138 suspensões de cirurgias eletivas. Após a implementação do processo de ligações, foram registradas 98 suspensões no mesmo período analisado, demostrando uma queda de 18% para 11% na taxa de suspensão. Os dados descritos foram analisados no período pré-determinados e apresentados em forma de gráfico conforme figura abaixo.

Gráfico – Índice de suspensão cirúrgica, Vitória, 2023.

Mediante o exposto é possível observar a repercussão no número de suspensões cirúrgicas após e implementação da ferramenta de tele orientação e confirmação cirúrgica.

Similarmente, estudos anteriores vêm demostrando que o principal motivo para o cancelamento de cirurgias tem sido o absenteísmo de pacientes, assim o desenvolvimento de uma ferramenta de comunicação representa um lembrete importante para evitar possíveis contratempos e empecilhos cirúrgicos (SOUZA , et al 2021).

CONCLUSÕES

O uso da tele orientação três dias antes da cirurgia, possibilita a substituição de pacientes em caso de não conformidades que justifiquem um cancelamento, as orientações realizadas melhora a assistência pré-operatória e consequentemente promove redução significativa no índice de suspensão cirúrgica. Somando-se a isso, temos a redução de custos e otimização de tempo, tanto para o hospital quanto para o paciente.

REFERÊNCIAS

Saeed S, Somani N, Sharif F, Kazi AM. Evaluating the Effectiveness of Text Messaging and Phone Call Reminders to Minimize No Show at Pediatric Outpatient Clinics in Pakistan: Protocol for a Mixed-Methods Study. JMIR Res Protoc. 2018 Apr 10;7(4):e91. doi: 10.2196/resprot.9294. PMID: 29636321; PMCID: PMC5915671.

SOUZA, D. A. G. D., ARAÚJO-FILHO, I., CABRAL, E. L. D. S., SOUZA, R. P. D., VARELLA, A. G. R., SENA, E. M. A. B. D., RÊGO, A. C. M., MELO, B. L. D. B., COSTA-JUNIOR, J. F. D., & PINHEIRO, F. I.. (2021). Surgery remember@: an innovation to reduce surgical cancellations. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, *48*, e20213206. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20213206

TORNEIO SOMOS REFERÊNCIA: ENGAJANDO COLABORADORES E PROMOVENDO EXCELÊNCIA NO CUIDADO ONCOLÓGICO.

Taisi Aureliano Feitosa, Flavia Lucia Marino Ribeiro, Ana Paula Lopes Pimenta, Paulo Modesto Menezes

INTRODUÇÃO

O reconhecimento dos profissionais por meio de torneios ou concursos promove uma cultura de engajamento, inovação e meritocracia, na qual os todos os colaboradores tem a oportunidade de participar ativamente, são sendo reconhecidos e valorizados.

Por meio desse torneio objetivamos estimular nossos colaboradores a identificar oportunidades e sugerir projetos que pudessem com a missão da empresa: Assegurar a melhor experiência aos nossos pacientes em toda a jornada de combate ao câncer, cuidando de suas vidas como se fossem as nossas.

METODOLOGIA

O torneio foi implementado em etapas, com o objetivo de reconhecer e valorizar os colaboradores que se destacam em suas unidades por meio de projetos especiais e atitudes exemplares no cuidado com os pacientes. As votações e reconhecimentos foram divididos em cinco fases:

1. Submissão do Projeto através de ficha de inscrição: Cada colaborador interessado realizou a inscrição do projeto por meio de uma ficha padronizada (figura 01), que deveria ser submetida previamente para análise do gestor imediato e, posteriormente, entregue à consultoria interna de RH da unidade.
2. Votação e Reconhecimento Nível Unidade;
3. Votação e Reconhecimento Nível Regional;
4. Votação dos Projetos Destaques a Nível Nacional por uma comissão julgadora;
5. Votação Nacional com premiação para 1ª, 2ª e 3º colocados.

Figura 01 – Ficha de inscrição.

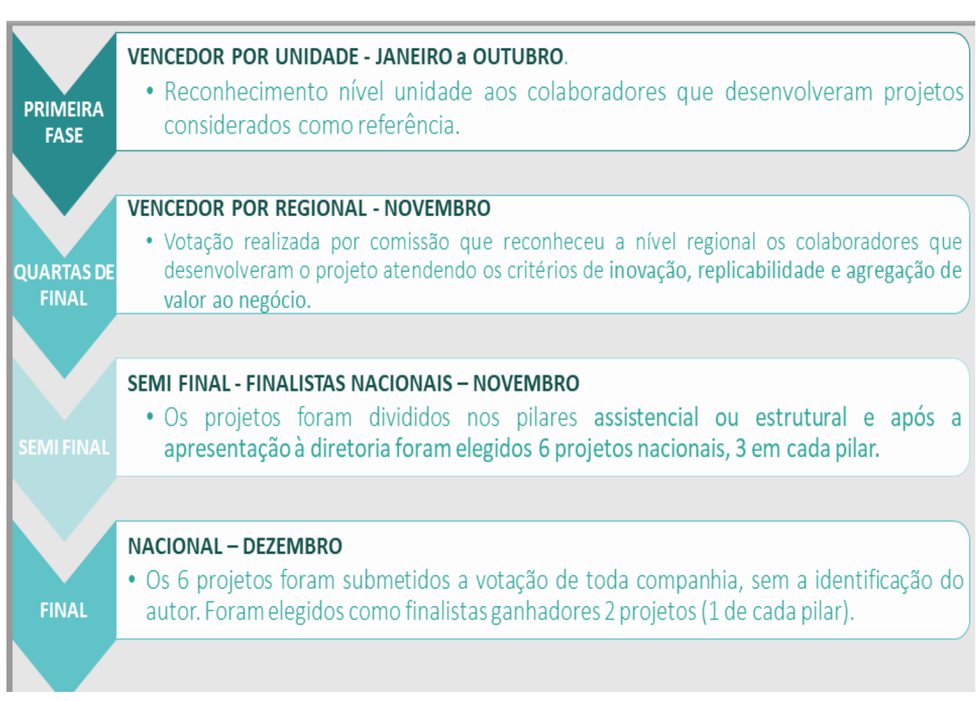


Figura 02 –Cronograma anual de votações e reconhecimentos.

RESULTADOS

Durante os meses de janeiro a outubro de 2021, foram inscritos 257 projetos. Em relação ao pilar ~~inscrito~~, 76,7% (197) eram relacionados ao pilar de Experiência do Paciente e 23,3% (60) à Segurança do Paciente. Em relação à área de atuação, a área com maior número de projetos inscritos foi a área assistencial, com 63,8% (164), seguida da área administrativa, com 36,2% (93). Foram classificados 21 projetos para votação regional, sendo escolhidos, dessa etapa, em novembro de 2021, 11 projetos para votação a nível nacional 6 deles seguiram para etapa final, sendo 3 por pilar. Durante a votação nacional, que foi aberta a todos os colaboradores, e realizada entre os meses de novembro a dezembro de 2021, foram recebidos 1258 votos que elegeram 2 ganhadores, sendo 1 projeto no pilar assistencial e 1 no pilar estrutural. O anúncio dos ganhadores foi realizado durante a reunião final de resultados em dezembro de 2021 pelo diretor de recursos humanos da companhia. Os vencedores foram reconhecidos com prêmio individual e a unidade com troféu do torneio.

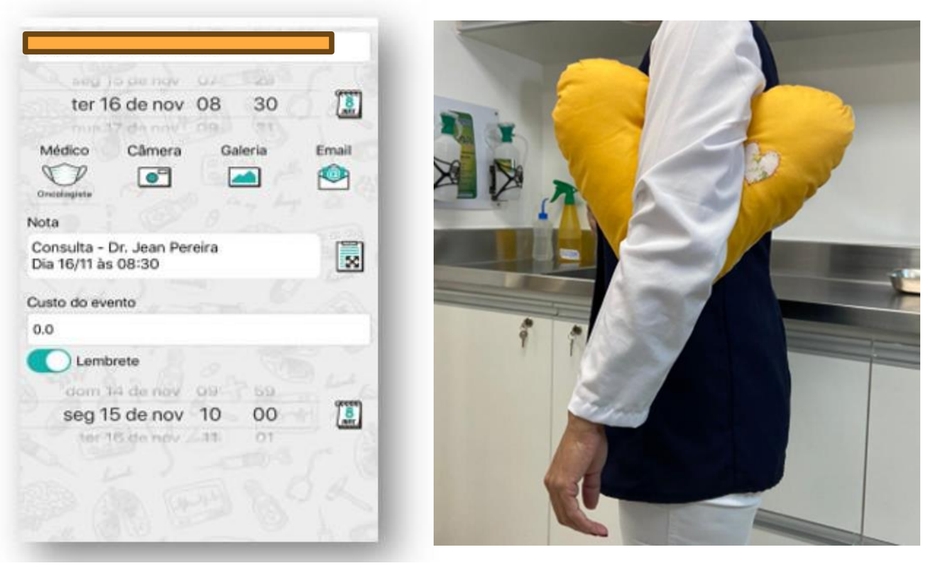


Figura 4 – Projetos finalistas agenda Oncoclínicas e Amigo do Peito.

Figura 4 – Projeto finalista – Selo do Carinho.

CONCLUSÕES

O torneio fortaleceu a identidade institucional e a valorização dos colaboradores como protagonistas do cuidado aos pacientes. Por fim, o torneio inspirou outras unidades a adotarem algumas das ideias/projetos de sucessos inscritos no Somos Referência. Através da troca de experiências, a busca pela excelência e inovação continuará impulsionando o cuidado aos pacientes em todas as unidades do grupo.

REFERÊNCIAS

Relatórios da instituição.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL EM UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO ANALÓGICA: RELATO DE CASO

ROGERIO HERINGER DE SOUZA

INTRODUÇÃO

Inovação tecnológica e transformação digital são termos muito utilizados atualmente em todas as rodas de conversas empresariais, de negócio, de gestão e resultados. Inovação é encontrar uma nova forma de resolver um problema, gerando benefícios e algum tipo de valor. Na área da enfermagem, Florence Nigthingale destaca-se como referência em termos de inovação no processo de cuidar.

OBJETIVO

O objetivo do referido trabalho é relatar a experiência e os resultados obtidos no processo de transformação digital em uma central de material e esterilização (CME) em uma rede de hospitais de grande porte da cidade de São Paulo.

METODOLOGIA

Como fruto desta inovação tecnológica, da capacidade criativa e gosto incansável pelo conhecimento, o autor, enfermeiro especialista criou um programa de computador (software) de gestão e rastreabilidade, transformando os ambientes analógicos (manuais) da CME em ambientes digitais. Este software é responsável pelo monitoramento e registros das informações em todas as etapas de processamento dos produtos para saúde (PPS). É uma ferramenta validadora de processos que permite ao usuário ter todas as etapas interligadas e executadas de forma automatizada e padronizada. Utilizando da tecnologia e análise de dados para extrair o máximo possível de informações e indicadores para os gestores administrarem de forma mais eficiente e precisa.

Foto 1: Transformação do Processo Analógico versus Processo Digital

RESULTADOS

Algumas das funcionalidades do software geram resultados positivos de economia para o hospital, como exemplos a redução de gastos nos processos de limpeza e esterilização devido a otimização no uso dos equipamentos; melhor gestão e dimensionamento na produtividade das equipes de trabalho e desempenho por turnos; redução na impressão de papel, devido ao armazenamento das informações na “nuvem”; rastreabilidade e assertividade nos registros das informações e integração com outros sistemas. Esses resultados podem chegar a 40% de redução dos gastos na CME.

	Registro Analógico	Registro Digital	
Período	**Jan a Dez 2021**	**Jan a Ago 2023**	**Resultados**
Qtde Itens esterilizados	131.440	212.082	**Aumento 61%**
Ciclos esterilização	6.505	3.670	**Redução 44%**
Custo esterilização	**1.695,00**	**935,00**	**Economia R$ 760 mil**

Foto 2: Case de Sucesso – dados de redução de gastos em esterilização em uma das unidades de uma rede de Hospitais de grande porte da cidade de São Paulo, mostrando a eficiência no uso do software.

CONCLUSÕES

Inovar no setor saúde ainda é um processo relativamente novo em constante crescimento e reconhecido como de suma importância para a análise de dados, eficiência nos resultados e segurança dos pacientes.

Os gestores devem entender e analisar a incorporação de novas tecnologias como um investimento e não simplesmente como um gasto.

O uso da tecnologia na CME irá garantir não só a rastreabilidade, visa também melhorar a performance dos equipamentos e equipe de trabalho, padronizar processos e tarefas, transformando a inteligência dos dados em indicadores e insights que geram resultados positivos de gestão e economia trazendo viabilidade ao projeto.

REFERÊNCIAS

1. Serafim, I. O poder da inovação: como alavancar a inovação na sua empresa. São Paulo: saraiva, 2011.

2. Prado Ml, Dal Sasso Gtm. Gestão de ciência e tecnologia em enfermagem. In: anais do XV colóquio de Enfermería. Quito (equador): anais; 2008.

3. Bessant J, Tidd J. Inovação e empreendedorismo. Porto alegre: Bookman; 2009.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA PRÁTICA

Autora: Patrícia Keico Barszcz (patricia.keico@grupomarista.org.br), Nicholas Morais Schleder (nicholas.schleder@grupomarista.org.br), André Luís de Souza (a.souza10@grupomarista.org.br), Marcelo da Silva (m.silva@grupomarista.org.br)

INTRODUÇÃO

A área de saúde é dinâmica e, muitas vezes, imediatista. Por isso, as ações precisam responder na mesma velocidade em que os problemas e oportunidades aparecem.

Observamos um grande exemplo desse cenário durante a pandemia, quando as decisões eram tomadas em um dia e precisavam ser implementadas no outro.

Esse dinamismo é um grande desafio para a área de TI, pois projetos e ferramentas precisam ser analisados, discutidos, construídos, testados e validados para só então entrarem em operação.

METODOLOGIA

Diante da agilidade que os projetos demandavam, a aplicação de uma metodologia de desenvolvimento com uso de *low code* foi a melhor solução. Com base nessa metodologia, criamos um cronograma de entregas para 2023.

A diretoria priorizou dez projetos, que foram consolidados durante o Planejamento Estratégico.

O ciclo definido tem duração de quatro semanas, divididas da seguinte forma:

Semana 01
- Brainstorming com a área demandante.
- Criação do protótipo e aprovação das entregas.

Semana 02
- Desenvolvimento da solução.

Semana 03
- Validação e ajustes da solução.

Semana 04
- Documentação e repasse para o time de sustentação da TI.

Na semana seguinte, um novo Sprint é iniciado.

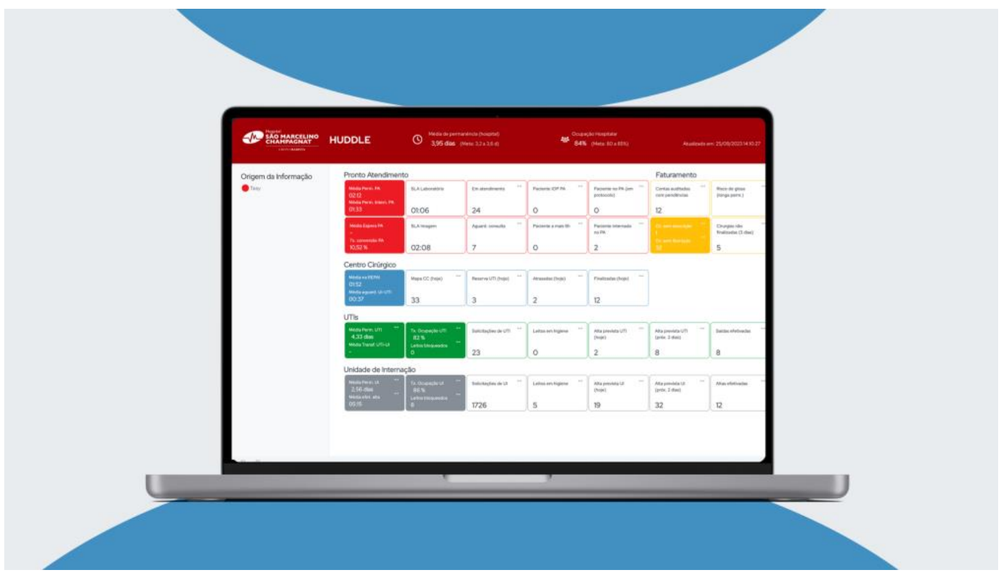
1ª semana: Brainstorming e Prototipação; 2ª semana: Desenvolvimento da Solução, 3ª semana: Validação e Ajustes, 4ª semana: Documentação e Sustentação.

RESULTADOS

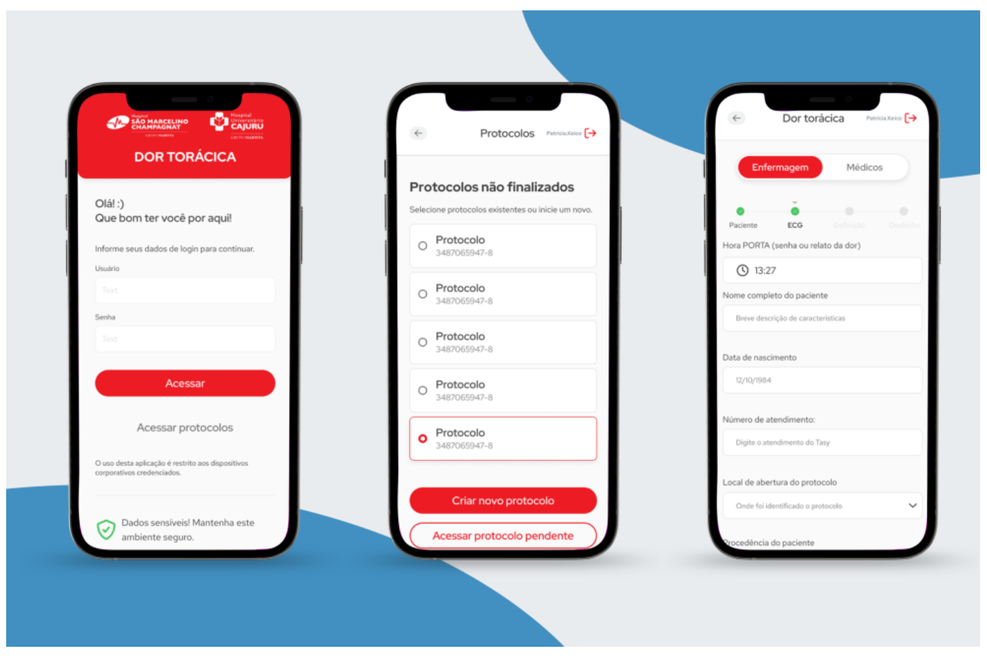
Os projetos precisam estar alinhados à eficiência operacional e possuem mensuração de resultados. Das dez entregas planejadas, seis já foram entregues:

- **Informações Gerenciais** (painel das principais informações hospitalares do dia). Resultado: redução do tempo de permanência dos pacientes.
- **Huddle HUC** (painel de informações do PCP). Resultado: contribuiu para a redução do tempo de permanência e agilidade na movimentação dos pacientes.
- **Painéis Assistenciais** (melhoria nos painéis nas áreas de internamento). Resultado: consolidam, no mínimo, 18 telas do ERP, apresentando dados relacionados a cada paciente.
- **RPA NF Unimed** Resultado: foram enviadas 1.105 notas fiscais em junho de 2023, agilizando o processo do retorno dos valores do convênio e melhorando o fluxo de caixa.
- **Protocolo de Dor Torácica e AVC – Mobile** (digitalização de processo assistencial). Resultado: permitiu o acompanhamento em tempo real dos pacientes em investigação.
- **CC HUC** (painel do centro cirúrgico). Resultado: permitiu a visualização da rotina, a partir da identificação dos processos que necessitam de ajustes e das salas ociosas.

Em junho de 2023, foram registrados 4.866 acessos por 112 usuários diferentes.



Painel do Huddle. Contém informações do Pronto Socorro, Unidades de Internação e UTIs.



Telas do protocolo de dor torácica. Contém login, listagem de protocolos e formulário de preenchimento das equipes.

CONCLUSÕES

As soluções sozinhas não resolveriam os problemas mapeados. Porém a participação dos usuários no processo de criação e desenvolvimento empodera e gera o sentimento de “coautoria”.

Assim, estimulamos a adesão da solução no dia a dia dos colaboradores, melhorando o desempenho de cada área envolvida e trazendo resultados significativos para a instituição.

REFERÊNCIAS

BECK, K.; BEEDLE, M.; BENNEKUM, A.; COCKBURN, A.; CUNNINGHAM, W.; FOWLER, M.; GREENNING, J.; HIGHSMITH, J.; HUNT, A.; JEFFRIES, R.; KERN, J.; MARICK, B.; MARTIN, R. C.; MELLOR, S.; SCHWABER, K.; SUTHERLAND, J.; THOMAS, D. **Manifesto for Agile Software Development**. Disponível em: <http://agilemanifesto.org/>.

SCRUM ORG. **What is Scrum?** Disponível em: <https://www.scrum.org/>.

TREINAMENTO HORIZONTAL PARA UNIFORMIZAÇÃO DO CONHECIMENTO PARA PRÁTICA SEGURA

NIVIANNE LIVIA FERREIRA ANDRADE, DENISE SOUZA AMORIM, PRISCILA OLIVEIRA CABRAL BRINGER, JULIANA SANTOS

INTRODUÇÃO

Com o cenário da COVID19 fomos impulsionados a nos reinventar para garantir uma assistência de qualidade, apesar da criticidade clínica e da sobrecarga de trabalho impostas por esta situação. O aumento abrupto do quadro de colaboradores combinado com a indisponibilidade de tempo para capacitação exigiu o desenvolvimento de novas estratégias educacionais. Nesse sentido a educação permanente e práticas assistenciais desenvolveram a metodologia de treinamento horizontal com o objetivo de uniformizar o conhecimento de pontos identificados como críticos em todos os setores assistenciais com a equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a implementação do método de treinamento horizontal. Os temas foram identificados através de eventos adversos notificados e/ou processos críticos (por exemplo paramentação) e o cronograma de treinamento estabelecido por meio da matriz GUT. O multiplicador do tema foi selecionado pela área de maior domínio, com exposição dinâmica, em turmas multidisciplinares, conteúdo focado no processo, e tempo de duração de até 20 minutos. Essa configuração possibilita a uniformização da informação em diferentes segmentos, estabelece vínculo entre players da equipe multidisciplinar e reforça a cultura de segurança.

Sala de simulação realística – Cuidados com drenos de tórax

Treinamento prático – Equipe multidisciplinar

RESULTADOS

Como case, apresentamos os resultados obtidos nos cuidados com dreno de tórax: após a ocorrência de 2 eventos no período de Jan/22 a Jun/22, realizamos a revisão do protocolo e treinamento horizontal em 02 etapas: teórico (funcionamento) e prático (cuidado assistencial) com carga horária de 15min. Participaram 174 colaboradores, atingindo 77% de toda a equipe multiprofissional em Agosto/22. Após o treinamento foi realizado auditoria clínica e os pontos de vulnerabilidade foram apresentados e discutidos com as equipes envolvidas. Entre Setembro/22 a Jun/23 não foram notificados eventos adversos relacionados ao manuseio do dreno de tórax

Treinamento prático – Cuidado com drenos de tórax para equipe multidisciplinar

Treinamentos com a equipe multidisciplinar

CONCLUSÕES

A uniformização do conhecimento demonstra ser uma aliada na gestão da qualidade reduzindo a incidência de eventos adversos, cultura de segurança e engajamento da equipe assistencial.

REFERÊNCIAS

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama et al. Simulação in situ, uma metodologia de treinamento multidisciplinar para identificar oportunidades de melhoria na segurança do paciente em uma unidade de alto risco. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, p. 286-293, 2015.

trIA alertas:

TRIAGEM DE PACIENTES OTIMIZADA, ESTRATÉGICA E INTELIGENTE

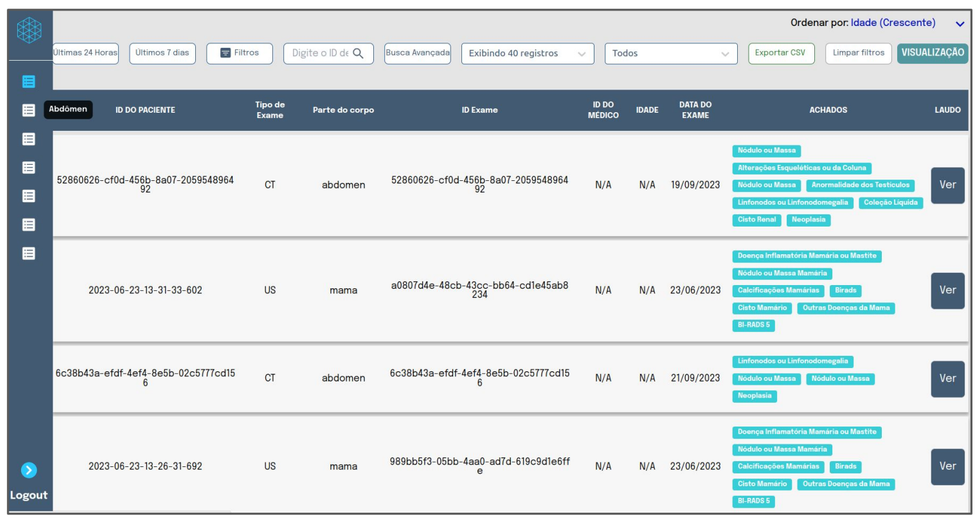
Fernanda Capela, Walter Martins-Filho, Jessica Santos, Andre Castilla

INTRODUÇÃO

Laudo é um documento, geralmente escrito de forma livre, onde um profissional da área médica descreve os resultados de um exame, como uma tomografia computadorizada, uma ressonância magnética, uma ultrassonografia ou um raio-x. No entanto, a **falta de estrutura na escrita** dificulta a filtragem e organização destes resultados para que os pacientes sejam encaminhados para as próximas etapas de atendimento, podendo resultar em demoras e atraso no tratamento.

METODOLOGIA

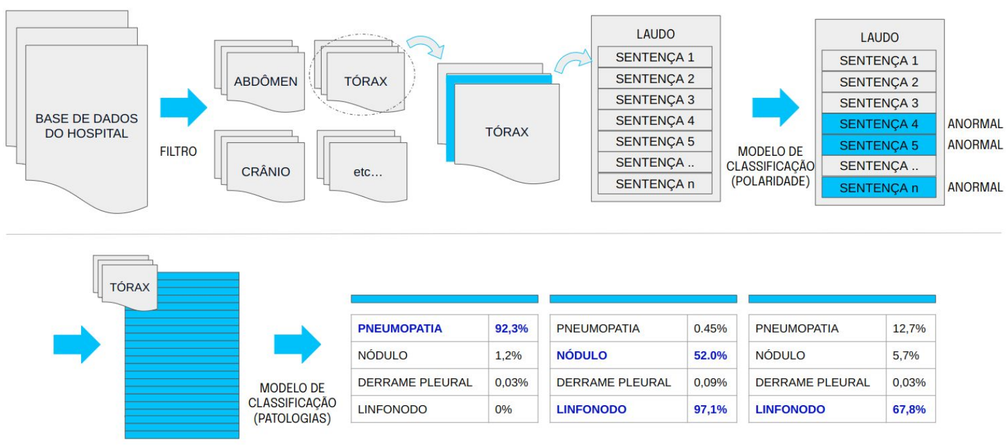
O trIA Alertas é uma solução sustentada por **IA** capaz de detectar uma diversidade de patologias em textos não-estruturados de laudos médicos. Com a **geração automatizada de alertas**, médicos e suas equipes podem identificar pacientes de forma efetiva e otimizada, e assim rapidamente direcioná-los para um tipo de tratamento especializado.



O trIA alertas é segmentado por parte do corpo (menu à esquerda), ao centro detalhes dos laudos e em azul claro os alertas de patologias encontrados.

Os **algoritmos** do trIA Alertas sinalizam quais laudos possuem achados críticos ou patologias de interesse do usuário. O corpo do texto do laudo, junto com alguns metadados dos exames, são usados de entrada para definir quais **modelos** serão executados e em que momento. O fluxo de processamento é feito de forma otimizada para diminuir tempo, uso de recursos e evitar erros. Todos os modelos são **validados por médicos**, que participam do processo de desenvolvimento do começo ao fim.

Os laudos são filtrados por parte do corpo, e se essa informação não existir, um algoritmo detecta a **anatomia** do laudo. Este texto é separado por sentenças e cada uma é analisada por um modelo de polaridade, que identifica uma possível **anormalidade** no texto. Sentenças anormais então passam pelo modelo de classificação, que identifica as patologias que estimulam a indicação do alerta. Um mesmo laudo pode possuir quantos alertas forem detectados.



Fluxo de processamento dos dados e como a IA faz a seleção do algoritmo para gerar um alerta.

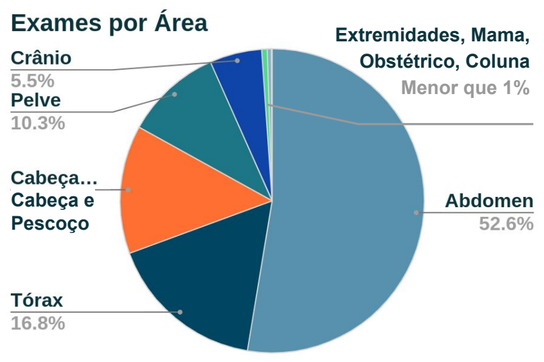
Os modelos de classificação utilizam arquitetura de transformers e apresentam a partir de **93% de precisão** e **94% de sensibilidade**.

REFERÊNCIAS

[1] Brink JA, Hricak H. Radiology 2040. Radiology. 2023 Jan;306(1):69-72. doi: 10.1148/radiol.222594. PMID: 36534608; PMCID: PMC9792708.
[2] Devlin, J., Chang, M.-W., Lee, K., and Toutanova, K., “BERT: Pre-training of Deep Bidirectional Transformers for Language Understanding”, ArXiv e-prints, 2018. doi:10.48550/arXiv.1810.04805.

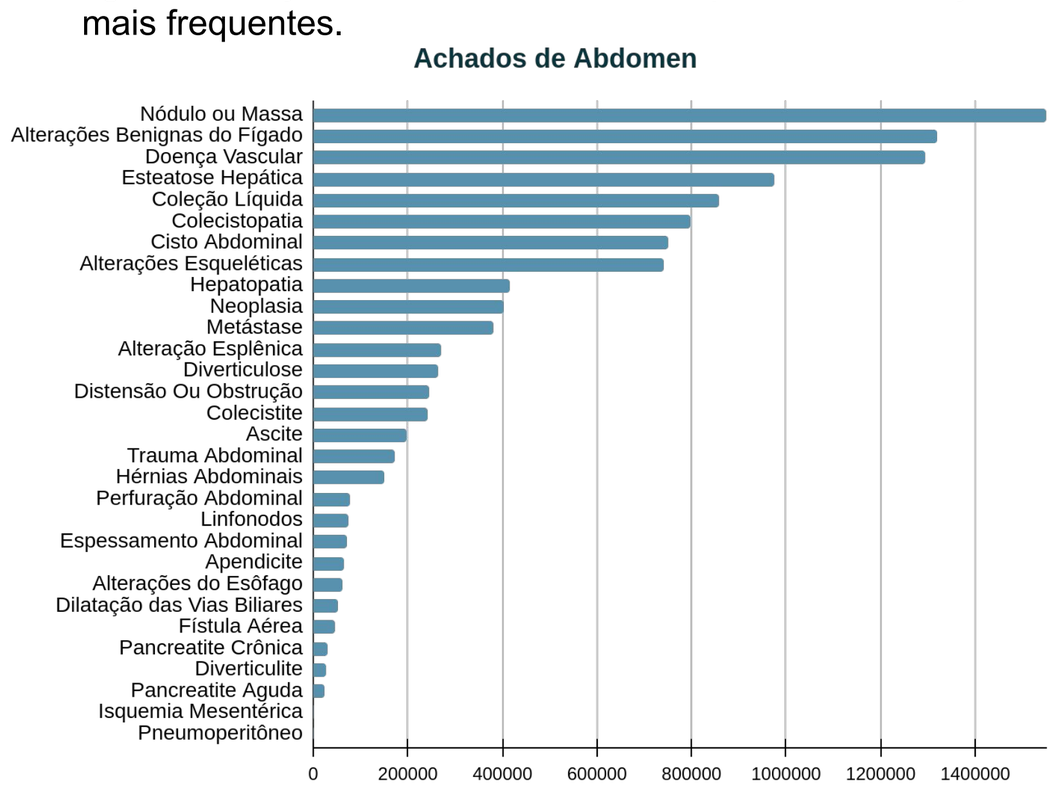
RESULTADOS

Processamos mais de **9,5 milhões de laudos** de exames de imagem de uma uma grande prestadora de serviços diagnósticos do Brasil. Em 6.960.990 destes exames foi detectada alguma anormalidade.



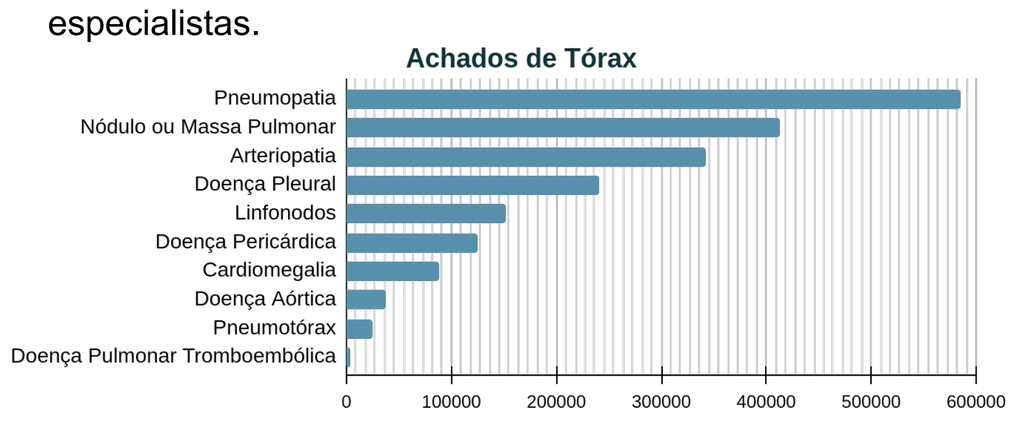
Proporção de exames por área do corpo.

Por compreender muitos órgãos do corpo, o **abdômen** é uma área muito comum em exames de imagem. Além disso, é o modelo com o maior número de alertas, devido sua complexidade. Podemos ver no gráfico abaixo os achados desta área, sendo nódulo ou massa, alterações do fígado, doença vascular, e esteatose hepática as alterações mais frequentes.



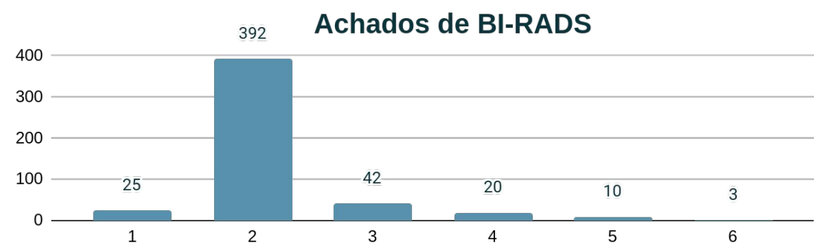
Alertas encontrados em exames da área abdominal.

Já o **tórax**, é uma região com menos órgãos e menor número de alertas. Todas essas definições foram feitas baseadas em anotação de laudos reais por médicos especialistas.



Alertas encontrados em exames da área torácica.

Finalmente, 492 achados de **BI-RADS** foram detectados em 41.605 exames de imagem de mama. Abaixo estão definidas as quantidades encontradas para cada categoria.



Alertas de BI-RADS encontrados em exames de mama.

CONCLUSÕES

O trIA alertas é uma ferramenta de IA que auxilia profissionais da área médica na celeridade do processo de detecção de doenças em pacientes e encaminhamento para tratamento especializado. O alerta é apresentado quando ocorre a detecção de irregularidades de saúde em laudos de exames com textos não estruturados. A ferramenta já foi utilizada grandes volumes de laudos e apresentou alta performance na detecção de patologias. Em um caso, o tempo de encaminhamento de pacientes com birads acima de 4 para realização de biópsia diminuiu de trinta para menos de dez dias, mostrando a dimensão do **impacto** da ferramenta no tratamento de pacientes.

USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO PROCESSO DE COMPATIBILIDADE E SANEAMENTO DE CADASTROS

Camila Canuto Campioni, Arthur Tabbal, Henrique Dias, Lucas do Amaral, Marco Torelly

INTRODUÇÃO

A aplicação de tecnologia e inovação no sistema de saúde consolida-se cada vez mais como um importante caminho para aumento da produtividade e redução de custos. Apenas o uso de Inteligência Artificial na área da saúde possui potencial de reduzir até 4,5% o desperdício anual de recursos do sistema. Um dos maiores gastos dentro das instituições de saúde são os materiais médicos e os medicamentos. Quando olhamos para as bases de cadastros de diferentes instituições ou dentro de uma mesma rede, identificamos que cada uma delas possuem descrições diferentes para um mesmo produto, o que pode dificultar alguns processos internos como a negociação e prescrição médica. O objetivo deste trabalho é descrever um case no uso da inteligência artificial para compatibilidade de produtos e saneamento de cadastros dentro de uma plataforma de gestão e operação.

METODOLOGIA

Com auxílio de uma plataforma de gestão e operação, chamada NESS e da inteligência artificial/classificador, nomeado S.A.M (SHS Auto-Match), analisamos os cadastros de uma rede com 10 hospitais.

Com o auxílio do S.A.M, que recebe as descrições dos produtos, conseguimos encontrar a compatibilidade com a base de cadastro de itens que estão no NESS. Na figura 1, mostramos como funciona este processo.

Figura 2: Descrição do case

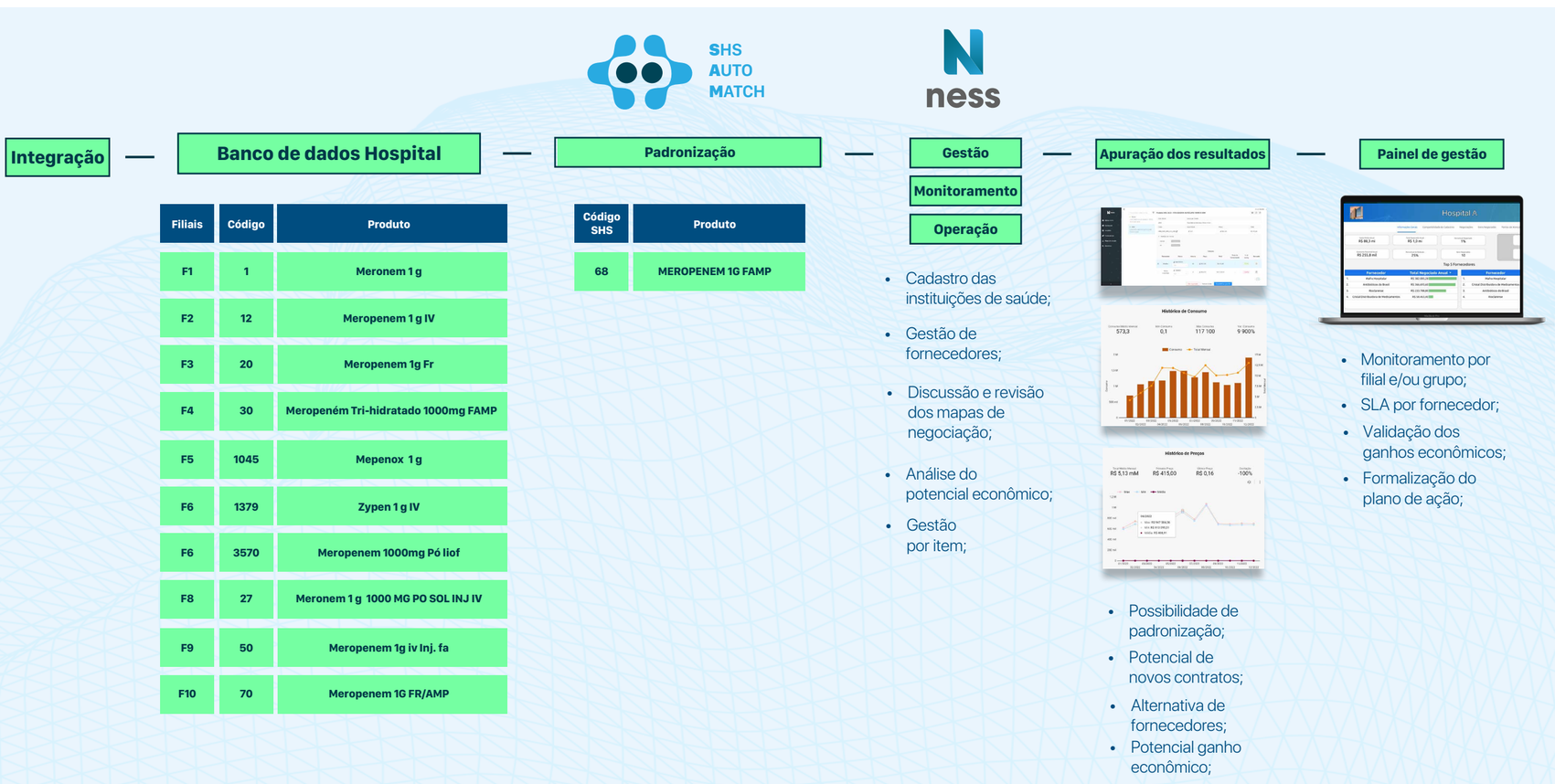
RESULTADOS

Recebemos as bases dos hospitais totalizando 5.665 itens, sendo 2083 cadastros de medicamentos e materiais médicos. O S.A.M identificou a compatibilidade de 1513 itens.

Destes itens, após a validação de uma equipe de inteligência de produto, tivemos 76% de compatibilidades corretas entre materiais médicos e medicamentos. Ao analisar medicamentos, as compatibilidades corretas chegaram a 90% .

Quando falamos de tempo despendido para este processo sem e com a inteligência artificial, tivemos uma redução de 72 horas para 2 horas. (Figura 2)

Figura 1: Processo e funções do NESS



CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstram que o uso da inteligência artificial é uma ferramenta de alto valor pois conseguimos unificar os cadastros feitos com nomes diferentes para um mesmo produto, otimizando a gestão e a operação da instituição.

Além disso, otimizamos o tempo para esta atividade de forma que conseguimos realizar as compatibilidades em larga escala e mantemos o uso dela diariamente para o seu aprendizado.

SHS AUTO MATCH

Inteligência Artificial que realiza a padronização (de/para) dos itens de consumo do cliente para base de cadastro de itens SHS.

Itens de consumo recebidos do cliente: **5.665 itens**;

Nossa equipe de Inteligência de Produto levou **72 horas** para padronizar **2.000 itens** para nossa base

S.A.M corretamente em 1 segundo identificou **1.513 itens, padronizou corretamente 1.162** de forma automática.

REFERÊNCIAS

CHESBROUGH, Henry. Business Model Innovation: Opportunities and Barriers. Long Range Planning, v. 43, n. 2, p. 354-363, 2010.

USO DA INTELIGÊNCIA DE DADOS PARA APOIAR O MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE GLICEMIA.

GUILHERME TADEU PROCOPIO DE OLIVEIRA, JULIANA SANTOS AMARAL DA ROCHA, SIMONI LOPES DOS REIS

INTRODUÇÃO

Com base nas estatísticas da OMS e dados sobre a incidência de diabetes no mundo, torna-se necessário cada vez mais um controle rigoroso dos índices de glicemia em pacientes hospitalizados, sendo recomendada, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, a realização de pelo menos um teste de glicemia na admissão. Com base no cenário do ambiente hospitalar, com alto volume de admissões, com diferentes níveis de complexidade assistencial, monitorar a conformidade do processo de triagem da glicemia nos pacientes admitidos, e da mesma forma, monitorar os casos de hipoglicemia e hiperglicemia em pacientes internados, tornam-se um grande desafio. Isso destaca a necessidade de aprimoramentos no monitoramento destes processos, visando assegurar uma assistência de qualidade aos pacientes.
Neste contexto, visando fornecer recursos tecnológicos para gerenciar o protocolo de glicemia na admissão, foi desenvolvido um painel com dados sobre a conformidade dos processos.

METODOLOGIA

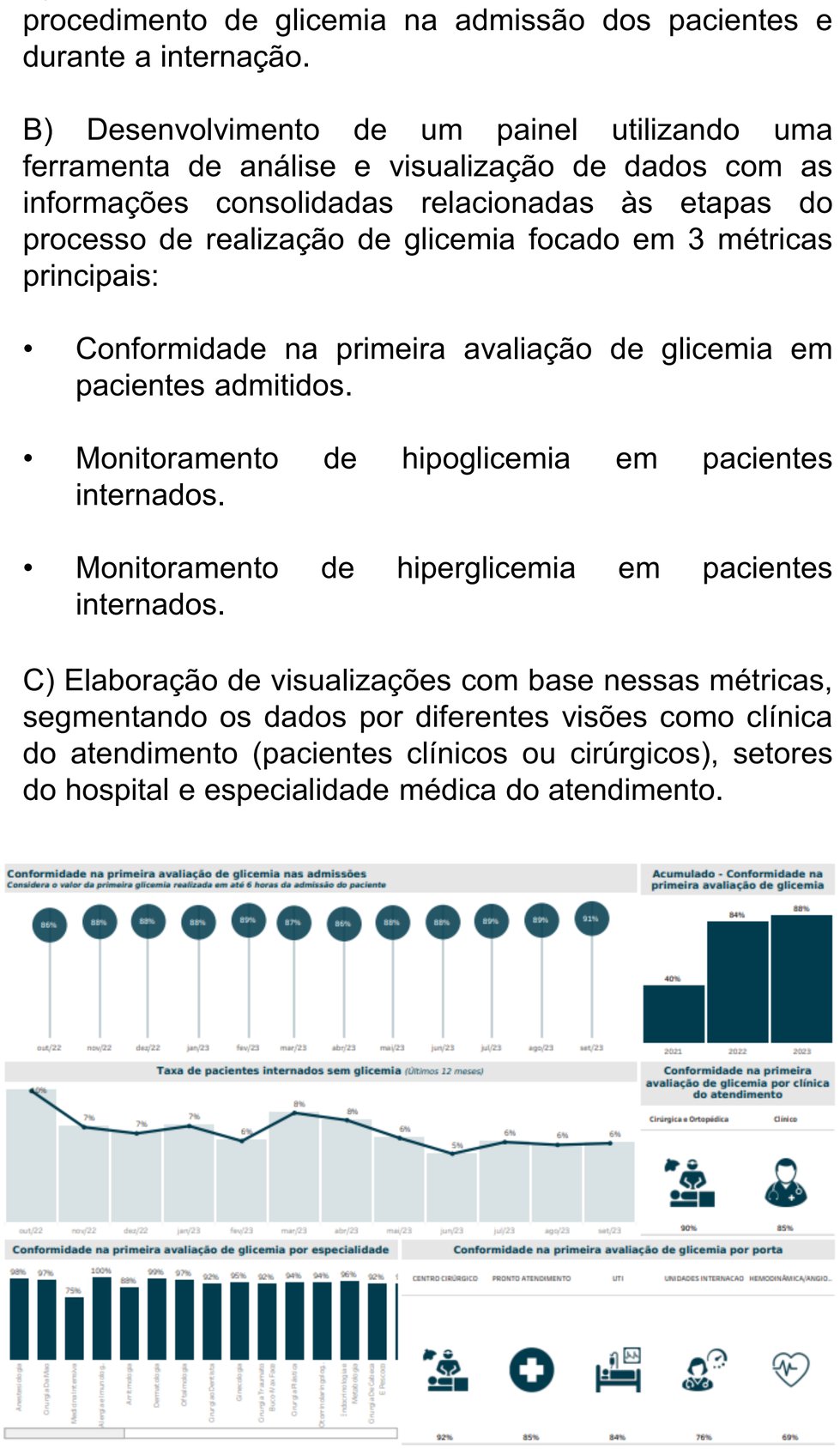
O projeto foi desenvolvido em diferentes etapas:

A) Mapeamento dos processos relacionados à coleta do procedimento de glicemia na admissão dos pacientes e durante a internação.

B) Desenvolvimento de um painel utilizando uma ferramenta de análise e visualização de dados com as informações consolidadas relacionadas às etapas do processo de realização de glicemia focado em 3 métricas principais:

- Conformidade na primeira avaliação de glicemia em pacientes admitidos.
- Monitoramento de hipoglicemia em pacientes internados.
- Monitoramento de hiperglicemia em pacientes internados.

C) Elaboração de visualizações com base nessas métricas, segmentando os dados por diferentes visões como clínica do atendimento (pacientes clínicos ou cirúrgicos), setores do hospital e especialidade médica do atendimento.



Painel com visualizações dos dados de conformidade da primeira glicemia realizada na admissão segmentados por diferentes visões.

D) Montagem de relatórios analíticos, anexos ao painel, para monitorar os pacientes admitidos com realização do primeiro teste de glicemia em até 6 horas do horário de admissão e dos pacientes sem realização de teste de glicemia na admissão.

E) Teste da ferramenta: o painel foi testado pelo time de práticas assistenciais dedicado ao monitoramento do protocolo de glicemia.

RESULTADOS

Por meio deste painel foi possível:

Ampliar o monitoramento da conformidade do processo de triagem da glicemia para todos os pacientes admitidos.

Agilizar o processo de gerenciamento do protocolo de glicemia na admissão e demais indicadores.

Identificar precocemente falhas no processo com a identificação das taxas de pacientes admitidos sem aferição de glicemia e monitorar as taxas de hipoglicemia e hiperglicemia em pacientes internados de forma efetiva.

Auxiliar na identificação precoce de pacientes com alterações glicêmicas que desconhecem ter a patologia.

Implementar processos com ferramentas que facilitem os desfechos clínicos dos pacientes e desfecho dos procedimentos.

A automação da coleta de dados por meio do uso dos relatórios analíticos possibilitou um acompanhamento diário de forma mais rápida e efetiva dos pacientes com realização de teste de glicemia permitindo a execução de ações focadas diretamente com as equipes e setores envolvidos.

AGREGAÇÃO DE VALOR AO PROCESSO

1) AMPLIAÇÃO DO MONITORAMENTO DO PROTOCOLO

2) IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE FALHAS NO PROCESSO

3) AGILIDADE NO GERENCIMENTO DO PROTOCOLO

4) AUTOMAÇÃO DA COLETA DE DADOS

5) OTIMIZAÇÃO DE TEMPO

CONCLUSÕES

O Protocolo de Glicemia desempenha um papel fundamental na segurança dos pacientes e o uso desta ferramenta otimizou o monitoramento do protocolo, norteou condutas e permitiu que as lideranças envolvidas no cuidado ao paciente pudessem atuar de forma mais assertiva nos pontos de maior fragilidade no processo, tornando-o mais seguro, eficaz e promovendo um atendimento hospitalar de excelência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo da hiperglicemia intra-hospitalar. 2019 – 2020.
2. Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, Kosiborod M, Maynard GA, Montori VM et al. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(1):16-38.

USO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA REDE DE HOSPITAIS DE SÃO PAULO.

Daniel Batista Conceição dos Santos, Andrea de Jesus Santana, Danielle Aparecida Pereira, Ligia Maria Torres Tavares

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência de grande prevalência e está associada a morbilidade e mortalidade. Neste contexto, a equipe multidisciplinar necessita estar capacitada para garantir uma assistência segura e eficaz. A simulação realística é uma estratégia de ensino-aprendizagem para capacitação e desenvolvimento, contribuindo para o cuidado ao paciente, com qualidade e segurança. (ERIC J, 2020).

O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência de um treinamento corporativo para capacitação da equipe multidisciplinar sobre as diretrizes de reanimação cardiorrespiratória.

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a execução de um treinamento corporativo que ocorreu em uma rede de 5 hospitais de São Paulo entre fevereiro a abril de 2023.

O treinamento aconteceu em duas fases:

1) Elaboração de uma videoaula explicativa contendo a atualização do protocolo de código azul da instituição de acordo com as novas diretrizes da *American Heart Association*, que posteriormente foi disponibilizada na plataforma de *Learning Management System* da instituição.

2) Treinamento prático baseado na metodologia *Escape Room 30* que aconteceu *in loco* nas áreas assistenciais.

Para deixar o cenário mais realístico foram elaborados casos clínicos baseados em fatos reais, além da utilização de simuladores, desfibrilador, carrinho de emergência e monitor multiparâmetro. Foi estabelecido a meta de adesão em 80% para o treinamento.

RESULTADOS

Foram criadas 401 turmas, atendendo os períodos matutino, vespertino e noturno. Durante o período selecionado foram treinados 2347 (85,8%) colaboradores.

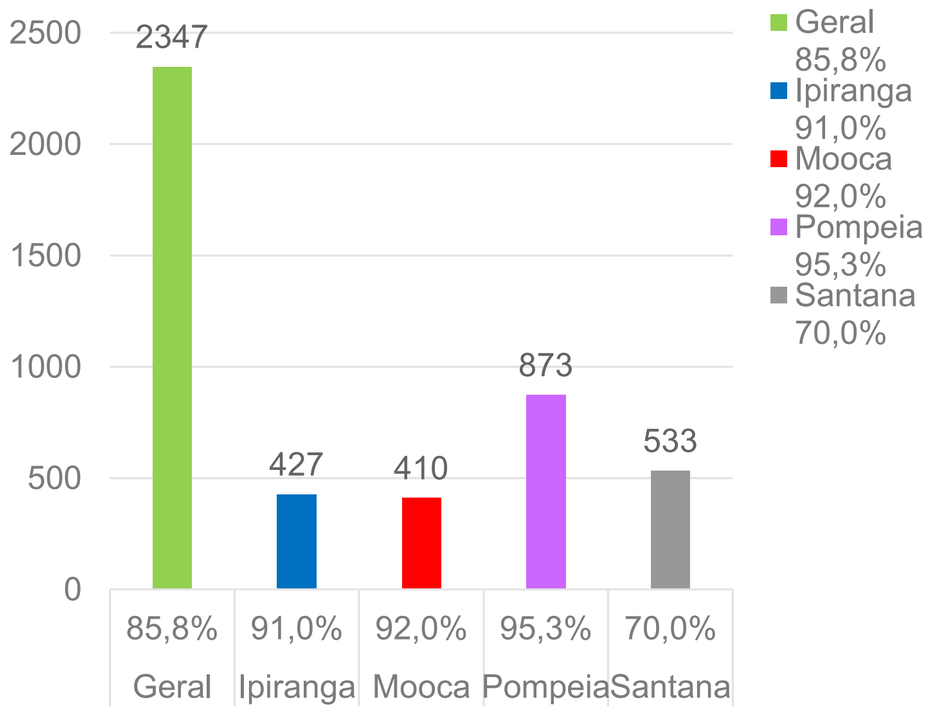


Gráfico 1- Adesão geral e por unidade do treinamento PCR adulto, 2023.

Imagem 1 – Escape Room 30 PCR adulto, 2023.

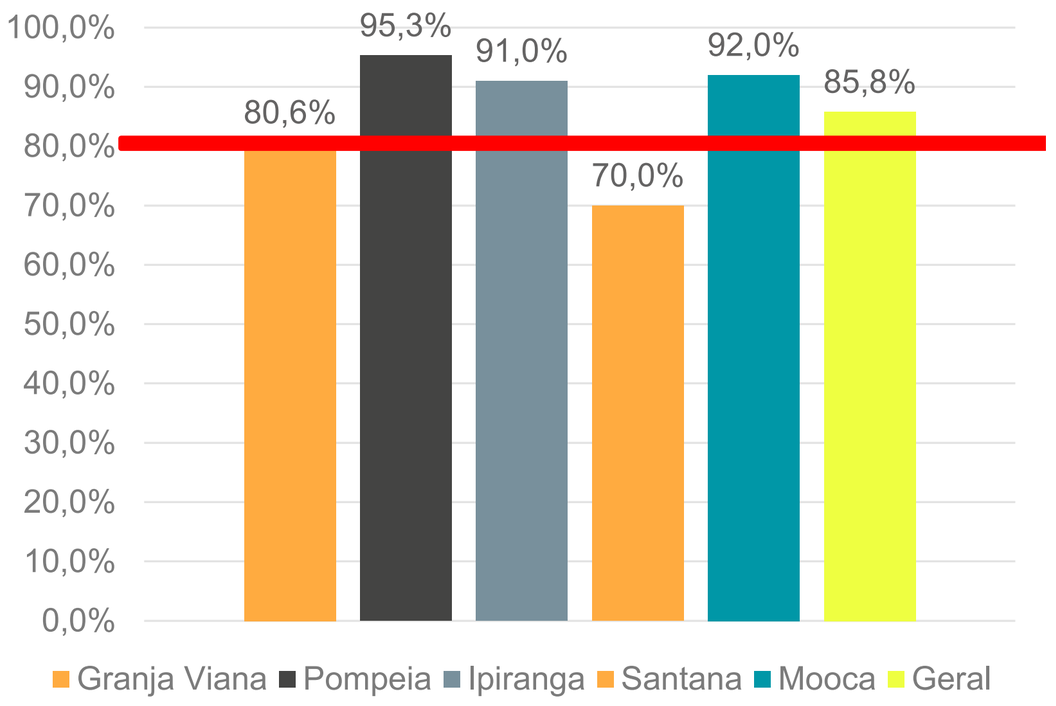


Gráfico 2 – Proporção da adesão ao treinamento PCR adulto por unidade, 2023.

Em relação a avaliação de satisfação do treinamento, dentre os 579 que responderam à pesquisa, 58% avaliaram o conteúdo como excelente, 52% afirmaram que o método de ensino foi excelente e por fim, 54% avaliaram os instrutores como excelentes.

Imagem 3 – Escape Room 30 PCR adulto, 2023.

Imagem 4- Debriefing PCR adulto, 2023.

Imagem 5 – Nuvem de palavras, avaliação de reação, 2023.

CONCLUSÕES

O treinamento possibilitou a difusão de conhecimentos, a promoção de boas práticas assistenciais, além do fortalecimento do ambiente educativo e da interdisciplinaridade. A utilização da metodologia *Escape Room* 30 junto com a simulação realística se mostrou uma estratégia precisa, na avaliação das habilidades técnicas-comportamentais da equipe, e inovadora potencializando o ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ERIC J, et al. Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. Editor da versão em português. 2020.

USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM CLIMATIZAÇÃO HOSPITALAR

Roney Ritschel, Tiago Falcão e Bruno Zapelli

INTRODUÇÃO

Em hospitais, a qualidade do ar e o conforto térmico desempenham um papel fundamental na recuperação dos pacientes, na prevenção de infecções e no desempenho das equipes médicas e assistenciais. A climatização adequada é, portanto, essencial em hospitais. No entanto, os sistemas de climatização, como as Centrais de Água Gelada (CAGs), representam até 50% do consumo de energia elétrica do empreendimento.

O projeto foi implantado para otimizar o desempenho das Centrais de Água Gelada, promover uma redução significativa no consumo de energia elétrica e aumento na efetividade da operação, proporcionando economia financeira, maior disponibilidade da infraestrutura, maior segurança ao paciente e impactos positivos na sustentabilidade ambiental.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos, foi utilizada a solução CAG IA-System da empresa Microblau, um sistema inovador baseado em algoritmos de controle com o uso de Inteligência Artificial (IA) e gestão preditiva da operação.

A metodologia consiste em coletar dados sobre a operação dos equipamentos comuns da CAG, como chillers, bombas de água, torres de refrigeração e válvulas, obtendo dados como temperaturas, pressões e vazões. A partir desses dados, realizar análises estatísticas, utilizando técnicas como regressão linear, modelo de Machine Learning, para prever o comportamento dos equipamentos e identificar anomalias que afetam a eficiência do sistema, antes que se tornem problemas operacionais.

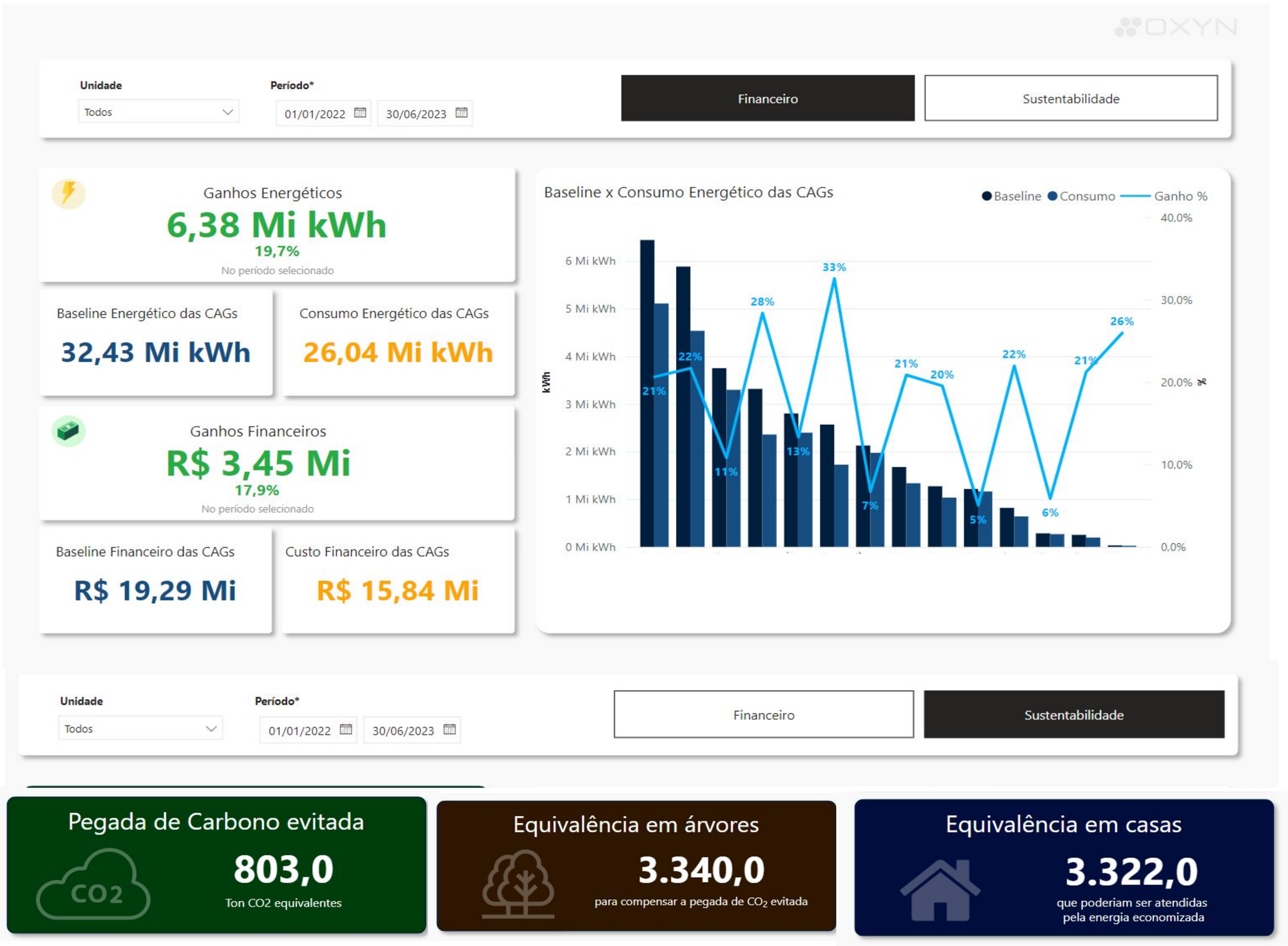
Também foi utilizado algoritmo genético, técnica que combina e seleciona possíveis soluções até encontrar a solução mais adequada para o problema, para determinar as melhores combinações de acionamento dos chillers, e obter o melhor custo/benefício para o sistema.

RESULTADOS

Os projetos implantados, de janeiro de 2022 a junho de 2023, registraram uma redução de 6,3 MWh (19,7%) na conta de energia elétrica, representando uma economia de R$3,4 milhões (17,6%). Essa redução corresponde a 803 toneladas de emissões evitadas de CO2, equivalente ao plantio de 3.440 árvores e ao abastecimento de 3.322 casas, contribuindo para uma operação mais sustentável.

CONCLUSÕES

Portanto, a adoção de soluções tecnológicas e inovadoras é fundamental na busca por eficiência energética em hospitais, essencial para o conforto dos pacientes, o bom desempenho da equipe médica, redução de desperdícios e a preservação do meio ambiente.



Indicador de Ganhos de Eficiência Energética das unidades de uma Rede Hospitalar de Referência Nacional onde projeto foi implantado.
Referência: Janeiro de 2022 a junho de 2023.

REFERÊNCIAS

Equivalência em Toneladas de C02 Evitadas - Ref. GHG Protocol
Equivalência em Árvores para Compensação de C02 - Ref. Organização Iniciativa Verde
Equivalência em Abastecimento de Residências - Ref. EPE - Empresa de Pesquisa Energética

Uso de métodos estatísticos para previsão da taxa de ocupação hospitalar

Ediney Magalhães Júnior

INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares assumem um papel fundamental na sociedade no intuito de cuidar de vidas. Assim sendo, monitorar seu desempenho é crucial para oferecer uma assistência com segurança e qualidade.

Um dos indicadores importantes para avaliação da efetividade de uma instituição hospitalar é a taxa de ocupação de leitos. Conhecer a demanda atendida e poder prever cenários é uma possibilidade através da técnica de análise de série temporal.

METODOLOGIA

Para realização deste trabalho foram utilizados dados do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/Mato Grosso. A variável considerada foi a taxa de ocupação dos leitos diária no período de 01/01/2015 a 31/12/2016, dada por:

$$TOL = 100\frac{NLO}{NL}$$

Em que *NOL* número de leitos ocupados e *NL* número de leitos disponíveis no hospital.

Para modelagem da taxa de ocupação dos leitos diária verificamos: a estabilidade da variância, a existência das componentes de tendência e sazonalidade tornando a série estacionária utilizando o método da diferença. Com a série estacionária foram obtidas as funções de autocorrelação e autocorrelação parcial e proposto o modelo SARIMA$(2,1,1)(4,1,0)_7$. Para verificar a adequação do modelo foi utilizado a função de autocorrelação dos resíduos e o teste de Ljung-Box. Assim como os seguintes critérios: Akaike information Criterion (AIC), Bayesian Information Criterion (BIC) e o Erro Quadrático Médio de Previsão (EQMP).

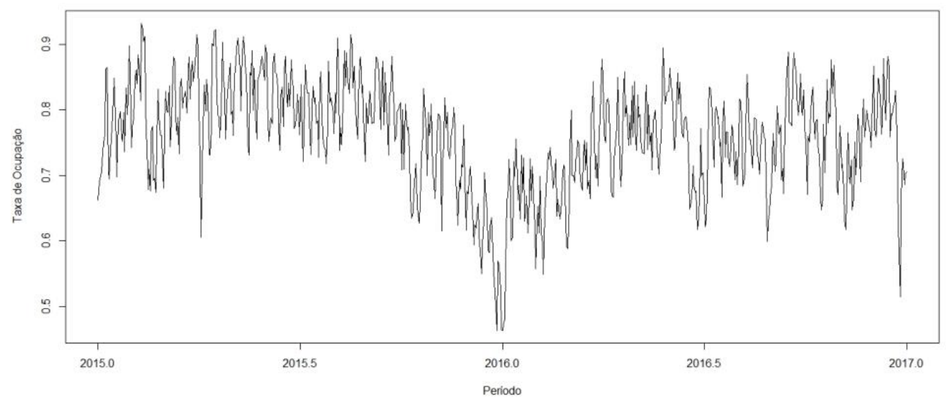


Figura1. Série temporal da taxa de ocupação hospitalar diária do Hospital Santa Rosa, Cuiabá/MT, nos anos de 2015 a 2016.

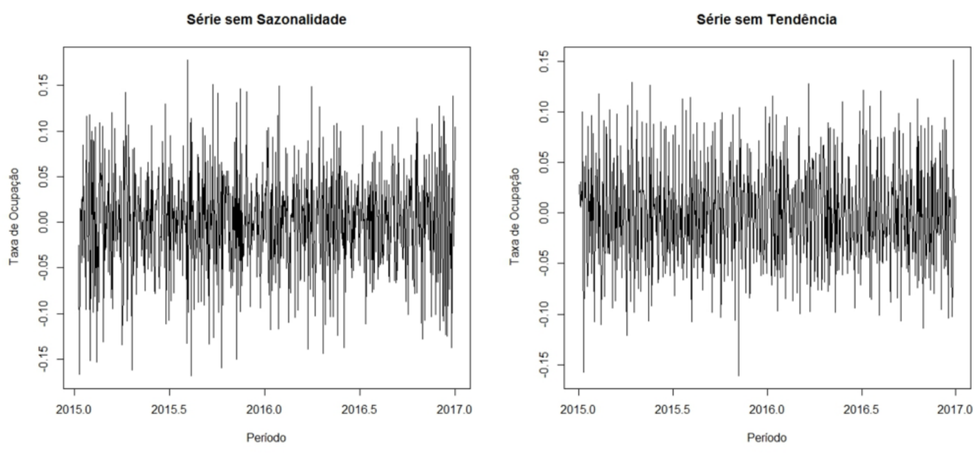


Figura 2. Taxa de ocupação diária sem a presença de tendência e sazonalidade

RESULTADOS

Na figura 1 é apresentada a taxa diária de ocupação dos leitos no Hospital Santa Rosa, no período de 01/01/2015 a 31/12/2016, em que se observa um comportamento periódico na série. Por meio do teste de Cox-Stuart verificou-se a presença de tendência (valor-p<0,001), sendo necessário realizar uma diferença para removê-la. Utilizando o teste de Fischer verificou-se a existência de sazonalidade (valor-p<0,0001) com período de oscilação da série de 7 dias, assim para elimina-la foi tomada uma diferença no lag sazonal. Desta forma foi obtida uma série estacionário, as funções de autocorrelação e autocorrelação parcial livre de tendência e sazonalidade, é apresentada na figura 3, em que se verifica que lag sazonais são significativos. Utilizando o modelo SARIMA$(2,1,1)(4,1,0)_7$ foram realizadas previsões para 14 dias do mês de janeiro de 2017, e estes foram comparados com os valores reais, em que verifica-se que para todos os dias os valores reais estão dentro do intervalo de confiança.

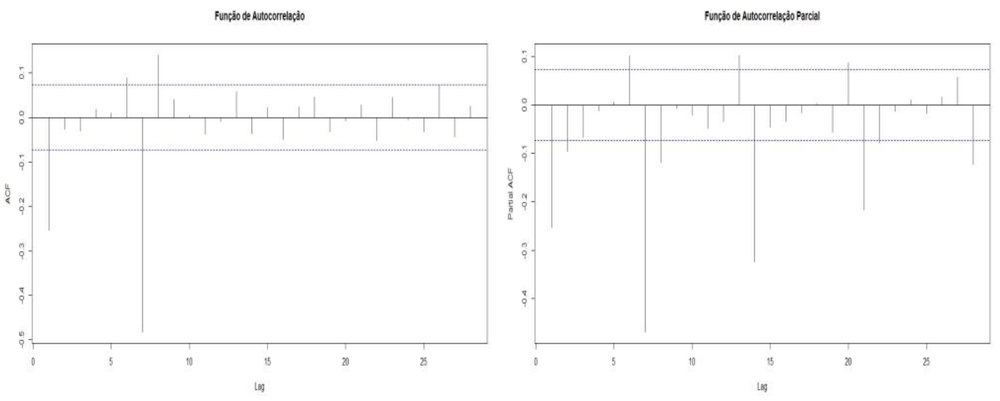


Figura 3. Funções de autocorrelação e autocorrelação parcial para série estacionária.

2017	$\hat{Y}_t(h)$	Real	$IC_{95\%}[\hat{Y}_t(h)]$	2017	$\hat{Y}_t(h)$	Real	$IC_{95\%}[\hat{Y}_t(h)]$
01/jan	68,2%	73,5%	(60,4% 75,9%)	08/jan	69,0%	69,6%	(56,7% 81,2%)
02/jan	74,5%	83,1%	(65,2% 83,7%)	09/jan	75,1%	80,1%	(62,7% 87,5%)
03/jan	76,5%	76,3%	(66,3% 86,7%)	10/jan	77,0%	76,7%	(64,4% 89,6%)
04/jan	76,6%	75,0%	(65,8% 87,5%)	11/jan	77,0%	81,1%	(64,2% 89,7%)
05/jan	76,7%	78,1%	(65,4% 88,0%)	12/jan	77,0%	85,5%	(64,1% 89,9%)
06/jan	73,6%	77,2%	(61,9% 85,3%)	13/jan	73,8%	81,2%	(60,8% 86,9%)
07/jan	70,8%	71,6%	(58,8% 82,8%)	14/jan	71,0%	80,8%	(57,8% 84,1%)

Tabela1. Previsões ($\hat{Y}_t(h)$) e valores reais da Taxa de Ocupação para os 14 primeiros dias de 2017, intervalos de confiança a nível de 95% de confiança.

CONCLUSÕES

Com o resultado apresentado é possível auxiliar na gestão de leitos das instituições hospitalares para que a preparação e organização das equipes seja aprimorada. Da mesma forma, a atualização com novos valores a cada dia e a inclusão de componentes que influenciam na taxa de ocupação ao modelo de previsão, pode torna-lo mais preciso.

REFERÊNCIAS

PESSOA, T.R.; KUROBA, D.S. Gerenciamento de indicadores de desempenho em organizações hospitalares: em busca da maximização de resultados. Caderno Saúde e Desenvolvimento, v. 3, n. 2, p. 37-48, 2014.

MORETTIN, P.; TOLOI, C. de C. Análise de séries temporais. [S.l.]: Edgard Blucher, 2006. (ABE - Projeto Fisher).

CHATFIELD, C. The Analysis of Time Series: An Introduction, Sixth Edition. [S.l.]: CRC Press, 2013. (Chapman & Hall/CRC Texts in Statistical Science).

USO DO PROCESSAMENTO LINGUAGEM NATURAL (PLN) PARA A COMPARAÇÃO DA CONTA VERSUS OS DOCUMENTOS CLÍNICOS

Artur Fernando Giovanella, Claumir Claudino dos Santos

INTRODUÇÃO

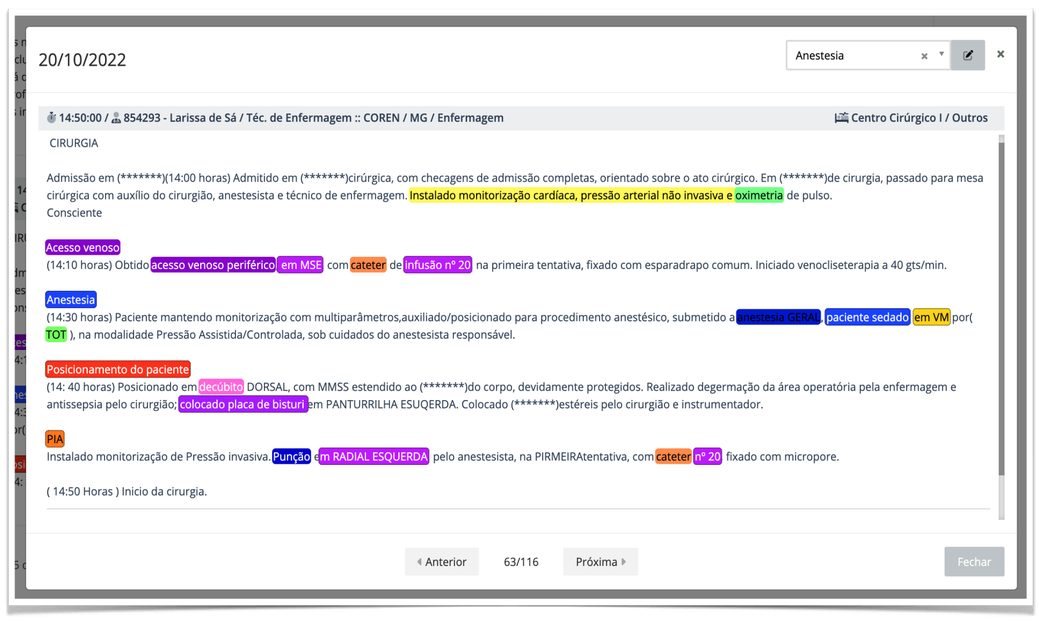
A auditoria de conta desempenha um papel crucial na garantia da qualidade do prontuário e na correta cobrança de insumos utilizados durante o atendimento do paciente. No entanto, é uma tarefa dispendiosa que demanda um grande esforço, uma vez que exige a leitura e interpretação minuciosa de diversos documentos clínicos vinculados ao prontuário do paciente.
O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia do uso de técnicas de IA (Inteligência Artificial), em especial a PLN (Processamento de Linguagem Natural) para ler os textos clínicos de contas médico/hospitalares.

METODOLOGIA

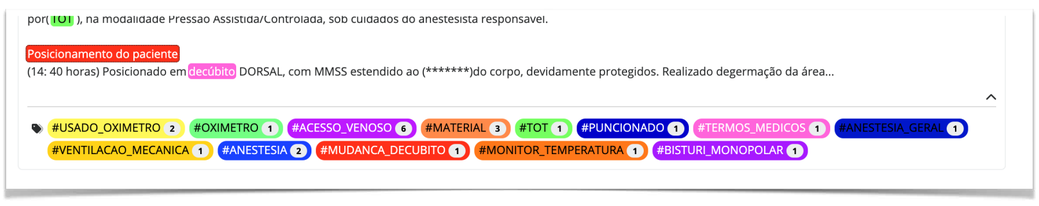
O método utilizado para a realização do estudo foi a comparação entre a auditoria manual, realizada por profissionais de saúde e da auditoria automatizada, baseada no processamento de documentos clínicos, usando um sistema com a implementação de técnicas de Machine Learning e PNL.
O sistema foi implantado em um hospital onde, durante 12 meses, foi realizada a comparação dos resultados obtidos pela auditoria humana (manual) e a automatizada.
No período, foram processados mais de 10 mil documentos clínicos, como evoluções médicas, anotações de enfermagem, descrições cirúrgicas, anestésicas e laudos de exames, ligados a atendimentos de alta complexidade.
O hospital é referência em atendimento de alta complexidade e dispõe de todas as informações dos pacientes em formato digital, armazenado em prontuário eletrônico e sistemas complementares.

HD: IRC estágio V + Hipertensão secundária
Evolução de enfermagem
W.S, Homem, 21 anos e 29° DIH. Encontra-se no leito, com grades abaixadas e sem acompanhante. Está consciente, orientado em tempo, espaço e em si mesmo e contactuando verbalmente. Está hipocorado, anictérico e acianótico. Faz uso de cateter shilley triplo Lúmen em MIE e realiza diálise 3x na semana.
SSVV: PA:130x80mmhg T: 35,4°C SatO2: 99% FC: 85 bpm
ao exame físico: Couro cabeludo íntegro, crânio simétrico, sem abaulamentos ou retrações. Sem presença de processo inflamatório em canal auditivo bilateralmente, acuidade auditiva preservada. Pupilas isofotorreagentes, conjuntiva hipocorada e esclera anictérica, além de acuidade visual preservada. Nariz sem desvio de septo e respirando em ar ambiente. Mucosa oral hipocorada e hidratada, com boa higiene, faz uso de aparelho odontológico. Se alimenta VO com dieta pobre em potássio e refere que se alimenta sem dificuldades. Linfonodos não palpáveis, boa deglutição e traqueia maleável. Boa expansibilidade torácica, frêmito presente, MV + sem ruídos adventícios bilateralmente. Bulhas rítmicas

Legenda / Fragmento de uma evolução sem aplicação de IA/PNL.



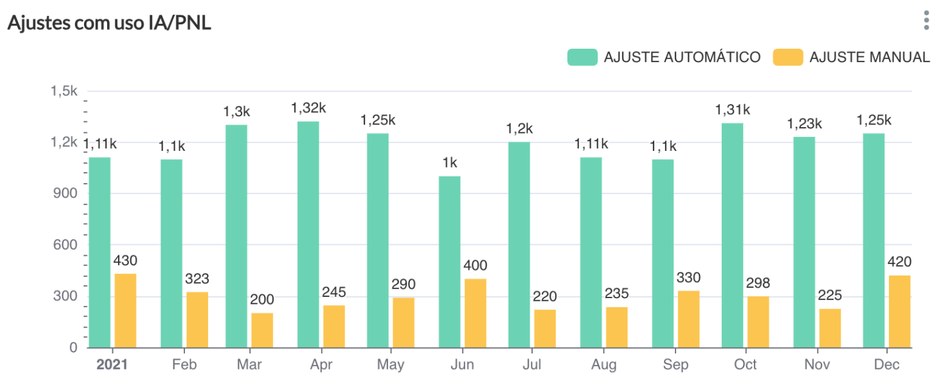
Legenda / Tela de acompanhamento de anotações e evoluções do sistema Dr. Marvin com uso de IA/PNL na leitura.



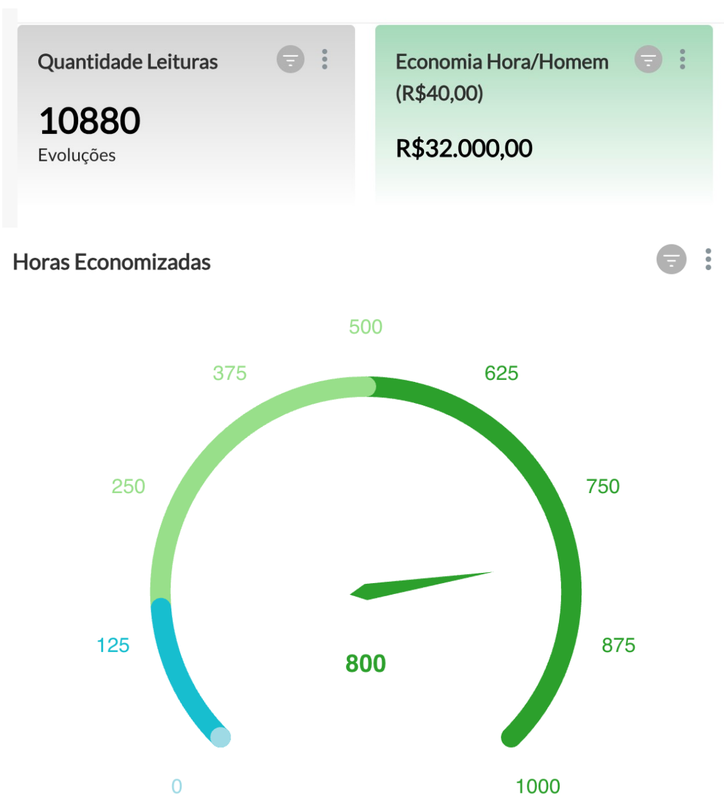
Legenda / Marcações geradas pela IA/PNL para aplicação em regras e negócio.

RESULTADOS

O estudo demonstrou que a IA/PNL, trouxe uma significativa melhora na eficiência da auditoria de contas médicas.
Em termos quantitativos, um auditor humano levou, em média, cerca de 800 horas para avaliar 10.000 documentos, ou seja, 5 minutos para cada documento. Já o sistema baseado em IA/PLN consumiu menos de 180 minutos para ler os mesmos 10.000 documentos, o que representa um desempenho 266 vezes mais eficaz em relação à abordagem humana.
Em termos qualitativos, o processo automatizado revelou resultados promissores. As informações relevantes foram extraídas de forma precisa e confiável, enquanto que manualmente ocorreram falhas motivadas pelo alto volume de informações lidas pelos auditores.



Legenda / Quantidade de ajustes mensais realizados de forma Automática com uso de IA/PNL e Manual pele equipe.



Legenda / Dashboards de controle de automação, Horas economizadas, Quantidade de leituras, Valor economizado.

CONCLUSÕES

A conclusão do estudo foi que a aplicação da IA/PLN na auditoria pode trazer ganhos significativos tanto de produtividade quanto de qualidade da execução na auditoria das contas médicas de uma instituição de saúde.
A automatização do processo de leitura e identificação de inconformidades e divergências permitiria que os auditores se dedicassem às atividades de maior valor agregado, otimizando o uso dos recursos e garantindo a qualidade dos prontuários.
O uso desta técnica, apresenta-se como uma ferramenta poderosa no setor de saúde, trazendo benefícios tanto para as instituições, na garantia de receita, quanto para os pacientes, na melhoria dos registros clínicos e qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS

Jiang, M.; Chen, Y.; Liu, M.; Rosenbloom, S.T.; Mani, S.; Denny, J.C.; Xu, H. A study of machine-learning-based approaches to extract clinical entities and their assertions from discharge summaries. J. Am. Med. Inform. Assoc. 2011, 18, 601–606.
Chaojie Wen, Tao Chen, Xudong Jia, Jiang Zhu; Medical Named Entity Recognition from Un-labelled Medical Records based on Pre-trained Language Models and Domain Dictionary. Data Intelligence 2021; 3 (3): 402–417. doi: https://doi.org/10.1162/dint_a_00105.
DE SOUZA, João Vitor Andrioli; GUMIEL, Yohan Bonescki; OLIVEIRA, Lucas Emanuel Silva e; MORO, Claudia Maria Cabral . Named Entity Recognition for Clinical Portuguese Corpus with Conditional Random Fields and Semantic Groups. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMPUTAÇÃO APLICADA À SAÚDE (SBCAS), 19. , 2019, Niterói. Anais [...]. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2019 . p. 318-323. ISSN 2763-8952. DOI: https://doi.org/10.5753/sbcas.2019.6269.

O impacto da implantação da farmácia clínica como ferramenta na prevenção em larga escala de eventos adversos relacionados ao uso seguro de medicamentos

Cláudio César Martins de Oliveira, Graciele do Carmo Silva Martins, Irina Burckart Okidoi, Maria Amélia Silva dos Santos.

INTRODUÇÃO

Com um sistema de saúde verticalizado, a HAPVIDA NotreDame Intermédica não possuía uma ferramenta padronizada de forma abranger as 87 unidades em todo o território brasileiro, cada unidade possuía um método próprio de forma não sistematizada, quando iniciado o processo de avaliação interna através do Qualitotal (programa de melhoria qualidade em saúde) bastante semelhante a um programa de acreditação onde se busca alcançar cada padrão de segurança do paciente, relacionado as seis metas internacionais, neste caso o padrão relacionado a farmácia clínica.

Durante a avaliação buscava-se evidenciar o padrão “Garante o uso da farmácia clínica como ferramenta de apoio terapêutico” que possui requisitos obrigatórios como validação técnica das prescrições médicas, reconciliação medicamentosa, relação fármaco-nutriente e relação fármaco-fármaco. Estes foram por um tempo o gap na garantia da assistência farmacêutica segura de forma padronizada.

Dessa forma fez-se a necessidade da criação de uma ferramenta sistematizada em larga escala para todo o sistema de saúde HAPVIDA NotreDame Intermédica, identificando gaps e realizando as intervenções farmacêuticas necessárias para evitar-se eventos adversos.

METODOLOGIA

Durante o desenvolvimento do sistema informatizado para farmácia clínica atrelado as prescrições médicas, instituiu-se um ambiente de trabalho no padrão do Qualitotal, foi criado um cruzamento de informações em todas as prescrições médicas em unidades de cuidados intensivos, aplicando os nove certos do uso seguro de medicamentos como: paciente certo, fármaco certo, via de infusão certa, horário certo, dose certa, registro em prontuário certo, mecanismo de ação certo, apresentação medicamentosa certa e resposta certa, além do uso de antimicrobianos, reconciliação medicamentosa.

interações entre os fármacos e os nutrientes consumidos pelo paciente, desse modo o farmacêutico clínico recebe os alarmes realizados pelo sistema destes cruzamentos e realiza as intervenções junto a equipe de médicos prescritores.

RESULTADOS

Após os primeiros sete meses da farmácia clínica implantada (maio de 2022 a novembro de 2022) foram analisadas 23.972 prescrições médicas, destas, 2.606 necessitaram de intervenções farmacêuticas sendo: 772 (29.62%) interações medicamentosas fármaco-fármaco, 312 (11.97%) Inclusão ou suspensão de medicamentos, 312 (11.97%) interação via sonda nasoenteral, 304 (11.67%)aprazamento de medicamentos, 199 (7.64%) duplicidade terapêutica, 159 (6.10%) alergia, 150 (5.76%) ajuste de dosagem, 134 (5.14%) posologia, 110 (4.22%), diluição, 85 (3.26%) interação fármaco-nutriente, 69 (2.65%) tempo de infusão medicamentosa. (figura 1).

A distribuição das intervenções realizadas pelos farmacêuticos clínicos no período foram:

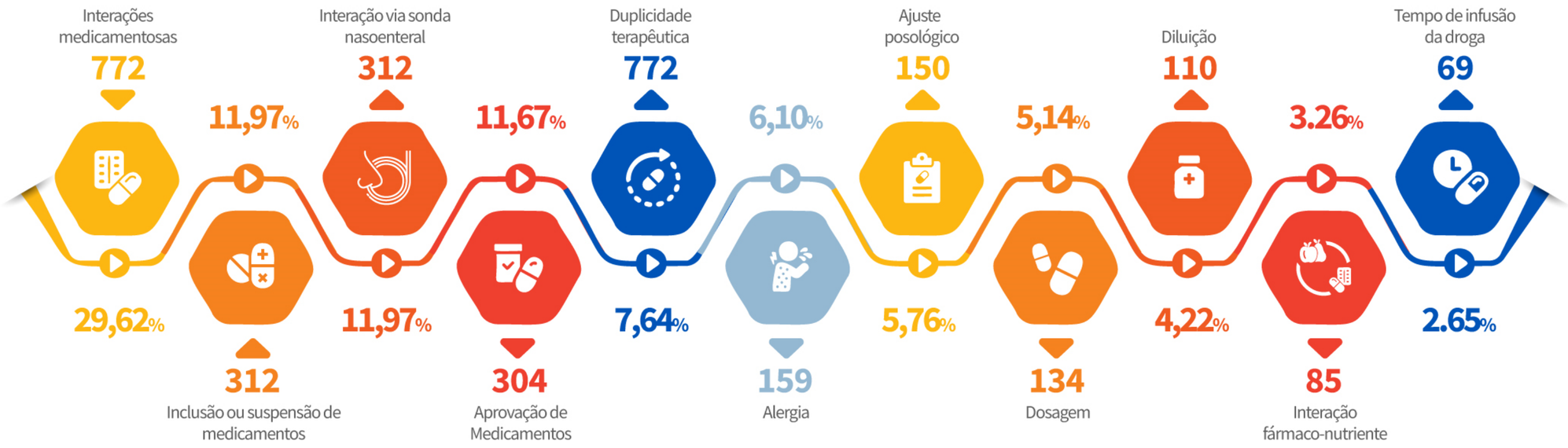


Figura1. Principais intervenções farmacêuticas

CONCLUSÕES

Diante dos resultados das intervenções farmacêuticas realizadas observou-se que a maior incidência de possíveis eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos de alta vigilância são as interações fármaco-fármaco e a incidência de 6,10% de medicamentos prescritos mesmo o paciente relatando alergia ao fármaco, isso nos mostra ainda um necessidade de capacitação dos médicos prescritores, isso tudo reforça a necessidade de um validação técnica que irá guiá-los aos principais alertas, evitando assim danos desnecessários ao paciente.

Também, os resultados apresentados mostram como a farmácia clínica se tornou uma grande aliada na prevenção de eventos adversos e como barreira para diminuir o gap no existente no uso seguro de medicamentos, sendo necessária para a transformação da cultura de segura do paciente e melhoria da segurança medicamentosa.

REFERÊNCIAS

BISSON, Marcelo Polacow. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. 3ª ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF n° 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019

A Beneficência Portuguesa de São Paulo

USO RACIONAL DE RECURSOS EM UTIS DE HOSPITAL DE GRANDE PORTE

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

Viviane Cordeiro Veiga, Veridiana Camargo de Arruda Penteado, Renato José Vieira

INTRODUÇÃO

O uso racional de recursos em saúde tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões da gestão atual. Com os novos modelos de remuneração, são necessários ações que alinham o uso de recursos de forma racional e boas práticas clínicas. As radiografias de tórax fazem parte das rotinas de exames de pacientes críticos. No entanto, sabe-se que não há benefícios da realização de forma sistemática, sem indicações clínicas precisas.

METODOLOGIA

Em hospital de grande porte, com aproximadamente 200 leitos de UTI, foram realizadas ações de conscientização dos gestores de unidades de terapia intensiva, adulto e pediátrica, para otimização das radiografias de tórax.

No período de abril a julho de 2023, foram realizadas ações junto aos coordenadores de UTI, com apresentação dos dados relacionados à realização de radiografias de tórax e elaborados planos de ação conjuntos e individualizados para a população adulta e pediátrica.

Pelo perfil de alta complexidade da UTI pediátrica, com perfil epidemiológico composto por cardiopatias congênitas complexas, especialmente, síndrome da hipoplasia do coração esquerdo, adicionamos ações à equipe de cirurgia cardíaca pediátrica.

A partir das ações, quinzenalmente são apresentados os resultados individuais por setor e elaborados planos de ação, caso necessário.

UTI	Abr	RX/DIA	Mai	RX/DIA	Jun	RX/DIA	Jul	RX/DIA	Ago	RX/DIA
UTI 1	901	**30,0**	793	**25,6**	702	**23,4**	611	**19,7**	643	**20,7**
UTI2	131	**4,3**	96	**3,1**	102	**3,4**	139	**4,5**	112	**3,6**

Radiografias de tórax nas UTIs pediátricas

RESULTADOS

No primeiro mês, que consideramos o "baseline" para análise, 3267 exames de radiografia de tórax foram realizados nas unidades de terapia intensiva, adulto e 1032 nas unidades pediátricas.

Nas unidades adulto, já no primeiro mês, houve redução de 37,5% nas solicitações de exame e 14% na UTI pediátrica.

No segundo mês de avaliação, houve manutenção da redução nas unidades de adultos e implementadas medidas adicionais nas UTIs pediátricas, onde conseguimos um ganho de 26,4%, sem impacto assistencial.

UTI	Abr	RX/DIA	Mai	RX/DIA	Jun	RX/DIA	Jul	RX/DIA	Ago	RX/DIA
UTI A	786	**26,2**	988	**31,9**	739	**24,6**	852	**27,5**	770	**24,8**
UTI B	285	**9,5**	285	**9,2**	141	**4,7**	156	**5,0**	170	**5,5**
UTI C	595	**19,8**	481	**15,5**	287	**9,6**	399	**12,9**	384	**12,4**
UTI D	669	**22,3**	590	**19,0**	383	**12,7**	403	**13,0**	429	**13,8**
UTIE	308	**10,2**	334	**10,8**	171	**5,7**	173	**5,6**	135	**4,3**
UTIF	538	**17,9**	589	**19,0**	326	**10,8**	374	**12,0**	428	**13,8**

Radiografias de tórax nas UTIs adulto

CONCLUSÕES

A utilização racional de recursos em ambientes críticos, como as unidades de terapia intensiva, deve ser implementada com ações que envolvam os gestores em conjunto com equipe assistencial, para que sejam garantidas as boas práticas assistenciais alinhadas à sustentabilidade financeira.

REFERÊNCIAS

Quintairos A et al. Utilização de um registro nacional de terapia intensiva baseado em nuvem para vigilância, pesquisa e avaliação do perfil dos casos de COVID-19 no Brasil. Rev. Bras Ter Intensiva 2022;34(2):205-209

Utilização do parecer médico solicitado por farmacêuticos clínicos na resolução de Problemas Relacionados a Medicamentos.

Andriely Armini Fontana, Camilla da Penha Tranhago, Laysa Julia Meneli Venturin e Dr. Marcus Vinicius Albernaz Leitão.

INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm papel relevante na prevenção, manutenção e recuperação da saúde, porém sua utilização inadequada pode trazer complicações à saúde e prejuízos econômicos e sociais.

Através da rotina de Análise Técnica e Acompanhamento Farmacoterapêutico, os farmacêuticos analisam as prescrições e identificam os problemas relacionados a medicamentos (PRMs).

A comunicação entre prescritores e farmacêuticos se torna primordial para viabilizar a resolução dos PRMs. Neste contexto, a utilização da solicitação de parecer médico por farmacêuticos surge como uma ferramenta para agilizar essa comunicação, resultando na resolução dos PRMs.

METODOLOGIA

A solicitação de parecer médico por farmacêutico foi implementada em Março de 2022 em um Hospital com 53 leitos de UTI, 184 unidades de internação e 11 salas cirúrgicas.

Inicialmente foram selecionados os PRMs de Reconciliação Medicamentosa não realizada e Necessidade de ajuste do Protocolo de Tromboembolismo Venoso institucional, identificados na Análise Técnica de Prescrição ou durante o Acompanhamento Farmacoterapêutico diário de pacientes pela Farmácia clínica. Estes PRMs foram selecionados devido a sua maior frequência de incidência nas prescrições.

A abertura do parecer está reservada a situações em que outras tentativas de comunicação com o prescritor falharam.

Para abertura do parecer no prontuário eletrônico do paciente, o farmacêutico clínico assinala a especialidade médica responsável e descreve o PRM a ser resolvido. Assim que o prescritor acessa o prontuário eletrônico do paciente, surge um alerta em vermelho, sinalizando o parecer a responder.

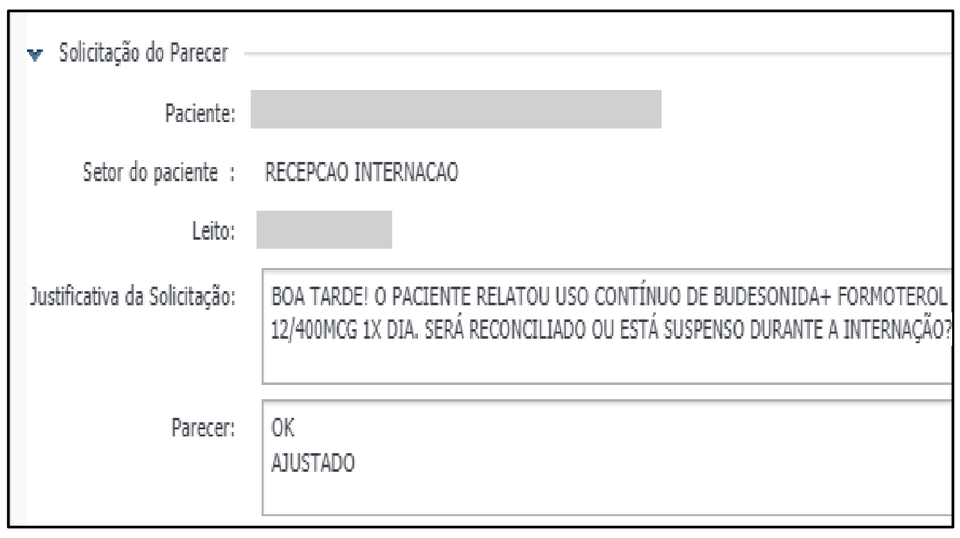


Figura 1 - Exemplo de parecer aberto por farmacêutico e respondido pelo prescritor.

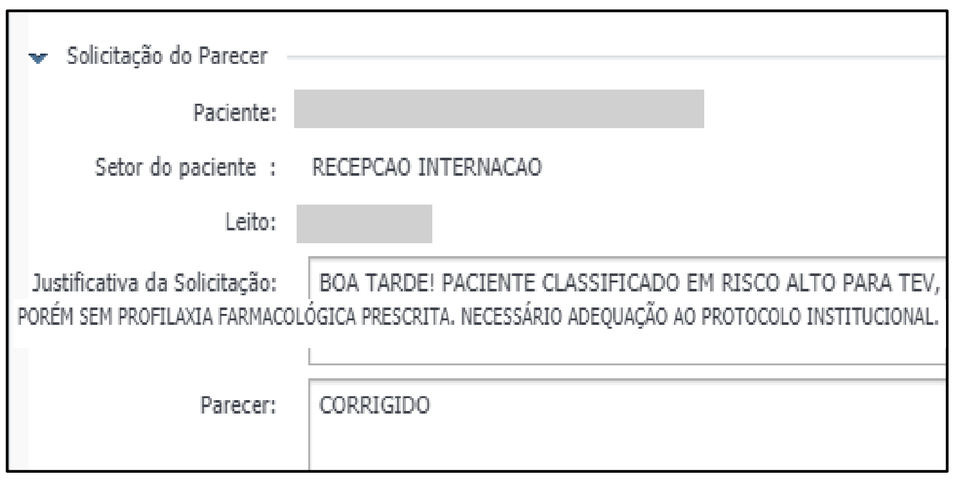


Figura 2 - Exemplo de parecer aberto por farmacêutico e respondido pelo prescritor.

RESULTADOS

Através da observação das taxas de aceitação das intervenções farmacêuticas ao longo dos meses, pode-se notar a contribuição do parecer médico no aumento das taxas de aceitação na Unidade de Internação.

Nos primeiros meses após a implementação do parecer, verificou-se um aumento pouco expressivo nas taxas de aceitação de intervenções farmacêuticas (89,29% em fevereiro, aumentando para 93,59% em março e 90,0% em abril – Gráfico 1). Como tratava-se de um projeto piloto, os prescritores aos poucos estavam aderindo à nova opção de contato.

Verificou-se um aumento significativo nos últimos 6 meses do ano de 2023 (96,84% em janeiro, 95,91% em fevereiro, 88,72% em março, 89,68% em abril, 99,29% em maio e 100% em junho – Gráfico 2) devido a maior adesão do prescritores e maior capacidade técnica da equipe de farmacêuticos.

Na UTIs verificou-se que outras formas de contato com o prescritor, incluindo contato telefônico e presencial, foram mais eficazes na resolução de PRMs, dada a disponibilidade de prescritores plantonistas no setor.

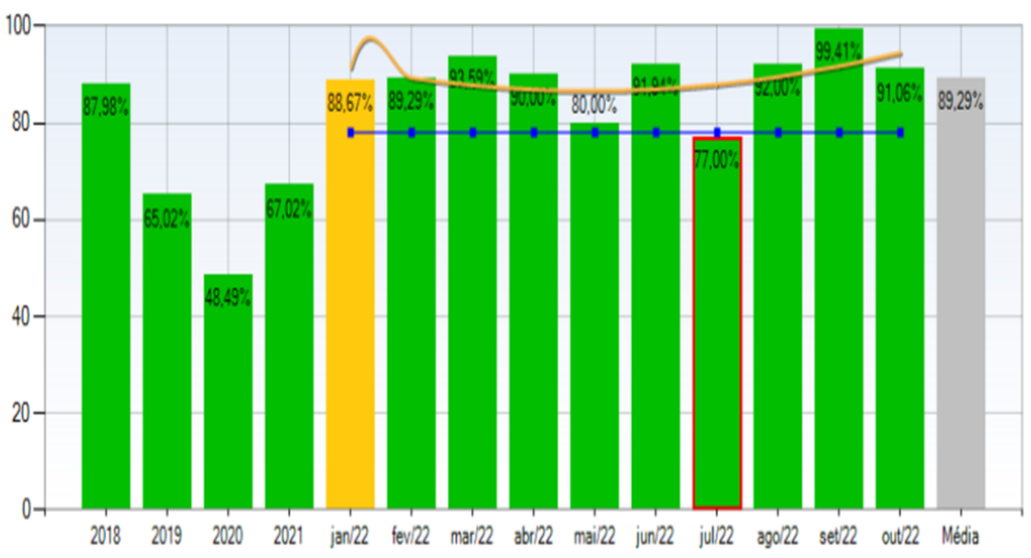


Gráfico 1 - Intervenções aceitas com acompanhamento farmacoterapêutico na Unidade de Internação (2018 a Outubro de 2022).

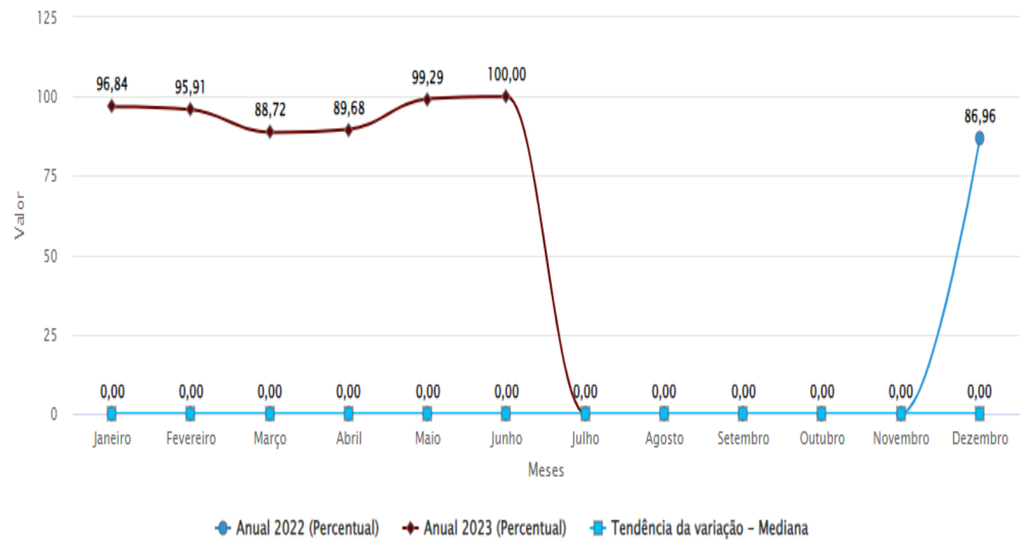


Gráfico 2 - Intervenções aceitas com acompanhamento farmacoterapêutico na Unidade de Internação (Janeiro a Junho de 2023).

CONCLUSÕES

O parecer médico solicitado por farmacêuticos clínicos constitui uma ferramenta eficaz na viabilização da comunicação entre prescritores e farmacêuticos, colaborando para a resolução dos PRMs e portando, aumentando a segurança e eficácia da terapia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/341/339>.

UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE *RESEARCH ELETRONIC DATA CAPTURE* PARA COLETA DE DADOS QUALITATIVOS DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

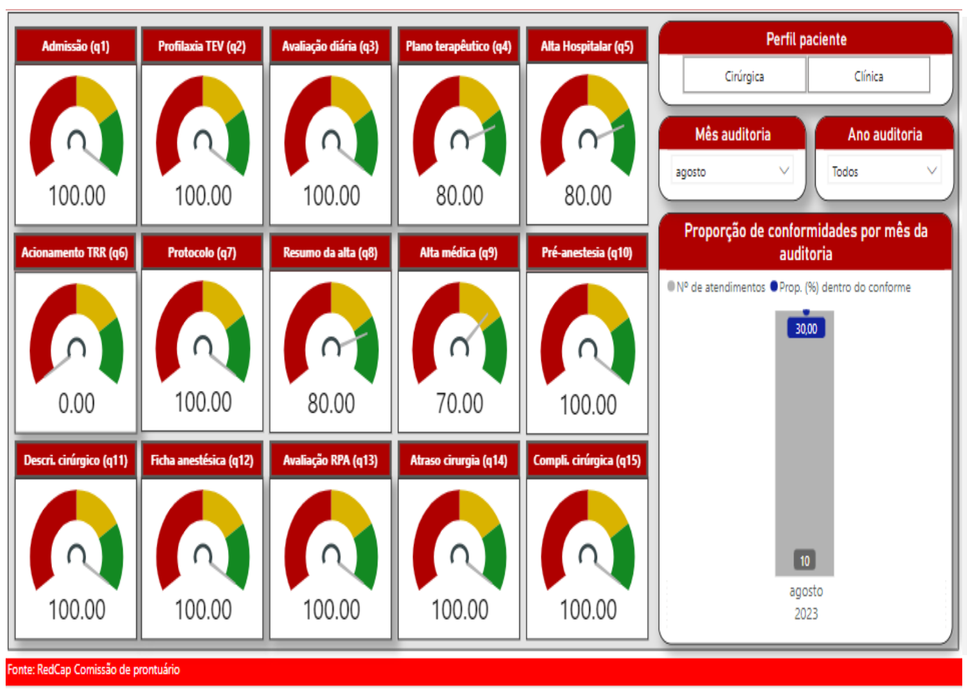
Aparecida Cristina Pereira da Silva, Carolina Guijarro Calvente, Rafael de Carvalho Amorim, Tatiany de Lima Nemitz

INTRODUÇÃO

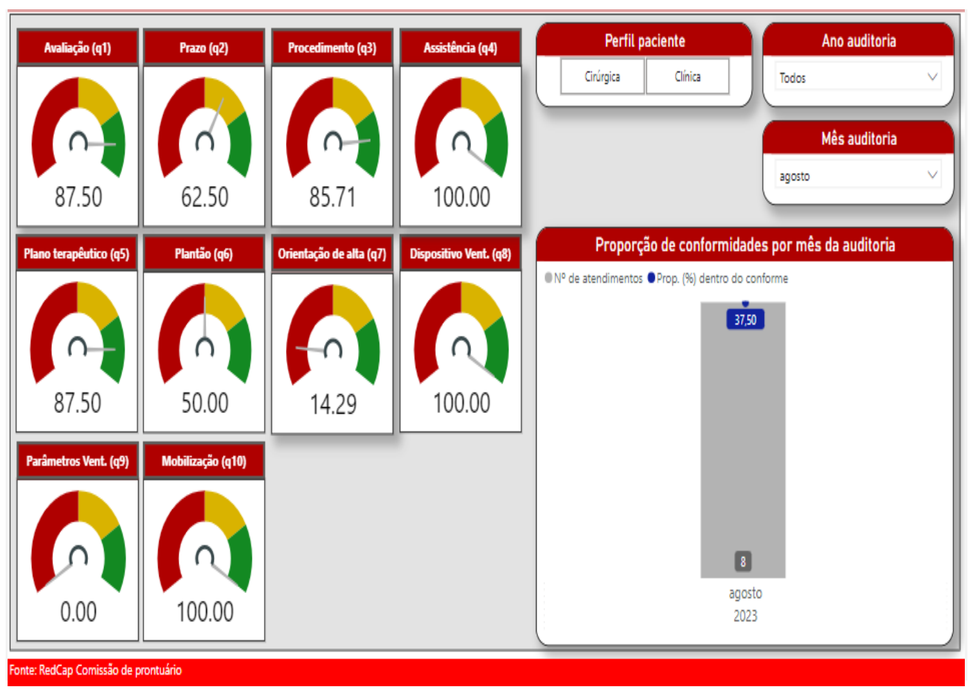
A Comissão de Prontuário é consultiva, normativa e educativa, e tem por objetivo analisar e acompanhar a qualidade das informações[1]. Um dos desafios é o emprego da tecnologia a favor dos entregáveis desta Comissão, com isso foi estruturado na Instituição objeto de estudo um instrumento de coleta de dados por meio do software *Research Eletronic Data Capture*.

METODOLOGIA

Foi construído um instrumento por meio do software *Research Eletronic Data Capture* (REDCap) para realização das auditorias qualitativas de prontuário.
Em janeiro de 2023 foi concretizado o ato de nomeação da atual gestão da Comissão de Prontuário da Instituição objeto de estudo, após algumas discussões, planejamento e implementação da metodologia de auditoria qualitativa visto em abril de 2023 a necessidade de reformulação da metodologia desde o instrumento até a plataforma até então utilizada, a partir deste ponto os segmentos profissionais médico, enfermagem, fisioterapia e nutrição com o apoio do controle de infecção, faturamento, desfecho clínico e epidemiologia, desenharam as necessidades qualitativas que precisariam ser avaliadas no prontuário dos pacientes, na sequência houve a elaboração do formulário eletrônico no REDCap para coleta de dados.



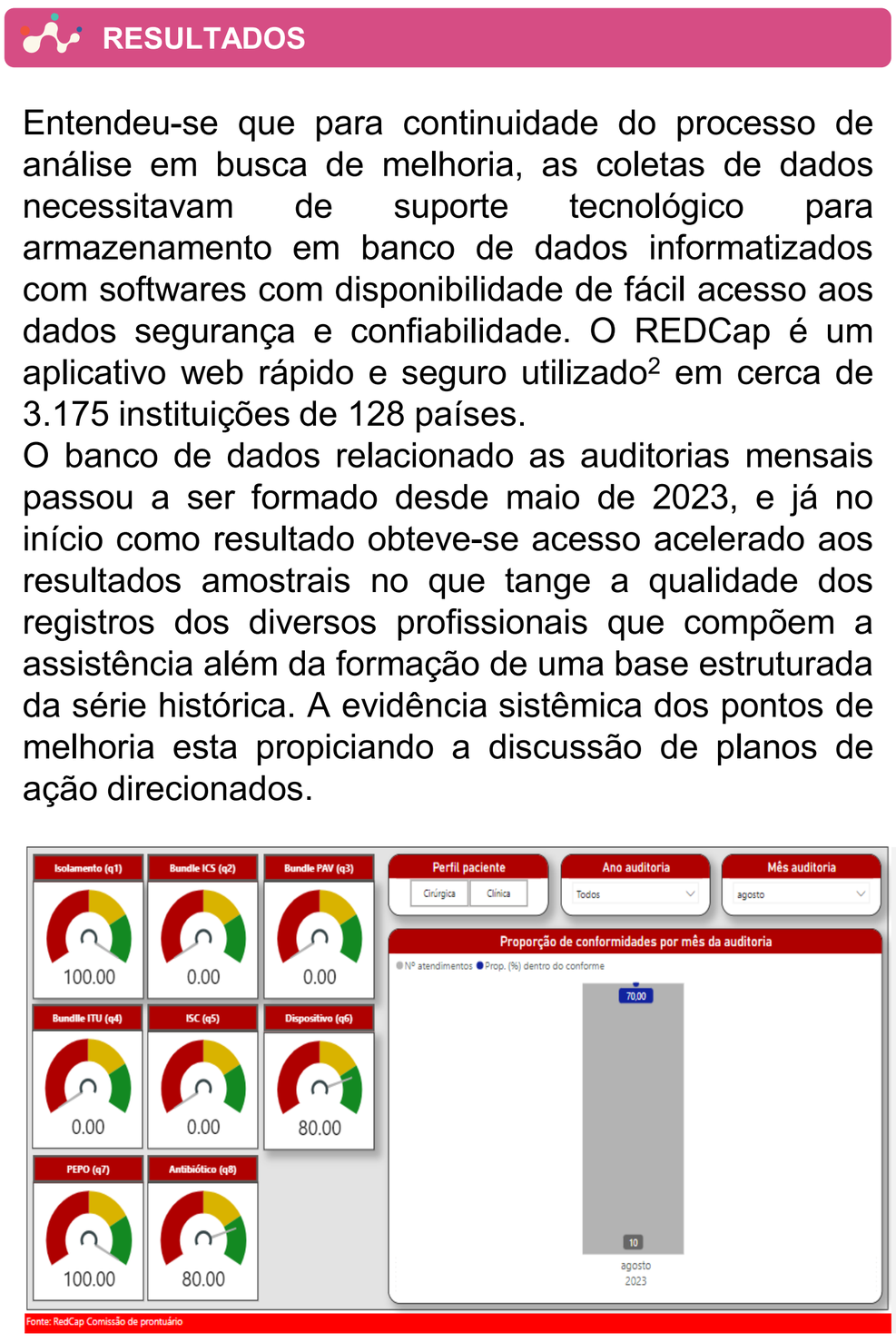
Painel dos resultados das auditorias qualitativas de prontuário de agosto de 2023 do segmento profissional Médico.



Painel dos resultados das auditorias qualitativas de prontuário de agosto de 2023 do segmento profissional de Fisioterapia.

RESULTADOS

Entendeu-se que para continuidade do processo de análise em busca de melhoria, as coletas de dados necessitavam de suporte tecnológico para armazenamento em banco de dados informatizados com softwares com disponibilidade de fácil acesso aos dados segurança e confiabilidade. O REDCap é um aplicativo web rápido e seguro utilizado[2] em cerca de 3.175 instituições de 128 países.
O banco de dados relacionado as auditorias mensais passou a ser formado desde maio de 2023, e já no início como resultado obteve-se acesso acelerado aos resultados amostrais no que tange a qualidade dos registros dos diversos profissionais que compõem a assistência além da formação de uma base estruturada da série histórica. A evidência sistêmica dos pontos de melhoria esta propiciando a discussão de planos de ação direcionados.



Painel dos resultados das auditorias qualitativas de prontuário de agosto de 2023 da DCIH.

Painel dos resultados das auditorias qualitativas de prontuário de agosto de 2023 do segmento profissional Enfermagem.

CONCLUSÕES

Neste estudo foi descrito como se deu a construção do instrumento de coleta de dados qualitativos por meio do software *Research Eletronic Data Capture* (REDCap), para realização das auditorias mensais da Comissão de Prontuário. Estes dados coletados são de extrema importância no que diz respeito a tomada de decisão voltada ao registro de informações no prontuário do paciente, assim consequentemente impactando de modo direto na qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1 Bombarda TB, et al. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. Caderno de Saúde Coletiva 2022; 30 (2)/https://doi.org/10.1590/1414-462x202230020116.
2 Vaz J, et al. Criação e Implementação de um Banco de Dados prospectivo e Multicêntrico de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio: RIAM. Arq. Bras Cardiol. 2020; 114 (3): 446-455.

VISITA ESTENDIDA NA TERAPIA INTENSIVA: PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

Laura Maggi da Costa, Pâmella Oliveira de Souza, Anelise Fiori, Anielle Ferrazza, Aline Fantin Cervelin, Sidiclei Machado Carvalho, Vânia Rohsig

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é uma unidade destinada a pacientes graves, que necessitam de atendimento de alta complexidade. Tendo em vista o impacto emocional gerado por uma internação hospitalar e a ameaça da condição de saúde, a presença da rede de apoio pode atuar no intuito de amenizar a ansiedade e promover um melhor enfrentamento. Considerando ainda que o ambiente de UTI pode ser um estressor, tanto para paciente, como para familiares, a organização do processo de visita estendida deve perpassar pelo acolhimento e orientações aqueles que irão permanecer como acompanhantes.

METODOLOGIA

Relato de experiência de um CTI adulto.

RESULTADOS

O formato atual de acompanhamento ocorre das 9h às 21h, neste período o paciente tem direito a dois acompanhantes e mais duas visitas, e em casos especiais, a visita pode ser estendida para 24h ao dia. Para que o familiar possa permanecer como acompanhante, deverá participar de um momento de acolhimento prévio, conduzido diariamente pela equipe de enfermagem. Neste espaço, além de orientações quanto ao funcionamento da unidade, são apresentados as situações que a família poderá vivenciar no acompanhamento ao paciente. Cuidados especiais, dispositivos, procedimentos e intercorrências são as principais dúvidas apresentadas pelos acompanhantes. Os acompanhantes são orientados como auxiliar o paciente e tornar essa experiência menos estressora. Além do apoio emocional, é oportunizado que tragam objetos, fotos e livros que trazem sentido e conforto.

Iniciamos com este formato em 2017 através do projeto UTI visitas, que comprovou 50% de redução na incidência de delirium e 1 dia a menos no tempo médio de internação. Devido a pandemia de Covid 19 não foi possível manter a visita estendida nos anos de 2020 e 2021. De dezembro de 2021 até julho de 2023, foram realizadas 604 reuniões, com a participação de 3860 familiares e acompanhantes.

CONCLUSÕES

Sabe-se que estas atitudes auxiliam na redução do delirium e ansiedade, além de reduzir a necessidade do uso de contenções mecânicas com o intuito de proteger o paciente e evitar retirada de dispositivos inadvertidamente. Dessa forma, os acompanhantes atuam como promotores do bem estar do paciente. Este espaço estabelece um vínculo de confiança e relação entre a família, a equipe e o paciente, fortalecendo o processo de comunicação ao longo da internação.

REFERÊNCIAS

Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;322(3):216–228. doi:10.1001/jama.2019.8766

CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados 2023

PESSOAS QUE TRANSFORMAM A SAÚDE

SESSÃO PÔSTER

Curadoria:

FGV EAESP
CENTRO DE ESTUDOS EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE