CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados
2025

Sessão Pôster

Conheça os trabalhos **vencedores desta edição**

• EIXO INOVAÇÃO

1º

IMPACTO DO MANEJO HEMODINÂMICO NEUROCRÍTICO GUIADO PELA COMPLACÊNCIA INTRACRANIANA

Hospital Nove de Julho

Autor: Carlos Eduardo Nassif Moreira

Coautores: Celso Madeira Padovesi, Vivian Vieira Tenório Sales e Marcelo Tadeu Carnielo

• EIXO EFICIÊNCIA

2º

CUIDADO FIGITAL E GESTÃO PROATIVA DE CASOS CRÔNICOS: SUSTENTABILIDADE E VALOR EM SAÚDE

Einstein Hospital Israelita

Autor: Rodrigo Hidd Kondo

Coautores: Vitor Maia Teles Ruffini, Karina Andrade Felicio e Nathalia Santana Simão

• EIXO EFICIÊNCIA

3º

REDUÇÃO DE READMISSÕES HOSPITALARES ATRAVÉS DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E GESTÃO DE CASO

Einstein Hospital Israelita

Autor: Flavio Araujo Borges Jr.

Coautores: Matheus Merlin Felizola, Joyce Alvares da Silva e Daniela Matos de Sousa dos Santos

• EIXO GESTÃO

4º

GESTÃO INTEGRADA DE AFASTAMENTOS: MODELO SUSTENTÁVEL PARA REDUÇÃO DE CUSTOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HCFMUSP

Autor: Rafael Marques Geraldo

Coautores: Fernando Liebhart Maia, Antonio dos Santos Barboza e Francisca Adriana da Silva Costa

Curadoria:

FGV EAESP
CENTRO DE ESTUDOS EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE

Patrocínio:

ABIMO
APOIO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

INICIAR

IMPACTO DO MANEJO HEMODINÂMICO NEUROCRÍTICO GUIADO PELA COMPLACÊNCIA INTRACRANIANA

Carlos Eduardo Nassif Moreira, Celso Madeira Padovesi, Vivian Vieira Tenório Sales, Marcelo Tadeu Carnielo

INTRODUÇÃO

A otimização da perfusão cerebral por meio de estratégias hemodinâmicas individualizadas vem ganhando relevância na terapia intensiva. O sistema brain4care (B4C) oferece um método não invasivo para monitorar a complacência intracraniana (CI) por meio da razão P2/P1, um marcador da dinâmica intracraniana. Este estudo avaliou o impacto da gestão guiada por CI nos desfechos clínicos e econômicos.

METODOLOGIA

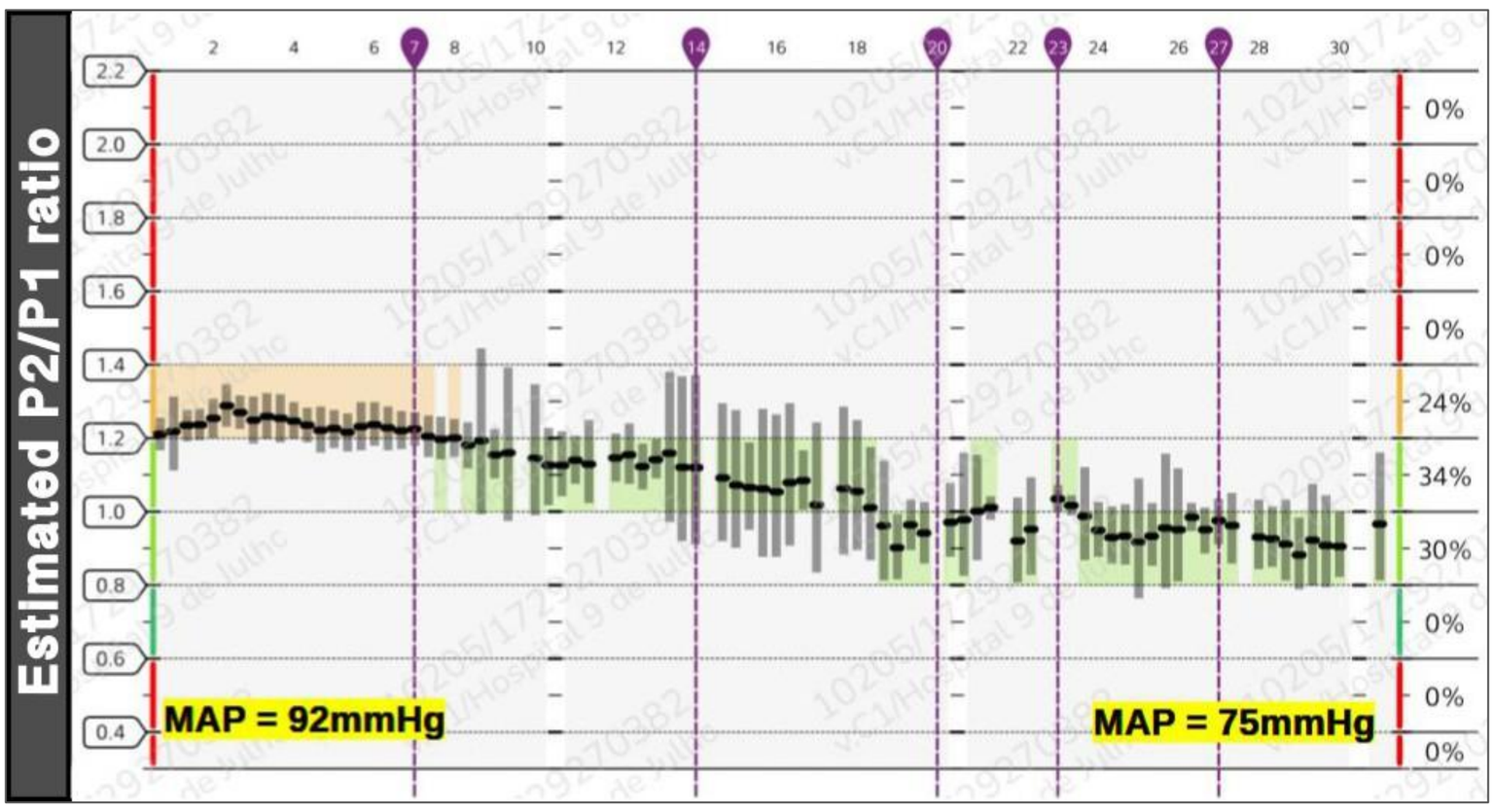
Este estudo de coorte retrospectivo incluiu 102 pacientes críticos no Hospital Nove de Julho, São Paulo, Brasil. Cinquenta e um pacientes receberam manejo da pressão arterial média (PAM) guiado por CI com o uso do sistema B4C; os outros 51 receberam cuidados padrão. Os desfechos avaliados incluíram mortalidade na UTI, reinternações em 30 dias, escala de coma de Glasgow na alta, tempo de permanência na UTI e no hospital, destino de alta e custos estimados do atendimento. Esta análise retrospectiva foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa institucional do Hospital Nove de Julho sob o número de protocolo: 77489823.0.0000.5455.

RESULTADOS

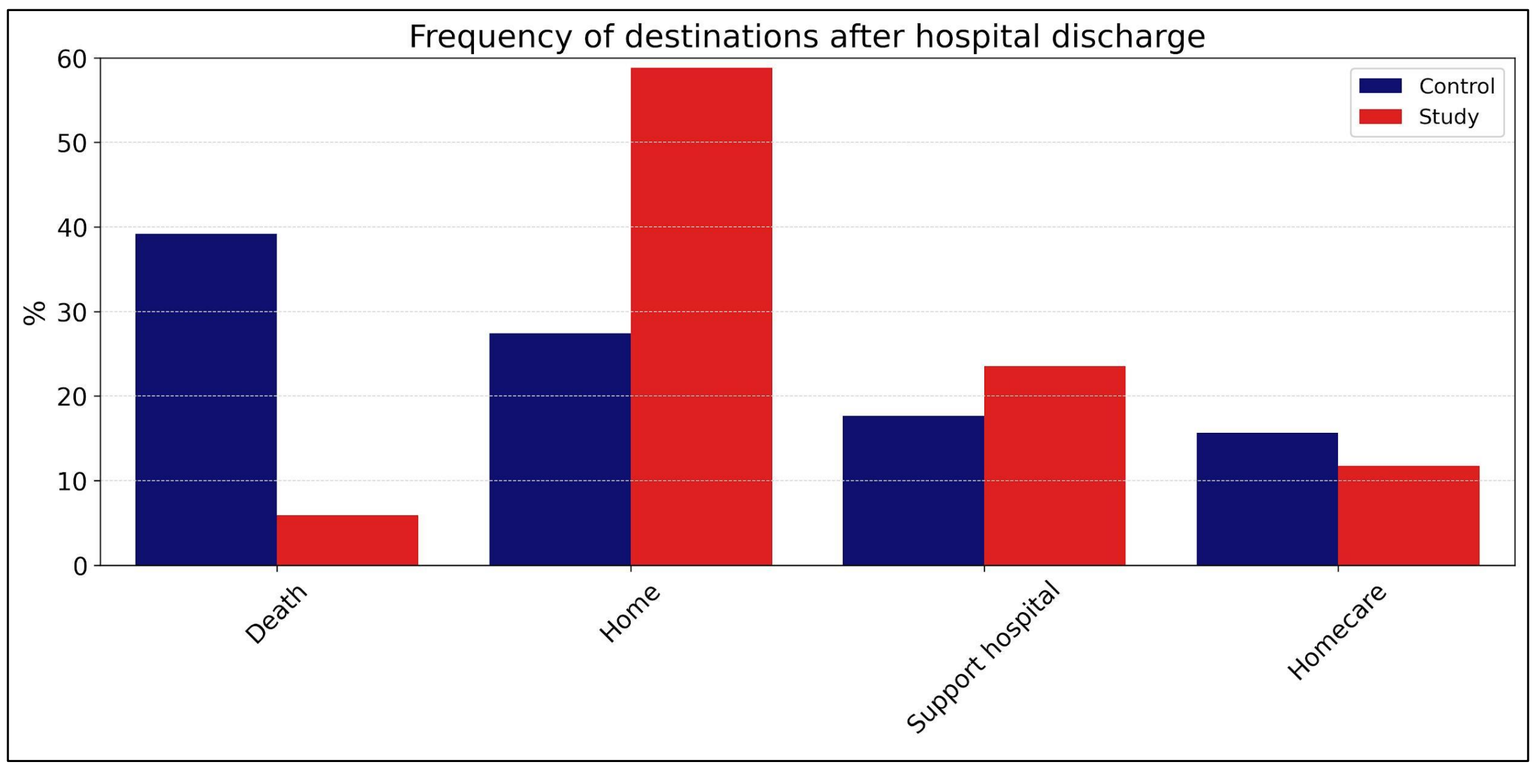
O manejo guiado pela ICC esteve associado a uma redução da mortalidade na UTI (5,88% vs. 37,25%, p = 0,0003) e das readmissões em 30 dias (12,50% vs. 38,70%, p = 0,014). A duração da permanência na UTI e no hospital não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Pacientes do grupo com manejo guiado pela ICC tiveram maior frequência de alta para casa (58,8% vs. 27,5%). Do ponto de vista hospitalar, a economia de custos com redução do tempo de UTI e das readmissões foi estimada em US$ 16.280 por paciente.

CONCLUSÕES

A otimização da PAM guiada pela complacência intracraniana utilizando o Sistema brain4care esteve associada a maior sobrevida, redução de readmissões e demonstrou economia de custos relevante. Esses achados requerem validação por meio de ensaios prospectivos multicêntricos para confirmar os benefícios clínicos e econômicos do monitoramento não invasivo da ICC em diferentes contextos de terapia intensiva.



Manejo hemodinâmico guiado pela razão P2/P1.
O manejo da pressão arterial média (PAM) orientado pelo monitoramento da complacência intracraniana é demonstrado por meio das alterações na razão P2/P1. Este exemplo representativo mostra uma redução da razão P2/P1, com transição da zona amarela (>1,2) para a zona verde (~0,9), após a diminuição da dose de noradrenalina e o ajuste correspondente da PAM de 92 mmHg para 75 mmHg. O eixo y representa a razão P2/P1 e o eixo x mostra o tempo de monitorização em minutos, com anotações em roxo indicando os valores de PAM registrados.



Destino da alta hospitalar.
A figura ilustra os desfechos dos pacientes após a alta hospitalar, mostrando que o grupo de estudo apresentou melhores resultados em comparação ao grupo controle. A destinação da alta hospitalar diferiu entre os grupos (p global = 0,0003): Óbito: 5,88% vs. 39,22%; Domicílio: 58,82% vs. 27,45%; Reabilitação/Hospital de apoio: 23,53% vs. 17,65%; e Atendimento domiciliar: 11,76% vs. 15,69%, respectivamente, no grupo guiado pela CI e no grupo controle.

Cuidado Figital e Gestão Proativa de Casos Crônicos: Sustentabilidade e Valor em Saude.

Rodrigo Hidd Kondo, Vitor Maia Teles Ruffini, Karina Andrade Felicio, Nathalia Santana Simao, Matheus Merlin Felizola, Flavio Araújo Borges Junior

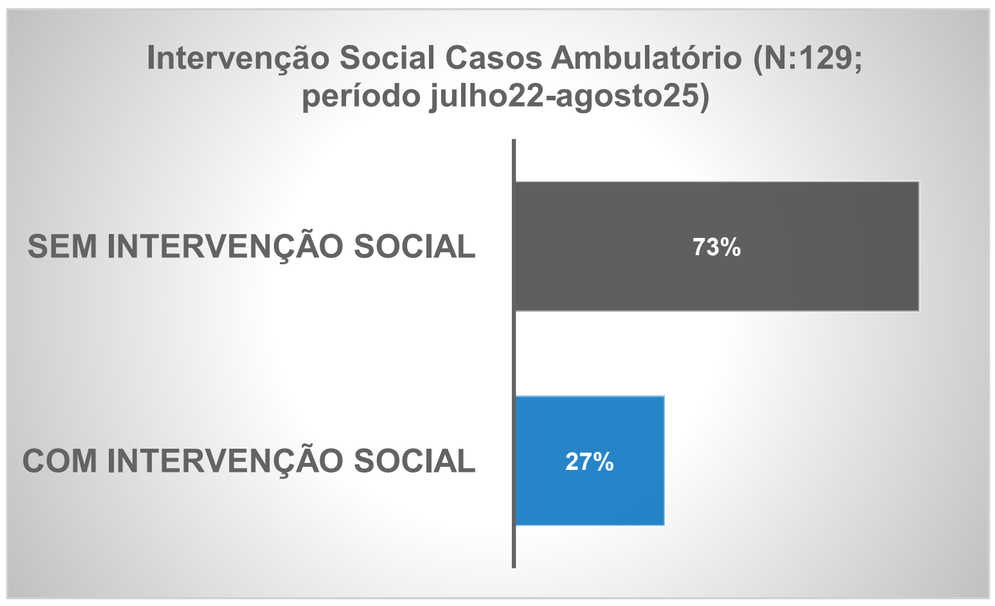
INTRODUÇÃO

A alta prevalência de doenças crônicas pressiona os sistemas de saúde e contribui com até 60% da sinistralidade, apesar de afetar uma parcela menor que 5% dos beneficiários. A gestão ineficaz destes casos eleva os custos e piora desfechos clínicos. Este projeto validou a eficácia de um modelo de gestão de crônicos com abordagem *figital* — integração entre atendimento presencial e digital — como estratégia para ampliar o acesso, promover cuidado contínuo e melhorar indicadores clínicos ambulatoriais e reduzir hospitalizações de urgência

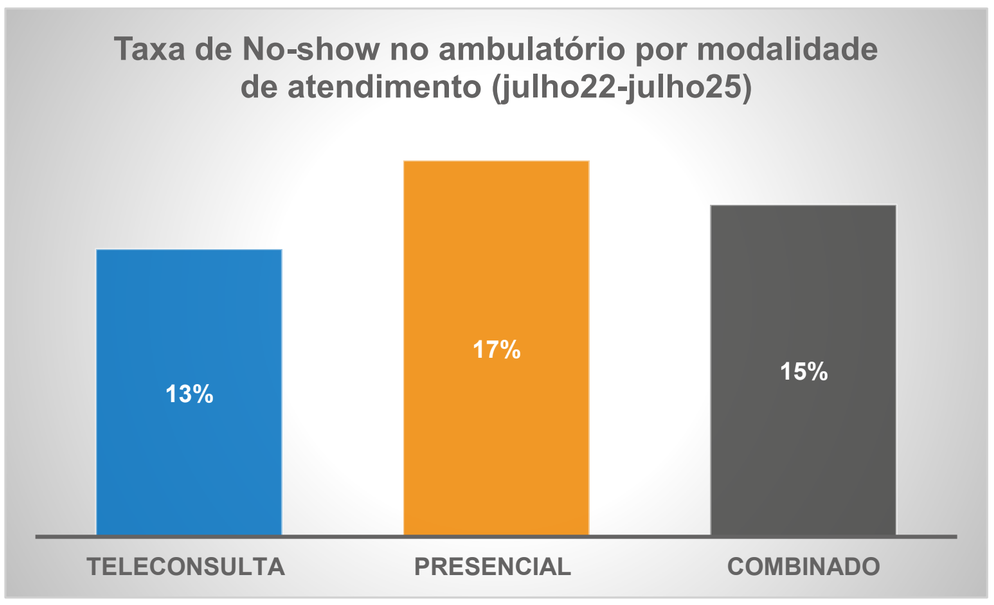
METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido envolvendo uma coorte de pacientes selecionados com doenças crônicas não transmissíveis concomitantes, vulnerabilidade social e psíquica. A metodologia incluiu:

1. Abordagem multiprofissional com consultas *figital* (médico, enfermagem, assistente social): cada paciente foi submetido a uma avaliação abrangente por equipe multidisciplinar para identificar necessidades individuais e riscos.
2. Coordenação de cuidado: cuidado coordenado direcionado ao plano terapêutico singular, contemplando educação em saúde, manejo medicamentoso e estratégias de autocuidado.
3. Monitoramento Contínuo: utilizou-se telemonitoramento por enfermagem e assistente social para acompanhar a adesão ao PTS, identificar sinais de alerta precoce e ajustar as intervenções conforme necessário.
4. Educação e Empoderamento do Paciente: foram realizadas abordagens educativas sequenciais e de aconselhamento para capacitar os pacientes e seus cuidadores no manejo de suas condições, promovendo o engajamento ativo no processo de cuidado.

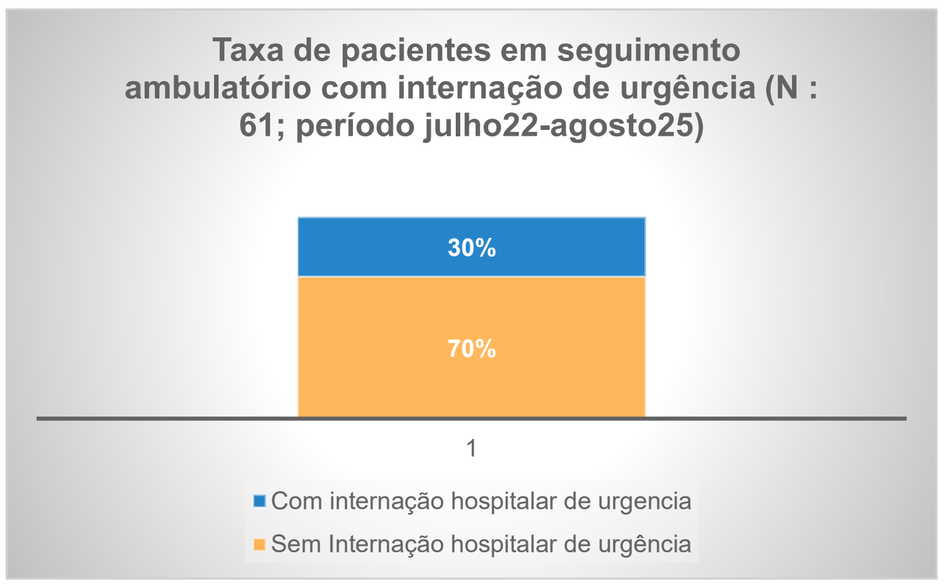


Dos 129 pacientes que tiveram seguimento no ambulatório, 35 deles necessitaram de intervenção social

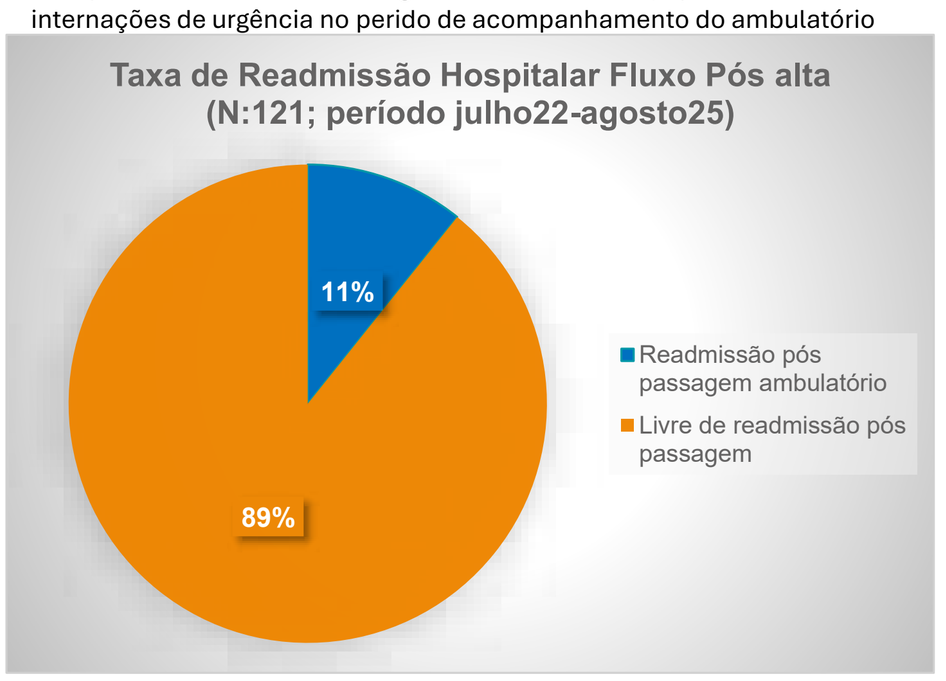


RESULTADOS

No período de julho de 2022 a agosto de 2025, 170 pacientes foram avaliados, com 61 pacientes mantidos sob gestão de caso até o momento. Na série histórica, a média de dias sem internação de urgência foi de 388 dias, com mediana de 281 dias. Para aqueles que seguiram no ambulatório pós alta hospitalar, a taxa de readmissão em 30 dias foi de 11%, o que contribuiu de maneira eficaz para a transição de cuidados segura e menor tempo de internação hospitalar. Além disso, observou-se a melhora de indicadores clínico-laboratoriais, como níveis de hemoglobina glicada e perfil lipídico. Ao promover cuidados preventivos, o projeto contribuiu não apenas com ganhos clínicos, mas também com sustentabilidade ao evitar internações de urgência de alto custo, com redução de custos equivalente a 1,6% do sinistro total hospitalar da carteira.



Dos 61 pacientes mantidos em seguimento desde 2022, apenas 30% tiveram internações de urgência no perido de acompanhamento do ambulatório



Dos 121 pacientes seguidos pós alta hospitalar, a taxa de readmissão em serviços de urgência no período de 30 dias foi de 11%

CONCLUSÕES

Este projeto demonstra a eficácia de um modelo de gestão de crônicos integrado que permitiu maior acessibilidade geográfica e econômica, acompanhamento longitudinal mais próximo, engajamento familiar e suporte social. A iniciativa evidenciou impactos clínicos relevantes ao possibilitar a manutenção fora do ambiente hospitalar por períodos prolongados, além da melhora de parâmetros clínicos ambulatoriais. A adoção da estratificação por complexidade para coordenação do cuidado somada à abordagem *figital* contribuiu fortemente para maior percepção de valor, adesão ao PTS com intervenções personalizadas e a utilização assertiva de recursos

REFERÊNCIAS

1. PEYROTEO, M.; et al. Strategic scenarios for the digitalisation of chronic disease management in primary health care settings. Technological Forecasting and Social Change, v. 217, p. 124525, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.techfore.2025.124525
2. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Caracterização dos beneficiários de alto custo assistencial: um estudo de caso. São Paulo: IESS, 2016. Disponível em: <link>. Acesso em: 24 set. 2025. www2.iess.org.br+1
3. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Uma grande tempestade no horizonte: DCNT e problemas de saúde mental custarão bilhões... 15 jul. 2025. Disponível em: <link>. Acesso em: 24 set. 2025

Redução de readmissões hospitalares através da estratificação de risco e gestão de caso

Matheus Merlin Felizola, Joyce Alvares da Silva, Viviane Trelesse Vieira,, Nathalia Santana Simão, Lorany Porto Nascimento, Daniela Matos de Sousa dos Santos, Rubens Carlos Gomes dos Santos, Thaisy Nepomuceno Sebanico, Flávio Araújo Borges Jr
Hospital Israelita Abert Einstein

INTRODUÇÃO

A readmissão hospitalar representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, impactando a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a sustentabilidade financeira. Este estudo avaliou a eficácia da intervenção estratificada para mitigar readmissões hospitalares gerais e de urgência. A metodologia para implantação foi baseada na estratificação de risco de pacientes internados por ferramenta adaptada da literatura (LACE score ajustado) e na implementação de gestão de caso pós-alta hospitalar, conduzida por uma equipe de médicos, enfermagem e assistência social.

METODOLOGIA

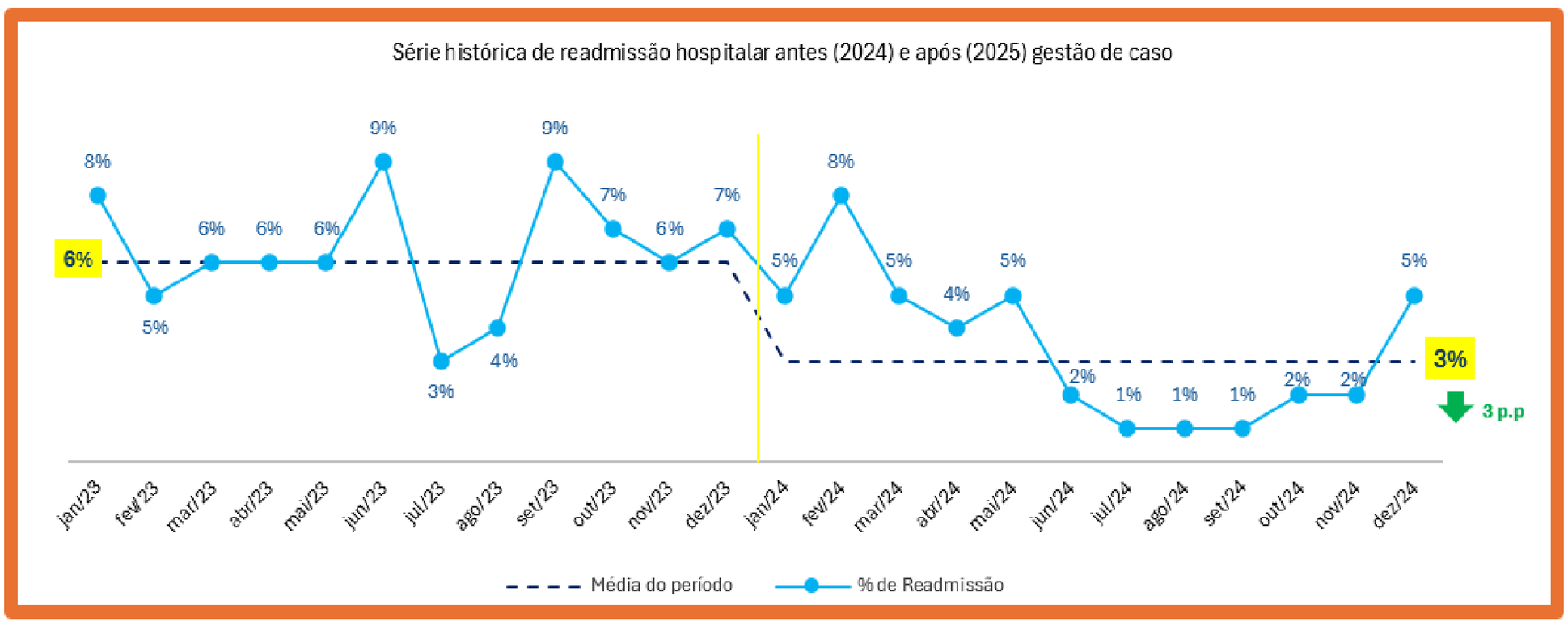
Durante a internação, a estratificação de risco permitiu identificar pacientes com alta probabilidade de readmissão, direcionando recursos e intervenções personalizadas. Complementarmente, padronizou-se o resumo de alta hospitalar (formato Boost 8P adaptado) para melhor estruturar a transição do cuidado hospitalar para o ambiente ambulatorial. Após a alta, os pacientes de alto risco foram acompanhados por até 30 dias via telemonitoramento, com contatos periódicos por enfermeiros e assistência social para monitoramento clínico, adesão ao tratamento e identificação precoce de descompensação e suporte social estruturado.

RESULTADOS

Nas internações gerenciadas em 2024, 56% correspondiam a internações de urgência e 44% de internações eletivas, sendo 39% cirúrgicas, 24% clínicas, 18% materno-infantil, 16% pediátrica e 3% psiquiátrica. No comparativo de 2024 vs 2023, através da gestão de internados e transição de cuidado, observou-se a redução das readmissões gerais de 6% para 3% (diminuição em 3pp – 50%) e a redução das readmissões por internações de urgência de 10% para 4% (diminuição em 6pp – 60%). Ao precificar o impacto financeiro, gerou-se a redução de 2% do sinistro hospitalar total e ROI de 139%.

CONCLUSÕES

A combinação da estratificação de risco com o telemonitoramento pós-alta hospitalar contribui fortemente para a redução da readmissão hospitalar, tanto geral como por urgências. A equipe de enfermagem desempenha papel determinante na literacia em saúde com paciente e familiares principalmente no manejo de condições crônicas e agudas complexas ao evitar a busca por atendimentos de urgência em prestadores hospitalares fragmentados ao cuidado ambulatorial. Em paralelo, a assistência social intervém nos determinantes sociais impactantes à maior adesão para recuperação clínica efetiva. A sinergia destes profissionais, aliada ao uso de tecnologia, fundamenta o cuidado centrado no paciente, otimizando recursos para melhores desfechos e reforçando a importância de modelos integrados para a gestão populacional sustentável



Série histórica de readmissão hospitalar antes (2024) e após (2025) gestão de casos

REFERÊNCIAS

Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, Austin PC, Forster AJ. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. CMAJ. 2010 Apr 6;182(6):551-7. doi: 10.1503/cmaj.091117. Epub 2010 Mar 1. PMID: 20194559; PMCID: PMC2845681.

Sieck C, Adams W, Burkhart L. Validation of the BOOST Risk Stratification Tool as a Predictor of Unplanned 30-Day Readmission in Elderly Patients. Qual Manag Health Care. 2019 Apr/Jun;28(2):96-102. doi: 10.1097/QMH.0000000000000206. PMID: 30921282.

Gestão Integrada De Afastamentos:
Modelo sustentável para redução de custos e promoção da saúde ocupacional.

Geraldo, R. M.[1], Maia, F. L. [1], Barboza, A. dos S. [1], Costa, F. A. da S. [1] 1.Centro de Atenção ao Colaborador do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

A gestão de afastamentos no setor público brasileiro enfrenta desafios complexos, com custos indiretos que superam R$ 16 bilhões/ano (Ministério da Saúde, 2022). Programas eficazes devem equilibrar controle financeiro rigoroso com promoção da saúde ocupacional.

A inteligência artificial (IA) surge como aliada estratégica, com 62,5% dos hospitais privados já utilizando a tecnologia (ANAHP-ABSS, 2023). Este trabalho explora como a IA pode transformar a gestão de afastamentos em vantagem competitiva através de modelo integrado que combina detecção de inconsistências, análise epidemiológica e otimização de processos.

Em um hospital público com 22 mil colaboradores, onde são processados aproximadamente 44 mil atestados anuais, implementamos uma solução baseada em algoritmos de análise textual e fluxos automatizados para demonstrar o potencial transformador desta abordagem.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo observacional realizado entre **fevereiro-junho/2025**, analisando **468 atestados médicos** reais como Prova de Conceito (PoC) em hospital público universitário de alta complexidade.

Sistema de IA Desenvolvido

- **Algoritmos de NLP** para análise textual automatizada
- **Machine Learning** treinado para detectar inconsistências formais
- **Análise comportamental** para identificação de padrões suspeitos
- **Processamento epidemiológico** para perfil de saúde populacional
- **Conformidade LGPD** com anonimização e descarte seguro de dados

Métricas de Avaliação

- Taxa de processamento autônomo vs. validação humana
- Acurácia na detecção de inconsistências
- Impacto financeiro direto e economia operacional
- ROI e tempo de payback
- Perfil epidemiológico dos afastamentos

RESULTADOS

A análise de 468 atestados médicos, emitidos entre fevereiro e junho de 2025, demonstrou que o sistema de inteligência artificial conseguiu avaliar de forma autônoma 91,1% dos documentos (n=427) com uma acurácia superior a 92%, deixando apenas 8,9% (41 atestados) para avaliação humana, conforme detalhado na Tabela 2. Do total analisado, 12% dos atestados (56 documentos) foram identificados como inconsistentes e com indícios de fraude, sendo aprovados 88% dos documentos (412 atestados), como apresentado na Figura 1.

Figura 1. Dados relacionados à aprovação de documentos e média de dias de afastamento por atestado.

A Prova de Conceito (PoC) geraria uma economia imediata de R$ 29 mil, com um ROI inicial de 3,72x. Projetando esses resultados para um ano, a estimativa de economia potencial é de R$ 2,6 milhões apenas com a redução de afastamentos indevidos. O retorno sobre o investimento ROI) calculado para a solução completa foi de 5,07x, com um payback estimado em menos de 6 meses para a implantação total.

Dentre os atestados inconsistentes, 40% desses (22 documentos) apresentavam falta de assinatura digital. O sistema bloqueou, portanto, 151 dias de afastamentos indevidos. Adicionalmente, a ferramenta identificou 6% de hiperatestadores entre os colaboradores. Do ponto de vista operacional, o modelo proporcionou uma economia de 6,9 mil horas que seriam dedicadas à validação manual do processo, como demonstram os dados da Figura 2.

Figura 2. Dados relacionados à automação do processo e economia de horas com avaliação manual e o ROI Estimado para implementação.

CONCLUSÕES

Os resultados comprovam que a combinação de tecnologia avançada com uma visão estratégica pode transformar a gestão de saúde ocupacional em hospitais de grande porte. A solução testada não apenas gera economia para empresa, como também estabelece as bases para um programa contínuo de melhoria da saúde organizacional, alinhando eficiência operacional com qualidade de vida no trabalho. A expansão do sistema para toda a instituição visa ampliar esses benefícios, com estimativa de *payback* inferior a seis meses, demonstrando o potencial da IA como uma ferramenta estratégica na gestão de afastamentos.

REFERÊNCIAS

qualidade.ceac@hc.fm.usp.br

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

ANAHP, ABSS. Mapeamento do uso de Inteligência Artificial em Hospitais Privados Brasileiros. São Paulo; 2023.

Lawrance N, Guerry MA. Predicting employee absenteeism for cost effective interventions. Decision Support Systems. 2021;143:113496.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Conheça a seguir todos os trabalhos aprovados da Sessão Pôster 2025!

INÍCIO

ANTERIOR

PRÓXIMO

EIXO ASSISTENCIAL

- A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO HOSPITALISTA NO DESENVOLVIMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO ESPECIALIZADO INDIVIDUALIZADO
- ADESÃO AO PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DA SEPSE NEONATAL PRECOCE
- ADOÇÃO DO PADRÃO INTERNACIONAL ICHOM PARA AVALIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE NA ONCOLOGIA MAMÁRIA
- ALTA SEGURA: CUIDANDO DO INÍCIO AO FIM
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS
- ATENDIMENTO DE ALTO PADRÃO EM EMERGÊNCIA: COMO A EFICIÊNCIA NO PROCESSO OPERACIONAL IMPACTA O NPS
- ATUAÇÃO DE GRUPO MULTIDISCIPLINAR E AUDITORIA DIGITAL PARA PREVENÇÃO DE PAVS EM UTI DE UM HOSPITAL
- ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA INTERVENÇÃO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁTICOS EM CIRURGIAS
- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE
- CICLO PDSA COMO FERRAMENTA DE MELHORIA CONTÍNUA PARA REDUÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UTI
- COMITÊ DE PACIENTES DA HEMODIÁLISE: ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO
- CONSTRUINDO CULTURA DE APRENDIZADO: IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGIAS PARA ENGAJAMENTO E ADESÃO
- CONTROLE TÉRMICO NEONATAL COMO ESTRATÉGIA ASSISTENCIAL
- CUIDADO ÁGIL, EFICAZ E INOVADOR – TRANSFORMANDO O ATENDIMENTO DA DOR TORÁCICA E IAM
- DE LACUNAS A RESULTADOS: TRANSFORMANDO O CUIDADO DA HIPERGLICEMIA CRÍTICA COM EDUCAÇÃO BASEADA EM DADOS
- DECISÕES COMPARTILHADAS NO CUIDADO ONCOLÓGICO: A EXPERIÊNCIA DO TUMOR BOARD MULTIDISCIPLINAR
- DESAFIOS BIOÉTICOS FRENTE O SUPORTE NA TOMADA DE DECISÃO AO PACIENTE COM LIMITAÇÕES NA AUTONOMIA

- DESENVOLVIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ENGAJAMENTO DA EQUIPE E ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE CHECAGEM À BEIRA LEITO
- DESFECHO CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE RIM E FÍGADO: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES
- DISCLOSURE: DEVER ÉTICO E HONESTIDADE
- DO FORMULÁRIO AO DASHBOARD: CICLOS PDSA IMPULSIONAM INTERVENÇÕES DE STEWARDSHIP DE ANTIMICROBIANOS
- EFEITO DO AUMENTO DO USO DE CARBETOCINA NA REDUÇÃO DOS DESFECHOS HEMORRÁGICOS OBSTÉTRICOS
- ESTRATÉGIAS FISIOTERAPÊUTICAS NO MANEJO DA DOR: DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO
- EVOLUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: ANÁLISE COMPARATIVA
- EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA VISÃO DE QUEM CUIDA: ESTUDO MULTICÊNTRICO UMA REDE HOSPITALAR BRASILEIRA
- FARMÁCIA CLÍNICA COMO ESTRATÉGIA PARA AMPLIAÇÃO DO CUIDADO NA OFTALMOLOGIA
- FEEDBACK IMEDIATO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA QUALIFICAR A PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS
- FISIOTERAPIA: ESTRATÉGIAS PARA REABILITAÇÃO SEGURA E ENGAJAMENTO DO PACIENTE E DA EQUIPE MULTI
- GERENCIAMENTO DA PARAMETRIZAÇÃO DE ALARMES CLÍNICOS NO PRONTO-SOCORRO: IMPORTÂNCIA E ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA “FADIGA DE ALARMES” E MELHORIA NA SEGURANÇA DO PACIENTE
- GESTÃO DE QUEDA DURANTE O TREINO DE MARCHA COM FISIOTERAPIA: MODELO DE INTERVENÇÃO SISTÊMICA
- GRUPO GRAAL – “EQUIPE DE OURO”
- HABILIDADES TÉCNICAS NO MANUSEIO DO DESFIBRILADOR EM MODELO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA
- HEMODIÁLISE SEGURA: 12 MESES SEM INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PDSA
- IA E NLP NO RASTREIO DE CÂNCER DE MAMA
- IMPACTO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO ISQUÊMICA

- IMPACTO DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO PRIMEIRO CICLO DE QUIMIOTEREPIA EM HOSPITAL ONCOLÓGICO
- IMPACTO DA CHECAGEM BEIRA LEITO NA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA NO PRONTO-SOCORRO
- IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TMO
- IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM CHECKLIST NA SALA DE PARTO PARA PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA EM PREMATUROS
- IMPACTO DE NOVO PROTOCOLO DE PARAMETRIZAÇÃO DE ALARMES CLÍNICOS EM UMA UTI PEDIÁTRICA
- IMPACTO DE UM PROGRAMA MULTIMODAL DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS: 10 ANOS DE IMPLANTAÇÃO
- IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE
- IMPLEMENTAÇÃO ÁGIL DE QUIMIOTERAPIA EM CENÁRIO DE CALAMIDADE
- IMPLEMENTAÇÃO DO KAMISHIBAI COMO ESTRATÉGIA DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE INFECÇÕES NA UTI ADULTO
- IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO GERENCIADO DE DOR TORÁCICA NO HOSPITAL
- IMUNOBIOLÓGICOS SEM ERROS: DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA UM MANEJO SEGURO
- INTEGRAÇÃO DA FARMÁCIA CLÍNICA AO PROTOCOLO DE TEV: RESULTADOS EM UM HOSPITAL CIRÚRGICO ORTOPÉDICO
- LINHA MATERNO INFANTIL: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA, EFICIÊNCIA E VALORIZAÇÃO DO PARTO VAGINAL
- MAPA GENOMA BRASIL: SAÚDE DE PRECISÃO EM ONCOLOGIA E CARDIOLOGIA NO SUS
- MELHORA NA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TEV EM PACIENTES CIRÚRGICOS NAS PRIMEIRAS 24HS DA SUA ADMISSÃO
- MELHORIA DOS INDICADORES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS POR CICLOS PDSA
- MOBILIZAÇÃO SEGURA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ROTINA ASSISTENCIAL
- MONITORAMENTO DE TOXICIDADES EM TERAPIAS ORAIS ONCOLÓGICAS

- NOSSO COMPROMISSO “OMOTENASHI” – CONSTRUINDO UM CUIDADO E UMA JORNADA DO PACIENTE CADA VEZ MELHORES
- O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: IMPACTO NA REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-AGULHA E PORTA-BALÃO
- PARECER TÉCNICO SOBRE TRANSFUSÕES DE SANGUE EM TESTEMUNHAS DE JEOVÁ
- POTENCIAL DE ALGORITMO PARA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS: COMPARAÇÃO COM ESPECIALISTAS
- PRIORIDADE É RESPEITO: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
- PROGRAMA DE CRIAÇÃO E UNIFICAÇÃO DE PROTOCOLOS MÉDICOS ASSISTENCIAIS
- PROJETO ALTA ESTRUTURADA EM 48 HORAS: ALTA HOSPITALAR MAIS SEGURA E EFICIENTE
- PROJETO REDUÇÃO DE ERROS DE DOSE EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE
- QUASE ERROS EM QUIMIOTERAPIA: RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO CUIDADO ONCOLÓGICO
- RADIOTERAPIA COMO RETAGUARDA ASSISTENCIAL DURANTE A ENCHENTE DE 2024: ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO
- REDUÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A CVC EM UTI PEDIÁTRICA: IMPACTO DE INTERVENÇÕES CLÍNICAS E CICLO
- RESULTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)
- SENSIBILIDADE CLÍNICA E INTERVENÇÃO: O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA DETECÇÃO DE ERROS TERAPÊUTICOS
- SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS RELACIONADAS A PERDA DA MEMÓRIA
- TELEINTERCONSULTORIA DO PROJETO BOAS PRÁTICAS (BP) E SEU EFEITO NA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE
- TEMPLATES ESTRUTURADOS NA FARMÁCIA CLÍNICA: INOVAÇÃO PARA SEGURANÇA ASSISTENCIAL
- TERAPIA DE ALTO FLUXO COMO ABORDAGEM MENOS INVASIVA NO SUPORTE VENTILATÓRIO NEONATAL
- TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TIRR): ESTRATÉGIA DE PERCEPÇÃO PRECOCE PARA MELHORIA DOS DESFECHOS CLÍNICOS

TRILHA DE APRENDIZAGEM NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO E OS IMPACTOS ASSISTENCIAIS

USO DO SCORE DE INFLAMAÇÃO E NUTRIÇÃO (MIS) EM PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIAFILTRAÇÃO

USO DO ULTRASSOM EM ACESSOS VASCULARES PARA SEGURANÇA DE APLICAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICO EM AMBULATÓRIO

VENTILAÇÃO EM CIRURGIA BARIÁTRICA COMO AÇÃO DE MEDICINA DE PRECISÃO: ENSAIO CLÍNICO

VIGILÂNCIA, EDUCAÇÃO E ENGAJAMENTO: TRÊS PILARES PARA A REDUÇÃO DAS IPCS (AC) EM UTI'S

EIXO EFICIÊNCIA

AMPLIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI SOBRE MORTALIDADE, OCUPAÇÃO E EFICIÊNCIA OPERACIONAL

AUMENTO DA EFETIVIDADE DA ENTREGA DE MEDICAMENTOS COM PAINEL GERENCIAL E DISPENSÁRIO ELETRÔNICO

AVALIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE COM BASE NO DRG: EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR

AVALIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE COM BASE NO DRG: EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR

BOAS PRÁTICAS NA OTIMIZAÇÃO DO GIRO DE ESTOQUE EM UNIDADE AMBULATORIAL

CICLO PDCA PARA A REDUÇÃO DO CONSUMO DE PAPEL A4 EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM BELÉM/PA

CONTRIBUIÇÕES DA METODOLOGIA DRG PARA MENSURAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL DA TERAPIA INTENSIVA ADULTA

CONTRIBUIÇÕES DO DRG PARA MENSURAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL SUS DE MINAS GERAIS

CUIDAR DE QUEM CUIDA: GESTÃO MÉDICA INOVADORA NO PRONTO-SOCORRO

DO REGISTRO AO RESULTADO: QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL E VALOR EM SAÚDE: UMA ANÁLISE ESTRATÉGICA COM BASE EM DADOS REAIS

EFICIÊNCIA COM PROPÓSITO: REDUÇÃO DE CUSTOS E RISCO ASSISTENCIAL COM VALORIZAÇÃO DA EQUIPE

EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE CUSTOS: UM ESTUDO DE CASO NO PRONTO-SOCORRO

EFICIÊNCIA QUE TRANSFORMA: GESTÃO OPERACIONAL FINANCIANDO INOVAÇÃO ESTRUTURAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO

ESTRATÉGIA A MANIPULAÇÃO DO BETA-DINUTUXIMABE: ATUAÇÃO FARMACÊUTICA SUSTENTÁVEL

ESTRATÉGIAS DE ADESÃO AS NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES PELOS ANESTESIOLOGISTAS

EXPANSÃO INFUSIONAL COM GESTÃO INTEGRADA: IMPLANTAÇÃO DE MÚLTIPLAS UNIDADES COM NÚCLEO CLÍNICO

FRAMEWORK PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UM PRODUTO DE CUIDADO INTEGRADO

GESTÃO BASEADA EM DADOS COMO PILAR DO VBHC: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GESTÃO DE INSUMOS PARADOS EM HOSPITAL DE SALVADOR: IMPACTOS E RESULTADOS

GESTÃO DE RISCOS E A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: REDUÇÃO DO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS

GESTÃO DE SAÚDE POPULACIONAL: LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DIAGNOSIS RELATED GROUP EM UM HOSPITAL PRIVADO

IMPACTO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NOS RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS

IMPACTOS DO EPISÓDIO DE CUIDADO INTEGRADO EM INFECÇÃO URINÁRIA NA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

IMPLANTAÇÃO DA ASSINATURA DIGITAL E RECEITA ELETRÔNICA NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO COLABORADOR

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PARA GERENCIAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS EM UMA UNIDADE CORONARIANA

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DO USO DE OPME EM CIRURGIAS VASCULARES

IMPLEMENTAÇÃO DE AVALIAÇÃO BASEADA EM ESCALAS PARA MENSURAÇÃO DE RESULTADOS CLÍNICOS EM TRATAMENTOS

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR E A REDUÇÃO DE IMPOSSIBILIDADES CLÍNICAS EM ONCOLOGIA

IMPLEMENTAÇÃO DE UM COMMAND CENTER E SEUS EFEITOS NA EFICIÊNCIA OPERACIONAL HOSPITALAR

IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO RÁPIDO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: MODELO SUPER TRACK

MEDICINA HOSPITALAR: MODELO QUE GERA EFICIÊNCIA CLÍNICA E SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA

O CAMINHO PARA A EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL: INICIATIVAS E SOLUÇÕES ESTRATÉGICAS

OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE OPME CONSIGNADOS ATRAVÉS DE DISPENSÁRIOS ELETRÔNICOS COM RFID

OTIMIZAÇÃO DE PROCESSOS NO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL MÁRCIO CUNHA: APLICAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN

OTIMIZANDO A LIBERAÇÃO DE LEITOS – A JORNADA “MOTTAINAI” PARA A EFICIÊNCIA OPERACIONAL

OUTUBRO ROSA: DESMISTIFICANDO A MAMOGRAFIA

PAPEL DO FARMACÊUTICO NA REDUÇÃO DA DISPENSAÇÃO EXTRA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS EM PROCEDIMENTOS

PERCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO ATIVA DO PACIENTE COMO FERRAMENTA ASSISTENCIAL: ESCUTA, CORRESPONSABILIDADE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL: FACILITADORES E BARREIRAS NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES AMPUTADOS

PERFIL ETIOLÓGICO DAS SEPSES/CHOQUE SÉPTICOS EM GESTANTES E PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA REDE DE MATE

PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA O PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL – VIVA + SAUDÁVEL

QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-TRANSPLANTE COMO INDICADOR DE EFICIÊNCIA EM MODELOS INTEGRADOS DE SAÚDE

REESTRUTURAÇÃO DE PESQUISA NPS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO: RESULTADOS EXCEPCIONAIS

SAÚDE BASEADA EM VALOR EM UM HOSPITAL DE CORPO CLÍNICO ABERTO: POSSIBILIDADE OU IDEALIZAÇÃO?

USO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM UTIN: EXPERIÊNCIA CLÍNICA E RESULTADOS

UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS PROMOTORES DE EFICIÊNCIA EM PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE EM UM PROGRAMA

VALOR EM SAÚDE NO CENTRO CIRÚRGICO: INTEGRAÇÃO DE DESFECHOS, CUSTOS E EFICIÊNCIA OPERACIONAL

EIXO GESTÃO

% DE VALORES CRÍTICOS NOTIFICADOS EM HOSPITAL PARTICULAR COM AMBULATÓRIO

A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA DE GESTÃO MADURO PARA RESULTADOS NOS SERVIÇOS DE LAVANDERIA HOSPITALAR

A INFLUÊNCIA DA ACREDITAÇÃO NOS SISTEMAS DE GOVERNANÇA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

A NOVA ERA DO PRONTO-SOCORRO: PESSOAS, DADOS E PROCESSOS A SERVIÇO DO CUIDADO

ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE ANESTESIA: UM CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA EM GESTÃO

ANTISSEPSIA CIRÚRGICA ALCOÓLICA: CUSTO-EFETIVIDADE E SUSTENTABILIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

APLICAÇÃO DA FERRAMENTA LEAN NA LINHA MATERNO-INFANTIL: DESMOBILIZAÇÃO, EFICIÊNCIA E QUALIDADE

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO SETOR DA QUALIDADE COMO FERRAMENTA DE MELHORIA NO HOSPITAL

APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE MATERIAIS: ESTRATÉGIAS DE MINIMIZAÇÃO DE DESPERDÍCIOS

AUDITORIA INTERNA: ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO E FORMAÇÃO DE AUDITORES NA BUSCA PELA MELHORIA CONTÍNUA

AUTOMATIZAÇÃO DA CODIFICAÇÃO PARA DRG ATRAVÉS DE IA: GANHOS EM EFICIÊNCIA HOSPITALAR

CONEXÃO ÁGIL: AUDITORIAS DE GERENCIAMENTO DE RISCO SANITÁRIO HOSPITALAR COM INTELIGÊNCIA E EFICIÊNCIA

CONTRIBUIÇÕES DO LABORATÓRIO CLÍNICO NA MEDIÇÃO SERIADA DO HORMÔNIO PARATIREOIDIANO INTRAOPERATÓRIO

CORRELAÇÃO DO NPS E INDICADORES DA EMERGÊNCIA: UMA ESTRATÉGIA PARA MITIGAÇÃO SAZONAL

- CUSTO-EFETIVIDADE DE TERAPIA NUTRICIONAL COMO FERRAMENTA PARA MELHORIA DE RESULTADOS
- DIA DO PEGA LEVE – UMA AÇÃO DE MOTIVAÇÃO E VALORIZAÇÃO INTERNA
- DISPENSAÇÃO SUSTENTÁVEL: PROJETO DE REDUÇÃO DE SACOS PLÁSTICOS
- EFICÁCIA DO RATEIO DE DESPESAS ADMINISTRATIVAS EM UNIDADES GERENCIADAS POR OSS
- FORTALECENDO A GOVERNANÇA DIGITAL: GESTÃO SEGURA DE CREDENCIAIS PRIVILEGIADAS NO AMBIENTE HOSPITALAR
- GERENCIAMENTO DE EVENTOS SENTINELAS EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA
- GERENCIAMENTO HEMOSTÁTICO INDIVIDUALIZADO GUIADO POR ROTEM EM TRANSPLANTES CARDÍACO, HEPÁTICO E PULMONAR
- GESTÃO DE PROCESSOS: DADOS E COLABORAÇÃO IMPULSIONANDO O APRIMORAMENTO E A OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS
- GESTÃO DE SUPRIMENTOS: EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE À LUZ DA FARMACOECONOMIA
- GESTÃO DE TI 360º: MODERNIZAÇÃO SUSTENTÁVEL COM IMPACTO AMBIENTAL E FINANCEIRO
- GESTÃO INTEGRADA PARA REDUÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR
- GOVERNANÇA 360º: COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA E SEGURANÇA JURÍDICA EM HOSPITAL PÚBLICO DE EMERGÊNCIA
- GOVERNANÇA CLÍNICA COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A QUALIDADE ASSISTENCIAL
- HUDDLE: ESTRATÉGIA DE GESTÃO E SEGURANÇA ASSISTENCIAL
- IMPACTO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE LONGITUDINAL
- IMPACTO DA MUDANÇA NO PROCESSO DECISÓRIO SOBRE O TEMPO DE ESPERA DAS CIRURGIAS NÃO PROGRAMADAS
- IMPLANTAÇÃO DA NAVEGAÇÃO DE PACIENTES EM UM CENTRO DE INFUSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA
- IMPLANTAÇÃO DO FLUXO FAST EM UM PRONTO-SOCORRO: ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE
- IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA PUXADO NA FILA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM UMA EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

- INICIATIVA INSTITUCIONAL PARA PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SUSTENTÁVEL EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE
- INSPIRA LÍDER: CAMINHO PARA UMA LIDERANÇA EMPÁTICA NA SAÚDE COM FOCO NA QUALIDADE HOSPITALAR
- JORNADA DO PACIENTE OTIMIZADA COM AUTOMAÇÃO DO FLUXO DE AUTORIZAÇÃO DE GUIAS DE SADT INTEGRADO A CANAL ÚNICO DE COMUNICAÇÃO
- LEAN SIX SIGMA COMO ESTRATÉGIA DE EFICIÊNCIA E VALOR NO AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO
- LICITAÇÕES HOSPITALARES: SUPERANDO BARREIRAS E PROMOVENDO A EFICIÊNCIA
- MODELOS INTEGRADOS DE GESTÃO: ACOMPANHAMENTO GERENCIAL PARA SUSTENTABILIDADE E EFICIÊNCIA NA FSFX
- MODELOS ITINERANTES DE SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DE BOAS PRÁTICAS E PROPOSTAS DE GESTÃO SUSTENTÁVEL
- NUTRIÇÃO E SUSTENTABILIDADE: O DESAFIO DAS REFEIÇÕES PRONTAS CONGELADAS
- O IMPACTO DA MEDICINA HOSPITALISTA NA EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL
- O VALOR DA CODIFICAÇÃO PRECISA: EFICIÊNCIA NA UTIN FRENTE AO PADRÃO NACIONAL
- PLASTIC FREE EM AMBIENTE DE SAÚDE – DESAFIO PARA UNIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL
- POLÍTICA, FOFOCA E GESTÃO: A COMUNICAÇÃO INFORMAL COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO NO AMBIENTE HOSPITALAR
- PRÁTICAS NA COMUNICAÇÃO DE ALERTA MÉDICO PELO LABORATÓRIO CLÍNICO EM AMBIENTE HOSPITALAR
- PROATIVIDADE INTELIGENTE NA GESTÃO DA JORNADA DO PACIENTE: IMPACTOS CLÍNICOS E ECONÔMICOS NA ATENÇÃO
- PROJETO DE RECICLAGEM HOSPITALAR: GERENCIAMENTO SUSTENTÁVEL DE RESÍDUOS INICIAIS
- QUALIDADE PREDITIVA: DA ANÁLISE DE TENDÊNCIAS À GESTÃO PROATIVA, A GARANTIA DO DESEMPENHO CONTRATUAL
- QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: O IMPACTO NA ADESÃO AO TROMBOLÍTICO
- REDUÇÃO DA PERMANÊNCIA EM UTI COM ESTABILIDADE DA MORTALIDADE E BAIXO ÍNDICE DE REINTERNAÇÃO PRECOCE

- REDUÇÃO DE DEVOLUÇÕES A PARTIR DA MUDANÇA NO PROCESSO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- REDUÇÃO DO USO DE PAPEL: PASSO SUSTENTÁVEL E RASTREÁVEL – APP WEB DEVOLUÇÃO DE OPME CONSIGNADO HMD
- REDUÇÃO NA TAXA DE DEVOLUÇÃO EM FARMÁCIA DE SERVIÇO DE HEMODINÂMICA
- REESTRUTURAÇÃO OPERACIONAL E TECNOLÓGICA PARA AGILIDADE NA LIBERAÇÃO DE CONTAS HOSPITALARES
- SEGURANÇA HUMANA: ANÁLISE DE OCORRÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO EM HOSPITAL PÚBLICO
- SUSTENTABILIDADE E EFICIÊNCIA NA HIGIENIZAÇÃO DE UAN
- TEMPO PARA SAÍDA DO LEITO – IMPACTO NA FUNCIONALIDADE
- UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO FORMAL DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM VISITA MULTIDISCIPLINAR EM UTI ADULTO
- VALIDAÇÃO EM TEMPO REAL DE OPME NO CENTRO CIRÚRGICO: RESULTADOS OPERACIONAIS E FINANCEIROS

EIXO INOVAÇÃO

- ASSERTIVIDADE DO PAINEL MOLECULAR PARA DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS TRADICIONAIS
- AUTOMAÇÃO DO FATURAMENTO MÉDICO COM AGENTES DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL
- AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA ACURÁCIA DE UMA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL GENERATIVA NA CLASSIFICAÇÃO DE EVENTOS DE SEGURANÇA VERSUS AVALIAÇÃO HUMANA EM UM SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO HOSPITALAR
- CAPTAÇÃO ATIVA DE CLIENTES PARA AGENDAMENTOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E CIRURGIAS ELETIVAS
- COMMAND CENTER: INOVAÇÃO NA GESTÃO DE LEITOS E REGULAÇÃO HOSPITALAR EM TEMPO REAL
- DATA CARE ALBERT SCHWEITZER: INTELIGÊNCIA DE DADOS APLICADA À GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA
- DIGITALIZAÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE: EFICIÊNCIA, SUSTENTABILIDADE E EXPERIÊNCIA NO CEMA
- DO DADO AO CUIDADO: CONECTANDO INFORMAÇÕES, PROTEGENDO VIDAS

- DO PROCESSO À PRÁTICA: COLETA INTEGRADA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DE VALOR EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS
- EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO E SEGURANÇA DE USO DE UM MEDIDOR AUTOMATIZADO DE DIURESE: EVIDÊNCIAS DE USABILIDADE
- EXPERIÊNCIA E ACEITABILIDADE DE PACIENTES E MÉDICOS COM UMA CABINE DE TELEMEDICINA
- GESTÃO INTEGRADA DE LEITOS E ALTA SEGURA: EFICIÊNCIA OPERACIONAL COM FOCO NA CONTINUIDADE DO CUIDADO
- GUARDIÃO DA QUALIDADE: COMO A IA TRANSFORMOU A EDUCAÇÃO SETORIAL EM UMA JORNADA DE EXCELÊNCIA
- IA ESTRATÉGICA NA GESTÃO HOSPITALAR: PREVISÃO DE CUSTO E OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS
- IA NO MANEJO GLICÊMICO: UM CICLO DE OTIMIZAÇÃO PARA SEGURANÇA E EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL
- IMPLANTAÇÃO DE IA EM UM REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER: OTIMIZANDO A ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS
- IMPLEMENTAÇÃO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA OTIMIZAÇÃO DOS PROCESSOS DO PACIENTE CIRÚRGICO NO HMC
- INOVAÇÃO NA ACREDITAÇÃO EM SAÚDE: A COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA COMO DIFERENCIAL
- INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO CUIDADO MATERNO: ACOLHIMENTO, TRIAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
- MEU MATER DEI PLATAFORMA DIGITAL DE SAÚDE: EFICIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM JORNADA INTEGRADA VIA APP
- O USO DA REALIDADE VIRTUAL NO PROCESSO DE DESPERTAR DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS
- PAINEL DE MONITORAMENTO DE EXAMES APLICADO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR
- PARA ALÉM DA INOVAÇÃO: O QUE BENEFICIA E O QUE DESAFIA A TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SAÚDE
- PROJETO DE AUTOMAÇÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR COM DISPENSÁRIOS ELETRÔNICOS
- REABILITAÇÃO NEUROFUNCIONAL EM CRIANÇAS NA UTI PEDIÁTRICA: O PAPEL DAS TECNOLOGIAS NO PROGNÓSTICO DE LONGO PRAZO – RELATO DE CASO
- REDUÇÃO DE EMISSÕES DE CARBONO PELO CONTROLE DO USO DE ÓXIDO NITROSO: UMA INICIATIVA DE MELHORIA

- REPOSITÓRIO INTELIGENTE: INOVAÇÃO ACESSÍVEL E CENTRADA NO USUÁRIO PARA GESTÃO EFICIENTE DE PROJETOS
- REVOLUCIONANDO O CUIDADO AO IDOSO COM IA, EMPATIA E EFICIÊNCIA
- SHINSETSU: INOVANDO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E NA EFICIÊNCIA OPERACIONAL
- SISTEMA DIGITAL NA ROTINA DA EMTN: RELATO DE CUIDADO NUTRICIONAL EM HOSPITAIS
- START: ESTRUTURANDO A CULTURA DE INOVAÇÃO COM PROTAGONISMO DOS COLABORADORES
- TECNOLOGIA E CUIDADO INTENSIVO: O IMPACTO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA GESTÃO DA UTI
- TELEINTERNAÇÃO CIRÚRGICA: PROJETO DE MELHORIA EM EFICIÊNCIA, SEGURANÇA E SUSTENTABILIDADE
- TOTEM DE AUTOATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: UM PASSO À FRENTE NA JORNADA DO PACIENTE
- TRANSFORMAÇÃO DIGITAL DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM ESI NO PRONTO-SOCORRO
- TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA FARMÁCIA CLÍNICA: A JORNADA DE IMPLEMENTAÇÃO DE FERRAMENTA DE IA
- TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA PORTA DE ENTRADA DO PRONTO SOCORRO: AGILIDADE NO PROCESSO DE CADASTRO
- TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DIGITAL COMO FERRAMENTA DE ACESSO E ADESÃO AO TRATAMENTO DA ILTB
- USO DA REALIDADE VIRTUAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO HUMANIZADO E ALÍVIO DA DOR NA UTI PEDIÁTRICA: VALORIZANDO O BEM-ESTAR EM SAÚDE
- USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS PROFILÁTICOS EM ONCOLOGIA COM PRESCRIÇÃO AUTOMATIZADA
- VIGILÂNCIA INOVADORA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-ALTA POR MEIO DE CHATBOT AUTOMATIZADO

EIXO PESSOAS

- CUIDANDO DE QUEM CUIDA: PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE INTEGRAL PARA PROFISSIONAIS DE ONCOLOGIA
- CULTURA DE SEGURANÇA EM ANESTESIOLOGIA: REFLEXÕES E DESAFIOS NO CENÁRIO BRASILEIRO

- CULTURA DE SEGURANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO: DESAFIOS E LIÇÕES DE UM ESTUDO COMPARATIVO
- DAILY HUDDLE COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO NA ÁREA DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE
- DO ESTÁGIO À CARREIRA: PROGRAMA DE TRAINEE PARA TÉCNICOS EM ENFERMAGEM
- ERGONOMIA - PAUSAS PRODUTIVAS: UM OLHAR ATENTO AO BEM-ESTAR NA LAVANDERIA
- IMERSÃO REALÍSTICA E RETENÇÃO ASSISTENCIAL: A NOVA PORTA DE ENTRADA PARA OS TALENTOS DA ENFERMAGEM
- IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO COM MENTORIA “SOL E SOMBRA”
- MONITORAMENTO DA PERFORMANCE INDIVIDUAL COM EQUIPE DE ANESTESIOLOGISTAS
- OFICINAS DE PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA: UMA AÇÃO PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
- PESSOAS NO CENTRO: PROPÓSITO, SAÚDE MENTAL E ENGAJAMENTO NO PRONTO-SOCORRO
- PLANO DE CARREIRA PARA A EQUIPE DE BOMBEIROS
- PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EXECUTIVA – FEHOSP LIDERANÇA ESTRATÉGICA PARA A TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE
- PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZACIONAL COM METODOLOGIA CRM E PEER SUPPORT PARA ENFERMAGEM
- PROJETO ESCUTAR
- PROJETO TRANSFORMAR: TRANSFORMANDO A FARMÁCIA HOSPITALAR ATRAVÉS DA GESTÃO DE PESSOAS
- PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO COM AÇÕES INTEGRADAS DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E ERGONOMIA
- RHECONSTRUIR: RECURSOS DE FORMA MAIS HUMANA
- SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DESAFIOS NO APOIO PSICOLÓGICO
- SOB PRESSÃO: AFASTAMENTOS POR TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE EM UNIDADE PÚBLICA DE URGÊNCIA
- UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIA ATIVA NO TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL

A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO HOSPITALISTA NO DESENVOLVIMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO.

Ana Paula Cappelli, Cleiciane Mendes da Silveira, Adriana Popovickz.

INTRODUÇÃO

A Medicina Hospitalar apresenta-se como modelo assistencial centrado na atuação de profissionais generalistas que coordenam o cuidado intra-hospitalar. Neste contexto, destaca-se o papel do enfermeiro hospitalista na articulação de ações assistenciais, especialmente no desenvolvimento do Plano Terapêutico Individualizado (PTI), ferramenta fundamental para a integralidade e efetividade da assistência em saúde.

Time de Enfermeiros Hospitalistas

OBJETIVO

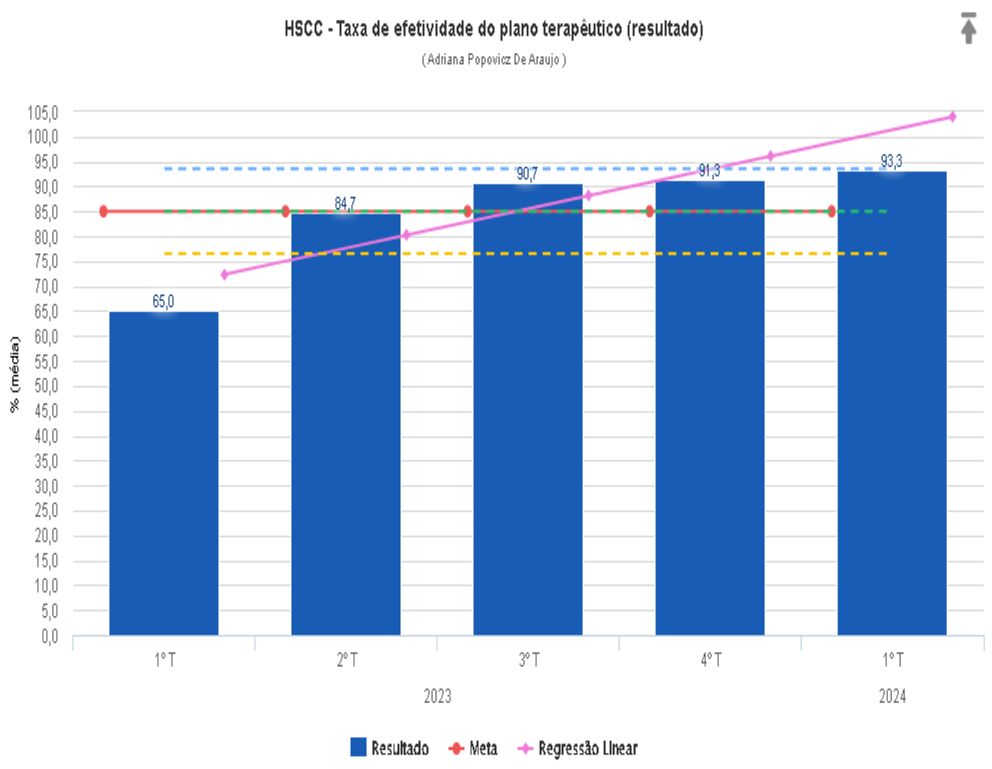
Descrever o impacto da implantação da equipe de enfermeiros hospitalistas no desenvolvimento e efetividade do PTI em um hospital filantrópico de Curitiba.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo, com análise de dados coletados entre janeiro de 2023 e junho de 2024. Os dados foram organizados por semestre e avaliados com base na taxa de pacientes com PTI definido e efetividade do plano terapêutico. As ações foram analisadas em associação com estratégias de gestão implementadas.

RESULTADOS

Os indicadores demonstraram evolução significativa ao longo dos semestres analisados. A taxa de pacientes com PTI definido aumentou de 71% para 95% entre o período analisado, superando consistentemente a meta institucional de 85%. A efetividade dos PTIs seguiu tendência semelhante, passando de 75% para 91% no mesmo período. A média de permanência hospitalar, por sua vez, reduziu-se de 3,9 para 2,7 dias, refletindo maior agilidade nos processos de alta hospitalar



Indicador de resultado – Interact.

CONCLUSÕES

A introdução da equipe de enfermeiros hospitalistas promoveu ganhos expressivos em qualidade assistencial e eficiência hospitalar, reafirmando o papel estratégico desse profissional na gestão do cuidado centrado no paciente. A sistematização do PTI, aliada ao uso de ferramentas de gestão e a estruturação de visitas interdisciplinares, resultou na redução do tempo de internação e otimização dos recursos hospitalares. A experiência demonstrou que, quando inserido em uma cultura de melhoria contínua, o enfermeiro hospitalista contribui diretamente para a qualificação da assistência, aumento da segurança do paciente e alcance de metas institucionais, incluindo a conquista da certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Este modelo representa uma inovação replicável para outras instituições que buscam aliar qualidade, resolutividade e humanização no cuidado hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem — COFEN. **Resolução COFEN nº 564/2017 — Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: site do COFEN. Acesso em: 17 set. 2025.

SILVA, R. S. **Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: um documento inovador**. [Artigo/Análise em repositório]. 2021. Acesso em: 17 set. 2025.

FONSECA, F.; WAJNER, A.; NEWMAN, J. **Hospital medicine, Brazilian style**. ACP Hospitalist, 21 jun. 2023. (Relato/Análise sobre a expansão da prática hospitalista no Brasil). Acesso em: 17 set. 2025.

PEBMED / AFYA. **Revista PEBMED — Edição Medicina Hospitalista**. Dez. 2023. (Coletânea de artigos e debates sobre equipes hospitalares, segurança do paciente e protocolos clínicos). Acesso em: 17 set. 2025

ADESÃO AO PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DA SEPSE NEONATAL PRECOCE

Elisabete Cruz, Vanessa Fernandes

INTRODUÇÃO

A sepse neonatal precoce é uma das principais causas de morbimortalidade em recém-nascidos, especialmente prematuros. Sua identificação é desafiadora devido a sinais clínicos inespecíficos e baixa sensibilidade dos exames laboratoriais. Diante disso, a implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências torna-se essencial para padronizar condutas, otimizar o uso de antimicrobianos e reduzir desfechos adversos.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo realizado entre 2023 e maio de 2025, em três maternidades privadas de São Paulo. Foram incluídos recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação, expostos a fatores de risco maternos: bolsa rota ≥18h, corioamnionite, infecção do trato urinário sem tratamento <72h, trabalho de parto prematuro sem causa aparente, febre materna, uso de pessário e/ou cerclagem. Foram analisadas variáveis clínicas, adesão ao protocolo (administração de antibiótico até 1 hora após o nascimento, escolha e suspensão da antibioticoterapia em 48 horas) e ocorrência de sepse.

RESULTADOS

Foram avaliados 733 recém-nascidos: 174 em 2023, 143 em 2024 e 90 até maio de 2025. A adesão à antibioticoterapia em até 1 hora foi de 52,9%, 72,7% e 71,1%, respectivamente, evidenciando melhora mesmo diante do desafio da punção e preparo do recém nascido em casos graves. A adequação na escolha do antimicrobiano (gentamicina) apresentou incremento de 79,3% para 100%, enquanto a taxa de suspensão apropriada da terapia antimicrobiana em 48 horas manteve-se elevada, embora com variação anual (92,4% em 2023; 76,9% em 2024; 78,9% em 2025), conforme demonstrado no Gráfico 1. Houve redução progressiva na taxa de sepse precoce, conforme demonstrado no Gráfico 2, com queda de 7,5% em 2023 para 7,0% em 2024 e 3,3% em 2025, associada a bons desfechos clínicos.

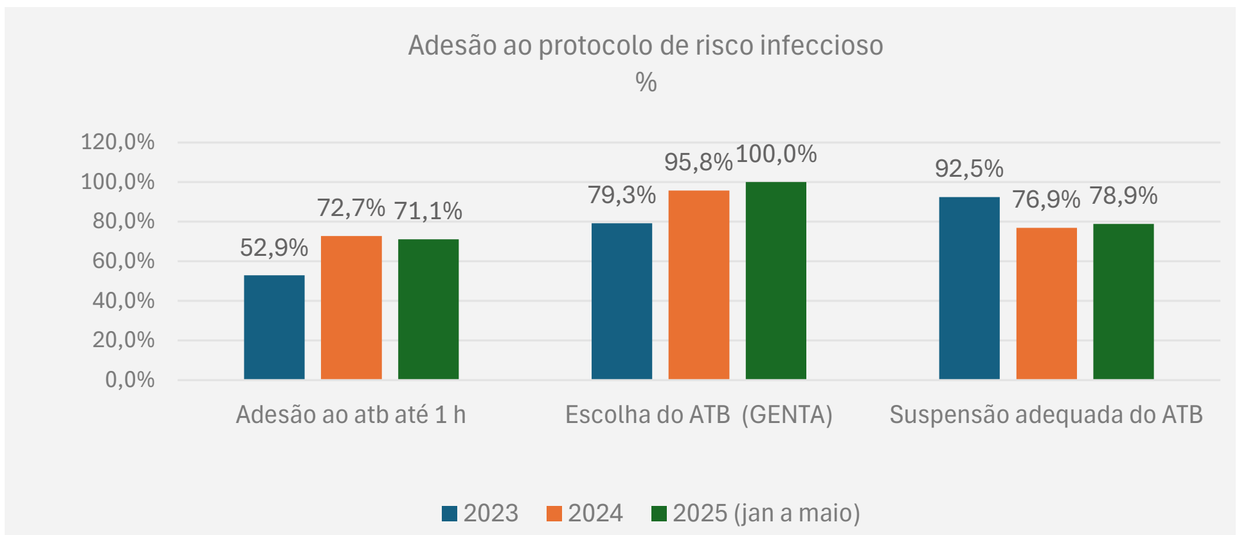


Gráfico 1- Adesão aos componentes do protocolo de prevenção da sepse neonatal precoce em maternidades privadas de São Paulo, 2023 a mai/2025.

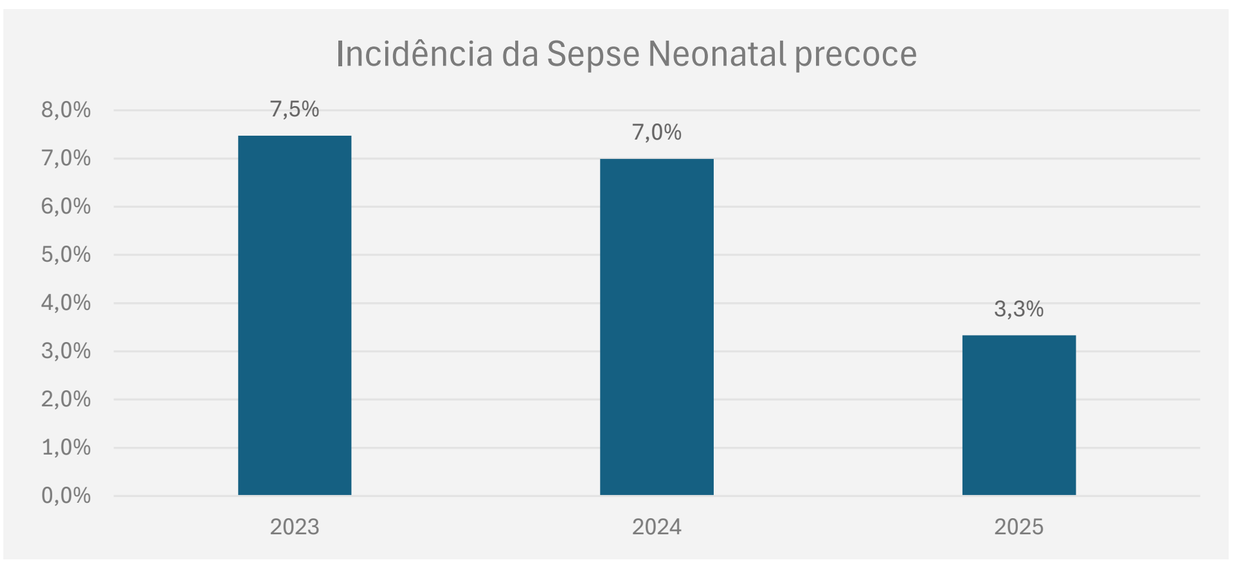


Gráfico 2 Taxa percentual de sepse neonatal precoce registrada entre 2023 e maio de 2025 em um grupo de maternidades privadas de São Paulo.

CONCLUSÕES

A adesão aos componentes do protocolo assistencial para prevenção da sepse neonatal precoce apresentou evolução positiva, refletindo-se na redução significativa da incidência da doença. Contudo, apesar dos avanços, é necessário intensificar estratégias educativas e monitoramento para otimizar a adesão e aprimorar os desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Neonatal Early-Onset Sepsis: Epidemiology and Risk, NeoReviews Vol.16 No.4 April 2015 e 221
2. Management of Neonates With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis, PEDIATRICS Volume 129, Number 5, May 2012
3. Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010, MMWR Recomm Rep. 2010 Nov 19;59(RR-10):1-36

Avaliação de Valor em Saúde na Oncologia Mamária: A Experiência do Hospital Santa Rita de Cássia na Implementação do Padrão ICHOM

Diego Roncete Ramos; Luiz Augusto Castro Fagundes Filho; Rebeca Ventura Gomes Resende; Herick Heidmann Esquincalha.

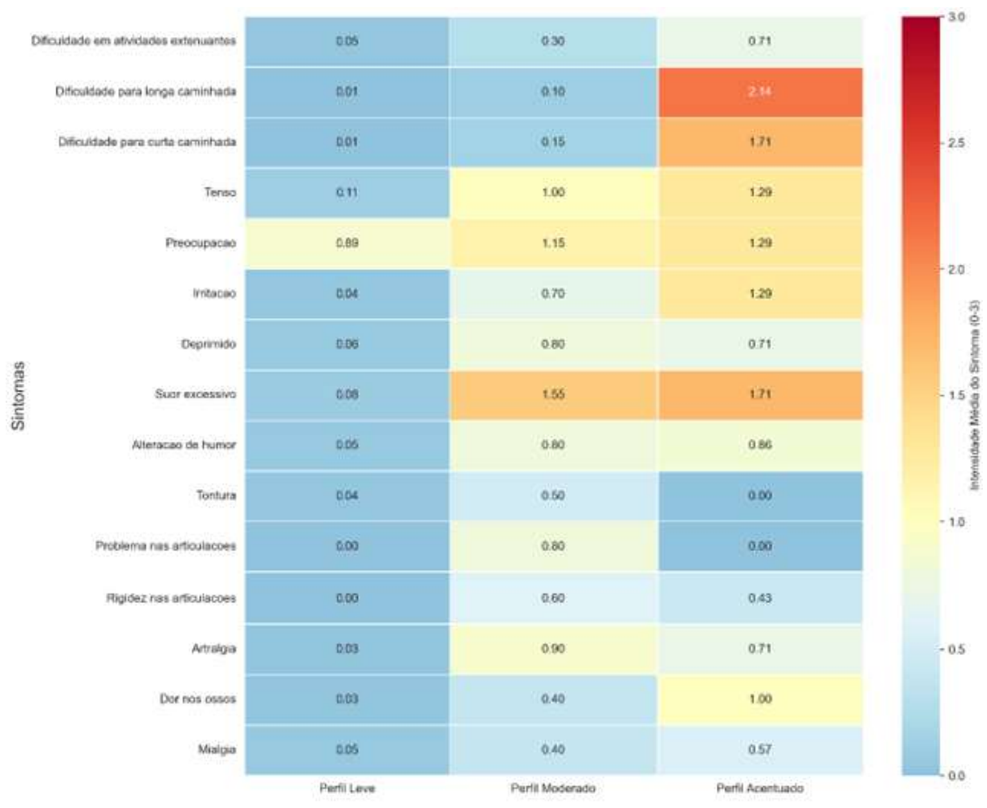
INTRODUÇÃO

A medicina moderna busca a transformação para um cuidado baseado em valor, que depende da medição de resultados que realmente importam para os pacientes.
A adoção de padrões internacionais como o do Consórcio Internacional para Medição de Desfechos em Saúde (ICHOM) é fundamental para aprimorar a qualidade do cuidado. O ICHOM padroniza indicadores clínicos e de qualidade de vida (PROMs), permitindo a comparabilidade e a melhoria contínua.
Este trabalho apresenta a experiência do Afecc – Hospital Santa Rita de Cássia na implementação do protocolo ICHOM para câncer de mama. O objetivo principal foi qualificar o cuidado e fortalecer o acompanhamento multidisciplinar, com foco na avaliação do bem-estar físico, funcional e emocional da paciente.

METODOLOGIA

A metodologia ICHOM para câncer de mama foi implementada, abrangendo nove PROMs e 215 indicadores que cobrem aspectos clínicos, tumorais, funcionais e psicossociais. A coleta de dados foi realizada por uma equipe multiprofissional em diferentes fases do cuidado: diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Os dados foram extraídos e validados em tempo real a partir do prontuário eletrônico.
A amostra do estudo incluiu 757 pacientes triados, dos quais 491 tiveram o diagnóstico confirmado de neoplasia maligna e foram incluídos na linha de cuidado. Os dados foram organizados em painéis gerenciais e operacionais. A iniciativa permitiu:

- Monitoramento remoto por telemedicina e acompanhamento domiciliar.
- Identificação de barreiras psicossociais e clínicas que afetam a adesão terapêutica.
- Integração de dados assistenciais com protocolos de qualidade.
- Avaliar o estado nutricional das pacientes por meio dos PROMs, identificando aquelas com maior risco de durante o tratamento do câncer.
- Análise de subgrupos latentes na população de pacientes, identificando perfis distintos com base na carga sintomatológica (Perfis Leve, Moderado e Acentuado).
- Avaliação da experiência da paciente por meio de variáveis de experiência (PROMs), como percepção de saúde e sintomas específicos.



Perfil de Sintomas por cluster de pacientes, sendo “Nada” = 0; “Um pouco” = 1; “Bastante = 2”, “Muito” = 3. Fonte: Autoria Própria.

RESULTADOS

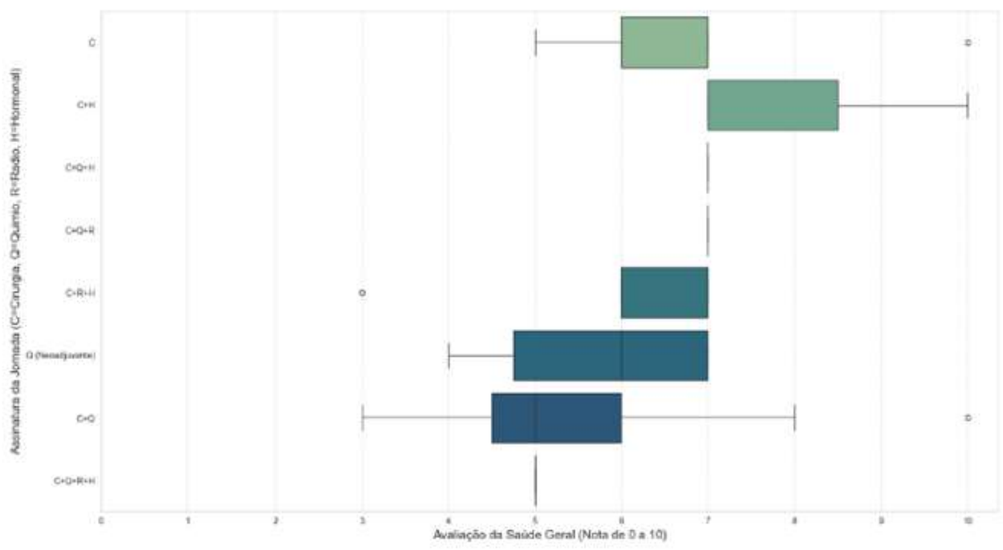
Dos 757 pacientes triados, 491 apresentaram diagnóstico confirmado de câncer de mama. A plataforma de dados permitiu o registro de 1.270 checklists. As taxas de preenchimento foram de 100% para itens demográficos e clínicos basais, e entre 65% e 71% para os domínios físico, psicossocial e de tratamento.
A taxa de resposta sobre controle da doença ainda é nula devido à temporalidade da coleta.

O estudo revelou que as jornadas de tratamento mais complexas, como a combinação de Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia + Terapia Hormonal, estão associadas a uma menor percepção de saúde do que as jornadas mais simples.

A análise de dados também identificou dois clusters de sintomas: um de dor musculoesquelética e outro de sofrimento emocional-funcional, validando o conceito de "síndromes de sintomas".

A análise de agrupamento (K-Means) identificou três perfis de pacientes distintos: Leve, Moderado e Acentuado, sendo este último o mais vulnerável e com a maior carga sintomatológica.

O modelo viabilizou o acompanhamento de desfechos e a criação de discussões para avaliação de uma nova estratégia de acompanhamento do paciente, com impacto positivo na adesão terapêutica e foco na redução de visitas desnecessárias ao pronto-socorro.



Avaliação de Saúde com base no ICHOM, comparado com tipos de tratamento de neoplasia de mama. Fonte: Autoria Própria.

CONCLUSÕES

A implementação do protocolo ICHOM no Hospital Santa Rita de Cássia provou ser uma fonte de inteligência de dados de valor inestimável. A mensuração da experiência da paciente, além dos desfechos clínicos, é um indicador chave de performance e qualidade.
A identificação de subgrupos distintos, como o Perfil Acentuado, oferece uma oportunidade estratégica para otimizar a alocação de recursos hospitalares e direcionar equipes multidisciplinares de forma mais precisa.
A iniciativa valida que a exploração contínua de um banco de dados estruturado é um pilar fundamental para a tomada de decisões baseada em evidências, capacitando o hospital a gerenciar a experiência da paciente de forma inteligente e a reforçar sua posição como líder em um cuidado oncológico centrado na pessoa, trazendo valor em saúde para a instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT (ICHOM). Standard Set for Breast Cancer. 2017. Disponível em: https://www.ichom.org/standard-sets/breast-cancer/. Acesso em: 18 set. 2025.
2. PORTER, M. E. What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 23 dez. 2010.
3. GREGORATTI, L. R. et al. O papel do ICHOM na medição de resultados em oncologia: uma revisão integrativa. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 5, p. e00057218, 2019.

ALTA SEGURA: CUIDANDO DO INICIO AO FIM

Maikon Mendes Miranda, Josiane Aparecida Moreira Areal, Thieres Assumpção Paulino, Raony Nunes Carvalho.

INTRODUÇÃO

A alta hospitalar é um momento crítico que exige planejamento e continuidade do cuidado. O projeto “Alta Segura: cuidando do início ao fim” foi implantado com o objetivo de garantir uma transição segura e acolhedora do hospital para o domicílio. A iniciativa surgiu da necessidade de reduzir reinternações, organizar o processo de alta e promover a integração com a atenção primária à saúde, assegurando cuidado contínuo e humanizado ao paciente.

METODOLOGIA

O projeto foi conduzido por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva, com foco na melhoria de processos assistenciais. Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional por meio da análise de reinternações, relatos de pacientes e dificuldades operacionais. Em seguida, foram mapeados os fluxos críticos da alta hospitalar. A implementação contou com a participação de uma equipe multidisciplinar, envolvendo setores como NIR, EGA, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Administração e equipes assistenciais. Foram elaborados instrumentos como o Plano de Alta Segura, Envelope de Alta e materiais padronizados por patologia. A coleta de dados foi realizada por meio de auditorias em prontuários, aplicação de questionários de satisfação e monitoramento de indicadores como taxa de reinternação, mortalidade e erros de documentação. As ações seguiram as etapas do ciclo PDCA, garantindo avaliação contínua e ajustes necessários ao longo do processo.

Fluxo do Plano de Alta Segura, desde a internação até a alta hospitalar.

Modelo do envelope entregue no momento da alta hospitalar

Entrega do envelope de Alta Segura ao paciente após alta hospitalar

RESULTADOS

A implantação do projeto resultou em avanços expressivos: a taxa de reinternações foi reduzida em 43,09% (gráfico 1), a mortalidade hospitalar caiu 32,25% (gráfico 2) e os erros de documentação diminuíram em 81,48% (gráfico 3). A adesão ao uso do Envelope de Alta atingiu 98,24% (gráfico 4). Além disso, 93,6% dos colaboradores (gráfico 5) e 81,5% dos pacientes (gráfico 6) relataram satisfação com o processo. Os dados demonstram que a organização da alta hospitalar promove segurança, continuidade do cuidado e excelência assistencial.

Gráfico 1.

Gráfico 2.

Gráfico 3.

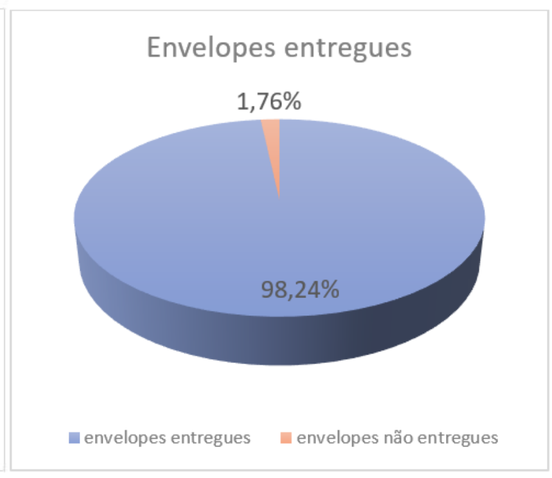


Gráfico 4.

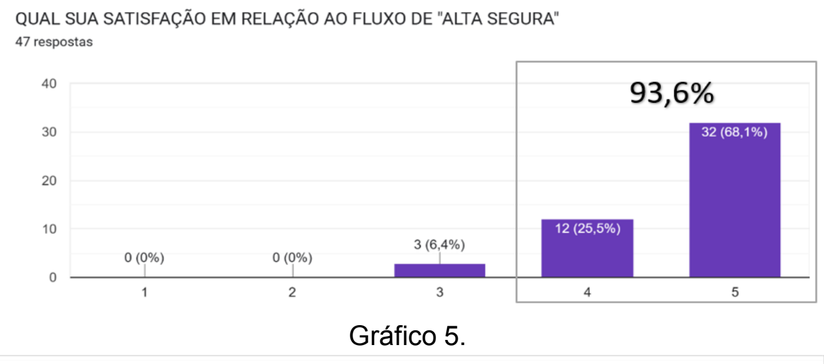


Gráfico 5.

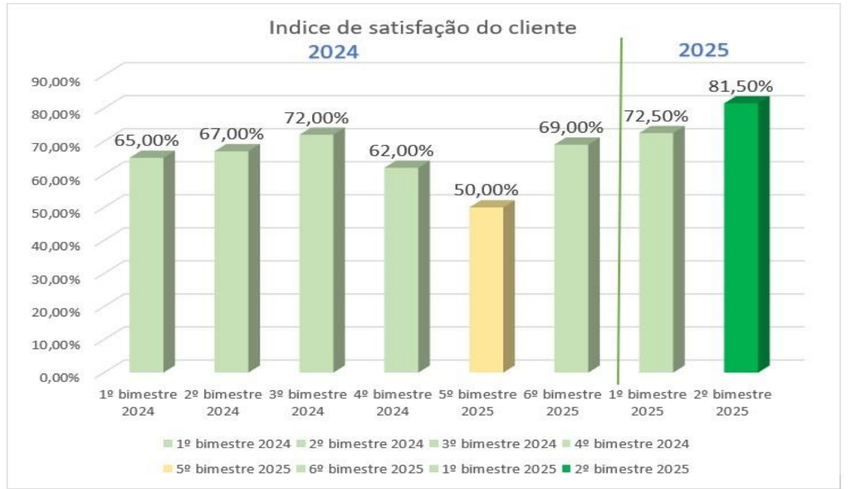


Gráfico 6.

CONCLUSÕES

O “Alta Segura” comprovou que planejamento estruturado e atuação multiprofissional tornam a transição do hospital para o domicílio mais segura e humanizada. A expressiva redução de reinternações, mortalidade e falhas de documentação confirma o impacto positivo do projeto na continuidade do cuidado e na qualidade assistencial da Santa Casa de Guaçuí.

REFERÊNCIAS

FRANCELA, R. C. M.; CARLOTTO, F. D.; FIGUEIREDO, N. M.; RIQUINHO, D. L. Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2025. DOI:10.1590/S0103-73312025350216.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA : DESAFIOS E ESTRATÉGIAS.

Guilherme Augusto Alves Luzia, Rafael Zanini Barbato

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência que exige intervenção rápida e precisa. A equipe de enfermagem, geralmente a primeira a agir, tem papel fundamental na identificação precoce e nas manobras de reanimação. Contudo, desafios como infraestrutura inadequada, falhas de comunicação e ausência de treinamentos contínuos ainda comprometem a assistência. Diante disso, é essencial adotar estratégias que reforcem a capacitação profissional e a organização do ambiente hospitalar, promovendo mais segurança e qualidade no atendimento à PCR.

METODOLOGIA

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência que exige resposta imediata e precisa, especialmente em unidades de pronto atendimento, onde o tempo-resposta é determinante para a sobrevida do paciente.

Relatos de experiência em uma unidade de emergência revelam que a atuação de uma equipe de enfermagem bem treinada reduz significativamente o tempo de resposta às manobras de reanimação, melhorando os desfechos clínicos. A ausência de treinamentos contínuos e falhas na comunicação ainda são fatores que comprometem a assistência. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada com base no método de Whittemore e Knaft (2005). A busca foi conduzida nas bases SCiELO. LILACS e BENF, com inclusão de estudos que abordavam a atuação da enfermagem frente à PCR em ambiente hospitalar. A análise foi descritiva, com apoio da plataforma Rayyan, permitindo organizar e avaliar criticamente os estudos selecionados, destacando a importância da capacitação para um atendimento seguro e eficaz.

RESULTADOS

A implantação de um projeto em unidade de emergência, com foco na resposta à PCR, resultou na redução do tempo de atendimento e maior eficácia da equipe. As ações incluíram um carrinho de emergência autoexplicativo, lousa com escala de funções durante a PCR, treinamentos e simulações semestrais. Houve avanço significativo nas habilidades da equipe, comprovado por avaliações antes e após os treinamentos. A padronização e a capacitação contínua mostraram-se essenciais para um atendimento seguro e resolutivo.

Quadro do time de resposta rápida na emergência, organizando o sítio funcional no atendimento a parada cardiorrespiratória .

CONCLUSÕES

A parada cardiorrespiratória (PCR) é um dos maiores desafios no ambiente hospitalar, exigindo resposta rápida e coordenada, especialmente por parte da equipe de enfermagem, que costuma ser a primeira a intervir. A revisão integrativa evidenciou que, apesar do conhecimento teórico sobre os protocolos de RCP, a falta de treinamentos práticos, falhas na estrutura e na comunicação comprometem a qualidade da assistência. Diante disso, reforça-se a importância da educação continuada, simulações realísticas e padronização de condutas. Conclui-se que capacitação e estrutura adequadas são fundamentais para um atendimento seguro e eficaz.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Renata Maria de Nassau e et al. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento à vítima de parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: uma revisão de literatura. In: SAÚDE PÚBLICA EM PAUTA: CONHECIMENTOS E INOVAÇÕES. [S.l.]: Editora Científica, 2023. Disponível em: https://www.editoracientifica.com.br/books/chapter/atuacao-da-equipe-de-enfer.

ATENDIMENTO DE ALTO PADRÃO EM EMERGÊNCIA: COMO A EFICIÊNCIA NO PROCESSO OPERACIONAL IMPACTA O NPS

Autor: Marcela Cristiane Teixeira Andrade Murta, Coautor: Izabela Ramalho Felipe, Deysiane Leandro dos Santos

INTRODUÇÃO

A experiência do paciente em pronto socorro é altamente influenciada pela agilidade e eficiência operacional. Processos morosos elevam o tempo de espera, aumentam a insatisfação e impactam diretamente o NPS (Net Promoter Score). A otimização dos fluxos operacionais é uma estratégia fundamental para garantir um atendimento de alto padrão.

METODOLOGIA

Em ambientes de urgência e emergência, a percepção do paciente sobre a qualidade do atendimento é diretamente influenciada pela agilidade, segurança e humanização do cuidado. O Net Promoter Score (NPS) tem se consolidado como uma importante ferramenta para mensurar a experiência do paciente, além de direcionar melhorias assistenciais. Na implantação do projeto, o pronto-socorro adotou estratégias estruturadas, realizando a capacitação de atendimento de alto padrão para todos os colaboradores com foco no atendimento de excelência e encantamento do cliente. Foi realizado também o mapeamento dos processos assistenciais que mais impactam na satisfação do paciente, sendo priorizado o acolhimento, agilidade, automatização e digitalização do processo de cadastro com utilização de totens de autoatendimento e assinatura digital através do uso do tablet, com foco na agilidade do tempo de triagem, cadastro e tempo porta médico.

RESULTADOS

A implementação das melhorias digitais e a capacitação de atendimento alto padrão, resultou em redução expressiva do tempo médio de espera e maior agilidade nos processos críticos do atendimento. Observou-se aumento da previsibilidade operacional, redução de retrabalhos e maior satisfação dos clientes. Como consequência, o Net Promoter Score (NPS) apresentou excelente resultado, atingindo a meta estabelecida de de forma sustentada após a padronização dos fluxos e processos operacionais.

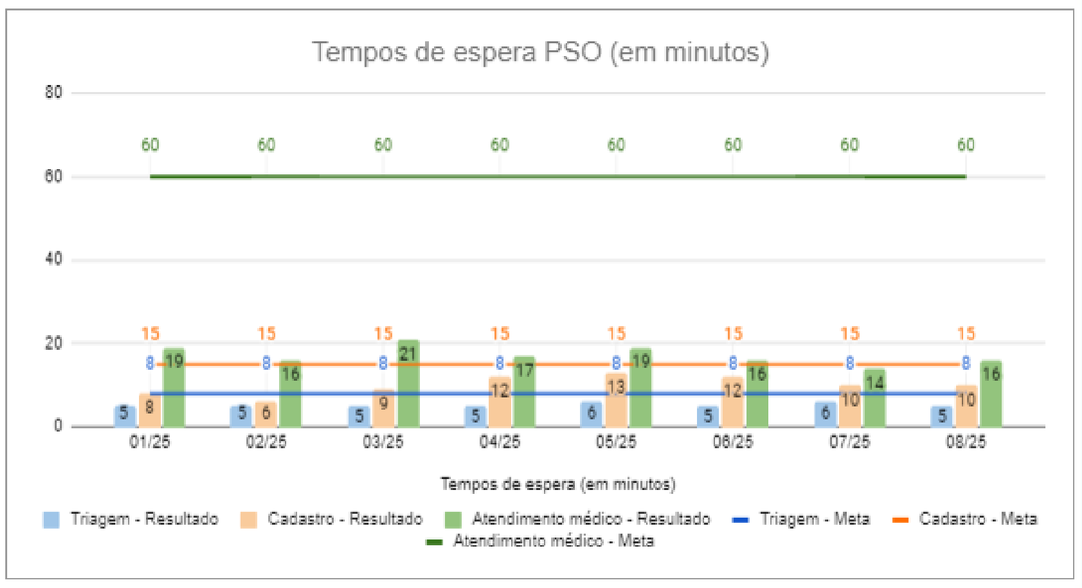
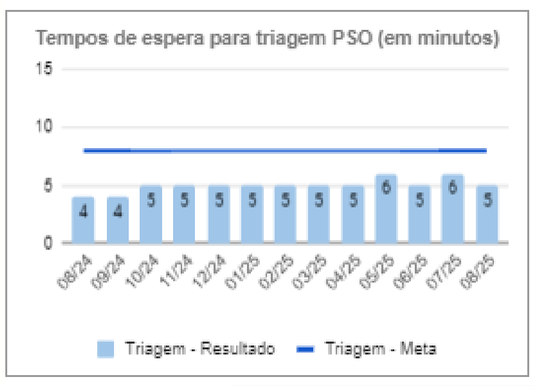


Gráfico: Tempos de espera (em minutos).



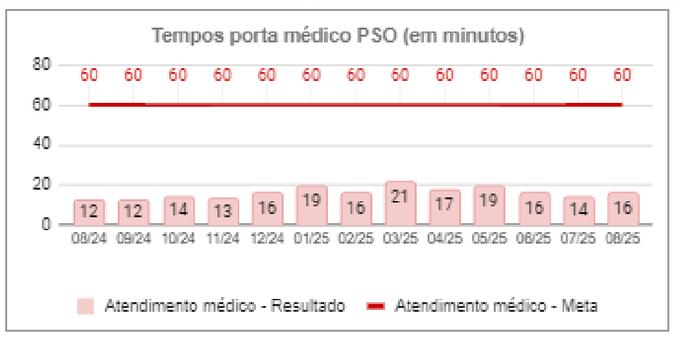


Gráfico: Indicador de Tempo de espera para triagem / Gráfico: Indicador de Tempo de espera cadastro/ Gráfico: Indicador de Tempo de espera porta médico

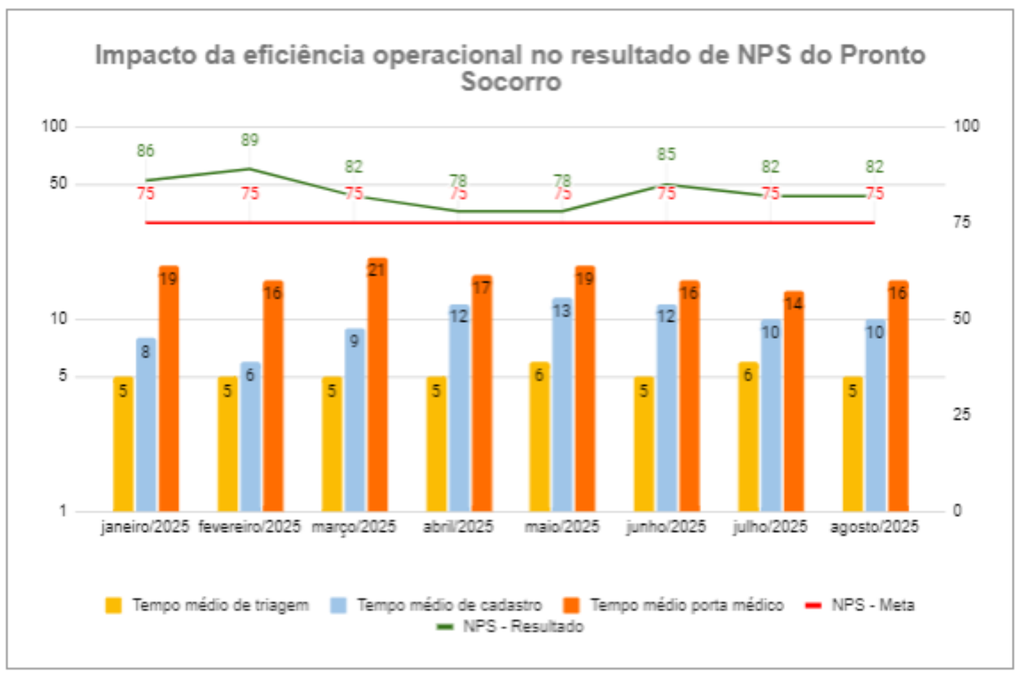


Gráfico: Impacto da eficiência operacional no resultado do indicador de NPS do Pronto Socorro.

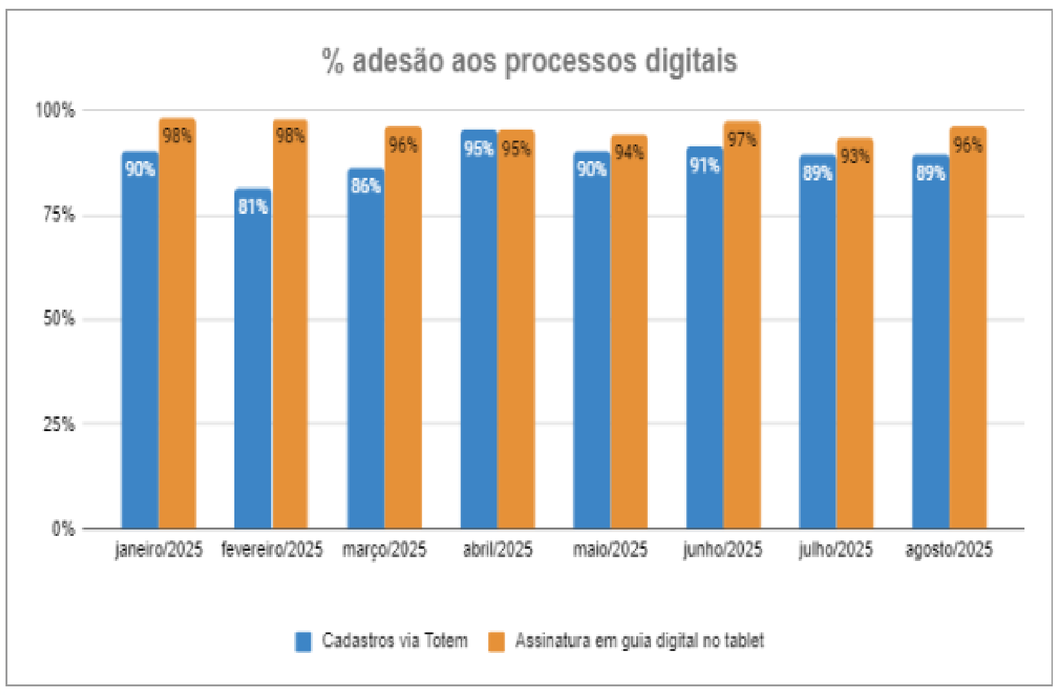


Gráfico: % Adesão aos processos digitais totem e tablet

CONCLUSÕES

A experiência do paciente no pronto-socorro foi significativamente influenciada pela eficiência operacional e pelo atendimento de alto padrão. A otimização dos processos não apenas diminuiu os tempos de espera, mas também estabeleceu o pronto-socorro do Mater Dei Nova Lima, como um modelo de atendimento alto padrão e equipe de alta performance. O impacto positivo e o alcance da meta do NPS em todos os meses, destacam a importância da sinergia entre a gestão de processos e a excelência no cuidado prestado ao paciente.

REFERÊNCIAS

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q., 1966;44(3):166-206. BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: Care, health, and cost. Health Aff., 2008;27(3):759-769. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Accreditation Standards for Hospitals. 8th ed. Oak Brook: JCI, 2021.

Atuação de grupo multidisciplinar e auditoria digital para prevenção de PAVs em UTI de hospital público.

Milena Novaes Hortz; Ana Paula Rocha; Maicon Ramos Pinto; Ernesto Leandro da Silveira Neto.

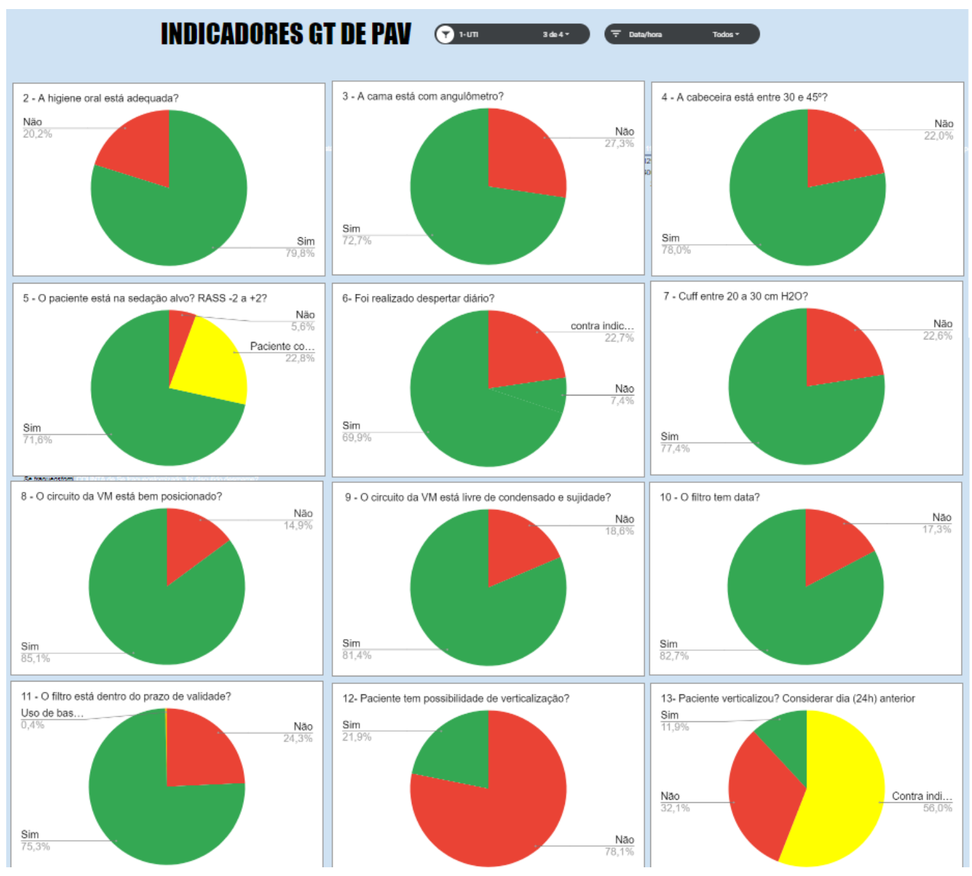
INTRODUÇÃO

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é uma das principais causas de infecção hospitalar em unidades de terapia intensiva, impactando negativamente os desfechos clínicos e a segurança do paciente. Estratégias de vigilância ativa e educação permanente são fundamentais para sua prevenção.

METODOLOGIA

A partir de agosto de 2024, foi instituído um grupo multidisciplinar com representantes da enfermagem, fisioterapia, medicina e equipe de qualidade, realizando auditorias semanais nas UTIs. Para padronização das observações, foi criado um checklist com 13 perguntas, disponibilizado via Google Forms. A ferramenta permitiu respostas rápidas em dispositivos móveis e compilação automática dos dados. Foram coletadas 505 respostas por item, permitindo identificar padrões de falhas, direcionar treinamentos e promover intervenções em tempo oportuno.

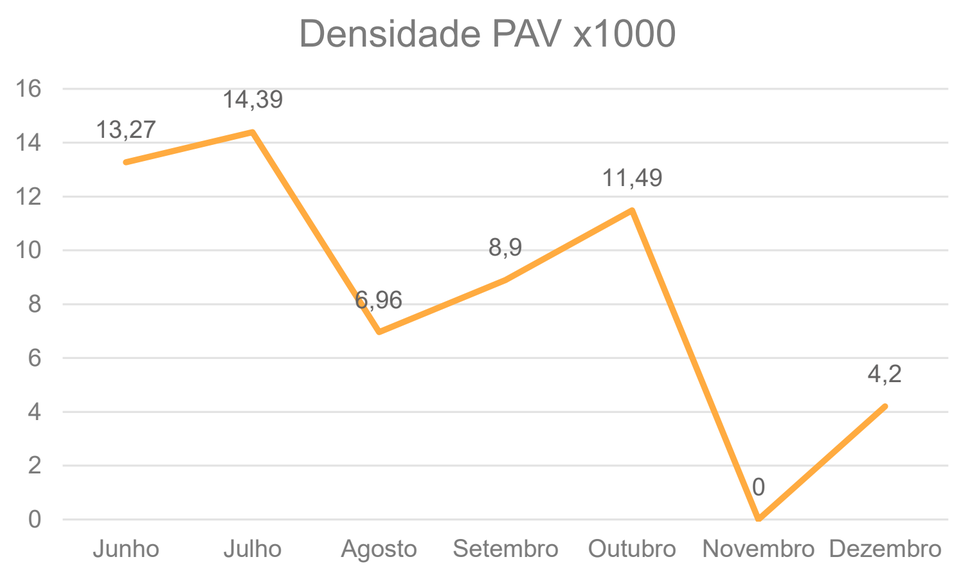
Reuniões do grupo de trabalho voltadas para discussões técnicas e planejamento de atividades.



Monitoramento dos resultados por meio de dashboard em tempo real.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou falhas recorrentes em medidas como a elevação da cabeceira e higiene oral. Foram realizados treinamentos direcionados em três UTIs. Como resultado, observou-se uma redução significativa no números de PAV, Em julho antes de iniciarmos 6 PAVS no mês para 0 em novembro de 2024, havendo também impacto positivo no engajamento das equipes.



Indicador de resultado: Desindade de PAV x1000 – 2º Semestre de 2024

Mês	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Número de Pneum assoc VM	6	6	3	3	3	0	1
Total de paciente-dia VM	452	417	431	337	261	248	238

Tabela de Resultados – Número de PAVs e Total de Pacientes-dia em ventilação mecânica – 2º Semestre de 2024

CONCLUSÕES

A integração entre auditoria digital, trabalho multidisciplinar e educação contínua mostrou-se eficaz na prevenção das PAVs. A estratégia possibilitou identificação precoce de não conformidades, intervenção imediata e melhoria da qualidade da assistência prestada a pacientes em ventilação mecânica.

REFERÊNCIAS

Cohen, A. et al. (2017). *Prevention of ventilator-associated pneumonia: current perspectives. Journal of Clinical Medicine*, 6(10), 102.
Zhang, L., et al. (2018). *Ventilator-associated pneumonia and its prevention: Focus on a bundled approach. Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 925-931.

Atuação do farmacêutico na intervenção de antibióticos profiláticos em cirurgias: Garantia de segurança e efetividade

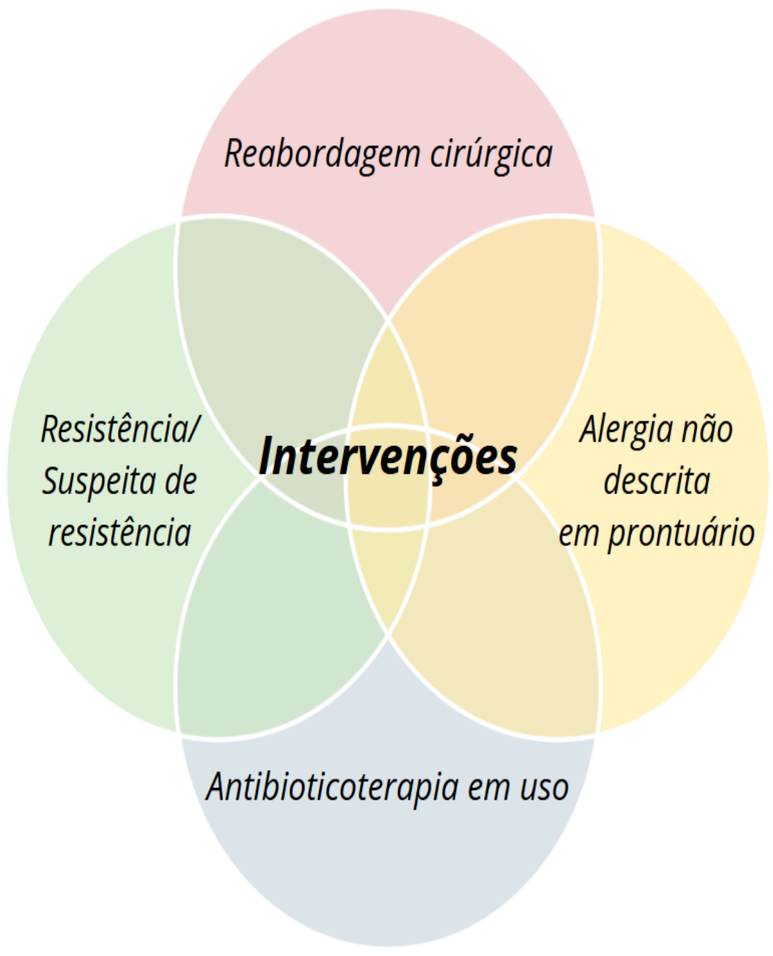
Daniela Fernandes, Ana Paula Consolin, Flávia Toledo

INTRODUÇÃO

A profilaxia cirúrgica refere-se ao uso de antibióticos no pré-operatório, durante ou logo após o procedimento cirúrgico, visando a redução significativa do risco de infecções de sítio cirúrgico, sendo umas das complicações pós-operatórias mais comum e potencialmente graves. A atuação do farmacêutico clínico promovendo a indicação do antibiótico seguindo o protocolo institucional aliada a adesão da equipe médica contribui diretamente para qualidade do cuidado ao paciente.

METODOLOGIA

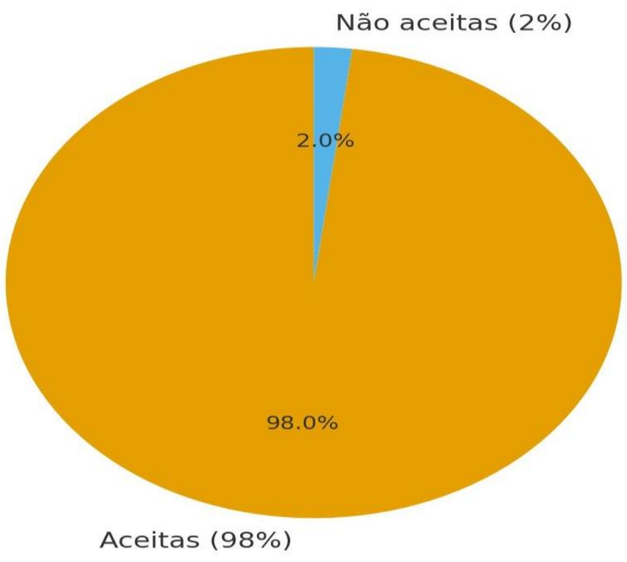
O farmacêutico clínico avalia diariamente os pacientes com programação de procedimento cirúrgico eletiva e urgências. A avaliação farmacêutica consiste na coleta de dados em prontuário verificando peso, alergia, uso prévio de antibióticos e sugere a indicação de acordo com o tipo de procedimento, tempo cirúrgico e dose. Os medicamentos são separados e identificados com nome completo do paciente, quantidade a ser administrada, horário do procedimento e dose repique se necessário, as informações são inseridas em prontuário eletrônico. A não adesão ao protocolo pela equipe médica deve ser justificada através do preenchimento do formulário de justificativa de prescrição de profilaxia.



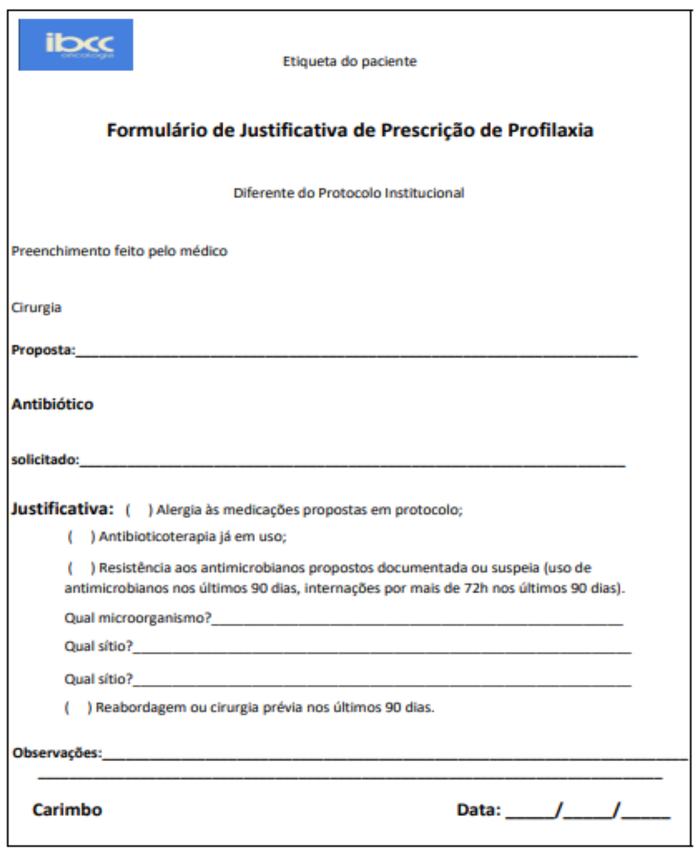
Principais Motivos das Intervenções de Não Aceitas 2024

RESULTADOS

Os dados mensurados no ano de 2024, mostrou que o farmacêutico clínico avaliou 3988 prescrições e de acordo com intervenção farmacêutica obteve 98% de adesão da equipe médica na indicação da antibioticoprofilaxia. As principais intervenções não aceitas estão relacionadas a reabordagem cirúrgica, antibioticoterapia em uso, alergia não descrita em prontuário e resistência aos antibióticos propostos ou suspeita.



Adesão da Equipe Médica ás Intervenções 2024.



Etiqueta do paciente

Formulário de Justificativa de Prescrição de Profilaxia

Diferente do Protocolo Institucional

Preenchimento feito pelo médico

Cirurgia

Proposta:_____

Antibiótico

solicitado:_____

Justificativa: ( ) Alergia às medicações propostas em protocolo;
( ) Antibioticoterapia já em uso;
( ) Resistência aos antimicrobianos propostos documentada ou suspeia (uso de antimicrobianos nos últimos 90 dias, internações por mais de 72h nos últimos 90 dias).
Qual microorganismo?_____
Qual sítio?_____
Qual sítio?_____
( ) Reabordagem ou cirurgia prévia nos últimos 90 dias.

Observações:_____

Carimbo **Data:** ____/____/____

Formulário de Justificativa de Prescrição de Profilaxia.

CONCLUSÕES

A atuação do farmacêutico clínico na análise da antibioticoprofilaxia é de suma importância no contexto cirúrgico para minimizar disseminação de infeção em sitio cirúrgico e garantir o tratamento adequado ao paciente oncológico. O farmacêutico atua como um educador e orientador sobre o uso correto dos medicamentos, atuando em integração com a equipe médica e enfermagem, consolidando uma parceria para garantir o uso racional dos antimicrobianos e adesão ao tratamento profilático. Sempre visando o cuidado e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Zhou, X. et al. *Effect of pharmacist intervention on antibiotic prophylaxis in internal fixation surgery: clinical effects and cost-effectiveness*. 2023. Estudo que verificou como a intervenção do farmacêutico melhora: o uso racional de antibiótico, a duração da profilaxia, o custo, entre outros.
Pereira, L. B. et al. *Evaluation of the adherence to surgical antibiotic prophylaxis in a high-complexity hospital*. 2024. Examina a adequação da profilaxia cirúrgica num hospital de alta complexidade, identificando fatores associados a não adesão.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL DA SERRA GAÚCHA

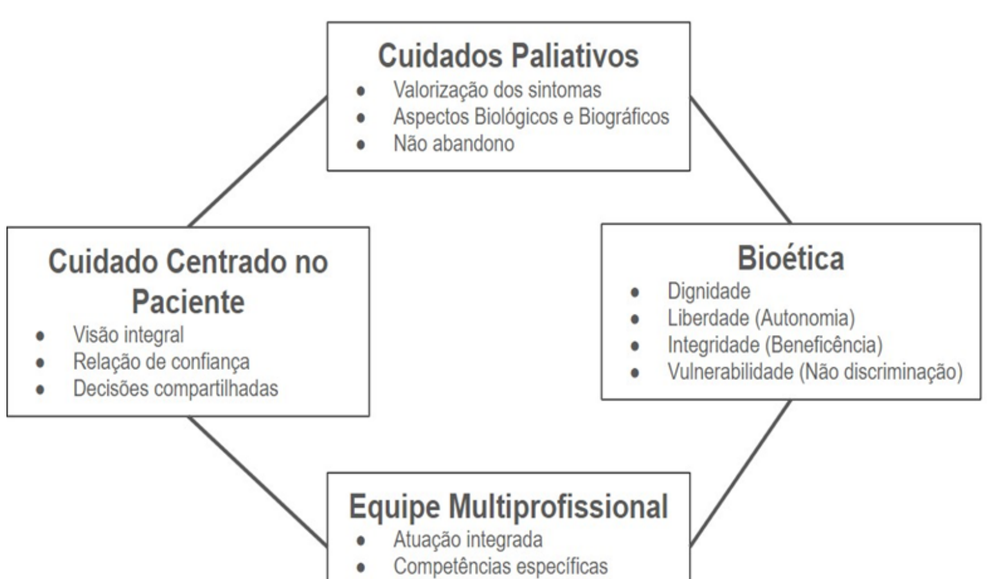
Fernanda Dalle Laste, José Roberto Goldim

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo se distingue da medicina curativa por priorizar o cuidado completo do paciente, focando na prevenção e controle dos sintomas em pessoas com doenças graves e que ameaçam a vida. Esse conceito também se estende aos familiares, cuidadores e à equipe de saúde. A morte ainda é um tabu a ser desconstruído por todas as categorias, considerada como um fracasso para o profissional, ao invés de um episódio que faz parte da vida. Cuidados paliativos não são só medicina, são um conjunto de atos multiprofissionais, onde a comunicação efetiva deve ser prioridade, entre paciente, equipe e família. Conceitos precisam ser difundidos para que o paciente seja realmente o centro do cuidado. A implementação de cuidados paliativos na sua totalidade pode ter um impacto positivo na satisfação e no bem-estar dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes.

METODOLOGIA

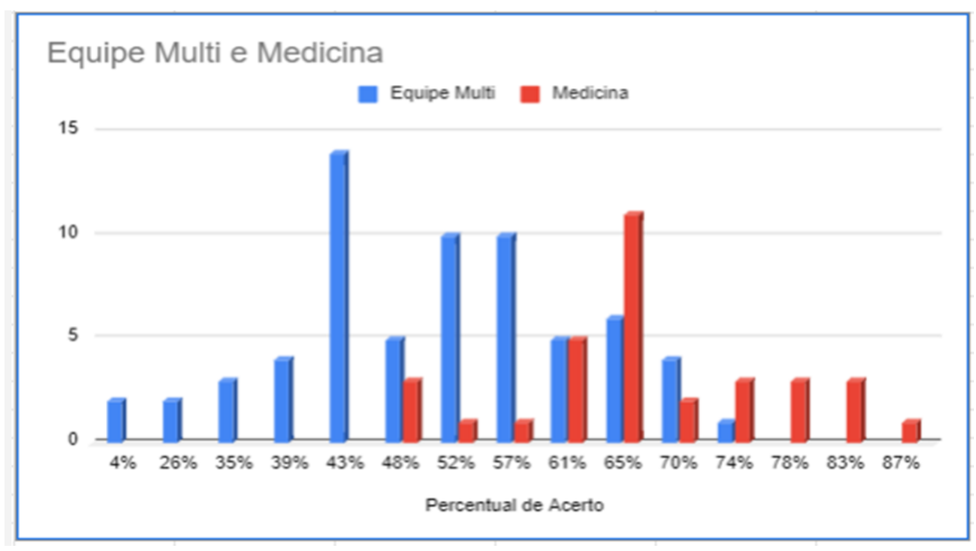
Foi realizado um estudo transversal com métodos mistos (qualitativo e quantitativo) através de uma pesquisa com a equipe multidisciplinar de saúde, sobre o conhecimento do tema exposto por meio de um questionário validado e adaptado para o português, *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (*Bonner Palliativwissenstest*) – BPW. O estudo foi realizado no Hospital Tacchini, um hospital geral e de alta complexidade, localizado em Bento Gonçalves, na serra Gaúcha e possui um total de 301 leitos em suas unidades de internação. Desses, 136 são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto os demais atendem a convênios e pacientes particulares. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do hospital conta com 30 leitos. O estudo se concentrou nas áreas de ambulatório de oncologia, unidades de internação, UTI e Pronto Socorro, onde atuam cerca de 500 profissionais de saúde. Foi obtida uma amostra estocástica de 99 profissionais de saúde, de ambos os sexos, que atuam nestas áreas de assistência direta ao paciente adulto, que aceitaram participar do presente estudo ao assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”



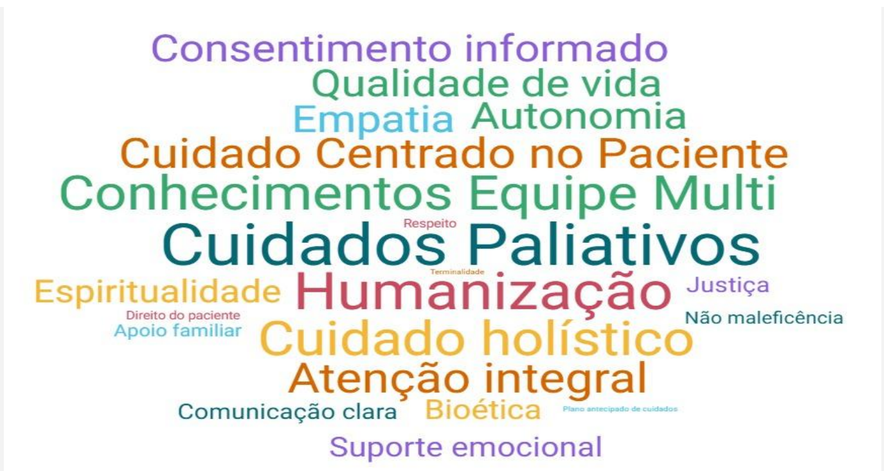
Marco conceitual dos cuidados paliativos e o conhecimento dos profissionais

RESULTADOS

A população estudada foi predominantemente do sexo feminino (80,41%), na faixa etária até 35 anos (58,76%), e tinha menos de 10 anos de formação profissional (64,95%). Da mesma forma, houve uma predominância de médicos (34,4%), seguido por enfermeiros (18,56%) e por técnicos em enfermagem (11,34%). A maior parte dos profissionais tinha atuação em unidades de internação (52,58%). A maioria dos participantes, cerca de 80% dos respondentes, considerou que cuidados paliativos é uma especialidade profissional. Considerando o desempenho individual de cada um dos respondentes, o índice de acertos variou de 26% a 87%.
As questões com menor número de acertos foram as questões 6,8,12 e 21 que se referem à importância da presença do familiar nas últimas horas de vida, sobre envolvimento do paciente e preparação para o processo de morrer, proximidade emocional entre equipe, pacientes e familiares e ao conceito de fase final de vida



Acertos por área de atuação



Nuvem de palavras com base no tema do estudo.

CONCLUSÕES

A análise dos dados permitiu identificar aspectos importantes relacionados à formação, prática e desafios enfrentados pelos profissionais no manejo de pacientes em cuidados paliativos. Dada a crescente relevância dessa especialidade no contexto atual, é fundamental investir na capacitação contínua dos profissionais e da equipe multidisciplinar, para que possam realizar um atendimento eficaz e humanizado, identificando corretamente pacientes em terminalidade ou em cuidados de fim de vida. Isso é essencial para garantir um cuidado individualizado, com o manejo adequado dos sintomas e das necessidades psicossociais.

REFERÊNCIAS

Minosso J, Martins MM, Oliveira M. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. Rev Enferm Refer [internet]. 2017
Pfister D, Müller M, Müller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). Schmerz. 2011; 25:643–653.
Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). A avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: Cuidados paliativos na prática clínica. Volume 1. Rio de Janeiro: INCA; 2022

CICLO PDSA COMO FERRAMENTA DE MELHORIA CONTÍNUA PARA REDUÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UTI

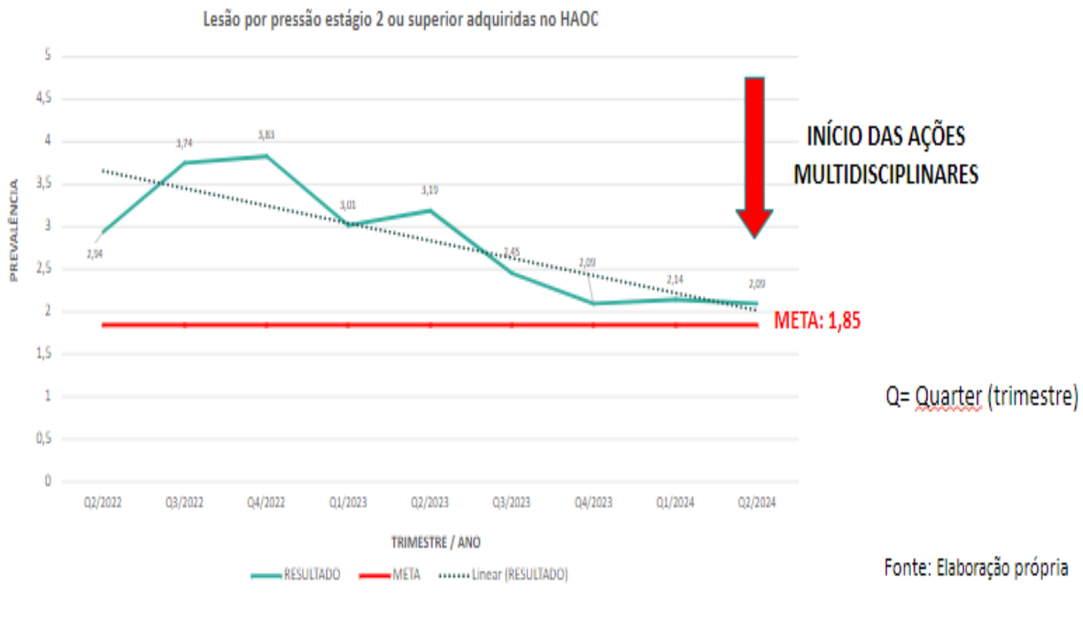
Aline Gonçalves dos Santos, Gisele Cabral da Silva, Natalia Pellegrino Paulino dos Santos, Leandro Pereira Collucci.

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LP) são complicações comuns em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs). Associam-se à imobilidade, gravidade clínica e falhas em práticas assistenciais. Além de impactarem negativamente a segurança do paciente, acarretam aumento dos custos e da permanência hospitalar. OBJETIVO: Aplicar o ciclo de melhoria contínua PDSA (Plan, Do, Study, Act) para reduzir em 30% a prevalência de LPs adquiridas, classificadas como estágios 2 ou superior, utilizando como base a média dos 12 meses anteriores à intervenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de melhoria da qualidade, realizado entre junho de 2024 e março de 2025, em uma UTI com 54 leitos de um hospital geral. A equipe envolvida foi multiprofissional, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e profissionais da qualidade institucional. Na etapa "Plan", foram analisados dados retrospectivos (junho/2023 a maio/2024), realizados encontros de brainstorming e construído um diagrama de Ishikawa, que revelou causas relacionadas à avaliação de risco inconsistente, falhas na mobilização do paciente, lacunas nutricionais e problemas na comunicação interprofissional. Em "Do", implementaram-se ações como: reforço da mobilização precoce, avaliação nutricional individualizada, revisão dos dispositivos de prevenção disponíveis, adequação calórico-proteica e treinamentos específicos. Na fase "Study", os dados foram monitorados mensalmente e discutidos com a equipe para ajustes táticos. Em "Act", as práticas bem-sucedidas foram incorporadas aos protocolos institucionais e estendidas para outras unidades.



Lesão por Pressão estágio 2 ou superior adquiridas em unidades de terapia intensiva e unidade de internação entre 2022 e 2024.

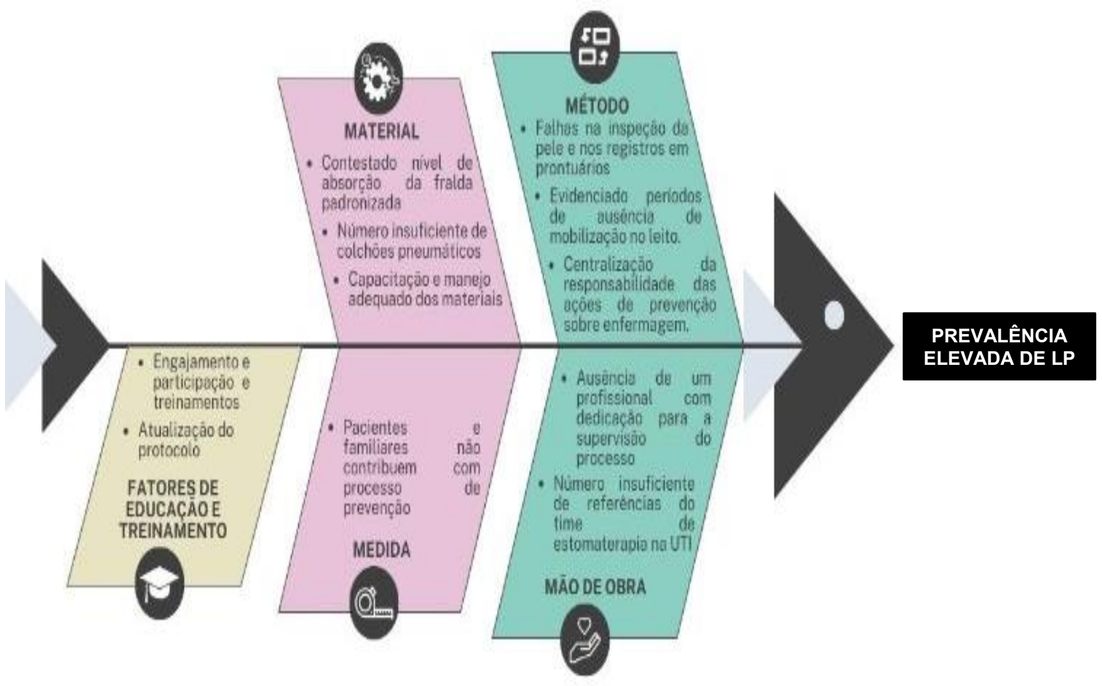
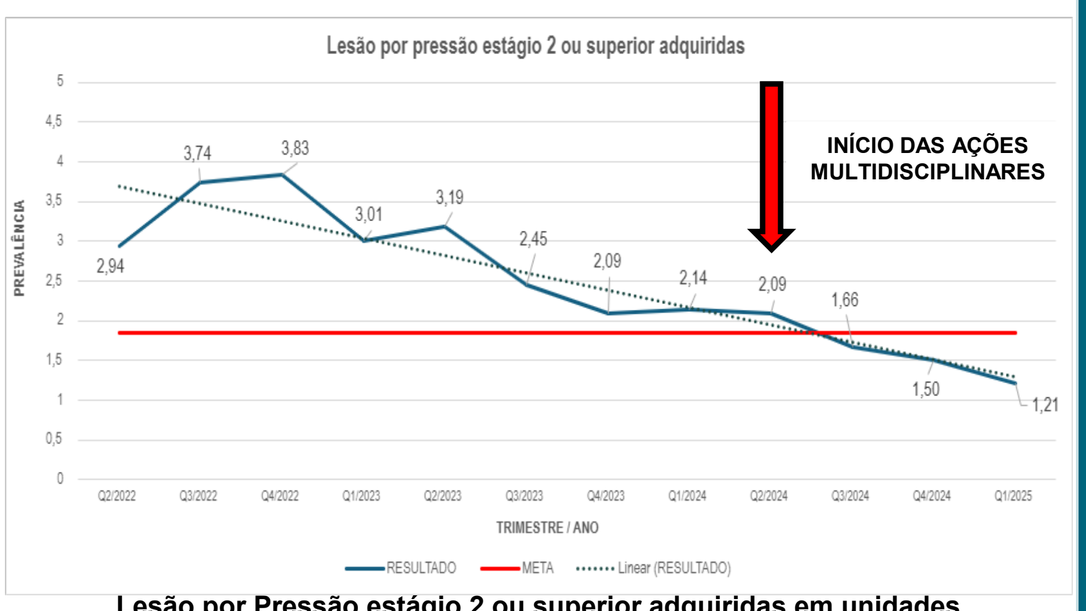


Diagrama de Ishikawa

RESULTADOS

Observou-se uma redução de 34,5% nas lesões por pressão (LPs) estágio 2 ou superior entre junho/2024 e março/2025, superando a meta. Destaca-se também o aumento da detecção precoce de LPs em estágio 1, cuja prevalência passou de 9,5% em 2023 para 17,3% em 2024, refletindo maior acurácia na vigilância clínica. O uso estruturado do ciclo PDSA foi eficaz para a redução de lesões por pressão e contribuiu para fortalecer a cultura da segurança, a prática multiprofissional e a qualidade da assistência prestada ao paciente crítico.



Lesão por Pressão estágio 2 ou superior adquiridas em unidades de terapia intensiva e unidade de internação entre 2022 e 2025.

Status da mobilidade (ou trilha da mobilidade), construída em conjunto com o protocolo da mobilização precoce com a fisioterapia

Relógio de mudança de decúbito com gerenciamento de risco e interação ativa com profissional..

CONCLUSÕES

A aplicação estruturada do ciclo PDSA demonstrou-se uma estratégia efetiva para a redução de lesões por pressão em pacientes críticos, permitindo não apenas superar a meta estabelecida, mas também consolidar práticas assistenciais baseadas em evidências. O envolvimento multiprofissional, aliado à revisão contínua dos processos, favoreceu a padronização de condutas, a detecção precoce de riscos e a incorporação de medidas preventivas de forma sustentável. Os resultados alcançados reforçam a importância de programas de melhoria contínua como ferramenta essencial para promover a segurança do paciente, otimizar recursos institucionais e fortalecer a qualidade do cuidado em unidades de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. Haesler E, editor. 3rd ed. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019. Atualizado em novembro de 2023.

COMITÊ DE PACIENTES DA HEMODIÁLISE: ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÂO NO CUIDADO

TATIANA DONNA D'AGOSTIM MOREIRA, CAMILA DADALTO MOREIRA

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma condição progressiva que exige acompanhamento contínuo, especialmente nas fases em que o paciente depende da terapia dialítica. A rotina de sessões frequentes, associada a limitações físicas e emocionais, impacta profundamente a qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido, torna-se fundamental adotar práticas que promovam o cuidado integral, a escuta ativa e a participação efetiva do paciente nos processos terapêuticos.

METODOLOGIA

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS destaca a importância de instrumentos participativos que integrem os usuários às decisões que envolvem sua própria saúde. Inspirado nesse princípio, o Hospital Santa Rita de Cássia instituiu, em 2023, o Comitê de Pacientes da Hemodiálise, como espaço de diálogo e construção conjunta entre usuários e equipe assistencial. A criação do Comitê de pacientes é realizada com algumas etapas: - Convocação de pacientes voluntários por meio de convite aberto. Divulgado a todos os pacientes a abertura do Comitê colocando cartazes no setor de hemodiálise e informando a cada pacientes que eles manifestem o desejo em participar. - Seleção de representantes entre os pacientes de diferentes turnos da hemodiálise. Eleição em cada turno de tratamento a fim de definir de forma democrática. - Nomeação dos participantes na primeira reunião do ano. - Planejamento dos encontros bimestrais, com pauta aberta, representação da gestão e equipe multiprofissional (enfermagem, nefrologia, psicologia, assistência social e coordenação do serviço). - Renovação anual.

Figura: Divulgação da eleição do comitê de pacientes.

RESULTADOS

Dentre os resultados obtidos, destacam-se as melhorias como ajustes na climatização, iluminação e conforto, criação de canais de escuta contínua com registro e retorno formal das demandas apresentadas, fortalecendo o vínculo entre pacientes e equipe técnica. Ações educativas como de nutrição, adesão ao tratamento, autocuidado e saúde emocional, leva a prevenção de conflitos interpessoais e fortalecimento do sentimento de pertencimento entre os pacientes.

Figura: Reunião do comitê de pacientes.

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Hospital Santa Rita

FORM.011.DQ

Data da Elaboração: 03/02/2020

Melhoria: Melhorias – Comitê de Pacientes

PLANO DE AÇÃO

ITEM	O QUE?	PORQUÊ?	COMO?	ONDE?	QUEM?	QUANDO? PREVISTO	QUANDO? REALIZADO	SITUAÇÃO ATUAL / OBSERVAÇÕES	QUANTO CUSTA (meta)
1	Aquisição de cadeiras novas	Para garantir comodidade e conforto aos pacientes durante a sessão de hemodiálise	Utilizando Recurso Federal	Captação de Recursos	Gerente do Setor	Até 11/2021		O projeto foi encaminhado para a Captação de Recurso.	
2	Entrega de resultado de exames	Para possibilitar que o paciente acompanhe seus resultados	Disponibilizando senha de acesso ao Tommasi ou imprimindo os laudos	Hemodiálise	Enfermeiros	Sempre que solicitados.			
3	Bom desempenho de funcionários	Para garantir atendimento dos pacientes com segurança	Através da formação de uma equipe comprometida e treinada.	Hemodiálise	Enfermeiros	Até 31/03/2021			
5	Transparência na fila de transplante	Para que os pacientes não tenham dúvida sobre seu cadastro no CNCDO	Explicando para os pacientes como acessar o site.	Hemodiálise	Enfermeiros	Até 15/02	08/02		
7	Contratação de enfermeiros	Para adequação do quadro de profissionais e melhoria na assistência	Contratando enfermeiro responsável técnico pelo Serviço	Hemodiálise	Gerência	Até 01/02	01/02		
8	Silêncio no salão de Hemodiálise	Para trazer tranquilidade aos pacientes e facilitar a motorização dos avisos sonoros dos equipamentos	Mantendo as TVs desligadas na entrada e saída dos turnos e orientando a equipe sobre comunicação	Hemodiálise	Enfermeiro	Até 26/02			

Figura: Plano de ação 5W2H.

Figura: Melhorias solicitadas no comitê de pacientes.

CONCLUSÕES

A experiência do Comitê demonstra que a inclusão ativa dos usuários nos processos é viável, eficaz e geradora de mudanças significativas. Ao promover escuta e acolhimento, contribuímos para um ambiente mais humano, participativo e seguro.

REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (orgs.). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. E-book.

CONSTRUINDO UMA CULTURA DE APRENDIZADO: IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGIAS PARA ENGAJAMENTO E ADESÃO

ROGERIO DANIEL MOREIRA ROCHA, ADRIANA FERREIRA JORDÃO, JULIANA APARECIDA CLAUDINO SANTANA

INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar, a capacitação contínua dos profissionais de enfermagem é essencial para assegurar a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a atualização frente às inovações constantes em saúde. Contudo, as áreas de Educação Continuada frequentemente enfrentam desafios relacionados ao engajamento e à adesão efetiva dos colaboradores aos programas de treinamento. Nesse cenário, surge a necessidade de estratégias inovadoras que aumentem a atratividade e alinhem os treinamentos às necessidades institucionais, utilizando metodologias como a gamificação, reconhecida por potencializar a motivação intrínseca, estimular desafios e proporcionar experiências imersivas de aprendizagem[1]. **OBJETIVO:** Avaliar indicadores de adesão e impacto de treinamentos técnicos aplicados por meio de gamificação.

METODOLOGIA

O projeto foi realizado em um hospital de grande porte localizado na Grande São Paulo, estruturado sob delineamento quantitativo e descritivo. A ação “Corrida Maluca do Conhecimento” foi realizada ao longo de um mês, envolvendo cerca de 600 profissionais de enfermagem de seis áreas assistenciais. Foram abordados dois temas: reanimação cardiorrespiratória (RCP) e registro de enfermagem. As atividades foram divididas em fase teórica (via plataforma digital) e prática (simulações realísticas em laboratório). O desempenho das equipes foi monitorado semanalmente e divulgado em canais internos.

RESULTADOS

A adesão superou as expectativas, com participação integral das seis áreas envolvidas. O *ranking* final foi: 1º lugar – Pronto Atendimento (100%), 2º – UTI (100%, porém posterior), e 3º – Clínica Médica e Cirúrgica (95%). A ação gerou alto engajamento, confirmado pela expressiva participação e *feedback* positivo das equipes. A combinação de gamificação, competição saudável e metodologias ativas demonstrou ser eficaz para fortalecer o interesse pelos treinamentos técnicos e consolidar práticas seguras na enfermagem.

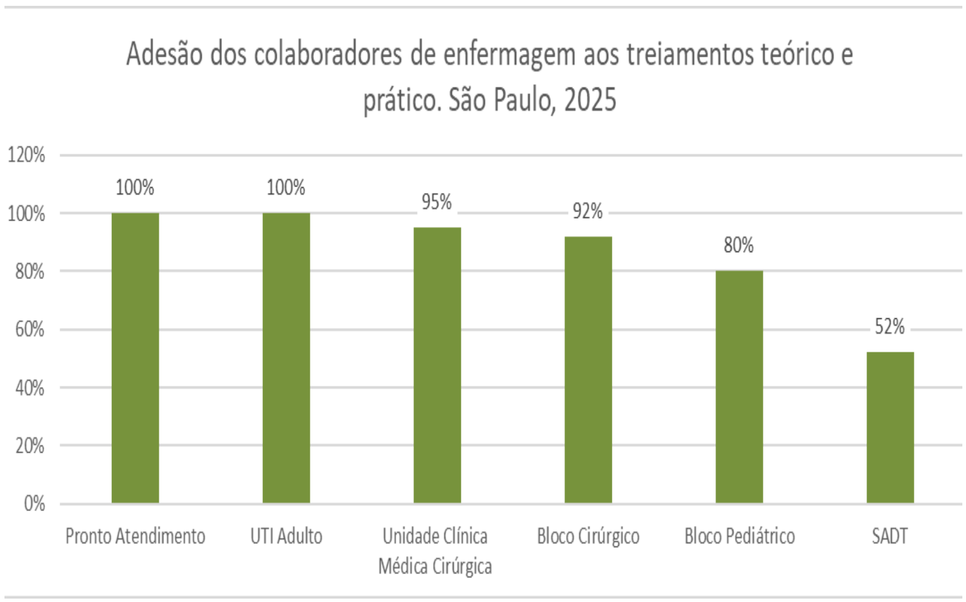


IMAGEM 1. Entrega dos troféus ao setores com a melhor pontuação no *rancking* de adesão aos treinamentos.

CONCLUSÕES

A "Corrida Maluca do Conhecimento" evidenciou que a gamificação é uma estratégia eficaz para promover treinamentos mais dinâmicos e engajadores. A iniciativa impulsionou o desenvolvimento técnico, fortaleceu o senso de pertencimento e estimulou a competitividade saudável entre equipes. Como resultado, contribuiu para a melhoria da qualidade assistencial e para o fortalecimento de uma cultura organizacional focada no aprendizado contínuo.

REFERÊNCIAS

1. Silva, P; Almeida, F. Metodologias de ensino e pensamento crítico no desenvolvimento de competências profissionais, 2023.

CONTROLE TÉRMICO NEONATAL COMO ESTRATÉGIA ASSISTENCIAL PARA A REDUÇÃO DA VARIABILIDADE CLÍNICA E DE RISCOS EM PREMATUROS

Fabíola Andrade Maia Guimarães, Bárbara de Pinho Calixto, Márcio Loureiro da Silva, Vanessa Menezes Azevedo

INTRODUÇÃO

O controle térmico eficaz do recém-nascido (RN) é um dos pilares fundamentais da segurança assistencial nas unidades neonatais. A manutenção da temperatura corporal adequada desde os primeiros minutos de vida é determinante para a estabilidade fisiológica e para a prevenção de complicações clínicas, sobretudo em prematuros, cuja imaturidade dos sistemas de regulação térmica os torna extremamente vulneráveis à hipotermia e à hipertermia. Diversos estudos apontam que a falha na normotermia está associada a maior incidência de sepse, hemorragia intraventricular, desconforto respiratório e até aumento da mortalidade neonatal.

No contexto hospitalar, a variabilidade na prática assistencial — como a ausência de protocolos padronizados para aquecimento, monitoramento contínuo e transporte seguro — representa um risco significativo de iatrogenia. Isso pode comprometer a eficiência do cuidado, gerar desfechos clínicos desfavoráveis e impactar diretamente na qualidade da assistência prestada.

O controle térmico não deve ser visto como uma ação isolada, mas como parte de uma cadeia integrada de cuidados que começa na sala de parto, se estende ao transporte intra-hospitalar e se consolida na internação em unidades de terapia intensiva neonatal. Essa variabilidade na prática assistencial, como a ausência de protocolos padronizados para aquecimento e monitoramento térmico, representa risco de iatrogenia e danos neurológicos. A padronização dessas práticas é essencial para garantir a previsibilidade dos resultados clínicos, promover ambientes assistenciais mais seguros, confiáveis e orientados à geração de valor.

METODOLOGIA

Pacientes em normotermia na unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Aferição pós admissão em pacientes: ar ambiente e ventilação mecânica.

Objetivo: avaliar a importância do controle térmico em todos os níveis do cuidado neonatal, relacionando a variabilidade clínica à incidência de eventos adversos em prematuros.

Análise dos dados de 92 neonatos, entre abril e junho de 2025, com destaque para os RNs com idade gestacional < 34 semanas. Foram observadas variáveis como idade gestacional, peso ao nascer, temperatura na admissão e diagnóstico clínico principal.

RESULTADOS

Dos 31 prematuros analisados, observou-se associação significativa entre controle térmico inadequado e maior incidência de desconforto respiratório, sepse precoce e internações prolongadas. A temperatura corporal na admissão variou entre 35,2°C e 36,8°C, sendo que os RNs com hipotermia (<36,5°C) apresentaram maior instabilidade clínica nas primeiras 48 horas.

Em contrapartida, os recém-nascidos que receberam cuidados térmicos adequados, normotermia desde o início do transporte intra-hospitalar do Centro Obstétrico até a admissão do paciente na Unidade Neonatal, demonstraram evolução clínica mais estável e favorável, com menor necessidade de suporte ventilatório invasivo e menor tempo de internação. Embora o período de coleta não tenha permitido avaliação neurológica longitudinal, os dados sugerem que a padronização do manejo térmico pode contribuir para a redução de eventos adversos e otimização dos desfechos clínicos em prematuros.

CONCLUSÕES

A variabilidade na condução do controle térmico neonatal compromete a eficiência do sistema assistencial e representa um risco relevante, especialmente em prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas. Os dados analisados evidenciam que recém-nascidos submetidos a práticas térmicas adequadas — desde o transporte até o uso de incubadoras — apresentaram evolução clínica mais estável, com menor incidência de eventos adversos como desconforto respiratório e sepse precoce.

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de investir em protocolos padronizados, baseados em evidências científicas, que orientem a equipe multiprofissional em todas as etapas do cuidado neonatal. A incorporação de tecnologias como ambientes controlados e inteligência artificial para monitoramento contínuo da temperatura pode representar um avanço significativo na prevenção de danos neurológicos e na melhoria dos desfechos clínicos.
Além de promover segurança e previsibilidade, essas estratégias contribuem para a construção de ambientes assistenciais mais confiáveis, eficientes e orientados à geração de valor. O fortalecimento da cultura institucional voltada à qualidade e à segurança do paciente neonatal é essencial para transformar boas práticas em resultados sustentáveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R.; COORDENADORES ESTADUAIS e GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO NEONATOLOGIA SBP. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2. Acesso em: 17 set. 2025.
- BELLINI, C. et al. Thermal Management With and Without Servo-Controlled System in Preterm Infants: A Randomized Multicenter Trial. Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition, London, v. 106, n. 6, p. 572–577, 2021. Disponível em: https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/106/6/572.full.pdf. Acesso em: 17 set. 2025.
- GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M. F. B.; COORDENADORES ESTADUAIS e GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO NEONATOLOGIA SBP. Reanimação do recém-nascido https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-1. Acesso em: 17 set. 2025.
- MARTINS, C. et al. Assistência de enfermagem em termorregulação para neonatos: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1580–1587, 2019. Disponível em: https://bing.com/search?q=controle+t%C3%A9rmico+neonatal+prematuros+evid%C3%Aancias+cient%C3%ADficas. Acesso em: 17 set. 2025.
- MARTINS, L. A. et al. A complexidade do cuidado para o controle térmico do recém-nascido prematuro. Revista Rene, Fortaleza, v. 24, e85215, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufc.br/rene/article/download/85215/249461/. Acesso em: 17 set. 2025.
- McCALLION, N. et al. Thermoregulation for Very Preterm Infants in the Delivery Room. Pediatric Research, [S.l.], v. 94, p. 1–10, 2023. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41390-023-02902-w.pdf. Acesso em: 17 set. 2025.
- NETO, J. A. de S. et al. Estratégias de termorregulação em recém-nascidos prematuros: uma revisão de escopo. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e75112, 2023. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/75112. Acesso em: 17 set. 2025.
- ROSSI, R. et al. Thermal Servo-Controlled Systems in the Management of VLBW Infants. Frontiers in Pediatrics, [S.l.], v. 10, p. 893431, 2022. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.893431/full. Acesso em: 17 set. 2025.

CONTROLE TÉRMICO NEONATAL COMO ESTRATÉGIA ASSISTENCIAL PARA A REDUÇÃO DA VARIABILIDADE CLÍNICA E DE RISCOS EM PREMATUROS

Fabíola Andrade Maia Guimarães, Bárbara de Pinho Calixto, Márcio Loureiro da Silva, Vanessa Menezes Azevedo

INTRODUÇÃO

O controle térmico eficaz do recém-nascido (RN) é um dos pilares fundamentais da segurança assistencial nas unidades neonatais. A manutenção da temperatura corporal adequada desde os primeiros minutos de vida é determinante para a estabilidade fisiológica e para a prevenção de complicações clínicas, sobretudo em prematuros, cuja imaturidade dos sistemas de regulação térmica os torna extremamente vulneráveis à hipotermia e à hipertermia. Diversos estudos apontam que a falha na normotermia está associada a maior incidência de sepse, hemorragia intraventricular, desconforto respiratório e até aumento da mortalidade neonatal.

No contexto hospitalar, a variabilidade na prática assistencial — como a ausência de protocolos padronizados para aquecimento, monitoramento contínuo e transporte seguro — representa um risco significativo de iatrogenia. Isso pode comprometer a eficiência do cuidado, gerar desfechos clínicos desfavoráveis e impactar diretamente na qualidade da assistência prestada.

O controle térmico não deve ser visto como uma ação isolada, mas como parte de uma cadeia integrada de cuidados que começa na sala de parto, se estende ao transporte intra-hospitalar e se consolida na internação em unidades de terapia intensiva neonatal. Essa variabilidade na prática assistencial, como a ausência de protocolos padronizados para aquecimento e monitoramento térmico, representa risco de iatrogenia e danos neurológicos. A padronização dessas práticas é essencial para garantir a previsibilidade dos resultados clínicos, promover ambientes assistenciais mais seguros, confiáveis e orientados à geração de valor.

METODOLOGIA

Pacientes em normotermia na unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Aferição pós admissão em pacientes: ar ambiente e ventilação mecânica.

Objetivo: avaliar a importância do controle térmico em todos os níveis do cuidado neonatal, relacionando a variabilidade clínica à incidência de eventos adversos em prematuros.

Análise dos dados de 92 neonatos, entre abril e junho de 2025, com destaque para os RNs com idade gestacional < 34 semanas. Foram observadas variáveis como idade gestacional, peso ao nascer, temperatura na admissão e diagnóstico clínico principal.

RESULTADOS

Dos 31 prematuros analisados, observou-se associação significativa entre controle térmico inadequado e maior incidência de desconforto respiratório, sepse precoce e internações prolongadas. A temperatura corporal na admissão variou entre 35,2°C e 36,8°C, sendo que os RNs com hipotermia (<36,5°C) apresentaram maior instabilidade clínica nas primeiras 48 horas.

Em contrapartida, os recém-nascidos que receberam cuidados térmicos adequados, normotermia desde o início do transporte intra-hospitalar do Centro Obstétrico até a admissão do paciente na Unidade Neonatal, demonstraram evolução clínica mais estável e favorável, com menor necessidade de suporte ventilatório invasivo e menor tempo de internação. Embora o período de coleta não tenha permitido avaliação neurológica longitudinal, os dados sugerem que a padronização do manejo térmico pode contribuir para a redução de eventos adversos e otimização dos desfechos clínicos em prematuros.

CONCLUSÕES

A variabilidade na condução do controle térmico neonatal compromete a eficiência do sistema assistencial e representa um risco relevante, especialmente em prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas. Os dados analisados evidenciam que recém-nascidos submetidos a práticas térmicas adequadas — desde o transporte até o uso de incubadoras — apresentaram evolução clínica mais estável, com menor incidência de eventos adversos como desconforto respiratório e sepse precoce.

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de investir em protocolos padronizados, baseados em evidências científicas, que orientem a equipe multiprofissional em todas as etapas do cuidado neonatal. A incorporação de tecnologias como ambientes controlados e inteligência artificial para monitoramento contínuo da temperatura pode representar um avanço significativo na prevenção de danos neurológicos e na melhoria dos desfechos clínicos.
Além de promover segurança e previsibilidade, essas estratégias contribuem para a construção de ambientes assistenciais mais confiáveis, eficientes e orientados à geração de valor. O fortalecimento da cultura institucional voltada à qualidade e à segurança do paciente neonatal é essencial para transformar boas práticas em resultados sustentáveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R.; COORDENADORES ESTADUAIS e GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO NEONATOLOGIA SBP. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2. Acesso em: 17 set. 2025.
- BELLINI, C. et al. Thermal Management With and Without Servo-Controlled System in Preterm Infants: A Randomized Multicenter Trial. Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition, London, v. 106, n. 6, p. 572–577, 2021. Disponível em: https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/106/6/572.full.pdf. Acesso em: 17 set. 2025.
- GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M. F. B.; COORDENADORES ESTADUAIS e GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO NEONATOLOGIA SBP. Reanimação do recém-nascido https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-1. Acesso em: 17 set. 2025.
- MARTINS, C. et al. Assistência de enfermagem em termorregulação para neonatos: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1580–1587, 2019. Disponível em: https://bing.com/search?q=controle+t%C3%A9rmico+neonatal+prematuros+evid%C3%Aancias+cient%C3%ADficas. Acesso em: 17 set. 2025.
- MARTINS, L. A. et al. A complexidade do cuidado para o controle térmico do recém-nascido prematuro. Revista Rene, Fortaleza, v. 24, e85215, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufc.br/rene/article/download/85215/249461/. Acesso em: 17 set. 2025.
- McCALLION, N. et al. Thermoregulation for Very Preterm Infants in the Delivery Room. Pediatric Research, [S.l.], v. 94, p. 1–10, 2023. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41390-023-02902-w.pdf. Acesso em: 17 set. 2025.
- NETO, J. A. de S. et al. Estratégias de termorregulação em recém-nascidos prematuros: uma revisão de escopo. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e75112, 2023. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/75112. Acesso em: 17 set. 2025.
- ROSSI, R. et al. Thermal Servo-Controlled Systems in the Management of VLBW Infants. Frontiers in Pediatrics, [S.l.], v. 10, p. 893431, 2022. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.893431/full. Acesso em: 17 set. 2025.

De Lacunas a Resultados: Transformando o Cuidado da Hiperglicemia Crítica com Educação Baseada em Dados

Milton Costa Santana Filho; Alina Coutinho Rodrigues Feitosa

INTRODUÇÃO

A variabilidade clínica no manejo da hiperglicemia severa e cetoacidose diabética (CAD) compromete a segurança do paciente. A subutilização do teste de cetonemia capilar, por barreiras de conhecimento, é um fator central deste problema. O objetivo foi avaliar o impacto de uma intervenção educativa direcionada, elaborada a partir de lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde da assistência hospitalar, na proporção de testes realizados em pacientes com hiperglicemia severa e no consequente aumento da detecção de CAD em unidades de terapia intensiva e emergência.

METODOLOGIA

Um estudo de melhoria da qualidade com desenho quasi-experimental do tipo antes-e-depois foi conduzido em duas fases em UTIs e unidade de emergência de um hospital terciário. Na primeira fase (diagnóstico situacional), realizou-se um estudo transversal com 300 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) através de questionário semi-estruturado que mapeou barreiras de conhecimento, percepções e processos que limitavam o uso do teste de cetonemia capilar. Com base nos achados, foi elaborada e implementada uma intervenção educativa multifacetada. A estratégia incluiu treinamentos presenciais para as equipes, criação e ampla divulgação de materiais visuais (cartazes, cards digitais), desenvolvimento de vídeo educativo sobre a calibração do dispositivo e a implementação de um protocolo assistencial. O impacto foi avaliado pela análise de dados de um sistema de gestão de testes point-of-care, comparando indicadores-chave (proporção de testes de cetonemia em glicemias ≥300mg/dL; diagnósticos de CAD) nos períodos pré-intervenção (Nov/24-Fev/25) e pós-intervenção (Abr/25-Mai/25)

Variável	Categoria	n (%)
Unidade de atuação	UTI	146 (49,5%)
	Emergência	136 (46,1%)
	UTI e Enfermarias	5 (1,7%)
	Enfermarias	2 (0,7%)
	Enfermarias e Emergência	4 (1,4%)
	Outras	2 (0,7%)
Categoria profissional	Técnico de enfermagem	153 (51,5%)
	Enfermeiro	84 (28,3%)
	Médico	60 (20,2%)
Tempo de trabalho no hospital	< 6 meses	15 (5,0%)
	6–12 meses	31 (10,4%)
	1–5 anos	93 (31,1%)
	5–10 anos	44 (14,7%)
	>10 anos	116 (38,8%)

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo (N = 300).

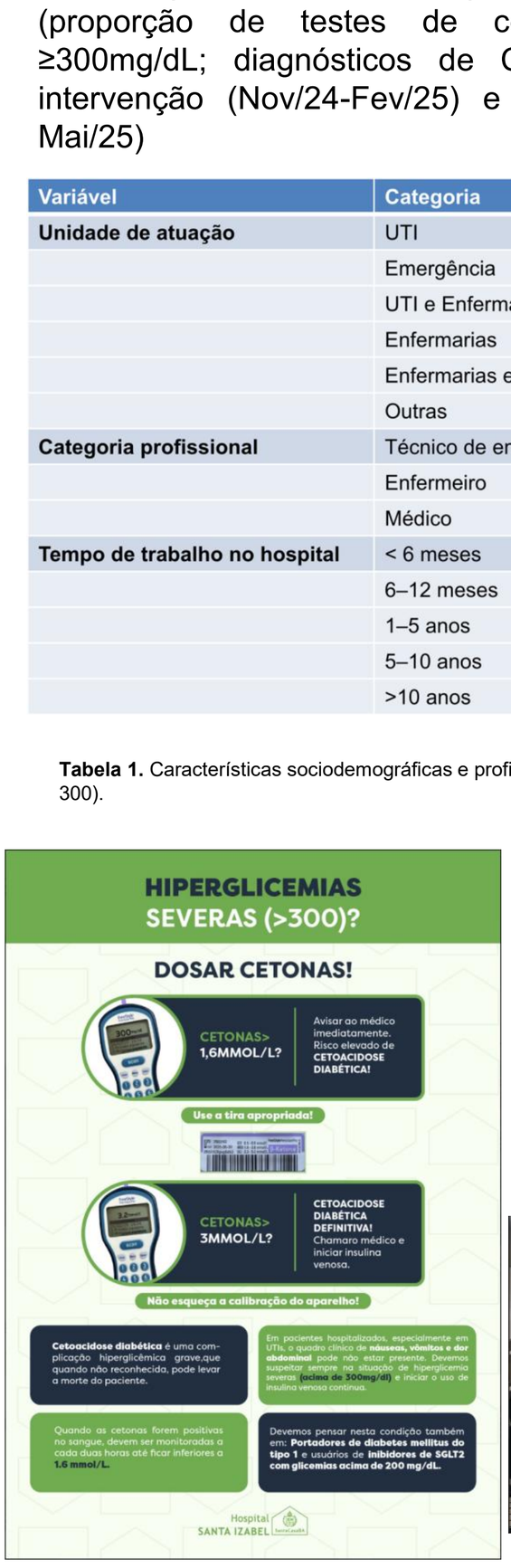


Figura 1. Materiais educativos sobre cetonemia capilar e atividades de capacitação multiprofissional realizadas durante a intervenção.

RESULTADOS

Identificou-se subutilização do teste de cetonemia (30,4% de uso prático) e lacunas de conhecimento heterogêneas: técnicos de enfermagem com deficiências conceituais e médicos com desconhecimento sobre a disponibilidade institucional do insumo (38,3%). No período pré-intervenção (nov/24–fev/25), registrou-se uma média mensal de 26.182 glicemias, das quais 3,0% ≥300 mg/dL (775). Apenas 0,96% dessas glicemias ≥300 mg/dL foram testadas para cetonemia. No pós-intervenção (abr–mai/25), a média mensal foi de 22.926 glicemias, sendo 3,14% ≥300 mg/dL (717). Nesse período, 13,51% das glicemias ≥300 mg/dL tiveram testes de cetonemia realizados — um aumento 14 vezes em relação ao período pré.O impacto na detecção de risco foi imediato: o número de diagnósticos de CAD estabelecida (>3,0 mmol/L) aumentou 12 vezes (0,25 → 3,0 casos/mês), enquanto a identificação de CAD suspeita (1,5–3,0 mmol/L) passou de zero para uma média de 6,5 casos/mês, revelando um estrato de risco que antes não era monitorado.

Mês	N Testes de cetonas em pacientes	N Total de testes (pacientes + controles)	CAD Provável (1,5–3,0 mmol/L)	CAD Estabelecida (>3,0 mmol/L)
Jan 2025	9.0	13.0	0.0	1.0
Fev 2025	6.0	38.0	0.0	0.0
Média Pré*	7.5	25.5	0.0	0.25
Mar 2025	18.0	18.0	0.0	3.0
Abr 2025	89.0	188.0	5.0	5.0
Mai 2025	100.0	175.0	8.0	1.0
Média Pós	94.5	181.5	6.5	3.0

Tabela 2. Distribuição dos testes de cetonemia capilar e diagnósticos de cetoacidose diabética (CAD) nos períodos pré e pós-intervenção.

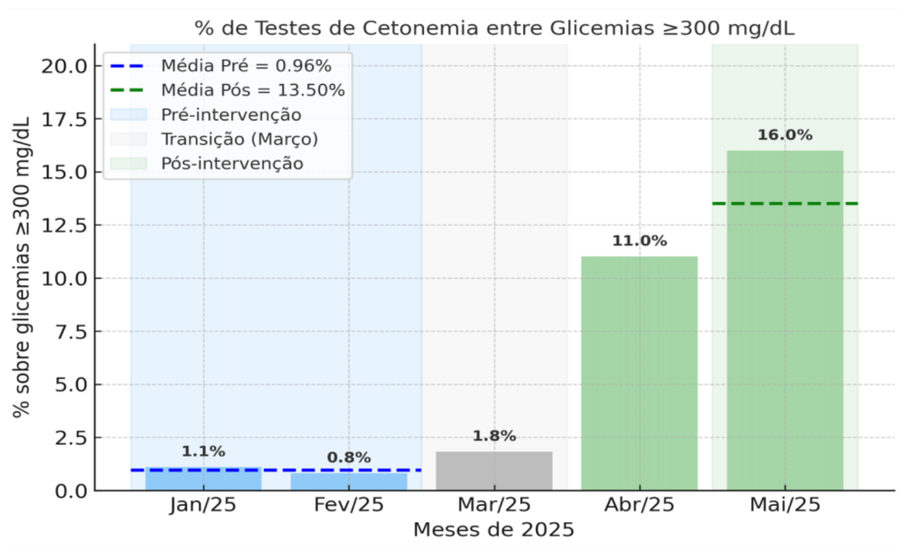


Figura 2. % de testes de cetonemia entre glicemias ≥300 mg/dL (Pré 0,96% vs Pós 13,5%).

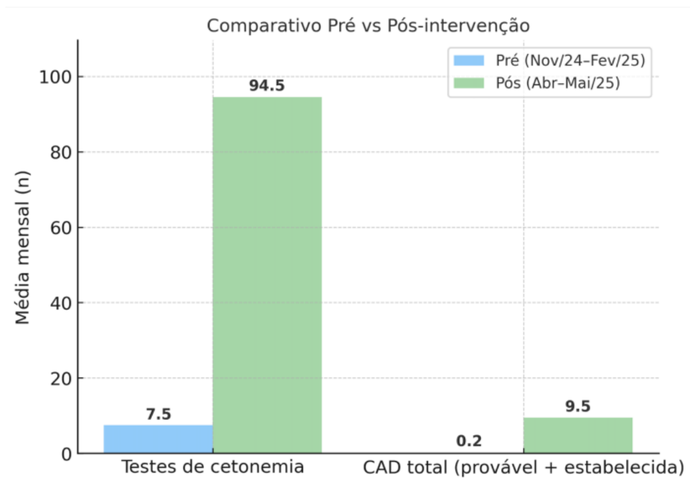


Figura 3 Comparativo pré (7,5; 0,2) e pós-intervenção (94,5; 9,5) mostrando aumento dos testes de cetonemia e da detecção de CAD total.

CONCLUSÕES

A implementação de uma estratégia educacional customizada, fundamentada no diagnóstico situacional prévio das barreiras assistenciais para realização do teste de cetonemia capilar, demonstrou ser altamente eficaz para aumentar a adesão a uma prática baseada em evidências, reduzir a variabilidade clínica e otimizar o processo de diagnóstico da cetoacidose diabética, uma emergência metabólica grave. Este case reforça que investir na qualificação direcionada das equipes e na padronização de processos é fundamental para construir um sistema de saúde mais integrado, convertendo dados em ações que protegem o paciente e otimizam recursos institucionais.

REFERÊNCIAS

ADA 2024. Hyperglycemic crises in adults with diabetes. Diabetes Care. 47(8):1257–72. IBDS 2023. The management of diabetic ketoacidosis in adults. London. SBD 2024. Diretriz

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

DECISÕES COMPARTILHADAS NO CUIDADO ONCOLÓGICO: A EXPERIÊNCIA DO TUMOR BOARD MULTIDISCIPLINAR

Leticia Emidio Reis, Loureno Cezana, Luiza Queiroz do Nascimento

INTRODUÇÃO

O manejo de pacientes oncológicos complexos exige decisões clínicas integradas e baseadas em evidências.
O Tumor Board é um encontro multidisciplinar que reúne especialistas das áreas de cirurgia torácica, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia oncológica gastrointestinal, urologia, oncologia clínica, radiologia, patologia e equipe multiprofissional. Nessas reuniões, casos específicos são analisados de forma colaborativa, com o objetivo de definir condutas terapêuticas seguras e personalizadas, além de estimular ensino e atualização científica.

METODOLOGIA

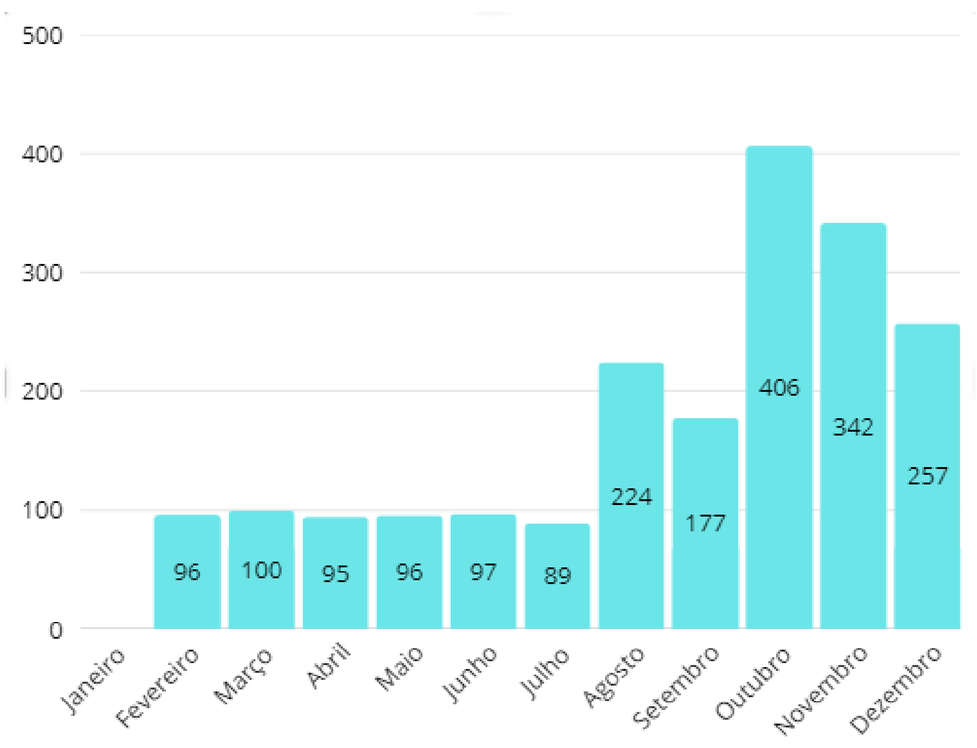
As reuniões de Tumor Board ocorrem de forma regular, em ambiente estruturado para discussão clínica, com duração média de 60 a 90 minutos e participação de médicos assistentes, residentes e equipe multiprofissional. Os casos são selecionados de acordo com critérios clínicos, como: tumores localmente avançados, necessidade de terapias combinadas, dúvidas diagnósticas, recidivas e situações que exigem avaliação ética ou social ampliada. Cada caso é apresentado com histórico clínico, estadiamento, exames de imagem e laudos histopatológicos. A discussão é conduzida de forma colegiada para definição da conduta mais adequada. As decisões consensuais são registradas em ata e inseridas no prontuário eletrônico para acompanhamento pela equipe assistente.

Imagem da Reunião de Turmor Board Gastrointestinal realizadas nas sextas feiras ás 07h.

Convite enviado ao médicos e equipe multiprofissional para participação da aula científica/ tumor board.

RESULTADOS

As reuniões de Tumor Board fortalecem de forma contínua a integração entre especialidades cirúrgicas, oncologia clínica e equipe multiprofissional, criando um ambiente de discussão que valoriza a visão global do paciente oncológico. Cada encontro segue apresentação estruturada, com revisão de exames de imagem, laudos anatomopatológicos, histórico clínico e contexto social, permitindo análises aprofundadas e embasadas em evidências. Atualmente, são discutidos em média 6 a 10 casos por reunião, totalizando aproximadamente 192 casos por especialidade ao ano. Observa-se maior uniformidade na tomada de decisão, com alinhamento entre equipes e redução de condutas divergentes. As discussões abrangem desde a indicação de terapias neoadjuvantes e adjuvantes até a avaliação de recidivas tumorais ou de resposta insuficiente ao tratamento em curso, ampliando a compreensão dos diferentes cenários clínicos. Outro resultado relevante é o fortalecimento da formação acadêmica. Residentes e profissionais em treinamento participam ativamente, expondo-se a casos desafiadores e aprendendo com a troca de experiências entre especialistas, o que favorece a atualização científica, a prática da medicina baseada em evidências e a disseminação de protocolos institucionais. Essa rotina contribui para uma cultura de cuidado compartilhado, seguro e integrado, promovendo desfechos clínicos mais favoráveis e experiências positivas para pacientes e equipes. O Tumor Board se consolida, assim, como ferramenta estratégica para qualificação da decisão clínica e para a gestão da qualidade no cuidado oncológico.



Indicador: Participação Médica nas Reuniões de Tumor Board, de Fevereiro a Dezembro de 2024, Meta de 98%.

CONCLUSÕES

O Tumor Board consolida-se como uma estratégia institucional indispensável para o manejo de casos oncológicos de alta complexidade. Ao promover a discussão coletiva e a análise criteriosa de cada situação clínica, assegura que as condutas adotadas sejam fruto de consenso multidisciplinar, amparadas por evidências científicas e ajustadas às necessidades individuais do paciente. Sua manutenção garante benefícios que vão além da definição terapêutica: estimula a comunicação intersetorial, fortalece a integração entre especialidades, reduz a variabilidade de práticas médicas e favorece a formação de profissionais em todos os níveis. O encontro regular de cirurgiões, oncologistas, radiologistas, patologistas e equipe multiprofissional cria um espaço permanente de aprendizado e atualização, contribuindo para a construção de uma cultura organizacional centrada no paciente, na ética e na excelência do cuidado.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. WHO Report on Cancer. 2020.
National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines.
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes 2024.

ESTUDO SOBRE DESAFIOS BIOÉTICOS FRENTE O SUPORTE NA TOMADA DE DECISÃO AO PACIENTE COM LIMITAÇÕES EM SUA AUTONOMIA

Andressa Vaccaro, José Roberto Goldim

INTRODUÇÃO

A autonomia do paciente, garantida por normas legais como o Código Civil e o Código de Ética Médica, é fundamental para a tomada de decisão compartilhada com a equipe médica, especialmente em questões relacionadas aos cuidados de fim de vida. A bioética incorpora o conceito de autonomia, reconhecendo a autodeterminação, mas também a limitações cognitivas que podem afetar a capacidade decisional de alguns indivíduos. A Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, que regula as diretivas antecipadas de vontade, ilustra a aplicação prática dessa autonomia. O estudo explora os desafios bioéticos que limitam a autonomia nos cuidados clínicos, com foco nas consultorias de Bioética Clínica, para avaliar as situações em que a autonomia do paciente é afetada. Realizado com base nas 111 consultorias de Bioética Clínica realizadas no Tacchini Sistema de Saúde, entre 2020 e 2024, o estudo visa identificar os desafios enfrentados em processos decisórios envolvendo pacientes com limitações cognitivas.
OBJETIVO: Avaliar os aspectos éticos relacionados, especialmente aqueles que possam limitar a autonomia e autodeterminação, nas situações de tomada de decisão abordadas nas consultorias de Bioética Clínica.

METODOLOGIA

Delineamento de Estudo Transversal com base nas consultorias de Bioética Clínica realizadas no Tacchini Sistema de Saúde, com intuito de verificar quais os desafios presentes nas Consultorias de Bioética Clínica envolvendo pacientes com limitações de capacidade em processos de tomada de decisão. No que se refere a amostra e população, os dados foram recuperados a partir dos arquivos de todas as consultorias solicitadas e realizadas pelos consultores e pelo Comitê de Bioética. A amostra estudada foi selecionada com base nas informações contidas nas descrições das próprias consultorias. Os dados foram avaliados por métodos mistos, ou seja, por meio de avaliação qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa dos dados foi realizada por meio de Análise de Conteúdo de Bardin. Foi utilizado o questionário STROBE para a elaboração do artigo.

Autores da Dissertação.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que 23 consultorias (20,72%) envolveram questões de tomada de decisão, envolvendo pacientes com idades variando entre 1 mês e 83 anos. A análise revelou quatro categorias principais: Família, Cuidados Paliativos, Recusa Terapêutica e Vulnerabilidade, com maior envolvimento familiar entre os pacientes acima de 47 anos e maior participação de representantes nas decisões.

✓ **Mediação de Conflitos:** emergiu como uma função crítica da consultoria bioética. Em casos de desacordo sobre planos de tratamento, a consultoria foi fundamental para resolver disputas de maneira justa e empática, facilitando um entendimento mútuo e alinhando expectativas. Essa mediação foi essencial para garantir que as decisões fossem tomadas no melhor interesse do paciente e contribuiu para uma resolução mais harmoniosa dos conflitos. O estudo também destacou a necessidade de uma abordagem personalizada para lidar com os desafios éticos enfrentados em cada caso. As soluções adotadas variaram conforme as circunstâncias específicas de cada paciente, demonstrando a importância de adaptar as práticas bioéticas às necessidades individuais.

✓ **Autonomia do Paciente:** autonomia pessoal é elemento de fundamental importância para o respeito à dignidade humana21. O cuidar da pessoa exige por parte dos profissionais de saúde ponderação individual das circunstâncias que, envolvendo necessariamente cuidados de saúde adequados, terão que considerar as manifestações dos seus valores culturais e espirituais e o seu envolvimento afetivo, familiar e social14.

✓ **Comunicação Eficaz:** garantindo que todas as partes envolvidas compreendessem claramente as implicações das decisões e abordassem as preocupações com sensibilidade. Esta melhoria na comunicação contribuiu para alinhar expectativas e reduzir o estresse emocional associado ao processo de decisão, promovendo um ambiente mais colaborativo e compreensivo.

Criação do Comitê de Bioética do Hospital Tacchini..

CONCLUSÕES

A consultoria bioética emerge como um recurso essencial para mediar conflitos e alinhar expectativas, assegurando que as escolhas respeitem as preferências do paciente e promovam a qualidade do atendimento. Além disso, a personalização das abordagens éticas, adaptando-se às circunstâncias individuais, é crucial para uma prática bioética mais eficaz. As lições aprendidas desta investigação devem guiar o desenvolvimento contínuo das práticas bioéticas, enfrentando novos desafios na área da saúde e contribuindo para um atendimento mais humano e respeitoso.

REFERÊNCIAS

1. Clotet J. Por que bioética? Bioética. 1993;1(1):13-19.
2. Marques Filho J. Bioética clínica: cuidando de pessoas. Rev Bras Reumatol. 2008;48(1):31-3.
3. Goldim JR. Bioética Complexa: um enfoque englobante para o processo de tomada de decisões. In: Raymundo MM, Gutiérrez-Martínez D. Bioética e Laicidade: vida e diversidade em conexão. Curitiba: Prismas; 2014. p. 37–56.

DESENVOLVIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ENGAJAMENTO DA EQUIPE E ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE CHECAGEM À BEIRA LEITO

Fernanda Rodrigues Silva de Freitas, Saullo Queiroz Silveira, Giseli Rodrigues de Carvalho

INTRODUÇÃO

A segurança na administração de medicamentos é um dos pilares fundamentais para a qualidade do cuidado hospitalar e está diretamente ligada à redução de eventos adversos e à melhoria dos desfechos clínicos. A Meta Internacional 3 de Segurança do Paciente reforça a importância da administração segura, que inclui a identificação correta do paciente, a conferência da medicação e a checagem sistematizada do processo. Com a evolução tecnológica, a informatização da prescrição e a utilização de sistemas eletrônicos à beira do leito surgem como ferramentas essenciais para garantir a segurança, permitir auditorias rigorosas e assegurar a rastreabilidade dos medicamentos administrados. O uso da tecnologia de administração de medicamentos por código de barras (BCMA), especialmente quando associada à checagem da pulseira de identificação do paciente, demonstrou benefícios claros na segurança, prevenindo a administração de medicamentos incorretos em até 5% dos pacientes observados. Apesar disso, os autores destacam que falhas no design da tecnologia e limitações de hardware podem comprometer a efetividade e favorecer a adoção de "atalhos" pelos profissionais, reduzindo o impacto esperado na prevenção de erros[1,2].

Neste contexto, nosso hospital implementou a checagem eletrônica à beira do leito, utilizando notebooks equipados com leitores de código de barras e QR codes nas etiquetas das medicações, além da leitura da pulseira do paciente, como parte de uma estratégia para fortalecer a cultura de segurança e minimizar falhas na administração medicamentosa.

Figura 01 – Ferramenta para uso do beira leito

METODOLOGIA

Este projeto foi conduzido por meio da aplicação da metodologia PDSA (Plan-Do-Study-Act), que permite ciclos sequenciais de planejamento, execução, análise e ajustes para a melhoria contínua do processo de checagem de medicamentos à beira do leito. O indicador utilizado para mensuração foi a Taxa de Checagem à Beira do Leito (TCCBL), definida como a razão entre o número de checagens realizadas no beira leito e o total de checagens efetuadas no período avaliado. Os dados foram coletados quinzenalmente a partir dos relatórios gerados pelo sistema eletrônico hospitalar.

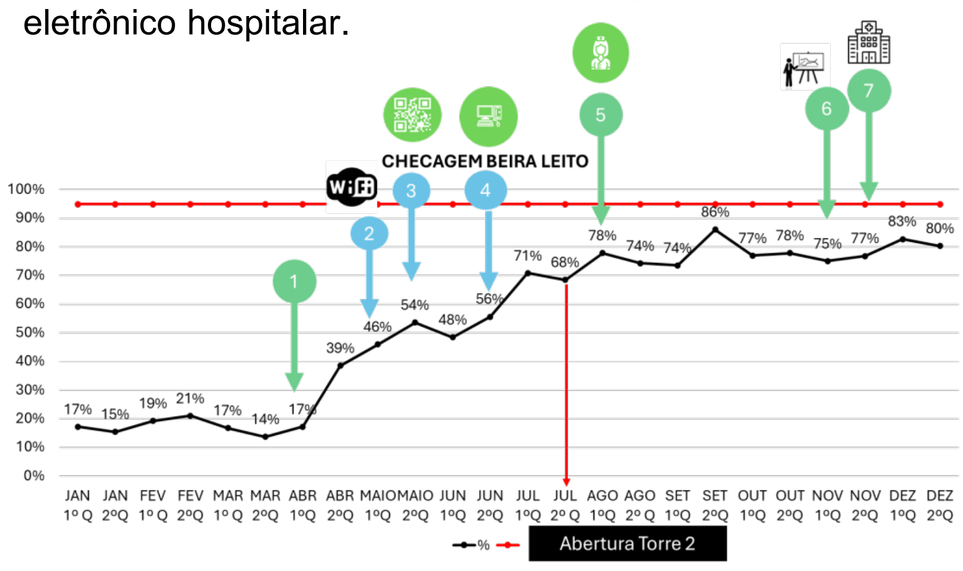


Gráfico 01 – Aplicação dos ciclos PDSA.

RESULTADOS

A mediana da TCCBL no 1º trimestre de 2024 foi de 17%, falta de engajamento e descredibilidade no sistema com o processo beira leito parecia ser a causa raiz. Essa análise motivou o CICLO 1 (segunda trimestre de 2024), que resultou em TCCBL de 47%. Melhor engajamento deu vistas a falhas técnicas: instabilidade do WiFi e indisponibilidade de computadores portáteis por falta de cabos de força. O CICLO 2 (primeira quinzena de maio de 2024) focou nesses pontos e gerou aumento da conformidade para 74%. Dois novos ofensores foram identificados: falhas nas etiquetas das medicações que impediam a "bipagem" e ausência de etiquetas com QR code nas medicações não padronizadas. Iniciado CICLO 3 que resolveu ambos os problemas e levou a nova melhora no indicador para 77%. Neste período houveram mudanças estruturais como aumento no número de leitos que nos trouxe a insegurança se conseguiríamos sustentar a cultura de segurança. Ao final desse ciclo, não havia outras oportunidades mapeadas e o CICLO 4 consistiu em dar feed back através do método one-one, destacando a equipe sobre os resultados alcançados. Além disso, foi estabelecido processo para que falhas de checagem identificadas ao final de cada plantão fossem acompanhadas de justificativas. Após tais ações, houve aumento da adesão alcançando o melhor resultado dos ciclos de 89%, tal resultado próximo ao que havíamos estabelecido como meta. Em continuidade, tivemos um segundo desafio que foi o início de um novo perfil na unidade que foi sustentado mantendo uma meta de 82 % no ultimo ciclo. Tais medidas nos fizeram acreditar que, a cultura de segurança foi sustentada entre 80 e 90% e apesar da dificuldade no alcance da meta estabelecida já podemos demonstrar uma estabilidade na adesão a prática. Saindo de uma mediana de 17% no inicio de 2024 chegando a uma mediana de 85% no início de 2025.

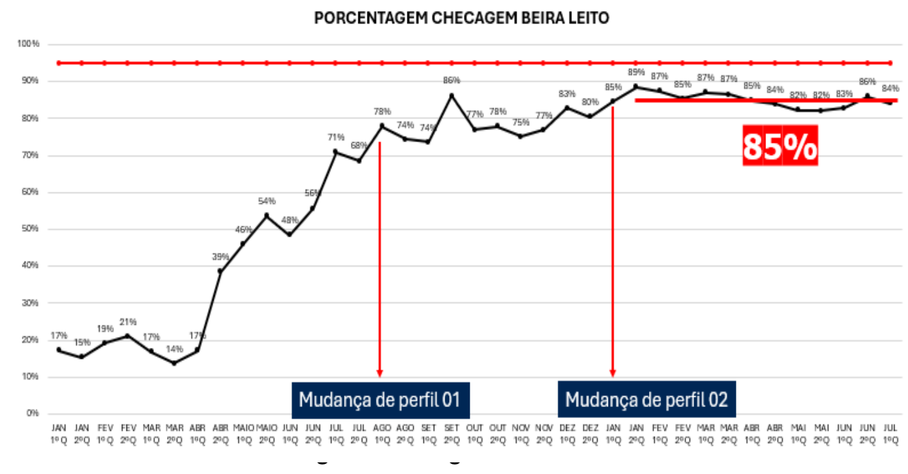


Gráfico 02 - Porcentagem de checagem beira leito

CONCLUSÕES

O processo de administração segura de medicações beira leito apresenta uma instabilidade o que pode demonstrar o limite de adesão a prática motivada por fatores externos como falha no cadastro das medicações e interface de leitura do sistema. A implementação da cultura do beira leito tornou-se uma cultura independente da mudança de perfil hospitalar. A motivação e o envolvimentos dos colaboradores executores na construção do resultado foi o ponto de destaque na melhoria do processo.

REFERÊNCIAS

1. Strudwick G, et al. The impact of bar-code medication administration (BCMA) technology on medication errors: a systematic review. *J Patient Saf*. 2018;14(1):e13-e20. doi:10.1097/PTS.0000000000000336.
2. Scobie S, et al. Barcode medication administration technology use in hospital practice: a mixed-methods observational study of policy deviations. *BMJ Open Qual*. 2021;10(4):e001409. doi:10.1136/bmjoq-2021-001409.

DESFECHO CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE RIM E FÍGADO: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES

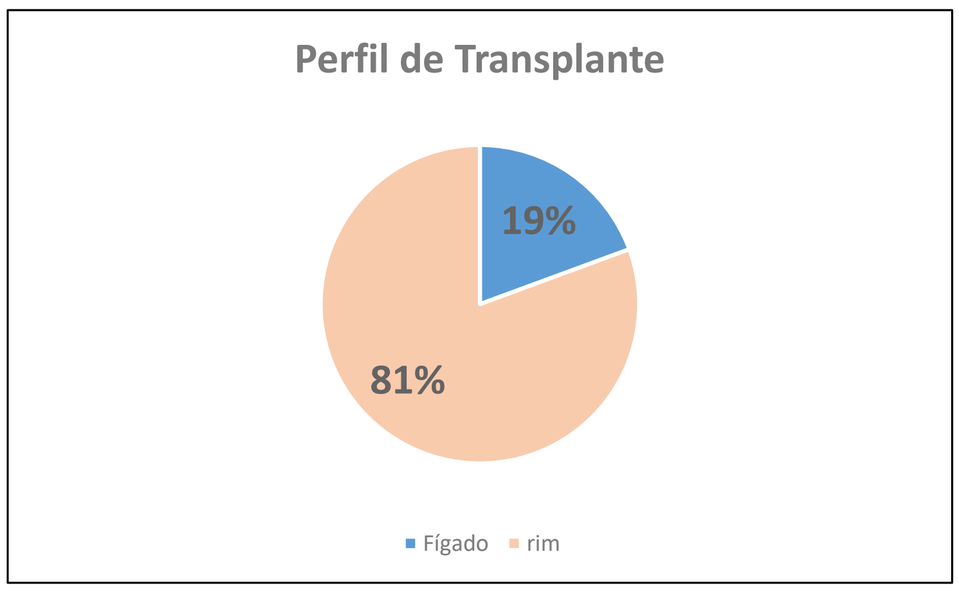
Bruno Majevski, Emanuelle Vescovi, Amanda Réder, Juliana Daleprane

INTRODUÇÃO

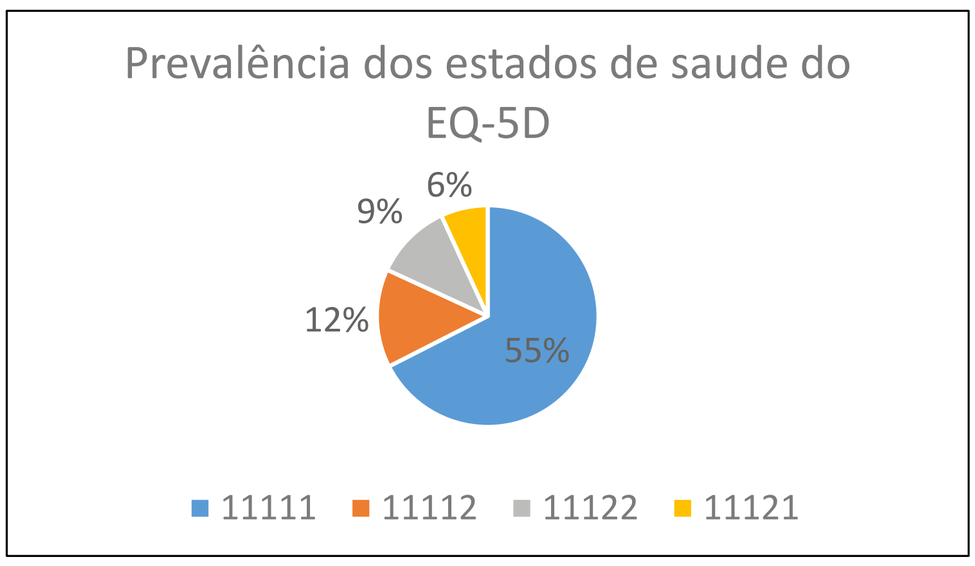
O transplante de órgãos representa uma intervenção complexa, porém essencial para melhorar a qualidade de vida de pacientes com falência terminal. Essa alternativa para muitos pacientes é a única maneira de prolongar a vida e recuperar, ao menos parcialmente, sua autonomia e bem estar. O PROMs são formas de monitorar o real impacto da condição de saúde do paciente ao escutar sua perspectiva. O objetivo foi avaliar a percepção dos pacientes sobre sua qualidade de vida antes e após o transplante, buscando compreender as dimensões mais afetadas por essa intervenção e os impactos na sua vida.

METODOLOGIA

Realizada uma pesquisa com aplicação de questionário estruturado de PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) utilizando o instrumento EuroQol (EQ-5D-3L + VAS). Ele avalia 5 dimensões, sendo elas: Mobilidade, atividades usuais, autocuidado, dor e desconforto, ansiedade/depressão. E avalia em níveis diferentes, tendo as opções de 3 e 5 níveis. Institucionalmente optamos pela de 3 níveis: leve, moderado e extremo. Além disso, para complementar aplicamos também o questionário VAS, pois incorpora uma escala visual analógica e captura a avaliação geral do entrevistado sobre sua saúde em uma escala de 0 (pior saúde imaginável) a 100 melhor saúde imaginável). A pesquisa foi aplicada no período pré operatório de transplante, e 60 dias após a realização do procedimento no acompanhamento ambulatorial. Como o transplante pode ocorrer sem agendamento (quando surge um órgão compatível com o paciente), a pesquisa pré-transplante é realizada quando o paciente chega para realizar o procedimento. Essa medida foi pensada devido ao tempo de espera do paciente na fila de transplante, sendo assim conseguimos pegar o paciente no momento exato que antecede a sua cirurgia. No caso do pós transplante, fazemos presencialmente em consulta de acompanhamento ou pesquisa fonada. O questionário foi aplicado via Google Forms, onde entrevistamos 98 pacientes submetidos ao transplante. Desses 79 pacientes foram submetidos ao transplante de rim, correspondendo a 81% da amostra e 19 pacientes ao transplante de fígado, sendo 19% da amostra. O cuidado com a aplicação da pesquisa com o paciente, é a comunicação efetiva. Onde o entrevistador se faz entender na linguagem do paciente, garantindo assim uma resposta fidedigna. Foram identificados 22 estados de saúde na amostra, dentro os 243 possíveis a partir do sistema descritivo do EQ-5D. O gráfico abaixo apresenta a prevalência dos estados de saúde. A saúde perfeita (11111) é o estado mais comum, representando 55% dos entrevistados. Todos os procedimentos foram realizados no Hospital Evangélico de Vila Velha, entre maio/23 e abril/25.



Perfil do tipo de transplante realizado no período citado



Perfil do tipo de transplante realizado no período citado

RESULTADOS

Após avaliação dos dados obtidos com a aplicação da pesquisa de qualidade de vida podemos observar que: dos 98 pacientes entrevistados, 27 pacientes relatam que no pré-operatório estavam no melhor estado de saúde possível (11111). Esse número após o transplante subiu para 81 pacientes, representando uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes. Melhorias observadas entre os períodos, Mobilidade: melhora de 81 → 93 (+13%), Autocuidado: 82 → 96 (+15%), Atividades usuais: 73 → 92 (+21%), Dor/Desconforto: 52 → 88 (+41%) e Ansiedade/Depressão: 43 → 87 (+51%). Homens apresentaram mais queixas em todas as dimensões, quando comparado as mulheres submetidas a pesquisa. Sendo a faixa etária de 36-55 anos no nível dor e ansiedade a maior incidência.

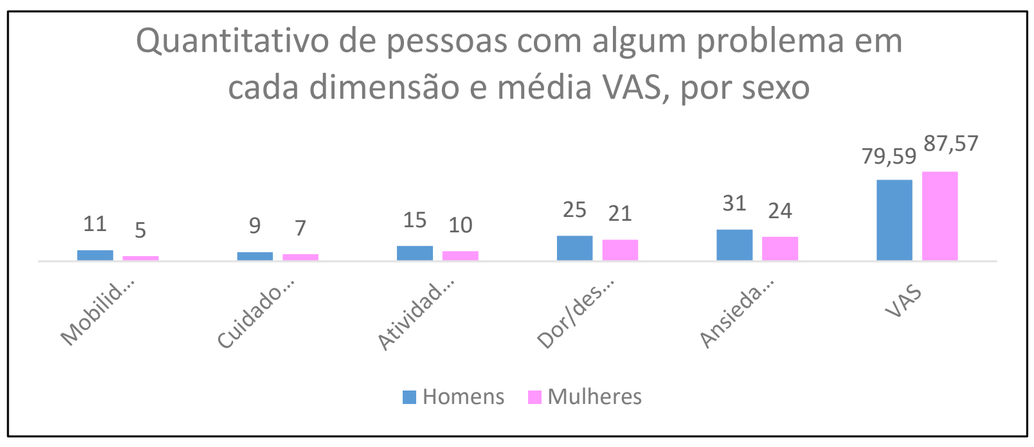
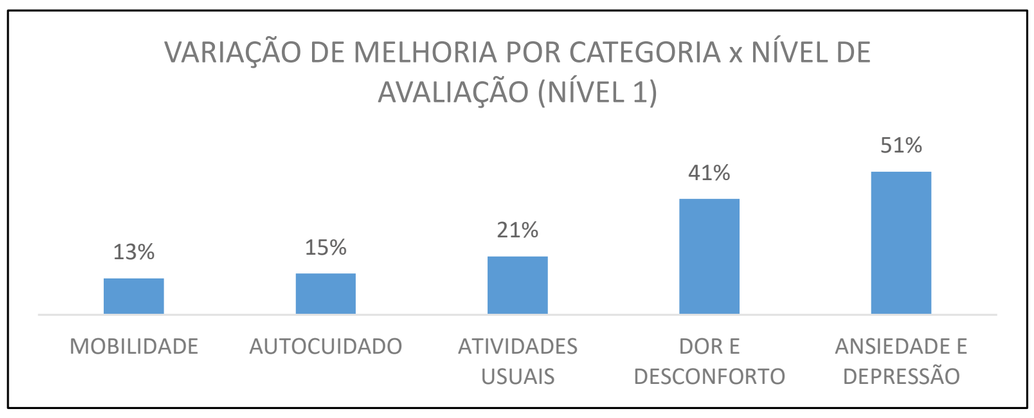


Gráfico representado o numero de pacientes que relataram algum problema nas dimensões avaliadas por sexo.



Variação de melhoria por dimensão avaliada

CONCLUSÕES

Evidenciamos com os resultados da pesquisa que o transplante de órgãos promove uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes, em todas as dimensões. Evidenciado essas melhorias no impacto positivo da intervenção tanto no aspecto físico quanto no emocional dos pacientes. Além disso, a análise por gênero e faixa etária indica a necessidade de abordagem diferenciada com os homens e aos pacientes entre 36 e 55 anos, por apresentarem maior vulnerabilidade em dor e ansiedade. Os resultados reforçam a importância do acompanhamento multidisciplinar e a utilização do PROMs como ferramenta para monitorar os desfechos clínicos do transplante. Assim, permitindo ajustes nos cuidados e estratégias personalizadas que potencializem os benefícios da cirurgia.

REFERÊNCIAS

Andrade MV, Noronha K, Tipo P, Maia AC, de Menezes RM, De Barros Reis C, Souza MN, et al. Preferências sociais para estados de saúde EQ-5D a partir de um inquérito populacional brasileiro. Valorize as questões regionais de saúde.
MENEZES, Renata de Miranda; ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza; KIND, Paul. O EQ-5D como medida de saúde para a população mineira. Cedeplar/UFMG; University of Leeds.
DEVLIN, Nancy; PARKIN, David; JANSSEN, Bas. *Methods for Analysing and Reporting EQ-5D Data*

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

QUALITY GLOBAL ALLIANCE

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2025

Disclosure: Dever Ético e Honestidade

Autor: *Fernanda Hernandes*
Coautores: *Rubens Covello, Viviane Franco, Melissa Morais*

INTRODUÇÃO

Disclosure, também conhecido como “Comunicação Aberta”, é um ato ético e um direito do paciente, conforme destacado na Carta dos Direitos de Segurança do Paciente publicada pela Organização Mundial da Saúde em 2024, que traz requisitos como o direito à informação, ser ouvido e obter resolução justa. O Disclosure deve ser uma diretriz institucional, aprovada pela alta liderança e incorporada à cultura organizacional, fundamentado nos princípios da transparência, ética e honestidade.

A Quality Global Aliance - QGA é uma instituição acreditadora que aplica no Brasil a metodologia Qmentum, faz parte de uma aliança global e junto a seus clientes aplica as melhores práticas de qualidade e segurança do mundo. A QGA recomenda que instituições de saúde que utilizam a metodologia Qmentum realizem o Disclosure.
O objetivo deste estudo é apresentar o número de Disclosure realizados pelas organizações de saúde em resposta a incidentes de segurança de alto impacto, no período de maio a dezembro de 2024.

MÉTODO

Em 2024, publicamos e implantamos junto às instituições de saúde clientes da QGA, a Norma para Notificação de Incidentes, que estabelece a obrigatoriedade da notificação de incidentes de segurança com dano grave, óbito, never events e situações com repercussão em mídias sociais e demais veículos de comunicação. Este documento contém dez requisitos que devem ser preenchidos pelas instituições notificantes, incluindo perguntas sobre a percepção de risco jurídico e se foi realizado o Disclosure.

As notificações são recebidas através de um e-mail dedicado para essa finalidade, e posteriormente analisadas por um profissional com experiência técnica. As informações são então transcritas para um formulário do Google.

RESULTADOS

No período de maio a dezembro de 2024, foram recebidas 126 notificações através do e-mail designado para essa finalidade, das quais 55 eram incidentes com dano grave, 10 never events, e 48 resultaram em óbito. Treze notificações foram excluídas do estudo por serem de outra natureza.

O disclosure foi realizado em 23 incidentes de segurança, sendo 4 never events, 13 incidentes com dano grave e 6 com dano óbito.

As organizações de saúde relataram percepção de risco jurídico em 15 casos notificados, mas optaram por realizar o disclosure em apenas 9 situações, representando 60% dos casos. Este dado é significativo, pois mesmo quando os pacientes e/ou suas famílias perceberam que algo não planejado havia ocorrido durante a prestação de cuidados, as instituições de saúde optaram por não realizar uma comunicação aberta sobre os fatos.

De maneira geral, ainda temos um longo caminho a percorrer, visto que o disclosure foi realizado em apenas 20% dos incidentes de segurança de alto impacto.

A análise revela que, embora haja um progresso na notificação e gestão de incidentes de segurança, a prática do disclosure ainda não faz parte da cultura de segurança e organizacional.

CONCLUSÃO

As instituições de saúde, apesar de adotarem metodologias para fortalecer seus processos de qualidade e segurança, ainda enfrentam desafios em relação à comunicação aberta com os pacientes e/ou familiares. A acreditação é uma ferramenta que encoraja e apoia a alta administração e os profissionais de saúde no compromisso da realização do disclosure, pautada em uma cultura justa.

Revelar um incidente de segurança demonstra respeito pelo paciente e sua família, além de ser uma prática ética e capaz de restaurar a confiança entre as partes. É indispensável que os profissionais de saúde recebam formação adequada e que as instituições adotem processos estruturados.

Em 2025, nosso compromisso é fomentar esse tema durante as avaliações, compartilhar referenciais teóricos, esclarecer os benefícios para as partes interessadas e apoiar a construção de diretrizes através do processo de co-criação utilizado na metodologia Qmentum. Assim, esperamos superar as barreiras existentes e promover uma cultura de transparência e aprendizado contínuo.

DO FORMULÁRIO AO DASHBOARD: CICLOS PDSA IMPULSIONAM INTERVENÇÕES DE STEWARDSHIP DE ANTIMICROBIANOS

Autores: Natanael Sutikno Adiwardana, Regia Damous Fontenele Feijó

INTRODUÇÃO

Até metade das prescrições de antibióticos em hospitais é considerada subótima, segundo estimativas internacionais. A OMS e a Joint Commission recomendam programas de stewardship para reduzir resistência, eventos adversos e desperdício. Em 2021, registros de auditorias de antimicrobianos em nossas UTIs sofriam grande variabilidade. Implementou-se dois ciclos de melhoria (PDSA) para digitalizar o processo, monitorar indicadores em tempo real e ampliar a segurança terapêutica. O estudo compara produtividade e perfil de inadequações entre os dois ciclos

METODOLOGIA

Desenho quase-experimental antes-e-depois. Fase 1 (jan/2022–set/2023, 21 meses): introduziu-se formulário on-line (Microsoft Forms) ligado a planilha Excel local; dados de consumo já eram estratificados por UTI, porém exigiam extração manual; justificativas de inadequação eram texto livre. Um infectologista e farmacêuticos avaliavam diariamente 22 antimicrobianos críticos. Fase 2 (out/2023–jan/2025, 16 meses): adicionou-se segundo infectologista e migrou-se a base para Excel Online integrado a Teams/SharePoint. O novo dashboard automatizou a transposição das prescrições, categorizando inadequações em “droga”, “dose”, “duração”, “espectro” ou “indicação”. Compararam-se médias mensais de intervenções (teste t) e proporções de inadequações (teste z), com IC 95 % e p < 0,05.

Item	Detalhes do método
Desenho	**Quase-experimental antes-e-depois** (dois ciclos PDSA).
Cenário	**UTIs** de hospital terciário; auditoria de **22 antimicrobianos críticos** realizada **diariamente**.
Períodos	**Fase 1:** janeiro/2022–setembro/2023 (**21 meses**) **Fase 2:** outubro/2023–janeiro/2025 (**16 meses**).
Equipe auditora	**Fase 1:** 1 infectologista + farmacêuticos **Fase 2: +1** infectologista (equipe ampliada).
Ferramentas/dados Fase 1	**Microsoft Forms** ligado a **Excel local**; Consumo **estratificado por UTI** com **extração manual**; Justificativas de inadequação em **texto livre** (não estruturado).
Ferramentas/ dados Fase 2	**Excel Online** integrado a **Teams/SharePoint** com **dashboard**; **Transposição automatizada** das prescrições; Categorização estruturada das inadequações: **droga, dose, duração, espectro, indicação**.
Unidade de análise	**Prescrições de antimicrobianos** auditadas nas UTIs; unidade analítica para produtividade = **intervenções/mês**; para qualidade = **proporção de prescrições inadequadas**.
Desfechos principais	(1) **Média mensal de intervenções** do programa; (2) **Proporção de inadequações** detectadas (categorias acima).
Comparações	**Fase 1 vs Fase 2** para ambos desfechos.
Estatística	**Médias** comparadas por **teste t**; **proporções** por **teste z**; **IC 95%**; **p < 0,05**.
Objetivo dos ciclos	**Digitalizar** o processo, **monitorar indicadores em tempo real** e **padronizar** a classificação de erros para apoiar segurança terapêutica e stewardship.

Tabela 1 - Métodos

RESULTADOS

Média de intervenções mensais subiram de 27 (IC 18,8–36,3; n = 578) para 73 (IC 59,9–87,0; n = 1176), diferença +45,9 (IC 30,4–61,6; p < 0,001).

Avaliações de prescrições inadequadas aumentaram de 19% para 30% (+11%.; p = 0,006), refletindo maior sensibilidade do novo sistema, sobretudo para espectro inadequado.

Métrica	Fase 1 (21 meses)	Fase 2 (16 meses)	Diferença (F2 − F1)	p-valor
Intervenções totais	**578**	**1.176**	—	—
Média de intervenções/mês (IC 95%)	**27 (18,8–36,3)**	**73 (59,9–87,0)**	**+45,9/mês (30,4 - 61,6)**	**< 0,001**
Proporção de prescrições inadequadas detectadas	**19%**	**30%**	**+11 p.p.**	**0,006**

Tabela 2 – Resultado dos ciclos aplicados em cada fase

Visual Abstract

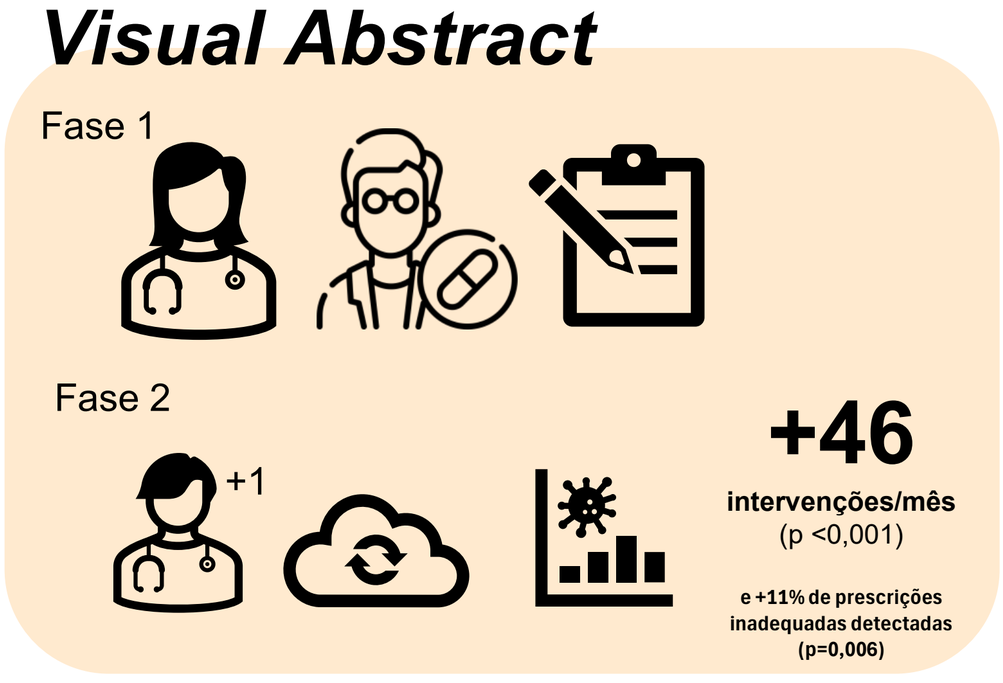


Figura 1 – Visual Abstract:metodologia e resultados apresentados de forma resumida

CONCLUSÕES

Com metodologia estruturada, a transição de um formulário digital para um dashboard colaborativo aumentou a produtividade do programa, gerou indicadores em tempo real e padronizou a classificação de erros com custo mínimo. A iniciativa demonstra que soluções simples de dados podem melhorar a segurança do paciente, reduzir variabilidade clínica e apoiar modelos assistenciais mais sustentáveis.

Apoio:

Contato:

REFERÊNCIAS

1.Dorzin SE, Halaby C, Quintos ML, Noor A, El-Chaar G. Antimicrobial Stewardship Program Using Plan-Do-Study-Act Cycles to Reduce Unjustified Antibiotic Prescribing in Children Admitted With an Asthma Exacerbation. J Pediatr Pharmacol Ther. 2017 Nov-Dec;22(6):436-443. doi: 10.5863/1551-6776-22.6.436. PMID: 29290744; PMCID: PMC5736256.
2.Jones D, Marra AR, Livorsi D, Perencevich E, Goto M. Perceptions of an automated benchmarking dashboard for antimicrobial stewardship programs among antimicrobial stewards within the veterans' health administration: a multicenter qualitative study. Antimicrob Steward Healthc Epidemiol. 2023 Jul 10;3(1):e118. doi: 10.1017/ash.2023.203. PMID: 37502245; PMCID: PMC10369443.
3.Kathryn Timberlake, Alicia Koo, Michelle Science, Jiro Inoue, Lawrence Guo, Jeannette So, Lillian Sung, Tracking and Reporting Antimicrobial Use: Development of an Antimicrobial Stewardship Dashboard, Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society, Volume 13, Issue Supplement_3, October 2024, Page S22, https://doi.org/10.1093/jpids/piae088.042

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

EFEITO DO AUMENTO DO USO DA CARBETOCINA NA REDUÇÃO DOS DESFECHOS HEMORRÁGICOS

Marina Borges Curralo, Claudio Mueller Kakuda; Kelly Pina Vaz; Ana Lilian Barreto; Maria Augusta Bento Cicaroni Gibelli, Marcelo Nunes dos Santos, Letícia Gomes Marinho

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é a maior causa direta de morte materna, além de acarretar morbidade materna grave. A ocitocina é a terapia padrão para a prevenção de HPP. A Carbetocina, que é um análogo da ocitocina de ação prolongada e de dose única, tem se destacado como alternativa eficaz. No entanto, há escassez de dados no mundo real que avaliem o impacto da ampliação do uso da carbetocina nos desfechos hemorrágicos obstétricos com foco em valor em saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar a associação entre o aumento do uso de carbetocina e a incidência de HPP, HPP por atonia uterina e histerectomia por atonia em uma maternidade de alta complexidade.

METODOLOGIA

Estudo observacional retrospectivo com dados de abril de 2023 a dezembro de 2024. Foram analisados, por mês, o número de partos, doses de carbetocina administradas, casos de HPP total, HPP por atonia uterina e histerectomias por atonia. As taxas foram calculadas a cada 100 partos. Realizou-se análise descritiva com cálculo de medianas por ano. As comparações entre os anos de 2023 e 2024 foram feitas por meio do teste de Mann-Whitney. Para avaliar a associação entre o uso de carbetocina e os desfechos clínicos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de p<0,05. A análise de custo- efetividade foi realizada comparando-se eventos evitados vs. custos relacionados, custos com a administração da ocitocina e carbetocina.

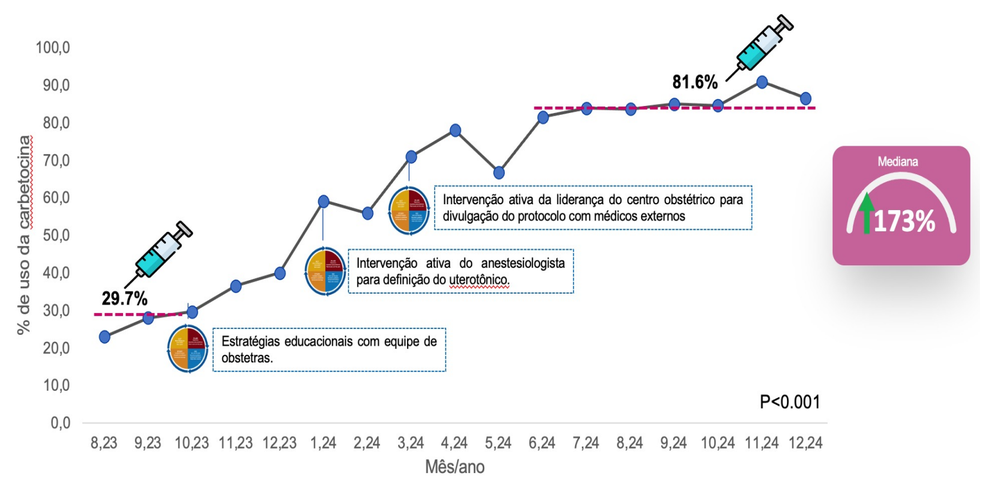


Fig. 1 – Taxa de adesão à carbetocina. As medidas mensais foram obtidas de agosto de 2023 à dezembro de 2024. Fonte de dados: Prontuário eletrônico

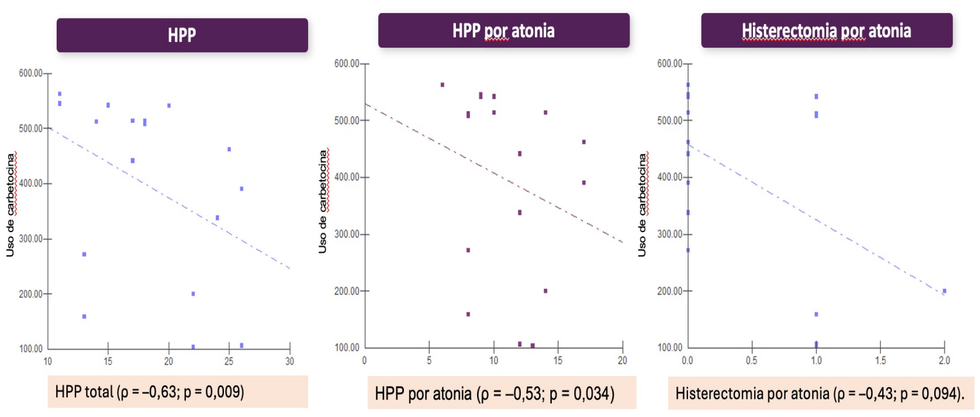


Fig. 2 - Correlação entre as taxas de uso de carbetocina e a incidência de eventos.

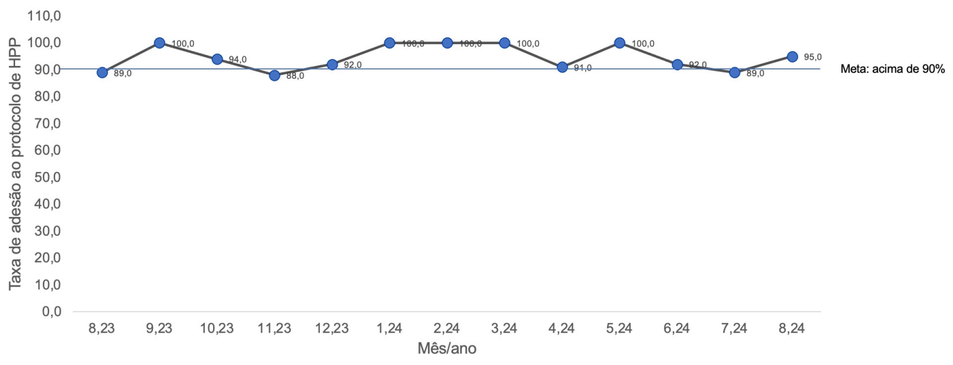


Fig. 3 - **Indicador de equilíbrio:** Taxa de adesão ao protocolo de HPP. As medidas mensais foram obtidas de Ago/23 à Dez/24.

RESULTADOS

Em agosto de 2023, o uso da carbetocina foi incorporado ao protocolo de prevenção de hemorragia pós-parto, e intervenções educacionais e de processo foram implantadas para modificar a estratégia terapêutica das equipes médicas quanto ao uso do novo uterotônico. Na série temporal, observou-se aumento crescente no uso de carbetocina em substituição à ocitocina, cuja mediana passou de 29,7% em 2023 para 81,6% em 2024. Concomitantemente, registrou- se redução das medianas das taxas de HPP total (de 4,00% para 2,73%), HPP por atonia uterina (de 2,11% para 1,59%) e histerectomia por atonia (de 0,18% para 0,00%). Na análise comparativa, o aumento do uso de carbetocina foi estatisticamente significativo (p < 0,001), assim como a redução na taxa de histerectomia por atonia (p = 0,011). As reduções nas taxas de HPP total (p = 0,267) e por atonia (p = 0,661) não alcançaram significância estatística, embora apresentem tendência clínica favorável. A correlação de Spearman indicou associação inversa entre a taxa de uso de carbetocina e os desfechos hemorrágicos: HPP total (ρ = –0,63; p = 0,009) e HPP por atonia (ρ = –0,53; p = 0,034), com tendência semelhante para histerectomia por atonia (ρ = – 0,43; p = 0,094). Adicionalmente, foi estimado o impacto econômico associado à prevenção de eventos adversos hemorrágicos. Com base na mediana das taxas de 2023 aplicadas para prospecção da estimativa de eventos relacionados ao total de partos de 2024 (n = 9.334), seriam esperados 373 casos de HPP, 197 por atonia uterina e 17 histerectomias por atonia. No entanto, os dados observados indicaram 255 casos de HPP, 148 por atonia e apenas 2 histerectomias por atonia, resultando na prevenção estimada de 89 casos de HPP, 37 por atonia e 13 histerectomias. Considerando um custo médio de R$ 3.500 por HPP e R$ 25.000 por histerectomia, o custo evitado com eventos adversos foi estimado em R$636.500. O uso ampliado de carbetocina, administrada a mais 4.174 pacientes em 2024, implicou um custo incremental de R$ 462.060, ao se considerar a diferença unitária de R$ 102 por paciente em relação à ocitocina. Com isso, a economia líquida estimada foi de R$ 174.440, reforçando o ganho em valor (melhor desfecho com menor custo assistencial agregado decorrente da mudança de prática institucional.

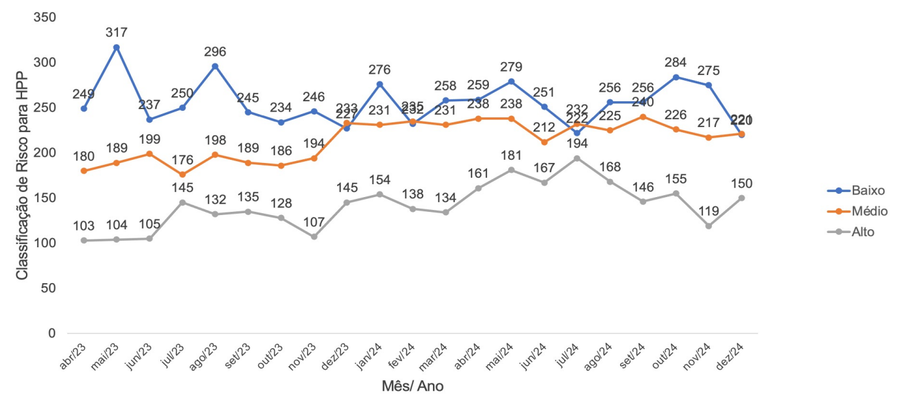


Fig. 4 - **Indicador de equilíbrio:** Classificação de risco. As medidas mensais foram obtidas de Ago/23 à Dez/24.

CONCLUSÕES

O aumento do uso de carbetocina esteve associado a uma redução significativa nas taxas de histerectomia por atonia e apresentou correlação inversa com os demais desfechos hemorrágicos, sugerindo benefício clínico consistente. A estimativa de eventos adversos evitados e da economia líquida obtida sugerem o papel da carbetocina como intervenção preventiva alinhada aos princípios de valor em saúde — ao promover melhores desfechos clínicos com menor custo assistencial agregado. A gestão de protocolos e medidas clínicas baseadas em custo-efetividade são ferramentas estratégicas na promoção da segurança da paciente obstétrica e com impacto na sustentabilidade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

Feduniw S, Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M. Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage - a systematic review. Ginekol Pol. 2020;91(1):38- 44. doi: 10.5603/GP.2020.0009.
Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, Moorthy V, Tobias A, Deeks JJ, Widmer M, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Coomarasamy A. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 25;4(4):CD011689.

ESTRATÉGIAS FISIOTERAPÊUTICAS NO MANEJO DA DOR: DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO

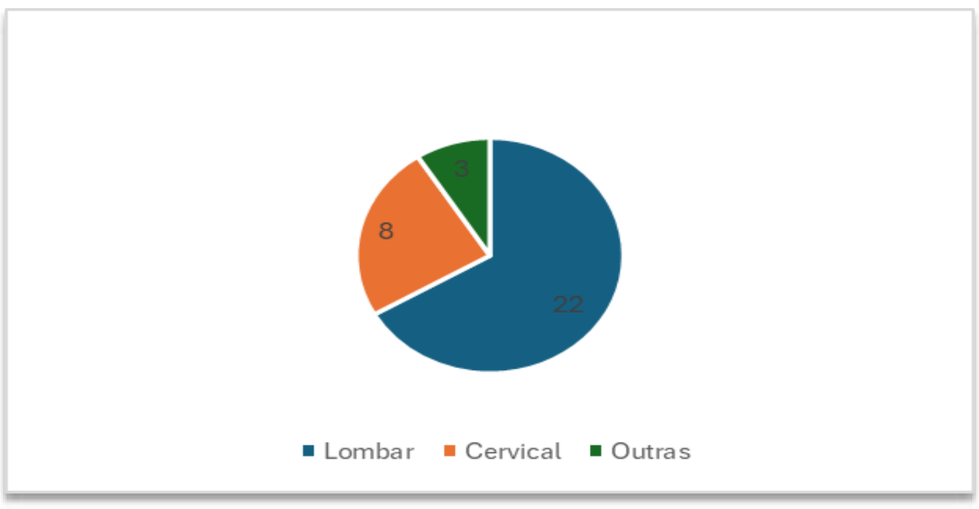
Diego da Silva Haluska, Amanda Passos, Alexandre Braga, Milena Nino, Alessandra Rensi, Juliana Trevisan, Lucimeire Vieira, Renata Fukugava, Edna Hirota

INTRODUÇÃO

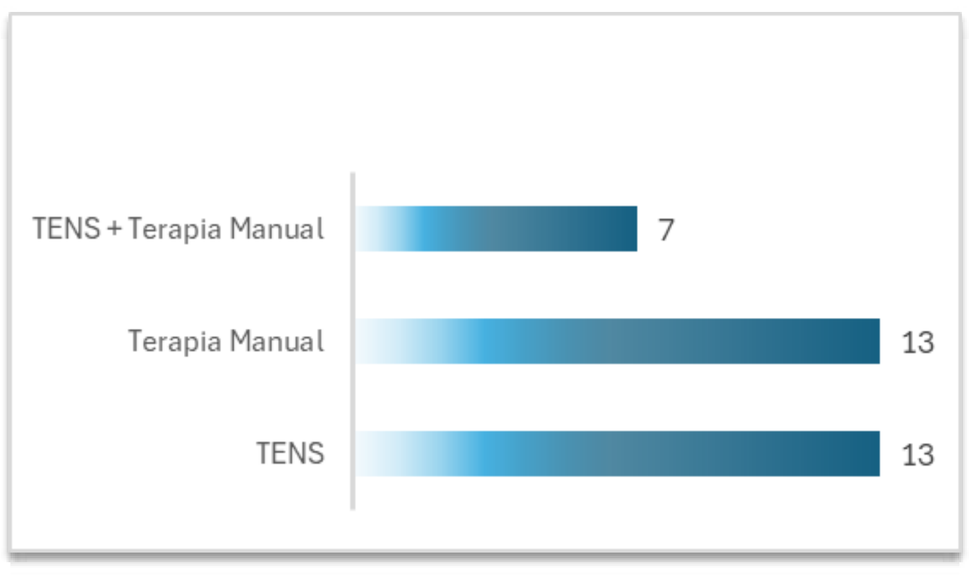
A dor crônica é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. A avaliação e tratamento adequados asseguram que ela seja devidamente manejada. As abordagens não farmacológicas podem ser eficazes no alívio da dor, ajudam a restaurar ou melhorar a função física, a mobilidade e promove o bem-estar emocional, melhorando a qualidade de vida dos pacientes

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo quantitativo com base na avaliação fisioterapêutica de 33 pacientes durante período de internação hospitalar, com acompanhamento da equipe de fisioterapia analgésica sendo 17 pacientes com dor primária sendo a causa da internação, 16 pacientes com dor secundária ao motivo da internação e 2 reinternações nesse período por conta da dor relatada. Eram coletados o score de dor através da Escala Visual Analógica (EVA) antes e após a terapia, mapeamento do local exato da queixa álgica através de ilustração do corpo humano e conferência dos horários das medicações ministradas ou não, prescritas no sistema do hospital.



Etiologia da dor avaliada.

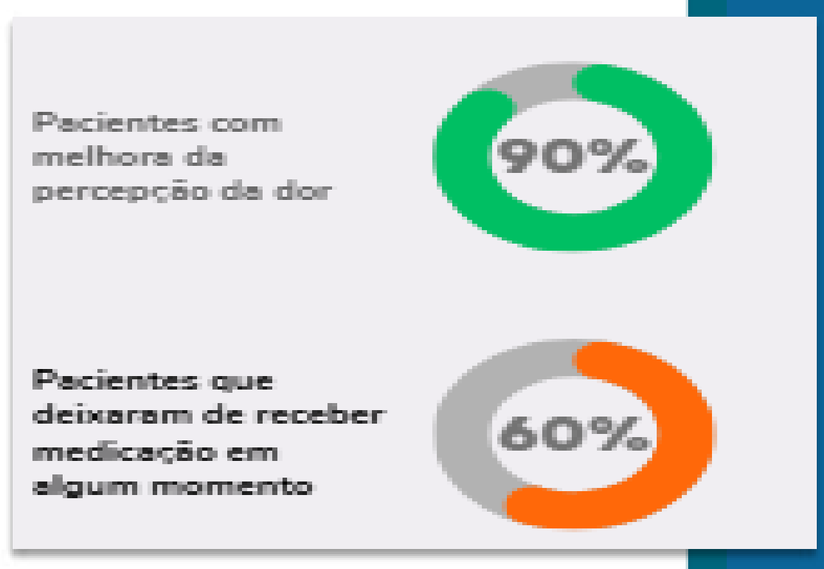


Tipos de intervenções não farmacológicas realizadas

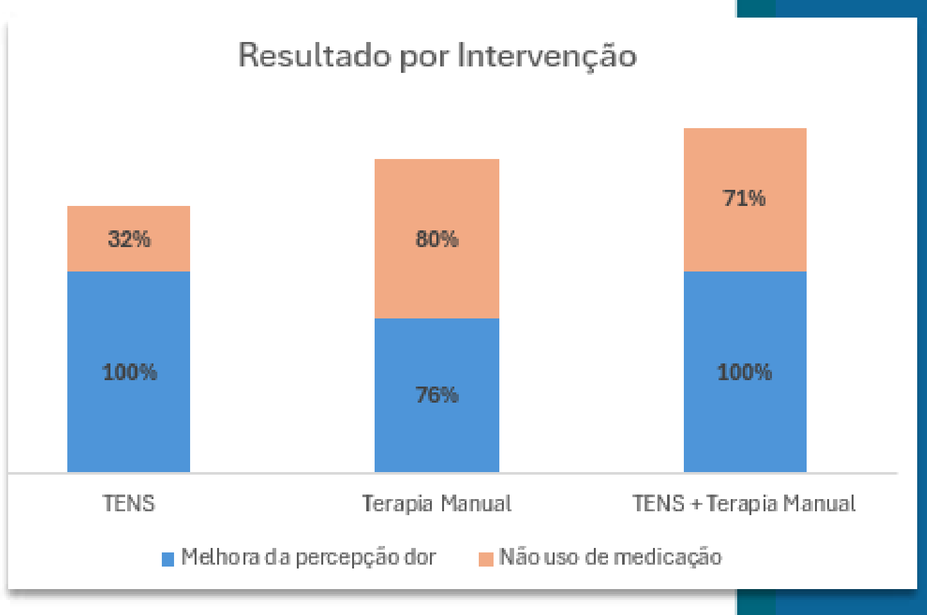
RESULTADOS

Observado resultados referentes a percepção de dor referida do paciente após as intervenções realizadas, com 90% referindo melhora, com avaliação da dor menor que a inicial (Gráfico 1).
Observado em cada tipo de terapia instituída o impacto na percepção de dor (Gráfico 2).

Os pacientes foram acompanhados durante toda a internação, e ao longo deste verificado a possibilidade de não recebimento da medicação frente a melhora da percepção de dor. 60% dos paciente em algum momento deixaram de receber a medicação (Gráfico 1).
Avaliada a utilização da medicação em cada intervenção realizada, sendo que a terapia combinada apresentou uma maior proporção de pacientes sem necessidade de medicação.



Resultado geral após intervenção não farmacológica: Percepção da dor após medicação e impacto na necessidade de medidas farmacológicas



Resultado de cada tipo de intervenção em relação a percepção de dor e necessidade de uso de medicação

CONCLUSÕES

As terapias foram eficazes no manejo da dor, com a vantagem de poder atuar diretamente na sua origem, não gerar efeitos adversos e colaterais provenientes das medicações, podendo também serem utilizadas na não indicação das mesmas, além do seu custo reduzido em comparação às medidas farmacológicas. Outro benefício em relação a custos ainda pode ser a diminuição do uso dos medicamentos, além da menor exposição do paciente aos riscos relacionados ao seu uso.

REFERÊNCIAS

1. Lara, A. R. de, Martins, G. S., & Damasceno, T. M. de A. (2024). TEMPO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITALIZAÇÕES PARA TRATAMENTO CLÍNICO DA DOR AGUDA E CRÔNICA NO BRASIL: 2008-2022. *Revista Contemporânea*, *4*(12), e6855. https://doi.org/10.56083/RCV4N12-070
2. Raja, Srinivasa N.a,*; Carr, Daniel B.b; Cohen, Miltonc; Finnerup, Nanna B.d,e; Flor, Hertaf; Gibson, Stepheng; Keefe, Francis J.h; Mogil, Jeffrey S.i; Ringkamp, Matthiasj; Sluka, Kathleen A.k; Song, Xue-Junl; Stevens, Bonniem; Sullivan, Mark D.n; Tutelman, Perri R.o; Ushida, Takahirop; Vader, Kyleq. THE REVISED INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN DEFINITION OF PAIN: CONCEPTS, CHALLENGES, AND COMPROMISES. PAIN 161(9):p 1976-1982, September 2020. | doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
3. Ezema CI, Onyeso OK, Nna EO, et al. TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL NERVE STIMULATION EFFECTS ON PAIN-INTENSITY AND ENDOGENOUS OPIOIDS LEVELS AMONG CHRONIC LOW-BACK PAIN PATIENTS: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2022;35(5):1053-1064. doi:10.3233/BMR-210146

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

EVOLUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Ronielson Pereira Barbosa, Janaina Tinin

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é um elemento chave para promover ambientes assistenciais mais seguros, colaborativos e orientados à melhoria contínua. Avaliar a percepção dos profissionais permite identificar fortalezas e fragilidades institucionais que impactam diretamente nos desfechos críticos e clínicos organizacionais.

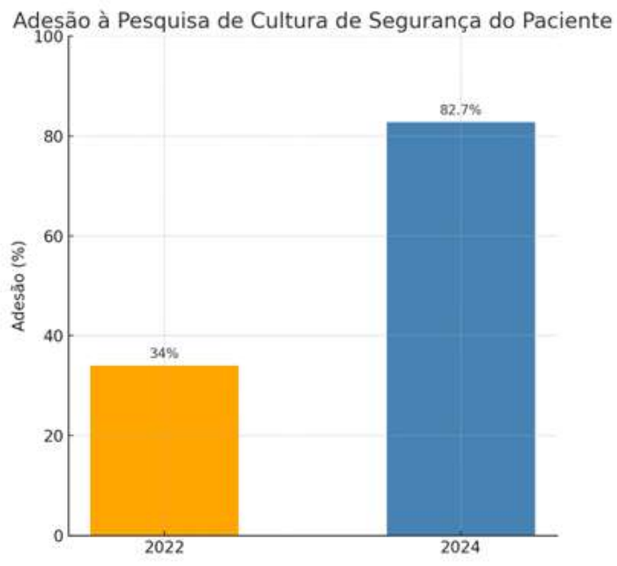
Objetivo: comparar os resultados da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente aplicada em 2022 e 2024, destacando avanços, desafios e implicações das estratégias adotadas para fortalecimento da cultura organizacional.

METODOLOGIA

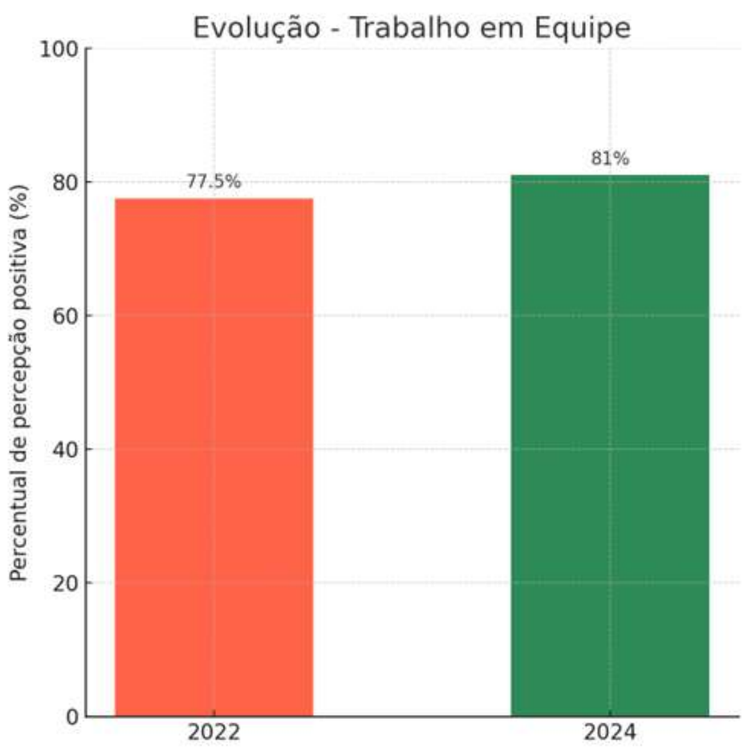
Trata-se de um estudo descritivo comparativo, baseado na aplicação da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, adaptada do modelo AHRQ, a todos os colaboradores do Hospital São Vicente.

O objetivo foi identificar a percepção dos profissionais em relação a diferentes domínios que envolvem a segurança do paciente, como trabalho em equipe, apoio da alta gestão, notificação de incidentes, promoção do aprendizado decorrente de eventos adversos, comunicação ativa e feedback sobre eventos adversos.

A coleta foi realizada de forma sistematizada e eletrônica, contando com estratégias de incentivo institucional, como uso de QR Code, WhatsApp e intranet corporativa, além de ações voltadas ao engajamento da liderança. Os dados obtidos em 2022 e 2024 foram comparados por meio de análise de frequência e variação percentual, correlacionando-os com as ações de segurança desenvolvidas na instituição durante o período.



Percentual de Adesão à Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (2022x2024)

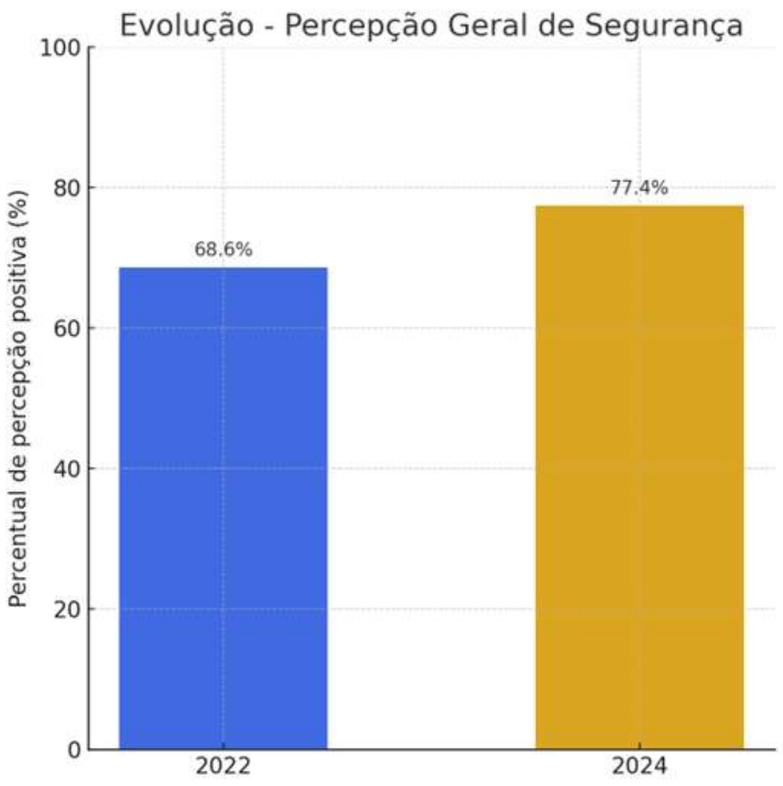


Percentual – Evolução: Trabalho em Equipe

RESULTADOS

A adesão à pesquisa apresentou aumento expressivo, passando de 34% (N=191) em 2022 para 82,7% (N=484) em 2024, o que evidencia maior envolvimento dos colaboradores na avaliação da cultura de segurança. Observou-se evolução positiva da percepção dos profissionais em diversos domínios avaliados.

O trabalho em equipe aumentou de 77,5% para 81%, enquanto o apoio da alta gestão evoluiu de 77,9% para 82,7%. A percepção geral de segurança cresceu de 68,6% para 77,4% e o feedback sobre eventos adversos passou de 58,7% para 64,6%. Houve redução significativa de respostas discordantes e crescimento consistente nas opções “concordo totalmente”, indicando maior alinhamento dos colaboradores às práticas institucionais.



Percentual – Evolução: Percepção Geral de Segurança (2022 x 2024)

CONCLUSÕES

Os resultados demonstram que as estratégias de mobilização e comunicação adotadas pela instituição refletiram em avanços concretos na percepção da cultura de segurança do paciente, fortalecendo o engajamento organizacional e promovendo ambientes assistenciais mais seguros e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: AHRQ; 2019.
Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: MS; 2013.
Organização Nacional de Acreditação (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação*. São Paulo: ONA; 2022.

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA VISÃO DE QUEM CUIDA: ESTUDO MULTICÊNTRICO EM UMA REDE HOSPITALAR BRASILEIRA

Giseli Carvalho, Verena Campelo, Leopoldo Muniz e Helidea Lima

INTRODUÇÃO

A experiência do paciente é reconhecida como um pilar central da qualidade assistencial, refletindo interações, cultura organizacional e percepções ao longo do cuidado. Mais do que satisfação, representa um indicador-chave de atenção centrada na pessoa. O envolvimento direto e a responsabilidade dos profissionais de saúde são fundamentais para garantir o cuidado adequado. Este estudo analisou os esforços em experiência do paciente com base na percepção de profissionais de saúde de uma rede privada no Brasil, explorando seis dimensões estratégicas por meio de uma pesquisa nacional online.

METODOLOGIA

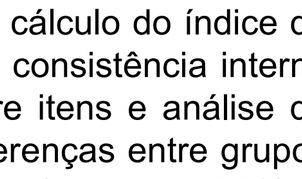
Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, realizado entre 2 de janeiro e 2 de fevereiro de 2024, em uma rede privada de saúde no Brasil. Profissionais de 69 hospitais foram convidados a participar, de forma voluntária e anônima, por meio de questionário eletrônico divulgado pela intranet institucional. O instrumento avaliou seis dimensões da experiência do paciente, com base no referencial do Beryl Institute: (1) Governança e Liderança; (2) Infraestrutura e Acesso; (3) Engajamento da Equipe; (4) Envolvimento do Paciente e Família; (5) Políticas e Métricas; e (6) Excelência Clínica e Qualidade. A versão final contou com 36 itens, validados por juízes especialistas e distribuídos em escala tipo Likert de 5 pontos. Cada dimensão recebeu pontuação entre 6 e 30 pontos. A análise estatística incluiu cálculo do índice de validade de conteúdo (I-CVI e S-CVI), consistência interna por alfa de Cronbach, correlação entre itens e análise de efeitos pela métrica de Cohen (d). Diferenças entre grupos foram avaliadas com intervalo de confiança de 95% e comparações múltiplas.

Fig. 1 Dimensões da Pesquisa de Cultura sobre experiência do Paciente aplicada a profissionais de saúde.

Estratificação dos Resultados

PONTUAÇÃO (Cada questão)

1. Média de 1,0 a 2,5 = ponto de atenção;
2. Média de 2,6 a 3,6 = ações iniciais;
3. Média de 3,7 a 4,5 = resultados evidentes;
4. Média de 4,6 a 5,0 = excelência nos resultados.



PONTUAÇÃO (PILAR)

1. 6 a 15 = ponto de atenção;
2. >15 a 21 = ações iniciais;
3. >21 a 27 = resultados evidentes;
4. >27 a 30 = excelência nos resultados.

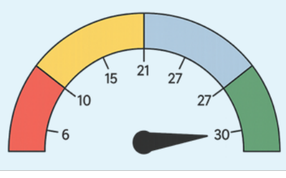


Fig. 2 Sistema de Pontuação e análise do questionário

Journal of Patient Experience
Volume 12, 2025
© The Author(s) 2025, Article Reuse Guidelines
https://doi.org/10.1177/23743735251325138
SageJournals
Research Article
Perspectives on Patient Experience: Findings from Healthcare Providers in a Web-Based Cross-Sectional Study Within a Healthcare Network in Brazil
Helidea de Oliveira Lima, MD. MsC[1], Giseli Rodrigues Carvalho, BSN, MsC[2], Rodrigo Nogueira, MD[1], Verena B.N.A. Campello, BSN[3], Ana Claudia Lopes Fernandes de Araújo, BSN[1], Álvaro Nonato de Souza, MD[1], Bruno Pereira Stechi, MD[4], Vanessa de Melo Torres, BSN[1], Deborah Simões, BHA[1], and Leopoldo Muniz da Silva, MD. PhD[1]
Abstract
The perceptions of healthcare providers regarding patient experience are essential for enhancing healthcare services and improving the overall patient journey. This study aimed to analyze patient experience efforts across six dimensions within a network of private hospitals in Brazil, leveraging insights derived from the perspectives of healthcare providers. A web-based survey was conducted, including questions about the following dimensions: (1) Governance and Leadership; (2) infrastructure and access; (3) staff and provider engagement; (4) Patient & Family Engagement; (5) Policy & Measurement; and (6) Quality & Clinical Excellence. All dimensions were classified as "making progress," except for the "Staff & Provider Engagement" dimension, which was classified as "getting started". Professional experience did not influence perceptions of any dimension. A comparison of scores between physicians and nursing staff revealed the largest mean difference among the professional categories ($p < 0.001$). The key dimensions for implementing and developing patient experiences were positively identified by professionals of the multidisciplinary team in the study context. Healthcare professionals' engagement has emerged as the primary factor identified as an opportunity to improve patient experience.

Este questionário foi validado e publicado no Journal of Patient Experience pelo Grupo de Estudos sobre Experiência do Paciente – Rede D ´Or: J Patient Exp. 2025 Mar 13;12:23743735251325138. doi: 10.1177/23743735251325138.

RESULTADOS

Os itens do questionário apresentaram Alta consistência interna ($\alpha = 0,90$). Entre os 47.711 participantes, todas as dimensões foram classificadas como "em progresso", exceto "Engajamento da Equipe", classificada como "em início". O tempo de experiência profissional não influenciou as percepções nas dimensões avaliadas. A maior diferença entre categorias profissionais foi observada entre médicos e equipe de enfermagem ($p < 0,001$). As dimensões-chave para desenvolver a experiência do paciente foram reconhecidas positivamente pelos profissionais. O engajamento da equipe de saúde destacou-se como principal oportunidade de melhoria.

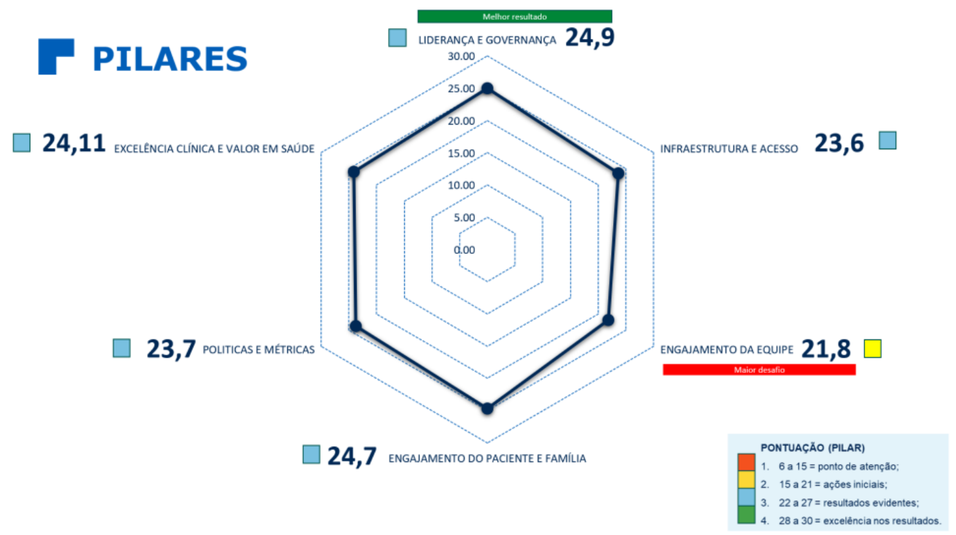


Fig. 3 – Resultado obtido em cada pilar

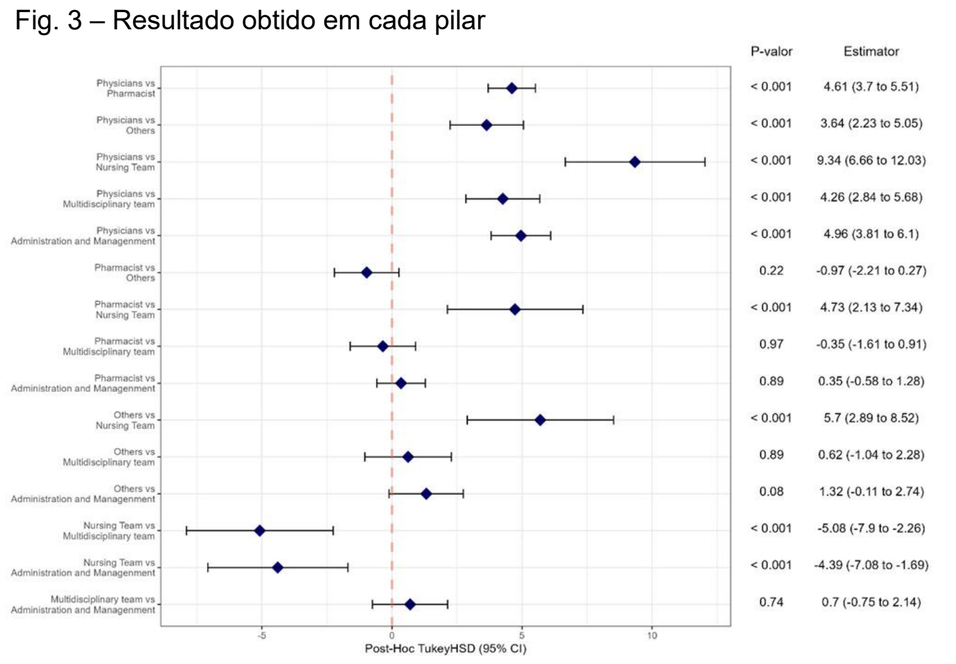


Fig. 4 -Pontuações entre categorias profissionais. Diferença média (estimador), intervalos de confiança de 95% e valores de p ajustados para todos os pares possíveis (método HSD de Tukey). Abreviações: (D1) Governança e Liderança, (D2) Infraestrutura e Acesso, (D3) Engajamento da Equipe e dos Prestadores, (D4) Engajamento do Paciente e da Família, (D5) Políticas e Mensuração, e (D6) Qualidade e Excelência Clínica.

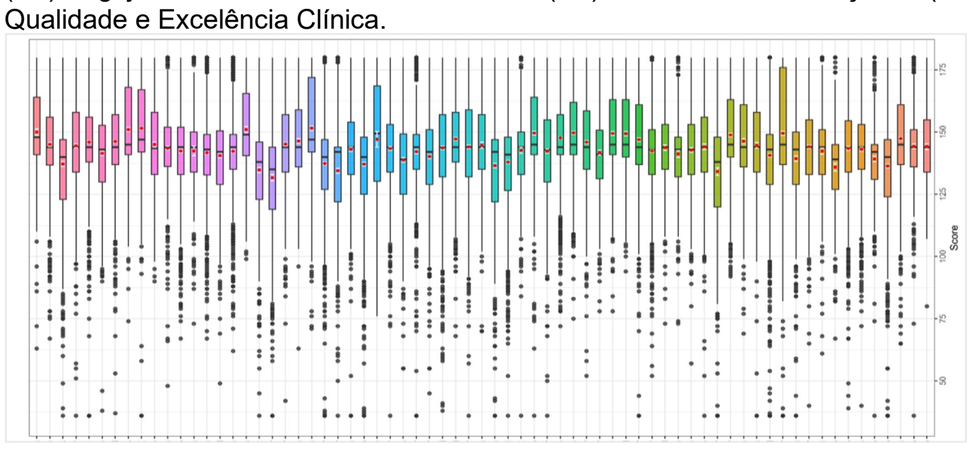


Fig. 5 – Score médio de cada hospital.

CONCLUSÕES

O engajamento dos profissionais de saúde emergiu como o principal fator identificado como oportunidade para melhorar a experiência do paciente. Promover uma melhor experiência para os profissionais de saúde deve ser um foco na gestão de pessoas, o que inclui valorização e reconhecimento, promoção de políticas de bem-estar e alegria no ambiente de trabalho, implementação de diretrizes para mensuração e redução do estresse, e eliminação de uma cultura punitiva para lidar com eventos adversos. Tais medidas são essenciais para construir uma cultura de experiência do paciente nos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

1.Berghout M, van Exel J, Leensvaart L, et al. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. BMC Health Serv Res 2015; 15: 385.
2.The Beryl Institute. Experience Framework, https://theberylinstitute.org/experience-framework/ (2024, accessed 27 September 2024).

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

FARMÁCIA CLÍNICA COMO ESTRATÉGIA PARA AMPLIAÇÃO DO CUIDADO NA OFTALMOLOGIA

Ana Luíza Mourawad César – Coordenadora de Farmácia e Suprimentos

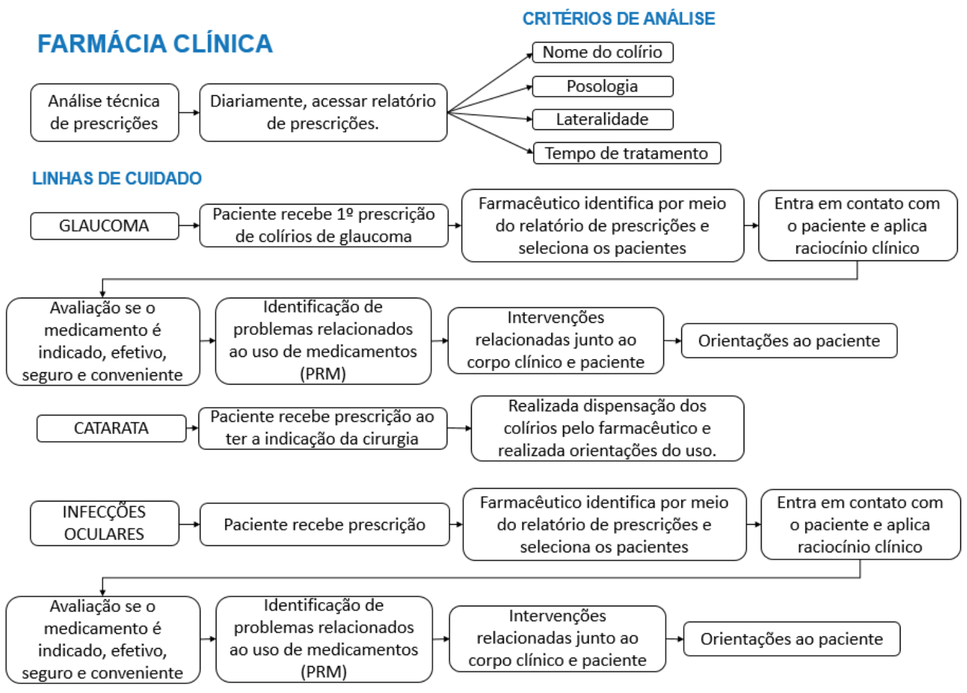
INTRODUÇÃO

Watanabe et al. (2016) realizou estudo nos EUA em que foi identificado que o gasto anual de saúde com morbimortalidade ligada a problemas relacionados ao uso de medicamentos foi de 16%. Uma das soluções é o gerenciamento da terapia medicamentosa, serviço centrado no paciente, pautado no arcabouço teórico-metodológico do *Pharmaceutical Care*, em que possui grande relevância. O serviço é oferecido por farmacêutico clínico que trabalha em conjunto com equipe multidisciplinar. Nesse contexto, o objetivo do trabalho é descrever o serviço e seus resultados iniciais em um hospital de oftalmologia.

METODOLOGIA

Para realizar a implantação do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), mapear os principais problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) e desenhar as linhas de cuidado que a farmácia clínica iria abranger, foi realizada análise retrospectiva de dados nos prontuários de janeiro a maio de 2025. Para a realização do estudo, foi feita a análise técnica de 100% das prescrições ambulatoriais, tendo como base os seguintes critérios: posologia, tempo de tratamento, lateralidade e orientações incorretas.

Diante das informações obtidas, foi identificada a necessidade de desenhar as linhas de cuidado: glaucoma, pós-operados de catarata e infecções oculares (blefarite, ceratite e conjuntivite). Para esses pacientes, foi definido que receberiam contato via WhatsApp e seria aplicado o GTM, em que seria avaliado se os medicamentos prescritos estão sendo indicados, efetivos, seguros e convenientes, por profissional farmacêutico capacitado. Dessa forma, os pacientes que teriam retorno em no mínimo um mês recebem cuidado antecipado, garantindo maior cumprimento do tratamento.



Fluxograma 1: Montagem do estudo farmacoeconômico.

RESULTADOS

De fevereiro a maio de 2025, foram analisadas 3.508 prescrições em nível ambulatorial, com 4.559 medicamentos prescritos. Desses, foram identificados 865 (18%) medicamentos com erros relacionados. Dos erros apresentados, 519 (60%) tratavam-se de erros de posologia, 201 (23%) estavam relacionados ao tempo de tratamento, 111 (13%) correspondiam a erros de lateralidade e 34 (4%) continham orientações incorretas ou incoerentes.

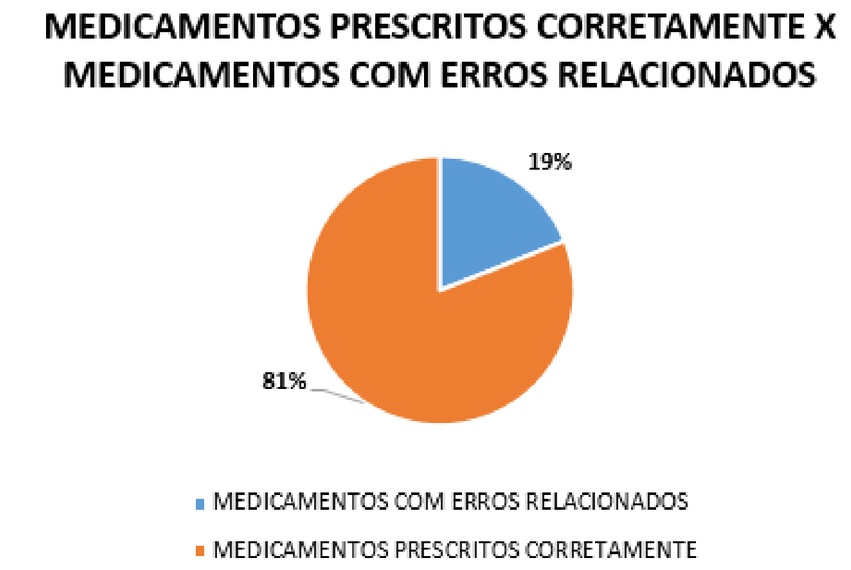


Gráfico 1: Medicamentos prescritos corretamente x medicamentos com erros relacionados.

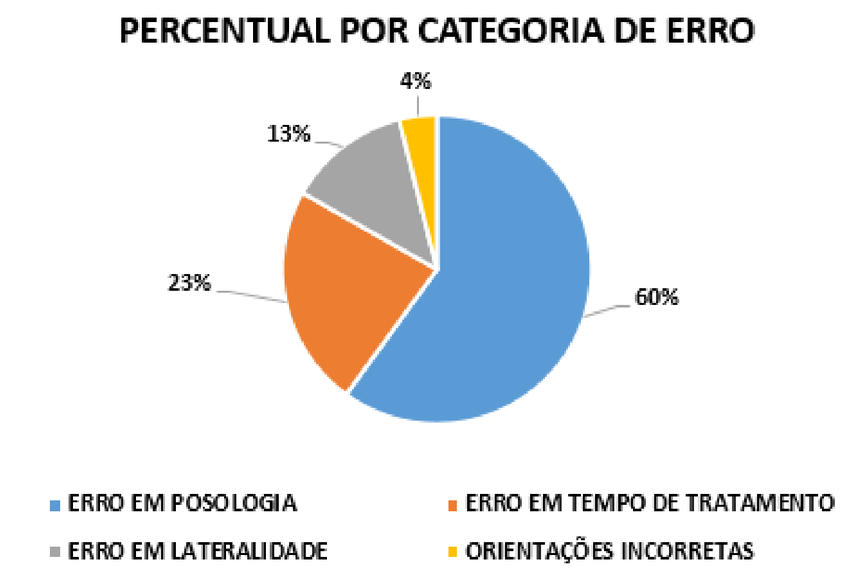


Gráfico 2: Percentual por categoria de erro

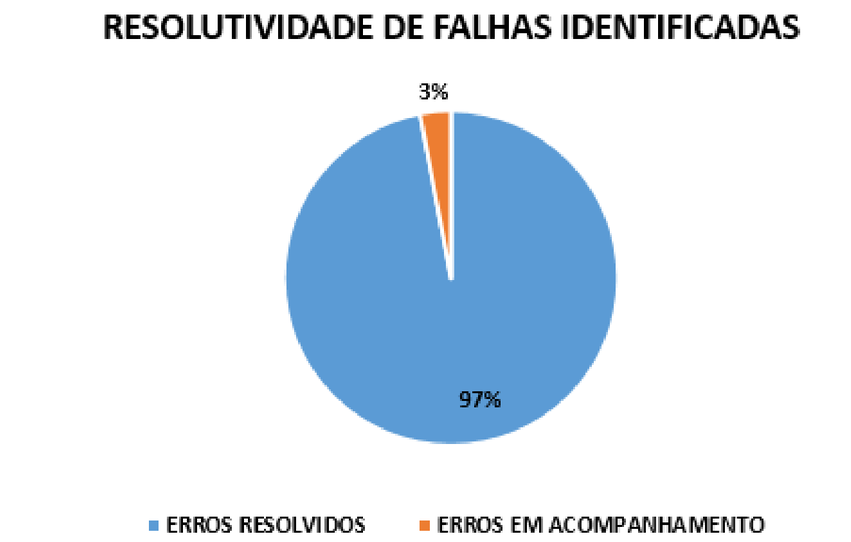


Gráfico 3: Resolutividade de falhas identificadas

CONCLUSÕES

Todos os erros citados foram tratados de forma individualizada para cada paciente, em conjunto com a equipe multidisciplinar. Além disso, foram criadas barreiras junto ao setor de tecnologia para evitar novas falhas. O estudo comprova que contribuiu para a ampliação do cuidado no ambulatório.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Blindness and vision impairment [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do glaucoma [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220325_relatorio_pcdt_do_glaucoma_cp_09.pdf
3. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division; 1998.
4.Ramalho-de-Oliveira D. Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora; 2011.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

FEEDBACK IMEDIATO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA QUALIFICAR A PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS

Letícia Camargo Marinho, Cristiane Tejada da Silva Kawski, Gabriela Pereira Flores, Erik Menezes Martins

INTRODUÇÃO

A Higiene das Mãos (HM) é fundamental para a segurança do paciente em todos os níveis assistenciais. Embora seja uma ação simples, a baixa adesão continua sendo um desafio global, com impacto direto nas infecções relacionadas à assistência à saúde. Para reforçar a prática de HM, é essencial proporcionar *o feedback* oportuno, educativo e contínuo, com foco na consciência situacional e no engajamento das equipes.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, qualitativo e de relato de experiência, realizado em Unidades de Terapia Intensiva Adulto, com objetivo de qualificar a prática da higiene das mãos através do *feedback* imediato. As observações foram realizadas por profissionais do Serviço de Controle de Infecção, previamente capacitados, com base nos 5 momentos para higienização das mãos, recomendados pela Organização Mundial da Saúde. O *feedback* era fornecido após o atendimento, de maneira educativa e personalizada, considerando o contexto da prática. Assim, era possível destacar as ações positivas e oportunidades de melhoria, estimulando a reflexão e o aprendizado durante o atendimento. A estratégia teve início em setembro e se estendeu até dezembro de 2024, período em que foram monitoradas as taxas de adesão à higiene das mãos e a incidência das infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central. As observações foram realizadas de forma contínua, permitindo que os profissionais ajustassem sua prática diária. Além disso, a proximidade entre os observadores e equipe assistencial fortaleceu o caráter colaborativo da intervenção, ampliando o engajamento dos profissionais.

Foto 1: Momento em que o observador de HM realiza o *feedback* imediatamente ao profissional, logo após a saída do leito.

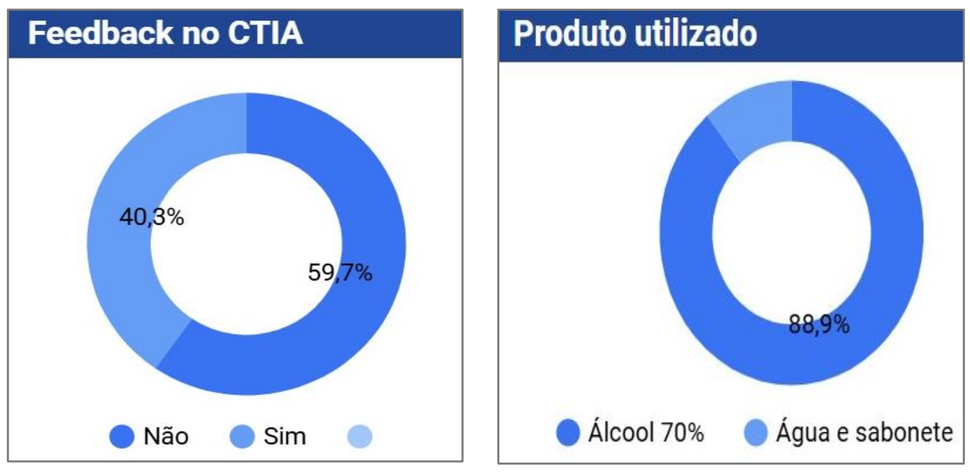


Foto 2: Proporção de profissionais que receberam *feedback* e proporção de escolha do produto para HM.

RESULTADOS

Com a implementação do *feedback* imediato, observou-se uma melhora progressiva na adesão à higiene das mãos: outubro (89%), novembro (90,9%) e dezembro (95,2%). No mesmo período, houve redução na incidência de infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central, como demonstrado nos gráficos abaixo. Durante o período, foram registradas 803 oportunidades, com 732 ações positivas. Apesar do bom índice de adesão, o *feedback* foi realizado em apenas 59,7% das oportunidades, evidenciando potencial para ampliar ainda mais o impacto da intervenção por meio de maior cobertura. A equipe demonstrou boa receptividade à estratégia, reconhecendo o *feedback* como ferramenta de apoio educativo e colaborativo. A ampliação do alcance dessa estratégia poderá consolidar ainda mais os resultados obtidos.

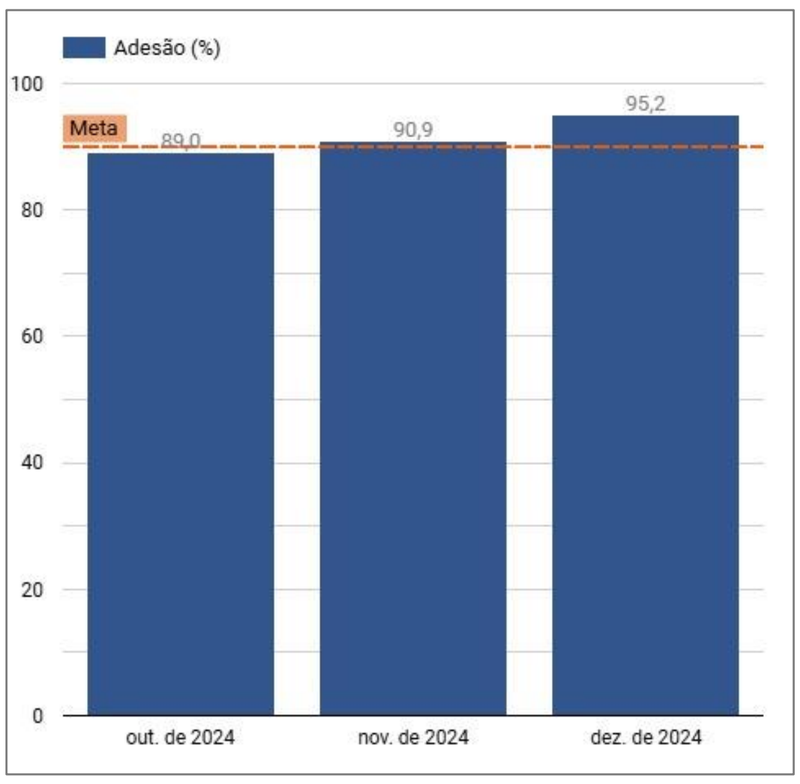


Foto 3: Gráfico da taxa de adesão à higiene das mãos das unidades de terapia intensiva adulto.

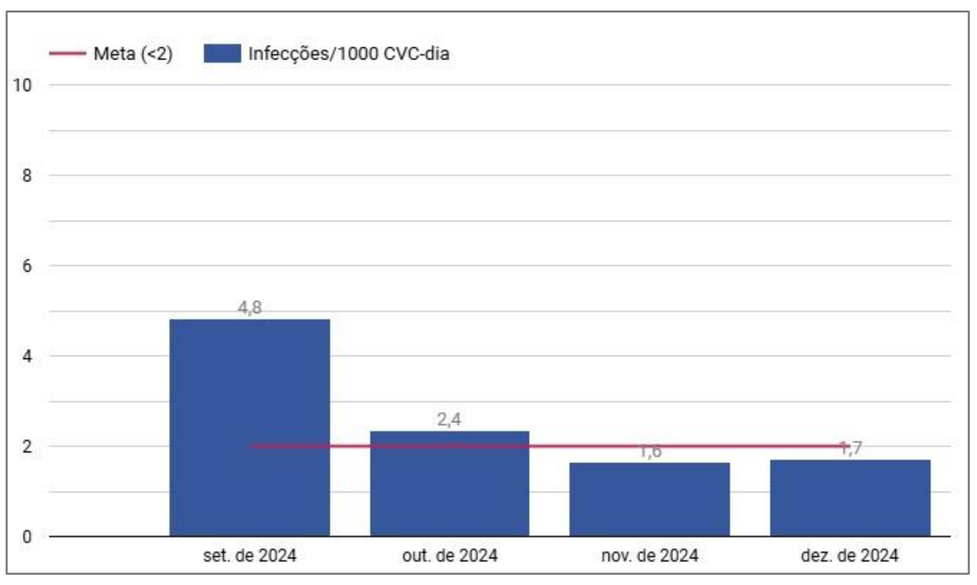


Foto 4: Gráfico da incidência de infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central das unidades de terapia intensiva adulto.

CONCLUSÕES

A implementação do *feedback* imediato resultou no aumento da adesão à higiene das mãos e na redução contínua nas taxas de infecção, demonstrando a eficácia da estratégia. Ela trouxe impactos positivos na qualificação da assistência, na conscientização dos profissionais e no fortalecimento da cultura de segurança. O *feedback* se consolidou como prática permanente nas unidades, reforçando a aprendizagem contínua e a melhor compreensão em relação aos 5 Momentos para Higienização das Mãos, o que fortaleceu a adesão no cotidiano assistencial.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. **Geneva: World Health Organization**, 2009.
HYGIENE, WHO Hand. WHO guidelines on hand hygiene in health care. **WHO, Geneva**, 2009.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos: para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos. **Ministério da Saúde**, 2009.

FISIOTERAPIA: Estratégias para Reabilitação segura e engajamento do Paciente e da equipe Multi

Matheus G B, Lino M, Melo V, Dainezi J, Girardi M, Braga A T.

INTRODUÇÃO

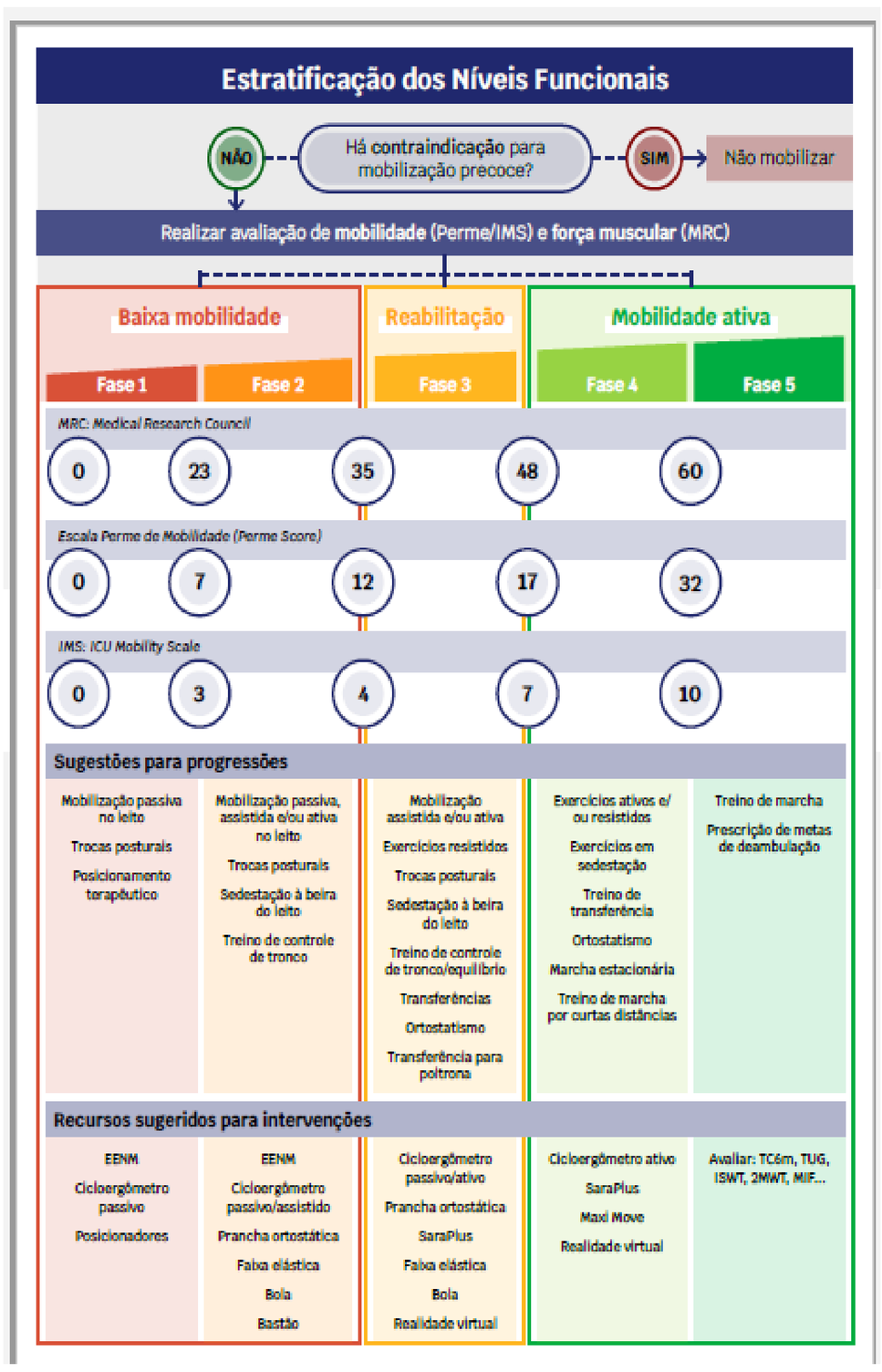
A Mobilização iniciada nas primeiras **72 horas** da admissão na UTI reduz fraqueza adquirida, melhora o desmame da ventilação e diminui delirium. Protocolos combinando saída do leito e deambulação precoce além de exercícios ativos resultam em recuperação funcional mais eficaz.

METODOLOGIA

Metodologia: Todos os pacientes foram avaliados de acordo com seu grau de mobilidade através da escala PERME e IMS. A avaliação acontecia no momento da internação e no primeiro dia de internação.

O protocolo constitui-se de mobilização no leito evoluindo até a deambulação, conforme a estabilidade do paciente e discussão em visita multiprofissional. Foi criado um protocolo de estratificação de nível de mobilidade para

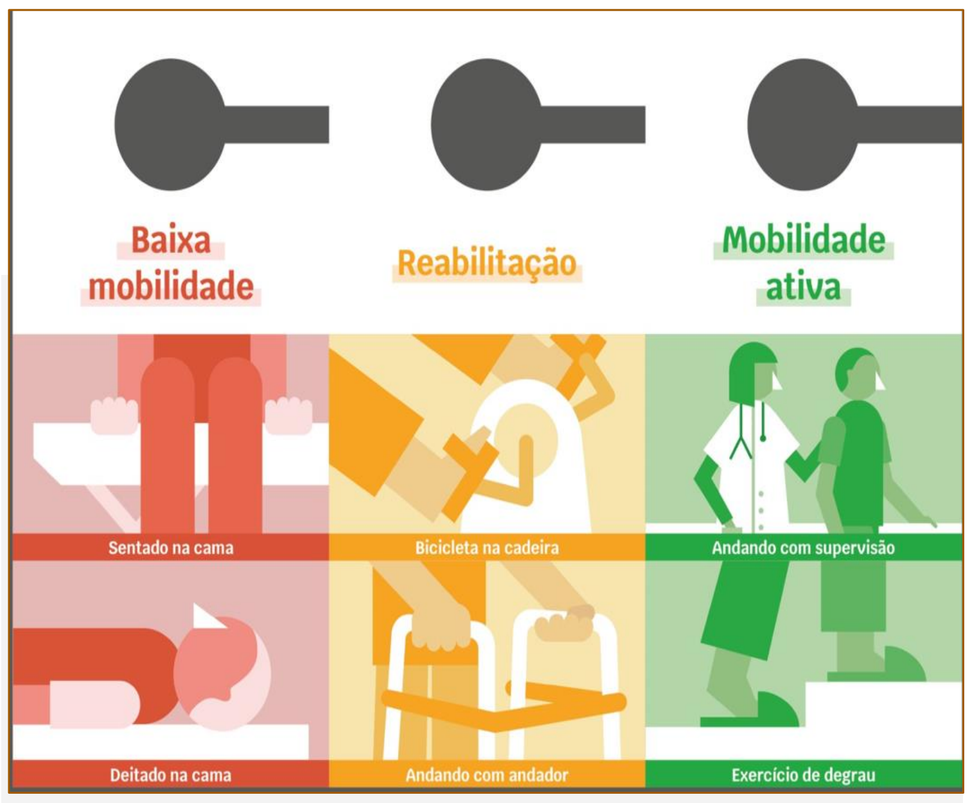
definir o nível funcional dos pacientes e identific´- los através de TAGs beira leito.



Protocolo de treinamento com estratificação dos níveis funcionais e proposta Terapêutica..

RESULTADOS

Resultados: A mobilização precoce dentro de 72 horas após a admissão na UTI mostrou efeitos benéficos na independência funcional e mobilidade. A taxa de declínio funcional ficou abaixo de 30% sendo possível garantir a capacidade funcional dos pacientes internados em UTI.



Legenda: TAGs para identificar e informar equipe Multi do nível funcional e proposta terapêutica.

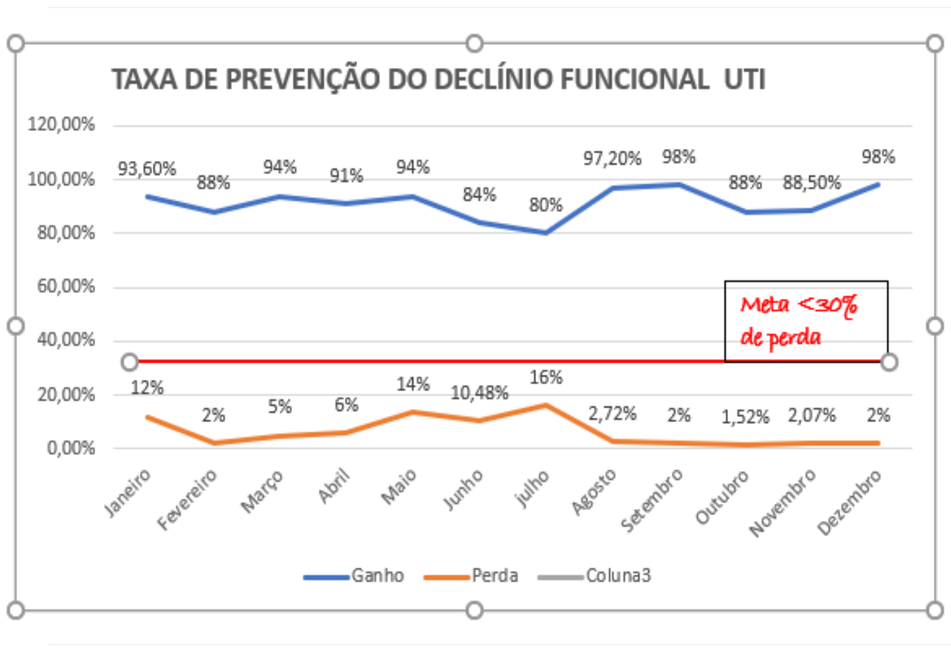


Grafico 1. Taxa de Perda Funcional relacionada ao período de internação na UTI Adulto 2024.

CONCLUSÕES

A mobilização precoce em terapia Intensiva está associada a melhores desfechos como redução da internação, do delirium e de ventilação, além de benefícios cognitivos e funcionais a longo prazo. A dose de mobilização deve ser individualizada com base nos critérios físicos e na doença subjacente do paciente e está associada a melhores desfechos funcionais e qualidade de vida a longo prazo, inclusive melhora da qualidade de vida em seis meses, principalmente em pacientes com boa funcionalidade prévia.

REFERÊNCIAS

BUTTIGNOL M, PIRES NETO RC, ANNONI R. Protocolos de mobilização precoce no paciente crítico: *up to date*. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; MARTINS JA, ANDRADE FMD, BERALDO MA, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Intensiva Adulto: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016.p.61-101. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).

GOSSELINK R, BOTT J, JOHNSON M, DEAN E, NAVA S, NORRENBERG M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Intensive Care Med. 2008;34(7):1188-99.

GERENCIAMENTO DA PARAMETRIZAÇÃO DE ALARMES CLÍNICOS NO PRONTO SOCORRO: IMPORTÂNCIA E ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA "FADIGA DE ALARMES" E MELHORIA NA SEGURANÇA DO PACIENTE.

Felipe Vítor de Araújo, Talga Caroline Aires Maciel

INTRODUÇÃO

Os alarmes clínicos são essenciais no pronto-socorro, pois alertam sobre alterações críticas nos sinais vitais. No entanto, o excesso de alarmes irrelevantes pode causar fadiga na equipe, comprometendo a segurança do paciente. Este estudo justifica-se pela necessidade de qualificar o uso desses alarmes, promovendo segurança e eficiência. O objetivo é propor estratégias que otimizem a parametrização e reduzam a fadiga de alarmes na equipe de enfermagem, aprimorar a segurança e a qualidade da assistência prestada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, quantitativa e exploratória, realizado no pronto-socorro de um hospital de referência nacional, especializado em cardiologia e alta complexidade. A pesquisa incluiu revisão bibliográfica, observação de rotina e aplicação de questionários estruturados e semiestruturados a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, acessados por meio de link, com estimativa da participação de 60 colaboradores. Foi apresentado um treinamento in loco nos setores sobre a padronização dos monitores Philips IntelliVue MX550, e participaram 52 profissionais presentes nos quatro turnos no momento da intervenção. A coleta buscou compreender a percepção da equipe sobre a frequência, relevância e impacto dos alarmes clínicos antes e após o treinamento. Os dados foram analisados estatística e qualitativamente, subsidiando propostas baseadas em evidências para aprimorar a parametrização e a segurança assistencial.

Foto 1. Treinamento Equipe Pronto-Socorro.

RESULTADOS

Após a implementação do treinamento e atualização dos monitores no pronto-socorro, 71,2% dos profissionais relataram redução de alarmes irrelevantes, enquanto 80,8% observaram maior facilidade na priorização dos alarmes clínicos.

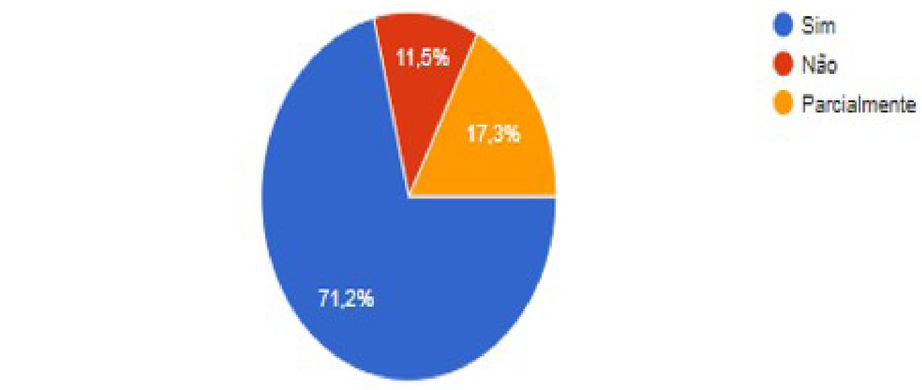


Gráfico 1. Resposta relacionada à redução de alarmes.

A parametrização personalizada foi totalmente aderida em 76,9% das unidades, contribuindo para a redução de eventos adversos segundo 80,8% dos participantes.

Gráfico 2. Gráfico relacionado à redução de eventos adversos.

Além disso, 73,1% relataram diminuição do estresse relacionado ao trabalho. Entre os principais desafios destacaram-se a dependência médica para ajustes, o tempo de reavaliação e a adesão da equipe multiprofissional.

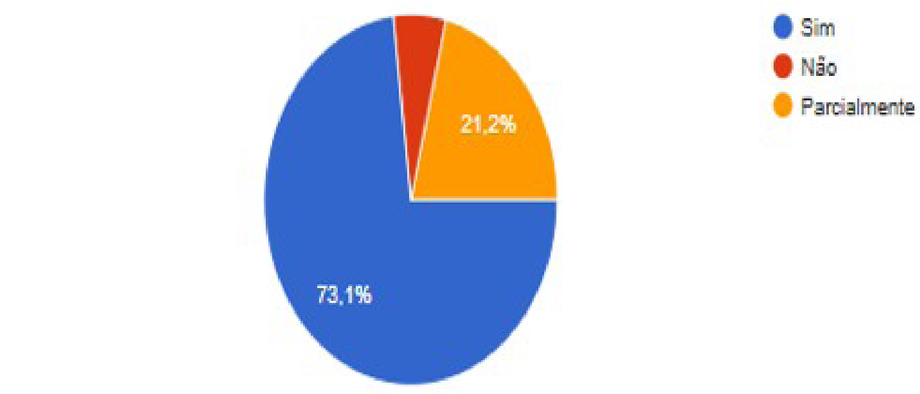


Gráfico 3. Gráfico relacionado à diminuição do estresse relacionado ao trabalho.

CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa mostram que o uso da parametrização no pronto-socorro é percebido pela equipe de forma positiva, resultando em melhoria da assistência e em processos guiados por parâmetros personalizados pela equipe médica. Observou-se ainda a redução da fadiga dos alarmes, o aumento da atenção e a evidência da necessidade de treinamento contínuo para aprimoramento e adesão, com vistas à criação de uma cultura sólida, considerando tratar-se de uma prática recente. Estudos de revisão e relatos de qualidade assistencial também indicam que a personalização de limites e a criação de comitês ou protocolos locais resultam em reduções substanciais de alarmes não-acionáveis sem prejuízo à segurança do paciente. Intervenções só tecnológicas têm potencial, mas o maior impacto observado em ambiente clínico é o de estratégias multifatoriais que combinam tecnologia, educação contínua e liderança.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, C. F.; COSTA, M. J.; AMORIM, L. R. **Parametrização de alarmes em serviços de urgência: tecnologia como aliada da segurança do paciente**. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 15, n. 1, p. 21–27, 2024.

2. OLIVEIRA, A. S. et al. **Fadiga de alarmes: revisão integrativa sobre causas, impactos e soluções**. *Revista de Enfermagem Intensiva*, Curitiba, v. 36, n. 4, p. 100–107, 2023.

GESTÃO DE QUEDA DURANTE O TREINO DE MARCHA COM A FISIOTERAPIA: MODELO DE INTERVENÇÃO SISTÊMICA

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2025

Miguel K. Rodrigues[1-2], Bruno T.M. Oliveira[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 prevenção da **queda intra-hospitalar** é reconhecida como meta internacional de segurança do paciente e indicador estratégico de qualidade assistencial. Embora quedas ocorridas durante o treino de marcha com fisioterapia sejam, por diretriz técnica interna, excluídas do numerador do indicador oficial, sua ocorrência demanda monitoramento contínuo e gestão estruturada. Em fevereiro de 2024, um evento de queda envolvendo paciente classificado como **alto risco** pela **Escala de Morse** motivou revisão crítica de protocolos, rotinas e recursos do setor.

Este trabalho descreve a análise do evento e a **implementação de medidas educacionais**, **padronização** de condutas e aquisição de dispositivos de auxílio à mobilidade, além de apresentar o volume assistencial e os desfechos de segurança relacionados ao treino de marcha ao longo de 2024.

METODOLOGIA

Desenho do estudo: observacional, retrospectivo-descritivo, com base em dados assistenciais de **3.510 pacientes** atendidos pelo serviço de fisioterapia hospitalar ao longo de 2024.

Ação pós-evento (fev/2024): condução de **análise de causa raiz** e elaboração de **planos de ação** centrados em:

(i) capacitação técnica;
(ii) padronização de condutas;
(iii) reforço de recursos e dispositivos para mobilidade.

Intervenções organizacionais implementadas:

- 4 treinamentos setoriais para fisioterapeutas; 1 treinamento multiprofissional;
- 2 infográficos de apoio à prática clínica;
- Aquisição de novos dispositivos de auxílio à mobilidade (p.ex., cintos de deambulação);
- Registros clínicos e operacionais do serviço; estratificação de risco (Escala de Morse), distância percorrida, métodos de mobilização, incidência de eventos adversos (quedas).

RESULTADOS

Indicadores	
Pacientes atendidos	**3.510**
Atendimentos de fisioterapia motora	**21.250**
Treinos de marcha	**14.568**
Média de sessões por paciente/dia	**1,7**
Treinos com **alto risco de queda** (Morse)	**4.394** *(~31% dos treinos)*
Distância total percorrida (alto risco)	**3.780 km**
Média diária por paciente	**209 m**
Sessões com **uso de poltrona**	**7.850** (*18% com métodos ativos*)
Eventos de queda	**0** (*após implementação)*

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Alto volume assistencial com **14.568 treinos de marcha** no ano.
- **~31% dos treinos** com pacientes de alto risco (Morse), com 3.780 km percorridos.
- **Média diária de 209 m por paciente,** mesmo em perfil de risco elevado.
- **7.850 sessões** com uso de **poltrona**, com 18% métodos ativos.
- **Nenhum novo caso de queda após implementação.**

CONCLUSÕES

A resposta sistêmica a um evento sentinela, combinando análise de causa raiz, treinamento multiprofissional, padronização de condutas e reforço de dispositivos de mobilidade, associou-se à ausência de novas quedas ao longo do período observado, mesmo diante de alto volume de treinos de marcha e elevada proporção de pacientes de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Dykes PC, et al. **Inpatient Falls and Implementation of an Evidence-Based Fall Prevention Program.** JAMA Health Forum. 2023.
2. McLennan C, et al. **Features of effective hospital fall prevention trials.** BMC Geriatrics. 2024.
3. Benhamou J, et al. **On-site physiotherapy in older emergency department patients following a fall: a randomized controlled trial.** European Geriatric Medicine. 2024/2025.

Grupo GRAAL – “EQUIPE DE OURO”

Ana Maria Bezerra – Coordenadora Enfermagem
Cintia dos Santos Costa – Enfermeira Especialista em Aleitamento
Flavia Lucy Araujo Trapenard – Coordenadora Enfermagem
Mônica V. Carceles Fráguas – Coordenadora Médica

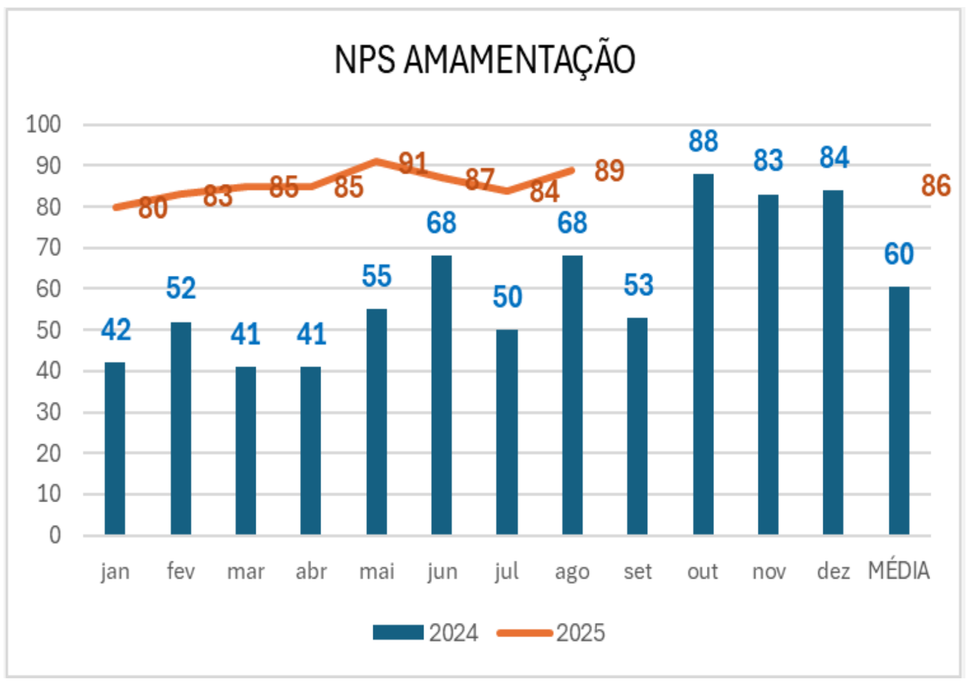
INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a fonte de nutrição de melhor qualidade ao recém-nascido e fortalece o vínculo afetivo entre mamãe e bebê. Pesquisas de satisfação das nossas pacientes evidenciaram a oportunidade de melhoria da assistência e gestão de aleitamento materno. Para tanto, decidimos recriar/reativar o grupo GRAAL (Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno), com o objetivo de envolver toda a equipe relacionada com aleitamento, treinar e emponderar a equipe com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento e satisfação.

METODOLOGIA

O projeto foi iniciado com a realização de benchmarking e análise comparativa dos nossos resultados com outras instituições. A seguir, decidida a ativação do Grupo Graal, foi criado o Comitê, com a alta direção, gerência de enfermagem e coordenação de enfermagem. Este Comitê definiu a equipe de amamentação, a saber: enfermeiras especialistas em amamentação, técnicas de enfermagem exclusivas da equipe de amamentação e equipe multidisciplinar, composta de nutrição, lactário, coordenadoras de enfermagem da UTI neonatal, Centro Obstétrico e Pronto Atendimento, pediatras e fonoaudiólogas. Foram feitas reuniões com apresentação do projeto e propostas de mudanças estratégicas de atendimento, discussão de artigos, reuniões com *experts* em aleitamento materno, apresentação da experiência de nossos profissionais e treinamento efetivo da equipe.

Agosto Dourado com envolvimento, aprendizado e participação de toda equipe

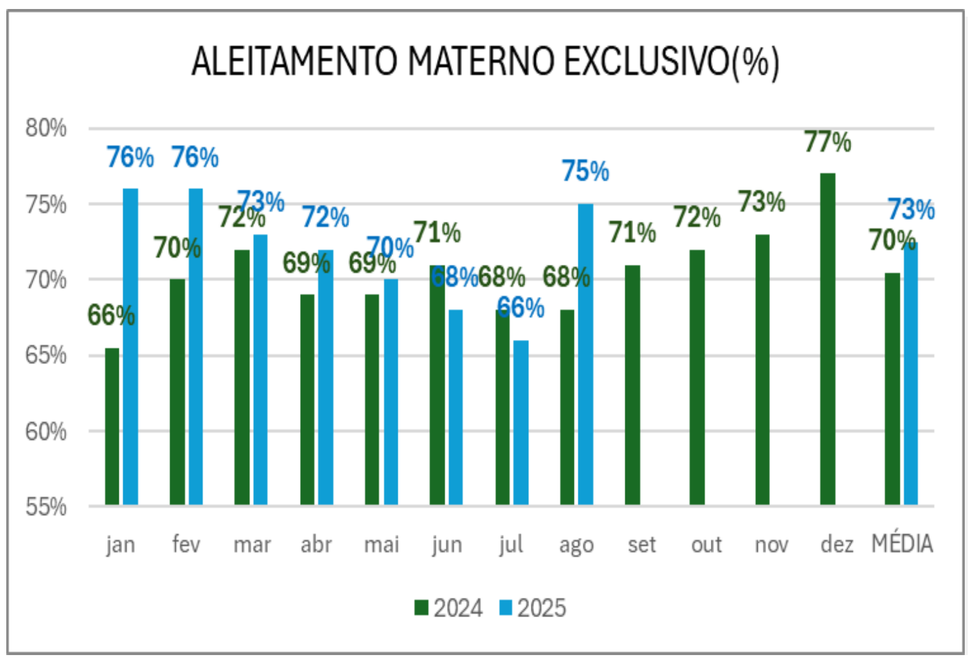


Indicador de Satisfação com Amamentação – Aumento de 16% na média anual em comparação ao ano anterior

RESULTADOS

Os resultados estão em progressão, tivemos melhora na pesquisa de satisfação em 16%; acompanhamento com indicador direcionado para traumas mamilares, que eram subnotificados antes do projeto; aleitamento materno exclusivo por setores de internação, nossa meta é de 72%, antes do projeto nossa média era 70%, após a implantação do projeto estamos com a média de 73% e no ultimo mês alcançamos 75%; diminuição do número de recém-nascidos transferidos para UTI neonatal por hipoglicemia, e o principal, conscientização, envolvimento, aprendizado e participação de toda equipe.

8ª Mesa Redonda de Amamentação: Vínculos que Sustentam o Futuro



Indicador de Aleitamento Materno Exclusivo – Aumento de 3% na média anual em comparação ao ano anterior

CONCLUSÕES

Observamos que após inicio do projeto em setembro de 2024, ocorreu o aumento dos indicadores como esperado, mas principalmente houve engajamento, conscientização envolvimento, aprendizado e participação de toda equipe.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, Cristianny Miranda., et al. Práticas Educativas Segundo os “ Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno “ em um Banco de Leite Humano. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2017. Disponível em :< https://www.scielo.br/j/csc/a/Ycn4GdgxGwWdnQxSGM3R53k/?lang=pt&format=pdf>.
2. Monteschio CAC, Gaíva MAM, Moreira MDS. The nurse faced with early weaning in child nursing consultations. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):587-93.
3. Jesus PC, Oliveira MIC, Moraes JR. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(1):311-320.

HABILIDADES TÉCNICAS NO MANUSEIO DO DESFIBRILADOR EM MODELO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA

Saullo Queiroz Silveira, Thiago Gomes Romano, Fernanda Rodrigues Silva de Freitas, Maria Luisa do Nascimento Moura

INTRODUÇÃO

O Advanced Cardiac Life Suport (ACLS) uniformizou condutas nas emergências cardiovasculares, tornando o profissional apto a tomada de conduta (“o que fazer”). Porém, como existem diversos desfibriladores, não o torna apto a seu manuseio (“como fazer”). Hipotetizamos que treinamento institucional específico e guia rápido para acionamento de cada comando, garanta aptidão para que a conduta seja rapidamente aplicada. Nosso objetivo é validar modelo de treinamento por simulação realística e disponibilização de guia rápido para manuseio (Figura 1), avaliando o impacto sobre a utilização do dispositivo.

METODOLOGIA

Estudo prospectivo do tipo antes e depois executado por simulação realística. Em ambas as etapas os indivíduos foram expostos a um caso clínico e orientados a executar 3 terapias elétricas num manequim com uso do desfibrilador disponível na instituição. As terapias eram: a) Cenário A - cardioversão elétrica sincronizada; b) Cenário B - segunda aplicação de cardioversão após insucesso da primeira; c) Cenário C - aplicação de marcapasso transcutâneo. O participante não foi questionado sobre a decisão terapêutica e deveria apenas manusear o desfibrilador. Após a primeira simulação recebeu feed back de suas ações, foi orientado quanto ao manuseio do dispositivo e apresentado ao encarte com orientações que passou a ser fixado aos desfibriladores. A segunda simulação foi idêntica a primeira e ocorreu 12 semanas após. Foram avaliados 29 profissionais (68.97% enfermeiros e 31.03% médicos).

Figura 1. Modelo de placa de orientação fixada ao desfibrilador e usada como guia rápido para manipulação do aparelho.

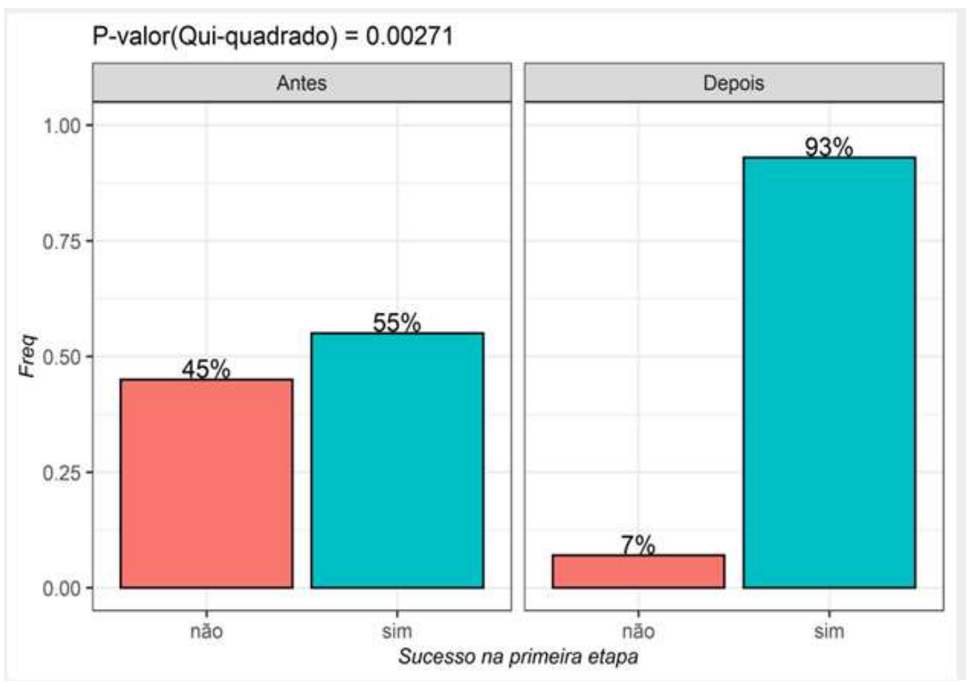


Figura 2. Desfecho na Cenário A antes e depois do treinamento.

RESULTADOS

A taxa de sucesso no cenário A foi de 55% para 93% (p=0.002) (Figura 2). O tempo médio para a terapia foi de 0.90±0.3 min para 0.65±0.15 min (p=0.04). A aplicação de desfibrilação, que poderia levar a PCR, ocorreu em 14% antes e 0% após a intervenção (p<0.001). A taxa de sucesso no cenário B não se alterou (p=0.46), já no cenário C foi de 17% para 93% (p<0.001) (Figura 3). A taxa de sucesso global (3 cenários) foi de 13.7% para 69% após a intervenção (p<0.001). Tempo desde o ACLS não impactou a aplicação da terapia.

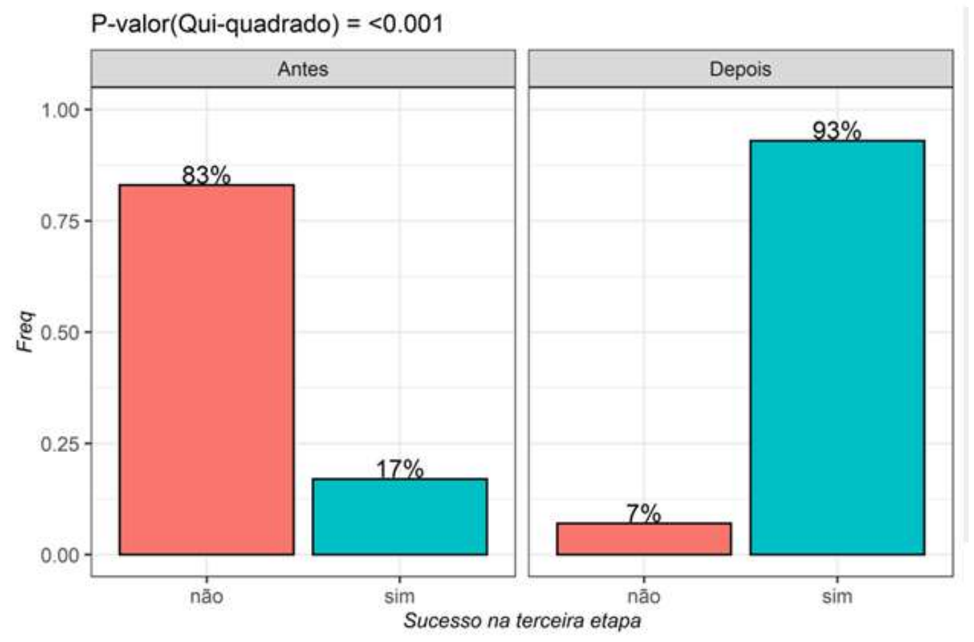


Figura 3. Desfecho no cenário C antes e depois do treinamento.

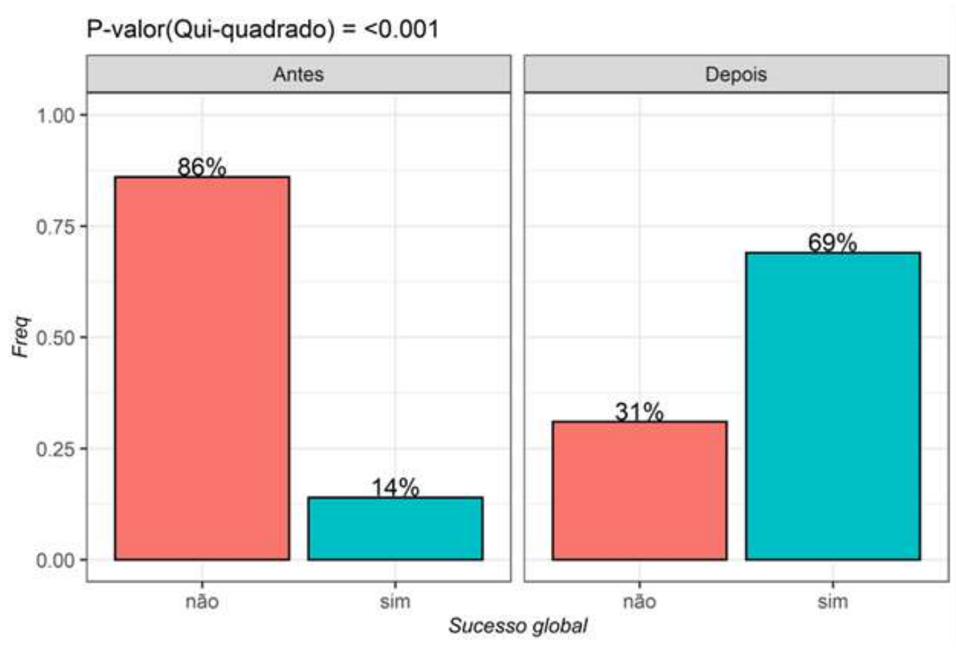


Figura 4. Desfecho global, considerando os três cenários em conjunto (cenários A, B e C)

CONCLUSÕES

Concluímos que o ACLS dá aptidão para indicar terapias, mas para manusear o desfibrilador a simulação com o desfibrilador disponível no hospital, associado a guia rápido é uma estratégia efetiva.

REFERÊNCIAS

- Ward L, Gordon A, Kirkman A. Innovative and Effective Education Strategies for Adult Learners in the Perioperative Setting. AORN J. 2024 Feb;119(2):120-133. doi: 10.1002/aorn.14079. PMID: 38275253.
- Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales [Patient safety and the international goals: Consensus document]. Arch Argent Pediatr. 2019 Dec 1;117(6):S277-S309. Spanish. doi: 10.5546/aap.2019.S277. PMID: 31758897.

HEMODIÁLISE SEGURA: 12 MESES SEM INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER DE LONGA PERMANENCIA APÓS IMPLEMENTAÇAO DO PDSA

Américo Lourenço Cuvello Neto, Amanda Monteiro Virolli, Ana Luiza de Siqueira Simão, Filipe Teixeira Piastrelli

INTRODUÇÃO

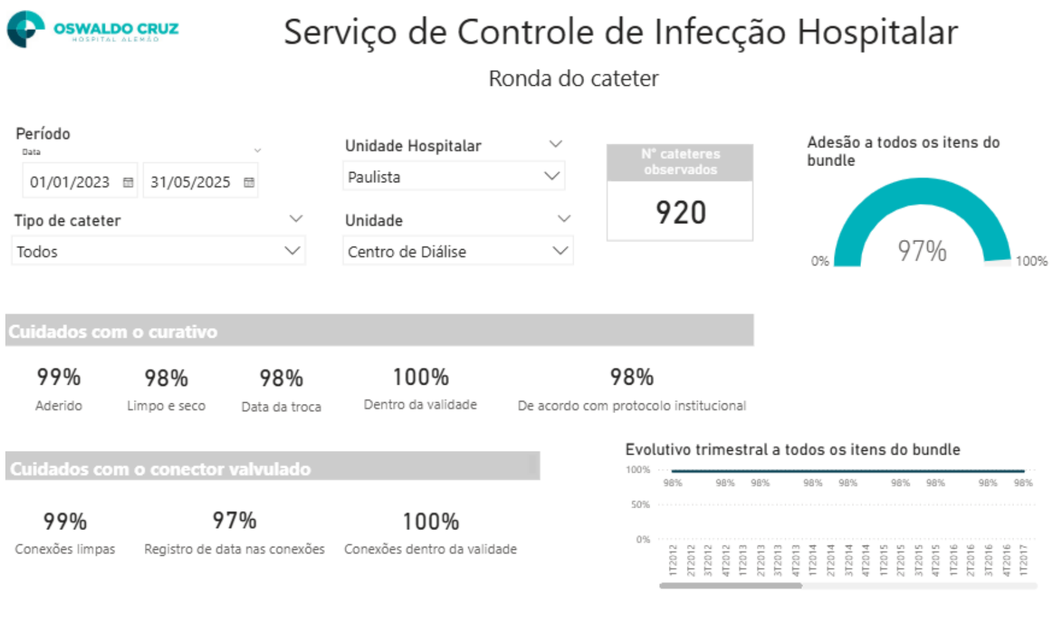
A infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) é uma das principais causas de internação, morbidade e mortalidade nos pacientes em hemodiálise. Em 2023, no Brasil, a taxa de incidência de IPCS associada ao cateter de longa permanência (IPCS-CLP) foi de 3,23/100 pacientes-mês. Medidas efetivas para controle da frequência de IPCS-CLP são extremamente importantes uma vez que além de reduzir potenciais riscos associados ao quadro infeccioso podem, potencialmente, preservar sítios para acesso vascular do paciente. O objetivo desse estudo foi avaliar o impacto da adoção de um *bundle* de orientações para conexão e desconexão de pacientes com CLP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo experimental de pré e pós-intervenção, realizado no Centro de Nefrologia e Diálise (CND) do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, um hospital privado, filantrópico, quaternário, de alta complexidade, na cidade de São Paulo. Intervenção utilizando a Ferramenta PDSA (Plan-Do-Study-Action).

P Brainstorming entre a gestão do CND e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), determinando-se um plano de ação	**D** Auditoria de processos, padronização de rotinas, treinamento de nivelamento técnico com a equipe assistencial, ronda de avaliação dos cuidados com os cateteres, reorientações aos pacientes quanto aos cuidados domiciliares, feedback mensal do indicador
A As novas ações foram testadas e padronizadas na rotina.	**S** Acompanhamento e análise dos indicadores de resultado.

Ciclo PDSA elaborado pelos autores.



Dashboard com resultados da ronda de avaliação do cuidado com os cateteres.

RESULTADOS

A taxa de incidência de IPCS-CLP reduziu de 1,33% no período pré-intervenção para 0,52% no período pós-intervenção, representando uma queda de 62,5%, sendo a menor taxa dentre os últimos oito anos do CND.

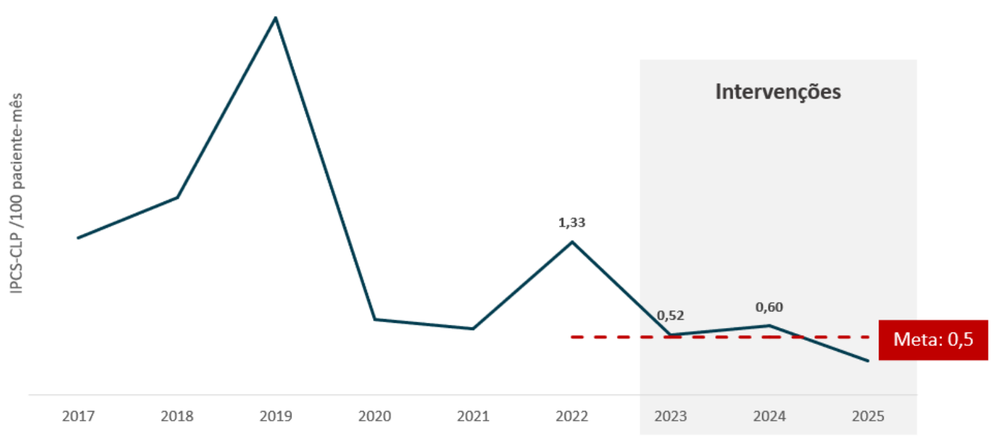
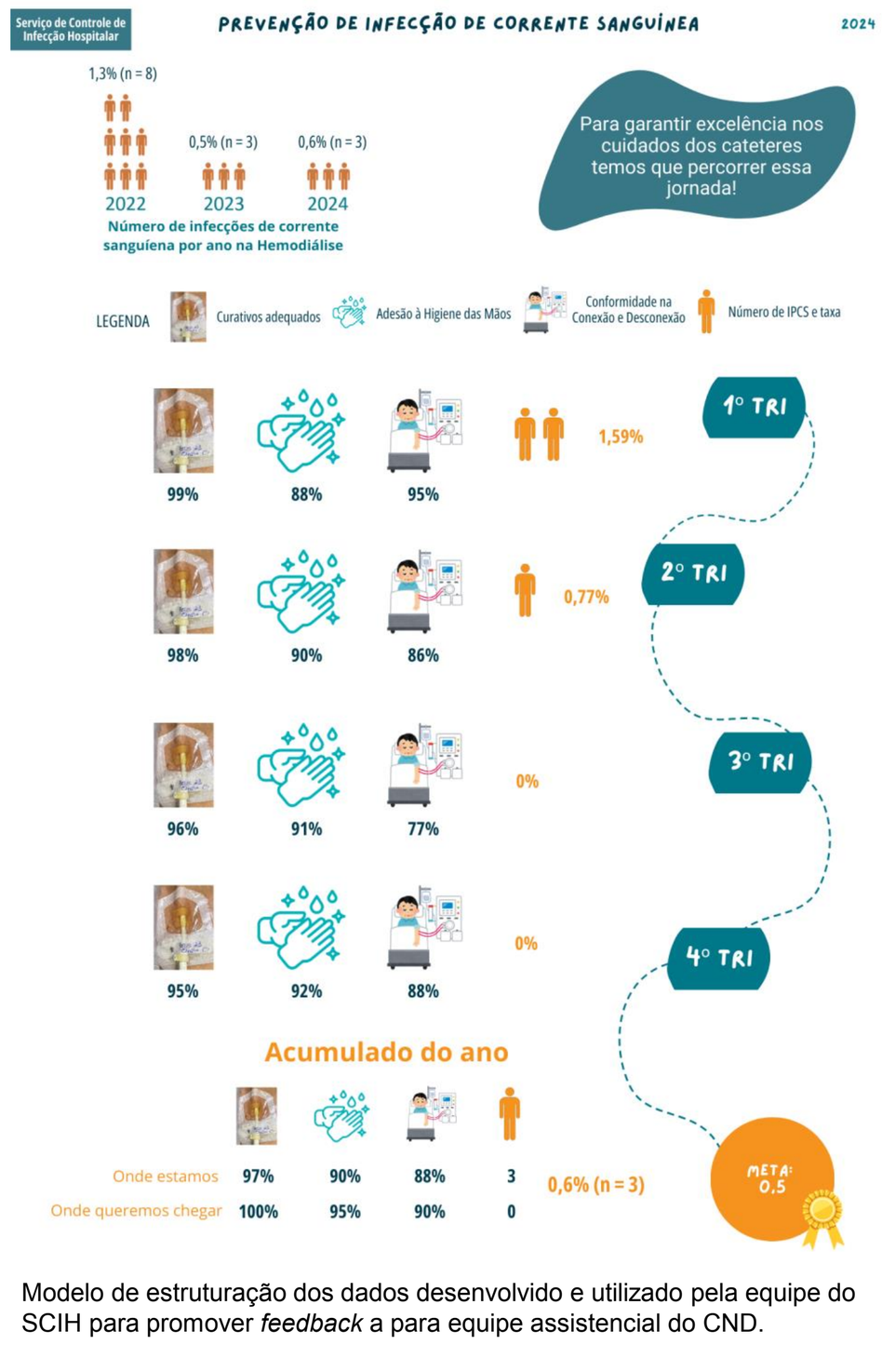


Gráfico da série histórica da taxa de IPCS-CLP/100 pacientes-mês.

Em 2024, as ações foram aprimoradas e os indicadores de processo, como taxa de conformidade na conexão e desconexão apresentou resultado de 88% (n=95), taxa de adesão à higiene das mãos 90% (n= 509 terapias) e taxa de adesão ao *bundle* com 97% (n=395 terapias) foram satisfatórios para atingir um resultado sustentado, com uma taxa de 0,62% IPCS-CLP/100 pacientes-mês. Além disso no período de 05/2024-05/2025 **não foram registrados casos de IPCS-CLP.**



Modelo de estruturação dos dados desenvolvido e utilizado pela equipe do SCIH para promover *feedback* a para equipe assistencial do CND.

CONCLUSÕES

O envolvimento das equipes do SCIH e CND se revelou crucial para implementar as intervenções e garantir à adesão as ações de melhoria, o que resultou na redução da taxa de IPCS-CLP, além de impactos secundários resultantes destas infecções, como tempo de internação, uso de antimicrobianos e custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

Centers for Disease Control and Prevention. **Dialysis Safety**. Infection Prevention Tools. 2023.

GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 30**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Terceira Diretoria Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2024.

IA e NLP no Rastreio de Câncer de Mama

Carla Rossi, Janaina Patente, Mariana Rios, Matheus Junqueira,

INTRODUÇÃO

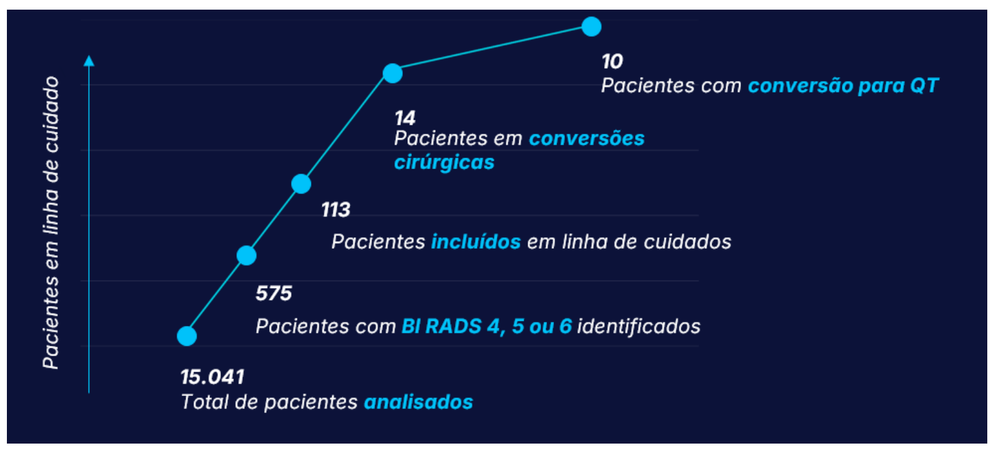
A triagem de câncer de mama demanda análise de um grande volume de exames e prontuários, o que frequentemente sobrecarrega equipes e compromete a velocidade de resposta. Este projeto propôs a implementação de um sistema automatizado para identificar pacientes com maior risco, com base na interpretação de laudos e dados clínicos. O objetivo foi aumentar a eficiência na detecção precoce, agilizar a inclusão em linha de cuidado e melhorar desfechos clínicos e operacionais, sem aumento da estrutura de pessoal.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado entre janeiro de 2024 e maio de 2025 e teve como foco a triagem automatizada de pacientes com suspeita de câncer de mama. Utilizou-se modelo computacional para leitura de laudos de exames de imagem (mamografia, ultrassom, ressonância), associado à análise de dados estruturados e não estruturados de prontuário eletrônico. Foram criados critérios automáticos de sinalização para casos com BI-RADS 4, 5 ou 6, histórico familiar, comorbidades e sintomas relatados. A solução permitiu análise contínua, com alertas emitidos em tempo real para a equipe assistencial. Um benchmark prévio com guidelines e experiências internacionais reforçou o modelo adotado. Foram avaliadas métricas como número de exames analisados, pacientes filtrados, conversões em linha de cuidado, cirurgias e tratamentos iniciados. Os dados foram tratados de forma anonimizada e auditável, respeitando normas éticas. Comparações foram feitas com o processo anterior baseado em revisão manual e passiva de exames

RESULTADOS

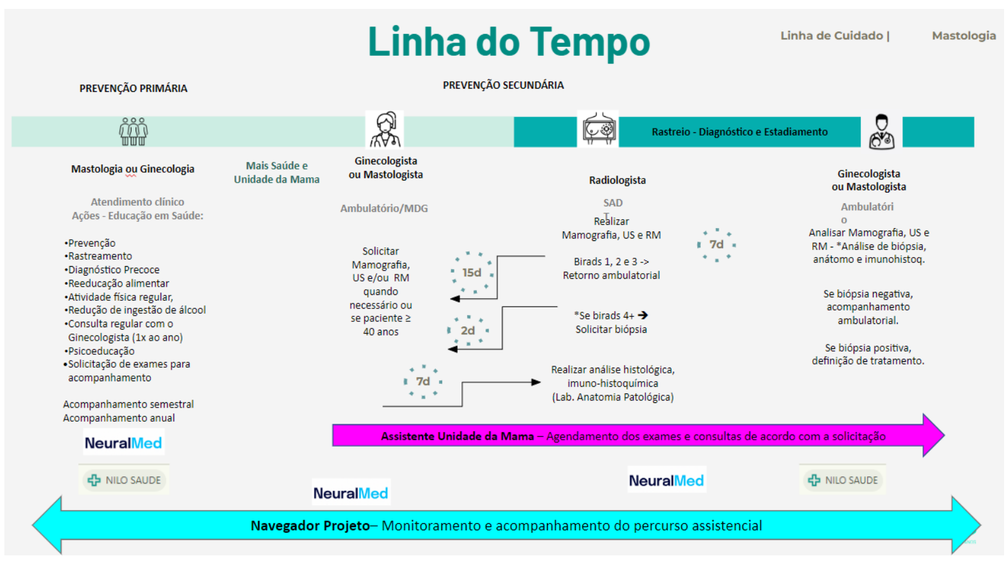
Foram analisados 15.041 pacientes, com 4,9 % direcionados para acompanhamento. Ao todo, 575 foram inseridos em linha de cuidado, 14 passaram por cirurgia e 10 iniciaram tratamento quimioterápico. A triagem automatizada foi cerca de 300 vezes mais rápida que a leitura humana, possibilitando resposta no mesmo dia. O modelo concentrou o esforço da equipe nos casos prioritários, gerando ganho de eficiência, melhor adesão ao tratamento e aumento da receita assistencial. A abordagem demonstrou impacto positivo na performance clínica e na sustentabilidade da linha oncológica.



Legenda: Funil da linha de cuidado de mama.

CONCLUSÕES

A aplicação de inteligência artificial na triagem de câncer de mama demonstrou ser uma estratégia eficiente, segura e escalável para otimizar recursos assistenciais. A priorização automatizada permitiu respostas clínicas mais ágeis, melhor aproveitamento da equipe e maior adesão ao cuidado. Os resultados reforçam o potencial da tecnologia como aliada na detecção precoce e na sustentabilidade de linhas oncológicas.



Legenda: Fluxo da linha de cuidado

REFERÊNCIAS

Relatórios/Dados internos da Rede Mater Dei de Saúde

IMPACTO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NEONATAL EM RECÉM – NASCIDOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO ISQUÊMICA

Márcio Loureiro da Silva, Bárbara de Pinho Calixto, Andrielle Kecia Goncalves Machado, Franciany Silva Matouzo

INTRODUÇÃO

A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. A hipotermia terapêutica é atualmente a única intervenção neuroprotetora com evidência científica robusta para redução de sequelas em recém-nascidos com EHI moderada a grave, quando iniciada nas primeiras seis horas de vida (PFISTER RH 2010). Justifica-se para avaliar os desfechos clínicos da aplicação do protocolo de hipotermia terapêutica neonatal em um hospital de grande porte, incluindo taxa de mortalidade, uso de anticonvulsivantes na alta e necessidade de procedimentos como traqueostomia ou gastrostomia.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo com análise de 15 pacientes submetidos ao protocolo institucional de hipotermia terapêutica durante o ano de 2024. Os critérios de inclusão seguiram parâmetros de pH ≤ 7,0 ou BE ≤ -16, escore de Apgar ≤ 5 no 5º minuto, necessidade de ventilação além de 10 minutos e sinais clínicos de EHI moderada ou grave. O resfriamento foi iniciado com bolsas de gelox (baixa tecnologia), com temperatura alvo de 33,5ºC por 72 horas. Os dados avaliados incluíram mortalidade, tempo de ventilação mecânica, uso de cateteres invasivos e presença de sequelas funcionais na alta.

Figura 1 – RN em unidade de terapia intensiva neonatal, monitorizado, em uso de suporte ventilatório e iniciando o protocolo de hipotermia terapêutica.

Figura 2 – RN em protocolo de hipotermia em uso de gelox para o esfriamento.

RESULTADOS

Dos 15 recém-nascidos submetidos à hipotermia terapêutica, 11 evoluíram para alta hospitalar com melhora clínica. Três pacientes foram a óbito durante a internação e um foi transferido para enfermaria pediátrica. Nenhum dos sobreviventes necessitou de gastrostomia ou traqueostomia. O uso de anticonvulsivantes na alta foi observado em 8 dos 11 sobreviventes (72%). O tempo médio de ventilação mecânica foi de 3,7 dias. A taxa de mortalidade entre os pacientes submetidos ao protocolo foi de 20%. Nenhum dos pacientes apresentou interrupção precoce do protocolo por instabilidade clínica.

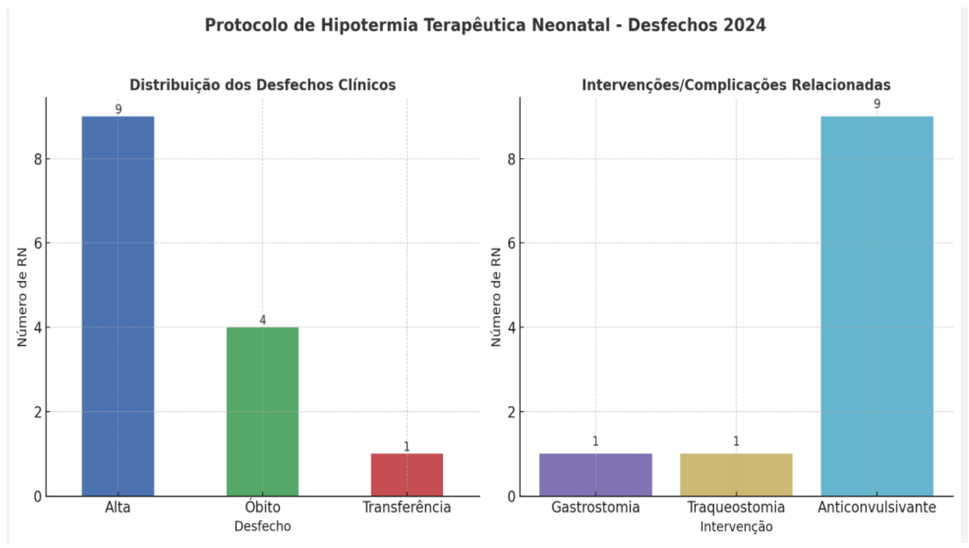


Figura 3 - Desfechos clínicos dos RN submetidos ao protocolo de hipotermia terapêutica em 2024, e as principais intervenções/complicações associadas.

Figura 4 – Criança realizando atividade de escrita, sem uso de dispositivos, ausentes de déficit motor, após dois anos submetida ao protocolo de hipotermia.

CONCLUSÕES

Conclui-se que, a hipotermia terapêutica no presente estudo, que o uso do tratamento no prazo estimado em até seis horas de vida do RN, afeta diretamente na sua resposta ao método considerando que a maioria dos pacientes dentro da pesquisa apresentada evidenciou uma baixa taxa de mortalidade.

Faz se necessário, profissionais capacitados e treinados e que a instituição favoreça um protocolo na ponta e de fácil acesso para que a equipe multidisciplinar faça aplicação do procedimento, haja a vista, que, a monitorização rigorosa da temperatura e dos dispositivos necessários para serem usado durante a intervenção é de baixo custo para instituição, atendendo as necessidades do esfriamento fazendo o uso de por exemplo de gelox.

Por tanto, a intervenção mostra-se adequada, com resultados positivos e prevenindo perdas neuro funcionais dos pacientes submetidos.

REFERÊNCIAS

Pfister RH, Soll RF. Hypothermia for the treatment of infants with hypoxic-ischemic encephalopathy. J Perinatol. 2010 Oct;30 Suppl:S82-7. doi: 10.1038/jp.2010.91. PMID: 20877413. Ultimo acesso em 15 de set de 2025.

SHANKARAN, S. et al. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic–ischemic encephalopathy. New England Journal of Medicine, v. 353, n. 15, p. 1574-1584, 2005.

Impacto da atuação farmacêutica no primeiro ciclo de quimioterapia ambulatorial em um hospital oncológico

Márcio Rogério Lopes, Luis Marcelo Dian, Ana Paula Consolin

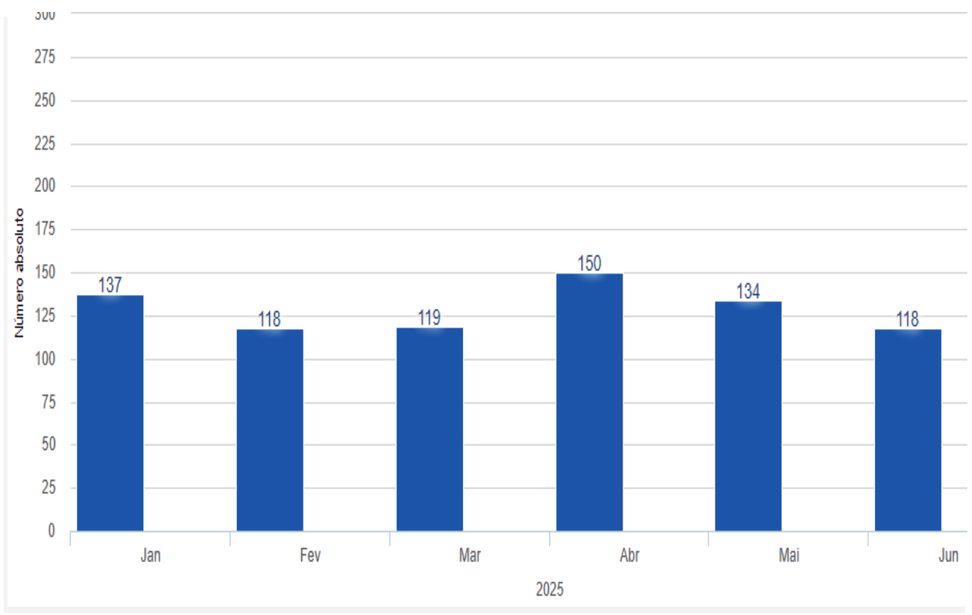
INTRODUÇÃO

O início do tratamento quimioterápico ambulatorial representa um momento crítico na trajetória do paciente oncológico, frequentemente marcado por inseguranças, dúvidas e grande carga emocional. A complexidade do regime terapêutico, aliada ao volume de informações recebidas, pode comprometer a segurança e eficácia no uso de medicamentos. A atuação do farmacêutico clínico garante uma boa compreensão e adesão do paciente minimizando possíveis riscos durante o tratamento.

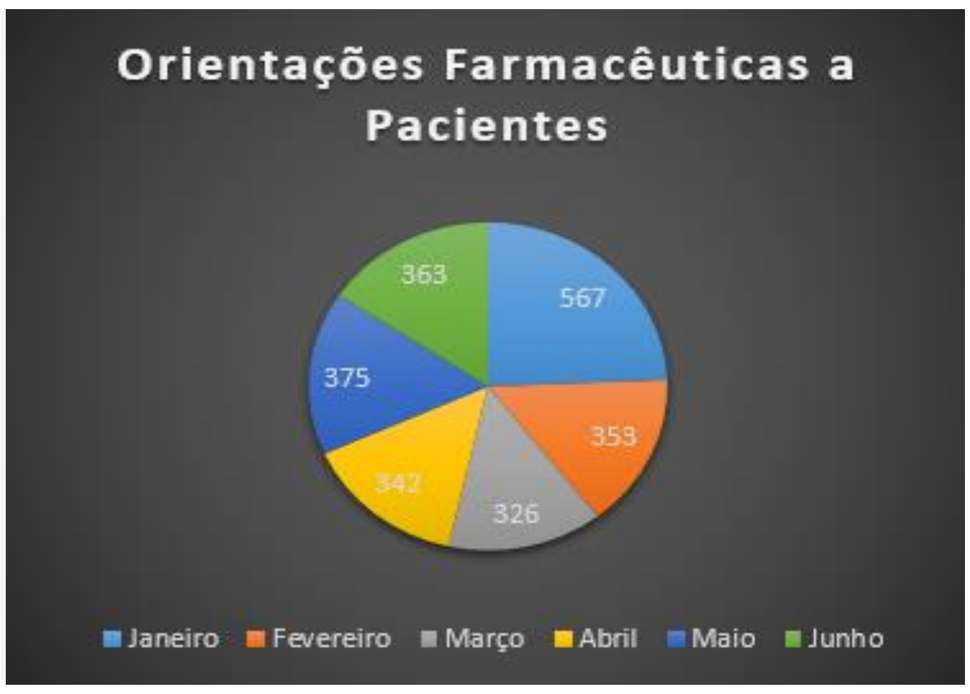
METODOLOGIA

O farmacêutico clínico oncologista inserido no ambulatório de quimioterapia avalia as prescrições dos pacientes em primeiro ciclo, identifica necessidade de ajuste de dose, comorbidades, realiza a conciliação e verifica possíveis interações medicamentosas. As intervenções clínicas e sugestões de profilaxias sintomáticas são discutidas com a equipe médica e durante o atendimento de orientação farmacêutica ao paciente as dúvidas são esclarecidas e as informações complementadas com a entrega de material explicativo

Pacientes com atendimento farmacêutico - 1º Ciclo de quimioterapia



Total de pacientes em ciclo 1 de quimioterapia endovenosa que receberam orientação farmacêutica .



Total de orientações e intervenções farmacêuticas realizadas com os pacientes entre janeiro à junho/25.

RESULTADOS

De janeiro a junho de 2025, o farmacêutico clínico prestou assistência farmacêutica a 776 dos 799 pacientes que iniciaram o primeiro ciclo de quimioterapia, o que corresponde a mais de 97 % do total contribuindo para melhores desfechos clínicos e continuidade no tratamento.

CARBOPLATINA

PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?

A carboplatina, faz parte da segunda geração de derivados da cisplatina que mostram atividade antineoplásica contra uma série de malignidades, onde se liga ao DNA alterando sua configuração e inibindo sua síntese, desta forma impedindo o tumor de proliferar.

A carboplatina está indicada no tratamento de estados avançados do carcinoma de ovário de origem epitelial (incluindo tratamentos de segunda linha e paliativo em pacientes que já tenham recebido medicamentos contendo cisplatina). Está também indicado no tratamento do carcinoma de pequenas células de pulmão, nos carcinomas espinocelulares de cabeça e pescoço e nos carcinomas de cérvice uterina.

QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

A administração de carboplatina está contraindicada a pacientes com insuficiência renal grave, mielodepressão grave e/ou na presença de sangramento volumoso. Está também contraindicada a pacientes com hipersensibilidade à carboplatina ou a outros compostos contendo platina (por exemplo, cisplatina) e a pacientes grávidas ou que estejam amamentando.

COMO É ADMINISTRADO?

Carboplatina pode ser administrada tanto como agente único ou em combinação com outros medicamentos antineoplásicos. Deve ser utilizada apenas por via endovenosa, através de punção periférica ou cateter, por um período de 60 minutos.

O esquema posológico e o plano de tratamento deverão ser determinados exclusivamente pelo médico responsável de acordo com o tipo de neoplasia e a resposta ao tratamento.

POSSÍVEIS REAÇÕES ADVERSA NO MOMENTO DA INFUSÃO:

- Prurido corporal (coceira)
- Edema facial
- Tosse seca
- Taquicardia
- Sudorese
- Hiperemia (vermelhidão) no tórax

Em caso de reação durante a aplicação, comunicar o enfermeiro para seguimento do atendimento com medicação apropriada.

Modelo de material explicativo entregue ao paciente, após orientações farmacêuticas.

CONCLUSÕES

A atuação proativa do farmacêutico clínico oncologista, por meio de atendimentos estruturados, contribui diretamente para a qualidade de vida e o sucesso do tratamento oncológico. Isso se evidencia na prevenção de eventos adversos, na redução de riscos, na otimização da farmacoterapia e no fortalecimento da relação profissional-paciente, reforçando o papel essencial desse profissional na assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

UCHÔA, Brenda Oliveira; SOUSA, Camila Monteiro; FONTELES, Marta Maria de França; SILVA, Paulo Goberlanio de Barros; LIMA, Paloma Araujo de; COSTA, Anderson Dantas. Cuidado Farmacêutico a Pacientes Elegíveis ao Tratamento Oncológico em um Serviço de Triagem Multiprofissional. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 4, 2024

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

IMPACTO DA CHECAGEM BEIRA LEITO NA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA NO PRONTO SOCORRO

Autor: Marcela Cristiane Teixeira Andrade Murta, Coautor: Deysiane Leandro Santos, Natália Alves de Carvalho

INTRODUÇÃO

O Pronto Socorro é um ambiente de alta complexidade e fluxo intenso, onde o risco de falhas é elevado. Entre os principais eventos adversos hospitalares, os erros de medicação destacam-se por sua frequência e potencial impacto na segurança do paciente. Nesse contexto, a checagem beira leito através da ferramenta digital palm configura-se como uma prática essencial, garantindo, rastreabilidade e redução de falhas no processo de administração de medicamentos. A utilização dessa tecnologia fortalece a cultura de segurança, assegura maior conformidade às boas práticas assistenciais e promove cuidado mais seguro e padronizado.

METODOLOGIA

O projeto foi implementado através do mapeamento detalhado do processo de administração de medicamentos no Pronto Socorro para identificar riscos e potenciais falhas. Em seguida, a checagem beira leito foi implementada usando a ferramenta digital palm. Esta solução tecnológica garante a rastreabilidade do processo e as barreiras de segurança por meio da leitura de código de barras, identificação segura do paciente e validação da prescrição diretamente pelo sistema eletrônico. A implantação foi acompanhada por um programa de treinamento multiprofissional, monitoramento contínuo da adesão da equipe e avaliação dos resultados por meio de indicadores assistenciais como a adesão à checagem beira leito, e % notificações de eventos relacionados à falhas no processo de segurança medicamentosa.

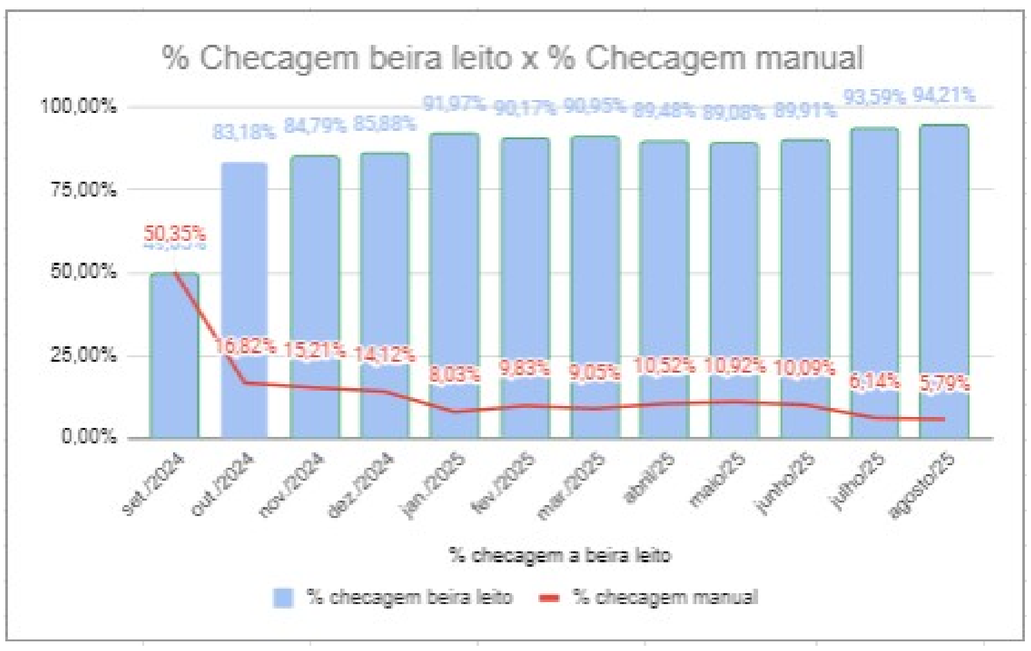


Gráfico: % checagem beira leito x % checagem manual.

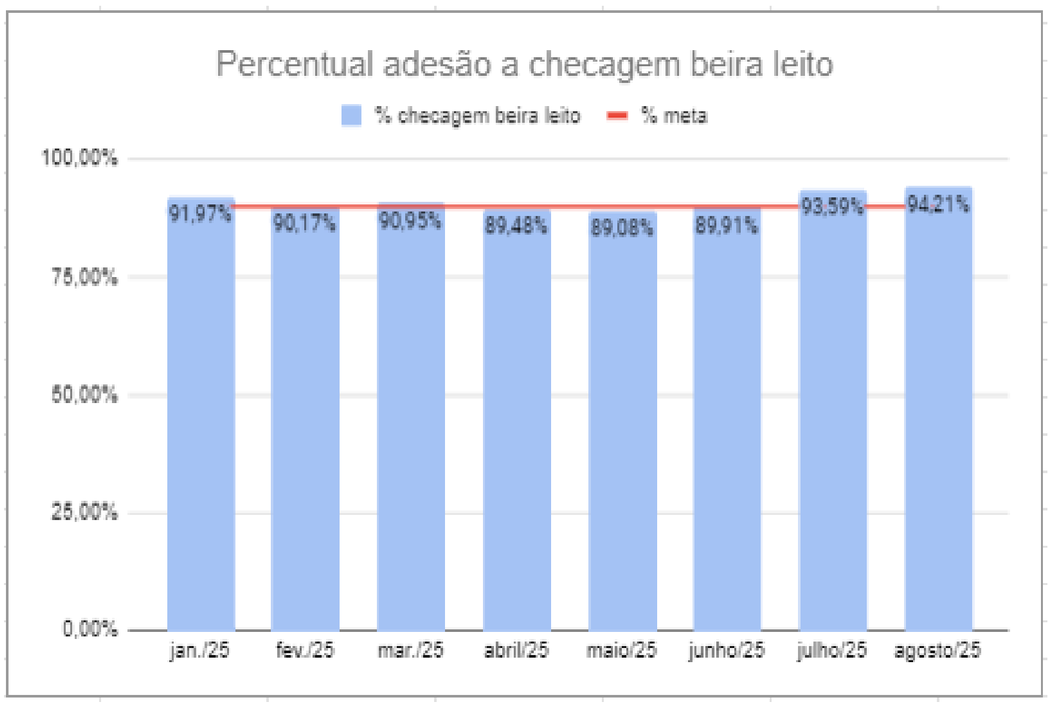


Gráfico: Indicador de Percentual de adesão a checagem beira leito

RESULTADOS

Após a implementação da checagem beira leito com a ferramenta palm, observou-se maior segurança no processo de administração de medicamento. Houve melhora na adesão da equipe na rastreabilidade do processo através da utilização da ferramenta palm, e maior engajamento da equipe assistencial à prática padronizada e percepção positiva quanto à segurança do cuidado. Os resultados demonstram que a tecnologia é um recurso efetivo para reduzir falhas em ambiente de alta complexidade, contribuindo para a cultura de segurança no pronto-socorro.

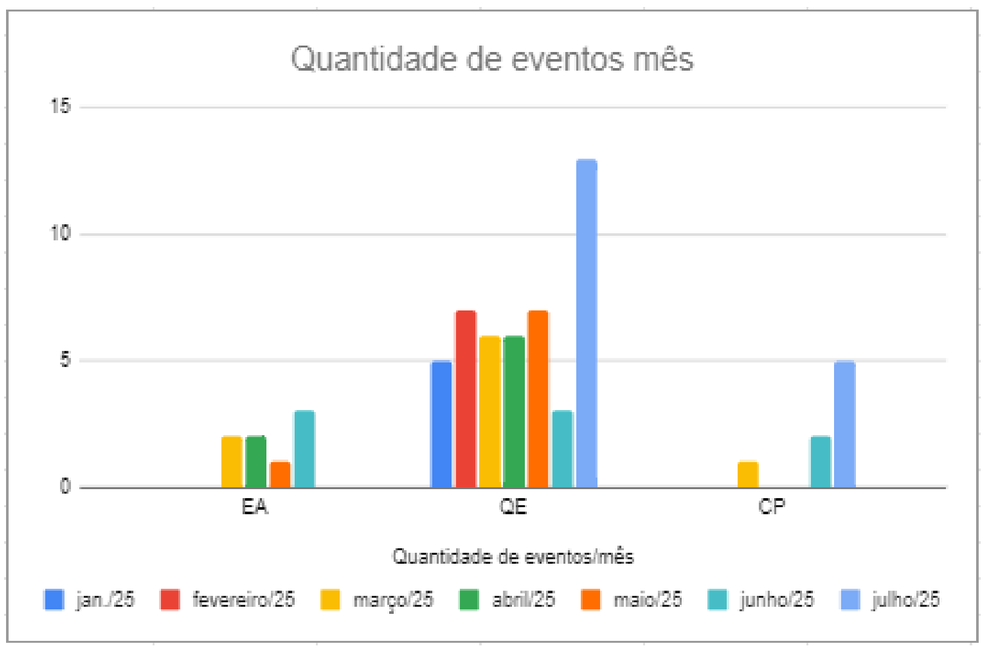


Gráfico: Quantidade de eventos registrados do mês.

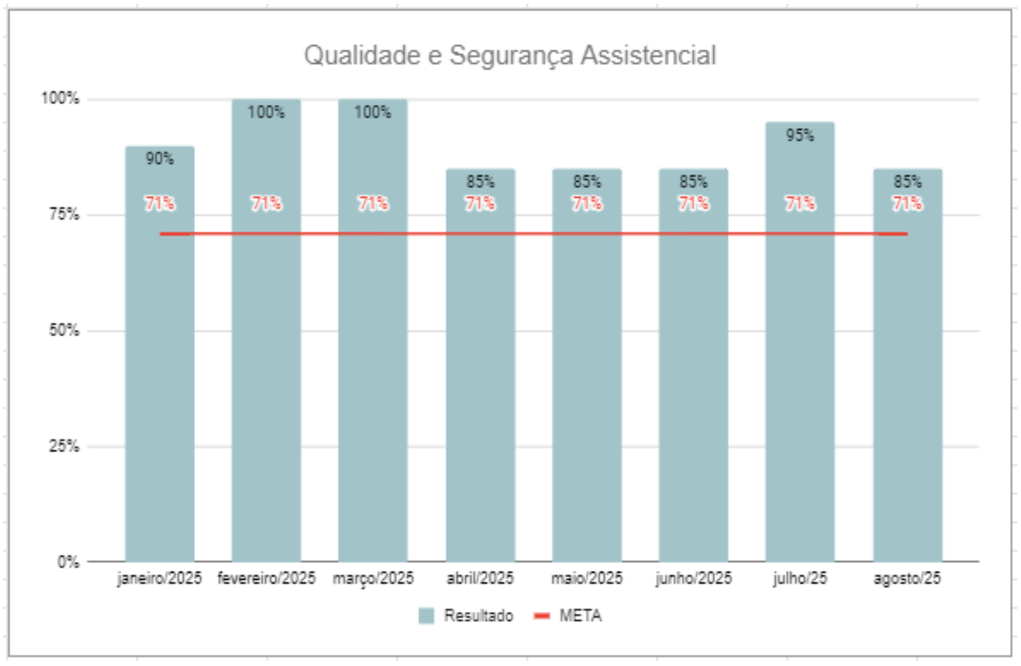


Gráfico: Indicador de Qualidade e Segurança Assistencial.

CONCLUSÕES

A implementação da checagem beira leito com a ferramenta palm se consolida e demonstrou-se eficaz na qualidade e segurança assistencial no pronto-socorro do Hospital Mater Dei Nova Lima, mitigando riscos de falhas e fortalecendo a rastreabilidade do processo. A adesão da equipe e a percepção positiva quanto à prática evidenciam que a tecnologia é um recurso estratégico para ambientes de alta complexidade, contribuindo para a consolidação da cultura de segurança e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Accreditation Standards for Hospitals. 8th ed. Oak Brook: JCI, 2021.INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Science of Improvement: How to Improve. Cambridge, MA: IHI, 2020.AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2022.

O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: UM ESTUDO DE SEGURANÇA E EFICÁCIA

Vitor Malta[1-2], Natália P. Minatel[1-2], Isadora S. Reis[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

Pacientes submetidos a transplante de medula óssea (TMO) são altamente suscetíveis ao **declínio funcional** e ao **descondicionamento físico** devido à hospitalização prolongada e à imunossupressão. A fisioterapia (FT) durante o processo de TMO tem como objetivo atenuar esses efeitos, favorecendo a recuperação funcional e melhorando o prognóstico global.

No entanto, as evidências sobre a eficácia e a segurança das intervenções de FT nessa população ainda são limitadas. **Este estudo teve como objetivo avaliar a segurança e a efetividade de um programa de fisioterapia em pacientes submetidos ao TMO, comparando os desfechos no pré (admissão) e no pós (alta hospitalar).**

METODOLOGIA

Participantes: 12 pacientes que aderiram ao programa de fisioterapia (adesão >70%); incluíram-se pacientes admitidos no pronto-socorro (PS), UTI, com proposta de TMO. Pacientes que completaram menos de 70% das sessões programadas para o período de hospitalização – 2 sessões por dia – foram excluídos da análise.

Avaliações: os dados foram coletados na admissão hospitalar (pré) e na alta hospitalar (pós) TMO.

Desfechos primários: a avaliação incluiu capacidade funcional (desempenho no Step Test); força muscular (Handgrip Test); fadiga (BFI - *Brief Fatigue Inventory*); status funcional (KPS e JH-HLM); e capacidade pulmonar (capacidade vital lenta e VEF1).

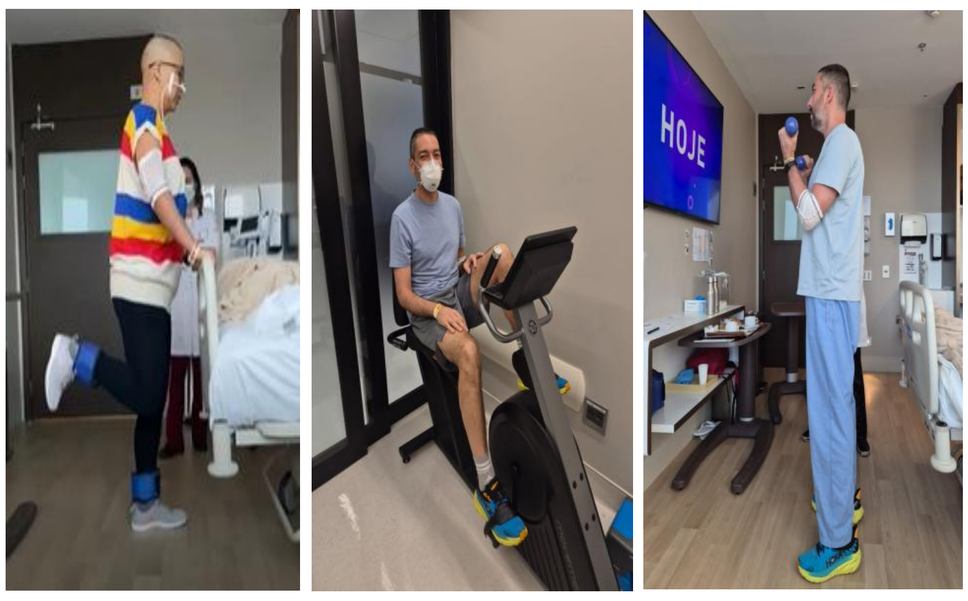
Intervenção / Proposta de Treinamento: as sessões de fisioterapia foram baseadas nas necessidades dos pacientes e avaliadas diariamente pelo fisioterapeuta de acordo com o estágio atual da reabilitação; os exercícios envolveram atividade aeróbica e exercícios de força (intensidade moderada e alta).

- **Pré-TMO:** uma vez ao dia ou conforme necessidade;
- **Dia da Infusão Celular – TMO (D0):** repouso/reavaliação e monitoramento respiratório;
- **D1 – D21:** duas vezes ao dia ou conforme necessidade. Se necessário, utilizava-se analgesia com eletroterapia e/ou termofototerapia.

Segurança do protocolo: avaliada pela incidência de complicações relacionadas à fisioterapia, incluindo eventos adversos cardiorrespiratórios ou associados à hospitalização; também foram registrados mortalidade e tempo de permanência hospitalar.

Figura 1. Fisioterapeuta avaliando a capacidade pulmonar e força muscular periférica.

Figura 2. Protocolo de reabilitação envolvendo exercícios aeróbicos e de força



RESULTADOS

Tabela 1. Características basais dos pacientes submetidos a TMO.

	Admissão
Masculino, n%	5 (41.6%)
Idade, anos	47 ± 19
Peso, kg	75.8 ± 18.3
Altuna, m	1.70 ± 0.07
IMC, kg/m^2	25.8 ± 5.2
VEF1, %	92.8 ± 8.0

Kg: kilogramas; m: metros; IMC: índice de massa corporal; VEF1: volume expiratório forçado no 1 segundo.

Tabela 2. Pontuações das avaliações na admissão e na alta hospitalar.

	Admissão	Alta Hospitalar	Valor p
Escala de Fadiga, pontos	0.96 ± 1.16	1.11 ± 1.07	0.74
KPS, pontos	85 ± 20	80 ± 12	0.75
Nível de Mobilidade, pontos	5.7 ± 1.5	7.0 ± 1.9	0.06
Força de preensão manual, kg	33.2 ± 11.1	29.2 ± 10.9	0.94
CVL, L	3.41 ± 1.48	3.63 ± 0.95	0.81
Teste do Degrau, nº degraus	91 ± 21	71 ± 32	0.21

Escala de fadiga medida pela escala BFI; KPS: *Karnofsky Performance Status*; Nível de Mobilidade medido pela escala JH-HLM – John Hopkins Hospital;

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Mobilidade melhorada – tendência ascendente clinicamente relevante;
- Nenhum declínio significativo da capacidade funcional;
- Força muscular mantida durante a hospitalização;
- Função pulmonar estável;
- Nenhum evento adverso relacionado à fisioterapia foi registrado durante o programa/hospitalização.

CONCLUSÕES

A capacidade funcional e a força muscular foram mantidas, prevenindo o declínio esperado durante o TMO. Não ocorreram eventos adversos durante a fisioterapia, indicando que o protocolo é seguro e eficaz na preservação da funcionalidade individual. Estudos maiores são necessários para confirmar esses achados.

REFERÊNCIAS

1. J. Mohammed et al. **Physical therapy pathway and protocol for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: Recommendations from The Eastern Mediterranean Blood and Marrow Transplantation (EMBMT) Group.** Hematol Oncol Stem Cell Ther (2019) 12, 127–132
2. Srinivasan, A., Sunkara, A., Mitchell, W., et. al. **Recovery of Pulmonary Function after Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation in Children is Associated with Improved Survival.** Biol Blood Marrow Transplant 23 (2017) 2102–2109
3. Silva, IC.; Campos, NG; Vinhote, JFC, et. al. **Physiotherapy performance in bone marrow transplant recipients: Systematic review of the literature.** J. Health Biol Sci. 2017; 5(4):371-377.

IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM CHECKLIST NA SALA DE PARTO PARA PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA EM PREMATUROS MENORES QUE TRINTA E DUAS SEMANAS NA ADMISSÃO À UTI NEONATAL

Ana Clara de Souza Lacerda Rodrigues, Mileny de Oliveira Peixoto Portes

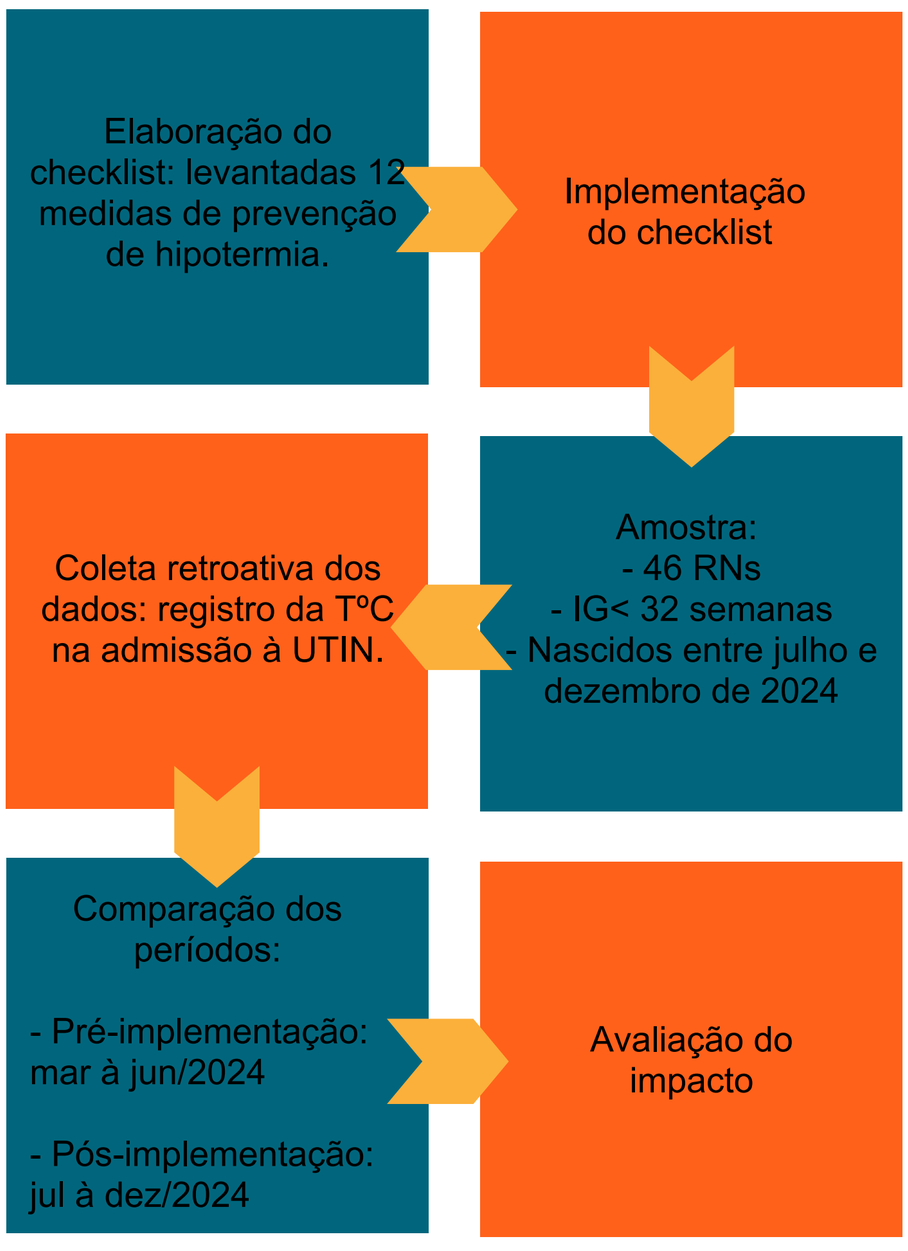
INTRODUÇÃO

A termorregulação é um desafio crítico nas primeiras horas de vida neonatal, especialmente em prematuros, devido à imaturidade fisiológica[1]. Estudo aponta que quase 80% dos recém nascidos (RNs) pré-termos internados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) apresentaram hipotermia na admissão[2], condição associada ao aumento da mortalidade. Assim, sua prevenção configura-se como uma intervenção vital[3].

Objetivo: Descrever o impacto da implementação de checklist para prevenção da hipotermia neonatal em sala de parto de prematuros com idade gestacional (IG) menor que 32 semanas em um hospital privado de Belo Horizonte, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quase-experimental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, que avaliou o impacto da implementação de um checklist na redução da hipotermia em RNs.



Fluxograma da metodologia do estudo. Setembro de 2025.

Entre as 12 medidas levantadas tem-se: verificação da temperatura materna, controle da temperatura ambiente da sala de parto, pré-aquecimento da incubadora de transporte, limitação do número de profissionais presentes na sala cirúrgica, e uso de saco plástico de dupla camada, sem a realização de secagem imediata do recém-nascido ao nascimento, entre outras ações.

RESULTADOS

Após a implementação do checklist, 10,87% dos recém-nascidos apresentaram hipotermia na admissão à UTI neonatal, em comparação aos 35,71% observados entre março e junho de 2024, representando uma redução de quase 70%.

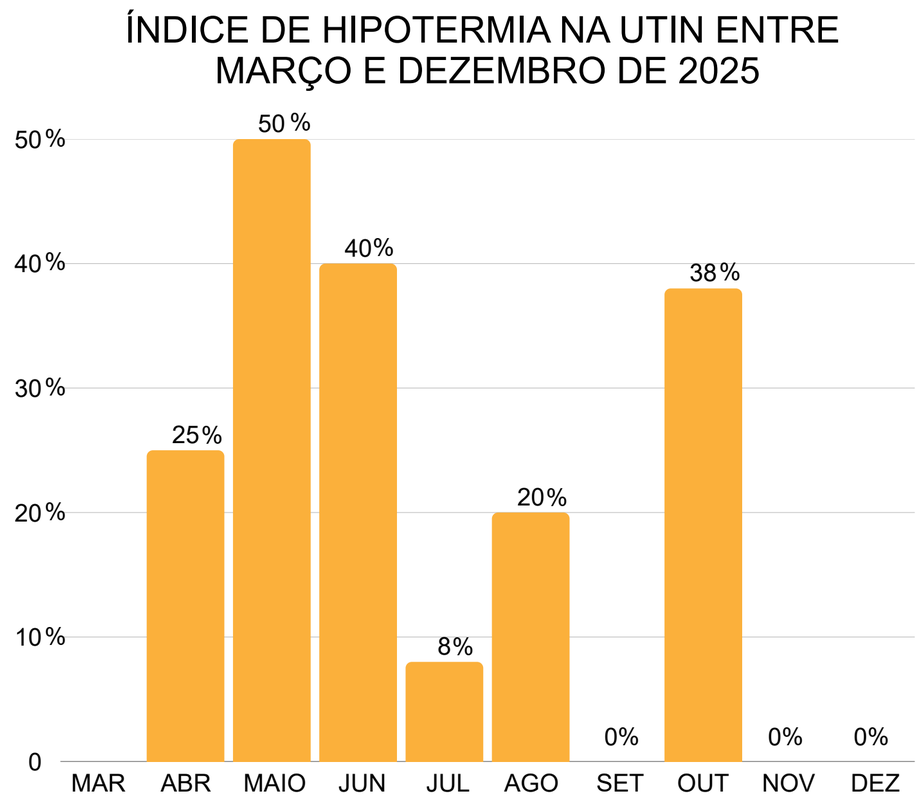


Gráfico da taxa mensal de hipotermia entre os admitidos na UTIN entre março e dezembro de 2024.

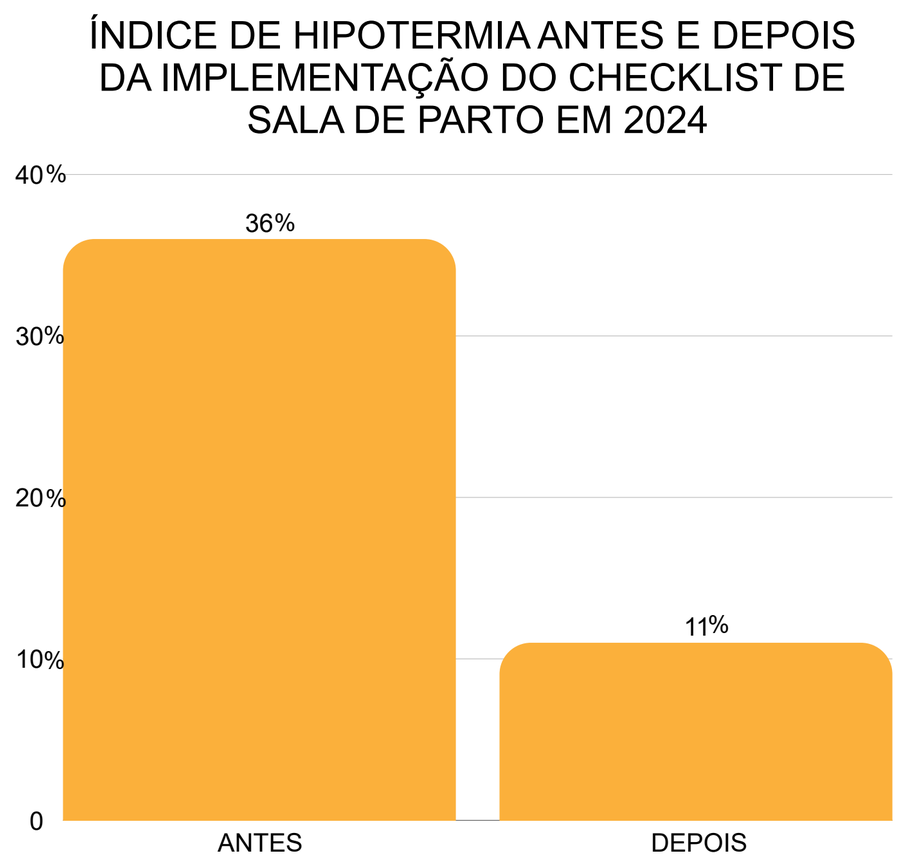


Gráfico comparativo do índice de hipotermia entre os admitidos na UTIN antes e após a implementação do checklist em 2024.

CONCLUSÕES

A implantação do checklist na sala de parto teve impacto significativo na redução da hipotermia em prematuros menores que 32 semanas, mostrando-se uma intervenção simples, eficaz e de baixo custo. Os dados destacam a importância da padronização de boas práticas no cuidado neonatal, promovendo segurança e qualidade na assistência ao prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Roychoudhury S, Yusuf K. Thermoregulation: Advances in Preterm Infants. NeoReviews. 2017 Dec;18(12):e692–e702. doi:10.1542/neo.18-12-e692.

2. Demtse AG, Pfister RE, Nigussie AK, McClure EM, Ferede YG, Tazu Bonger Z, et al. Hypothermia in preterm newborns: impact on survival. Global Pediatric Health. 2020;7:2333794X20957655. doi:10.1177/2333794X20957655.

3. Lode-Kolz K, Hermansson C, Linnér A, Klemming S, Hetland HB, Bergman N, et al. Immediate skin-to-skin contact after birth ensures stable thermoregulation in very preterm infants in high-resource settings. Acta Paediatr. 2023 May;112(5):934–941. doi:10.1111/apa.16590.

IMPACTO DE NOVO PROTOCOLO DE PARAMETRIZAÇÃO DE ALARMES CLÍNICOS EM UMA UTI PEDIÁTRICA

MARIA CARVALHO LABORNE VALLE, LENIRA MEDEIROS DE MORAIS DAIBES RACHID, ERASMO COSTA FARIAS, LUCIANA NASCIMENTO PINTO CANELA

INTRODUÇÃO

Os alarmes clínicos são ferramentas para a detecção precoce de alterações críticas em pacientes, mas seu uso inadequado pode gerar alarmes excessivos, não acionáveis e fadiga de alarmes. A parametrização padrão baseada no sistema Pediatric Advanced Life Support (PEARS) mostrava-se inadequada para o perfil da UTI pediátrica, gerando alto número de alarmes irrelevantes. O trabalho teve como objetivo avaliar o impacto da implementação de um novo protocolo de parametrização de alarmes clínicos nos resultados das auditorias internas e na percepção da equipe em relação à fadiga de alarmes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com análise dos dados relacionados à parametrização de alarmes, com foco na percepção de fadiga de alarmes após a implementação de novo protocolo de alarmes clínicos em uma UTI pediátrica de alta complexidade. A parametrização anterior, baseada estritamente no PEARS, foi modificada por consenso entre intensivistas pediátricos da unidade, considerando faixas etárias específicas e admitindo desvios de cerca de 20% dos valores de normalidade para parâmetros como pressão arterial máxima, frequência cardíaca máxima e saturação de oxigênio, através da análise da literatura. Foram criados e inseridos perfis de alarmes personalizados nos monitores multiparamétricos, conforme a faixa etária dos pacientes. Os indicadores de desempenho foram acompanhados por meio das auditorias de gerenciamento de alarmes realizadas periodicamente. A percepção da equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) sobre a fadiga de alarmes foi avaliada por meio da aplicação de um questionário com quatro perguntas, aplicado via Forms.

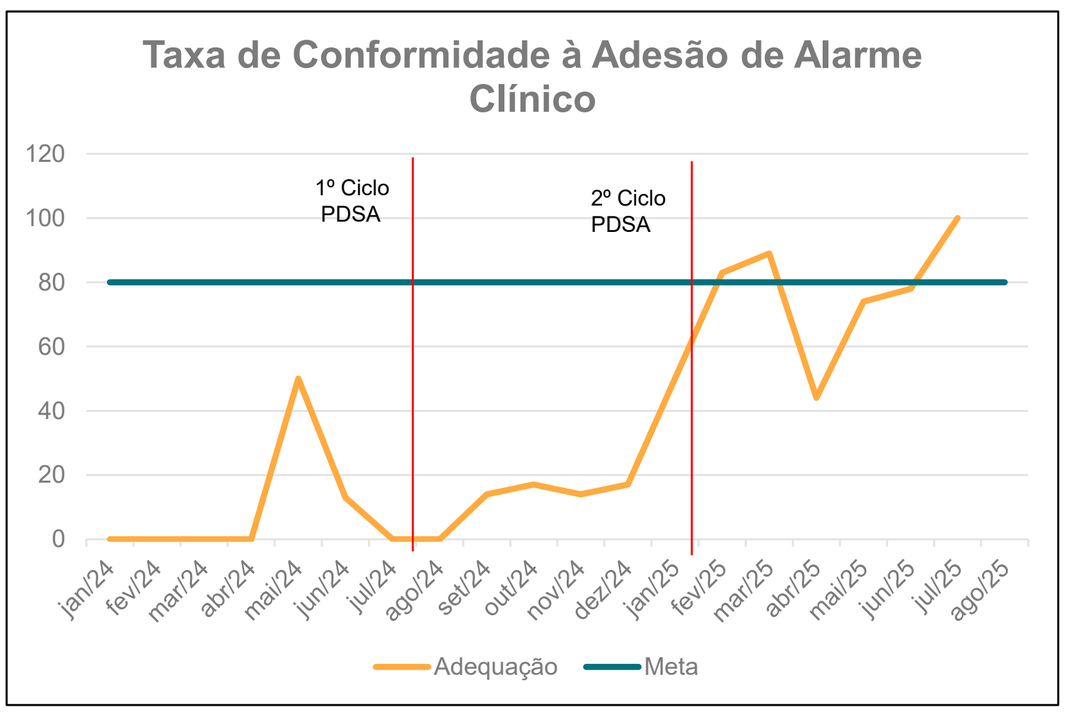
Faixa Etária	FC min PEARS	FC min Jutta	% Alteração	FC máx PEARS	FC máx Jutta	% Alteração	FR min PEARS	FR min Jutta	% Alteração	FR máx PEARS	FR máx Jutta	% Alteração
0 - 28d	90	80	-11,1%	205	205	0,0%	30	25	-16,7%	60	60	0,0%
29d - 1ano	90	75	-16,7%	180	190	5,6%	30	20	-33,3%	53	60	13,2%
1 -2 anos	80	70	-12,5%	140	180	28,6%	22	20	-9,1%	37	45	21,6%
3 - 5 anos	65	65	0,0%	120	150	25,0%	20	15	-25,0%	28	35	25,0%
6 - 9 anos	58	58	0,0%	118	140	18,6%	18	15	-16,7%	25	30	20,0%
10 - 12 anos	58	58	0,0%	118	140	18,6%	18	15	-16,7%	25	30	20,0%
12 - 15 anos	50	50	0,0%	100	120	20,0%	12	10	-16,7%	20	25	25,0%
> 15 anos	45	45	0,0%	100	120	20,0%	12	10	-16,7%	20	25	25,0%
Média			-5,00%			17%			-18%			18%

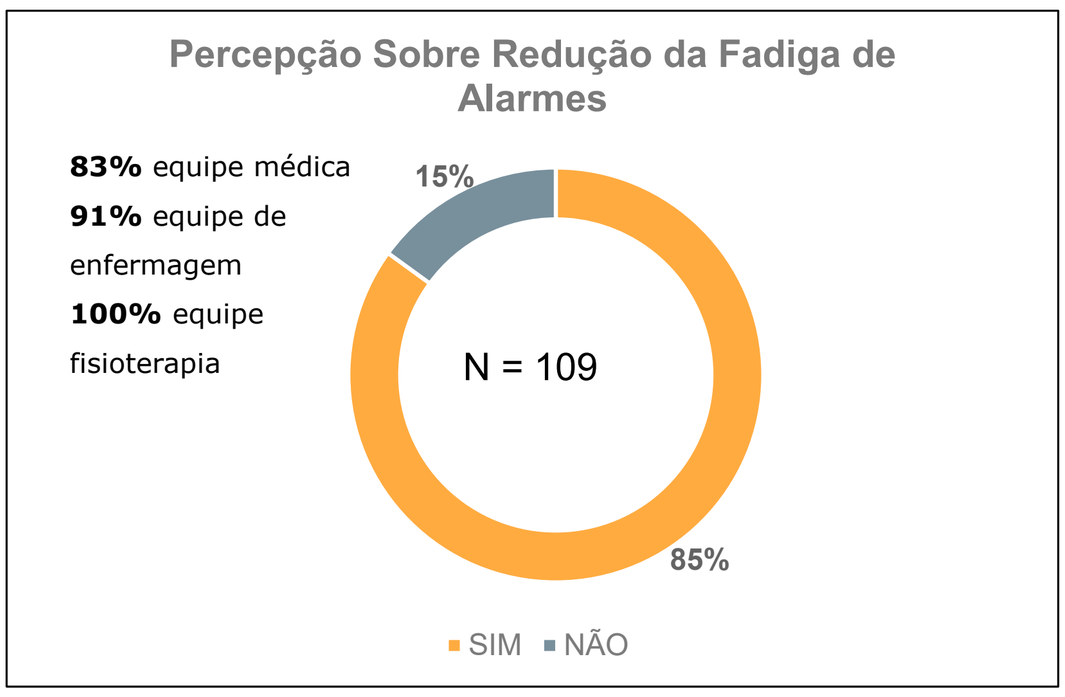
Faixa Etária	PAS min PEARS	PAS min JUTTA	% Alteração	PAS máx PEARS	PAS máx Jutta	% Alteração	PAD min PEARS	PAD min Jutta	% Alteração	PAD máx PEARS	PAD máx Jutta	% Alteração
0 - 28d	60	55	-8,3%	84	100	19,0%	35	25	-28,6%	53	60	13,2%
29d - 1ano	72	65	-9,7%	104	120	15,4%	37	30	-18,9%	56	65	16,1%
1 -2 anos	86	75	-12,8%	106	125	17,9%	42	35	-16,7%	63	70	11,1%
3 - 5 anos	89	80	-10,1%	112	130	16,1%	46	40	-13,0%	72	80	11,1%
6 - 9 anos	97	85	-12,4%	115	130	13,0%	57	45	-21,1%	76	80	5,3%
10 - 12 anos	102	90	-11,8%	121	130	7,4%	61	60	-1,6%	80	90	12,5%
12 - 15 anos	100	90	-10,0%	131	135	3,1%	61	55	-9,8%	83	100	20,5%
> 15 anos	110	90	-18,2%	131	135	3,1%	64	55	-14,1%	83	100	20,5%
Média			-11%			12%			-15%			13%

Tabelas comparativas de sinais vitais pelo PEARS x Protocolo Jutta Batista

RESULTADOS

Após a implementação do novo protocolo, observou-se melhora nos resultados das auditorias de gerenciamento de alarmes: adequação de 7% no segundo semestre de 2024 x adequação de 78% nos meses subsequentes à implementação do protocolo, de fevereiro a julho de 2025. Verificou-se, também, que 85% da equipe notou redução na fadiga de alarmes e 89% percebeu queda nos alarmes não acionáveis. Não foram observados eventos adversos relacionados à segurança do paciente após a implementação da nova parametrização.





Resultado do questionário aplicado via Forms

Não ocorreram eventos adversos relacionados à segurança do paciente decorrentes da gestão de alarmes clínicos no período de fevereiro a setembro de 2025.

CONCLUSÕES

A adoção de um protocolo de parametrização de alarmes clínicos, adaptado por faixa etária e com limites mais flexíveis, mostrou-se eficaz ao reduzir a fadiga de alarmes e a ocorrência de alarmes irrelevantes, além de melhorar de forma consistente a performance das auditorias. A estratégia contribuiu para uma prática clínica mais segura, agregando valor em saúde ao promover segurança do paciente sem aumento de custos.

REFERÊNCIAS

1. AHA. Pediatric Emergency Assessment, Recognition, and Stabilization (PEARS). 2017.
2. Poole S, Shah N. Incorporating Observed Physiological Data to Personalize Pediatric Vital Sign Alarm Thresholds. Stanford University. Biomedical Informatics Insights Volume 11: 1–8. 2019
3. Karnik A, Bonafide CP. A framework for reducing alarm fatigue on pediatric inpatient units., Hosp Pediatr. 2015 Mar;5(3):160–163.
4. Bonafide CP, Lin R, ZanderMet al. Association between exposure to nonactionable physiologic monitor alarms and response time in a

Impacto de um Programa Multimodal de Uso Racional de Antimicrobianos: 10 anos mudando o comportamento, racionalizando uso e reduzindo custos

Alan B. Neves, Thiago P. Cavalcanti, Nayla B. Castro, Rodrigo P. L. Costa, Lhaiz A. S. Freitas, Kise C. G. Sapucaia, Cristiane H. Rocha, Antônio Fernando B. F. Junior, Daniel B. S. Leitão, Adriano M. Oliveira, Olivia C. P. Silva

INTRODUÇÃO

O uso indiscriminado de antimicrobianos, além de não garantir nenhum efeito benéfico para os pacientes, está associado a riscos individuais e ambientais. Evidências sugerem que estratégias para otimizar o uso desta classe de drogas em pacientes internados reduzem a emergência de resistência e melhoram o desfecho clínico. Assim, é recomendado que instituições desenvolvam programas de uso racional de antimicrobianos (PURA) [1, 2]. O objetivo do presente trabalho é descrever os resultados do PURA em um hospital durante os 10 anos de gerenciamento (2014 a 2024).

METODOLOGIA

Para racionalização do uso de antimicrobianos, foi construído um PURA multimodal, com ações centrais e complementares, além de incluir componentes técnicos e adaptativos conforme modelo conceitual da Figura 1 [3].

Componentes técnicos incluíram auditoria prospectiva com intervenção, protocolos assistenciais, educação e gerenciamento de indicadores. A auditoria com intervenção foi realizada através de um módulo específico de gerenciamento de antimicrobianos de um sistema de informação hospitalar (HIS) permitindo que 100% das drogas contidos na lista de uso restrito fossem auditados por 2 infectologistas que interagiam diariamente com Serviço de Microbiologia e Corpo Clínico. Como indicadores, foram utilizados a taxa de auditoria/1.000 pacientes-dia, taxa de adesão as recomendações, custo evitado para o sistema de saúde e consumo de Meropenem em doses diárias/1.000 pacientes-dia. Para cálculo do custo evitado para o sistema de saúde, foi utilizada uma ferramenta em planilha de Excel contendo custo de aquisição de medicamentos e que permite monitorizar a diferença de valores entre a opção terapêutica do médico assistente e a opção sugerida pelo infectologista, caso houvesse acato da sugestão (‘Ferramenta do desperdício’ – Figura 2).

Para o componente adaptativo, foram utilizadas técnicas baseadas na economia do comportamento permitindo direcionamento de ações para o foco desejado, como *nudge* e *feddback* (Figura 1) [4].

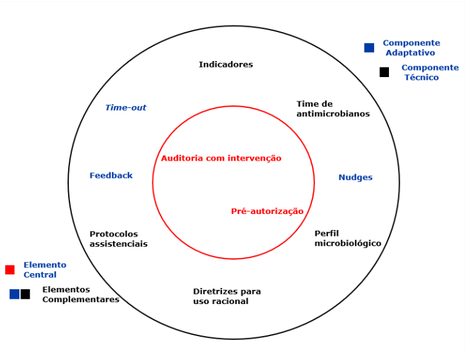
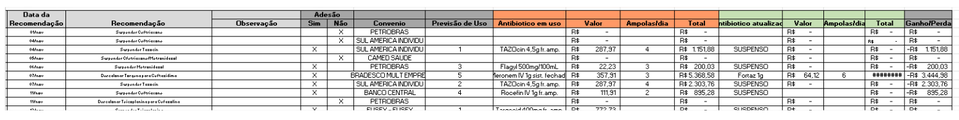


Figura 1. Modelo conceitual do PURA



Data da Recomendação	Recomendação	Observação	Adesão Sim	Adesão Não	Convenio	Previsão de Uso	Antibiotico em uso	Valor	Ampolas/dia	Total	ntibiotico atualizac	Valor	Ampolas/dia	Total	Ganho/Perda
10/ter	Dupondor Cefotaxima			X	PETROBRAS			R$ -		R$ -		R$ -		R$ -	R$ -
04/ter	Dupondor Cefotaxima			X	SUL AMERICA INDIVIDU			R$ -		R$ -		R$ -		R$ -	R$ -
04/ter	Dupondor Tazocin		X		SUL AMERICA INDIVIDU	1	TAZOcin 4,5g Ir. amp.	R$ 287,97	4	R$ 1.151,88	SUSPENSO	R$ -		R$ -	-R$ 1.151,88
05/ter	Dupondor Cefotaxima e Metronidazol			X	CAMED SAUDE			R$ -		R$ -		R$ -		R$ -	R$ -
10/ter	Dupondor Metronidazol		X		PETROBRAS	3	Flagyl 500mg/100mL	R$ 22,23	3	R$ 200,03	SUSPENSO	R$ -		R$ -	-R$ 200,03
07/ter	Duraderm Terapeutico e Curativo Ativo		X		BRADESCO MULT EMPRE	5	Meronem IV 1g sol. liofiliz	R$ 357,31	3	R$ 5.368,59	Fornaz 1g	R$ 64,12	6	########	-R$ 3.444,36
07/ter	Dupondor Tazocin		X		SUL AMERICA INDIVIDU	2	TAZOcin 4,5g Ir. amp.	R$ 287,97	4	R$ 2.303,76	SUSPENSO	R$ -		R$ -	-R$ 2.303,76
10/ter	Dupondor Cefotaxima		X		BANCO CENTRAL	4	Rocefin IV 1g Ir. amp.	R$ 111,91	2	R$ 895,28	SUSPENSO			R$ -	-R$ 895,28
10/ter	Duraderm Terapeutico e Curativo			X	PETROBRAS			R$ -		R$ -		R$ -		R$ -	R$ -

Figura 2. ‘Ferramenta do desperdício’ – gerenciamento de custos evitados

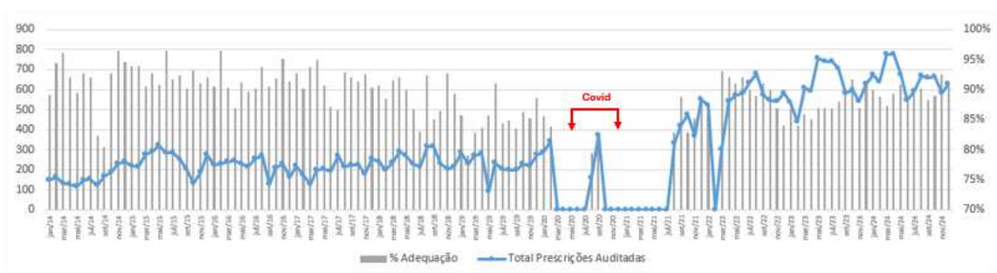


Figura 3. Número de auditorias por mês nos 10 anos do programa

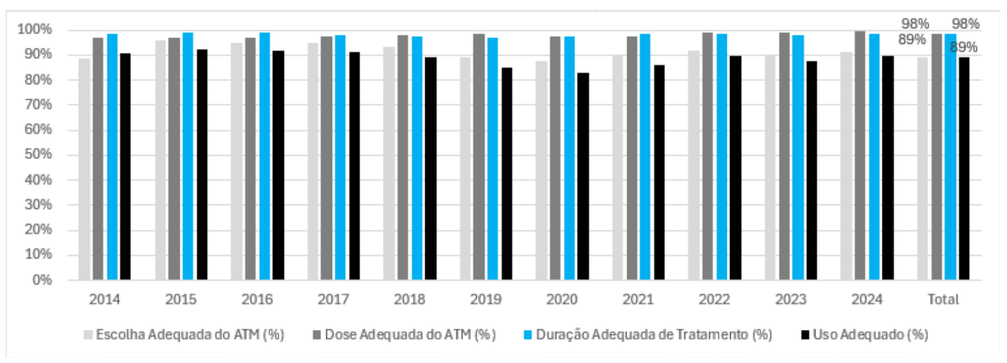


Figura 4. Taxa de adequação de antimicrobiano conforme parecer do auditor

RESULTADOS

Durante os 10 anos de PURA foram auditadas 40.385 prescrições de antimicrobianos em 269.664 pacientes-dia resultando em uma taxa de 150 auditorias/1.000 pacientes-dia. A partir de 2019 ocorreu expansão no número de leitos hospitalares resultando em um aumento significativo no número de auditorias (Figura 3). Em 2020 e 2021 houve uma queda na taxa para 48 e 59 auditorias/1.000 pacientes-dia refletindo o impacto da pandemia de Covid e necessidade de redirecionamento de recursos humanos para outras atividades (Figura 3).

A taxa global de adequação da prescrição conforme parecer do infectologista auditor no período, conforme avaliação pelos infectologistas do PURA, foi de 89%, não havendo variação significativa dessa taxa no decorrer dos 10 anos [Figura 4]. Das prescrições caracterizadas como inadequadas, foram realizadas intervenções com médico prescritor sendo que a taxa de adesão as intervenções foi 86%. Com essa ação, foi evitado para o sistema de saúde um custo de R$ 615.344,52 em 2022; 748.391,09 em 2023 e 724.328,01 em 2024, totalizando 2.088.063,61 nos 3 anos em que esse indicador começou a ser monitorizado (Figura 5).

Como marcador da efetividade do programa, observado queda progressiva e significativa no consumo de Meropenem: de um consumo mediano de 241 doses diárias/1.000 pacientes dia no período de 2012 a 2016 a consumo mediano de 176 e 114 doses diárias/1.000 pacientes-dia nos períodos de 2017 a 2021 e 2022 a 2024, respectivamente (Figura 6). Como indicador de equilíbrio, foi monitorizado consumo de Ceftazidima/Avibactam, não havendo aumento significativo correspondente (Figura 6).

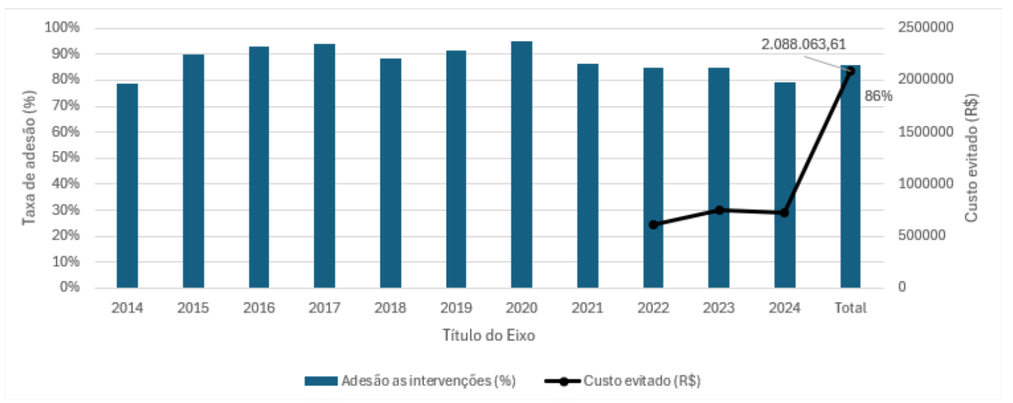


Figura 5. Taxa de adesão as recomendações e custo evitado

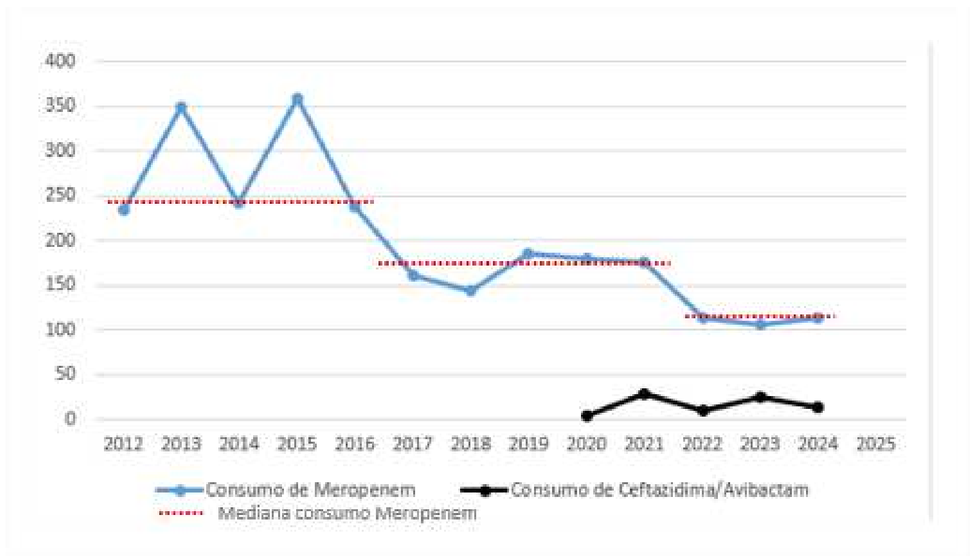


Figura 6. Consumo de Meropenem

CONCLUSÕES

Antimicrobianos são recursos escassos e, por isso, é indicado que hospitais elaborem um PURA para racionalização do uso. Entretanto, mudança no padrão de prescrição de medicamentos envolvem não somente componentes técnicos, mas também adaptativos. Dessa forma, um PURA multimodal com ações para mudança do comportamento é fundamental. O presente trabalho descreve o impacto de um PURA construído com múltiplos componentes no decorrer de 10 anos. Durante sua aplicação, foi possível observar impacto no uso de Meropenem e redução de custos para o serviço de saúde. Como achado adicional, foi possível observar o impacto negativo da pandemia de Covid no uso de antimicrobianos.

REFERÊNCIAS

[1]. DELLIT, Timothy H. et al. INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA; SOCIETY FOR HEALTHCARE EPIDEMIOLOGY OF AMERICA. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship. Clinical Infectious Diseases, v. 44, n. 2, p. 159–177, 15 Jan. 2007. DOI:10.1086/510393
[2]. ARLAM, Tamar F. et al. Implementing an antibiotic stewardship program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clinical Infectious Diseases, v. 62, n. 10, p. e51–e77, 15 maio 2016. DOI:10.1093/cid/ciw118.
[3]. HEIFETZ, Ronald A.; LINSKY, Marty; GRASHOW, Alexander. The practice of adaptive leadership: tools and tactics for changing your organization and the world. Boston: Harvard Business Press, 2009.
[4]. THALER, Richard H.; SUNSTEIN, Cass R. Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness. New Haven: Yale University Press, 2008.

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Ana Trindade Pereira[1], Gisele Morais de Souza [2], Josiane Rodrigues Freitas[3], Edgar de Brito Sobrinho[4]

INTRODUÇÃO

A paliação representa estratégia ética humanizada frente às doenças que ameaçam a continuidade da vida, sua implantação visa não apenas alívio do sofrimento, mas também racionalização do cuidado. Com base nas diretrizes da OMS e ferramentas validadas como SPICT-BR, NECPAL e PPS, este estudo relata a implementação de protocolo Institucional de Cuidados Paliativos. Objetivo: Implantar Protocolo visando a identificação precoce de pacientes com doenças ameaçadoras à vida e mensurar seus impactos na prática assistencial, na comunicação com a família e na redução de intervenções desnecessárias.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvido entre janeiro e junho de 2025. Foi implementado um protocolo institucional de cuidados paliativos envolvendo capacitação multiprofissional, padronização da avaliação clínica com PPS, SPICT-BR e GSF, e construção de fluxos assistenciais. A atuação das equipes de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional foi organizada em torno de planos terapêuticos personalizados. Foram avaliados 30 pacientes com indicação de cuidado paliativo na clínica médica e na UTI.

RESULTADOS

Resultados: 100% dos pacientes foram avaliados com a Escala PPS e SPICT-BR nas primeiras 48 horas de internação. 80% tiveram plano terapêutico adaptado, com foco na dignidade, conforto e comunicação com a família. Observou-se redução de 30% nas intervenções invasivas nos últimos 10 dias de vida, como intubação e reanimação sem prognóstico. Houve aumento da satisfação familiar em 90% dos casos, conforme entrevistas estruturadas com os cuidadores. Os profissionais relataram maior clareza na tomada de decisão e redução de conflitos éticos no cuidado ao fim de vida. A integração com o serviço social e psicologia permitiu acompanhamento do luto em 70% das famílias após o óbito.

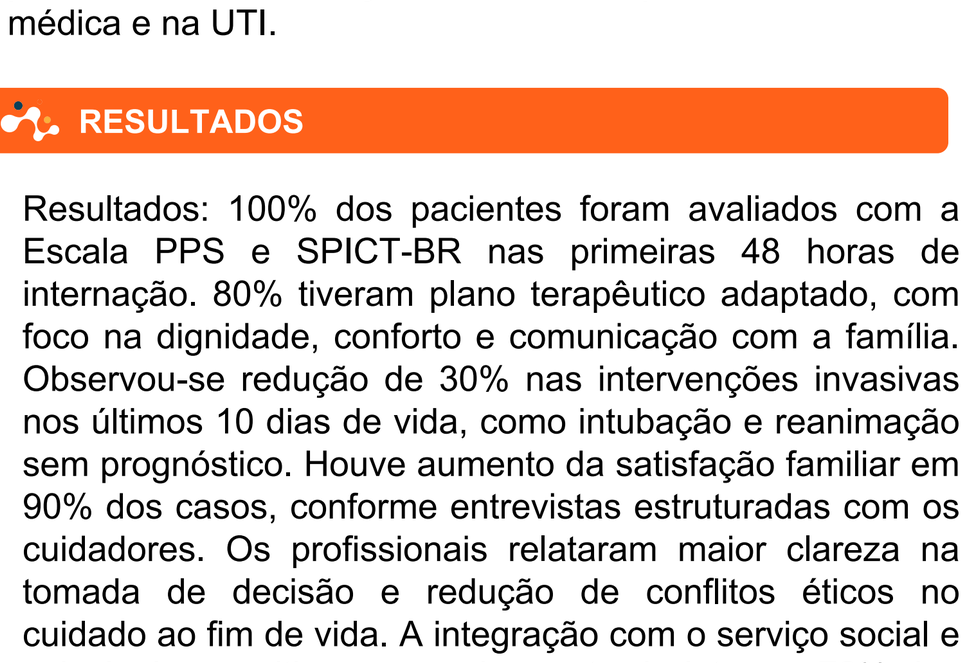


Gráfico 1 - Indicadores de Efetividade

Figura 1- Indicadores de Efetividade

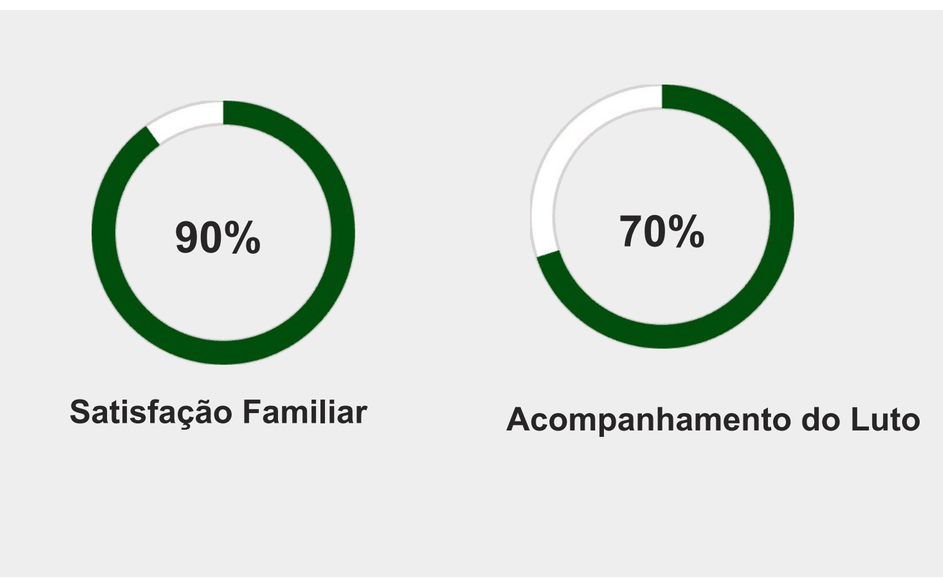


Figura 2 - Famílias receberam suporte psicológico após o óbito

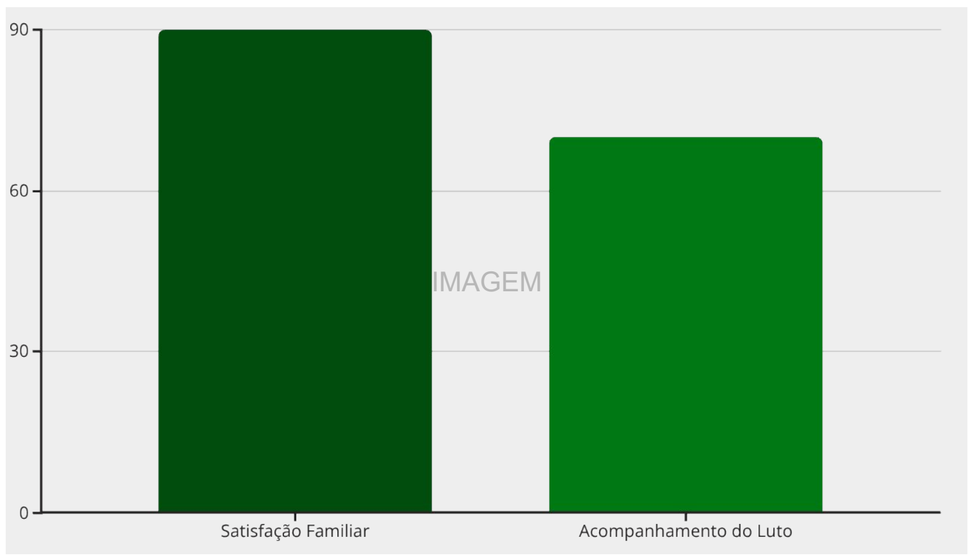


Gráfico 2: Satisfação e Humanização

CONCLUSÕES

A implantação do protocolo de cuidados paliativos mostrou-se eficaz na identificação precoce de pacientes elegíveis, promoveu cuidado mais humanizado, reduziu práticas fúteis e elevou a satisfação de pacientes, familiares e equipe. A experiência reforça a importância da educação permanente, da atuação multiprofissional e do fortalecimento das políticas de cuidado paliativo no SUS, especialmente em regiões historicamente desassistidas como a Amazônia.

REFERÊNCIAS

1- Baseado nas diretrizes do Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, OMS (2021), SPICT-BR (Corrêa, 2016), NECPAL-BR (Santana, 2018), e demais autores do documento original.

2- SANDERS, Justin J.; TEMIN, Sarah; GHOSHAL, Arun; ALESI, Erin R.; ALI, Zipporah Vunoro; CHAUHAN, Cynthia; et al. Palliative Care for Patients with Cancer: Clinical Practice Guidelines. Journal of Clinical Oncology, v. 42, n. 18, May 15 2024. DOI: 10.1200/JCO.24.00542.

IMPLEMENTAÇÃO ÁGIL DE QUIMIOTERAPIA EM CENÁRIO DE CALAMIDADE

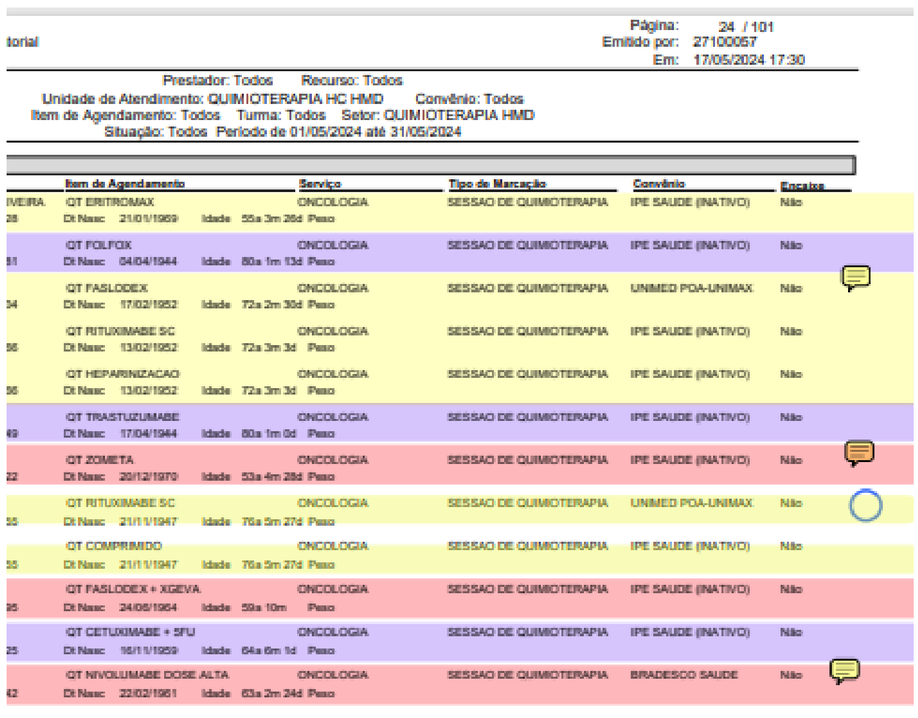
Aline Moraes de Abreu, Viviane Arce Bastos, Barbara Paloschi da Rocha, Andressa Karol de Oliveira

INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, a cidade de porto alegre enfrentou a maior enchente de sua história, afetando diretamente a infraestrutura de saúde e o acesso dos pacientes oncológicos aos serviços de quimioterapia. Diante do risco de descontinuidade terapêutica, o Centro Integrado de Oncologia do Hospital Mãe de Deus mobilizou esforços para implementar, em menos de 24 horas, uma unidade emergencial de quimioterapia em área segura e operacional.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem assistencial e de gestão em crise. Foram mobilizadas equipes multiprofissionais para: redesenho dos fluxos assistenciais, realocação de equipamentos e insumos, priorização de pacientes com maior urgência terapêutica , implantação de protocolos adaptados para segurança e rastreabilidade, comunicação ativa com equipe médica, pacientes e familiares. A unidade temporária foi montada com estrutura de farmácia, enfermagem oncológica, suporte médico e vigilância da qualidade.



torial Página: 24 / 101
Emitido por: 27100057
Em: 17/05/2024 17:30

Prestador: Todos Recurso: Todos
Unidade de Atendimento: QUIMIOTERAPIA HC HMD Convênio: Todos
Item de Agendamento: Todos Turma: Todos Setor: QUIMIOTERAPIA HMD
Situação: Todos Período de 01/05/2024 até 31/05/2024

	Item de Agendamento	Serviço	Tipo de Marcação	Convênio	Encaixe
IVEIRA	QT ERITROMAX	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
28	Dt Nasc 21/01/1969 Idade 55a 3m 26d Peso				
	QT FOLFOX	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
81	Dt Nasc 04/04/1944 Idade 80a 1m 13d Peso				
	QT FASLODEX	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	UNIMED POA-UNIMAX	Não
34	Dt Nasc 17/02/1952 Idade 72a 2m 30d Peso				
	QT RITUXIMABE SC	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
56	Dt Nasc 13/02/1952 Idade 72a 3m 3d Peso				
	QT HEPARINIZACAO	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
56	Dt Nasc 13/02/1952 Idade 72a 3m 3d Peso				
	QT TRASTUZUMABE	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
49	Dt Nasc 17/04/1944 Idade 80a 1m 0d Peso				
	QT ZOMETA	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
22	Dt Nasc 20/12/1970 Idade 53a 4m 28d Peso				
	QT RITUXIMABE SC	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	UNIMED POA-UNIMAX	Não
55	Dt Nasc 21/11/1947 Idade 76a 3m 27d Peso				
	QT COMPRIMIDO	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
55	Dt Nasc 21/11/1947 Idade 76a 3m 27d Peso				
	QT FASLODEX + XGEVA	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
95	Dt Nasc 24/05/1964 Idade 59a 10m Peso				
	QT CETUXIMABE + 5FU	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	IPE SAUDE (INATIVO)	Não
25	Dt Nasc 16/11/1959 Idade 64a 6m 1d Peso				
	QT NIVOLUMABE DOSE ALTA	ONCOLOGIA	SESSAO DE QUIMIOTERAPIA	BRADESCO SAUDE	Não
42	Dt Nasc 22/02/1981 Idade 63a 2m 24d Peso				

AESC - HOSPITAL MÃE DE DEUS - CALL CENTER = 3230.6000
MV | SoulMV

Controle implementado para o atendimento e contato com pacientes
Acervo próprio

Local adaptado para infusão
Acervo próprio

RESULTADOS

A unidade foi estruturada e entrou em operação em menos de 24 horas após a calamidade. Foram atendidos 543 pacientes oncológicos no período crítico. A taxa de adesão aos tratamentos foi de 89%, mesmo em meio ao caos logístico e urbano. Nenhuma intercorrência grave foi registrada. O modelo foi incorporado ao plano de contingência da instituição como exemplo de resposta ágil e segura em crises.

Fonte: https://www.jornaldocomercio.com/geral/2025/01/1188029-maternidade-do-hospital-mae-de-deus-segue-sem-data-para-reabertura.html

Hospital Mãe de Deus em Maio 2024

Ação de recuperação de material e medicações. Com o aumento rápido das aguas foi necessário resgate. Acervo próprio

CONCLUSÕES

A experiência do Centro Integrado de Oncologia do Hospital Mãe de Deus demonstra a importância crítica da resiliência e da adaptação em sistemas de saúde, especialmente em situações de crise extrema. A rápida implementação da unidade emergencial de quimioterapia não apenas mitigou o risco de descontinuidade do tratamento, mas também assegurou que pacientes oncológicos, um grupo particularmente vulnerável, continuassem recebendo cuidados essenciais. A alta taxa de adesão (89%) e a ausência de intercorrências graves em um cenário de caos logístico validam a eficácia da abordagem multiprofissional e da comunicação proativa como pilares de uma resposta de emergência bem-sucedida.Este modelo de resposta ágil e segura serve como um estudo de caso valioso. Ele reforça a necessidade de que instituições de saúde desenvolvam e mantenham planos de contingência robustos, que vão além da teoria e se baseiam na capacidade de mobilizar equipes, adaptar fluxos de trabalho e priorizar o paciente de forma estratégica. A integração deste modelo ao plano de contingência do hospital reflete um compromisso com a melhoria contínua, garantindo que a experiência vivida se transforme em aprendizado institucional, fortalecendo a capacidade de resposta a futuras adversidades.

REFERÊNCIAS

MAN, R. X. G. et al. The effect of natural disasters on cancer care: a systematic review. The Lancet Oncology, v. 19, n. 9, p. e482-e489, 2018.
CASOLINO, R. et al. Integrating cancer into crisis: a global vision for action. The Lancet Oncology, 2024. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(24)00304-7/fulltext.
SAHAR, L. et al. When disaster strikes — the role of disaster planning and management in cancer care delivery. Cancer, v. 126, n. 16, p. 3562-3571, 2020.
KITAMURA, Y. et al. Effect of the 2024 Noto Peninsula earthquake on outpatient chemotherapy. BMC Cancer, v. 24, 2024. Disponível em: https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-024-12784-9.
WHO. Maintaining essential health services during an outbreak. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.2

IMPLEMENTAÇÃO DO KAMISHIBAI COMO ESTRATÉGIA DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE INFECÇÕES NA UTI ADULTO

Letícia de Freitas Vieira

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são um dos maiores desafios na unidade de terapia intensiva (UTI), aumentando morbidade, mortalidade e custos. Estratégias educativas são essenciais para práticas seguras. O kamishibai, é uma técnica japonesa de contação de histórias com cartões, utilizado como recurso visual e participativo para reforçar protocolos como higiene das mãos e uso de dispositivos invasivos. O projeto visa conscientizar a equipe da UTI sobre prevenção de infecções, promovendo conhecimento, sensibilização e um cuidado mais seguro.

METODOLOGIA

Este projeto é desenvolvido na UTI adulto de um hospital de médio porte e visa qualificar a assistência por meio da educação permanente da equipe multiprofissional. Iniciou-se com um diagnóstico das principais necessidades educativas relacionadas à prevenção de infecções hospitalares. A partir disso, foram elaborados cartões com critérios assistenciais, como: higiene de mãos, necessidade de permanência do cateter venoso central (CVC), antissepsia com clorexidina, higiene do meato uretral e higiene oral diariamente, cabeceira elevada (30°- 45°), avaliação de curativos, possibilidade diária de extubação, melhorar ou manter o condicionamento físico do paciente e a manipulação correta da sonda vesical de demora (SVD). Os conteúdos foram revisados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), coordenação da UTI e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). A coleta de dados é feita diariamente, de forma anônima e sem caráter punitivo, com foco na melhoria contínua. Os resultados são tabulados mensalmente com base em indicadores e discutidos em rodas de conversa, onde são propostas ações para aprimorar o cuidado e fortalecer a segurança do paciente.

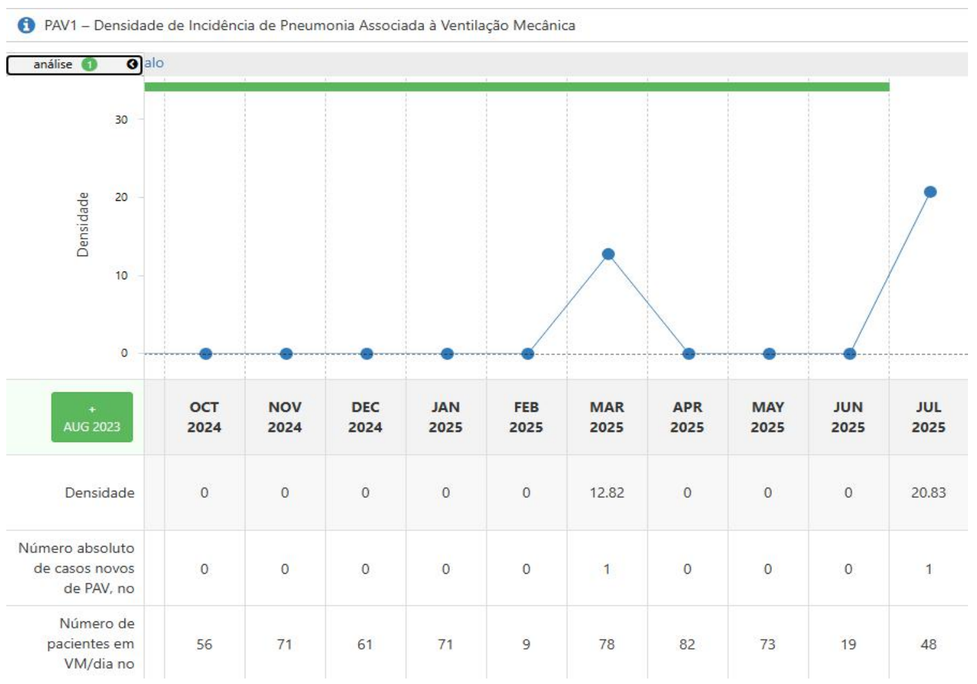
Realização da coleta dos cartões do Quadro Kamishibai.

ADESÃO MENSAL AO PACOTE DE PREVENÇÃO A PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)																															
PACOTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. Avaliar os critérios de ventilação mecânica invasiva																															
2. Realizar higiene oral diariamente																															
3. Manter a cabeceira da cama elevada (30º - 45º)																															
4. Adequar nível de sedação e analgesia																															
5. Verificar diariamente a possibilidade de extubação																															
6. Monitorar a pressão do balonete da cânula traqueal																															
7. Manutenção do sistema de ventilação mecânica																															
8. Manter ou melhorar o condicionamento físico																															
ADESÃO MENSAL AO PACOTE DE CUIDADOS DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)																															
PACOTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. Avaliar diariamente a indicação de permanência do cateter central																															
2. Aderir a técnica asséptica no manuseio do cateter																															
4. Realizar a manutenção do sistema de infusão (equipos e conectores)																															
4. Avaliar as condições do curativo																															
ADESÃO MENSAL AO PACOTE DE CUIDADOS DE CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)																															
PACOTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. Verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical																															
2. Executar a técnica correta durante manipulação do sistema de drenagem (desprezar diurese)																															
3. Realizar a higiene diária do meato uretral																															
4. Manter o sistema de drenagem estéril e continuamente fechado (durante coleta de amostra de urina)																															
C - CONFORME (VERDE) NC - NÃO CONFORME (VERMELHO) NA: SE NÃO HOUVER DISPOSITIVO PARA COLETA																															

Planilha de agrupamento de dados mensais da coleta dos cartões.

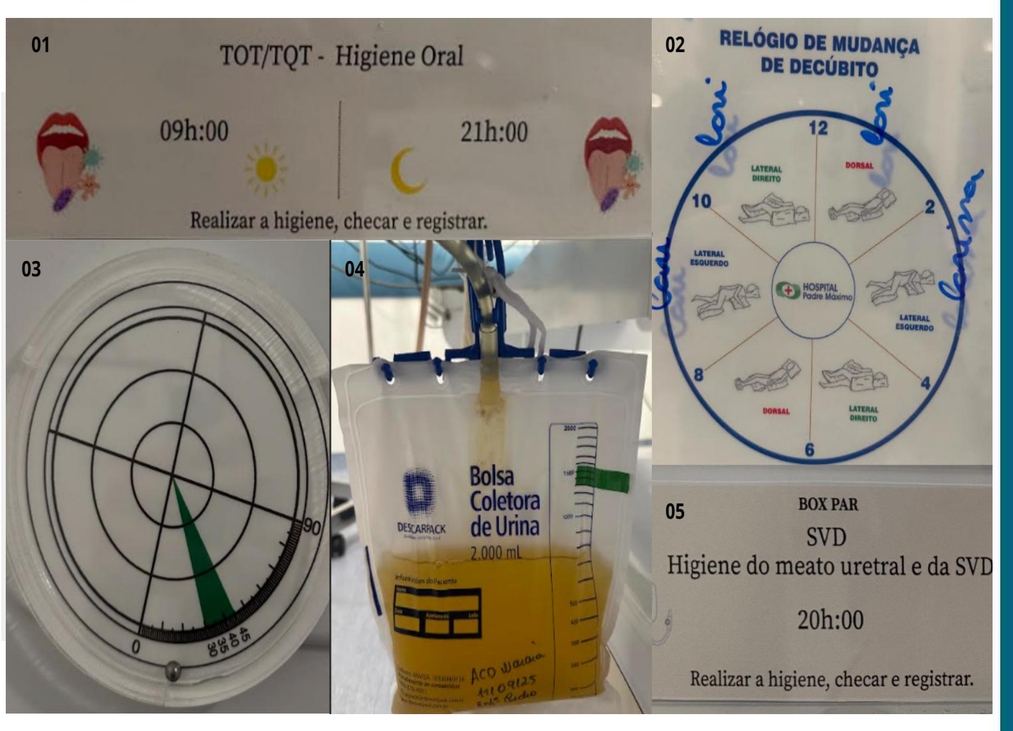
RESULTADOS

A utilização do Kamishibai na UTI adulto resultou em maior engajamento e aprofundamento do conhecimento das equipes sobre a prevenção de infecções, conforme demonstrado pelos resultados dos cartões educativos. Observou-se melhora significativa na adesão às boas práticas conforme é orientado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A metodologia, ao aliar abordagem lúdica e participativa, contribuiu para o fortalecimento da cultura de segurança, promovendo diálogo, reflexão e troca de saberes entre os profissionais. Cada membro da equipe passou a reconhecer seu papel como uma barreira ativa contra as infecções. Como resultado, os indicadores de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), infecção do trato urinário (ITU) e infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) mantêm-se consistentemente abaixo das metas institucionais, com vigilância mais efetiva e proativa.



+ AUG 2023	OCT 2024	NOV 2024	DEC 2024	JAN 2025	FEB 2025	MAR 2025	APR 2025	MAY 2025	JUN 2025	JUL 2025
Densidade	0	0	0	0	0	12.82	0	0	0	20.83
Número absoluto de casos novos de PAV, no	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Número de pacientes em VM/dia no	56	71	61	71	9	78	82	73	19	48

Indicador de densidade da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica.



Implementação das boas práticas na UTI adulto.
1- Realização da higiene oral com checklist;
2- Relógio para checagem da mudança de decúbito;
3- Relógio angular de cabeceira;
4- Demarcação de 2/3 da sonda vesical de demora;
5- Realização da higiene do meato uretral com checklist.

CONCLUSÕES

A implementação do Kamishibai na UTI adulto demonstrou ser uma estratégia eficaz para fortalecer a cultura de segurança, promover a educação permanente e melhorar a adesão às boas práticas de prevenção de infecções. A abordagem visual e participativa facilitou o aprendizado e o engajamento da equipe, resultando na redução de falhas e na manutenção dos indicadores de PAV, ITU e IPCS abaixo das metas institucionais. O projeto demonstrou-se viável e eficaz, ressaltando a importância do protagonismo de cada profissional na promoção contínua da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/publicacoes. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 16 set. 2025.

Importância da Implantação do Protocolo Gerenciado de Dor Torácica no Hospital

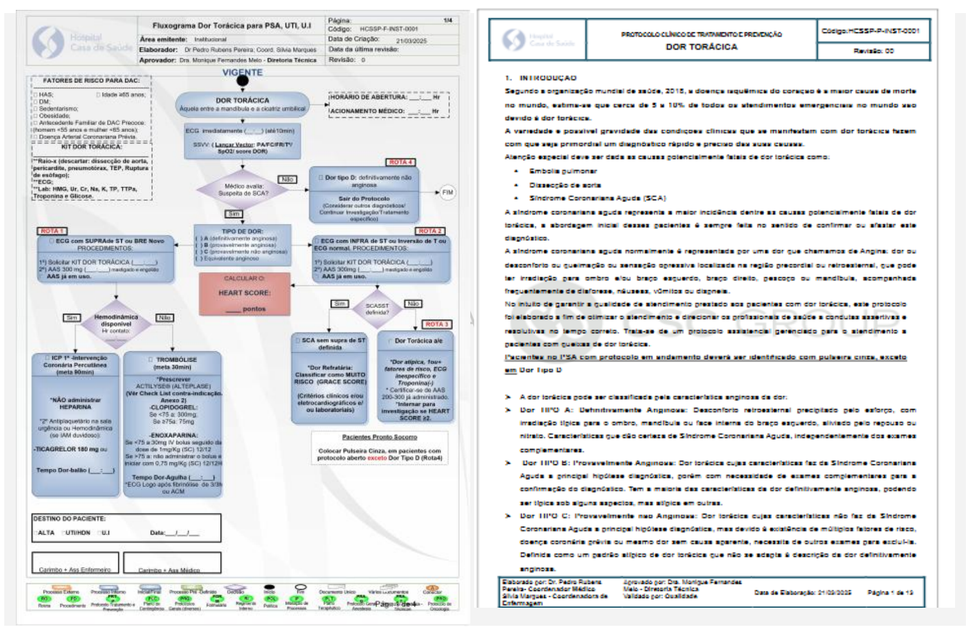
Simone Cordeiros dos Santos, Vanessa de Pinho Sitta, Camila Cristina Cortiço Pontes de Abreu, Silvia Marisa Marques.

INTRODUÇÃO

A dor torácica é uma das queixas mais frequentes em emergências e pode indicar condições graves, como infarto agudo do miocárdio. Cerca de 25% dos atendimentos emergenciais globais envolvem esse sintoma. A OMS (2024) aponta a doença isquêmica do coração como principal causa de morte mundial. Devido à variedade e gravidade das causas, a abordagem sistematizada por protocolos clínicos é essencial para diagnóstico rápido e seguro. Objetivos: Padronizar a identificação, diagnóstico, conduta e gestão de pacientes com dor torácica, por meio de protocolo clínico, visando qualidade e segurança.

METODOLOGIA

Foram adotadas diversas medidas estratégicas para a implantação e gerenciamento do Protocolo de Dor Torácica. Dentre as ações realizadas, destacam-se: a contratação de uma profissional dedicada exclusivamente ao gerenciamento de protocolos; a implementação de uma ficha de abertura manual específica para dor torácica; a inserção de um botão exclusivo no totem de autoatendimento para identificação precoce desses casos; e a priorização da triagem de enfermagem como primeira etapa do atendimento, antecedendo o cadastro administrativo. Além disso, foram realizados treinamentos presenciais in loco nas unidades de Pronto-Socorro, Internação e Hemodinâmica, bem como capacitações online. Reuniões mensais intersetoriais foram conduzidas para alinhamento contínuo do protocolo. O monitoramento da adesão foi realizado por meio da análise de indicadores e das fichas manuais de protocolos abertos nos meses de abril, maio e junho de 2025, com avaliação individualizada de cada caso.


Fluxograma Dor Torácica para PSA, UTI, U.I

Área emitente: Institucional
Elaborador: Dr Pedro Rubens Pereira, Coord. Silvia Marques
Aprovador: Dra. Monique Fernandes Melo - Diretoria Técnica

Página: 1/4
Código: HCSSP-F-INST-0001
Data de Criação: 21/03/2025
Data da última revisão:
Revisão: 0

VIGENTE

FATORES DE RISCO PARA DAC:
HAS; DM; Sedentarismo; Obesidade; Antecedente Familiar de DAC Precoce (homem <55 anos e mulher <65 anos); Doença Arterial Coronariana Prévia
KIT DOR TORÁCICA:
**Raio-x (descartar: dissecção de aorta, pericardite, pneumotórax, TEP, Ruptura de esôfago);
**ECG;
**Lab: HMG, Ur, Cr, Na, K, TP, TTPa, Troponina e Glicose.

DOR TORÁCICA
Aquela entre a mandíbula e a cicatriz umbilical
HORÁRIO DE ABERTURA: ___:___ Hr
ACIONAMENTO MÉDICO: ___:___ Hr
ECG imediatamente (____) (até 10min)
SSVV: (Lançar Vector: PA/FC/FR/Tº/ SpO2/ score DOR)
ROTA 4
Médico avalia: Suspeita de SCA?
Não
Dor tipo D: definitivamente não anginosa
Sair do Protocolo
(Considerar outras diagnósticos/ Continuar Investigação/Tratamento específico)
FIM
Sim
ROTA 1
ECG com SUPRAde ST ou BRE Novo
PROCEDIMENTOS:
1º) Solicitar KIT DOR TORÁCICA (_____)
2º) AAS 300 mg (_____) mastigado e engolido
AAS já em uso.
TIPO DE DOR:
( ) A (definitivamente anginosa)
( ) B (provavelmente anginosa)
( ) C (provavelmente não anginosa)
( ) Equivalente anginoso
ROTA 2
ECG com INFRA de ST ou Inversão de T ou ECG normal. PROCEDIMENTOS:
1º) Solicitar KIT DOR TORÁCICA (_____)
2º) AAS 300mg (_____) mastigado e engolido
AAS já em uso.
CALCULAR O:
HEART SCORE:
____ pontos
Sim
Não
Hemodinâmica disponível
Hr contato:
Sim
Não
SCASST definida?
Sim
Não
ROTA 3
ICP 1ª observação Coronária Percutânea (meta 90min)
*NÃO administrar HEPARINA
*2º Antiplaquetário na sala angifrenia ou Hemodinâmica (se IAM duvidoso)
-TICAGRELOR 180 mg ou
Tempo Door-balão (___:___)
TROMBÓLISE (meta 30min)
*Prescrever ACTILYSE® (ALTEPLASE) (Ver Check List contra-indicação. Anexo 2)
-CLOPIDOGREL:
Se <75 a: 300mg
Se ≥75a: 75mg
-ENOXAPARINA:
Se <75 a 30mg IV bolus seguido de dose de 1mg/Kg (SC) 12/12
Se >75 a: não administrar o bolus e iniciar com 0,75 mg/Kg (SC) 12/12H
Tempo Dor-Agulha (___:___)
*ECG Logo após fibrinólise: às 3/3h ou ACM
SCA sem supra de ST definida
*Dor Refratária: Classificar como MUITO RISCO (GRACE SCORE)
(Critérios clínicos e/ou eletrocardiográficos e/ ou laboratoriais)
Dor Torácica a/e
*Dor atípica, fraco fatores de risco, ECG inespecífico e Troponina(-)
* Certificar-se do AAS 200-300 já administrado.
*Internar para investigação ao HEART SCORE ≥2.
Pacientes Pronto Socorro
Colocar Pulseira Cinza, em pacientes com protocolo aberto exceto Dor Tipo D (Rota4)
DESTINO DO PACIENTE:
ALTA UTI/HDN U.I Data:__/__/__
Carimbo + Ass Enfermeiro
Carimbo + Ass Médico

PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO E PREVENÇÃO
DOR TORÁCICA
Código:HCSSP-P-INST-0001
Revisão: 02

1. INTRODUCAO

Segundo a organização mundial de saúde, 2015, a doença isquêmica do coração é a maior causa de morte no mundo, estima-se que cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos emergenciais no mundo seo devido à dor torácica.
A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica fazem com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso das suas causas.
Atenção especial deve ser dada as causas potencialmente fatais de dor torácica como:
- Embolia pulmonar
- Dissecção de aorta
- Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

A síndrome coronariana aguda representa a maior incidência dentre as causas potencialmente fatais de dor torácica, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar esse diagnóstico.
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.
No intuito de garantir a qualidade ca atendimento prestado aos pacientes com dor torácica, este protocolo foi elaborado a fim de otimizar o atendimento e direcionar os profissionais de saúde a condutas assertivas e resolutivas no tempo correto. Trata-se de um protocolo assistencial gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica.
Pacientes no PSA com protocolo em andamento deverá ser identificado com pulseira cinza, exceto em Dor Tipo D

- A dor torácica pode ser classificada pela características anginosa da dor.
- Dor Tipo A: Definitivamente Anginosa: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que são certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.
- Dor Tipo B: Provavelmente Anginosa: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outros.
- Dor Tipo C: Provavelmente não Anginosa: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à ocorrência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causas aparente, necessita de outros exames para exclui-la. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.

Elaborado por: Dr. Pedro Rubens Pereira- Coordenador Médico; Silvia Marques - Coordenadora de Enfermagem
Aprovado por: Dra. Monique Fernandes Melo - Diretoria Técnica
Validado por: Qualidade
Data de Elaboração: 21/03/2025
Página 1 de 13

Imagem da ficha de abertura de protocolo e do protocolo institucional divulgado no sistema de Gestão de Documentos do Hospital.

Imagem da Tela da Triagem no Pronto Socorro.

RESULTADOS

A implantação do Protocolo de Dor Torácica resultou em maior controle assistencial, com média de 112 atendimentos/mês e 85% de adesão ao tempo porta-eletro. Houve 16% de internações, 66% de uso de AAS e 12,15% de procedimentos hemodinâmicos.
O tempo médio de internação foi de 5 dias. Os dados passaram a orientar melhorias e reduzir riscos, promovendo segurança e eficiência no atendimento.

Imagem do Slide de Apresentação da Aula realizada no formato online e presencial

Imagem sobre o Simpósio realizado sobre Dor Torácica e Brinde fornecido aos participantes.

CONCLUSÕES

As medidas implementadas favoreceram uma melhoria significativa na qualidade do atendimento prestado aos pacientes com dor torácica, além de uma maior compreensão, por parte da equipe multiprofissional, quanto à importância da aplicação sistemática do protocolo na prática clínica.

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

IMUNOBIOLÓGICOS SEM ERROS: DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA UM MANEJO SEGURO

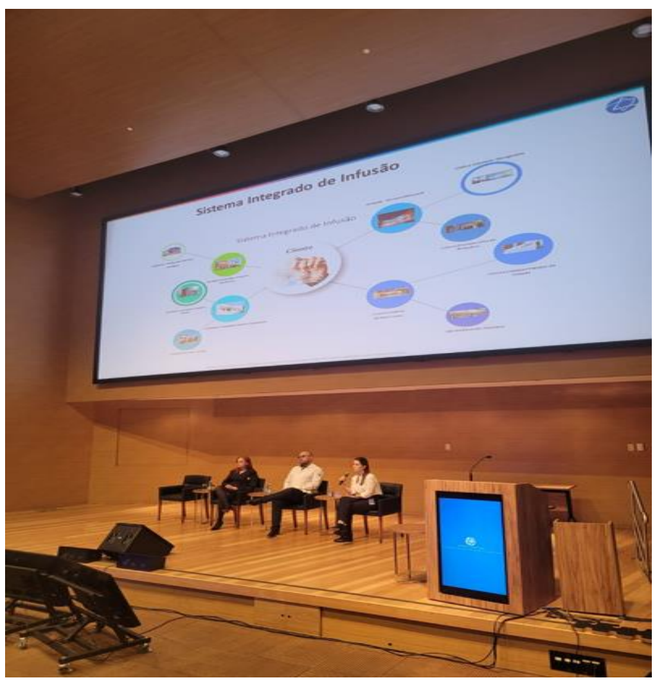
Thiago dos Santos Aureliano Ponce, Angelica Santos Emi, Viviane Récio Saraiva da Silva, Patricia do Carmo Della Vechia

INTRODUÇÃO

Os imunobiológicos revolucionaram a prática clínica, evidenciando a necessidade de um manejo rigoroso. Diante da complexidade e dos riscos envolvidos, a padronização dos processos é imprescindível para evitar erros. Este trabalho justifica a adoção de protocolos seguros e tem como objetivo apresentar diretrizes e estratégias que garantam o uso eficaz e a segurança dos pacientes.

METODOLOGIA

Este estudo adotou uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, para avaliar a implementação da metodologia erros zero no manejo de imunobiológicos. Inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica para embasar teoricamente o projeto e identificar melhores práticas internacionais. Em seguida, conduziu-se uma pesquisa de campo em ambiente hospitalar com uma amostra de aproximadamente120 profissionais da saúde. Para a coleta de dados, foram aplicados questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas, além de observação direta dos processos de armazenamento, transporte e administração dos imunobiológicos. Os dados foram integrados e analisados para identificar pontos críticos e desenvolver estratégias preventivas, visando aprimorar a segurança e a eficácia do manejo dessas medicações.



Divulgação do Centro de infusão para o corpo clínico

Participação no III Scientific Exchange - MS Uni, explicando sobre o manejo das principais imunoglobulinas no Brasil.

RESULTADOS

Após a implementação do método erros zero, verificou-se uma redução de 100% nos incidentes relacionados ao manejo dos imunobiológicos. Os protocolos padronizados elevaram a conformidade das práticas em 100%, com a equipe relatando aumento na segurança e eficácia dos procedimentos. A integração entre setores facilitou a identificação e correção imediata de desvios, permitindo intervenções rápidas e sustentáveis. Esses resultados ressaltam o impacto positivo da abordagem na melhoria contínua dos processos e na segurança dos pacientes. Esse índice reflete o impacto dos treinamentos intensivos e da padronização dos protocolos, aliados a auditorias regulares e ao uso de checklists.

Treinamento na indústria farmacêutica, com o time de infusão, sobre o manejo de imunobiológicos.

Participação no XV Congresso Paulista de Neurologia, explanando sobre fluxo de pacientes em uso de imunobiológicos no Centro de infusão

CONCLUSÕES

A implementação da metodologia Erros Zero no manejo dos imunobiológicos demonstrou ser eficaz na redução de riscos e prevenção de erros. A padronização dos processos e o treinamento contínuo dos profissionais são essenciais para garantir a segurança do paciente e a eficácia dessas medicações. Protocolos claros promovem melhores práticas, organização da cadeia de frio e maior conscientização sobre a segurança no ambiente hospitalar. Recomenda-se a continuidade e expansão dessas práticas para fortalecer a cultura de segurança no uso dos imunobiológicos.

REFERÊNCIAS

Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e20474.2025. Acesso em: 12 set. 2025; https://doi.org/10.1590/0102-311X00149224. Acesso em: 12 set. 2025; . Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e20474.2025. Acesso em: 12 set. 2025.

Integração da Farmácia Clínica ao Protocolo de TEV: Resultados em um Hospital Cirúrgico Ortopédico

Mario Garcia Marinho Junior; Luciana Gardin Barbosa, Daniela Guimarães de Oliveira Martins

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma das principais causas de morbimortalidade evitável em pacientes hospitalizados, especialmente no contexto cirúrgico. A adoção de protocolos institucionais baseados em evidências, com estratificação adequada de risco e medidas farmacológicas de profilaxia, é uma estratégia essencial para a prevenção desses eventos adversos.
Nesse cenário, a atuação do farmacêutico clínico se mostra cada vez mais relevante, integrando a equipe multiprofissional na validação de prescrições, no monitoramento do uso seguro e eficaz de anticoagulantes e na prevenção de falhas relacionadas à administração oportuna.
Em hospitais ortopédicos, onde os pacientes frequentemente apresentam múltiplos fatores de risco para TEV, como imobilização, cirurgia de grande porte e idade avançada, a implementação de medidas sistematizadas de prevenção tem impacto direto na segurança do paciente e nos desfechos clínicos.
Este trabalho descreve a atuação da Farmácia Clínica frente ao protocolo de prevenção ao TEV em um hospital especializado em cirurgia ortopédica, com foco na análise de intervenções farmacêuticas, tempo de administração da primeira dose de anticoagulante e integração com a equipe médica no período de novembro de 2024 a agosto de 2025.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo que descreve a atuação do farmacêutico clínico nas intervenções relacionadas à prescrição das medidas farmacológicas previstas no protocolo institucional de prevenção ao TEV, em um hospital cirúrgico ortopédico. Foram analisadas intervenções registradas entre novembro de 2024 e agosto de 2025, categorizadas de acordo com o tipo de ocorrência identificada e a intervenção realizada nas prescrições médicas.
O protocolo institucional baseia-se na estratificação de risco por meio de escala padronizada, aplicada pela equipe médica e de enfermagem. A farmacoprofilaxia é indicada conforme a classificação de risco, priorizando-se o uso de enoxaparina ou heparina não fracionada. O farmacêutico clínico atua em conjunto com a equipe multidisciplinar, validando prescrições, monitorando o tempo de administração e prevenindo falhas assistenciais relacionadas à profilaxia.
Até outubro de 2024 o tempo preconizado pelo protocolo para administração da 1º dose de anticoagulante em pacientes cirúrgicos era de até 24 horas após o final do procedimento.
Em novembro de 2024, houve a revisão do protocolo, com ajuste desse tempo para até 12 horas.
A partir de então, a equipe de Farmácia Clínica iniciou uma análise mensal sistemática desse tempo, com o levantamento das causas nos casos em que esse tempo foi extrapolado.

RESULTADOS

No primeiro mês após a mudança do tempo preconizado, (novembro/24), o tempo médio para administração da primeira dose entre os pacientes elegíveis ainda estava em 22 horas, sendo que apenas 45% dos pacientes receberam o medicamento no tempo preconizado.
As causas de não administração dentro do prazo adequado levantadas nessa ocasião foram:

- 67% devido a aprazamento inadequado pela equipe da Farmácia

39% por outros motivos, como falha no processo de checagem da prescrição, reaprazamento por condição clínica ou contraindicação médica registrada.
Nos casos em que o anticoagulante era aprazado para além de 12 horas, o farmacêutico acionava a equipe médica para ajustar o horário e registrava a conduta em prontuário.
A partir de então, a equipe de Farmácia Clínica iniciou uma análise mensal sistemática desse tempo, com o levantamento das causas nos casos em que esse tempo foi extrapolado.
Os gráficos (Figuras 1 e 2) mostram a evolução do tempo médio para administração da primeira dose de anticoagulante em pacientes submetidos à profilaxia química após cirurgia. A análise considerou o intervalo entre o término do procedimento e a administração da medicação.
Em novembro, a análise contemplou apenas pacientes que receberam a dose após 12 horas, o que justifica a ausência de dados no gráfico mês. Com o refinamento do método, foi possível obter dados mais completos nos períodos seguintes.
Em agosto de 2025, o tempo médio registrado foi de 15 horas, com 50% dos pacientes recebendo a dose em até 12 horas. As principais causas para o atraso foram: 50% falha na checagem da prescrição e 50% reaprazamento médico.
Não foram identificadas falhas de aprazamento farmacêutico.
A identificação de inconsistências no sistema de checagem indica que a taxa de conformidade pode ser maior, e esse será o próximo foco de melhoria no processo.

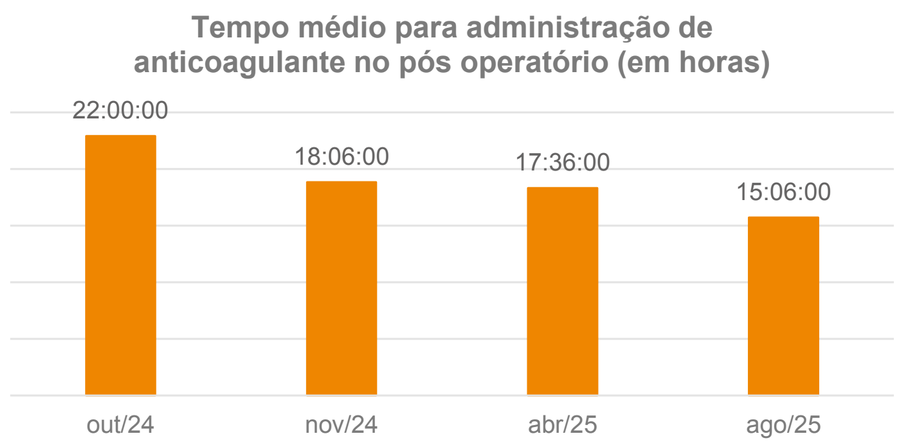


Figura 1: Evolução do tempo médio para administração da 1ª dose de anticoagulante

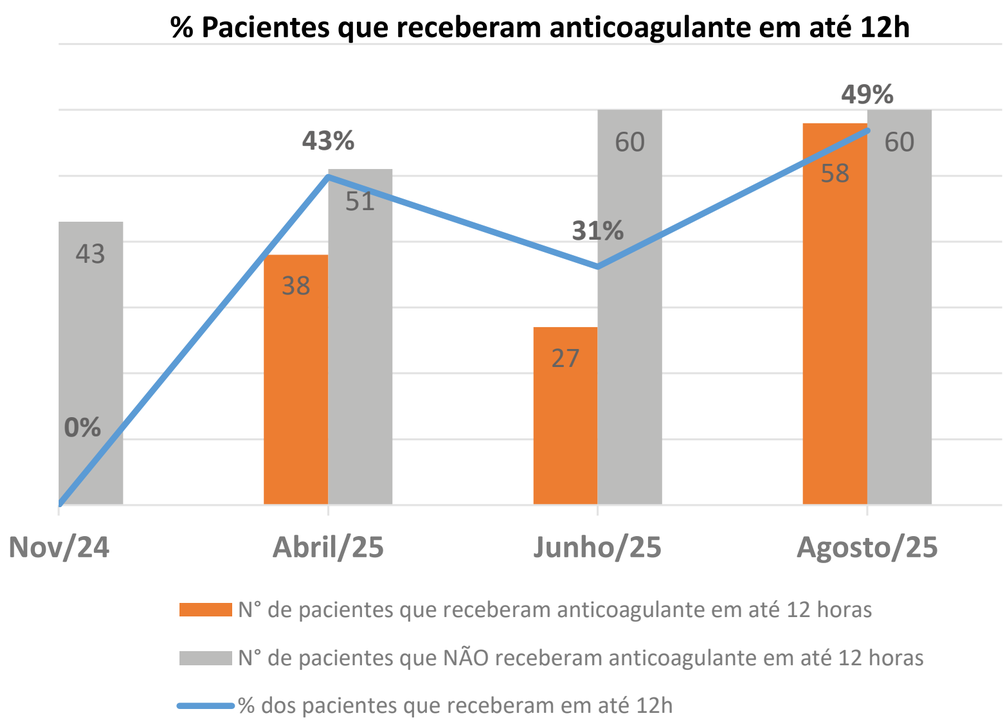


Figura 2: Percentual de pacientes que receberam a 1ª dose de anticoagulante em até 12 horas

CONCLUSÕES

A atuação do farmacêutico clínico no protocolo de prevenção ao TEV tem demonstrado impacto positivo na segurança do paciente, especialmente na redução do tempo para administração da primeira dose de anticoagulante e na diminuição de falhas no aprazamento. As intervenções realizadas pela Farmácia Clínica contribuíram para agilizar o início da profilaxia, fortalecer a articulação com a equipe médica e consolidar a cultura de segurança.
Apesar dos avanços, foram identificadas novas oportunidades de melhoria, sendo o processo de checagem da prescrição o próximo foco de atuação. O monitoramento contínuo reforça o papel estratégico do farmacêutico na prevenção de eventos adversos e na qualificação dos processos assistenciais, destacando sua relevância na efetividade do protocolo institucional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso. Ministério da Saúde, 2013; INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP Brasil). Diretrizes para segurança na prescrição de anticoagulantes, 2020.; Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Diretrizes para Profilaxia de TEV em Pacientes Hospitalizados, 2017.

Linha Materno Infantil: Estratégia para Segurança, Eficiência e Valorização do Parto Vaginal

Daniel Cardoso Araújo, Mariane Santos Parreiras Tarabal, Angelita Maria Reis, Mariana Borges Guimaraes

INTRODUÇÃO

Em resposta à RFP (Request for Proposal) lançada pela Unimed Uberlândia, o Hospital Mater Dei Santa Clara estruturou a **Linha de Cuidado Materno Infantil (LMI)**. O projeto nasceu com foco na valorização do parto vaginal, melhoria dos desfechos clínicos materno-infantis e redução de custos assistenciais, reforçando o compromisso da Rede Mater Dei com a saúde baseada em valor.

Com tradição de mais de 70 anos, acreditação internacional QMENTUM nível Diamond e pioneirismo em assistência materno-infantil, o Mater Dei Santa Clara aliou experiência, inovação e governança clínica para transformar a jornada da gestante

METODOLOGIA

A estratégia adotada envolveu um modelo **qualitativo-operacional**, sustentado por indicadores assistenciais e protocolos clínicos alinhados às diretrizes nacionais e internacionais.

As principais ações implementadas foram:

- Adequações físicas na maternidade para ambientes humanizados (PPP e alojamento conjunto).
- Implantação do plantão obstétrico 24h, com classificação de Robson em todas as gestantes.
- Capacitação contínua da equipe multiprofissional (obstetras, pediatras, enfermeiras obstetras, anestesistas, fisioterapeutas, psicólogos).
- Definição de fluxos clínicos para acolhimento seguro, analgesia, acompanhamento fetal e protocolos de emergência.
- Monitoramento de indicadores (taxa de partos vaginais, complicações pós-parto, reinternações, satisfação/NPS).
- Governança compartilhada por meio de reuniões semanais entre Unimed Uberlândia e Mater Dei Santa Clara.

Exemplo de material de apoio divulgado para equipe assistencial. Ebook sobre Classificação de Robson.

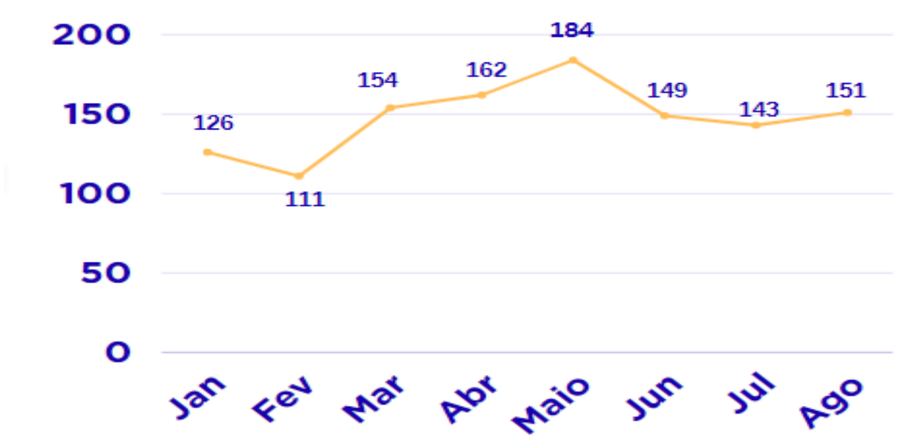
RESULTADOS

Entre fevereiro e agosto de 2025, a LMI alcançou resultados expressivos:

- **Aumento expressivo da taxa de parto normal,** saindo de 9,91% em fevereiro/25 e alcançando uma média de 23,3% após a implantação da LMI.
- Evolução progressiva: fevereiro (111), março (154), abril (162), maio (184), junho (149), julho (143) e agosto (151).
- **Evolução positiva do NPS**, refletindo alta satisfação das gestantes.
- Redução de complicações pós-parto e maior adesão ao parto humanizado.
- Eficiência assistencial ampliada, com diminuição de cesáreas desnecessárias e melhor utilização de recursos hospitalares.

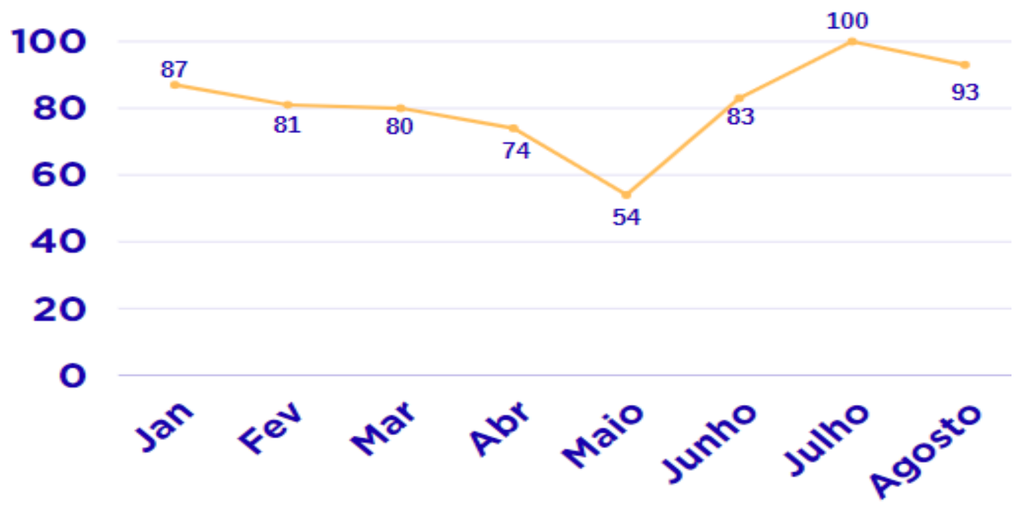
Esses avanços foram possíveis graças à integração entre operadora e prestador, ao uso de protocolos clínicos robustos e à valorização da experiência da paciente.

NÚMERO DE PARTOS



Evolução do número de partos de janeiro a agosto de 2025 no Mater Dei Santa Clara em Uberlândia - MG.

NPS MATERNIDADE



Evolução do NPS da Maternidade de janeiro a agosto de 2025 no Mater Dei Santa Clara em Uberlândia - MG.

CONCLUSÕES

A Linha de Cuidado Materno Infantil do Mater Dei Santa Clara demonstrou ser uma estratégia eficaz para **promover o parto vaginal seguro e humanizado**, com impacto positivo nos desfechos clínicos, na experiência das pacientes e na sustentabilidade do sistema.

O modelo evidencia que a parceria estruturada entre operadora e hospital pode gerar resultados de valor: **mais saúde para mães e bebês, maior eficiência para instituições e redução de custos para o sistema de saúde**.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Parto Adequado – Relatórios e diretrizes.* ANS, 2021.
Ministério da Saúde (Brasil). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.* Brasília: MS, 2017.
Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM nº 2.284/2020.* Estabelece critérios para realização de cesarianas eletivas.
Lei nº 14.721/2023. Dispõe sobre a assistência psicológica no pré-natal e no puerpério.

SAÚDE DE PRECISÃO EM ONCOLOGIA E CARDIOLOGIA NO SUS

Mariana Beraldo da Costa Saad, Dr. Gustavo Cardoso Guimarães, Dr. José Eduardo Krieger e José Pereira de Souza

INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente as cardiovasculares e o câncer, são responsáveis por cerca de 70% das mortes no Brasil.
A identificação de variantes genéticas e de indivíduos com risco aumentado para DCNT permite o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária e secundária.

Objetivo: contribuir, por meio do PROADI-SUS, para a implementação de estratégias de gestão populacional em câncer e doenças cardiovasculares, através da disponibilização de um banco de dados com informações genéticas de pacientes do SUS e qualificação de profissionais de Saúde de Precisão.

METODOLOGIA

4 frentes de atuação em 23 centros nacionais:

(1) Oncologia: estudo prospectivo uni cêntrico com coparticipação e rastreamento familiar.

Meta 1.900 casos-índice com **câncer de mama, próstata ou colorretal**, em dois grupos: Grupo 1 **(n=1.700) WGS germinativo**; Grupo 2 **(n=200),** em **São Paulo/SP**, com **WGS germinativo** pareado a **WES somático**.

(2) **Cardiogenética**: estudo prospectivo multicêntrico com coparticipação e rastreamento familiar, **meta 4.000 casos-índice** com cardiopatias, em dois grupos: Grupo 1 **(n=3.000) WES germinativo**; Grupo 2 **(n=1.000), a WGS germinativo**.

(3) **Cardiologia Populacional**: estudo retrospectivo multicêntrico com até **11.700 WGS** em participantes da coorte **ELSA-Brasil**, para desenvolvimento de **escore de risco poligênico**.

(4) **Qualificação: meta 1.200 certificados**, focado no desenvolvimento e oferta de **cursos em saúde de precisão** e criação de um **repositório educacional.**

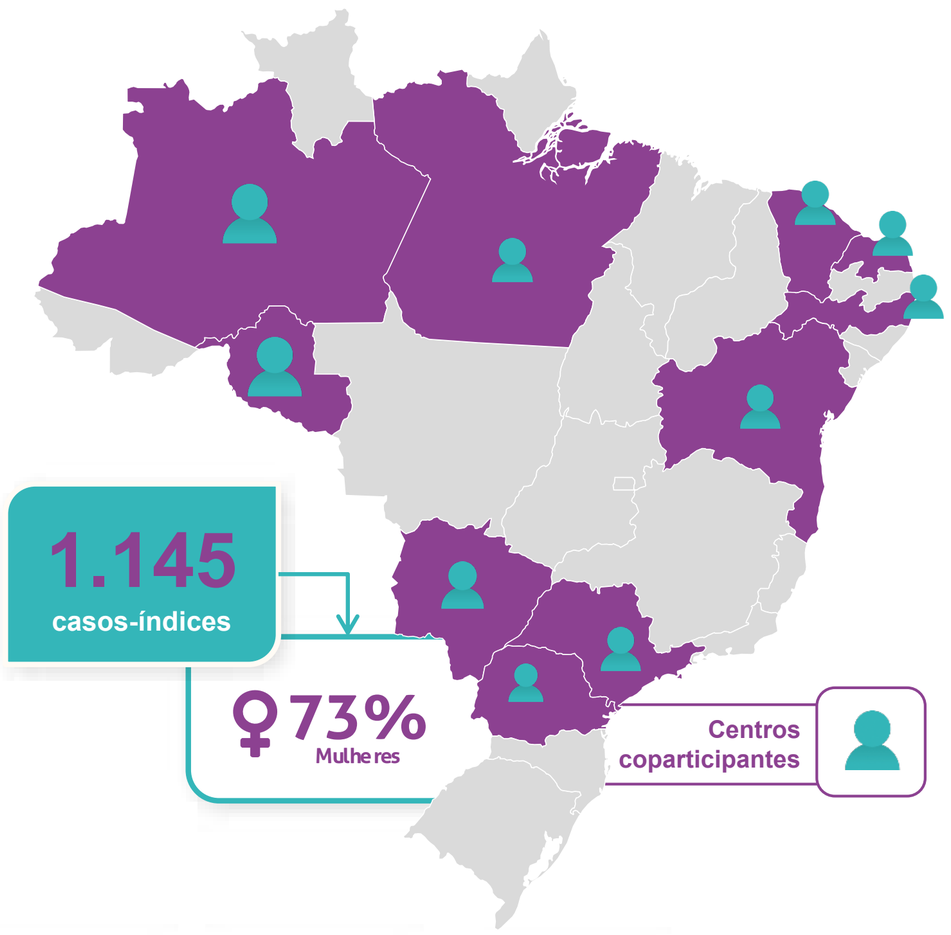


Figura 1: Resultados do Subprojeto I – Oncologia

RESULTADOS

Resultados parciais: 11.155 (63%) dos sequenciamentos realizados. Oncologia: 1.145 casos-índice incluídos (75% mulheres), com predomínio de câncer de mama (66%), colorretal (18%) e próstata (16%) ; 429 laudos genéticos emitidos, sendo 13% com variantes patogênicas/provavelmente patogênicas (P/PP) e 38% com variantes de significado incerto (VUS). **Cardiogenética:** 2.565 casos-índice (56% homens), com 1.488 (59%) cardiomiopatias, 344 (13%) arritmias, 286 (11%) múltiplos diagnósticos cardiológicos, 239 (9%) cardiopatias congênitas, 145 (6%) hipercolesterolemias familiares, 31 (1%) aortopatias ou valvopatias e 32 (1%) outras patologias cardiológicas; 565 laudos emitidos, sendo 143 (25%) com P/PP e 113 (20%) com VUS; 1081 familiares captados, 609 laudos, 187 (31%) P/PP e 137 (22%) VUS. **Cardiologia Populacional:** 7.483 WGS realizados (56% mulheres). **Qualificação:** 3.098 alunos inscritos, com 557 certificados (46%) emitidos.

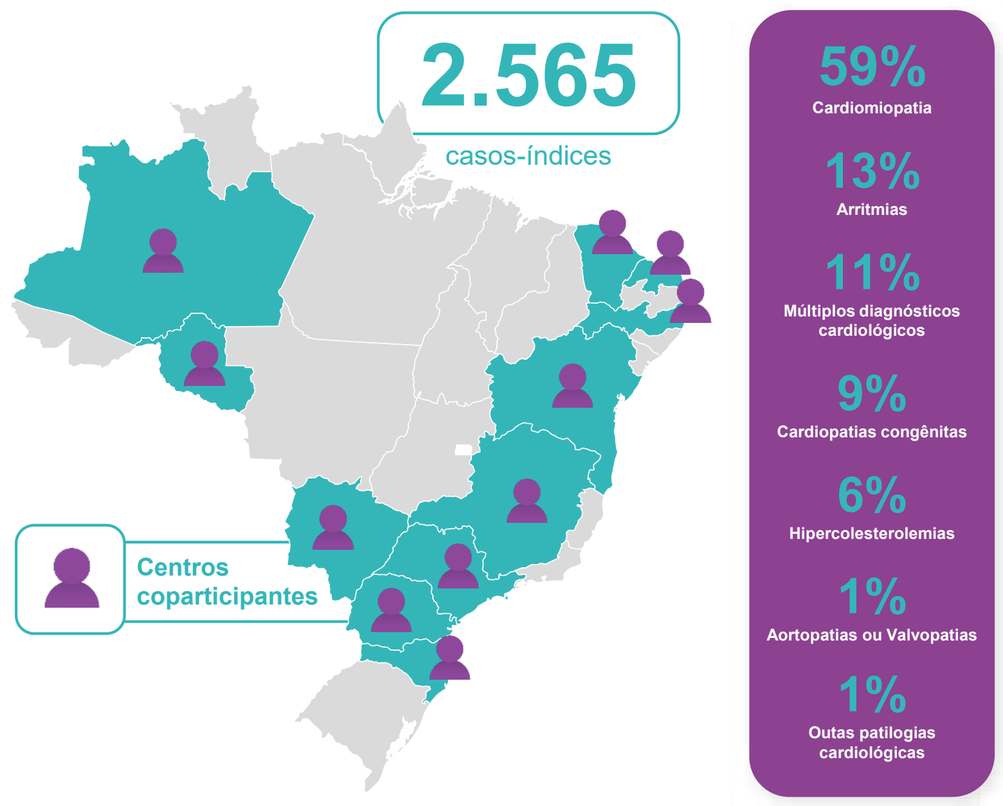


Figura 2: Resultados do Subprojeto II - Cardiogenética

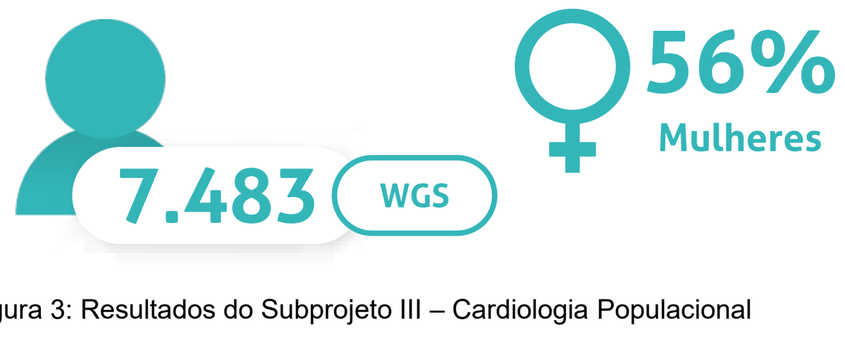


Figura 3: Resultados do Subprojeto III – Cardiologia Populacional

Figura 4: Resultados do Subprojeto IV – Qualificação

CONCLUSÕES

Os achados disponíveis reforçam a necessidade de expandir a triagem genética, fortalecer políticas de equidade na oncologia e integrar dados genômicos e sociais para uma abordagem mais abrangente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1949/2020 que Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Nacional de Genômica e Saúde de Precisão - Genomas Brasil e o Conselho Deliberativo do Programa Genomas Brasil. Disponível em https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.949-de-4-de-agosto-de-2020-270472865. Acessado em 29 de agosto de 2025.

Melhora na avaliação de risco para TEV em pacientes cirúrgicos nas primeiras 24hs da sua admissão.

Tatiana Lima Romão, Naiara Viana, Erika Fernanda de Brito Varandas, Edvalda Lina dos Santos Ferreira..

INTRODUÇÃO

A Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP) são eventos adversos graves e evitáveis, tornando a implementação de protocolos de profilaxia essencial para reduzir sua incidência em ambientes hospitalares. Como medida de prevenção, realizamos a avaliação nas primeiras 24 horas dos pacientes cirúrgicos, para avaliação do risco de TEV, para que no caso de risco a profilaxia seja iniciada. Objetivo: Avaliar o impacto no aumento da adesão na avaliação de risco nas primeiras 24 horas para pacientes cirúrgicos para o protocolo de TEV por meio de campanhas

METODOLOGIA

O estudo foi conduzido com base em uma análise comparativa entre dois períodos: 2024 e 2025. Foram analisados os seguintes indicadores: • Percentual de pacientes avaliados quanto ao risco de TEV nas primeiras 24 horas de internação, em pacientes cirúrgicos. Os dados foram extraídos diretamente do sistema e analisados em comparação ao período anterior, utilizando estatísticas descritivas para avaliar a evolução da adesão ao protocolo. Visualizamos a baixa adesão na avaliação de risco para pacientes cirúrgico e utilizamos as seguintes abordagens: • Auditoria mensal dos prontuários para verificar avaliação de risco nas 24h e prescrição de profilaxia conforme o protocolo. • Treinamento da equipe • Campanha educativa para aumentar a adesão à avaliação de risco e à prescrição de profilaxia para TEV no paciente cirúrgico • Instalação de espelhos identificados com a frase: “Quem vê cara não vê risco de TEV: avalie, prescreva e proteja.” • Distribuição de flyers com orientações sobre a importância da avaliação e prescrição da profilaxia.

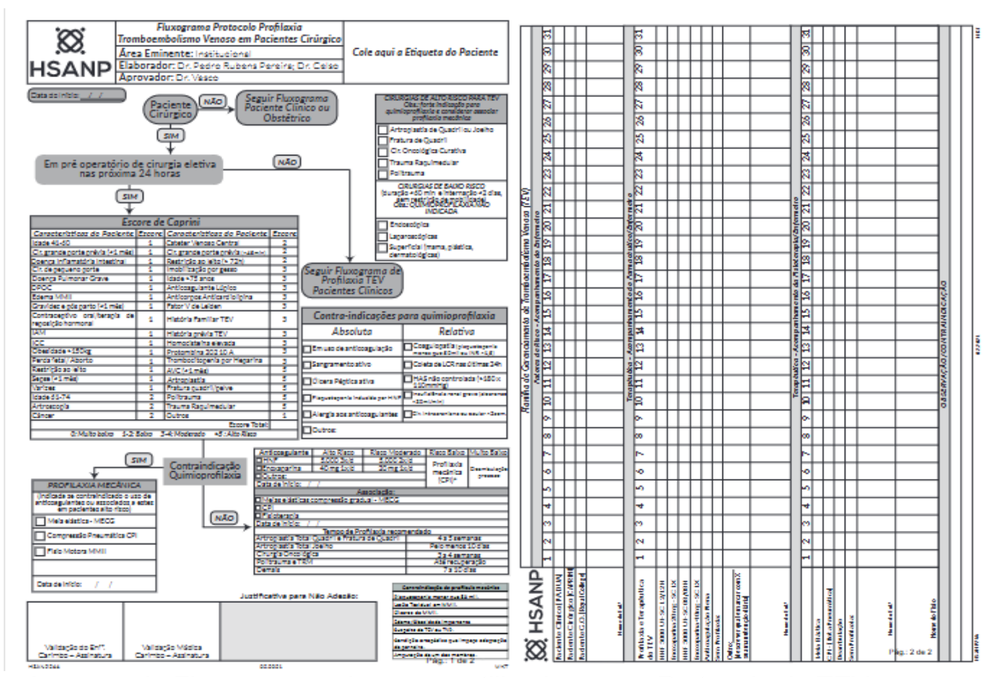


Imagem do Fluxograma e Impresso utilizado para o Protocolo de TEV Cirúrgico

Imagem sobre a Campanha Realizada dentro do Centro Cirúrgico “Quem vê Cara Não Vê Risco de TEV – Avalie, Prescreva e Proteja”.

RESULTADOS

Após 5 meses de implantação das medidas observou-se um aumento significativo na adesão às diretrizes de profilaxia de TEV. Os principais resultados foram:
• A avaliação do risco de TEV nas primeiras 24 horas passou a ser realizada em mais de 70% dos pacientes, atingindo mês de abril o índice de 81% de realização, reduzindo o risco de eventos tromboembólicos. • A auditoria dos dados, permitiu intervenções e ações de melhoria passaram a ser implementadas dentro do mês vigente, otimizando a segurança do paciente e a eficácia do protocolo.

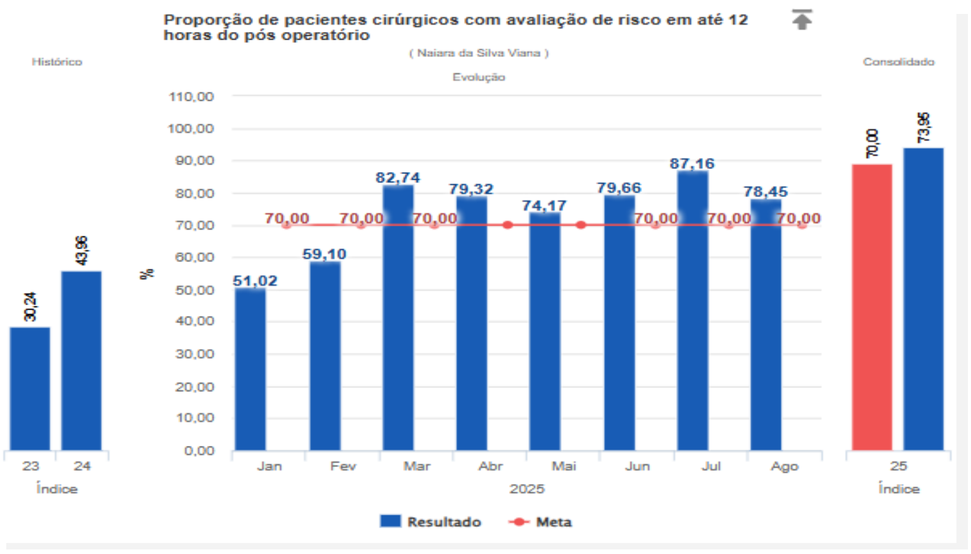


Gráfico sobre a Proporção de pacientes cirúrgicos com avaliação de risco nas primeiras 12 horas após cirurgia.

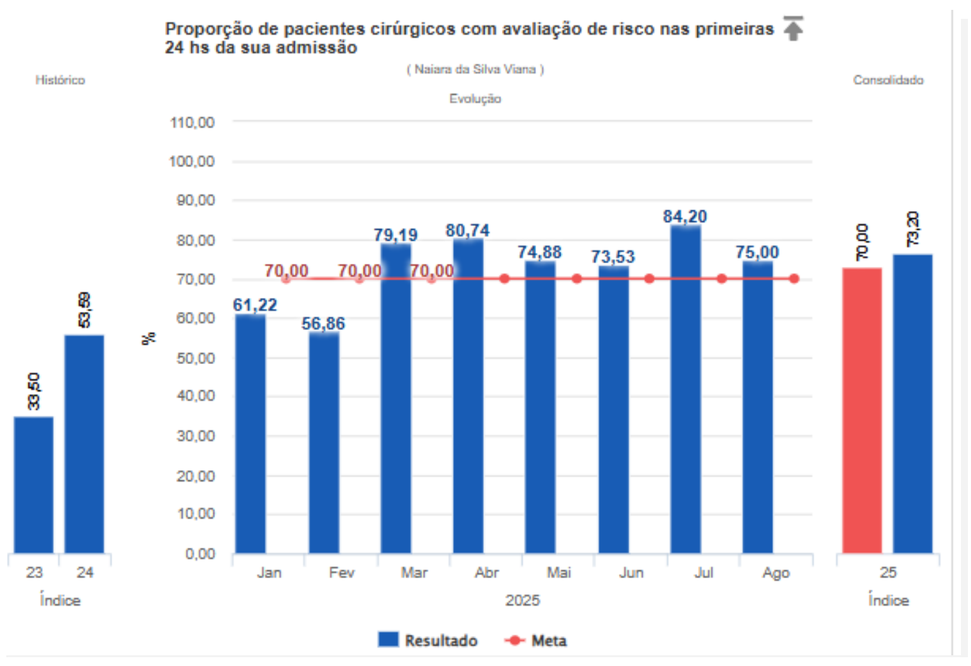


Gráfico sobre a Proporção de pacientes cirúrgicos com avaliação de risco nas primeiras 24 horas da admissão.
.

CONCLUSÕES

O aumento da adesão demonstra que as medidas foram fundamentais para uma maior conscientização sobre a importância do protocolo.

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.

MELHORIA DOS INDICADORES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS POR CICLOS PDSA

Nome dos autores separados por vírgulas

INTRODUÇÃO

A Comissão de Revisão de Prontuários é obrigatória desde a Resolução CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. A ela compete: auditar, estruturar e construir melhorias no prontuário. Nossa auditoria avalia 27 indicadores e inclui documentos de todas as categorias profissionais. Os resultados são classificados pela taxa média anual de conformidade em: 1) Conformidade média < 80%; 2) Conformidade média ≥ 80% e < 90%; 3) Conformidade média ≥ 90%. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto de ações estabelecidas pela comissão através de ciclos Plan-Do-Study-Act (PDSA) com objetivo semestral.

METODOLOGIA

Foram avaliados dados de 3 anos (jan/2022 a dez/2024). O 1º semestre de 2022 foi a linha de base inicial e as ações foram iniciadas em jul/2022. Nos semestres seguintes, a linha de base foi o semestre imediatamente anterior. O objetivo do projeto foi aumentar em 5 pontos percentuais a Taxa de Indicadores com Conformidade Média ≥ 90% (TICM≥90%) em um semestre. A Taxa de Indicadores com Conformidade Média < 80% (TICM<80%) foi o indicador de equilíbrio. O 1º ciclo (Jul/2022) focou na estruturação da comissão (inclusão de todos os times assistenciais) e na criação de fluxo para up load de documentos físicos no prontuário eletrônico. O 2º ciclo (Jan/2023) estruturou o fluxo de aplicação do termo de consentimento para internação na UTI e estabeleceu a checagem de completitude do termo cirúrgico antes do encaminhamento a UTI. O 3º ciclo (Jul/2023) adaptou ações do ciclo anterior. No 1º semestre de 2024 não houve ações devido a mudança do prontuário eletrônico. O 4º ciclo (Jan/2024) estabeleceu a auditoria educativa da Meta 4 (Metas Internacionais de Segurança do Paciente).

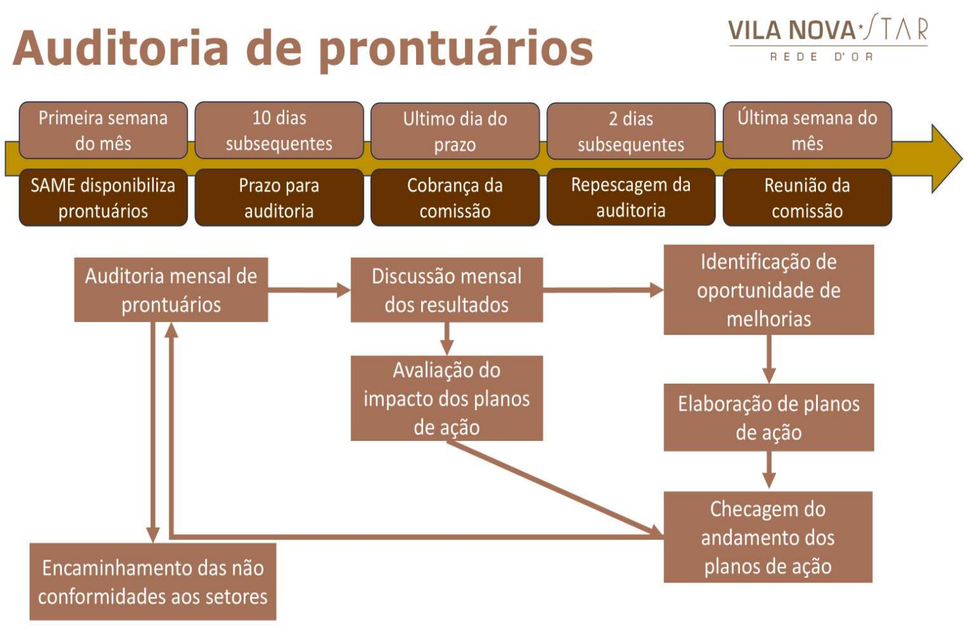


Figura 1. Fluxo mensal de ações da comissão de prontuários.

RESULTADOS

O 1º semestre de 2022 (linha de base) teve mediana da TICM≥90% de 59% e da TICM<80% de 20%. Após o primeiro ciclo, a mediana da TICM≥90% foi de 63% e da TICM<80% de 17%. Houve melhoria, mas não atingimos a meta. Após o 2º ciclo a mediana da TICM≥90% foi de 70% e da TICM<80% de 15%. Houve melhoria e atingimos a meta, mas ainda haviam oportunidades. Após o 3º ciclo a mediana da TICM≥90% foi de 81% e da TICM<80% de 11%. Após o 4º ciclo a mediana da TICM≥90% foi de 80% e da TICM<80% de 9%.

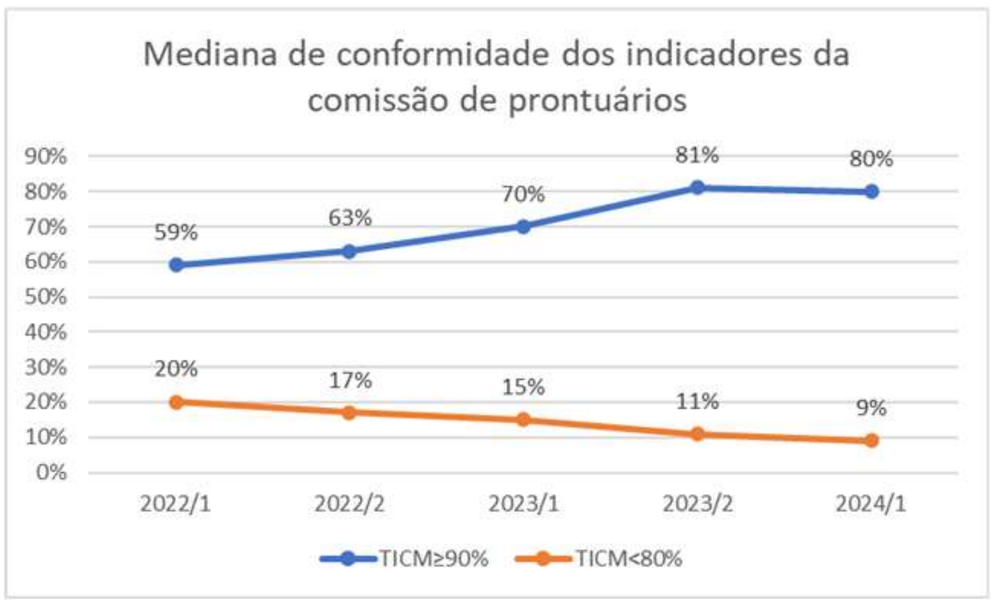


Figura 2. Mediana de conformidade dos indicadores da comissão de prontuários.

CONCLUSÕES

Concluímos que aplicação ciclos PDSA às ações da comissão de revisão de prontuários foi capaz de produzir melhoria. Essa abordagem garantiu aumento de 21% na TICM≥90% e redução de 11% da TICM<80%.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.638, de 2002. “Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.” Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184.
- 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 Apr;23(4):290-8. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862. Epub 2013 Sep 11. PMID: 24025320; PMCID: PMC3963536.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

MOBILIZAÇÃO SEGURA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ROTINA ASSISTENCIAL

Miguel K. Rodrigues[1-2], Bruno T. M. Oliveira[1-2], Carlos A. C. Lopes[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 cirurgia torácica está associada a elevado risco de complicações pós-operatórias (atelectasia, dor, infecções) e **declínio funcional**, com impacto em **tempo de internação** e **custos**. A **mobilização precoce** (primeiras 24~48h) é estratégia efetiva de reabilitação e prevenção do descondicionamento, desde que realizada sob **protocolos padronizados**, com **capacitação das equipes e gestão de risco.** Este estudo descreve a **aplicação de uma rotina segura de mobilização precoce** no pós-operatório torácico em 2024, bem como seus desfechos assistenciais.

METODOLOGIA

Estudo **observacional, retrospectivo e descritivo** baseado em dados de 2024 de pacientes submetidos à **cirurgia torácica** atendidos pelo serviço de fisioterapia hospitalar.

Amostra: 22 pacientes acompanhados durante a internação, **todos** submetidos à **mobilização precoce** dentro de protocolo padronizado com foco em segurança e recuperação funcional.

Implementação e educação permanente:

- **Treinamentos presenciais por setor** e **rodas de discussão** sobre critérios de segurança e manejo de risco.
- **Materiais educativos e infográficos** com orientações técnicas padronizadas.
- **Monitoramento de adesão** profissional e **homogeneização de condutas** ao longo do tempo.

Variáveis coletadas:

- perfil demográfico;
- número de atendimentos fisioterapêuticos;
- tempo até a primeira saída do leito;
- tempo até a verticalização;
- distância média percorrida por paciente;
- tempo de permanência hospitalar;
- eventos adversos relacionados à mobilização

RESULTADOS

Indicadores	
Pacientes acompanhados	22
Atendimentos fisioterapêuticos (total)	229 (média 10,4 por paciente)
Idade média	69 anos
Permanência hospitalar (média)	10 dias
Primeira saída do leito (média)	**6 horas**
Verticalização (média)	**14 horas**
Distância média percorrida por paciente	**1.737 m**
Eventos adversos	**0** (nenhum evento)

PRINCIPAIS RESULTADOS

- **Mobilização nas primeiras 24–48h** implementada de forma **segura** e **padronizada**.
- **Zero** eventos adversos relacionados à mobilização ao longo da internação.
- **Saída precoce do leito (6h) e verticalização em 14h, respeitando critérios clínicos.**
- Volume assistencial consistente: 229 atendimentos (10,4 por paciente).
- Desempenho funcional demonstrado por **1.737 m de caminhada** em média por paciente.
- Estratégia educacional contínua (treinamentos, discussões, infográficos) favoreceu **adesão** e homogeneização de condutas.

CONCLUSÕES

A **rotina segura de mobilização precoce** no pós-operatório torácico, sustentada por **protocolos, educação multiprofissional e monitoramento de adesão**, mostrou-se **viável e segura**, com ausência de eventos adversos e indicadores assistenciais compatíveis com recuperação funcional precoce. Os achados apoiam a manutenção do protocolo e o aperfeiçoamento contínuo das estratégias de educação e gestão de risco para consolidar a segurança do paciente no pós-operatório torácico.

REFERÊNCIAS

1. Batchelor TJP. **Postoperative care after thoracic surgery in the times of ERAS.** *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2024;38(1):81–89.
2. Granger CL, et al. **Home-Based Exercise and Self-Management After Lung Cancer Resection: A Randomized Clinical Trial.** *JAMA Network Open*. 2024;7(12):e2447325.
3. Galata C, et al. **Physical activity after video-assisted thoracoscopic (VATS) lung resection within an ERAS protocol.** *Journal of Thoracic Disease (JTD)*. 2025.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Monitoramento de toxicidades em terapias orais oncológicas

Letícia Lorrayne de Carvalho Souza; Renata Cristina do Amaral; Juliana Roberta de Castro Sousa

INTRODUÇÃO

Pacientes em uso de antineoplásicos orais apresentam risco elevado de toxicidades, que podem comprometer a adesão, a eficácia e a continuidade do tratamento. A ausência de um monitoramento estruturado favorece a variabilidade clínica e desfechos negativos. Este trabalho descreve a atuação do farmacêutico clínico na identificação e manejo precoce destas toxicidades, evidenciando seu impacto assistencial na segurança e efetividade das terapias oncológicas orais.

METODOLOGIA

Estudo observacional, descritivo, realizado em centro oncológico privado. Foram acompanhados pacientes adultos em uso de antineoplásicos orais entre janeiro de 2024 e janeiro de 2025. O acompanhamento ocorreu no momento da dispensação e por meio de teleconsultas estruturadas, com uso de roteiro padronizado de avaliação clínica. As intervenções foram registradas em prontuário eletrônico e classificadas quanto ao tipo de toxicidade e conduta adotada. A sistematização do acompanhamento visou garantir rastreabilidade das intervenções e apoio à continuidade do cuidado.

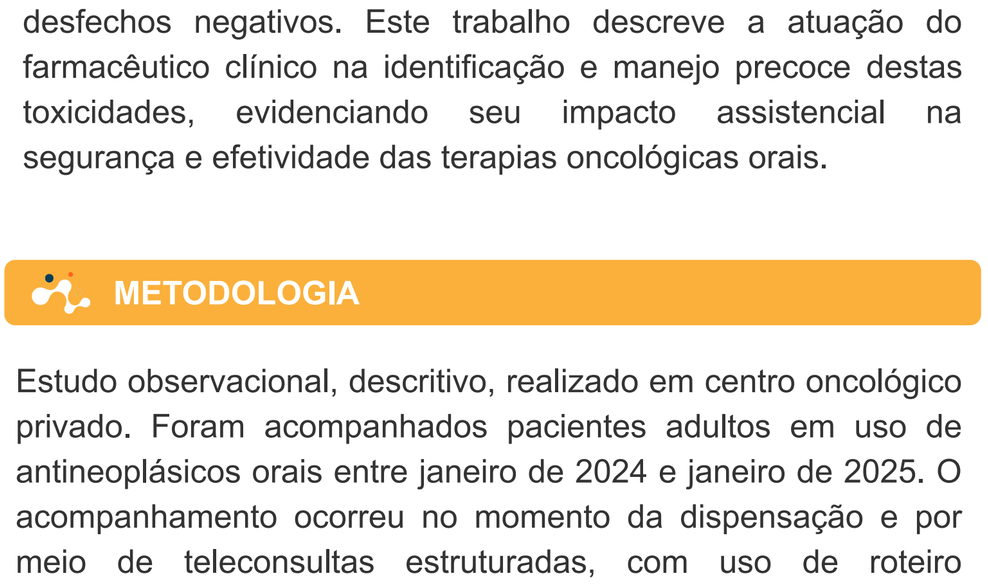


Figura 1. Atendimento presencial em consultório farmacêutico

Figura 2. Atendimento por telefarmácia no monitoramento de toxicidades em quimioterapia endovenosa e oral

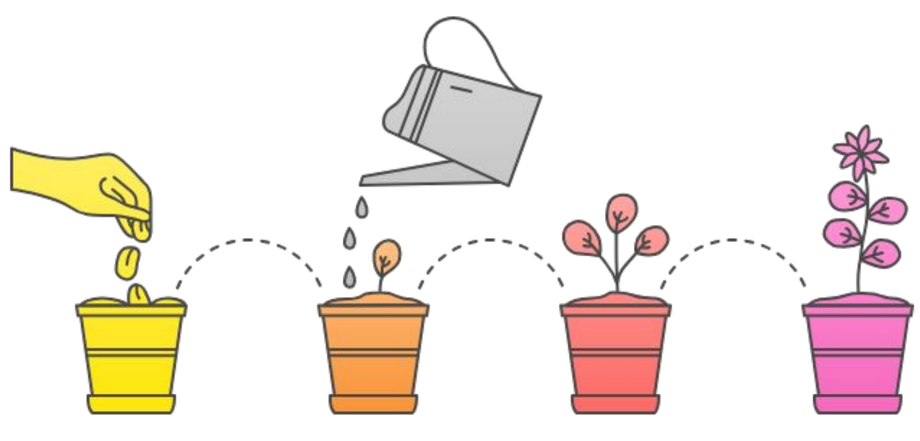


Figura 3. Fluxo do cuidado farmacêutico oncológico

RESULTADOS

Foram acompanhados 215 pacientes, com 2080 consultas farmacêuticas realizadas. Em 221 dos atendimentos (62 pacientes) foram identificadas toxicidades, sendo as mais frequentes: fadiga (26,5%), dores nas articulações (16,3%), diarreia (14,3%), náuseas (14,3%), fogacho (12%), prurido (4,1%) e outros (síndrome mão pé, manchas, tontura, inapetência, alteração de função renal). A maioria das intervenções (89%) envolveu orientação clínica; 10,9% geraram encaminhamento médico e 4% exigiram ajuste de dose. Apenas um caso evoluiu para troca de terapia. O modelo adotado fortalece a atuação multiprofissional e contribui para segurança, adesão e continuidade do tratamento oncológico.

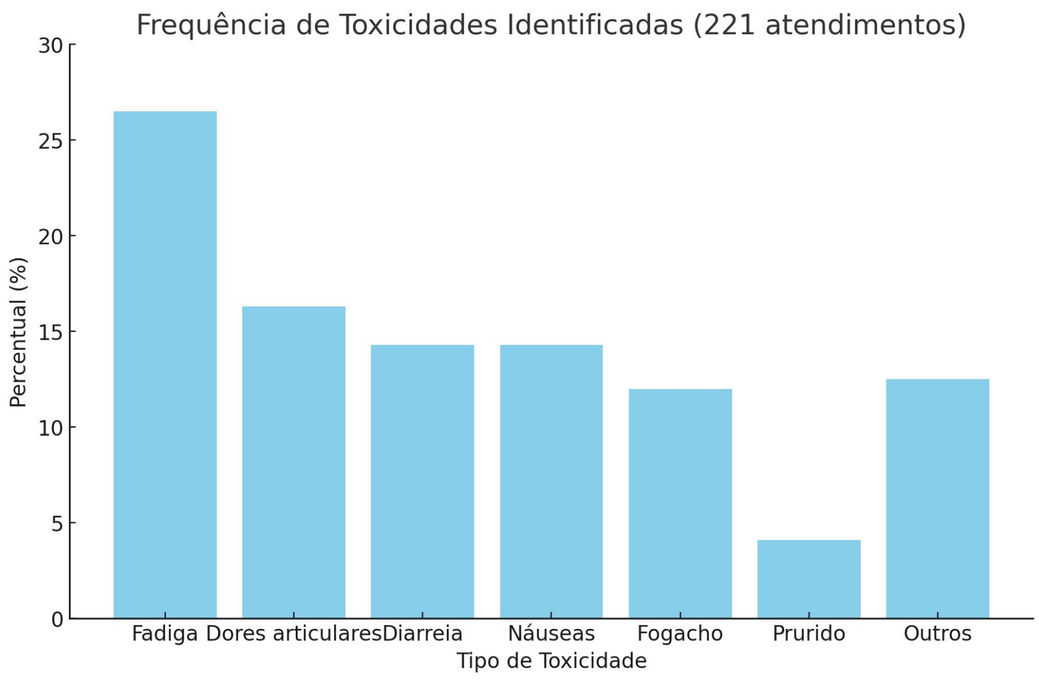


Gráfico 1. Porcentagem de toxicidades identificado durante o tratamento oncológico oral

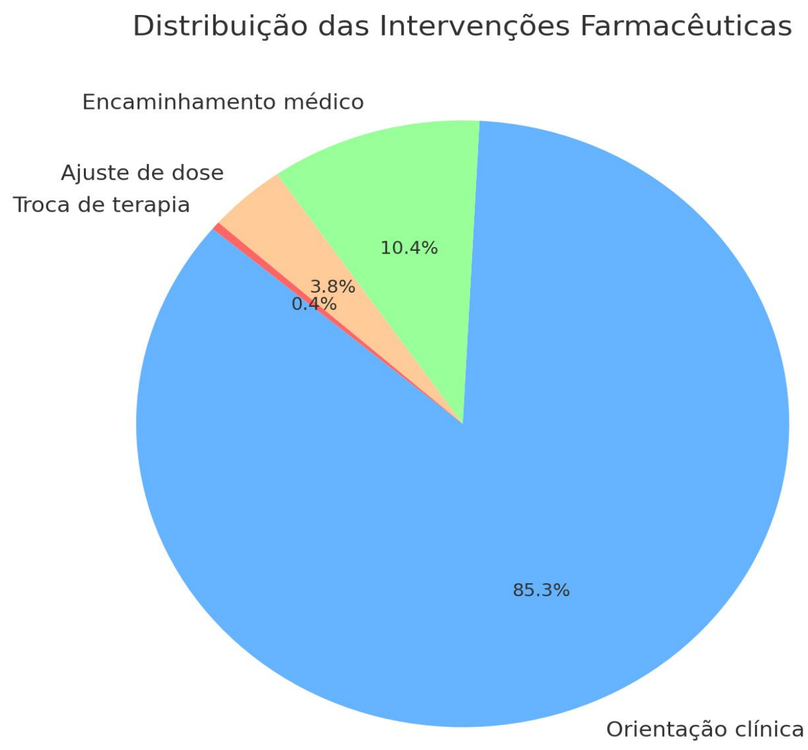


Gráfico 2. Intervenções realizadas pela equipe multiprofissional frente à toxicidade identificada.

Classe Medicamento	Taxa de uso de med com RAM
Antimetabólito	46,7%
Outros agentes antineoplásicos	26,0%
Inibidor de proteína quinase	23,5%
Hormônio antagonista	15,0%
Imunossupressor	11,8%
Agente Alquilante	4,0%
Anti-hemorrágicos	4,0%

Tabela 1. Distribuição das classes de medicamentos utilizados por pacientes oncológicos em uso de terapias orais e respectivas taxas de ocorrência de reações adversas (RAM)

CONCLUSÕES

O acompanhamento estruturado de pacientes em uso de antineoplásicos orais mostrou-se essencial para a detecção precoce e o manejo de toxicidades, fortalecendo a segurança, adesão e efetividade terapêutica. As intervenções farmacêuticas evidenciam o protagonismo do farmacêutico no cuidado multiprofissional.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

NOSSO COMPROMISSO "OMOTENASHI" – CONSTRUINDO UM CUIDADO E UMA JORNADA DO PACIENTE CADA VEZ MELHORES

Suelí Pessoa de Oliveira, Jocimara Rodrigues Coelho, Alcidio Siqueira de Souza Saito, Natalícia Miranda Silva

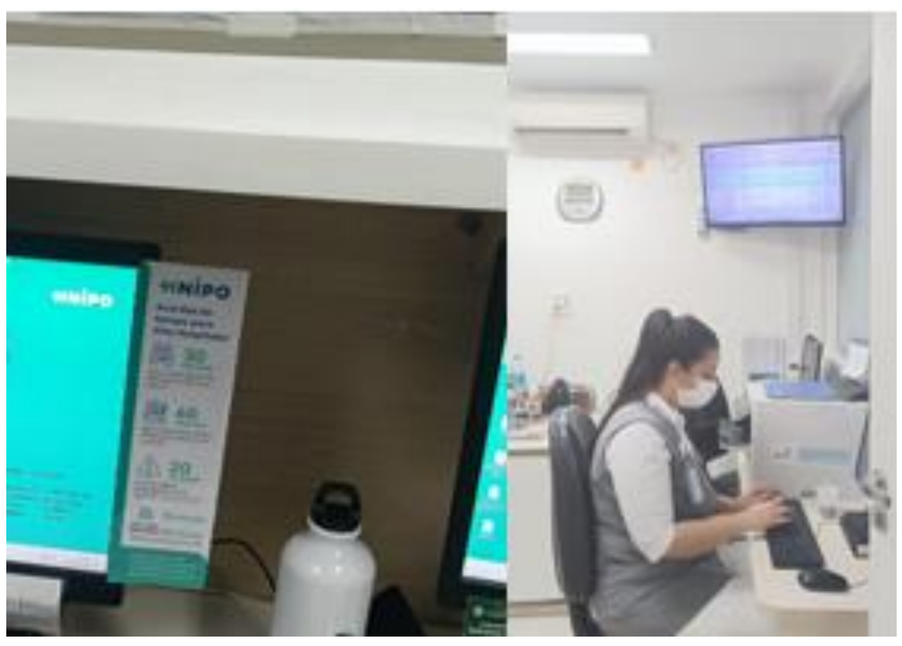
INTRODUÇÃO

O Projeto do Cuidado Centrado integra os pilares do Quintuple Aim do IHI, priorizando a experiência do paciente, a segurança e a qualidade do cuidado. Nossa missão é prover o melhor resultado com qualidade, segurança e tecnologia em um ambiente acolhedor, harmônico e humano. O projeto da Linha Clínica (2º Andar) abordou diretamente a indisponibilidade de leitos, que comprometia a jornada do paciente e o acesso rápido ao tratamento adequado.

METODOLOGIA

A metodologia do projeto Linha Clínica, de Abril a Dezembro/2024, focou na otimização do processo de alta, um ponto crítico para a disponibilidade de leitos. Observou-se que a "Alta não era tratada como prioridade" pela equipe assistencial, evidenciando um fator comportamental que impactava o fluxo assistencial. As intervenções incluíram a eliminação da prescrição de alta em equipes piloto e a uniformização dos tempos do processo. Para o monitoramento contínuo da qualidade e segurança do cuidado, um dashboard em Power BI foi implementado em dezembro/2024, permitindo a análise de SLAs e o apoio à tomada de decisão assistencial baseada em dados. A sustentabilidade da excelência assistencial requer o engajamento contínuo das equipes multidisciplinares na utilização dos dados para Kaizens e na manutenção dos novos fluxos.

Ação de sensibilização da equipe multidisciplinar quanto a importância da priorização e cumprimento dos tempos de alta.

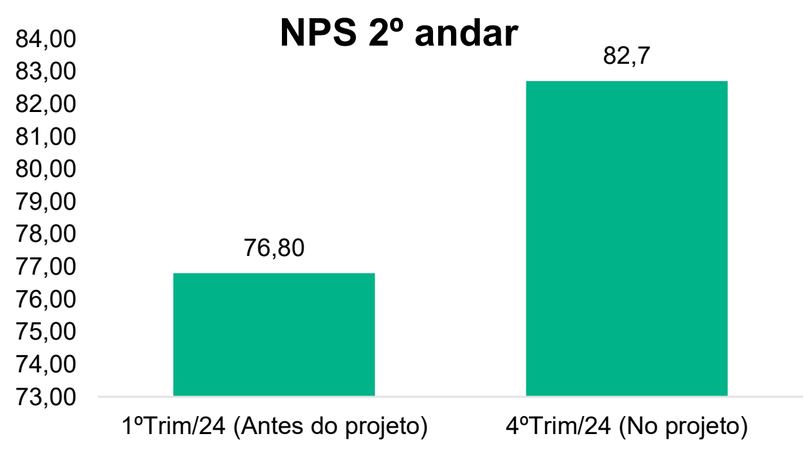


Disponibilizado em todos os computadores da instituição o acordo de tempo referente ao processo de alta médica e um painel de gestão a vista.

RESULTADOS

Demonstram um impacto direto na experiência e acesso do paciente: uma redução de 31% no tempo de indisponibilidade de leitos (de 2h52 para 1h59), acelerando o acesso a novas internações. Este ganho contribui para o cuidado centrado no paciente e para a segurança, minimizando tempos de espera, aumentando em 9 p.p. o nosso NPS no 4º tri, quando comparado ao 1º tri/2024. A implementação do dashboard em Power BI em dezembro/2024 é fundamental para o monitoramento da performance assistencial, reforçando a capacidade de aprimoramento contínuo e a prática de "Omotenashi". A sustentação desses ganhos exige a priorização contínua da alta e o uso dos dados pelas equipes para garantir um tratamento coordenado e personalizado.
Além de uma melhora significativa na interação entre áreas para resoluções e alinhamento.

Integração entre as áreas para alinhamento e tomada de ação para ajuste e correção do processo.



O gráfico mostra o resultado do Net Promoter Score (NSP) antes e durante o projeto.

CONCLUSÕES

Torna –se evidente a necessidade de um olhar focado e personalizado para o trabalho com a alta do paciente para que seja garantido a continuidade de cuidado após a internação. Para isso, o alinhamento de toda a equipe multidisciplinar com uma comunicação eficaz e o preparo da família e paciente para uma alta segura é fundamental para o ganho de eficiência e assegurando total qualidade no processo. Sendo possível apenas com a dedicação das coordenações e lideranças de área para o engajamento de suas equipes.

REFERÊNCIAS

Base de dados ERP - MVSoul
Painel Power BI – Painel de Alta
Kaizen Sprint® foi desenvolvido pelos consultores Gilberto Strafacci, José Goldfreind e Márcio Abraham entre os anos de 2016 e 2017, Setec Consulting Group

O Uso da Inteligência Artificial: Impacto na Redução do Tempo Porta-Agulha e Porta-Balão.

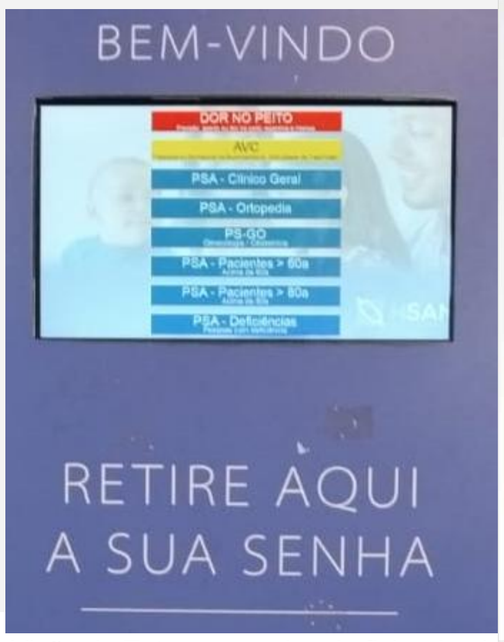
Tatiana Lima Romão, Naiara Viana, Pedro Rubens Pereira Júnior e Patricia Soares de Sousa.

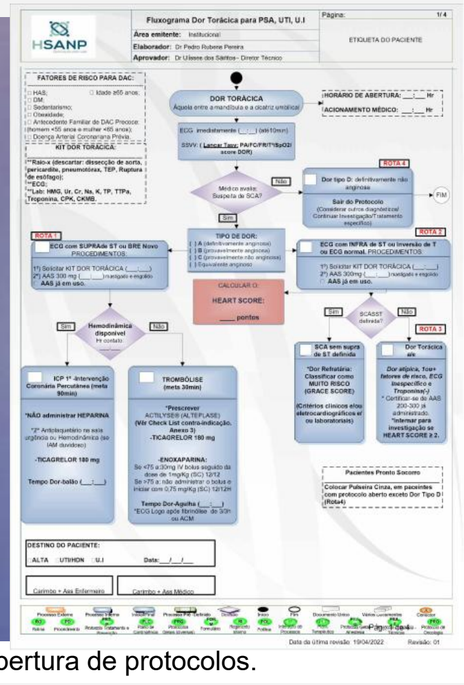
INTRODUÇÃO

A dor torácica é uma das principais causas de atendimento em pronto-socorro, sendo fundamental uma triagem rápida e eficiente para diagnóstico e tratamento precoce da Síndrome Coronariana Aguda (SCA). O tempo porta-agulha (tempo entre a chegada do paciente e a administração da trombólise) e o tempo porta-balão (tempo entre a chegada e a angioplastia) são essenciais para reduzir a morbimortalidade em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supra ST (IAM com Supra ST).
Objetivo: Avaliar o impacto da implementação da Inteligência Artificial, na redução do tempo porta-agulha e porta-balão .

METODOLOGIA

Com a implementação da IA da NeoMed Cardia, o protocolo de dor torácica passou a ser aberto em menos de 10 minutos após a chegada do paciente ao pronto-socorro. A IA realiza a triagem inicial e identifica pacientes com alto risco para SCA, especialmente IAM com Supra ST, auxiliando os médicos plantonistas na tomada de decisão.
Antes da adoção do sistema, a principal dificuldade era a ausência de cardiologistas 24 horas nos pronto-socorros, o que levava a um atraso na decisão terapêutica. Com o novo protocolo, os plantonistas foram treinados para analisar os laudos gerados pelo sistema Cardia, em conjunto com a enfermagem, permitindo a tomada de decisão baseada em dados objetivos e acelerando a administração do tratamento adequado.
Os tempos de atendimento foram analisados comparando os períodos antes e depois da implementação da IA:
Antes do programa (2023): tempo médio porta-agulha de até 2 horas, acima dos guidelines.
Após a implementação (final de 2023): redução para 38 minutos. Em 2024: tempo médio porta-agulha de 20 minutos, atendendo às diretrizes internacionais.





Visão do Totem e arquivo da ficha de abertura de protocolos.

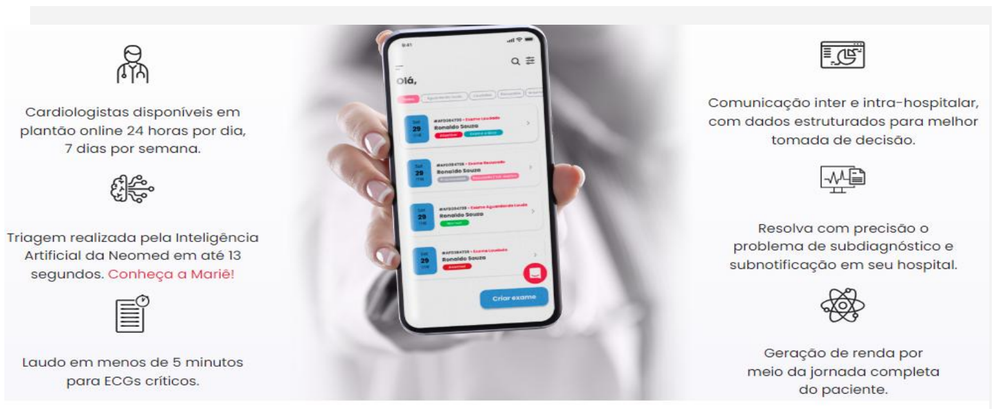


Imagem ilustrativa sobre o sistema Kardia da Neomed onde os Eletrocardiogramas são analisados pela IA e enviados a comunicação dos laudos.

RESULTADOS

A utilização da Inteligência Artificial permitiu uma redução significativa do tempo porta-agulha, saindo de um tempo inicial de até 2 horas para 20 minutos em média, cumprindo os padrões exigidos pelos guidelines. Isso ocorreu devido à agilidade na triagem e na interpretação dos exames, proporcionando um diagnóstico mais rápido e preciso. Além disso, a satisfação da equipe assistencial aumentou, pois os médicos plantonistas passaram a contar com um suporte confiável para a decisão clínica, sem a necessidade de aguardar a troponina ou a avaliação presencial de um cardiologista.

Imagem da apresentação de Resultados Realizada para todos os coordenadores médicos e de enfermagem, setores envolvidos e Diretoria

Primeira imagem sobre a divulgação do Hospital aos clientes sobre Dor Torácica e uma imagem sobre o Simpósio Realizado sobre o tema.

CONCLUSÕES

A adoção da Inteligência Artificial no protocolo de dor torácica demonstrou ser altamente eficaz.

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

PARECER TÉCNICO SOBRE TRANSFUSÕES DE SANGUE EM TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Marta Francisca de Fátima Fragoso, Flávio Dias, Wanderléa Lech Branco

INTRODUÇÃO

Um dos principais conflitos bioéticos na assistência a saúde consiste na indicação e recusa de transfusões de hemocomponentes em testemunhas de Jeová. O Brasil é um país laico e com o pluralismo religioso constitucionalmente protegido e é o segundo país do mundo em número absoluto e testemunhas de Jeová com mais de 700 mil seguidores. Este é um tema indispensável para análise e parecer dos Comitês de Bioética dos Serviços de Saúde.

METODOLOGIA

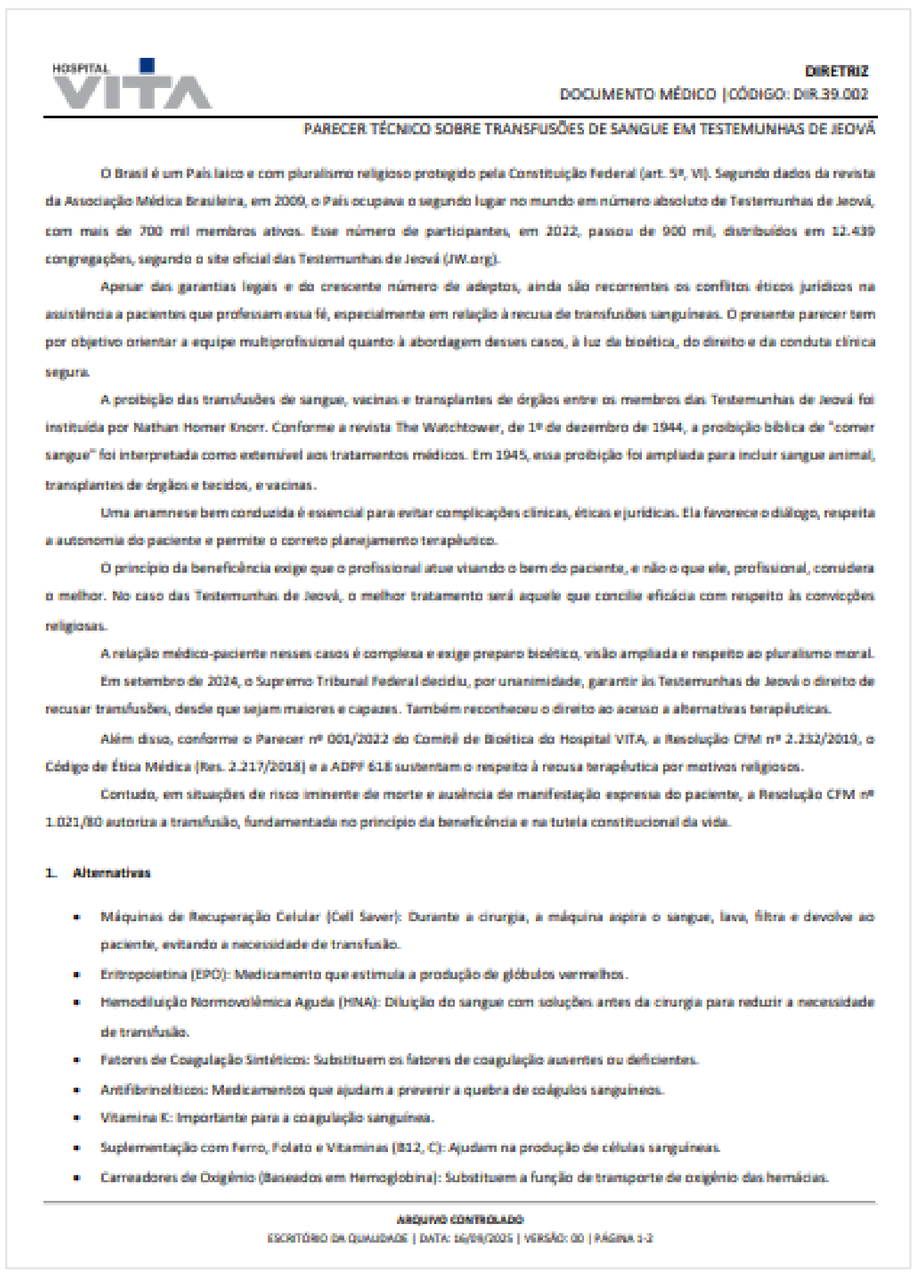
Utilizou-se casos concretos, ocorridos na assistência de hospital privado geral com predomínio de procedimentos cirúrgicos, como objeto de análise no Comitê de Bioética interdisciplinar (médicos, psicólogos, enfermeiros, advogado) e, com o auxílio de sistema de trabalho colaborativo, elaborou-se parecer técnico para apoio na decisão clínica. Focou-se na importância do foco centrado na pessoa, de anamnese bem elaborada, principalmente nos procedimentos eletivos, e nos princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça). Estas considerações foram de extrema importância na elaboração do Parecer Técnico em função de que o atendimento em saúde sem conflitos éticos e bioéticos exige mais do que a boa vontade do profissional e sim visão ampla do objeto do cuidado (o paciente) e formação holística.

Bolsa de sangue | Google.

RESULTADOS

Pacientes eletivos:

- A anamnese, a relação médico-paciente, os princípios Bioéticos e a atual regra do Supremo Tribunal Federal deverão ser valorizados e respeitados considerando a recusa de transfusão.
- A disponibilidade de alternativas seguras aos hemocomponentes será avaliada em situações de emergência, onde há risco de vida, com indicação precisa de transfusão para salvar a vida, este recurso será utilizado.
- Paciente que não possui a aptidão ou capacidade plena para exercer, por si só, os atos da vida civil, absoluta ou relativa, considerar o princípio bioético da beneficência. Registro obrigatório em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



HOSPITAL VITA — DIRETRIZ
DOCUMENTO MÉDICO | CÓDIGO: DIR.39.002

PARECER TÉCNICO SOBRE TRANSFUSÕES DE SANGUE EM TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

O Brasil é um País laico e com pluralismo religioso protegido pela Constituição Federal (art. 5º, VI). Segundo dados da revista da Associação Médica Brasileira, em 2009, o País ocupava o segundo lugar no mundo em número absoluto de Testemunhas de Jeová, com mais de 700 mil membros ativos. Esse número de participantes, em 2022, passou de 900 mil, distribuídos em 12.439 congregações, segundo o site oficial das Testemunhas de Jeová (JW.org).

Apesar das garantias legais e do crescente número de adeptos, ainda são recorrentes os conflitos éticos jurídicos na assistência a pacientes que professam essa fé, especialmente em relação à recusa de transfusões sanguíneas. O presente parecer tem por objetivo orientar a equipe multiprofissional quanto à abordagem desses casos, à luz da bioética, do direito e da conduta clínica segura.

A proibição das transfusões de sangue, vacinas e transplantes de órgãos entre os membros das Testemunhas de Jeová foi instituída por Nathan Homer Knorr. Conforme a revista The Watchtower, de 1º de dezembro de 1944, a proibição bíblica de "comer sangue" foi interpretada como extensível aos tratamentos médicos. Em 1945, essa proibição foi ampliada para incluir sangue animal, transplantes de órgãos e tecidos, e vacinas.

Uma anamnese bem conduzida é essencial para evitar complicações clínicas, éticas e jurídicas. Ela favorece o diálogo, respeita a autonomia do paciente e permite o correto planejamento terapêutico.

O princípio da beneficência exige que o profissional atue visando o bem do paciente, e não o que ele, profissional, considera o melhor. No caso das Testemunhas de Jeová, o melhor tratamento será aquele que concilie eficácia com respeito às convicções religiosas.

A relação médico-paciente nesses casos é complexa e exige preparo bioético, visão ampliada e respeito ao pluralismo moral.

Em setembro de 2024, o Supremo Tribunal Federal decidiu, por unanimidade, garantir às Testemunhas de Jeová o direito de recusar transfusões, desde que sejam maiores e capazes. Também reconheceu o direito ao acesso a alternativas terapêuticas.

Além disso, conforme o Parecer nº 001/2022 do Comitê de Bioética do Hospital VITA, a Resolução CFM nº 2.232/2019, o Código de Ética Médica (Res. 2.217/2018) e a ADPF 618 sustentam o respeito à recusa terapêutica por motivos religiosos.

Contudo, em situações de risco iminente de morte e ausência de manifestação expressa do paciente, a Resolução CFM nº 1.021/80 autoriza a transfusão, fundamentada no princípio da beneficência e na tutela constitucional da vida.

1. **Alternativas**

- Máquinas de Recuperação Celular (Cell Saver): Durante a cirurgia, a máquina aspira o sangue, lava, filtra e devolve ao paciente, evitando a necessidade de transfusão.
- Eritropoietina (EPO): Medicamento que estimula a produção de glóbulos vermelhos.
- Hemodiluição Normovolêmica Aguda (HNA): Diluição do sangue com soluções antes da cirurgia para reduzir a necessidade de transfusão.
- Fatores de Coagulação Sintéticos: Substituem os fatores de coagulação ausentes ou deficientes.
- Antifibrinolíticos: Medicamentos que ajudam a prevenir a quebra de coágulos sanguíneos.
- Vitamina K: Importante para a coagulação sanguínea.
- Suplementação com Ferro, Folato e Vitaminas (B12, C): Ajudam na produção de células sanguíneas.
- Carreadores de Oxigênio (Baseados em Hemoglobina): Substituem a função de transporte de oxigênio das hemácias.

ARQUIVO CONTROLADO
ESCRITÓRIO DA QUALIDADE | DATA: 16/09/2025 | VERSÃO: 00 | PÁGINA 1-2

Diretriz: Parecer técnico sobre transfusão de sangue em testemunha de Jeová..

CONCLUSÕES

Com a definição deste Parecer Técnico Institucional e sua disponibilização com fácil acesso na ferramenta digital hospitalar de Inteligência artificial proporcionou-se ambiente seguro para tomadas de decisão clínica na eminência de conflitos bioéticos desta natureza e de importância crucial nos desfechos clínicos e jurídicos administrativos.

REFERÊNCIAS

Discussões sobre bioética, direito penal e pacientes testemunhas de Jeová - Nathalia da Fonseca Campos[1], Leonardo Bocchi Costa2
Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica - Ana Carolina da Costa e Fonseca

POTENCIAL DE ALGORITMO PARA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS: COMPARAÇÃO COM ESPECIALISTAS

Awarded solution
HCFMUSP Hackathon 2024 - 1st place (Education)
Scholars in Medical Innovation 2024 - 1st place
HSIL Hackathon Brazil 2025
3x

CONAHP Congresso Nacional de Hospitais Privados 2025

Autores: Natanael Sutikno Adiwardana, Victor Hugo Ovani Marchetti, Mariana Lanna Magalhães Veríssimo, Juliana Veríssimo Lanna

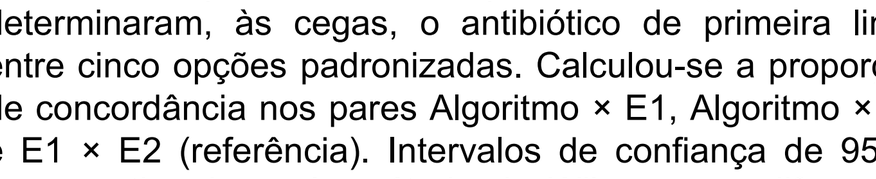
INTRODUÇÃO

O uso inadequado de antibióticos aumenta custos e favorece bactérias difíceis de tratar. Mesmo depois de um exame indicar a sensibilidade do germe, dois infectologistas podem prescrever drogas diferentes para o mesmo paciente. Ferramentas digitais podem atenuar essa variabilidade e melhorar a previsibilidade de desfechos e gestão de insumos, desde que seu desempenho seja comparável ao julgamento humano. O presente estudo analisou se um algoritmo clínico determinístico alcança concordância estatisticamente semelhante à observada entre dois especialistas, tomando essa divergência como parâmetro de variabilidade aceitável.

Visual Abstract

Hipótese:
Especialistas vs Algoritmo concordam entre si ao escolher o melhor tratamento?

Método e Resultados:
Estudo transversal, cego, análise independente de dois especialistas e um algoritmo determinístico, 87 casos clínicos, qui-quadrado (χ^2)



Conclusão:
Ao escolher a melhor opção de tratamento, o algoritmo teve um grau de concordância com especialistas semelhante ao que especialistas apresentam entre si

Figura 1 – *Visual abstract*: hipótese, metodologia e resultados do algoritmo Doxa, com decisões com concordância semelhante à de Infectologistas

METODOLOGIA

Estudo transversal. Selecionaram-se 87 casos simulados de infecção urinária, cada qual composto por um cenário clínico (gravidade, estado gestacional, possibilidade de via oral, foco alto/baixo) e um antibiograma real anonimizado. Um algoritmo baseado em regras extraídas de diretrizes – desenvolvido por infectologistas distintos dos avaliadores – e dois especialistas independentes (E1 e E2) determinaram, às cegas, o antibiótico de primeira linha entre cinco opções padronizadas. Calculou-se a proporção de concordância nos pares Algoritmo × E1, Algoritmo × E2 e E1 × E2 (referência). Intervalos de confiança de 95 % foram estimados pelo método de Wilson e as diferenças entre concordâncias avaliadas pelo teste qui-quadrado (χ^2), adotando-se $p < 0,05$ como grau de significância.

Item	Descrição
Desenho	Estudo observacional, transversal.
População-alvo	Decisões de antibioticoterapia para **infecções urinárias** em cenários simulados.
Amostra	**87 casos** (cada caso = 1 cenário clínico simulado + 1 antibiograma real anonimizado).
Cenários clínicos	Variáveis padronizadas: **gravidade** da infecção; **gestação/lactação**; **possibilidade de via oral**; **foco alto/baixo** (trato urinário).
Fonte dos antibiogramas	Uroculturas reais, **anonimizadas** (sem identificação do paciente).
Intervenções/avaliadores	(1) **Algoritmo determinístico** baseado em regras extraídas de diretrizes, desenvolvido por infectologistas **não envolvidos** na avaliação dos casos; (2) **Dois infectologistas independentes** (E1, E2).
Tarefa	Cada avaliador indicou **o antibiótico de primeira linha** dentre **cinco opções padronizadas**.
Cegamento	As escolhas foram feitas **de forma cega e independente** entre si.
Comparações principais	**Algoritmo × E1**; **Algoritmo × E2**; **E1 × E2** (esta última adotada como **referência (benchmark)** de variabilidade aceitável).
Desfecho	**Proporção de concordância** (percentual de casos em que o par comparado escolheu o mesmo antibiótico).
Análise estatística	**IC 95%** das proporções pelo **método de Wilson**; comparação das concordâncias por **teste qui-quadrado (χ^2)**; **$p < 0,05$** como significativo.
Considerações éticas	Aprovado em Comitê de ética. CAAE: 90709425.0.0000.0087

Tabela 1 – Metodologia

RESULTADOS

A concordância E1-E2 foi 77,0 % (IC 95 % 67,1–84,6 %) e definiu a variabilidade esperada (benchmark). O algoritmo concordou com E1 em 78,2 % (IC 95 % 68,4–85,6 %; p = 0,856 vs benchmark), indicando equivalência estatística. Já a concordância Algoritmo-E2 alcançou 90,8 % (IC 95 % 82,9–95,3 %) e superou significativamente o benchmark ($\chi^2 = 6,129$; p = 0,013). A sobreposição parcial dos intervalos de confiança entre Algoritmo-E1 e E1-E2 confirma não-inferioridade.

Par comparado	Concordantes (n)	Discordantes (n)	% de concordância	IC 95% (Wilson)
E1 × E2 (benchmark)	67	20	77,00%	67,1% – 84,6%
Algoritmo × E1	68	19	78,20%	68,4% – 85,6%
Algoritmo × E2	79	8	90,80%	82,9% – 95,3%

Tabela 2 - Resultados parte 1: graus de concordância individuais. E1 = especialista 1; E2 = Especialista 2; IC = Intervalo de confiança

Comparação	Diferença vs benchmark (p.p.)	Estatística (χ^2)	p-valor	Interpretação (conforme método informado)
(Algoritmo × E1) vs (E1 × E2)	+1,2 p.p.	—	0,856	Sem diferença estatística; desempenho semelhante ao benchmark
(Algoritmo × E2) vs (E1 × E2)	+13,8 p.p.	6,129	0,013	Diferença estatisticamente significativa a favor do Algoritmo × E2

Tabela 3 – Resultados parte 2: comparação de concordância entre pares. E1 = especialista 1; E2 = Especialista 2

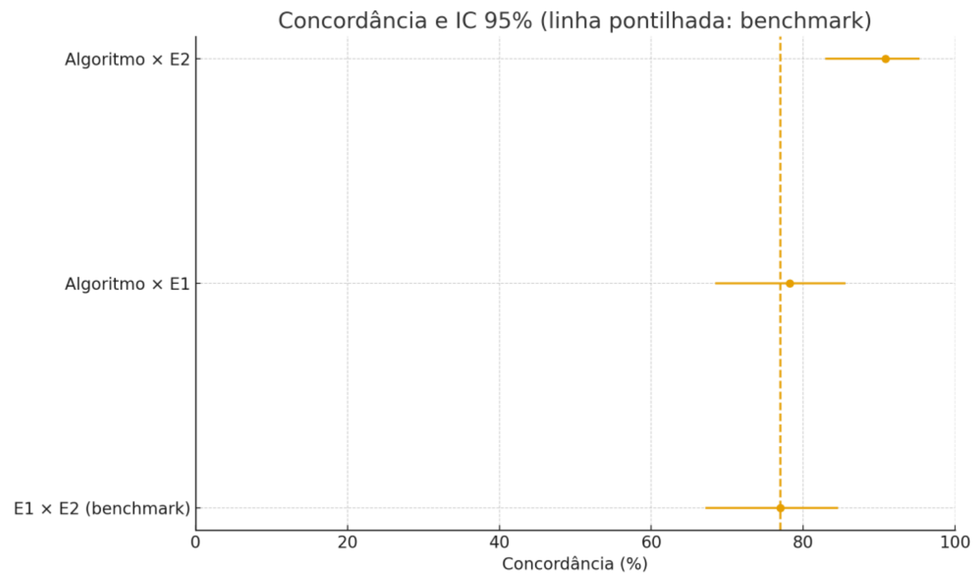


Figura 2 – Forest Plot para graus de concordância. E1 = especialista 1; E2 = Especialista 2; IC = Intervalo de confiança

CONCLUSÕES

O algoritmo tomou decisões com variabilidade comparável a humanos, com concordância não inferior ao que especialistas apresentaram entre si.
Assim, através de algoritmos determinísticos há potencial para padronizar prescrições, racionalizar uso de antibióticos e prover maior segurança aos pacientes de forma semelhante e futuramente até superior a humanos.

Executores: doxa ai

Ecossistema: Harvard T.H. Chan School of Public Health – Health Systems Innovation Lab; inova iHC; FGV

Contato:

REFERÊNCIAS

1.Casaroto, E., Marra, A.R., Camargo, T.Z.S. et al. Agreement on the prescription of antimicrobial drugs. BMC Infect Dis 15, 248 (2015). https://doi.org/10.1186/s12879-015-0992-y
2.Montiel-Romero S, Rajme-López S, Román-Montes CM, López-Iñiguez A, Rivera-Villegas HO, Ochoa-Hein E, González-Lara MF, Ponce-de-León A, Tamez-Torres KM, Martinez-Guerra BA. Recommended antibiotic treatment agreement between infectious diseases specialists and ChatGPT®. BMC Infect Dis. 2025 Jan 7;25(1):38. doi: https://10.1186/s12879-024-10426-9 PMID: 39773383; PMCID: PMC11706082.

Prioridade é respeito: protocolo de atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista em hospital público.

Ricardo Augusto Xavier da Cruz, Graciane Cristina Silva de Carvalho, Fabiana dos Santos Antunes

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) impõe desafios significativos no ambiente hospitalar, como superlotação e estímulos sensoriais intensos, dificultando o atendimento a mais de 2 milhões de brasileiros com TEA. Este trabalho descreve a implementação de um protocolo de atendimento prioritário para pacientes autistas em um hospital público, visando humanização e respeito.

METODOLOGIA

O projeto foi implementado e está em execução no Hospital Municipal Albert Schweitzer. A equipe multidisciplinar recebeu treinamento para o acolhimento humanizado, materiais educativos foram distribuídos e a sinalização instalada nas áreas de espera. Pacientes identificados com TEA utilizam pulseira específica além da identificação padrão, garantindo prioridade em todo o fluxo de atendimento, desde a classificação de risco até os exames diagnósticos. O sistema do Prontuário Eletrônico permite sinalizar os pacientes com prioridade de atendimento, garantindo maior segurança, agilidade e precisão no atendimento. Essa funcionalidade permite à equipe assistencial acesso imediato às informações essenciais, assegurando a continuidade do cuidado de forma segura e eficiente. A execução vem sendo monitorada com coleta de feedback das famílias e análise de indicadores de desempenho, permitindo ajustes constantes e promovendo mais organização, segurança, redução do tempo de espera e um ambiente acolhedor para pacientes e acompanhantes.

Treinamento da equipe Multidisciplinar. Coordenadora Administrativa do CER e Assistente Social – Graciane Cristina Silva de Carvalho.

Lançamento do Projeto na Unidade 30 de abril de 2025.

RESULTADOS

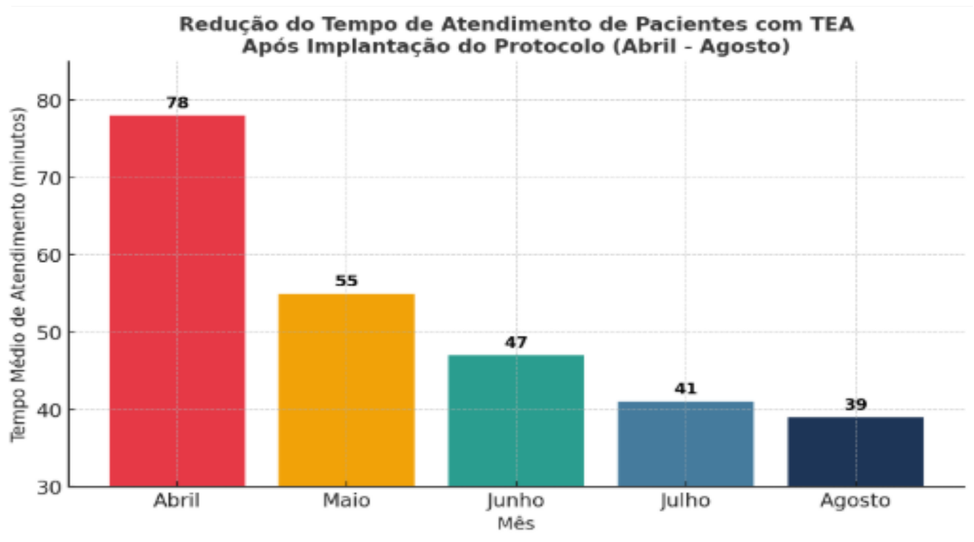
A implementação do protocolo resultou em melhoria significativa nos processos assistenciais relacionados ao atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), contemplando:

Aumento da acurácia na identificação de pacientes com TEA no sistema, reduzindo falhas de registro e riscos assistenciais;

Redução comprovada do tempo de espera para atendimentos prioritários, incluindo consultas médicas e exames diagnósticos;

Fortalecimento do vínculo entre famílias e equipe multiprofissional, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado;

Valorização da prática multiprofissional, promovendo integração e efetividade nas condutas assistenciais.



Dados extraídos do PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Fortalecimento do Vinculo entre famílias e Equipe Multidisciplinar. Coordenadora do Núcleo de Apoio a Família e Psicóloga – Fabiana Antunes.

CONCLUSÕES

A implantação do protocolo voltado ao atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) demonstrou resultados positivos e mensuráveis, refletidos na redução progressiva do tempo de espera em atendimentos prioritários, na maior precisão da identificação dos pacientes no sistema eletrônico e no fortalecimento do vínculo entre famílias e equipe multiprofissional. Os dados extraídos do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) evidenciam que, no período de abril a agosto, o tempo médio de espera reduziu de 78 para 39 minutos, consolidando ganhos em eficiência, segurança assistencial e humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Lei Federal nº 14.626, de 14 de junho de 2023.
2. Lei Federal nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana).
3. Lei Federal nº 10.048/2000.

PROGRAMA DE CRIAÇÃO E UNIFICAÇÃO DE PROTOCOLOS MÉDICOS ASSISTENCIAIS

Sabrina Palma Arenas | Amanda Lindsay Silveira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira

INTRODUÇÃO

Descrição do Problema: Atualmente, o hospital assumiu a gestão de unidades de hospitais públicos localizadas em diferentes estados do país. Para garantir um atendimento de qualidade e uniforme, é necessário padronizar protocolos médicos que possam ser utilizados em todas as unidades.

Justificativa/Objetivo: Desenvolver estratégias para criar protocolos padronizados, focando no cuidado ao paciente, no acolhimento e na elaboração de diretrizes de suporte à decisão específicas para cada caso. Essas ações visam melhorar a qualidade do atendimento tanto em unidades públicas quanto privadas

METODOLOGIA

Como as unidades estão distribuídas em diversas regiões do Brasil, acionamos um representante de cada uma para discutir os atendimentos e apoiar na padronização do documento. Essa abordagem facilita a tomada de decisão de forma ágil e eficiente.

Os protocolos médicos são desenvolvidos a partir de demandas espontâneas das áreas, seja durante reuniões do GMA (Grupo Médico Assistencial) ou após eventos adversos. Cada unidade contribui com particularidades específicas, que são incorporadas ao protocolo.

Após essa etapa, realizamos manualmente a formatação do layout e submetemos o conteúdo para aprovação. Caso o documento envolva antibioticoterapia, é necessária a validação pela SCIH, seguida pela validação final da equipe de Prática Médica.

Após todas as validações, o documento é arquivado para controle interno e disponibilizado nas plataformas digitais, como Medical Suite, Prontuário eletrônico, Intranet, aplicativo específico para médicos e academia digital. Os responsáveis pela elaboração são notificados por e-mail sobre a atualização do documento e sua disponibilização para uso.

Figura 1 : Ishikawa – Criação e Unificação Care Pathway

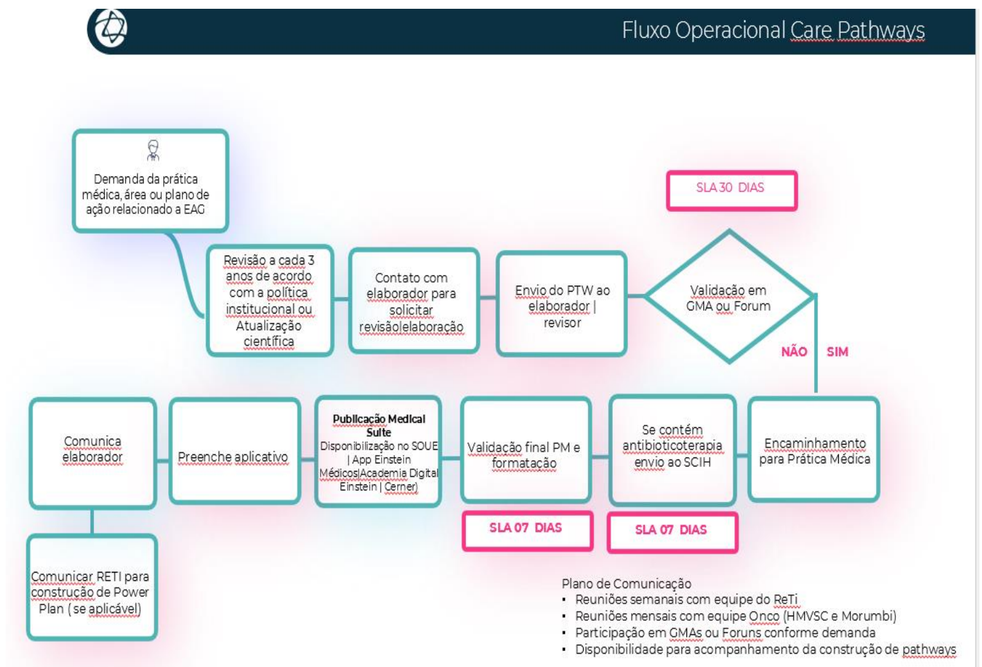


Figura 2: Fluxo Operacional para construção | revisão dos Care Pathways.

RESULTADOS

Síntese dos resultados:

- Conexão e desenvolvimento de Protocolos Médicos - *Pathways* de Suporte à Decisão;
- Melhoria no Plano de Comunicação entre unidades públicas e privadas;
- Criação de 462 Protocolos Médicos- *Pathways*
- Criação de Power Plan baseados em *Pathways*
- Foco na boa prática
- Avaliação da percepção médica quanto ao uso de *Pathway*
- Gerenciamento de indicadores
- Padronização do modelo de prática

Como ações futuras:

- Interface dos *Pathways* com a inteligência artificial
- Desenvolvimento de produto

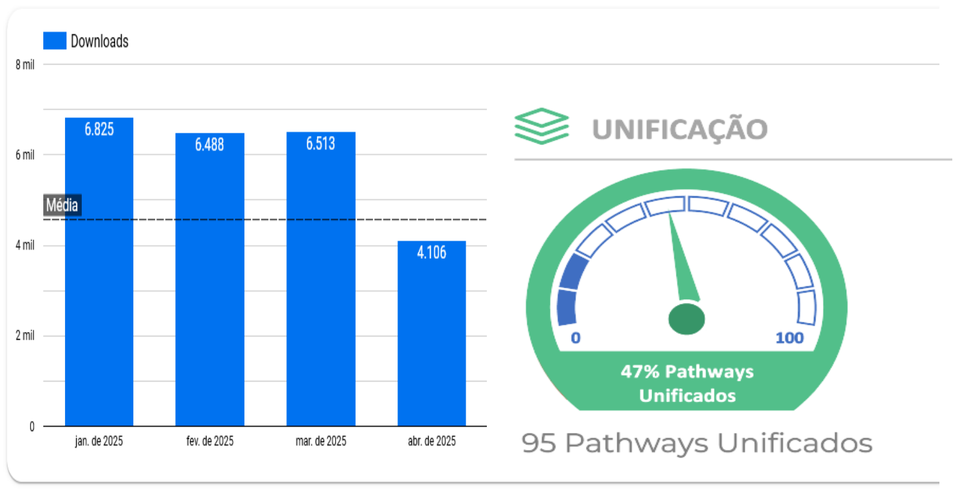


Figura 3 : Consumo e Unificação Care Pathway

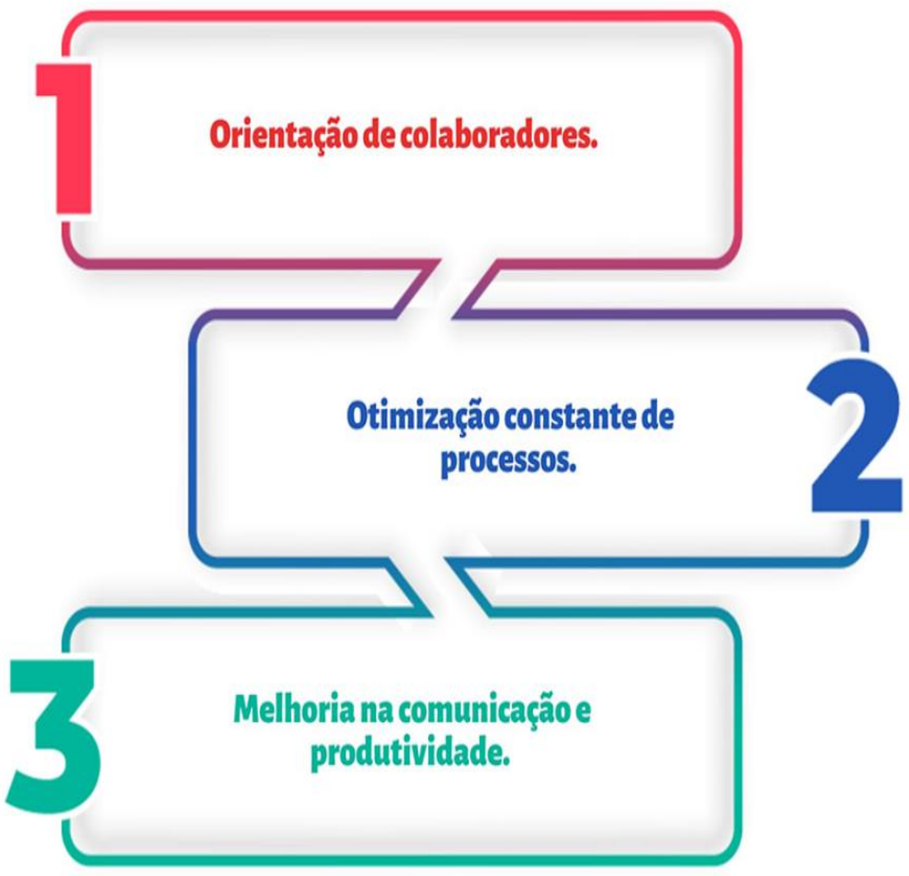


Figura 4 : Benefícios relacionados à construção de unificação dos pathways

CONCLUSÕES

A padronização de protocolos médicos é crucial porque garante um atendimento de qualidade e consistente, minimiza erros, melhora os resultados de saúde do paciente, otimiza a gestão de recursos e reduz custos. Ao seguir diretrizes baseadas em evidências científicas, profissionais de saúde agem com mais segurança e eficiência, resultando em diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, com impacto positivo na confiança do paciente e na sustentabilidade do sistema de saúde

PATHWAYS DISPONÍVEIS EM :

https://medicalsuite.einstein.br/Paginas/Home.aspx

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

PROJETO ALTA ESTRUTURADA EM 48 HORAS: ALTA HOSPITALAR MAIS SEGURA E EFICIENTE

Rafael de Carvalho Amorim, Camila Barbosa da Silva, Camila Rodrigues de Freitas, Monise Tedesco

INTRODUÇÃO

O projeto de “Alta Estruturada em 48 horas” visa garantir que todos os passos necessários sejam seguidos antes da alta do paciente, assegurando mais qualidade e segurança na jornada dos pacientes, além de melhorar a eficiência no giro de leito, reduzindo custos operacionais, eventos adversos e glosas de diárias pelas operadoras de saúde.

METODOLOGIA

Foram selecionadas as quatro principais equipes clínicas da unidade hospitalar, que representam cerca de 50% dos pacientes/dia: cardiologia, clínica médica, geriatria e infectologia. Foi estruturada uma ficha de apoio, iniciada pelos médicos visitadores dessas especialidades quando os pacientes têm previsão de alta médica de até 48 horas. A partir da abertura do checklist, todos os membros das equipes multidisciplinares envolvidos na assistência, têm ações de acordo com o perfil clínico dos pacientes, como: - Enfermagem: Coletar exames laboratoriais pendentes na rotina da tarde, priorizar exames de imagem na véspera e checar laudos até 23:59 do dia anterior e plano educacional de dispositivos ou curativos, dentre outras; - Nutrição: Antecipar o café da manhã para às 7 horas da manhã. Outras ações são realizadas pela fisioterapia, concierge, farmácia, psicologia e demais membros da equipe multidisciplinar, sob demanda. Foi definido o prazo limite de 15 horas para a inclusão de pacientes no checklist, para que as equipes possam fazer busca ativa e iniciar seus planos de ação

Checklist de Alta Estruturada - Hospital São Camilo SP - Ipiranga

HOSPITAL SÃOCAMILO — *Colar etiqueta do paciente aqui*

Previsão de alta: _____/_____ /_____
Data de início do Checklist : _____/_____/_____

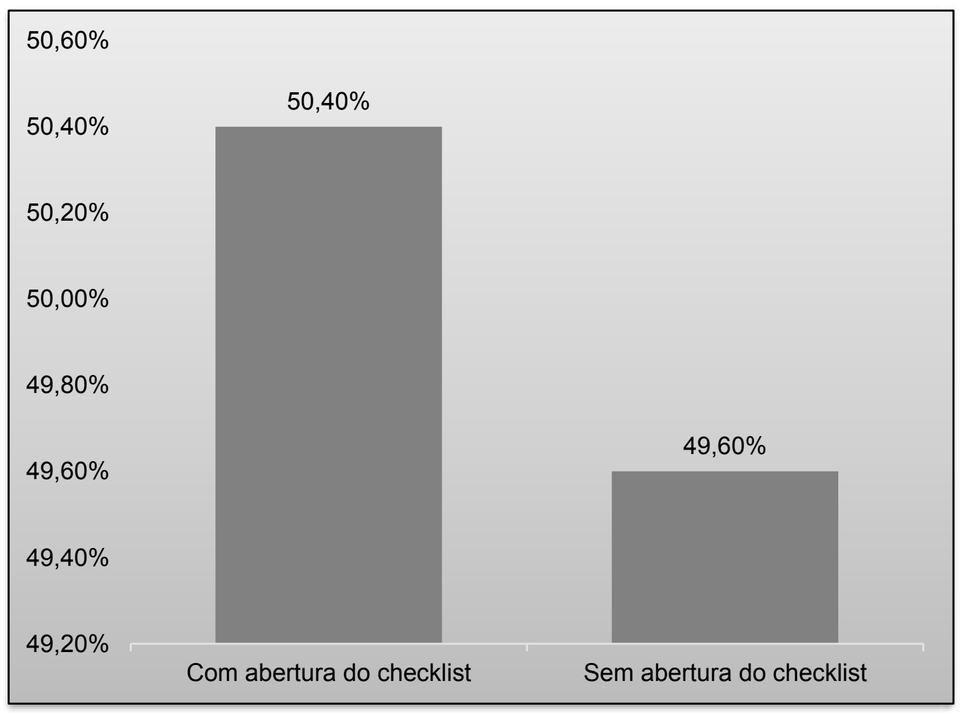
Equipe médica: ( ) Cardiologia ( ) Clínica Médica ( ) Infectologia ( ) Geriatria ( ) Outra: _____

Responsável	Ação	Horário	Assinatura	Não se aplica
Médico	Informar ao paciente e acompanhante sobre a previsão de alta em até 48 horas	:		☐
	Informar a enfermeira do setor sobre a previsão de alta em até 48 horas	:		☐
	Registrar em evolução a programação de alta	:		☐
	Solicitar exames necessários para garantir a alta segura	:		☐
	Fazer receituário de alta	:		☐
	Registrar com qual especialidade deverá ser agendado seguimento ambulatorial e exames eletivos necessários	:		☐
Enfermagem	Comunicar o paciente/acompanhante a previsão de alta e orientar que após a alta o paciente deverá sair em até 1 hora	:		☐
	Comunicar equipes médicas sobre a prioridade da interconsulta pendente - solicitar receitas e encaminhamentos ambulatoriais	:		☐
	Na véspera da alta coletar os exames laboratoriais pendentes na rotina da tarde	:		☐
	Checar se os resultados dos exames coletados estão disponíveis até meia noite. Caso não, solicitar prioridade ao laboratório.	:		☐
	Priorizar o agendamento de exames de imagem	:		☐
	Antecipar os antibióticos no dia da alta	:		☐
	Intensificar o processo educacional de SNE, SVD, GTT, TQT, Curativos	:		☐
Nutricionista	Antecipar o café da manhã para às 07 horas	:		☐
	Registrar no Plano Educacional as orientações de alta fornecidas	:		☐
Fisioterapia	Antecipar o atendimento	:		☐
	Registrar no Plano Educacional as orientações de alta fornecidas	:		☐
Farmácia	Antecipar dispensação de medicamentos	:		☐
	Registrar no Plano Educacional as orientações de alta fornecidas	:		☐
Psicologia	Antecipar o atendimento	:		☐
	Registrar no Plano Educacional as orientações de alta fornecidas	:		☐
Estomaterapia	Realizar a orientação pertinente ao curativo/ostomia e retorno ambulatorial	:		☐
	Registrar no Plano Educacional as orientações de alta fornecidas	:		☐
Concierge	Realizar o agendamento de exames, consultas e entregar ao enfermeiro ou escriturário do setor	:		☐
Escriturário	Montar a alta na véspera da previsão de alta médica	:		☐
A previsão de alta foi assertiva? ( ) Sim ( ) Não	Se não, justificativa:			

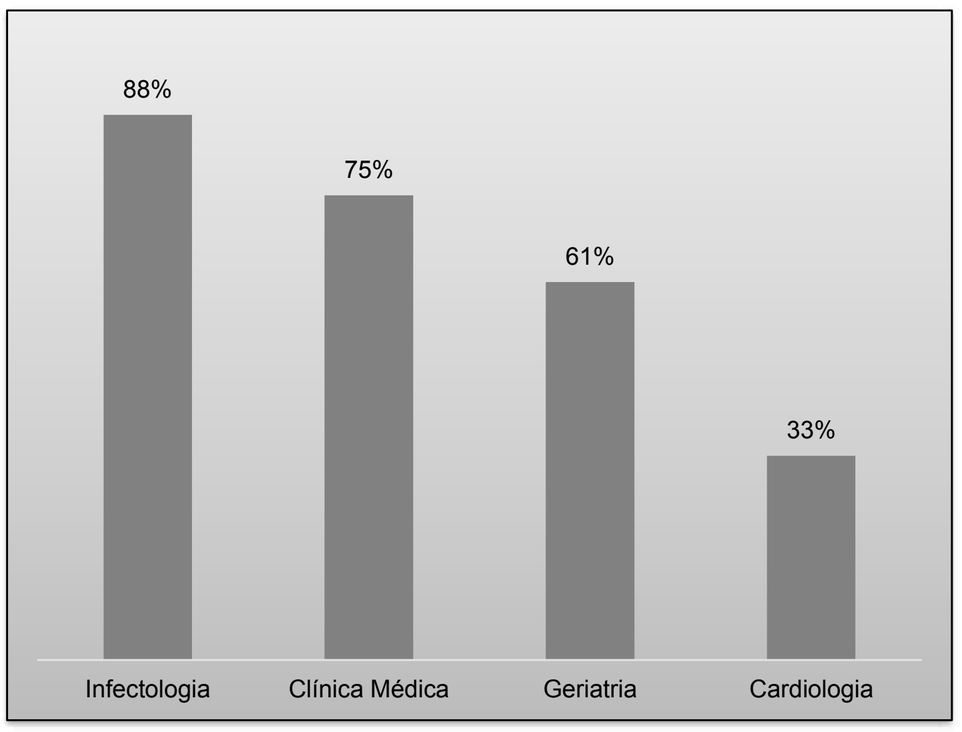
Figura1: Ficha do checklist de alta estruturada implantada para o projeto.

RESULTADOS

Em 4 semanas, 50,4% das altas médicas realizadas por essas esquipes clínicas, tiveram o checklist aberto. Dessas, a assertividade na previsão de alta foi de 74% (clínica médica: 75%, cardiologia: 33%, infectologia: 88% e geriatria: 61%). O principal motivo para o desempenho inferior da cardiologia foi o baixo número de checklist iniciados, causado pelo grande volume de pacientes dessa especialidade que recebem alta no dia subsequente à alta da UTI.



Adesão a abertura do checklist de alta estruturada pelas 4 especialidades - mês 1



Assertividade na previsão da alta hospitalar, por equipe.

CONCLUSÕES

A implantação da Alta Estruturada em 48 horas permitiu uma melhor experiência do paciente e seus cuidadores por meio de um conjunto de práticas e processos de alta mais seguros e eficientes, garantindo ainda uma melhor sustentabilidade, com redução de custos, glosas justificadas e ampliação da capacidade de atendimento, devido ao melhor gerenciamento do giro de leito.

REFERÊNCIAS

1. Jack, B. W., et al. (2009). A Re-engineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial. Annals of Internal Medicine.
2. Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). Lost in Transition: The Problem of Care Transitions. Annals of Internal Medicine.

PROJETO REDUÇÃO DE ERROS DE DOSE EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Wellington Fava Dos Santos, Maria Rafaela Alves De Oliveira, Ingrid Batista Xavier Ribeiro Guerreiro, Priscila Da Silva Gramacho

INTRODUÇÃO

Erros de medicação são eventos evitáveis que podem resultar em danos significativos ao paciente, com incidência variando entre 5,7% e 56% das administrações em hospitais. São frequentemente associados a falha no processo de prescrição, ausência de limites de dosagem estabelecidos e limitações de sistemas informatizados. Observou-se na instituição que a inexistência de parametrização de doses máximas e mínimas ampliava riscos à segurança do paciente e gerava retrabalho considerável à equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

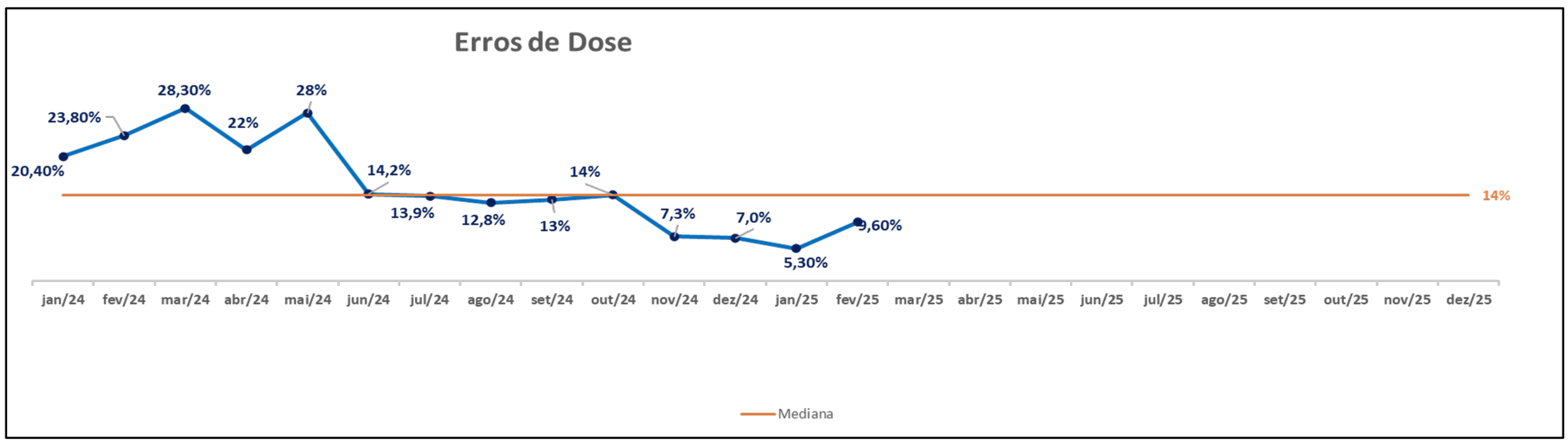
Desenvolveu-se, assim, uma solução inédita de parametrização, envolvendo definição de dose x frequência, ajustes específicos para pediatria e aprimoramento visual do painel do sistema, tornando ainda mais intuitiva a identificação de prescrições inadequadas. Adicionalmente, bloqueios nativos para prescrições sem ajuste de peso, especialmente relevantes em pediatria e rotinas no Sistema Auxiliar de Cadastro, possibilitaram controle rigoroso dos parâmetros de doses mínimas e máximas. Foi conduzida uma revisão bibliográfica abrangente em bases de referência e a iniciativa contou com o envolvimento efetivo de equipes multiprofissionais do hospital. Intervenções tecnológicas foram essenciais: a equipe de TI detectou limitações no sistema informatizado, cuja rotina padrão não atendia plenamente às necessidades institucionais.

RESULTADOS

A implantação dessas barreiras provocou impacto significativo, com redução da incidência de erros, otimização das rotinas profissionais e maior segurança ao paciente. Os dados mostram que, no início de 2024, as taxas eram elevadas (28,3% em março). Após as intervenções, caíram, estabilizando-se abaixo de 14%. Em janeiro de 2025, registrou-se 5,3%, comprovando o sucesso da estratégia. A experiência ressalta a relevância do trabalho multiprofissional, da tecnologia e da revisão constante dos processos para aprimorar a assistência farmacêutica hospitalar e assegurar a segurança nos protocolos clínicos.

CONCLUSÕES

As parametrizações em doses mínimas e máximas de medicamentos padronizados em sistema informatizado auxiliaram nos processos na geração correta de prescrições, direcionamento à lista de medicamentos padronizados, assim como a apresentação mais adequada à dose prescrita e bloqueio de doses fora da faixa terapêutica. A utilização de ferramentas no sistema informatizado possibilitou a redução de erros de medicação à segurança do paciente. A atuação do profissional Farmacêutico, em conjunto com a equipe multidisciplinar, é de extrema importância na busca das melhores evidências no suporte da parametrização de doses.



O gráfico representa a **evolução mensal da taxa de erros de dose (%)** no período de **jan/24 a mar/25**. Linha Azul: Taxa mensal de erros de dose (%); Valores em Azul: Percentual registrado em cada mês; Linha Laranja: Mediana de referência (14%).

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO-COSTA, Lindemberg; DE SOUSA, Ivellise Costa; SILVA, Renata Kelly Rodrigues et al. Observational study on medication administration errors at a University Hospital in Brazil: incidence, nature and associated factors. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, v. 15, article 51, 22 ago. 2022. DOI: 10.1186/s40545-022-00443-x.

AGUIAR, Geysa; SILVA Júnior, Lourival Alves da; FERREIRA, Marco Antônio Magalhães. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 2, p. 84-91, 2012.

QUASE ERROS EM QUIMIOTERAPIA: RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO CUIDADO ONCOLÓGICO

Aline Rezende; Eliana Guadalupe Morganti do Lago; Maria Helena da Silva; Renata Cristina Zanetti Della Betta.

INTRODUÇÃO

Os quase erros em prescrições médicas de quimioterapia representam falhas evitadas antes de causarem danos ao paciente, sendo indicadores importantes da segurança do processo terapêutico (Kohn, 1999). A relevância dessas intervenções está diretamente ligada à proteção do paciente, à otimização do tratamento e à promoção de um ambiente mais seguro e eficaz no manejo da quimioterapia. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação farmacêutica na detecção oportuna dessas falhas, contribuindo para a prevenção de eventos adversos graves e a melhoria da qualidade assistencial.

METODOLOGIA

Os dados foram coletados no período de junho/24 a maio/25 através da avaliação farmacêutica das prescrições médicas de quimioterapia, com o objetivo de identificar e caracterizar os quase erros. A análise do impacto dessas ocorrências foi realizada com base na metodologia proposta por Farré, a qual permite avaliar de forma sistemática a relevância das intervenções farmacêuticas na segurança e na qualidade do tratamento oncológico.

As intervenções foram classificadas segundo os critérios dessa metodologia, que as categoriza em três níveis:

- **Extremamente significativas:** intervenções que evitam desfechos clínicos graves, como falência orgânica ou óbito, além de contribuírem substancialmente para a eficácia terapêutica e a qualidade assistencial;
- **Muito significativas:** ações que promovem melhorias relevantes na eficácia do tratamento e na segurança do paciente;
- **Significativas:** intervenções que resultam em avanços importantes na qualidade do cuidado, mesmo sem risco iminente de dano grave.

RESULTADOS

Foram identificados e tratados ao todo 1109 quase erros em prescrições de quimioterapia. Do total de intervenções efetuadas, 28% foram classificadas como “extremamente significativas”, outros 50% como “muito significativas”, e o restante dos 22% foram consideradas “significativas”.

NÚMERO TOTAL DE QUASE ERROS
JUNHO 2024 A MAIO 2025

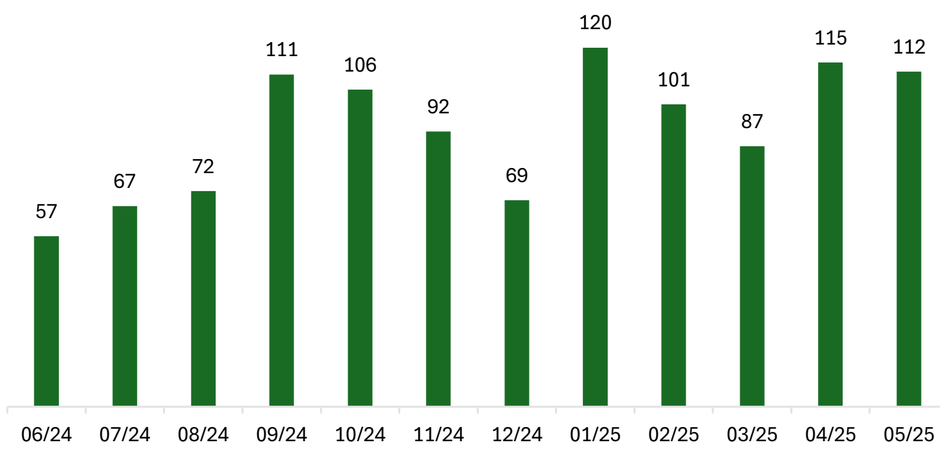
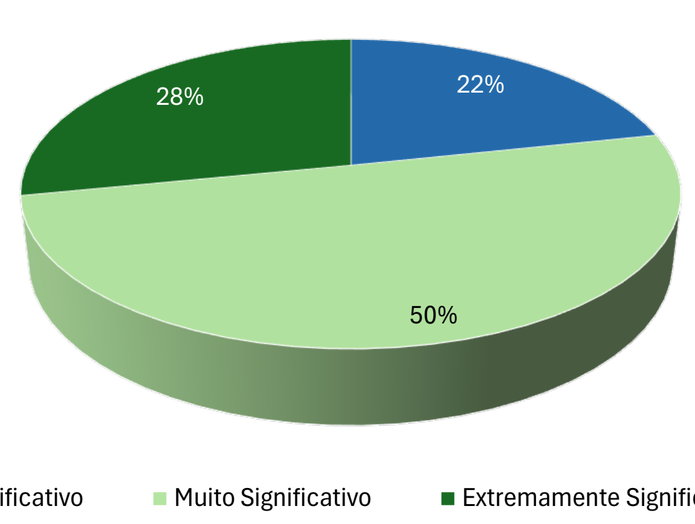


Gráfico com o total de quase erros identificados no processo de análise farmacêutica das prescrições de quimioterapia.

CÓDIGO DE SIGNIFICÂNCIA DOS QUASE ERROS
JUNHO 2024 A MAIO 2025



Código de significância das intervenções farmacêuticas realizadas a partir dos quase erros identificados no processo de análise de prescrição de quimioterapia .

EXTRATIFICAÇÃO QUASE ERROS
JUNHO 2024 A MAIO 2025

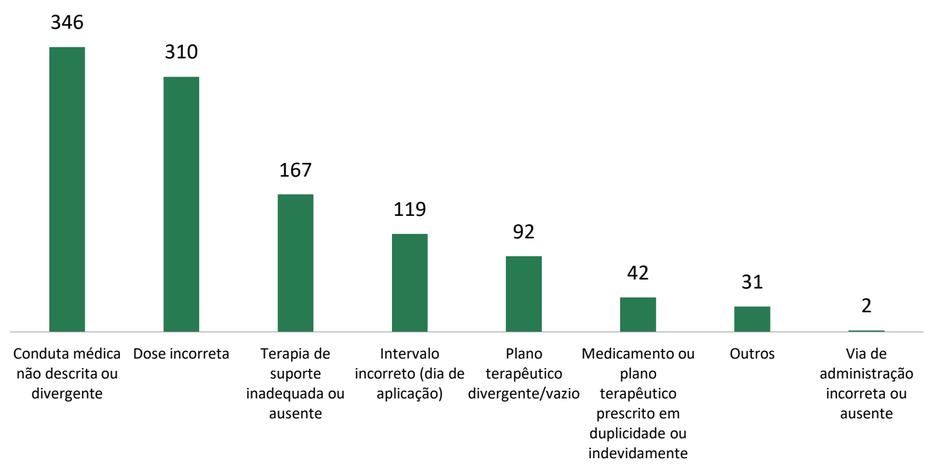


Gráfico estratificando os tipos de intervenções farmacêuticas realizadas a partir dos quase erros identificados no processo de análise de prescrição de quimioterapia.

CONCLUSÕES

Esses resultados demonstram que a atuação do farmacêutico na análise de prescrições oncológicas é uma prática altamente relevante, com impacto positivo direto no cuidado aos pacientes e que essa abordagem contribuiu para uma assistência mais personalizada e segura, reforçando o papel essencial do farmacêutico na promoção da saúde e na melhoria da qualidade e segurança do tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

KOHN, L.T.; CORRIGAN J.M.; DONALDSON, M.S.: To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 1999.
FARRÉ, R.; CLOPÉS, A.; SALA, M. L.; et al. Intervenciones farmacéuticas (parte I): metodología y evaluación. Farm Hosp. v. 24, n. 3, p. 136-144, 2000.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

RADIOTERAPIA COMO RETAGUARDA ASSISTENCIAL DURANTE A ENCHENTE DE 2024: ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO

ALINE MORAES DE ABREU, KARINE AZEVEDO SALAZAR, WILLIAM CORRÊA TRINCA, THIELEN BRUNA PIRES

INTRODUÇÃO

A enchente de maio de 2024, que afetou severamente a cidade de porto alegre, comprometeu a estrutura física e operacional de diversas unidades hospitalares, exigindo respostas imediatas para garantir a continuidade do cuidado. A unidade de radioterapia do hospital mãe de deus, por estar localizada em área preservada, assumiu papel de retaguarda, acolhendo equipes, pacientes e fluxos assistenciais de outras áreas impactadas. Relatar a experiência da unidade como núcleo de apoio assistencial emergencial, assegurando atendimento contínuo, segurança do paciente e suporte às demais unidades.

METODOLOGIA

Relato de experiência com abordagem assistencial, estrutural e de gestão de crise. A atuação envolveu:
• Reorganização imediata de fluxos físicos e de pacientes
• Redefinição de agendas e acolhimento de profissionais de outras unidades
• Implantação de protocolos interdisciplinares emergenciais
• Reforço de equipe de apoio, higienização, acolhimento e segurança
• Alinhamento diário com a direção técnica e assistencial a unidade passou a concentrar atendimentos ambulatoriais e cuidados oncológicos que não puderam ser realizados em outros setores do hospital.

NPS

Entrega de insumos com apoio de Exercito Brasileiro

RESULTADOS

A unidade acolheu 80 pacientes adicionais durante o período de emergência. Todos os tratamentos radioterápicos foram mantidos. O NPS da unidade manteve-se em boa performance, mesmo diante da sobrecarga. Nenhum evento adverso grave foi registrado. A ação integrada contribuiu para a resiliência institucional e continuidade do cuidado oncológico.
A transformação emergencial da unidade em polo de retaguarda reforça o papel da liderança técnica, do preparo da equipe multiprofissional e da flexibilidade operacional na garantia do cuidado oncológico em cenários de calamidade.
A experiência fortaleceu a cultura colaborativa e destacou o potencial da assistência oncológica como eixo essencial.

Comunicados

Momento de agradecimento para toda equipe

CONCLUSÕES

A atuação da unidade de radioterapia do Hospital Mãe de Deus durante a enchente de maio de 2024 em Porto Alegre se mostrou um exemplo notável de resiliência e adaptação. A rápida reorganização para se tornar um polo de retaguarda, acolhendo pacientes, equipes e fluxos de outras áreas afetadas, garantiu a continuidade do cuidado oncológico em um cenário de calamidade.O relato de experiência demonstra que, a equipe conseguiu manter a qualidade e a segurança do atendimento, sem registrar eventos adversos graves e preservando a boa performance do NPS. Essa capacidade de resposta imediata ressalta a importância de uma liderança técnica eficaz, de uma equipe multiprofissional bem preparada e da flexibilidade operacional para lidar com situações emergenciais.A experiência vivida fortalece a cultura colaborativa na instituição e sublinha a relevância da assistência oncológica como um serviço essencial, capaz de ser reconfigurado para servir como pilar de apoio em momentos de crise. O sucesso dessa operação emergencial serve como um modelo para outras instituições de saúde, evidenciando que a preparação e a integração de equipes são cruciais para assegurar o cuidado contínuo e a segurança dos pacientes, mesmo nas circunstâncias mais desafiadoras.

REFERÊNCIAS

Baggio L. Aprendizados da enchente de maio de 2024 no Rio Grande do Sul: impacto nos serviços de saúde e recomendações para retaguarda assistencial. Rev Bras Cancerol. 2024;70(3):e-241001.
Müller-Polyzou R, Ahluwalia M, Chang J, Jones S, Marples B, Mileshkin L, et al. Radiotherapy continuity for cancer treatment: lessons learned from natural disasters. medRxiv [Preprint]. 2024 Jul 18. doi:10.1101/2024.07.18.24310636.
Mahapatra P, Paudyal P, Ghimire J, Dahal N, Palaian S. A longitudinal qualitative study on physician experience in disasters: impact on non-communicable disease care. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):803. doi:10.1186/s12913-024-11001-y.

REDUÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A CVC EM UTI PEDIÁTRICA: IMPACTO DE INTERVENÇÕES CLÍNICAS E CICLO

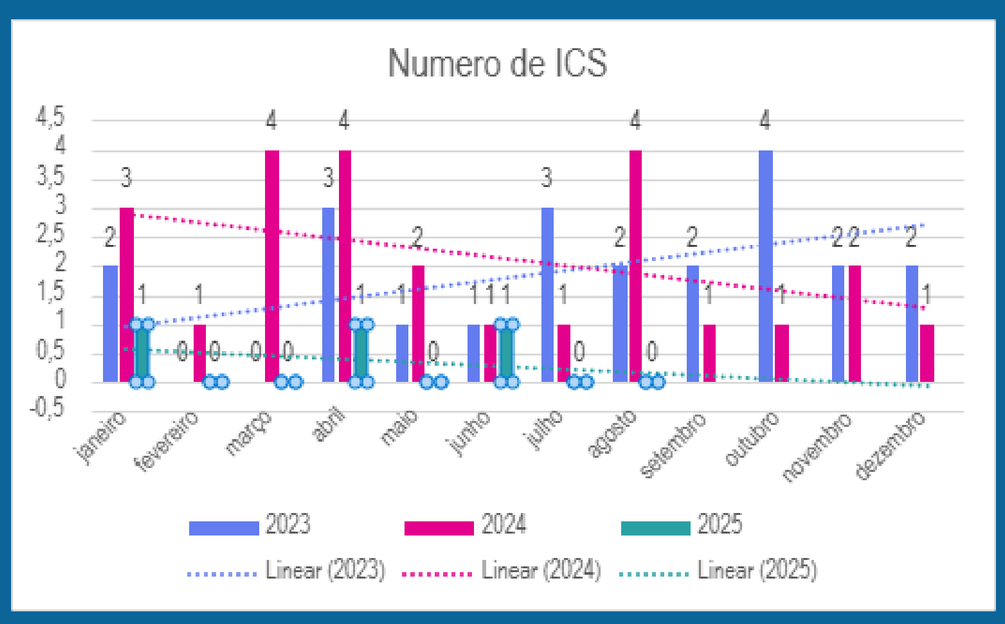
Alice França

INTRODUÇÃO

As infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central (CVC) constituem importante desafio em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP), elevando morbimortalidade, tempo de internação e custos hospitalares. A aplicação de estratégias estruturadas de prevenção e de metodologias de melhoria contínua, como o ciclo *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), pode reduzir significativamente esses eventos adversos.

METODOLOGIA

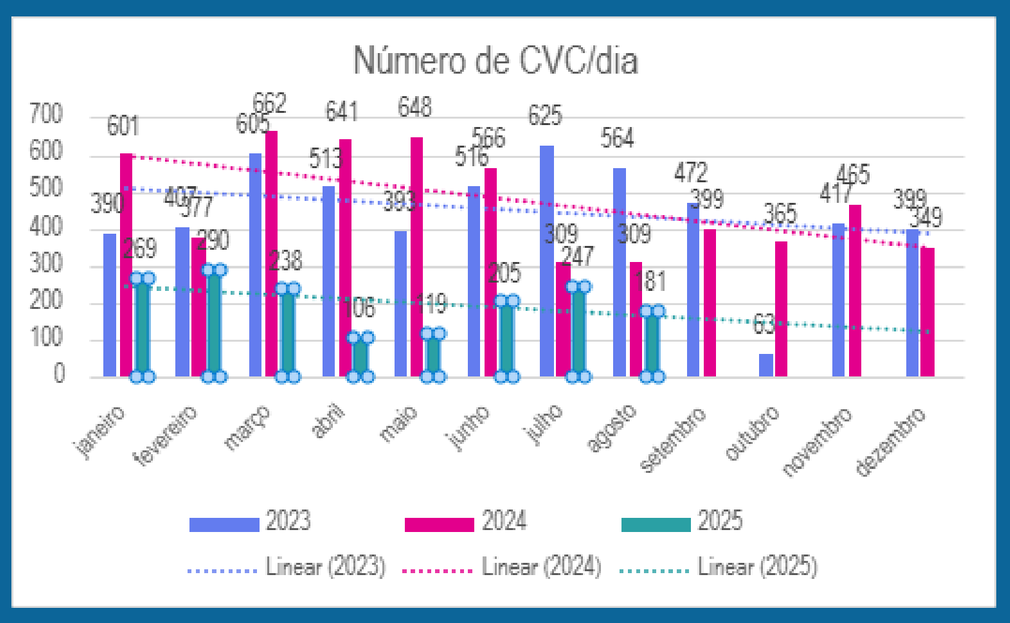
Estudo quase-experimental conduzido em hospital privado de grande porte. As intervenções incluíram: implantação de *bundles* para inserção e manutenção de CVC, capacitação multiprofissional, auditoria direta de práticas, feedback imediato à equipe e reuniões mensais de análise de indicadores. O ciclo PDSA foi aplicado de forma iterativa, com ajustes contínuos nos processos. Foram analisados casos de infecção associada a CVC e dias de uso de CVC entre janeiro/2023 e julho/2025. As taxas foram calculadas por 1.000 CVC-dia..



NÚMERO DE INFECÇÕES DE CATETER DE 2023 A JULHO DE 2025

RESULTADOS

Em 2023 foram registrados 22 casos em 5.367 CVC-dia (taxa de **4,1/1.000**). Em 2024, ocorreram 24 casos em 5.941 CVC-dia (taxa de **4,0/1.000**). Em 2025, até julho, houve apenas 3 casos em 1.655 CVC-dia (taxa de **1,8/1.000**), representando **redução de 56%** em relação a 2023. Observou-se maior estabilidade das taxas a partir do segundo semestre de 2024, indicando sustentabilidade da intervenção.



NUMERO DE CVC/DIA DE 2023 A JULHO DE 2025

CONCLUSÕES

A implementação de intervenções clínicas estruturadas, associadas ao ciclo PDSA, resultou em redução significativa e sustentada das infecções relacionadas a CVC em UTIP. Os resultados reforçam a importância do trabalho multiprofissional, da auditoria contínua e da melhoria de processos, com potencial de replicação em outras unidades críticas e contribuição relevante para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clin Infect Dis.* 2011;52(9):e162–e193.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. Brasília: ANVISA; 2017.

RESULTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

PATRICIA SAYURI HIROYAMA, MYLENE GOMES DA SILVA, KAROLINE COSTA DE CARVALHO, JULIA ATAÍDE

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares correspondem às maiores taxas de mortalidade no Brasil e no mundo. A dor torácica é o principal sintoma de um paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e seu diagnóstico imediato e tratamento precoce são fatores que podem definir o prognóstico do paciente. O protocolo de dor torácica é um instrumento que auxilia os profissionais de saúde na tomada de decisões eficazes nesse tratamento, com o intuito de garantir o sucesso no atendimento.

METODOLOGIA

O Projeto Boas Práticas junto a um Hospital de Excelência localizado em São Paulo, atua em 150 UPAs. Um de seus objetivos é a implantação de protocolos assistenciais baseados em diretrizes, com o intuito de aprimorar o atendimento e a eficiência no manejo de condições cardiovasculares. Em parceria com uma UPA localizada na região metropolitana de Pernambuco/RE, o projeto auxiliou na implementação do protocolo de dor torácica na unidade, visando a identificação de sinais e sintomas de forma precoce e auxílio na tomada de decisão. Para o presente estudo, o tempo porta-eletrocardiograma (ECG) foi utilizado como principal indicador, comparando os três primeiros meses de atuação do projeto na unidade com os três últimos meses após a implementação do protocolo.

Imagem 1: Localidades atendidas pelo projeto.

RESULTADOS

Em uma análise comparativa entre os períodos de abril a junho de 2024, correspondentes aos três primeiros meses de implementação do projeto, e outubro de 2024 a janeiro de 2025, referentes aos últimos meses de avaliação, observou-se uma redução de 50% no tempo porta-ECG. Vale ressaltar que o tempo anterior à implantação já era bom, pensando nas referências em Guideline de 10 min, e, portanto o desafio de melhorar foi ainda maior.

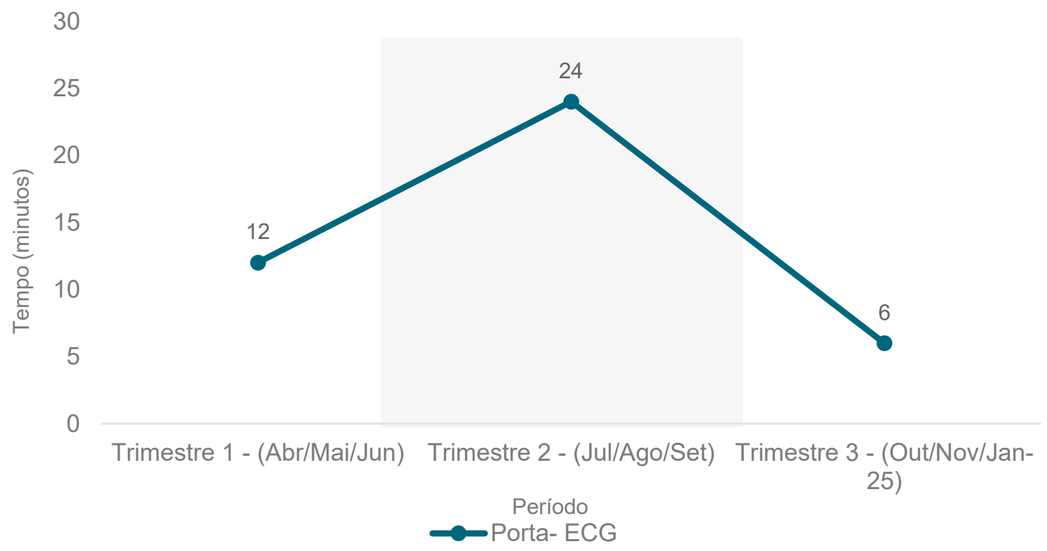


Imagem 2: Mediana do tempo porta-ECG por trimestre.

CONCLUSÕES

A implementação do protocolo de dor torácica demonstrou resultado positivo na agilidade do atendimento na UPA, resultando na redução significativa do tempo porta-ECG, mesmo em um cenário já próximo ao recomendado. Esses resultados reforçam a importância de protocolos estruturados e capacitação da equipe para a identificação precoce da síndrome coronariana aguda, contribuindo para a otimização do cuidado e potencial melhoria dos desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial da Saúde.

Sensibilidade clínica e intervenção:
O papel do farmacêutico na detecção de erros terapêuticos

Evelin Mello, Ana Paula Consolin, Regina Célia, Flávia Toledo

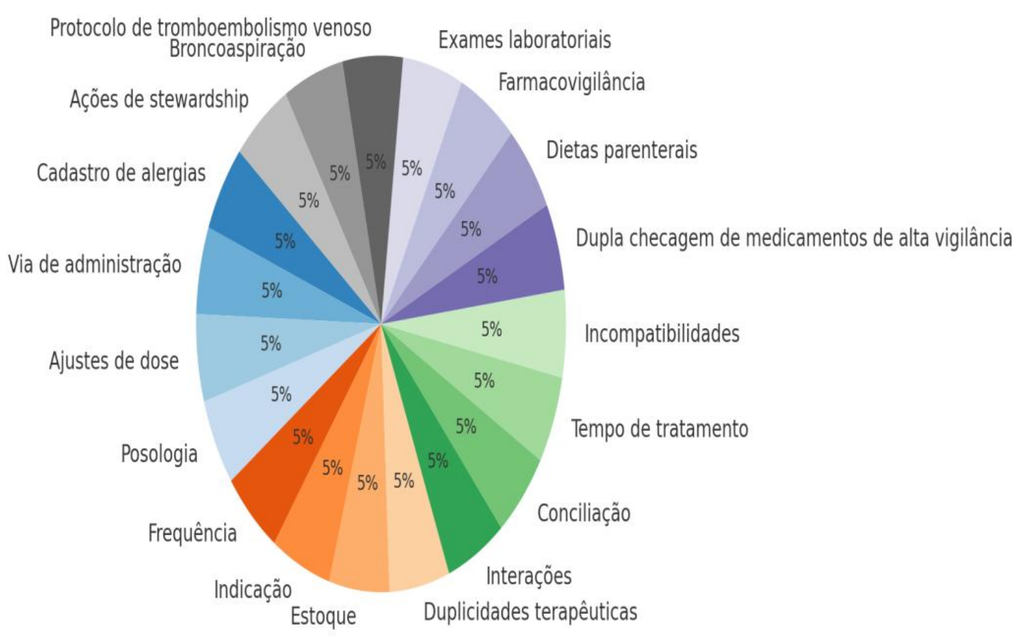
INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é prioridade global na assistência à saúde. Erros terapêuticos, falhas evitáveis no processo de uso de medicamentos, estão entre as principais causas de eventos adversos nas instituições. Podem ocorrer durante aquisição, prescrição, dispensação, administração e/ou monitoramento da farmacoterapia. Nesse cenário, o farmacêutico clínico exerce papel estratégico na identificação precoce de falhas, contribuindo diretamente para a prevenção de danos. A sensibilidade clínica, aliada à atuação multiprofissional, é essencial para a detecção e intervenção de eventos.

METODOLOGIA

Por meio da avaliação diária das prescrições médicas pelos farmacêuticos clínicos, são analisadas em torno de 1.100 prescrições/mês, conforme protocolo institucional. Os critérios de avaliação incluem: cadastro de alergias, via de administração, ajustes de dose, posologia, frequência, indicação, estoque, duplicidades terapêuticas, interações, conciliação, tempo de tratamento, incompatibilidades, dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, dietas parenterais, farmacovigilância, exames laboratoriais, protocolo de tromboembolismo venoso, broncoaspiração e ações de stewardship.

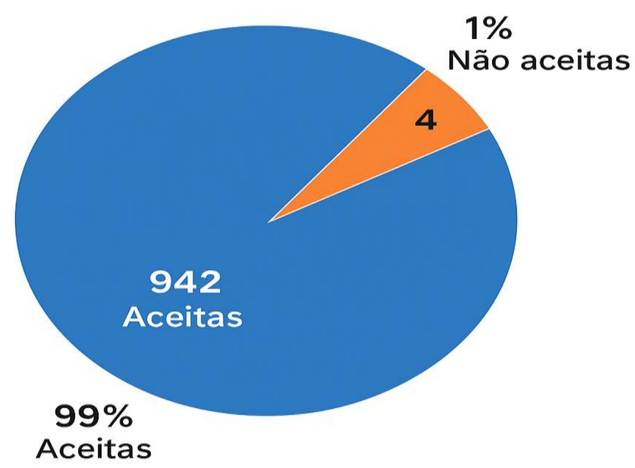
Critérios de Avaliação das Prescrições Médicas



Distribuição de Critérios de Avalição das Prescrições Médicas

RESULTADOS

As intervenções demonstraram que a sensibilidade clínica é uma competência-chave do farmacêutico. Os erros mais comuns foram: ajustes de dosagem (funções renal/hepática, dose de ataque e manutenção), interações relevantes, duplicidades, indicações inadequadas e medicamentos contraindicados. A atuação proativa resultou em taxa de aceitação médica no ano de 2024 de 94% a 100%. Entre março e maio de 2025, foram realizadas 942 intervenções aceitas e 4 não aceitas, atingindo 99% de aceitação. As recusas referem-se à duração da farmacoterapia e à reposição de eletrólitos em pós-operatório sem novos exames.



Proporção de intervenções farmacêuticas aceitas e não aceitas.

Equipe de farmacêuticos clínicos responsáveis pelas intervenções e acompanhamento terapêutico.

CONCLUSÕES

O farmacêutico clínico é fundamental para o uso seguro e racional de medicamentos. Sua atuação reduz riscos, fortalece o cuidado centrado no paciente e promove a cultura de segurança. A sinergia entre farmácia clínica, equipe médica, enfermagem e demais profissionais impacta positivamente nos desfechos clínicos e na prevenção de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Farmácia clínica no cuidado ao paciente: manual de implantação de serviços.* Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS RELACIONADAS A PERDA DA MEMÓRIA

ANELISE VIVIAN FUHR, ESSARA CAMPESATO FONTES, VANDERLÉIA DA ROCHA SCHARB CERESER, VERÔNICA LUBIAN

INTRODUÇÃO

O presente trabalho se refere ao Centro da Memória, localizado em uma Unidade Externa de um Hospital de grande porte de Porto Alegre/RS. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar especializada em atendimento a pacientes com perda de memória, composta por enfermeiro, médico neurologista e psicólogo. O objetivo deste relato de experiência é mostrar a importância de um centro especializado, para a investigação precoce de doenças relacionadas a perda da memória, prevenção e modificação de fatores de risco. Destacamos a importância do trabalho multidisciplinar no atendimento do paciente e familiares/cuidadores em casos de perda da memória.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo do tipo relato de experiência realizado pela equipe multidisciplinar. O atendimento do paciente começa com a avaliação da enfermeira, a qual está capacitada para fazer os testes de rastreio (Testes MoCA – Avaliação Cognitiva de Montreal e MEEM – Mini Exame do Estado Mental) e questionários específicos, estes são aplicados tanto no paciente quanto no familiar. Os testes detectam o comprometimento cognitivo leve, indicam funções que necessitam de investigação minuciosa, avaliam atividades funcionais do paciente e fatores de riscos associadas a perda das funções cognitivas. Neste Centro da Memória, que esta funcionando e atendendo pacientes há 24 meses, já foram realizados 260 atendimentos (de pacientes entre 53 a 98 anos). Durante o acolhimento, realizado pela enfermeira, é explanado ao paciente e familiar a dinâmica do atendimento assistencial, através das avaliações a serem realizadas e que serão direcionadas ao médico neurologista, o qual realiza a avaliação clínica e aplica os protocolos de investigação, afim de chegar ao diagnóstico da doença que está causando a perda da memória.

Após a consulta e avaliação dos testes que já foram aplicados o médico neurologista solicita a realização de exames conforme os protocolos: Avançado – RM, Avançado – LCR, Avançado – PET FBB e Avançado – PET FDGF para complementar a investigação e chegar ao diagnóstico.

Centro da Memória Hospital Moinhos de Vento

Fonte da figura: https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/10/12/qual-e-a-pessoa-mais-nova-com-alzheimer-no-mundo.ghtml

RESULTADOS

No Centro da Memória da referida instituição, quando o paciente é diagnosticado com Doença de Alzheimer é encaminhado para realizar o tratamento com medicação endovenosa, que já está disponível no Brasil. De acordo com os especialistas do Centro a minoria das doenças de memória são hereditárias. Os estudos mostram que até 50% das demências estão associadas a fatores de risco modificáveis, muitos relacionados aos hábitos de vida saudáveis dos pacientes, como por exemplo alimentação e realização de atividade física regular. A identificação do declínio cognitivo, percebido primeiramente pelos familiares e/ou pessoas que convivem com o paciente, auxilia no diagnóstico precoce, porque eles estimulam e/ou acompanham o paciente a um atendimento médico especializado.

Recepção Unidade onde o Centro da Memória esta localizado.

Ambulatório de tratamento de Doença de Alzheimer no Centro da Memória

CONCLUSÕES

Com a experiência de dois anos trabalhando com pacientes que investigam as doenças de perda da memória, constatamos que um serviço com profissionais de excelência, equipe multidisciplinar, protocolos estabelecidos, participação da família/cuidadores são fatores que contribuem para a qualidade de vida do paciente. Atualmente com a disponibilidade de um tratamento com medicamento específico para pacientes com o diagnóstico de Alzheimer a expectativa é que os mesmos tenham uma melhor qualidade de vida, pois o tratamento possibilita a redução e/ou o retardo da progressão da doença e dos sintomas de demência.

REFERÊNCIAS

1. Centro da Memória do Hospital Moinhos de Vento previne 1 a cada 2 casos de demência no país.17/12/2023. < https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/noticias/centro-da-memoria-hospital-moinhos-de-vento-previne-declinio-causado-por-doencas-cerebrais> Acesso em: 16/09/2025
2. O que causa o Alzheimer e como evitá-lo? 20/02/2024. <https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/blogsaudeevoce/o-que-causa-o-alzheimer-e-como-evita-lo> Acesso em: 17/09/2025.
3. Novos tratamentos e avanços no combate ao Alzheimer. 08/09/2025. <https://medicinasa.com.br/novos-tratamentos-alzheimer/> Acesso em 16/09/2025.
4. BORELLI. W.V. Manejo das demências em fase avançada: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/NB9jFC4FtvNPqrzrZXKqrpH/?lang=pt> 2022. Acesso em:17/09/2025..

TELEINTERCONSULTORIA DO PROJETO BOAS PRÁTICAS (BP) E SEU EFEITO NA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE

PATRICIA SAYURI HIROYAMA, MYLENE GOMES DA SILVA, KAROLINE COSTA DE CARVALHO, JULIA ATAÍDE

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) e as arritmias graves são agravos agudos à saúde, nos quais o diagnóstico precoce e o tratamento imediato são fundamentais para obtenção de desfechos clínicos favoráveis. Nesse contexto, o Projeto BP, vinculado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) e realizado pela BP, a Beneficência Portuguesa de São Paulo, busca otimizar o atendimento emergencial por meio do envio de laudos de eletrocardiogramas (ECGs) e realização de teleinterconsultorias para casos constatados críticos, ou seja, com diagnóstico de IAMCSST ou arritmias graves.

METODOLOGIA

Foram analisados dados de ECGs de 150 UPAs, realizados entre os meses junho de 2024 a janeiro de 2025. Nos casos classificados como críticos, foi disponibilizado suporte à decisão clínica por meio de teleinterconsultoria. O desfecho clínico dos pacientes críticos foi acompanhado por meio de contato com as UPAs, realizado 48 horas após a ocorrência do caso. Para a análise de efeito, foram considerados os indicadores:

1. **Taxa de adesão das UPAs à teleinterconsultoria**, medida pelo número de teleinterconsultorias aceitas pelo médico da unidade em relação às solicitações realizadas.
2. **Desfecho dos pacientes críticos**, com ênfase na ocorrência de óbito.

RESULTADOS

No período analisado, foram realizados 618.644 laudos. Destes, 10.995 exames foram classificados como crítico. O percentual de teleinterconsultorias aceitas pelas unidades varia entre 51,1% e 64,4%, mostrando um aumento na adesão. O estudo também realizou o levantamento da quantidade total de óbitos registrados mensalmente, em relação ao total de laudos com resultados críticos.

RESULTADOS

Nota-se uma taxa de mortalidade consideravelmente baixa, inferior a 4% dos casos. Ademais, uma análise comparativa no período descrito, observou que a mediana de óbitos no primeiro quadrimestre foi de 39, e no último quadrimestre, de 31, o que corresponde a uma redução de 20,5%.

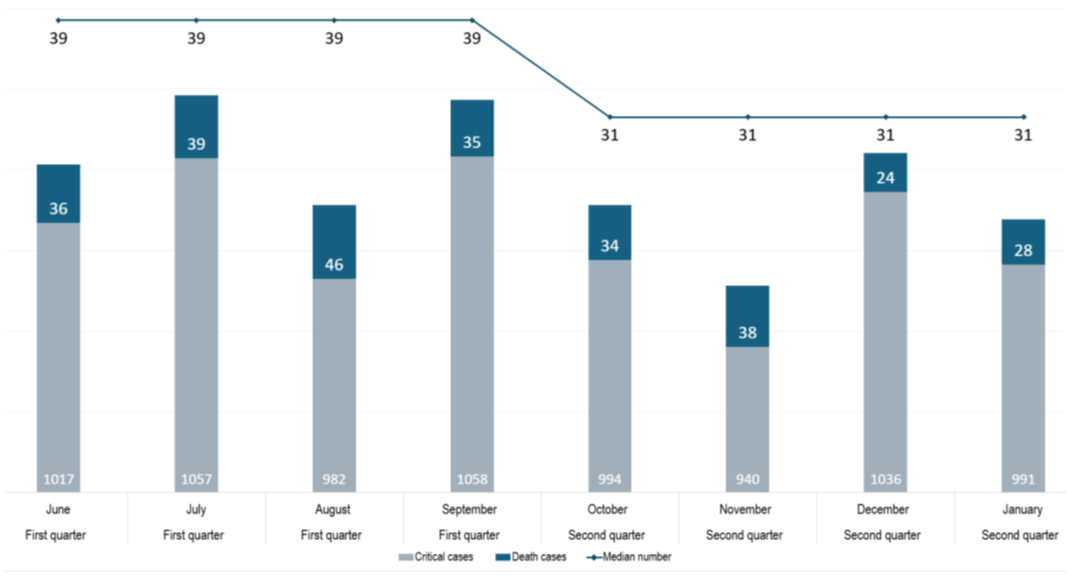


Gráfico 1: Relação entre casos críticos, número de mortes e a mediana por quadrimestre.

Mês	% de morte	Mediana do quadrimestre
Junho	4%	39
Julho	4%	
Agosto	5%	
Setembro	3%	
Outubro	3%	31
Novembro	4%	
Dezembro	2%	
Janeiro	3%	
Total	28%	

Tabela 1: Porcentagem de mortes de junho de 2024 até janeiro de 2025 e mediana do número de mortes por quadrimestre.

CONCLUSÕES

A discussão de casos por meio da teleinterconsultoria, em tempo real e com o apoio de profissionais especializados, proporcionou uma abordagem clínica mais precisa e segura. Essa estratégia favoreceu intervenções oportunas e sugere uma redução da morbimortalidade entre os pacientes cardiológicos. Nesse contexto, a atuação do Projeto Boas Práticas tem se consolidado como uma ferramenta eficaz no apoio ao diagnóstico e à tomada de decisão clínica, reforçando os impactos positivos da interação remota no manejo de casos críticos em UPAs.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial da Saúde.

TEMPLATES ESTRUTURADOS NA FARMÁCIA CLÍNICA: INOVAÇÃO PARA SEGURANÇA ASSISTENCIAL

Letícia Lorrayne de Carvalho Souza, Danilo Belchior Ponciano, Renata Cristina do Amaral, Juliana Roberta de Castro Sousa

INTRODUÇÃO

A atuação clínica do farmacêutico tem se consolidado como parte essencial no cuidado multiprofissional em saúde. Nesse contexto, a padronização dos registros do acompanhamento farmacoterapêutico é estratégica para garantir a continuidade do cuidado, rastreabilidade das intervenções e segurança do paciente. Alinhada às diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde, a utilização de dados prontamente disponíveis em prontuários contribui para a comunicação efetiva e mitigação de riscos.[1] Objetivo: Descrever o impacto da implementação de templates estruturados na evolução farmacêutica de pacientes oncológicos.

METODOLOGIA

Estudo observacional e descritivo, realizado em um ambulatório de oncologia de um hospital privado de São Paulo, no período de janeiro de 2024 a junho de 2025. Foram desenvolvidos dois templates de acompanhamento farmacêutico: “Acompanhamento de Quimioterapia Endovenosa” e “Acompanhamento de Terapia Oral Antineoplásica”. Os modelos contemplam dados estruturados como modalidade do atendimento (presencial, telefarmácia, teleconsulta), motivo da consulta, histórico clínico (diagnóstico, comorbidades, alergias, reações prévias, medicamentos em uso) e conduta farmacêutica (medicação dispensada ou protocolo endovenoso com prescrição de sintomáticos). Incluem ainda o método de orientação, identificação de barreiras de aprendizagem e avaliação do entendimento do paciente. Através desse modelo de registro é possível extrair os dados em relatórios, além de incluir alertas de acionamento para equipe multiprofissional.

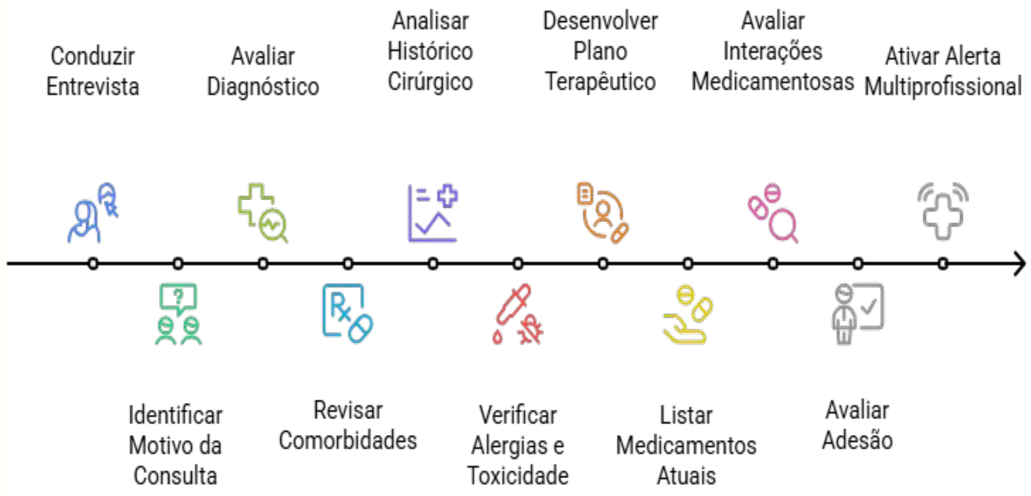


Figura 1. Fluxograma de informações coletadas no template de acompanhamento de quimioterapia oral.

Figura 2. Fluxograma de informações coletadas no template de acompanhamento de quimioterapia endovenosa

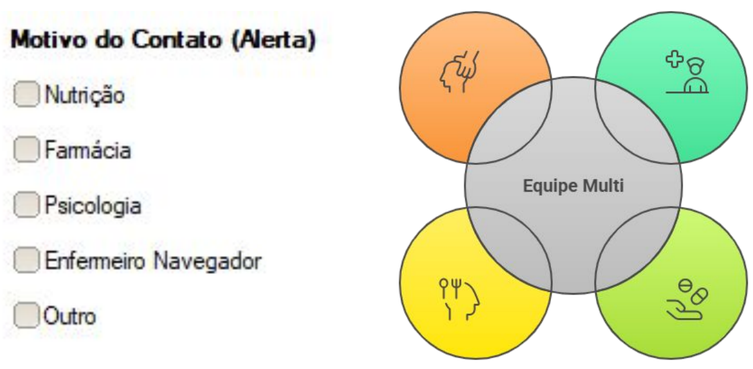


Figura 3. Alerta para equipe multiprofissional quanto à necessidade de contatar os pacientes.

RESULTADOS

O modelo para terapia oral foi disponibilizado em 2023 e o de quimioterapia endovenosa em 2024. Até junho de 2025, foram registrados 11.975 acompanhamentos estruturados (171 de endovenosa e 11.804 de terapia oral). Observou-se maior clareza na comunicação interprofissional, visibilidade das ações farmacêuticas e integração com outros registros clínicos. Por meio dos alertas do template é possível direcionar o próximo cuidado necessário para os profissionais de saúde. Comportamentos emocionais são direcionadas para o psicólogo, questões alimentares para o nutricionista e a continuidade do monitoramento das toxicidades para o enfermeiro.

Figura 4. Linha do tempo do processo de desenvolvimento dos templates estruturados

Figura 5. Plataforma Digital de Telefarmácia para consultas farmacêuticas de seguimento de terapia antineoplásica

CONCLUSÕES

A introdução dos templates estruturados para o acompanhamento das terapias oral e endovenosa no contexto oncológico demonstrou um impacto significativo na qualidade da assistência prestada. A padronização dos registros não apenas aprimorou a comunicação interprofissional, mas também potencializou a visibilidade das ações farmacêuticas, garantindo um acompanhamento mais eficaz e seguro dos pacientes. A integração desses registros com outros sistemas clínicos contribuiu para uma governança clínica mais robusta, promovendo maior alinhamento entre as equipes e maior conformidade com as melhores práticas de segurança assistencial. Em suma, a adoção dessa abordagem estruturada tem se mostrado um avanço importante para a melhoria contínua da qualidade no cuidado oncológico, com reflexos positivos na segurança, na gestão da informação e na eficiência do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. SOUSA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. 212 p.: il. tab.; graf. ISBN: 978-85-8432-015-8

TERAPIA DE ALTO FLUXO COMO ABORDAGEM MENOS INVASIVA NO SUPORTE VENTILATÓRIO NEONATAL

DANIELE GUGLIELMO LOPES, THAYNÃ DE NARDI STRADA, RENATA FUKUGAVA, JANAÍNA FERREIRA DE MELLO

INTRODUÇÃO

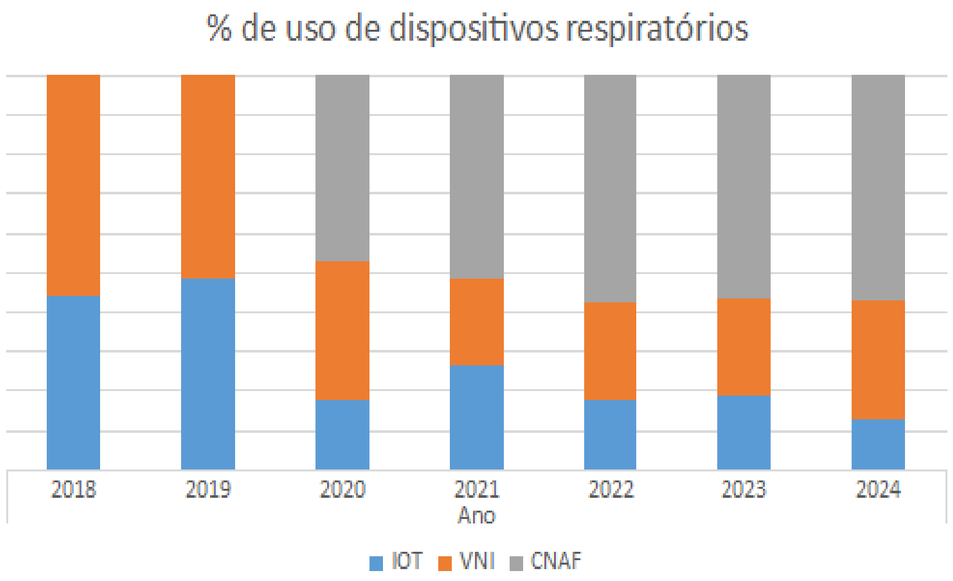
A insuficiência respiratória é uma das condições mais comuns que afetam recém-nascidos em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). O tratamento dessa condição exige a utilização de diversas modalidades terapêuticas, entre as quais a ventilação mecânica invasiva e não invasiva desempenham papéis cruciais. No entanto, o uso prolongado de ventilação mecânica está associado a diversos riscos, como lesão pulmonar, infecções e complicações de longo prazo, distensão abdominal e maior necessidade de sedação. Nos últimos anos, o catéter nasal de alto fluxo (CNAF) tem emergido como uma alternativa eficaz para redução do trabalho respiratório, melhora da troca gasosa e menor risco de barotrauma e/ou pneumotórax. Estudos apontam que o uso precoce do CNAF pode reduzir a necessidade de escalonamento para modalidades mais agressivas de suporte ventilatório, reduzir risco de infecções como pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), redução da necessidade de sedativos e vias alternativas de alimentação, priorizando com isso a amamentação e otimizando o desmame ventilatório, promovendo maior conforto ao recém-nascido e menor tempo de internação.
Este trabalho tem como objetivo Avaliar como a implantação da terapia de alto fluxo no suporte respiratório inicial ao recém nascido contribuiu com a redução da necessidade de ventilação mecânica e a incidência de pneumotórax em uma unidade de terapia intensiva neonatal de média complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e descritivo, no qual foram analisadas as planilhas de coleta de dados mensais realizadas pela equipe de fisioterapia, onde foram incluídos os recém nascidos que tiveram necessidade de suporte ventilatório, admitidos entre janeiro de 2018 e dezembro de 2024. Foi avaliada também a ocorrência de pneumotórax associado à ventilação mecânica nesse grupo, no mesmo período. As informações foram organizadas em planilhas eletrônicas e analisadas com a apresentação dos dados em números absolutos e percentuais.

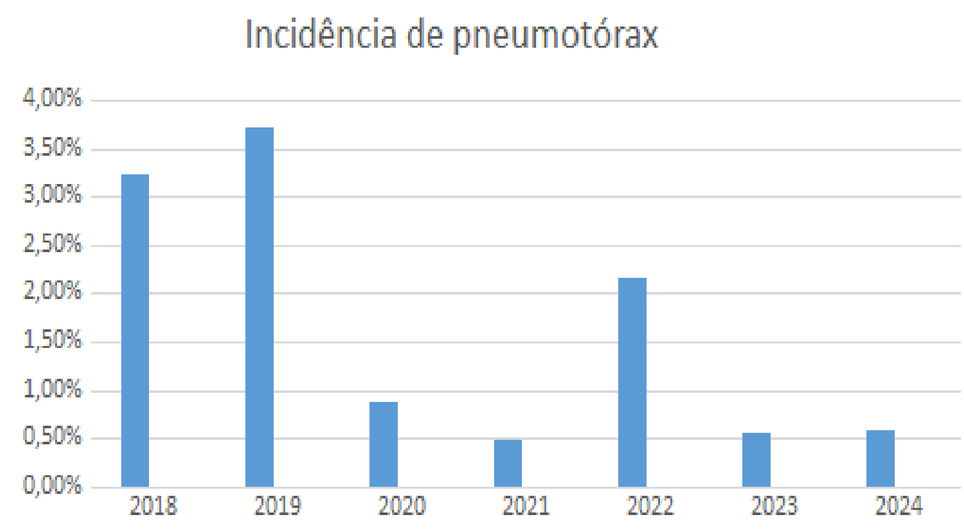
RESULTADOS

No período analisado, 1165 recém nascidos necessitaram de algum tipo de suporte ventilatório à admissão**.** Entre os anos de 2018 e início de 2020, os suportes respiratórios disponíveis eram apenas os equipamentos de ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Nesse período, 1,4% dos bebês evoluíram com necessidade de ventilação invasiva e 2,1% para não invasiva. A análise dos dados à partir do primeiro trimestre de 2020 demonstrou uma redução progressiva de ventilação mecânica com a implantação do catéter de alto fluxo na unidade. A média de uso de ventilação mecânica invasiva no período foi de 1,1%, onde em 2024, essa taxa foi de apenas 0,72%. Já em relação ao uso de ventilação mecânica não invasiva, a média foi de 1,56% entre os anos de 2020 à 2024, demonstrando também uma queda expressiva. Quanto à incidência de pneumotórax entre os recém-nascidos que receberam algum tipo de suporte respiratório, houve uma marcante redução de 3,46% para 0,92% com a implantação da terapia de alto fluxo na unidade.



Distribuição do uso de dispositivos respiratórios.

Quanto à incidência de pneumotórax, houve uma marcante redução de 3,22% para 0,57%.



Incidência de pneumotórax de 2018 a 2024.

CONCLUSÕES

A introdução do catéter nasal de alto fluxo como suporte ventilatório inicial em recém-nascidos contribuiu significativamente para a redução da utilização de ventilação mecânica, sem aumento das taxas de falha terapêutica. O CNAF mostrou-se também como uma alternativa segura, eficaz e melhor tolerada pelos recém nascidos, com importante redução das taxas de ocorrência de pneumotórax, reforçando seu papel como estratégia de primeira escolha no suporte respiratório neonatal não invasivo.

REFERÊNCIAS

- Armarego, Michael et al. “High-flow nasal cannula therapy for infants with bronchiolitis.” The Cochrane database of systematic reviews vol. 3,3 CD009609. 20 Mar. 2024, doi:10.1002/14651858.CD009609.
- Mukerji, Amit et al. “Non-invasive respiratory support in preterm infants as primary mode: a network meta-analysis.” The Cochrane database of systematic reviews vol. 7,7 CD014895. 1 Jul. 2025, doi:10.1002/14651858.CD014895.
- Schmolzer GM, Kumar M, Pichler G, Aziz K, O'Reilly M, Cheung PY. Suporte respiratório não invasivo versus invasivo em recém-nascidos prematuros ao nascimento: revisão sistemática e meta-análise. BMJ (Ed. de Pesquisa Clínica) 2013;347:f5980. [DOI: 10.1136/bmj.f5980]

TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TIRR): ESTRATÉGIA DE PERCEPÇÃO PRECOCE PARA MELHORIA DOS DESFECHOS CLÍNICOS

Amanda Réder; Emanuelle Vescovi; Mirna Pessanha; Brunela Tabachi; Guilherme Fonseca

INTRODUÇÃO

O Time de Resposta Rápida (TIRR) é composto por profissionais especializados em cuidados críticos, que atuam diretamente à beira do leito. Seu principal objetivo é aumentar a segurança dos pacientes internados em unidades sem presença médica 24 horas, garantindo assistência multidisciplinar contínua. A atuação precoce permite prevenir a deterioração clínica e evitar eventos graves, como parada cardiorrespiratória. A identificação antecipada de sinais clínicos e o pronto atendimento estão diretamente associados à redução da mortalidade.

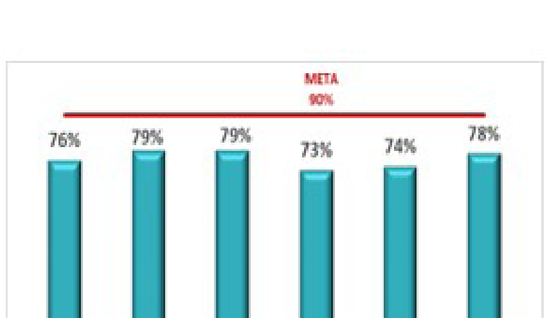
METODOLOGIA

O protocolo TIRR foi implantado em 2013 e aprimorado continuamente por meio de abordagem qualitativa e participativa. A gestão é realizada em reuniões do grupo de melhorias, com lideranças multidisciplinares e operacionais. As análises críticas utilizam ferramentas como *brainstorming* e Protocolo de Londres para identificação de causas raiz. Eventos adversos são discutidos com o Núcleo de Segurança do Paciente e, em casos de óbito, em comissão específica.

Em 2017, iniciou-se a mensuração de desfechos clínicos; em 2020, o protocolo foi integrado ao prontuário eletrônico; em 2021, criados painéis de gestão em tempo real. Recentemente, o Score de MEWS foi incorporado como critério adicional de acionamento, ampliando a capacidade de detecção precoce da deterioração clínica. Além disso, como lição aprendida, também foi criado o código azul, específico para atendimento imediato em caso de parada cardiorespiratórias.

Formulário eletrônico para acionamento do TIRR.

Número de acionamentos do TIRR

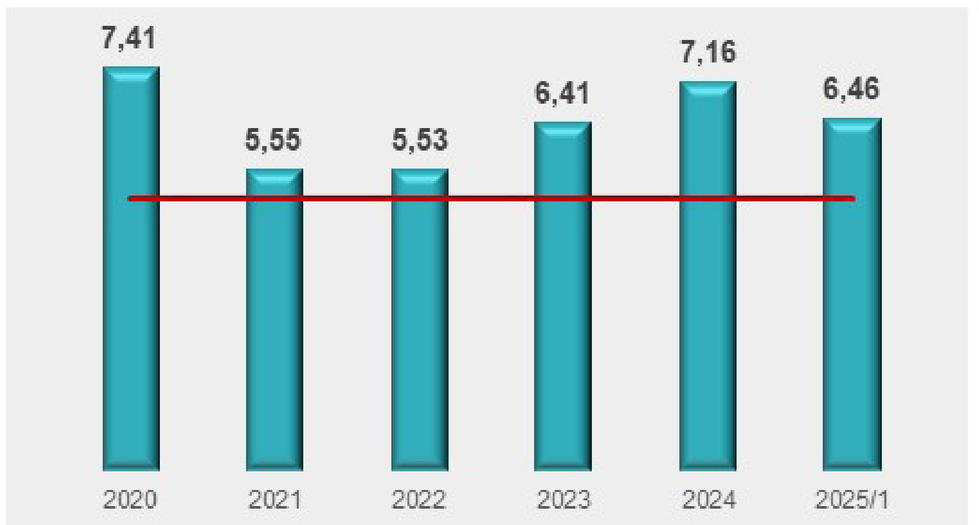


Percentual de atendimentos em até 5 minutos

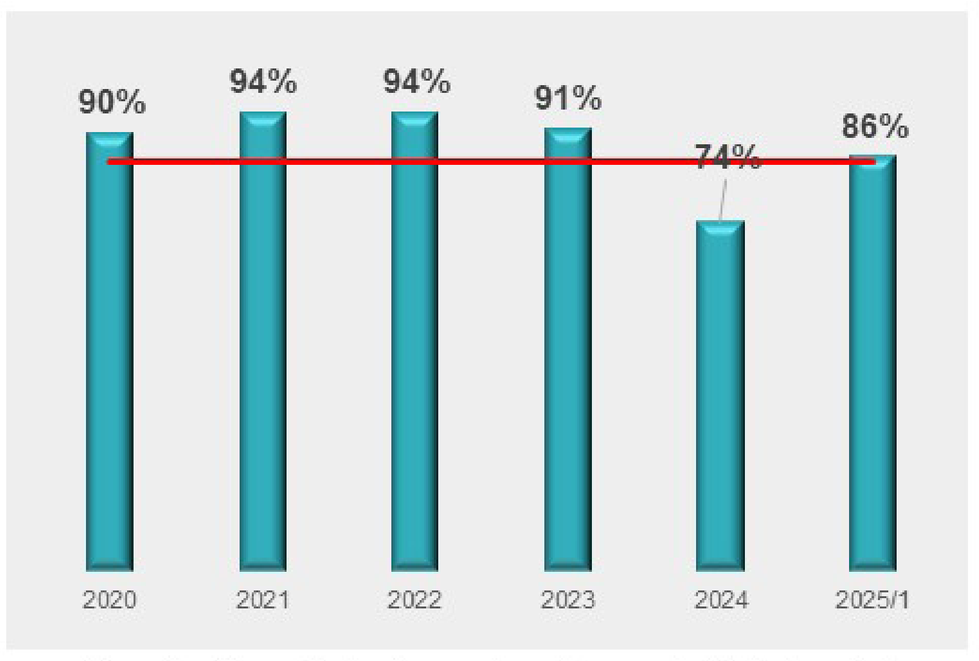
RESULTADOS

O protocolo possui indicadores de eficácia que mensuram desempenho das equipes nos atendimentos. O indicador de nº de acionamentos do TIRR ficou com os seguintes resultados: 1477 (2023), 1711 (2024) e 737 (2025/1). A mediana do tempo de chegada do médico para atendimento tem meta de 5 minutos, ficando em 7 minutos (2023), 6 minutos (2024) e 3,5 minutos (2025/1). A taxa de transferência para o CTI, com meta de 5%, variou entre 5% e 7%.

O indicador de percentual de pacientes da amostra crítica com desfecho clínico favorável, o qual possui meta de 85%, teve resultados excelentes, demonstrando eficácia nos atendimentos, com 91% (2023), 92% (2024) e 86% (2025/1), com tendência favorável até o fim do ano. Vale ressaltar que para pacientes em cuidados paliativos exclusivos, considera-se óbito como desfecho favorável se houver evidências de que todas as medidas de conforto foram garantidas ao paciente, conforme definido em Protocolo de cuidados paliativos institucional.



Tempo médio para a chegada do médico em minutos



Percentual de pacientes da amostra crítica com desfecho favorável

CONCLUSÕES

A informatização do protocolo e o acompanhamento em tempo real por painel de gestão trouxe mais fidedignidade aos resultados, não dependendo totalmente de registros manuais, e reduzindo a probabilidade de falhas. A interação entre o TIRR, núcleo de segurança do paciente e comissão de óbitos proporciona discussões dos desfechos com visão sistêmica, garantindo identificação das fragilidades do atendimento e do processo que possam ter impactado no desfecho do paciente.

REFERÊNCIAS

TAGUTI, Priscila da Silva; et al. The performance of a rapid response team in the management of code yellow events at a university hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 99-105, 2013.

GONÇALES, Paulo David Scatena; et al. Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 4, p. 442-448, out./dez. 2012.

TRILHA DE APRENDIZAGEM NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO E OS IMPACTOS ASSISTENCIAIS

Caroline Felipe Fernandes, Ernane de Sousa Almeida, Fabiana Alves da Conceição Melo, Natália Aparecida Piloto Galvão, Angela Figueiredo Sola

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde e as instituições de ensino para profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem possuem limitação para preparar plenamente o profissional para atuar na Central de Material e Esterilização (CME). O conteúdo ministrado é mínimo, não abordando as disciplinas essenciais para formar sobre as boas práticas necessária para atuação nessa unidade. Diante deste cenário, foi construído uma Trilha de Aprendizagem específica para a CME, com foco no desenvolvimento de competências, fortalecimento da cultura organizacional e alinhamento dos comportamentos e atitudes esperadas.

OBJETIVO

Relatar a experiência na construção e realização da trilha de aprendizagem para os colaboradores da CME e os impactos assistenciais no preparo dos Produtos para Saúde (PPS).

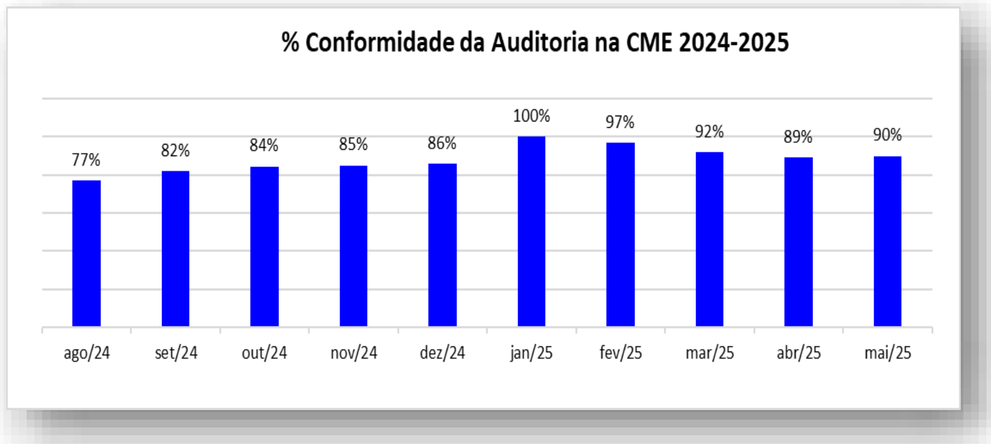
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, com abordagem descritiva e qualitativa, realizado no período de outubro de 2024 a maio de 2025, na CME classe II, que reprocessa em média 20.000 PPS/mês, em um hospital privado no estado de São Paulo. A trilha foi composta por quatro módulos, focados nas boas práticas na CME, sendo: módulo 1 Área de limpeza, módulo 2 Área de Preparo e Esterilização, Arsenal e Distribuição, módulo 3 Material com vida útil, descarte e/ou devolução de explantes e protocolo de reprocessamento de PPS contaminados por príons e módulo 4 Montagem de Kit cirúrgico e Desmontagem de SO, Recebimento, preparo e devolução de consignados.

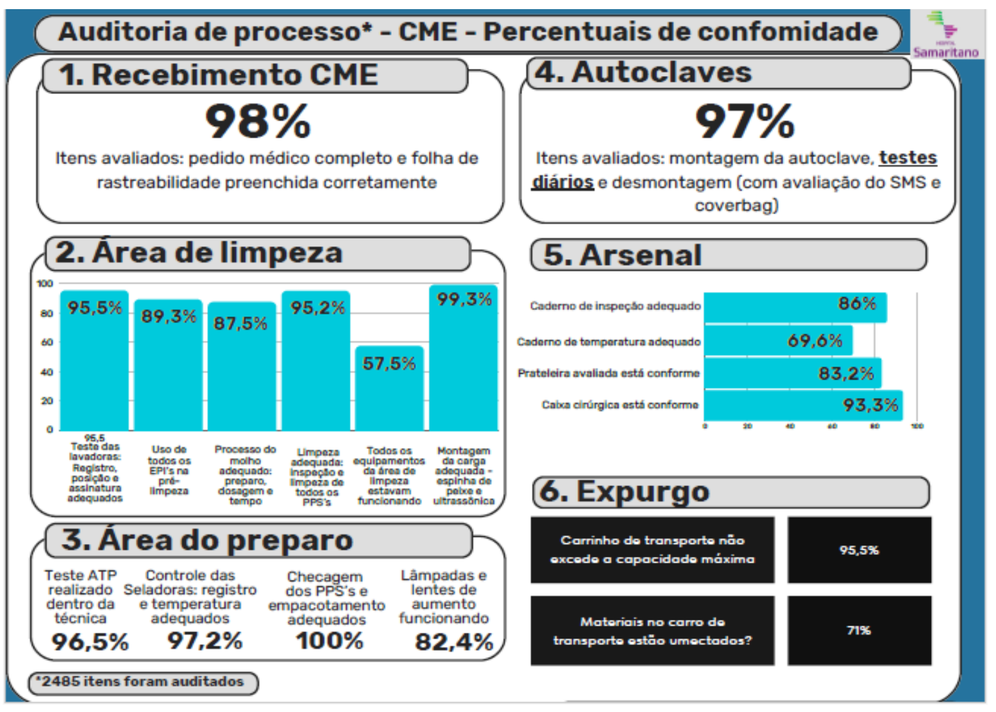
Legenda: Turmas dos treinamentos.

RESULTADOS

Foram realizadas 12 turmas de treinamentos, contemplando os quatro turnos de trabalho (manhã, tarde, noturno par e noturno ímpar), totalizando 49 colaboradores treinados, correspondendo a 100% de adesão. Aumentamos as conformidades em relação às auditorias de processos de 77,47% para 95,38%. A partir desta trilha a equipe pode visualizar os processos internos com olhar crítico para ajustar as rotinas, insumos, padronizar técnicas.



Legenda: Avaliação da conformidade das auditorias de processo de materiais, tudo ou nada na central de material e esterilização.



Legenda: Dashboard dos processos de preparo de material na central de material e esterilização.

CONCLUSÕES

As trilhas de aprendizagem são os caminhos a serem percorridos para o desenvolvimento e aprimoramento pessoal, é uma experiência contínua, diversa e complementar de aprendizagem. Fortalecendo o vínculo entre as equipes de técnicos de enfermagem, enfermeiros e liderança da CME, promovendo um ambiente seguro e trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

- Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde / SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. - 8. ed. rev. atual.São Paulo, SP: SOBECC, 2021.
- XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – XIII ENPEC ENPEC EM REDES. Trilhas de Aprendizagem na Formação em Saúde - Uma Revisão Conceitual. 27 de setembro a 01 de outubro 2021.
- Lima, GA. Strategies for organization, representation and management of learning paths. Perspectivas Em Ciencia Da Informacão, 24(2), 165–195.2019. Disponível em https://doi.org/10.1590/1981-5344/3862.

USO DO SCORE DE INFLAMAÇÃO E DESNUTRIÇÃO (MIS) EM PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIAFILTRAÇÃO

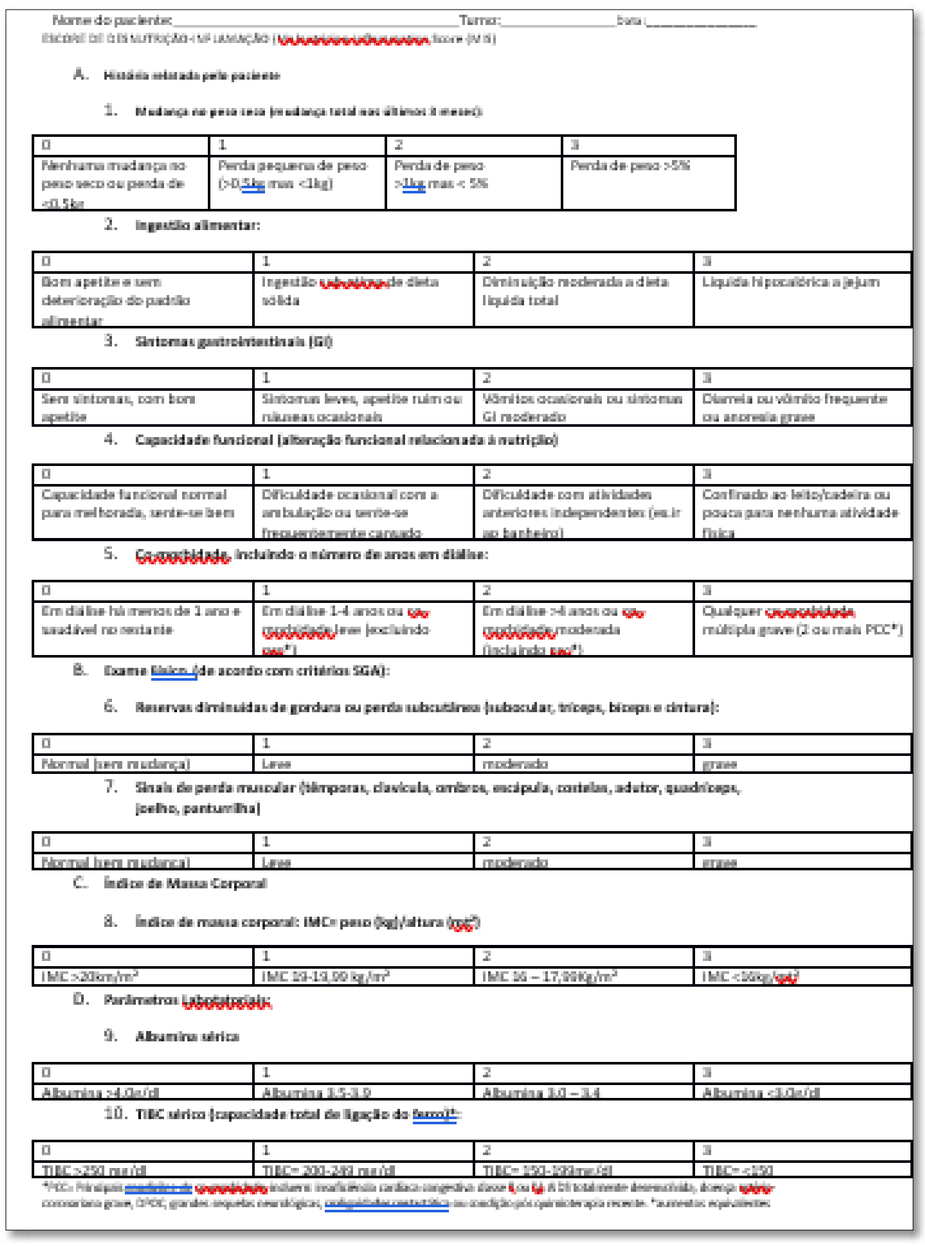
GISELLA LENCI ROJAS ALVES, JANAINA CONCEIÇÃO ALVES LEMOS, POLLYANA ZARA, ERIKA MATOS PEREIRA

INTRODUÇÃO

A desnutrição-inflamação é altamente prevalente em pacientes com Doença Renal Crónica (DRC) em hemodiálise (HD), sendo um fator de risco de mortalidade. Pacientes em tratamento dialítico enfrentam desafios nutricionais significativos, como baixa ingestão proteico-energética, perda de nutrientes pelo dialisato, catabolismo muscular, estresse oxidativo e inflamação. OBJETIVO: Identificar a evolução dos pacientes desnutridos no período de 6 meses em relação ao estado nutricional.

METODOLOGIA

Foram avaliados 138 pacientes em tratamento dialítico em clínica particular da cidade de São Paulo. O MIS integra quatro métodos de avaliação do estado nutricional: história clínica, exame físico, antropometria e exames laboratoriais, e foi aplicado no intervalo de 6 meses entre a primeira e segunda triagem. Pacientes com pontuação ≥ a 6, foram considerados desnutridos. Foram excluídos pacientes em tratamento paliativo e transplantados.



Nome do paciente:_____Turno:_____Data:_____

Escore DE DESNUTRIÇÃO-INFLAMAÇÃO (avaliação) (escore (MIS)

A. História relatada pelo paciente

1. Mudança no peso seco (mudança total nos últimos 3 meses):

0	1	2	3
Nenhuma mudança no peso seco ou perda de <0,5kg	Perda pequena de peso (>0,5kg mas <1kg)	Perda de peso >1kg mas < 5%	Perda de peso >5%

2. Ingestão alimentar:

0	1	2	3
Bom apetite e sem deterioração do padrão alimentar	Ingestão subótima de dieta sólida	Diminuição moderada a dieta líquida total	Líquida hipocalórica a jejum

3. Sintomas gastrointestinais (GI)

0	1	2	3
Sem sintomas, com bom apetite	Sintomas leves, apetite ruim ou náuseas ocasionais	Vômitos ocasionais ou sintomas GI moderado	Diarreia ou vômito frequente ou anorexia grave

4. Capacidade funcional (alteração funcional relacionada à nutrição)

0	1	2	3
Capacidade funcional normal para melhorada, sente-se bem	Dificuldade ocasional com a ambulação ou sente-se frequentemente cansado	Dificuldade com atividades anteriores independentes (ex.ir ao banheiro)	Confinado ao leito/cadeira ou pouca para nenhuma atividade física

5. Comorbidade, incluindo o número de anos em diálise:

0	1	2	3
Em diálise há menos de 1 ano e saudável no restante	Em diálise 1-4 anos ou comorbidade leve (excluindo DM*)	Em diálise >4 anos ou comorbidade moderada (incluindo DM*)	Qualquer comorbidade múltipla grave (2 ou mais PCC*)

B. Exame físico (de acordo com critérios SGA):

6. Reservas diminuídas de gordura ou perda subcutânea (subacular, tríceps, bíceps e cintura):

0	1	2	3
Normal (sem mudança)	Leve	moderado	grave

7. Sinais de perda muscular (têmporas, clavícula, ombros, escápula, costelas, adutor, quadríceps, joelho, panturrilha)

0	1	2	3
Normal (sem mudança)	Leve	moderado	grave

C. Índice de Massa Corporal

8. Índice de massa corporal: IMC= peso (kg)/altura (m²)

0	1	2	3
IMC >20kg/m²	IMC 18,5-19,99 kg/m²	IMC 16 – 17,999kg/m²	IMC <16kg/m²

D. Parâmetros Laboratoriais:

9. Albumina sérica

0	1	2	3
Albumina >4,0g/dl	Albumina 3,5-3,9	Albumina 3,0 – 3,4	Albumina <3,0g/dl

10. TIBC sérico (capacidade total de ligação do ferro)*:

0	1	2	3
TIBC >250 mg/dl	TIBC= 200-249 mg/dl	TIBC= 150-199mg/dl	TIBC= <150

*PCC= Principais comorbidades incluem: insuficiência cardíaca congestiva (classe II, III ou IV da NYHA totalmente descompensada), doença valvar coronariana grave, DPOC, grandes sequelas neurológicas, coagulopatias contínuas ou condição pós-operatória recente. *ou mesmo equivalente

Figura 1 – Formulário do Scores de inflamação e desnutrição (MIS)

RESULTADOS

Dos pacientes, 42% eram do gênero feminino e 58% do gênero masculino, idade média foi de 60,9 anos, todos os pacientes em terapia dialítica maior que 3 meses. O MIS identificou uma prevalência de desnutrição e inflamação na primeira triagem em 43(31,2%) pacientes analisados, os pacientes receberam intervenção multidisciplinar e na segunda triagem o resultado foi de 27 (19,5%) pacientes. Entre esses os pacientes prevalentes (n◦27) observou-se que 8 (29,6%) pacientes internaram no período prévio à realização do teste, e 4 (14,8%) pacientes apresentaram queda da própria altura.

O MIS demonstrou ser uma ferramenta eficaz para triagem do risco de desnutrição e inflamação em pacientes em HD, 16 pacientes(37,2% dos que tinham MIS ≥6 pontos) melhoraram após as intervenções da equipe multidisciplinar, contribuindo para a detecção precoce das intervenções clínicas adequadas. A aplicação sistemática do MIS, aliada à avaliação funcional e laboratorial, é essencial para orientar condutas multidisciplinares mais eficazes e individualizadas, sobretudo em populações com elevado grau de fragilidade clínica.

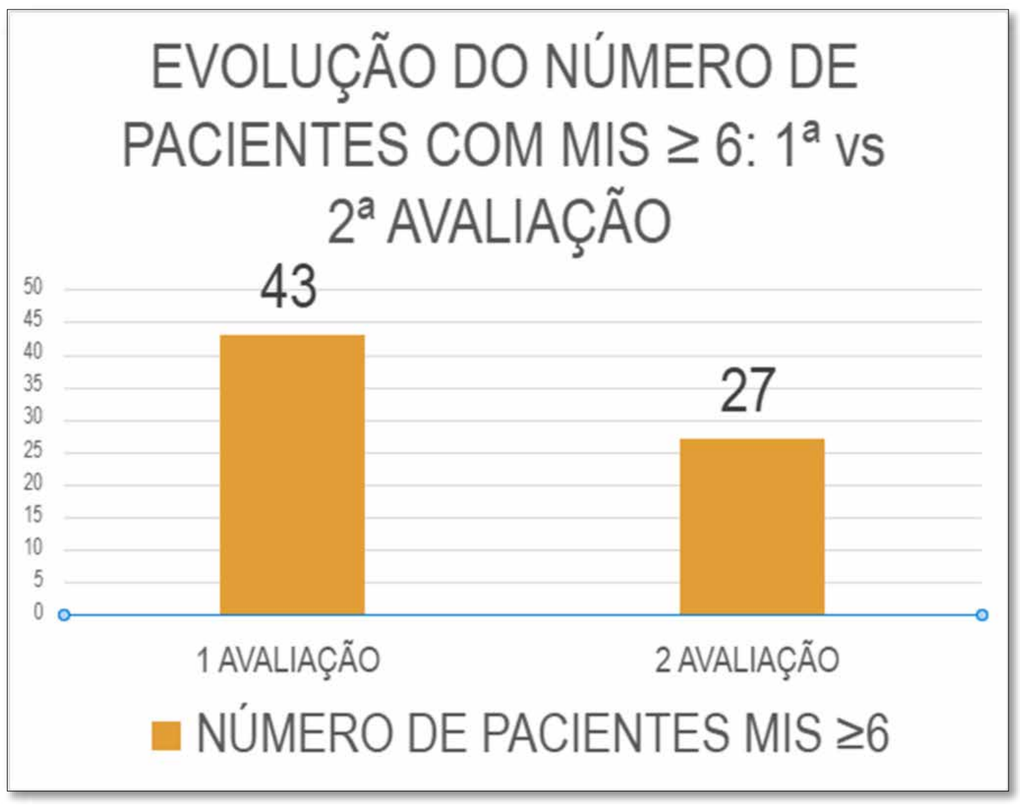


Figura 2 – Gráfico de evolução do resultado do MIS após segunda avaliação

CONCLUSÕES

O MIS demonstrou ser uma ferramenta eficaz para triagem do risco de desnutrição e inflamação. O trabalho da equipe multidisciplinar é essencial para o sucesso da melhora do estado nutricional.

REFERÊNCIAS

SILVA, Jonnathan Vinnycius Bento Da et al. **Avaliação do escore de desnutrição-inflamação e o risco de sarcopenia em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise**. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, v. 6, n. 11, p. 1583-1605, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n11p1583-1605

SATO, Melissa Nihi; SOSTISSO, Caroline Finger; OLIVEIRA, Miriam de Aguiar Souza Cruz; OLIKSZECHEN, Mayara; KARAM, Scheila; BUCHARLES, Sergio. Impacto do Escore de Desnutrição-Inflamação na sobrevida de pacientes em hemodiálise. *BRASPEN Journal*, v. 35, n. 3, p. 264-269, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2020353011.

RASHID, Ishfaq; SAHU, Gautam; TIWARI, Pramil; WILLIS, Connor; ASCHE, Carl V.; BAGGA, Trinamjot Kaur; GHULE, Priyanka; BLAND, André. Desnutrição como potencial preditor de mortalidade em pacientes com doença renal crônica em diálise: uma revisão sistemática e meta-análise. *Clinical Nutrition*, 2024. DOI: 10.1016/j.clnu.2024.05.037.

LEMOS, Kelly Cristiane Rocha; GARCIA, Anália Nusya de Medeiros; SANTOS, Thais Oliveira Claizoni dos; VIEIRA, Nathalia Fidelis Lins; SANTOS, Ana Célia Oliveira dos. Associação entre o escore de desnutrição-inflamação (MIS) e qualidade de vida em pacientes idosos em hemodiálise. *J Bras Nefrol*, 2024, v. 46, n. 4,

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

USO DO ULTRASSOM EM ACESSOS VASCULARES PARA SEGURANÇA NA INFUSÃO DE TERAPIAS ANTINEOPLÁSICAS EM AMBULATÓRIO

Poliane Jordano de Carvalho, Juliana Roberta de Castro, Silvana Garcia Carmona

INTRODUÇÃO

Os protocolos quimioterápicos compreendem uma gama de medicações, as quais podem ser irritantes ou vesicantes, sendo necessário um acesso venoso central ou periférico. Ambos os cateteres possuem riscos associados a sua utilização, os quais podem causar a pausa ou prorrogação da aplicação de quimioterapia, trazendo um impacto emocional para o paciente e maior custo para a instituição de saúde/paciente. Há tecnologias, como o uso do ultrassom e ferramenta Sherlock que auxiliam nos procedimentos de punção periférica ecoguiada, punção da passagem do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) e que permite visualização do trajeto do cateter central pela confirmação de ponta através do eletro intracavitário. O objetivo desse trabalho é demonstrar o quanto a capacitação do enfermeiro para a utilização da tecnologia de ultrassom e Sherlock pode proporcionar maior assertividade e segurança na assistência.

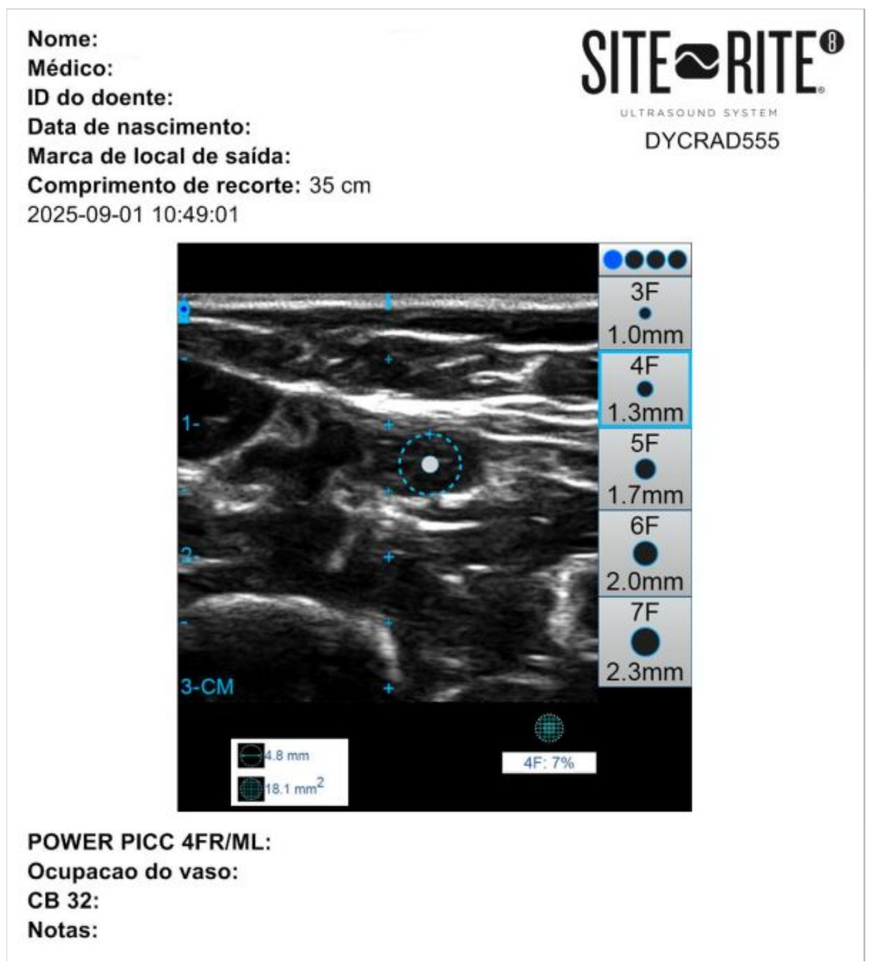
METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso de um Centro de Oncologia de um Hospital em São Paulo - SP. Realizado treinamento e capacitação de uma enfermeira em punção ecoguiada por ultrassom e inserção de Cateter Central por Inserção Periférica (PICC) em agosto de 2023. Desde setembro de 2023, os pacientes em tratamento contra o câncer são acompanhados por essa enfermeira capacitada em acessos vasculares, a qual avalia os seguintes critérios: rede venosa do paciente, histórico de múltiplas punções e protocolo quimioterápico. A partir da avaliação é realizada indicação de punção periférica ecoguiada ou inserção de cateter central, e discutido com a equipe médica do paciente.

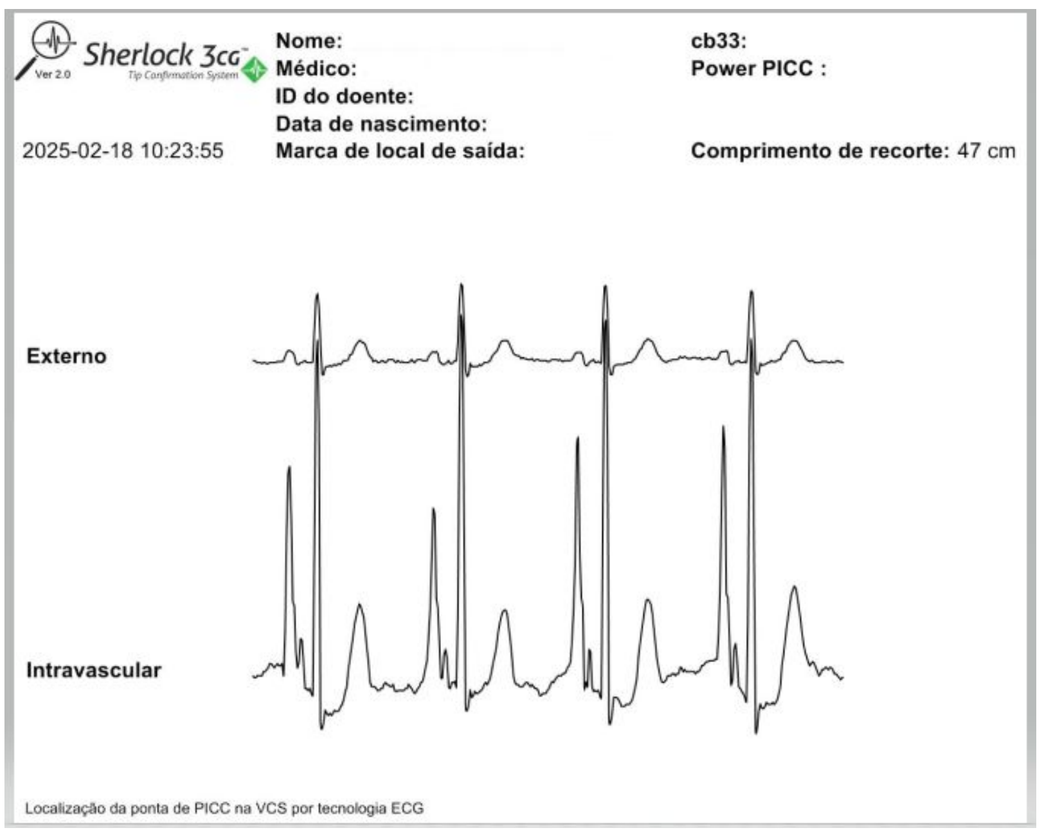
RESULTADOS

Em um período de dezesseis meses, foram acompanhados 51 pacientes pelo enfermeiro especialista, dos quais 25 pacientes foram encaminhados para inserção de cateter Port-a-cath, 20 insertaram PICC com tecnologia de ultrassom e sherlock, e 02 pacientes seguiram com punção periférica ecoguiada.

Visualização de veia através do ultrassom



Avaliação da anatomia, veia a ser puncionada e ocupação de cateter, antes do início do procedimento da passagem de PICC



Utilização da tecnologia Sherlock para confirmação de ponta de cateter

CONCLUSÕES

A presença de um enfermeiro de acessos vasculares com capacitação em punção ecoguiada e inserção de PICC com a tecnologia sherlock, trouxe uma visão mais criteriosa as necessidades do paciente de acordo com a terapia que seria submetido, proporcionando uma assistência holística, otimização de recursos e atuação precoce, mitigando os eventos adversos.

REFERÊNCIAS

Assistência de Enfermagem aos pacientes com extravasamento de medicamentos antineoplásicos: revisão integrativa. Gabrielle Moura Ribeiro Rezende, Alexandra Isabel de Amorim Lino, Teresa Christine Pereira Morais. Com. Ciências Saúde. 2021; 32(1):69-76

Nascimento Machado, G., Vieira Duarte, G., Cristina Garcia Paixão Ribeiro, I. ., Delloiagono de Paula, I. ., Franco Fachini, T. ., Gabriel Vilela Almeida, V., & Vieira de Camargo Abib, V. . (2022). Punção guiada por ultrassom: revisão de literatura. ULAKES JOURNAL OF MEDICINE, 2(3). https://doi.org/10.56084/ulakesjmed.v2i3.710

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

VENTILAÇÃO EM CIRURGIA BARIÁTRICA COMO AÇÃO DE MEDICINA DE PRECISÃO: ENSAIO CLÍNICO.

Saullo Queiroz Silveira, Rafael Souza Fava Nersessian, Leopoldo Muniz da Silva

INTRODUÇÃO

Medicina de precisão busca o manejo individualizado. Um desafio é não aumentar custos. Na ventilação mecânica (VM), ajuste da PEEP (MR) é promissor. Usar alvos de mecânica ventilatória como a Driving Pressure (ΔP = pressão de platô – PEEP) para esse ajuste não tem custos adicionais. ΔP>13 cmH2O leva a complicações pulmonares pós-operatórias (CPP). O objetivo é comparar a incidência de VM potencialmente lesiva (ΔP>13 cmH2O) em bariátrica laparoscópica, sob três estratégias: a) VM protetora; b) VM protetora associada a MR; c) VM protetora associada a MR e titulação da PEEP pela ΔP.

METODOLOGIA

Ensaio clínico randomizado, pragmático, simples cego, unicêntrico e com três braços. Foram incluídos 76 pacientes submetidos a bariátrica laparoscópica, randomizados em 3 grupos: 1) Grupo MRPT - MR e PEEP titulada pela ΔP; 2) MRPF - MR e PEEP fixa de 6 cmH2O; 3) SMRPF - Sem MR e PEEP fixa de 6 cmH2O. A MR foi realizada em modo pressão controlado com incremento gradual da PEEP (6, 10, 15, 20 cmH2O) e da pressão inspiratória (26, 30, 35, 40 cmH2O). A titulação da PEEP foi executada em modo volume controlado por PEEP decremental (20, 18, 16, 14, 12, 10, 8, 6 cmH2O). A PEEP ideal foi a menor PEEP que resultou na menor ΔP. As intervenções foram realizadas antes, durante e após o pneumoperitônio (PNM), visando individualizar não só a melhor PEEP para cada paciente, mas também para cada momento da cirurgia, em consonância com a medicina de precisão. Desfecho primário foi a incidência de ventilação mecânica potencialmente lesiva (ΔP>13 cmH2O). Desfechos secundários: outras medidas de mecânica ventilatória e CPPs.

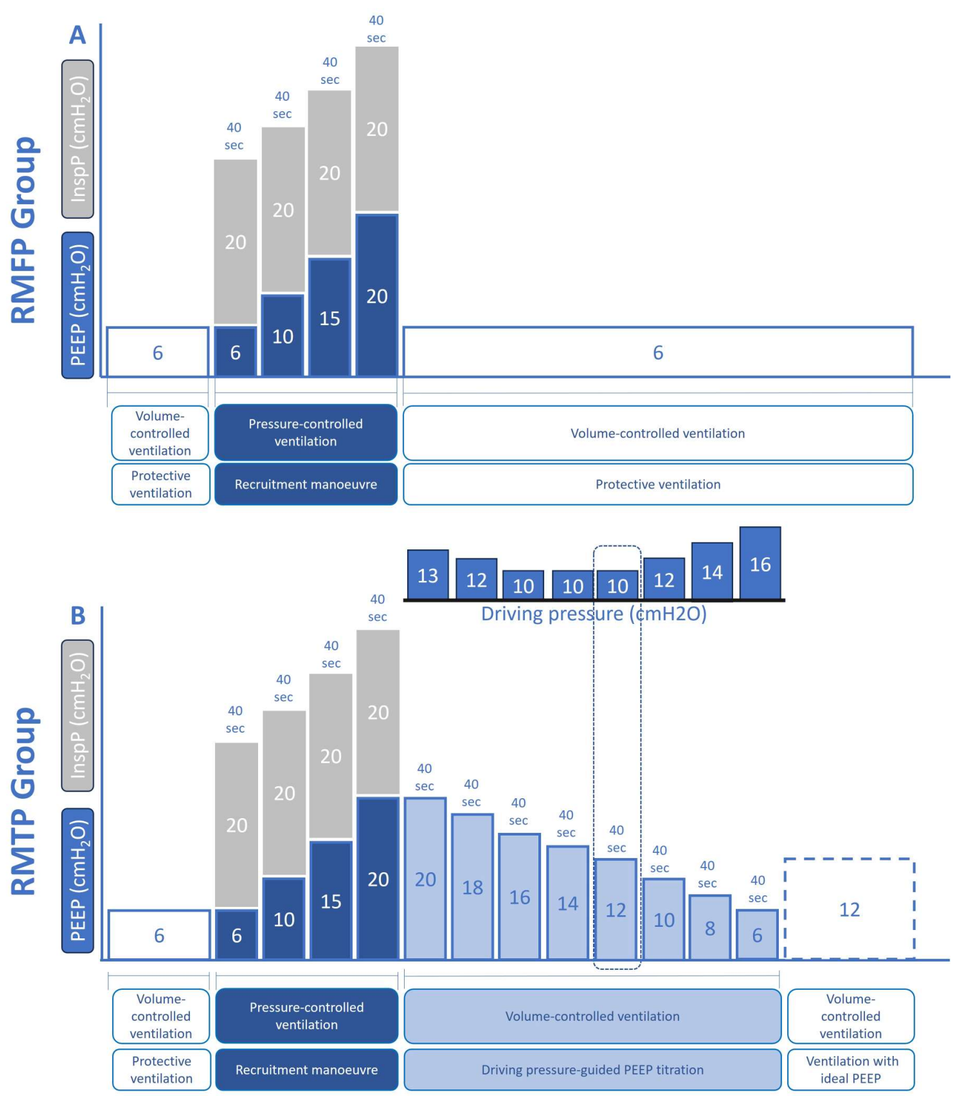


Figura 1. Esquemas de ventilação entre os diferentes grupos representando a manobra de recrutamento e a titulação da PEEP.

RESULTADOS

A incidência de ΔP>13 cmH2O foi menor no grupo MRPT durante o PNM e após sua desinsuflação (P < 0,05). Antes do PNM, não houve diferença entre os grupos com MR (MRPT e MRPF), porém ambos com incidência menor que o grupo SMRPF (0% vs 16%) (P < 0,05). A principal preocupação quanto às intervenções é instabilidade hemodinâmica, porém não houve diferença nesses parâmetros entre os grupos (P > 0,05). Não houve diferença nas CPPs (P = 0,1), porém pode ser atribuído ao tamanho da amostra.

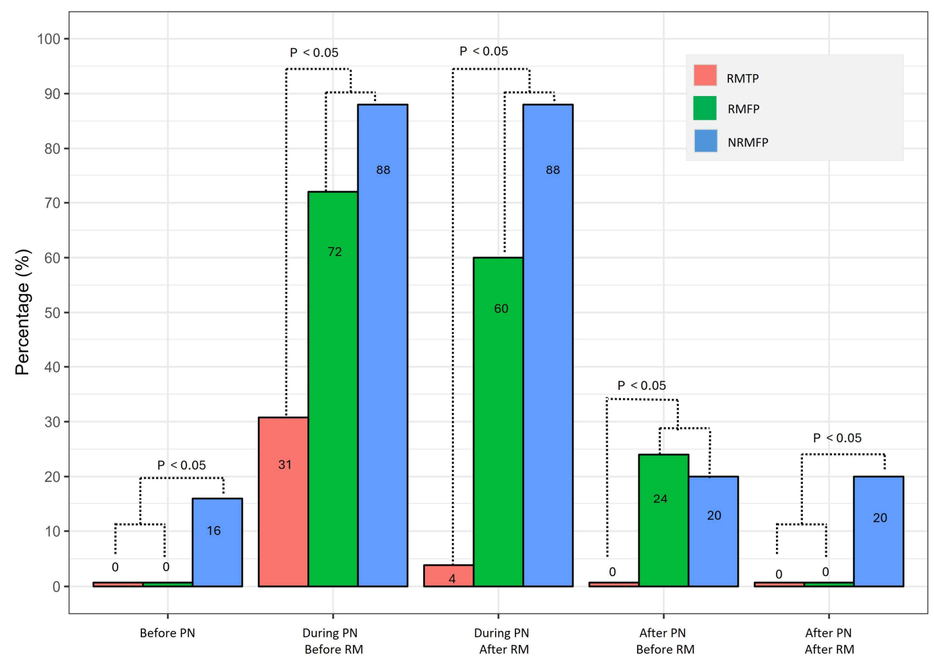


Figura 2. Incidência de ventilação mecânica potencialmente lesiva entre os diferentes grupos em diferentes pontos de aferição.

CONCLUSÕES

Concluímos que a individualização da PEEP guiada pela ΔP associada a MR reduz a incidência de VM potencialmente lesiva, de forma simples, reprodutível e sem custos.

REFERÊNCIAS

- Neto AS, Hemmes SNT, Barbas CSV, et al. Association between driving pressure and development of postoperative pulmonary complications in patients undergoing mechanical ventilation for general anaesthesia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet Respir Med*. 2016; **4**(4): 272-80. doi:10.1016/S2213-2600(16)00057-6
- Pereira SM, Tucci MR, Morais CCA, et al. Individual positive end-expiratory pressure settings optimize intraoperative mechanical ventilation and reduce postoperative atelectasis. Anesthesiology. 2018; 129(6): 1070-81. doi:10.1097/ALN.0000000000002435

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

VIGILÂNCIA, EDUCAÇÃO E ENGAJAMENTO: TRÊS PILARES PARA A REDUÇÃO DAS IPCS (AC) EM UTI'S

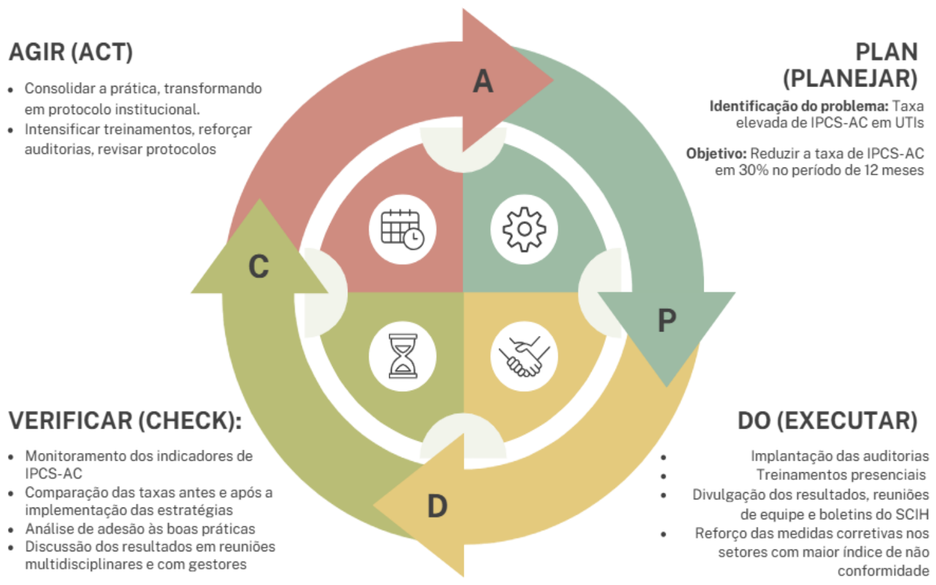
Nivea Maria de Carvalho

INTRODUÇÃO

A redução das IRAS em UTIs é um desafio constante, marcado pela complexidade dos pacientes e pelo uso frequente de dispositivos invasivos. Este estudo justifica-se por apresentar o impacto de estratégias integradas, como a vigilância ativa, educação permanente e engajamento, que fortalecem a prevenção e geram resultados. O objetivo é analisar o impacto da intensificação destes pilares regulares na redução das infecções.

METODOLOGIA

O estudo, de caráter descritivo e quantitativo, foi realizado nas unidades de terapia intensiva adulto, neonatal e pediátrica de um hospital privado geral. A intervenção baseou-se em três pilares: vigilância ativa (auditorias diárias) das boas práticas relacionadas a cateteres centrais, capacitação periódica da equipe multiprofissional e ações para promoção do engajamento nos protocolos institucionais. Os dados, coletados pelo serviço de controle de infecção hospitalar, referiram-se a indicadores de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter (IPCS - AC) ao longo de 12 meses. A análise consistiu na comparação dos indicadores antes e após a implementação das estratégias, avaliando a taxa de IPCS - AC por 1000/ cvc-dia nas três terapias intensivas.



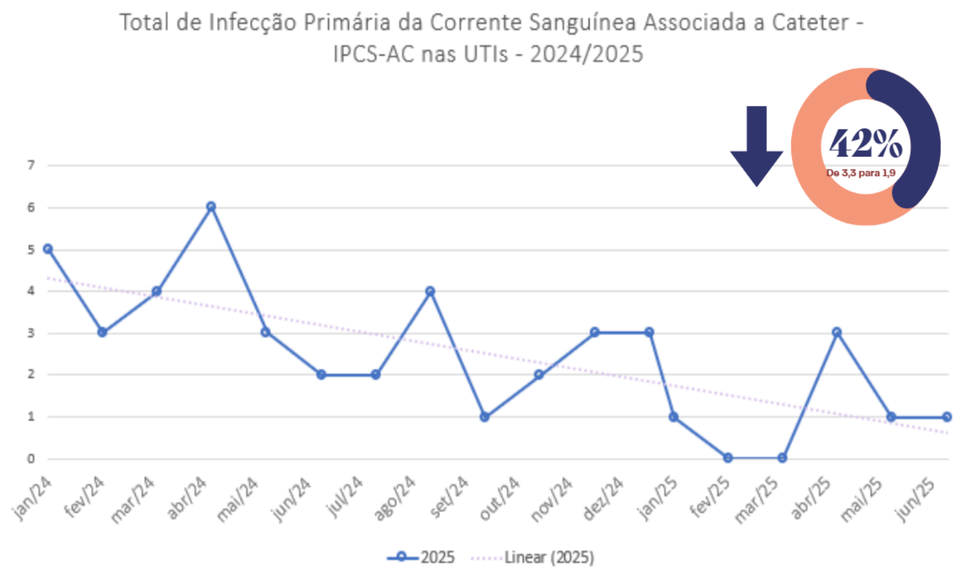
O ciclo PDCA aplicado ao Serviço de Controle de Infecções e aplicado a melhoria contínua

RESULTADOS

A comparação entre os primeiros semestres de 2024 e 2025 evidencia o impacto positivo das ações implementadas para a prevenção de Infecção IPCS-AC nas UTIs. Em 2024, a taxa registrada foi de **3,32 por 1.000 CVC-dias**, com **23 casos**. Já em 2025, após a adoção de estratégias de melhorias implementadas, a taxa caiu para **1,91 por 1.000 CVC-dias**, com **6 casos**, representando uma **redução de 42,5%**. Essa redução expressiva é o principal resultado das intervenções realizadas, refletindo a eficácia de uma abordagem multifacetada e contínua, que combinou vigilância ativa, auditorias sistemáticas e educação permanente das equipes.

DADOS	1º SEM/2024	2º SEM/2024	1º SEM/2025	RESULTADOS
CVC/DIA	6914	5278	3204	↓ 53,6%
IPCS-AC	23	15	6	↓ 42,5%
N º Auditorias	—	988	1318	↑ 25,0%
Adesão Boas Práticas	—	57,3%	66,5%	↑ 13,9%

Resultados de estratégias implementações na redução de IPCS-AC, evidenciando o impacto da vigilância ativa, educação e engajamento da equipe



Resultados da densidade de incidência de IPCS-AC (laboratorialmente confirmada) nas UTIs (2024-2025).

Prevenção de IPCS sustentada pelos três pilares: vigilância ativa, educação permanente e engajamento da equipe.

CONCLUSÕES

A implementação das estratégias integradas de vigilância ativa, educação permanente e engajamento da equipe assistencial demonstrou impacto significativo na redução das infecções primárias de corrente sanguínea associadas a CVC nas UTIs. A redução progressiva da taxa de 3,32 para 1,91 por 1000 CVC-dia, representando queda de 42,5%, evidencia que a abordagem multifacetada, contínua e centrada na equipe multiprofissional é fundamental para a sustentabilidade dos resultados e fortalecimento da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Caderno 2 da Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2017.
2. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Caderno 3 da Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde Neonatologia. 2017.
3. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025 — critérios diagnósticos atualizados de infecções relacionadas à assistência (IRAS) para notificação nacional obrigatória.

IMPACTO DA AMPLIAÇÃO PROGRESSIVA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI SOBRE MORTALIDADE PADRONIZADA, OCUPAÇÃO E EFICIÊNCIA OPERACIONAL

Daniel de Melo Mendes, Anderson José Alves, Luís Paulo Pereira de Oliveira, Virgínia Samora Costa Pereira

INTRODUÇÃO

A implementação precoce e estruturada de cuidados paliativos em UTIs é recomendada para evitar tratamentos desproporcionais, melhorar a qualidade do cuidado e otimizar recursos.

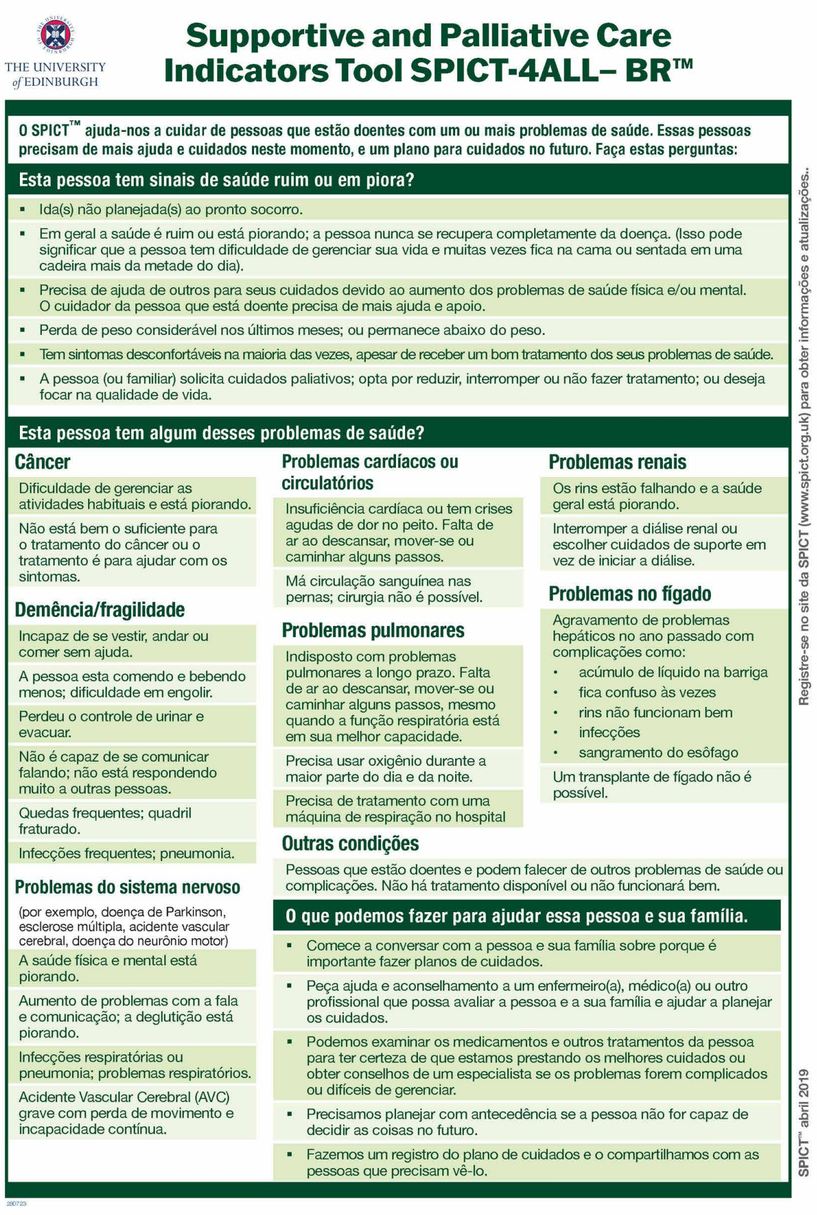
Ao alinhar as condutas aos objetivos e valores de cada paciente, essa prática evita intervenções fúteis, garante cuidado mais humano e libera leitos para casos com maior potencial de benefício. No entanto, a relação entre a ampliação desses cuidados e os indicadores operacionais das UTIs ainda é pouco explorada.

METODOLOGIA

Entre 2022 e 2025, foi implantada de forma gradual uma estratégia estruturada de cuidados paliativos na unidade estudada. Foram incorporadas ferramentas de triagem precoce, como a pergunta surpresa (“Você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?”) e os critérios do SPICT-BR (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), para identificação sistemática e precoce de pacientes com necessidades paliativas.

Pacientes identificados eram discutidos diariamente em visitas multiprofissionais, com participação dos diaristas da manhã e da tarde, equipe de enfermagem, fisioterapia e serviço social. As decisões foram tomadas de forma compartilhada com familiares e registradas no prontuário, respeitando os valores e objetivos de cuidado de cada paciente, incluindo níveis de limitação terapêutica. Foram monitorados semestralmente: proporção de pacientes com decisão paliativa, mortalidade padronizada (SAPS 3 — equação padrão), taxa de ocupação e tempo médio de internação.

Fluxo estruturado de cuidados paliativos na UTI

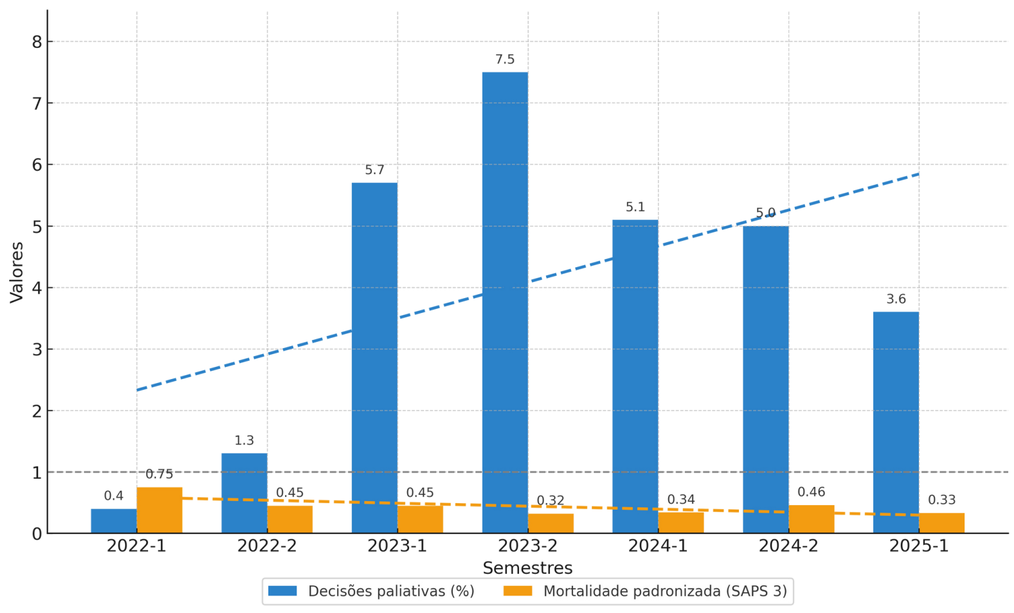


RESULTADOS

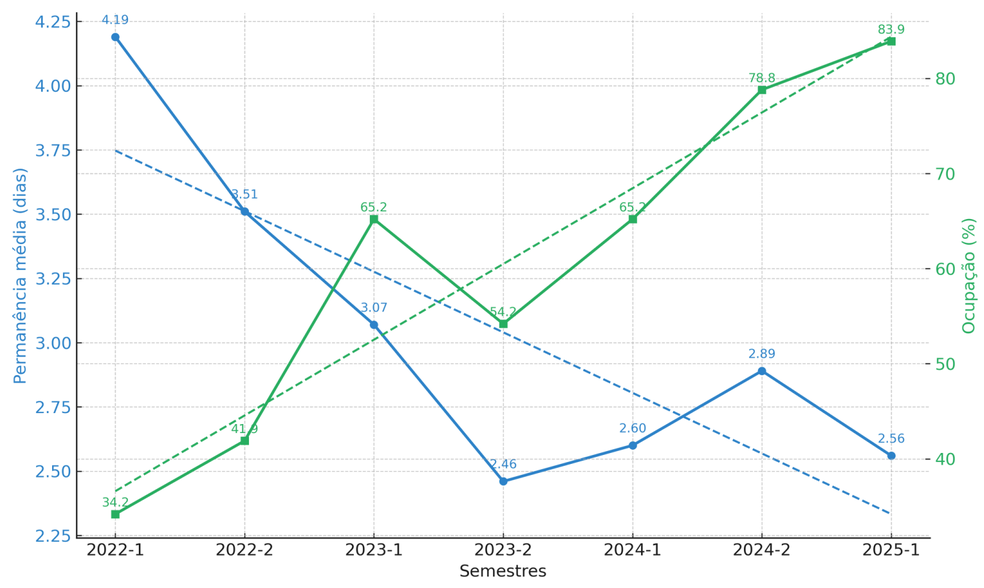
A proporção de decisões para cuidados paliativos aumentou progressivamente de 0,4% em 2022-1 para 7,5% em 2023-2, reduzindo-se depois para cerca de 5% e chegando a 3,6% em 2025-1. Essa queda recente reflete a adoção de critérios de admissão mais precisos e a identificação antecipada de pacientes elegíveis ainda na porta de entrada, permitindo direcionamento oportuno e mais adequado ao perfil de cuidado necessário.

Mesmo com a ampliação inicial da abordagem paliativa, a mortalidade padronizada (SAPS 3 — equação padrão) manteve-se estável e consistentemente <0,5 durante todo o período, indicando que as decisões foram criteriosas e não resultaram em altas prematuras de pacientes com potencial de recuperação.

Paralelamente, a taxa de ocupação aumentou (34,2% para 83,9%) e o tempo médio de permanência caiu (4,19 para 2,56 dias), evidenciando maior eficiência no uso dos leitos sem comprometer a segurança e a qualidade assistencial.



Evolução semestral da proporção de decisões para cuidados paliativos e da mortalidade padronizada (SAPS 3)



Evolução semestral da taxa de ocupação e da permanência média na UTI, evidenciando aumento do uso de leitos com redução progressiva da permanência.

CONCLUSÕES

A incorporação estruturada de cuidados paliativos elevou a proporção de decisões até 2023, sem aumento da mortalidade padronizada, que permaneceu estável e baixa. A redução observada a partir de 2024 reflete maior precisão nos critérios de admissão e identificação precoce de pacientes elegíveis fora da UTI, garantindo que recebam o cuidado mais coerente com seus objetivos terapêuticos.

Esse amadurecimento trouxe previsibilidade ao fluxo de altas, favorecendo maior ocupação e menor permanência, com ganho de eficiência. A integração precoce de cuidados paliativos mostrou-se viável e capaz de otimizar recursos, mantendo qualidade e promovendo um cuidado mais alinhado às necessidades de cada paciente crítico.

REFERÊNCIAS

Downar J, Ma C, Wasylenko E, Tanuseputro P, Fowler R. Early integration of palliative care in intensive care units: Impact on resource use and patient outcomes. Crit Care Med. 2022;50(9):1290–1299. doi:10.1097/CCM.0000000000005604

Gill Highet, Debbie Crawford, Scott A. Murray, Kirsty Boyd. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. BMJ Supportive & Palliative Care. 2013;4(3):300-308. DOI:10.1136/bmjspcare-2013-000488

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Aumento da Efetividade da Entrega de Medicamentos com Painel Gerencial e Dispensário Eletrônico

Nathalia Coelho Junqueira Pereira, Carlos Michael Micheletti, Ana Paula Deschamps Reis Felix

INTRODUÇÃO

A entrega de medicamentos em ambiente hospitalar é fundamental para a segurança do paciente e a eficiência assistencial. Diante do volume de prescrições e atrasos recorrentes, o trabalho justifica-se pela necessidade de padronizar e controlar rigorosamente o fluxo produção, dispensação e entrega. Implementamos painel gerencial para monitorar a produção de turnos e entrega de urgência, ajustamos os turnos para 2 em 2 horas e introduzimos os dispensários eletrônicos. O objetivo principal foi aumentar a efetividade e garantir rastreabilidade na entrega de medicamento.

METODOLOGIA

Estudo realizado considerando a produção pela farmácia central para 211 leitos, sendo de unidades de internação (UI) e UTI's, A produção média foi de 26.140 tiras/mês de Jan a Set 2024 baseline e de 40.530 tiras/mês após a mudança de turnos de out/2024 a mai/2025. As prescrições têm validade de 24 h (16 h–15 h). Até outubro havia turnos distintos sendo 12 turnos para as UTI's e 5 turnos para UI.

Em out/2024, implementou-se:

- Entregas a cada 2 h em horários ímpares (12 turnos) para todos;

- Painel gerencial atualizado;

- Organização operacional da equipe para produção e entrega;

- Organização do uso do dispensário eletrônico nas UI's e UTI's para retirada de material hospitalar;

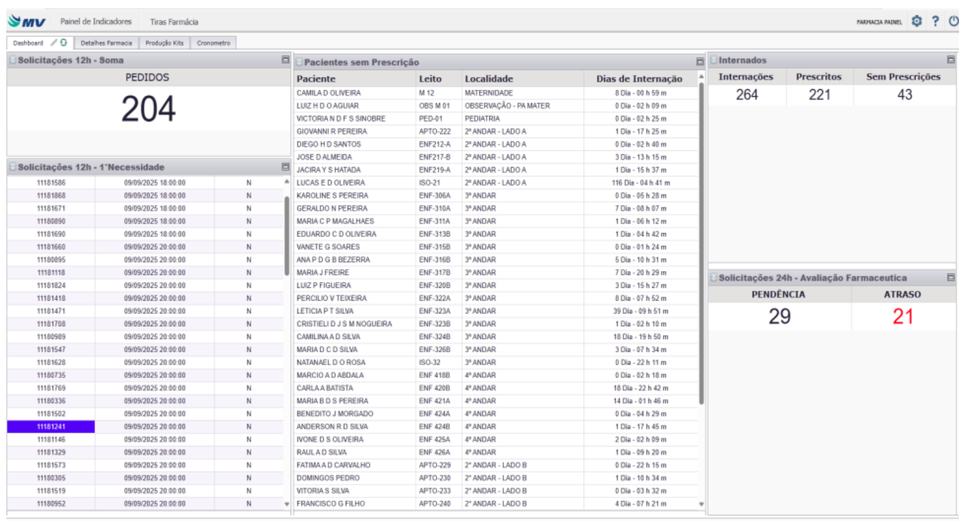
- Implantação do painel de urgências com meta de 30 min;

- Aumento de 6 auxiliares na equipe e mudança de escala de 6×1 para 12×36, com apoio administrativo;

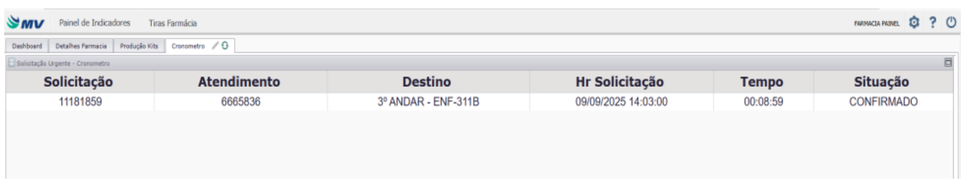
- Rounds diários com equipe utilizando a ferramenta Lean SQDC;

- Implantação do relatório de conferência pré-entrega.

A efetividade de entrega foi calculada como o total de tiras entregues com atraso dividido pelo total de tiras produzidas.



Painel Gerencial da farmácia.



Painel Gerencial da farmácia da entrega de urgência.

Dispensários eletrônicos de material hospitalar e medicamentos

Ferramenta Lean - Quadro acompanhamento SQDC da farmácia

RESULTADOS

No período pré-intervenção (jan – out/2024), a taxa média de efetividade geral foi de 82% e a de entregas de urgência foi de 42%. Após implantação (nov/2024 – mai/2025), observou-se:

- Taxa média global de efetividade de 93%, sendo a meta do indicador de 90% (Resultado de 95%-Maio);

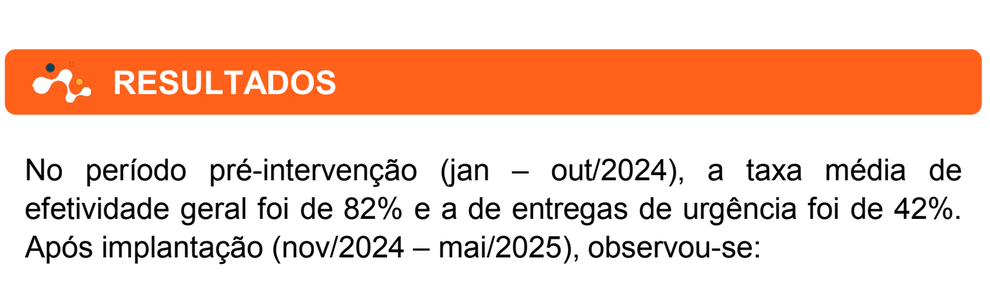
- Aumento de 55% na produção mensal de tiras (de 26.140 para 40.530);

- Redução das entregas atrasadas de 18% para 7%;

- Média da efetividade de urgência elevada para 84% (Resultado de 90%-Maio);

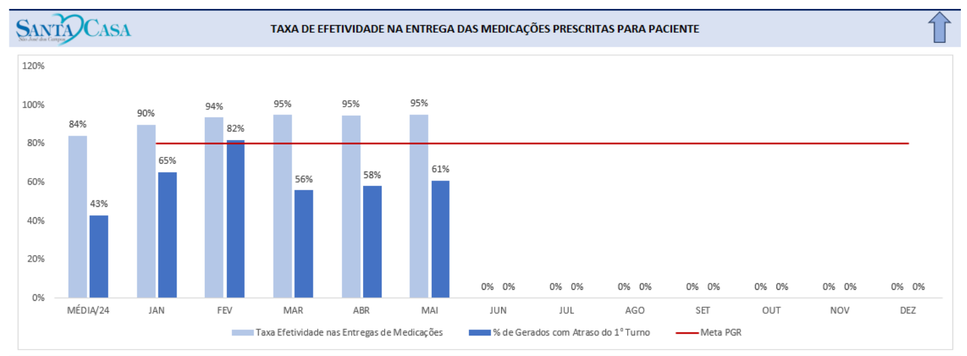
- Monitoramento de prescrições após as 16h com taxa média de atraso de prescrição de 60%, mantendo a efetividade da entrega.

- Necessidade de adequação da entrega do turno das 08h e das 20h, antecipando para 05h e 17h.



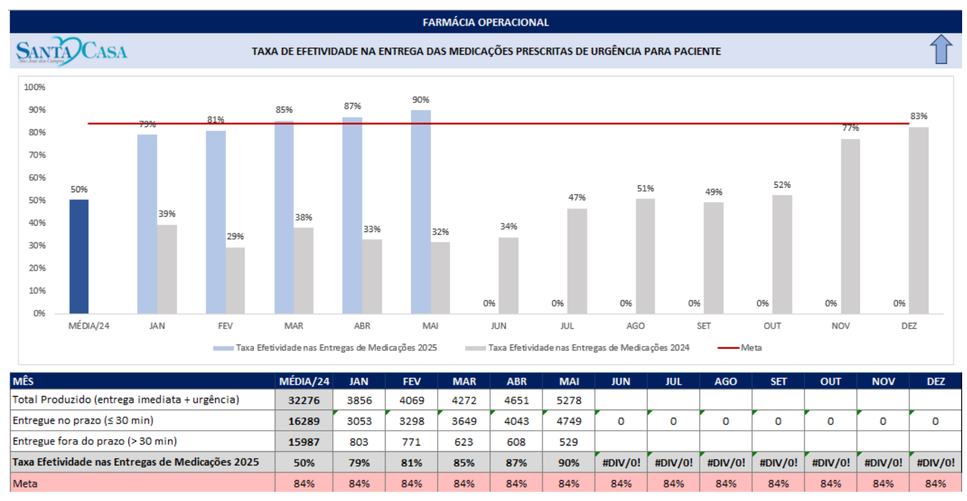
FARMACIA OPERACIONAL												
MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total Produzido	23707	21689	18693	30971	31121	29381	28582	31953	8199	37106	37045	36892
Entregue no prazo	22538	19141	53703	25716	24375	23778	22652	25687	6165	27467	34474	34069
Entregue fora do prazo	1342	2436	1965	5255	6746	5603	5930	6266	2034	9639	2571	2823
Gerados com atraso	2268	2218	1959	2302	2295	2375	2300	4074	2946	2653	2220	2328
Efetividade nas Entregas de Medicações	**94,34%**	**88,77%**	**89,49%**	**83,03%**	**78,32%**	**80,93%**	**79,25%**	**80,39%**	**75,19%**	**74,02%**	**93,06%**	**92,35%**
META PGR	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%

Período pré-intervenção (jan–out/2024), a taxa média de efetividade geral foi de 82%



MÊS	MÉDIA/24	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total Produzido	27945	37359	34714	45878	44357	50891	0	0	0	0	0	0	0
Entregue no prazo	26647	33617	32507	43599	42002	48497	0	0	0	0	0	0	0
Entregue fora do prazo	4384	3742	2207	2279	2355	2394	0	0	0	0	0	0	0
Gerados com atraso	2495	2734	2608	2675	2757	3317	0	0	0	0	0	0	0
% de Gerados com Atraso do 1° Turno	43%	65%	82%	56%	58%	61%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Taxa Efetividade nas Entregas de Medicações	**84%**	**90%**	**94%**	**95%**	**95%**	**95%**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**
Meta PGR		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Período pós implantação (nov/2024–mai/2025): Taxa média global de efetividade de 93%



MÊS	MÉDIA/24	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total Produzido (entrega imediata + urgência)	32276	3856	4069	4272	4651	5278							
Entregue no prazo (≤ 30 min)	16289	3053	3298	3649	4043	4749	0	0	0	0	0	0	0
Entregue fora do prazo (> 30 min)	15987	803	771	623	608	529							
Taxa Efetividade nas Entregas de Medicações 2025	**50%**	**79%**	**81%**	**85%**	**87%**	**90%**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**
Meta	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%

Taxa de efetividade da entrega de urgência 2024 (média 50%) e 2025 (média 84%)

CONCLUSÕES

A implementação do painel gerencial, dos dispensários eletrônicos e da reorganização dos turnos de entrega trouxe resultados expressivos na efetividade da dispensação de medicamentos. A taxa global superou a meta de 90%, as entregas de urgência praticamente dobraram sua efetividade e o fluxo de trabalho tornou-se mais ágil e seguro. O envolvimento da equipe, aliado ao monitoramento contínuo pelo SQDC, foi essencial para a consolidação dos ganhos. As mudanças reforçam a importância da inovação e da gestão estruturada para promover segurança do paciente e eficiência assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Indicador da farmácia operacional – Taxa de Efetividade da entrega de medicamentos. Ano 2024 e 2025;
2. Plano de ação do setor da farmácia;
3. Relatório de entrega de medicamentos e Painel gerencial - sistema MV.

Avaliação de Valor em Saúde com base no DRG: Eficiência Assistencial no SUS e na Saúde Suplementar

Sara Dal'Rio Silva, Israel Mello Rocha, Luiza Queiroz do Nascimento, Rebeca Ventura G. Resende.

INTRODUÇÃO

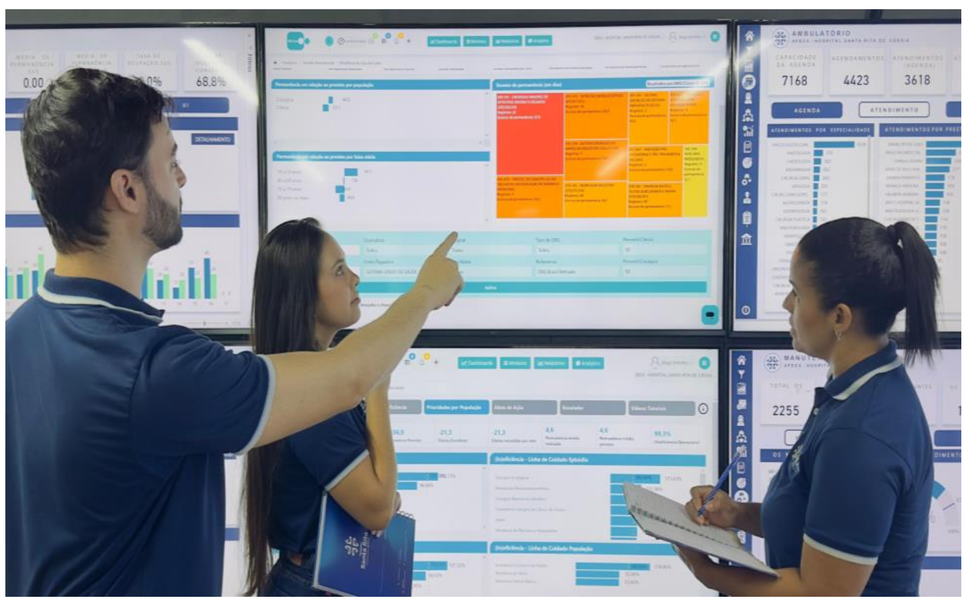
O valor em saúde é definido pela relação entre desfechos clínicos relevantes e os custos necessários para alcançá-los. O modelo *Diagnosis Related Groups* (DRG) organiza pacientes segundo diagnóstico e severidade clínica, possibilitando comparações justas entre hospitais. Diferentemente de rankings baseados em volume assistencial ou na opinião de especialistas, o DRG permite avaliar a eficiência de forma mais acurada, considerando tempo de permanência, taxas de readmissão, mortalidade e custo por caso, ajustados por risco.

A aplicação do DRG em hospitais brasileiros possibilitou a análise de indicadores de eficiência por grupo diagnóstico, permitindo comparações entre instituições semelhantes em complexidade e volume assistencial. No estado do Espírito Santo, adotou-se um modelo híbrido de financiamento público, que combina orçamento tradicional com remuneração por desempenho, sustentado em dados clínico-financeiros. Essa estratégia viabilizou a identificação de variações assistenciais e a mensuração de seus impactos em receitas, desfechos clínicos e economia sistêmica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e comparativo que utilizou o sistema DRG para avaliar eficiência hospitalar no Brasil. Foram incluídos hospitais públicos e filantrópicos do Espírito Santo, bem como instituições de referência nacional, totalizando 590 hospitais avaliados. Os dados clínicos e financeiros foram obtidos a partir de prontuários eletrônicos, sistemas de faturamento e bases administrativas do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando variáveis como tempo de permanência, reinternações, mortalidade, custo médio por caso, receita hospitalar e volume cirúrgico.

No Espírito Santo, adotou-se um modelo híbrido de financiamento, combinando repasses orçamentários tradicionais com remuneração por desempenho, ancorada em indicadores clínico-financeiros derivados do DRG. As análises estatísticas consideraram ajuste por risco e comparações interinstitucionais por grupo diagnóstico, além de avaliações intra-hospitalares para monitorar a evolução após intervenções clínicas e operacionais.



Análise de casos no DRG. Na foto: Israel Mello Rocha, Sara Dal'Rio, Rebeca Ventura G. Resende.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram que a aplicação de um modelo orientado por valor é economicamente viável no Sistema Único de Saúde (SUS). No Espírito Santo, observou-se aumento de 20% na receita hospitalar, crescimento de 60% no volume cirúrgico e economia de R$ 287 milhões.

O Hospital Santa Rita destacou-se em âmbito nacional por seu desempenho em múltiplas linhas de cuidado, abrangendo câncer de mama, cirurgia bariátrica, assistência ao idoso, cirurgias maiores do intestino, medicina interna do adulto, medicina interna pediátrica, pneumonia, entre outras. Além desses resultados específicos, a instituição obteve reconhecimento como Líder Institucional, por entregar valor de forma consistente em todas as linhas de cuidado, e como Líder em Boas Práticas Assistenciais, em virtude da implantação da metodologia ICHOM. Entre os 590 hospitais avaliados, o Hospital Santa Rita ocupou posição de liderança nacional, consolidando-se como referência em eficiência assistencial e qualidade baseada em valor.

Além da comparação entre instituições, o DRG viabilizou avaliações internas contínuas, permitindo monitorar os efeitos de intervenções clínicas e operacionais. Os resultados evidenciam melhorias em desfechos clínicos associadas ao uso mais racional dos recursos disponíveis. Assim, o uso do DRG sob a ótica do valor transforma dados em inteligência gerencial, promovendo eficiência, transparência e sustentabilidade. O modelo configura-se como uma ferramenta estratégica para o desenho de políticas públicas e privadas orientadas a resultados, além de fortalecer o cuidado centrado no paciente com base em evidências clínicas e econômicas.

Imagem do DRG – Painel de (In)eficiência do Uso do Leito, prioridades por população. (Indicador Menor Melhor – Abaixo de 100% indica Eficiência)

Imagem do DRG – Painel de (In)eficiência do Uso do Leito, prioridades por população. (Indicador Menor Melhor – Abaixo de 100% indica Eficiência)

CONCLUSÕES

A aplicação do modelo DRG no Brasil demonstrou viabilidade e impacto positivo ao alinhar eficiência assistencial e sustentabilidade econômica, especialmente no Espírito Santo com o modelo híbrido de financiamento. O Hospital Santa Rita destacou-se nacionalmente, evidenciando que o uso estratégico do DRG pode induzir competitividade positiva e melhorar desfechos clínicos. A expansão da metodologia, porém, requer investimentos em dados, capacitação e padronização. Assim, o DRG orientado por valor consolida-se como ferramenta estratégica para políticas de saúde baseadas em resultados e centradas no paciente.

REFERÊNCIAS

1. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477–2481.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021.
3. DRG Brasil®. Resultados nacionais do uso do sistema DRG. Belo Horizonte: DRG Brasil; 2025.

AVALIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE COM BASE NO DRG: EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Israel Mello Rocha, Luiza Queiroz Do Nascimento, Rebeca Ventura Gomes Resende, Sara Dal' Rio Silva

INTRODUÇÃO

A gestão eficiente das internações hospitalares é essencial para a qualidade assistencial e o uso racional dos recursos. A análise via DRG tem evidenciado permanências além do esperado, levando à criação de um Grupo de Trabalho (GT) para discutir causas e propor melhorias nos fluxos e processos, fortalecendo a integração multiprofissional.

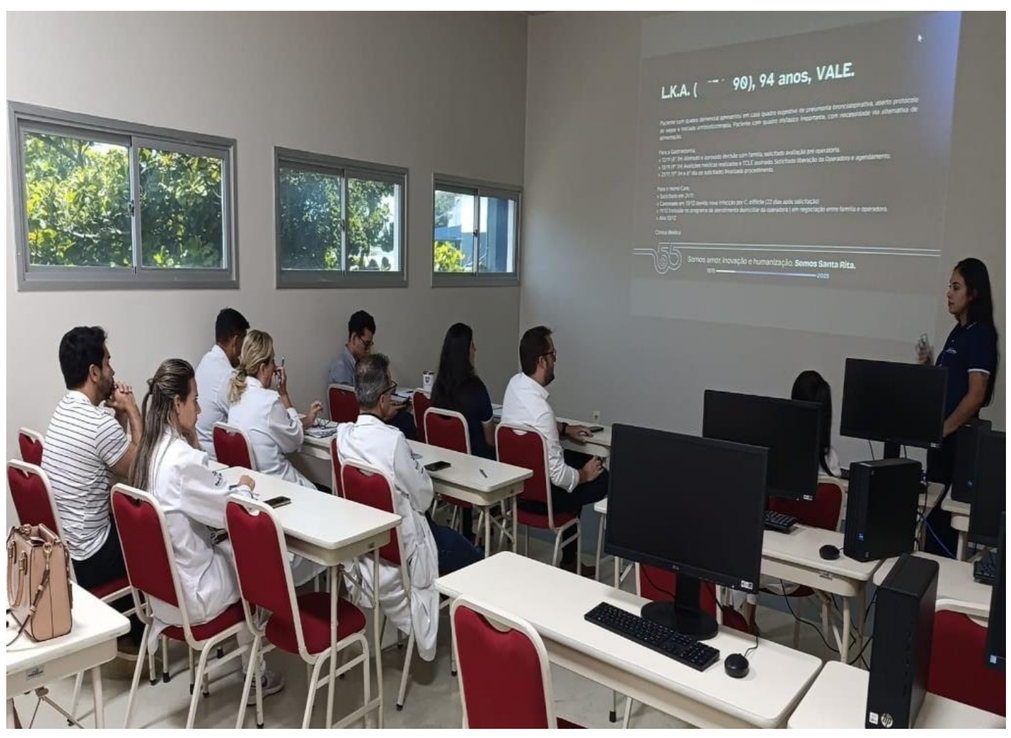
METODOLOGIA

O Grupo de Trabalho (GT) realiza reuniões periódicas que envolvem equipes médicas, assistenciais, multiprofissionais e administrativas, assegurando a participação dos setores diretamente vinculados aos casos em análise. Considerando uma média mensal de aproximadamente 1.700 altas hospitalares, os casos são selecionados a partir de critérios definidos pelo sistema DRG. São priorizadas as internações com permanência acima do tempo previsto, recorrências em uma mesma classe de DRG e situações marcadas por intercorrências potencialmente evitáveis.

A metodologia adotada é de caráter qualitativo e descritivo, fundamentada em análise documental e discussão aprofundada de cada caso. Durante as reuniões, o GT avalia registros clínicos, condutas médicas e de enfermagem, fluxos assistenciais e processos administrativos que possam ter impactado a duração da internação. Essa avaliação é conduzida de forma integrada, permitindo identificar fatores relacionados tanto à complexidade clínica do paciente quanto a possíveis fragilidades organizacionais.

A partir dessas análises, o grupo estrutura planos de ação específicos, que incluem a definição de estratégias corretivas, ajustes de fluxos, redistribuição de responsabilidades e prazos claramente estabelecidos para a execução. Cada medida proposta é acompanhada de indicadores que permitem mensurar avanços e sustentar a melhoria contínua.

O monitoramento é realizado de maneira sistemática pelas lideranças institucionais, em articulação com as equipes assistenciais, o que assegura a consolidação dos resultados e a evolução progressiva da qualidade do cuidado. Esse processo, além de promover maior integração multiprofissional, contribui para o uso racional dos recursos hospitalares e para a sustentabilidade da instituição.



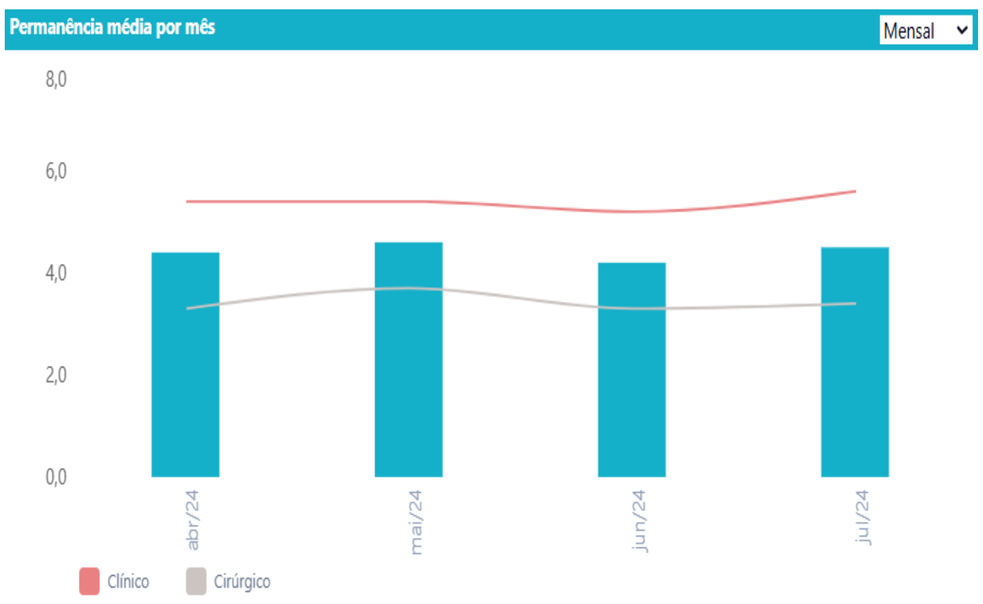
Reunião do Grupo de Trabalho / Integração multiprofissional na análise de casos e definição de melhorias assistenciais.

RESULTADOS

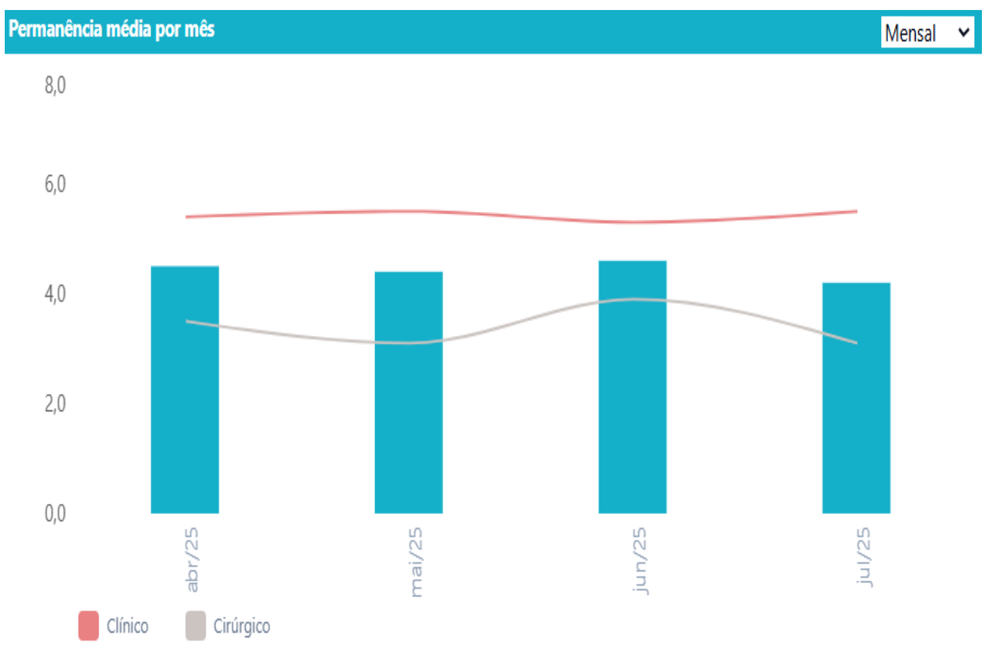
A implantação do Grupo de Trabalho (GT) possibilitou a análise sistemática de casos de internação considerados ineficientes, revelando fatores determinantes como atrasos na realização de exames, falhas de comunicação entre equipes, deficiências no planejamento de alta, excesso de burocracia e dificuldades nos processos de regulação.

A partir dessas discussões, foram implementadas ações corretivas que resultaram em melhorias nos fluxos assistenciais, maior integração multiprofissional e uso mais racional dos recursos hospitalares. Como consequência, observou-se a redução do tempo médio de permanência, aumento da segurança do paciente, elevação da qualidade do cuidado prestado e maior satisfação das equipes envolvidas.

Além disso, foi instituído um acompanhamento contínuo das medidas adotadas, assegurando a sustentabilidade dos avanços obtidos e reforçando o compromisso institucional com a eficiência e a excelência assistencial.



Analytics – DRG / Tempo médio de internação elevado, com fluxos assistenciais fragmentados e intercorrências evitáveis.



Analytics – DRG / Redução do tempo de permanência e maior integração multiprofissional após a implementação do Grupo de Trabalho.

CONCLUSÕES

A criação do Grupo de Trabalho demonstrou ser uma estratégia eficaz para identificar e corrigir ineficiências nas internações hospitalares. A análise sistemática dos casos, associada à integração multiprofissional, resultou na melhoria dos fluxos assistenciais, otimização do uso de recursos, redução do tempo de permanência e elevação da qualidade do cuidado prestado. O acompanhamento contínuo assegura a sustentabilidade das melhorias, evidenciando o valor de abordagens estruturadas e colaborativas na gestão hospitalar.

REFERÊNCIAS

Porter MA. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363(26):2477-2481. Peteraf MA, Barney JB. Unraveling the resource-based triangle. Manag Dec Econ 2003; 24(4):309-323.

World Health Organization (WHO).The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

Fetter, RB, & Freeman, JL (1986). Grupos Relacionados ao Diagnóstico: Gerenciamento de Linha de Produtos em Hospitais. *Revisão da Academia de Gestão*, 11(1), 41-54. doi:10.5465/amr.1986.4282639 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Classificação de Internações Hospitalares (SIH/SUS) e utilização do DRG no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Boas Práticas na Otimização Do Giro De Estoque Em Unidade Ambulatorial

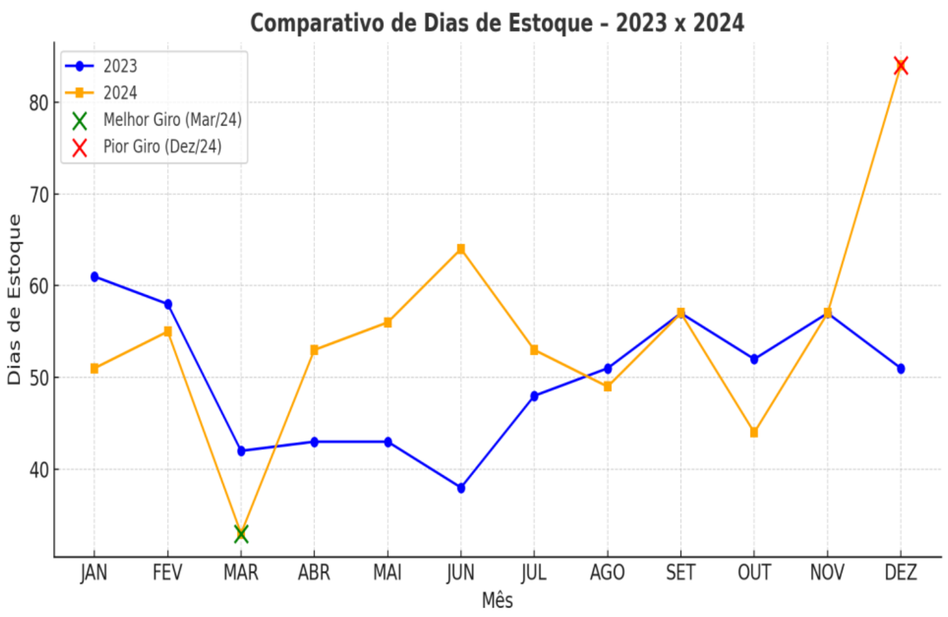
Diego Matias Santos, Rosana Da Silva Sousa

INTRODUÇÃO

A gestão eficiente de insumos hospitalares é essencial para a sustentabilidade dos serviços de saúde. O presente estudo foi motivado pela necessidade de alinhar as compras ao consumo real, reduzir desperdícios e qualificar o uso dos recursos. O objetivo foi implementar ações de otimização do estoque em unidade ambulatorial, promovendo integração entre equipes e controle rigoroso dos processos, com foco na redução de custos sem prejuízo à segurança assistencial

METODOLOGIA

A análise iniciou-se com a avaliação mensal dos indicadores de giro de estoque, que revelaram excesso de compras e falhas na comunicação Intersetorial. As causas foram classificadas em seis dimensões (método, mão de obra, máquina, meio ambiente, material e medida), permitindo identificar os principais pontos críticos. As estratégias adotadas incluíram auditorias mensais nos postos assistenciais, capacitação da equipe sobre uso racional de insumos, metas de compras baseadas no consumo real e reuniões periódicas de alinhamento entre farmácia, assistência e suprimentos. A abordagem foi prática, com ajustes contínuos e acompanhamento dos impactos qualitativos e quantitativos no uso e reposição dos insumos, visando manter o teto de R$ 120.000,00 em compras mensais.



2024 foi o ano em que as ações mostraram impacto real na redução de compras e maior consumo do estoque parado.

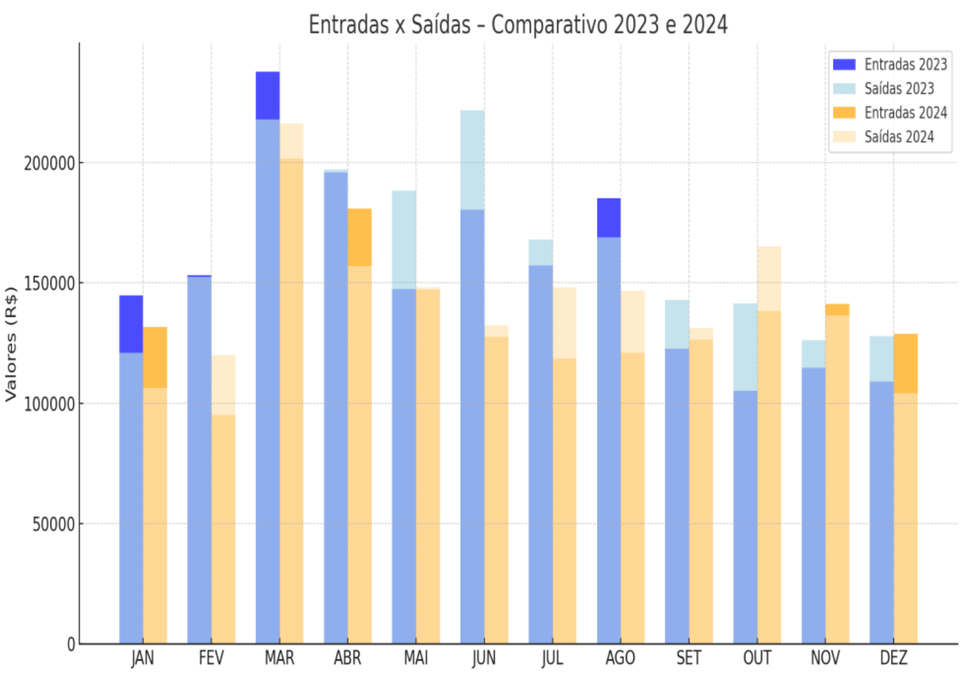
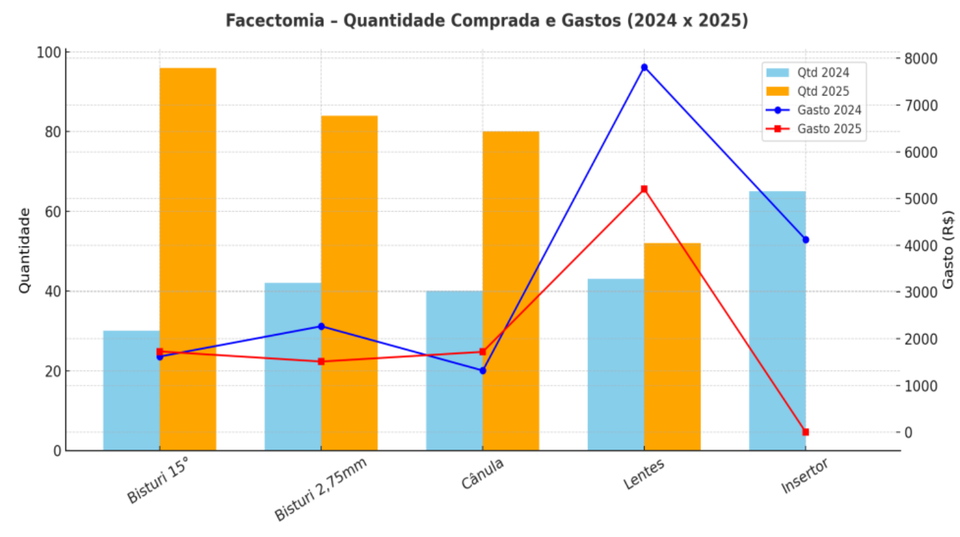


Gráfico comparativo das entradas e saídas financeiras nos anos de 2023 e 2024, distribuída mensalmente em valores monetários (R$).

RESULTADOS

Houve redução de 43% nos gastos com insumos estocáveis no primeiro semestre de 2024 em comparação ao mesmo período de 2023, resultando em economia de R$ 385.607,37 nas aquisições de insumos padronizados e também dos insumos de compra direta, fortalecendo a cultura de provisionamentos. O controle da saída de insumos melhorou, com participação ativa da farmácia e conscientização das equipes assistenciais. A meta de teto mensal de R$ 120 mil foi respeitada, e as ações promoveram o uso racional dos recursos, menor desperdício e fortalecimento da cultura de gestão. A comunicação eficiente entre os setores foi fundamental para a sustentabilidade dos resultados obtidos. Nas cirurgias de facectomia, a padronização de materiais e a adoção de kits de lentes intraoculares com insertor integrado permitiram simplificar o processo e reduzir custos. Em 2024, os gastos caíram de R$ 17.142,41 para R$ 10.160,00, garantindo economia de R$ 6.982,41 (−40,7%) e redução de 58,2% no custo médio por unidade.
Em 2025, os resultados parciais confirmam a manutenção das economias obtidas, assegurando continuidade da gestão eficiente e sustentabilidade do modelo adotado.



Padronização e negociação garantiram aumento de 41,8% no volume e redução de 40,7% nos gastos.

A integração das equipes transforma números em cuidado de qualidade e sustentabilidade para a instituição.

CONCLUSÕES

A experiência demonstrou que a gestão eficiente do giro de estoque, aliada à integração entre farmácia, suprimentos e assistência, pode gerar resultados sólidos em economicidade e sustentabilidade sem comprometer a qualidade assistencial. A redução de 43%, associada à economia de R$ 6.982,41 nas cirurgias de facectomia com a padronização dos materiais, reforça a importância da comunicação e da adoção de práticas inovadoras. Em 2025, os resultados se mantêm consistentes, confirmando que a continuidade do monitoramento, das auditorias e da capacitação das equipes é fundamental para consolidar a cultura de gestão do estoque, assegurar o uso racional dos insumos e sustentar a segurança do paciente

REFERÊNCIAS

DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I. dos; SCHAEFER, S. da C. Logística de medicamentos e organização. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.COSTA, A. L. et al. Gestão de Estoques de Medicamentos em Hospitais: uma revisão sistemática. Revista de Saúde Pública, 2018.BERTOLLI, J. et al. Uso racional de medicamentos: desafios para o farmacêutico hospitalar. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar, 2020.OLIVEIRA, D. F.; RIBEIRO, E. S. Indicadores de gestão de estoques hospitalares: análise crítica e aplicabilidade. Revista de Administração em Saúde, 2021

CICLO PDCA PARA A REDUÇÃO DO CONSUMO DE PAPEL A4 EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM BELÉM/PA

Vaneska Barbosa, Marilia Mafra, Drielly Santos

INTRODUÇÃO

Segundo Zanin et al. (2021) a produção de resíduos sólidos vem crescendo de forma acelerada, devido a vida moderna que está direcionada ao consumismo. O problema desse consumismo desenfreado, vem acarretando impactos negativos no meio ambiente, assim comprometendo gerações futuras. Reduzir a utilização de papel no meio corporativo influencia diretamente, também, na redução de custos.

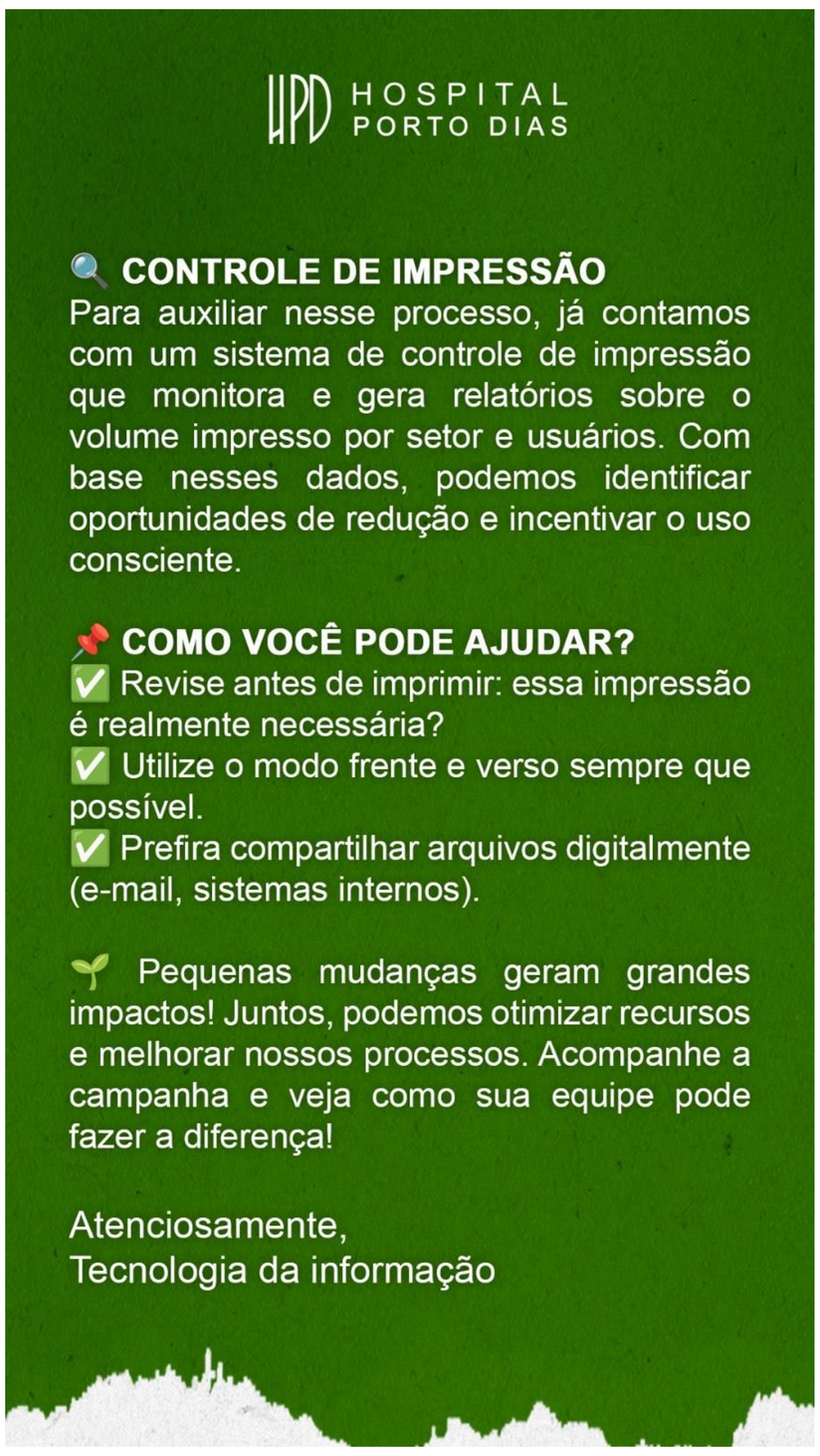
METODOLOGIA

Em janeiro de 2025 em reunião de lideranças foi discutido sobre a utilização excessiva de papel tamanho A4 no hospital e todos os impactos negativos que este uso indiscriminado causa no meio ambiente e no financeiro. A partir do exposto, foi definido que seria realizado um PDCA que permite a melhoria gradual e constante dos processos, com foco na redução de custos e desperdícios. Na semana seguinte, ocorreu um fórum envolvendo Tecnologia da Informação (TI), Qualidade, Gerência de Enfermagem, Diretoria Técnica e Almoxarifado para o planejamento das ações que precisariam ser implantadas para atingir o objetivo sem causar danos na assistência, definindo: 1) Criação de painéis de Business Intelligence (BI) com o consumo em tempo real de papel A4; 2) Auditoria diária da TI para identificar impressões desnecessárias e possíveis falhas; 3) Ajuste no sistema Tasy para reduzir textos e impressões desnecessárias sem impactar na assistência; 4) Mudanças na solicitação de papel A4 para o almoxarifado – somente o gestor possui.

Flyer digital utilizado para sensibilização dos colaboradores sobre a redução do consumo de papel no hospital.

RESULTADOS

A interação entre os processos, o envolvimento da alta gestão e a ferramenta utilizada foram essenciais para alcançar o resultado esperado. De janeiro até junho de 2025, foi evidenciado no painel do BI criado a redução de mais de 20% na requisição do insumo.



Flyer digital utilizado para sensibilização dos colaboradores sobre a redução do consumo de papel no hospital.

CONTRIBUIÇÕES DA METODOLOGIA DRG PARA MENSURAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL DA TERAPIA INTENSIVA ADULTA EM UM HOSPITAL AO SUS

Vanessa Soares Martins, Flaviano Assunção, Patrick Rezende Godinho, Samar Musse Dib

INTRODUÇÃO

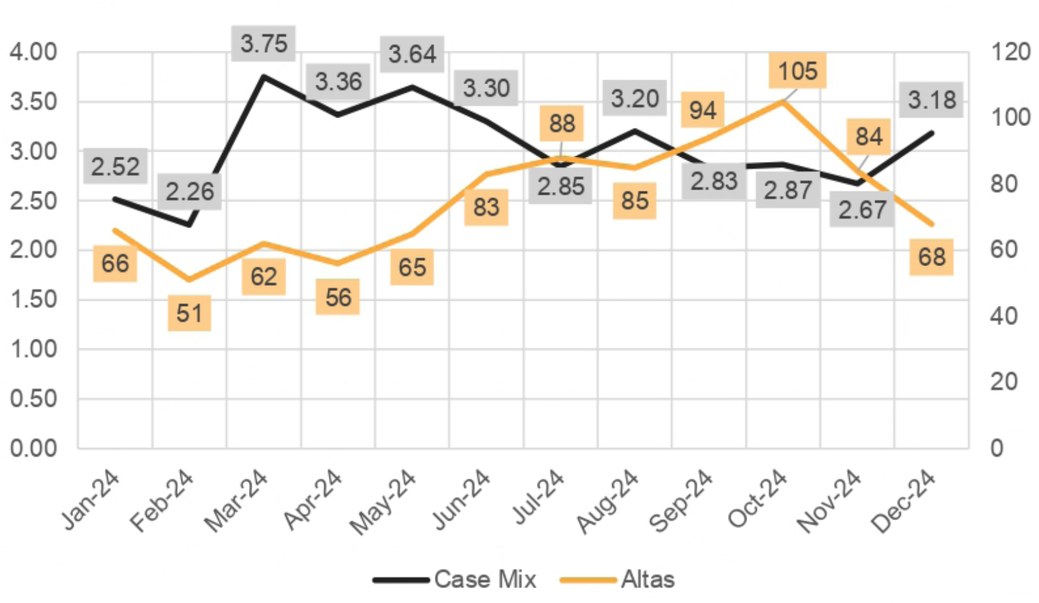
A saúde é dever do Estado, e gerenciar bem os recursos para garantir qualidade é um desafio. A metodologia *Diagnosis Related Groups* (DRG) classifica pacientes por perfis clínicos e cirúrgicos, estimando tempo e custo de internação e apoiando a gestão hospitalar. O estudo justifica-se por investigar como o DRG mensura a qualidade assistencial no setor de terapia intensiva em um hospital de grande porte do SUS, ferramenta útil para enfrentar desafios de gestão em cenário de alta demanda e recursos limitados. **Objetivo:** Descrever como o DRG mensura a qualidade assistencial no setor de terapia intensiva vinculado ao SUS.

METODOLOGIA

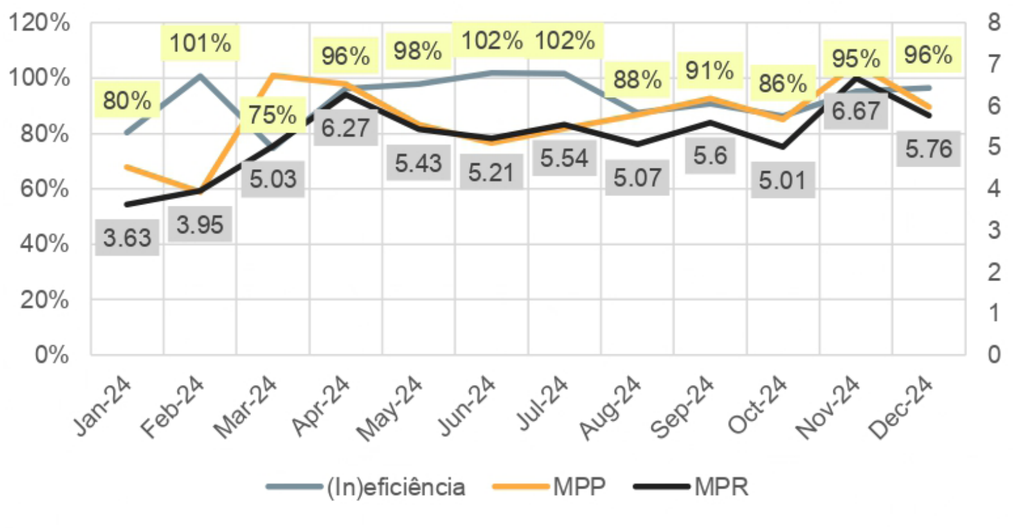
O método adotado nesta pesquisa é um estudo quantitativo de tendência temporal, baseado em dados secundários extraídos da plataforma DRG. Essa abordagem estatística permite analisar como uma ou mais variáveis se comportam ao longo do tempo, visando identificar padrões, tendências, ciclos, variações sazonais e mudanças abruptas associadas a eventos, intervenções ou fatores externos. Para a análise, foram coletados dados mensais referentes às altas hospitalares, *case mix* e (in)eficiência ao longo do ano de 2024. Essas variáveis foram obtidas do banco de dados da plataforma DRG Brasil, possibilitando avaliações detalhadas de sua evolução temporal. A análise foi conduzida por meio de representações gráficas (gráficos de linhas) geradas no Microsoft Excel 2010, permitindo visualizar a evolução dos indicadores e, assim, mensurar a qualidade assistencial prestada pelo hospital, identificando oportunidades para intervenções gerenciais e aprimoramento contínuo dos processos.

RESULTADOS

Nos meses de junho e julho o setor da terapia intensiva apresentou uma taxa (in)eficiência acima de 100%, indicando permanência acima do ideal devido a complexidade assistencial (*case mix)* e assim, menor giro de leitos. Após esse período, observou-se melhora significativa na eficiência chegando a 86% em outubro, mesmo com aumento expressivo de internações no mesmo mês, reforçando o aprimoramento assistencial, destacando-se pela boa aderência aos protocolos clínicos, processos de reabilitação bem estruturados e gestão de leitos orientado pelos indicadores da gestão assistencial.



Legenda: Complexidade assistencial x n° de altas do CTI



Legenda: Série histórica da (in)eficiência do CTI.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que a aplicação da metodologia DRG permite mensurar a qualidade assistencial de forma objetiva, identificando períodos de ineficiência e evolução positiva ao longo do tempo. A análise reforça a importância do uso de indicadores gerados pelo DRG como ferramenta estratégica para otimizar a gestão de leitos, aprimorar processos clínicos e apoiar a tomada de decisão em hospitais do SUS.

REFERÊNCIAS

NORONHA, Marina F.; VERAS, Cláudia T.; LEITE, Iuri C.; MARTINS, Monica S.; BRAGA NETO, Francisco; SILVER, Lynn. O desenvolvimento dos “Diagnosis Related Groups” – DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 198-208, jun. 1991. DOI: 10.1590/S0034-89101991000300007.

CONTRIBUIÇÕES DA METODOLOGIA DRG PARA MENSURAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE VINCULADO AO SUS SITUADO EM MINAS GERAIS

Vanessa Soares Martins, Fábio Patrus, Patrick Rezende Godinho, Samar Musse Dib

INTRODUÇÃO

A saúde é dever do estado, e gerenciar bem os recursos para garantir qualidade é um desafio. A metodologia *Diagnosis Related Groups* (DRG) classifica pacientes por perfis clínicos e cirúrgicos, estimando tempo e custo de internação e apoiando a gestão hospitalar. O estudo justifica-se por investigar como o DRG mensura a qualidade assistencial em um hospital de grande porte do sus, ferramenta útil para enfrentar desafios de gestão em cenário de alta demanda e recursos limitados. **Objetivo:** descrever como o DRG mensura a qualidade assistencial em um hospital de grande porte vinculado ao sus.

METODOLOGIA

O método adotado nesta pesquisa é um estudo quantitativo de tendência temporal, baseado em dados secundários extraídos da plataforma DRG. Essa abordagem estatística permite analisar como uma ou mais variáveis se comportam ao longo do tempo, visando identificar padrões, tendências, ciclos, variações sazonais e mudanças abruptas associadas a eventos, intervenções ou fatores externos. Para a análise, foram coletados dados mensais referentes às altas hospitalares, *case mix*, (in)eficiência, média de permanência realizada (MPR) e média de permanência prevista (MPP) ao longo do ano de 2024. Essas variáveis foram obtidas do banco de dados da plataforma DRG Brasil, possibilitando avaliações detalhadas de sua evolução temporal. A análise foi conduzida por meio de representações gráficas (gráficos de linhas) geradas no *microsoft excel* 2010, permitindo visualizar a evolução dos indicadores e, assim, mensurar a qualidade assistencial prestada pelo hospital, identificando oportunidades para intervenções gerenciais e aprimoramento contínuo dos processos.

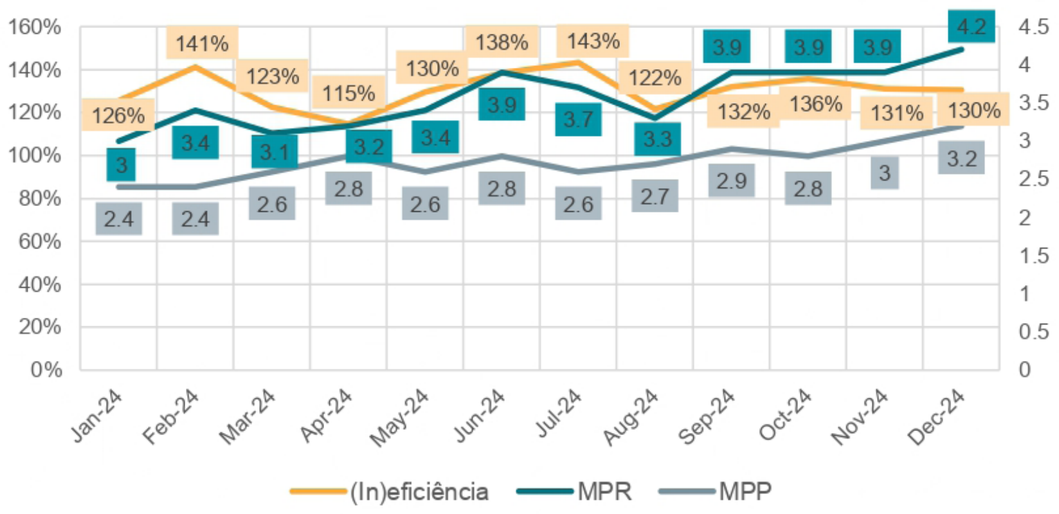
RESULTADOS

O hospital demonstrou capacidade de absorver aumento de demanda e complexidade. Entre janeiro e julho, as internações cresceram cerca de 65% e houve melhora de eficiência de 13% mesmo com o aumento do *case mix* de 1,06 em janeiro para 1,24 em dezembro atrelados ao ajuste de MPR e MPP. Isso evidencia a evolução no perfil dos atendimentos para casos mais complexos, reforçando a qualificação da assistência. Dessa forma, os resultados apontam para robustez operacional, com capacidade de manter qualidade e ajustar processos mesmo diante de maior volume e complexidade.

Altas x *Case Mix*

Legenda: Comparativo da complexidade assistencial com número de altas

(In)eficiência x MPR e MPP



Legenda: Série histórica da (in)eficiência hospitalar

CONCLUSÕES

Isso evidencia a evolução no perfil dos atendimentos para casos mais complexos, reforçando a qualificação da assistência. Dessa forma, os resultados apontam para robustez operacional, com capacidade de manter qualidade e ajustar processos mesmo diante de maior volume e complexidade.

REFERÊNCIAS

NORONHA, Marina F.; VERAS, Cláudia T.; LEITE, Iuri C.; MARTINS, Monica S.; BRAGA NETO, Francisco; SILVER, Lynn. O desenvolvimento dos "*Diagnosis Related Groups*" – DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 198-208, jun. 1991. DOI: 10.1590/S0034-89101991000300007.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

CUIDAR DE QUEM CUIDA: GESTÃO MÉDICA INOVADORA NO PRONTO-SOCORRO

Marcio Campos Sampaio, Bruno Carrijo Cunha, Camila Tenaglia, Flora Ladeira Craveiro

INTRODUÇÃO

No coração do pronto-socorro, a Clínica Médica concentra alto volume, complexidade e grande parte dos ofensores da experiência do paciente. Em 2024, mesmo com avanços assistenciais, o NPS seguia em 49,51, refletindo jornadas desorganizadas e ausência de um modelo estratégico de gestão médica. Este projeto propôs uma virada: aliar ciência de dados, planilha de capacidade, Power BI para soft skills, escuta estruturada e valorização profissional. O objetivo era claro: transformar a clínica no melhor lugar para médicos cuidarem — e para pacientes serem cuidados.

METODOLOGIA

Utilizou-se o ciclo PDSA (Plan-Do-Study-Act) no 3 trimestre de 2024, conforme o Institute for Healthcare Improvement (IHI):

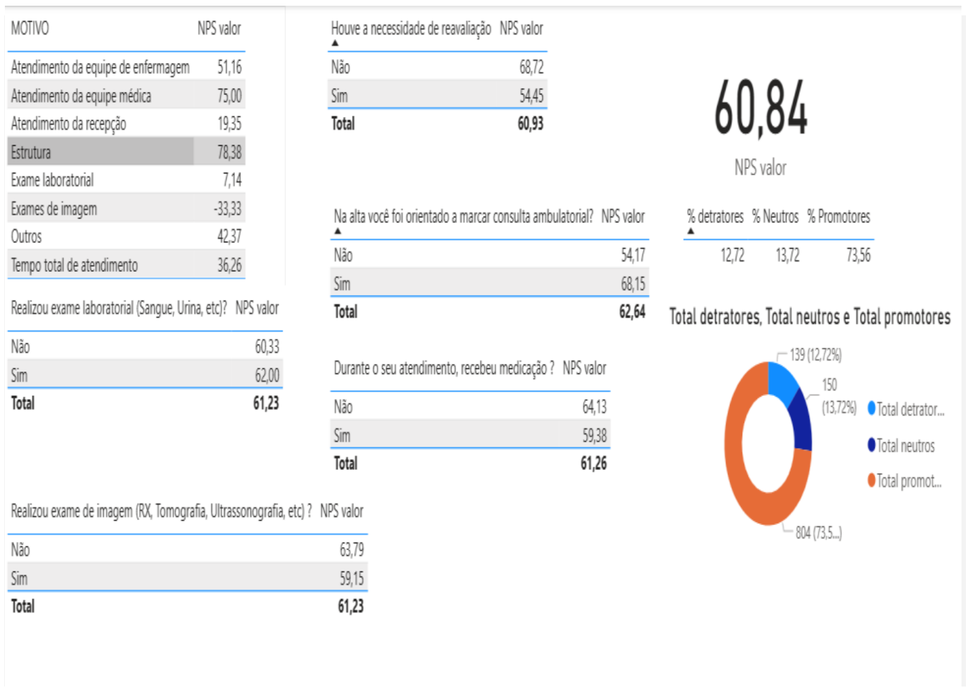
Plan – Analisamos a *curva térmica* (fichas/hora-dia) para estimar demanda e sazonalidade. Construímos planilha de capacidade (Excel) e BI (Power BI) integrando produção, tempos e **NPS por etapa e por médico.** Definimos **SLAs** e a escala-alvo de acordo com performance médica (performance comunicacional).

Do – Reconfiguramos a escala orientada por dados, alocando os melhores perfis em primeiro atendimento médico (**triagem)** e **reavaliação (desfecho)**. Implantamos **painéis em tempo real** no PS para ajustes imediatos. Iniciamos **feedbacks trimestrais** com treinamento de scripts de atendimento (communicated with heart), educação continuada mensal e ações de bem-estar (programa de treinamento físico com encontros semanais e ranking dos mais assíduos com premiação a cada 3 meses → Gym Rats).

Study – Monitoramos **diariamente**; correlacionamos **cumprimento de SLAs × NPS**; auditamos tempo prescrição-execução e avaliamos relatos de pacientes. Observou-se **queda do tempo de atendimento médico** e melhora da comunicação (índice de satisfação).

Act – Atualização periódica da capacidade por sazonalidade; governança semanal com lideranças para tratar ofensores e ações imediatas; reconhecimento institucional baseado em impacto assistencial, engajamento e escuta do paciente.

Painel- **Reavaliação Médica:** status de triagem, sinais vitais, dor, médico responsável e tempo de espera por paciente em tempo real.



Dashboard de NPS (Power BI): NPS global trimestral (1t 2025) de **60,84** com cortes por exames e perfomance médica.

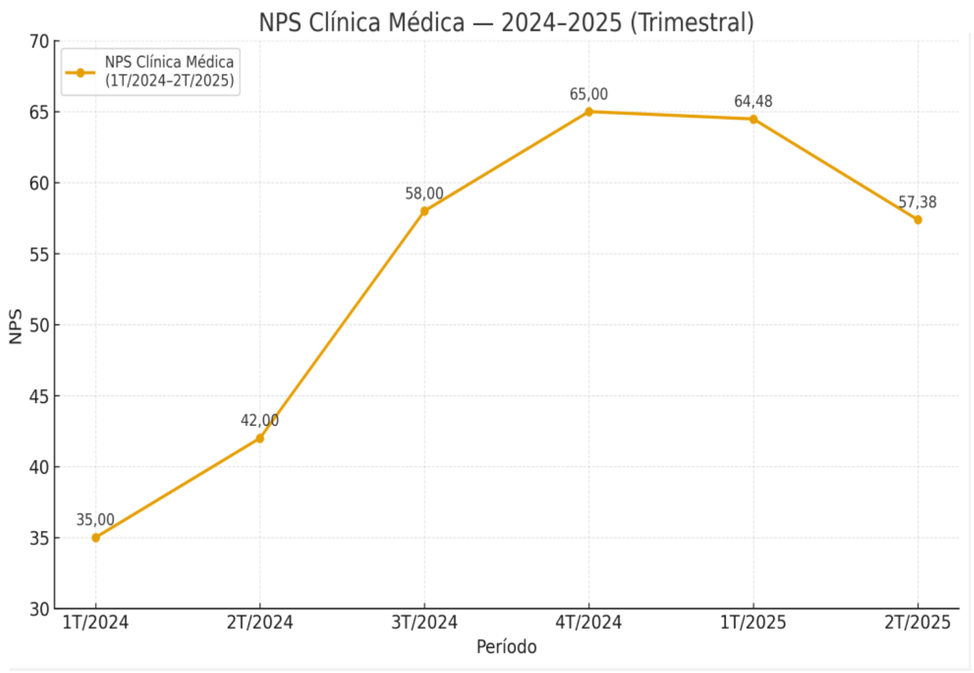
RESULTADOS

Em 2024, a clínica médica evoluiu de 35 (1T) para 65 (4T), fechando com NPS médio 49,51, sustentada por governança em tempo real, escala orientada por dados e comunicação qualificada. Em 2025, o modelo se mantém em patamar superior: média semestral 61,01 (64,63 no 1T; 57,38 no 2T), acima da média histórica e resiliente à sazonalidade e ao maior volume assistencial.

Na prática, houve redução do tempo de primeiro atendimento médico, queda do tempo de reavaliação, alta padronizada e clara e fluxos mais previsíveis, com melhor integração aos serviços diagnósticos e menos retrabalho. Com feedbacks trimestrais, educação continuada e ações de bem-estar, a equipe reforçou pertencimento, propósito e disciplina de execução.

Síntese: o NPS virou rotina de gestão na operação do PS, convertendo experiência do paciente em valor clínico, eficiência de tempo e confiança no serviço.

Dashboard de NPS (Power BI): NPS global trimestral (1t 2025) de **60,84** com cortes por SLA de exames x NPS.



Evolução do NPS: série trimestral da Clinica Médica, 1T/2024–2T/2025.

CONCLUSÕES

Mais do que um projeto de gestão, este foi um projeto de transformação cultural. Baseado em dados, mas guiado por vínculos. Estruturado com planilhas e painéis, mas sustentado por escuta, clareza e reconhecimento. Criamos um ecossistema onde o médico se sente valorizado — e onde o paciente percebe isso em cada etapa da jornada.

Porque quando o cuidado é planejado com inteligência e entregue com presença, a clínica deixa de ser só um lugar de passagem: vira território de confiança.

E quando isso acontece, o pronto-socorro deixa de ser sinônimo de dor e espera — e passa a ser lembrado como um lugar de acolhimento, eficiência e humanidade.

Esse projeto provou que números organizam o fluxo, mas são os vínculos que sustentam a excelência. E quando a cultura se alinha ao propósito, a experiência vira legado.

REFERÊNCIAS

1. THE CLEVELAND CLINIC FOUNDATION. *Communicate with H.E.A.R.T.® – S.T.A.R.T. with Heart®: Participant Notes*. Cleveland: Cleveland Clinic, **2020**. **2 p.** Disponível em: https://my.clevelandclinic.org/-/scassets/files/org/patient-experience/experience-partners/cwh-handout.pdf. Acesso em: 22 set. 2025.
2. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Model for Improvement*. [S.l.]: IHI, [s.d.]. Disponível em: https://www.ihi.org/library/model-for-improvement. Acesso em: 22 set. 2025.

Do Registro ao Resultado: Qualidade da Informação Epidemiológica

Sara Dal'Rio Silva, Israel Mello Rocha, Luiza Queiroz do Nascimento, Rebeca Ventura G. Resende.

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de doenças crônicas, associado à transição demográfica e ao crescimento dos custos assistenciais, impõe desafios relevantes à gestão em saúde. Nesse contexto, a qualificação da informação constitui elemento estratégico, uma vez que a qualidade e a confiabilidade dos dados epidemiológicos sustentam tanto a excelência clínica quanto a assertividade das decisões operacionais e gerenciais.

Registros incompletos ou imprecisos comprometem indicadores-chave, reduzem a sensibilidade dos sistemas de vigilância e dificultam o planejamento institucional, podendo resultar em alocação inadequada de recursos humanos, tecnológicos e financeiros. Em contraposição, a disponibilidade de dados clínico-epidemiológicos robustos favorece a integração entre vigilância, assistência e gestão, promovendo a sustentabilidade das instituições e a resolutividade do cuidado.

Com base nesse diagnóstico, estruturou-se uma intervenção integrada entre os serviços de Epidemiologia, SAME e Atendimento, organizada em três eixos: (i) capacitação contínua das equipes multiprofissionais quanto à relevância e ao correto preenchimento dos registros epidemiológicos; (ii) auditorias sistemáticas de prontuários com revisão técnica das fichas; e (iii) engajamento das lideranças clínicas no processo de validação e mobilização institucional.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no Hospital Santa Rita, com abordagem qualitativa e quantitativa, voltada para a melhoria da qualidade dos registros clínicos e epidemiológicos. A intervenção integrou os serviços de Epidemiologia, SAME e Atendimento, estruturando-se em três frentes: capacitação contínua das equipes multiprofissionais sobre a importância dos registros; auditorias sistemáticas de prontuários com revisão técnica das fichas; e engajamento das lideranças clínicas para validação e mobilização do processo.

A coleta e análise de dados ocorreram a partir da avaliação de registros antes e após a intervenção, considerando indicadores de completude, consistência e acurácia. O impacto foi medido pela maior sensibilidade dos indicadores de vigilância, pelo uso dos dados em comissões hospitalares e pela incorporação das informações em estratégias institucionais, como planos de segurança do paciente, programas de educação permanente e investimentos estruturais.

RESULTADOS

A intervenção resultou em avanços expressivos na qualidade e na acurácia dos registros clínicos e epidemiológicos, porém o objetivo final ainda não foi plenamente alcançado. Embora tenha sido observado um aumento na completude dos dados informados no cadastro do paciente, a alta demanda no fluxo de atendimento ainda impõe desafios importantes às recepções, que enfrentam dificuldades no preenchimento adequado das informações.

Foram identificadas falhas de cadastro que exigiram a inclusão do setor de cadastros no processo, de modo a validar e ajustar registros já existentes. Essa medida trouxe ganhos iniciais de qualidade e maior confiabilidade dos dados, mas evidenciou que o processo precisa de constante monitoramento e aperfeiçoamento.

Apesar das limitações, a iniciativa apresenta grande relevância na esfera institucional e de relacionamento com operadoras de saúde. A nova sistemática permitiu a elaboração e o envio periódico de relatórios epidemiológicos e operacionais customizados, que passaram a consolidar indicadores clínicos, assistenciais e de eficiência. Esses reports proporcionaram maior transparência e objetividade na comunicação com os parceiros comerciais, servindo como base técnica para renegociação de contratos. Dessa forma, foi possível alcançar maior previsibilidade de custos, aprimorar o relacionamento institucional e fomentar a adoção de modelos inovadores de remuneração baseados em desempenho.

Do ponto de vista da gestão interna, a melhoria dos registros consolidou a informação como recurso estratégico, integrando de maneira mais efetiva a vigilância epidemiológica, a assistência direta e a governança hospitalar. Os reflexos práticos foram múltiplos: embasaram a formulação de planos de segurança do paciente, orientaram a definição de prioridades nos programas de educação permanente, influenciaram decisões sobre investimentos em infraestrutura e qualificaram a alocação de recursos. Tudo isso representou um avanço no alinhamento das práticas institucionais ao cuidado baseado em valor, em que o foco é a obtenção de melhores resultados clínicos e maior resolutividade com sustentabilidade financeira. is racional de recursos públicos, fortalecer a cooperação entre instituição e sistema de saúde e promover maior transparência, eficiência e confiabilidade nos fluxos regulatórios.

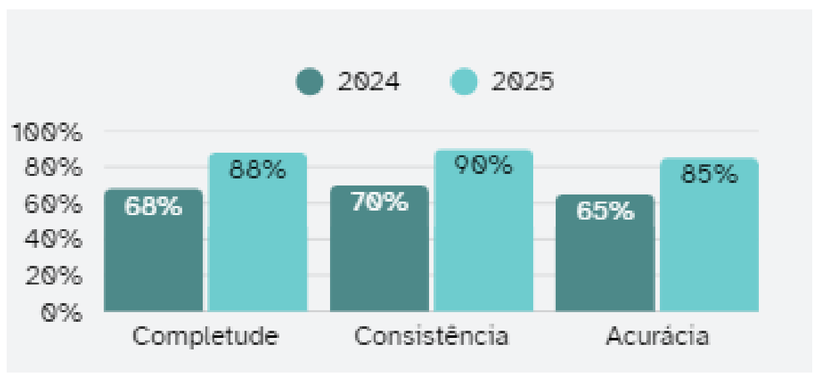
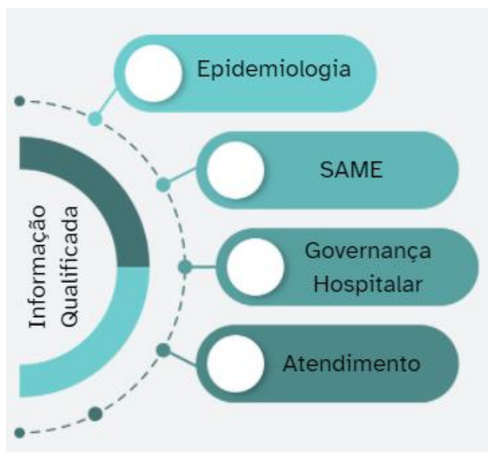


Imagem do gráfico de melhora dos registros antes e após a intervenção, no período



Infográfico de integração para implantação no Hospital Santa Rita.

CONCLUSÕES

A implementação de um modelo próprio de Governança Clínica se mostrou eficaz para a integração de dados e a tomada de decisões orientadas, resultando em melhoria contínua da qualidade assistencial. O modelo não apenas aprimorou a segurança e a eficiência, mas também impulsionou o engajamento dos profissionais e a satisfação dos pacientes. O sucesso do projeto no Afecc demonstra que a Governança Clínica, quando bem estruturada, é uma ferramenta poderosa para alcançar a excelência no cuidado, mesmo em hospitais de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global report on effective access to assistive technology. Geneva: WHO; 2022.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Indicadores básicos de saúde: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2020.
3. Silva Júnior JB, Almeida MF. Vigilância em saúde no Brasil: contribuições para o SUS. Epidemiol Serv Saúde. 2019;28(1):e2019350.

EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL E VALOR EM SAÚDE: UMA ANÁLISE ESTRATÉGICA COM BASE EM DADOS REAIS

Márcia Beatriz Schneider, Cecilia Vasconcelos

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade dos sistemas de saúde exige a entrega de valor baseada em desfechos clínicos e eficiência operacional. Avaliar o desempenho assistencial de instituições de alta complexidade, com foco em linhas de cuidado, segurança do paciente e uso racional de recursos, é essencial para transformar o cuidado. Este estudo analisou a trajetória de uma instituição hospitalar brasileira, utilizando dados da Plataforma Valor Saúde by DRG Brasil + IA, com o objetivo de identificar seus diferenciais competitivos e oportunidades de melhoria com base em evidências objetivas.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma análise retrospectiva, quantitativa e descritiva das internações SUS ocorridas entre dezembro de 2023 e novembro de 2024. A base utilizada foi a Plataforma Valor Saúde by DRG Brasil, alimentada com codificações clínicas baseadas em DRG (Diagnosis Related Groups) e algoritmos de inteligência artificial. Avaliaram-se indicadores como complexidade assistencial, linhas de cuidado, segurança (ex. mortalidade ajustada por risco), readmissões e eficiência no uso de leitos. As análises foram feitas considerando 1.056 altas elegíveis para estudo preditivo, com destaque para desfechos observados versus esperado, com os resultados comparados a benchmarks nacionais da própria base DRG Brasil.

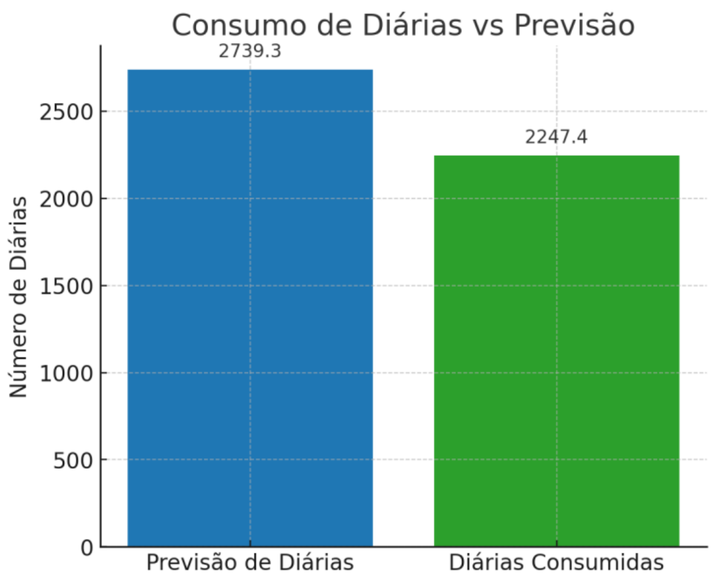


Grafico: consumo de diárias previstas x realizadas

RESULTADOS

No âmbito da eficiência operacional, destacou-se o uso racional das diárias hospitalares. Enquanto a previsão total era de 2.739,3 diárias, foram consumidas apenas 2.247,4, resultando em uma economia de 491,9 diárias e refletindo um índice de eficiência de 82%, mesmo considerando o alto grau de complexidade de parte significativa de seus pacientes.

A segurança assistencial também contribuiu para os resultados positivos. A taxa de mortalidade entre pacientes classificados como de muito baixo risco foi de apenas 0,18%, inferior à média nacional de 0,23%, demonstrando a eficácia dos protocolos clínicos e da gestão de risco, refletindo-se na efetividade clínica e nos desfechos obtidos.

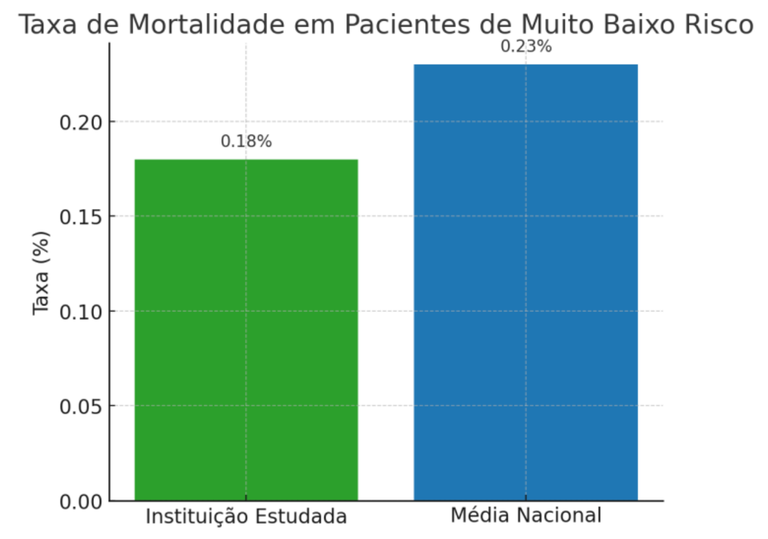
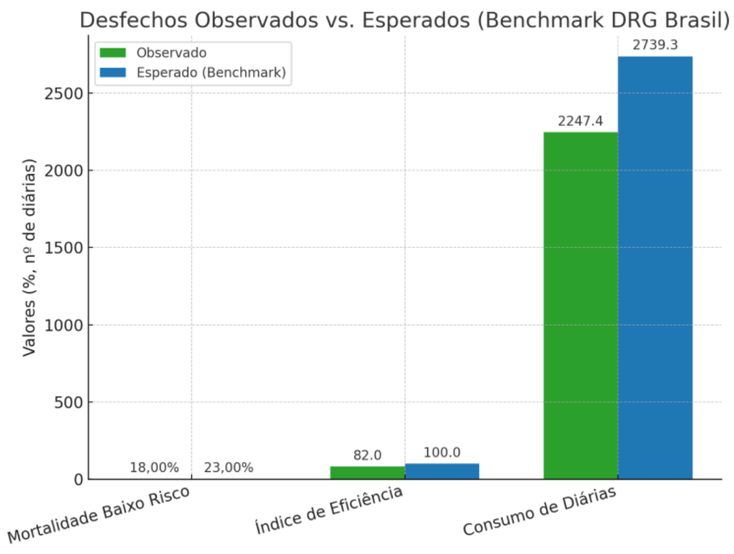


Grafico: percentual de taxa de mortalidade em comparação nacional



Comparativo de Desfechos Observados vs. Esperados (DRG Brasil)

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que a combinação de protocolos clínicos, gestão de risco e uso de inteligência em saúde potencializa a eficiência e a segurança assistencial. A economia de 491,9 diárias e a mortalidade reduzida em pacientes de baixo risco evidenciam a efetividade das práticas adotadas. Tais resultados comprovam a entrega de valor em saúde, conciliando qualidade e sustentabilidade. O uso de análises preditivas e comparativas fortalece a identificação de melhorias contínuas. Dessa forma, a instituição amplia sua competitividade e consolida práticas centradas em desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

Souza, M. A. *Eficiência na atenção à saúde no SUS: revisão para uma abordagem conceitual e prática*. 2023. Estudo que analisa literatura recente sobre eficiência em sistemas públicos de saúde, discutindo como usar indicadores, custos, desfechos clínicos e qualidade assistencial no contexto do SUS

Eficiência com Propósito: Redução de Custos e Risco Assistencial com Valorização da Equipe

Tania Cristina Guesser Gonçalves, Barbara Roberta Marchinski, Maikon Jorge Baceto.

INTRODUÇÃO

A farmácia hospitalar é estratégica para garantir segurança assistencial e eficiência operacional. O trabalho teve como foco reduzir custos com horas extras, reorganizar processos e melhorar o clima da equipe. A partir do uso de dados e da escuta ativa dos profissionais, foi possível otimizar o dimensionamento e reduzir riscos relacionados à jornada de trabalho. O principal objetivo foi garantir um serviço mais seguro ao paciente e promover mais qualidade de vida ao colaborador.

METODOLOGIA

O estudo foi conduzido com abordagem prática, utilizando análise detalhada dos dados dos processos internos da farmácia central. Foram medidos tempos operacionais, avaliadas escalas de trabalho e implantadas ferramentas de monitoramento, como o farol de horas extras e o sistema Escala Jornadas, permitindo maior visibilidade e controle sobre a alocação de recursos. A equipe farmacêutica foi capacitada para tomar decisões de forma autônoma, promovendo engajamento e responsabilização pelos resultados. Foram realizadas reuniões periódicas envolvendo DP&C, Controladoria e Farmácia, com o objetivo de planejar, acompanhar e ajustar continuamente as ações de melhoria, garantindo que as estratégias implementadas fossem sustentáveis e eficazes. Como parte das estratégias discutidas nessas reuniões, foram implantadas ações que atendem de forma equilibrada tanto às necessidades do hospital quanto às demandas e bem-estar dos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho mais eficiente, seguro e colaborativo.

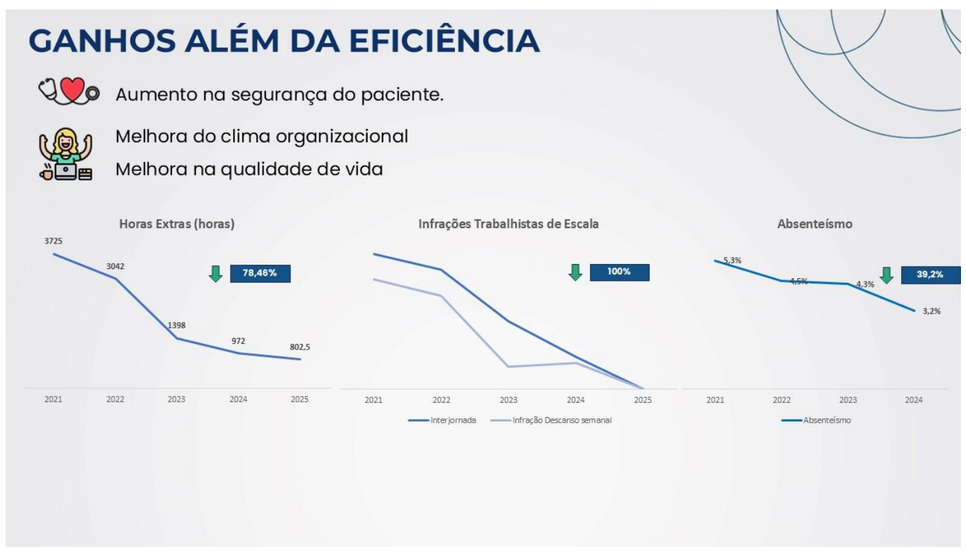
Linha do tempo das ações implementadas para otimizar processos, gestão de pessoas, reduzir deslocamentos e melhorar a gestão das horas extras.

Metodologia Lean: Revisão do layout, eliminando desperdício de tempo de deslocamento e otimizando o fluxo de trabalho.

RESULTADOS

O projeto evitou um custo de R$ 582.292,92, sendo R$ 472.232,00 pela não ampliação do quadro e R$ 110.062,92 pela redução de horas extras. As horas extras caíram 73,9%; o absenteísmo reduziu em 1.235 horas em 2024. As infrações de descanso semanal e interjornada, que já haviam caído significativamente, foram completamente eliminadas em 2025. Os resultados incluem ainda melhora no clima organizacional, aumento da qualidade de vida da equipe, maior segurança ao paciente e redução do risco trabalhista associado ao descumprimento da legislação da jornada.

Melhoria contínua: redução progressiva dos gastos com horas extras entre 2021 e 2025, contribuindo para a sustentabilidade financeira do serviço.



Humanização: além da redução de custos, o projeto melhorou o clima organizacional, segurança assistencial e qualidade de vida da equipe.

CONCLUSÕES

A experiência demonstrou que a integração entre análise de dados, reorganização de processos e engajamento da equipe pode transformar a gestão da farmácia hospitalar. A redução expressiva de custos, a eliminação de riscos trabalhistas e o aumento da segurança do paciente foram alcançados sem ampliar o quadro de pessoal, preservando recursos e promovendo qualidade de vida ao colaborador. O projeto evidencia que eficiência e cuidado humano caminham juntos e geram resultados sustentáveis.

REFERÊNCIAS

GRABAN, Mark. *Hospitais Lean: Melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários*. Porto Alegre: Bookman, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão.* 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

Eficiência na Gestão de Custos: Um Estudo de Caso no Pronto-Socorro

Rafael de Carvalho Amorim, Monise Tedesco, Rafael Buzinario, Ronaldo Chalegre

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade das instituições hospitalares enfrenta desafios sem precedentes. Atualmente, cerca de 90% dos contratos com operadoras de saúde são assinados com pacote de pronto-socorro adulto (PSA), onde a receita é fixa por atendimento. Diante da impossibilidade de aumentar a receita, o foco foi na redução de custos de medicamentos na principal porta de entrada da instituição.

METODOLOGIA

Um trabalho multidisciplinar envolvendo equipes médicas, farmácia, enfermagem, compras e almoxarifado definiu os 64 medicamentos de maior utilização e/ou custo no PSA para revisão de marca, estoque e custo. Considerando o estoque institucional e medicamentos de baixa demanda, o projeto iniciou com 19 itens na primeira fase, abertos para laboratórios com comparação de preços e renegociações. Apenas fornecedores homologados e qualificados pelo Grupo de Avaliação e Qualificação de Fornecedores (GAFO) foram considerados.

Descrição	Laboratório	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Total
Medicamento 1	***	870	2464	2347	1975	1229	1139	1309	1394	1332	14059
Medicamento 2	***	190	191	197	180	180	212	197	223	243	1813
Medicamento 3	***	405	445	340	386	293	360	357	364	283	3233
Medicamento 4	***	0	0	0	9	26	26	26	19	25	131
Medicamento 5	***	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Medicamento 6	***	7	33	23	50	33	15	32	26	10	229
Medicamento 7	***	0	37	98	76	83	65	127	92	75	653
Medicamento 8	***	0	2	4	11	15	16	3	12	14	77
Medicamento 9	***	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicamento 10	***	0	0	14	19	8	8	12	14	16	91
Medicamento 11	***	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Medicamento 12	***	27	45	112	72	73	59	134	86	94	702
Medicamento 13	***	155	218	175	120	107	116	95	113	91	1190
Medicamento 14	***	40	33	26	47	22	23	23	16	17	247
Medicamento 15	***	387	525	575	442	354	336	410	471	514	4014
Medicamento 16	***	6	5	6	4	7	2	5	2	0	37
Medicamento 17	***	1235	1260	1379	1162	1284	1173	1455	1434	1592	11974
Medicamento 18	***	2603	3126	3732	3413	2507	2198	2376	2437	2342	24734
Medicamento 19	***	100	574	814	690	592	607	683	665	673	5398

Tabela1: Acompanhamento de consumo mensal, 2024..

RESULTADOS

Na primeira etapa com 19 medicamentos, houve uma redução de 51,77% no custo unitário. Considerando o consumo nos primeiros 9 meses de 2024, isso representa uma redução de custo de 55,11% (R$99.485,09) com a padronização atual em relação à antiga.

		ANÁLISE CUSTO		ANÁLISE DE CUSTO X CONSUMO		
Descrição	Total	Custo anterior	Custo Atual	Padronização Antiga	Padronização Atual	Diferença de custo (saving)
Medicamento 1	14059	R$ 4,70	R$ 1,10	R$ 66.077,30	R$ 15.394,61	R$ 50.682,70
Medicamento 2	1813	R$ 4,75	R$ 2,87	R$ 8.613,93	R$ 5.203,13	R$ 3.410,80
Medicamento 3	3233	R$ 1,07	R$ 0,86	R$ 3.473,86	R$ 2.780,38	R$ 693,48
Medicamento 4	131	R$ 3,97	R$ 0,84	R$ 520,70	R$ 110,04	R$ 410,66
Medicamento 5	1	R$ 2,55	R$ 2,18	R$ 2,55	R$ 2,18	R$ 0,37
Medicamento 6	229	R$ 1,33	R$ 0,57	R$ 304,94	R$ 130,55	R$ 174,38
Medicamento 7	653	R$ 0,57	R$ 0,05	R$ 374,36	R$ 33,56	R$ 340,80
Medicamento 8	77	R$ 0,80	R$ 0,19	R$ 61,39	R$ 14,75	R$ 46,65
Medicamento 9	0	R$ 15,84	R$ 7,28	R$ -	R$ -	R$ -
Medicamento 10	91	R$ 3,55	R$ 0,17	R$ 323,40	R$ 15,83	R$ 307,56
Medicamento 11	2	R$ 3,96	R$ 3,00	R$ 7,93	R$ 6,00	R$ 1,92
Medicamento 12	702	R$ 0,47	R$ 0,41	R$ 330,71	R$ 284,87	R$ 45,84
Medicamento 13	1190	R$ 1,75	R$ 1,48	R$ 2.078,10	R$ 1.761,20	R$ 316,90
Medicamento 14	247	R$ 1,85	R$ 1,24	R$ 457,59	R$ 305,07	R$ 152,52
Medicamento 15	4014	R$ 2,94	R$ 1,90	R$ 11.808,79	R$ 7.626,60	R$ 4.182,19
Medicamento 16	37	R$ 2,33	R$ 1,48	R$ 86,27	R$ 54,76	R$ 31,51
Medicamento 17	11974	R$ 2,20	R$ 1,36	R$ 26.379,92	R$ 16.284,64	R$ 10.095,28
Medicamento 18	24734	R$ 1,45	R$ 0,99	R$ 35.921,19	R$ 24.486,66	R$ 11.434,53
Medicamento 19	5398	R$ 4,39	R$ 1,21	R$ 23.688,58	R$ 6.531,58	R$ 17.157,00
		R$ 60,50	**R$ 29,18**	**R$ 180.511,50**	**R$ 81.026,42**	**R$ 99.485,09**

Tabela 2: Análise de custo anterior, atual e saving.

CONCLUSÕES

A otimização dos custos hospitalares deve ser prioridade em um período de desafios para o aumento de receita. Com este projeto, além do PSA, outras unidades de negócio do hospital se beneficiaram com as renegociações, mantendo a qualidade e segurança dos pacientes como prioridade. O projeto segue para novas fases com expectativa de resultados ainda melhores.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka, E. Y. (2007). Custos em Hospitais: Uma Abordagem para a Gestão de Custos Assistenciais. Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ.
2. Sodré, A., & Pinho, E. (2018). Gestão Estratégica de Custos em Hospitais. Revista Brasileira de Contabilidade.

Eficiência que Transforma: Gestão Operacional Financiando Inovação Estrutural de um Hospital Público.

Ricardo Augusto Xavier da Cruz, Simone Ribeiro de Oliveira, Kamila Conde Coelho

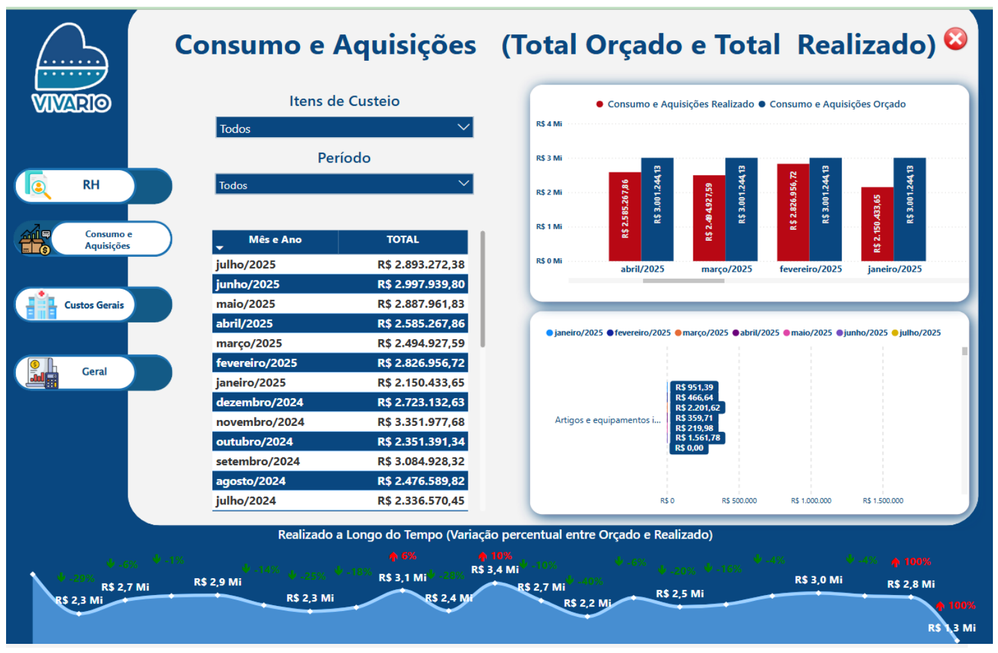
INTRODUÇÃO

Modernizar hospitais públicos com recursos escassos é um desafio constante. Este trabalho mostra que inovação não depende, necessariamente, de grandes investimentos, mas de uma gestão operacional eficiente. A experiência apresentada comprova que disciplina na execução orçamentária e revisão dos custos pode gerar economias capazes de financiar melhorias estruturais relevantes, sem aporte externo.

.

METODOLOGIA

Com base no ciclo PDCA, a estratégia envolveu: 1) diagnóstico operacional, com revisão minuciosa dos contratos de manutenção, limpeza, facilities e da cadeia logística, identificando desperdícios e sobrecustos; 2) racionalização de recursos, com melhoria na execução contratual, negociação com fornecedores e controle de estoques, gerando ganhos significativos em economicidade; e 3) gestão técnica das obras, com acompanhamento multidisciplinar. As economias permitiram investimentos como troca de telhados (R$ 893 mil), manutenção de elevadores e sistemas elétricos (R$ 292 mil), adequações técnicas e exaustão de cozinha (R$ 94 mil), reforma das enfermarias, entre outros, totalizando R$ 1,4 milhão em recursos realocados.



Dashboard de Acompanhamento Orçado x Realizado.

Dashboard de Acompanhamento de Contratos.

RESULTADOS

As melhorias estruturais e modernização de setores essenciais foram financiadas por economias internas, resultando na redução de custos operacionais, na melhoria das condições sanitárias e do conforto assistencial, além do fortalecimento da cultura de responsabilidade na gestão pública.

Reforma geral no telhado do refeitório e área de convivência, implantação de nova estrutura metálica, calhas para captação de água e telhamento.

Reforma completa da sala de metodologias não farmacológicas, com inclusão de banheira terapêutica.

Reforma das enfermarias.

CONCLUSÕES

A experiência reforça que inteligência operacional pode substituir recursos externos como motor da inovação hospitalar. A eficiência gerencial deixou legado físico, cultural e sustentável.

REFERÊNCIAS

1. REDACÃO SAÚDE BUSINESS. Hospital Israelita Albert Einstein: um Case de Modernização da Infraestrutura de um hospital em funcionamento. Saúde Business, 23 maio 2024. Disponível em: https://www.saudebusiness.com/artigos/hospital-israelita-albert-einstein-um-case-de-modernizacao-da-infraestrutura-de-um-hospital/. Acesso em: 18 set. 2025.

2. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Manual de boas práticas em gestão por processos*. Brasília: SES-DF, 2025.

ESTRATÉGIA A MANIPULAÇÃO DO BETA-DINUTUXIMABE: ATUAÇÃO FARMACÊUTICA SUSTENTÁVEL

PRISCILA DA SILVA GRAMACHO; LUANA ELOY DE ARAUJO; VICTOR IURY SOARES DOS SANTOS PATRICIO

INTRODUÇÃO

O neuroblastoma (NB) é o tumor sólido extracraniano maligno mais frequente na infância, sendo o câncer mais comum diagnosticado no primeiro ano de vida. O Betadinutuximabe é um anticorpo monoclonal quimérico humano/murino de tipo IgG1, indicado no tratamento da NB alto risco em doentes a partir dos 12 meses, previamente tratados com quimioterapia de indução, tenham alcançado pelo menos uma resposta parcial, seguida de terapêutica mieloablativa e transplante de células tronco, e que pode repercutir na melhora da sobrevida destes em torno de 20%. Trata-se de um medicamento com valor financeiro elevado ao sistema de saúde o que impacta da disponibilidade da droga para os pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo retrospectivo a estratégia de protocolo para manipulação e infusão adaptados para o medicamento betadinutuximabe. Consiste no preparo de uma bolsa para infusão de 3 dias (72 horas), outra para 4 dias (96 horas) e outra para 3 dias (72 horas), totalizando 10 dias consecutivos de infusão continua. O esquema assegurou o tempo de estabilidade físico-química e microbiológica pelo fabricante, relatado em bula do medicamento. O período analisado foi de Novembro de 2023 a Fevereiro de 2025. Esta ferramenta foi desenvolvida para garantir sustentabilidade econômico-financeira demonstrado no aproveitamento das ampolas do medicamento.

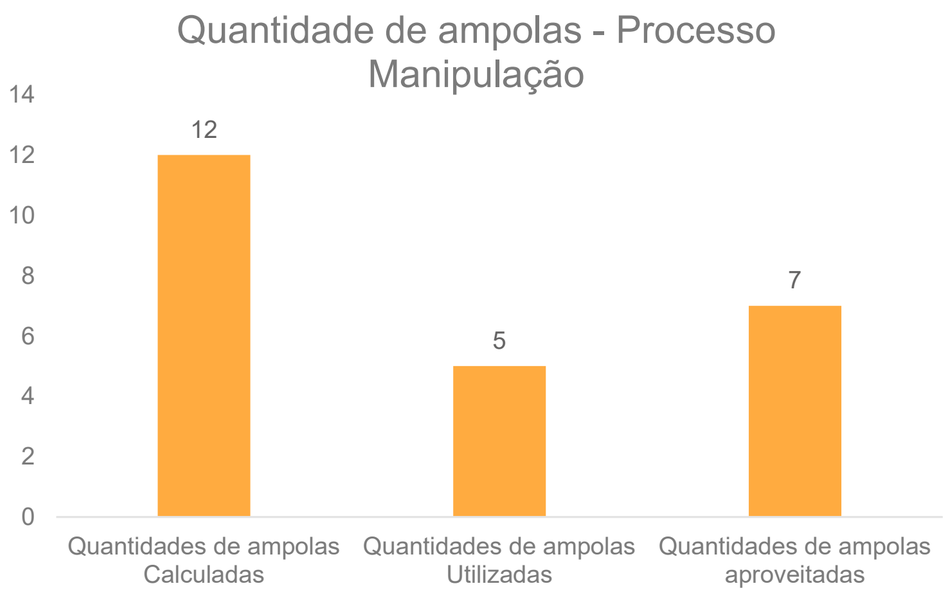


Gráfico com quantidade de frasco-ampolas utilizados versus números de frascos no período.

RESULTADOS

Durante o período houve a manipulação do betadinutuximabe 20mg/4,5mL à 3 pacientes, com total de 7 ciclos realizados com esquema adaptado. Com o método utilizado, foi possível realizar aproveitamento de 1 frasco por ciclo/paciente, 7 ampolas no total, gerando uma economia de R$ 75.320,00 por ampola, totalizando R$ 527.240,00 economizados institucionalmente durante o período das terapias.

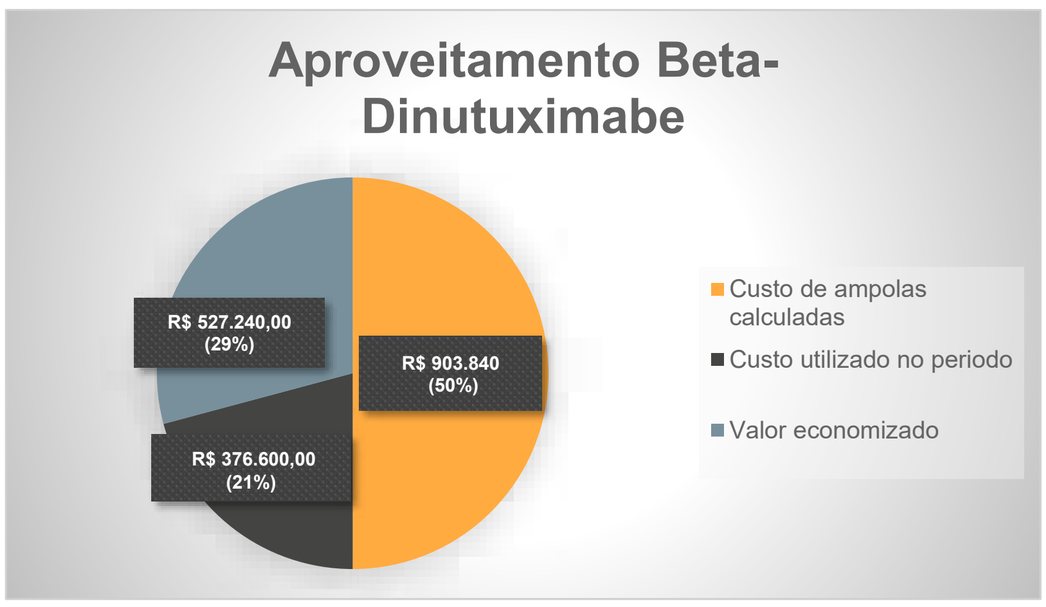


Gráfico com os valores de aproveitamento do medicamento Beta - Dinutuximabe período de Novembro 2023 a Fevereiro 2025

CONCLUSÕES

A dinâmica de preparo e infusão adaptado demonstrou uma otimização para o uso do medicamento betadinutuximabe, promovendo impacto significativo na sustentabilidade institucional econômica e ambiental. Reforça a importância da gestão eficiente dos recursos de saúde, visando garantir redução de desperdícios e custos hospitalares com foco na cadeia medicamentosa.

Quantidade de ampolas - processo manipulação		
Quantidades de ampolas Calculadas	Quantidades de ampolas Utilizadas	Quantidades de ampolas aproveitadas
12	5	7

Aproveitamento de ampolas		
Custo de ampolas calculadas	Custo utilizado no período	Valor economizado
R$ 903.840	R$ 376.600,00	R$ 527.240,00

REFERÊNCIAS

Mohd, A. B. et al. *Safety and efficacy of dinutuximab in the treatment of neuroblastoma*. 2023.
Balaguer, J. et al. *Recent Evidence-Based Clinical Guide for the Use of Anti-GD2 Antibodies (incluindo dinutuximabe beta/Qarziba) no neuroblastoma de alto risco*. 2022.
Relatório/Regulamentação da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) – SmPC (Summary of Product

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA ADESÃO AS NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES PELOS ANESTESIOLOGISTAS

Cristina Silva, Bruna Miranda, Anderson Marui, Marcelo Pedott

INTRODUÇÃO

Discutir modelos integrados de saúde deve ter como cerne abordagens que buscam unificar diferentes serviços e níveis de atenção à saúde, promovendo uma assistência mais coordenada, eficiente e centrada no paciente, neste contexto por que não elencar a segurança do paciente como um importante pilar? A segurança do paciente ocupa uma posição de destaque nos contextos relacionados à saúde, sendo considerada essencial e um importante indicador de qualidade[1]. Nesse cenário, torna-se fundamental promover a cultura de notificações de incidentes, que, embora seja reconhecida como importante, ainda é pouco frequente em alguns ambientes. O objetivo desse estudo foi descrever as estratégias utilizadas para aumentar o número de notificações de incidentes durante o ato e recuperação anestésica, realizadas por um Serviço de Anestesiologia que atua em Instituições de Saúde na grande São Paulo.

METODOLOGIA

Em 2022, foi elaborado um formulário eletrônico de notificações, no qual os anestesiologistas registravam os incidentes ocorridos durante o ato anestésico e na recuperação anestésica. Em 2023, foi definida a abertura de notificações para todos os procedimentos realizados, independentemente de ter ocorrido ou não um incidente. Vale ressaltar que para análise, elaboração de planos de ação e acompanhamento, são consideradas apenas as notificações com incidentes. Houve divulgação mensal do quantitativo de notificações abertas no hospital e por anestesiologista, bem como da performance de cada profissional em relação a um dos incidentes mais recorrentes na anestesiologia, que é a dor.

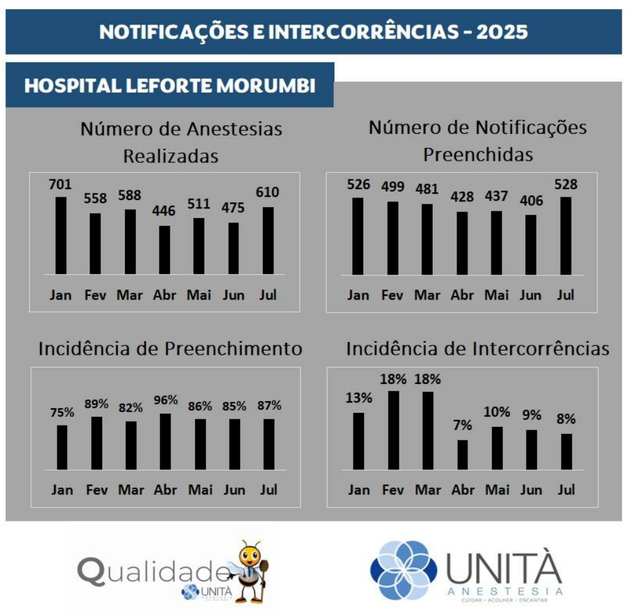


Figura 1. Divulgação Mensal do quantitativo de notificações aberto por hospital.

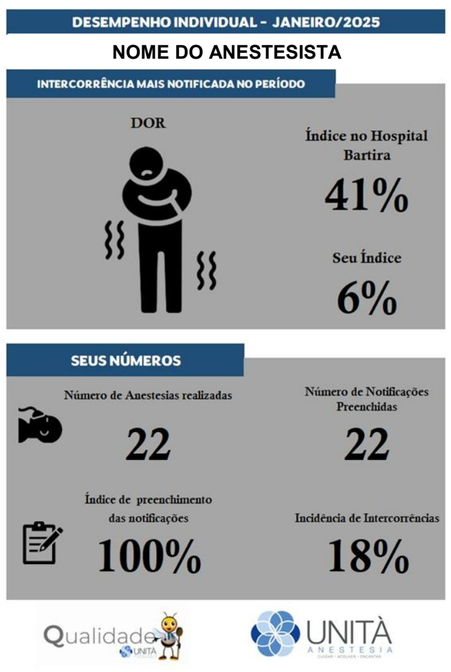


Figura 2. Divulgação Mensal do quantitativo de notificações aberto por anestesiologista.

Figura 3. Performance de cada profissional em relação a dor.

RESULTADOS

Em 2022 houve um total de 601 notificações registradas, com 38 eventos, em 2023 houve um total de 11572 notificações registradas com 1672 eventos e em 2024 houve um total de 72060 notificações registradas com 5951 eventos.

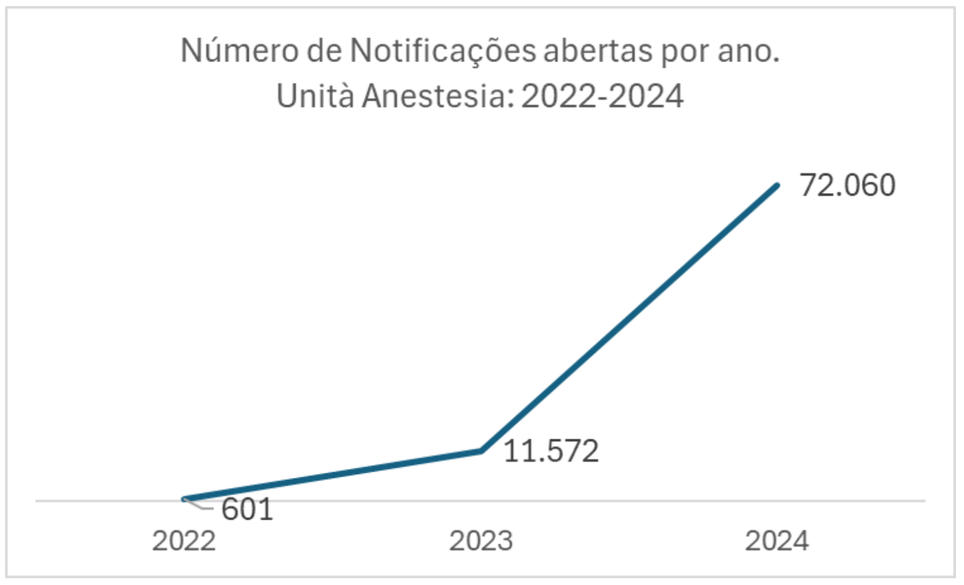


Gráfico 1. Total de notificações abertas por ano.

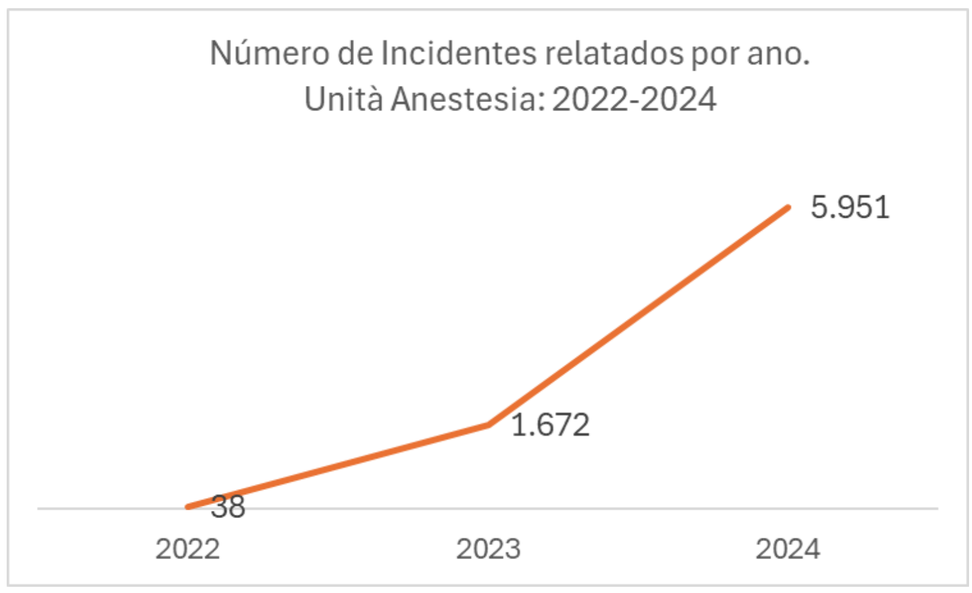


Gráfico 2. Total de incidentes relatados por ano.

CONCLUSÕES

Fatores que podem comprometer a abertura de notificações por profissionais da saúde vão desde o tempo exigido para notificar, o medo das consequências, a incerteza sobre o que deve ser notificado, até a falta de retorno, entre outros. No entanto, a utilização de uma abordagem que valoriza a aprendizagem com o erro realmente fortalece a cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1. Ortega D B, Innocenzo M, Silva L M G, Bohomol E. Análises de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2017; acesso em 05 de fevereiro de 2025; 30(2):168-73. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/jmFX7cfR4pzdnxrCRwhWmJk/?format=pdf&lang=pt

Expansão infusional com gestão integrada: implantação de múltiplas unidades com núcleo clínico

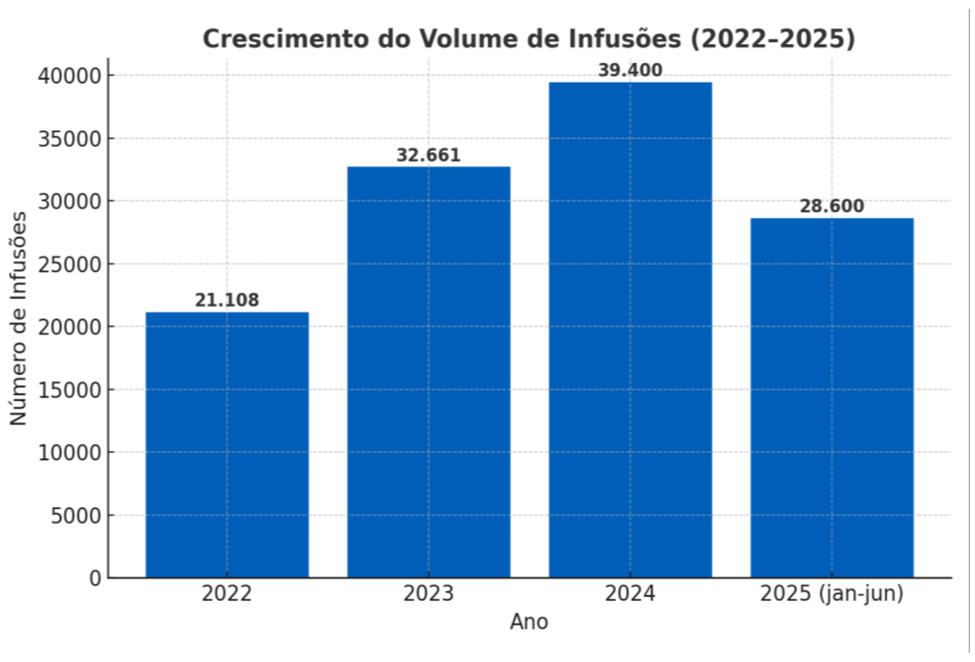
Angélica Santos Emi; Viviane Récio Saraiva da Silva, Thiago dos Santos Aureliano Ponce

INTRODUÇÃO

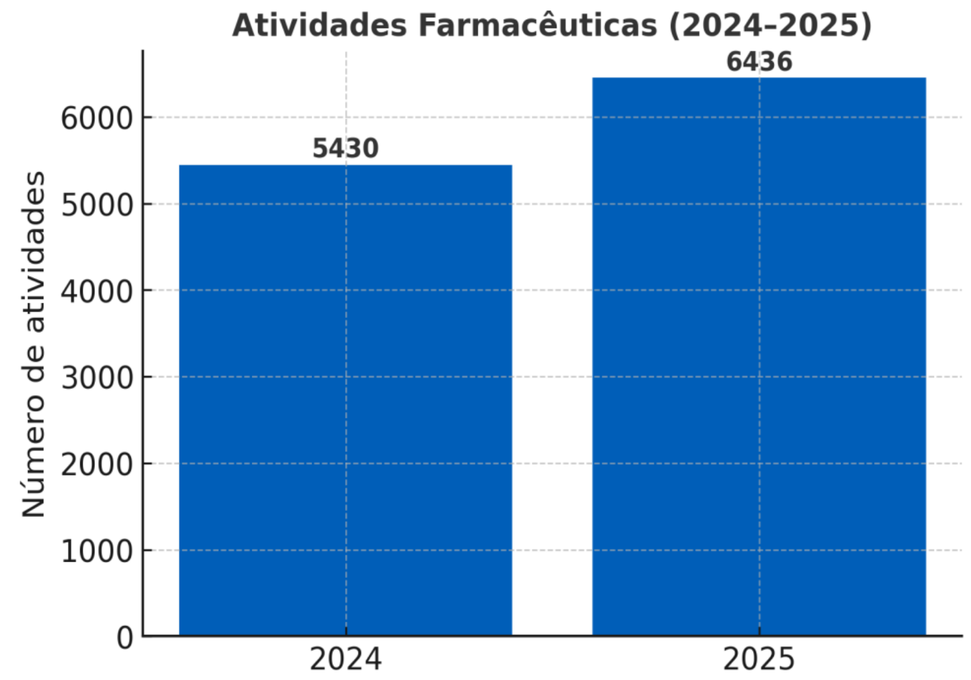
O crescimento do uso de imunobiológicos no Brasil trouxe desafios relacionados ao acesso, padronização e tempo de resposta das operadoras. Para responder a essa demanda, o Einstein Hospital Israelita estruturou 12 Centros Infusionais ambulatoriais integrados a um Núcleo Clínico Administrativo, com foco em ampliar acesso, padronizar fluxos, reduzir riscos assistenciais e otimizar a experiência do paciente.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-retrospectivo (jan/2023–mai/2025), abrangendo 22.744 atendimentos infusionais realizados em 12 Centros Infusionais Ambulatoriais.
Amostra: incluídos todos os pacientes submetidos a terapias infusionais no período.
Indicadores avaliados: volume de infusões, tempo de resposta das operadoras (TAT), número de protocolos implantados, treinamentos realizados, eventos adversos (<0,1%), atividades farmacêuticas e experiência do paciente (NPS).
Ferramentas de gestão: princípios de Lean Six Sigma, com mapeamento de fluxos, padronização de protocolos assistenciais e utilização de dashboards para monitoramento contínuo.
Estrutura organizacional: Núcleo Centralizado de Autorização, composto por equipe administrativa, farmacêutico clínico e enfermeira navegadora, atuando de forma integrada no suporte assistencial e administrativo.



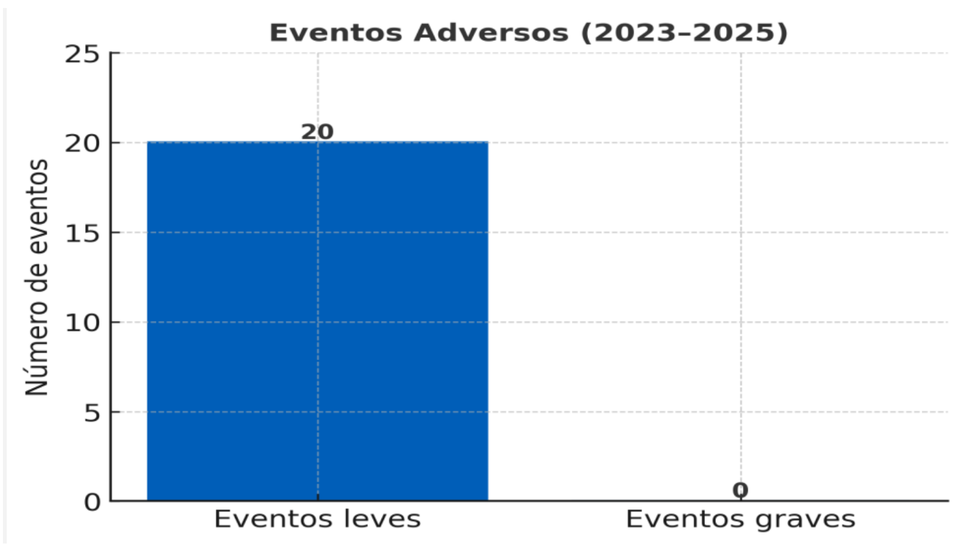
Evolução do volume de infusões (2022–2025 jan-jun), com crescimento acumulado de +86,7% em dois anos



Atividades farmacêuticas em 2024–2025, evidenciando aumento de +18,7%.

RESULTADOS

•. **Volume de infusões:** 21.108 (2022) → 39.400 (2024), crescimento acumulado de **+86,7% em dois anos**.
•**2025 (jan–jun):** 28.600 infusões, com **junho como melhor mês histórico**.
•**Comparativo semestral:** crescimento de **+263,4%** (2025 vs 2024; 3.084 vs 849).
•**Treinamentos:** 110 realizados em 12 unidades.
•**NPS:** 90 (2025), primeira mensuração institucional.
•**Atividades farmacêuticas:** 6.436 em 2025, aumento de **+18,7%** em relação a 2024.
•**Eventos adversos:** <0,1% (20 leves em 22.744 atendimentos) | **0 eventos graves**.
•**Novas medicações:** 74 incorporadas, incluindo imunobiológicos inovadores.
•**Protocolos:** 250 implementados (50 orientações a pacientes, 50 à equipe).



Eventos adversos <0,1%: 20 leves em 22.744 atendimentos, sem registros graves.

Treinamento prático em simulação realística para capacitação de equipe multiprofissional em infusões

CONCLUSÕES

A gestão integrada permitiu **crescimento de 86,7% nas infusões em dois anos, sem aumento proporcional de custos**.
O modelo garantiu **alta segurança (<0,1% eventos adversos) e satisfação do paciente (NPS 90)**.
Trata-se de uma estratégia **replicável e sustentável**, que posiciona a instituição como **referência em terapias infusionais de alta complexidade**.Unindo ciência, gestão e experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

1.Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 259/2011. Brasília: ANS, 2011.
2.Brennan C, et al. Patient experience and satisfaction with ambulatory infusion centers. *J Patient Exp*. 2021;8:1–7.
3.Cramer P, et al. Safety and efficacy of infusion therapies in autoimmune diseases: a systematic review. *Clin Ther*. 2022;44(3):452–468.

FRAMEWORK PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UM PRODUTO DE CUIDADO INTEGRADO SOB A PERSPECTIVA DO CUIDADO LONGITUDINAL: APLICAÇÃO NA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA JORNADA DO PACIENTE E IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Flávio Araújo Borges Júnior, Gabriela Marques da Silveira Falchi, Maryana Cartaxo Dias Novaes, Tatiane Ramos Canero

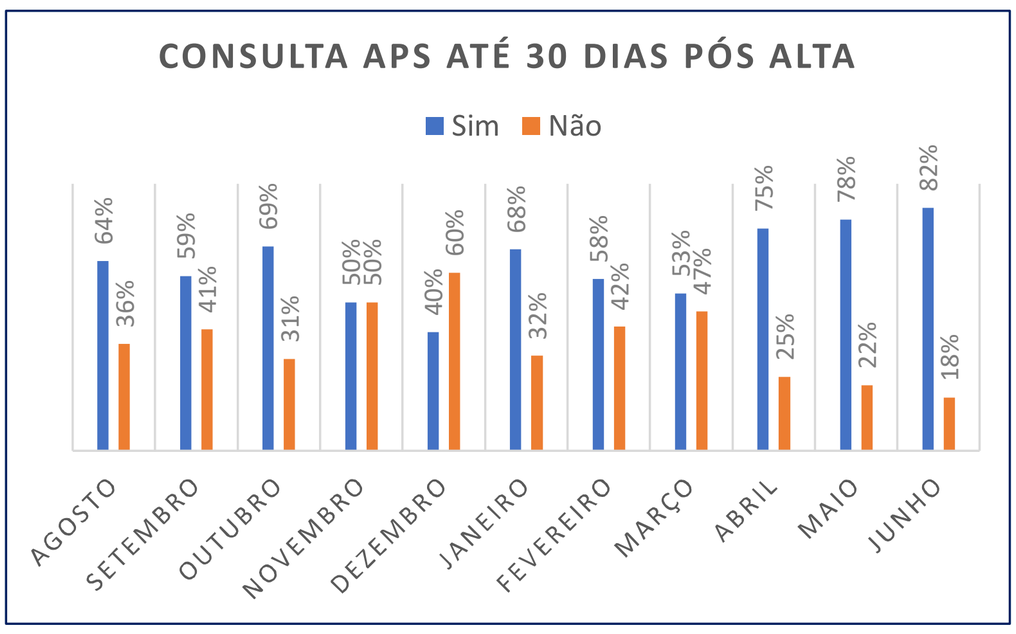
INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade do cuidado em saúde demanda abordagens que considerem a complexidade e a continuidade do processo assistencial, especialmente sob a ótica do cuidado longitudinal. Entretanto, os modelos tradicionais de avaliação da qualidade frequentemente não incorporam integralmente as dimensões da longitudinalidade, comprometendo a identificação de falhas e oportunidades na jornada do paciente. Dessa forma, a construção de frameworks específicos para avaliação da qualidade do cuidado longitudinal se apresenta como uma necessidade urgente para promover melhorias sistemáticas na gestão e na prática clínica.

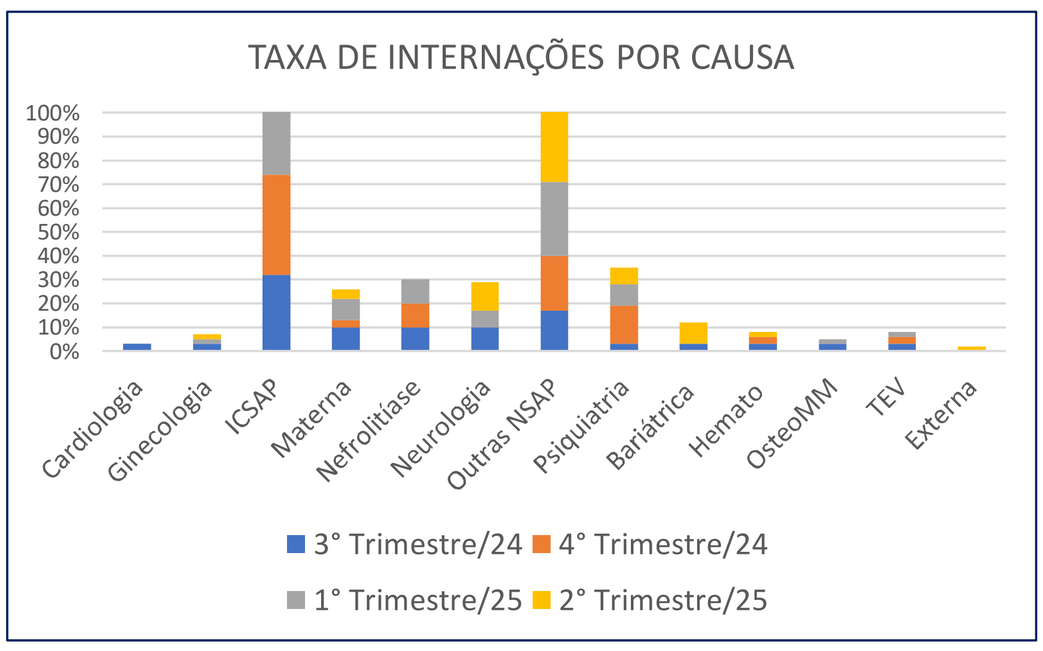
Objetivo: Desenvolver e descrever um framework estruturado para avaliação da qualidade do cuidado sob a perspectiva do cuidado longitudinal, com o intuito de analisar a aplicação da jornada do paciente e identificar oportunidades de melhoria nos processos assistenciais, visando à otimização da continuidade, coordenação e integralidade do cuidado.

METODOLOGIA

O framework proposto organiza-se em etapas sequenciais: (1) mapeamento detalhado da jornada do paciente que realizou cirurgia bariátrica, incluindo transições entre níveis de atenção; (2) coleta de dados quantitativos da utilização de APS Digital First; (3) mapeamento detalhado da jornada do paciente que internou via urgência com análise de indicadores quantitativos.



Percentual de pacientes com retorno na APS em até 30 dias pós alta



Taxa de internação por causa

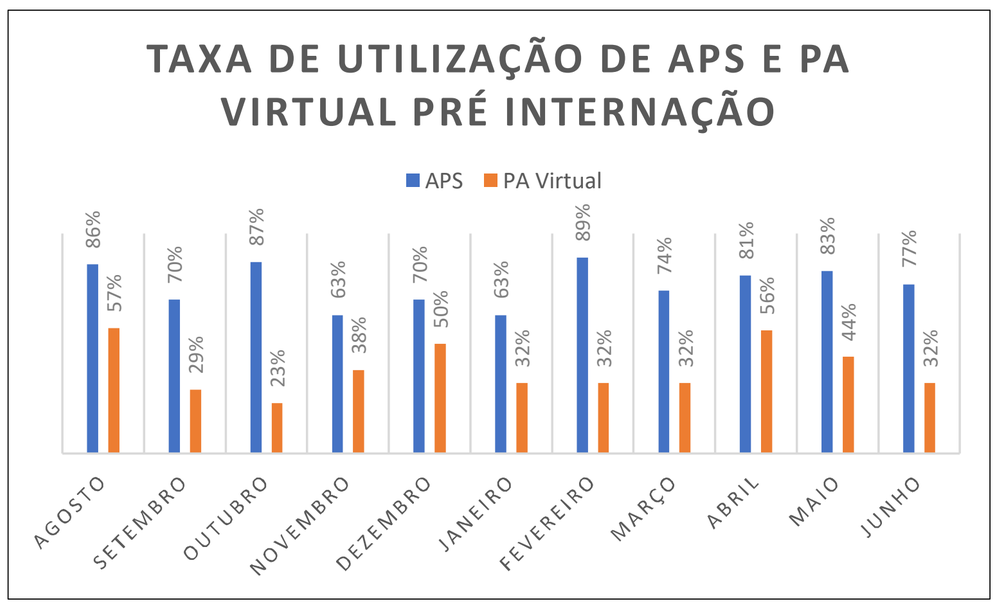
RESULTADOS

A aplicação do framework possibilitou um diagnóstico robusto da implementação da jornada do paciente sob a ótica longitudinal, revelando pontos críticos, como descontinuidade na transição entre atenção primária e especializada, falhas na comunicação interprofissional. A análise qualitativa revelou percepções referente a efetividade da coordenação do cuidado, destacando oportunidades para capacitação e reforço das estratégias de integração entre serviços.

A aplicação do framework permitiu uma análise detalhada da implementação da jornada do paciente no contexto da atenção primária à saúde (APS). Foram identificados os seguintes indicadores quantitativos relevantes:

- **Percentual de pacientes vinculados à APS:** 88% dos pacientes da amostra estavam formalmente vinculados a serviços de atenção primária.
- **Percentual de pacientes com retorno na APS após alta hospitalar:** 61% dos pacientes que tiveram alta hospitalar realizaram retorno à APS no período de até 30 dias.
- **Principais causas de internação:** As causas predominantes de internação foram ICSAP (36%/mês), outras NSAP (28%/mês) e psiquiátricas (12%/mês).
- **Percentual de pacientes que utilizaram APS:** 77% dos pacientes tiveram utilização ativa dos serviços de atenção primária em até 6 meses antes da internação.
- **Percentual de pacientes que utilizaram Pronto Atendimento (PA) virtual:** 34,6% dos pacientes utilizaram serviços de pronto atendimento virtual ao longo do período avaliado, indicando crescente adesão a plataformas digitais.

A utilização dos dados forneceu suporte para recomendações direcionadas ao aprimoramento do monitoramento longitudinal, uso de tecnologias digitais e reforço da vinculação dos pacientes à APS



Taxa de pacientes que utilizaram APS e PA Virtual em até 6 meses pré internação

CONCLUSÕES

O framework desenvolvido apresentou-se como uma ferramenta operacionalmente viável para avaliação da qualidade do cuidado longitudinal, integrando indicadores quantitativos e qualitativos que refletem a complexidade da jornada do paciente. Sua aplicação permite diagnosticar de forma detalhada a aderência à jornada do paciente, identificar lacunas na continuidade e coordenação do cuidado e subsidiar a implementação de melhorias estruturais e processuais.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748; 2. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219-1221; 3. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. JAMA. 1991;266(16):2268–2271; 4. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. 2013;13:e010; 5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017; 6. Glasziou PP, Haynes RB. The paths from research to improved health outcomes. Evid Based Med. 2005;10(1):4-7; 7. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. Ann Fam Med. 2005;3(2):159-166.

Gestão Baseada em Dados como pilar do VBHC: Relato de Experiência

Guilherme Ramos de Faria, Daniel Meireles Meira, Sergio Samir Arap e Luiz Francisco Cardoso

INTRODUÇÃO

A transição para um cuidado baseado em valor (VBHC), que tem por objetivo a melhoria nos desfechos clínicos e a utilização eficiente dos recursos, configura uma mudança fundamental na saúde. No entanto, para que essa visão se materialize, as decisões precisam ser firmemente apoiadas em dados confiáveis e análises criteriosas. A gestão baseada em informações transcende o papel de mero facilitador, estabelecendo-se como a base para uma implementação bem-sucedida. É ela que possibilita o acompanhamento contínuo dos resultados, a identificação de pontos de aprimoramento e a demonstração clara do valor que está sendo gerado. A criação de um grupo de trabalho dedicado visa, portanto, integrar essa cultura analítica ao centro de nossas estratégias, convertendo o conceito em ações cotidianas.

METODOLOGIA

Com o propósito de solidificar a abordagem de gestão baseada em dados, um grupo foi formalmente estabelecido em setembro de 2024 dedicado à função. Sua composição multidisciplinar engloba representantes das áreas de Governança Clínica, Diretoria Assistencial, Suprimentos, Produtos e Precificação, Diretoria Comercial, Escritório de Valor em Saúde e, crucialmente, especialistas em análise de dados.

A estratégia inicial do grupo focou na colaboração estreita com especialistas clínico-assistenciais e em análise de dados. Essa parceria foi fundamental para a construção de painéis de monitoramento contínuo que permitissem a visualização em tempo real de métricas críticas relacionadas à performance dos procedimentos, usos de OPME, taxas de glosa e indicadores financeiros. A participação ativa dos cirurgiões assegurou que os dados coletados e analisados fossem relevantes para a prática clínica e que os protocolos desenvolvidos fossem aceitos e utilizados. Os dashboards gerados, por sua vez, garantiram a robustez da coleta, tratamento e análise dos dados, de tal forma que transformou informações brutas em *insights* acionáveis.

RESULTADOS

A implementação dessa abordagem de gestão baseada em dados demonstrou resultados concretos e mensuráveis. Observamos a manutenção da volumetria de cirurgias realizadas ao comparar os períodos antes e após a padronização de procedimentos, o que indica que a otimização de custos e processos não impactou negativamente a demanda.

Adicionalmente, alcançamos uma adesão de 98% no uso dos OPME padronizados, evidenciando o sucesso da colaboração e do engajamento das equipes médicas na construção dos protocolos. Um dos resultados mais significativos foi a redução das glosas procedentes de 30,58% para 18,17%. Essa diminuição substancial das glosas refletiu diretamente no aumento do ticket médio e no aumento da receita da instituição.

Esses resultados comprovam que, mesmo em um ambiente de corpo clínico aberto, a gestão baseada em dados não é uma mera idealização, mas uma possibilidade real e efetiva para a implementação da Saúde Baseada em Valor. Ao transformar dados em informação e ação, foi possível otimizar processos, reduzir custos e, consequentemente, agregar valor para a instituição e para o paciente.

CONCLUSÕES

A experiência relatada evidencia que a gestão baseada em dados é um pilar indispensável para a consolidação da Saúde Baseada em Valor. A criação de um grupo multidisciplinar, com forte integração entre áreas estratégicas e clínicas, possibilitou não apenas a construção de protocolos mais eficientes, mas também o monitoramento contínuo de indicadores relevantes. Os resultados obtidos — como a alta adesão médica, a redução significativa das glosas e a manutenção do volume cirúrgico — demonstram que o uso estruturado de informações qualifica a tomada de decisão, gera ganhos operacionais e financeiros, e fortalece a cultura de corresponsabilidade. Assim, reafirma-se que dados bem utilizados são catalisadores poderosos para a transformação do cuidado, promovendo valor real tanto para o paciente quanto para a instituição.

REFERÊNCIAS

1. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-81. doi:10.1056/NEJMp1011024.
2. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev. 2011;89(9):46-52.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Caderno de boas práticas em saúde baseada em valor. Rio de Janeiro: ANS; 2021 [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-ans/caderno-boas-praticas-vbhc.pdf
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31239
5. Silva EN, Ferraz MB, Lima EFA, Souza LEPF. Saúde baseada em valor no Brasil: um caminho possível para a sustentabilidade do sistema de saúde. Cien Saude Colet. 2020;25(1):395-402. doi:10.1590/1413-81232020251.28302019.

GESTÃO DE INSUMOS PARADOS EM UM HOSPITAL DE SALVADOR – IMPACTOS E RESULTADOS

Adriana Musse de Mesquita Oliveira, André da Silva Moreira; Daniela Gonzalez; Vanessa Teles Barreto

INTRODUÇÃO

A Gestão eficiente de estoques constitui um dos pilares fundamentais para garantir a continuidade dos serviços e o adequado funcionamento das unidades de saúde, especialmente no contexto da Cadeia de Suprimentos. Contudo, a existência de itens parados por períodos prolongados pode comprometer a eficiência e gera perdas financeiras. Este estudo busca estratégias de controle de estoque para otimizar recursos e fortalecer a sustentabilidade hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na Central de Abastecimento Farmacêutico de um hospital filantrópico de grande porte localizado em Salvador. Foram analisados os seguintes parâmetros: dias sem consumo, valor unitário dos insumos, valor total em estoque, classificação dos insumos. Foi considerando parado os itens sem movimentação por mais de 90 dias ou nunca utilizados deste a sua entrada no estoque (Figura 1). O estudo foi realizado entre os períodos de janeiro de 2024 a agosto de 2025. Durante este período foram adotadas ações estratégicas para otimizar a gestão de estoques, com foco na redução dos insumos parados, dentre elas estão: a revisão de níveis mínimos e máximos e pela categorização dos itens (Figura 2), criação de um comitê multidisciplinar para análise dos itens ociosos através de sistema informatizado, otimização logística por meio da redistribuição interna de insumos entre setores, com base em critérios preestabelecidos, intensificação da conferência dos prazos de validade.

Título: 7047 - Itens Parados no Estoque até 90 dias
Estoque: CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO

Estoque	Espécie	Classe	Cód	Und	Produto
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	DROGAS E MEDICAMENTOS	ANESTESICOS	19401	SUPOSITORIO	PROCTYL SUPOSITORIO UNIDADE
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	DROGAS E MEDICAMENTOS	ANTIALERGICOS	16592	COMP C/10MG	ZYRTEC 10 MILIGRAMA COMPRIMIDO
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	DROGAS E MEDICAMENTOS	IMUNOSSUPRESSORES	7799	COMP C/50MG	IMURAN 50 MILIGRAMA COMPRIMIDO
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAIS HOSPITALARES	INFUSAO/PERFUROCORTANTE	79482	UNIDADE	AGULHA 0,40 X 13 DESCARTAVEL UND
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAL DE COPA E COZINHA	DESCARTAVEIS	25566	PACOTE	CANUDO DOBRAVEL INDIVIDUALIZADO
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAL DE HIGIEN. E LIMPEZA	LIMPEZA	83950	GALAO	REMOVEDOR DE CERAS SEM CHEIRO GALAO
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAIS DE EXPEDIENTE	ESCRITORIO	72465	UNIDADE	SACO LISO 4,5 X 16 (CAF) UND
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAIS DE EXPEDIENTE	DIVERSOS	62411	UNIDADE	BOBINA DE PAPEL TERMICO 57 X 40 (EXCLUSIVO LABORATORIO)
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAL EXCLUSIVO LABORATORIO	BIOQUIMICA	26026	UNIDADE	PROBE ISE REF 4814053001 41612 UND
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAL EXCLUSIVO LABORATORIO	GASOMETRIA	26118	CAIXA	GEM 35K REF 26360089 CX C/ 600
6 - CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO	MATERIAL DE LAVANDERIA	LAVANDERIA	63047	BOMBONA	LAVA ROUPAS LIQUIDO POTENCIALIZADOR REF 7106761 50 LITROS

Figura 1: Painel de análise institucional dos itens com mais de 90 dias parados em estoque

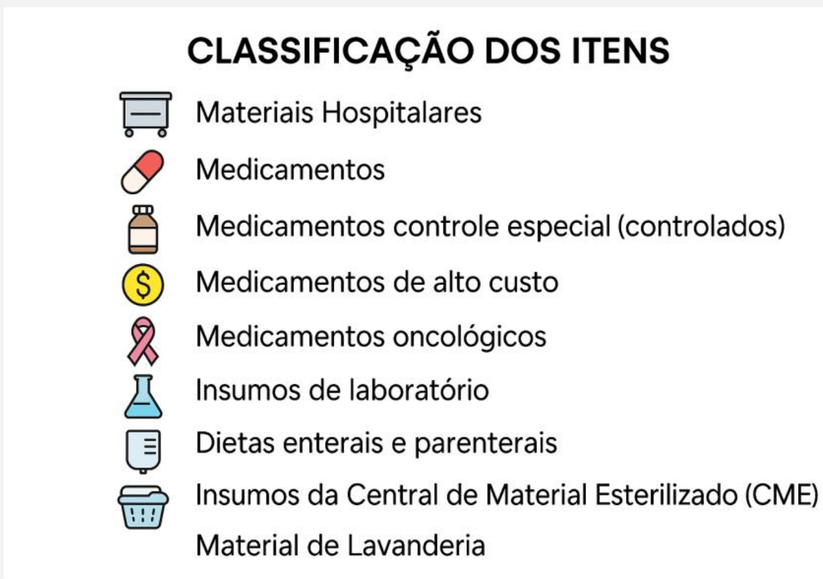


Figura 2: Categorias adotada para classificar os itens parados.

RESULTADOS

Dos itens analisados durante o período do estudo, cerca de 8% do valor total do estoque eram de itens sem movimentação a mais de 90 dias ou nunca utilizados. Após a implementação das ações para otimizar a gestão dos estoques, houve uma redução desse percentual para 5% (Gráfico 1), demonstrando a efetividade das estratégias adotadas e o alcance da meta pré-estabelecida (Tabela 1). As estratégias implementadas no período foram: criação de um comitê multidisciplinar para análise dos itens parados, monitoramento constante dos insumos estocados levando em consideração o nível dos estoques e o histórico de consumo, a categorização dos itens, a revisão da padronização juntamente com a Comissão de Farmácia Terapêutica e o fortalecimento da comunicação entre os setores. O avanço alcançado representa não apenas uma economia direta, mas também reduziu os riscos de perdas por vencimento, otimizou o espaço de armazenamento e aprimorou a eficiência de itens essenciais.

Meses	% de Itens parados	Mediana	Meta
jan/24	5%	8%	5%
fev/24	8%	8%	5%
mar/24	9%	8%	5%
abr/24	7%	8%	5%
mai/24	9%	8%	5%
jun/24	6%	8%	5%
jul/24	10%	8%	5%
ago/24	9%	8%	5%
set/24	9%	8%	5%
out/24	7%	8%	5%
nov/24	6%	8%	5%
dez/24	6%	8%	5%
jan/25	5%	8%	5%
fev/25	5%	8%	5%
mar/25	4%	8%	5%
abr/25	4%	8%	5%
mai/25	6%	8%	5%
jun/25	5%	8%	5%
jul/25	4%	8%	5%
ago/25	5%	8%	5%

Tabela 1: Percentual do valor de itens parados em estoque comparado a Meta.

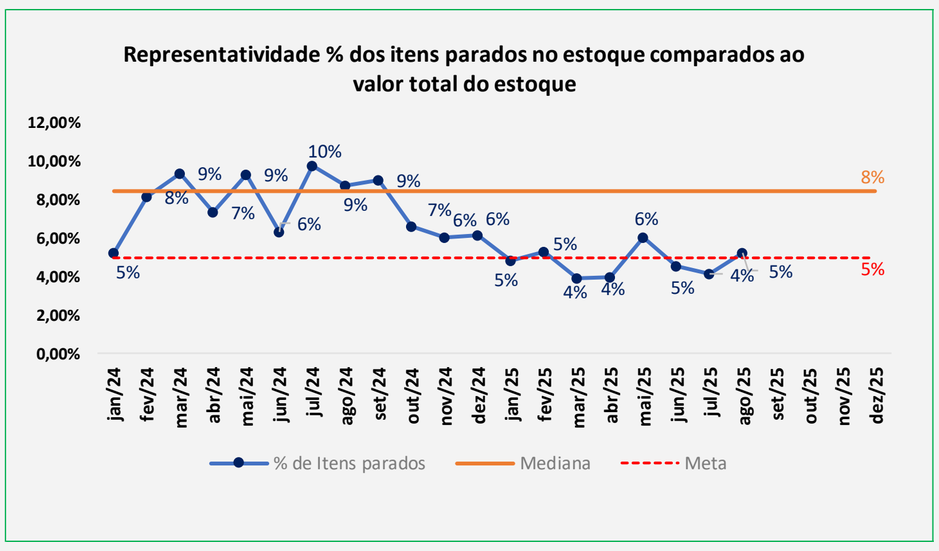


Gráfico 1: Percentual do valor de itens parados em estoque comparados ao valor total do estoque.

CONCLUSÕES

A gestão de estoque é estratégica para garantir a eficiência logística, sustentabilidade e abastecimento continuo, mesmo em situações crises ou instabilidade. Um estoque bem gerenciado, evita rupturas assistenciais, otimiza recursos e fortalece a capacidade de respostas a demandas inesperadas. A continuidade das ações adotadas durante este estudo mostra-se fundamental para consolidar os resultados obtidos e avançar cada vez mais na construção de uma gestão eficaz e sustentável alinhada às necessidades assistenciais, principalmente em tempos de crise.

REFERÊNCIAS

Logística hospitalar: o que é, como funciona, desafios e mais. Disponível em: https://www.totvs.com/blog/gestao-logistica/logistica-hospitalar/
ANAPH, Principais indicadores do setor hospitalar. Disponível em: https://www.anahp.com.br/indicadores-hospitalares/
ANVISA, Guia para Boas Práticas de Armazenagem e Distribuição de Medicamentos. Brasília, 2017.

GESTÃO DE RISCOS E A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: REDUÇÃO DO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS

FRANCIELI BISINELLI, REGIANE KAROLINE DOS SANTOS

INTRODUÇÃO

O compartilhamento de indicadores com equipes assistenciais configura-se como estratégia essencial para a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade do cuidado. No contexto da oncologia, onde a administração de quimioterápicos exige monitoramento rigoroso, a utilização de dados assistenciais como ferramenta de gestão participativa é particularmente relevante. Este estudo tem como objetivo demonstrar a experiência de que ações a beira leito de monitoramento podem contribuir para a redução do índice de extravasamento de quimioterápicos.

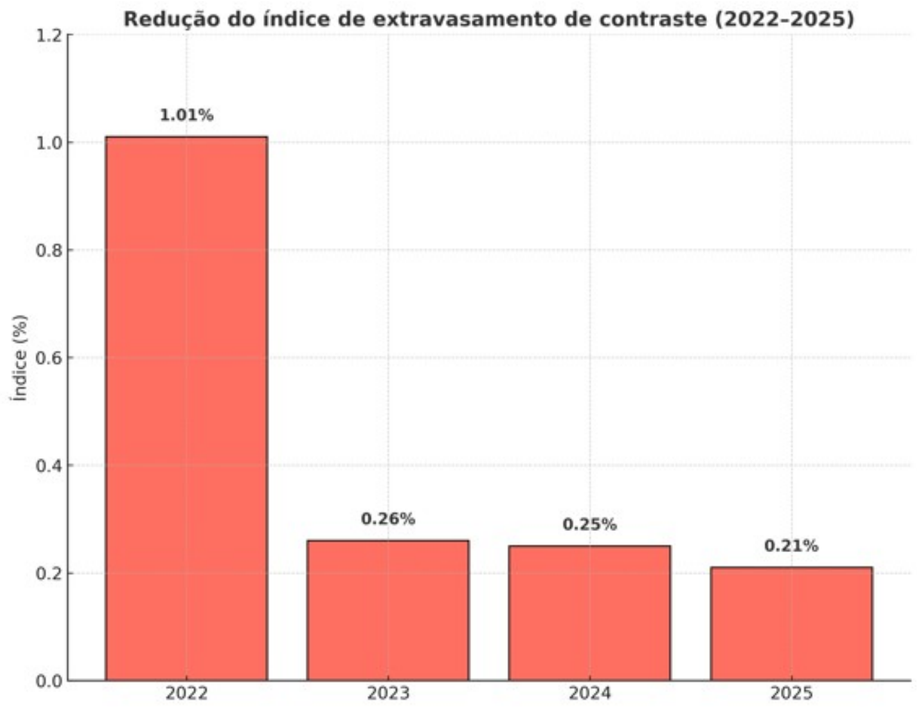
METODOLOGIA

A experiência foi conduzida em dois centros de infusão, em uma instituição que atua com modelo de gestão participativa. Os eventos de extravasamento de quimioterápicos foram notificados e analisados com uso de ferramentas da qualidade voltadas à identificação de causa raiz. A partir das análises, definiram-se intervenções como: treinamento semestral da equipe, intensificação das rondas durante as infusões, troca imediata do dispositivo venoso ao menor sinal de extravasamento, avaliação rigorosa do local de punção, uso de dispositivos de calibre adequado ao perfil de pacientes, placas de identificação à beira-leito com riscos individualizados, orientação contínua ao paciente e indicação precoce de Cateter Totalmente Implantado. O plano de ação envolveu ativamente a equipe multiprofissional e de apoio e as ações tiveram início em janeiro de 2022 e mantém suas intervenções sendo efetuadas como tarefas diárias do centro de infusão. Diante dos resultados evidenciados, o que foi estruturado como fluxograma evoluiu e consolidou-se como protocolo assistencial multiprofissional

RESULTADOS

A adoção das medidas resultou em uma redução da incidência de casos de extravasamento. O serviço apresentava em 2022 um índice de 1,01% e ao longo destes 03 anos observamos curva decrescente dos dados atingindo em 2025 um índice de 0,21%. Estes dados apresentados são de um serviço que encontra-se em curva de crescimento em número de sessões realizadas, o que nos permite concluir que as ações tiveram impacto direto na segurança do paciente.

RESULTADOS



Redução do índice de extravasamento de contraste (2022–2025), com impacto das intervenções multiprofissionais e queda de 79,2%.

CONCLUSÕES

A análise e uso estratégico dos dados consolidaram a gestão de indicadores como ferramenta essencial para qualificação da prática clínica, prevenção de eventos adversos e fortalecimento de modelos assistenciais seguros e resolutivos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/seguranca-do-paciente. Acesso em 04 de Abril de 2025.

GESTÃO DE SAÚDE POPULACIONAL: LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

Fernando Liebhart Maia, Hylla Carolline Dávila Sá, Pamela Pereira dos Santos, Adriana de Moura Mota Araújo.

INTRODUÇÃO

A gestão de condições crônicas, como o Diabetes Mellitus, impõe desafios significativos para os sistemas de saúde, especialmente no que tange à eficiência e à sustentabilidade dos modelos assistenciais. Em um serviço de saúde voltado para a promoção, prevenção e proteção da saúde de aproximadamente 22 mil colaboradores de um grande complexo hospitalar, foi desenvolvida e implementada uma Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus, com foco na padronização e otimização do cuidado integral, promoção de encaminhamentos adequados, melhoria no gerenciamento de dados clínicos e uso de indicadores de desempenho. O objetivo foi criar um modelo de cuidado replicável, centrado no paciente, com maior efetividade, adesão e uso racional de recursos.

METODOLOGIA

Realizou-se análise situacional com uso de ferramentas da qualidade para embasar a construção da linha de cuidado. Utilizou-se a Análise SWOT correlacionada para mapear fatores internos e externos e a Matriz GUT para priorizar ações. A Voz do Cliente (VoC) foi coletada para entender as expectativas das partes interessadas, que direcionou a construção da Árvore CTQ e dos indicadores críticos. A elaboração de fluxogramas definiu o itinerário terapêutico. Houve integração multiprofissional com a contratação de especialistas, criação de cartilhas educativas e incorporação da Escala de Framingham no sistema eletrônico. Desenvolveram-se o Plano Terapêutico Integral, Relatório de Encerramento de Acompanhamento e um plano de autocuidado com automonitoramento, incluindo o desenvolvimento de um aplicativo digital com parceria tecnológica.

CLASSIFICAÇÃO DE CORRELAÇÃO:

Fraca = 1
Moderada = 2
Forte = 3

		OPORTUNIDADE					AMEAÇA	
		ESTABELECER PROTOCOLOS	PARCERIAS COM NUTRIÇÃO	ABRANGER UM NÚMERO MAIOR DE COLABORADORES	ARTICULAÇÃO COM A REDE EXTERNA DE SAÚDE	APRIMORAR O SERVIÇO DE SAÚDE PARA O COLABORADOR	DIFICULDADE DE ARTICULAÇÃO COM A REDE EXTERNA DE SAÚDE	AUMENTO DA DEMANDA DE COLABORADORES
FORÇA	GRANDE EMBASAMENTO TEORICO SOBRE CUIDADOS COM DIABETES	**3**	1	1	2	**3**	2	**3**
	EQUIPE MÍNIMA NECESSÁRIA E PROFISSIONALIZADA	**3**	1	2	1	**3**	1	2
	GRANDE ESPAÇO FÍSICO	1	1	2	1	2	1	2
	BOA REPUTAÇÃO DO SERVIÇO	1	2	2	2	**3**	**3**	1
	INICIATIVA INOVADORA EM UM ESPAÇO ÚNICO	1	2	1	2	2	2	1
FRAQUEZA	RESISTÊNCIAS DE ALGUNS PROFISSIONAIS À MUDANÇAS	**3**	1	1	1	2	2	**3**
	FALTA DE CRITÉRIOS E PROCESSOS BEM ESTABELECIDOS	**3**	2	**3**	2	**3**	2	**3**
	FALTA DE ARTICULAÇÃO COM A REDE EXTERNA E OUTRAS PROFISSÕES DO COMPLEXO HOSPITALAR	2	**3**	2	**3**	2	**3**	2
	PROCESSO CICLICO E PERMANENTE COM OS MESMOS PACIENTES	**3**	1	**3**	**3**	2	2	**3**

Figura 1. Análise SWOT e Correlação – Linha de Cuidado Diabetes Mellitus

	Nº	AÇÕES ESTRATÉGICAS IMEDIATAS	G	U	T	GRAU CRÍTICO
Forças X Oportunidades	1	Criar um documento descritivo com as melhores práticas e cuidados com protocolos baseados em evidências.	5	5	3	75
	2	Garantir segurança e eficiência na execução dos protocolos.	3	3	2	18
	3	Melhorar o atendimento.	4	4	3	48
	4	Aprimorar a qualidade do atendimento.	4	4	3	48
Força X Ameaças	5	Criar mais recursos e melhorar os serviços oferecidos (aplicativo para monitoramento)	3	2	2	12
	6	Definir fluxos de encaminhamento para assistência integral do paciente.	5	5	4	100
	7	Identificar critérios de priorização para atendimento equitativo.	5	5	5	125
Fraquezas X Oportunidades	8	Fomentar participação e engajamento dos profissionais na elaboração da Linha de Cuidado.	5	5	5	125
	9	Fundamentar os protocolos em diretrizes de cuidado e mapear serviços oferecidos.	5	5	4	100
	10	Definir critérios e monitorar os processos padronizados e ajustar conforme necessário para facilitar a expansão do serviço.	3	2	2	12
	11	Descrever atribuições da equipe de odontologia e de nutrição na Linha de Cuidado.	3	3	3	27
	12	Mapear serviços oferecidos e identificar necessidades de referência e contrarreferência.	4	3	3	36
	13	Definir portas de entrada, periodicidade do atendimento critérios de permanência e critérios de encaminhamento.	5	5	5	125
	14	Expandir o serviço com base em análise de demanda e introduzir triagens mais eficientes para otimizar o atendimento.	4	3	3	36
	15	Elaborar modelo de referência e contrarreferência com a rede externa.	2	2	2	8
Fraquezas X Ameaças	16	Discutir e definir estratificação de risco com os profissionais atuantes na Linha de Cuidado.	5	5	5	125
	17	Definir fluxos de assistência e de encaminhamento.	4	5	5	100
	18	Mapear serviços oferecidos e identificar necessidades de referência e contrarreferência.	4	3	3	36
	19	Definir critérios de encaminhamento e alta, bem como ferramentas de triagem.	5	5	4	100

Figura 2. Análise de correlação SWOT e Matriz GUT – Linha de Cuidado Diabetes Mellitus

RESULTADOS

Os resultados obtidos indicam avanços expressivos em múltiplas dimensões da eficiência assistencial. Observou-se um aumento de 72% nos encaminhamentos apropriados e na taxa de adesão ao programa, refletindo maior engajamento dos pacientes e efetividade na coordenação do cuidado. A retenção do paciente no programa apresentou crescimento de 51% em relação ao ano anterior, o que contribui para a continuidade do tratamento e redução de complicações clínicas. A dispensação de insumos alcançou 68%, evidenciando melhor gestão dos recursos materiais, enquanto a taxa de efetividade do automonitoramento foi de 43%, destacando a ampliação da autonomia do paciente e o uso racional da tecnologia. A distribuição do atendimento revelou que 87% dos pacientes realizaram consultas com médicos clínicos gerais, e 13% com especialistas, demonstrando otimização da mão de obra especializada e a alocação proporcional dos recursos humanos conforme a complexidade clínica. Esses resultados indicam ganhos assistenciais relevantes e sustentáveis, reforçando a eficiência do modelo implantado e sua aderência aos princípios da saúde baseada em valor, com potencial para aplicação em outras doenças crônicas.

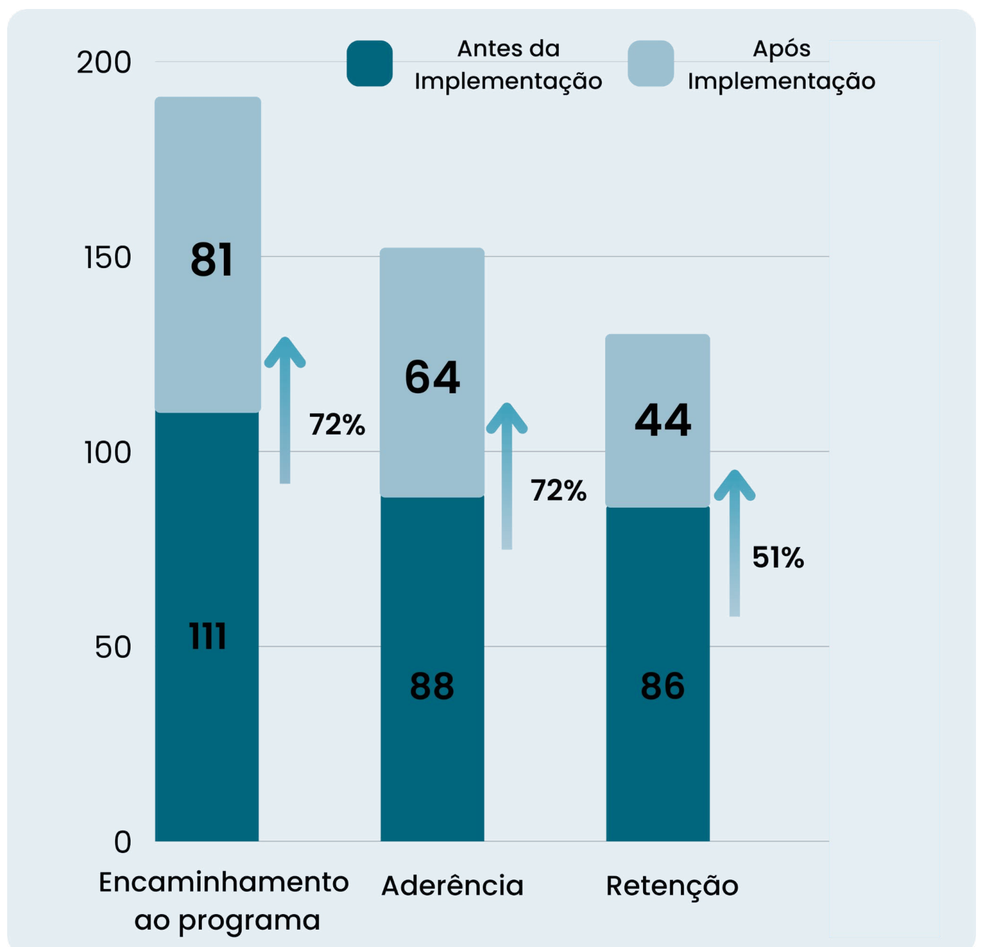


Figura 3. Indicadores de Engajamento e Continuidade no Cuidado em Saúde

CONCLUSÕES

A implementação da Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus evidenciou um modelo assistencial eficiente, centrado no paciente e baseado em dados, capaz de otimizar recursos humanos e materiais, aumentar a adesão e a efetividade do cuidado, além de promover a autonomia por meio do automonitoramento. Os avanços na coordenação dos encaminhamentos e na retenção dos pacientes demonstram a capacidade do modelo em superar desafios comuns aos cuidados crônicos, alinhando-se aos princípios da saúde baseada em valor e contribuindo para a sustentabilidade do sistema. Dessa forma, a iniciativa representa uma contribuição relevante para a gestão integrada em saúde, oferecendo um referencial replicável para outras condições crônicas e contextos assistenciais, especialmente diante da crescente necessidade de eficiência na área da saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Brasil já tem cerca de 20 milhões de pessoas com diabetes, Abril de 2024. Acesso em: 28 de outubro de 2024. Disponível em: https://diabetes.org.br/brasil-ja-tem-cerca-de-20-milhoes-de-pessoas-com-diabetes/
2. Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.
3. REZENDE, Denis Alcides. Planejamento Estratégico para Organizações: públicas e privadas. 1. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2008

IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DIAGNOSIS RELATED GROUP EM UM HOSPITAL PRIVADO

Michele Castilho Alves de Souza, Maria do Carmo Soares, Cintia Martins, Kerolayne Feliciano Lemes

INTRODUÇÃO

O Diagnosis Related Group (DRG - Grupo de Diagnósticos Relacionados) constitui em um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais, em grupos com condições clinicas semelhantes de acordo com a complexidade assistencial (case mix), contribuindo na melhoria assistencial, tornando desfechos assistenciais e consumo de recursos previsíveis e comparáveis. Transforma o modelo assistencial e remuneratório hospitalar com foco na remuneração atrelada ao desempenho, contribui para a garantia da qualidade assistencial e da sustentabilidade do setor saúde, atrelado a entrega de valor em saúde. Para classificar cada paciente em um grupo de DRG é necessário transformar as informações descritas nos registros dos prontuários em códigos de saúde. Uma codificação qualificada reflete de forma fidedigna o perfil assistencial da instituição, sendo possível identificar a complexidade assistencial através de um banco de dados consistente. Os alvos do DRG para a qualidade assistencial compreendem: o uso eficiente do leito hospitalar, aumento da segurança assistencial, redução de internações evitáveis e diminuição de readmissões preveníveis. Tem-se como objetivo relatar a experiência de um Hospital Privado do Sul de Minas Gerais na utilização da metodologia DRG Brasil. O uso da metodologia DRG possibilita não apenas a mensuração da eficiência hospitalar, mas também a consolidação de uma gestão baseada em valor, alinhada às tendências nacionais e internacionais de saúde.

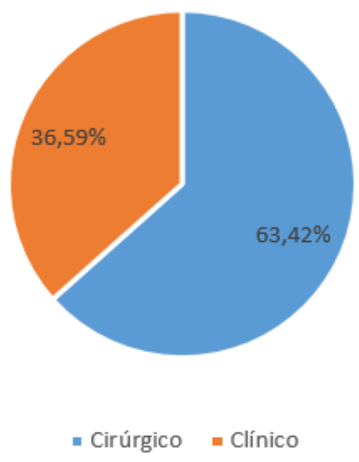
METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência. Foram analisados os prontuários de todas as internações hospitalares, desde a implantação da metodologia DRG em 2020 até o ano de 2024. O processo foi realizado por uma equipe de enfermeiras capacitadas em codificação clínica, utilizando a Plataforma DRG Brasil. Foram acompanhados os seguintes indicadores: case mix, taxa de condições adquiridas, eficiência operacional, perfil clínico e cirúrgico das internações, além da identificação dos grupos de DRG mais prevalentes.

RESULTADOS

A metodologia DRG Brasil foi implantada na referida instituição em 2020, como ferramenta de diagnóstico e gerenciamento da eficiência e qualidade da assistência hospitalar. Sendo realizado inicialmente DRG das altas hospitalares, passando a ser aplicado o DRG admissional em maio de 2021 em 100% das internações. Em 2024, foram analisadas 6.448 altas hospitalares codificadas, sendo 63,42% cirúrgico e 36,59% clínico. O case mix global encontrado foi 1,1422, ficando o case mix cirúrgico (1,1729) mais elevado que o clínico (1,0889), com (In)eficiência operacional de 84,5% e 22,80% de condições adquiridas durante o ano.

Os grupos de DRGs mais prevalentes representaram 32,32% das altas codificadas (TABELA 01). A metodologia DRG vem contribuindo efetivamente na entrega de valor em saúde e monitoramento do perfil epidemiológico da instituição. Em 2023, a referida instituição recebeu o Prêmio Melhores Práticas DRG MG: Protocolo ICC e Premiação IVSB – Instituto de Valor de Saúde Brasil.



Distribuição das Altas Hospitalares, DRG Brasil, 2024.

Tabela 01: Grupo de DRGs mais prevalentes

DRG	Descrição	%
134	Outras cirurgias do ouvido, nariz, boca e garganta sem CC/MCC	5,32%
743	Cirurgia uterina e dos anexos para doenças não neoplásicas	4,98%
866	Doença viral sem MCC	3,23%
621	Cirurgia para obesidade sem CC/MCC	3,23%
419	Colescistectomia laparoscópia sem exploração do ducto comum sem CC/MCC	2,98%
489	Cirurgia do joelho sem diagnóstico principal de infecção sem CC/MCC	2,88%
670	Cirurgias transuretral sem CC/MCC	2,64%
291	Insuficiência cardíaca e choque com MCC	2,33%
581	Cirurgia da pele, tecido subcutâneo e mama sem CC/MCC	1,97%
951	Outros fatores que influenciam o estado de saúde	1,85%
	Representatividade do banco	**32,32 %**

Fonte: Dados da pesquisa. DRG Brasil, 2024.

CONCLUSÕES

Portanto, a metodologia DRG estimula a eficiência operacional e a qualidade da assistência de saúde fornecida, garantindo a sustentabilidade do sistema. Além disso, contribui para aprimorar os desfechos clínicos, otimizar o cuidado prestado e fortalecer a entrega de valor em saúde. A experiência demonstrou que a aplicação da metodologia DRG permite à instituição aprimorar continuamente seus processos assistenciais, com impacto direto na qualidade, na segurança do paciente e na sustentabilidade financeira. Os resultados reforçam o papel estratégico do DRG como ferramenta de gestão hospitalar orientada para a geração de valor em saúde.

REFERÊNCIAS

DRG. Plataforma DRG Brasil. Disponível em: <https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/selecaoinstituicaosel.do?evento=Gravar&instituicao=979>.
DRG Brasil. Hospital Humanitas – Unimed Varginha usa a plataforma Valor Saúde Brasil para reduzir permanência média de pacientes com Insuficiência Cardíaca. Blog Valor em Saúde, 2024. Disponível em:<https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/hospital-humanitas-case/>.
REIS, A. A. C.; NASCIMENTO, M. A. Elaboração de propostas para alta segura com uso do Diagnosis-related Groups. Revista Científica Faculdade Unimed, 2(3), 37-60, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37688/rcfu.v2i3.146>.

Impacto do farmacêutico clínico nos resultados de um Programa de Otimização de Antimicrobianos em um hospital terciário oncológico

Diana Rosa Campos, Carolina Salume Xavier, Bil Randerson Bassetti, Paula Dutra Barbosa

INTRODUÇÃO

A implementação de Programas de Gerenciamento de Antimicrobianos (PROA) formados por equipe multidisciplinar, incluindo infectologistas, microbiologistas e farmacêuticos clínicos especializados tem por objetivo otimizar o uso de antimicrobianos nos serviços de saúde para garantir o efeito farmacoterapêutico máximo, reduzir a ocorrência de eventos adversos, prevenir a disseminação da resistência microbiana e diminuir os custos desnecessários com a assistência à saúde. O objetivo deste estudo é apresentar o impacto do redimensionamento da equipe com a contratação de um segundo farmacêutico clínico exclusivo do PROA do Hospital Santa Rita de Cássia em Vitória, ES.

METODOLOGIA

Foram comparados os indicadores Taxa de intervenção, Taxa de adesão às intervenções, Dias livres de antimicrobianos, Dias salvos de internação e Economia financeira antes e após a contratação do segundo farmacêutico clínico, que ocorreu em 01/12/23. A economia financeira para as operadoras de saúde foi calculada a partir de valores de Material e Medicação (MAT/MED) de operadoras conta aberta e dias salvos de internação (número de diárias evitadas a partir das intervenções do time do PROA). A economia financeira para a instituição foi calculada a partir de valores de MAT/MED dos pacientes SUS e de operadoras pacote semi-global.

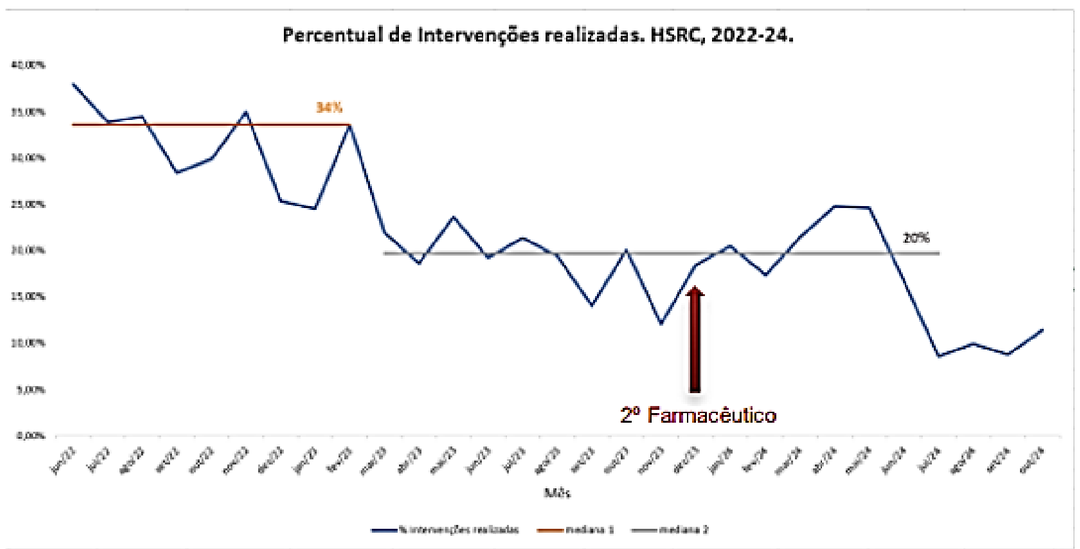


Figura 1: Taxa de intervenções realizadas pelo time do PROA.

Figura 2: Dias salvos de internação a partir das intervenções do PROA.

RESULTADOS

Não houve impacto no indicador Taxa de intervenção ao se comparar o período de 01/12/23 a 30/10/24 aos períodos anteriores desde a implantação do programa em 01/6/2022 (Figura 1). Observou-se impacto positivo no indicador Taxa de adesão às intervenções, o qual apresentou valores superiores à média nos meses subsequentes à contratação do segundo farmacêutico clínico, aumentando inclusive da mediana do indicador (Figura 2). A medida dos dias salvos de internação e dias livres de antimicrobianos apresentou valores superiores à média em quatro meses subsequentes à contratação do segundo farmacêutico clínico, porém não sustentada, sendo observada inclusive uma redução na mediana no indicador de dias salvos (Figuras 3 e 4). Houve impacto na economia financeira relacionada à instituição e às operadoras de saúde, relacionada a MAT/MED e dias salvos de internação, com incremento de 48,8% média mensal, elevando a mediana do indicador (Figura 5).

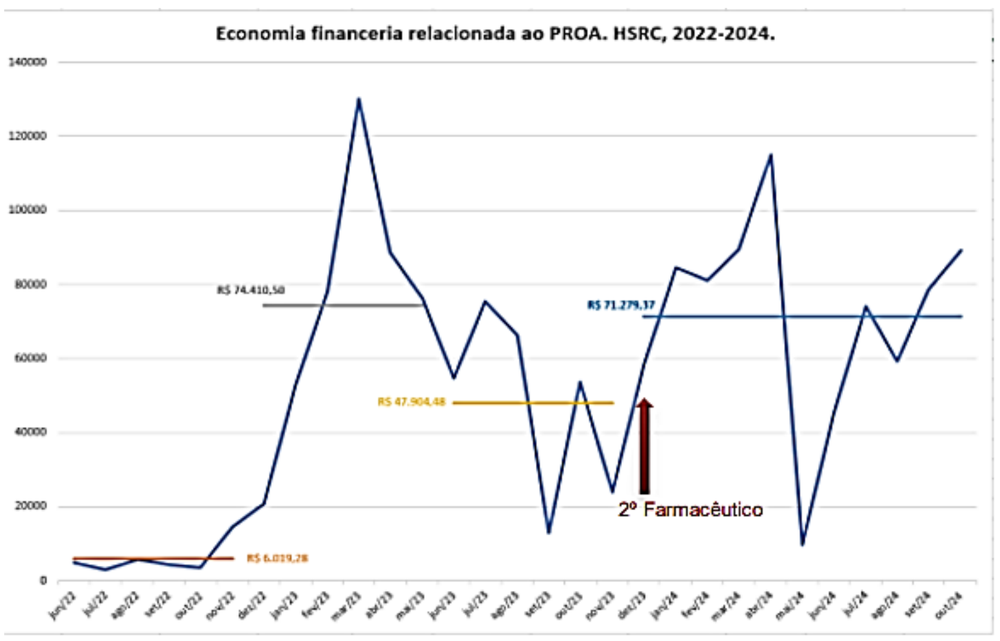


Figura 3: Economia financeira a partir das intervenções do PROA.

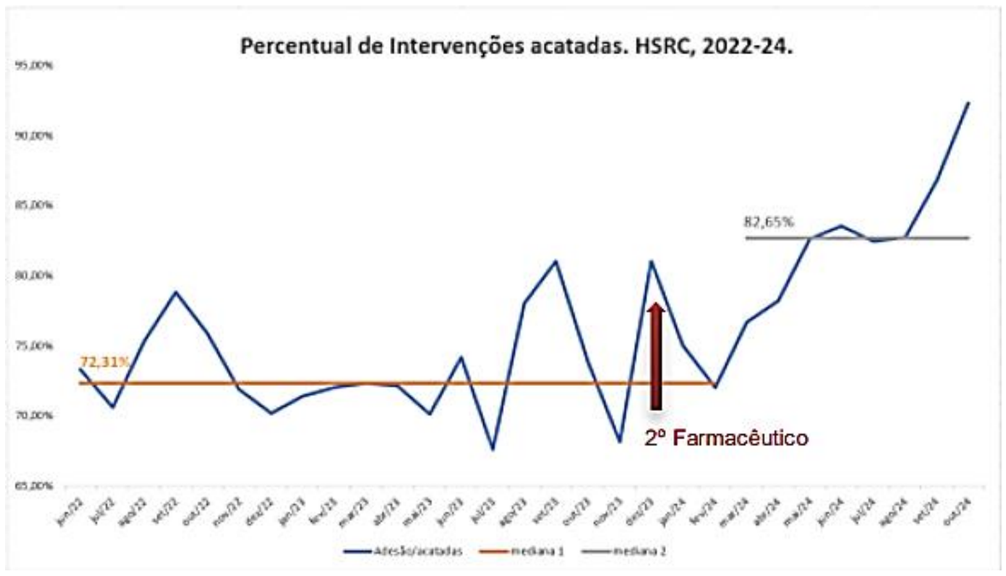


Figura 4: Taxa de intervenções do time PROA acatadas pelo corpo clínico

CONCLUSÕES

O redimensionamento da equipe com a contratação de um segundo farmacêutico clínico exclusivo do PROA gerou incremento da taxa de adesão às intervenções do time e aumento significativo da economia financeira tanto para as operadoras de saúde quanto para a instituição. A falta de impacto no indicador Taxa de Intervenções realizadas já era esperada uma vez que este indicador vem melhorando (quanto menor melhor) desde a implantação do PROA e reflete uma melhoria nas prescrições por parte do corpo clínico. A falta de impacto nos indicadores dias livres e dias salvos de internação da mesma forma, uma vez que os prescritores, em função da interface com o time do PROA, tem prescrito tempos mais curtos de antimicrobianos e consequentemente promovido desospitalizações mais precoces. A redimensionamento da equipe permitiu uma melhoria na interface com a equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, microbiologistas, outros farmacêuticos – fortalecendo o programa e suas ações, e contribuindo para propagar da importância do uso racional de antimicrobianos na instituição.

REFERÊNCIAS

Almeida, A. S.; Baptista, P. F.; Lima, T. de M. *Atuação do farmacêutico no gerenciamento de antimicrobianos no Brasil: uma revisão da literatura*. Brazilian Journal of Health and Pharmacy, v. 4, n. 2, 2022. DOI:10.29327/226760.4.2-1. Disponível em: https://bjhp.crfmg.org.br/crfmg/article/view/170. Acesso em 15/09/2024

Costa, M. M. de M.; Oliveira, A. L. de C.; Carneiro, M.; Krug, S. B. F.; Portela de Assis, M.; et al. *Stewardship Brasil: atuação do farmacêutico na promoção do uso racional de antimicrobianos em hospitais brasileiros com UTI adulto*. Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, v. 1, suplemento 2, 2023. DOI:10.22563/2525-7323.2023.v1.s2.p.83. Disponível em: https://www.ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/article/view/773. Acesso em: 09/008/2024.

· Chauvin, A. G.; Felini, C. G.; Pereira, H. M. do V.; *et al.* A atuação da farmácia clínica no gerenciamento de antimicrobianos Stewardship em um hospital privado. PECIBES, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande MS, 2024. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/6903. Acesso em: 20/05/2024.

· Oilveira, A. G. de A.; Santos, E. de A.; Freitas, G. S. C. de; Nascimento, J. M.; Conceição, D. C. de O.; Rodrigues, M. de F. *O papel estratégico do farmacêutico no Programa de Stewardship de Antimicrobianos no âmbito hospitalar*. Brazilian Journal of Biological Sciences, v. ___, 2024-12-18. Disponível em: https://bjbs.com.br/index.php/bjbs/article/view/125. Acesso em 02/07/2024.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

IMPACTOS DO EPISODIO DE CUIDADO INTEGRADO EM INFECÇÃO URINÁRIA NA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

Paulo Adriano de Oliveira Leão, Andrea Karoline Reis Chagas, Enio Santana, Luiz Claudio da Silva e Felix

INTRODUÇÃO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) (CID: N39) é a principal causa de internação, via emergência adulta, no Hospital Santa Izabel, no ano de 2023. Durante as análises das internações foram observadas uma grande variabilidade nos tempos de internação e nos resultados financeiros.

Diante dos resultados observados, foi definido pela criação de um episódio de Cuidado Integrado em ITU, com a padronização das condutas e metas multidisciplinares com objetivo de redução do tempo de internação, otimização de custos e redução de desperdícios, visando a sustentabilidade financeira.

METODOLOGIA

Nos pacientes internados via emergência adulta com CID N39, no ano 2023, realizado a análise do tempo médio de internação, avaliação de resultado financeiro médio da internação. Selecionado para análise a operadora com maior tempo de internação (7,37 dias) e com maior impacto financeiro para instituição, tal operadora representa 53,5% das internações, dentro dos pacientes com CID em análise.

Criado o episódio de cuidado com fluxos clínicos multiprofissionais baseados em evidências, com definição da responsabilidade de cada componente da equipe, exames complementares indicados, dos critérios de internação unidade aberta e fechada, orientações de qual antibioticoterapia (baseado no perfil epidemiológico), critérios de transcrição de antibioticoterapia venosa para oral, critérios e orientações para alta.

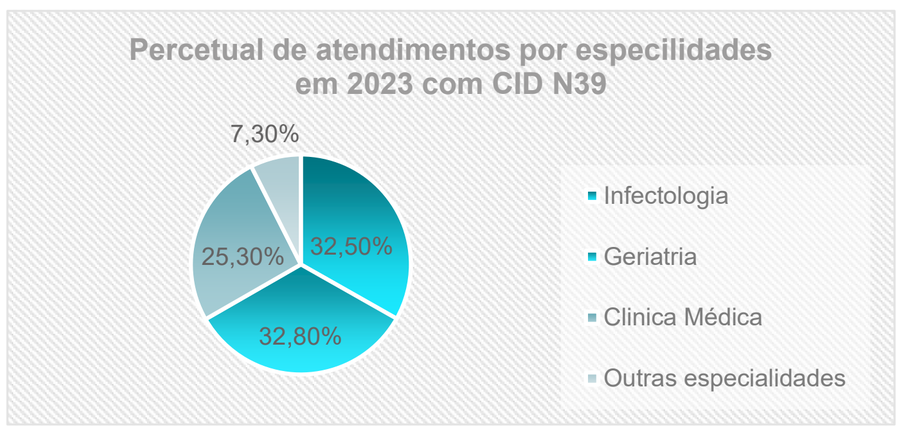


Gráfico 01 - Percentual das internações com CID N39 no ano de 2023

Com a análise dos dados de BI, verificado maior concentração de internações em 03 equipes (Geriatria / Infectologia / Clínica Médica), correspondente a aproximadamente 93% das internações.

Extraídos os dados de tempo médio de internação e resultado financeiro, em plataforma de BI, comparados entre os anos de 2023 e 2024.

Criado foder para divulgação para equipe multiprofissional.

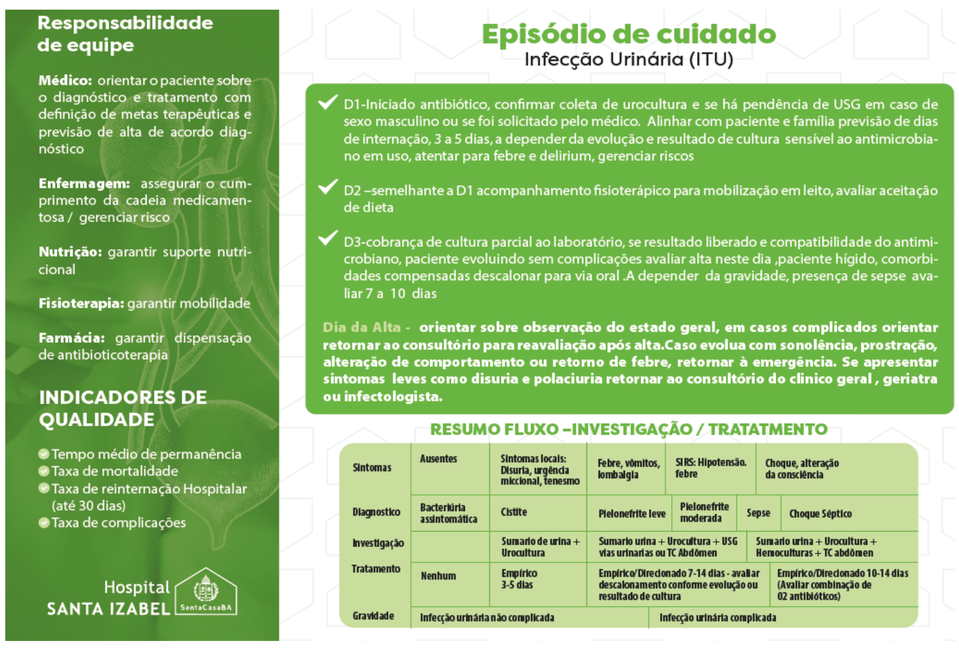


Imagem 01 – Folder de divulgação para equipe multiprofissional.

RESULTADOS

Encontramos uma queda do tempo médio de internação, em 21,6% entre os anos de 2023 e 2024, sem alteração significativas no número de atendimentos (158 internamentos em 2023 e 160 internamentos em 2024) – Gráfico 02.

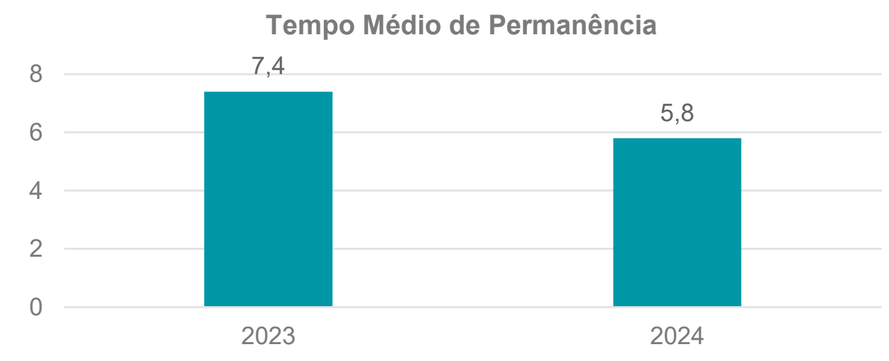


Gráfico 02 – Tempo Médio de permanência do CID N39, entre os anos 2023 e 2024

Houve melhora na eficiência financeira em 46,2% entre os anos de 2023 e 2024, com mitigação do resultado negativo, provocando *saving* de R$: 144.720,00, em 2024 – Gráfico 03.

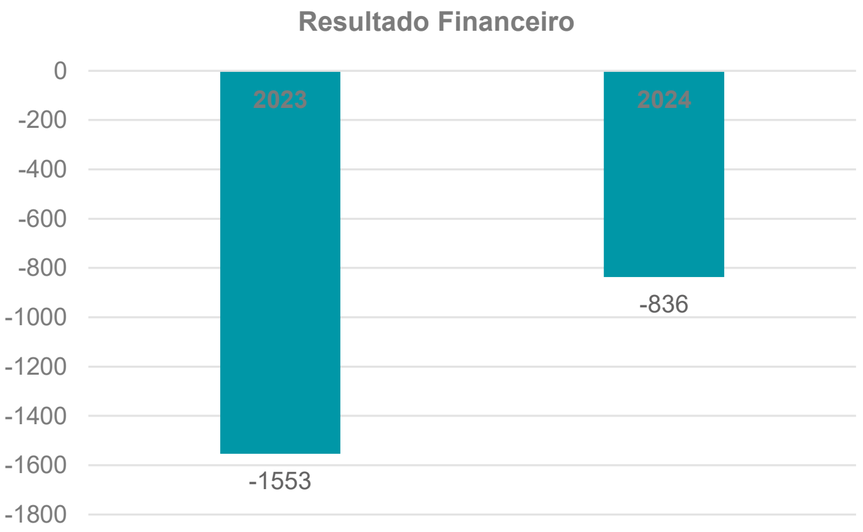


Gráfico 03 – Resultado financeiro do CID N39, entre os anos 2023 e 2024

CONCLUSÕES

Foi possível observar que a criação e gerenciamento do episódio de cuidado integrado em Infecção Urinária, com definição condutas multidisciplinares e meta, contribui para a eficiência operacional, através da redução do tempo médio de internação e melhora do resultado financeiro, provocando um custo financeiro evitado (saving). Os resultados encontrados provocam uma mudança de cultura e ampliação das potencialidades advindas dos episódios de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PACIENTES CRÍTICOS COM CATETERISMO VESICAL: UMA ANÁLISE ATUALIZADA DA LITERATURA - Vol.44,n.1,pp.72-77 (Set - Nov 2023) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research
2. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina - Infecções do Trato Urinário não Complicadas: Tratamento (24 de junho de 2004)

Implantação da assinatura digital e receita eletrônica no ambulatório de Saúde do Colaborador em uma instituição privada.

Lygia de Mello Boquimpani; : Edmundo Di Giaimo Caboclo; Thelma Santos Pereira; Caroline Villela Galvão de França

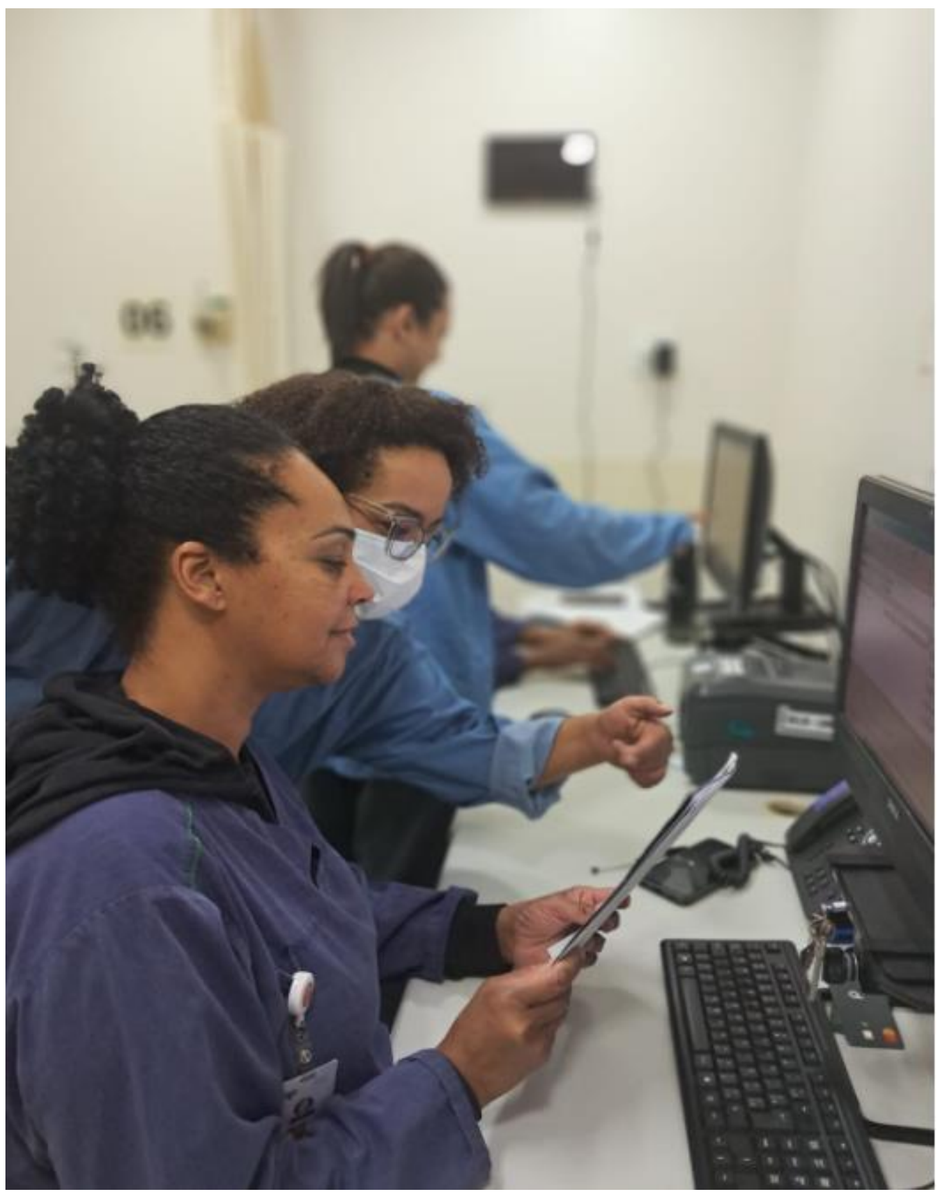
INTRODUÇÃO

O ambulatório de saúde do colaborador realiza aproximadamente 4.500 impressões de papeis mensalmente. Apesar da adoção do prontuário eletrônico, a necessidade de impressão persiste devido à exigência de assinaturas físicas em documentos clínicos, em conformidade com os mecanismos legais vigentes. Para promover a sustentabilidade institucional e reduzir desperdícios, identificamos a eliminação da impressão em atendimentos assistenciais como uma oportunidade estratégica**.**

METODOLOGIA

Em parceria com o setor de Tecnologia da Informação (TI), implementamos ações para eliminar a necessidade de impressão no ambulatório dos colaboradores. Adotando uma abordagem centrada no usuário, as soluções priorizaram usabilidade, acolhimento e adaptação à rotina de trabalho.

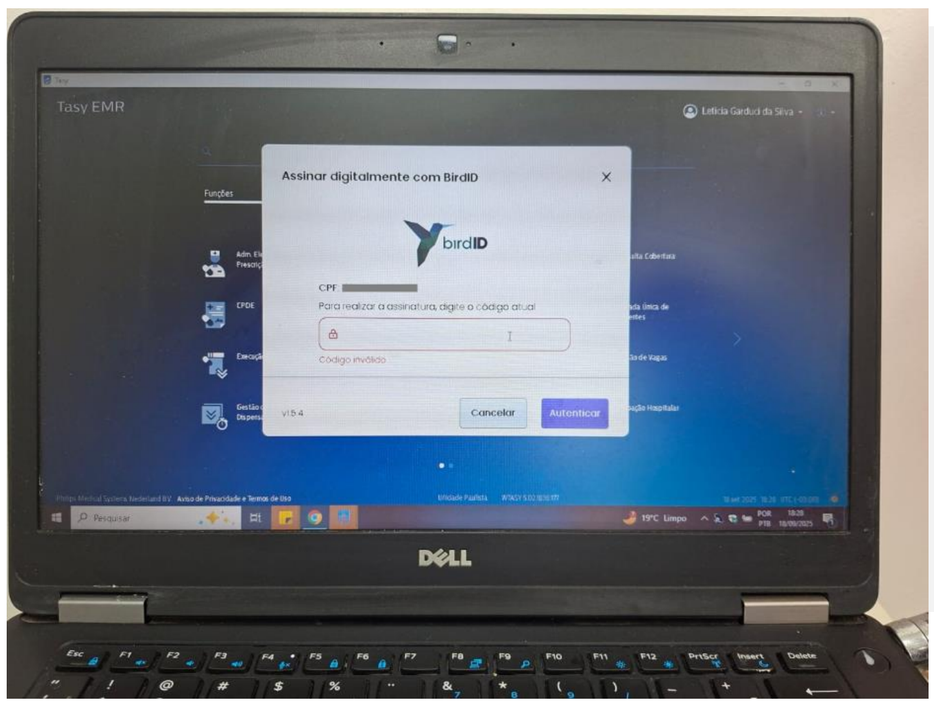
Em setembro de 2024, implantamos a receita digital, permitindo o envio eletrônico de prescrições via WhatsApp, e-mail ou SMS, eliminando a necessidade de impressão deste documento. Em junho de 2025, iniciamos a utilização da assinatura eletrônica qualificada para todos os profissionais do setor, por meio de certificados digitais padrão ICP-Brasil fornecidos pelo hospital, sem custo à equipe. Essa medida viabilizou a completa eliminação da impressão em atendimentos médicos assistenciais.



Treinamento da equipe de enfermagem para uso da assinatura eletrônica

RESULTADOS

Com o uso da receita digital, deixamos de imprimir cerca de 6.000 receitas físicas em 9 meses. Essa ação repercutiu tanto na equipe médica quanto nos pacientes, melhorando a experiência e segurança de ambos.



Tasy com conexão com o Bird Id , ao logar todos os colaboradores devem realizar o login no sistema de assinatura eletrônica.

Treinamento dos médicos para assinatura eletrônica

CONCLUSÕES

A introdução da assinatura eletrônica foi o passo seguinte, eliminando a necessidade de impressão das fichas de atendimento. A equipe assistencial rapidamente incorporou a nova tecnologia. Desde junho de 2025, já foram realizadas 18.482 assinaturas de itens do atendimento no prontuário eletrônico. Com os atendimentos assinados digitalmente evitou-se a impressão de mais 9000 folhas desde a implantação, garantindo redução em papel, impressão, luz e guarda física do prontuário.

REFERÊNCIAS

1- BRASIL. **Lei nº 14.063, de 23 de Setembro de 2020**, Lei sobre assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos
2- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução **CFM nº 2.299, de 30 de setembro de 2021**. Dispõe sobre a emissão de documentos médicos eletrônicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2021. Seção 1, p. 105
3- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução **COFEN nº 754, de 16 de maio de 2024**. Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem.

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PARA GERENCIAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS EM UMA UNIDADE CORONARIANA

Mateus Meneses Bispo[1], Henrique Mateus Fernandes, Beatriz Santana Prado, Claudia Barbosa de Brito Souza
[1]Hospital Sírio-Libanês

INTRODUÇÃO

GESTÃO DE RECURSOS

SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

EFICIÊNCIA OPERACIONAL

ENFERMAGEM

Objetivo: Identificar e implementar melhorias no processo de cobrança de fraldas e absorventes descartáveis pela equipe de enfermagem, visando reduzir a discrepância do inventário em pelo menos 50% nos primeiros sete meses, minimizando perda financeira em uma unidade coronariana

METODOLOGIA

Foi realizado uma análise da causa raiz para identificar o problema utilizando a metodologia de “5 porquês?”

Descobriu-se que as fraldas e absorventes descartáveis estavam armazenadas em um local inadequado, sem um ponto exclusivo para retirada pela equipe de enfermagem e sem uma ferramenta dedicada para realizar a cobrança na conta do paciente no momento da retirada.

O plano de ação realizado pela equipe foi estabelecer um local específico para o armazenamento das fraldas e absorventes, diminuindo a distração no momento da cobrança na conta do paciente. Disponibilizou-se um notebook exclusivo, para garantir a cobrança imediata e evitar esquecimento. Criou-se um cardápio com os códigos de barra dos insumos para aumentar a eficácia da cobrança. Realizou-se treinamento com a equipe de enfermagem para garantir que todos saibam como utilizar o processo de cobrança.

Antes

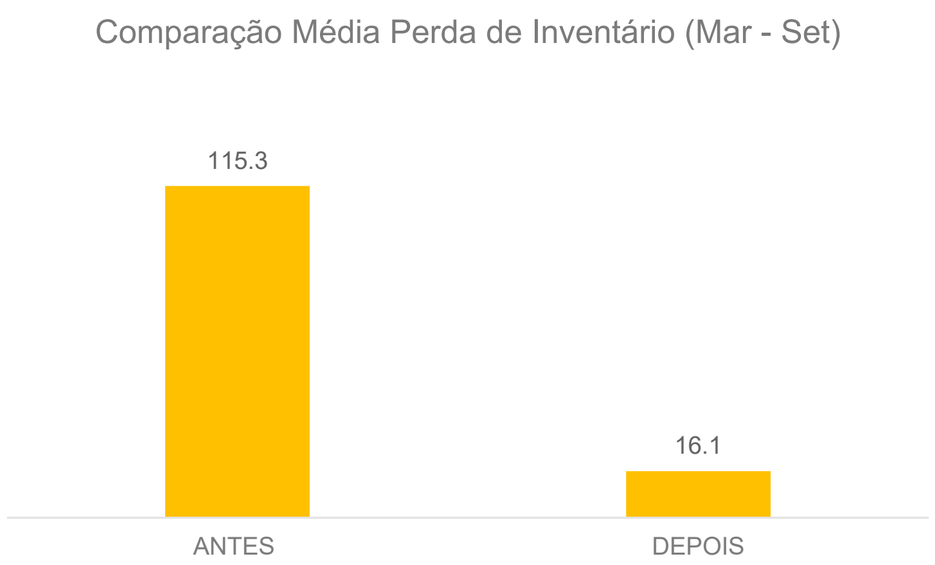
Depois

Local de armazenamento e cobrança das fraldas e absorventes descartáveis antes e depois da implementação do plano de ação;

RESULTADOS

Após a implementação do plano de ação, foi observado uma redução significativa na quantidade de fraldas e absorventes em desfalque no inventário.

Antes da intervenção, **a média mensal de fraldas e absorventes com cobranças inadequadas era de 115,3 itens por mês**. Após a execução do plano de ação, **essa média diminuiu para 16,1 itens por mês,** representando uma redução de **86,02%.**



CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que a criação de um local exclusivo, juntamente com um sistema integrado para a cobrança de fraldas e absorventes descartáveis, foi eficaz na melhoria do processo de cobrança desses insumos pela equipe de enfermagem. A iniciativa não apenas atingiu, mas superou a meta inicial de reduzir a discrepância do inventário em **50%** nos primeiros sete meses após início do projeto, alcançando uma redução de 86,02%. Isso resultou em perdas financeiras significativamente menores para a unidade.

REFERÊNCIAS

Albano TC, Freitas JB de. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013May;66(3):372–7. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300011

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DO USO DE OPME EM CIRURGIAS VASCULARES

Figueredo, Lusiane. Ferreira, Renata. Barboza, Alan.

INTRODUÇÃO

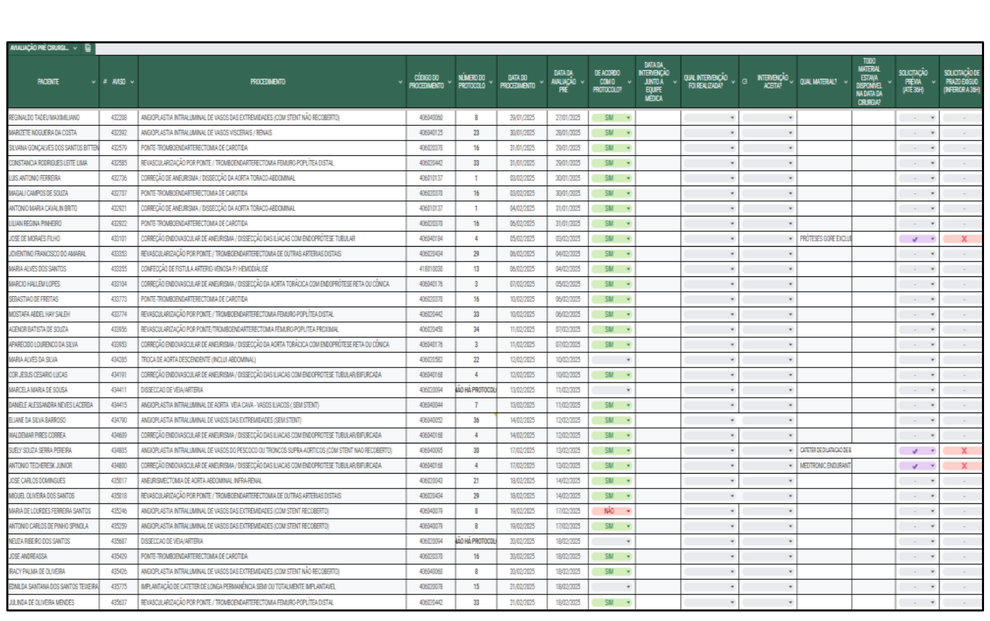
O uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) em cirurgias vasculares demanda controle rigoroso, padronização e alinhamento entre as equipes clínica, assistencial e de suprimentos.
Com o objetivo de aumentar a segurança do paciente, reduzir desperdícios e otimizar recursos, foi implantado um modelo estruturado de protocolos de utilização para o uso de OPMEs em procedimentos eletivos e de urgência.

METODOLOGIA

Os protocolos foram elaborados no período de outubro à dezembro/2024 e em duas fases. Na primeira fase, realizou-se uma análise dos materiais utilizados no período de março a agosto de 2024, onde identificou-se: procedimentos, itens utilizados, valores e formas de aquisição. Com base nesses dados, foram elaboradas planilhas específicas por tipo de cirurgia (fig. 1), e as informações foram comparadas com os dados da tabela SIGTAP e protocolos da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.
Para validação dos protocolos, foram realizadas reuniões com a equipe médica da cirurgia vascular. Na segunda fase, implementou-se uma rotina de avaliação pré-cirúrgica para procedimentos eletivos, antecipando a separação dos materiais conforme protocolos (fig. 2). Foi implementada análise diária do mapa cirúrgico, onde o procedimento é identificado por meio do código SIGTAP.
Se identificada alguma incompatibilidade o farmacêutico realiza contato com o corpo clínico para correção e /ou esclarecimento, assegurando flexibilidade clínica com controle.

ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS (COM STENT NÃO RECOBERTO)							
OPME	QUANT.	QUANT.	FREQUÊNCIA DE USO	VALOR UNITÁRIO		VALOR FATURADO	MODALIDADE DE AQUIS
BAINHA INTRODUTORA	1 A 2	-	EVENTUAL	R$	1.000,00	-	CONSIGNAÇÃO
CATETER BALÃO PARA ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA	1 A 2	1	-	R$	1.100,00	R$ 613,89	CONSIGNAÇÃO
CATETER ANGIOGRÁFICO DIAGNÓSTICO	1	-	EVENTUAL	R$	51,75	-	COMPRA DIRETA
CATETER BALÃO DILATAÇÃO (MUSTANG)	1 A 2	-	-	R$	613,89	-	CONSIGNAÇÃO
CATETER ANGIOGRÁFICO DE APOIO (RUBICON)	1 A 2	-	-	R$	450,00	-	CONSIGNAÇÃO
DISPOSITIVO PARA FECHAMENTO DE PAREDE ARTERIAL	1 A 2	-	-	R$	1.307,50	-	COMPRA DIRETA
ENXERTO VASCULAR (DACRON)	1	-	EVENTUAL	R$	1.108,89	-	CONSIGNAÇÃO
ENXERTO DE PERICARDIO BOVINO	1	-	EVENTUAL	R$	207,60	-	COMPRA DIRETA
FIO GUIA STAND (V18)	1 A 2	1 A 2	-	R$	240,38	R$ 240,38	COMPRA DIRETA
FIO GUIA AMPLATZ	1	-	EVENTUAL	R$	109,50	-	COMPRA DIRETA
FIO GUIA HIDROFILICO	1 A 2	-	-	R$	223,00	-	COMPRA DIRETA
FIO GUIA (GUIA COMMAND)	1	1 A 2	-	R$	195,45	R$ 195,45	CONSIGNAÇÃO
INTRODUTOR DE CATETER PERCUTANEO TIPO BALKIN	1	-	-	R$	682,74	-	COMPRA DIRETA
STENT PERIFERICO AUTO EXPANSIVEL	1 A 2	1 A 2	-	R$	2.034,50	R$ 2.034,50	CONSIGNAÇÃO
MOLA DESTACAVEL	1 A 2	-	-	R$	1.045,59	-	CONSIGNAÇÃO
INTRODUTOR PERCUTANEO	1 A 3	1 A 3	-	R$	30,29	R$ 97,48	COMPRA DIRETA
MATERIAIS SOB JUSTIFICATIVA E SOLICITAÇÃO PRÉVIA							
CATETER BALAO COM REVESTIMENTO DE PACLITAXEL (FARMACOLOG	1 A 2	-	EVENTUAL	R$	4.200,00	-	CONSIGNAÇÃO
CATETER BALAO ANGIOPLASTIA PERIFERICA (CATETER CUTTING BALL	1	-	EVENTUAL	R$	1.600,00	-	CONSIGNAÇÃO

Fig.1 – Protocolo de OPMEs para o procedimentos de Angioplastia



AVALIAÇÃO PRE CIRURG...														
PACIENTE	# AVISO	PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NÚMERO DO PROTOCOLO	DATA DO PROCEDIMENTO	DATA DA AVALIAÇÃO PRE	DE ACORDO COM O PROTOCOLO?	DATA DA INTERVENÇÃO JUNTO A EQUIPE MÉDICA	QUAL INTERVENÇÃO FOI REALIZADA?	OI	INTERVENÇÃO ACEITA?	QUAL MATERIAL?	TODO MATERIAL ESTAVA DISPONÍVEL NA DATA DA CIRURGIA?	SOLICITAÇÃO PRÉVIA (ATÉ 30H)	SOLICITAÇÃO DE PRAZO DIGNO (INFERIOR A 30H)
REGINALDO TADEU MAXIMILIANO	432288	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	40604060	8	29/01/2025	27/01/2025	SIM							-	-
MARIZETE NOGUEIRA DA COSTA	432292	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIS	40604125	23	30/01/2025	28/01/2025	SIM							-	-
DILIANA GONÇALVES DOS SANTOS BITTEN	432579	PONTE TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	40602070	16	31/01/2025	29/01/2025	SIM							-	-
CONSTANCIA RODRIGUES LEITE LIMA	432585	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	40602040	33	31/01/2025	29/01/2025	SIM							-	-
LUIS ANTONIO FERREIRA	432736	CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCO-ABDOMINAL	40601037	1	03/02/2025	30/01/2025	SIM							-	-
MAGALI CAMPOS DE SOUZA	432737	PONTE TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	40602070	16	03/02/2025	30/01/2025	SIM							-	-
ANTONIO MARIA CAVALIN BRITO	432921	CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCO-ABDOMINAL	40601037	1	04/02/2025	31/01/2025	SIM							-	-
LILIAN REGINA PINHEIRO	432922	PONTE TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	40602070	16	05/02/2025	31/01/2025	SIM							-	-
JOSE DE MORAES FILHO	432101	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR	40604184	4	05/02/2025	03/02/2025	SIM					PRÓTESES GORE EXCLUD		✓	X
JOVENTINO FRANCISCO DO AMARAL	432353	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	40602404	29	06/02/2025	04/02/2025	SIM							-	-
MARIA ALVES DOS SANTOS	433035	CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIÁLISE	41601008	13	06/02/2025	04/02/2025	SIM							-	-
MARCIO HALLEW LOPES	433104	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA	40604176	3	07/02/2025	05/02/2025	SIM							-	-
SEBASTIAO DE FREITAS	433770	PONTE TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	40602070	16	10/02/2025	06/02/2025	SIM							-	-
MOSTAFA ABDEL HAY SALEH	433774	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	40602040	33	10/02/2025	06/02/2025	SIM							-	-
AGENOR BATISTA DE SOUZA	433976	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE/TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA PROXIMAL	40602430	34	11/02/2025	07/02/2025	SIM							-	-
APARECIDO LOURENÇO DA SILVA	433983	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA	40604176	3	11/02/2025	07/02/2025	SIM							-	-
MARIA ALVES DA SILVA	434285	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	40602092	22	12/02/2025	10/02/2025								-	-
CIR. JESUS CESARIO LUCAS	434191	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR/BIFURCADA	40604168	4	12/02/2025	10/02/2025	SIM							-	-
MARCELA MARIA DE SOUSA	434411	DISSECCAO DE VEIA/ARTERIA	40602094	NÃO HÁ PROTOCOLO	13/02/2025	11/02/2025								-	-
DANIELE ALESSANDRA NEVES LACERDA	434415	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA VEIA CAVA - VASOS ILIACOS (SEM STENT)	40604044	7	13/02/2025	11/02/2025	SIM							-	-
ELIANE DA SILVA BARROSO	434740	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)	40604052	36	14/02/2025	12/02/2025	SIM							-	-
WALDEMAR PIRES CORREA	434659	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR/BIFURCADA	40604168	4	14/02/2025	12/02/2025	SIM							-	-
DJELY SOUZA SIERRA PEREIRA	434805	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOCO OU TRONCOS SUPRA-AORTICOS (COM STENT NAO RECOBERTO)	40604065	39	17/02/2025	13/02/2025	SIM					CATETER DE DIAMETRO DES		✓	X
ANTONIO TECHERESK JUNIOR	434800	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR/BIFURCADA	40604168	4	17/02/2025	13/02/2025	SIM					MESTRONIC ENDURANT		✓	X
JOSE CARLOS DOMINGUES	435017	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	40602043	21	18/02/2025	14/02/2025	SIM							-	-
MIGUEL OLIVEIRA DOS SANTOS	435018	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	40602404	29	18/02/2025	14/02/2025	SIM							-	-
MARIA DE LOURDES FERREIRA SANTOS	435240	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	40604079	8	19/02/2025	17/02/2025	NÃO							-	-
ANTONIO CARLOS DE PINHO SPINOLA	435259	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	40604079	8	19/02/2025	17/02/2025	SIM							-	-
NEUZA RIBEIRO DOS SANTOS	435667	DISSECCAO DE VEIA/ARTERIA	40602094	NÃO HÁ PROTOCOLO	20/02/2025	18/02/2025								-	-
JOSE ANDREASSA	435429	PONTE TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	40602070	16	20/02/2025	18/02/2025	SIM							-	-
ERACY PALMA DE OLIVEIRA	435426	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	40604060	8	20/02/2025	18/02/2025	SIM							-	-
ERINALDA SANTANA DOS SANTOS TEIXEIRA	435775	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEM OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL	40602078	13	21/02/2025	19/02/2025								-	-
LEINDA DE OLIVEIRA MENDES	435637	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	40602040	33	21/02/2025	19/02/2025	SIM							-	-

Fig. 2 – Registro das avaliações realizadas

RESULTADOS

Foram elaborados e validados com a equipe médica 37 protocolos e definidos 10 itens que devem ser solicitados somente com justificativa técnica.
No período de janeiro a junho/2025 foram avaliadas 191 procedimentos, onde observou-se que 26,96 % das solicitações continham inconsistências nos OPMES solicitados e , 40,69% de solicitações estavam com a descrição do procedimento em desacordo com o que seria realizado. Desta forma, foram realizadas 47 intervenções junto a equipe médica responsável pelo procedimento, com 38,3% de aceitação relacionadas a troca do procedimento, devido ocorrerem procedimentos secundários que não são visíveis no mapa cirúrgico.

CONCLUSÕES

O modelo demonstrou potencial para qualificar a gestão de OPME, promover segurança ao paciente, racionalizar recursos e apoiar decisões clínicas baseadas em dados. O aprimoramento contínuo, aliado à integração sistêmica e ao engajamento das equipes, tem sido essencial para alcançar resultados sustentáveis e de alto desempenho na assistência a pacientes acometidos por patologias vasculares.
Concluiu-se também que este modelo de gestão por protocolos pode ser implementado para outras especialidades cirúrgicas.
A experiência comprova que a combinação entre tecnologia, padronização e diálogo intersetorial gera resultados sustentáveis, otimizando recursos, reduzindo desperdícios e promovendo uma assistência de alta performance.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR (SBACV). Protocolos clínicos e recomendações em cirurgia vascular. São Paulo: SBACV, [s.d.].
BRASIL. Manual de boas práticas de gestão de próteses, órteses e materiais especiais (OPME). Ministério da Saúde, [s.d]
SOUSA, F. R.; SILVA, L. M.; CARVALHO, A. P. Gestão de OPME: análise de custos e melhorias no processo hospitalar. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 12, n. 3, p. 45-58, 2022.
EBSERH. Protocolo de rastreabilidade de OPME na UBCME. Brasília: EBSERH, [s.d.].
PEREIRA, T. S.; ALMEIDA, R. F. Gestão estratégica de OPME em hospitais: desafios e soluções. Repositório Anima Educação, 2021.

IMPLEMENTAÇÃO DE AVALIAÇÃO BASEADA EM ESCALAS PARA MENSURAÇÃO DE RESULTADOS CLÍNICOS EM TRATAMENTOS AVANÇADOS EM PSIQUIATRIA NO HOSPITAL GERAL: AVANÇOS RUMO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL BASEADOS EM VALOR PARA TMG

Lucas Spanemberg PhD; Celita Fraporti, MSc; Cristiane Tonelo Manfron; Cristiane Weber, PhD

INTRODUÇÃO

Apesar de as diretrizes internacionais recomendarem escalas de avaliação em psiquiatria, sua aplicação clínica ainda é limitada. A baixa adesão resulta da complexidade dos diagnósticos, da escassa formação profissional e da dificuldade em integrá-las aos fluxos clínicos. O desafio é maior em terapias avançadas, como ECT e escetamina intranasal, marcadas por alto custo, decisões críticas e forte estigma no Brasil.

METODOLOGIA

O Hospital São Lucas da PUCRS (HSL/PUCRS) lançou, em 2022, um programa de psiquiatria avançada destinado ao cuidado de pacientes com transtornos mentais graves utilizando eletroconvulsoterapia (ECT) e escetamina intranasal. O processo de implementação no hospital foi cuidadosamente estruturado a partir de protocolos clínicos baseados em evidências e guiados por escalas de avaliação, incluindo PROMs e PREMs recomendados pelo ICHOM, como PHQ-9 e GAD-7. Este processo envolveu múltiplas etapas: capacitação da equipe multiprofissional, reorganização dos fluxos assistenciais, incorporação sistemática das escalas à prática clínica e desenvolvimento de estratégias de comunicação científica e midiática sobre os tratamentos. Os pacientes são avaliados já na admissão, monitorados durante todas as etapas do tratamento e acompanhados de forma contínua, com os dados coletados sendo integrados ao processo de decisão clínica, assegurando precisão, segurança e transparência no cuidado.

Simulação de preparo para sessão de Eletroconvulsoterapia no hospital. HSL PUCRS/Divulgação

Parte da equipe de psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS sob liderança do psiquiatra e professor da Universidade, Dr. Lucas Spanemberg.

RESULTADOS

As principais barreiras encontradas na implementação foram a resistência inicial de profissionais ao uso sistemático de escalas, a necessidade de ajustes e adaptações nos fluxos de trabalho, a exigência de capacitação intensiva das equipes envolvidas e a importância da psicoeducação dirigida aos pacientes para aumentar adesão e compreensão. Em contrapartida, os avanços observados foram expressivos: houve melhora significativa na qualidade e objetividade das avaliações clínicas, maior clareza e padronização nos relatórios médicos, engajamento mais consistente das equipes multiprofissionais e produção de dados estruturados sobre desfechos clínicos e experiências relatadas pelos pacientes. Esses resultados reforçam não apenas o valor da utilização de instrumentos padronizados, mas também a relevância de estratégias de implementação bem conduzidas, capazes de superar resistências iniciais e consolidar práticas inovadoras em psiquiatria.

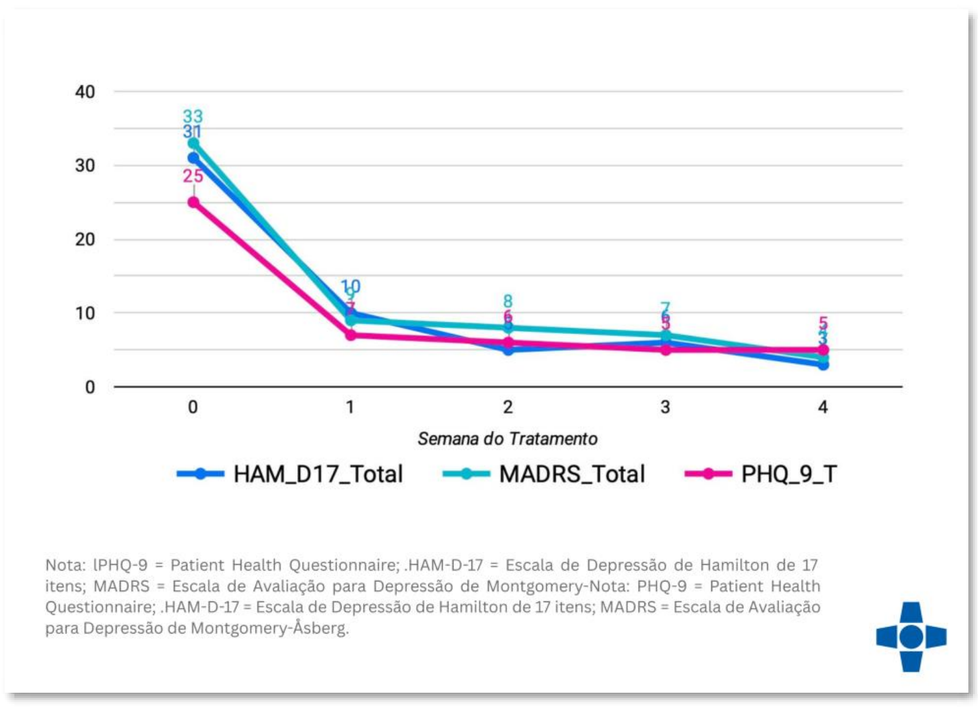
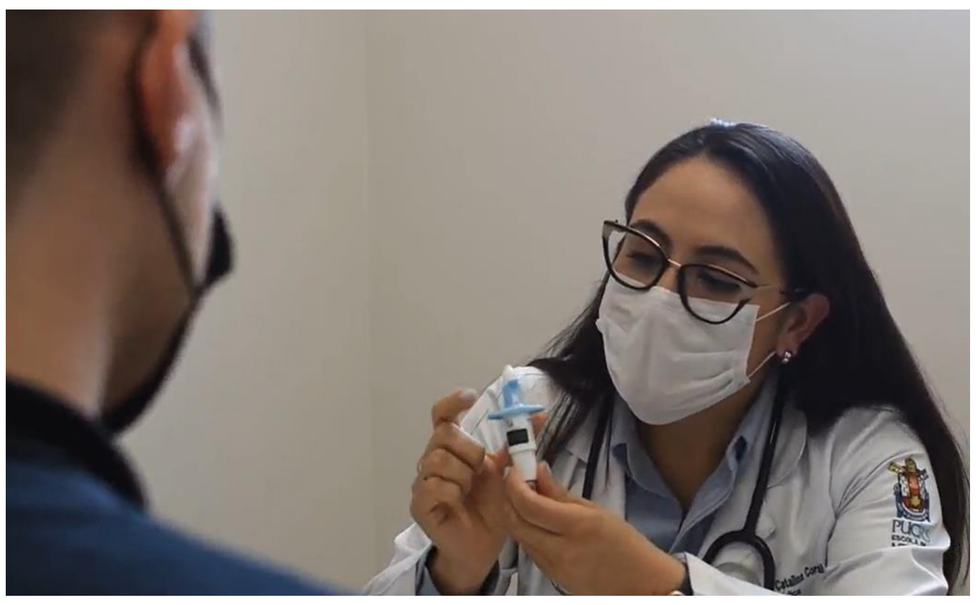


Figura 1: exemplo gráfico de avaliação baseada em medidas para sintomas depressivos na fase de indução da escetamina intranasal.



Dra. Sayra Catalina explica ao paciente os princípios ativos e o processo de aplicação do spray nasal. HSL PUCRS/Divulgação

CONCLUSÕES

A adoção de um modelo de cuidado guiado por escalas em tratamentos psiquiátricos avançados demonstrou ser viável e trazer benefícios relevantes em um hospital geral. A estratégia resultou em decisões clínicas mais qualificadas, alinhamento consistente com os princípios da saúde baseada em valor (VBH) e maior visibilidade institucional. Essa experiência abre caminho para a expansão e consolidação de modelos semelhantes em diferentes contextos hospitalares no Brasil, fortalecendo práticas inovadoras na psiquiatria.

REFERÊNCIAS

1. Obbarius A, van Maasakkers L, Baer L, e col. Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. Qual Life Res. 2017 Dec;26(12):3211-3225. doi: 10.1007/s11136-017-1659-5.
2. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). ICHOM Set of Patient-Centered Outcome Measures for Depression & Anxiety. https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/depression-anxiety/.
3. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned, New Delhi: World Health Organization, Country Office for India; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR E A REDUÇÃO DE IMPOSSIBILIDADES CLÍNICAS EM ONCOLOGIA

Francieli Bisinelli, Regiane Karoline dos Santos

INTRODUÇÃO

A adesão regular à quimioterapia é essencial para a efetividade do tratamento oncológico, sobretudo em pacientes com condições crônicas. No Brasil, o câncer é a segunda principal causa de morte e apresenta tendência de crescimento nos próximos anos. Barreiras como efeitos adversos, impossibilidades clínicas e ausência de monitoramento impactam diretamente a adesão. Em junho de 2023, a instituição identificou, por meio de indicador institucional, que 53% das impossibilidades clínicas estavam associadas aos protocolos FOLFOX/FOLFIRI. Este estudo propõe ações para reduzir tais ocorrências.

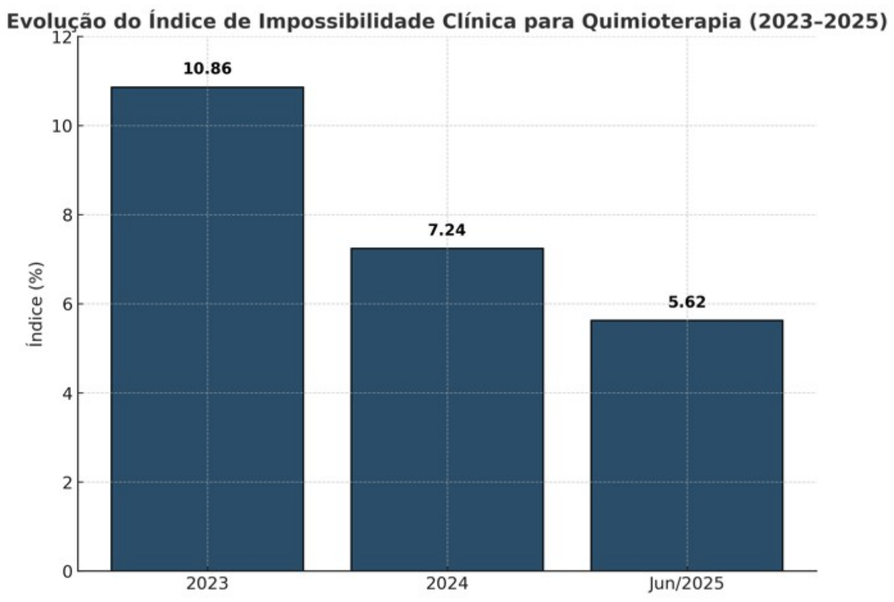
METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de abordagem quantitativa, desenvolvida em hospital de alta complexidade, com foco nos pacientes oncológicos em tratamento com protocolos para neoplasias do trato digestivo. A partir do indicador institucional que revelou elevada taxa de impossibilidades clínicas para infusão quimioterápica, foi estruturado um plano de ação multiprofissional, envolvendo enfermagem, nutrição, odontologia e farmácia clínica. As ações incluíram: acompanhamento nutricional e odontológico; triagem e exame físico realizado por enfermeiros com foco em sinais de toxicidade, como por exemplo a mucosite; reavaliação dos resultados dos exames laboratoriais pré-quimioterapia; monitoramento da adesão às consultas; e vigilância ativa dos fatores impeditivos. As intervenções foram inicialmente sistematizadas em um fluxograma assistencial implantado em junho de 2023. Com a consolidação dos resultados positivos, a prática foi formalizada, em 2025, como protocolo institucional multiprofissional.

RESULTADOS

A implementação do protocolo multidisciplinar resultou na redução de 48,15% das impossibilidades clínicas relacionadas aos protocolos FOLFOX e FOLFIRI. Esse impacto refletiu em maior aderência aos intervalos terapêuticos planejados, melhor aproveitamento da capacidade instalada e menor risco de desfechos adversos decorrentes de atrasos terapêuticos.

RESULTADOS



Redução de 48,15% no índice de impossibilidade clínica entre 2023 e junho de 2025, demonstrando o impacto do protocolo multiprofissional na segurança e adesão ao tratamento..

CONCLUSÕES

A padronização das condutas, agora institucionalizada como protocolo assistencial, demonstrou-se eficaz na estabilização clínica dos pacientes e fortaleceu a atuação das equipes multiprofissionais, promovendo um cuidado contínuo mais eficiente em condições crônicas oncológicas.

REFERÊNCIAS

MELO, Marcela Maciel. Reações adversas a medicamentos em protocolos **FOLFOX** e **FOLFIRI** em câncer colorretal: análise comparativa em hospital de alta complexidade. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/10513/1/MARCELA%20MACIEL%20MELO%20%202017.%20VERS%C3%83O%20submiss%C3%A3o%2029.03.pdf
Acesso em: 10 de Abril 2025.

IMPLEMENTAÇÃO DE UM COMMAND CENTER E SEUS EFEITOS NA EFICIÊNCIA OPERACIONAL HOSPITALAR

Mariana dos Santos Garcia, Marina Ferreira Rodrigues da Silva

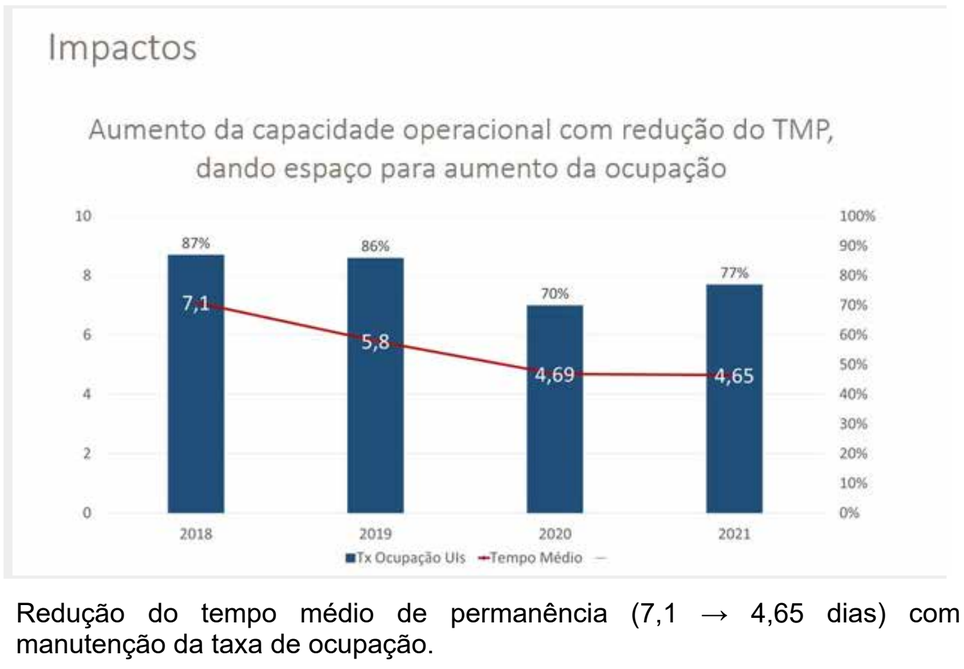
INTRODUÇÃO

Os Command Centers são ferramentas estratégicas na gestão hospitalar, com uso de tecnologia em tempo real para otimizar fluxos, alocar recursos e coordenar equipes. Este trabalho analisa o impacto da implantação de um Command Center em um hospital privado de Porto Alegre, com foco na redução do tempo de permanência, na diminuição da espera por leitos e na melhoria do controle de indicadores assistenciais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, baseado na análise de indicadores operacionais antes e após a implementação do Command Center em um hospital privado de Porto Alegre. A estruturação da sala de controle ocorreu em 2018, com adoção de dashboards para o monitoramento em tempo real da jornada do paciente. Foram implementadas práticas diárias, como huddles e rounds multidisciplinares, para alinhamento de condutas e tomada de decisões ágeis. A coleta de dados envolveu indicadores históricos de tempo médio de permanência e espera por leitos entre os anos de 2016 e 2023. A atuação da liderança e o foco na gestão das altas hospitalares foram considerados fatores estratégicos no processo.

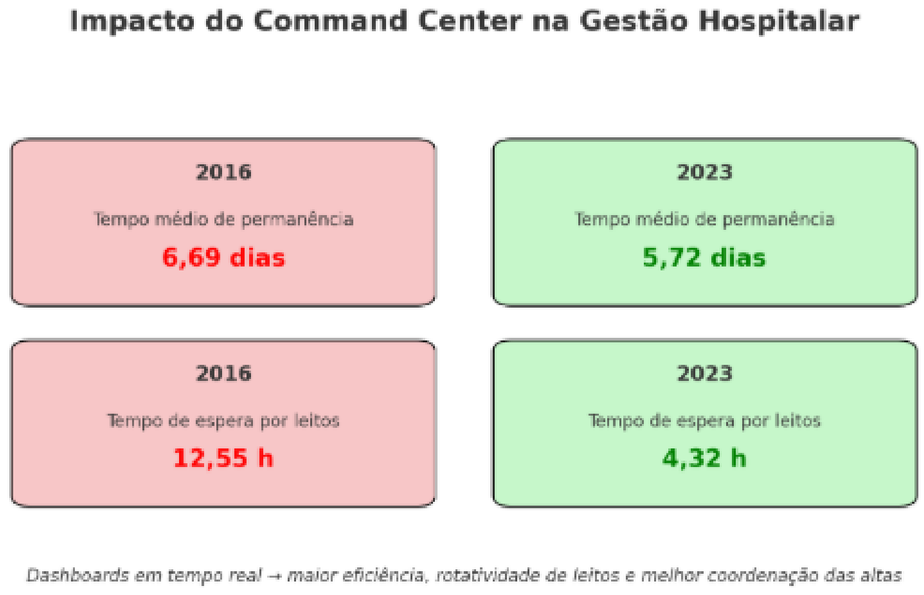
Equipe multiprofissional em atividade no Command Center, utilizando dashboards em tempo real para monitoramento e tomada de decisão ágil. Fonte: Autoras, 2018.



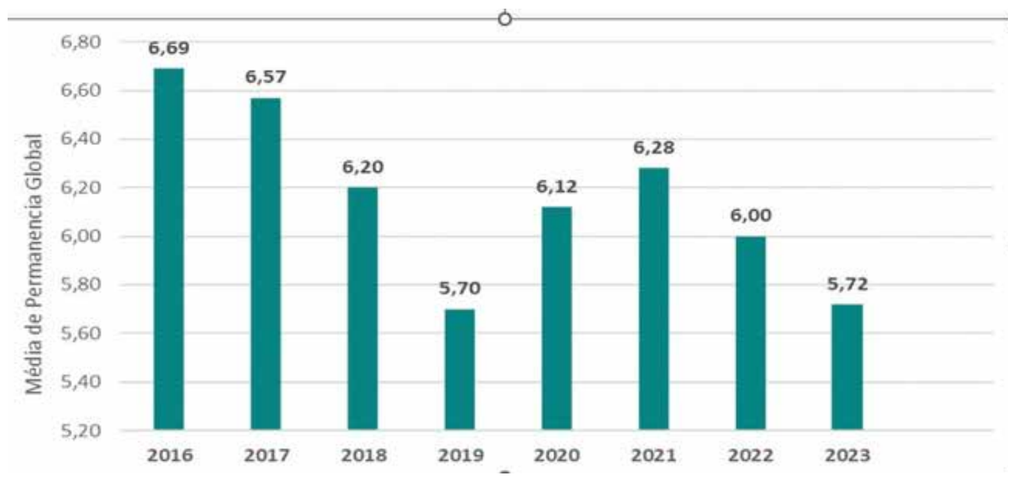
Redução do tempo médio de permanência (7,1 → 4,65 dias) com manutenção da taxa de ocupação.

RESULTADOS

A adoção do Command Center reduziu o tempo médio de permanência de 6,69 dias (2016) para 5,72 dias (2023). O tempo de espera por leitos na emergência caiu de 12,55 horas para 4,32 horas no mesmo período. O uso de dashboards em tempo real permitiu o monitoramento contínuo, identificação de gargalos e atuação imediata sobre os fluxos assistenciais, resultando em maior rotatividade de leitos e melhor coordenação das altas.



Redução do tempo de permanência (6,69 → 5,72 dias) e da espera por leitos (12,55h → 4,32h) após implantação do Command Center.



Evolução da média de permanência global, com redução de 6,69 dias (2016) para 5,72 dias (2023)

CONCLUSÕES

A implantação do Command Center mostrou-se uma estratégia eficaz na gestão hospitalar, promovendo redução significativa do tempo médio de permanência e da espera por leitos, além de qualificar o acompanhamento dos indicadores assistenciais. O uso de tecnologia em tempo real, aliado a práticas colaborativas e à liderança engajada, contribuiu para maior eficiência operacional, otimização dos fluxos e melhoria da experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Otimizando o fluxo do paciente: movendo os pacientes suavemente através das configurações de cuidados intensivos. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2003. (IHI Innovation Series White Paper). Disponível em: http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/OptimizingPatientFlowMovingPatientsSmo. Acesso em: 01 jul. 2025.

JENSEN, K.; MAYER, T. A.; WELCH, S.; HARADEN, C. Liderança para um fluxo de pacientes suave: melhores resultados, melhor serviço, melhor resultado final. Chicago: Health Administration Press com o Institute for Healthcare Improvement, 2007. XI p. Acesso em: 01 jul. 2025.

IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO RÁPIDO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: MODELO SUPER TRACK

Gabriela Fontoura Lana Nascimento de Alvarenga, Welfane Cordeiro Júnior

INTRODUÇÃO

O modelo Super Track iniciado em 2006 por Jody Crane teve bons resultados na redução dos tempos espera e taxa de abandono no departamento de emergência acelerando o fluxo dos pacientes de baixa gravidade.

A implementação pioneira no Brasil do Super Track em unidades de pronto-atendimento pública e privada teve por objetivo reduzir o tempo global de passagem dos pacientes de baixa gravidade e melhorar a satisfação.

METODOLOGIA

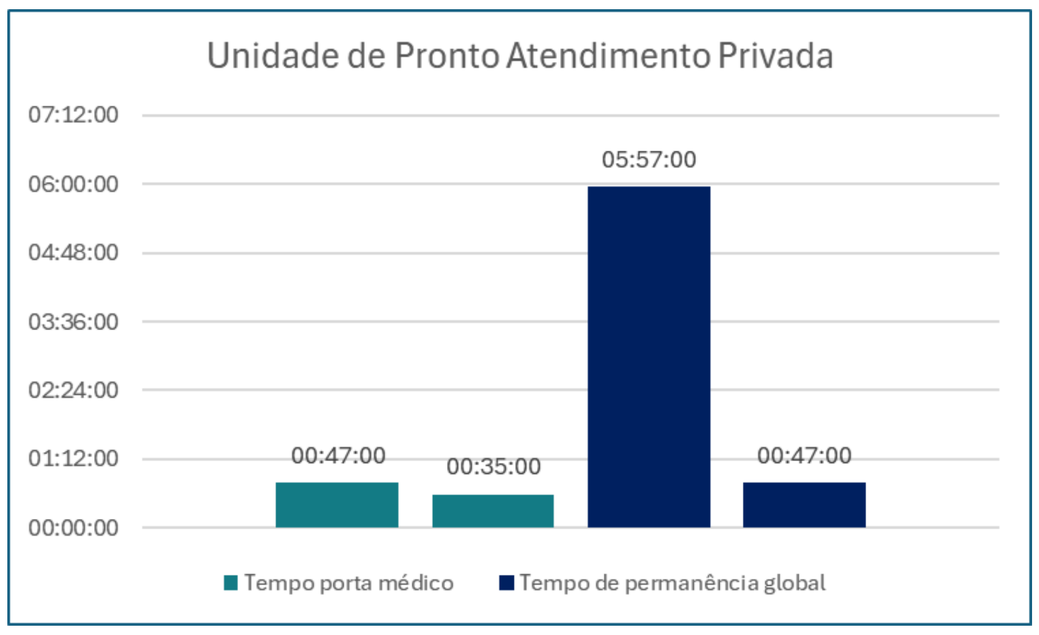
A implementação do Super Track foi realizada durante um período de seis meses em cada unidade por meio de visitas presenciais e reuniões remotas. Para guiar as fases da intervenção foi utilizada uma abordagem estruturada voltada para melhoria contínua de processos e resolução de problemas – DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Melhorar e Controlar).

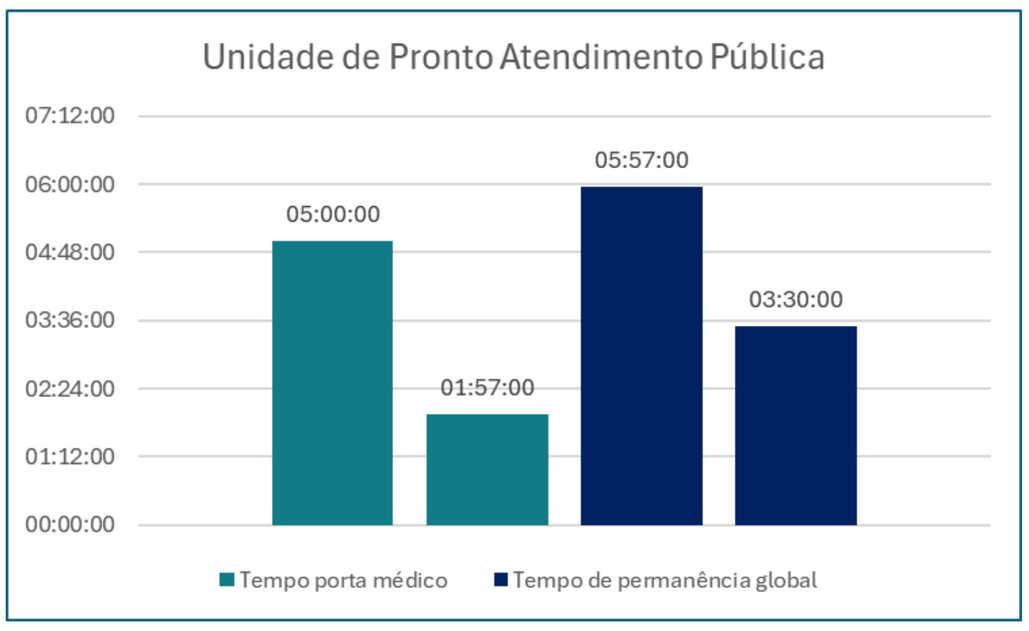
A primeira fase de implementação foi a realização do diagnóstico de demanda e capacidade e mapeamento do fluxo de valor para identificação dos principais gargalos e definição dos objetivos e escopo do projeto de intervenção Posteriormente foi elaborado plano de ação para implementação que incluiu o desenho do fluxo de atendimento rápido e critérios de inclusão de pacientes (Improve).

Relatórios A3 / DMAIC

RESULTADOS

A implementação do modelo Super Track resultou em melhorias significativas para o fluxo dos pacientes de baixa gravidade com redução dos tempos porta-médico e tempo global de permanência.





Dados extraídos do Sistema MV de ambas Unidades de Pronto Atendimento.

CONCLUSÃO

O modelo Super Track é uma estratégia para aceleração do fluxo de pacientes de baixa gravidade que produz melhorias estatisticamente relevantes reduzindo a congestão do serviço de urgência além de melhorar a satisfação dos pacientes e equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- BONALUMI, N M; et al. Impact of a Planned Workflow Change: Super Track improves quality and service for low-acuity patients at na inner-city hospital. **Journal of Emergency Nursing,** 2017.
- SCHLESSINGER, M. Exploring the Super Track model for ED efficiency. **Health Facilities Management**, 2018.

MEDICINA HOSPITALAR: MODELO QUE GERA EFICIÊNCIA CLÍNICA E SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA

André Wajner, Geicieli da Silva, Felipe Endler Hüppps, Gabriel Beilfuss

INTRODUÇÃO

O manejo da multimorbidade e da descompensação de doenças crônicas no ambiente hospitalar exige estratégias assertivas que garantam a sustentabilidade econômica das instituições, sem comprometer a qualidade assistencial e a segurança do paciente ao longo de sua jornada. Nesse contexto, os princípios da Medicina Hospitalar promovem uma abordagem centrada no paciente, qualificada e pautada pelo uso racional de recursos hospitalares.

OBJETIVO

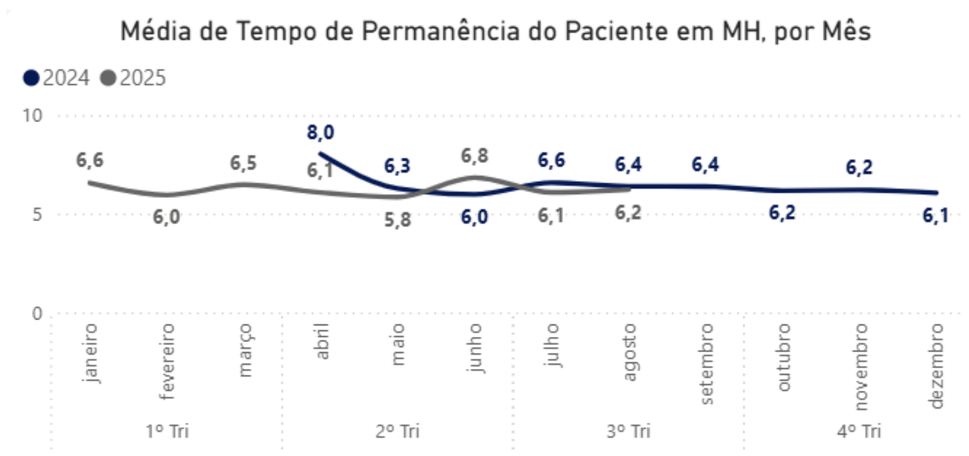
Descrever o processo de implementação e os principais resultados da adoção do modelo de Medicina Hospitalar em uma enfermaria clínica

METODOLOGIA

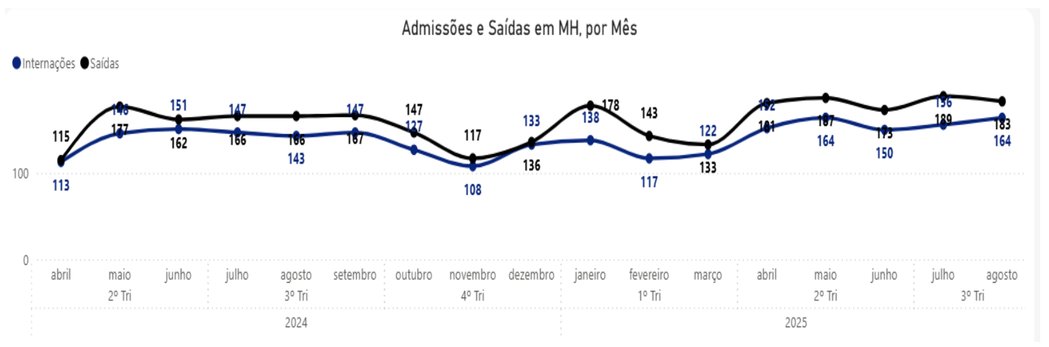
Trata-se de um relato de experiência referente à implantação da Medicina Hospitalar em um hospital de alta complexidade localizado no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul. A instituição conta com 236 leitos e é referência para mais de 100 municípios do estado. O projeto, com duração de dois anos, foi estruturado em três etapas principais:

1. **Mapeamento** inicial das práticas assistenciais da equipe médica e multiprofissional;
2. **Implantação** de rotinas específicas da Medicina Hospitalar na enfermaria, incluindo definição de perfil dos pacientes, presença e pontualidade dos integrantes da equipe por número pré-determinado de horas, realização de safety huddles, rounds multidisciplinares, estruturação de um Time de Resposta Rápida (TRR) e implementação de um programa de educação continuada;
3. **Consolidação** dos processos implementados. A consultoria foi realizada de forma híbrida (presencial e remota), conduzida por uma equipe composta por médico(a) e enfermeiro(a) com experiência em Medicina Hospitalar.

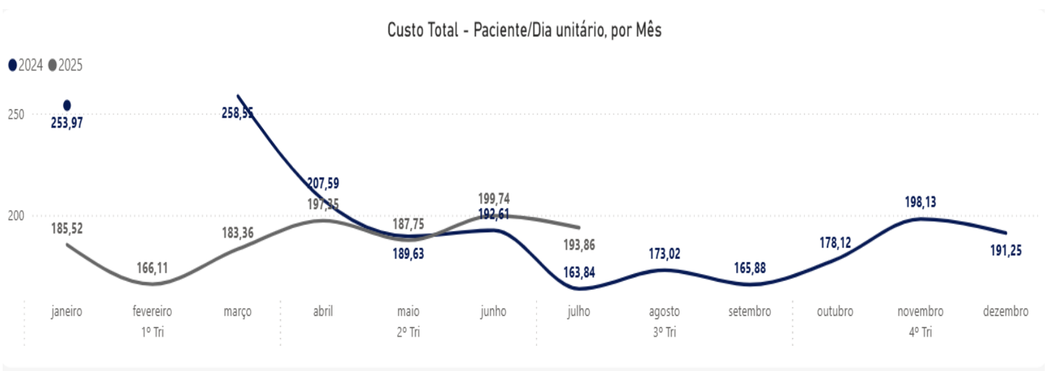
RESULTADOS



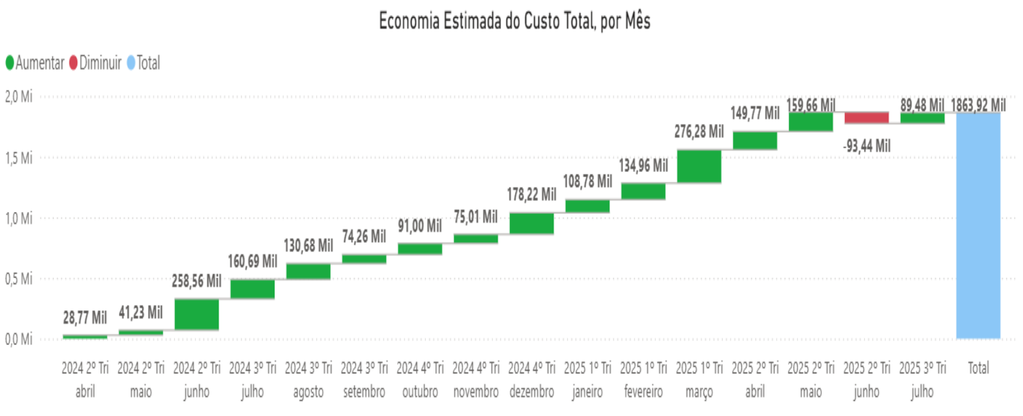
Tempo médio de permanência do paciente acompanhado pela equipe de medicina hospitalista.



Número de admissões e saídas das enfermarias clínicas atendidas pela equipe de medicina hospitalista.



Economia estimada de custo total considerando as rubricas materiais e medicamentos, exames de imagem, exames laboratoriais



Economia estimada de custo total considerando as rubricas materiais e medicamentos, exames de imagem, exames laboratoriais e diárias economizadas pela redução do tempo médio de permanência.

CONCLUSÃO

A implantação do modelo de Medicina Hospitalar demonstrou-se uma estratégia inovadora e efetiva para o fortalecimento da assistência centrada no paciente, promovendo maior acesso, qualidade e segurança na atenção prestada, além de resultados econômicos expressivos decorrentes da racionalização do uso de recursos.

REFERENCIAS

1. Soares VS. The 7 Deadly Sins for LOS. The Hospitalist. 2023 Abril vol. 27 no.4
2. Barcellos GB, Wajner A, Waldemar FS. Hospital medicine gains ground in South America: Brazil blossoms. Hospitalist. 2007 Mar;11(3):43–4

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

O CAMINHO PARA A EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL: INICIATIVAS E SOLUÇÕES ESTRATÉGICAS

EDUARDO BLANSKI, ARIANE VALESKA VIEIRA CARVALHAIS DE SOUZA, EMANUELA EUDES DA SILVA DIAS, EMMANUEL GOMES CORREA

INTRODUÇÃO

O Hospital Márcio Cunha (HMC) enfrentava desafios para o gerenciamento da ocupação hospitalar, em um contexto de insuficiência operacional da saúde regional, alterações em programas governamentais e a sua condição de referência em atendimento de alta complexidade. Em média ficavam internados 40 pacientes nas unidades de urgência e emergência aguardando disponibilidade de leito. Para aprimorar a eficiência assistencial e fortalecer sua atuação em alta complexidade, o HMC adotou um modelo de gestão baseado em eficiência, qualidade e segurança assistencial.

METODOLOGIA

O HMC operava com taxas de ocupação superiores a 100% e recebia transferências de pacientes SUS, o que impactava negativamente na satisfação e nas condições adequadas de conforto para os pacientes. Diante disso, foram necessárias novas ações na instituição para melhoria da qualidade e segurança assistencial. Em 2023, com a reformulação do programa Valora Minas, o hospital reduziu os leitos SUS de 329 para 280, mantendo a proporcionalidade para a filantropia e os fluxos de transferências de pacientes. Além disso, foi instituído pela Diretoria um programa intitulado “Eficiência Assistencial”, com a participação de gestores e representantes das unidades com interface no processo assistencial. São apresentados os resultados mensais, conforme dados do Diagnosis Related Groups (DRG), definidas ações para aprimorar processos e monitorados os planos de ação estabelecidos. Entre as ações desenvolvidas estão à criação de painéis de comando, reestruturação das reuniões de Desospitalização, do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do serviço de Medicina Hospitalista, e criação de uma sala pós-alta.

Reunião de Eficiência Assistencial, 2024.

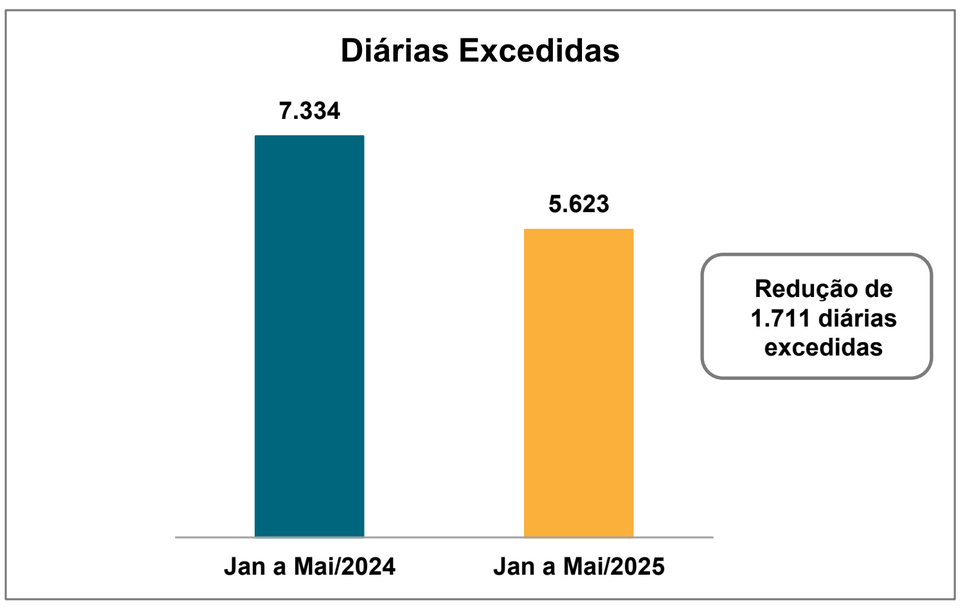
Painel de Comando do Hospital Márcio Cunha, 2024.

Reunião de Desospitalização. Sala Pós-Alta/Unidade I, 2025.

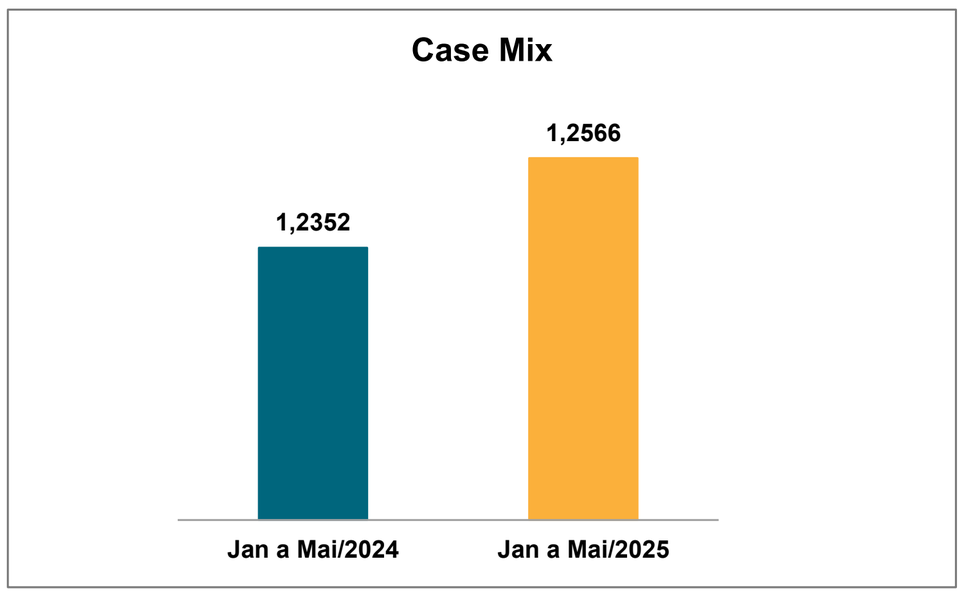
RESULTADOS

De janeiro a maio de 2025, o HMC teve melhoria na Eficiência Operacional de 111,8% para 109,6% (% menor, melhor), comparado ao mesmo período do ano anterior, no qual o projeto estava em fase de estruturação. Isso gerou uma redução de 1.711 diárias excedidas, mesmo diante de um perfil de maior complexidade dos pacientes, quando houve a elevação do Case Mix de 1,2352 para 1,2566, resultando em um aumento no giro de leitos e otimização dos recursos disponíveis.

Eficiência Operacional HMC - Janeiro a Maio/2024 e Janeiro a Maio/2025.



Diárias Excedidas HMC - Janeiro a Maio/2024 e Janeiro a Maio/2025.



Case Mix HMC - Janeiro a Maio/2024 e Janeiro a Maio/2025.

CONCLUSÕES

As estratégias implementadas aliadas à melhoria contínua de processos transformaram a jornada do paciente e geraram ganhos de eficiência assistencial, reduzindo excessos, acelerando fluxos e otimizando a entrega de valor em saúde.

REFERÊNCIAS

Plataforma de Valor em Saúde - Analytics. Disponível em: https://sigclinic.sigquali.com.br. Acesso em: 25 jun. 2025.

OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE CONSIGNADOS PERMANENTES : Eficiência e Segurança no Bloco Operatório com Tecnologia e Rastreabilidade

Andrea Alfaya Acuna, Larissa Garms Thimoteo Cavassin, Marcos Paulo Romualdo, Julio Oliveira de Barros

OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE CONSIGNADOS: Eficiência e Segurança no Bloco Operatório com Tecnologia de Rastreabilidade

Otimizar o controle sobre os materiais em consignação no Centro Cirúrgico é um desafio estratégico. Atualmente, nossa unidade de consignados permanentes gerencia 256 SKUs, representando um valor financeiro considerável. Nosso principal objetivo foi implementar um sistema de gestão de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) consignados que fosse eficaz, e que garantisse:

- **Precisão na Cobrança:** para prevenir perdas financeiras por itens não faturados.
- **Gestão Ágil de Validades:** para assegurar conformidade e segurança aos pacientes.
- **Disponibilidade Contínua:** para garantir que o material correto esteja sempre disponível para os procedimentos cirúrgicos.

"O que não se mede, não se gerencia." - W. Edwards Deming

Etiquetas com tecnologia RFID

A Solução Inovadora: Dispensários Eletrônicos Integrados

Após um criterioso benchmarking com parceiros do setor e análise de outros mercados de serviços, identificamos a solução ideal para enfrentar esses desafios: o investimento em dispensários eletrônicos com tecnologia de Identificação por Radiofrequência (RFID) e integração ao nosso ERP. Esta tecnologia representa um pilar fundamental na logística hospitalar moderna, permitindo:

- **Otimização de Processos:** A tecnologia de identificação permite a leitura automática e instantânea de múltiplos itens, agilizando a entrada e saída de materiais, reduzindo o tempo gasto em tarefas manuais e minimizando erros operacionais.
- **Redução de Estoque (Lean Machine):** O controle em tempo real e a visibilidade granular de cada item via RFID possibilitam a diminuição do volume de itens parados, liberando capital e espaço físico.
- **Visibilidade Completa da Cadeia de Supply:** Do recebimento à utilização em sala cirúrgica, o sistema de rastreabilidade garante precisão total de cada material.

Segurança do Paciente e Barreiras de Segurança (JCI):

- A gestão de qualidade internacional, conforme diretrizes da Joint Commission International (JCI), enfatiza a importância da gestão segura do uso de materiais, especialmente em ambientes cirúrgicos. Os dispensários eletrônicos com RFID atuam como barreiras de segurança cruciais, garantindo o acesso controlado e a gestão proativa de validades. Isso contribui diretamente para a redução de riscos associados ao uso de materiais inadequados ou vencidos, e assegura a disponibilidade do item correto no momento da assistência, alinhando-se aos Padrões de Segurança do Paciente da JCI (ex: Metas Internacionais de Segurança do Paciente).
- Exponencialidade na Eficiência: Ganhos de produtividade que se multiplicam ao longo da cadeia de processos, impactando positivamente o fluxo de trabalho da equipe local, do Bloco Operatório e de toda a instituição.

Resultados Tangíveis: Ganhos Financeiros e Segurança Reforçada

A implementação dos dispensários eletrônicos gerou savings significativos e aprimorou a segurança do paciente, alinhando-se às tendências do mercado de saúde e promovendo uma disrupção hospitalar positiva.
Economia e Redução de Custos (Saving):
Minimização de Perdas: Redução drástica de itens vencidos ou danificados.
Otimização de reposição: Dados precisos de consumo possibilitam negociações mais eficientes e Just-in-Time.
Redução de Glosas: A rastreabilidade detalhada e a precisão na cobrança evitam contestações posteriores.
Liberação de Capital: Diminuição do valor investido em estoque parado e maior assertividade do que precisamos ter disponível.

Segurança do Paciente e Barreiras de Segurança (JCI):
A gestão de qualidade internacional, conforme diretrizes da Joint Commission International (JCI), enfatiza a importância da gestão segura do uso de materiais, especialmente em ambientes cirúrgicos. Os dispensários eletrônicos com RFID atuam como barreiras de segurança cruciais, garantindo o acesso controlado e a gestão proativa de validades. Isso contribui diretamente para a redução de riscos associados ao uso de materiais inadequados ou vencidos, e assegura a disponibilidade do item correto no momento da assistência, alinhando-se aos Padrões de Segurança do Paciente da JCI (ex: Metas Internacionais de Segurança do Paciente).
Exponencialidade na Eficiência: Ganhos de produtividade que se multiplicam ao longo da cadeia de processos, impactando positivamente o fluxo de trabalho da equipe local, do Bloco Operatório e de toda a instituição.

Resultados Pós-Implantação:

Com a adoção dos dispensários eletrônicos com rastreabilidade, observamos melhorias significativas em nossos indicadores:
Não houve perdas por vencimento de materiais.
Houve uma redução notável de eventos relacionados ao uso de materiais.
As diferenças de inventário foram praticamente eliminadas.
Alcançamos ajustes financeiros positivos e sustentáveis.
Constatamos melhor satisfação da equipe, que teve sua rotina otimizada.

Dispensário eletrônico com tecnologia RFID - Biocabinet

Um Novo Paradigma para a Gestão de Materiais:

Este projeto não é apenas uma melhoria; é a redefinição da gestão de consignados. É a materialização de uma logística hospitalar inteligente que abraça a tecnologia de rastreabilidade para gerar valor, otimizar recursos e, acima de tudo, elevar a segurança do paciente. Estamos construindo um futuro de excelência operacional e financeira para todos que participam dessa complexa cadeia.

REFERÊNCIAS E FONTES

- ANAPH (Associação Nacional de Hospitais Privados): Estudos e Boas Práticas em Gestão Hospitalar e Logística no contexto brasileiro.
- FGV-Saúde: Análises e Tendências em Gestão e Economia da Saúde, Disrupção e Tecnologia aplicadas ao cenário nacional.
- Joint Commission International (JCI): Padrões de Qualidade e Segurança do Paciente, com foco em Metas Internacionais de Segurança do Paciente e gestão de riscos na saúde.
- W. Edwards Deming: Princípios da Qualidade e Gestão por Resultados, fundamentais para a melhoria contínua.
- Conceitos de Lean Manufacturing: Aplicação de princípios de otimização e eliminação de desperdícios na cadeia de suprimentos hospitalar.
- Publicações Internacionais sobre Tecnologia de Rastreabilidade em Saúde:
  - Journal of Healthcare Information Management (Ex: artigos sobre rastreabilidade de suprimentos).
  - Healthcare Technology Management (Ex: estudos de caso sobre automação de estoque).
  - GS1 Healthcare: Padrões globais para a rastreabilidade e segurança na cadeia de suprimentos da saúde.
  - Health Information and Management Systems Society (HIMSS): Relatórios e estudos sobre o impacto de tecnologias como a RFID na eficiência hospitalar.
- Estudos de Caso Nacionais e Internacionais: Implementações bem-sucedidas de tecnologias de identificação por radiofrequência em hospitais e redes de saúde, demonstrando seus benefícios práticos.

Otimização de Processos no Centro Cirúrgico do Hospital Márcio Cunha
Aplicação da Metodologia Lean Healthcare

Charlles Rodrigues Soares, Emmanuel Gomes Correia, Alexandre Silva Pinto e Eduardo Blanski

INTRODUÇÃO

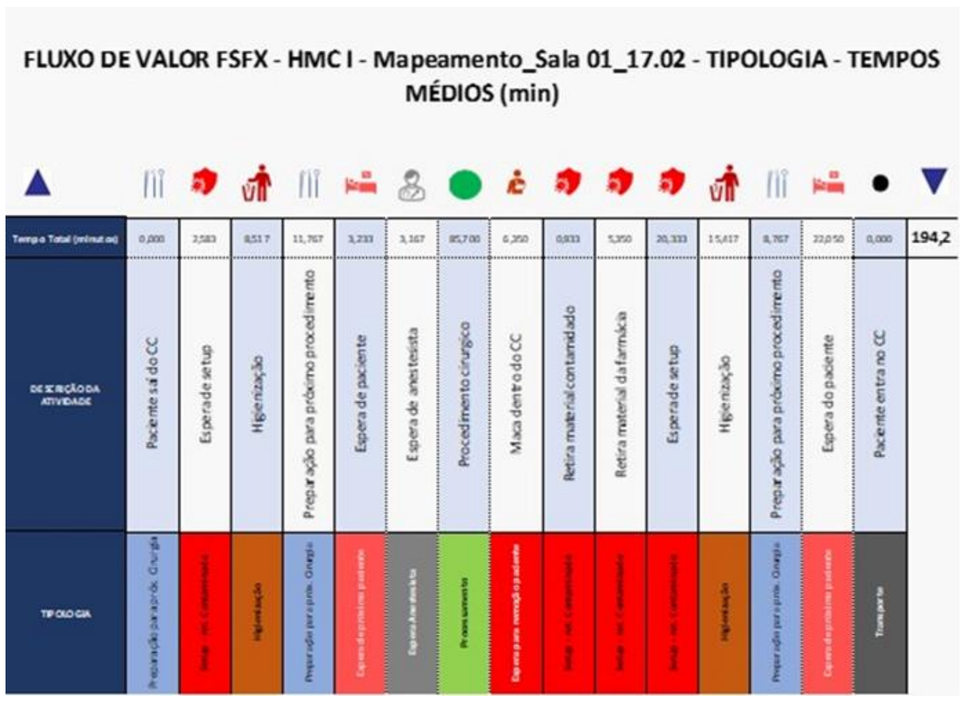
Com o objetivo de aprimorar a eficiência operacional do Centro Cirúrgico do Hospital Márcio Cunha (HMC) e, consequentemente, ampliar o acesso de pacientes e médicos aos serviços cirúrgicos, foi implementado em 2025 um projeto inovador de reestruturação de processos, fundamentado na metodologia Lean Healthcare.

O foco central foi otimizar o tempo de utilização das salas cirúrgicas e a gestão dos agendamentos, promovendo maior produtividade, qualidade assistencial e satisfação dos públicos envolvidos. Além da revisão profunda dos fluxos, as equipes multidisciplinares passaram por capacitações específicas voltadas à gestão eficiente dos processos cirúrgicos.

METODOLOGIA

A iniciativa adotou os princípios do Lean Healthcare, iniciando com o mapeamento detalhado dos processos do centro cirúrgico e das áreas de interface direta, desde o agendamento até a execução dos procedimentos. A padronização das rotinas permitiu eliminar desperdícios, reduzir variabilidades e melhorar a previsibilidade da jornada cirúrgica. Como ferramenta estratégica, foi desenvolvido um sistema de Business inteligência (BI) dedicado, permitindo o monitoramento em tempo real de indicadores-chave, como volume de cirurgias por especialidade, tempo de ocupação das salas e desempenho das equipes.

A análise contínua dos dados viabilizou decisões mais ágeis e embasadas, além de identificar gargalos operacionais, possibilitando o aumento da disponibilidade das salas cirúrgicas sem a necessidade de expansão física da unidade.
Foi implementado Command Center, um centro de gestão centralizada responsável pelo monitoramento de toda a cadeia cirúrgica, antes, durante e após os procedimentos, aprimorando a coordenação dos recursos e o alinhamento entre as áreas envolvidas.



Tela apresentando ferramenta fluxo de valor processo atendimento cirúrgico HMC

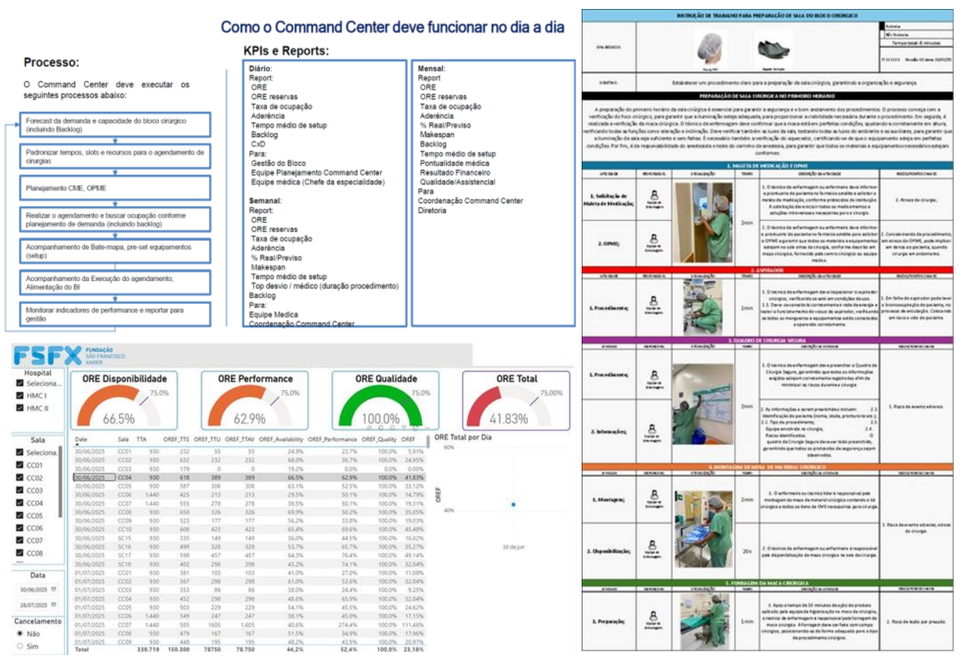
Tela do Business inteligência (BI), apresentando indicadores de Perfomance operacionais dos processos relacionados ao Centro Cirúrgico HMC.

RESULTADOS

Entre fevereiro e julho de 2025, houve aumento de 2,2% nos procedimentos cirúrgicos, com 189 atendimentos a mais e receita adicional de R$ 1,3 milhão frente ao orçamento previsto e programado para o mesmo período do ano, evidenciando o impacto assistencial e a sustentabilidade financeira da iniciativa.

A aplicação do Lean Healthcare no Centro Cirúrgico do Hospital Marcio Cunha demonstrou eficiência na gestão, com ganhos imediatos, como maior disponibilidade de salas, previsibilidade nas agendas e melhor desempenho operacional, além de estabelecer bases sólidas para resultados sustentáveis.

A experiência evidencia o potencial do Lean na qualificação de processos assistenciais complexos, com foco em segurança, eficiência e valor em saúde.



Imagens relacionadas a montagem do Command Center Cirúrgico e algumas das ações realizadas durante o projeto.

Vista dos treinamentos e capacitações realizadas com os times das unidades de centro cirúrgico e interfaces.

CONCLUSÕES

O projeto de otimização dos processos em Centro Cirúrgico nos apresentou um novo modelo de gestão, possibilitando resultados satisfatórios a curto prazo, como ganho de disponibilidade, assertividade de agendas e execuções e, a médio e longo prazo, poderá trazer ainda mais resultados de uma forma extremamente estruturada, inteligente e efetiva.

O objetivo para o segundo semestre de 2025 será consolidar o modelo implementado e replicar a metodologia em outras áreas produtivas e assistenciais da instituição.

REFERÊNCIAS

THAIGO, C. Lean Healthcare: a experiência da Santa Casa de Passos/MG na transformação de processos hospitalares. Sul de Minas: Editora Saúde Lean, 2022.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.

OTIMIZANDO A LIBERAÇÃO DE LEITOS – A JORNADA "MOTTAINAI" PARA A EFICIÊNCIA OPERACIONAL.

Suelí Pessoa de Oliveira, Michelle Felizardo, Liana Catalan, Carlos André Uehara

INTRODUÇÃO

A área Shinsetsu, guiada pelos valores "Mottainai" e "Omotenashi“ da cultura japonesa, otimizou processos na unidade de clínica médica para resolver a indisponibilidade de leitos. O projeto Linha Clínica identificou e atuou no gargalo que impedia novas internações e transferências da UTI, reduzindo o tempo de espera e o desperdício, em linha com nosso foco na melhoria contínua.

METODOLOGIA

A intervenção seguiu um ciclo de diagnóstico (Abr-Jun/24) e implantação (Jul-Dez/24), com reuniões para integrar as equipes. Usando o Kaizen Sprint na implementação, focamos em ajustar o processo de alta e, em pilotos, eliminamos a prescrição de alta. Identificamos desafios comportamentais, como a não priorização da alta pela equipe assistencial.
Para monitoramento, um dashboard em Power BI foi finalizado em Nov/24 e disponibilizado aos gestores. A ferramenta permite acompanhar SLAs e gera insights para otimizar a eficiência, apoiando ações de Kaizen e decisões baseadas em dados para eliminar desperdícios. O sucesso das melhorias depende do engajamento contínuo da liderança e das equipes na análise dos dados e na implementação de novos Kaizens.

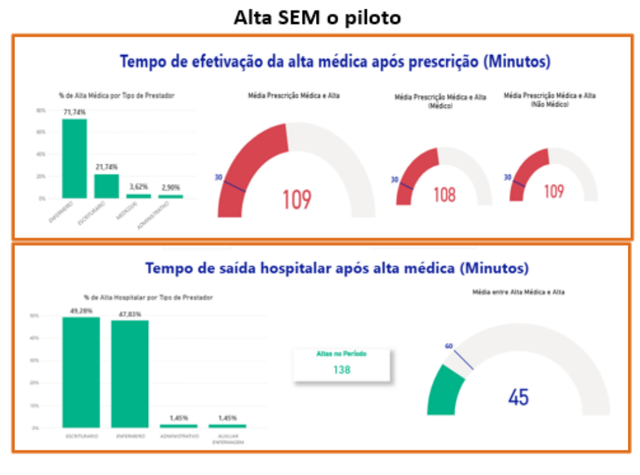
Reunião de Kickoff com todo o time multidisciplinar: assistencial, administrativo e apoio

Report para desenvolvimento e para tomadas de ações com o envolvimento de todas as áreas

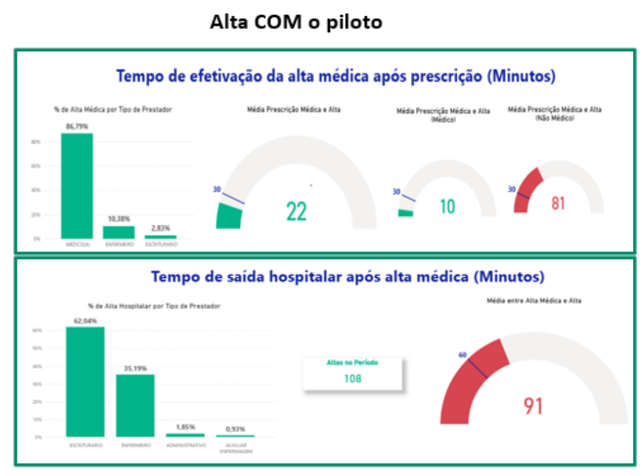
Ações integradas entre gerenciamento de leito e equipe multidisciplinar

RESULTADOS

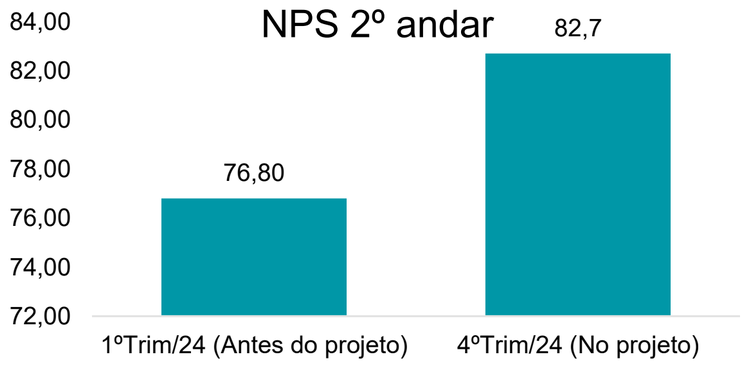
Evidenciando o impacto significativo na otimização: uma redução de 31% no tempo de indisponibilidade de leitos, diminuindo de 2h34 para 1h53. Adicionalmente, observou-se um ganho de 41 minutos em uma etapa do processo médico após a implementação do piloto eliminando essa etapa e o aumento de 5,9 p.p. no NPS. A agilidade na liberação de leitos contribui diretamente para a eficiência operacional e a agilidade total na jornada do paciente.
O piloto foi focado em um único bloco, mantendo a hegemonia da equipe assistencial, porém trabalhando com duas equipes da clínica médica (responsável por 68% das internações desse bloco), com foco no ajuste do processo de alta após a prescrição de Alta a ser incluído no sistema pelo médico e não por outro profissional.



No gráfico é possível observa que o tempo para efetivação da alta é maior quando realizado pelas especialidades que não participaram do piloto.



Já nesse segundo gráfico é possível verificar o melhor desempenho no tempo de processo de alta quando ela é imputada no sistema pelo médico.



O gráfico mostra o resultado do Net Promoter Score (NSP) antes e durante o projeto.

CONCLUSÕES

A disponibilização do dashboard em Power BI e o suporte da alta gestão foi crucial para a continuidade da eficiência, garantindo o monitoramento proativo e o apoio à cultura de melhoria contínua e eliminação de desperdícios, tornando uma ferramenta essencial para a tomada de decisão.
Visando o engajamento de toda a equipe multi e interdisciplinar com o foco de gerar uma melhor experiência no seu processo de alta e admissão

REFERÊNCIAS

Base de dados ERP - MVSoul
Painel Power BI – Painel de Alta
Kaizen Sprint® foi desenvolvido pelos consultores Gilberto Strafacci, José Goldfreind e Márcio Abraham entre os anos de 2016 e 2017, Setec Consulting Group

OUTUBRO ROSA: DESMISTIFICANDO A MAMOGRAFIA

Caroline Villela Galvão de França, Carla Benetti, Alex Rodrigues Coelho; Lygia de Mello Boquimpani

INTRODUÇÃO

Com o objetivo da conscientização da importância da realização da mamografia de maneira preventiva, o Núcleo de Saúde do Colaborador e a Medicina Diagnóstica da BP organizaram a Campanha do Outubro Rosa de 2024. As colaboradoras e dependentes do plano de saúde que realizaram o exame no mês de outubro não pagaram a coparticipação do convênio de assistência médica e receberam um brinde especial. Além disso, foi realizada uma Live com o tema "Desmistificando a Mamografia" com a médica radiologista coordenadora do setor de imagem de mama da BP.

METODOLOGIA

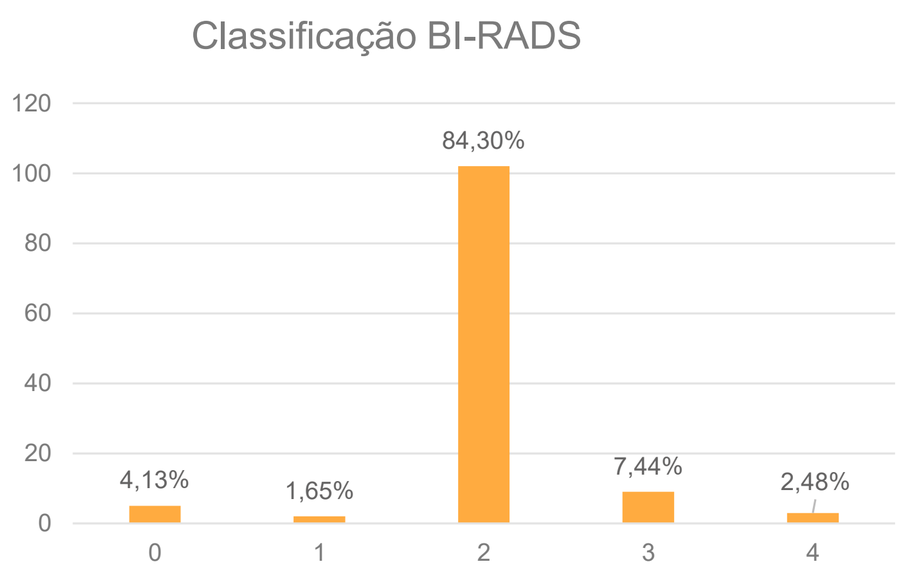
Desde agosto de 2024, foram realizadas reuniões recorrentes com participantes de diversos setores dos Hospitais BP Paulista e BP Mirante para alinhamento de fluxos e protocolos de atendimento, criação de agendas direcionadas, formulário de inscrição, geração de indicadores e planejamento operacional e do conteúdo programático da Live. Foi criada uma agenda especial para realização de mamografias para colaboradoras e dependentes acima de 40 anos, com a finalidade de facilitar os agendamentos (que eram realizados através de um link para um formulário de inscrição) e agilizar o atendimento, gerando uma boa experiência para a paciente durante a realização do exame. Além de detectar lesões pré-malignas e malignas precocemente, a intenção da ação era conscientizar as mulheres sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama, esclarecer dúvidas, desmistificar preconceitos sobre a mamografia e implementar uma cultura de realização do exame para todas as colaboradoras e dependentes do plano de saúde acima de 40 anos.

Orientação para os colaboradores sobre a importância do cuidado e da prevenção

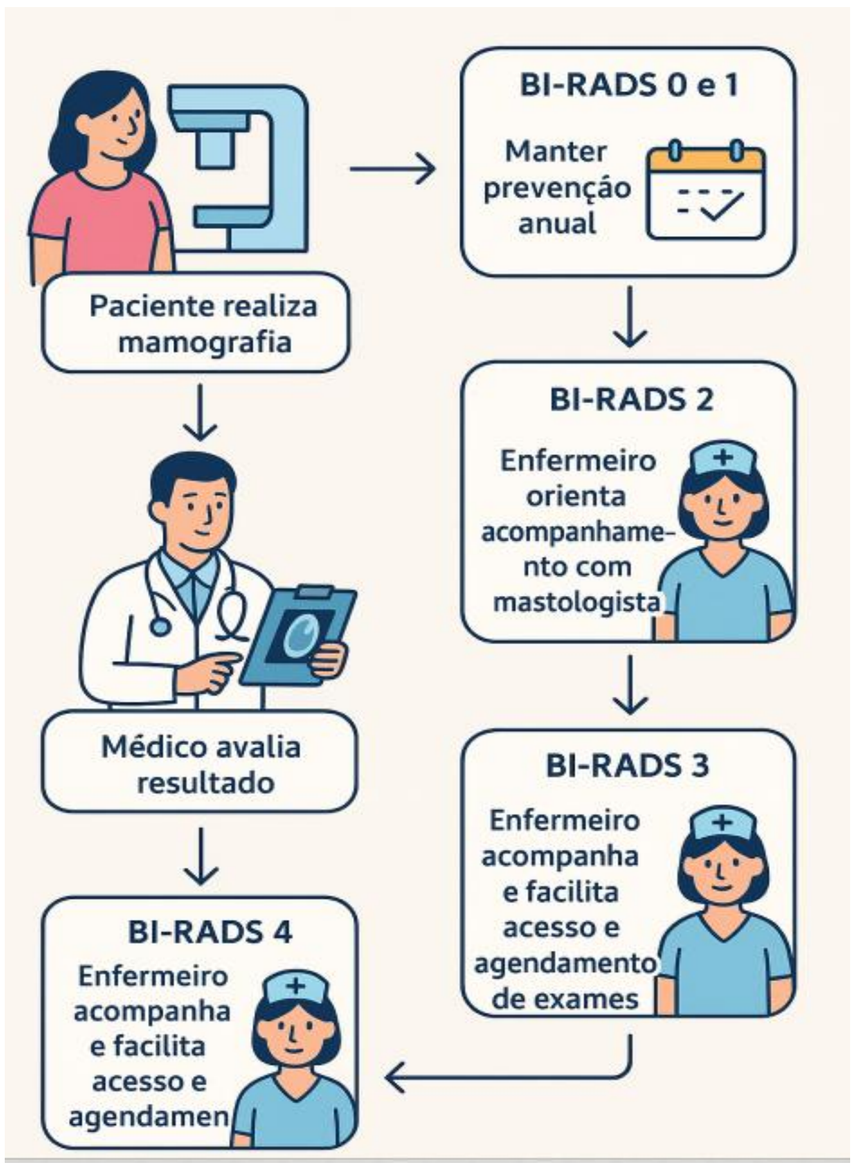
Divulgação interna sobre a desmistificação da mamografia

RESULTADOS

Feitas 345 inscrições, com 122 exames realizados. Foram identificadas 9 pacientes com BIRADS 3 e 3 com BIRADS 4, todas orientadas individualmente. Em nossa Live, houve 725 visualizações da publicação e 333 participantes.



Resultados dos exames realizados



Fluxo de acompanhamento do paciente

CONCLUSÕES

A Campanha do Outubro Rosa da BP obteve grande êxito, com 12% de todas as mamografias do ano de 2024 na BP, realizadas no mês de outubro (aumento de 44,5% do movimento habitual). Houve detecção precoce de lesões potencialmente malignas e reforço da importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama. O sucesso da campanha motivou a isenção permanente de coparticipação para as mamografias de colaboradores e dependentes realizados na BP.

REFERÊNCIAS

1-OLIVEIRA, Marcus Guazzelli. **Câncer de mama: prevenção e tratamento**. São Paulo: Editora Livraria Médica Paulista, 2009.
2-BUZAID, Antônio Carlos; MALUF, Fernando; GAGLIATO, Debora. **Vencer o câncer de mama**. São Paulo: Instituto Vencer o Câncer, 2019. Disponível em: https://vencerocancer.org.br/publicacao/vencer-o-cancer-de-mama/. Acesso em: 10 Maio. 2024.

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA REDUÇÃO DA TAXA DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES E MEDICAMENTOS EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

Jéssica Oliveira Barbosa, Gabriela Sousa de Jesus, **Bruna Carneiro Almeida e Iana Patrícia Rodrigues de Melo Bomfim**

INTRODUÇÃO

A alta taxa de dispensação de materiais e medicamentos extras em procedimentos cirúrgicos é um problema que pode ter várias implicações, tanto para a eficiência do sistema de saúde quanto para os custos operacionais e, em muitos casos, para a segurança do paciente. A dispensação correta de materiais e medicamentos no hospital é de extrema importância para garantir a segurança dos pacientes, a eficácia do tratamento e a boa gestão dos recursos.

METODOLOGIA

Estudo observacional descritivo, realizado em um hospital sentinela de grande porte em Salvador-Bahia, no período de Maio de 2024 com finalização prevista para Agosto de 2025. Realizado levantamento de todos os kit's disponíveis no hospital e realizado um cálculo com base no consumo por avisos de cirurgia da especialidade, fazendo uma média dos itens mais utilizados para serem agregados a fórmula do kit e criação de novos padrões de kit's cirúrgicos. Retirado a nota de sala manual e implantado um formulário para contagem dos itens devolvidos, com conferência pelo enfermeiro e pelo farmacêutico, garantindo assertividade no processo de devolução e reduzindo o número de não conformidades em contas.

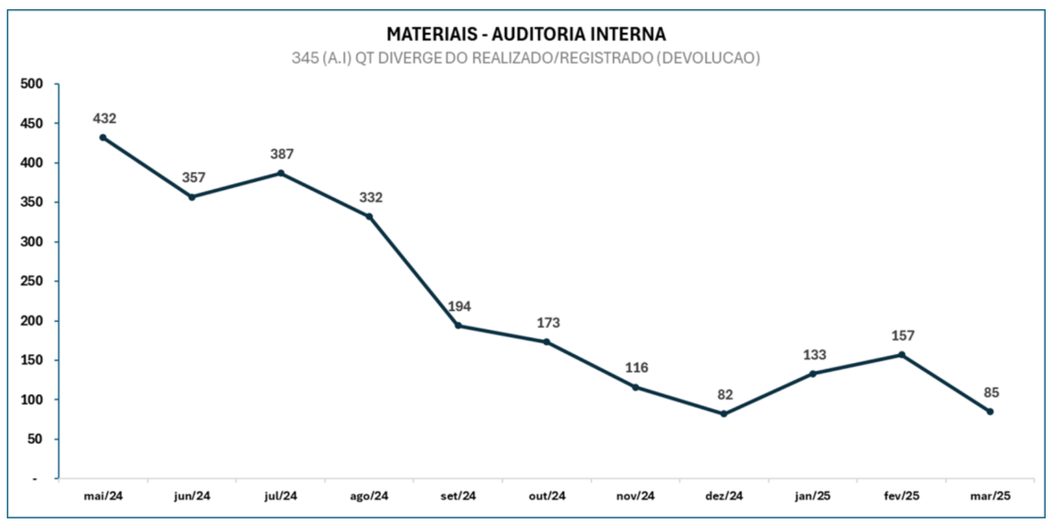


Figura 1 – Exclusões brutas de materiais em conta.
Fonte: BI (**2024 - 2025**).

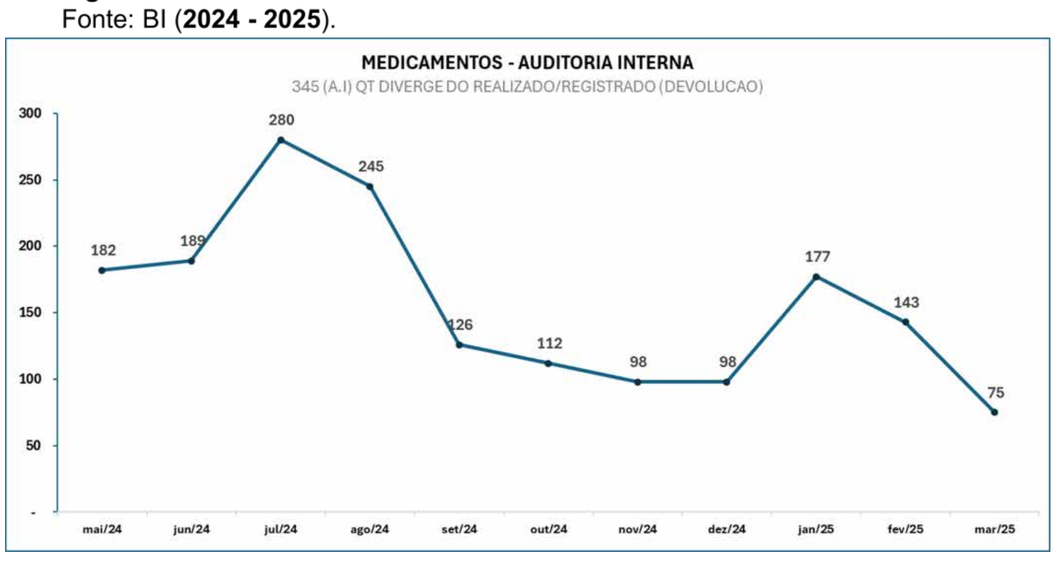


Figura 2 - Exclusões brutas de medicamentos em conta.
Fonte: BI (2024 - 2025).

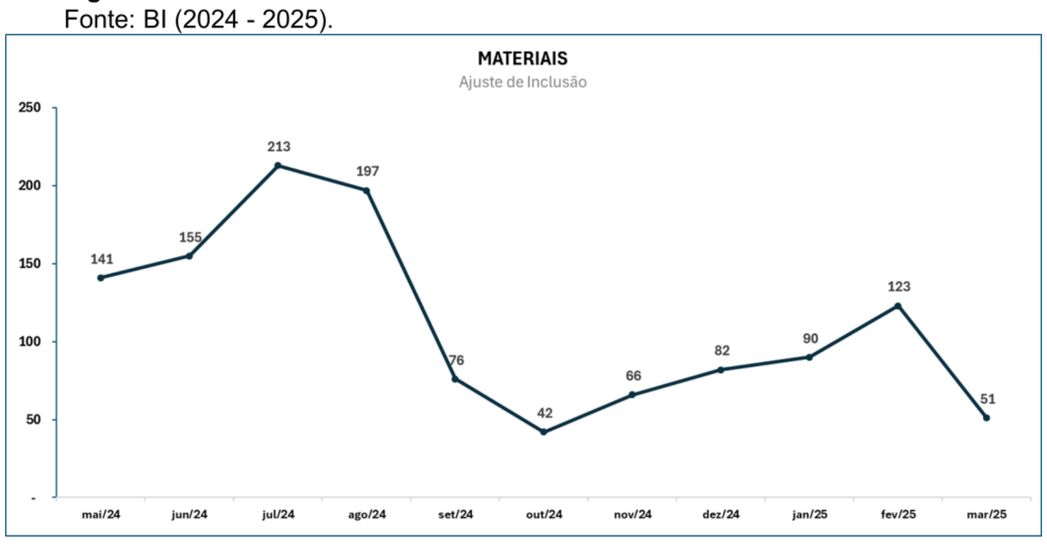


Figura 3 – Inclusões brutas de materiais em conta.
Fonte: BI (**2024 - 2025**).

RESULTADOS

Criados os kit's cirúrgicos das especialidades: Cardíaca adulto e cardíaca pediátrica, urologia, implante marcapasso, Kit grande para procedimentos em geral, neurologia e ortopedia. No mês de Julho de 2023 a taxa de dispensação de materiais e medicamentos extras em procedimentos cirúrgicos era representado em 57%, ao iniciar o projeto em Maio de 2024, apresentava-se uma taxa de 54% de dispensação de itens extra kit's, com a inclusão dos novos processos, em Julho de 2024, tivemos uma redução com taxa de 48%, em Agosto de 2024 com taxa de 42% e Setembro de 2024 para 37%.

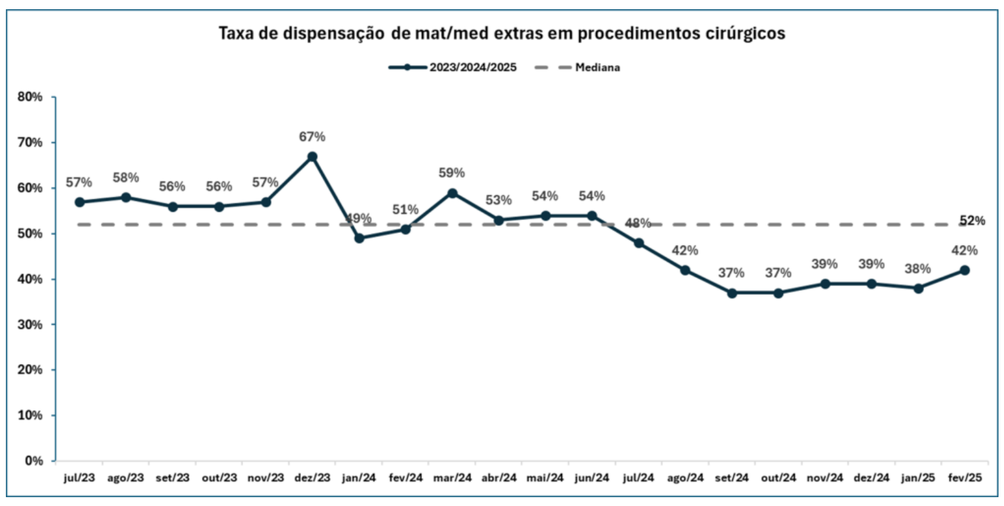


Tabela 1 – Taxa de dispensação de mat./ med. Extras em procedimentos cirúrgicos.
Fonte: BI (2024 - 2025).

Como parte da intervenção, a nota de sala manual foi substituída por um formulário eletrônico de devolução de materiais e medicamentos, automatizado e enviado ao sistema de prontuário de forma automática, com assinatura eletrônica instituída, conferido por enfermeiros e farmacêuticos. Essa medida fortalece a rastreabilidade, reduz falhas no processo e diminui significativamente as não conformidades em contas hospitalares, impactando diretamente na redução de glosas e melhoria do faturamento. A integração entre os setores de farmácia, enfermagem e auditoria foi essencial para garantir a acurácia dos dados e a segurança do paciente. A aplicação de indicadores de desempenho logístico, como índice de devolução, taxa de conformidade e indicador norteador de taxa de extras kit's, permite monitoramento contínuo da efetividade do processo. A experiência reforça a importância da tecnologia da informação e da gestão baseada em evidências para o controle de materiais e a sustentabilidade dos serviços hospitalares.

CONCLUSÕES

Tal redução contribui na assertividade da utilização de itens dispensados aos procedimentos cirúrgicos, segurança no processo e ao paciente, evitando desperdício nas ações e contribuindo na eficiência operacional à sustentabilidade institucional. O presente trabalho ainda continua em estudo, sendo implementados novos processos para melhorar e otimizar o fluxo e processos nas unidades cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

- Relatórios MV's SOUL;
- POWER BI – Extração de dados;
- Portaria nº 4.283/2010;

Percepção e Participação Ativa do Paciente como Ferramenta Assistencial: Escuta, Corresponsabilidade e Vínculo em Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica

Laura Dutra Carraro, Sidnei Ricardo Nobre Bernardes, Leticya Garcia Almeida, Carlos Alberto Cordeiro Hossri

INTRODUÇÃO

A reabilitação cardiopulmonar e metabólica é um processo que vai além do protocolo assistencial, exigindo adesão consciente, ativa e contínua do paciente.

Ao reconhecê-lo como protagonista de sua trajetória terapêutica, a compreensão de sua condição clínica e sua participação nas decisões de cuidado tornam-se elementos essenciais.

A escuta empática, o vínculo terapêutico e a corresponsabilidade assistencial favorecem maior engajamento e qualificam os desfechos.

Este estudo apresenta a adoção de metas compartilhadas como estratégia central para fortalecer o cuidado centrado na pessoa.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, conduzido em um ambulatório de reabilitação cardiopulmonar e metabólica de um hospital privado de alta complexidade.

A principal estratégia foi implementação de **metas terapêuticas construídas em conjunto com o paciente**, com base em critérios funcionais, clínicos e na **queixa principal relatada**.

As metas são revisadas a cada oito sessões. Quando atingidas ou readequadas, uma nova meta é pactuada, mantendo o paciente no centro das decisões até a alta.

A proposta valoriza não apenas a evolução clínica, mas também a **vivência do paciente em sua jornada de reabilitação**.

Os desfechos são acompanhados por meio de **indicadores clínicos específicos**.

A equipe de fisioterapia realiza reavaliações periódicas, compartilha os avanços com o paciente e, com base na escuta ativa, na evolução funcional percebida e nas condições cardiopulmonares, **estabelece uma nova meta**, promovendo um cuidado personalizado, participativo e contínuo.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2024 e junho de 2025, foram realizadas 1.031 avaliações de metas compartilhadas, com **91,8% de taxa de cumprimento**.

A construção de objetivos terapêuticos, aliada à escuta qualificada e ao fortalecimento do vínculo profissional-paciente, favoreceu a corresponsabilidade e ampliou a adesão ao plano de cuidado, uma vez que os propósitos estabelecidos estavam alinhados ao momento e às condições específicas de cada trajetória.

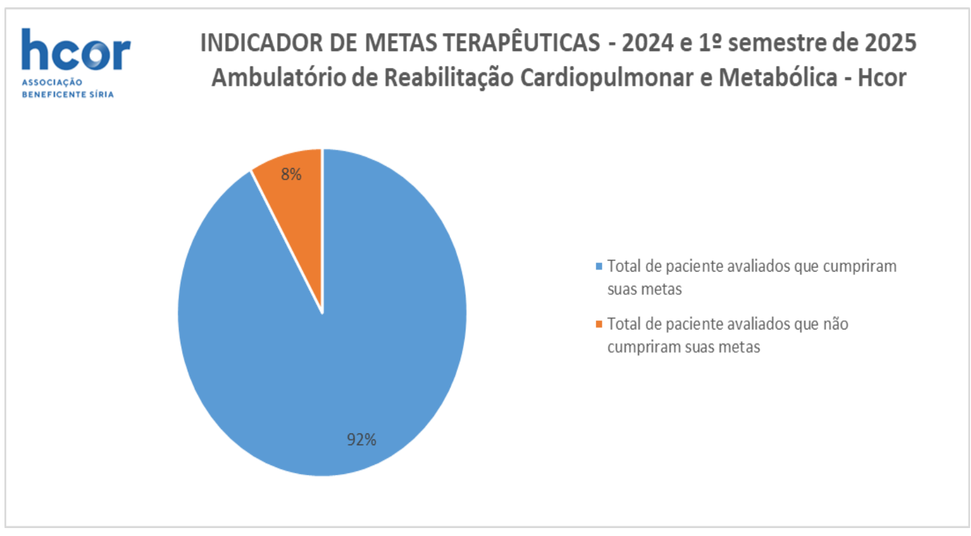


Gráfico 1 - INDICADOR DE METAS TERAPÊUTICAS - 2024 e 1º semestre de 2025
Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica - Hcor

hcor ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA	INDICADOR DE METAS TERAPÊUTICAS 2024 e 1º semestre de 2025 Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica - Hcor		
Período	**Total de pacientes avaliados no período**	**Total de pacientes avaliados que cumpriram suas metas**	**Total de pacientes avaliados que não cumpriram suas metas**
jan/24	39	36	3
fev/24	45	42	3
mar/24	51	49	2
abr/24	45	44	1
mai/24	49	44	5
jun/24	58	53	5
jul/24	51	46	5
ago/24	64	61	3
set/24	55	50	5
out/24	56	53	3
nov/24	54	47	7
dez/24	58	52	6
jan/25	72	64	8
fev/25	56	49	7
mar/25	51	47	4
abr/25	87	80	7
mai/25	78	73	5
jun/25	62	56	6
Total	**1031**	**946**	**85**

Tabela 1 - INDICADOR DE METAS TERAPÊUTICAS - 2024 e 1º semestre de 2025
Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica - Hcor

CONCLUSÕES

Conclui-se que a **participação ativa do paciente na definição de metas** é uma ferramenta assistencial potente, que ressignifica o cuidado, fortalece o protagonismo do paciente e contribui para desfechos clínicos mais eficazes, sustentáveis e humanizados.

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.

Engajamento do paciente e de familiares na segurança do paciente / Organizadoras Aline Albuquerque, Kalline Eler. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Perfil epidemiológico e funcional: Facilitadores e barreiras na reabilitação de pacientes amputados

vida é movimento

Gabriela da Silva Matuti, Beatriz Mendes Credidio, Marina Ceregatti, Clarissa Barros de Oliveira

INTRODUÇÃO

A amputação de membros inferiores tem grande impacto funcional, social e econômico, exigindo reabilitação interdisciplinar especializada para promover independência e participação social. No Brasil, observa-se uma variação regional do perfil epidemiológico e desfechos da reabilitação, o que dificulta ações nacionais e reforçam a necessidade de cuidados centrados no paciente.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil epidemiológico e funcional de pacientes amputados, identificar facilitadores e barreiras percebidos no processo de reabilitação.

METODOLOGIA

Estudo quasi-experimental retrospectivo e prospectivo, realizado em um centro de referência em reabilitação na cidade de São Paulo (SP), incluindo 36 indivíduos com amputação unilateral de membro inferior, atendidos entre maio e dezembro de 2023, acompanhados após seis meses da alta.
Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e funcionais, e aplicados os instrumentos Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Goal Assessment Scale (GAS) e BLAR-t para avaliar desempenho, satisfação na realização de atividades funcionais, alcance de metas e prognóstico funcional de uso da prótese.

Figura 1. Fluxo simplificado de reabilitação do paciente amputado.

Figura 2. Pacientes em reabilitação pré-protética e protética.

RESULTADOS

A amostra foi composta predominantemente por indivíduos do sexo masculino (64%), média de 60 anos, alta prevalência de diabetes mellitus (72%) e hipertensão arterial (69%). A etiologia mais frequente foi a vasculopatia diabética (67%) e o nível de amputação mais comum foi o transtibial (64%). O tempo médio entre a amputação e o recebimento da prótese foi de cinco anos. Pacientes mais jovens e com amputações transtibiais apresentaram melhor desempenho funcional, com maior tempo de uso diário da prótese. Houve melhora significativa na percepção de desempenho e satisfação nas atividades diárias (Figura 3) e no alcance de metas após a reabilitação, com resultados mantidos seis meses após a alta. Contudo, observou-se discrepância entre o atingimento de metas e o uso funcional real da prótese.
As principais barreiras identificadas foram a idade avançada, presença de comorbidades e tempo prolongado até protetização. Os principais facilitadores: motivação, apoio familiar e equipe interdisciplinar especializada. Com essas informações serão desenvolvidas e adotadas estratégias que reduzam o tempo até a protetização e intervenções que ampliem a funcionalidade e participação social desses pacientes.

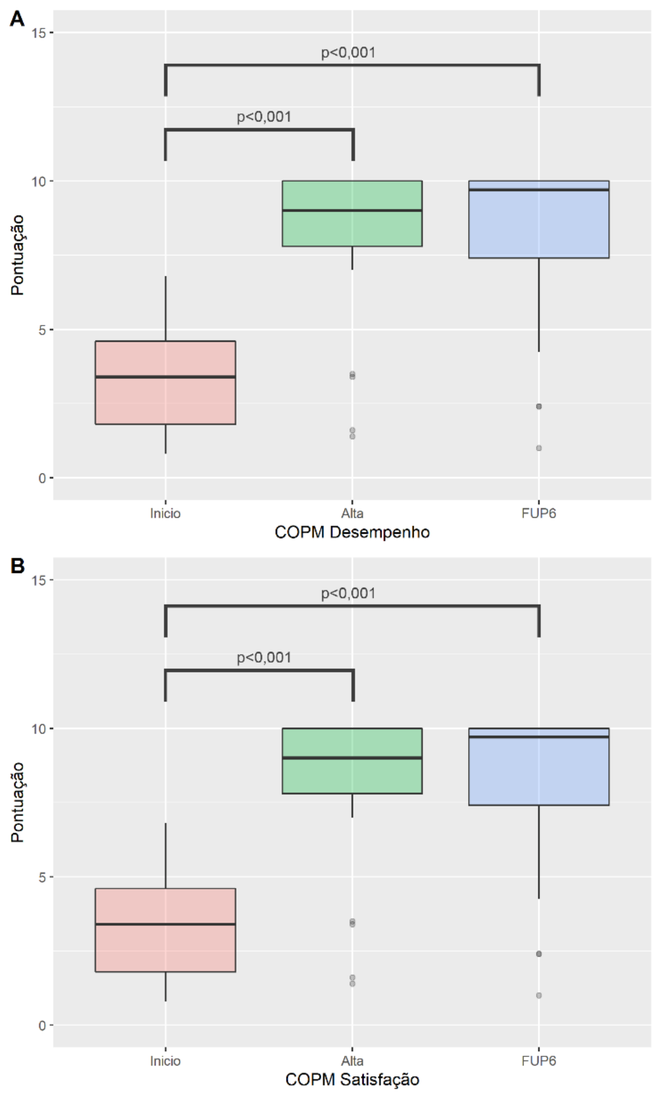


Figura 3. Pontuação da escala Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Desempenho (A) e Satisfação (B) de acordo com os momentos de avaliação (pré, pós-reabilitação e acompanhamento de 6 meses depois da alta).

CONCLUSÕES

Múltiplas comorbidades e a demora na protetização são barreiras significativas na reabilitação. A implementação de programas focados no indivíduo e o desenvolvimento de políticas públicas ajustadas às particularidades regionais, são cruciais. É urgente que ações de prevenção, reabilitação e inclusão social sejam coordenadas para reduzir o tempo até a protetização e ampliar a participação social dos pacientes. Sugerimos estudos futuros que ampliem esta análise, com amostras maiores, e desfechos clínicos, considerando sempre a experiência dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Wijekoon A, Dona DG, Jayawardana S, Beane A. Quality of life, physical activity participation, and perceptions of physical rehabilitation among community-reintegrated veterans with lower limb amputation in Sri Lanka: Convergent parallel mixed methods study. JMIR Rehabil Assist Technol. 2024;11:e52811.
2. Baptiste, S. E., Law, M., Pollock, N., Polatajko, H., McColl, M. A., Carswell-Opzoomer, A. The Canadian occupational performance measure. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 1993, *28*(1), 47-51.
3. Rushton PW, Miller WC. Goal attainment scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: a pilot study. Arch Phys Med Rehabil. 2002 Jun;83(6):771-5.
4. Bowrey S, Naylor H, Russell P, Thompson J. Development of a scoring tool (BLARt score) to predict functional outcome in lower limb amputees. Disability and rehabilitation. 2019;41(19):2324-32.

PERFIL ETIOLÓGICO DAS SEPSES/CHOQUE SÉPTICOS EM GESTANTES E PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA REDE DE MATERNIDADES PRIVADAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Vanessa Fernandes, Elisabete Barros.

INTRODUÇÃO

A sepse materna, definida como a sepse com início durante a gravidez ou pós-parto, é a terceira causa mais comum de mortalidade materna, representando cerca de 10,7% das mortes maternas no mundo. Segundo o estudo GLOSS (Global Maternal Sepsis Study), as infecções mais comuns identificadas foram infecções do trato urinário, endometrite e corioamnionite. Além da etiologia, o conhecimento dos patógenos potenciais associados é essencial para o manejo de antimicrobianos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e observacional, que avaliou o perfil etiológico de gestantes e puérperas com diagnóstico de sepse ou choque séptico, internadas em uma rede de maternidades privadas, no período de janeiro de 2023 a fevereiro de 2025.
As informações foram extraídas de fichas de protocolo de sepse abertas em sistema informatizado, conforme critérios específicos adotados para o grupo obstétrico, com parâmetros de alerta modificados para gestantes e puérperas. A análise dos dados foi realizada pela equipe multiprofissional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com foco na sensibilidade dos critérios de abertura e na assertividade do protocolo frente ao perfil clínico dessa população.

RESULTADOS

Das 1.280 fichas analisadas, 128 casos foram classificados como sepse (84%) ou choque séptico (16%), com dois óbitos: um evitável e outro por complicações pós-operatórias. A maioria das pacientes apresentou disfunção orgânica na gestação (82%) e, em menor proporção, no puerpério (18%). Os focos infecciosos mais comuns foram síndrome gripal (22%), corioamnionite (18%), pielonefrite (15%) e infecção pulmonar (13%). Destaca-se a assertividade na abertura do protocolo em rede certificada com o selo IQG, que atesta padrões rigorosos de qualidade e segurança.

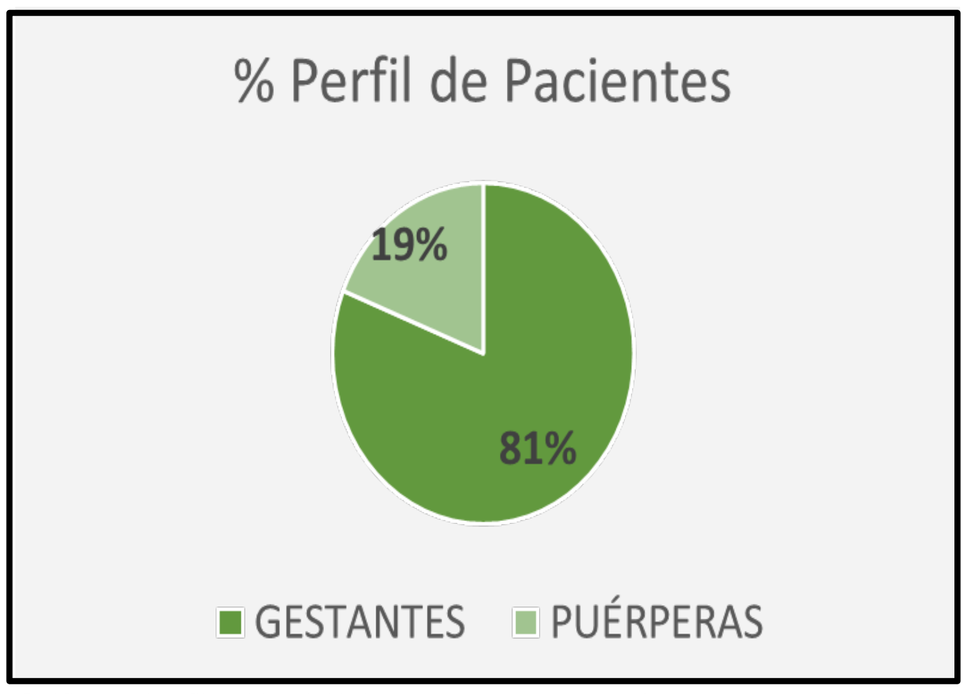


Gráfico 2: Perfil epidemiológico em gestantes e puérperas em uma rede de maternidades privadas no município de São Paulo, 2023-2024.

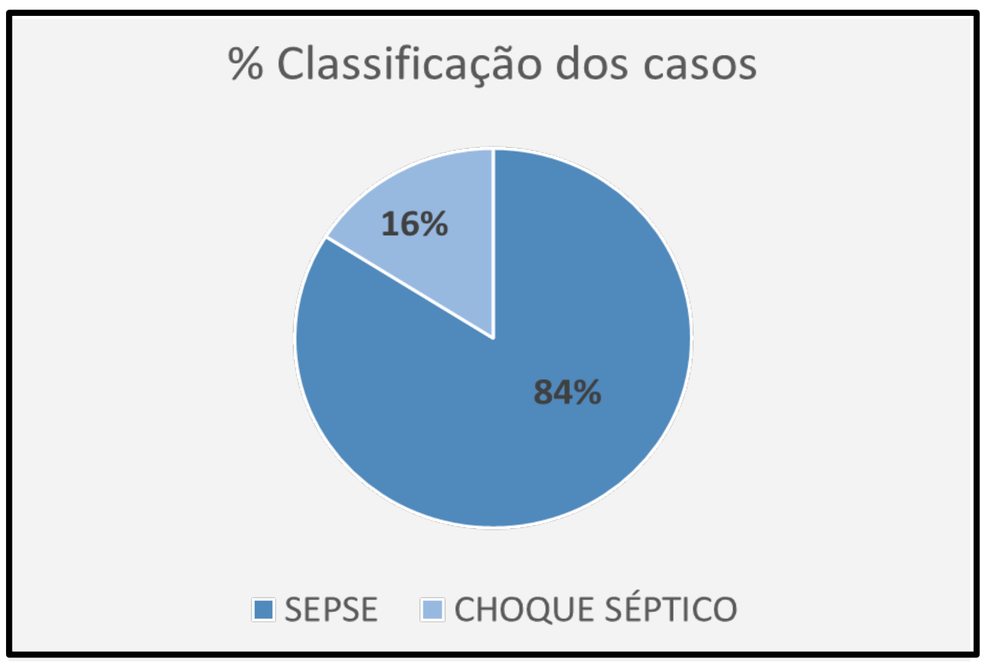


Gráfico 1: Distribuição de casos por critério em uma rede de maternidades privadas no município de São Paulo, 2023-2024.

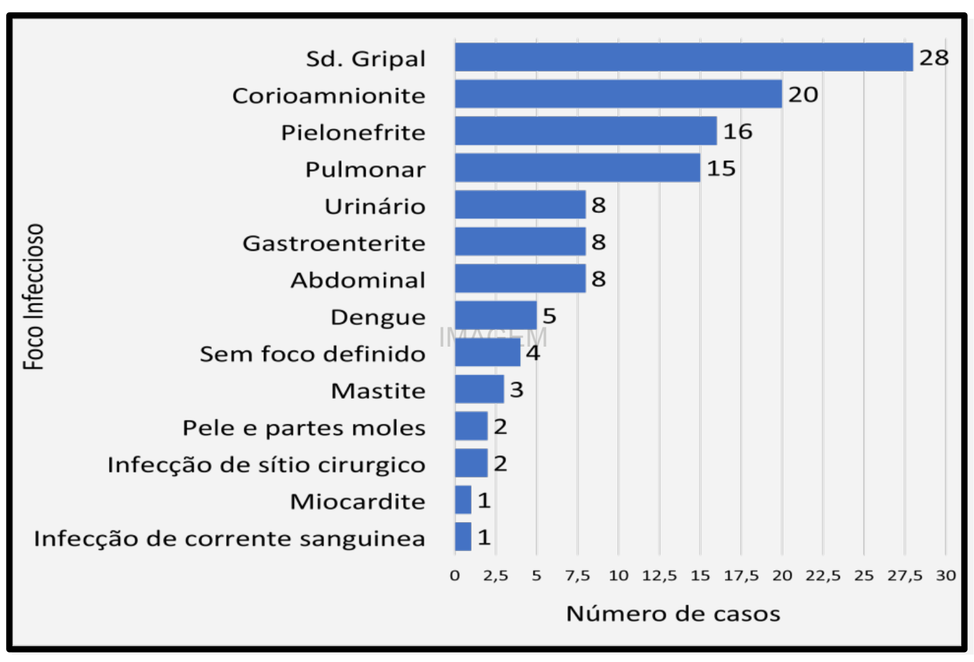


Gráfico 3. Distribuição dos focos infecciosos em casos de sepse e choque séptico em maternidades privadas de São Paulo, 2023–2024..

CONCLUSÕES

A sepse materna continua sendo um desafio significativo para a saúde materna globalmente. Compreender sua etiologia permite o diagnóstico precoce e o tratamento direcionado, promovendo o uso racional de antimicrobianos e garantindo a eficácia do tratamento.

REFERÊNCIAS

Referências: Baguiya A et al. *Perinatal outcomes among births to women with infection during pregnancy.* Arch Dis Child. 2021; DOI: 10.1136/archdischild-2021-321865; **WHO GLOSS Research Group.** *Frequency and management of maternal infection in health facilities in 52 countries (GLOSS): a 1-week inception cohort study.* Lancet Glob Health. 2020;8(5):e661-e671. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30109-1; **Ribeiro-do-Valle CC et al.** *Aetiology and use of antibiotics in pregnancy-related infections: results of the WHO Global Maternal Sepsis Study (GLOSS), 1-week inception cohort.* Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2024;23(1):21. DOI: 10.1186/s12941-024-00681-8.

PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA O PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Aline Assarito Pinto, Cintia Fernanda de Oliveira Cardacci, Sandra Cristine da Silva, Juliana Farias de Sousa

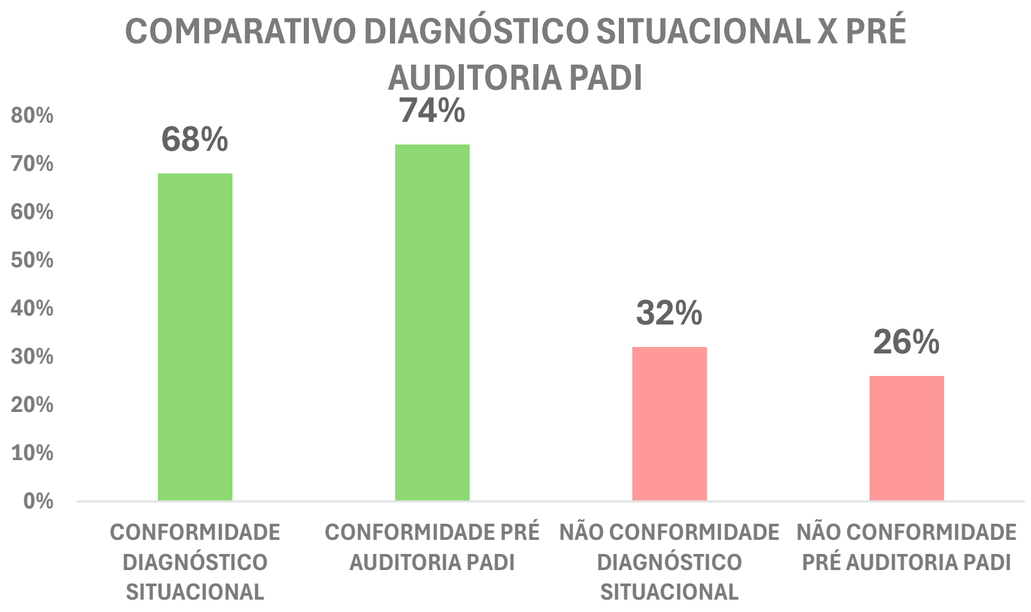
INTRODUÇÃO

A acreditação é um reconhecimento voluntário, concedido por avaliação externa, que impulsiona a qualidade e a segurança nos serviços de saúde. O PADI visa qualificar serviços de Diagnóstico por Imagem por meio de avaliações criteriosas. A busca pela acreditação exige melhorias contínuas nos processos. Este estudo tem como objetivo descrever a construção e implantação de um método de autoavaliação diagnóstica em uma jornada de acreditação, visando a melhoria de processos e o cumprimento de padrões de qualidade e segurança do paciente.

METODOLOGIA

A implantação do autodiagnóstico para acreditação PADI ocorreu em três etapas: (1) interpretação dos requisitos normativos, com análise detalhada do manual para compreensão dos padrões exigidos; (2) desenvolvimento de uma ferramenta estruturada (Excel) contendo todos os requisitos, organizados por áreas e com parâmetros objetivos de avaliação; e (3) diálogo com as áreas responsáveis para verificar a aplicação prática dos requisitos e coletar evidências de conformidade. Foram consideradas evidências como documentos homologados, registros, formulários, checklists, laudos, relatórios e indicadores. Os encontros com as áreas permitiram apresentar o modelo, esclarecer dúvidas sobre a aplicabilidade dos requisitos e coletar percepções e informações. Essa abordagem possibilitou uma avaliação objetiva do nível de conformidade com a norma PADI, identificação de lacunas e definição de planos de ação para aprimorar os processos e garantir a qualidade e segurança dos serviços de diagnóstico por imagem.

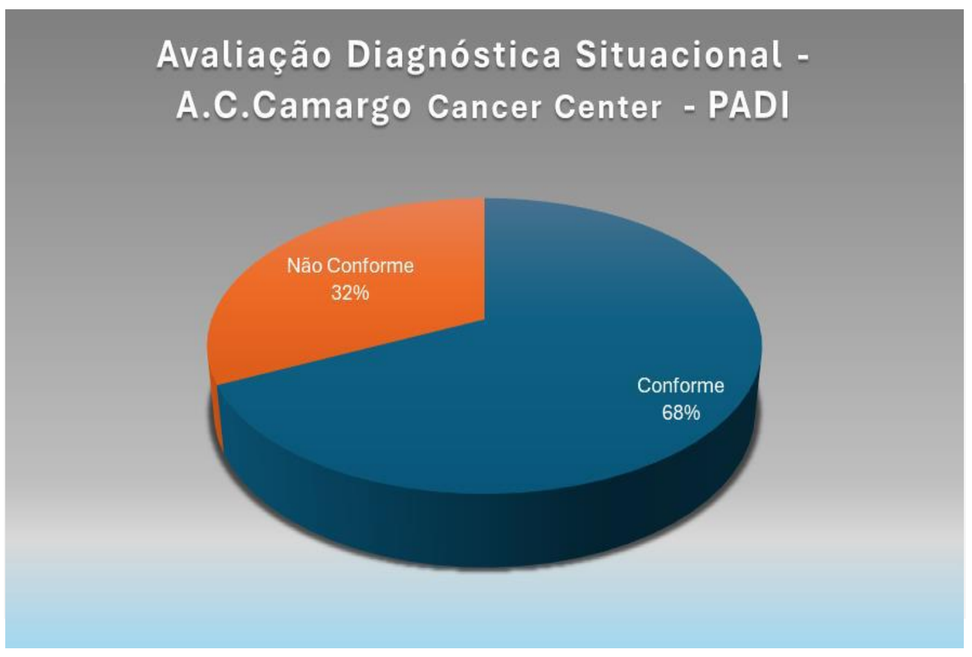
Processo integrado de análise normativa, construção de ferramenta e validação prática.



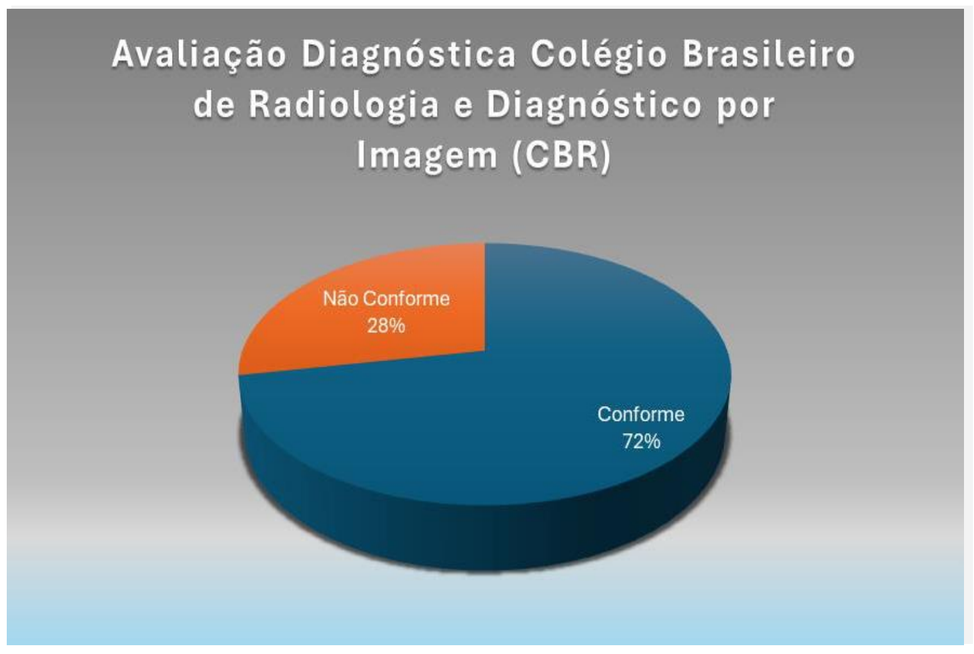
Comparativo dos níveis de conformidade e não conformidade no processo de acreditação PADI.

RESULTADOS

Após a aplicação do modelo de autoavaliação, obteve-se um índice de 68% de conformidade, resultado próximo ao verificado na visita pré-diagnóstica da acreditadora, que identificou 72% de conformidade. Este resultado evidencia a eficácia do autodiagnóstico como ferramenta de preparação para a visita de acreditação oficial. A implantação do autodiagnóstico de acreditação mostrou-se um modelo eficaz para autoavaliação da qualidade. O processo permitiu uma compreensão aprofundada dos requisitos normativos, a identificação de níveis de conformidade e a preparação para auditorias externas, tornando-se um modelo para as próximas ações de autodiagnóstico na instituição.



Panorama de conformidade do A.C.Camargo Cancer Center na Avaliação Diagnóstica Situacional - PADI



Panorama de conformidade do A.C.Camargo Cancer Center na Avaliação Diagnóstica realizada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia

CONCLUSÕES

A implantação do modelo de autodiagnóstico mostrou-se uma ferramenta eficaz na preparação para a acreditação PADI, permitindo avaliar objetivamente os níveis de conformidade, identificar lacunas e direcionar planos de ação. O resultado obtido, próximo ao da visita pré-diagnóstica oficial, evidencia a robustez do método e sua aplicabilidade como estratégia de melhoria contínua, fortalecendo a cultura de qualidade e segurança no serviço de Diagnóstico por Imagem.

REFERÊNCIAS

Avaliação do impacto da acreditação nas organizações de saúde brasileiras: um estudo quantitativo | Revista Internacional de Qualidade em Cuidados de Saúde Acadêmico de Oxford
Acreditação dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem: princípio gestão da qualidade | Rio de Janeiro; s.n; 2021. 179 p. ilus, tab, graf. | LILACS | BDENF
https://padi.org.br/normas-e-diretrizes/

Programa de Orientação Nutricional – Viva + Saudável
BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Edmundo Di Giaimo Caboclo, Vanessa Ferreira da Silva, Caroline Villela Galvão de França, Simone Castro Silva Gomes

INTRODUÇÃO

É amplamente documentado na literatura a influência de hábitos comportamentais, especialmente alimentares, sobre a qualidade de vida e evolução de doenças crônicas. Visando estimular a reflexão, protagonismo e melhora da autopercepção sobre a alimentação, como forma de promover a mudança comportamental, implantamos um programa de orientação nutricional, com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar (médico, psicóloga, nutricionista e educador físico.

METODOLOGIA

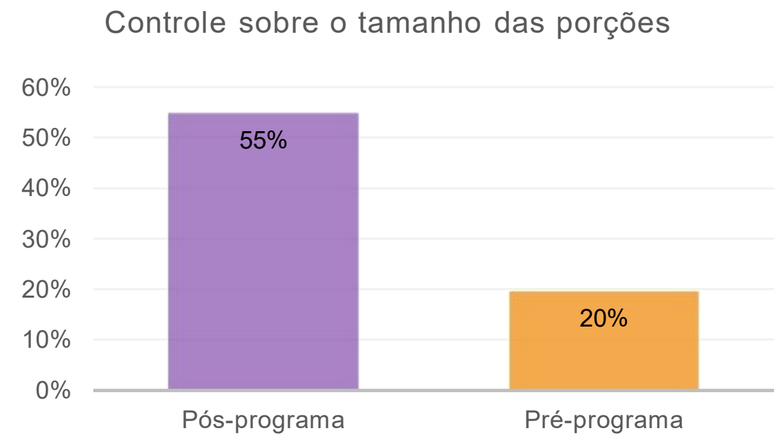
138 inscrições foram realizadas. Após avaliação médica, os aprovados passaram por avaliação nutricional inicial, com bioimpedância, avaliação de risco cardiovascular e todos responderam questionário de autopercepção alimentar. Os participantes foram contemplados com brindes e assinatura temporária de cesta de frutas em seus domicílios. Equipes com participantes foram criadas, e critérios de pontuação estabelecidos, para desempenho individual e por equipe. Os participantes foram avaliados em consulta nutricional mensal individual por 3 meses, e participaram de desafio e atividades diversas, com educador físico, psicólogo e nutricionista, pontuando individual e coletivamente. Ao final de 3 meses, foram reavaliados e responderam novamente questionário de autopercepção. Uma cerimônia de encerramento com premiação incentivou as maiores pontuações.

Modelo de cesta de frutas e vegetais enviada quinzenalmente em domicílio durante o período do programa para os participantes

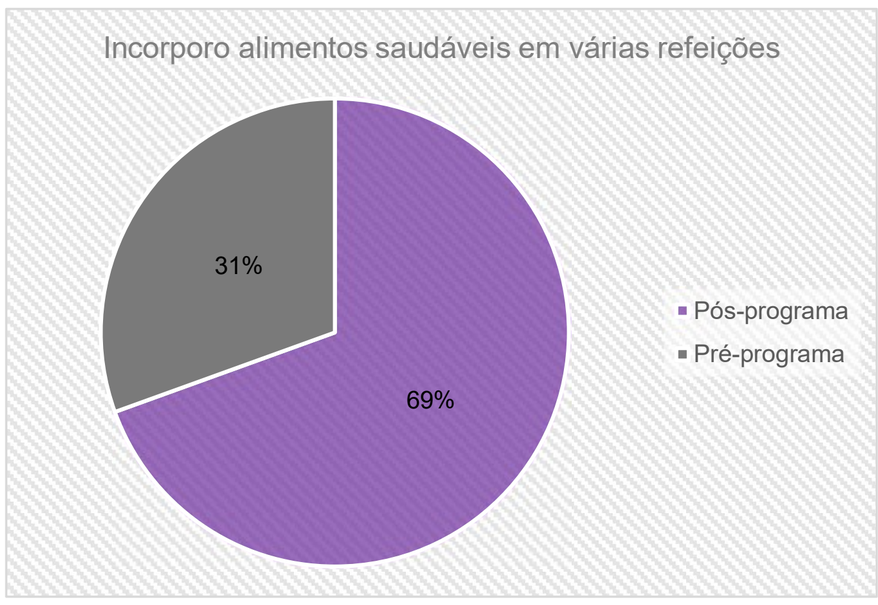
Equipe e participantes na cerimônia de premiação no encerramento do programa

RESULTADOS

Após tabulação comparativa dos resultados dos questionários sobre autopercepção alimentar (inicial e final) a compreensão sobre os alimentos consumidos melhorou 73% após a participação no programa; o controle sobre o tamanho das porções consumidas foi percebido por 55% dos participantes após o programa, contra 20% antes. A variedade da alimentação evoluiu 53%, e os índices de autocontrole para consumo de alimentos menos saudáveis aumentaram 40%. Do total da amostra 66% passaram a incorporar alimentos que consideravam mais saudáveis na alimentação diária, contra 29% antes da participação do programa nutricional.



Resultado comparativo entre o questionário inicial e final sobre autopercepção alimentar: tópico controle do tamanho das porções consumidas



Resultado comparativo entre o questionário inicial e final sobre autopercepção alimentar: tópico incorporo alimentos saudáveis nas refeições

CONCLUSÕES

O programa melhorou a autopercepção sobre a qualidade da alimentação. Com uma abordagem interdisciplinar e apoio contínuo, reforçou a importância da conscientização e educação para o protagonismo individual na adoção de estilos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

Gomes GAO, Belo LF, Coelho M, Paixão AP, Lorenzi M, D'Orsi E. Intervenção de mudança de comportamento relacionada ao estilo de vida de trabalhadores da atenção básica à saúde: um estudo qualitativo. SciELO Brazil Rev. Bras. Saúde Ocup. Junho, 2025

QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-TRANSPLANTE COMO INDICADOR DE EFICIÊNCIA EM MODELOS INTEGRADOS DE SAÚDE

Francieli Bisinelli, Marilia Fernandes dos Santos

INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a transplante renal e hepático constitui ferramenta relevante para mensurar a efetividade da atenção especializada. Este estudo propõe-se a analisar comparativamente a percepção dos pacientes após um ano do procedimento, considerando dimensões que foram avaliadas com o objetivo de compreender como o paciente percebe sua qualidade de vida após o transplante. A investigação insere-se no debate sobre a eficiência de modelos assistenciais integrados, alinhados aos princípios da saúde baseada em valor.

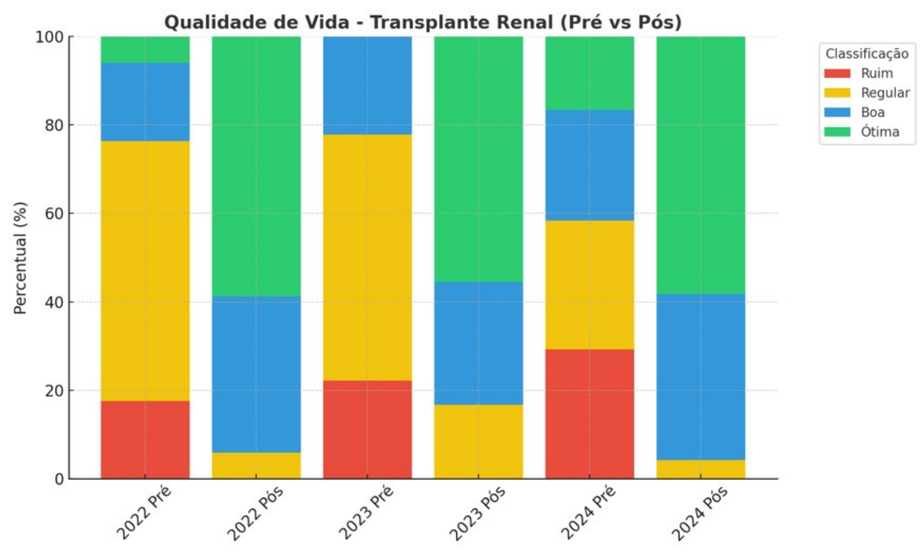
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento descritivo e comparativo, realizado entre os anos de 2022 e 2024, em um serviço hospitalar de referência especializado na atenção ao paciente transplantado. Participaram da pesquisa indivíduos submetidos a transplante renal e hepático, que haviam completado 12 meses do procedimento cirúrgico, com taxas de adesão de 60,6% e 73,5%, respectivamente. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um formulário estruturado, construído com base em instrumentos validados de avaliação da qualidade de vida. O questionário foi aplicado após um ano da intervenção e contemplou nove categorias agrupadas em três dimensões: Clínica e Funcional (frequência de internações, mobilidade, cuidados pessoais e dor); Psicossocial (ansiedade, vida sexual, ocupação e atividades habituais); e Perceptiva (autoavaliação da qualidade de vida). As informações foram sistematizadas e analisadas com ênfase na comparação entre os períodos pré e pós-transplante.

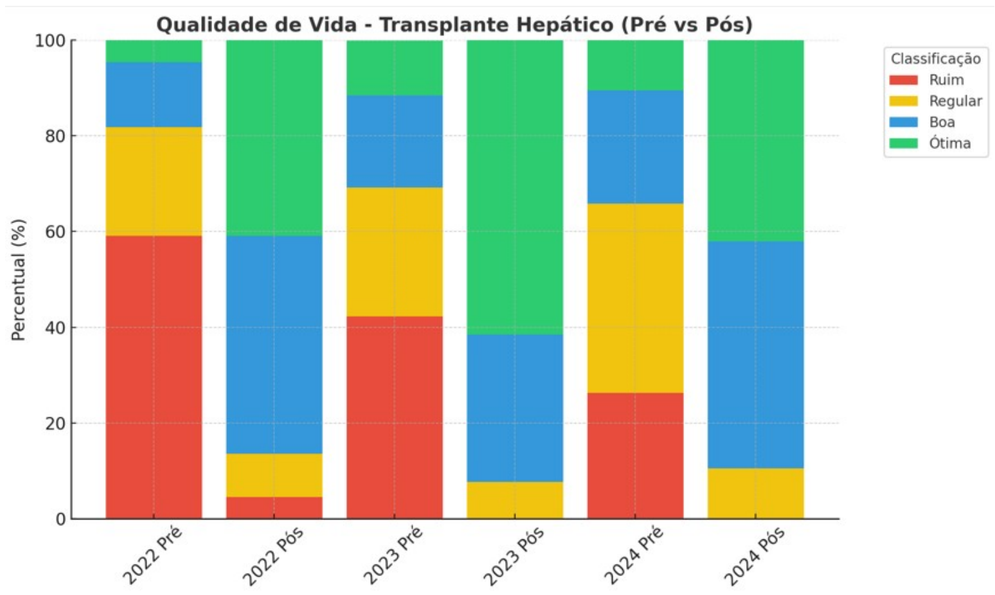
RESULTADOS

A análise comparativa da qualidade de vida de pacientes renais e hepáticos evidenciou melhora significativa após um ano da realização do transplante, com base na pergunta: “De forma geral, como você considera sua qualidade de vida após a realização do transplante?”. Entre os renais, a percepção “ruim” foi completamente eliminada e “ótima” alcançou até 58,8%. Nos hepáticos, “ruim” caiu de 59,1% para 0%, enquanto “ótima” chegou a 61,5%. Observou-se migração consistente das categorias negativas para avaliações positivas em ambos os grupos.

RESULTADOS



Entre os pacientes transplantados renais, a percepção ‘ruim’ foi eliminada no pós-transplante, enquanto ‘ótima’ alcançou até 58,8%, evidenciando a melhora na qualidade de vida dos pacientes.



Nos pacientes transplantados hepáticos, a percepção ‘ruim’ caiu de 59,1% para 0%,enquanto ‘ótima’ atingiu 61,5%, evidenciando clara melhora na qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Os achados reforçam a avaliação da qualidade de vida como indicador robusto de efetividade clínica e de modelos assistenciais integrados e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

PINTO, Ana Raquel; FERREIRA, Paulo Luís. Qualidade de vida de doentes submetidos a transplante renal: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 75-83, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70011-2. Acesso em: 20 Fev. 2025.

AGUIAR, M. I. F. et al. Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e influência dos fatores sociodemográficos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 411-418, 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/3240/324046243014/html/. Acesso em: 15 fev. 2025

REESTRUTURAÇÃO DE PESQUISA NPS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO: RESULTADOS EXCEPCIONAIS

Anderson Alves De Araujo De Lemos; Gabriele Santos De Souza; Elisa Daniele Gaio; Daniela Filipini.

INTRODUÇÃO

A busca constante por melhorar a qualidade do atendimento, as instituições hospitalares têm buscado novas ferramentas para monitorar a satisfação dos pacientes. Uma dessas ferramentas é a pesquisa *Net Promoter Score* (NPS), que mede a disposição dos pacientes em recomendar os serviços do hospital. A implantação da pesquisa NPS com envio automático via aplicativo de mensagem instantânea vinculada ao prontuário surge como uma inovação significativa, oferecendo conveniência e eficiência tanto para os pacientes quanto para a equipe hospitalar.

METODOLOGIA

Planejamento: discussão e análise de público alvo, definição de método e design da pesquisa, automatização do envio: programação do envio automático da pesquisa após interação do paciente com o hospital como consulta e internamento. Parametrização de regras envio: segmentação de público entre ambulatorial e internamento; envio 48h após a alta; periodicidade trimestral, de modo que o mesmo paciente não receba a pesquisa inúmeras vezes em um período curto. Design da pesquisa: elaboração de dois questionários, um para público ambulatorial e outro para público de internamento, com total de 8 questões cada, aferindo a percepção do paciente sobre o atendimento dos profissionais, ambiente, tempo de espera, entre outros. Coleta e análise de dados: monitoramento das respostas e análise dos dados coletados. Gestão: apresentação de relatórios advindos da pesquisa para alta gestão, indicando pontos fortes e oportunidades de melhoria; elaboração de plano de ação por parte da direção e do núcleo de experiência do paciente.

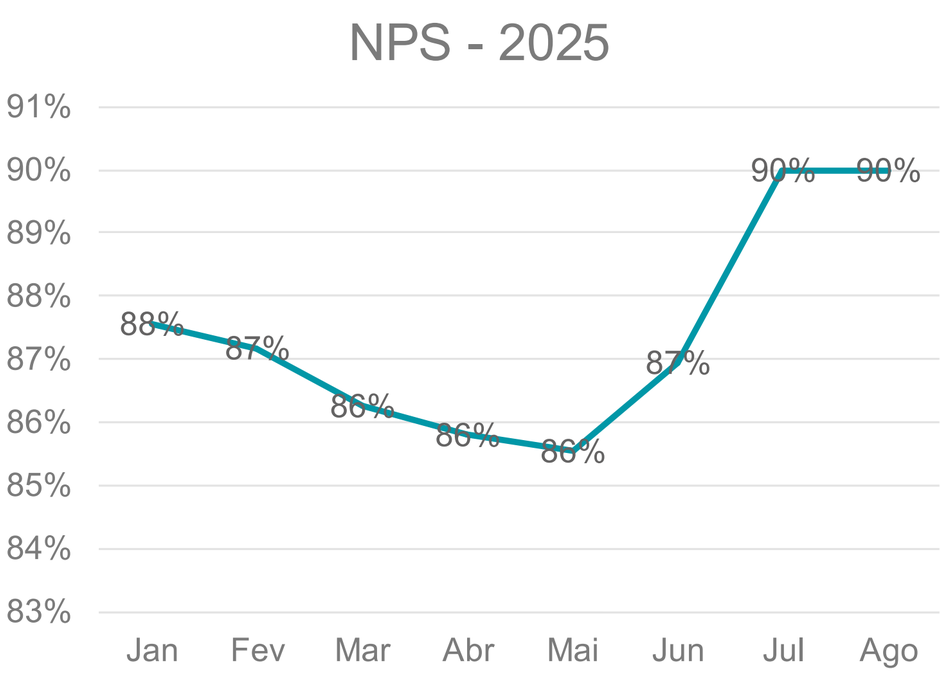


Gráfico da série anual do resultado de NPS do Hospital Erasto Gaertner, realizado no ano de 2025.

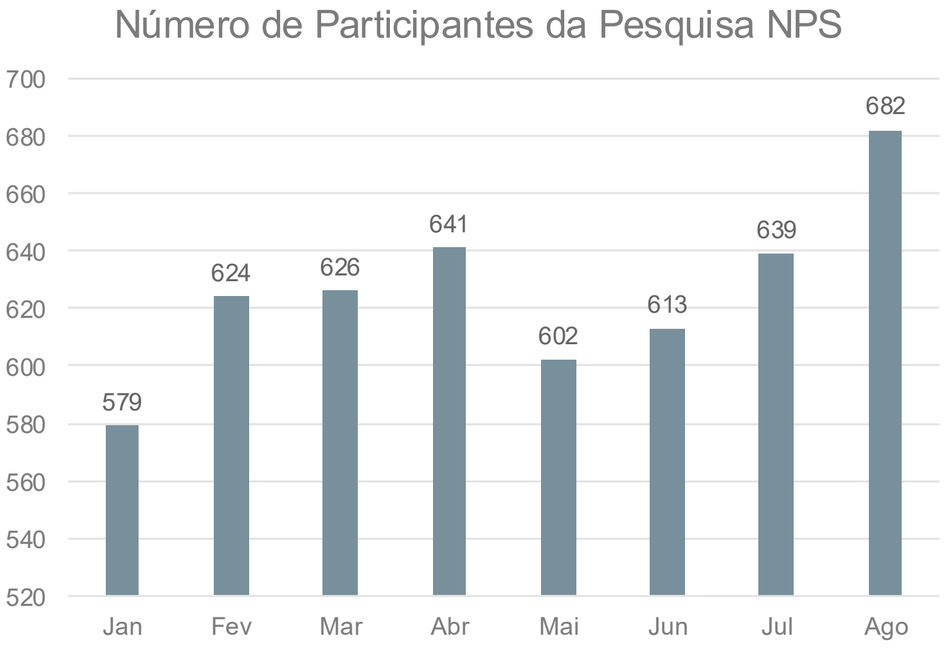


Gráfico com o número de participantes na pesquisa NPS por mês, referente ao ano de 2025

RESULTADOS

Planejamento: discussão e análise de público alvo, definição de método e design da pesquisa, automatização do envio: programação do envio automático da pesquisa após interação do paciente com o hospital como consulta e internamento. Parametrização de regras envio: segmentação de público entre ambulatorial e internamento; envio 48h após a alta; periodicidade trimestral, de modo que o mesmo paciente não receba a pesquisa inúmeras vezes em um período curto. Design da pesquisa: elaboração de dois questionários, um para público ambulatorial e outro para público de internamento, com total de 8 questões cada, aferindo a percepção do paciente sobre o atendimento dos profissionais, ambiente, tempo de espera, entre outros. Coleta e análise de dados: monitoramento das respostas e análise dos dados coletados. Gestão: apresentação de relatórios advindos da pesquisa para alta gestão, indicando pontos fortes e oportunidades de melhoria; elaboração de plano de ação por parte da direção e do núcleo de experiência do paciente.

Principais sugestões da pergunta de campo aberto, categorizadas por tema.

Registro da primeira reunião do Núcleo de Experiência do Paciente.

CONCLUSÕES

Os dados coletados têm sido usados para aprimorar processos e fortalecer a cultura de cuidado centrado na pessoa. A criação de um Comitê de Experiência do Paciente e a expansão da metodologia para outras unidades visam garantir a continuidade da melhoria constante do atendimento, com base no feedback dos pacientes. A pesquisa, enviada 48 horas após a alta do paciente, gerou um aumento significativo na taxa de respostas, com 2.138 respostas em comparação a 103 no ano anterior, e um NPS de 90, indicando que a instituição está em Zona de Excelência.

REFERÊNCIAS

BURNS, Catherine. *Patient Experience Improvement: How to Use Data to Drive Change*. Health Administration Press, 2020. (Sugerido para reforçar uso de dados de experiência como base para melhorias); MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

Saúde baseada em valor em um hospital de corpo clínico aberto: Possibilidade ou idealização?

Paloma Ferrer Gomez, Milton Inoue, Andrea Alfaya Acuna e Felipe Duarte Silva

INTRODUÇÃO

A Saúde Baseada em Valor (VBHC) busca entregar o cuidado de excelência, sobretudo ao priorizar resultados relevantes para o paciente e a sua experiência, utilizando-se da máxima eficiência no consumo de recursos. Essa abordagem requer mudança cultural, colaboração entre todos os envolvidos e padronização de processos e métricas, o que garante dados comparáveis, mensuração precisa de desfechos e melhoria contínua do cuidado. Sob a premissa de reduzir o desperdício com Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), de gerar previsibilidade de custos e, então, impacto financeiro interno com adaptação frente ao cenário atual da saúde suplementar, foi criado um Grupo de Procedimentos Gerenciados.

METODOLOGIA

O Grupo de Procedimentos Gerenciados foi criado em 2024, composto por representantes das áreas de Governança Clínica, Diretoria Assistencial, Suprimentos, Produtos, Precificação, Diretoria Comercial e o Escritório de Valor em Saúde. Como estratégia, mapearam-se as especialidades com maior impacto epidemiológico e financeiro, mas que ao mesmo tempo, possuíam os custos de OPME como maiores ofensores para o não alcance do melhor resultado, sendo eleitos os procedimentos de ortopedia como os primeiros a serem padronizados. A partir da definição, o grupo iniciou junto às equipes de referência médica de cada subgrupo cirúrgico e, à partir da análise de cenário vigente, protocolos colaborativos, com objetivo de promover adesão, engajamento e manter padrões de excelência clínico assistencial. Assim que foram definidos os protocolos, considerando os tempos de permanência e cirurgias, negociação dos OPME e marcas principais utilizadas na prática das equipes médicas, os protocolos foram apresentados e validados com todos os cirurgiões da especialidade que frequentaram a instituição no último ano. Por fim, foram implementados desde o momento do agendamento da cirurgia.

RESULTADOS

Considerando a especialidade de ortopedia, foram construídos e implementados 34 procedimentos padronizados, com redução de custos em OPME variando de 5% a 26,37%, adesão de 98% por parte da equipe médica e manutenção do volume de cirurgias realizadas quando comparados os períodos pré e pós-implementação. Tendo em vista que se trata de uma instituição de corpo clínico aberto, considerado muitas vezes como uma barreira para a implementação do VBHC, percebemos que ao engajar as equipes de referência, sensibilizando-os quanto à importância da mudança e sua sustentação, contribui-se para que os protocolos sejam construídos de maneira corresponsável, pertinentes e dessa forma, aceitos por todos os demais envolvidos.

CONCLUSÕES

A implementação do Grupo de Procedimentos Gerenciados demonstrou ser uma estratégia eficaz para promover os princípios da Saúde Baseada em Valor (VBHC) dentro de um cenário desafiador como o da saúde suplementar. Ao priorizar a padronização de procedimentos, especialmente na ortopedia, foi possível alcançar resultados expressivos, como a redução significativa dos custos com OPME, alta adesão das equipes médicas e preservação da produtividade cirúrgica. Esses resultados reforçam a importância do trabalho colaborativo e da corresponsabilidade na construção de protocolos clínico-assistenciais, mesmo em instituições com corpo clínico aberto. Assim, este modelo se mostra promissor e escalável, contribuindo não apenas para a sustentabilidade financeira, mas, sobretudo, para a entrega de um cuidado mais eficiente, seguro e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

1. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-81. doi:10.1056/NEJMp1011024.
2. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev. 2011;89(9):46-52.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Caderno de boas práticas em saúde baseada em valor. Rio de Janeiro: ANS; 2021 [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-ans/caderno-boas-praticas-vbhc.pdf
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31239
5. Silva EN, Ferraz MB, Lima EFA, Souza LEPF. Saúde baseada em valor no Brasil: um caminho possível para a sustentabilidade do sistema de saúde. Cien Saude Colet. 2020;25(1):395-402. doi:10.1590/1413-81232020251.28302019.

COMPLICAÇÕES MECÂNICAS E INFECCIOSAS RELACIONADAS AO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDOS

Alessandra R. Pinto, Fernanda C.S. Scatena, Walkyria M. Sakai, Elaine C.A. Galvão

INTRODUÇÃO

O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é amplamente utilizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por oferecer acesso venoso prolongado e seguro, especialmente em prematuros e neonatos de muito baixo peso[1]. No entanto, seu uso ainda está associado a riscos de complicações mecânicas, infecciosas e inflamatórias, conforme demonstrado em diversas revisões sistemáticas recentes.

METODOLOGIA

Estudo prospectivo com 326 PICC inseridos.

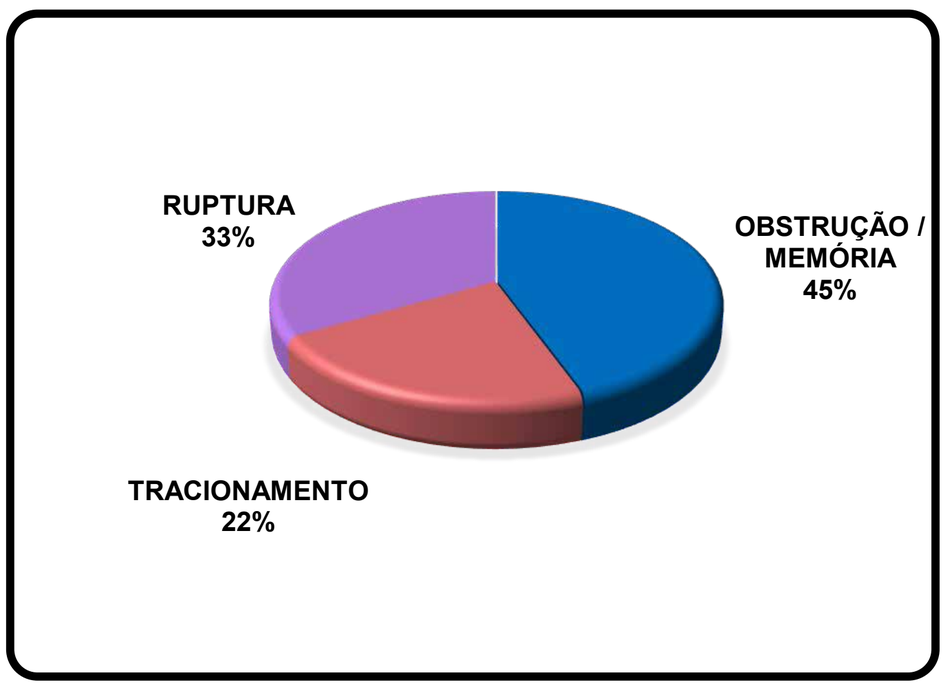
- Local: UTI neonatal do Hospital e Maternidade Santa Joana (maternidade privada).
- Período de 1º/janeiro/24 a 31/dezembro/24.
- Indicação do PICC: necessidade de acesso venoso por >5 dias por acesso vascular deficiente, jejum prolongado, drogas vesicantes, drogas vasoativas e infusão de nutrição parenteral.
- PICC não foi usado para transfusão de hemocomponentes ou coleta de exames.
- Cateteres de silicone da ARGON® de 1.9fr e VYGON® de 2.0fr dupla via.
- Inserção do PICC: 2 profissionais de um grupo de cateter, sendo 80 enfermeiras no grupo.
- Cuidados de barreira máxima, clorexidina degermante e alcoólica para antissepsia da pele.
- Inserido em média no 3º dia de vida.
- Tentativas de punção venosa com sucesso: 1 a 2.
- Curativo transparente com troca na presença de sujidade.

Análise descritiva:
Características relativas à inserção e permanência dos cateteres

- Complicações mecânicas (ruptura, obstrução, tração ou cateter mal locado)
- Complicações infecciosas relacionadas ao PICC.
- Infecção definida conforme os critérios do CDC*, sendo o diagnóstico microbiológico confirmado por hemocultura central e periférica.

* CDC = *Centers for Disease Control and Prevention*

GRUPO DO CATETER UTI NEONATAL 2024 (JAN-DEZ)
COMPLICAÇÕES MECÂNICAS - PICC

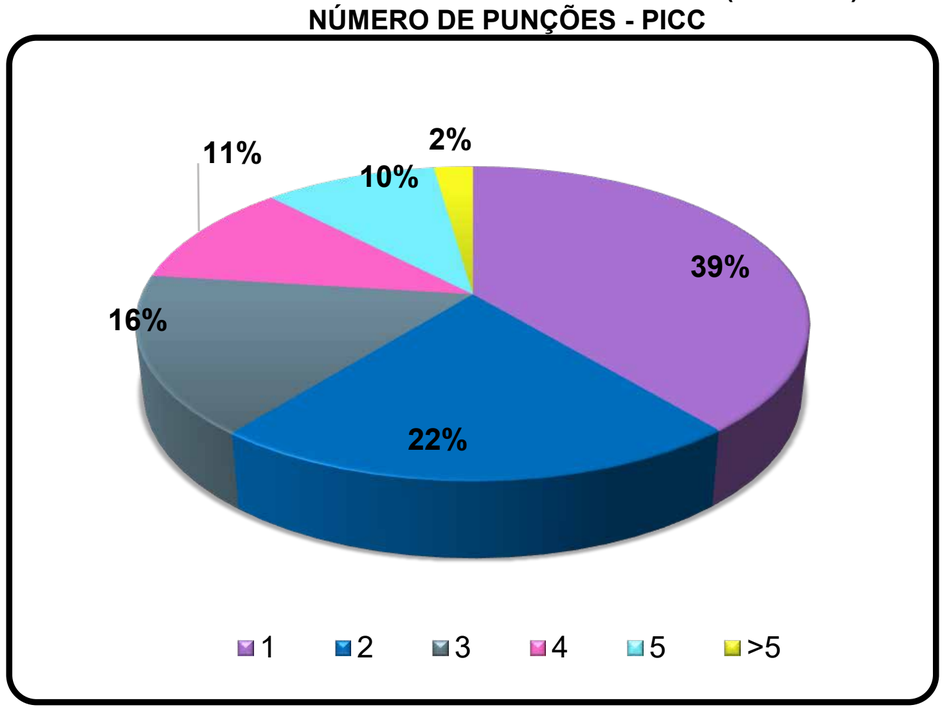


RESULTADOS

No período de estudo foram inseridos 326 PICC, sendo 299 (92%) com sucesso em 309 RN's:

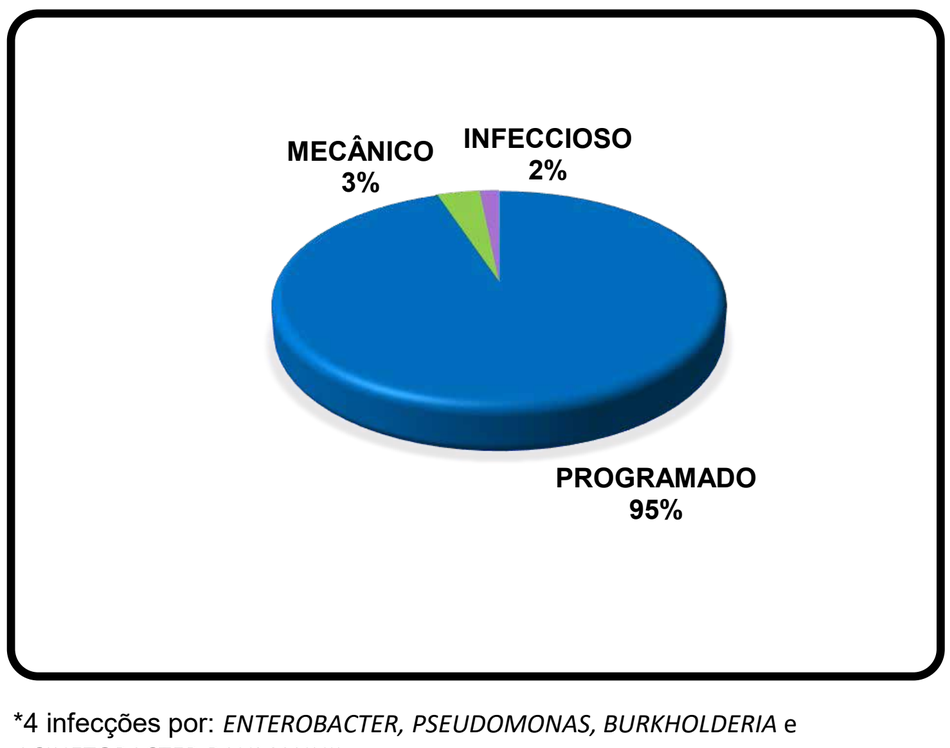
- Peso ao nascer: 355g a 5.360g
- Inserção em média no 3º - 4º dia de vida
- Permanência média do PICC: 15 dias (1-73)

GRUPO DO CATETER UTI NEONATAL 2024 (JAN-DEZ)
NÚMERO DE PUNÇÕES - PICC



Nº médio de punções por inserção de PICC: 2 (1-5)
Duração média do procedimento: 34 minutos (30mi.-120min).

GRUPO DO CATETER UTI NEONATAL 2024 (JAN-DEZ)
MOTIVO DA RETIRADA - PICC



*4 infecções por: *ENTEROBACTER, PSEUDOMONAS, BURKHOLDERIA* e *ACINETOBACTER BAUMANNII*

CONCLUSÕES

Conclui-se que, em contextos de alta complexidade, o uso do PICC, quando guiado por protocolos técnicos e equipe capacitada, apresenta baixo índice de complicações e elevada eficácia terapêutica. Essa experiência reforça a importância da padronização, da escolha adequada de materiais[2] e da qualificação contínua como estratégias essenciais para a segurança do cuidado neonatal.

REFERÊNCIAS

1. O'Grady et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. MMWR 2002:51(RR10):1-26. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm
2. CDC = Centers for Disease Control and Prevention

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS PROMOTORES DE EFICIÊNCIA EM PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Sidnei Ricardo Nobre Bernardes, Laura Dutra Carraro, Siomara Tavares Fernandes Yamaguti, Bárbara Mendes de Santi

INTRODUÇÃO

Pacientes inseridos em um programa de reabilitação cardiopulmonar são considerados de alta complexidade quando apresentam condições clínicas como angina refratária, uso de dispositivos cardio implantáveis, histórico de morte súbita abortada, estenose aórtica grave, cardiomiopatia hipertrófica, dependência de oxigênio, entre outras. Essas condições clínicas impõem limitações funcionais e exigem abordagens terapêuticas especializadas e seguras. Nesse contexto, dispositivos de monitoramento e oxigenoterapia são empregados com o objetivo de garantir a eficiência e segurança durante as sessões de reabilitação.

METODOLOGIA

Estudo descritivo observacional retrospectivo que descreve a aplicação de dispositivos promotores de eficiência no manejo de pacientes de alta complexidade em um programa de reabilitação cardiopulmonar, evidenciando sua relevância no cuidado especializado.

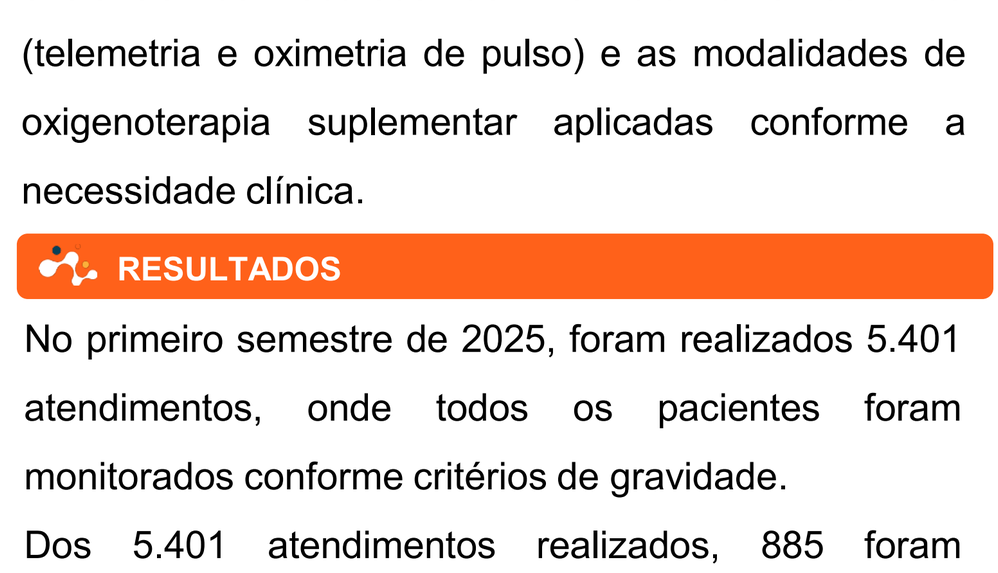
Foram considerados como dispositivos promotores de eficiência os recursos de monitoramento contínuo (telemetria e oximetria de pulso) e as modalidades de oxigenoterapia suplementar aplicadas conforme a necessidade clínica.

RESULTADOS

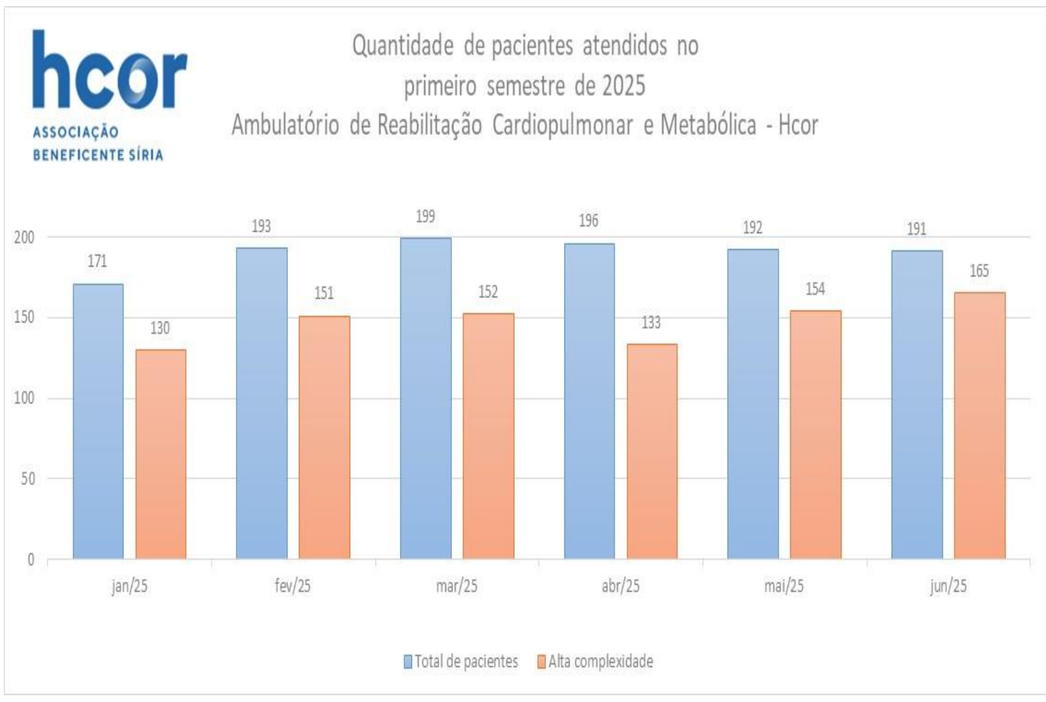
No primeiro semestre de 2025, foram realizados 5.401 atendimentos, onde todos os pacientes foram monitorados conforme critérios de gravidade.

Dos 5.401 atendimentos realizados, 885 foram destinados a pacientes de alta complexidade, sendo 861 cardiológicos e 24 pulmonares.

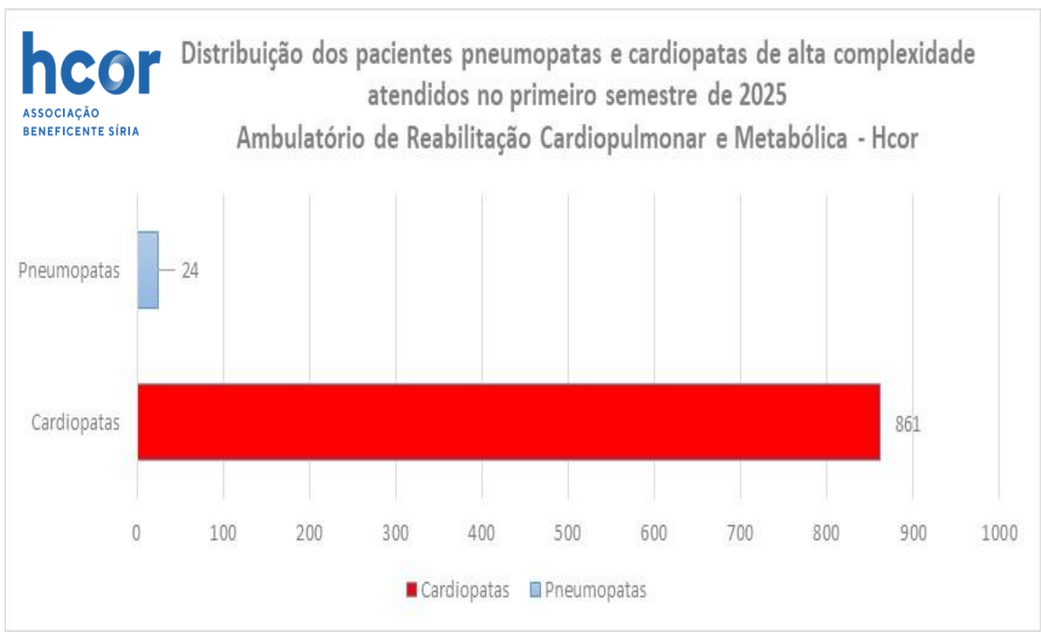
Houve quatro intercorrências clínicas, todas com desfecho satisfatório após intervenção imediata.



Distribuição do total de pacientes X pacientes de alta complexidade atendidos no primeiro semestre de 2025
Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica - Hcor



Quantidade de pacientes atendidos no primeiro semestre de 2025 – Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica - Hcor



Distribuição dos pacientes pneumopatas e cardiopatas de alta complexidade atendidos no primeiro semestre de 2025
Ambulatório de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica - Hcor

CONCLUSÕES

A adoção de dispositivos de monitoramento e oxigenoterapia contribuiu para maior eficiência e segurança nas sessões.

A rede de oxigênio disponível no setor garantiu suporte contínuo, permitindo que os pacientes realizassem toda a terapia proposta com segurança.

O espelhamento da telemetria em dois televisores otimizou o acompanhamento dos parâmetros, auxiliando na tomada de decisão da equipe.

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.

Valor em Saúde no Centro Cirúrgico: Integração de Desfechos, Custos e Eficiência Operacional

Lívia Loamí Ruyz Jorge de Paula[1], Talita Garcia do Nascimento Castro[1], Fernanda Franco Munari[1], Bruna Andrade[1], Moacyr Campos[1], Bruno Tirotti Saragiotto[1], Felipe Ribeiro Cabral Fagundes[1].

[1]Hi! Healthcare Intelligence, São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

Oferecer valor em saúde depende da integração entre resultados clínicos, experiência do paciente e custos assistenciais. No contexto cirúrgico, é essencial avaliar a efetividade do cuidado sob a perspectiva do paciente, aliada à análise econômica e da eficiência na entrega do serviço.

OBJETIVO

Analisar os desfechos centrados no paciente, os custos e a eficiência operacional do centro cirúrgico de um hospital vinculado a uma operadora de saúde.

METODOLOGIA

1. População (Cirurgias analisadas)

- Procedimentos realizados entre janeiro/2023 e março/2024.
- 1.395 cirurgias avaliadas, sendo 1.363 válidas após exclusões.
- Diferentes especialidades cirúrgicas incluídas.

2. Coleta de informações (PROMs e PREMs)

- Questionários eletrônicos enviados aos pacientes.
- Taxa de resposta: 29,3% (n=392).
- Avaliados: resultados clínicos, resultado da cirurgia, controle de sintomas, percepção global, qualidade de vida, satisfação, confiança na equipe, clareza da informação e Net Promoter Score (NPS).

3. Análises realizadas

- Estatística descritiva
- ProPPaga
- Custo-Efetividade
- Quandrante de Valor

RESULTADOS

Principais Resultados - PROMs e PREMs

95,1 Resultado da Cirurgia	**90,7** Qualidade de vida
94,4 Confiança na equipe	**93,6** Net Promoter Score

Resultados Econômicos

- Custo Médio/Cirurgia: R$ 11.458,54
- Alto Valor: 4,85%
- Potencial Desperdício: 30,87%

Ranking de Eficiência Operacional

Melhor Desempenho (Valor 1,0 – 0 a 1,0):

- Dermatologia
- Cirurgia Plástica
- Pediátrica Geral
- Mastologia e Oncologia

Oportunidades de Melhoria:

- Neurocirurgia: 87,3 (R$ 38.751,46)
- Ortopedia: 91,5 (R$ 18.201,03)

Impacto Financeiro do Desperdício:

30,87% dos procedimentos com potencial de desperdício	**R$ 6,5 Mi** economia estimada possível

CONCLUSÕES

A análise dos desfechos, custos e eficiência operacional revelou elevada percepção de benefício e satisfação entre os pacientes, mas também expôs oportunidades de melhoria, especialmente no que diz respeito à comunicação com o paciente e à gestão de desperdícios. Os resultados ajudam a guiar melhorias no valor entregue nas cirurgias.

REFERÊNCIAS

- Bianchim MS, Crane E, Jones A, Neukirchinger B, Roberts G, McLaughlin L, Noyes J, et al. The implementation, use and impact of patient-reported outcome measures in value-based healthcare programmes: A scoping review. PLoS One. 2023;18(9):e0290976. doi:10.1371/journal.pone.0290976
- Darwish M, Calabrese C, Rosano F, Galizi G, De Meo D, Borrelli A, et al. Surgical patient-reported experience measures: a systematic review. Patient Relat Outcome Meas. 2025;16:23-37. doi:10.2147/PROM.S441279
- Ehlig D, Gebauer M, Hoffmann F, Marschollek M, Rabe M, Denecke K. PROM-based monitoring and alerts reduce post-surgery health expenditure: Evidence from a controlled study. Eur J Health Econ. 2025;26(2):345-357. doi:10.1007/s10198-025-01810-6

% de Valores Críticos Notificados em Hospital Particular com Ambulatório

Djuliane Mafioletti Debona, Giselle Feit, Gustavo Justo Schulz

INTRODUÇÃO

Valores críticos laboratoriais indicam condições clínicas potencialmente fatais e requerem comunicação imediata ao médico assistente. Essa prática prevista em regulamentações, como as RDCs, e exigida por programas de acreditação, deve ser padronizada e monitorada.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar as ações de melhorias implementadas para aprimorar a taxa de comunicação efetiva e registro desses resultados em prontuário eletrônico, (Sistema Tasy), visando contribuir com a segurança do paciente e a efetividade clínica.

METODOLOGIA

Foram implementadas diversas ações de melhorias, incluindo:

- Evolução estruturada em prontuário com destaque em cor vermelha no Tasy;
- Revisão anual da lista de valores críticos e fluxos de comunicação (MP-1801), com participação de coordenadores e diretoria médica;
- Treinamento da equipe analítica com foco na responsabilidade de notificação;
- Descrição de fluxo com TRR para casos de insucesso com médico prescritor;
- Definição de tempo máximo entre liberação do resultado e comunicação médica;
- Técnica de read back com equipe médica;
- Envio de SMS para médicos assistentes;
- Ajuste de dashboard com monitoramento de sucessos/insucessos;
- Monitoramento diário pela gestão dos casos de falha na comunicação.

  Os dados foram coletados e analisados retrospectivamente de janeiro de 2023 a abril de 2025.

RESULTADOS

Em 2023, com meta de 90%, o índice de comunicação efetiva foi de 82,4%. Em 2024, manteve-se a meta, alcançando 94,3%. Em 2025, com a meta elevada para 97%, o primeiro quarter já apresentou desempenho de 97,6%

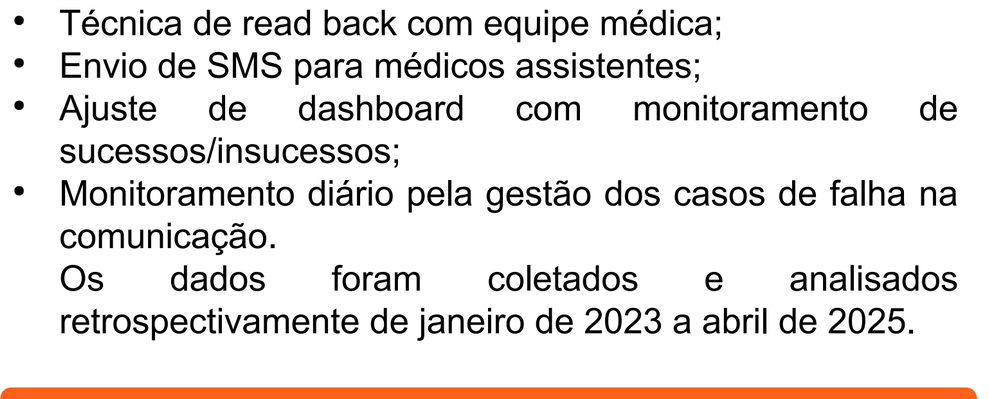


Tabela 1: Dados Dashboard.

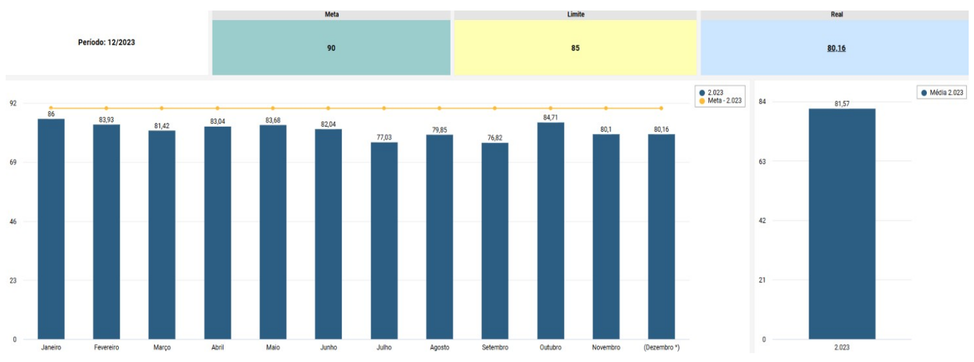


Tabela 2: Dados Indicadores - Ano 2023

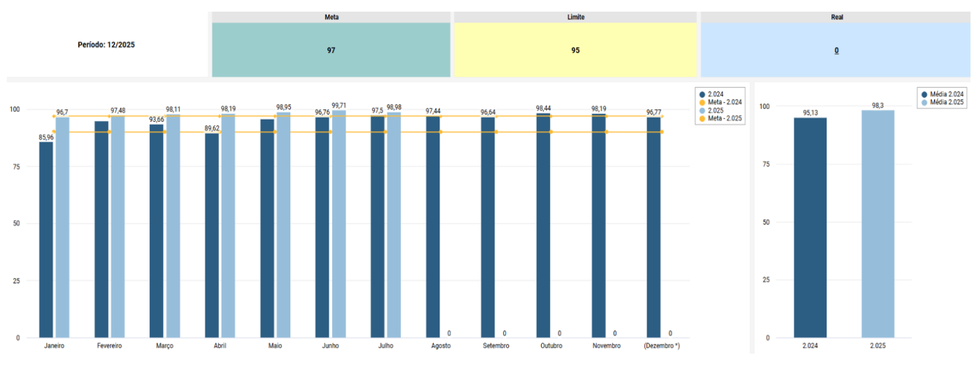
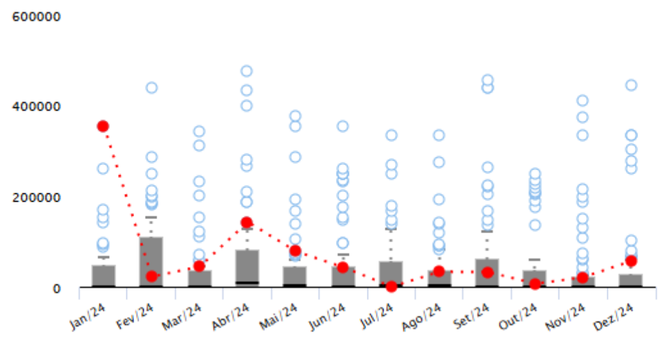
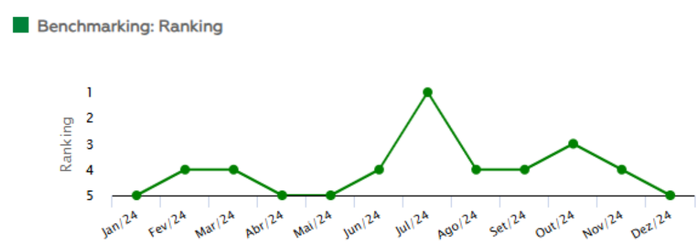


Tabela 3: Dados Indicadores - Anos 2024 e 2025



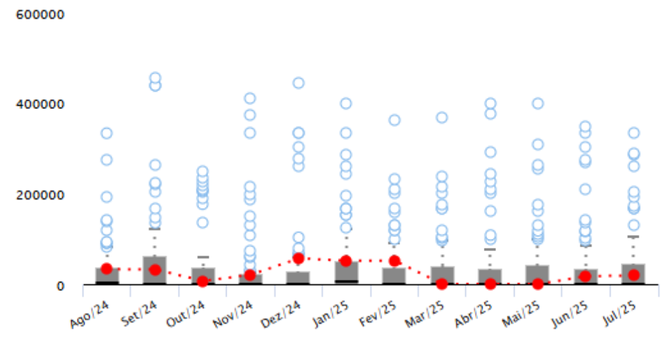
Período	Indicador
Dez/24	56910,6
Nov/24	21052,6
Out/24	6622,5
Set/24	32432,4
Ago/24	33057,9
Jul/24	0,0
Jun/24	42424,2
Mai/24	78125,0
Abr/24	142857,1
Mar/24	44247,8
Fev/24	21978,0
Jan/24	354838,7

Gráfico 1: Insucesso na comunicação de resultados críticos. Dados Benchmarking ControlLab Ano 2024.



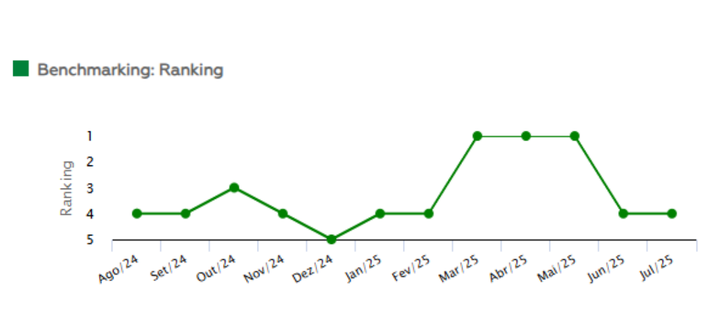
Período	Indicador
Dez/24	5
Nov/24	4
Out/24	3
Set/24	4
Ago/24	4
Jul/24	1
Jun/24	4
Mai/24	5
Abr/24	5
Mar/24	4
Fev/24	4
Jan/24	5

Gráfico 2: Insucesso na comunicação de resultados críticos. Benchmarking Ranking ControlLab Ano 2024.



Período	Indicador
Jul/25	19047,6
Jun/25	17543,9
Mai/25	0,0
Abr/25	0,0
Mar/25	0,0
Fev/25	51546,4
Jan/25	51612,9
Dez/24	56910,6
Nov/24	21052,6
Out/24	6622,5
Set/24	32432,4
Ago/24	33057,9

Gráfico 3: Insucesso na comunicação de resultados críticos. Dados Benchmarking ControlLab Ano Ago-2024 até Jul-2025.



Período	Indicador
Jul/25	4
Jun/25	4
Mai/25	1
Abr/25	1
Mar/25	1
Fev/25	4
Jan/25	4
Dez/24	5
Nov/24	4
Out/24	3
Set/24	4
Ago/24	4

Gráfico 4: Insucesso na comunicação de resultados críticos. Benchmarking Ranking ControlLab Ano Ago-2024 até Jul-2025.

CONCLUSÕES

Os dados evidenciam que a padronização dos processos, o treinamento contínuo da equipe e o acompanhamento ativo do indicador resultaram em melhorias significativas. A comunicação efetiva de valores críticos é essencial para garantir um cuidado seguro e centrado no paciente. Os casos de falhas são discutidos com analista envolvido e apresentados mensalmente na Comissão de Prontuários.

REFERÊNCIAS

Manual de Procedimento 1801 – Valores de Pânico ou Resultados Alarmantes (HNSG).
Metricare ControlLab.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA DE GESTÃO MADURO PARA RESULTADOS NOS SERVIÇOS DE LAVANDERIA HOSPITALAR

Thiago de Souza Pereira, Carmem Celia Negreli Feliciano, Fernanda Pereira Cabral

INTRODUÇÃO

A atuação humana segue essencial mesmo com os avanços tecnológicos em hospitais. Este estudo apresenta a experiência da Lavanderia Hospitalar de um grande hospital do Vale do Aço (Ipatinga-MG), evidenciando como a gestão participativa e transparente, comparação, aliada à comunicação estruturada, contribui para excelência operacional, financeira e humana. O objetivo é mostrar que todas estas ações podem melhorar a satisfação do cliente, aumentar a eficiência financeira e reduzir os riscos.

METODOLOGIA

Comunicações semanais e reuniões bimestrais com as lideranças para alinhamento estratégico e comunicacional.

Participação ativa das lideranças nos planos de ação.

Gestão de enxoval com exigência de durabilidade superior a 3 anos. **Indicadores** comparados em benchmarking.

Redução de consumo de gás natural, estudo da solução via Gerenciamento Matricial de Despesas.

Ações contra evasão de peças, com etiqueta “Peça Rastreada” e pacto com a Enfermagem.

Projetos de clima organizacional, como Escuta Ativa, filmagens com participação da equipe, oportunidades de recrutamento interno e seminário da Hotelaria.

Ações ESG e estudos de viabilidade, com foco em sustentabilidade e otimização de recursos.

das roupas limpas para as unidades da FSFX em quantidade suficiente para os clientes, **contribuindo para a racionalização de tempo, de material e o controle de infecções.**

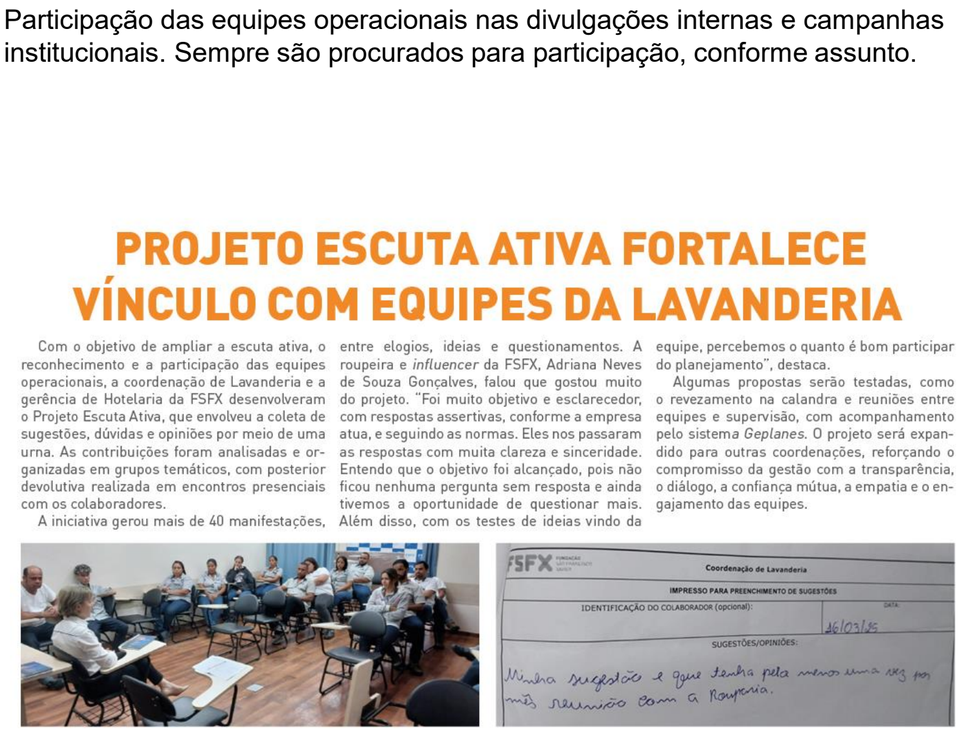
Nos últimos anos, **a Lavanderia passou por uma reestruturação com aquisição de novas máquinas para a maior eficiência e agilidade do setor.** A área também está sempre inovando e **implantou,** junto ao serviço de ergonomia, **pausas de descanso de 10 minutos,** no decorrer do expediente dos colaboradores, para prevenir doenças, como lesões em virtude de movimentos repetitivos e por ficarem em pé na mesma posição por longos períodos. Essa iniciativa, inclusive, foi apresentada em um simpósio de hotelaria e em encontros de Ergonomia.

Outra medida de segurança importante adotada foi a **instalação de uma campainha com lâmpada, para alertar os colaboradores sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) na área crítica,** de contaminação. A Lavanderia também **estimula a qualificação de seus profissionais e a participação deles em oportunidades de promoção dentro das próprias áreas e na Fundação,** se destacando como uma área que gera muitas oportunidades, com diversos colaboradores transferidos para outras atividades.

VEJA MAIS ATIVIDADES QUE SÃO REALIZADAS NA LAVANDERIA.

FSFX FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER 55

Participação das equipes operacionais nas divulgações internas e campanhas institucionais. Sempre são procurados para participação, conforme assunto.


PROJETO ESCUTA ATIVA FORTALECE VÍNCULO COM EQUIPES DA LAVANDERIA

Com o objetivo de ampliar a escuta ativa, o reconhecimento e a participação das equipes operacionais, a coordenação de Lavanderia e a gerência de Hotelaria da FSFX desenvolveram o Projeto Escuta Ativa, que envolveu a coleta de sugestões, dúvidas e opiniões por meio de uma urna. As contribuições foram analisadas e organizadas em grupos temáticos, com posterior devolutiva realizada em encontros presenciais com os colaboradores.

A iniciativa gerou mais de 40 manifestações, entre elogios, ideias e questionamentos. A roupeira e *influencer* da FSFX, Adriana Neves de Souza Gonçalves, falou que gostou muito do projeto. "Foi muito objetivo e esclarecedor, com respostas assertivas, conforme a empresa atua, e seguindo as normas. Eles nos passaram as respostas com muita clareza e sinceridade. Entendo que o objetivo foi alcançado, pois não ficou nenhuma pergunta sem resposta e ainda tivemos a oportunidade de questionar mais. Além disso, com os testes de ideias vindo da equipe, percebemos o quanto é bom participar do planejamento", destaca.

Algumas propostas serão testadas, como o revezamento na calandra e reuniões entre equipes e supervisão, com acompanhamento pelo sistema *Geplanes*. O projeto será expandido para outras coordenações, reforçando o compromisso da gestão com a transparência, o diálogo, a confiança mútua, a empatia e o engajamento das equipes.

Escuta Ativa da Gerência e Coordenação com as Equipes Operacionais, visando entender as ideias, tirar dúvidas, aproximar e contribuir com a gestão.

RESULTADOS

Zero notificações de quebra de requisitos por 9 meses consecutivos.

NPS superior a 94% mensalmente.

Economia superior a R$500 mil com gás natural em 2024 (-16% abaixo do orçamento).

Reposição de enxoval abaixo de R$0,8 milhão/ano, com estoque avaliado em R$3,5 milhões.

Redução de 20% na evasão de peças com estratégias simples e eficazes.

Peso médio de roupas por paciente/dia 4,8kg. Abaixo da meta e abaixo dos demais hospitais ANAHP.

Clima organizacional melhorado com feedback contínuo, oportunidades e protagonismo das equipes.

Etiqueta com a descrição “Peça Rastreada” - solução simples alinhada junto ao fornecedor, gerando grande redução na evasão do enxoval.

HOTELARIA: UM LUGAR DE OPORTUNIDADES NA FSFX

A Hotelaria da FSFX é porta de entrada para muitos colaboradores na Instituição e as lideranças da Lavanderia, Higienização e Nutrição têm buscado estimular a qualificação de seus profissionais, oferecendo novas oportunidades de promoção dentro das próprias áreas e na Fundação.

Segundo a Gerente de Hotelaria da FSFX, Carmem Célia Negreli Feliciano, muitos colaboradores reconhecem a Instituição como um lugar de oportunidades de crescimento profissional. "É nosso compromisso valorizar as nossas pessoas e contribuir para o crescimento profissional", pontua.

O coordenador da Lavanderia, Thiago de Souza Pereira, explica que sempre divulga as possibilidades de crescimento dentro do próprio setor e incentiva a participação dos colaboradores nas oportunidades de recrutamento interno. "Reforçamos que as oportunidades dependem do empenho de cada colaborador, suas entregas diárias no atual cargo e autodesenvolvimento. Entendemos que apoiar o crescimento profissional potencializa a interação, engajamento e motivação da equipe", destaca.

Colaboradores da Hotelaria que foram promovidos nos últimos meses.

Divulgação nos canais de internos da FSFX sobre as oportunidades dadas aos colaboradores enfatizando as últimas promoções.

CONCLUSÕES

A gestão estruturada, focada em comunicação e participação ativa das equipes, foi essencial para os excelentes resultados da Lavanderia Hospitalar, inclusive se comparados aos resultados dos demais hospitais da ANAHP por meio de pesquisa de benchmarking.

A maturidade na condução dos processos, foco em sustentabilidade e formação de lideranças demonstram a viabilidade e eficácia de um modelo de gestão centrado nas pessoas e na melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). *Pesquisa de benchmarking dos serviços de Lavanderia Hospitalar*. Realizada entre fevereiro e março de 2025, com participação de 24 hospitais filiados. Resultado consolidado em 11 de março de 2025.

Fundação São Francisco Xavier (FSFX). *Relatórios corporativos e indicadores institucionais da FSFX – Lavanderia Hospitalar*. Dados internos consolidados referentes aos anos de 2023 a 2025.

A Influência da Acreditação nos Sistemas de Governança das Instituições de Saúde no Brasil

Autor: *Rafael Agostinho*
Coautores: *Maithê Fiori, Raquel Leuenroth, Vanessa Freitas*

INTRODUÇÃO

A saúde é um pilar essencial para o desenvolvimento social e econômico de qualquer nação. No Brasil, a crescente complexidade do sistema de saúde e as demandas populacionais exigem modelos avançados de gestão e governança. A governança hospitalar, caracterizada por práticas que promovem decisões eficazes e orientadas a resultados, é fundamental para alinhar as instituições aos princípios de eficiência, equidade e qualidade. Nesse contexto, a acreditação hospitalar surge como uma ferramenta estratégica, promovendo melhorias na qualidade, segurança e sustentabilidade dos serviços de saúde. A acreditação hospitalar consiste em uma avaliação externa e sistemática que verifica a conformidade das organizações de saúde com padrões rigorosos. Instituições acreditadas apresentam avanços em indicadores como segurança do paciente, eficiência operacional e satisfação de usuários. Além disso, a integração entre governança hospitalar e acreditação fortalece a gestão estratégica, a alocação de recursos e a cultura organizacional voltada à qualidade e segurança.

MÉTODO

Este estudo utilizou uma revisão sistemática da literatura, com base na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), analisando 32 artigos publicados entre 2010 e 2023.

RESULTADOS

Os resultados indicam que a acreditação promove a padronização de processos, a implementação de práticas baseadas em evidências e o fortalecimento de lideranças e equipes multiprofissionais. Além disso, incentiva o engajamento organizacional e a transparência, criando um ambiente hospitalar mais seguro e confiável. Apesar dos benefícios amplamente reconhecidos, o processo de acreditação no Brasil enfrenta desafios estruturais e culturais. Entre os principais obstáculos estão a resistência às mudanças organizacionais, a insuficiência de recursos financeiros e humanos, e as disparidades regionais. Regiões mais vulneráveis enfrentam limitações como infraestrutura inadequada e carência de profissionais capacitados, enquanto o custo associado à acreditação é um fator limitante para muitas instituições públicas e filantrópicas. Entre os benefícios identificados, destacam-se: a redução de eventos adversos, como infecções hospitalares e erros de medicação; a melhoria da eficiência operacional; e o fortalecimento da cultura de qualidade e inovação. Outro aspecto relevante, é que na realidade da Saúde brasileira, para muitas empresas a estrutura de governança corporativa ainda é um desafio. Nesse sentido, os programas de acreditação hospitalar, direcionam requisitos que deliberem e suportem as melhorias processuais a serem implementadas, através das boas práticas de governança, fomentando os pilares da transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa. Adicionalmente, a acreditação aumenta a visibilidade institucional e a competitividade no mercado, conferindo maior confiança aos pacientes e parceiros.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a acreditação hospitalar é mais do que um selo de qualidade. É uma ferramenta estratégica que promove transformações profundas nas práticas de gestão, segurança do paciente e sustentabilidade organizacional. Ao alinhar governança e acreditação, as instituições de saúde podem responder de forma mais eficaz às demandas crescentes, consolidando-se como pilares de um sistema de saúde mais eficiente, seguro e confiável.

Palavras-chave: acreditação hospitalar, governança em saúde, qualidade e segurança, gestão hospitalar.

REFERÊNCIAS

Alástico, G. M., & Toledo, J. C. (2013). Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. Gestão & Produção, 20(4), 815-831. Disponível em: https://www.scielo.br/j/gp/a/pkySnXSCXBYXTBHxCLXFrCb/

Alves, R. J., et al. (2019). Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. Gestão & Produção, 26(3), e3613. Disponível em: https://www.scielo.br/j/gp/a/vYk5yKTqSLvSHJMDb65x7hk/

Cumplido, I. M. (2024). Acreditação hospitalar: os benefícios e as barreiras na implementação da cultura da qualidade. Trabalho de conclusão de curso, Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/72183

Oliveira, J. L. G., et al. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(2), 388-394. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/stPbT8qyFdyQdnnhsh8ygpy/

Acreditação em Serviços de Anestesia: Um Caminho para a Excelência em Gestão

Autor: *Rubens Covello*
Coautores: *Viviane Franco, Raquel Leuenroth, Natalia Vilela*

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade em serviços de anestesia vai além da técnica médica, como garantir um modelo de gestão estruturado e eficiente?
A acreditação em serviços de anestesia, embora recente, tem se consolidado como um fator essencial para a melhoria da gestão nessas organizações. Muitas dessas empresas, ao iniciarem o processo de acreditação, estão em estágios iniciais de maturidade organizacional, frequentemente sem a estrutura necessária, como políticas institucionais, planejamento estratégico e definição clara do modelo de gestão. O principal objetivo da acreditação é garantir altos padrões de qualidade e segurança, resultando em cuidados mais seguros e maior eficiência operacional.

A Acreditação Qmentum, nesse contexto, desempenha um papel transformador ao impulsionar o desenvolvimento da maturidade organizacional, promovendo ajustes estruturais e processuais em serviços que carecem de práticas bem definidas. Este estudo busca analisar o impacto da acreditação na evolução da gestão organizacional nos serviços de anestesia, avaliando como a implementação dos requisitos de acreditação pode resultar em melhorias.

MÉTODO

O estudo adota uma abordagem descritiva e comparativa, combinando métodos quantitativos e qualitativos para analisar o impacto da acreditação na maturidade organizacional dos serviços de anestesia.

Instrumento de Avaliação

- Foi utilizada uma ferramenta de avaliação da maturidade organizacional, que abrange as seguintes dimensões:

  - Estratégia Empresarial
  - Governança e Liderança
  - Processos
  - Pessoas
  - Qualidade e Segurança do Paciente

Cada dimensão foi avaliada por especialistas em uma escala de 1 a 3: 1 - Ausente/Incipiente, 2 - Em implantação e 3 – Consolidado.

População e Amostra

- A amostra foi composta por 8 serviços de anestesia que passaram pelo processo de Acreditação pela metodologia Qmentum em 2024, aplicada pela Quality Global Alliance no Brasil.

Coleta de Dados

1. Avaliação diagnóstica inicial, realizada antes do início do processo de acreditação, com a aplicação da ferramenta de maturidade organizacional e reaplicação da ferramenta logo após o processo de Acreditação.

O intervalo entre as duas avaliações variou de 1 a 2 anos.

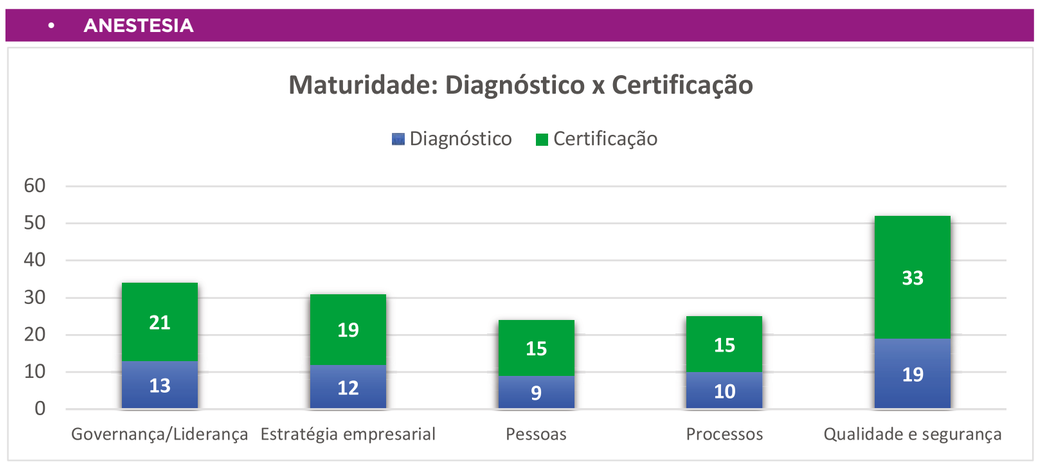
RESULTADOS

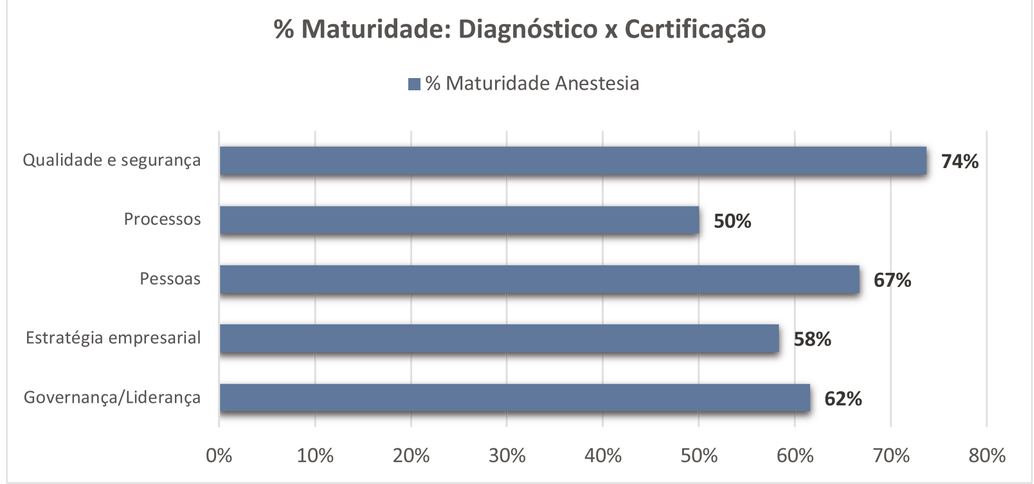
A ferramenta de avaliação de maturidade organizacional permitiu mapear o desenvolvimento dos serviços de anestesia ao longo do processo de acreditação. Os principais avanços observados nas dimensões analisadas são apresentados no gráfico abaixo, que demonstra a evolução percentual em cada área:

- **Qualidade e Segurança:** Evolução de 74%
- **Processos:** Evolução de 50%
- **Pessoas:** Evolução de 67%
- **Estratégia Empresarial:** Evolução de 58%
- **Governança e Liderança:** Evolução de 62%

Esses dados evidenciam o impacto positivo da acreditação no fortalecimento das práticas de gestão organizacional, com destaque para a melhoria nas áreas de qualidade, governança e formação de uma estratégia empresarial mais robusta.

- **ANESTESIA**





CONCLUSÃO

Os resultados indicam que a acreditação tem um impacto significativo e positivo na maturidade organizacional dos serviços de anestesia, promovendo melhorias importantes tanto na gestão quanto nos processos internos dessas empresas.

A análise evidenciou um crescimento substancial em todas as dimensões avaliadas, com destaque para Qualidade e Segurança (+74%), Governança e Liderança (+62%) e Estratégia Empresarial (+58%).

Mais do que um processo de certificação, a acreditação Qmentum se mostra como um catalisador essencial para a profissionalização da gestão em serviços de anestesia, garantindo maior eficiência, segurança e sustentabilidade. Ao investir na acreditação, essas organizações não apenas asseguram padrões elevados de qualidade, mas também consolidam práticas gerenciais robustas que impactam diretamente a segurança do paciente e a excelência operacional.

qga.global

@qgaglobal

A NOVA ERA DO PRONTO SOCORRO: PESSOAS, DADOS E PROCESSOS A SERVIÇO DO CUIDADO

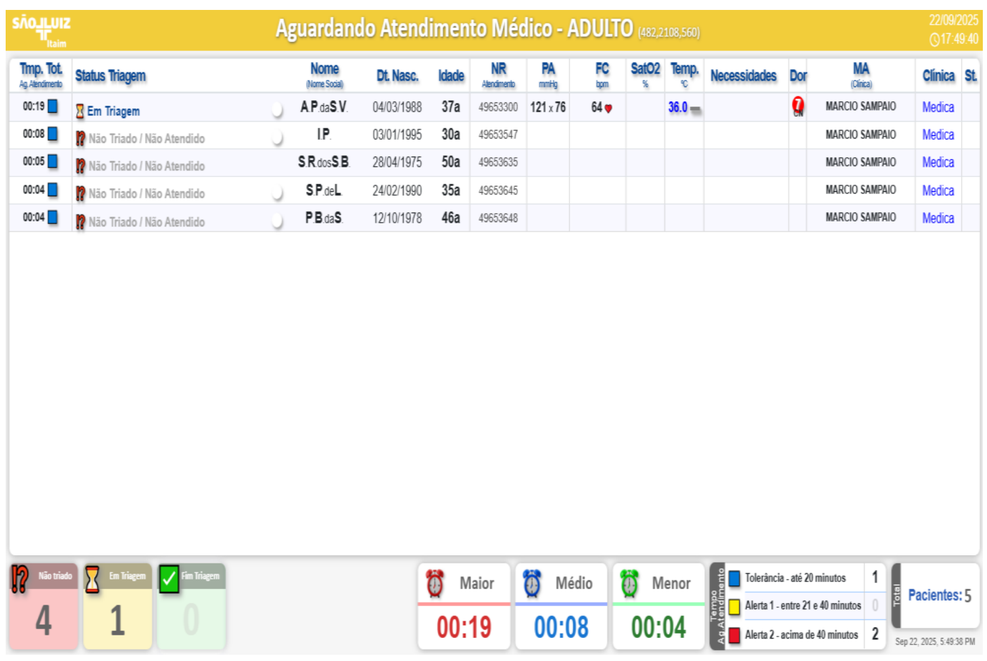
MARCIO CAMPOS SAMPAIO, FERNANDO SANZ SOGAYAR, FABIO QUARTIERI ALVES, MARIANA SILVEIRA DE ALCANTARA CHAUD

INTRODUÇÃO

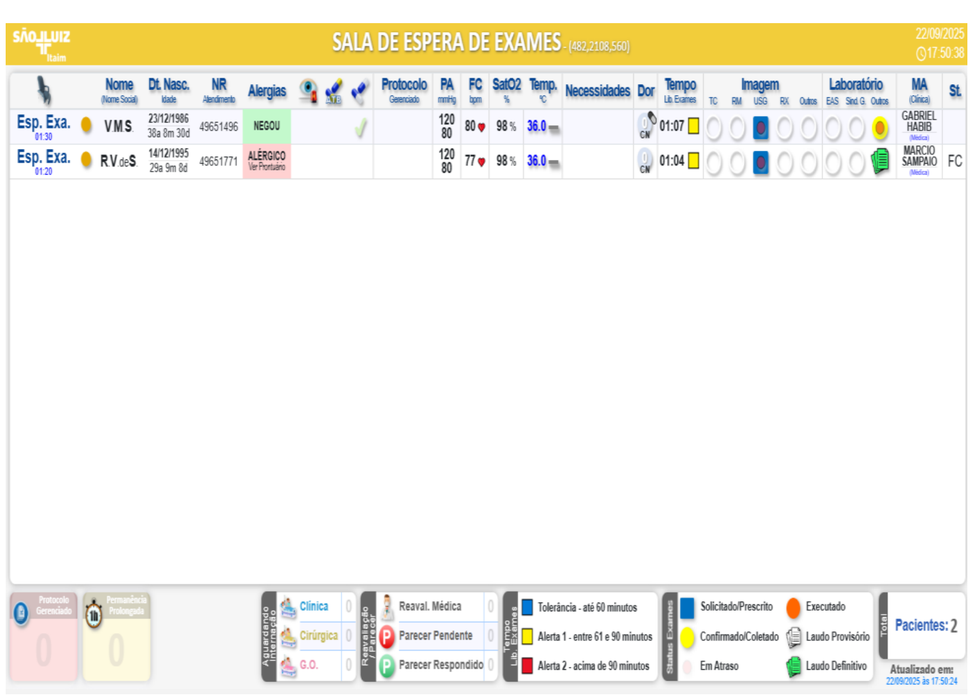
O pronto-socorro é um dos ambientes mais desafiadores para se promover uma experiência positiva ao paciente. Além do volume assistencial elevado e da complexidade clínica dos casos, os fluxos atravessam diversas interfaces administrativas e operacionais. Entre 2022 e o primeiro semestre de 2024, o Net Promoter Score (NPS) da unidade apresentava desempenho crônico insatisfatório, com média histórica de 48,6 e índice mínimo de 37,0 no segundo trimestre de 2024. Esse cenário evidenciou a necessidade de uma intervenção profunda, estruturada e transversal, que reposicionasse o pronto-socorro não apenas como porta de entrada, mas como um espaço de acolhimento, resolutividade e memória positiva.

METODOLOGIA

Adotamos o ciclo PDSA, conforme o IHI, para transformar a experiência no pronto-socorro. Na fase **Plan**, integramos dados históricos em Power BI (produção, tempos assistenciais e NPS) para mapear os principais ofensores e redesenhar a jornada com metas claras e SLAs por etapa. Em **Do**, implementamos painéis operacionais em tempo real acessíveis à liderança e à assistência, segmentamos a equipe médica por função (Smart, Reavaliação e Observação) com alocação guiada por indicadores individuais de tempo e NPS, readequamos a infraestrutura (sala de punção, espera interna, consultórios sinalizados) e padronizamos scripts de comunicação clínica humanizada, aliados à educação contínua e reuniões semanais multiprofissionais. Em **Study**, realizamos monitoramento diário de KPIs, análises de correlação entre SLAs e NPS, auditorias do intervalo prescrição - execução e leitura qualitativa de relatos de promotores e detratores para localizar gargalos. Por fim, em **Act**, ajustamos escalas conforme a curva de demanda, calibramos tempos de reavaliação, padronizamos a alta com sumário clínico e conduzimos feedbacks trimestrais individualizados, reforçando treinamentos e simulações para sustentar as melhorias.



Painel- **Atendimento Médico:** status de triagem, sinais vitais, dor, médico responsável e tempo de espera por paciente em tempo real.

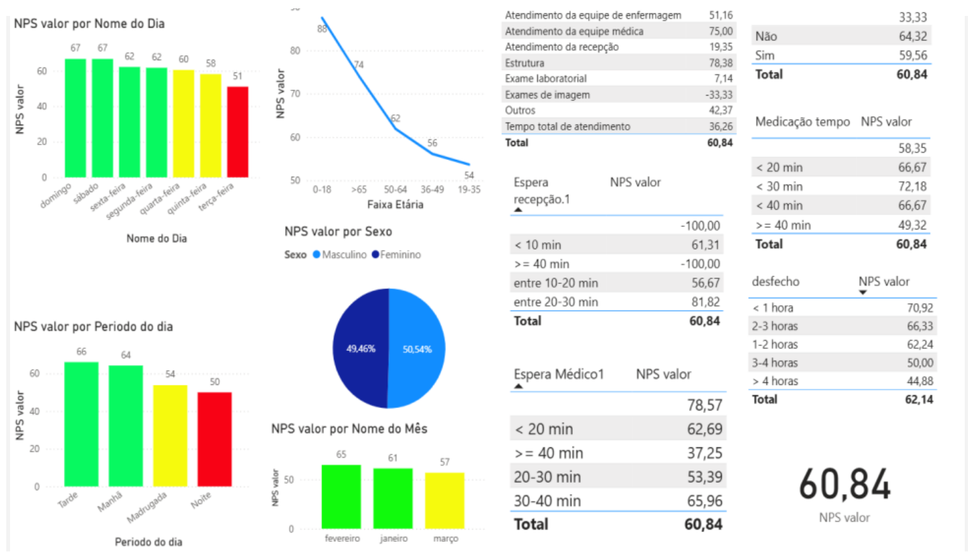


Painel **Gestão-Exames**: Lista de pacientes com status de triagem, sinais vitais, dor,médico responsável e tempo real de espera dos exames.

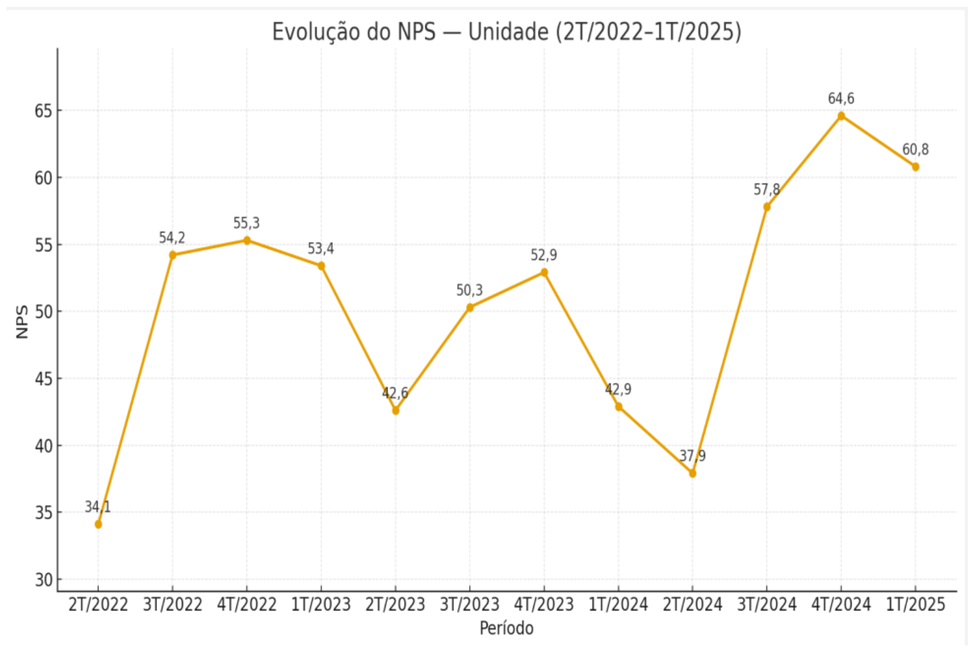
RESULTADOS

O NPS do pronto-socorro apresentou melhora expressiva e sustentada após a intervenção. Historicamente, os trimestres entre 2022 e o primeiro semestre de 2024 apresentaram desempenho insatisfatório, com média de 48,6 e o pior índice registrado no 2º trimestre de 2024 (37,0). Após a implementação do modelo de governança clínica, os resultados evoluíram para 58,6 no 3º trimestre e atingiram 64,6 no 4º trimestre de 2024, consolidando um ganho de +27,6 pontos em relação ao pior momento e +16,0 pontos acima da média histórica.

Essa melhoria foi alcançada mesmo diante de aumento da demanda assistencial e complexidade dos atendimentos, e reflete diretamente a eficácia das ações implementadas: reorganização dos fluxos, uso de painéis em tempo real, capacitação médica contínua e articulação com áreas de apoio. Além dos indicadores objetivos, os relatos qualitativos reforçam a mudança de percepção do paciente, com ênfase na agilidade do atendimento, empatia da equipe e resolutividade dos casos. A manutenção da tendência positiva no primeiro trimestre de 2025, com NPS de 60,84, confirma a consolidação do novo modelo assistencial e sua sustentabilidade ao longo do tempo.



Dashboard de NPS (Power BI): NPS global trimestral de **60,84** com cortes por dia/turno/mês/sexo/idade e tempos de espera de processos.



Evolução do NPS: série trimestral da Unidade, 2T/2022–1T/2025.

CONCLUSÕES

O projeto consolidou um novo paradigma de atendimento no pronto-socorro, sustentado por três eixos: dados, processos e pessoas. A governança clínica aplicada ao tempo real, com uso de painéis analíticos e gestão ativa, transformou a experiência do paciente, tornando-a mais fluida, segura e resolutiva. Além dos resultados numéricos, houve ganho de cultura assistencial, fortalecimento do compromisso com a escuta e maior integração entre as áreas clínicas e operacionais.

Transformar um pronto-socorro vai além da otimização de fluxos: representa o resgate da confiança do paciente no sistema de saúde. Quando a escuta se consolida como ferramenta clínica e a gestão do tempo se alinha à empatia, a experiência torna-se parte integrante do cuidado. O resultado não é apenas assistencial — é cultural. Um serviço que aprende, se adapta e se humaniza gera, mais do que indicadores, memórias positivas e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

1. THE CLEVELAND CLINIC FOUNDATION. *Communicate with H.E.A.R.T.® – S.T.A.R.T. with Heart®: Participant Notes*. Cleveland: Cleveland Clinic, **2020**. **2 p.** Disponível em: https://my.clevelandclinic.org/-/scassets/files/org/patient-experience/experience-partners/cwh-handout.pdf. Acesso em: 22 set. 2025.
2. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Model for Improvement*. [S.l.]: IHI, [s.d.]. Disponível em: https://www.ihi.org/library/model-for-improvement. Acesso em: 22 set. 2025.

Antissepsia cirúrgica das mãos com preparações alcóolicas: Custo efetividade e sustentabilidade no cenário de saúde pública

Adriana Ribas, Bibiana Alves, Elaine Pio, Débora Duarte, Thiago Oliveira

INTRODUÇÃO

A gestão hospitalar busca conciliar segurança assistencial, sustentabilidade e viabilidade financeira. A área cirúrgica, em sua complexidade, é um local oportuno para inovações que buscam a otimização dos seus recursos. Diante dessa questão, introduziu-se um antisséptico alcoólico instantâneo para substituir a tradicional escovação cirúrgica com clorexidina na preparação médica, configurando-se como uma alternativa moderna e ecologicamente mais viável. Nosso objetivo foi avaliar os impactos financeiros e ambientais da implantação deste produto em um hospital público de alta complexidade no estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, comparando dados das técnicas de antissepsia cirúrgica em dois períodos, sendo: Período 1 de 06/2023 e 06/2024; e período 2 de 06/2024 a 06/2025.
O consumo de escova com clorexidina e Antisséptico Alcoólico Instantâneo (AAI) foi mensurado utilizando o sistema de gestão informatizado. Após a implementação da AAI, monitoramos mensalmente a redução do consumo de escovas e o aumento do uso do antisséptico. Por amostragem, comparamos os dois procedimentos, utilizando o cálculo médio de três profissionais por procedimento, sendo: o tempo de execução das duas técnicas de antissepsia, nos quais os profissionais realizaram ambas as práticas de forma cronometrada; em relação ao consumo de água, foi utilizado um recipiente coletor instalado em uma pia com sensor automático para medir o volume de água diante da técnica aplicada; quanto a geração de resíduos e o peso da escova, avaliamos que após a técnica de antissepsia o peso foi de 30g.

Acervo pessoal: Cálculo prospectivo referente a economia de resíduos hospitalares e consumo de água por profissional e procedimento.

Acervo pessoal: Monitoramento no consumo de Antisséptico alcoólico instantâneo (AAI) por profissional e tempo da técnica de higienização.

RESULTADOS

No período 1 utilizou-se 34.095 escovas de clorexidina (R$63.075), comparado com AAI no período 2 houve, foi consumido 237 bags (R$23.700), totalizando uma redução de R$39.375. Com a utilização da técnica de escovação degermante o consumo de água foi de 6,35L por profissional, após a implementação da AAI evidenciou-se a economia anual de 612.000L de água (R$85.680), esse valor deve-se ao aumento considerável de cirurgias com base na atualização do contrato de gestão da unidade. Houve também uma economia anual de 1.022kg de resíduos.
A técnica com escova de clorexidina, teve uma duração média de 3 minutos. A técnica com AAI, teve uma redução de 50% do tempo (1’30”). A implementação da AAI gerou economia anual de **R$125.056**, promovendo mudança cultural, sustentabilidade financeira e ambiental.

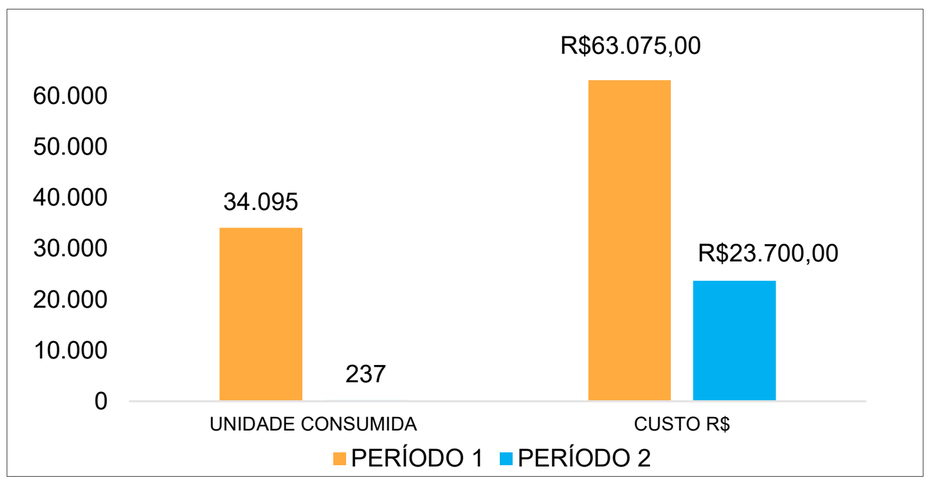


Gráfico 1: Acompanhamento mensal no consumo de Escova Cirúrgica e consumo do Antisséptico Alcoólico Instantâneo.

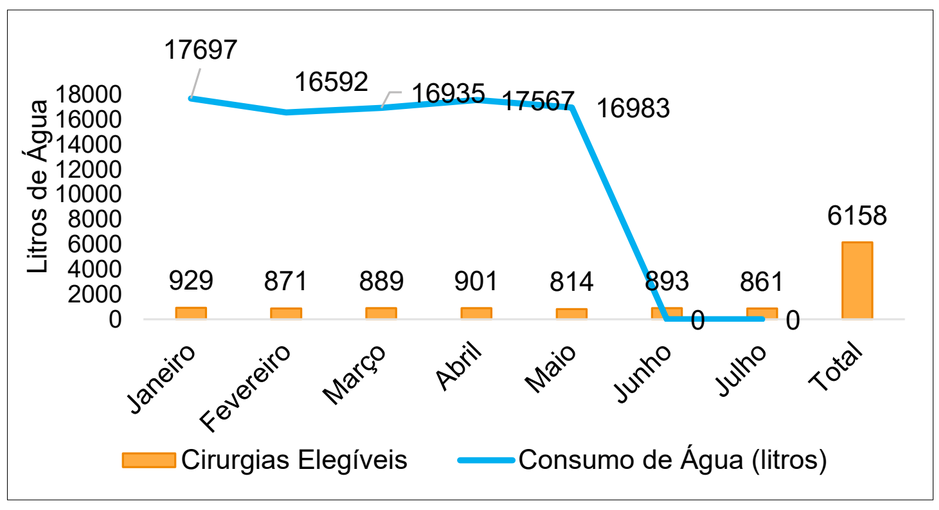


Gráfico 2: Monitoramento mensal no consumo de água

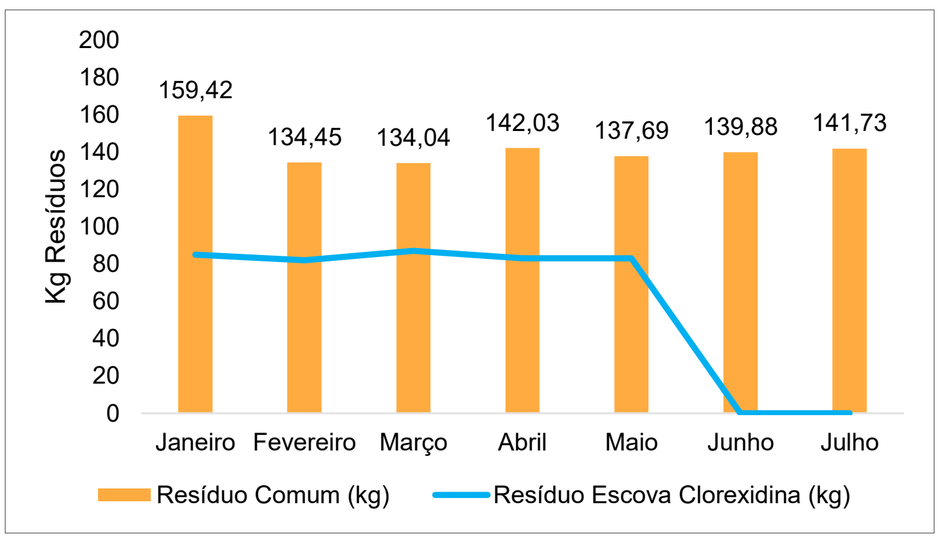


Gráfico 3: Monitoramento mensal do resíduo gerado pelo descarte da escova de clorexidina.

CONCLUSÕES

A substituição da escovação cirúrgica convencional pelo uso do antisséptico alcoólico instantâneo, associada à tecnologia implantação de nova tecnologia, promoveu benefícios significativos à instituição, sendo eles: redução de custos operacionais, sustentabilidade ambiental efetiva e manutenção da segurança do paciente. A intervenção demonstra que inovação e sustentabilidade não apenas podem coexistir, mas se complementam na construção de sistemas de saúde resilientes, centrados em valor e responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Guia de Boas Práticas em Centro Cirúrgico. Brasília: COFEN, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Segurança do Paciente em Cirurgia Segura. Brasília: MS, 2016.

APLICAÇÃO DA FERRAMENTA LEAN NA LINHA MATERNO-INFANTIL: desmobilização, eficiência e qualidade

Raphael Rodrigues da Silva, Adrianne Calumby, Roberta Ormond Lomba. Monique Francisco de Paula, Thábata Chrístie da Silva Rosa, Márcia Rejane da Silva Valentim

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos serviços de saúde, especialmente na linha de cuidado materno-infantil, tem exigido a adoção de estratégias que promovam a eficiência operacional e assistencial, a qualidade do atendimento e o uso racional dos recursos. Nesse cenário, a metodologia LEAN tem se destacado como ferramenta de gestão eficaz para a eliminação de desperdícios, reorganização de fluxos e otimização de processos. Este estudo teve como objetivo geral analisar os impactos da aplicação da metodologia LEAN na linha de cuidado materno-infantil, com foco na desmobilização de recursos, na melhoria da eficiência operacional e na qualidade assistencial. Como objetivos específicos, buscou-se: (1) identificar os efeitos da reorganização dos fluxos de trabalho sobre o consumo de materiais e o banco de horas dos profissionais; (2) avaliar as percepções dos profissionais de saúde sobre a implementação do LEAN e seus reflexos na qualidade do atendimento prestado; e (3) estratificar a redução do custo com enxoval e banco de horas.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualiquantitativa, com delineamento do tipo estudo de caso. Estudo realizado no Complexo Hospitalar de Niterói – CHN/RJ, utilizando uma amostragem dos 4 primeiros meses de 2025. Os dados quantitativos foram tratados com estatísticas descritivas no Excel® com acompanhamento diário da taxa de ocupação, headcount, banco de horas, otimização de recurso humano com remanejamentos, leitos operacionais e estimativa de eficiência financeira. Os dados qualitativos analisados conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo.

MONITORAMENTO - PLANO DE CAPACIDADE PLENA E DESMOBILIZAÇÃO (PCPD) - LINHA MATERNO INFANTIL

	UNIDADE	LEITOS DISPONÍVEIS	LEITOS OCUPADOS	LEITOS VAGOS	%OCUP	NÍVEL	ENF	Redução HC/24H	Ação	TÉC	Redução HC/24H	Ação	FISIO	Redução HC/24H	Ação	MÉDICO	Redução HC/24H	Ação	ASG	Redução HC/24H	Ação	ENXOVAL
PEDIATRIA	5º UIII	10	0	10	0,00%	Nível V	1		Vivian remanejada para OO; Amanda (FO)	2		Rosiane e Gabriela remanejadas para Bandar;Marcia Ribeiro(permuta neg); Sueste e Luana remanejadas para 6 andar										R$ 3.108,60
	6º UIII	10	3	7	30,00%	Nível V	1			2	11	Cristina permuta neg; Vinicius(FO); Bruna permuta neg; Nair(BH)										R$ 2.176,02
	7º UIII	5	0	5	0,00%	Nível V	1		Rosi(FO)	3	22	Alexsandra(BH); Rayssa permuta neg; Ana Carolina (BH); Debora remanejada para OO										R$ 1.554,30
MATERNIDADE	8º UIII	20	0	20	0,00%	Nível V	1		1 vaga; Fernanda SN(assume 8 e 9)	3	22	Helena(BH); Nicoli(FO); Beatriz(BH)										R$ 6.217,20
	9º UIII	18	5	13	27,78%	Nível V	1		Elisangela assume (8 e 9); Carla(fo)(TRE)	3	11	Patricia permuta neg Thais(FO); Alexsandra(BH); Brenda permuta neg;										R$ 4.041,18
TERAPIA INTENSIVA	UTI NEO	20	14	6	70,00%	Nível III	9		Irene(Fo); Linda(FR); Patricia(FO)													R$ 24,90
	CTI PED	15	8	7	53,33%	Nível IV	7	22	Michele(BH); Ana Flavia(FO); Tatiane(FO); Iliana remanejada para UPE													R$ 2.023,63
EMERGÊNCIAS	UPE	6	0	6	0,00%	Nível V	3		Suellen remanejada para OO; Maria Luisa(NISE); Jessica(UC Mat)													
	UGO	2	0	2	0,00%	Nível V	1		Amanda(FO); Tatiana (ATM)													
TOTAL		98	30	68	30,61%	Nível V	25	22		13	66		0	0		0	0		0	0		R$ 19.145,83

DATA: 25/12/2024

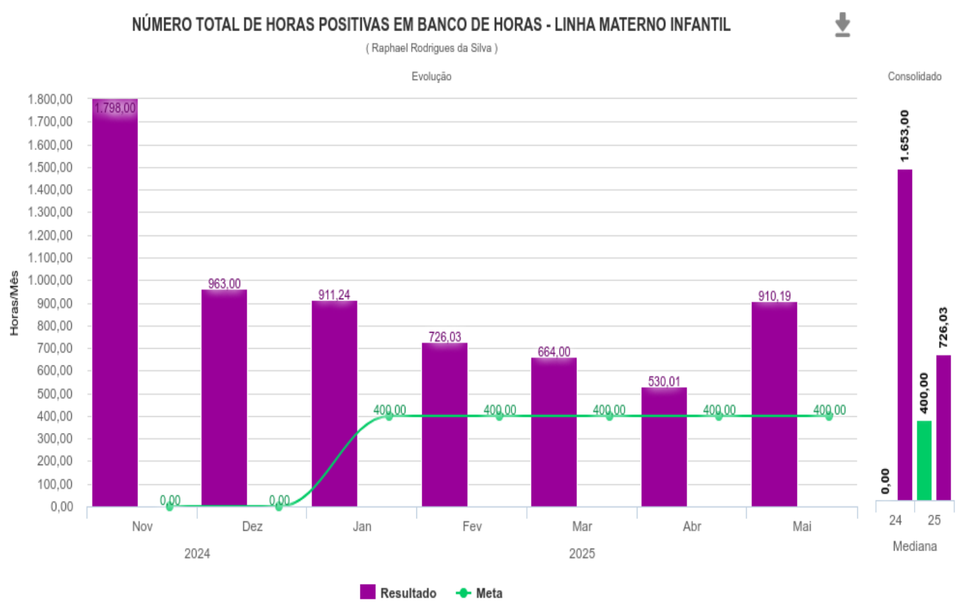
Leito	R$ ENXOVAL/LEITO
Materno	299,13
Pediatria	299,13
UTI NEO	4,15
CTI PED	277,36
Acompa.	11,73

Ocupação	
Nível1	Entre 100-93%
Nível 2	Entre 92-84%
Nível 3	Entre 83-70%
Nível 4	Entre 69-50%
Nível 5	Entre 49-0%

Horas Reduzidas (BH)=	88
Total de remanejamento=	6
Total de folga TRE=	1
Total de Permuta=	4
Total de Atestado Médico(ATM)=	1
$ estimado enxoval reduzido=	R$ 19.145,83

REDUÇÃO DE BANCO DE HORAS			
Categ.	$ Plantão	$ Redução	Qtd. Hs.
$ Enfº	R$ 43,30	R$ 952,60	22
$ Téc	R$ 22,84	R$ 1.507,44	66
$ Total Hs Reduzidas		R$ 2.460,04	88

Fonte: Planilha de acompanhamento e monitoramento diário de capacidade e desmobilização. 2025



Fonte: Sistema Interact. Indicador de Estrutura. Assistência. Linha Materno Infantil. Indicadores de Estrutura. 2025

RESULTADOS

A aplicação do LEAN evidenciou redução significativa de atividades que não agregam valor, como tempos de espera, movimentações desnecessárias e estoque excessivo de materiais. Intervenções como a reorganização de fluxos e padronização de procedimentos resultaram em maior agilidade nos atendimentos e utilização mais racional de recursos. A implementação de ferramentas como o mapeamento de fluxo de valor (Value Stream Mapping) permitiu identificar gargalos e propor soluções eficazes. No contexto materno-infantil, isso incluiu a melhoria no consumo, disposição e até mesmo extravio de enxoval, continuidade do cuidado pós-parto com disposição de leito e equipe especializada e redução de banco de horas na desmobilização. Como parte da desmobilização de recursos, foi observada uma significativa redução no banco de horas acumulado pelas equipes assistenciais, refletindo uma maior eficiência na alocação de profissionais e eliminação de sobrecargas desnecessárias, embora possamos notar uma elevação esperada relacionada ao início da sazonalidade Além disso, o consumo de enxoval hospitalar foi otimizado, reduzindo desperdícios por meio de um controle mais rígido e da reorganização dos fluxos de utilização. Os indicadores de qualidade, como taxas de satisfação de usuários e resultados clínicos, demonstraram avanços significativos. As equipes também relataram maior engajamento e satisfação no trabalho, atribuídos à participação ativa no processo de melhoria.

RESULTADO PCPD - DEZEMBRO/24 - LMI

REDUÇÃO DE BANCO DE HORAS			
Categ.	$ Plantão	$ Redução	Qtd. Hs.
$ Enfº	R$ 43,30	R$ 12.383,80	286
$ Téc	R$ 22,84	R$ 7.057,56	309
$ Total Hs Reduzidas		R$ 19.441,36	595

TOTAL DE HORAS TRABALHADAS	
Total de remanejamento	69
Total de folga TRE	11
Total de Permuta	71
TOTAL GERAL	151

SAVING - CUSTO COM ENXOVAL	
Redução enxoval	R$ 150.641,46

RESULTADO PCPD - TOTAL GERAL/24 -

REDUÇÃO DE BANCO DE HORAS			
Categ.	$ Plantão	$ Redução	Qtd. Hs.
$ Enfº	R$ 43,30	R$ 19.528,30	451
$ Téc	R$ 22,84	R$ 9.821,20	430
$ Total Hs Reduzidas		R$ 29.349,50	881

TOTAL DE HORAS TRABALHADAS	
Total de remanejamento	146
Total de folga TRE	19
Total de Permuta	98
TOTAL GERAL	263

SAVING - CUSTO COM ENXOVAL	
Redução enxoval	R$ 272.625,99

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

CONCLUSÕES

A aplicação da metodologia LEAN na linha de cuidado Materno-Infantil demonstrou-se uma estratégia eficaz para promover melhorias significativas na gestão dos recursos e na qualidade assistencial. A reorganização dos processos permitiu a redução de desperdícios, como observado na diminuição do consumo de enxoval e na queda do banco de horas dos profissionais, além de promover uma assistência mais eficiente e centrada no paciente.

A desmobilização de recursos humanos e materiais, embasada em dados e planos estruturados, contribuiu para o uso racional da capacidade instalada, sem prejuízo à segurança e à qualidade do atendimento. Os ganhos operacionais foram acompanhados de maior engajamento das equipes e percepção positiva por parte dos usuários, refletindo um sistema mais integrado e resolutivo.

Dessa forma, o estudo confirma o potencial do LEAN como ferramenta transformadora no contexto hospitalar, especialmente em áreas sensíveis como o cuidado materno-infantil. Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a análise de indicadores assistenciais e econômicos ao longo do tempo, visando consolidar a cultura da melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COSTA, A. A. (2022). Desmobilização hospitalar baseada em indicadores: estudo em maternidade pública. *Revista Brasileira de Gestão em Saúde*, 13(2), 37-48.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Lean in Healthcare: Principles and Practices. Cambridge, 2020.

JOHNSTON, M. E.; CRISP, B. R. Lean thinking for healthcare. International Journal of Health Care Quality Assurance, v. 27, n. 4, p. 358-372, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

NEVES, A. P.; BRAGA, A. M. Planejamento de desmobilização hospitalar: estratégia de gestão em tempos de crise. *Gestão & Saúde*, 8(2), 44-55. 2017.

RADNOR, Z.; HOLWE, M. Lean in healthcare: the unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371. 2010.

SILVA, R. et al. Implementação de Metodologias Enxutas na Saúde: Uma Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Administração Hospitalar, v. 38, n. 2, p. 45-60, 2022.

SILVA, R. F.; Moraes, A. C.; Batista, M. J. Lean healthcare e eficiência de custos em hospitais obstétricos. *Revista de Administração em Saúde*, 22(1), 12-25. 2022.

SOBRAL, F. et al. Fundamentos de Administração. São Paulo: Pearson, 2020.

SOBRAL, F.; Pimenta, R.; Valle, A. *Gestão estratégica de organizações de saúde*. São Paulo: Elsevier. 2020.

SOUZA, C. M. et al. Gestão Enxuta na Atenção Materno-Infantil: Estudo de Caso em Hospitais Brasileiros. Ciências da Saúde, v. 12, n. 1, p. 32-48, 2023.

SOUZA, T. A.; Andrade, M. E.; Martins, D. S. Lean Six Sigma na saúde materno-infantil: redução de desperdícios e melhoria na qualidade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23(1), 45-54. 2023.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Apresentação dos Resultados do Setor da Qualidade como Ferramenta de Melhoria no Hospital

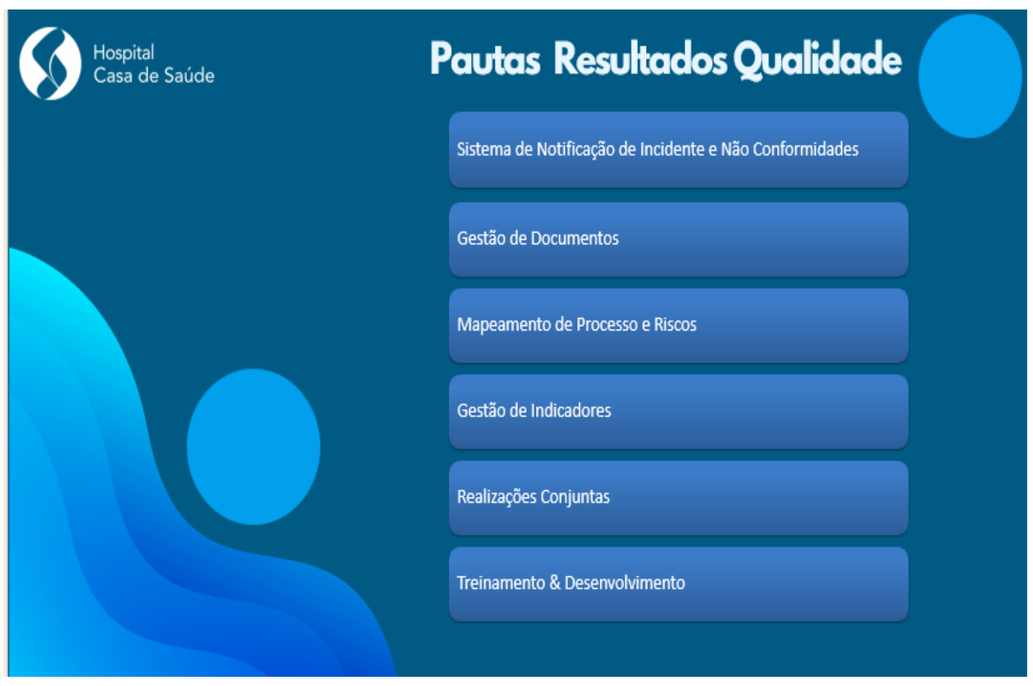
Simone Cordeiros dos Santos, Camila Cristina Cortiço Pontes de Abreu, Vanessa de Pinho Sitta, Paulo Inacio Bueno

INTRODUÇÃO

O setor de Qualidade atua de forma estratégica para assegurar que os serviços hospitalares sigam boas práticas em saúde, com foco na segurança do paciente. Entre as principais atividades estão: análise de incidentes e não conformidades, gestão documental, mapeamento de processos e riscos, indicadores, auditorias internas, apoio a visitas multidisciplinares e implantação de protocolos.
Objetivo: Promover a transparência e a comunicação efetiva com a gestão institucional, por meio da apresentação sistemática das atividades realizadas e das pendências identificadas.

METODOLOGIA

No início do ano de 2025, foi instituída a apresentação mensal de indicadores e dados estratégicos relacionados à gestão da qualidade assistencial. Os principais itens abordados incluem: número total de notificações registradas, classificação dos tipos de eventos notificados no período, notificações com atraso na resposta, notificações consideradas efetivas, novos procedimentos implantados e disponíveis para consulta, além da análise de indicadores e seus respectivos resultados. Também são destacados pontos críticos que demandam atenção e direcionamento da gestão. Essas reuniões contam com a participação ativa de gestores, gerências e da diretoria técnica, favorecendo a discussão multidisciplinar e a definição de ações corretivas e de melhoria contínua nos processos institucionais.



Exemplo da apresentação realizada e as pautas que serão discutidas

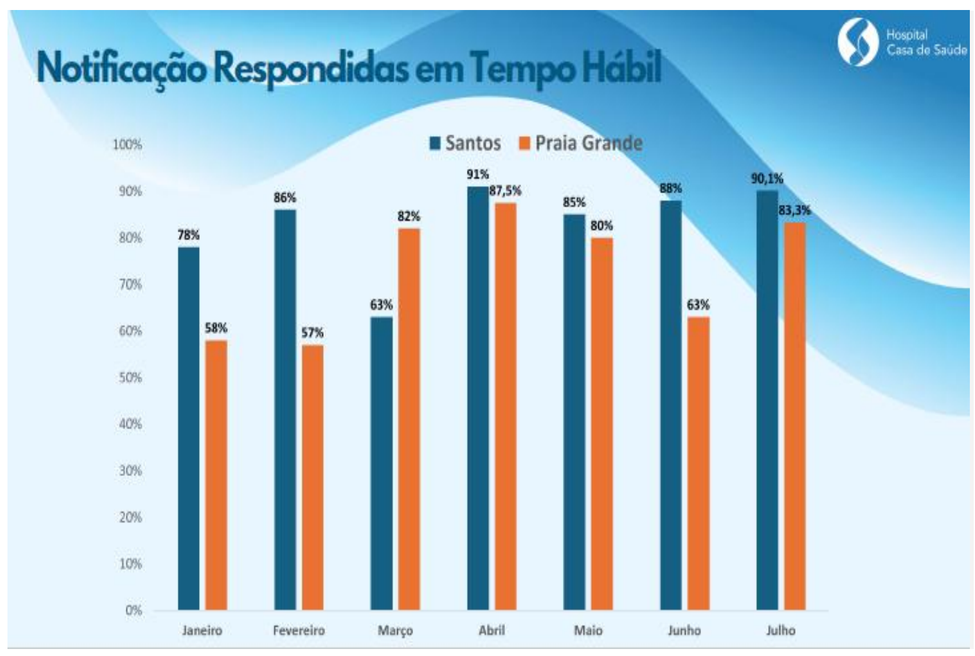
Exemplo da apresentação realizada e as notificações não efetivas que serão discutidas

.

RESULTADOS

A realização das reuniões mensais tornou-se um marco na instituição, promovendo o alinhamento entre os gestores e os pontos críticos para a melhoria, impulsionando ações voltadas à conquista de padrões de qualidade assistencial. Segue resultados de 2025 em média recebemos 221 notificações mês, 80% dessas são respondidas em tempo hábil e 86% classificadas como efetivas.

Exemplo da Apresentação com os Pontos Importantes que foram concluídos e que estão em andamento.



Exemplo da Apresentação coma evolução das notificações que estão sendo respondida no tempo adequado..

CONCLUSÕES

A implementação das reuniões mensais promoveu o alinhamento estratégico em relação aos aspectos críticos necessários para o alcance de padrões de qualidade assistencial, contribuiu para a integração das equipes e para a sistematização das ações voltadas à melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente [livro eletrônico] / Organização Mundial da Saúde; tradutor Fernando Alves Esbérard Leite. – Leme, SP: Mizuno, 2021.

APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE MATERIAIS: ESTRATÉGIAS DE MINIMIZAÇÃO DE DESPERDÍCIOS

Mattos, Ana Beatriz; Ferreira, Renata; Barboza, Alan Silva.

INTRODUÇÃO

A redução de desperdícios é uma estratégia fundamental para a sustentabilidade e a eficiência nos serviços de saúde.
Envolve a identificação e o controle de perdas de materiais, medicamentos, tempo e recursos, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, reduzir custos e minimizar impactos ambientais.

METODOLOGIA

Foram selecionadas sete áreas assistenciais, que tiveram algum apontamento durante visita de acreditação para aplicação do projeto de redução de desperdícios de material médico hospitalar.
Em cada setor, foram realizadas duas visitas estratégicas, com o objetivo de avaliar a situação e a gestão dos estoques descentralizados.
As visitas foram conduzidas em duplas, com a participação de um representante do suprimentos e da equipe multidisciplinar.
No período de novembro a janeiro de 2024 foram realizadas duas visitas por setor, onde foi aplicado o formulário Visita Técnica – Suprimentos (fig.1) com 35 perguntas, elaborado com base em critérios de boas práticas de gestão de materiais.
O instrumento avalia aspectos como organização do estoque, presença de materiais em excesso, identificação adequada, validade dos produtos e condições de armazenamento dos itens.
As respostas foram analisadas para identificar as não conformidades, orientar intervenções e acompanhar a evolução dos setores ao longo do tempo.
Foram realizadas também campanhas de conscientização do uso racional de insumos, expostos em diferentes meios de comunicação do hospital, como e-mail, totem e painéis informativos (fig. 2).

FORMULÁRIO DE VISITA TÉCNICA – TAXA DE CONFORMIDADE

Unidade:			
Representante da Unidade:		Data:	
Responsáveis pela visita:			
REQUISITOS	**C**	**NC**	**OBSERVAÇÕES**
Gerais			
1. Os materiais estão devidamente identificados?			
2. A quantidade dos materiais está de acordo com o preconizado?			
3. O estoque de materiais é centralizado em apenas um único ponto?			
4. O estoque está devidamente limpo e organizado?			
5. Há espaço suficiente para comportar os materiais?			
6. Há a presença de materiais com embalagem danificada?			
7. São feitas requisições semanais?			
8. São necessárias muitas requisições extras durante a semana?			
9. Há a presença de material não pertencente ao elenco do setor?			
10. É realizado o controle de validade periodicamente? De quanto em quanto tempo? (Ideal: mensalmente)			
11. Há a presença de materiais próximos a validade?			

Fig. 1: Formulário Visita Técnica – Suprimentos ICHC

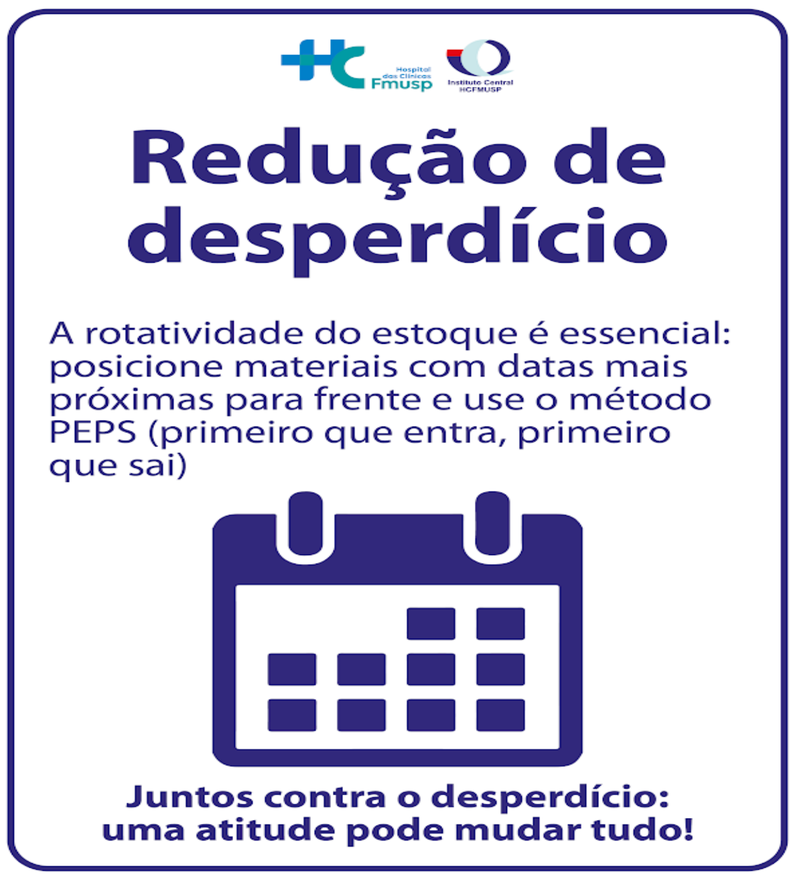


Fig. 2: Comunicação publicadas na instituição.

RESULTADOS

Nesse período, observou-se uma melhoria geral de 4,79% nos indicadores de conformidade.
Durante a primeira visita foi identificado 1 área com 100% de conformidade, 3 áreas com 90%, 2 áreas com 80% e 1 com 70%. Já na segunda visita, foram identificadas 2 áreas com 100%, 3 áreas com 90% e 2 áreas com 75%, conforme fig. 3.
Destacando que na segunda visita todas as áreas adequaram a identificação dos insumos, de acordo com o padrão estabelecido. Na enfermaria da oftalmologia observou-se a redução do consumo valorado de R$23.742,66 (26%).

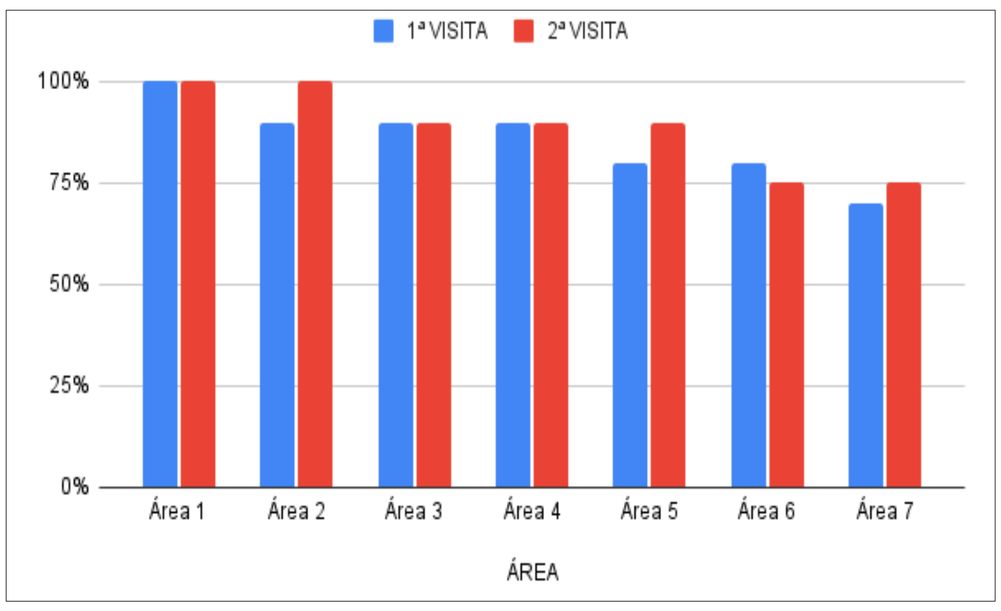


Fig. 3: Taxa de conformidade

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstram que intervenções simples, como a aplicação de formulários de conformidade em visitas presenciais e ações educativas, podem gerar impactos positivos na redução de desperdícios.
A melhoria observada nos setores avaliados reflete o potencial de iniciativas baseadas na conscientização e no monitoramento contínuo.
A boa aceitação dos colaboradores foi um fator decisivo para o sucesso da proposta, reforçando a importância do trabalho em equipe e da sensibilização no ambiente hospitalar. O projeto se mostra promissor e pode ser expandido para outras áreas, promovendo uma cultura de uso racional de recursos.

REFERÊNCIAS

LEE, V. J. H.; LIMA, A. F. C. Gerenciamento de custos hospitalares: significados atribuídos por diretores de divisão de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 38, 2025.
MARKETING. **8 boas práticas para armazenagem de insumos hospitalares**. Disponível em: <https://engeclinic.com/armazenagem-de-insumos-hospitalares>. Acesso em: 12 jun. 2025.

Auditoria Interna – Estruturação do Processo e Formação dos Auditores na Busca pela Melhoria Contínua

Thais Marchione Gomes, Letícia Almeida Lopes, Thamires Afonso Pacheco dos Santos

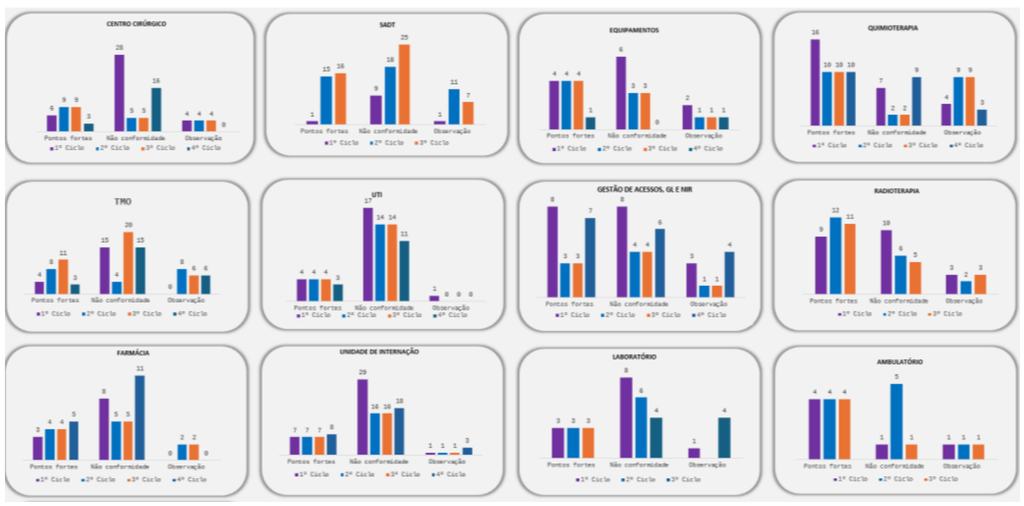
INTRODUÇÃO

A auditoria interna é uma ferramenta de apoio para gestão na tomada de decisão, auxilia a instituição para identificar os problemas de segurança do paciente, e melhora a qualidade na prestação dos serviços. Com o objetivo de fortalecer a cultura de qualidade e estimular a melhoria contínua nos processos institucionais, o hospital iniciou um projeto para formar um time interno de auditores. A ideia partiu da necessidade de ampliar o olhar crítico dentro dos setores e promover o envolvimento direto dos colaboradores na avaliação das práticas adotadas no dia a dia, seguindo os critérios da metodologia Qmentum e as legislações vigentes.

METODOLOGIA

As inscrições foram abertas a todos os profissionais da instituição que demonstraram interesse em participar das auditorias internas. Após essa etapa, contratamos uma consultoria externa responsável por conduzir a capacitação da equipe. O processo formativo teve duração de cerca de quatro meses e abordou, os pontos que devem ser avaliados em cada setor, além da postura esperada de um auditor interno. Finalizada a capacitação, organizamos um cronograma com as datas das auditorias, os setores a serem avaliados e a composição das equipes. Cada área foi auditada por três profissionais, também estruturamos um checklist orientador com os itens que deveriam ser avaliados em cada setor. Ao fim de cada auditoria, a equipe elaborava um relatório contendo os pontos fortes identificados, as não conformidades e as oportunidades de melhoria. Esse material era encaminhado ao gestor do setor, junto com uma ferramenta 5W2H, para que fossem definidos os planos de ação e realizada a devolutiva encaminhamos um forms para que a liderança avaliasse os auditores que visitaram o setor.

Time de Auditores Internos – Capacitação realizada com certificação do time



Painél de resultados – Auditoria Interna 4º Ciclo.

RESULTADOS

Realizamos três ciclos de auditorias internas, tivemos um total de 106 pontos de observação, 377 não conformidades e 233 pontos fortes, como parte do processo de desenvolvimento dos auditores, em cada ciclo de auditoria os gestores auditados receberam uma pesquisa para avaliar a atuação de cada membro da equipe, considerando critérios como postura, pontualidade, coerência nas abordagens e domínio do processo. A partir dessa avaliação, os auditores foram classificados em três níveis: **Auditor Líder** – pontuação igual ou superior a 75%; **Auditor Júnior** – pontuação entre 50% e 74%; **Auditor Trainee** – pontuação entre 0% e 49. O objetivo é que cada grupo de auditores seja formado por profissionais em diferentes níveis de experiência, promovendo o aprendizado contínuo e permitindo que, a cada nova rodada de auditorias, os participantes tenham a oportunidade de crescer e mudar de posição conforme seu desempenho.

Time de Auditores Internos

Instrumento de auditoria						
Área	Padrão	C	PC	NC	NA	Observação
Liderança	Qual o perfil epidemiológico da unidade?					
	Há escala de trabalho com dimensionamento adequado?					
	Há escala diária de serviços conforme necessidade do setor?					
	Os papéis e responsabilidades estão sinalizados?					
	Como é o processo de seleção e contratação de profissionais?					
	Quais são os requisitos mínimos para contratação?					
	Como é definido as necessidades de treinamento e atualização de cada profissional?					
	Quais os indicadores de acompanhamento da unidade?					
	Os gestores seguem critérios determinados para recrutar e selecionar os membros da equipe com base em suas qualificações, experiência e papel dentro da equipe.					
	Frequentemente, os gestores verificam se cada membro da equipe tem as qualificações necessárias, incluindo credenciais e licenças atualizadas, conforme aplicável.					
	O gestor avalia regularmente o desempenho de cada membro da equipe de forma objetiva, interativa e positiva, e documenta essas informações em seu arquivo funcional.					
	Cada membro da equipe tem um plano de desenvolvimento profissional, que consta de seu arquivo funcional.					
	O gestor monitora e atende às necessidades de desenvolvimento profissional, treinamento e educação continuada de cada membro da equipe, e documenta essas informações em seus arquivos funcionais					
	Como é trabalhado as rops na unidade?					
	O gestor segue critérios estabelecidos pela organização para, de forma justa e equitativa, designar membros da equipe a determinados pacientes e outras responsabilidades					
Qualidade e segurança	A equipe sabe identificar o mapeamento de processos de sua área?					
	A equipe conhece o mapa estratégico da instituição?					
	A equipe assistencial sabe identificar os indicadores de sua unidade?					
	Colaborador sabe explicar sobre os principais eventos da unidade?					
	O colaborador sabe o que é ROP? E quais presentes em seu setor?					
	Os novos membros da equipe são informados sobre o método adotado pela organização para gerenciar questões relacionadas à ética.					

Modelo de Checklist para auditorias

CONCLUSÕES

A estruturação do processo de auditoria interna e a formação de auditores revelaram-se estratégias fundamentais para o fortalecimento da cultura de qualidade e da segurança do paciente. A iniciativa não apenas ampliou a capacidade crítica dos colaboradores, como também gerou um espaço de aprendizado contínuo e troca entre diferentes áreas da instituição. Os resultados alcançados nos três ciclos iniciais evidenciam o engajamento da equipe e a efetividade do modelo adotado, que combina avaliação técnica, desenvolvimento profissional e foco na melhoria contínua. Com isso, a auditoria interna deixa de ser apenas um mecanismo de verificação e passa a ser um instrumento de transformação institucional, garantindo práticas mais seguras, processos mais consistentes e, sobretudo, maior qualidade na assistência prestada.

REFERÊNCIAS

Certificadora Qmentum – Manual de Padrões para Serviços Hospitalares (Vol. 1 e 2)
Certificadora Qmentum – Manual ROPS – Práticas Organizacionais Obrigatórias

Automatização da codificação para DRG através de IA: ganhos em eficiência hospitalar

Karlyse Claudino Belli, Sabrina Corrêa Koch, Alan Man Kar Sing, Angelo Orru Neto
iHealth & DoctorAssistant.ai, São Paulo, São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO

O sistema de classificação por Grupos Diagnósticos Relacionados (DRG - *Diagnosis Related Groups*) permite uma avaliação abrangente do desempenho hospitalar, das equipes médicas e da qualidade da assistência prestada. Para isso, utiliza múltiplas variáveis clínicas e administrativas, exigindo análise criteriosa por parte dos profissionais responsáveis pela codificação. No entanto, o grande volume de dados e o tempo limitado para codificação tornam esse processo desafiador e passível de melhorias.

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma solução baseada em inteligência artificial (IA) com o objetivo de otimizar o processo de codificação no sistema DRG. A ferramenta atua como uma assistente virtual, capaz de extrair automaticamente dados clínicos relevantes a partir de textos livres presentes em prontuários eletrônicos (evoluções médicas, notas de enfermagem, entre outras). Utilizando técnicas de processamento de linguagem natural e modelos treinados em protocolos clínicos, a IA interpreta e estrutura as informações de forma compatível com os critérios do DRG. Os dados são então enviados para o sistema agrupador de DRG utilizado pela instituição, permitindo que a equipe humana se concentre na revisão crítica e validação final, reduzindo significativamente o tempo de codificação manual e otimizando a obtenção de resultados mais próximos do tempo real.

- Evoluções multiprofissionais;
- Prescrições e registros de procedimentos;
- Laudos e exames complementares.

- Leitura dos registros com modelos de IA
- Sumarização da internação
- Identificação de procedimentos faturáveis, como cirurgias, exames e diagnósticos, medicamentos e materiais, procedimentos de enfermagem, terapias e SADT

- Sumário clínico da internação;
- Dado estruturado para integração.

FIGURA 1: Processo de entrada de dados, processamento e sumarização e integração das informações de forma automatizada.

RESULTADOS

A implementação de uma assistente baseada em IA no processo de codificação DRG promove ganhos relevantes em eficiência operacional, reduzindo tempo de processamento, otimizando o uso de recursos em saúde e aumentando a qualidade dos dados codificados. A redução do tempo dedicado à codificação manual, aliada à padronização e maior assertividade das informações, favorece uma gestão mais estratégica, além de potencialmente contribuir para melhores desfechos clínicos. A tecnologia também viabiliza a alocação mais inteligente de recursos e fortalece a entrega de maior valor na assistência hospitalar.

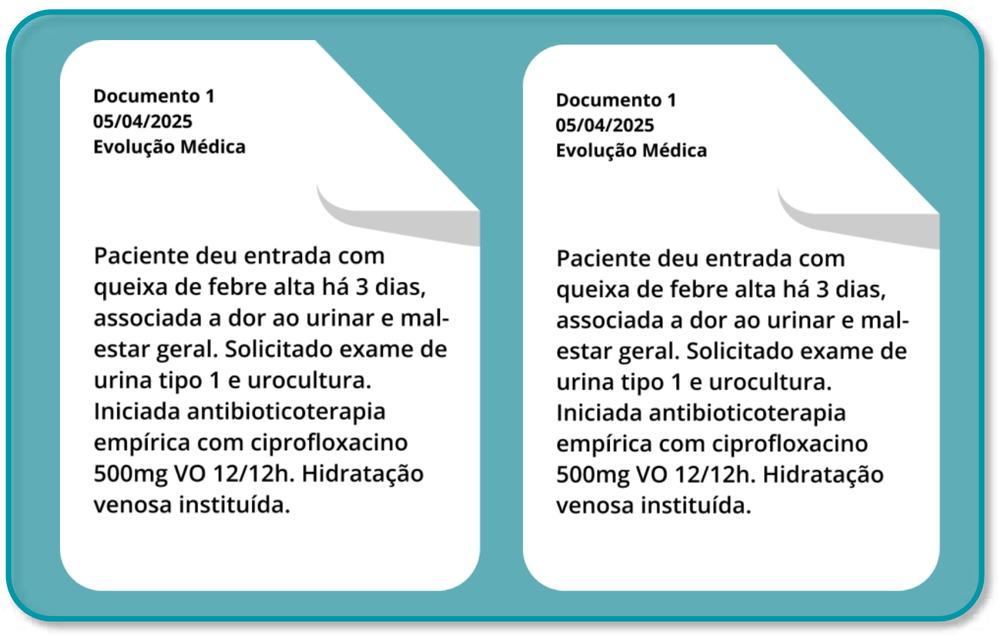


FIGURA 2: Exemplos de 2 textos clínicos que são analisados para o input de dados para gerar o resumo da internação e o arquivo para integração DRG.

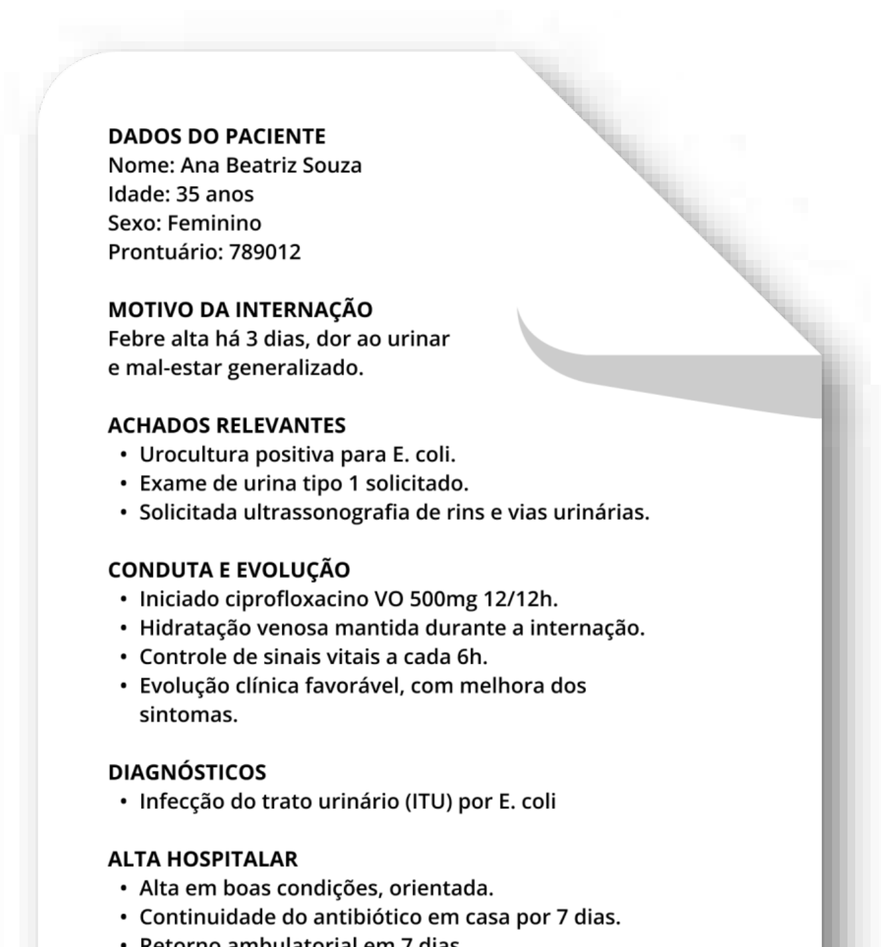


FIGURA 3: Sumário clínico processado a partir dos textos livres da internação completa.

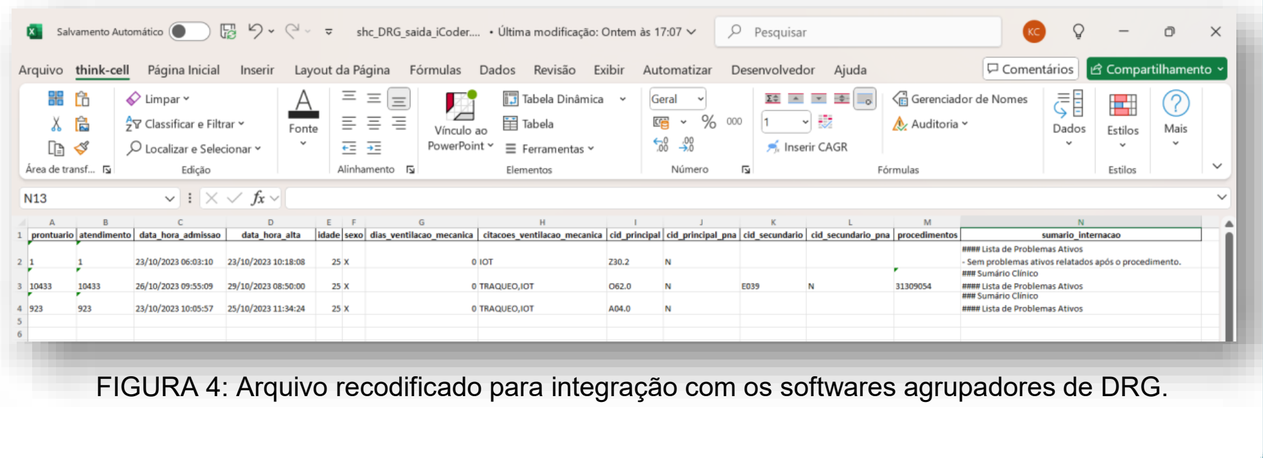


FIGURA 4: Arquivo recodificado para integração com os softwares agrupadores de DRG.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

Conexão Ágil: Auditorias de Gerenciamento de Riscos com Inteligência e Eficiência

Gabriela Barcelos; Juarez Leites; Aline Brenner.

INTRODUÇÃO

As auditorias de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar (GRSH) são essenciais para garantir a segurança do paciente, o cumprimento das normas da ANVISA e a disseminação de boas práticas nos grupos de Qualidade, Segurança Ocupacional, Tecnovigilância, Farmacovigilância e Controle de Infecção, além de reforçar o reconhecimento institucional no setor da saúde.

Até 2023, o processo era conduzido de forma manual, com checklists impressos, dados descentralizados e baixa rastreabilidade, dificultando o acompanhamento das ações e demandando elevado esforço das equipes para assegurar a qualidade. Nesse contexto, surgiu a necessidade de transformar o modelo de gerenciamento de riscos, priorizando a integração digital, a agilidade dos fluxos e a utilização de dados em tempo real, objetivos que o projeto alcançou ao promover a evolução institucional.

METODOLOGIA

O projeto foi estruturado em cinco frentes principais, de forma progressiva e integrada:

- **Diagnóstico inicial:** análise do fluxo vigente e identificação dos principais gargalos.
- **Digitalização dos checklists:** adequação dos formulários aos diferentes segmentos de auditoria, garantindo padronização e maior rastreabilidade.
- **Criação de dashboards em tempo real:** disponibilização de indicadores atualizados, favorecendo a agilidade na análise e no controle das ações.
- **Novo fluxo digital para planos de ação:** implementação de sistema para envio e acompanhamento, com prazos e responsáveis definidos.
- **Capacitação das equipes e auditorias-piloto:** treinamento dos profissionais e aplicação em testes iniciais, permitindo ajustes antes da consolidação do modelo.

Essa estratégia possibilitou maior integração dos processos, aumento da confiabilidade dos dados e preparação das equipes para a mudança.

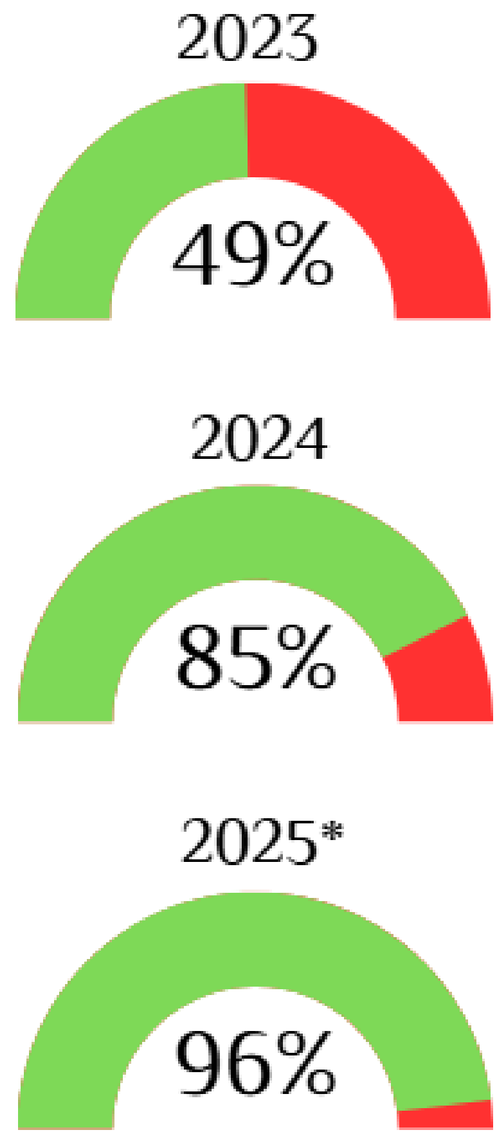
RESULTADOS

Além da otimização do tempo e da padronização dos processos, observou-se uma evolução significativa na capacidade de gerenciamento das ações identificadas nas auditorias.

- Em 2023, apenas 49% das ações eram acompanhadas de forma sistemática.
- Com a implementação do novo modelo, os resultados evoluíram para 66% em agosto de 2024, 83% em outubro e 85% em dezembro do mesmo ano.
- Em 2025, o projeto consolidou-se com 96% das ações efetivamente gerenciadas e redução de 23% no tempo das auditorias.

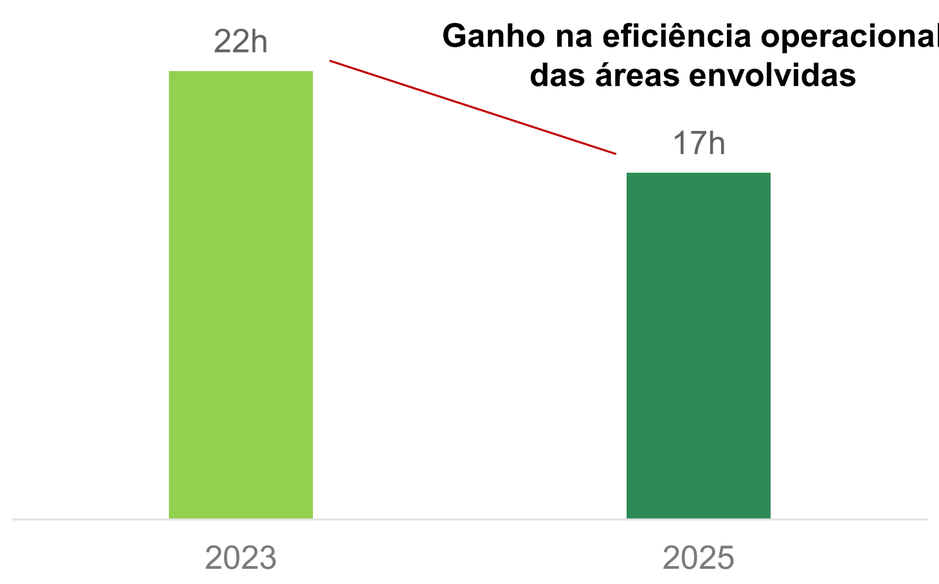
Esse avanço representou um ganho de **790 horas/ano por colaborador**, refletindo maior comprometimento das áreas auditadas, melhor uso dos dados e fortalecimento do ciclo de melhoria contínua.

Percentual de Ações Gerenciadas do GRSH



*Dados coletados até agosto de 2025.

Tempo médio por auditoria (h)



CONCLUSÕES

O projeto modernizou o processo de auditoria interna, tornando-o mais seguro, ágil e estratégico. A substituição de etapas manuais por fluxos digitais e dashboards em tempo real gerou ganhos operacionais expressivos e aumentou a efetividade das ações corretivas e preventivas.

Em 2025, os resultados já se mostram consistentes: a rastreabilidade das auditorias fortaleceu a governança de riscos, possibilitou análises mais aprofundadas e subsidiou decisões mais assertivas.

Com alto potencial de replicação, o modelo reafirma o compromisso institucional com a excelência assistencial, a cultura orientada por dados e a inovação em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Pontes, S. S., Evelly Bispo dos Santos, S., Souza dos Santos Filho, A., Campos Sampaio, I., Cristina Senna Pinheiro, G., & Frutuoso Silva, C. (2025). Práticas de Auditoria em Saúde Baseadas em Dados em Sistemas Tecnológicos para Garantia de Padrões de Qualidade: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira De Saúde Funcional.

Contribuições do Laboratório Clínico na medição seriada do hormônio paratireoidiano intraoperatório.

Daniel Mendes Pinto, Flavia Cristina Dias, Joana Mendes Conegundes, Laiz Elena Brasil Marzano, Laryssa de Cássia Ferreira, Lysio França Filho, Sergio Luiz Coelho Negri, Simone Martins Gonçalves

INTRODUÇÃO

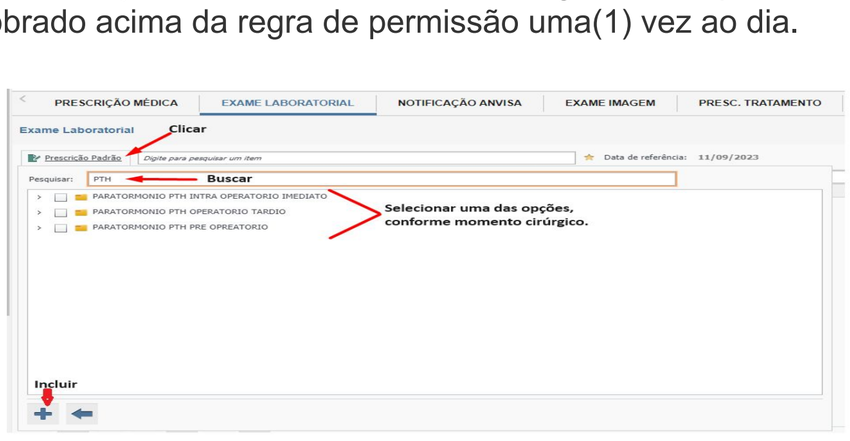
O hiperparatireoidismo primário (HPT_P) e secundário/terciário (HPT_S/T) são causados pela secreção excessiva do paratormônio pelas glândulas paratireoides, cujo tratamento é cirúrgico. Técnicas de imagem e dosagem do hormônio paratireoidiano intraoperatório (PTH-IO) contribuem para que cirurgias tradicionais sejam substituídas por focadas, Devido às variações anatômicas. Este trabalho destaca o valor da análise do PTH-IO basal e após ressecção. O presente estudo foi realizado no Hospital Felício Rocho, que se destaca no mercado pelo aprimoramento contínuos de suas boas práticas e procedimentos de alta complexidade.

METODOLOGIA

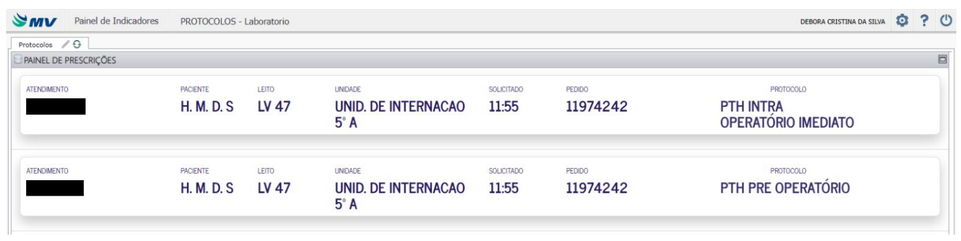
Elaborado um Protocolo Institucional para PTH-IO relatando a prática médica nas fases pré e intra operatórias. Com o paciente em campo cirúrgico, no Software Hospitalar MVSoul_aplicação Web, o médico solicita uma prescrição padrão na aba MVPEP para a dosagem seriada do Paratormônio (PTH). Além da integração automática com o Software Matrix do laboratório de análises clínicas (LAC), por meio do DBLink, os dados também são exportados para um painel de indicadores. O código de prescrição foi parametrizado para que sempre que prescrito seja projetado um alerta visual e outro auditivo. Em um monitor instalado no LAC a equipe é alertada visualmente quanto a entrada do paciente em campo cirúrgico e, simultaneamente, de forma auditiva, com a frase “Protocolo Assistencial PTH-IO em trânsito” a sinalização a área técnica quanto a programação de disponibilidade do equipamento Vitros_Ortho 5600. Após os alertas, o LAC se organiza para o recebimento seriado basal e após remoção da glândula. O envio do material ao laboratório é humano dependente, encaminhado por um transportador reservado a este fim durante todo o tempo dedicado ao procedimento que envolve a etapa do exame. O resultado é desdobrado do LAC para e enfermagem e/ou médico no telefone de referência definido no agendamento, quando é aplicada a técnica de “read back” para assegurar a comunicação assertiva quando solicita ao ouvinte a repetição do resultado. Além do resultado verbal, o laudo é disponibilizado simultaneamente no sistema de prontuário eletrônico no MV.

O Critério de Miami foi utilizado e baseado na queda de 50% do PTH-IO entre basal e após ressecção no HPT_P e 80% no HPT_S/T definindo “cura bioquímica” para o monitoramento em tempo real da confirmação da excisão.

Disponibilizado aos setores “Comercial” e “Recursos de Glosa” um relatório médico para apoio administrativo no esclarecimento da indicação técnica e recurso de glosa ao procedimento cobrado acima da regra de permissão uma(1) vez ao dia.



Prescrição Padrão do Protocolo Institucional PTH-IO no Sistema MVSoul.



Dados do agendamento da coleta do PTH projetados no monitor no LAC.

Foto da execução do PTH na área técnica do LAC

RESULTADOS

Avaliados 52 pacientes de 09/2023 a 06/2025 sendo 9 homens e 43 mulheres. A idade mediana foi de 60,5 anos. Dentre eles, foram excluídos 6 pacientes por elevação da segunda dosagem de PTH-IO que é atribuída à manipulação de glândulas friáveis. Dos 46 pacientes, 36 são portadores de HPT_P e 10 de HPT_S/T. Houve cura(c) de 34 pacientes HPT_Pc (94%) sendo 2 não curados (nc) HPT_Pnc (6%). Já, oito HPT_S/Tc(80%) e 2 HPT_S/Tnc (20%). A classificação cura baseia se na ausência de reoperação após 6 meses de cirurgia. O tempo de atendimento total foi garantido pela adesão humana no transporte da amostra do bloco cirúrgico ao LAC. A escolha do método analítico de alta eficiência permitiu análise direta em 100% dos casos sem perda de tempo associada a repetição por linearidade, falhas operacionais entre outras questões relacionadas à automação. A comunicação de resultados foi eficiente em 100% dos casos, tanto associado ao comprometimento da equipe do LAC quanto do recebimento da informação pelo centro cirúrgico. Não houve registro de glosa em nenhum dos procedimentos executado.

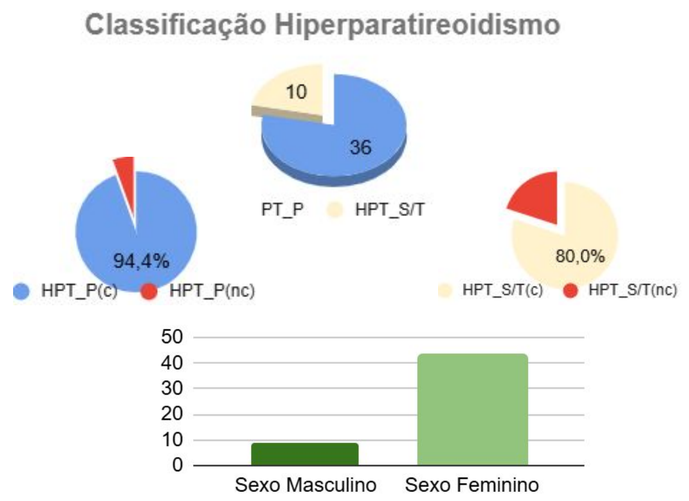


Ilustração gráfica dos resultados obtidos no presente estudo.

Imagem do arquivo pessoal do médico cirurgião, co-autor do presente trabalho, representando a coleta basal, em sangue periférico do PTH, antes da cirurgia.

Imagens do arquivo pessoal do médico cirurgião, co-autor do presente trabalho, representando o campo cirúrgico.

CONCLUSÕES

Com a melhoria de fluxo interno, LAC Hospitalares promovem maior segurança e eficiência das paratireoidectomias. A medição do PTH-IO e a “cura bioquímica” são ferramentas valiosas para cirurgiões obterem melhores resultados, associadas aos exames localizatórios precisos de imagem, mitigando reoperações, redução dos tempos de anestesia e cirurgia, menos complicações evitando explorações cervicais adicionais desnecessárias, menor risco potencial de lesão dos nervos laríngeos inferiores, bem como auxílio em cenários cirúrgicos desafiadores.

REFERÊNCIAS

1) Finnegan KPJ, Dowling GP, El Wahab SA, Hill ADK. Intraoperative parathyroid hormone monitoring in parathyroidectomy: Predicting cure and recurrence in tertiary hyperparathyroidism - systematic review. Am J Otolaryngol. 2025 May-Jun;46(3):104609. doi: 10.1016/j.amjoto.2025.104609. Epub 2025 Mar 11. PMID: 40107159.
2) GARCÍA-GARCÍA, F. G. et al. PET-TC [18F] F-Colina y PTH intraoperatoria en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario sin localización preoperatoria. Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, v. 44, n. 1, p. 500066, 2025.
3) ZHANG, Yushuai et al. The predictive role of intraoperative parathyroid hormone measurement on postoperative parathyroid function in patients undergoing total thyroidectomy. Scientific Reports, v. 14, n. 1, p. 29310, 2024.
4) GRACEFFA, Giuseppa et al. Interpretation of intraoperative parathyroid hormone monitoring according to the Rome criterion in primary hyperparathyroidism. Scientific Reports, v. 12, n. 1, p. 3333, 2022.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Correlação do NPS e indicadores da emergência: uma estratégia para mitigação sazonal

Guilherme dos Santos Zimmermann, Luciana Mendes Berlofi, Ivan Baccarin, Elizabete Mitsue Pereira

INTRODUÇÃO

Os processos em saúde são altamente complexos, marcados pela interação entre pessoas, informações e tecnologias. Essa complexidade, aliada à superlotação dos serviços de emergência em períodos sazonais, pode impactar negativamente a experiência do paciente.[1] Este estudo teve como objetivo analisar a correlação entre indicadores gerenciais do Pronto-Socorro (PS) e o Net Promoter Score (NPS) e propor ações de contingência para mitigar os efeitos da sazonalidade na experiência do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado entre 1º de novembro de 2024 e 28 de fevereiro de 2025, em uma rede composta por 15 hospitais localizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Maranhão, Bahia e no Distrito Federal.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa, foram analisados dados dos dois anos anteriores dos serviços de emergência, avaliando-se a correlação entre o NPS e os seguintes indicadores assistenciais: tempo médio de espera (TME), horas médicas, atendimentos/dia e produtividade médica. Nessa fase também foram realizadas previsões de sazonalidade com base no TME histórico.

Na segunda etapa, a partir dos resultados obtidos, foram definidas zonas de contingência para cada hospital (Zona 1: eficiência; Zona 2: alerta; Zona 3: crítica), além da consolidação de ações específicas para cada nível, considerando o período de sazonalidade do ano vigente.

Para a análise estatística, empregou-se o teste de correlação de Pearson e análise de regressão linear, utilizando-se o software Minitab®. Os parâmetros de interpretação da correlação foram: <0,30 (fraca), 0,30–0,49 (moderada) e ≥0,50 (forte).

RESULTADOS

A análise realizada na primeira etapa, por meio da correlação de Pearson pareada, demonstrou uma correlação negativa forte entre o NPS do pronto-socorro e o tempo médio de espera (r = -0,77); uma correlação negativa moderada entre o NPS e o número de atendimentos/dia (r = -0,30); uma correlação negativa fraca entre o NPS e as horas médicas disponibilizadas (r = -0,09); e uma correlação positiva fraca entre o NPS e a produtividade médica (r = 0,10) (Figura 1).

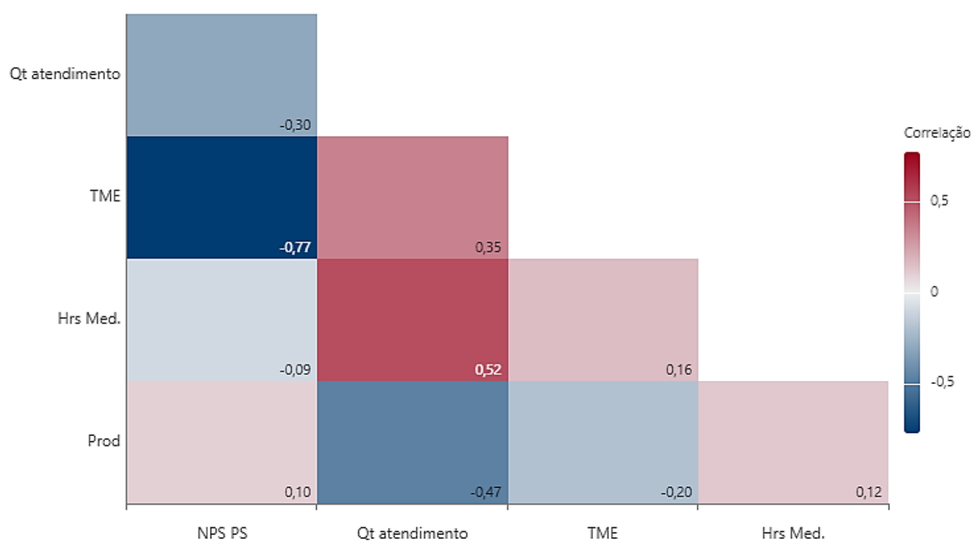


Figura 1: Correlação de Pearson Pareada entre NPS e indicadores da emergência.

A análise de regressão linear entre o NPS e o TME resultou na equação: NPS = 98,66 – 1,041 × TME, evidenciando que, para cada minuto adicional de espera, observa-se uma redução média de 1,041 pontos no NPS. O coeficiente de determinação ajustado (R^2 = 0,598) indica que aproximadamente 60% da variabilidade do NPS pode ser explicada pelo TME, reforçando a relevância desse indicador operacional como preditor da experiência do paciente (Figura 2).

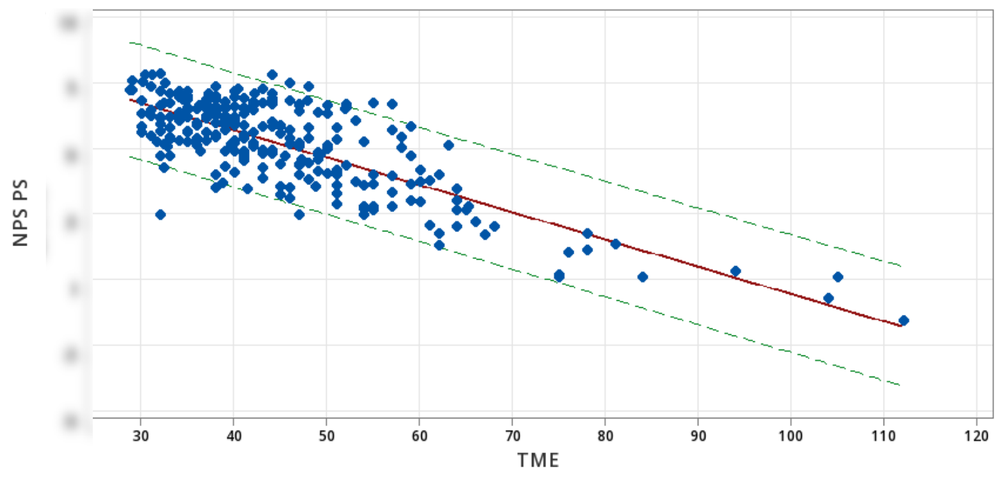


Figura 2: Regressão linear entre NPS e TME na emergência.

Na segunda etapa, os 15 hospitais estabeleceram zonas de contingência (Zona 1: eficiência; Zona 2: alerta; Zona 3: crítica), definidas a partir da análise do histórico do TME, das metas institucionais de NPS, das projeções de sazonalidade e da capacidade instalada em termos de estrutura física e recursos humanos. Esse modelo permitiu a estratificação do risco operacional e a definição de estratégias específicas para cada cenário, alinhando previsibilidade assistencial e gestão de desempenho. (Figura 3)

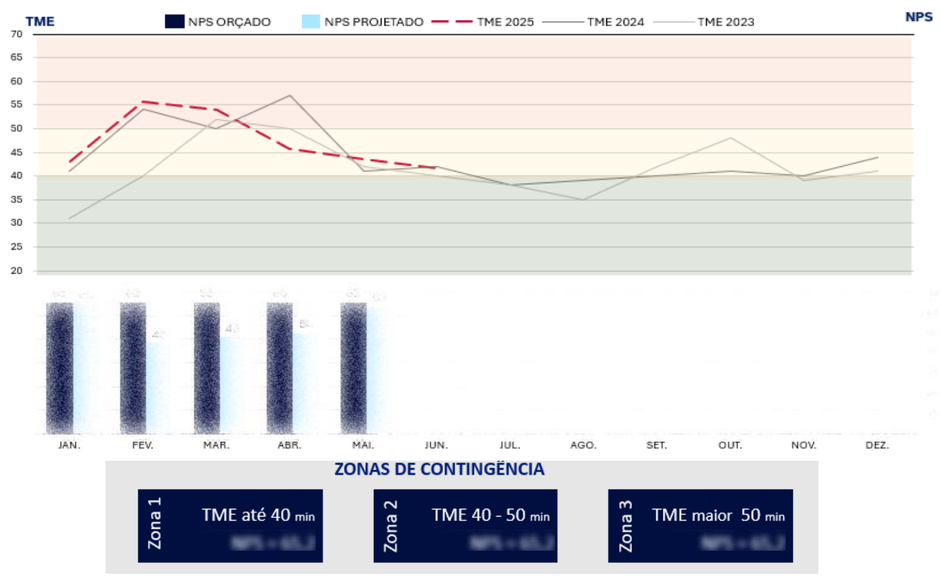


Figura 3: Previsões e Zonas de contingência para sazonalidade.

Como produto final da análise, foram estruturadas 43 ações de melhoria, distribuídas entre os principais macroprocessos assistenciais: 17 voltadas à triagem, 10 relacionadas ao atendimento médico, 9 direcionadas ao uso de recursos e 7 vinculadas ao processo de internação. Entre essas, nove ações foram classificadas como de alto risco, tanto para a experiência do paciente quanto para a sustentabilidade organizacional, reforçando a necessidade de implementação de medidas preventivas e estratégias de contingência para mitigação dos riscos identificados.

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo evidenciam que o TME como um indicador que exerce impacto direto e significativo na experiência do paciente. A redução do TME configura-se como uma estratégia prioritária para fortalecer a percepção positiva do serviço, aumentar os níveis de fidelização e contribuir para a consolidação de uma cultura de experiência e qualidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1: Sonis JD, White BA. Optimizing Patient Experience in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am. 2020 Aug;38(3):705-713. doi: 10.1016/j.emc.2020.04.008.

ANÁLISE DE CUSTO EFETIVIDADE DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PARA MELHORIA DE RESULTADOS NA ÁREA DA SAÚDE

Aline Ramalho dos Santos, Marisa Chiconeli Bailer, Isis Helena da Silva

INTRODUÇÃO

A desnutrição atinge até 50% dos pacientes e impacta na morbimortalidade, gerando impacto nos custos hospitalares. A análise do custo efetividade da terapia nutricional (TN) baseado em dados reais é inovadora e a análise considerando a assertividade da conduta do nutricionista pode ser reflexo de desempenho clínico no enfrentamento ao risco nutricional.

Assim, objetivou-se avaliar o custo efetividade da TN oral em pacientes com risco nutricional e identificar aspectos gerenciais resultantes desta análise.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo observacional

110 pacientes adultos hospitalizados em uma instituição privada admitidos entre agosto de 2023 a janeiro de 2024

Internados há mais de 7 dias e triados em até 24 horas

- G1 (pacientes que receberam TN assertivamente)
- G2 (pacientes que receberam TN incorretamente)

A identificação de aspectos gerenciais foi descrita conforme auditoria de prontuários e observação direta da equipe.

RESULTADOS

O custo médio da internação foi 39% inferior entre os pacientes que receberam suplementação oral assertivamente

Figura 1. Aspectos gerenciais identificados durante implantação da análise de custo efetividade de suplementação oral entre pacientes adultos com risco nutricional

CONCLUSÕES

Pacientes com risco nutricional que receberam TN de forma assertiva apresentaram menor custo médio para o hospital e permitiu positivo resultado econômico, contribuindo à segurança assistencial com potencial de impacto nos resultados institucionais principalmente em estratégias de gestão por valor em saúde.

O estudo destaca o papel do nutricionista clínico como gestor clínico estratégico protagonista de uma cultura organizacional orientada por valor em saúde

REFERÊNCIAS

Elia, M., Parsons, E. L., & Normand, C. (2018). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. Clinical Nutrition, 37(1), 125–137.

DIA DO PEGA LEVE
UMA AÇÃO DE MOTIVAÇÃO E VALORIZAÇÃO INTERNA

Valéria Marcondes dos Santos, Camila Pontes, Reinirdes Nogueira e Cássio Santana

INTRODUÇÃO

Em 2023, a Fundação São Francisco Xavier enfrentou uma crise de clima organizacional. Para reverter esse cenário, lançamos o projeto “UMA FUNDAÇÃO FEITA POR VOCÊ”, com ações e iniciativas voltadas para os colaboradores das diversas unidades. **O Pega Leve foi uma importante iniciativa da campanha, iniciada em maio de 2023, com objetivo de valorizar os colaboradores, resgatar o sentimento de pertencimento e o orgulho de fazer parte da trajetória da Instituição**. O Pega Leve é realizado uma vez ao mês, com ações que visam **promover um clima de descontração, alegria e leveza no ambiente de trabalho,** promovendo o cuidado com a saúde mental, espiritual e física.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos da ação, foram criados uma identidade visual, um slogan e uma camisa personalizada. No dia do Pega Leve é servido um cardápio especial, os ambientes de comum acesso são decorados, são realizadas atividades de cuidado e bem-estar, como jogos, massagem corporal e cuidados com o corpo, música ao vivo; intervenções artísticas, presença de diversos personagens, como super-heróis, Mickey e Minie, mascotes de clubes de futebol, Papai Noel, entre outros. No dia do Pega Leve, é liberado o uso da camisa, sendo tudo pensado para tornar o momento mais leve e descontraído. Sucesso desde o lançamento, já foram realizadas 25 edições, sempre uma vez ao mês. O evento se tornou fixo no calendário na Instituição e, a cada mês, supera as expectativas. Faz com que as pessoas interajam mais entre elas, sintam o calor humano mais de perto, explorem suas criatividades, seus talentos e, o mais importante, se engajem.

Presença de personagens, como do Divertidamente, levam alegria, diversão, e mensagens positivas para os colaboradores, além de gerar momentos de registro por fotos.

No dia do Pega Leve são promovidas atividades de cuidado e bem-estar, como massagem corporal e cuidados com o corpo.

RESULTADOS

O resultado é um ambiente de trabalho muito mais saudável, mais produtivo, mais animado, mais ameno e cheio de energia. O evento contribuiu para a melhoria do clima interno, com um ambiente cheio de leveza e interatividade. Para acompanhar o resultado do projeto, anualmente é realizada a pesquisa interna para avaliação. Em 2024, **74% dos colaboradores participantes da pesquisa afirmaram que o clima melhorou ou melhorou muito após o início das ações do Pega Leve. Ao avaliarem o dia do Pega Leve, 80% dos colaboradores deram nota igual ou acima de 7.** O Pega Leve foi uma importante iniciativa que contribuiu para que a Instituição saísse de uma crise interna e voltasse a ser uma Instituição que os colaboradores têm orgulho.

No Dia do Pega Leve os colaboradores “vestem” a camisa e participam das ações corporativas promovidas pela Instituição.

Para promover o bem-estar, o cuidado com a saúde mental e física, aulões de dança, ginástica entre outras ações são promovidas no dia do Pega Leve.

CONCLUSÕES

Sucesso absoluto desde o lançamento, até junho de 2025, já foram realizadas 25 edições. Desde que foi implementado, mais que uma simples mudança de rotina, o DIA DO PEGA LEVE trouxe de volta a sensação de trabalhar em um ambiente agradável, descontraído e sem o peso das tensões de outros tempos. É um momento para que as pessoas interajam mais entre si, sintam o calor humano, usem sua criatividade, seu talento e, o mais importante: se engajem. **Um evento que agora se tornou fixo no calendário na Instituição e que a cada mês supera as expectativas.**

Dispensação Sustentável: Projeto de Redução de Sacos Plásticos

Renata Cristina do Amaral, Letícia Lorrayne de Carvalho Souza, Juliana Roberta de Castro Sousa

INTRODUÇÃO

O processo de dispensação de medicamentos por kit individualizado em farmácia hospitalar é uma estratégia fundamental para a segurança do paciente. Contudo, frequentemente gera um volume considerável de resíduos, notadamente sacos plásticos descartáveis. Diante do alto consumo e do consequente impacto ambiental, a farmácia de um hospital privado em São Paulo desenvolveu um projeto para implementar uma alternativa sustentável com organizadores reutilizáveis com intuito de reduzir a quantidade de plásticos utilizados na dispensação de kits de medicamentos na farmácia central.

METODOLOGIA

A intervenção consistiu na substituição de sacos plásticos descartáveis por organizadores reutilizáveis. O planejamento envolveu a análise de custos dos novos organizadores, o alinhamento do fluxo de trabalho com a equipe de enfermagem e a validação do protocolo de higienização junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Após a aprovação da Gestão Ambiental da instituição, foi conduzido um estudo-piloto no setor de farmácia oncológica. O consumo de sacos plásticos foi mensurado antes e após a intervenção para quantificar o impacto da mudança.

Figura 1. Kits de medicamentos separados em sacos plásticos - pré-implantação

Figura 2. Kits de medicamentos separados - pós-implantação

Figura 3. Processo de higienização dos organizadores

RESULTADOS

No período pré-intervenção (agosto de 2022 a maio de 2023), o consumo médio de sacos plásticos no setor de oncologia foi de 680 unidades/mês. Após a implementação do projeto em junho de 2023, o consumo foi drasticamente reduzido, resultando em uma economia de 485 unidades/mês (-71%) Dado o sucesso da iniciativa, o projeto foi subsequentemente expandido para a dispensação do Hospital-Dia e para a logística de ressuprimentos de outras unidades. Além do evidente benefício ambiental, o projeto promoveu um forte engajamento da equipe assistencial e provou sua viabilidade para expansão, consolidando-se como um modelo bem-sucedido que alia responsabilidade ambiental à eficiência dos processos.

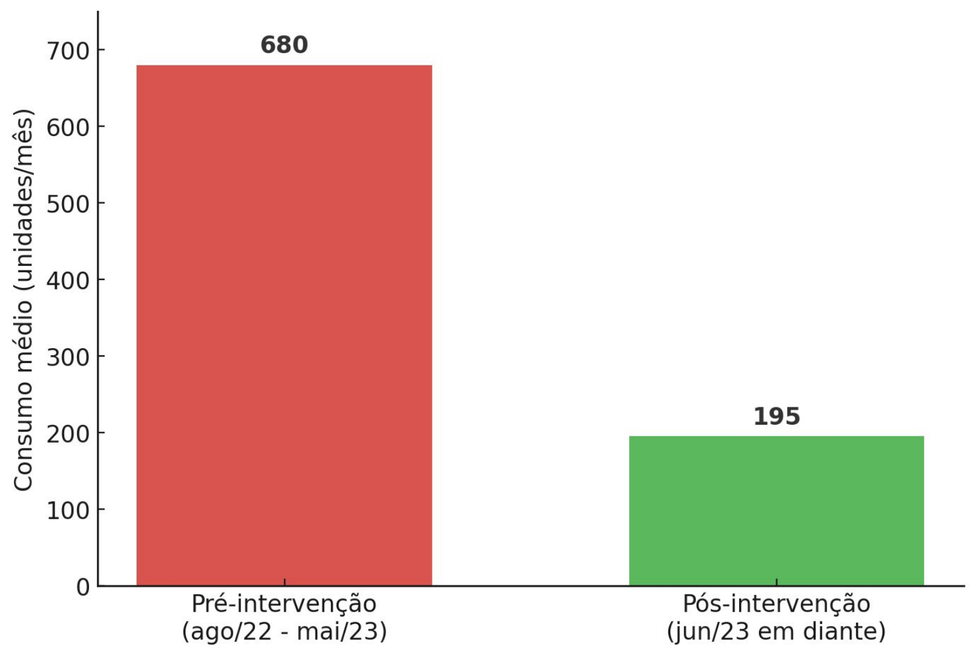


Gráfico 1. Redução do consumo de sacos plásticos

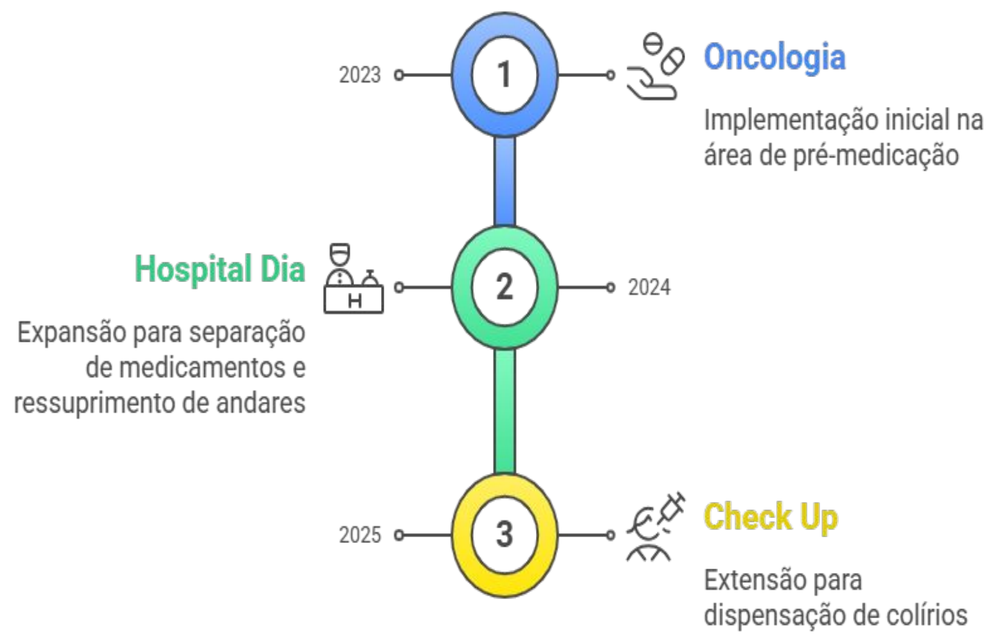


Figura 4. Linha do tempo - Expansão do projeto de redução do consumo de sacos plásticos na Farmácia Central

CONCLUSÕES

A implementação do projeto de substituição dos sacos plásticos pelos organizadores demonstrou resultados expressivos na queda de consumo desse material na farmácia. Além disso, a iniciativa promoveu o engajamento da equipe assistencial para utilização do organizador até a etapa de administração do medicamento e mostrou-se viável a expansão para outros serviços. Esse resultado reforça a importância de práticas sustentáveis na farmácia evidenciando que é possível conciliar responsabilidade ambiental, eficiência operacional e qualidade assistencial.

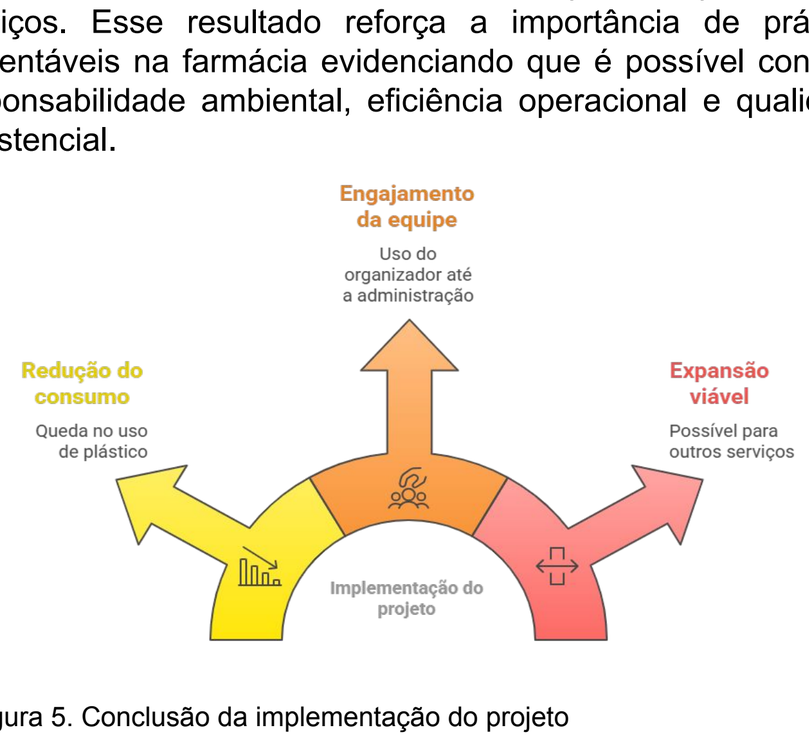


Figura 5. Conclusão da implementação do projeto

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

EFICÁCIA DO RATEIO DE DESPESAS ADMINISTRATIVAS EM UNIDADES DE SAÚDE GERENCIADAS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

Marcelo Pollini, Anamélia Gomes de Carvalho, João Francisco Romano, Floriza de Jesus Mendes Santana

INTRODUÇÃO

A gestão financeira da saúde pública exige eficiência diante de custos crescentes. Organizações Sociais de Saúde (OSS) utilizam a **centralização administrativa com rateio proporcional de despesas indiretas**, prática alvo de questionamentos de órgãos de controle. Este estudo avaliou se a centralização **reduz custos** administrativos e melhora a alocação de recursos em unidades públicas de saúde no Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Estudo **quantitativo**, **comparativo** e **retrospectivo**, conduzido em **4 unidades de saúde pública** do Estado de São Paulo, geridas pela OSS: 2 AME, 1 Unidade da Rede de Reabilitação Lucy Montoro e 1 Hospital Regional.

Cenário e períodos analisados:

- **1º semestre de 2022:** cada unidade possuía setor financeiro próprio e descentralizado.
- **1º semestre de 2024:** após a centralização das atividades financeiras na sede da OSS e implementação do rateio proporcional de despesas administrativas.

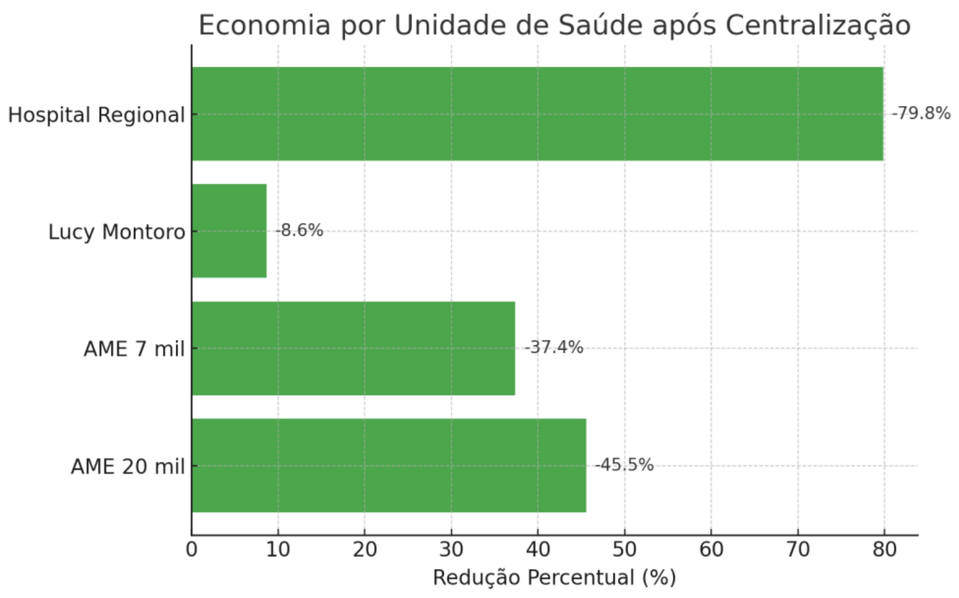
Coleta e fonte de dados: os dados foram extraídos do sistema de custos da OSS, utilizado para prestação de contas mensal ao órgão público contratante e ao Tribunal de Contas.

Procedimentos de análise: custos mensais do centro de custo "Controladoria" de cada unidade foram comparados entre os dois períodos. Os valores de 2022 foram ajustados pela inflação acumulada (IPCA) até junho de 2024, assegurando comparabilidade. O impacto do rateio foi avaliado considerando a redução absoluta e relativa dos custos administrativos em cada unidade e no conjunto.

Validação estatística: aplicado teste *t de Student* (assumindo variâncias desiguais) para comparar as médias antes e depois da centralização. Utilizado teste de *Mann-Whitney U* como análise não paramétrica, reforçando a robustez dos achados. Calculado o tamanho do efeito (*d de Cohen*) para medir a relevância prática da redução observada.

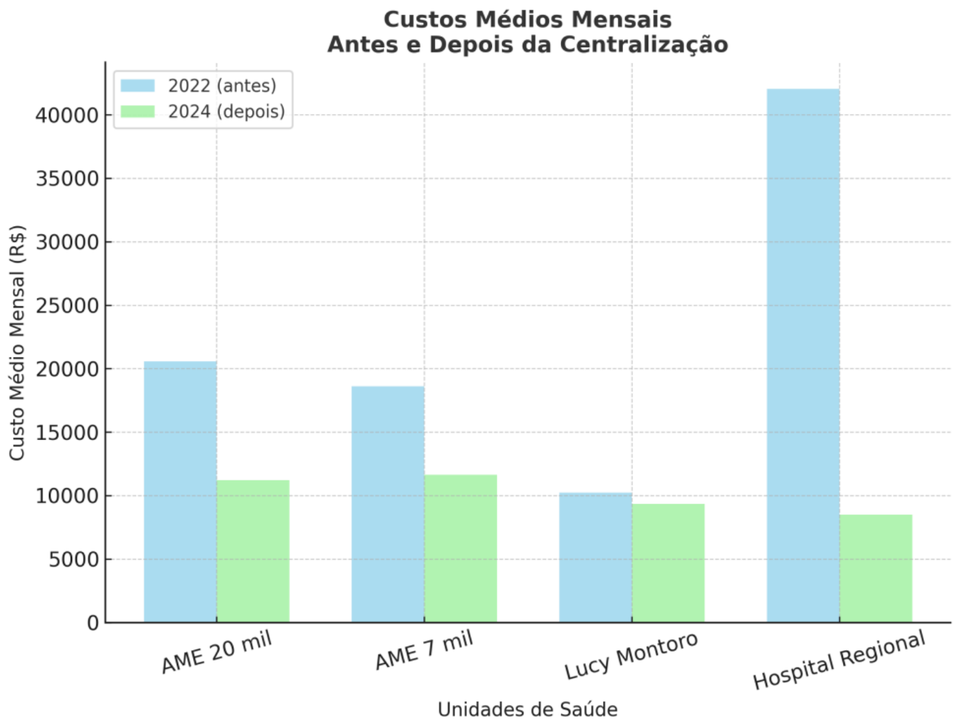
RESULTADOS

A comparação entre os custos do setor financeiro no 1º semestre de 2022 (estrutura descentralizada) e no 1º semestre de 2024 (estrutura centralizada) evidenciou uma **redução média de 55,50% nos custos administrativos** das quatro unidades analisadas. A magnitude da economia variou conforme o perfil assistencial:



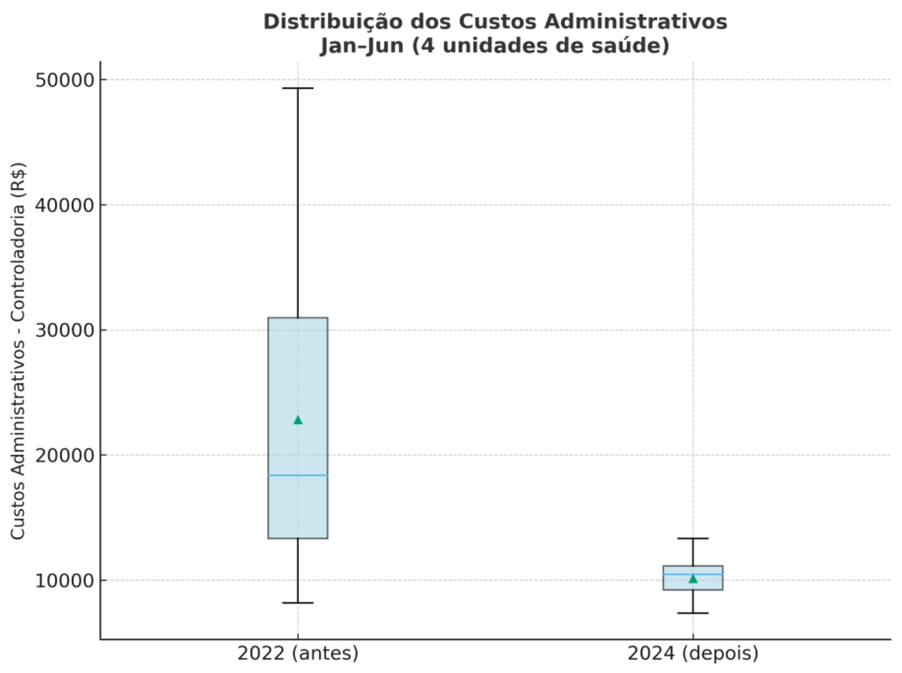
Percentual de redução de custos administrativos em cada unidade de saúde após a centralização financeira.

Em termos anuais, a centralização possibilitou uma **economia estimada de R$ 3,5 milhões**, recursos que podem ser realocados para atividades finalísticas do SUS, como ampliação do acesso e fortalecimento das linhas de cuidado.



Comparação dos custos médios mensais antes (2022) e depois (2024) da centralização financeira nas unidades de saúde.

Os *boxplots* comparativos mostraram clara redução na dispersão dos custos em 2024, indicando maior previsibilidade e controle após a centralização.



Custos administrativos (jan–jun) em 2022 e 2024 nas quatro unidades. Após a centralização, valores ficaram menores e menos dispersos.

Estes resultados dialogam com evidências internacionais sobre centros de serviços compartilhados e centralização administrativa, que apontam **ganhos em eficiência**, padronização de processos e sustentabilidade financeira.

CONCLUSÕES

A centralização administrativa com **rateio** proporcional demonstrou ser uma **estratégia eficaz** para a gestão de unidades públicas de saúde. Os resultados apontaram redução média superior a 55% nos custos administrativos, confirmada por análises estatísticas robustas e com impacto prático relevante em diferentes perfis assistenciais. Essa **economia amplia a capacidade de investimento em áreas finalísticas do SUS**, fortalecendo a sustentabilidade financeira e melhorando a qualidade do atendimento. O modelo mostrou-se replicável, consistente e sustentável, eliminando redundâncias, padronizando processos e aumentando a previsibilidade dos custos. Mais do que reduzir despesas, libera recursos estratégicos para ampliar o acesso, integrar serviços e **fortalecer as Redes de Atenção à Saúde**. Trata-se de uma solução que combina eficiência econômica, impacto social positivo e aderência às diretrizes do SUS, consolidando-se como **referência de boa prática na gestão** pública em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guerra CB. Gestão privada na saúde pública. Insper, 2015. **2.** Cardoso RMC. O contrato de gestão com OSS. USP, 2022. **3.** CEJAM. Regionalização da saúde: modelagem de processos. São Paulo: CEJAM, 2024. **4.** Hoffmann TC et al. TIDieR checklist and guide. BMJ, 2014. **5.** Deloitte. Global Health Care Sector Outlook. 2024. **6.** McKinsey & Company. A smarter approach to cost reduction in the public sector. 2023. **7.** Porto Advogados. Organizações sociais: previsão de despesas indiretas. São Paulo, 2023.

Fortalecendo a Governança Digital: Gestão Segura de Credenciais Privilegiadas no Ambiente Hospitalar

Diego França, Tatyana Souza, André Pereira.

INTRODUÇÃO

A crescente exposição a riscos cibernéticos em hospitais exigem soluções de segurança além do modelo tradicional de confiança implícita. Nesse cenário, a adoção de uma abordagem Zero Trust, onde nenhum usuário ou dispositivo é confiável por padrão, é essencial para a resiliência digital.

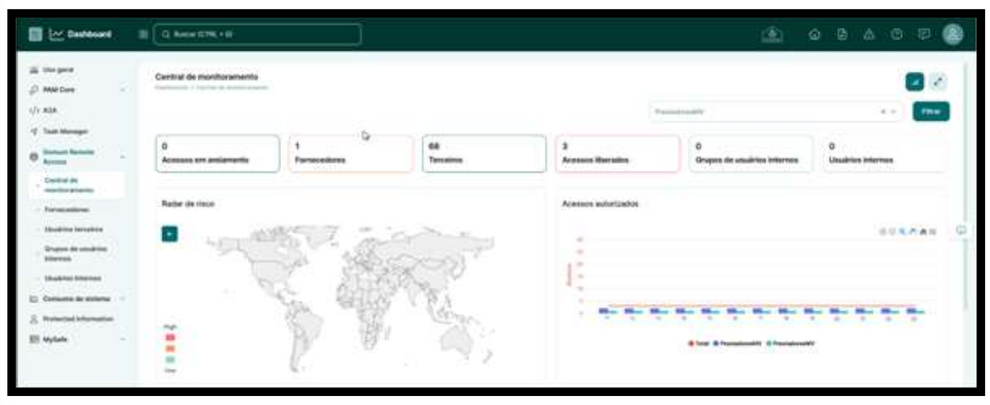
Este trabalho apresenta a implantação de solução para Gestão de Acessos Privilegiados (PAM) como pilar da estratégia de Zero Trust, fortalecendo o controle de acessos críticos e elevando a maturidade da governança de segurança da informação em um ambiente hospitalar de alta criticidade.

METODOLOGIA

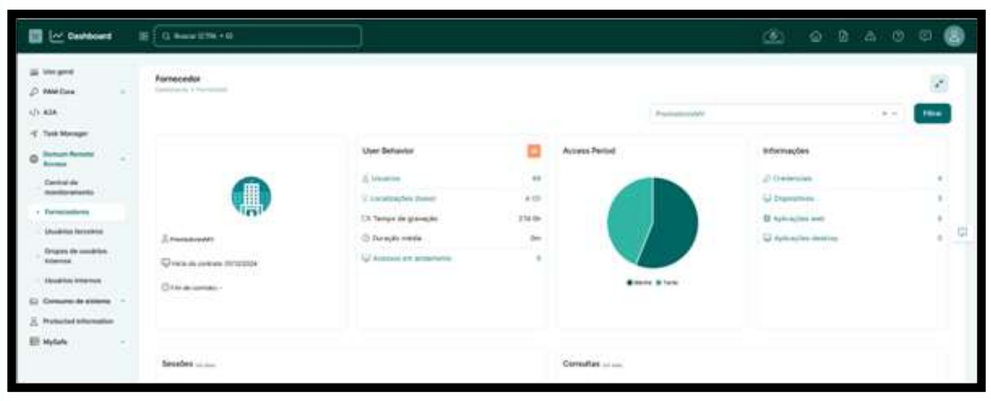
A implantação foi conduzida de forma estratégica, com gestão centralizada de credenciais privilegiadas, aplicação de acesso sob demanda (just-in-time access) e governança de acessos remotos de terceiros.

O projeto envolveu mapeamento de contas críticas, definição de fluxos de aprovação alinhados ao princípio de menor privilégio (least privilegie) e configuração da solução para segmentar acessos, rotacionar senhas automaticamente, registrar auditoria, emitir alertas e integrar práticas de Zero Trust.

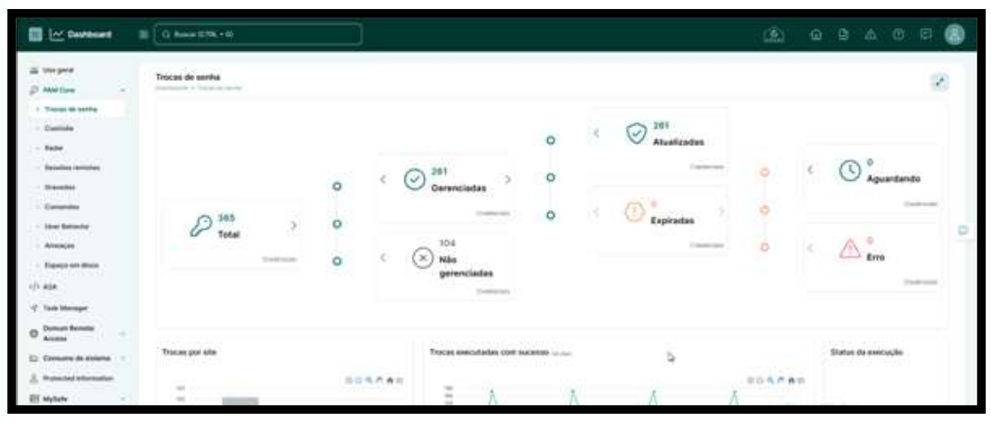
Após piloto validado com a área de Tecnologia, a solução foi expandida para ambientes críticos como servidores e bancos de dados hospitalares.



Visibilidade: Monitoramento dos acessos a ativos críticos



Identificação e Controle: Adoção do princípio de menor privilégio

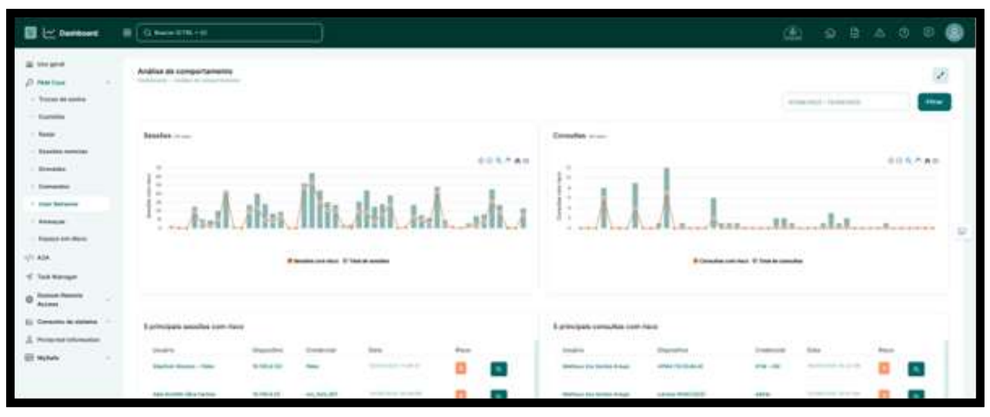


Gestão Centralizada de Credenciais Privilegiadas: fortalecimento do controle de acessos a ativos críticos

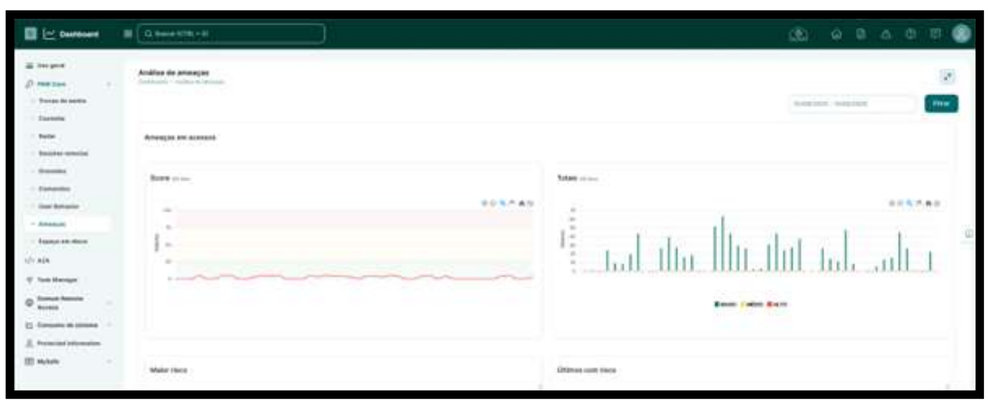
RESULTADOS

Os resultados demonstraram avanços significativos na postura de segurança cibernética com:

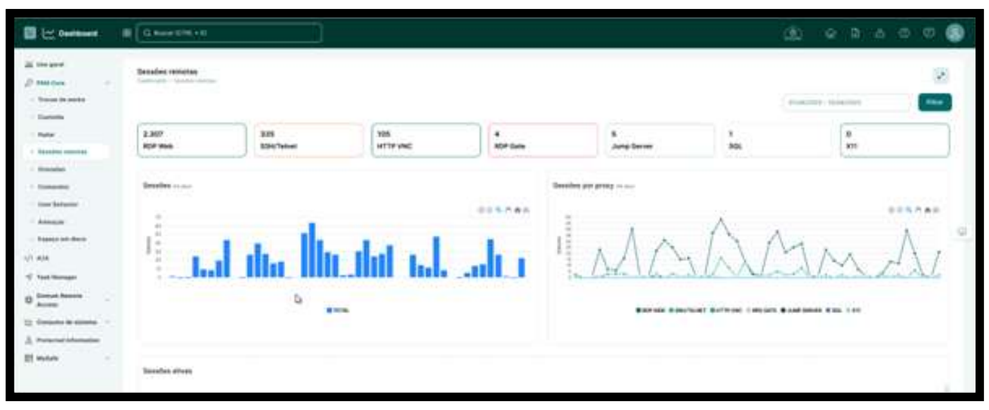
- Redução de 89% na exposição de acessos remotos privilegiados, mitigando riscos de exploração e ataques direcionados;
- Proteção reforçada de sistemas clínicos e assistenciais essenciais, como prontuário eletrônico, prescrição médica e gestão hospitalar;
- Maior confiabilidade operacional, com acessos críticos liberados de forma controlada e contextual;
- Mitigação de riscos de indisponibilidade e violação de dados sensíveis de pacientes, em conformidade com boas práticas de segurança e requisitos regulatórios.



Análise de Comportamento de Acessos Privilegiados: identificação proativa de riscos e anomalias em tempo real



Monitoramento Contínuo de Ameaças: identificação e priorização de riscos para proteger sistemas críticos



Monitoramento de Sessões Remotas: visibilidade completa de acessos críticos em tempo real

CONCLUSÕES

A implantação do PAM mostrou-se uma ação estratégica dentro da abordagem de Zero Trust, protegendo sistemas clínicos e assistenciais críticos, assegurando a continuidade do cuidado e a confidencialidade dos dados dos pacientes.

A redução significativa da exposição de acessos remotos fortaleceu a governança de TI e ampliou a resiliência cibernética do hospital. Além de mitigar riscos de incidentes, a solução promoveu o engajamento dos analistas de sistemas no processo de controle de acesso, consolidando uma cultura de corresponsabilidade em segurança da informação. Esse cuidado reflete nos valores da instituição que são: A gente gosta de gente; Juntos podemos mais; Fazemos bem feito sem desperdício e com segurança.

REFERÊNCIAS

- Gartner Articles: Why and How to Prioritize Privileged Access Management
- NIST Special Publication 800-53 Revision 5 – Security and Privacy Controls for Information Systems and Organizations
- NIST Special Publication 800-207 – Zero Trust Architecture

GERENCIAMENTO DE EVENTOS SENTINELAS EM UMA INSTITUIÇAO FILANTRÓPICA

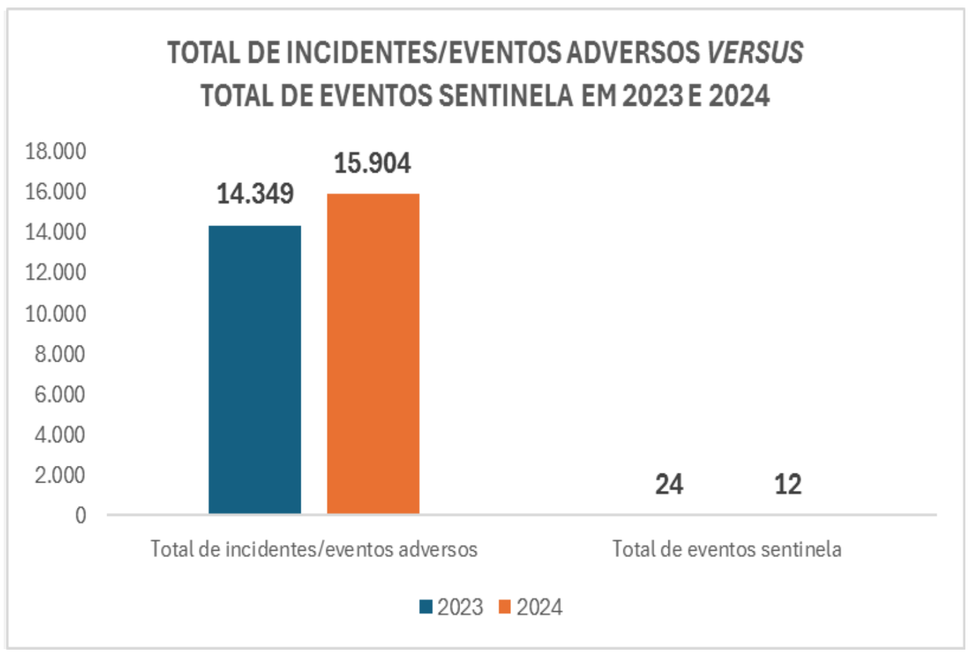
Esmeralda Pereira, Nayara Silva Souza, Vivian Ribeiro Miranda , Alessandra de Sousa Andrade Martins

INTRODUÇÃO

Eventos sentinelas são ocorrências graves e apontam problemas que precisam de investigações e intervenções imediatas. Cabe ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tratativas relativas ao cumprimento das diretrizes referentes a segurança dos pacientes. Além de monitorar, o NSP apoia planos de ação de forma a mitigar os eventos sentinelas e é responsável por remetê-los às agências reguladoras. O presente estudo tem por objetivo divulgar a importância dos monitoramentos dos eventos sentinelas, avaliando resultados e tratativas visando qualidade e segurança do serviço prestado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com análise dos dados referentes aos eventos sentinelas conduzido em um Hospital filantrópico localizado no leste de Minas Gerais. O NSP da instituição monitora mensalmente uma média de 2 mil eventos adversos, classificados segundo as legislações vigentes. Desde 2023, o setor passou a monitorar através de sistema da qualidade interno o indicador assistencial de incidência de eventos sentinelas, o indicador é mensurado mensalmente pelo NSP, com meta estabelecida junto a qualidade e a alta direção. Visando robustez dos processos e alinhado aos objetivos estratégicos, neste período houve a reestruturação do NSP da instituição com adequação dos recursos humanos, demonstrando comprometimento e transparência na busca de prestação de serviços qualificados e apoiados nas metas internacionais de segurança do paciente. O NSP realiza mensalmente reunião junto às lideranças para a apresentação dos resultados dos indicadores sentinelas e lateralização das ações estratégicas pautadas na melhoria contínua dos processos assistenciais.



Total de incidentes/eventos adversos x Total de eventos sentinelas em 2023/2024.

TIPOS DE EVENTOS SENTINELA/ANO 2023	QTDE
Falha na Assistência	8
Intercorrência em procedimento cirúrgico	3
Rolha de Secreção	3
Broncoaspiração	2
Apgar < 7 em RN acima de 1,5 kg no 5º min	1
Erro na administração de medicamentos	1
Estrutura Física	1
Hemorragia	1
Hipoglicemia	1
Intercorrência com Artigo Médico Hospitalar	1
Intercorrência em procedimentos na Hemodinâmica	1
Pneumotórax	1
Total Geral	**24**

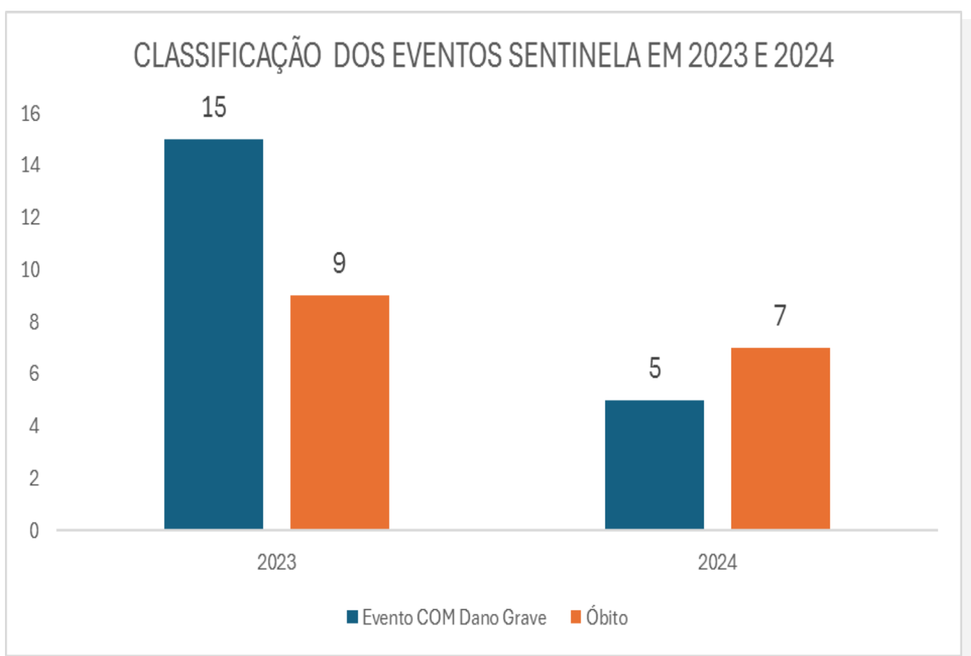
Tabela – Tipos de eventos Sentinela/ano 2023

RESULTADOS

Em 2023, 24 eventos assistenciais foram considerados sentinelas, todos avaliados por comissões internas com elaboração de planos de ação. Em 2024, observou-se que o gerenciamento do indicador e as políticas assistenciais foram assertivas em promover a redução de eventos sentinelas em 50%. Em 2025 o indicador foi inserido na trilha de planejamento estratégico da instituição e passou a ser acompanhado pela Governança Clínica e Alta Direção. O monitoramento efetivo dos eventos sentinelas possibilita melhorias através da elaboração de planos de ações robustos e redução de eventos. O compartilhamento e apoio da alta direção demonstra amadurecimento e transparência junto a segurança do paciente.

TIPOS DE EVENTOS SENTINELA/ANO 2024	QTDE
Falha na assistência	6
Apgar < 7 em RN acima de 1,5 kg no 5º min	1
Broncoaspiração	1
Intercorrência durante o transporte	1
Intercorrências com cateter de PICC	1
Intercorrências com traqueostomia	1
Pneumotórax	1
Total Geral	**12**

Tabela – Tipos de eventos Sentinela/ano 2024



Classificação dos eventos sentinela em 2023 e 2024

CONCLUSÕES

Em 2025 o indicador foi inserido na trilha de planejamento estratégico da instituição e passou a ser acompanhado pela Governança Clínica e Alta Direção. O monitoramento efetivo dos eventos sentinelas possibilita melhorias através da elaboração de planos de ações robustos e redução de eventos. O compartilhamento e apoio da alta direção demonstra amadurecimento e transparência junto a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

RDC nº 36/2013

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

GERENCIAMENTO HEMOSTÁTICO INDIVIDUALIZADO GUIADO POR ROTEM EM TRANSPLANTES CARDÍACO, HEPÁTICO E PULMONAR: ESTUDO DE CUSTO-EFETIVIDADE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE BASEADA EM VALOR

Manoel de Souza Neto, Leopoldo Muniz, Saullo Silveira, Fernando Nardy

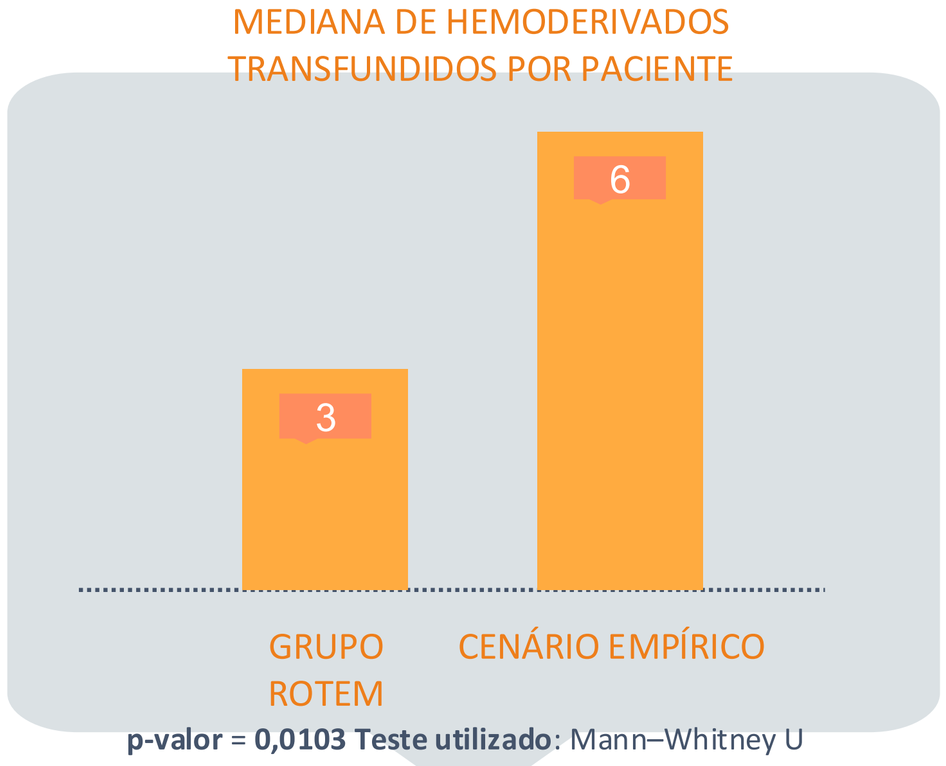
INTRODUÇÃO

Os preceitos da Saúde Baseada em Valor estabelecem que cada decisão clínica entregue o melhor desfecho possível pelo menor custo total ao longo do ciclo de cuidado, preconizando a maximização dos resultados clínicos de pacientes por unidade de custo despendida. Especificamente no cenário das cirurgias de transplante de órgãos, o manejo cuidadoso da hemostasia perioperatória é um determinante crítico da segurança do paciente e do sucesso pós-operatório. A coagulopatia desenvolvida por esses procedimentos de alta complexidade frequentemente desencadeia sangramentos volumosos, demandando intervenções transfusionais massivas que, por sua vez, elevam o risco de complicações pós-operatórias, prolongam o tempo de internação e impactam significativamente os custos assistenciais. Na confluência da Medicina Baseada em Valor e dos imperativos do Patient Blood Management (PBM), a transição de protocolos transfusionais empíricos para estratégias individualizadas, guiadas por diagnósticos precisos e intervenções direcionadas, emerge como um pilar fundamental da prática de excelência.

METODOLOGIA

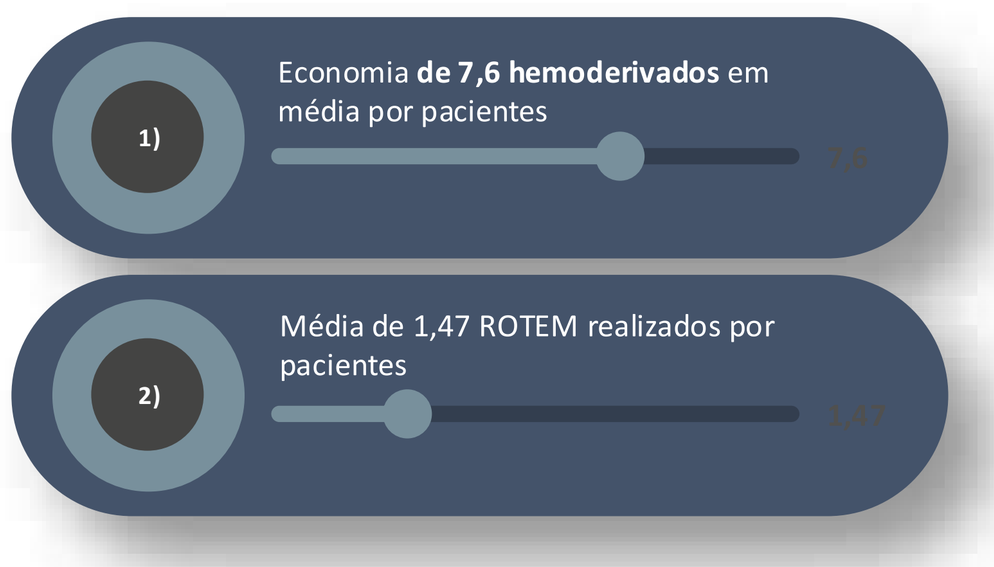
Objetivo: Esse estudo visa analisar o impacto custo-efetivo da implementação de um protocolo transfusional estruturado, guiado por exame de alto custo point-of-care de tromboelastometria rotacional (ROTEM), além da utilização de fibrinogênio concentrado e complexo protrombínico, comparando-o à utilização de abordagem convencional, no contexto da implementação de um programa de transplantes em uma instituição de saúde.

Analisou-se os casos de transplante cardíaco,hepático e pulmonar, em todos os pacientes a partir do momento que o registro de prontuário da unidade passou a ser eletrônico até o final do mês de março de 2025. O banco de dados incluiu a coleta de dados da perda sanguínea e da infusão via cell saver, contabilização de unidades de todos os hemoderivados e hemocomponentes transfundidos, realização de exames convencionais de coagulograma e ROTEM. Tais dados foram comparados com um cenário hipotético no qual o algoritmo transfusional guiasse a infusão de hemoderivados pela razão mais estudada 1:1:1:1 (1 concentrado de hemácias, 1 plasma fresco congelado, 1 unidade de plaquetas, 1 crioprecipitado), sem a utilização do exame e medicamentos de alto custo como o Rotem, Haemocomplettan e Beriplex. Por fim, o custo total e segurança clínica dos dois cenários foi comparado, estratificado por paciente, além de estipulado a economia de unidades de hemoderivados empregados.



RESULTADOS

Foram estudados as contas e desfechos clínicos de 17 pacientes do período, sendo 10 casos de transplante hepático, 6 cardíacos e 1 pulmonar. A análise comparativa demonstrou vantagens inequívocas da abordagem estruturada no manejo da coagulopatia dos pacientes transplantados. O custo médio por paciente atribuível aos exames e medicamentos direcionados à coagulação foi de R$ 20.000,00, comparando ao cenário convencional hipotético cujo custo foi estimado em R$ 33.800,00 por paciente. Mesmo com o emprego de exames e medicamentos de alto custo, como Rotem, Haemocomplettan e Beriplex, a técnica individualizada point-of-care permitiu maior custo-efetividade, com economia de aproximadamente 237mil reais no intraoperatório dos 17 pacientes estudados. Quanto aos benefícios clínicos, a técnica do protocolo transfusional permitiu realização mais rápida da intervenção planejada, pois o exame de ROTEM tem tempo médio para primeira avaliação e conduta de 10 a 15 minutos, enquanto os exames convencionais tardam mais de 1h para sua conclusão. Além disso, a terapia guiada por ROTEM resultou em uma redução média de 7,6 unidades de hemoderivados por paciente, isso é, uma redução substancial na exposição a transfusões alogênicas, o que se associa diretamente em ganho na segurança do processo operatório estudado. Cada unidade de hemoderivado evitada representa a mitigação de riscos transfusionais, incluindo, reações febris e alérgicas, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI), sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO), transmissão de patógenos e efeitos imunomodulatórios deletérios, que podem comprometer o prognóstico em pacientes transplantados.



CONCLUSÕES

A implementação de um protocolo de manejo hemostático perioperatório centrado na tromboelastometria rotacional (ROTEM) e na administração criteriosa de concentrados de fatores demonstrou ser uma estratégia de alto valor em transplantes cardíacos e hepáticos. Este estudo evidencia que, mesmo considerando o custo incremental de tecnologias diagnósticas avançadas e agentes farmacológicos específicos, a abordagem estudada promoveu uma significativa otimização de recursos financeiros e, crucialmente, uma redução expressiva na utilização de hemoderivados. Dentro de um cenário de qualidade e segurança do paciente, esses achados associam a esfera econômica aos princípios do Patient Blood Management e da medicina baseada em evidência, além da sustentabilidade na redução do impacto e pressão exercida sobre os bancos de sangue hospitalares

REFERÊNCIAS

- Nascimento B, Callum J, Tien H, Rubenfeld G, Pinto R, Lin Y, Rizoli S. Effect of a fixed-ratio (1:1:1) transfusion protocol versus laboratory-results-guided transfusion in patients with severe trauma: a randomized feasibility trial. CMAJ. 2013 Sep 3;185(12):E583-9. doi: 10.1503/cmaj.121986. Epub 2013 Jul 15. PMID: 23857856; PMCID: PMC3761040.
- Porter M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, *248*(4), 503–509. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af

GESTÃO DE PROCESSOS NO HNIPO: DADOS E COLABORAÇÃO IMPULSIONANDO O APRIMORAMENTO E A OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS.

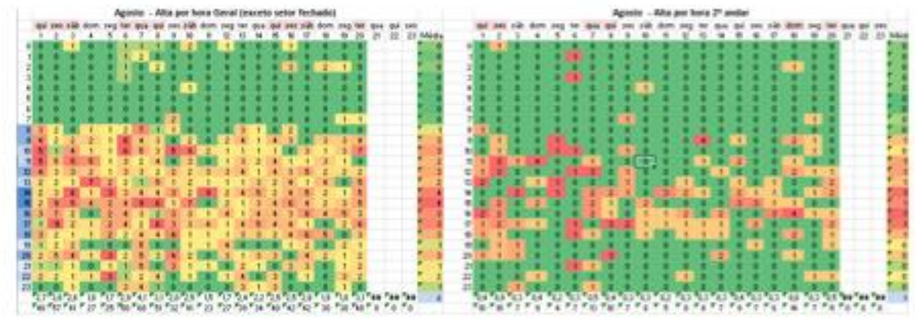
Suelí Pessoa de Oliveira, Marisol Nunes Costa de Oliveira, Liana Catalan, Jardel Dias Bonfim

INTRODUÇÃO

O Projeto do Cuidado Centrado, visa otimizar processos e melhorar resultados através de uma gestão estratégica baseada em dados, alinhando a missão e visão hospitalar aos pilares do Quintuple Aim, melhorando a experiência do paciente. O projeto da Linha Clínica ilustra essa abordagem gerencial, focando na eficiência operacional e no desafio da indisponibilidade de leitos para novas internações. Nosso objetivo foi gerenciar essa questão para garantir a otimização dos recursos e a agilidade nos processos hospitalares.

METODOLOGIA

Esse projeto foi estruturado apartir da metodologia DMAIC e Kaizen Sprint para implementação do piloto. A governança do processo incluiu interação intersetoriais para análise e validação de causas raízes, resultando na eliminação da prescrição de alta em equipes piloto e padronização de tempos. Fatores comportamentais, como a não priorização da alta, foram identificados como obstáculos gerenciais, sendo trabalhados continuamente em Round multidisciplinares e individuais com *win-win* (Ganha-Ganha). Como ferramenta de gestão e monitoramento de desempenho, um dashboard em Power BI foi finalizado em novembro/2024 e disponibilizado em dezembro/2024 para que a alta e média gestão trabalhassem os desvios do processo em tempo real através de uma gestão proativa. Este recurso habilita a supervisão de SLA's de todas as etapas do processo de alta e o suporte a ações de Kaizen e decisões baseadas em dados. A sustentação exige a gestão eficaz dessa ferramenta e o engajamento ativo da alta e média liderança para identificar desvios, promover a melhoria contínua e garantir a adesão aos novos fluxos.



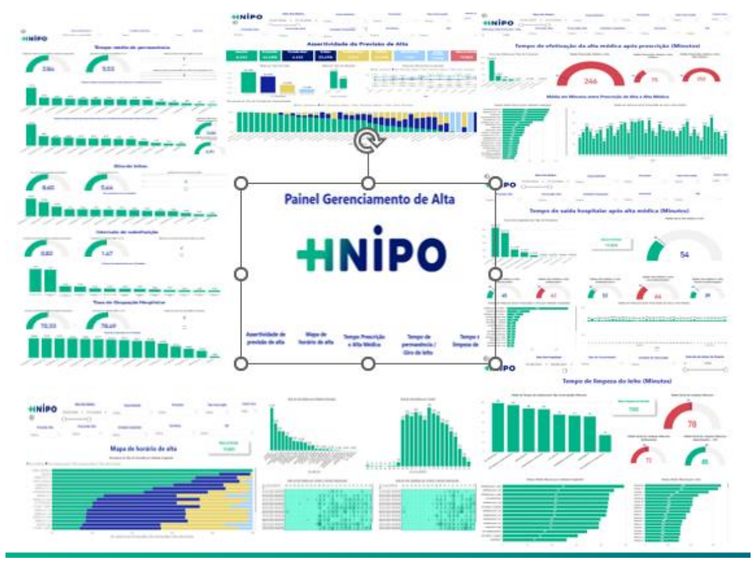
Análise de mapa de calor em relação ao horário de alta, a partir de extração de dados de relatórios personalizados e trabalhados em excel.

Análise de perfomance de tempo de alta e limpeza do quarto, a partir de extração de dados e relatórios personalizados e trabalhados em excel

RESULTADOS

Os resultados demonstraram o sucesso da gestão na otimização: uma redução de 31% no tempo de indisponibilidade de leitos (de 2h52 para 1h59), impactando positivamente a alocação de recursos. A implementação do dashboard em Power BI em dezembro/2024 representa um avanço gerencial, oferecendo transparência e dados para decisões estratégicas. A sustentação dos ganhos e a cultura de melhoria contínua são imperativos gerenciais, dependendo crucialmente do engajamento da liderança. O uso proativo do Power BI e a adesão aos novos fluxos são essenciais para reforçar o papel da liderança na governança e nos resultados estratégicos, devendo ser discutidos em reunião trimestrais.

Reunião de alinhamento para discussão dos indicadores de monitoramento e definição de Score Level Agreement (SLA's).



Power BI disponibilizado para a gestões de todas as áreas envolvidas no processo de alta para melhor controle de seus processos

CONCLUSÕES

O acompanhamento constantes dos indicadores proporciona tomadas de ações efetivas para a melhoria do processo de alta, sendo as reuniões entre áreas fundamental para garantir a manutenção do resultado positivo obtido no projeto.

REFERÊNCIAS

Base de dados ERP - MVSoul
Painel Power BI – Painel de Alta
Kaizen Sprint® foi desenvolvido pelos consultores Gilberto Strafacci, José Goldfreind e Márcio Abraham entre os anos de 2016 e 2017, Setec Consulting Group

GESTÃO DE SUPRIMENTOS: EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE À LUZ DA FARMACOECONOMIA

Ana Luíza Mourawad César – Coordenadora de Farmácia e Suprimentos

INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica é pautada na promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, garantindo acesso e uso racional do medicamento. Para garantir a eficiência e sustentabilidade do serviço, é indispensável um sistema de gestão de estoque que viabilize o domínio e controle das etapas de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, em que a tomada de decisão possa ser pautada em base de dados coerente. Nesse sentido, estudos farmacoeconômicos interligados ao perfil assistencial de um hospital otimizam custos e garantem maior qualidade do cuidado.

METODOLOGIA

As pautas farmacoeconômicas que fundamentaram o estudo foram estruturadas para contemplar as principais dimensões de análise: custo, perspectiva e tipo de avaliação. As metodologias empregadas englobaram a análise de minimização de custos (AMC), análise de custo-benefício (ACB) e análise de custo-efetividade (ACE), ferramentas essenciais para a tomada de decisão baseada em evidências econômicas e clínicas. Para garantir a robustez e a aplicabilidade dos resultados, foram promovidas reuniões periódicas com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta pelos profissionais: enfermeira, diretoria clínica e técnica, administradora e anestesista. A equipe multidisciplinar foi fundamental para alinhar as estratégias às necessidades do serviço, promovendo uma visão integrada da assistência farmacêutica. Além disso, realizou-se uma revisão estratégica do guia farmacoterapêutico e da política de compras e suprimentos. O período de análise compreendeu os meses de setembro de 2024 a maio de 2025.

Imagem 1: Descrição do ciclo de assistência farmacêuticas e suas etapas.

Fluxograma 1: Montagem do estudo farmacoeconômico.

RESULTADOS

Na análise de minimização de custos, o hospital padronizou o frasco-ampola de 10 ml do medicamento Citrato de Fentanil, economizando R$ 45.600,00 anuais ao despadronizar a ampola de 2 ml. Para a Metoclopramida, que apresentava baixa demanda e validade limitada, foi firmada uma parceria com outro serviço para troca do item por outro medicamento de maior giro, gerando 90% de economia na compra. Na análise de custo-benefício do Viscoelástico, verificou-se um modelo mais adequado para determinado procedimento, que resultou em R$ 4.862,40 de economia anual. Com as ações implementadas de setembro de 2024 a maio de 2025, obteve-se uma economia total de R$ 538.823,68, reduzindo os custos de suprimentos em 21%.

Empresa	Preço (R$)	Quantidade (ml)	Preço por ml (R$/ml)
A	25,00	1,5	16,67
B	32,00	2,5	12,80
C	39,00	2,0	19,50
D	26,00	2,5	10,40
E	42,00	2,5	16,80

Tabela 1: Comparativo entre empresa, quantidade de mL do produto e preço por mL do viscoelástico.

VALOR FARMACOECONOMIA		% EM RELAÇÃO AO VALOR GASTO
set/24	R$ 40.430,00	25%
out/24	R$ 68.688,55	32%
nov/24	R$ 63.324,40	34%
dez/24	R$ 47.260,25	31%
jan/25	R$ 42.702,84	37%
fev/25	R$ 93.029,19	58%
mar/25	R$ 61.512,16	37%
abr/25	R$ 59.215,90	38%
mai/25	R$ 62.660,39	46%
VALOR TOTAL	R$ 538.823,68	

Tabela 2: Comparativo de valor economizado, % do valor gasto

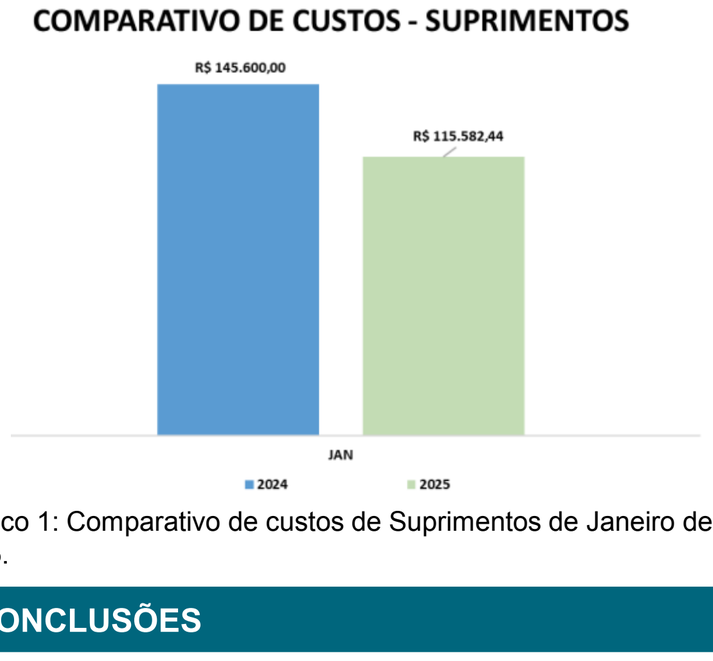


Gráfico 1: Comparativo de custos de Suprimentos de Janeiro de 2024 e 2025.

CONCLUSÕES

Os estudos relacionados à farmacoeconomia no Brasil são escassos atualmente. No entanto, há a necessidade de expansão de forma a otimizar os recursos financeiros presentes nas instituições privadas. Dessa forma, ao analisar os números expostos, bem como a metodologia utilizada, é possível perceber que a aplicação das ações citadas e outros planos de melhoria é de extrema importância por causar impacto direto na redução dos custos relacionados à assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Belém, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. DOI: 10.5123/S2176-62232011000300006
2. BRASIL, Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, Conselho Nacional de Saúde.
3. BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
4. SECOLI, Silvia Regina; Padilha, Katia Grillo; Litvoc, Julio; Maeda, Sayuri Tanaka. Farmacoeconomia: Perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. Ciênc. saúde coletiva 10 (suppl). Dez 2005.

GESTÃO DE TI 360º: MODERNIZAÇÃO SUSTENTÁVEL COM IMPACTO AMBIENTAL E FINANCEIRO

Nivaldo Risutti dos S. Júnior, Tatyana Conceição de Santana Souza

INTRODUÇÃO

Grandes hospitais na jornada de modernização do seu parque tecnológico, precisam unir sustentabilidade e eficiência, mas ainda enfrentam um grande desafio em relação ao alto consumo de energia e ao descarte de lixos eletrônicos.
Este projeto otimiza a infraestrutura de computadores, reduzindo custos e impacto ambiental, elevando a eficiência, a produtividade assistencial e a experiência do paciente.

METODOLOGIA

O projeto conduzido pela equipe de TI do Hospital Santa Izabel, adotou um delineamento misto de implementação e avaliação para substituição de HDs por discos SSDs em 265 computadores das áreas assistenciais. A metodologia implementou as seguintes ações:

- ✓ Diagnóstico detalhado do parque computacional e identificação dos principais gargalos de desempenho;
- ✓ Intervenção de Upgrade (HDDs -> SSDs) em lotes, com procedimentos padronizados de backup, validação de compatibilidade e janela operacional fora do horário de pico;
- ✓ Acompanhamento pós-implementação com monitoramento de desempenho, consumo energético e satisfação dos usuários (CSAT) por meio de pesquisas diárias;
- ✓ Inclusão de práticas de descartes adequada acionando a logística reversa para reduzir os resíduos eletrônicos e riscos de contaminação.

O objetivo foi aprimorar a experiência do paciente de forma indireta, agilizar processos operacionais, gerar economicidade e elevar a segurança da informação, pavimentando o caminho para uma TI mais verde na instituição.

Processo de substituição dos HDs por discos SSD´s, garantindo a alta performance dos computadores das áreas assistenciais.

Processo de destruição dos HD´s garantindo o descarte seguro do lixo eletrônico.

RESULTADOS

A substituição de HDDs por SSDs nos computadores da instituição gerou ganhos mensuráveis e consistentes. No 1º semestre de 2025, registramos:

- ✓ Redução de 28,46% no consumo de energia das estações de trabalho;
- ✓ Economia de R$ 1.292.700,00 em custos evitados com a compra de novos equipamentos;
- ✓ Destinação correta de 11.818 toneladas de resíduos eletrônicos no período 2020–2025, equivalente a cerca de 7.800 carros de passeio;
- ✓ Redução de até 75% no tempo de resposta das aplicações críticas assistenciais (PEP), otimizando o tempo da equipe assistencial e aumentando o foco no paciente.

Equipe de TI responsável pelo projeto de modernização sustentável dos equipamentos da Instituição.

Resultado do percentual de redução de consumo energético dos computadores e SAVING financeiro acumulado mês a mês (1°Semestre 2025)

CONCLUSÕES

A Instituição alcançou uma melhoria expressiva de eficiência, sustentabilidade e qualidade assistencial ao substituir HDDs por SSDs nas áreas críticas. Os resultados confirmam que intervenções técnicas bem direcionadas, acompanhadas por monitoramento e logística reversa, geram ganhos tangíveis e sustentáveis, consolidando uma gestão tecnológica responsável e alinhada à estratégia institucional, seguindo os valores da instituição:
Fazemos bem feito, sem desperdício e com segurança;
Juntos podemos mais;
A gente gosta de gente

REFERÊNCIAS

https://www.therevisionist.org/reviews/ssd-vs-hdd-power-consumption/; **Seagate.** *Hard Drive Power Consumption*. Disponível em: https://www.seagate.com/; **Samsung.** *SSD Power Consumption*. Disponível em: https://www.samsung.com/semiconductor/

GESTÃO INTEGRADA PARA REDUÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM SISTÊMICA E PARTICIPATIVA.

Francisco Valzenir Moreira da Silva Junior, Gabriel Fagundes de Souza, Tamara Ferreira dos Santos, Zulmira Rosa de Sousa Silva

INTRODUÇÃO

A prevenção de acidentes de trabalho em instituições de saúde exige uma abordagem integrada e contínua, considerando as especificidades do ambiente hospitalar e os riscos relacionados à assistência. Diante de desafios como subnotificação, fragilidades nos registros e ações preventivas isoladas, a instituição estruturou um plano de gestão para ampliar a efetividade das ações de prevenção e fortalecer a cultura institucional de segurança.

METODOLOGIA

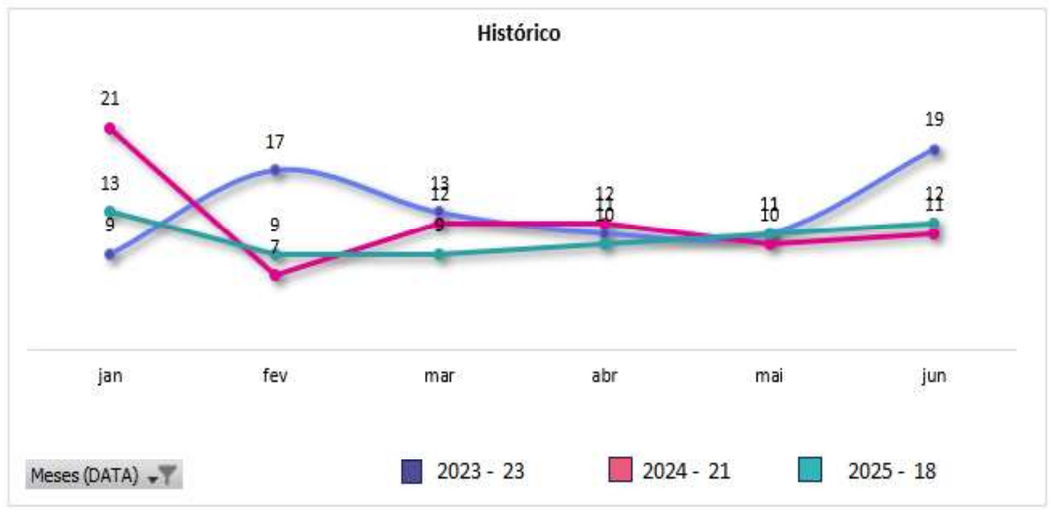
Foi realizada uma análise crítica das estatísticas de acidentes de trabalho do período de 2023/2025. A partir disso, reestruturou-se o registro de ocorrências no sistema informatizado da organização, aprimorando a classificação, onde foram definidos critérios objetivos para o cadastro das ocorrências e contemplando também incidentes e acidentes descaracterizados. O plano incluiu o fortalecimento das comissões de segurança, como a CIPA e o PPRAMP, com foco na atuação intersetorial e na participação ativa das lideranças, amplificando o engajamento e melhorando a percepção de segurança nos locais de trabalho. Ações educativas foram promovidas por meio de campanhas temáticas como SIPATMA, Abril Verde e Maio Amarelo, associadas a inspeções técnicas integradas e treinamentos nas áreas.

Ação Maio Amarelo 2025 – Hospital BP Paulista

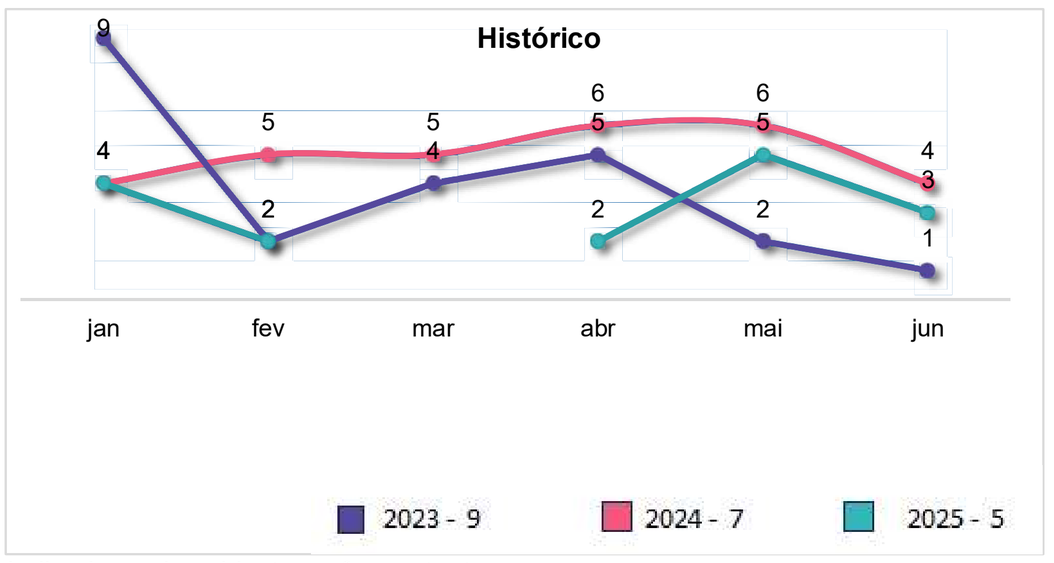
SIPATMA 2025 – Hospital BP Paulista

RESULTADOS

No primeiro semestre de 2025, observou-se uma redução significativa de 13% nos índices de acidentes típicos, 36% nos acidentes com perfurocortantes e de 19% nos acidentes de trajeto, evidenciando os benefícios da atuação conjunta, da melhora nos processos de registro e da consolidação de uma cultura de segurança



Indicadores de acidente típico



Indicadores de acidente perfurocortantes

CONCLUSÕES

A ação demonstra que integração entre áreas, o envolvimento institucional em todos os níveis e o fortalecimento da cultura de prevenção, são estratégias eficazes para a redução de acidentes no trabalho. Promover uma abordagem sistêmica, que supere barreiras estruturais e estimule o comportamento seguro, é fundamental para alcançar resultados sustentáveis e preparar a instituição para os desafios futuros da gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

Norma Regulamentadora 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.”
NBR 14280, "Cadastro de Acidente do Trabalho – Procedimento e Classificação.”

Governança 360º: Comunicação estratégica e segurança jurídica em hospital público de emergência

Simone Ribeiro de Oliveira, Kamila Conde Coelho

INTRODUÇÃO

A gestão de um hospital de emergência de grande porte opera em cenário de alta complexidade e constante escrutínio por diversos órgãos de controle. A forma como nos relacionamos com essas entidades, se não for proativa e estratégica, pode gerar incertezas jurídicas e comprometer a operação. Este trabalho apresenta a implementação do modelo de Governança 360°, com foco na comunicação institucional e na eficiência das respostas às demandas externas, evidenciando seu papel como base para a segurança jurídica da gestão e para a melhoria contínua da unidade.

METODOLOGIA

O presente trabalho realizou a análise dos registros disponíveis no Sistema de Informações de Processos e Ofícios (SIPO), contemplando o período de agosto de 2024 a agosto de 2025, totalizando 13 meses de observação. Foram examinados 1.124 registros, os quais constituíram a base de dados utilizada.

A estratégia se estruturou em três eixos: I. Centralização e Padronização: Criação do núcleo de apoio à gestão de demandas externas, com uso do Sistema de Protocolo de Ofícios (SIPO) para registro, rastreabilidade e padronização das respostas; II. Comunicação Proativa: Promovemos visitas técnicas, participação em reuniões e elaboramos relatórios de transparência ativa, estreitando o diálogo com as instituições; III. Melhoria Contínua: Cada demanda recebida foi analisada de forma crítica e transformada em plano de ação, com envolvimento de equipes assistenciais e administrativas.

Os órgãos demandantes foram agrupados por similaridade funcional e administrativa. Essa classificação organizou as origens das demandas e favoreceu a análise comparativa.

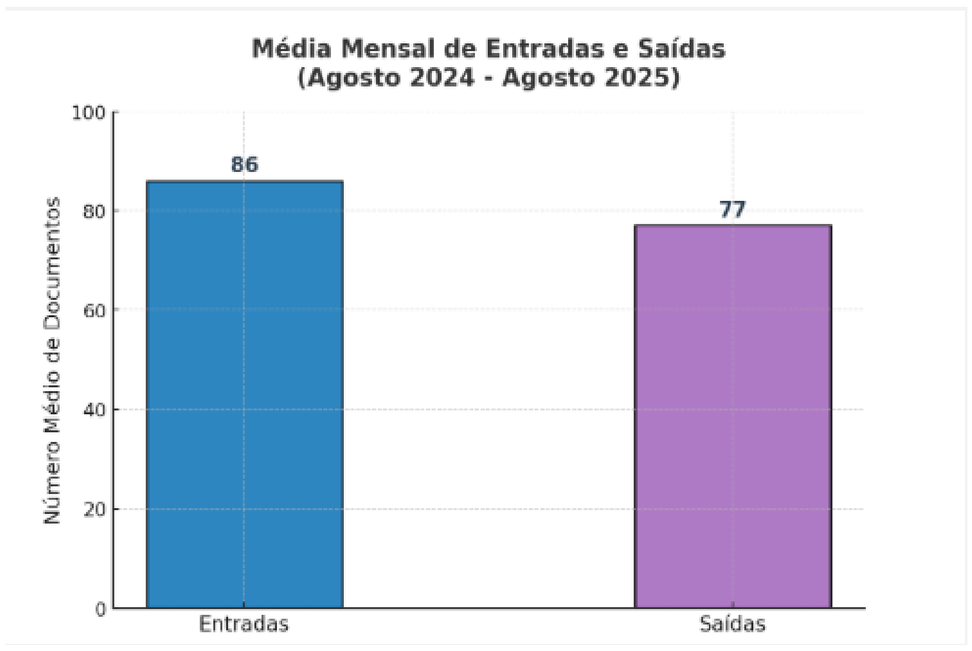


Gráfico 1. A diferença de 9 documentos na média de saídas justifica-se pelos prazos regulamentares que se estendem para o mês subsequente.

Tabela 1. Demandas institucionais mensais recebidas por órgão solicitante

(Período: ago/2024 – ago/2025)

Mês/ano	Defensoria Pública	Delegacias	Emergência	Judiciário	Ministério Público	Não Informado	Outros	Policia Militar	Prefeitura	Saúde	TOTAL MENSAL
ago/24	0	3	0	4	4	1	5	2	0	1	20
set/24	6	24	1	32	13	6	23	5	0	2	112
out/24	8	36	1	18	4	8	14	11	2	9	111
nov/24	4	28	0	13	11	7	17	1	3	3	87
dez/24	5	21	0	21	9	8	14	5	5	2	90
jan/25	5	23	0	27	10	0	13	4	3	0	85
fev/25	6	26	0	31	6	1	11	9	5	2	97
mar/25	5	15	0	40	7	0	9	9	3	0	88
abr/25	2	9	0	20	5	0	9	11	11	1	68
mai/25	6	20	0	29	13	0	15	10	6	4	103
jun/25	5	22	0	23	7	0	17	7	5	2	88
jul/25	8	20	0	19	6	0	15	13	10	4	95
ago/25	10	25	0	21	3	0	5	7	8	1	80
TOTAL	70	272	2	298	98	31	167	94	61	31	1124

Fonte: SIPO

Os órgãos demandantes foram agrupados por similaridade funcional e administrativa, a partir da identificação de palavras-chave (como “Delegacia”, “Juizado”, “Promotoria”, entre outras).

RESULTADOS

Com a centralização das respostas, aproximadamente 95% das solicitações foram atendidas dentro do prazo. A abordagem estratégica melhorou o relacionamento com os órgãos, que passaram a perceber o hospital como colaborador. Internamente, as demandas catalisaram revisões de protocolos e fluxos assistenciais, impactando positivamente a segurança do paciente.

O modelo foi implementado e alcançou os seguintes propósitos:
1. Estabeleceu canais transparentes e eficazes com órgãos de controle;
2. Reduziu a complexidade das demandas externas por meio de respostas qualificadas e preventivas;
3. Mitigou riscos jurídicos e assegurou a conformidade das respostas;
4. Transformou manifestações externas em oportunidades de melhoria;
5. Reforçou a imagem institucional do hospital como parceiro da fiscalização e da sociedade.

Principais Achados:

- **Total de demandas**: 1.124 registros
- **Média mensal**: 86,5 demandas
- **Pico de demandas**: Setembro de 2024 (112 demandas)
- **Menor volume**: Agosto de 2024 (20 demandas)
- **Principal demandante**: Judiciário (298 demandas - 26,5%)

A utilização do SIPO teve início em agosto de 2024, por isso, menor demanda do período. O principal demandante é o Poder Judiciário (ago24 a ago25).

Benefícios do Modelo

- ✅ **Organização**: Fluxo estruturado e controlado
- ✅ **Especialização**: Distribuição por competência técnica
- ✅ **Qualidade**: Revisão centralizada das respostas
- ✅ **Rastreabilidade**: Controle completo via SIPO
- ✅ **Eficiência**: Processo padronizado e otimizado

Benefícios do modelo nos processos institucionais da gestão de informações de processos e ofícios.

CONCLUSÕES

O Sistema SIPO apresenta alta qualidade de preenchimento e boa eficiência, com 95% dos documentos respondidos em tempo oportuno.

A estratégia da Governança 360° consolidou-se como ferramenta essencial para a segurança jurídica, a eficiência institucional e o fortalecimento da cultura de transparência em ambientes hospitalares complexos.

REFERÊNCIAS

1DOC. *Ofício eletrônico: o que é, como funciona e quais os benefícios*. Blog 1Doc, [s.l.], 17 mar. 2022. Disponível em: https://blog.1doc.com.br/oficio-eletronico. Acesso em: 19 set. 2025.

A Governança Clínica como Ferramenta de Excelência Assistencial: Um Estudo de Caso no Afecc Hospital Santa Rita

Diego Roncete Ramos; Herick Heidmann Esquincalha Vieira; Luiza Queiroz Do Nascimento; Luiz Augusto Castro Fagundes Filho

INTRODUÇÃO

A Governança Clínica é essencial para a melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente em ambientes hospitalares. Diante dos desafios de um hospital de alta complexidade, o Afecc Hospital Santa Rita desenvolveu e implementou um modelo de Governança Clínica próprio. O objetivo central é criar um ecossistema de dados que sustente decisões clínicas e estratégicas, com foco na jornada do paciente, na experiência assistencial e no engajamento médico.

METODOLOGIA

A estrutura de Governança Clínica foi construída a partir da integração de bases de dados institucionais, alimentando painéis analíticos interativos. A principal ferramenta de avaliação foi baseada no sistema ERP institucional e com apoio de outras metodologias de avaliação validadas, como o Net Promoter Score (NPS).

Os dados da pesquisa foram categorizados por setor, médico e especialidade, e cruzados com indicadores assistenciais como:

- Tempo médio de permanência
- Taxa de mortalidade cirúrgica
- Índice de reinternação
- Percentual de altas médicas até 10h

Paralelamente, o perfil do corpo clínico foi analisado em múltiplas dimensões, incluindo especialidade, tempo de vínculo e grau de participação.
A construção dos painéis foi um esforço colaborativo entre os núcleos médico, assistencial, técnico e de TI, permitindo monitoramento em tempo real e o embasamento para intervenções clínicas e gerenciais.

- Além disso, foram incluídos indicadores como:
- Treinamentos realizados
- Reuniões Científicas
- Participação em Comissões
- Elogios NPS (Net Promoter Score)
- Reclamações
- Artigos Publicados

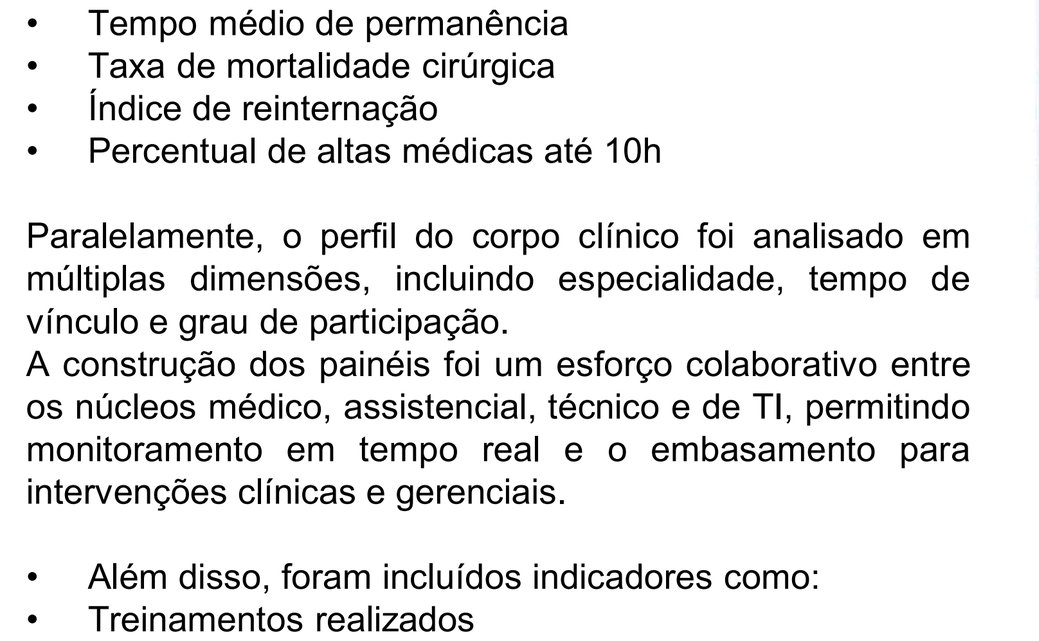


Imagem da Torre de Controle – Governança Clínica com os dados referentes ao 1º/2025, Perfil Médico.

RESULTADOS

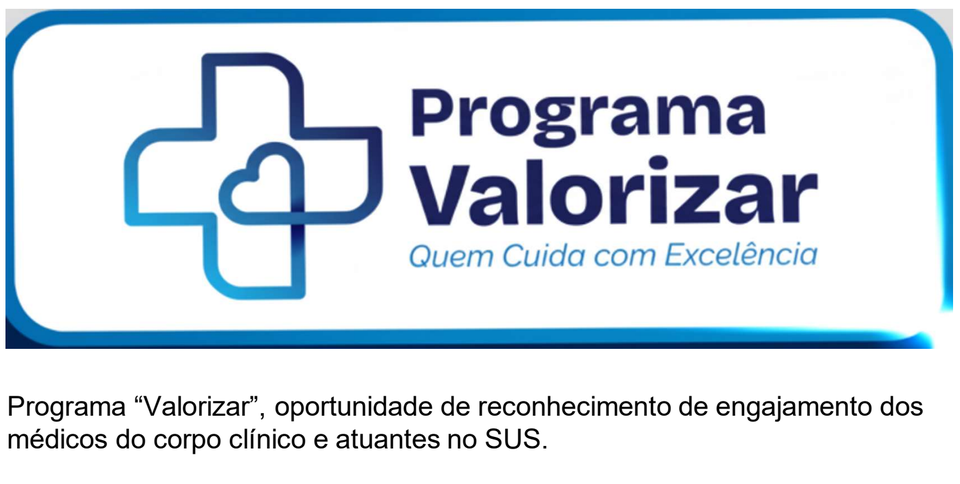
O modelo de Governança Clínica do Afecc consolidou-se como um eixo de gestão fundamental, integrando dados assistenciais, operacionais e de experiência do paciente. O modelo fortaleceu o protagonismo clínico e contribuiu para resultados expressivos em satisfação, segurança e eficiência. Entre os principais resultados quantitativos, destacamos:

- 18.606 pesquisas de satisfação aplicadas, com 4.810 respostas válidas.
- 4.390 pacientes foram promotores da instituição.
- 3.705 pacientes vieram da urgência/emergência, indicando a relevância do fluxo de atendimento.

O score de desempenho clínico também foi utilizado para reconhecer boas práticas e planejar ações de melhoria contínua, reforçando o compromisso com a excelência no cuidado oncológico.

Imagem da Torre de Controle – Governança Clínica com os dados referentes ao 1º/2025, Pontuação Geral Governança Clínica.

Dentre as ações de melhoria, foi desenvolvido o programa interno “Valorizar”, no qual estimula médicos pertencentes ao corpo clínico e que atendem ao SUS, participarem de um ranking mensal com repasse financeiro entre os 10 primeiros colocados.
Tornando o programa de governança clínica atrativo para os participantes e fortalecendo o engajamento nos programas internos.



Programa “Valorizar”, oportunidade de reconhecimento de engajamento dos médicos do corpo clínico e atuantes no SUS.

CONCLUSÕES

A implementação de um modelo próprio de Governança Clínica se mostrou eficaz para a integração de dados e a tomada de decisões orientadas, resultando em melhoria contínua da qualidade assistencial. O modelo não apenas aprimorou a segurança e a eficiência, mas também impulsionou o engajamento dos profissionais e a satisfação dos pacientes. O sucesso do projeto no Afecc demonstra que a Governança Clínica, quando bem estruturada, é uma ferramenta poderosa para alcançar a excelência no cuidado, mesmo em hospitais de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

1. National Health Service (NHS). (2009). High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report. Department of Health.
2. World Health Organization (WHO). (2017). Patient Safety: A global health priority. Geneva: WHO.
3. Donabedian, A. (2005). An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press.
4. Carvalho, M., & Viana, J. M. (2019). A governança clínica como estratégia de gestão da qualidade e segurança em hospitais brasileiros. Revista de Saúde Pública, 53, 1-12.

HUDDLE:
ESTRATÉGIA DE GESTÃO E SEGURANÇA ASSISTENCIAL

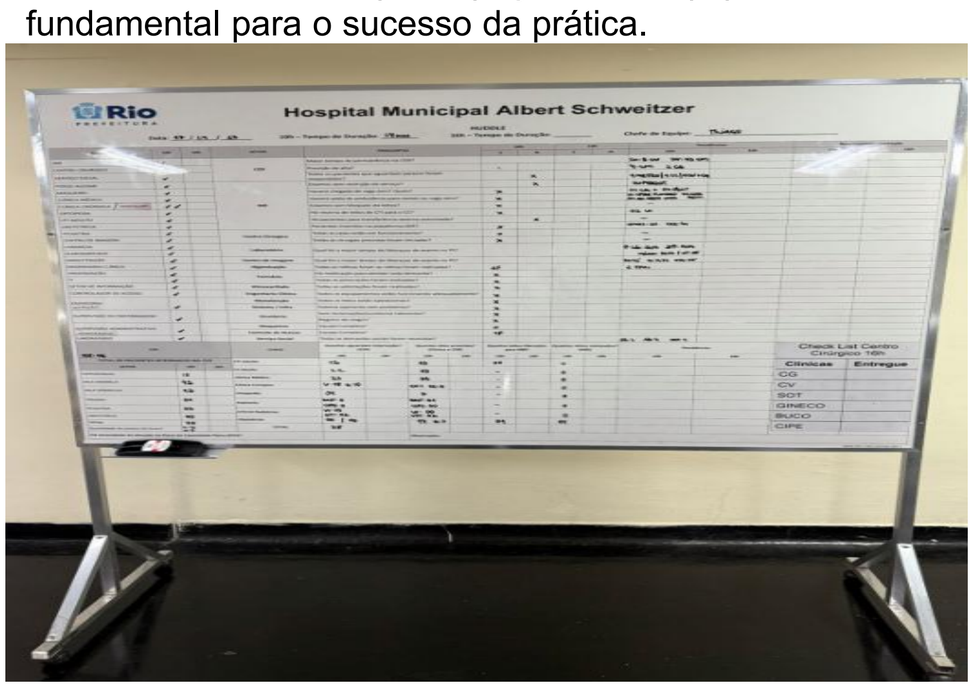
LERBACK. Samira do Nascimento

INTRODUÇÃO

É uma ferramenta de gestão capaz de promover e fortalecer a cultura de segurança do paciente alinhando e organizando fluxos setoriais. Tem por objetivo apresentar a implementação do huddle como estratégia de gestão hospitalar com foco na integração das equipes, monitoramento da ocupação, funcionamento dos serviços de apoio, organização do fluxo de altas e resposta coordenada a situações conforme ativação do plano de capacidade plena (PCP).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em um hospital geral municipal, localizado na zona oeste do Rio de Janeiro. O huddle foi incorporado à rotina diária da instituição, com encontros programados para ocorrerem duas vezes ao dia, às 10h e às 16h, com duração média de 8 a 12 minutos. Essa estratégia tem como objetivo promover o alinhamento entre as diferentes equipes, garantir a segurança do paciente e otimizar o fluxo de atendimento e de leitos. As reuniões englobam a participação de profissionais das áreas assistenciais, gestão e dos serviços de apoio técnico e logístico, promovendo uma comunicação rápida, objetiva e resolutiva. Durante os encontros, são discutidos e monitorados indicadores estratégicos para a operação da unidade, tais como: status de funcionamento dos serviços, ocupação dos setores assistenciais, número de altas hospitalares previstas e efetivadas, além de alterações operacionais que demandem ativação do PCP. Também é avaliada a adesão e participação das equipes como fator fundamental para o sucesso da prática.



Quadro Huddle: estratégia de gestão à vista para fortalecimento da comunicação e segurança assistencial.

PLANO DE CAPACIDADE PLENA: GATILHOS PARA ACIONAMENTO

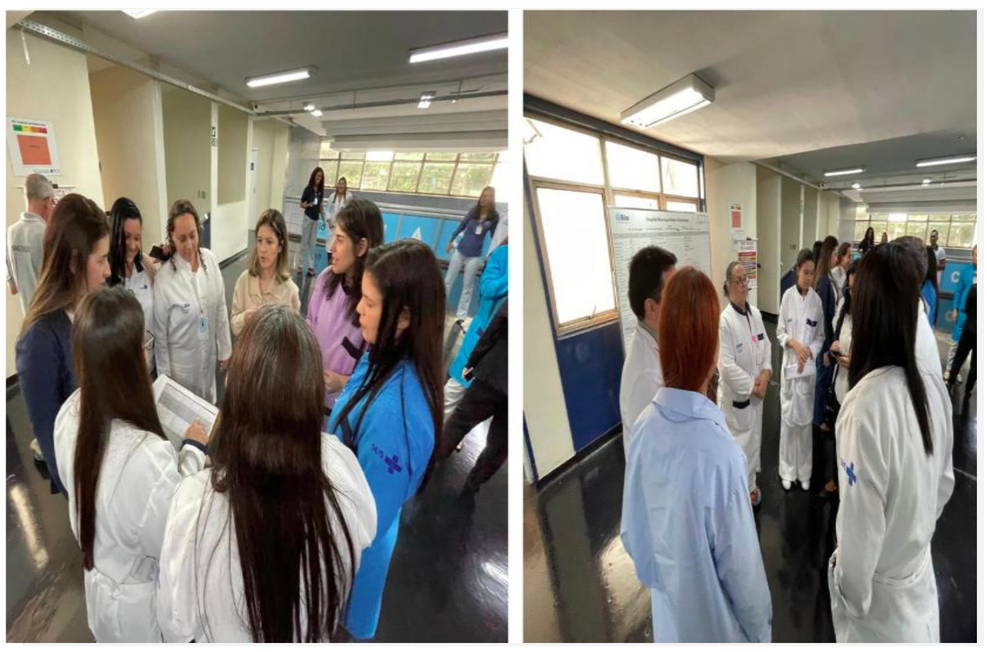
SETORES PARA DISPARO DOS GATILHOS	Rotina diária	Nível 1	Nível 2	Nível 3
HIPODERMIA SALA AMARELA SALA VERMELHA SALA DOR TORÁCICA	< 63 pct	Hipodermia somar os pct com + de 24h 64 até 68 pct	Hipodermia somar os pct com + de 24h 69 até 73 pct	Hipodermia somar os pct com + de 24h > que 74 pct

Gatilhos PCP utilizados para monitoramento do fluxo assistencial durante o Huddle.

RESULTADOS

Durante o período, de janeiro a junho, foram realizados 362 huddles, com média de adesão de 99% da equipe multiprofissional. A prática permitiu a identificação precoce de situações de risco assistencial, como atrasos em exames, equipamentos inoperantes, atrasos em demanda cirúrgica e bloqueios de leitos. A visibilidade diária da taxa de ocupação e do número de altas facilitou a organização do fluxo de internação. O huddle é uma ferramenta de gestão simples e efetiva, sem custo e com alto impacto, que favorece a comunicação assertiva, a articulação interprofissional e a antecipação de riscos com tomada de decisão precoce, otimização de recursos, além de promover a corresponsabilidade.

Momento do Huddle: integração da equipe multiprofissional para alinhamento das ações assistenciais.



Pós-Huddle: definição e divisão das condutas entre internação e alta, com atuação multiprofissional integrada.

CONCLUSÕES

A implementação do Huddle mostrou-se uma estratégia simples, de baixo custo e altamente efetiva e de fácil aplicabilidade na gestão hospitalar. Ao integrar equipes em encontros rápidos e objetivos, promoveu alinhamento interprofissional, antecipação de riscos e melhor organização dos fluxos de internação e alta. A alta adesão evidenciou a relevância da ferramenta para fortalecer a cultura de segurança, otimizar recursos e qualificar o cuidado ao paciente.

FERNANDES, Gabriela Perdigao; TOMAZ, Wanderson Borges; Dutra, Cintia Machado et al. A implementação do Daily Huddle no pronto-socorro de um hospital público: relato de experiência. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, Cuiabá, v. 11, n. 2, p. e6773, abril/junho. 2023. DOI: 10.18554/refacs.v11i2.6773.

FERREIRA, Ana Gabriela Clipes; De LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Huddle em hospitais: discussão horizontal para melhoria e inovação de processos e procedimentos, Revista de . Administração em Saúde (On-line), São Paulo, v. 25, n. 99: e412 (2025 DOI: http://dx.doi.org/10.23973/ras.99.412. Disponível em: https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/412/613, Acesso em 03/07/2025.

IMPACTO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE LONGITUDINAL

Helidea Lima, Vanessa Torres, Ana Cláudia Araújo, Leopoldo Muniz

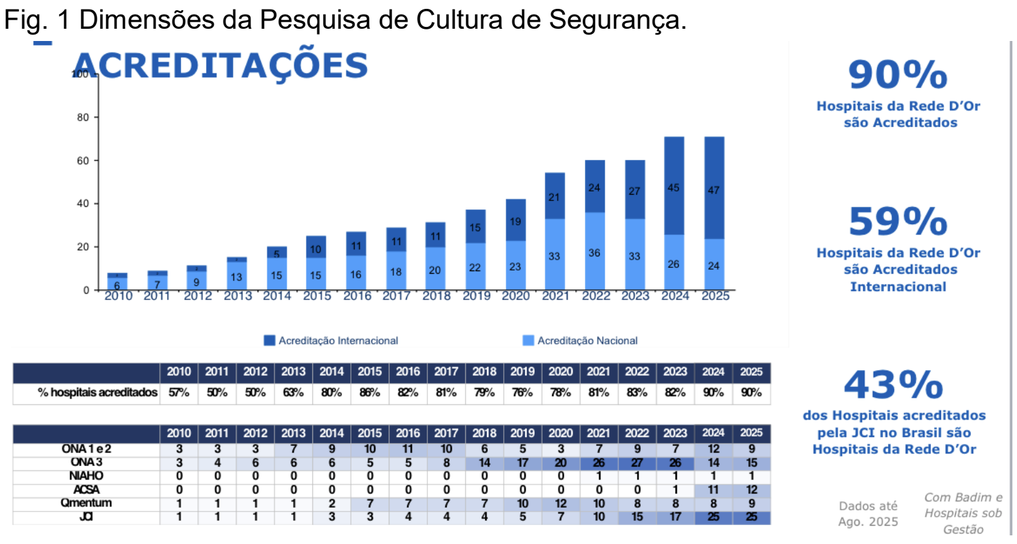
INTRODUÇÃO

A melhoria da segurança e da confiabilidade dos sistemas de saúde requer alocação adequada de recursos, infraestrutura bem estruturada e um compromisso sólido com a manutenção da segurança e da estabilidade ao longo do tempo. A acreditação hospitalar tem sido amplamente reconhecida como uma estratégia fundamental para a promoção da qualidade assistencial, oferecendo padrões estruturados e processos que incentivam a melhoria contínua da segurança do paciente. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo avaliar a evolução da cultura de segurança do paciente entre 2014 e 2022 em uma rede de hospitais privados no Brasil, bem como examinar sua relação com o processo de acreditação hospitalar. Para isso, utilizou-se o questionário HSOPSC para mensurar as percepções dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança.

METODOLOGIA

Este estudo de coorte retrospectivo foi realizado compreendendo o período de setembro de 2014 a setembro de 2022, utilizando o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) versão 1.0, validado e adaptado para o português e para o contexto brasileiro. A pesquisa foi aplicada anualmente por meio de uma plataforma online em 71 hospitais privados brasileiros, distribuídos pelas cinco macrorregiões do país. O questionário avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, com 42 itens, dos quais 33 são respondidos por escala de Likert. Profissionais de diversas áreas (médica, enfermagem, técnica, administrativa, farmacêutica e reabilitação) responderam voluntariamente. Foram incluídos apenas questionários totalmente preenchidos. A análise considerou a porcentagem de respostas positivas por dimensão da cultura de segurança. Os hospitais foram classificados como acreditados ou não acreditados. Utilizou-se modelo de regressão linear com efeitos mistos para avaliar a tendência temporal da cultura de segurança e sua associação com a acreditação hospitalar.

Fig. 1 Dimensões da Pesquisa de Cultura de Segurança.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
% hospitais acreditados	57%	50%	50%	63%	80%	86%	82%	81%	79%	76%	78%	81%	83%	82%	90%	90%

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ONA 1 e 2	3	3	3	7	9	10	11	10	6	5	3	7	9	7	12	9
ONA 3	3	4	6	6	6	5	5	8	14	17	20	26	27	26	14	15
NIAHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
ACSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	12
Qmentum	1	1	1	1	2	7	7	7	7	10	12	10	8	8	8	9
JCI	1	1	1	1	3	3	4	4	4	5	7	10	15	17	25	25

Fig. 2 Evolução - Acreditações nos Hospitais da Rede D´Or.

Esta pesquisa foi publicada no IJHPR. de Oliveira Lima H, da Silva LM, Tavares LR, de Araújo ACLF, Moreira LP, de Melo Silva Torres V, de Oliveira FN, Ho AM, Simões D, Mizubuti GB, Vieira JE. Association between hospital accreditation and healthcare providers' perceptions of patient safety culture: a longitudinal study in a healthcare network in Brazil. Isr J Health Policy Res. 2025 Jun 4;14(1):27.

RESULTADOS

Das 12 dimensões analisadas, 11 apresentaram melhora significativa, e uma ("frequência de eventos notificados") permaneceu inalterada ao longo do tempo (p = 0,84). Duas dimensões tiveram menos de 50% de respostas positivas: "abertura na comunicação" (47,13% [38,19–58,73]) e "resposta não punitiva aos erros" (41,24% [34,13–51,98]). A cultura de segurança melhorou nos hospitais acreditados em todas as dimensões, exceto "frequência de eventos notificados" (p = 0,12). Nos hospitais não acreditados, a "frequência de eventos notificados" diminuiu ao longo do tempo (p = 0,008), enquanto as demais dimensões permaneceram inalteradas. A avaliação da segurança do paciente como “muito boa” ou “excelente” demonstrou uma trajetória ascendente significativa ao longo do tempo no grupo AH (p < 0,001), enquanto nenhuma tendência positiva estatisticamente significativa foi observada no grupo NAH (p = 0,62).

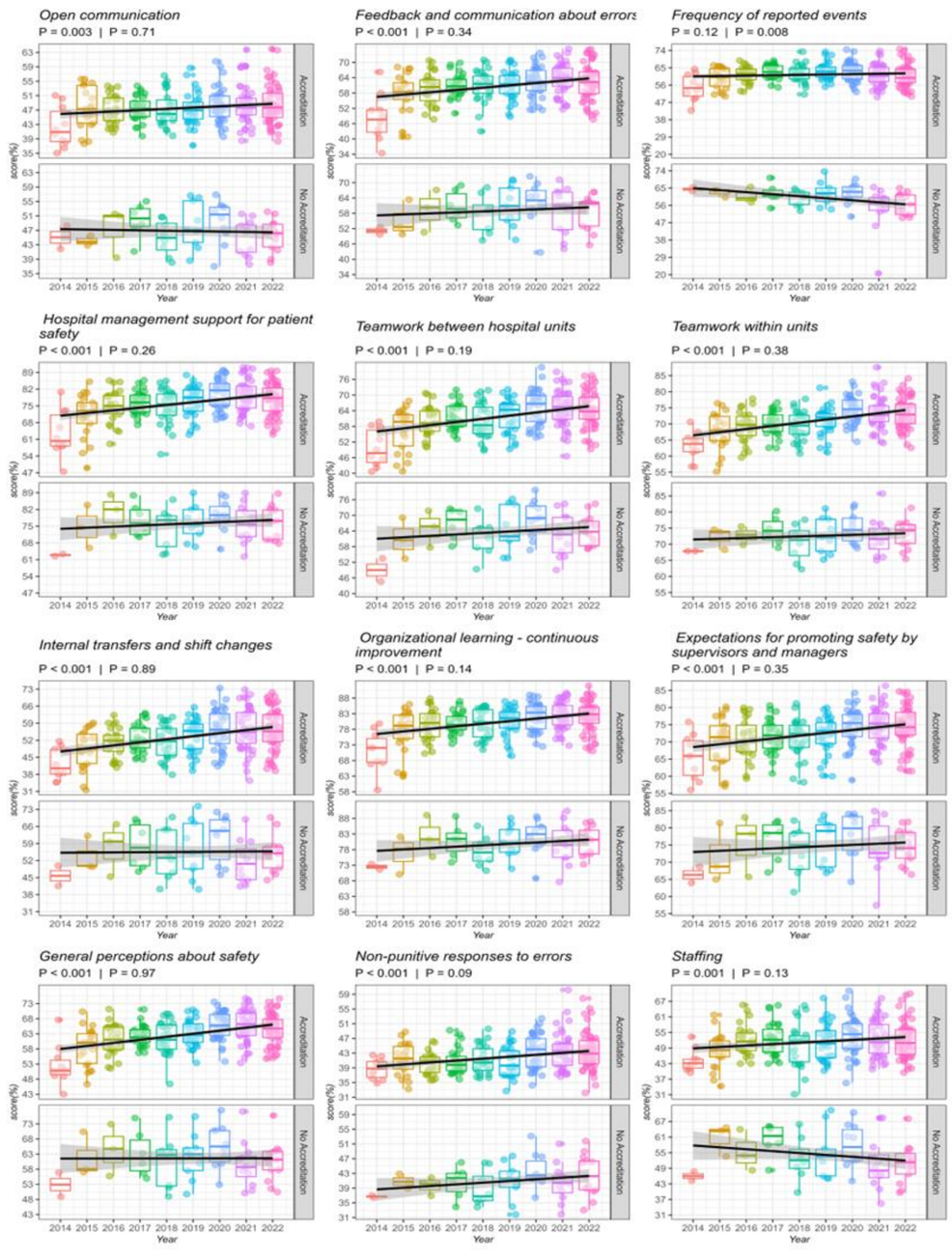


Fig. 3. Comparação dos escores dimensionais do Hospital Survey on Patient Safety Culture entre hospitais acreditados e não acreditados ao longo do tempo, de 2014 a 2022.Boxplot: Mediana (percentis 25–75) dos escores por ano para cada dimensão. A mediana representa o ponto central dos dados e é indicada pela linha que divide a caixa em duas partes. Os “whiskers” superior e inferior representam os valores fora dos 50% centrais (ou seja, os 25% inferiores e os 25% superiores dos escores). Valores atípicos são representados por círculos. Um modelo de regressão linear de efeitos mistos foi aplicado para estimar a tendência dos escores das dimensões ao longo do tempo.NAH: hospitais não acreditados; AH: hospitais acreditados.

CONCLUSÕES

Nossos resultados indicam uma melhora na cultura de segurança do paciente nesta rede de hospitais privados no Brasil entre 2014 e 2022. A acreditação foi associada ao fortalecimento da cultura de segurança ao longo do tempo. Além disso, os hospitais não acreditados apresentaram tendência a relatar menos eventos adversos, o que pode refletir subnotificação e, consequentemente, perda de oportunidades de aprimoramento do sistema de saúde por meio da análise desses eventos. A avaliação da segurança do paciente como “muito boa” ou “excelente” demonstrou uma trajetória ascendente significativa ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1.Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. International Journal for Quality in Health Care. 2018;30:660–77. doi: 10.1093/intqhc/mzy080
2.Reis CT, Laguardia J, Barros CG de, et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. Cad Saude Publica. 2019;35.

Impacto da Mudança no Processo Decisório sobre o Tempo de Espera das Cirurgias Não Programadas

Marcelo Cristiano Rocha, MD, FACS; Sergio H. B. Damous, MD, FACS; Rafaela A. Costa, MD PhD; Edivaldo M. Utiyama, MD, FACS

INTRODUÇÃO

Atrasos em cirurgias de urgência/emergência associam-se a piores desfechos e refletem gargalos organizacionais em centros de alta complexidade. Modelos de priorização com janelas-alvo (NCEPOD, TACS, "semáforo") são estratégias para reduzir atrasos e conflitos de agenda entre especialidades. No ICHC-HCFMUSP, implantou-se em 09/2022 um modelo integrado (classificação de urgência, Kanban em tempo real e reuniões multidisciplinares diárias) para ordenar o acesso a salas operatórias em demandas não eletivas.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da implementação de um processo estruturado de priorização (internamente denominado kanban) nos tempos de espera cirúrgica e no cumprimento das metas de tempo até a intervenção para cirurgias não eletivas em um hospital universitário terciário de emergência.

METODOLOGIA

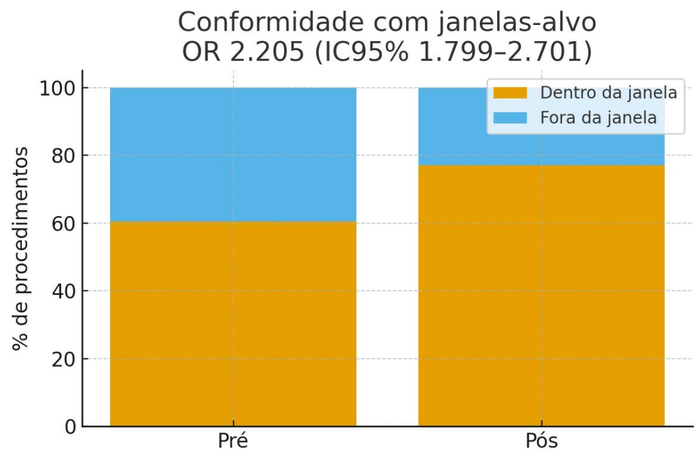
Estudo de coorte retrospectivo, de centro único, comparando períodos pré- e pós-implementação de novo processo de priorização (jun–ago/2022 vs. nov/2022–jan/2023). Incluíram-se todas as cirurgias não eletivas registradas no sistema institucional; cada intervenção contou como evento independente. Excluíram-se procedimentos de transplante hepático, obstetrícia e casos não financiados pelo SUS. Dados clínicos e operacionais foram extraídos do prontuário eletrônico (MV-PEP) e do painel de produção cirúrgica (PIH), com anonimização prévia. O desfecho primário foi o tempo da indicação até a cirurgia; secundariamente, avaliou-se a conformidade com as janelas aceitáveis por especialidade e gravidade. As análises estatísticas foram feitas por meio dos testes de Kolmogorov–Smirnov, Mann–Whitney, Qui-quadrado e teste exato de Fisher (α=0,05). Estudo aprovado pelo Comitê de Ética (CAPPesq 76446223.2.0000.0068).

Conformidade do tempo de espera às janelas de tempo prevista para cirurgias não programadas antes e depois implementação do kanban, por especialidade cirúrgica (n=1851)

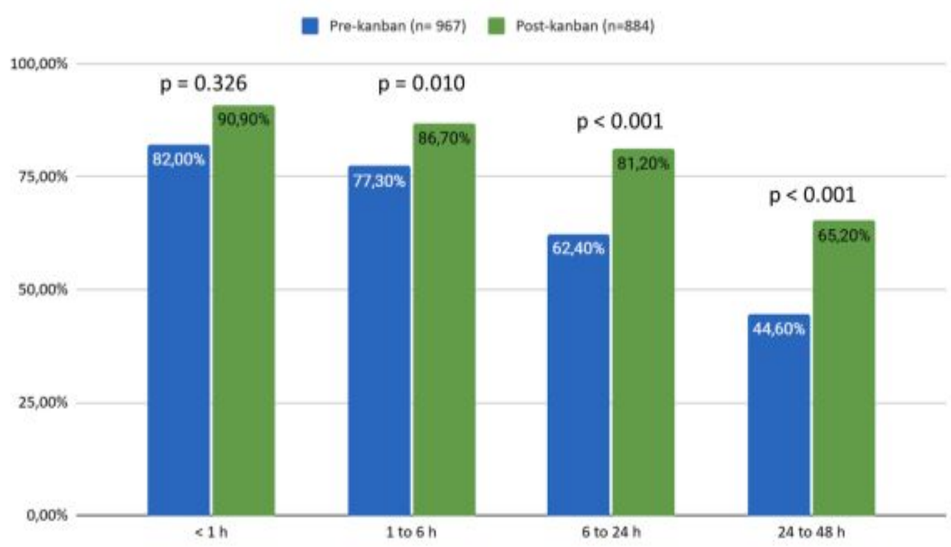
Especialidade cirúrgica	Pré-Kanban (n=967)	Pós-Kanban (n=884)	OR (IC95%)
Cir Ap Digestivo	16 (47,1%)	16 (84,2%)	6,000 (1,472–24,454)
Cirurgia Geral	153 (66,5%)	143 (79,4%)	1,945 (1,236–3,061)
Cir Plástica	9 (47,4%)	17 (100%)	2,889 (1,703–4,900)
Cir Vascular	82 (54,3%)	120 (67,8%)	1,772 (1,130–2,776)
Neurocirurgia	145 (61,7%)	182 (78,1%)	2,215 (1,474–3,327)
Oftalmologia	68 (65,4%)	58 (89,2%)	4,387 (1,816–10,598)
Ortopedia	22 (78,6%)	20 (90,9%)	2,727 (0,493–15,095)
Otorrinolaringologia	35 (68,6%)	49 (86,0%)	2,800 (1,080–7,263)
Urologia	38 (46,9%)	51 (65,4%)	2,137 (1,128–4,049)
Outras	17 (50,0%)	26 (72,2%)	2,600 (0,964–7,010)

RESULTADOS

Foram analisados 1.851 procedimentos não eletivos (pré-kanban = 967; pós-kanban = 884), sem diferenças demográficas relevantes entre os períodos. Globalmente, a mediana [p25-p75] do **tempo da indicação até o ato cirúrgico reduziu de 17h20min** [8h50–31h40] **para 8h52min** [4h33–16h58] (p<0,001), evidenciando redução substancial da espera. Em paralelo, a conformidade de tempo de espera com as janelas de tempo consideradas aceitáveis para os procedimentos aumentou globalmente. A melhora foi disseminada praticamente entre todas as especialidades. Em termos de janelas de gravidade, os ganhos concentraram-se nas categorias 1–6 h, 6–24 h e 24–48 h, enquanto a categoria <1 h permaneceu estável, compatível com protocolos de resposta rápida já estabelecidos para emergências ameaçadoras à vida.



Taxa de conformidade global entre o tempo de espera com a janela prevista para cirurgias não programadas antes e após implementação do kanban (n=1851)



Taxa de conformidade entre o tempo de espera com a janela prevista de acordo com a criticidade de cirurgias não programadas antes e após implementação do kanban (n=1851)

CONCLUSÕES

A adoção de um modelo estruturado de priorização, ancorado em triagem de urgência, Kanban em tempo real e reuniões diárias, reduziu à metade o tempo de espera e elevou a adesão a prazos em cirurgias não eletivas num hospital terciário de emergência. A consistência dos resultados entre especialidades e janelas reforça a viabilidade e a efetividade operacionais do arranjo, embora o desenho retrospectivo de centro único e a ausência de desfechos clínicos de longo prazo indiquem a necessidade de avaliações multicêntricas e acompanhamento prospectivo.

REFERÊNCIAS

1. Silver JK, et al. **Delays in urgent surgery and the impact on outcomes: a global perspective**. Lancet. 2023;401(10378):812–819. 2. Ogola GO, et al. **The effect of delay in surgery on outcomes in patients with emergency general surgery conditions**. World J Surg. 2015;39(6):1354–1360. 3. McIsaac DI, Abdulla K, Yang H, Sundaresan S, Doering P, Vaswani SG, et al. **Association of delay of urgent or emergency surgery with mortality and complications: a systematic review**. CMAJ. 2017;189(27):E905–E912. 4. Franklin A, et al**. Impact of delayed surgical intervention in emergency general surgery: a multi-center analysis**. JAMA Surg. 2024;159(1):45–52. 5. Havens JM, et al. **Risk-adjusted mortality in emergency general surgery: systemic gaps in care**. JAMA Surg. 2015;150(6):529–536. 6. NCEPOD. Emergency surgery: **Standards For Unscheduled Surgical Care. London: NCEPOD**; 2007. 7. Kluger Y, et al. **World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for emergency surgery timing**. World J Emerg Surg. 2013;8(1):17. 8. Leppaniemi ¨ A, Jousela I. **Traffic-light coding system for emergency surgery**. Br J Surg. 2014;101(1):e134–e135. 9. De Simone B, et al. **Timing of acute care surgery: position paper of the WSES**. World J Emerg Surg. 2023;18(1):9. 10. Coelho DS, et al. **Surgical prioritization and workflow management in resourcelimited settings**. Clinics. 2019;74:e1029. 11. Lima Rocha M, et al. **Operational management in surgical emergencies: experience from a tertiary hospital**. Rev Col Bras Cir. 2018;45(5):e1907. 12. Mohamed N, et al. **Improving surgical workflow through shared dashboards and prioritization models**. Int J Surg. 2014;12(11):1256–1261. 13. Rocha MC, Costa RAD, Utiyama EM. **Resource management strategies for prioritizing non-scheduled surgical procedures in a tertiary public hospital**. Clinics (Sao Paulo). 2024 Aug 29;79:100482. 14. O'Leary DP, et al. **A study of emergency surgery prioritization models: results and implementation challenges**. BMC Health Serv Res. 2014;14:153.

IMPLANTAÇÃO DA NAVEGAÇÃO DE PACIENTES EM UM CENTRO DE INFUSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Waleria Nascimento, Dayana Yabase, Getúlio Gregório e Bruno Ramos.

INTRODUÇÃO

A navegação no centro de infusão, surgiu da necessidade de acompanhar, de forma contínua e em tempo oportuno, pacientes reumatológicos, com doenças crônicas degenerativas. O objetivo é Implantar o processo de Navegação de Enfermagem e Navegação Administrativa, acolher o paciente em sua jornada, superando barreiras de compreensão e orientação. Reduzir o tempo para iniciar tratamento e garantir continuidade do tratamento e acompanhamento especializado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado em um centro de infusão, de março/2024 a maio/2025. A população contemplou pacientes com doenças crônicas e degenerativas. Foram analisados indicadores operacionais a partir de relatórios gerenciais, incluindo: cumprimento do SLA de 48h entre o tempo de resposta entre solicitação e envio às operadoras; cumprimento do SLA de 25 dias entre o tempo entre solicitação e início do tratamento. O processo de navegação contou com um navegador administrativo exclusivo, responsável pelo monitoramento diário dos fluxos e acompanhamento de pendências. Em paralelo, a enfermeira líder do processo realizou o acompanhamento direto dos pacientes, com orientação sobre protocolos, datas de aplicação e suporte contínuo

RESULTADOS

Após a implementação da navegação, com dedicação exclusiva do navegador administrativo e acompanhamento ativo e contínuo da enfermeira líder, observou-se uma melhora expressiva e consistente nos indicadores assistenciais e operacionais. A adesão ao SLA de 48h subiu de 30% (mai/24) para mais de 90% (jan/25), evidenciando o cumprimento rigoroso dos prazos estabelecidos. A mediana entre solicitação e envio à operadora, que anteriormente era de 9 dias, caiu de forma significativa para 0 dias, demonstrando maior eficiência e agilidade no fluxo interno. O tempo entre solicitação e início do tratamento, reduziu de 38 dias (ago/24) para 18 dias (mai/25), o que representou um avanço fundamental para a segurança e a continuidade do cuidado. Os dados evidenciam que a atuação do navegador administrativo foi determinante para os avanços observados no processo e em paralelo com a enfermeira navegadora, os pacientes passaram a compreender melhor seus protocolos terapêuticos, evitaram perdas de infusão, reduziram inseguranças e relataram maior acolhimento, clareza no cuidado recebido e confiança no acompanhamento prestado.

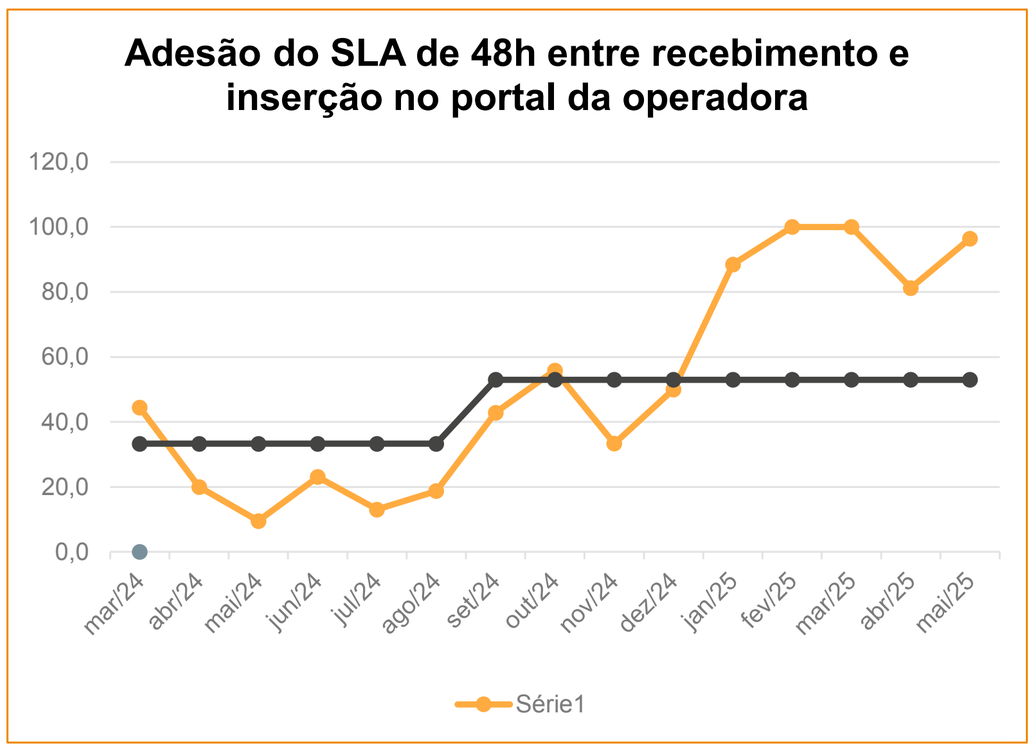


Gráfico 1: Adesão do SLA de 48h entre recebimento e inserção no portal da operadora.

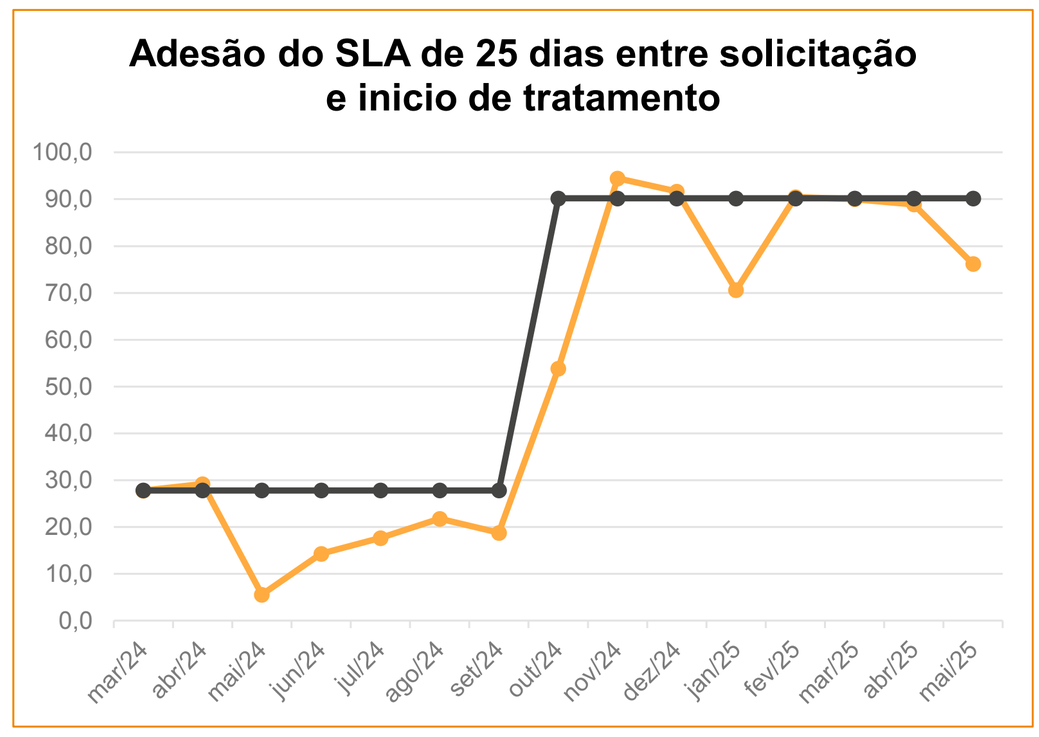


Gráfico 2: Adesão do SLA de 25 dias entre solicitação e inicio de tratamento

CONCLUSÕES

A implementação da navegação no Centro de Infusão demonstrou impacto significativo e mensurável na qualidade assistencial, assegurando maior agilidade, segurança e continuidade do cuidado em pacientes reumatológicos com doenças crônicas e degenerativas. O modelo estruturado, com a atuação exclusiva do navegador administrativo, aliado à atuação da enfermagem, possibilitou ganhos assistenciais e operacionais expressivos, refletidos no cumprimento sistemático dos prazos, na redução do tempo entre solicitação e início do tratamento e na prevenção de perdas de infusão. Além dos avanços quantitativos, observou-se melhora qualitativa, com maior acolhimento, clareza nas informações prestadas e fortalecimento do vínculo entre equipe e pacientes, contribuindo para adesão terapêutica e melhores desfechos clínicos. Esses resultados reforçam a relevância da navegação como estratégia inovadora e essencial para o fortalecimento da linha de cuidado de pacientes crônicos em instituições de alta complexidade, podendo servir de modelo para a expansão em outros serviços hospitalares e especialidades médicas.

REFERÊNCIAS

- **McMullen, C.K. et al.** Impacto da navegação do paciente no atendimento oncológico oportuno: uma revisão sistemática. *Journal of Cancer Education*, 2017; 32(2): 356–362;
- **Freeman, H.P.; Rodriguez, R.L.** História e princípios da navegação do paciente. *Câncer*, 2011; 117(15 Suppl): 3537–3540;
- **Silva, S.F.** Organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS: da teoria à prática. *Divulgação em Saúde Debate*, 2014; 52: 46–64.

IMPLANTAÇÃO DO FLUXO *FAST* EM UM PRONTO SOCORRO: ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

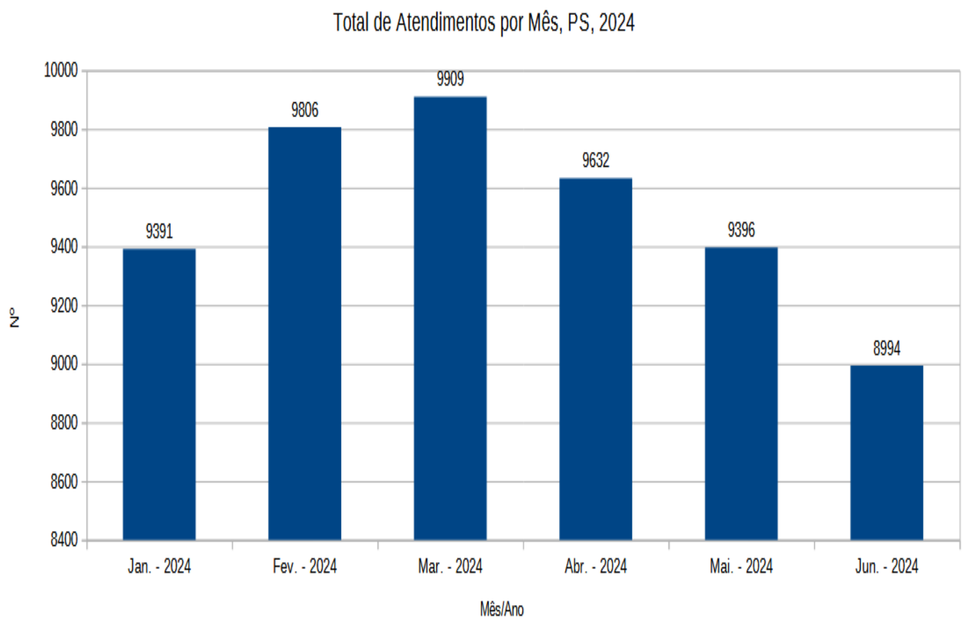
Pedro Henrique Franco Matos, Eliana Pires, Daniel Mendes, Rose Tomaino Castro

INTRODUÇÃO

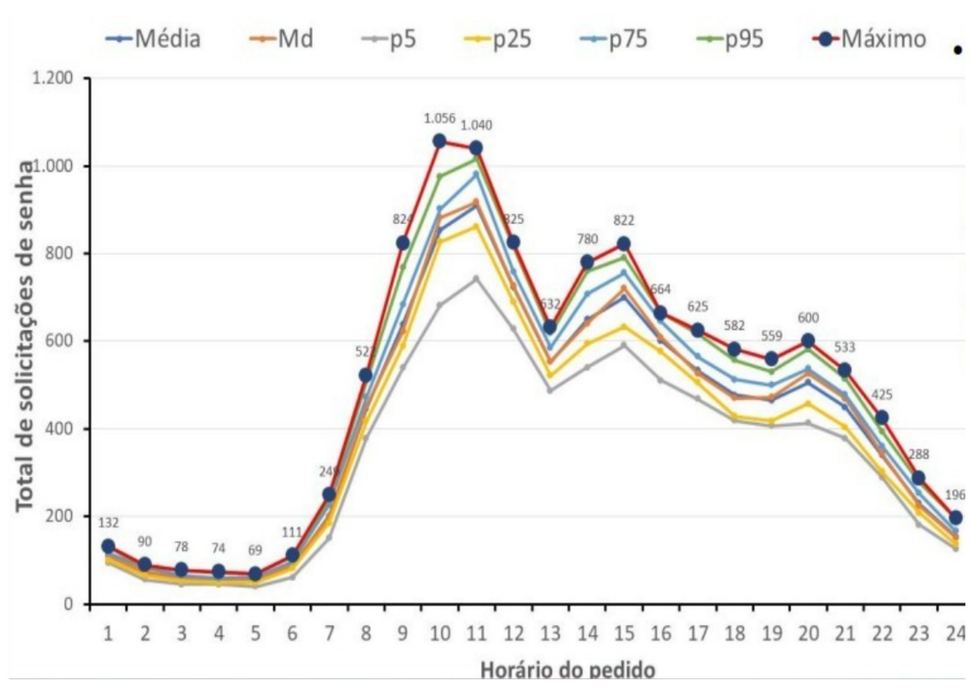
O Pronto Socorro (PS) é repleto de situações críticas que afetam processos e conduz a um imediatismo das decisões. Uma experiência positiva do paciente está totalmente relacionada com a gestão do tempo e das filas para o atendimento, fato que pode gerar uma fidelização do paciente. O fluxo *fast* é uma estratégia para agilizar o atendimento de pacientes menos graves. Este trabalho é relevante no sentido de propor uma metodologia de fluxo *fast*, garantindo uma melhor experiência do paciente.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através do método da ciência de implementação de melhorias, seguindo alguns princípios do fluxo *fast* de atendimento. Foram realizadas algumas oficinas com os profissionais do PS, no intuito de avaliar o comportamento do volume de atendimentos por dias e horários, bem como a estratificação do score de gravidade dos pacientes e o seu nível de satisfação pelo atendimento, extraído da plataforma do *Net Promoter Score* (NPS). Os dados levantados foram do 1º semestre de 2024. Após o levantamento dos dados, foi identificada a necessidade de criar uma estrutura física separada do PS para o atendimento dos pacientes menos graves, seguindo os princípios do fluxo *fast*. Estes pacientes são encaminhados para o fluxo *fast* mediante avaliação da classificação de riscos. A estrutura do fluxo *fast* foi implantada com 01 área de recepção, 05 consultórios de clínica, 01 consultório de otorrinolaringologia e 01 sala de medicação rápida. Este fluxo *fast* funciona diariamente de 07:00 às 23:00 e possui um vínculo de suporte “se necessário” com o PS.



Total de atendimentos por mês no Pronto Socorro (antes do fluxo *fast)*



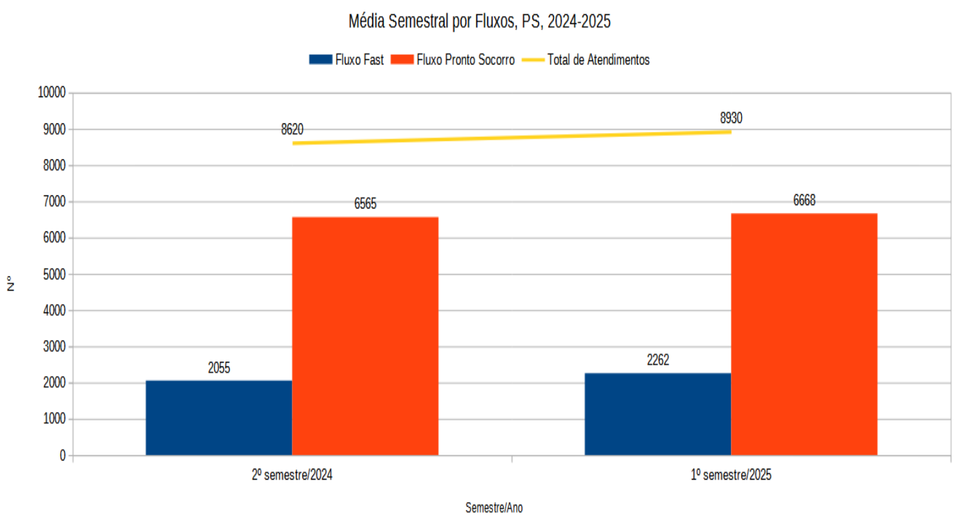
Total de entregas de senhas por horários no Pronto Socorro em 24 horas

RESULTADOS

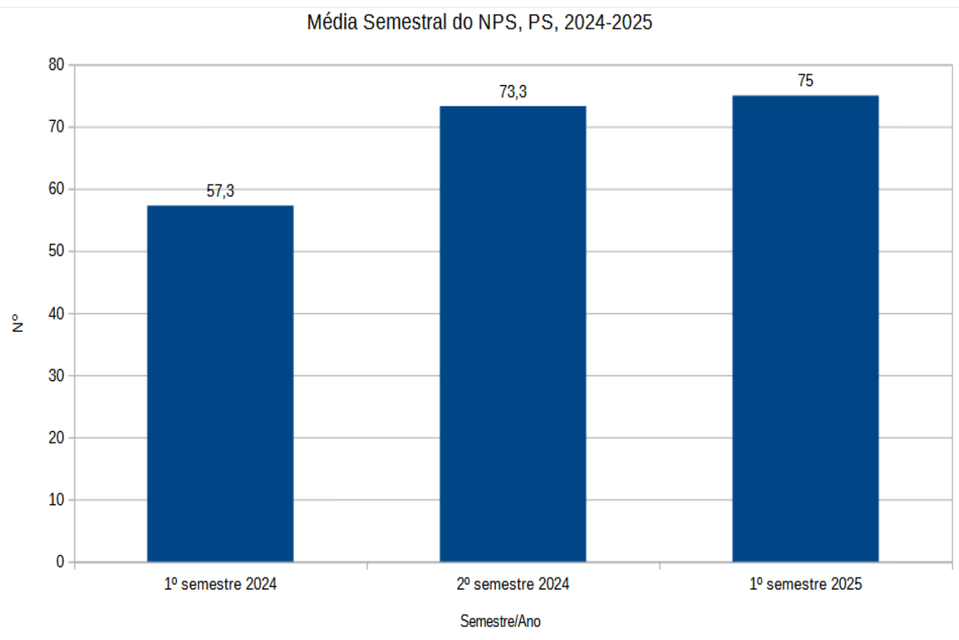
A experiência do paciente é medida no PS, através da metodologia do NPS. Na época da apuração e levantamento dos dados (1º semestre de 2024), o NPS estava com uma média semestral de **57,3**. Após a implementação da estratégia do fluxo *fast*, os resultados alcançados foram:

- 2º semestre de 2024 – média de **73,3;**
- 1º semestre de 2025 – média de **75.**

Diante dos dados expostos, podemos afirmar que esta estratégia contribuiu para uma melhora na experiência do paciente que pode também estar relacionada com a agilidade no atendimento que corresponde ao princípio direto do fluxo *fast*.



Média semestral de atendimentos geral e separados por fluxos (Fluxo *Fast* e Pronto Socorro).



Média do resultado do NPS por semestre do Pronto Socorro

CONCLUSÕES

A implementação deste trabalho trouxe inúmeros benefícios para o PS, no sentido de melhorar a experiência do paciente, reduzir os tempos de espera para os pacientes (principalmente nos horários de maior pico), além da melhoria na qualidade da assistência, favorecendo uma segregação de espaços físicos para os pacientes de menor gravidade e maior gravidade, corroborando para uma melhor satisfação dos pacientes e fluidez do fluxo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F.A. **Gestão do Fluxo e tempo de espera de pacientes pouco urgentes em uma UPA 24H: Implementação de melhorias**. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2024.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA PUXADO NA FILA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM UMA EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila da S. Carneiro[1]; Ana Paula A. Barreto[2]; Jacqueline A. T. Noronha[3]; Fernanda G. Braga

INTRODUÇÃO

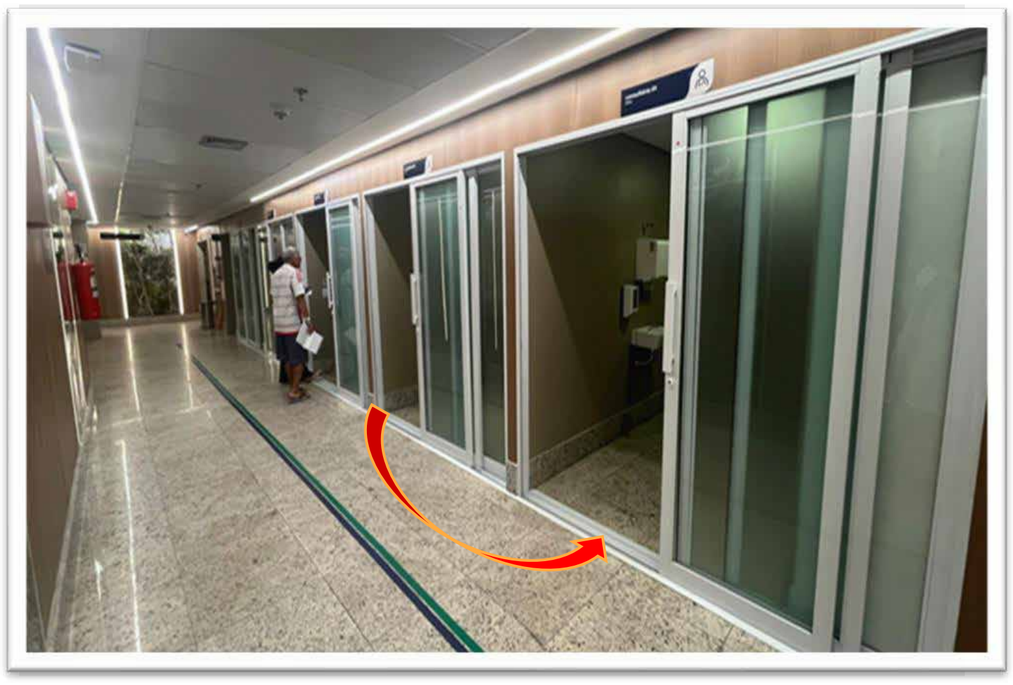
A superlotação nas unidades de emergências configura um dos grandes desafios na gestão hospitalar, impactando diretamente na qualidade assistencial, segurança e experiência do paciente. Nesse contexto, o sistema puxado, fundamentado nos princípios do Lean Healthcare, apresenta-se como uma alternativa eficaz para otimização do fluxo de atendimento com base na capacidade operacional real do serviço. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação do método Lean na organização da fila de atendimento médico em uma emergência, destacando os desafios, estratégias e resultados.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado em março de 2025, em uma unidade de emergência de um hospital privado de grande porte, localizado na cidade de Salvador, Bahia. A intervenção contemplou o mapeamento do fluxo atual de atendimento, a identificação de gargalos e desperdícios, além de desafios relacionados à capacitação do time assistencial e à mudança cultural necessária à adoção de uma nova lógica operacional, que incluiu o deslocamento do médico até o paciente.

Foram realizados também ajustes estruturais e de processo, com a autonomia, o controle e a sistematização da fila, realizada por um gerenciador de fluxo guiado por critérios pré-estabelecidos, conforme classificação de risco e prioridades. Além disso, foi criado um sistema de sinalização para liberação da fila de pacientes, com base na real disponibilidade para o atendimento médico.

O redesenho do fluxo foi acompanhado por meio do monitoramento diário dos indicadores de desempenho, como: tempo de espera, produtividade médica e NPS – Net Promoter Score.



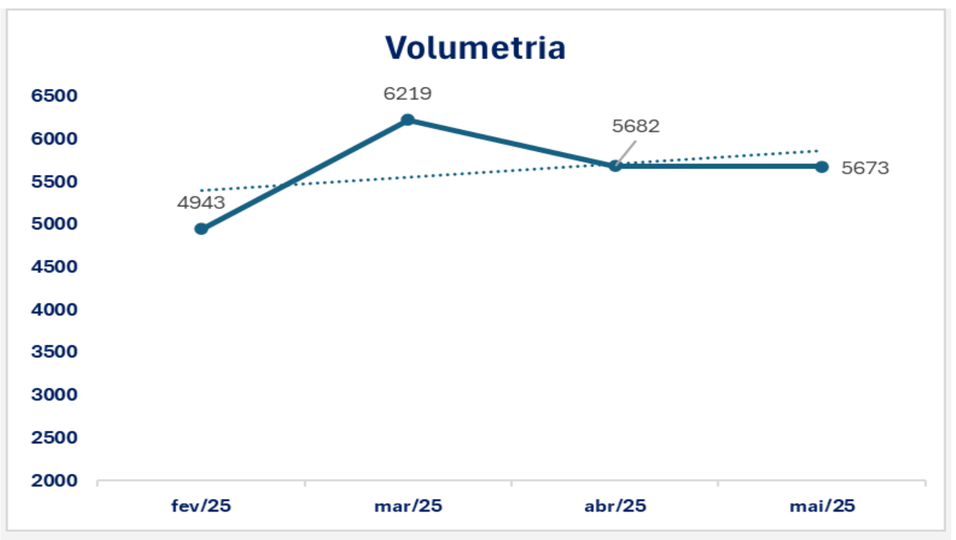
Atendimento em Smart Box com alocação do paciente pelo gerenciador de fluxo e deslocamento médico.

Estação de controle para gerenciamento da fila do 1º atendimento e reavaliação médica realizada pelo gerenciador de fluxo.

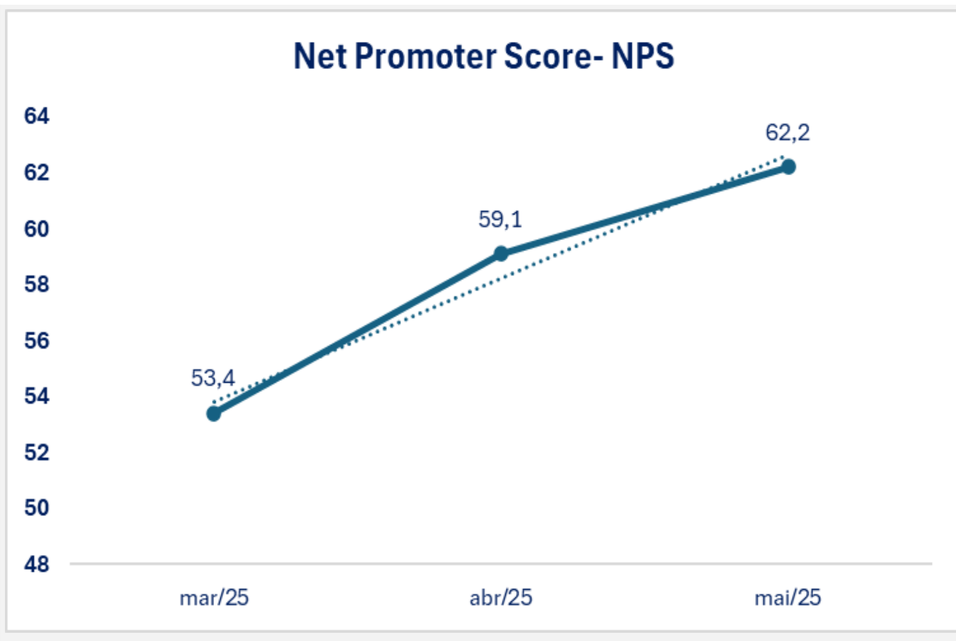
RESULTADOS

Após o primeiro mês de implantação, mesmo com aumento de 20% na volumetria, observou-se uma evolução positiva no NPS- Net Promoter Score, além da redução de até 30% nos detratores cujo principal ofensor era o tempo de espera para atendimento médico.

Os indicadores de produtividade médica e tempo de espera p apresentaram-se respectivamente da seguinte forma: fev. (1,26/43), mar. (1,43/ 41,1) e abr. (1,36/ 44). A experiência de implantação evidencia que é possível aplicar princípios do Lean na prática hospitalar com impacto positivo na eficiência operacional e na qualidade percebida pelo paciente. O hospital segue monitorando os resultados e promovendo melhorias contínuas no modelo implantado.



Evolução mensal volumetria do Pronto Socorro (Período: Fevereiro a Maio/25)



Evolução mensal NPS após implantação do projeto sistema puxado.

CONCLUSÕES

A implantação do sistema puxado na fila de atendimento médico em uma unidade de emergência demonstrou ser uma estratégia eficaz para reduzir gargalos, otimizar o fluxo assistencial e melhorar a experiência do paciente. Os resultados iniciais evidenciam ganhos expressivos, com redução de detratores no NPS e melhoria dos indicadores de produtividade médica, mesmo diante do aumento da demanda.

O projeto reafirma a aplicabilidade do Lean Healthcare como ferramenta de gestão capaz de promover eficiência operacional e maior segurança ao paciente, além de fortalecer a cultura organizacional voltada para a melhoria contínua. O monitoramento sistemático dos indicadores permitirá a sustentabilidade dos resultados e a identificação de novas oportunidades com implementação de ciclos de melhorais contínuas.

Data Elaboração: Junho/25

REFERÊNCIAS

WOMACK, J. P.; JONES, D. T. A mentalidade enxuta nas empresas: elimine o desperdício e crie riqueza. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

GRABAN, M. Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2016.

INICIATIVA INSTITUCIONAL PARA PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SUSTENTÁVEL EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

STEFANY DATOVO PRADO, MIYOKO NAKASATO, MAYARA KATHLEEN SILVA RIBEIRO, BRUNA DELGADO ARID

INTRODUÇÃO

A alimentação hospitalar impacta na promoção da saúde, na recuperação clínica e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Diante do impacto ambiental das dietas tradicionais e da necessidade de cardápios sustentáveis, foi implantada uma ação institucional com substituição da proteína animal por preparações 100% vegetais em duas refeições da semana. O objetivo foi promover hábitos alimentares saudáveis, reduzir a pegada ecológica, ampliar a aceitação de refeições vegetais e a satisfação, respeitando a cultura alimentar brasileira e evitando abordagens excludentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção nutricional institucional implantada de forma recorrente e permanente, com execução semanal. A cada segunda-feira e quinta-feira, no jantar, as refeições servidas a pacientes e acompanhantes substituem as proteínas animais por preparações 100% vegetais, nutricionalmente equilibradas. A ação incluiu planejamento de cardápios, testes de receitas, produção de material educativo entregue nas bandejas e divulgação digital. A avaliação da iniciativa ocorreu por meio da aplicação de formulário estruturado de satisfação, abordando aceitação, percepção da campanha e leitura do conteúdo educativo.

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA DIETA VEGETARIANA

1. Você é vegetariano/vegano?
   Sim | Não
2. O que você acha da implementação dessa ação no Incor?
   Gostei muito | Gostei | Nem gostei e nem desgostei | Desgostei | Desgostei muito
3. Você leu nosso material disponível na bandeja?
   Sim | Não
4. Você gostou da preparação vegetariana servida?
   Gostei muito | Gostei | Nem gostei e nem desgostei | Desgostei | Desgostei muito
5. Você teria alguma sugestão de receitas?
   (Resposta aberta)

Modelo de questionário de satisfação da dieta aplicada aos pacientes internados no Instituto do Coração – HCFMUSP.

Os dados foram analisados por estatística descritiva. O impacto ambiental foi calculado com base em metodologia fornecida por organização especializada, considerando os indicadores: consumo de água, emissão de CO_2, e uso de terras. A ação permanece em execução semanal, sendo parte da rotina de alimentação assistencial.

RESULTADOS

Em 17 semanas consecutivas, foram ofertadas aproximadamente 12.400 refeições vegetais. Entre os 71 respondentes da avaliação, 75% aprovaram a refeição e 73% avaliaram positivamente a campanha. O impacto ambiental por um único dia inclui economia de 1,8 milhão de litros de água, 6 mil kg de CO_2 evitados e preservação de 14 mil m² de terras. A projeção anual ultrapassa 90 milhões de litros de água e 340 mil kg de CO_2 evitados. A ação integra a rotina assistencial, reforça a alimentação como ferramenta de saúde e sustentabilidade. O projeto foi selecionado para apresentação no Planetary Health Annual Meeting 2025, na Holanda.

Refeição modelo servida no dia 20/03/2024 com informativos sobre dieta vegetariana e uma preparação de kibe com proteína de soja.

CONCLUSÕES

Implementar essa iniciativa em hospital público na cidade de São Paulo para pacientes hospitalizados é de caráter inovador. Observa-se que uma educação ambiental voltada à alimentação pode contribuir de forma significativa para a sustentabilidade do planeta.

REFERÊNCIAS

Doneda D, Soares CH, Zanini MCC, Silva VL da. Vegetarianismo muito além do prato: ética, saúde, estilos de vida e processos de identificação em diálogo. Revista Ingesta. setembro de 2020;2:176–99. Kestering VT. Consumo vegetariano na contemporaneidade: uma reflexão a partir do conceito de política-vida de Giddens. Revista Sociologias Plurais. julho de 2020;6:138–57. Krey IP, Pereira Albuquerque D, Rita D, Bernardo D, Mendes Da Costa M, Silva BG, et al. Atualização de Atualidades sobre dieta vegetariana Updates on vegetarian diet. Vol. 16, Nutrição Brasil. 2017. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 1o de agosto de 2023;1:235–42. ONU NEWS. Tripla crise planetária impacta severamente direitos humanos, diz Bachelet. Brazilian Journal of Lifestyle Medicine, Revista Brasileira de Medicina do Estilo de Vida. 27 de novembro de 2023;2:1–23. TEEB FOR AGRICULTURE & FOOD. The Economics of Ecosystems and Biodiversity for Agriculture & Food: Scientific and Economic Foundations. [S.l.]: [s.n.], 2021. Yavorivski A, Köhler B, Doneda D. IMPACTOS DA ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA / IMPACTS OF A VEGETARIAN DIET ON BRAZILIAN POPULATION HEALTH. Brazilian Journal of Development. 2021;7(1):9942–62.

INSPIRA LÍDER: CAMINHO PARA UMA LIDERANÇA EMPÁTICA NA SAÚDE COM FOCO NA QUALIDADE HOSPITALAR

Maikon Mendes Miranda, Raony Nunes Carvalho, Josiane Aparecida Moreira Areal, Thieres Assumpção Paulino

INTRODUÇÃO

O projeto "Inspira Líder" visa fortalecer a qualificação e humanização da liderança na Santa Casa De Misericórdia De Guaçuí, promovendo educação permanente, padronização de processos e desenvolvimento de competências gerenciais. A iniciativa busca capacitar coordenadores para enfrentarem desafios institucionais com foco na qualidade, comunicação efetiva e compromisso, gerando maior motivação e eficiência na gestão. Assim, contribui para a melhoria contínua dos serviços e para a cultura organizacional centrada no cuidado.

METODOLOGIA

A metodologia adotada compreendeu levantamento das necessidades de treinamento e motivação das lideranças por meio de diagnósticos e reuniões. Foram realizadas ações educativas, incluindo palestras motivacionais, consultorias especializadas e treinamentos continuados. A padronização de documentos e indicadores foi implementada com base no Protocolo De Londres, possibilitando análise crítica e gestão à vista. O projeto contou com encontros regulares, acompanhamento de indicadores, reuniões individuais e coletivas, além de atividades informais para fortalecimento do vínculo. O engajamento foi avaliado por pesquisas de satisfação e monitoramento dos índices de treinamento e implantação dos protocolos.

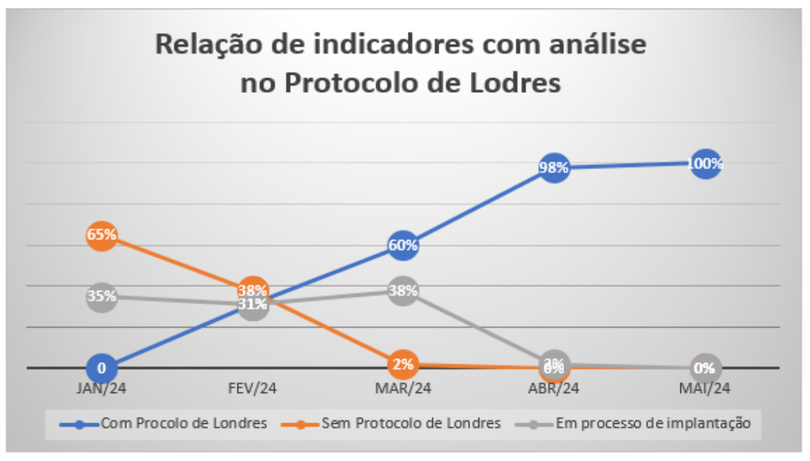
Treinamento da equipe de lideranças quanto a implementação do Protocolo de Londres na rotina de gestão.

Reunião de alinhamento com as lideranças, realizada periodicamente.

Reunião externa com a equipe de liderança da instituição, com a finalidade de trazer menos formalidade e maior valorização aos gestores.

RESULTADOS

O projeto alcançou a implantação do Protocolo De Londres em 100% dos indicadores, superando a meta de 90% (gráfico 1). A média de desempenho em treinamentos foi de 92,33%, acima da meta de 80% (gráfico 2). A satisfação das lideranças atingiu 97,7% (gráfico 3), evidenciando alta aprovação quanto ao planejamento e organização. A iniciativa promoveu maior engajamento, melhor padronização e comunicação entre gestores e equipes, refletindo-se na melhoria dos processos internos e no fortalecimento da cultura organizacional com foco na qualidade e humanização.



INDICADORES		COM PROTOCOLO		SEM PROTOCOLO		EM PROCESSO	
mês	total	número	%	número	%	número	%
JAN	86	0	0	56	65	30	35
FEV	86	27	31	32	38	27	31
MAR	86	52	60	2	2	32	38
ABR	86	84	98	0	0	2	2
MAI	86	86	100	0	0	0	0

Gráfico 1. Relação de indicadores com análise no Protocolo de Londres

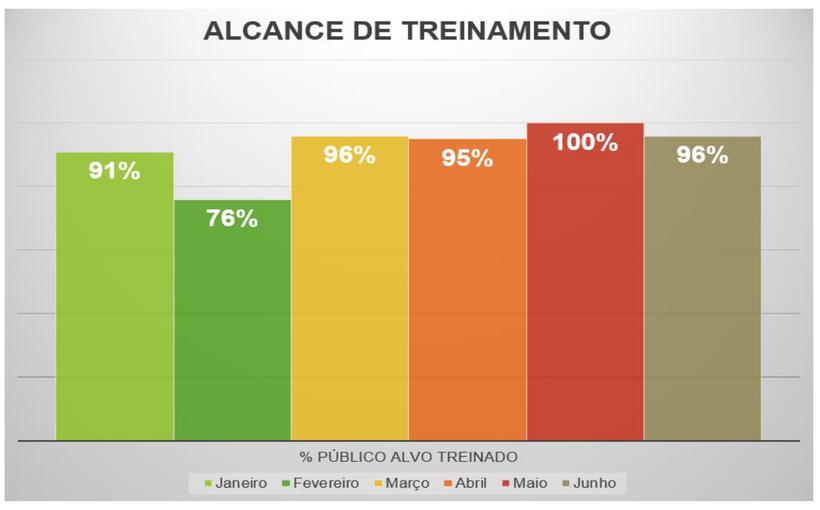


Gráfico 2. Alcance de treinamento junto aos colaboradores da SCMG

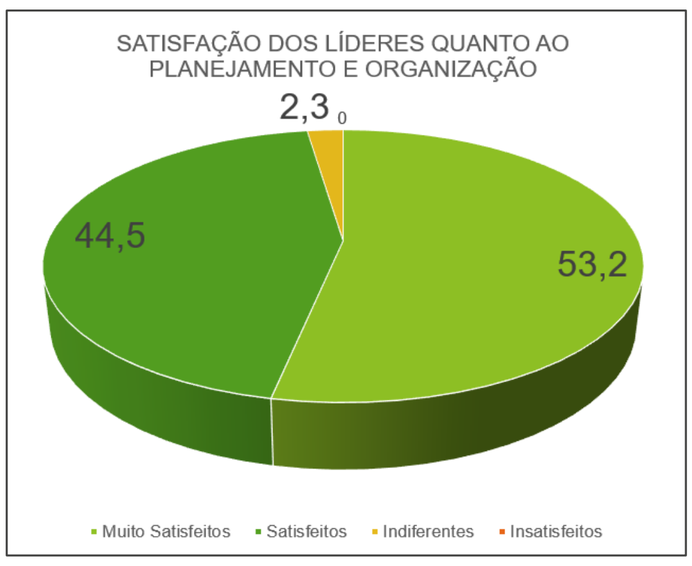


Gráfico 3. Satisfação da liderança quanto ao planejamento e organização

CONCLUSÕES

O “Inspira Líder” mostrou-se essencial para fortalecer uma liderança empática e focada na qualidade hospitalar. Com metas superadas em implantação de protocolos, treinamentos e satisfação, o projeto confirma que investir em educação permanente, padronização e vínculos entre gestores e equipes gera avanços na cultura organizacional e na segurança do paciente. A iniciativa evidencia que cuidar de quem lidera é fundamental para garantir serviços de saúde cada vez mais qualificados e humanizados.

REFERÊNCIAS

TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Risk, v. 10, n. 6, p. 211–220, 2004. DOI: 10.1258/1356262042368255.

Jornada do paciente otimizada com automação do fluxo de autorização de guias de SADT integrado a canal único de comunicação

Karla Aleluia, Danusa Rochinski, Isabelle Francine Silva, Gabriela Batista

INTRODUÇÃO

O processo de autorização prévia SADT era manual, fragmentado e ineficiente, gerando retrabalho, falhas na comunicação e insatisfação do paciente. A ausência de rastreabilidade comprometia a gestão do processo. As soluções implementadas abrangem a automação da comunicação com o paciente, da centralização e monitoramento das autorizações para ampliar a experiência do cliente e eficiência operacional.

METODOLOGIA

O projeto teve abordagem aplicada, com foco na melhoria de processos assistenciais e administrativos. Inicialmente, foram mapeadas as fragilidades do fluxo de autorização SADT, caracterizado por etapas manuais, ausência de rastreabilidade e demora no retorno ao paciente. Foi realizada uma prova de conceito (POC) com duas soluções: uma para automatizar e centralizar a comunicação com o paciente (*omnichannel)* e outra solução tecnológica para centralizar e monitorar autorizações, com validação das lideranças e treinamentos com os usuários.

As automações de autorização foram desenvolvidas por RPA e Webservice, priorizadas conforme volume de atendimentos por operadora de saúde. A implantação seguiu abordagem própria, com desenvolvimento de fluxos por modalidade de exames e participação ativa dos *stakeholders*. A gestão do projeto utilizou práticas do PMBOK, Lean e metodologias ágeis, garantindo entregas iterativas e foco na experiência do paciente.

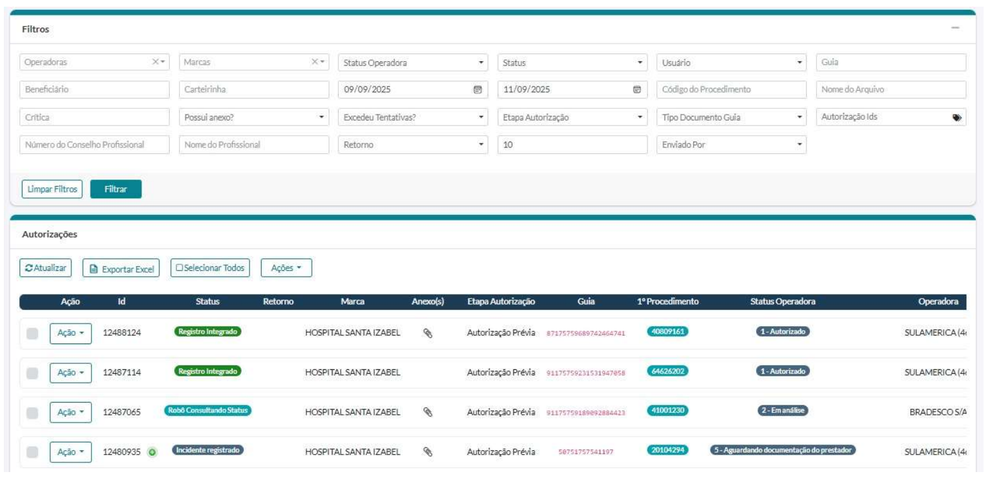


Figura 1: Central de monitoramento das solicitações de guias prévias SADT

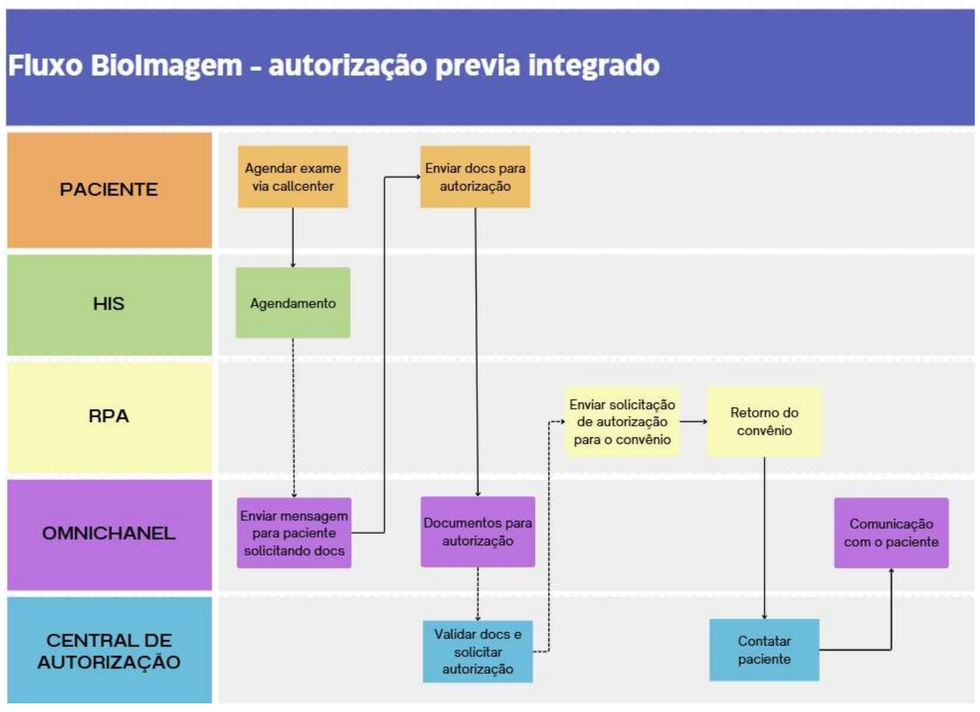


Figura 2: Fluxo da jornada do paciente no processo de solicitação de autorização de guia SADT com comunicação integrada ao paciente.

RESULTADOS

Em observação aos 2 meses anteriores à intervenção do processo (setembro e outubro/2024), percebe-se um gap entre o total de agendamentos dos pacientes e efetivamente quanto desses tiveram a guia de SADT solicitada. O início da intervenção se deu com a implantação conjugada das duas soluções, quando foi observada gradativa redução desse gap (de 42% em setembro/24 para 12% em agosto/25), refletindo maior efetividade na comunicação com o paciente. O Gráfico 1 demonstra essa variação. A redução de pessoal em fevereiro/25 e março/25 em 50% do quadro impactou na quantidade de solicitações de autorização, entretanto, devido à implementação das soluções, foi possível sustentar a operação, mantendo a média anterior de 400 solicitações/mês.

O Gráfico 2 representa a correlação entre o uso da ferramenta de comunicação e o gap entre agendamento e solicitações de autorização.

Os resultados evidenciam ganhos expressivos em eficiência operacional, redução de retrabalho e melhoria na experiência do paciente, alinhando-se aos princípios da saúde baseada em valor.

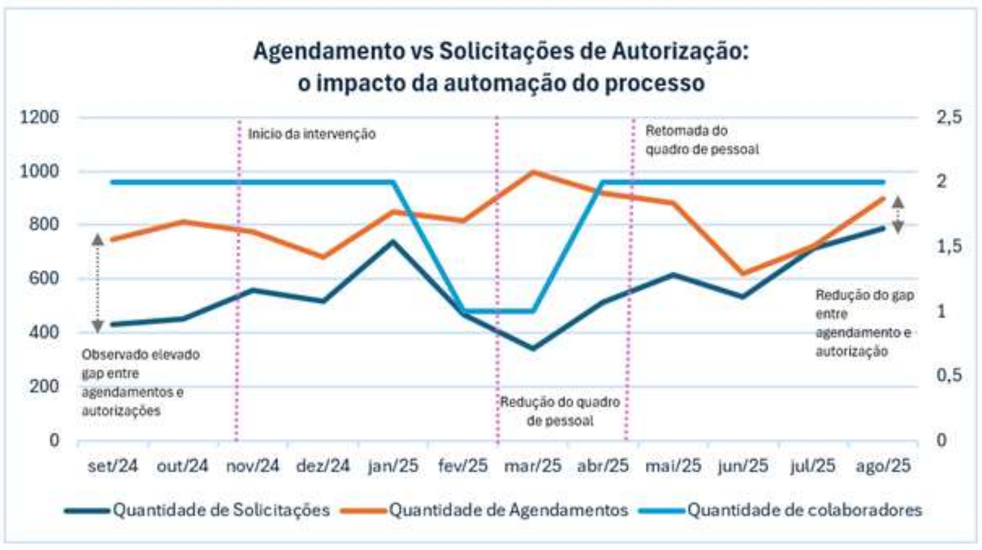


Gráfico 1: Variação do gap entre agendamentos e solicitações de autorização SADT – o impacto da automação do processo.

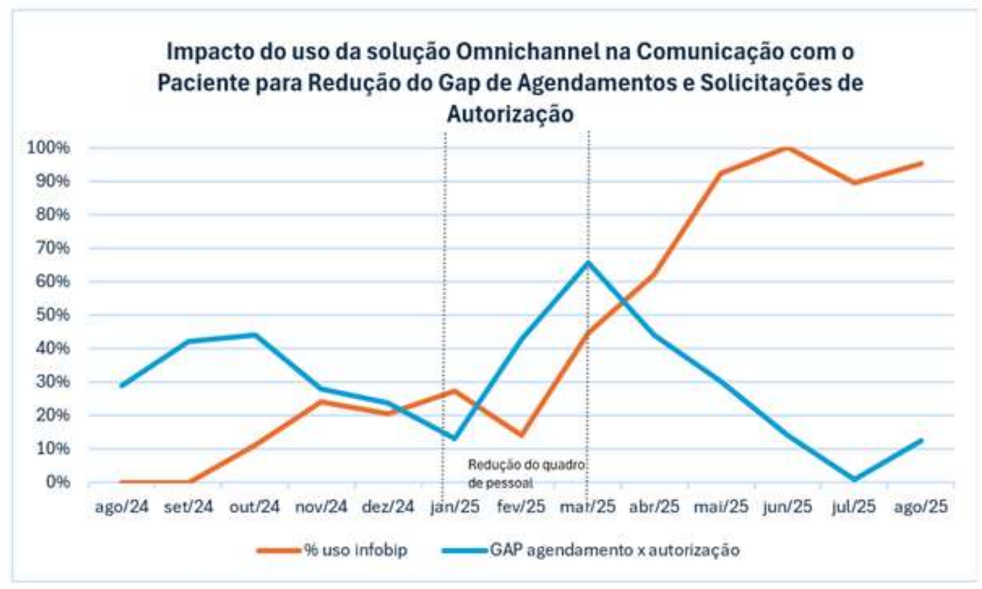


Gráfico 2: Correlação positiva e causalidade entre as métricas de % de uso da ferramenta de comunicação e o gap entre agendamentos e solicitações.

CONCLUSÕES

Foi observado que 95% das interações com o paciente ocorrem via ferramenta digital, após 10 meses do início da implantação. Com o uso da automação saímos em média de 12 min para 2 min para realizar o processo da solicitação de autorização, representando um eficiência operacional de 83%. Atualmente, cerca de 80% das guias de SADT são solicitadas via automação.

Houve uma redução do risco de cancelamento de exames, evitando furos na agenda e ociosidade do médico, além de proporcionar melhorias para a gestão da área da Bioimagem.

REFERÊNCIAS

Fonte: Dados do MV Soul, Dashboards do Beecare e do Infobip e relatórios gerencias das áreas de Bioimagem do Hospital Santa Izabel.
.

Lean Six Sigma como Estratégia de Eficiência e Valor em Ambulatório Oncológico Pediátrico

Patricia Rodrigues Goncalves, Leticia Gabriela Prates Ramirez, Cassiano Beller.

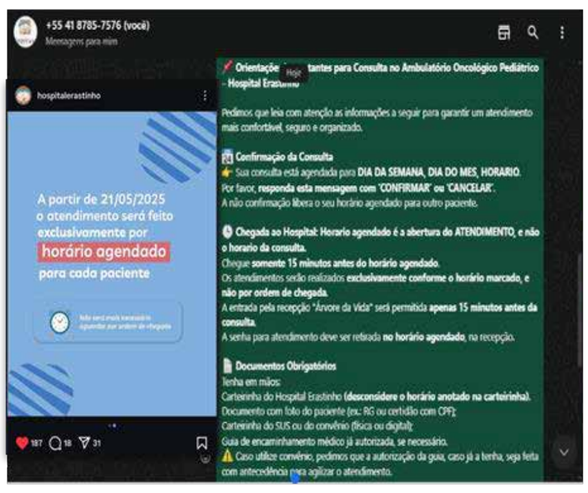
INTRODUÇÃO

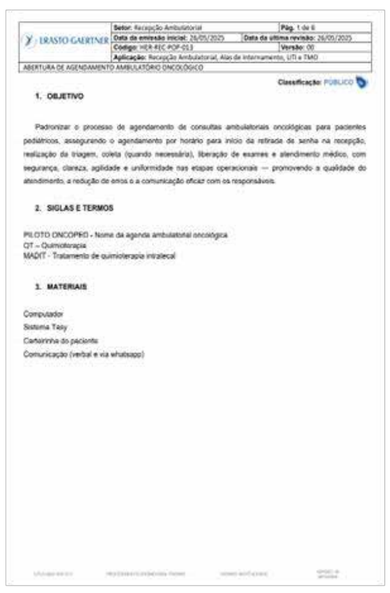
O Lean Six Sigma integra a eliminação de desperdícios e a redução de variações, sendo eficaz para melhorar eficiência, segurança e satisfação em saúde.
O objetivo desse trabalho foi reduzir o tempo médio de espera no ambulatório oncológico pediátrico de um hospital filantrópico, de 116 para 50 minutos (sem coleta) e de 114 para 90 minutos (com coleta), entre 06/2024 e 07/2025.

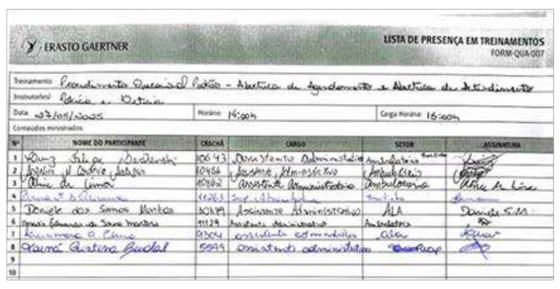
METODOLOGIA

Foi utilizado o modelo DMAIC da metodologia Lean Six Sigma em projeto Black Belt, com as seguintes etapas:

ETAPA	AÇÕES REALIZADAS
Definição	Construção de business case, mapeamento de processos, definição de indicador, análise de confiabilidade e coleta de voz do cliente.
Medição	Análise histórica de indicador entre 03/23 e 10/24 com cartas de controle X barra, definição de estratos críticos e metas específicas.
Análise	Entrevistas, diagrama de Ishikawa, análise dos 5 porquês, validação de causas com dados a partir de folhas de apontamento e observação e brainstorm de soluções priorizadas em matriz GUTFI para o plano de ação.
Melhoria	Implementação de 92% das ações propostas, como implantação de agenda estruturada, confirmação de consultas via WhatsApp, controle de entrada, aquisição de termômetros digitais integrados, agendamento na alta, readequação da escala médica e reorganização da triagem.
Controle	Implementação de documentos e treinamentos, OCAP para análises e padronização de indicadores e BI.







Ações implementadas na etapa “improve”.

RESULTADOS

- Redução de 66% no tempo de espera para processos sem coleta (116 para 39 minutos) e de 7% no tempo de espera para processos com coleta (114 para 107 minutos).

Acompanhamento do indicador de espera ao longo do tempo de estudo.

A meta para pacientes sem coleta foi superada em 21,76%, com uma redução expressiva de 61,74% no tempo médio de espera em relação à média histórica (120,27 minutos).
Apesar de não termos atingido a meta de 90 minutos para pacientes com coleta - sendo ultrapassada em 19,14% - o projeto obteve uma redução significativa de 24,13% no tempo médio de espera em comparação com a média histórica de 141,33 minutos.

- Pesquisa apontou satisfação média de 7,7/10 e percepção positiva por 8/11 respondentes.

Coleta de Voz do Cliente para identificar o grau de satisfação com o novo modelo de atendimento?

- 92% das ações foram concluídas no período e as demais foram superadas por soluções mais eficazes ou tornaram-se não aplicáveis.

CONCLUSÕES

A aplicação do projeto foi eficaz para reduzir os tempos de espera do ambulatório oncológico pediátrico, demonstrando que metodologias de melhoria contínua são capazes de gerar resultados sustentáveis, promover eficiência operacional e elevar a satisfação de participantes. As lições aprendidas destacam:

- Importância do mapeamento colaborativo e do acesso a dados estruturados.
- Mudanças simples geram impactos significativos, mas transformações sistêmicas requerem investimento e mudança cultural.
- Lideranças setoriais são essenciais para sustentabilidade, e estratégias específicas de engajamento médico devem ser priorizadas.
- Projetos Lean Six Sigma fortalecem a cultura de melhoria contínua e ampliam o valor percebido pelos pacientes em sua jornada.

REFERÊNCIAS

KONING, H.; VERVER, J. P. S.; VAN GOOR, A. R.; et al. DOI: 10.1111/j.1945-1474.2006.tb00596.x.
DENTON, C. A.; BRADLEY, E.; CHENOWETH, P. G. DOI: 10.1108/IJLSS-01-2021-0003.
MCDERMOTT, O.; GRAY, C. M.; PERRY, M. DOI: 10.3390/pr10101910.

LICITAÇÕES HOSPITALARES: SUPERANDO BARREIRAS E PROMOVENDO A EFICIÊNCIA

Darleane Andrade Henrique, Priscila Tagliaferro Rojo, Jéssica Helena da Silva, Gilvan Vila Nova Gomes

INTRODUÇÃO

A elevada taxa de insucessos em pregões realizados por hospitais públicos evidencia fragilidades estruturais nos processos de compras públicas, relacionadas à burocracia, ao desinteresse de fornecedores e às limitações orçamentárias. Esses fatores comprometem o reabastecimento de insumos hospitalares e podem gerar impactos negativos na assistência ao paciente. A análise comparativa entre diferentes instituições permite identificar boas práticas e reforça a necessidade de modelos de gestão mais integrados e sustentáveis. Este estudo apresenta a experiência da Gestão de *Supply Chain* do HCFMUSP nesse cenário, estabelecendo comparações com *benchmarks* estaduais a fim de destacar fatores críticos de sucesso e apontar oportunidades de aprimoramento.

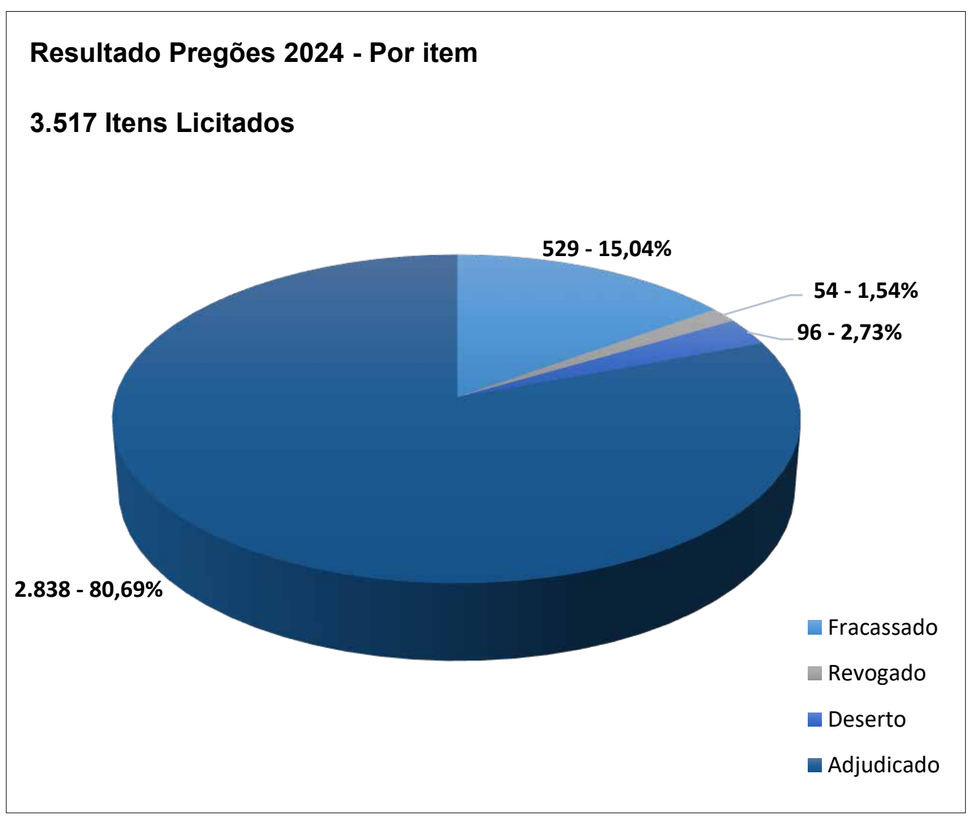
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e comparativo, fundamentado na análise documental dos pregões realizados pelo HCFMUSP entre janeiro de 2024 e junho de 2025. Foram coletados dados referentes ao número total de pregões realizados, adjudicados e fracassados, além do registro de estratégias adotadas para mitigação de riscos, como ajustes de editais e ações de estímulo à participação de fornecedores.

Para a comparação, utilizaram-se informações públicas sobre os índices de pregões fracassados de outras instituições de saúde estaduais, selecionadas como referência (*benchmarks*). A análise foi conduzida em duas etapas:

- Levantamento quantitativo, com sistematização das taxas de insucesso e adjudicação;
- Análise qualitativa, destinada a identificar barreiras estruturais e práticas que contribuíram para melhores resultados.

Esse desenho metodológico possibilitou combinar indicadores objetivos com a identificação de fatores críticos, fornecendo subsídios para propor melhorias na gestão de suprimentos hospitalares.



Indicador dos resultados dos Pregões de 2024 do **HCFMUSP**.

	Dados de 2024 do portal compras.sp.gov/transparência				
	Instituição 1	**Instituição 2**	**Instituição 3**	**Instituição 4**	**Instituição 5**
Licitados	**1.451**	**2.520**	**1.409**	**1.843**	**1.911**
% Fracasso	**23,71%**	**20,67%**	**17,39%**	**20,67%**	**14,65%**
Em andamento	25	38	245	70	18

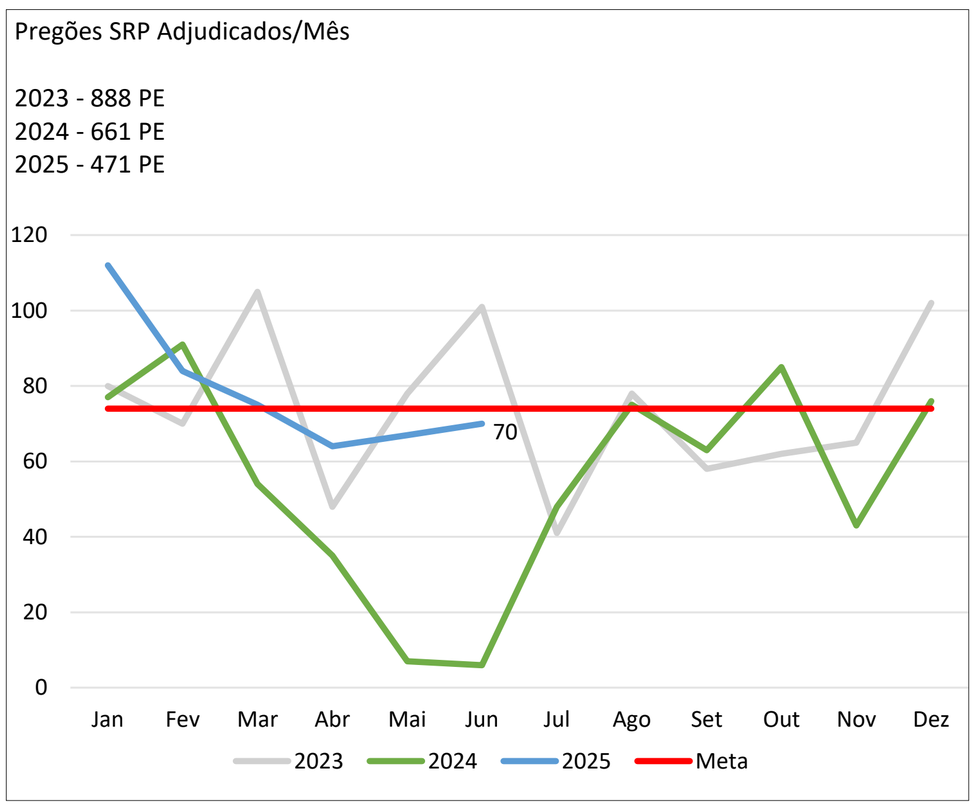
Índice de Pregões fracassados em 2024 divulgados por outras Instituições.

RESULTADOS

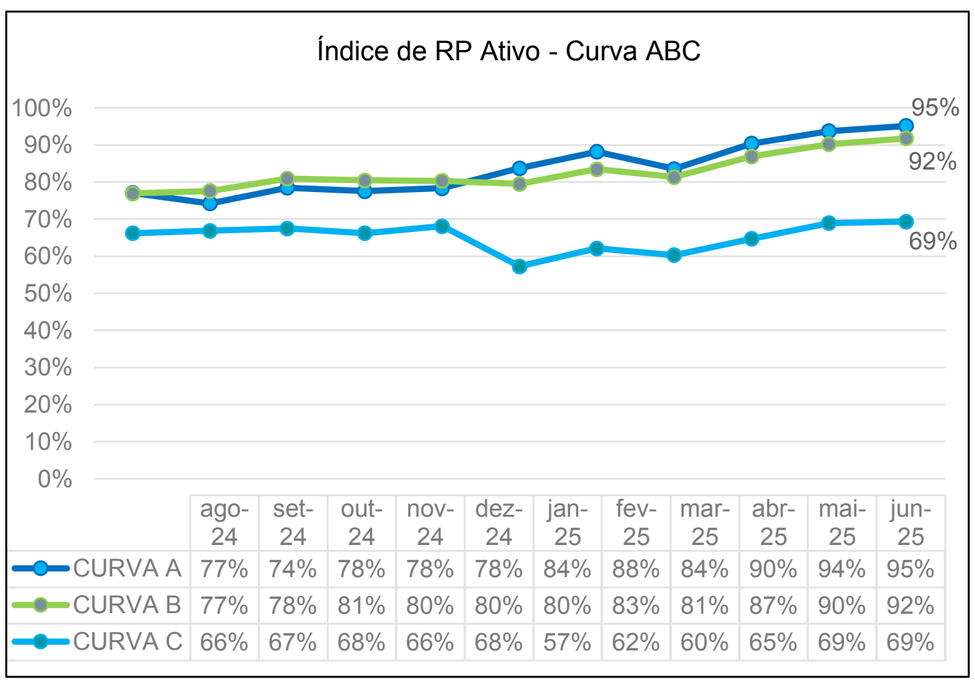
Em 2024, o HCFMUSP adjudicou 661 pregões, e até junho de 2025 registrou 471 adjudicações, diante da meta anual de 900 pregões.

Nesse período, manteve um dos menores índices de fracasso entre as instituições estaduais, evidenciando a relevância do *supply chain* hospitalar como área estratégica.

As principais barreiras observadas foram os impactos da Nova Lei de Licitações e as restrições orçamentárias. Para enfrentá-las, foram implementadas ações de integração entre áreas, planejamento baseado no consumo histórico e ampliação dos Sistemas de Registro de Preços (SRPs). Essas iniciativas reduziram o número de pregões fracassados, asseguraram 90% do nível de serviço e demonstraram que o *supply chain* vai além da eficiência operacional: atua como instrumento de otimização de recursos financeiros e de garantia do abastecimento de insumos essenciais, diretamente relacionados à continuidade e qualidade da assistência ao paciente.



Indicador Pregões Adjudicados. Média dos últimos 06 meses → 79 Pregões.
Meta mês → 75 / Meta ano → 900



	ago-24	set-24	out-24	nov-24	dez-24	jan-25	fev-25	mar-25	abr-25	mai-25	jun-25
CURVA A	77%	74%	78%	78%	78%	84%	88%	84%	90%	94%	95%
CURVA B	77%	78%	81%	80%	80%	80%	83%	81%	87%	90%	92%
CURVA C	66%	67%	68%	66%	68%	57%	62%	60%	65%	69%	69%

Indicador com o percentual de itens com Registro de Preços Ativo por curva ABC.

CONCLUSÕES

A experiência do HCFMUSP demonstra que o *supply chain* hospitalar, quando tratado como área estratégica, consolida-se como pilar de governança institucional. A adoção de práticas como planejamento antecipado, uso de dados de consumo e ampliação de SRPs mostrou-se eficaz para mitigar barreiras estruturais e garantir maior eficiência.

Essas ações possibilitaram manter a continuidade do abastecimento de insumos e reforçaram a sustentabilidade dos processos. O modelo adotado destaca o HCFMUSP como referência na indução de políticas públicas inovadoras.

A replicação em outras instituições pode ampliar a eficiência, reduzir desigualdades regionais e consolidar o *supply chain* como elemento estratégico para a qualidade da assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 14.133/2021 – Lei de Licitações e Contratos Administrativos.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). *Licitações e Contratos: orientações e jurisprudência*. 4. ed., 2017.
- Fonte de dados: https://compras.sp.gov.br/transparencia/

Modelos Integrados de Gestão: Acompanhamento Gerencial para Sustentabilidade e Eficiência na FSFX

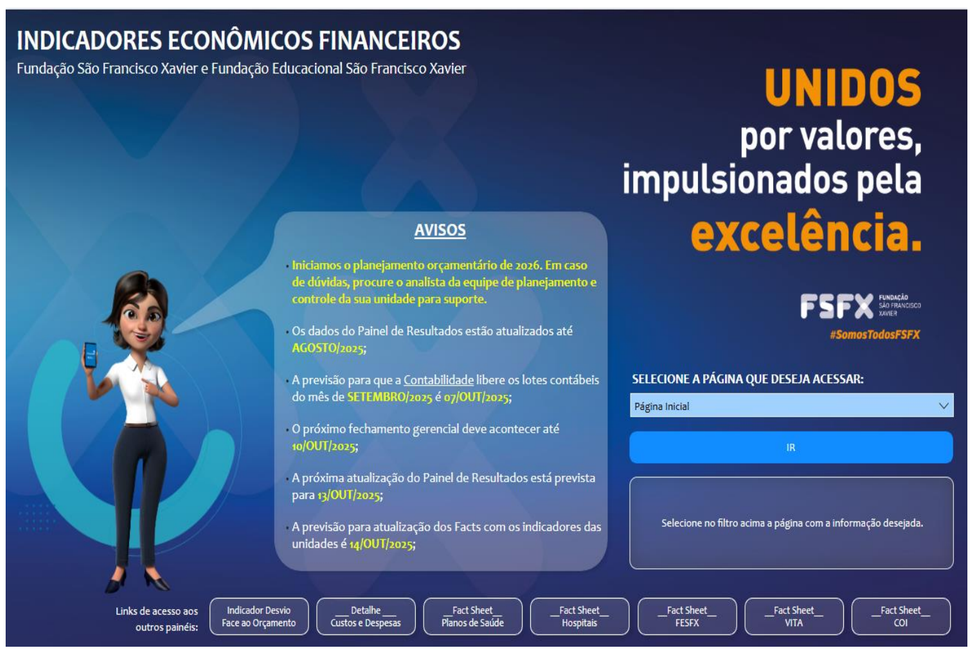
Jonatan Martins Ribeiro, Fabio Mussi Silva, Eudes Marcone Marcal Mariano e Rener Silva Gregorio

INTRODUÇÃO

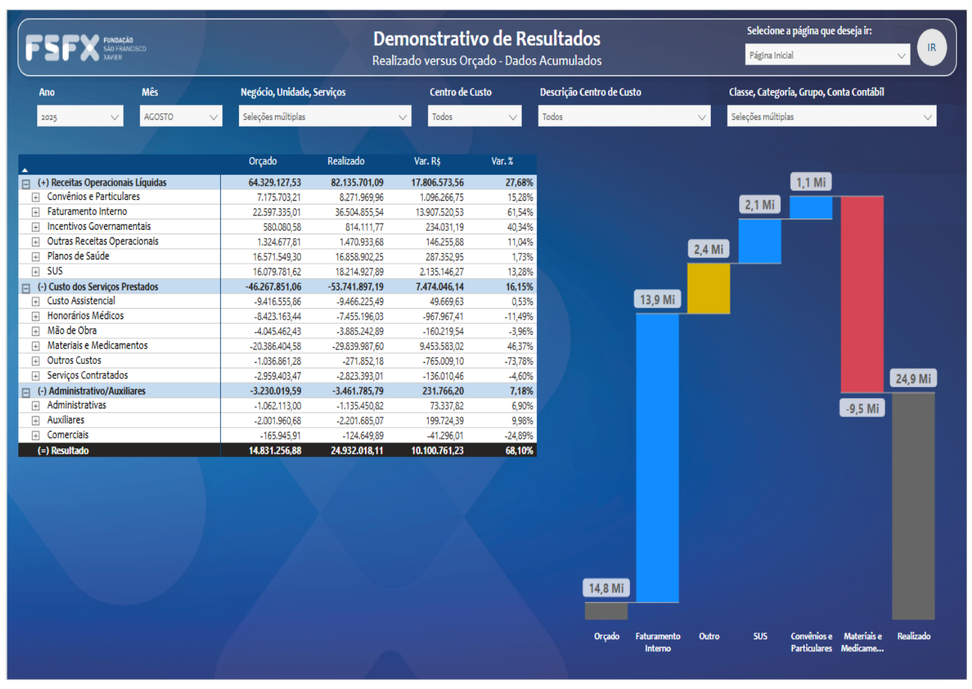
Este trabalho apresenta a agenda de Fact Sheet da FSFX, ritual de acompanhamento dos resultados, apresentação e discussão da performance com as áreas produtivas e administrativas. Com apoio de uma DRE Gerencial, criada em uma plataforma de BI, construída para garantir maior segurança e transparência da informação, a iniciativa fortalece a governança, qualifica a análise de desempenho e potencializa a tomada de decisão ágil e assertiva.

METODOLOGIA

O estudo adotou uma abordagem aplicada e descritiva, centrada na implementação de um modelo estruturado de acompanhamento gerencial por meio da plataforma Power BI. O painel de resultados, com acesso controlado, é alimentado mensalmente após o fechamento contábil. A DRE Gerencial é elaborada pelo time de Planejamento e Controle, traduzindo o desempenho das unidades em linguagem clara e acessível. A plataforma permite análise detalhada (drilldown) até o nível da nota fiscal, viabilizando identificação precisa dos itens que impactaram o resultado. O monitoramento inclui o acompanhamento da produção assistencial, permitindo correlação direta com as variações de receitas, custos e margens. Após a atualização dos dashboards, são realizadas reuniões periódicas com cada unidade de negócio, conduzidas por analistas da equipe, para revisão dos resultados, identificação de desvios, correção de rota e fortalecimento de boas práticas. O modelo aumenta a autonomia dos gestores, qualifica a análise crítica e apoia decisões mais ágeis e sustentáveis.



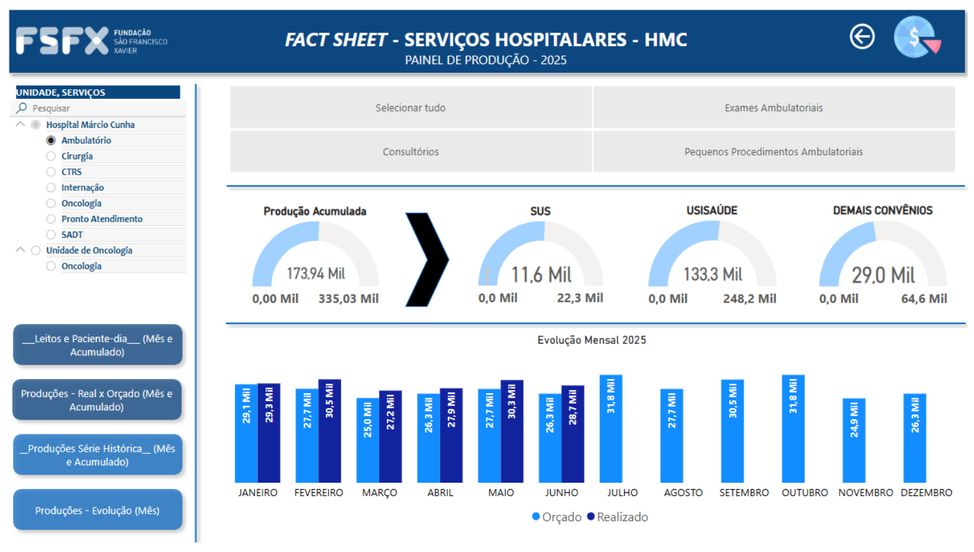
Capa do Painel de Indicadores Econômicos Financeiros construído em ferramenta de Business Intelligence.



Tela do painel de Business Intelligence onde os gestores visualizam a DRE Gerencial e o acompanhamento orçado versus realizado de cada conta.

RESULTADOS

A implantação da agenda de Fact Sheet e da DRE Gerencial estruturada resultou em ganhos significativos na gestão da informação e no processo decisório. Houve aumento expressivo na participação ativa dos gestores nas reuniões de resultado, no ano de 2024 foram realizadas mais de 60 agendas de monitoramento, isso contribuiu para otimização da performance da FSFX que apresentou aumento de 7,7% na receita e 42,9% no EBITDA entre Mai/24 e Mai/25. A correlação entre indicadores assistenciais e financeiros permitiu maior precisão nas análises, e as áreas passaram a atuar com foco mais estratégico. O modelo contribuiu diretamente para o fortalecimento da governança e da sustentabilidade da FSFX. Segundo Matos, a gestão de custos hospitalares deve ser estruturada com base em técnicas analíticas que permitam aos gestores compreender os fatores que influenciam os resultados econômicos e tomar decisões com maior embasamento técnico e estratégico.



Tela do painel de Business Intelligence onde os gestores fazem o acompanhamento das produções dos serviços hospitalares.

Tela do painel de Business Intelligence onde os gestores fazem o acompanhamento do indicador de desvio face ao orçamento.

CONCLUSÕES

A análise econômico-financeira é um dos principais instrumentos de gestão para compreender o desempenho e a sustentabilidade das instituições de saúde. Segundo Padoveze, essa análise permite aos gestores internos e aos stakeholders externos avaliar a situação patrimonial, a rentabilidade e a capacidade de geração de valor da organização, sendo essencial para a tomada de decisões estratégicas e operacionais. Na FSFX essa prática se tornou parte integrante dos fóruns de gestão, em todas as unidades e segmentos dos negócios.

REFERÊNCIAS

PADOVEZE, Clóvis Luís. Análise das demonstrações financeiras. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2013. Disponível em: https://issuu.com/cengagebrasil/docs/9788522110704_livreto. Acesso em: 18 set. 2025.

MATOS, Afonso José de. Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão. São Paulo: Editora STS, 2002. Disponível em: https://archive.org/details/gestaodecustosho0000mato. Acesso em: 18 set. 2025.

TÍTULO - Modelos Itinerantes de Saúde no Brasil: Análise de Boas Práticas e Propostas de Gestão Sustentável

PATRICIA RODRIGUES DOS REIS

INTRODUÇÃO

A gestão da saúde enfrenta desafios estruturais que limitam o acesso equitativo em regiões vulneráveis e desassistidas. Este trabalho apresenta um modelo de gestão integrada para serviços itinerantes, que articula tecnologia, planejamento regional e parcerias intersetoriais.

A iniciativa busca ampliar o acesso qualificado, reduzir desigualdades territoriais e promover sustentabilidade, demonstrando que é possível superar barreiras históricas com soluções inovadoras e escaláveis.

O objetivo é analisar experiências públicas de saúde itinerante no Brasil, com destaque para o Distrito Federal, a fim de identificar fatores de sucesso, barreiras operacionais e oportunidades de replicação sustentável sob o ponto de vista da gestão estratégica capaz de ampliar o acesso, reduzir desigualdades e fortalecer a regionalização do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com base em levantamento documental, análise de dados secundários e observação de experiências públicas divulgadas oficialmente por secretarias estaduais de saúde e veículos institucionais.

Foram selecionadas ações itinerantes implementadas entre 2023 e 2025 no Brasil, com foco nos programas executados no Distrito Federal. A análise concentrou-se em iniciativas com grande volume de atendimentos, estrutura móvel e impacto em áreas vulneráveis.

Os dados foram analisados com base em critérios de cobertura, resolutividade, eficiência operacional e satisfação da população, buscando extrair lições de gestão e potencial de replicação para outras regiões do país.

A análise comparativa buscou boas práticas gerenciais com potencial de replicação nacional através da analise de elementos gerenciais que contribuíram para o êxito das ações. A sistematização dos dados foi feita por meio de matriz comparativa de boas práticas, com foco em soluções inovadoras, superação de barreiras estruturais e impacto na ampliação do acesso à saúde.

RESULTADOS

A análise revelou que modelos de saúde itinerante bem estruturados podem alcançar mais de 300 mil procedimentos em poucos meses, com destaque para consultas médicas, exames oftalmológicos e laboratoriais e impacto direto em áreas de alta vulnerabilidade.

Destacam-se ações com uso de carretas equipadas, tenda de atendimentos e unidades móveis, oferecendo consultas médicas, exames e orientações em saúde. A descentralização operacional, o uso de unidades móveis e a articulação com lideranças locais são fatores críticos de sucesso. Entre os fatores de sucesso estão: integração regional, articulação política, uso de tecnologia e foco em gestão estratégica.

Os principais resultados foram a ampliação do acesso em áreas vulneráveis, redução de filas e fortalecimento da atenção primária. Fatores críticos de sucesso incluíram planejamento regional, uso de tecnologias, pactuação intersetorial e foco na gestão orientada por dados.

No Distrito Federal complementarmente a iniciativa Tenda+ atendeu 57,6 mil pessoas em diferentes regiões administrativas.

Na rede fixa e complementar, da Atenção Primária à Saúde (APS) registrou mais de 4 milhões de atendimentos individuais no ano, incluindo atendimentos em domicílio, vias públicas e instituições sociais, evidenciando a integração com estratégias itinerantes.

As UPAs, por sua vez, realizaram 468,4 mil atendimentos apenas entre janeiro e maio, indicando crescimento da demanda de urgência e emergência.

Os dados demonstram que modelos itinerantes, quando bem estruturados, não apenas expandem o acesso em áreas vulneráveis, mas também contribuem para reduzir filas, fortalecer a atenção primária e desafogar a rede hospitalar.

O impacto visualizado no gráfico e na tabela abaixo evidenciam a relevância da gestão estratégica para consolidar a itinerância como solução sustentável e replicável no SUS. Os dados demonstram impacto direto na ampliação do acesso e na equidade em saúde, reforçando a importância da gestão estratégica e do financiamento adequado para a sustentabilidade do modelo assim, como as experiências demonstram alto potencial de replicabilidade com sustentabilidade e resolutividade.

Resumo dos Atendimentos em Saúde - Distrito Federal (2024)

Categoria	Atendimentos	Fonte
Itinerante - Minha Saúde (total)	307000	SES/DF – Programa Minha Saúde (2024)
Itinerante - Tenda+	57694	SES/DF – Tenda+ (2024)
APS (rede fixa + itinerante)	4000000	SES/DF – APS (2024)
UPAs (jan-mai)	468479	SES/DF – UPAs (2024)

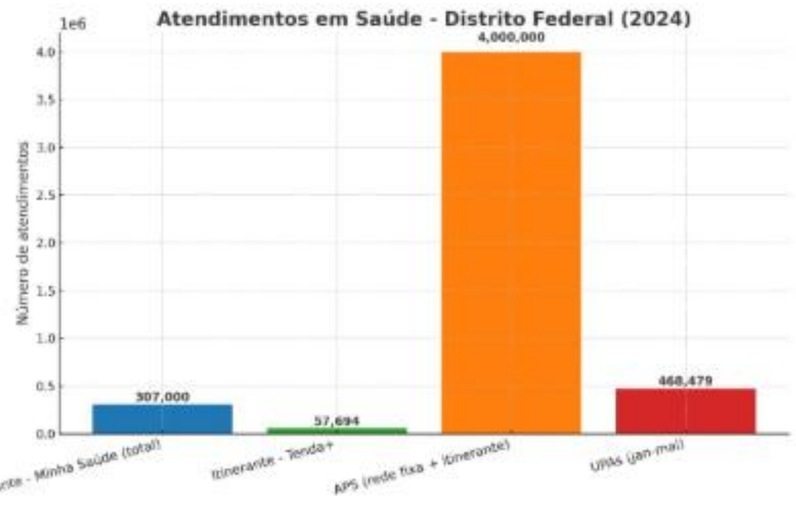


Gráfico com registro de atendimentos itinerantes de saúde realizados no DF em 2024.

Fatores críticos de sucesso: governança intersetorial, uso intensivo de tecnologia, planejamento regional, pactuação política e gestão orientada por dados.

CONCLUSÕES

Modelos itinerantes são eficazes na superação de barreiras estruturais e na ampliação do acesso em regiões vulneráveis. A análise de boas práticas contribui para o desenvolvimento de modelos gerenciais mais eficientes, replicáveis e alinhados aos princípios da equidade e da regionalização do SUS.

As evidências demonstram que modelos itinerantes de saúde, quando bem planejados e geridos, são soluções viáveis principalmente ao que se refere a custo e beneficio para enfrentar desigualdades no acesso e barreiras estruturais históricas.

A gestão estratégica, o uso de tecnologia e o financiamento adequado são determinantes para a escalabilidade dessas ações.

A sistematização de boas práticas aplicadas aos serviços itinerantes contribuem para o fortalecimento de políticas públicas mais integradas, sustentáveis e alinhadas aos princípios do SUS, especialmente em contextos de garantia de equidade, universalidade e vulnerabilidade social.

NUTRIÇÃO E SUSTENTABILIDADE: O DESAFIO DAS REFEIÇÕES PRONTAS CONGELADAS

Luciana da Costa, Jéssica Novaes de Jesus, Sarah Cristina Pereira dos Santos

INTRODUÇÃO

As refeições hospitalares influenciam diretamente a experiência do paciente e estão ligadas à desnutrição, que afeta cerca de 40% dos internados. Isso impacta negativamente o estado nutricional, a evolução clínica e os custos hospitalares. Não há consenso sobre a melhor intervenção nutricional, mas há esforços para otimizar recursos e melhorar a aceitação alimentar. Técnicas como “cook-chill” e “cook-freeze” são alternativas adotadas desde os anos 1980. No Brasil, ainda prevalece o uso de refeições congeladas prontas, com pouca possibilidade de escolha pelo paciente. Essa prática visa reduzir custos, espaço e desperdício. O estudo busca avaliar o impacto dessas refeições nos indicadores nutricionais e na sustentabilidade financeira de um hospital de grande porte em São Paulo.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo transversal entre junho de 2024 e janeiro de 2025.

Comparação entre:
- Estratégia 1: refeições preparadas e resfriadas na cozinha hospitalar.
- Estratégia 2: refeições prontas congeladas de fornecedor externo.

Indicadores analisados:
- Custo total da Nutrição
- Satisfação dos pacientes
- Sobra limpa
- Resíduos orgânicos

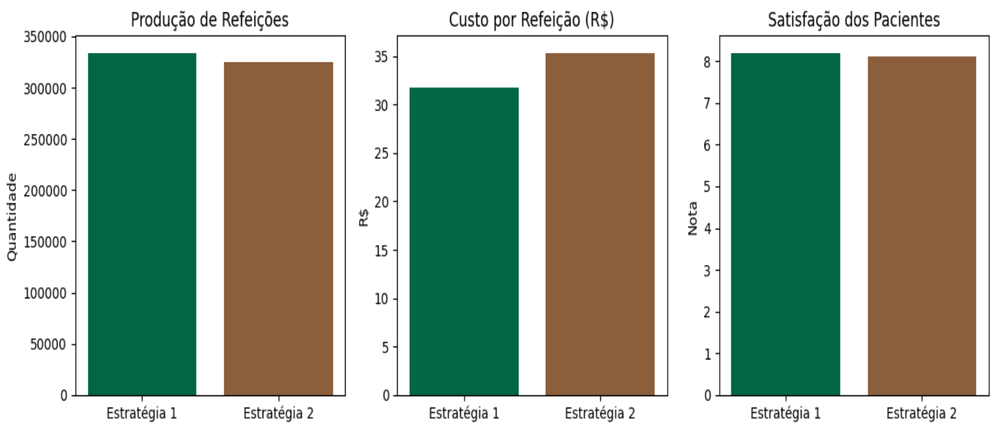
RESULTADOS

Produção de refeições:
- Estratégia 1: 333.919 refeições
- Estratégia 2: 324.589 refeições (3% menor)

Custo total da Nutrição:
- Estratégia 1: R$ 10.584.540,99
- Estratégia 2: R$ 11.469.470,67 (11% maior)

Custo por refeição:
- Estratégia 1: R$ 31,70
- Estratégia 2: R$ 35,34

O custo total da Nutrição foi maior na estratégia 2 (R$11.469.470,67) em comparação à estratégia 1 (R$10.584.540,99), representando um aumento de 11%. Esse aumento está relacionado ao uso de refeições prontas congeladas, que têm custo mais elevado e exigem adaptações no cardápio para atender à consistência e aceitação das dietas, além da necessidade de preparo de algumas dietas na cozinha hospitalar para atender preferências individuais dos pacientes.

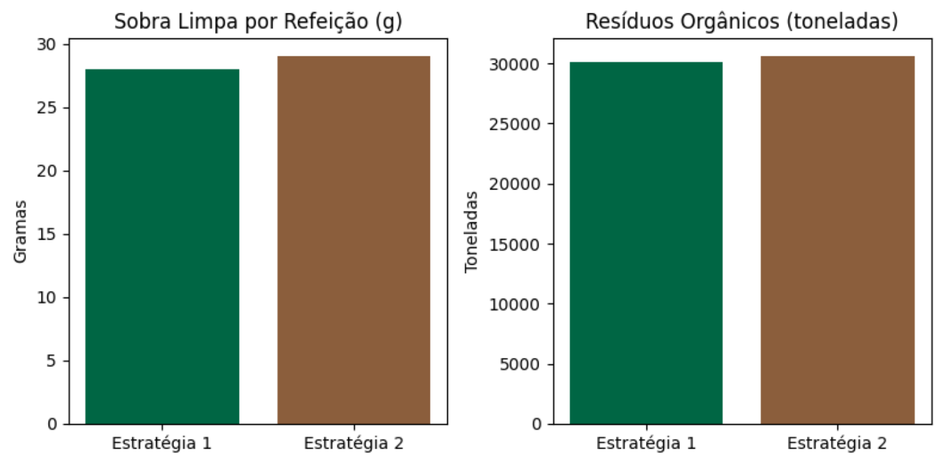


Comparativo Geral entre as Estratégias, incluindo a produção de refeições, custo por refeição e satisfação dos pacientes.

Os cardápios de opção única não atendem as necessidades dos pacientes, e as adaptações nas refeições visam aumentar a aceitação e diminuir a incidência de desnutrição, além de contribuir com o aumento do desperdício de alimentos e custos das refeições (Collin e Porter, 2023).

Satisfação dos pacientes:
- Estratégia 1: nota 8,2
- Estratégia 2: nota 8,1 (redução de 3%)

A satisfação do paciente foi comparada entre os dois períodos e demonstra a necessidade de adaptação da refeição pronta congelada, uma vez que ela é fornecida com opções limitadas, minimizando as possibilidades de adaptação e individualização. McCray et al (2018) encontrou em seu estudo uma melhora na satisfação de pacientes que passaram a receber cardápios de escolha, onde era possível solicitar a composição e horário de acordo com a sua necessidade. Isso demonstra que há uma preferência do paciente por refeições mais diversas e com individualização, o que nem sempre acontece em pratos prontos.



Desperdício e Resíduos por estratégias, com a sobra limpa por refeição e os resíduos orgânicos gerados.

Sobra limpa por refeição:
- Estratégia 1: 28g
- Estratégia 2: 29g

Resíduos orgânicos:
- Estratégia 1: 30.150 toneladas
- Estratégia 2: 30.600 toneladas

Apesar da expectativa de redução de desperdício com a adoção de refeições prontas congeladas, os resultados mostraram apenas uma pequena diminuição (cerca de 2%) na sobra limpa e nenhum impacto relevante na geração de resíduos orgânicos. Esses resíduos, que podem representar de 20 a 30% do peso dos resíduos hospitalares, têm potencial para reduzir custos com coleta e contribuir para a sustentabilidade. No entanto, a redução esperada não foi observada, limitando os benefícios financeiros e ambientais da estratégia.

CONCLUSÕES

Dentro do contexto hospitalar apresentado, o uso de refeições prontas para consumo não demonstrou ser sustentável do ponto de vista financeiro, com custos maiores relacionados à essa estratégia, e não demonstrou vantagem em relação à redução de desperdício (singular) e melhora na satisfação do cliente.

REFERÊNCIAS

Collins J, Porter J. Quantifying waste and its costs in hospital foodservices. Nutr Diet. 2023 Apr;80(2):192-200. doi: 10.1111/1747-0080.12796. Epub 2023 Jan 23. PMID: 36690908.
Dorian N. Dijxhoorn, Merwin J.M.J. Mortier, Manon G.A. van den Berg, Geert J.A. Wanten. The Currently Available Literature on Inpatient Foodservices: Systematic Review and Critical Appraisal. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2019, Volume 119, Issue 7,1118-1141.e36, ISSN 2212-2672. https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.01.018.
Melanie R Silverman, Mary B Gregoire, Linda J Lafferty, Rebecca A Dowling. Current and Future Practices in Hospital Foodservice. Journal of the American Dietetic Association. 2000, Volume 100, Issue 1,76-80, ISSN 0002-8223. https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00023-7.
McCray S, Maunder K, Krikowa R, MacKenzie-Shalders K. Room Service Improves Nutritional Intake and Increases Patient Satisfaction While Decreasing Food Waste and Cost. J Acad Nutr Diet. 2018 Feb;118(2):284-293. doi: 10.1016/j.jand.2017.05.014. Epub 2017 Jul 1. PMID: 28676228.

O IMPACTO DA MEDICINA HOSPITALISTA NA EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL

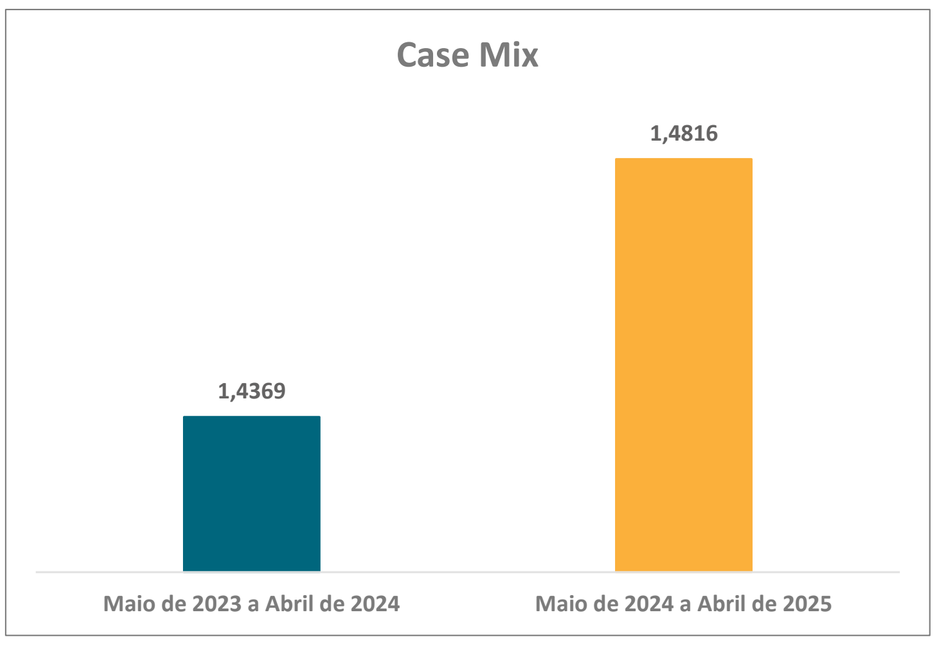
Alessandra de S. A. Martins, Alexandre Silva Pinto, Luiz Eduardo Blanski

INTRODUÇÃO

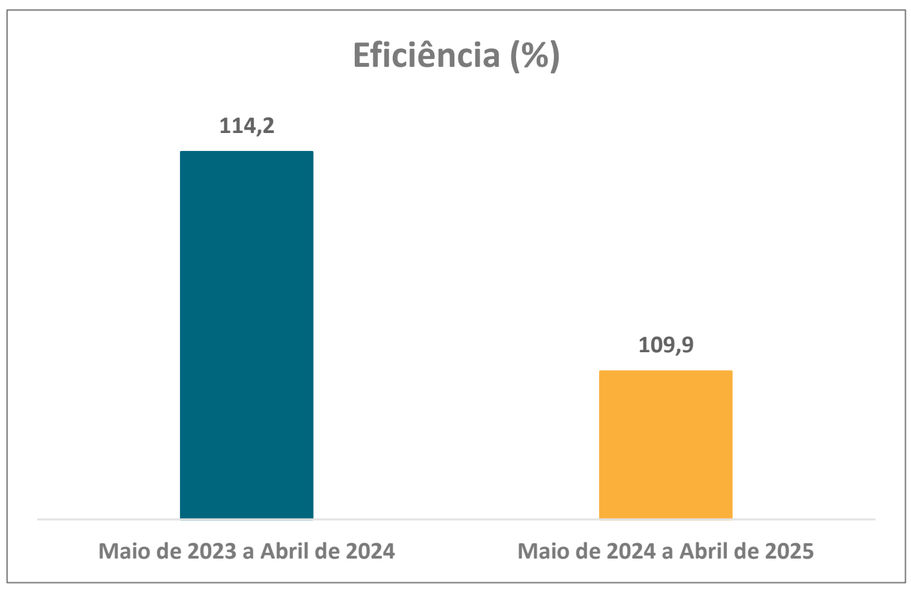
A medicina hospitalista posiciona o paciente como centro do cuidado, impactando diretamente a eficiência assistencial e operacional da instituição. Os médicos hospitalistas conduzem e organizam integralmente o tratamento durante toda a internação, garantindo uma abordagem coordenada e centrada nas necessidades do paciente. Por meio da liderança de equipes multidisciplinares e da padronização das rotinas assistenciais, esses profissionais asseguram que as melhores práticas sejam aplicadas, reduzindo riscos e aumentando a qualidade e segurança do cuidado hospitalar.

METODOLOGIA

O modelo foi implementado em unidades destinadas a internação de pacientes do Sistema Único do Saúde (SUS), previamente identificadas com baixa eficiência operacional e elevado número de diárias hospitalares excedentes para reduzir falhas no cuidado, otimizar a comunicação entre equipes assistenciais e tornar mais sustentável a gestão de recursos, proporcionando uma experiência hospitalar mais satisfatória ao paciente e mais eficiente para a instituição. Os médicos hospitalistas assumiram integralmente a internação de pacientes clínicos e o comanejo dos casos cirúrgicos. A avaliação do impacto foi realizada comparando-se dois períodos: 12 meses antes (maio/23-abr/24) e 12 meses após (maio/24-abr/25) a adoção do novo modelo, integrando o médico hospitalista. Para análise, utilizamos os seguintes indicadores da plataforma Diagnosis Related Groups (DRG): número total de altas, índice de eficiência operacional, case mix e quantidade de diárias excedentes.



Resultado referente ao case mix compilado nos dois períodos, demonstrando um aumento de complexidade dos pacientes internados.



Resultado referente à Eficiência compilada nos dois períodos avaliados, demonstrando a melhora da eficiência na utilização dos leitos.

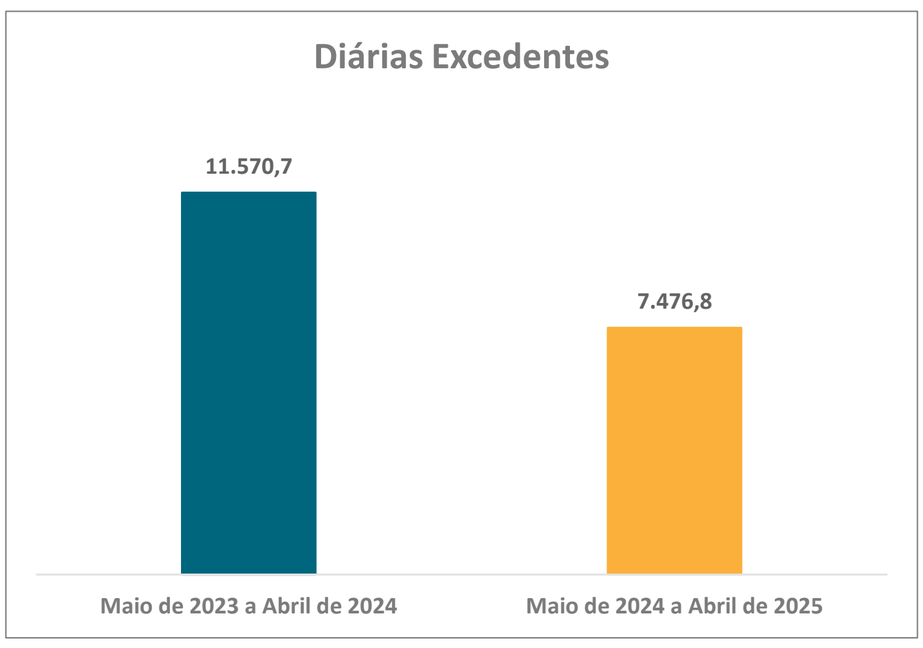


Gráfico com resultado referente as diárias excedentes nos dois períodos avaliados, demonstrando redução das diárias excedentes.

RESULTADOS

O período pré-implementação registrou 16.714 altas hospitalares, índice de (in)eficiência de 114,2%, case mix de 1,4369 e 11.570,7 diárias excedentes. Após o modelo hospitalista, houve 15.198 altas, com melhora do índice de (in)eficiência para 109,9%, aumento do case mix para 1,4816 e redução significativa das diárias excedentes para 7.476,8. Esses resultados provam uma maior eficiência operacional, com capacidade de atender casos mais complexos sem prejuízo à qualidade do cuidado prestado.

CONCLUSÕES

Como estratégia institucional, demonstrou ser eficaz na promoção de um cuidado coordenado, seguro e centrado no paciente, resultando em significativa melhora de indicadores assistenciais e operacionais.

REFERÊNCIAS

Plataforma de Valor em Saúde - Analytics. Disponível em: https://sigclinic.sigquali.com.br. Acesso em: 27 jun. 2025

O VALOR DA CODIFICAÇÃO PRECISA: EFICIÊNCIA NA UTIN FRENTE AO PADRÃO NACIONAL

Sabrina Tiradentes Ferreira, Priscilla Ramos Ribeiro, Vanessa de Merlo Ramos, Camila Nascimento Quintella

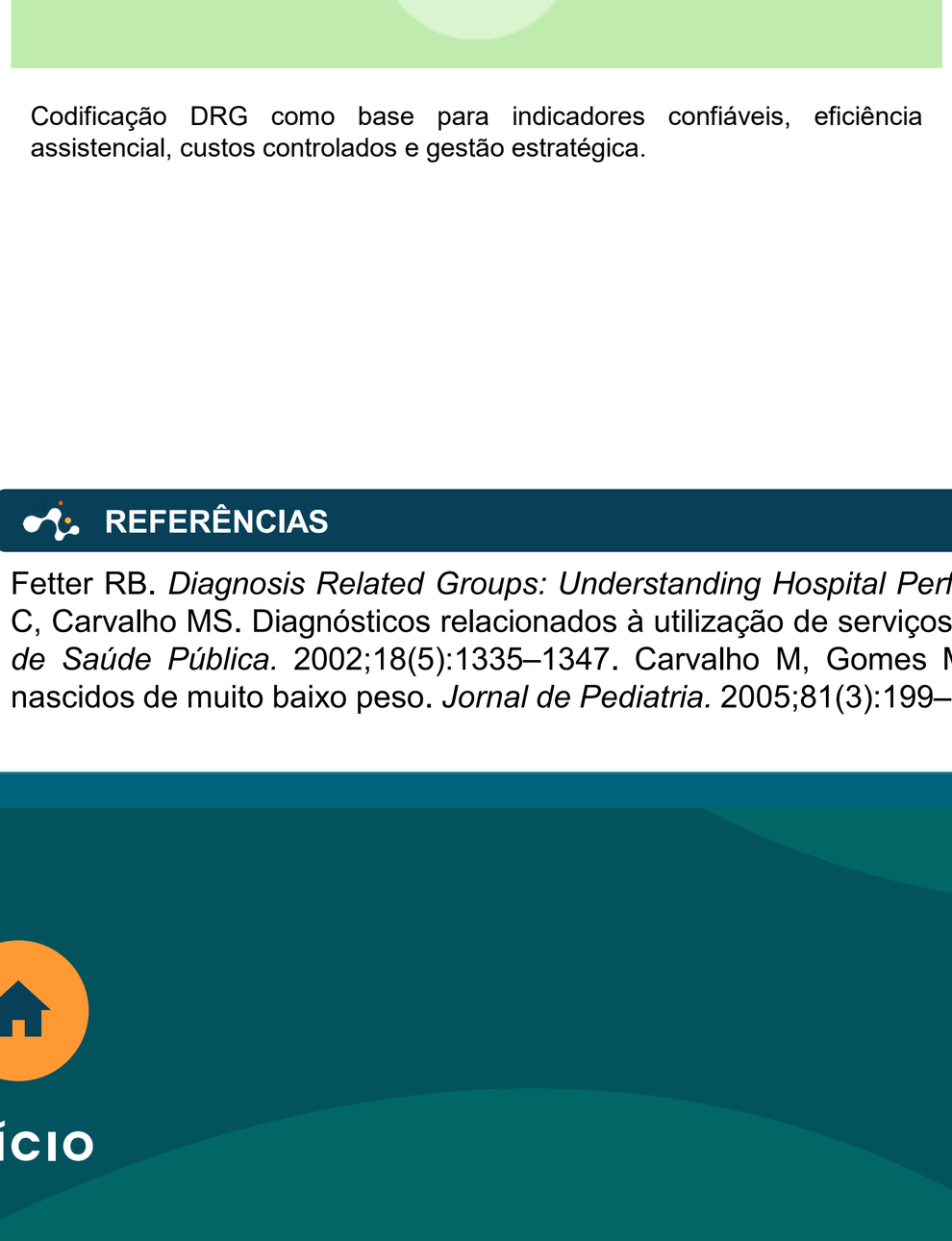
INTRODUÇÃO

A uti neonatal de um hospital privado em Vitória/ES utiliza o sistema 3m para codificação hospitalar com base no modelo DRG. Este trabalho analisa a importância da codificação completa do histórico clínico do recém-nascido, mostrando como essa prática garante maior precisão na classificação dos casos, no tempo de internação e nos custos sem ignorar comorbidades e gravidade pode distorcer indicadores, comprometendo a avaliação real da complexidade assistencial.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou uma abordagem quantitativa e descritiva, com análise retrospectiva de dados clínicos de recém-nascidos internados na uti neonatal de uma maternidade particular em Vitória/ES no período de Janeiro de 2024 à Dezembro de 2024. Os dados foram extraídos do sistema de codificação Analytics 3M e também do sistema SAS, com foco na classificação DRG atribuída a cada caso. Foram avaliadas as variáveis: tempo de internação, custos associados, diagnósticos principais, procedimentos realizados e presença de comorbidades ou complicações adquiridas durante o internamento. A análise comparativa considerou os tempos médios de permanência reais, versus os tempos reais observados, em nível nacional fornecidos pelo sistema 3m, destacando distorções causadas por registros incompletos ou desconsideração da gravidade clínica.

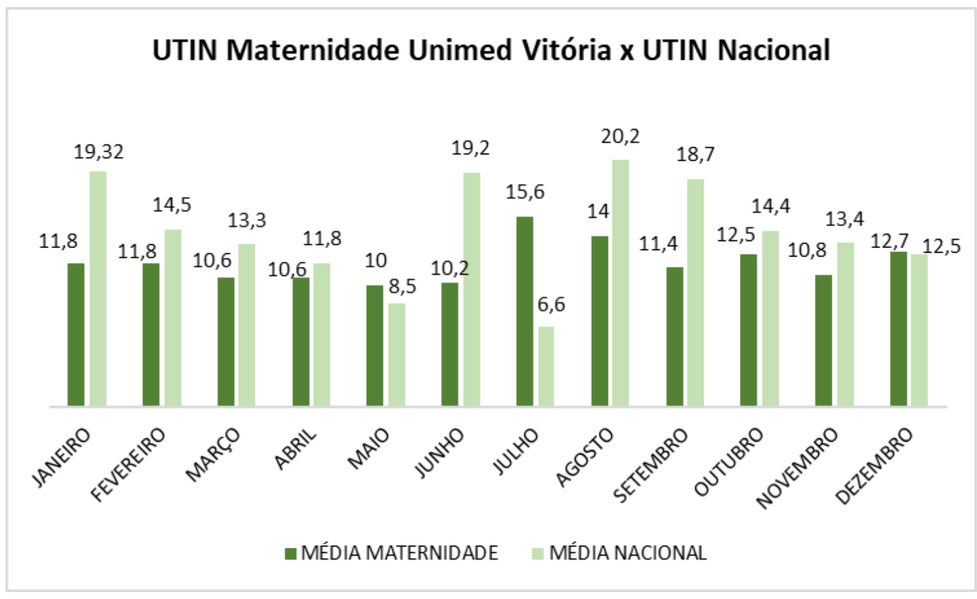
Representação do processo metodológico da análise DRG, com foco na avaliação institucional e nacional.



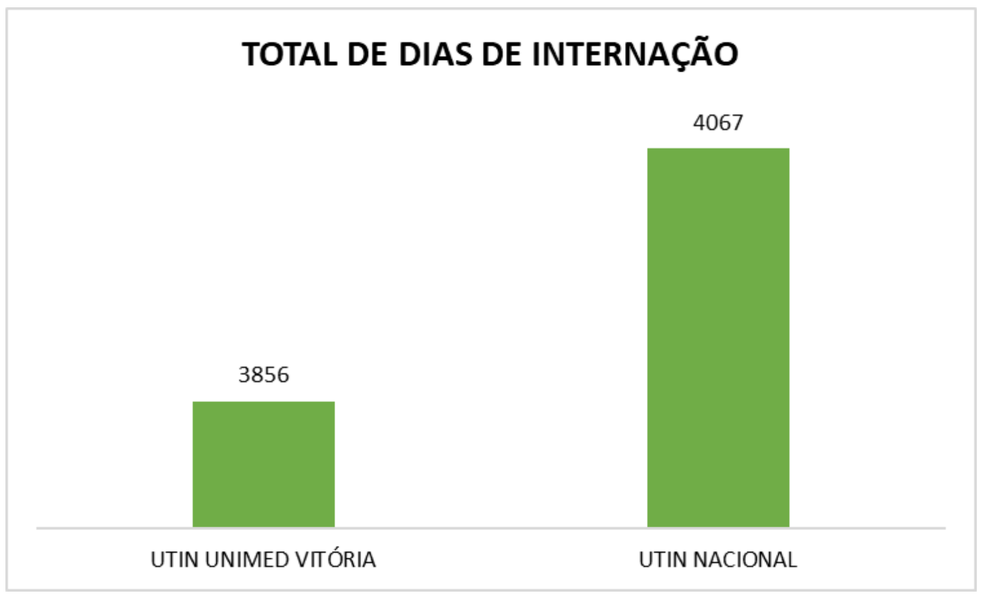
Codificação DRG como base para indicadores confiáveis, eficiência assistencial, custos controlados e gestão estratégica.

RESULTADOS

Os dados demonstram que a internação real média mensal (11,8 dias) da UTIN está consideravelmente abaixo da média mensal nacional (14,4 dias), o que indica eficiência no tempo de permanência hospitalar. Além disso, a soma total de dias de internação real (3856 dias) na unidade está abaixo da média nacional (4067 dias).



Comparativo do tempo médio mensal: UTIN Unimed Vitória abaixo da média nacional.



Comparativo do total de dias de internação entre a UTI Neonatal Unimed Vitória e a UTI Neonatal Nacional.

CONCLUSÕES

A eficiência da equipe e dos protocolos clínicos permitiu manter os internamentos dentro de tempos adequados, mesmo em meses de alta complexidade. A codificação clínica precisa, realizada via sistema 3m e modelo DRG, garante que essa eficiência seja documentada corretamente, sustentando decisões clínicas, financeiras e de qualidade institucional.

REFERÊNCIAS

Fetter RB. *Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance.* Health Administration Press; 1991. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Diagnósticos relacionados à utilização de serviços hospitalares no Brasil: DRG como ferramenta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública.* 2002;18(5):1335–1347. Carvalho M, Gomes MASM. Fatores associados à duração da hospitalização em recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria.* 2005;81(3):199–204. Solventum DRG Analytics.

Plastic Free em Ambiente de Saúde
Desafio para unidades hospitalares e ambulatoriais

Mayara Ferreira Moura, Karina Siniscalco Coutinho, Pollyana de Oliveira Miranda, Eric Fernando Artoni Tozzo

INTRODUÇÃO

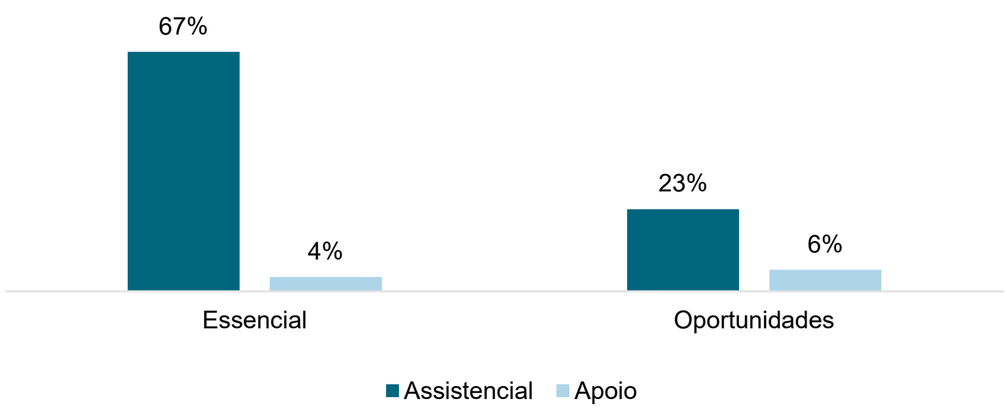
O Einstein possui uma trajetória de sustentabilidade com diversas iniciativas e projetos associados a eficiência ambiental. Considerando que o setor de saúde é um grande consumidor de plásticos, o projeto *Plastic Free* foi iniciado em 2024 com o objetivo de reduzir em 100% os resíduos plásticos mapeados com alternativas viáveis na Unidade Morumbi (Clínica Médica Cirúrgica, Farmácia Central e Nutrição) e Unidade Perdizes. A proposta está alinhada à estratégia de sustentabilidade do Einstein e visa mitigar os impactos ambientais da operação, especialmente em áreas com alto consumo de descartáveis.

METODOLOGIA

O projeto *Plastic Free* em Ambiente de Saúde - desafio para unidades hospitalares e ambulatoriais, apresentou as seguintes etapas:

- O projeto foi estruturado com base na metodologia *Lean Six Sigma*, utilizando o ciclo DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Melhorar e Controlar);
- Na fase inicial, foi realizado o mapeamento de 1025 materiais que continham plástico, classificados por tipo de uso (assistencial e não assistencial) e composição;
- A análise permitiu identificar os principais ofensores ambientais e apontar oportunidades de substituição ou circularidade;
- A abordagem adotada priorizou os dados objetivos para embasar decisões, redução de desperdícios e promoção da melhoria contínua;
- A implantação está consolidada em quatro fases, começando por áreas com maior potencial de impacto ambiental, como a Nutrição.

Classificação de materiais plásticos
Período: Dezembro/2023 | N: 1.025 materiais



Composição de materiais utilizados nas áreas alvo para o projeto

RESULTADOS

A Fase I do projeto alcançou resultados expressivos na redução do descarte de resíduos plásticos. Com início nas áreas de Nutrição, foram implantadas substituições significativas, como talheres e potes de plástico por alternativas biodegradáveis.
Na Unidade Perdizes, a área de Nutrição, responsável por 92% do consumo de plásticos, reduziu 6,3 ton/ano (67% do total de resíduos plásticos da unidade).
Na Unidade Morumbi, a área de Nutrição eliminou cerca de 63,1 ton/ano (17,6% da redução do total de resíduos plásticos da unidade).

O projeto foi expandido para as Unidades Avançadas, com estimativa de 9,2 ton/ano de resíduos plásticos evitados.

A Fase I reduziu cerca de 78,6 ton/ano de plástico descartado, redução de 18% no volume total da organização — evitando a emissão estimada de 235 ton/ano de GEE, com base em média global, além de reduzir o risco de microplásticos no meio ambiente.
O projeto seguirá avançando, em etapas, na redução do plástico e seus impactos ambientais e à saúde.

Substituições realizadas na primeira fase do projeto

CONCLUSÕES

O projeto *Plastic Free* em Ambiente de Saúde mostrou que a redução do uso de plásticos em hospitais é viável quando baseada em dados, metodologias e engajamento das equipes. A experiência fortaleceu a cultura de sustentabilidade, promoveu inovação em processos assistenciais e não assistenciais e abriu caminho para a expansão em novas unidades. A iniciativa reforça o compromisso do Einstein em integrar práticas sustentáveis à sua operação.

REFERÊNCIAS

- Agenda 2030 da ONU – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- Hospitais Verdes e Saudáveis – HCWH Brasil, 2020. Disponível em: https://hospitaissaudaveis.org/BibliotecaLer/42.
- **Healthcare Plastics Recycling Council (HPRC).** *Sustainable Healthcare Plastics Recycling*. Disponível em: https://www.hprc.org/.

Política, Fofoca e Gestão: A Comunicação Informal como Elemento Estratégico no Ambiente Hospitalar

Kamila Conde Coelho; Karine Fonseca dos Santos.

INTRODUÇÃO

A cultura organizacional dos hospitais é permeada por redes formais e informais de comunicação, sendo estas últimas frequentemente ignoradas ou tratadas como obstáculos à gestão. Este trabalho propõe uma reflexão sobre a comunicação informal frequentemente rotulada como **"fofoca"** como manifestação legítima da política interna das instituições e como sinalizador de aspectos relevantes da dinâmica organizacional. A partir da experiência da autora como diretora geral de hospital público de urgência e emergência, o estudo analisa como discursos paralelos entre colaboradores refletem relações de poder, disputas simbólicas e resistência à mudança.

METODOLOGIA

Ao invés de reprimir a circulação de narrativas informais, a gestão optou por observar e compreender esses fluxos como parte da ecologia institucional.
As ações metodológicas incluíram:
Mapeamento de recorrências de rumores, temas sensíveis e padrões de circulação de informações distorcidas.
Identificação de medos, inseguranças e lacunas de escuta como elementos que alimentavam a comunicação informal.
Qualificação dos canais de escuta da gestão.
Ocupação estratégica de espaços de fala (reuniões, grupos de WhatsApp, plantões presenciais).
Mediação de conflitos por meio da presença ativa da direção.
Estímulo aos líderes intermediários para atuarem como "tradutores institucionais", conectando o discurso da gestão à realidade dos setores.

SEXO	n	%
Feminino	678	76,1
Masculino	201	22,6
Outro	3	0,3
em branco	9	1,0

Legenda / Perfil dos colaboradores participantes da Pesquisa de Clima Institucional segundo sexo.

FAIXA ETÁRIA	n	%
18 a 20 anos	11	1,2
21 a 30 anos	163	18,3
31 a 40 anos	324	36,4
41 a 50 anos	249	27,9
51 a 60 anos	112	12,6
61 a 70 anos	23	2,6
mais de 70 anos	1	0,1
em branco	8	0,9

Legenda / Perfil dos colaboradores participantes da Pesquisa de Clima Institucional segundo faixa etária.

Legenda / Huddle institucional.

RESULTADOS

Como resultado da abordagem adotada, foram observados:
Maior estabilidade dos times.
Redução de ruídos nos fluxos de comunicação.
Maior adesão aos processos decisórios.
A pesquisa de clima organizacional de 2024, realizada com 891 colaboradores, reforçou esses efeitos:
A dimensão "liderança" foi a mais bem avaliada (média de 4,21 em escala de 1 a 5).
Indicadores de destaque:
"Confiança no líder" → 4,31.
"Liberdade para expor desconfortos" → 4,16.
Esses resultados demonstram os impactos da escuta ativa e da gestão estratégica da comunicação informal na construção de confiança institucional.

DIMENSÃO AVALIADA	GRAU DE CONCORDÂNCIA/ DISCORDÂNCIA - por dimensão	n	%
clima da organização	Discordo totalmente	125	1,6
	Discordo	253	3,2
	Nem concordo nem discordo	869	10,8
	Concordo	4270	53,2
	Concordo totalmente	2502	31,2
Liderança	Discordo totalmente	150	2,4
	Discordo	195	3,1
	Nem concordo nem discordo	556	8,9
	Concordo	2853	45,7
	Concordo totalmente	2483	39,8
Função desempenhada	Discordo totalmente	188	2,3
	Discordo	384	4,8
	Nem concordo nem discordo	910	11,3
	Concordo	3695	46,1
	Concordo totalmente	2842	35,4
Salário e remuneração	Discordo totalmente	334	9,4
	Discordo	651	18,3
	Nem concordo nem discordo	920	25,8
	Concordo	1257	35,3
	Concordo totalmente	402	11,3
Treinamento, Desenvolvimento inovação	Discordo totalmente	84	1,6
	Discordo	236	4,4
	Nem concordo nem discordo	980	18,3
	Concordo	2749	51,4
	Concordo totalmente	1297	24,3
Bem-estar e Segurança	Discordo totalmente	256	1,9
	Discordo	499	3,7
	Nem concordo nem discordo	2104	15,7
	Concordo	7000	52,4
	Concordo totalmente	3506	26,2

Legenda/ Distribuição de respostas segundo grau de concordância e dimensão de avaliação obtido pela Pesquisa de Clima Institucional.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a comunicação informal não deve ser ignorada ou reprimida, mas compreendida como uma linguagem organizacional legítima. Quando manejada com inteligência, pode ser convertida em instrumento de fortalecimento da liderança, de pertencimento coletivo e de construção de confiança.
Assim, a "fofoca", ao invés de ameaça, pode se tornar aliada da gestão hospitalar no desenvolvimento de um ambiente mais coeso, transparente e participativo.

REFERÊNCIAS

Relatório de Pesquisa – Clima Organizacional – Hospital Municipal Albert Schweitzer & CER Realengo

Práticas na comunicação de alerta médico pelo laboratório clínico em ambiente hospitalar

Simone Martins Gonçalves, Flávia Cristina Dias, Laiz Elena Brasil Marzano, Carla Alessandra da Rocha Costa, Manuela Batista Pereira, Nayara Barbosa Alves, João Rodrigo Campos, Rúbia Rafaela Terra.

INTRODUÇÃO

A comunicação assertiva é o desafio do milênio, envolvendo esforços de mão de obra humana e alto custo. Este trabalho foi realizado no laboratório do Hospital Felício Rocho que é um importante serviço de alta complexidade no mercado nacional. O estudo descreve práticas de gestão da comunicação por automação substituindo, com segurança, a ligação telefônica tradicional, grupos de Whatsapp, cadernos de protocolo, tabelas locais ou compartilhadas em drive de forma a garantir o registro assertivo da comunicação dos alertas médicos. De forma secundária, cria um ambiente para a sedimentação de práticas de cuidados em "Stewardship" de antimicrobianos, adequa práticas de comunicação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e promove alcance simultâneo, uniforme e rápido da informação a todos os interessados multidisciplinares em um ambiente hospitalar. Buscando, como consequência, a redução de registro de eventos adversos relacionados ao insucesso na comunicação.

METODOLOGIA

A partir da parametrização no software laboratorial Matrix, em linha do quesito do laudo "Alerta", a informação é disparada por e-mail de alcance multidisciplinar, "aplicativo HMED" do celular do médico prescritor e "pop up" na tela inicial do software hospitalar MVPEP, em aba dedicada na gestão das prescrições e resultados. Os alertas foram selecionados a partir da Lista de Notificação Compulsória e Notas Técnicas ANVISA para Microrganismos de Importância Médica (MDR) de acordo com o Comitê Brasileiro de Testes de Susceptibilidade a Antimicrobianos (BRCAST).
O conteúdo divulgado cumpre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Esquema ilustrativo dos fluxos utilizadas na comunicação.

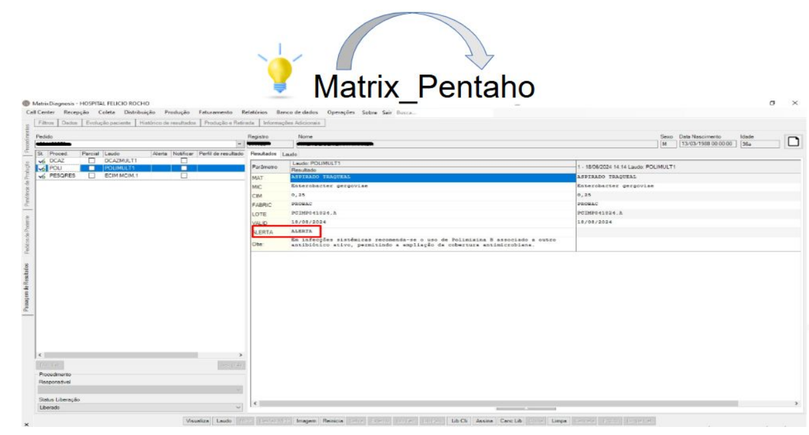


Figura do Software Matrix Diagnosis no campo parametrizado para projeção do alerta médico.

Figura do Software MVPEP, aba do prontuário eletrônico, sinalizando por 24h o alerta do laboratório.

Figura da captura de tela do celular do médico no recebimento do alerta no aplicativo HMED.

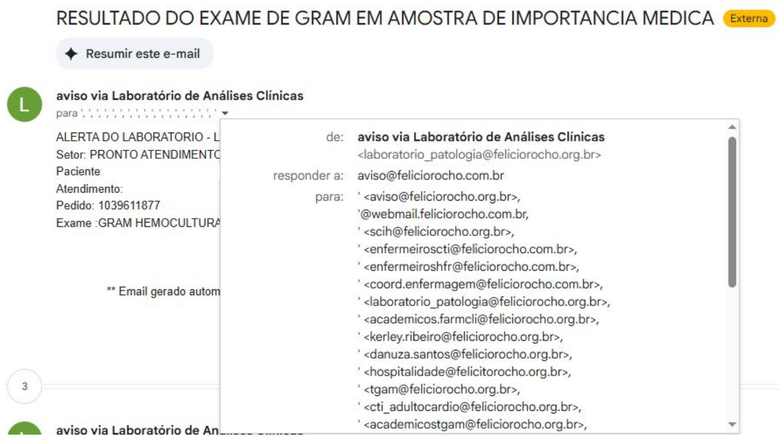


Figura dos e-mails corporativos alcançados simultaneamente com o alerta

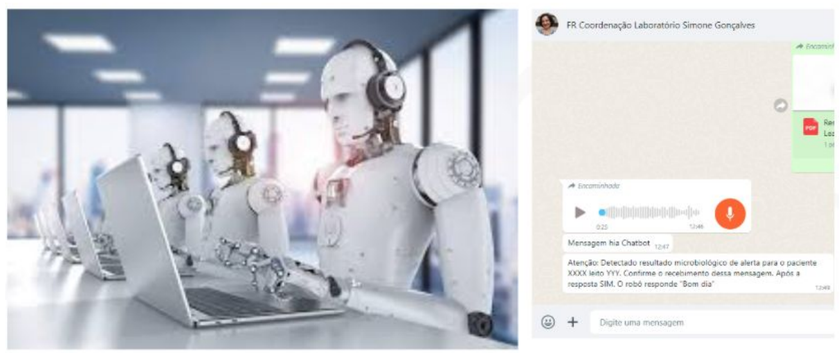


Figura ilustrativa da comunicação do robô por Chatbot com a mensagem automática exibida no telefone corporativo da Unidade Terapia Intensiva

RESULTADOS

A produção total média do laboratório é em média 1.400.000 exames/ano. No período entre 01/06/2023 a 31/05/2024 foram disparados 3299 alertas (0,24% da produção) sendo 2336 testes de Notificações Compulsórias e 963 MDR. A disponibilização do dado eletrônico garantiu autenticidade da informação, eficiência na comunicação, abrangência ampliada para profissionais da equipe multiprofissional, satisfação da equipe assistencial e redução de falhas associadas ao insucesso da comunicação. O registro de eventos adversos reduziu de cinco para zero as falhas relacionadas a esse insucesso, quando comparado o período estudado ao anterior. Outra oportunidade foi a correção da nomenclatura "pânico" no Matrix reservada para dados críticos, atendendo à RDC 986/2025. Com custo mínimo e uso de ferramentas de software já existentes, os benefícios ampliam a visão do laboratório de que a mudança dos métodos tradicionais para inovação está ao alcance de todos. O ganho adicional foi a autonomia para o laboratório no registro em prontuário de pedidos e resultados dedicados aos Testes Complementares "MIC e ETEST" do padrão BRCAST, totalizando 1736 procedimentos remunerados no período estudado. Os novos fluxos, encorajaram as 4 Unidades de Terapia Intensiva a compor no orçamento da própria área o investimento em um robô de ligação telefônica para os alertas médicos setorial aumentando ainda mais a segurança no alcance da informação.

CONCLUSÕES

A ferramenta atingiu os objetivos iniciais propostos com os recursos disponíveis. O novo modelo trouxe práticas de comunicação assertivas, rápidas, eficientes e independentes de recursos humanos, reservando a prática tradicional para os resultados críticos.

REFERÊNCIAS

1) BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n°986 de 15 de agosto de 2025. Dispõe sobre o funcionamento de Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2025.
2) SBPC/ML - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Comissão de Acreditação de Laboratórios Clínicos - CALC. Norma do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC, versão 2025
3) BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025. Altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro 2017, para incluir a esporotricose humana na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, 2025
4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria N°64 de 11 de dezembro de 2018. Determina aos laboratórios da rede pública e rede privada, de todas as Unidades Federadas, a utilização das normas de interpretação para os testes de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), tendo como base os documentos da versão brasileira do European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2018/prt0064_14_12_2018.html.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Proatividade Inteligente na Gestão da Jornada do Paciente: Impactos Clínicos e Econômicos na Atenção

Lisiane Lise, Diego Moreira

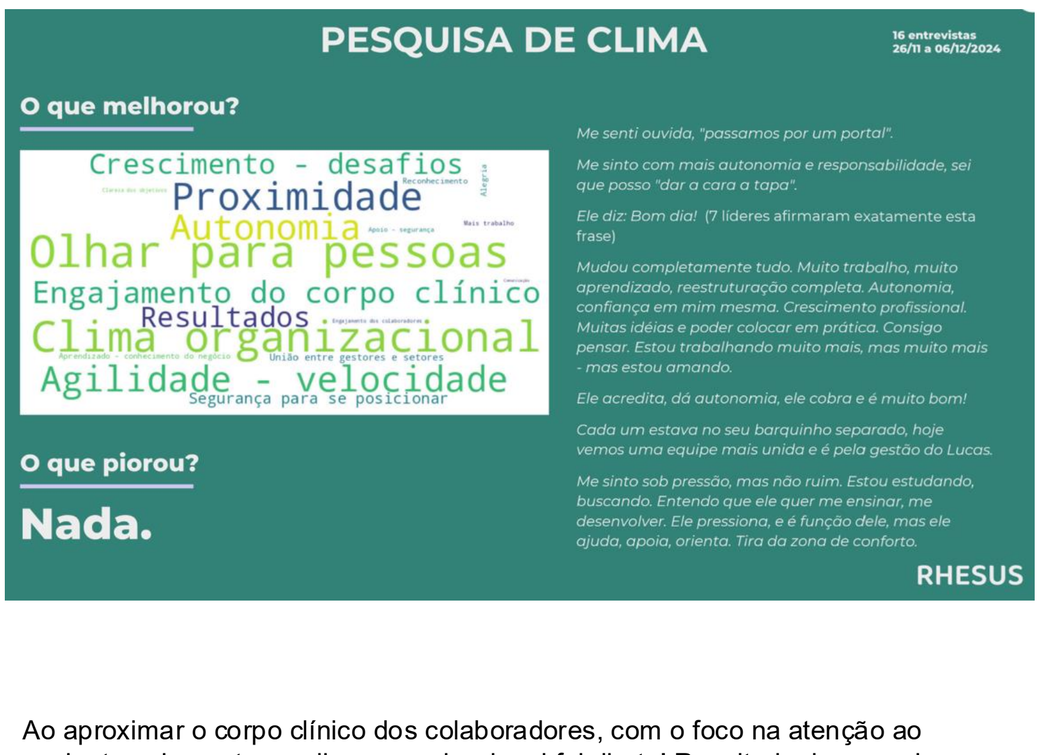
INTRODUÇÃO

Baseado no livro consultório 2.0 nasce a recomendação de sairmos do “aguardar o retorno do paciente” para “conduzir a jornada”: segmentamos perfis, acionamos lembretes inteligentes e responsabilizamos a equipe por cada etapa. Objetivo: converter orientação em garantia do cuidado feito. Os resultados de dois programas mostram ganhos clínicos, de experiência e de rentabilidade. Com IA e dados, antecipamos faltas, organizamos retornos, reduzimos perdas assistenciais e garantimos continuidade segura do cuidado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e de melhoria de processos, com implantação de um modelo assistencial centrado na jornada do paciente. O desenho contemplou: mapeamento de perfis e fluxos, classificação de risco/complexidade, lembretes inteligentes multicanal e protocolo de retorno obrigatório conforme diretrizes clínicas. A inteligência artificial automatizou interações (SMS, WhatsApp e voz), previu faltas/abandono, priorizou listas e sugeriu ações proativas personalizadas. Integração com agenda e prontuário ativou rotinas automáticas (agendamento, confirmação, relembrar, reagendar) e painéis em tempo real com KPIs de adesão, comparecimento e continuidade. A governança ocorreu por reuniões quinzenais, com metas e planos de ação compartilhados, capacitação multiprofissional e revisão de processos de recepção, call center e enfermagem. Dados foram analisados de forma agregada, sem identificação e sem incentivos financeiros aos pacientes. O modelo foi aplicado em dois programas (CARE/DMRI e Cuidado Planejado).

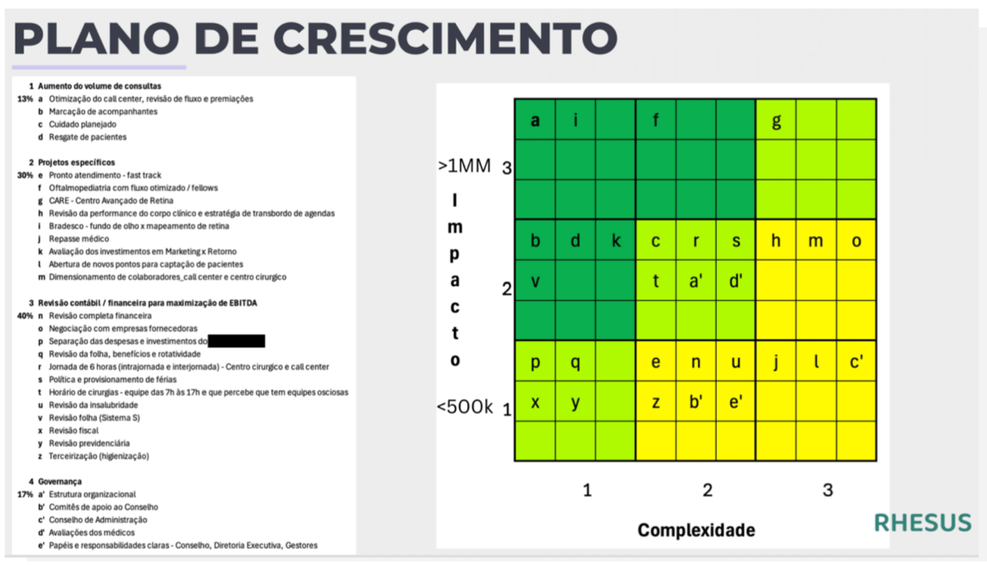
Convite de treinamento para funcionários e corpo clínico sobre o programa de cuidado contínuo do paciente ao longo da sua jornada.



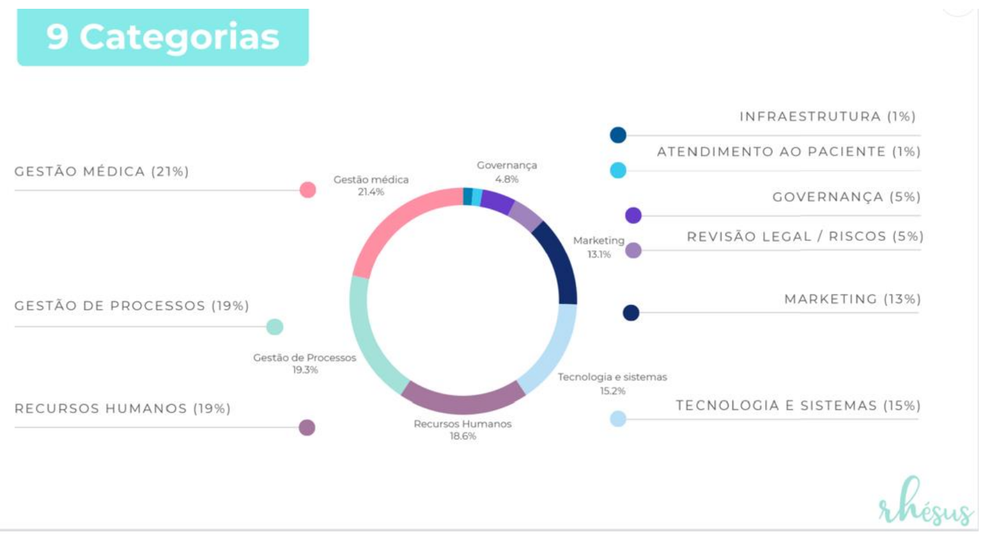
Ao aproximar o corpo clínico dos colaboradores, com o foco na atenção ao paciente, o impacto no clima organizacional foi direto! Resultado da pesquisa realizada pós-implantação.

RESULTADOS

O projeto cuidado planejado gerou um incremento de 55% no volume de consultas oftalmológicas do hospital. Ao mapear de forma ativa todo histórico de pacientes já atendidos pelo hospital e desenvolver um protocolo de retorno e acompanhamento contínuo para cada grupo de pacientes, o hospital passou a de forma ativa contactar os pacientes para lembrá-los da importância de cuidado oftalmológico conforme as regras orientadas pelo CBO. A IA permitiu uma redução significativa de custos com automatização das interações (SMS, WhatsApp e voz) e a integração com agenda e prontuário deixou o corpo clínico informado e conectado com o acompanhamento da jornada destes pacientes. O arranjo organizacional foi fundamental para o sucesso do projeto. No Projeto CARE (DMRI) a adesão protocolar foi de 30% para 95% gerando um impacto inestimável na saúde dos pacientes e aumento de 175% no faturamento do setor. Conclusão: gestão proativa é replicável e sustentável, alinhando qualidade clínica, experiência e resultados econômicos.



Projeto de acompanhamento de pacientes crônicos CARE (letra g) e Cuidado Planejado (letra c) entre os que mais geraram impactos positivos no crescimento da clinica.



21% do resultado obtido veio oriundo da gestão médica, 19% do redesenho de processos, 18,6% da mudança junto aos colaboradores de formas de gestão e benefícios. Assim, a maior parte do impacto é gerado pela transformação de processos e pessoas. 15% oriundo da melhoria da tecnologia que facilitou os novos processos. Estudo medido com base nos relatórios financeiros e pesquisa qualitativa junto aos stakeholders impactados.

CONCLUSÕES

Proatividade é o elo que transforma intenção clínica em cuidado efetivo. Ao assumir a responsabilidade pelo seguimento do paciente, a instituição deixa de esperar o paciente aparecer e passa a conduzir a jornada: antecipa faltas, agenda retornos, remove barreiras e reforça o plano terapêutico. Com IA e dados, ganha escala e personalização sem perder a humanização. O resultado é claro: mais adesão, menos perdas, melhores desfechos e sustentabilidade econômica. Em suma, cuidar não termina e nem começa na consulta; começa de forma preventiva e é contínua.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI). Portaria Conjunta nº 04. Brasília; 2022. AAO. Age-Related Macular Degeneration Preferred Practice Pattern®. San Francisco: AAO; 2024. Gurol-Urganci I, et al. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. Cochrane Database Syst Rev. 2013;12:CD007458. World Health Organization. AI ethics and governance guidance for large multimodal models in health. Geneva: WHO; 2024.

PROJETO DE RECICLAGEM HOSPITALAR: GERENCIAMENTO SUSTENTÁVEL DE RESÍDUOS INICIAIS

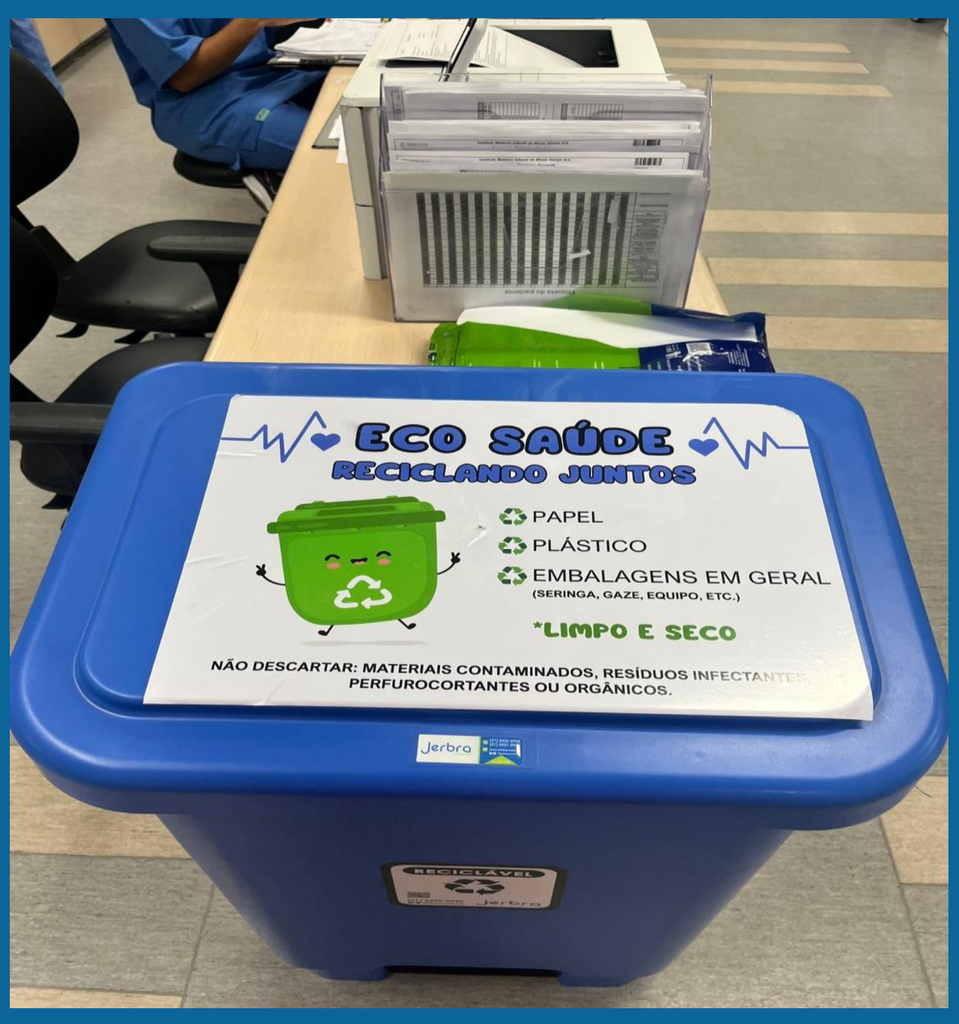
Alice França, Anadelle Teixeira

INTRODUÇÃO

Com o crescente volume de resíduos hospitalares e a necessidade de uma gestão ambientalmente responsável, foi implantado em um hospital de médio porte um projeto piloto de reciclagem focado em três categorias específicas de resíduos: embalagens de seringas e gazes e papéis fragmentados.

METODOLOGIA

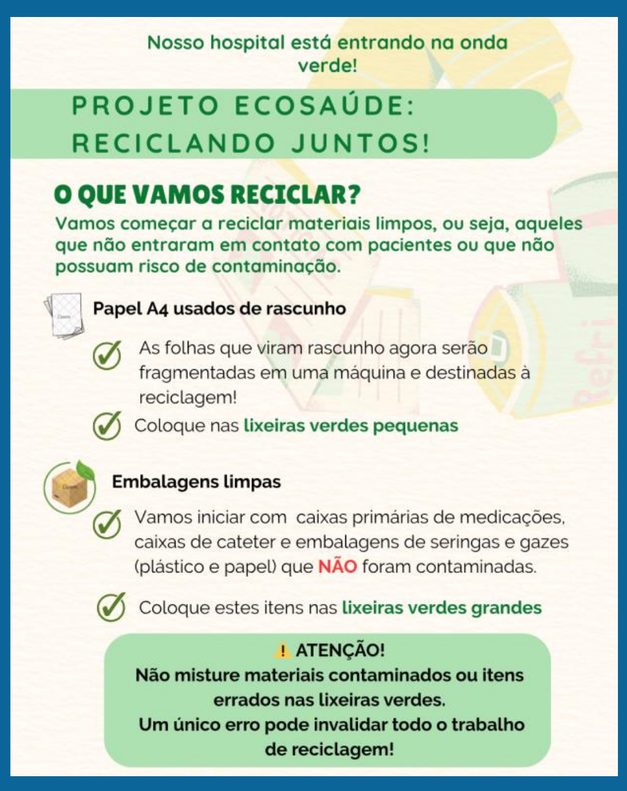
O projeto teve início com um mapeamento dos pontos de geração de resíduos, seguido da instalação de coletores seletivos identificados por cores e placas informativas, além da realização de treinamentos com as equipes envolvidas. A principal meta era conscientizar os colaboradores sobre a importância da separação correta dos resíduos recicláveis e sua destinação adequada. Os resíduos passíveis de reciclagem foram encaminhados para cooperativas parceiras, previamente homologadas pela instituição.



Identificação das lixeiras nos setores

RESULTADOS

Nos primeiros três meses, foram observados resultados significativos, tanto em termos de volume de resíduos destinados à reciclagem quanto na redução dos resíduos descartados como comuns. No primeiro mês, mesmo com o início do processo de adaptação, já foi registrada uma redução de 5,2% no volume total de resíduos comuns gerados, reflexo direto da separação das embalagens plásticas de seringas e de papéis anteriormente descartados incorretamente.
No segundo mês, observou-se um aumento de 11% no volume de resíduos recicláveis coletados em relação ao mês anterior. Esse crescimento foi atribuído à ampliação da cobertura do projeto para mais setores do hospital e à adoção de indicadores semanais de desempenho, que incentivaram a participação ativa dos colaboradores.
Já no terceiro mês, com o sistema de triagem mais consolidado, verificou-se uma nova redução de 9,9% no volume de resíduos comuns, demonstrando que a separação adequada está se tornando parte da rotina institucional. Os materiais recicláveis passaram a ser melhor identificados e separados na origem, o que aumentou sua qualidade e valor para as cooperativas.


Nosso hospital está entrando na onda verde!

PROJETO ECOSAÚDE: RECICLANDO JUNTOS!

O QUE VAMOS RECICLAR?

Vamos começar a reciclar materiais limpos, ou seja, aqueles que não entraram em contato com pacientes ou que não possuam risco de contaminação.

Papel A4 usados de rascunho

- As folhas que viram rascunho agora serão fragmentadas em uma máquina e destinadas à reciclagem!
- Coloque nas **lixeiras verdes pequenas**

Embalagens limpas

- Vamos iniciar com caixas primárias de medicações, caixas de cateter e embalagens de seringas e gazes (plástico e papel) que **NÃO** foram contaminadas.
- Coloque estes itens nas **lixeiras verdes grandes**

ATENÇÃO!
Não misture materiais contaminados ou itens errados nas lixeiras verdes.
Um único erro pode invalidar todo o trabalho de reciclagem!

Folder com instruções do projeto

CONCLUSÕES

Além dos ganhos ambientais, o projeto também contribuiu para a redução de custos com o manejo de resíduos, pois os resíduos recicláveis não necessitam de tratamento especializado nem transporte para aterros sanitários, o que representa uma economia significativa a médio e longo prazo. Outro impacto positivo foi a valorização do trabalho das cooperativas recicladoras, que passaram a receber maior volume e melhor qualidade de material, fortalecendo a cadeia da reciclagem e gerando renda para dezenas de famílias.
O projeto segue em expansão e novos grupos de resíduos estão sendo analisados para futura inclusão. A experiência pode servir como modelo para outras instituições da rede hospitalar, reforçando o compromisso com a sustentabilidade e a responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

NBR 12.810: Coleta de resíduos de serviços de saúde - Procedimento (1993); Resolução n.º 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde

QUALIDADE PREDITIVA: DA ANÁLISE DE TENDÊNCIAS À GESTÃO PROATIVA, A GARANTIA DO DESEMPENHO CONTRATUAL

CAMILA BEATRIZ ATANASIO BORBA, SIMONE RIBEIRO DE OLIVEIRA, KAMILA CONDE COELHO

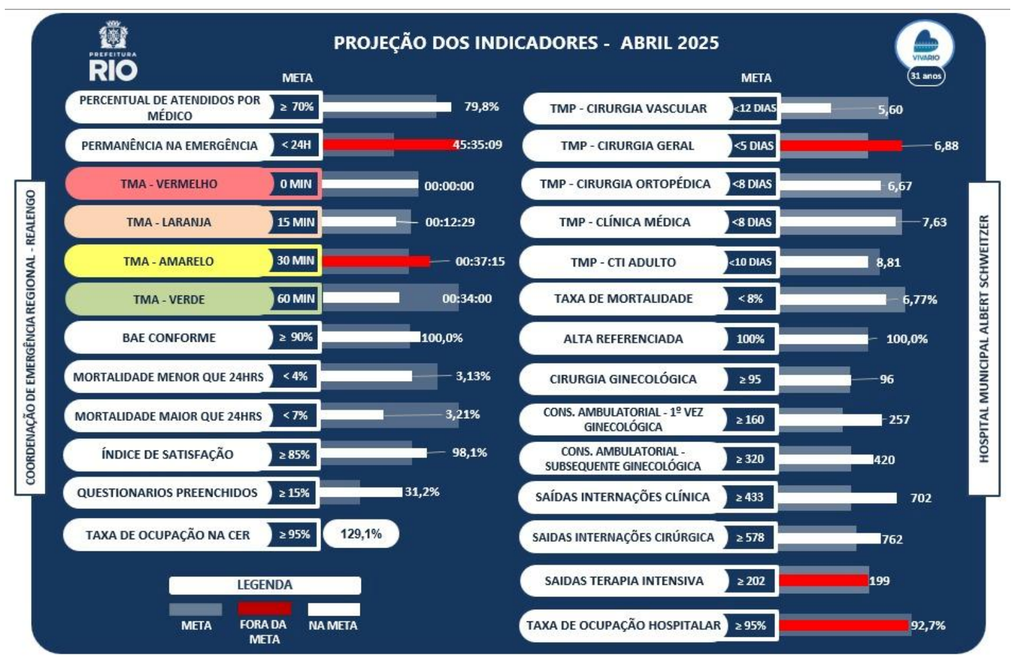
INTRODUÇÃO

Em um cenário de crescente complexidade e repasses financeiros vinculados a indicadores de desempenho, a gestão da qualidade em hospitais exige uma atuação que transcenda análises reativas. Este trabalho apresenta a implementação de um modelo de Qualidade Preditiva, onde o setor de qualidade se torna centro de auditoria para um hub de inteligência estratégica. Expondo que a antecipação de desvios de metas por meio de análise de tendências, permite gestão proativa e melhor desempenho contratual em um complexo hospitalar com duas unidades e metas específicas e gerido por uma Organização Social.

METODOLOGIA

A Qualidade Preditiva foi estruturada em quatro fases:

1. Mapeamento e padronização dos KPIs críticos, com definição de metas e limites de alerta;
2. Coleta automatizada e contínua de dados via BI, com projeções de comportamento dos indicadores;
3. Padronização de informativo com metas, projeções mensais e destaque para riscos de não atingimento;
4. Gestão proativa, com monitoramento diário dos indicadores pela equipe de Qualidade, envio dos informativos à gestão (direção, gerentes e coordenações clínicas) e construção conjunta de planos de ação, em ciclos contínuos de PDCA, com foco assistencial, antecipando ajustes antes do desvio se concretizar.

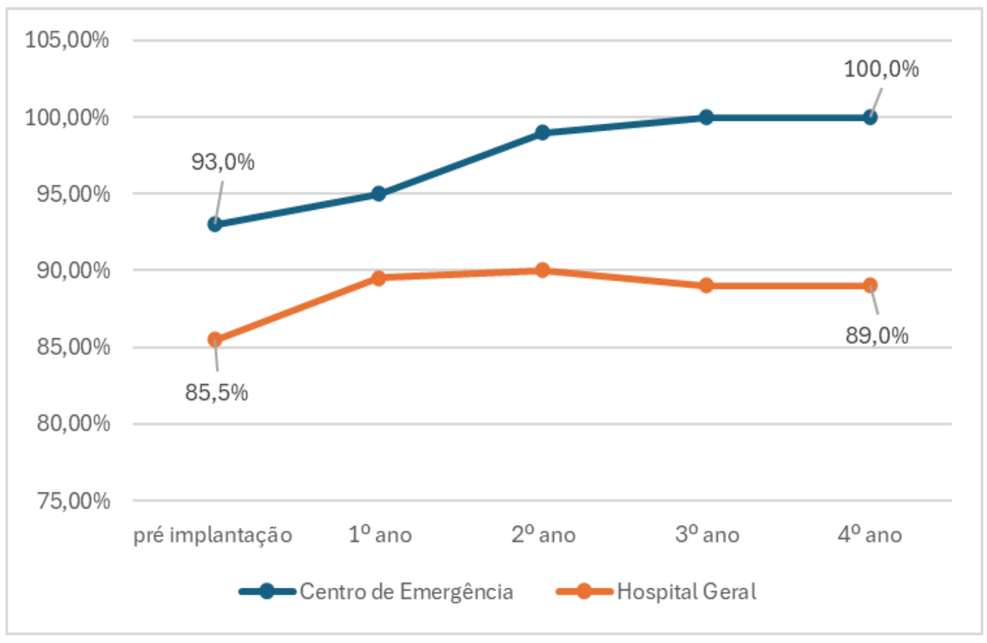


Boletim informativo com os KPI's escolhidos, projeções mensais e sinalização para o não atingimento de meta.

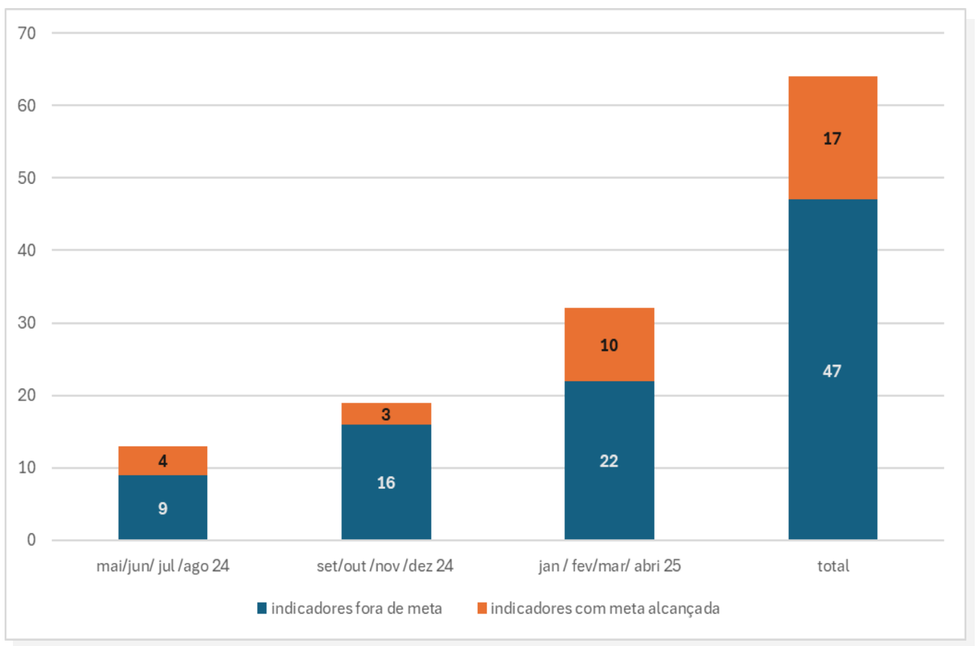
Reunião para discussão de indicadores e plano de ação com coordenadores de clínica, gestão de qualidade e direção técnica.

RESULTADOS

Após a implantação do modelo descrito, na primeira unidade o Centro de Emergência, a média de atingimento de metas subiu de 93% para 98%, alcançando 100% no último ano. Já no Hospital Geral, esta passou de 85,5% para 89%. No últimos 12 meses foram emitidos 78 alertas, estes relacionados a 47 indicadores, onde 28 desses (36%) foram geridos com ações corretivas implementadas após os alertas, evitando o não cumprimento das metas no período, comprovando assim a efetividade do modelo. A Qualidade Preditiva consolidou-se como ferramenta estratégica para garantir desempenho contratual, sustentabilidade financeira e cultura de melhoria contínua na gestão hospitalar.



Percentual de atingimento de metas contratuais durante o período estudado



Número de indicadores fora de meta que geraram alertas indicadores x número de indicadores em conformidade com metas após ações corretivas

CONCLUSÕES

Sendo necessário a gestão da qualidade hospitalar atuar de forma preditiva para o atingimento de metas e assim captação de repasses financeiros, o modelo apresentado mostrou eficiente para esta finalidade. Firmando-se como recurso estratégico para o cumprimento contratual e na gestão hospitalar firmada melhoria assistencial contínua.

REFERÊNCIAS

MARTÍNEZ-SALAZAR, Joel.; TOLEDANO-TOLEDANO, Filiberto. Comparative analysis of three predictive models of performance indicators with results-based management: cancer data statistics in a national institute of health. *Cancers (Basel)*, Basel, v. 15, n. 18, p. 4649, set. 2023. DOI:10.3390/cancers15184649

TAKURA, Tokomoyuki; HIRANO GOTO, Keiko; HONDA, Asao. Desenvolvimento de um modelo preditivo para consumo integrado de recursos médicos e de cuidados de longo prazo com base no comportamento de saúde: aplicação de big data de saúde de pacientes com doenças circulatórias. *BMC Medicine*, Londres, v. 19, n. 15, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916-020-01874-6

QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: O IMPACTO NA ADESÃO AO TROMBOLÍTICO.

Ariane Salles Prado; Fernanda Rodrigues Lima; Sabrina Gisele Tobias da Silva; Andreia da Silva Ribeiro.

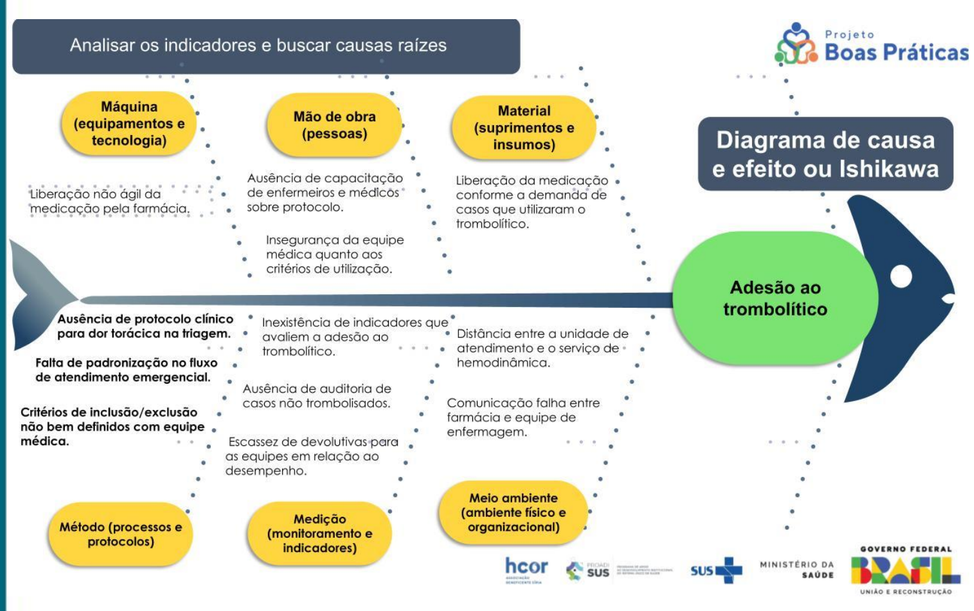
INTRODUÇÃO

O Projeto Boas Práticas, no âmbito do PROADI-SUS, visa qualificar o atendimento no pré-hospitalar fixo em três linhas de cuidado: **SCA**, **AVC** e **Sepse**. Com abrangência nacional, promove padronização de condutas, capacitação profissional e o uso de metodologias robustas como Ciência da Melhoria e Lean Healthcare fomentando a melhoria contínua. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo aumentar a adesão à terapia trombolítica no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) por meio da qualificação das equipes e do fortalecimento dos processos assistenciais em instituições do pré-hospitalar fixo.

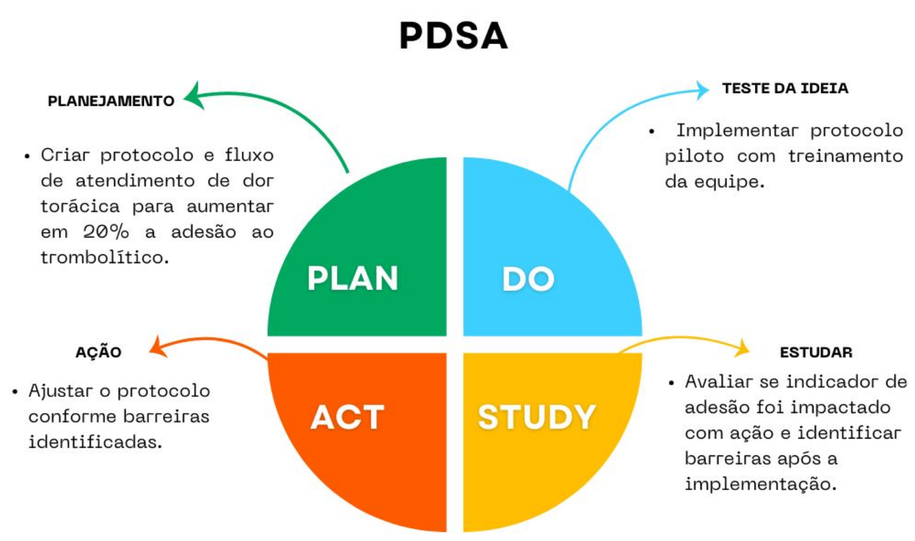
METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa das unidades participantes do Projeto Boas Práticas, uma parceria do Hcor com Ministério da Saúde via PROADI-SUS, em 100 unidades do pré-hospitalar fixo, nas cinco regiões do Brasil. Foram incluídos pacientes com diagnóstico IAMCSST, no período de um ano, tendo como linha de base os meses de junho e julho de 2024. O projeto ofereceu suporte às unidades em três frentes:

- Capacitação profissional voltada ao manejo da SCA e uso assertivo de trombolíticos.
- Implantação de instrumentos para coleta, análise e devolutiva de dados clínicos;
- Realização periódica de reuniões com indicadores e incentivo à melhoria contínua baseada em evidências por meio do uso ferramentas da qualidade a partir da filosofia Lean Healthcare, com foco na eliminação de desperdícios e Ciência da Melhoria, visando a padronização de processos e uso de ciclos de PDSA (Plan-Do-Study-Act) para promover mudanças estruturadas, sustentáveis e com foco na melhoria contínua do fluxo assistencial de adesão a utilização do trombolítico nos casos elegíveis.



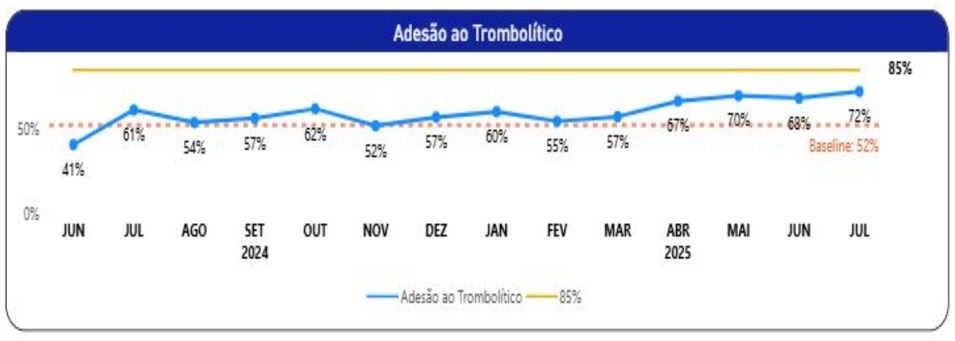
Utilização do Diagrama de Ishikawa para identificação de causas raízes com relação a utilização do trombolítico pelas unidades.



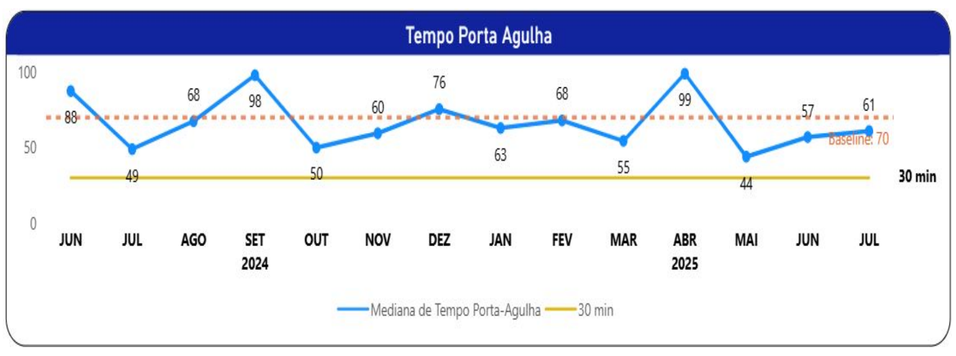
Ações realizadas pelas unidades inscritas no projeto na linha de SCA a partir dos ciclos de PDSA.

RESULTADOS

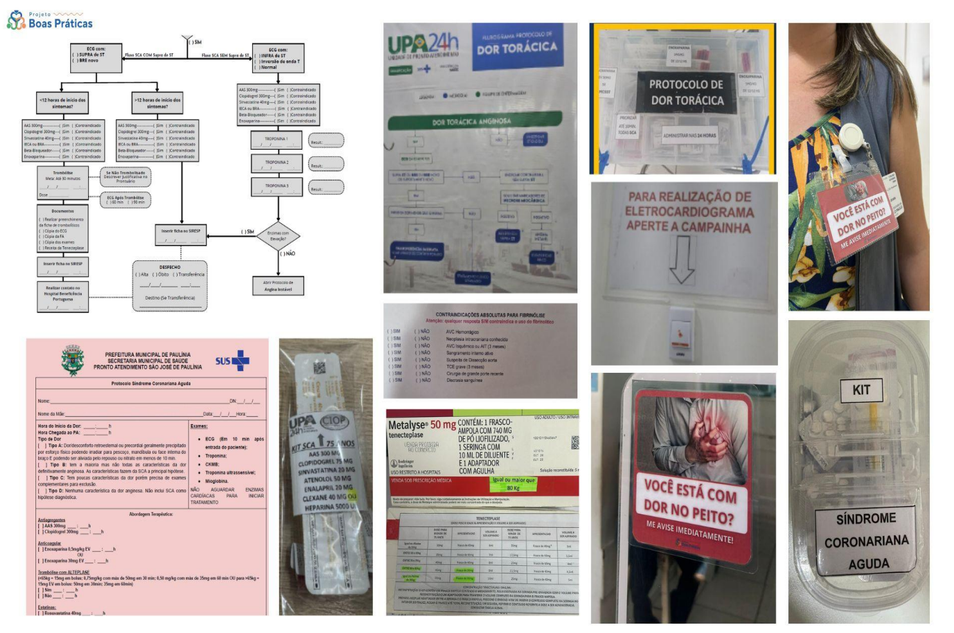
No período analisado, a taxa de adesão ao trombolítico nos casos de IAMCSST nas instituições do pré-hospitalar fixo aumentou de **41%** para **72%**, o que representa um crescimento de aproximadamente **75,6%** em relação ao valor inicial. O acompanhamento dos indicadores prioritários pelas equipes têm impulsionado uma tomada de decisão mais resolutiva, visto a redução de 4% no tempo Porta-agulha desde o início do projeto, evidenciando a estruturação de pontos chaves da linha de cuidado e com impacto de **17%** na redução do tempo de passagem total dos pacientes. O acompanhamento dos indicadores prioritários junto às equipes mensalmente tem impulsionado a tomada de decisão e fomentado o protagonismo das equipes para um cuidado integrado e centrado no paciente.



Taxa de adesão ao trombolítico - Unidades do 1º ciclo - Projeto Boas Práticas



Tempo Porta-Agulha - Unidades do 1º ciclo - Projeto Boas Práticas



Ações realizadas pelas unidades inscritas no projeto na linha de SCA a partir dos ciclos de PDSA.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam que a combinação de ações de capacitação, protocolos bem estruturados, gestão qualificada da informação e maior envolvimento das equipes gera impacto direto na linha de cuidado da SCA. A estratégia mostra-se sustentável por utilizar recursos já disponíveis e adaptáveis à realidade do SUS, além de ser facilmente replicável em larga escala. O aumento da adesão ao uso do trombolítico reforça o potencial do projeto em transformar a prática assistencial nas urgências e em contribuir para um sistema de saúde mais resolutivo e equitativo.

REFERÊNCIAS

1. Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021;117(1):181-264. doi:10.36660/abc.20210180
2. Speroff T, James BC, Nelson EC, Headrick LA, Brommels M. Guidelines for appraisal and publication of PDSA quality improvement. Qual Manag Health Care. 2004;13(1):33-9.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

REDUÇÃO DA PERMANÊNCIA EM UTI COM ESTABILIDADE DA MORTALIDADE E BAIXA TAXA DE REINTERNAÇÃO PRECOCE

Daniel de Melo Mendes, Anderson José Alves, Luís Paulo Pereira de Oliveira, Élida Teixeira Silva

INTRODUÇÃO

O tempo de permanência em UTIs é um indicador essencial de eficiência e uso de recursos. Reduções não planejadas podem resultar em altas precoces, comprometendo a segurança e elevando o risco de reinternações.

Este trabalho descreve uma intervenção gerencial que reduziu de forma sustentada a permanência média, mantendo baixa mortalidade padronizada e mínimas reinternações em 24 horas.

METODOLOGIA

A partir de 2022, foi implementado um plano de gestão assistencial com foco na redução segura do tempo de permanência na UTI.

Foram estruturadas visitas multidisciplinares diárias com participação ativa da equipe médica diarista dos turnos da manhã e da tarde, garantindo decisões clínicas compartilhadas e acompanhamento longitudinal.

Estabeleceu-se integração direta entre a UTI e as unidades de internação para padronizar o momento da alta e assegurar transições seguras.

Paralelamente, foram adotadas estratégias para determinar os critérios de alta durante as visitas, alinhamento diário de metas de cuidado e monitoramento contínuo da gravidade clínica (SAPS 3), reinternações em 24h e taxa de ocupação.

Os indicadores foram analisados semestralmente para avaliar o impacto da intervenção.

VISITAS MULTIDISCIPLINARES ESTRUTURADAS

ATUAÇÃO HORIZONTAL DOS DIARISTAS MANHÃ/TARDE

INTEGRAÇÃO UTI–ENFERMARIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

MONITORAMENTO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS

Principais intervenções implementadas para redução segura do tempo de permanência em UTI

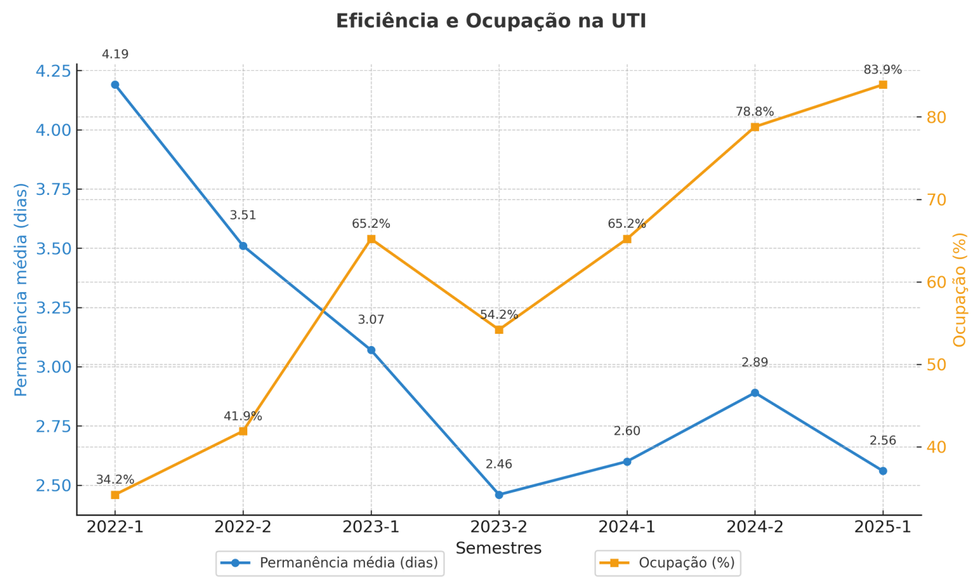
RESULTADOS

Observou-se aumento progressivo da taxa de ocupação da unidade, de 34,2% em 2022-1 para 83,9% em 2025-1, refletindo maior aproveitamento da estrutura física com os mesmos recursos assistenciais. Paralelamente, a permanência média caiu de 4,19 para 2,56 dias, evidenciando maior eficiência na utilização de leitos e giro de pacientes.

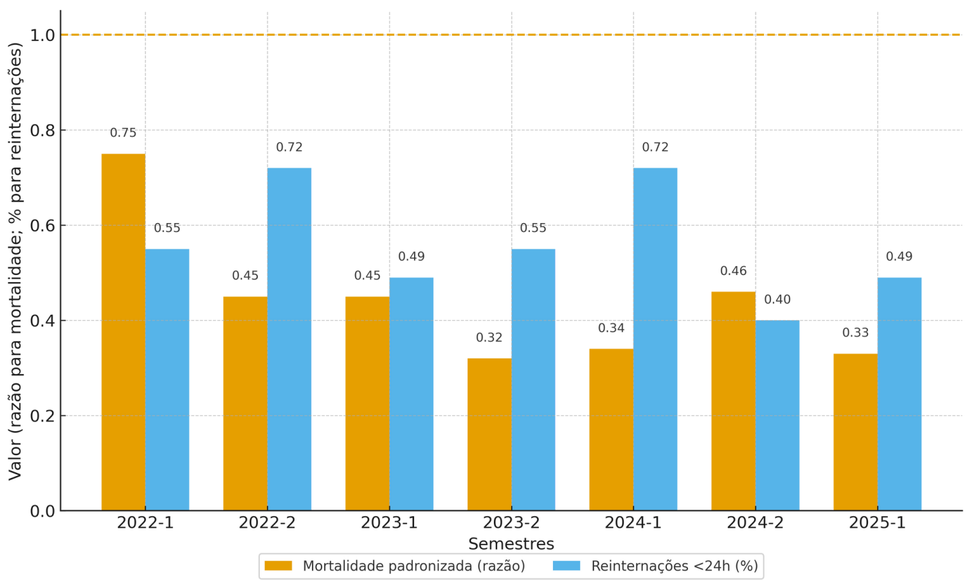
A mortalidade padronizada (SAPS 3 – equação padrão) manteve-se estável e consistentemente abaixo de 0,5 em todos os semestres, demonstrando que a redução do tempo de internação não comprometeu a segurança clínica. As reinternações em <24h permaneceram inferiores a 0,75% ao longo de todo o período, reforçando a efetividade da estratégia de alta segura e das visitas multidisciplinares.

Esses resultados sugerem que a combinação de atuação horizontal de diaristas, integração com unidades de internação, antecipação de critérios de alta e monitoramento sistemático de indicadores foi decisiva para alcançar eficiência sem aumento de eventos adversos.

A queda simultânea da permanência e manutenção de baixos índices de mortalidade e reinternação configuram um modelo de gestão replicável para outras UTIs com restrição de leitos.



Evolução semestral mostrando redução da permanência média com aumento da taxa de ocupação da UTI.



Mortalidade padronizada (SAPS 3) e reinternações < 24 h por semestre, ambas consistentemente abaixo de 1, evidenciando segurança nas altas.

CONCLUSÕES

A implementação de estratégias gerenciais estruturadas permitiu reduzir de forma progressiva e sustentada o tempo médio de permanência na UTI, sem aumento da mortalidade padronizada ou das reinternações precoces. A manutenção desses indicadores de segurança, mesmo com maior taxa de ocupação, demonstra que é possível otimizar a utilização dos leitos preservando a qualidade assistencial.

A combinação de visitas multidisciplinares, atuação horizontal entre diaristas e integração com as unidades de internação mostrou-se eficaz para antecipar decisões clínicas e viabilizar altas mais oportunas e seguras. Esses resultados reforçam a viabilidade de modelos de gestão que aliem eficiência operacional e segurança em ambientes de alta complexidade como as UTIs.

REFERÊNCIAS

Halpern NA, Pastores SM. Critical care medicine beds, use, occupancy, and costs in the United States: a methodological review. Crit Care Med. 2023;51(4):567-576. doi:10.1097/CCM.0000000000005864

Redução de devoluções a partir da mudança no processo de dispensação de medicamentos

Daniela Guimaraes de Oliveira Martins

INTRODUÇÃO

A dispensação de medicamentos no ambiente hospitalar é algo que precisa ser feito com muito cuidado para evitar desperdícios, garantir que o tratamento aconteça da forma certa e ainda ajudar a controlar os custos operacionais. A estratégia usual de dispensação de 6 em 6 horas pode resultar em um volume exagerado de medicamentos indo para o setor assistencial e, consequentemente, aumentando a quantidade de devoluções. Em outubro de 2024, o hospital em estudo implementou uma nova estratégia, reduzindo o intervalo de dispensação para 2 horas. Este artigo analisa o impacto dessa mudança, com base nos dados coletados antes e depois da implementação, visando avaliar sua eficácia na redução das devoluções e otimização dos processos internos.

METODOLOGIA

A pesquisa se baseou nos dados de dispensação e devolução de medicamentos de dezembro de 2023 até fevereiro de 2025. O objetivo era reduzir as devoluções para 10%, e os dados foram analisados de várias formas, como:

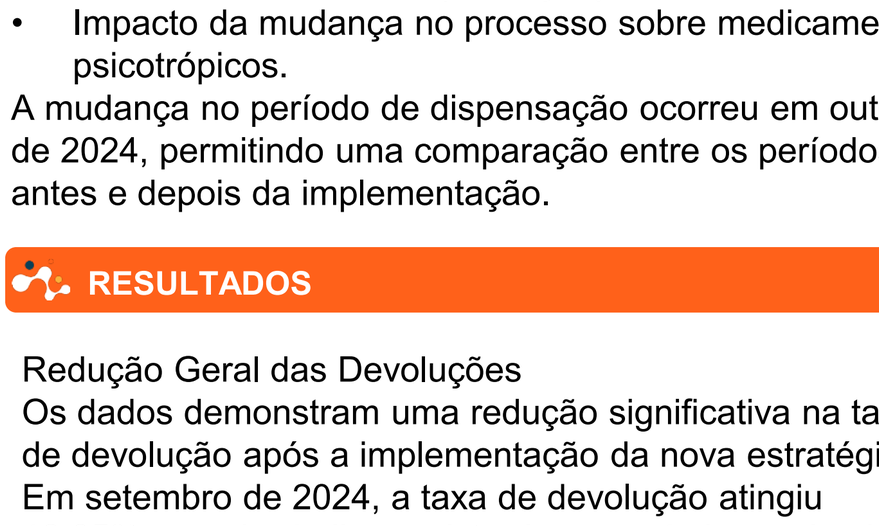
- Quantidade total de itens dispensados e devolvidos.
- Percentual de devolução geral.
- Percentual de devolução ajustado (excluindo itens devolvidos antes da dispensação).
- Impacto da mudança no processo sobre medicamentos psicotrópicos.

A mudança no período de dispensação ocorreu em outubro de 2024, permitindo uma comparação entre os períodos antes e depois da implementação.

RESULTADOS

Redução Geral das Devoluções
Os dados demonstram uma redução significativa na taxa de devolução após a implementação da nova estratégia. Em setembro de 2024, a taxa de devolução atingiu 19,05%, o maior índice registrado no período analisado. A partir de outubro de 2024, com a adoção da dispensação em intervalos de 2 horas, a taxa começou a diminuir gradativamente, chegando a 9,5% em maio de 2025.

Comparação Mensal e Tendência
A implementação do novo modelo de dispensação em outubro de 2024 marcou um ponto de inflexão nos índices de devolução. A tabela abaixo resume a evolução dos percentuais:



Comparação mensal das devoluções

Impacto nos Medicamentos Psicotrópicos
Os medicamentos psicotrópicos exigem um controle rigoroso, pois possuem restrições legais e maior risco de desperdício. Após a mudança na dispensação, a taxa de devolução desses medicamentos apresentou uma redução ainda mais expressiva, saindo de 17% em agosto de 2024 para 4% em maio de 2025.

Essa queda demonstra que a dispensação em períodos menores permitiu um controle mais eficiente desses medicamentos, reduzindo perdas e garantindo a disponibilidade adequada para os pacientes.

Impacto na Assistência ao Paciente
Além da redução de desperdícios e melhoria na gestão de estoques, a mudança no intervalo de dispensação também trouxe benefícios relevantes para a assistência farmacêutica ao paciente. Com entregas mais frequentes e fracionadas, há:

- Maior aderência à prescrição médica, já que o risco de administração de medicamentos errados ou fora do tempo é reduzido;
- Redução de erros de medicação, pois o controle e conferência se tornam mais eficientes em ciclos menores;
- Maior disponibilidade de medicamentos específicos no momento da administração, o que evita atrasos ou faltas pontuais no cuidado;
- Menor risco de uso indevido de medicamentos devolvidos ou vencidos, reforçando a segurança do paciente.

CONCLUSÕES

A implementação da dispensação de medicamentos em intervalos de 2 horas, iniciada em outubro de 2024, demonstrou ser uma estratégia eficaz para reduzir as devoluções em um hospital cirúrgico ortopédico de médio porte em São Paulo.

Os principais benefícios observados foram:

- Redução do desperdício de medicamentos.
- Maior controle sobre a dispensação e devolução.
- Aproximação da taxa de devolução à meta de 10%.
- Melhor gestão dos medicamentos psicotrópicos.

Diante dos resultados positivos, recomenda-se que outros hospitais considerem a adoção dessa estratégia para otimizar seus processos de dispensação e reduzir desperdícios, garantindo maior eficiência operacional e segurança para os pacientes.

REFERÊNCIAS

Santos, A. R., & Silva, M. E. (2019). "Gestão de Devoluções de Medicamentos em Hospital: Uma Análise do Processo e Impactos na Logística de Farmácias Hospitalares." Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. ; Lima, R. F., & Oliveira, T. G. (2021). "Impacto das Devoluções de Medicamentos na Qualidade do Atendimento Farmacêutico em Hospitais." Jornal de Farmácia e Ciências Farmacêuticas; Pereira, M. L., Costa, E. A., & Almeida, R. P. (2020). "Desafios na Gestão de Medicamentos e Devoluções em Hospitais Públicos: Um Estudo de Caso em São Paulo." Revista de Administração e Inovação em Saúde.; Souza, J. A., & Almeida, L. R. (2022). "Análise de Devoluções de Medicamentos Psicotrópicos em Hospitais de Grande Porte." Revista de Farmácia Hospitalar e Saúde Pública.; Silva, M. A., & Oliveira, F. P. (2023). "Gestão de Medicamentos e Redução de Devoluções no Ambiente Hospitalar: Uma Revisão de Literatura." Revista Brasileira de Gestão de Saúde e Medicamentos.

Redução do uso de papel: Passo sustentável e rastreável - App Web Devolução de OPME Consignado HMD

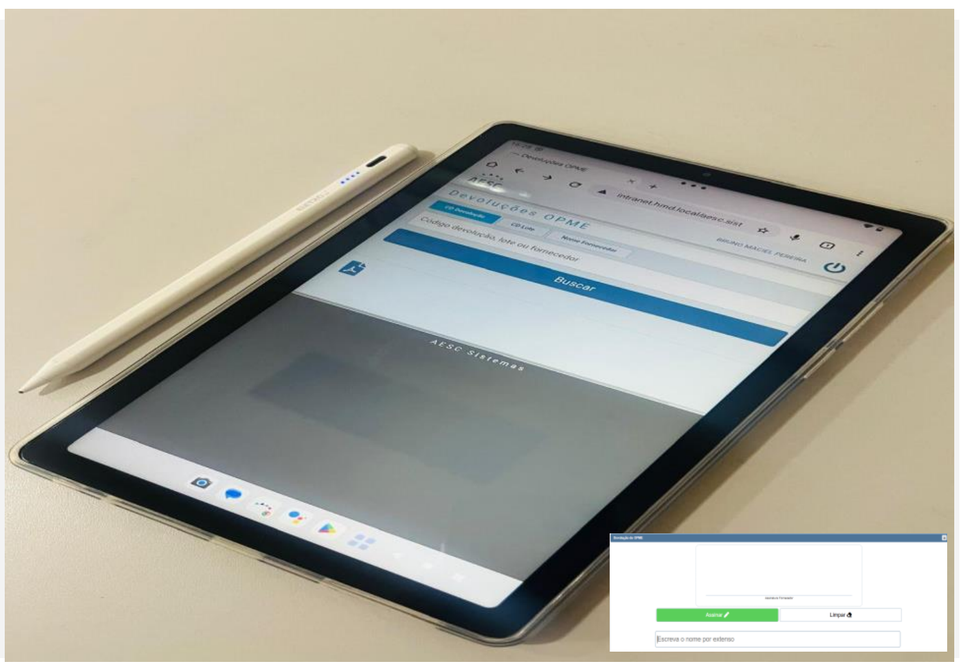
Sandra Silveira Predebon, Dionisio Santos Fontoura

INTRODUÇÃO

Controlar a acuracidade de órteses e próteses e materiais especiais (OPME) retrabalho, e devoluções manuais de consignados e ajuste SINIEF n° 02/2024, representa 60% das devoluções (DVs) de consignados, desafia o gestor a inovar. Para maior eficiência operacional, redução de desperdício, informações fidedignas em real time, a busca de novas tecnologias tornou-se estratégica a implantação deste aplicativo com assinatura digital das DVs de OPME em tempo real num hospital de Porto Alegre, reduzindo perdas, retrabalho e consumo de papéis através de práticas de sustentabilidade

METODOLOGIA

O controle de devoluções de OPMEs consignados com assinatura e controle manual para assinatura digital através de App (Application) permite a obtenção de dados qualificados para tomada de decisão e visibilidade do estoque, mitigando atividades de digitalização e identificação. As devoluções de OPME somado a critérios técnico / legais e a necessidade de inovação após perdas da enchente 2024 resultou no desenvolvimento do App de controle com assinatura digital de documentos, upgrade dos recursos e atribuições da equipe. O App para devoluções de OPME integrado ao sistema do Hospital foi elaborado em 5 fases: **A:** Definição do escopo do projeto; **B:** Parceria com Equipe de Inovação do Hospital (TI) para o desenvolvimento do App integrado ao sistema operacional (ERP); **C:** Definição do layout para coleta das assinaturas digitais e relatórios de monitoramento; **D:** Descrição dos processos operacionais e treinamentos da equipe da Central de OPME; **E:** Divulgação e aos fornecedores externos parceiros e **F:** Criação de relatório on line disponibilizado no sistema de relatórios (URL) na intranet.



Tablet + caneta utilizado no atendimento ao fornecedor para assinatura digital

COMPROVANTE DEVOLUÇÃO OPME

CÓD DEVOLUCAO: 56435 — **DATA:** 19/09/2025 17:00:33

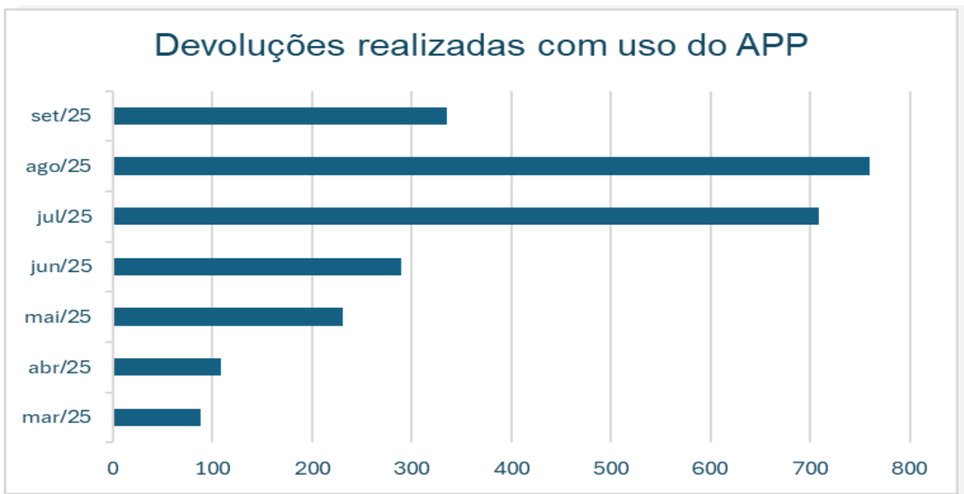
CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO	CÓD. LOTE	FORNECEDOR
81879	[redacted]	05232920-000157	[redacted]
82504	[redacted]	03235658-000107	[redacted]

COD DEVOLUCAO	DATA ASSINATURA	MV	NOME RETIRANTE	COD LOTE	NOTA FISCAL	PRODUTO	FORNECEDOR	TIPO ASSINATURA
56435	19/09/2025	82504	PAULO	03235658-000000	417000	FORNECEDOR XXXXX	FORNECEDOR XXXXX	ASSINATURA DIGITAL

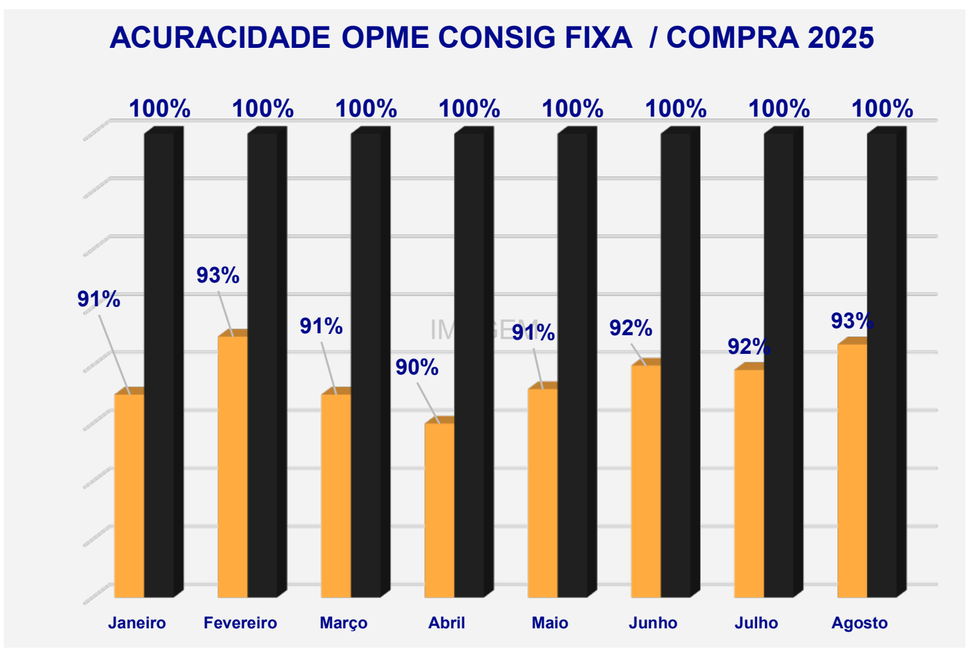
Documento em PDF no do App para consulta e gera relatório em excel para controle e indicadores

RESULTADOS

O aplicativo de assinatura em tempo real e digital contribuiu para visibilidade e rastreabilidade de 100% do processo de devolução de OPME consignado liberando mais tempo para ações estratégicas da equipe. Exemplo com a análise dos resultados das contagens internas e externas, onde fomos de 30% para 87% contagens cíclicas realizadas dentro do prazo mensal com fornecedores de consignação fixa e o aumento da acuracidade em 98% dos fornecedores e destes doze fornecedores zeramos as divergências do estoque consignado fixo. Redução 80% uso de papel A4, devido as devoluções impressas substituídas por documentos digitais com economia em 90% do tempo do colaborador na execução desta atividade



Devoluções realizadas com uso do APP com assinatura digitalizada



Melhora da acuracidade com o inicio do uso do App focando a equipe em ações mais estratégicas

CONCLUSÕES

A implementação do aplicativo permitiu rastreabilidade 100% online, aumento das contagens e acurácia no processo de OPME, redução de falhas operacionais e alcançar os objetivos Environmental, Social e Governance. Com práticas sustentáveis, com redução do consumo de folhas A4 e consumo de tinta da impressora, criamos um futuro mais responsável e consciente com redução de custo.

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

REDUÇÃO DA TAXA DE DEVOLUÇÃO EM FARMÁCIA DE SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DE HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE SALVADOR – BAHIA.

Gabriela Sousa de Jesus, Virgínia Araújo Carvalho Moreira, Jéssica Oliveira Barbosa

INTRODUÇÃO

A gestão eficiente de materiais e medicamentos é um dos pilares fundamentais para a segurança do paciente, a sustentabilidade econômica e a qualidade dos serviços em saúde. No contexto hospitalar, a taxa de devolução de itens dispensados pela farmácia representa um importante indicador de falhas no planejamento e na comunicação entre as equipes assistenciais e farmacêuticas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e intervencional com objetivo de reduzir a taxa de devolução da farmácia do Serviço de Hemodinâmica de um hospital de grande porte de Salvador, Bahia. A redução da taxa de devolução visa promover o uso racional de materiais e medicamentos, melhorando o planejamento e a comunicação entre as equipes assistenciais e farmacêuticas.
Inicialmente foi avaliado a proporção de itens devolvidos em relação aos itens dispensados através de relatórios gerenciais emitidos pelo ERP.

Produto	Descrição	Unidade	Quantidade
49603	ADES HIPO N/ EST HYPAFIX TRANS 15CMX20CM 723	UNIDADE C/ 20CM	-1,00
79482	AGULHA 0,40 X 13 DESCARTAVEL UND	UNIDADE	-119,00
23354	AGULHA 30 X 7 DESCARTAVEL UND	UNIDADE	-268,00
23355	AGULHA 30 X 8 DESCARTAVEL UND	UNIDADE	-122,00
23357	AGULHA 40 X 12 DESCARTAVEL UND	UNIDADE	-495,00
23430	AGULHA TUOHY NEEDLE 17 G 3 1/2 REF 408358 UND	UNIDADE	-1,00
23446	ATADURA CREPOM 10 CM 1,8 MT 13 FIOS UND	UNIDADE	-35,00
23457	AVENTAL PROT TOTAL C/ TOALHA 50 G/M² TAM G RE	UNIDADE	-89,00
23493	CANETA DESC PARA BISTURI UND	UNIDADE	-5,00
23570	CAPA MICRO ESTERIL 2,50 M DESC UND	UNIDADE	-41,00
23586	CATETER OXIGENIO Nº 08 UND	UNIDADE	-1,00
23587	CATETER OXIGENIO TIPO MASCARA (CX C/ 20) UND	UNIDADE	-132,00
23590	CATETER VEN PERIFERICO C/ DISP DE SEG 16 G	UNIDADE	-15,00
23591	CATETER VEN PERIFERICO C/ DISP DE SEG 18 G	UNIDADE	-17,00
23592	CATETER VEN PERIFERICO C/ DISP DE SEG 20 G	UNIDADE	-120,00
23593	CATETER VEN PERIFERICO C/ DISP DE SEG 22 G	UNIDADE	-148,00
23597	CATETER VEN PERIFERICO C/ DISP DE SEG 24 G 19	UNIDADE	-15,00
23604	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 30ML UND	FRASC C/30ML	-89,00

Relatório gerencial - Devolução de itens dispensados a pacientes / Descrição da quantidade de itens devolvidos no estoque durante o período do estudo.

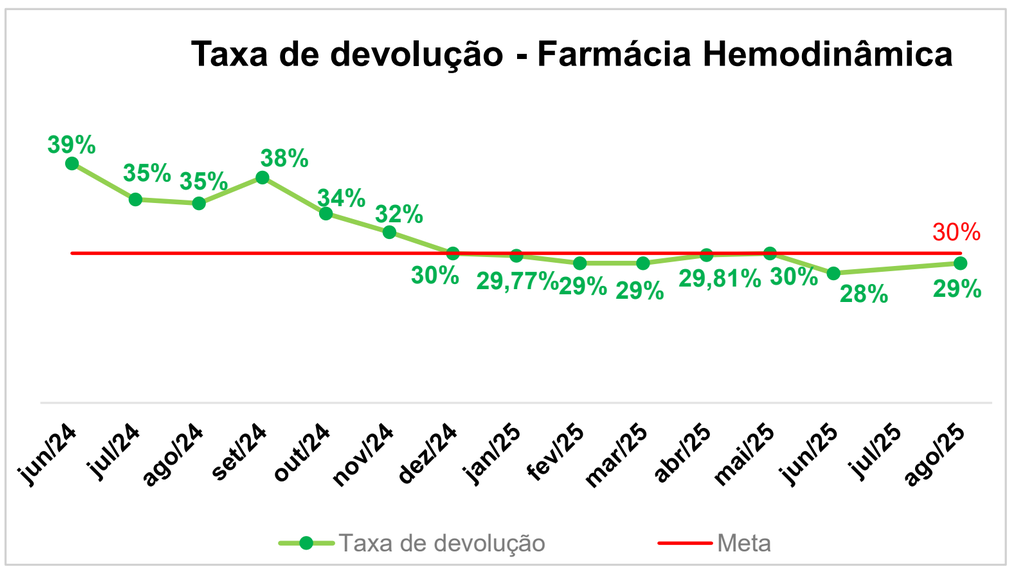
Após avaliação do padrão de devolução, os kits de procedimentos foram reformulados, foram extintos kits com maior taxa de devolução e adequado kit genérico para que atendesse a maioria dos procedimentos, com dispensação complementar quando necessário.
Durante o estudo foram realizadas reuniões semanais entre as lideranças assistenciais e de farmácia a avaliar os resultados das ações propostas.

Tipo de Kit	Intervenção
Kit Admissão	Reformulado
Kit Procedimento	Reformulado
Kit Complemento Angioplastia	Extinto
Kit Implante de Marcapasso	Reformulado
Kit Procedimento infantil	Reformulado
Kit embolização	Extinto
Kit Endoprótese	Extinto
Kit complemento TAVI	Criado
Kit Punção Hemodinâmica	Criado

Tabela com as intervenções realizadas durante o período de estudo nos Kits disponíveis na Farmácia Hemodinâmica.

RESULTADOS

A redução da taxa de devolução na farmácia da hemodinâmica mostrou-se necessária diante do impacto que o excesso de devoluções pode causar no fluxo assistencial e na gestão de recursos. Durante a fase de planejamento, foi possível identificar causas relacionadas tanto a falhas de comunicação entre equipes quanto à ausência de padronização nos processos de solicitação e devolução. A intervenção visou promover maior alinhamento entre a equipe assistencial e a farmácia, além de estimular o uso mais criterioso dos materiais. A implementação das ações demonstrou boa adesão inicial por parte da equipe, principalmente quando foram visualizados uma diminuição na atividade de contagem dos itens pelos circulantes antes de devolver à farmácia. No entanto, alguns desafios surgiram, como a necessidade de reforçar com a equipe e o tempo necessário para adaptação da mudança de cultura operacional. Na fase de análise, observou-se uma tendência de queda na taxa de devolução, ainda que os resultados parciais tenham mostrado variação mensal. Isso indica que as ações tiveram impacto positivo, mas ainda há espaço para melhoria e maior consolidação das práticas. Após a implantação das intervenções propostas, observou-se um redução gradual na taxa de devolução de materiais e medicamentos na farmácia da hemodinâmica. O acompanhamento mensal do indicador demonstrou, que a meta de ficar igual ou abaixo de 30% foi alcançada no quinto mês, indicando que as ações implementadas tiveram impacto positivo. Destacam-se como medidas mais eficazes: Revisão na padronização dos kits por tipo de procedimento, que reduziu o envio de materiais desnecessários; O feedback mensal com dados, que gerou maior consciência e engajamento; A melhoria na comunicação entre farmácia e equipe de enfermagem, que permitiu ajustes mais precisos e em tempo real. Além da redução da taxa de devolução, notou-se uma diminuição no retrabalho da farmácia e uma melhor organização dos estoques, contribuindo também para o controle de custos operacionais.



Taxa de devolução da Farmácia Hemodinâmica / Percentual de itens devolvidos em relação aos itens dispensados.

CONCLUSÕES

A partir dos dados apresentados, observa-se um impacto positivo na redução da taxa de devolução quando se revisa efetivamente os processos de composição e arsenal de kits cirúrgicos. Além disso, torna-se essencial o alinhamento entre equipe assistencial e Serviço de Farmácia para o alcance dos resultados propostos.

REFERÊNCIAS

SENA, Maria Pantoja Moreira de; et al. Análise de custo e fatores relacionados à devolução de medicamentos à farmácia hospitalar de um hospital privado no Município de Belém. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, p. 2525–3409, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21645. Acesso em: 8 aug. 2025.

Reestruturação Operacional e Tecnológica para Agilidade na Liberação de Contas Hospitalares

Carolina Kitade Velloso, Tatiana Martins de Andrade Atanazio

INTRODUÇÃO

A agilidade na liberação das contas hospitalares é um componente essencial para a sustentabilidade financeira das instituições de saúde, impactando diretamente o fluxo de caixa e a previsibilidade econômica. Nesse cenário, o setor de Regularização de Guias assume papel estratégico, sendo responsável pela gestão de diárias, autorização de materiais, medicamentos, exames, procedimentos e cirurgias realizados durante a internação.
Antes da reestruturação, esse setor operava com limitações significativas, sem o apoio de ferramentas tecnológicas adequadas, o que gerava insegurança nas rotinas, retrabalho e atrasos na liberação das contas. Esses gargalos comprometiam não apenas a qualidade das informações enviadas aos convênios, mas também a eficiência operacional e a saúde financeira da instituição.
Este trabalho apresenta os resultados da reestruturação operacional e tecnológica do setor, destacando os ganhos em produtividade, segurança de processos e redução de prazos, a partir da adoção de soluções inovadoras e da revisão de fluxos internos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um hospital privado de grande porte localizado na cidade de São Paulo. A amostra incluiu todas as contas hospitalares geradas no período de janeiro de 2023 a julho de 2025, abrangendo diferentes perfis de internação e convênios.
As intervenções foram direcionadas ao setor de Regularização de Guias, com foco na reestruturação organizacional e na automação dos processos operacionais. Para embasar as ações, foram utilizados instrumentos de gestão como análise de desempenho histórico, benchmarking em instituições similares, dashboards gerenciais e relatórios operacionais extraídos do sistema interno MV, assegurando rastreabilidade e consistência dos dados.
As principais ações implementadas incluíram:

- Redistribuição da equipe com base em competências técnicas e operacionais;
- Segmentação das contas por convênio, com alocação de profissionais dedicados por carteira;
- Padronização do documento de auditoria externa, por meio de formulário eletrônico único, desenvolvido pelo Hospital, com ganhos em custo, legibilidade e rastreabilidade;
- Realocação da equipe para a área de contas médicas, promovendo maior integração com os setores de Faturamento e Auditoria de Contas;
- Realização de reuniões semanais multidisciplinares, com análise conjunta dos casos, tomada de decisão colegiada e definição de estratégias integradas com a Diretoria;
- Automação das autorizações via RPA (Robotic Process Automation), utilizando o robô Overmind para otimização das rotinas.

Para avaliação dos resultados, foram utilizados os seguintes indicadores de desempenho, segmentados por tempo de liberação das contas: Percentual de contas liberadas em até 10 dias após a alta hospitalar; Percentual de contas liberadas de 10 a 29 dias após a alta hospitalar; Percentual de contas com liberação superior a 30 dias após a alta; Percentual de contas parciais liberadas antes da alta hospitalar, referentes a pacientes de longa permanência ainda internados.
A coleta e análise dos dados foram realizadas por meio do sistema MV, garantindo acurácia, rastreabilidade e confiabilidade das informações utilizadas no estudo.

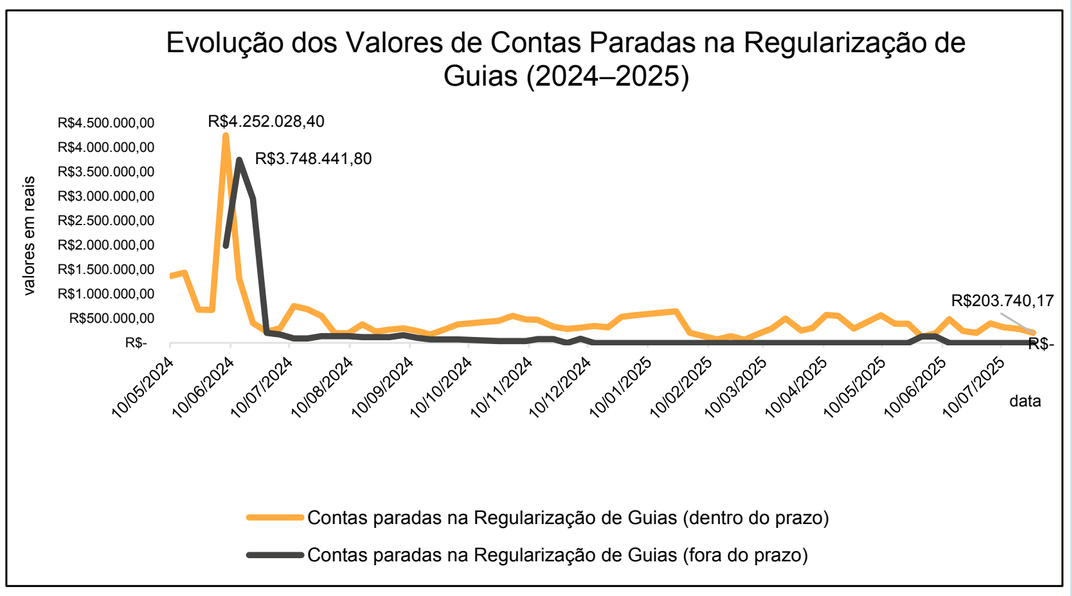
RESULTADOS

As ações implementadas resultaram em ganhos expressivos de produtividade e redução de erros operacionais. Observou-se um aumento significativo no percentual de contas liberadas em até 10 dias após a alta hospitalar, que passou de 62% em 2023 para 76% em 2025, refletindo uma melhora de 22 pontos percentuais. Paralelamente, houve uma redução de 81% nas contas liberadas com mais de 30 dias, o que favoreceu diretamente o faturamento dentro do mês de competência. Outro avanço relevante foi a liberação de contas parciais de pacientes de longa permanência ainda durante a internação, que atingiu 4% em 2025, representando o dobro do resultado obtido no ano anterior e um ganho de 100% em relação ao início da série histórica. Esses resultados evidenciam o impacto positivo da reestruturação organizacional e da adoção de soluções tecnológicas, consolidando um modelo mais ágil, integrado e eficiente na gestão das contas hospitalares.

Indicador	2023 jan a dez	2024 jan a dez	2025 jan a jul
Contas liberadas em até 10 dias	62%	68%	76%
Contas liberadas de 10 a 29 dias	22%	23%	21%
Contas liberadas com mais de 30 dias	16%	9%	3%
Total	100%	100%	100%
Quantidade de protocolos processados	3.917	12.112	6.404
Quantidade de contas parciais liberadas antes da alta hospitalar (%)	0%	2%	4%

Desempenho trienal da liberação de contas hospitalares. Dados referentes ao período de janeiro de 2023 a julho de 2025.

Complementarmente à tabela, o gráfico abaixo ilustra de forma visual a evolução dos valores financeiros das “contas paradas” na área de Regularização de Guias entre maio de 2024 e julho de 2025 (conta hospitalar que permanece em análise por um período superior a 30 dias e que, por algum motivo, não pode ser encaminhada para a próxima etapa do processo de faturamento) . As contas estão segmentadas conforme o cumprimento do prazo contratual de faturamento — dentro e fora do prazo — evidenciando a redução progressiva dos valores retidos e o impacto das ações de reestruturação sobre a eficiência do processo.



Evolução dos valores de contas hospitalares paradas na Regularização de Guias entre 2024 e 2025, segmentadas por cumprimento de prazo contratual. O gráfico evidencia a redução expressiva de contas fora do prazo.

CONCLUSÕES

A implementação de boas práticas de gestão, aliada ao uso estratégico da tecnologia, promoveu avanços significativos em agilidade, previsibilidade e segurança na liberação das contas hospitalares. A reestruturação transformou um setor anteriormente operacional e fragmentado em um núcleo estratégico da gestão hospitalar — mais produtivo, integrado e sustentável. Essa evolução fortalece a governança institucional e consolida o modelo como referência replicável para outras áreas assistenciais e administrativas, contribuindo para a eficiência sistêmica das organizações de saúde.

REFERÊNCIAS

EY BRASIL. Desafios econômicos e tendências do setor de saúde no Brasil. EY Insights, 15 set. 2023. Disponível em: ttps://www.ey.com/pt_br/insights/health/como-empresas-de-saude-no-brasil-enfrentam-desafios. Acesso em: 21 jul. 2025, às 15h00.
MV SISTEMAS. Gestão do ciclo de receita em hospitais: por onde começar? Blog MV, 6 fev. 2024. Disponível em: https://mv.com.br/blog/gestao-do-ciclo-de-receita-em-hospitais. Acesso em: 21 jul. 2025, às 15h00.
OVERMIND. Soluções de automação digital para instituições de saúde. Overmind, 2024. Disponível em: https://overmind.ai/. Acesso em: 21 jul. 2025, às 15h00.

SEGURANÇA HUMANA: ANÁLISE DE OCORRÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO EM HOSPITAL PÚBLICO

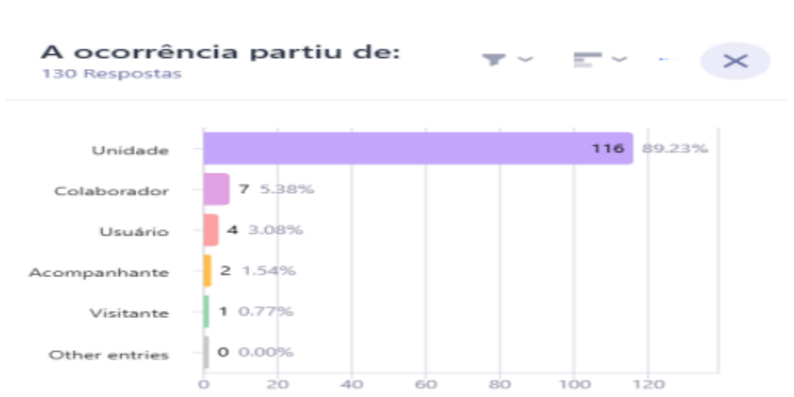
LARA DE FRANÇA DAMASCENO

INTRODUÇÃO

Entre janeiro e março de 2025, o complexo hospitalar Albert Schweitzer, localizado na Zona Oeste do Rio de Janeiro registrou 130 ocorrências relacionadas à segurança humana. Em um contexto de elevada demanda, tensão social e sobrecarga dos serviços, situações de conflito interpessoal e desrespeito às normas institucionais se tornam frequentes, exigindo estratégias específicas de prevenção e contenção. A segurança humana, nesse cenário, assume papel central na gestão de riscos, na proteção das equipes e na preservação da convivência dentro do ambiente hospitalar.

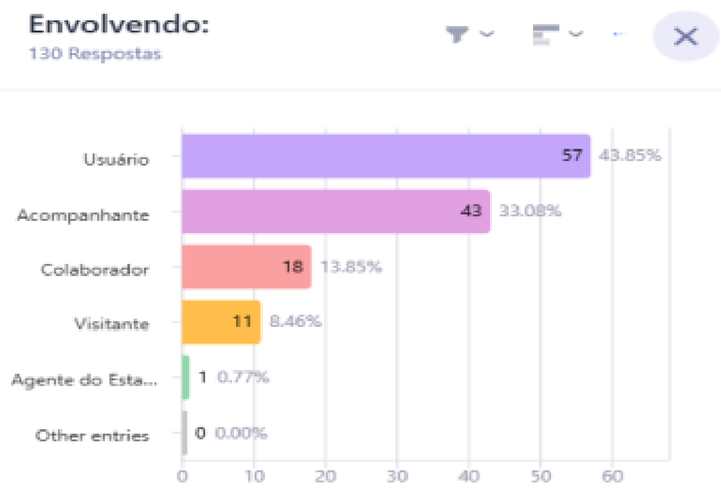
METODOLOGIA

A análise se baseou em notificações realizadas por equipe multidisciplinar por meio de um sistema digital de registro de incidentes de segurança humana. As ocorrências foram classificadas por tipo, local, perfil dos envolvidos e acionamento de forças públicas. O estudo também comparou os dados do primeiro trimestre de 2025 com períodos anteriores, buscando identificar tendências e avaliar a efetividade das ações de mediação e articulação social adotadas pela instituição.



Dados	Resposta	%
Unidade	116	89.23%
Colaborador	7	5.38%
Usuário	4	3.08%
Acompanhante	2	1.54%
Visitante	1	0.77%
Other entries	0	0.00%

As partes envolvidas nas ocorrências ou incidentes são classificadas segundo dois tipos: “partiu de”, que se refere à parte que sofreu ou foi vítima de uma ocorrência ...

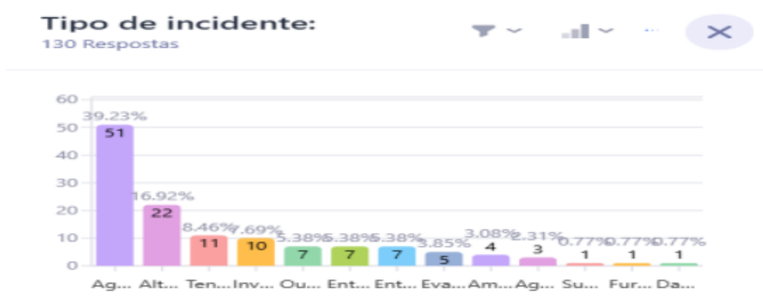


Dados	Resposta	%
Usuário	57	43.85%
Acompanhante	43	33.08%
Colaborador	18	13.85%
Visitante	11	8.46%
Agente do Estado	1	0.77%
Other entries	0	0.00%

...“envolvendo”, que se refere à parte que cometeu o incidente, como um(a) possível agressor(a).

RESULTADOS

O principal tipo de ocorrência registrado foi agressão verbal 39%. A maioria dos casos ocorreu no setor de emergência, área de maior fluxo de pessoas. Usuários e acompanhantes foram responsáveis por 77%. Alguns indicadores apresentaram redução (alta à revelia, queda de 58,5%) e outros aumento (agressão verbal +292,9%) em comparação com o semestre anterior. As ações adotadas incluíram reorganização de fluxos de entrada, reforço de articuladores sociais, qualificação da escuta ativa e acionamento pontual da polícia militar (PM). A experiência demonstrou que o enfrentamento da violência institucional exige uma abordagem que integre acolhimento, contenção não violenta e articulação com redes externas de apoio.



Dados	Resposta	%
Agressão verbal	51	39.23%
Alta a revelia	22	16.92%
Tentativa de evasão de usu...	11	8.46%
Invasão da unidade ou setor	10	7.69%
Outros	7	5.38%
Entrada sem identificação	7	5.38%
Entrada com alimentos	7	5.38%
Evasão de usuário	5	3.85%
AmeaçaVerbal	4	3.08%
Agressão física	3	2.31%
Suposto uso de substância ...	1	0.77%
Furto de bem pessoal	1	0.77%
Dano ao patrimônio	1	0.77%

Tipos de incidentes registrados no período de Janeiro a Março de 2025

Tipos de Ocorrências	JUL/AGO /SET	OUT/NOV/ DEZ	JAN/FEV/ MAR
Alta à revelia	72	54	22
Agressão verbal	63	65	51
Agressão física	10	8	3
Invasão de unidade ou setor	12	8	10
Furto de bem pessoal	5	3	1
Furto de bem da unidade	1	2	
Assédio	5		
Dano ao patrimônio	4	6	1
Ameaça verbal	4	6	4
Violência comunitária	1		
Homofobia			
Racismo		1	
Evasão de usuário	8	4	5
Tentativa de evasão de usuário	10	15	11
Ingresso com arma na unidade			
Uso de substância ilícita	2	3	1
Outros	9	30	7
entrada sem identificação	1	2	7
entrada com alimentos	1	1	7
Total	208	208	130

Comparativo da evolução das ocorrências entre o primeiro trimestre de 2025 e os trimestres de 2024, observa-se que alguns eventos sofreram significativo aumento, enquanto, outros, relevante diminuição.

CONCLUSÕES

Diante da análise das ocorrências, evidencia-se a importância da adoção de medidas de segurança que superam a resposta imediata, priorizando estratégias de prevenção, acolhimento e mediação de conflitos. A segurança humana em ambiente hospitalar se torna parte essencial no cuidado em saúde, garantindo a proteção de profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Sustentabilidade e Eficiência na Higienização de UAN

Alhandra P. Vieira, Eloá Sant'anna Mota, Marcos Antônio Lopes da Silva, Juliana Oliveira Félix Ribeiro

INTRODUÇÃO

A higienização de bancadas e utensílios em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalares é fundamental para a segurança alimentar. Tradicionalmente, utiliza-se álcool 70%, produto inflamável, de alto custo e que gera resíduos plásticos em grande volume. Este estudo teve como objetivo avaliar a substituição por um desinfetante à base de ácido lático, considerando impactos ambientais, econômicos e sanitários na rotina da UAN.

METODOLOGIA

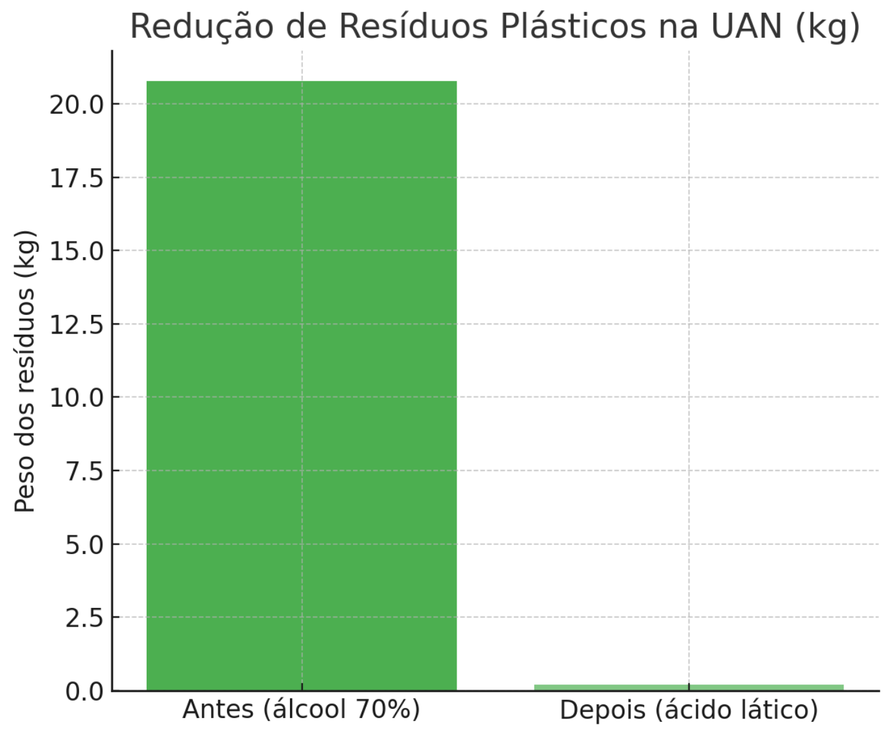
Trata-se de estudo descritivo com análise comparativa entre dois períodos. Em 2024, foram utilizados 1.572 litros de álcool 70% na higienização da UAN, com atendimento a 39.715 pacientes-dia, resultando em consumo médio de 0,040 litros/paciente. Para o quadrimestre de 2025, com 13.122 pacientes-dia, estimou-se o uso proporcional de 519,40 litros de álcool. Com a substituição, utilizaram-se apenas 1,56 litro de desinfetante à base de ácido lático concentrado, diluído em equipamento validado. O custo do álcool era de R$ 8,92/litro e do ácido lático R$ 902,05 por 5 litros. As embalagens de álcool pesavam 40g (plástico), enquanto o novo produto utiliza bombona de 200g. Foram mantidas as mesmas condições de aplicação e frequência. A eficácia microbiológica foi avaliada por meio de três análises laboratoriais em utensílios higienizados.

Fonte: Fichas técnicas dos produtos utilizados

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: agenda 2030. Nova York: ONU, 2015

RESULTADOS

A substituição do álcool 70% por ácido lático gerou economia de R$ 4.351,95 em quatro meses e reduziu em mais de 99% os resíduos plásticos descartados: 519 frascos de 1 litro (totalizando 20,78 kg) foram evitados, substituídos por uma única bombona de 200g. O produto, não inflamável e não corrosivo, proporcionou maior segurança no ambiente da UAN, sem necessidade de EPIs específicos. Três análises microbiológicas confirmaram a eficácia na higienização. A ação demonstrou ser financeiramente viável, ambientalmente responsável e segura para replicação em outras unidades.



Fonte: Planilha de acompanhamento interno

CONCLUSÕES

A substituição do álcool 70% por um desinfetante à base de ácido lático na higienização de utensílios e superfícies da UAN demonstrou ser uma estratégia eficaz, segura e sustentável. A ação proporcionou:
Redução superior a 99% dos resíduos plásticos, contribuindo para a mitigação de impactos ambientais e alinhamento às práticas de ESG e aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS 12 e 13);
Economia financeira significativa, com redução de custos diretos na aquisição do produto e indiretos relacionados ao descarte de embalagens;
Melhoria nas condições de trabalho, ao eliminar o uso de substância inflamável e reduzir a necessidade de equipamentos de proteção individual;
Eficiência sanitária mantida, com comprovação laboratorial da eficácia microbiológica do novo desinfetante.
Trata-se de uma solução segura, financeiramente viável e ambientalmente responsável, com potencial de replicação em outras unidades hospitalares, contribuindo diretamente para os ODS 3 (Saúde e Bem-estar), 12 (Consumo e Produção Responsáveis) e 13 (Ação Climática).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002. Aprova o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 2002. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa
; BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2002; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: agenda 2030. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 15 set. 2025.
; ECOLAB. Ficha técnica do produto: SS - Desinfetante à base de ácido lático. São Paulo: Ecolab Brasil. Disponível em: https://pt-br.ecolab.com. Acesso em: 15 set. 2025.

TEMPO PARA SAÍDA DO LEITO – IMPACTO NA FUNCIONALIDADE

Cinthia Mucci Ribeiro, Mieko Claudia Miura, Erica de Freitas Amorim, Laura Dutra Carraro

INTRODUÇÃO

A fraqueza muscular adquirida na UTI é uma das complicações mais comuns. Pacientes internados na UTI tendem a redução de força muscular a partir de 72 horas da admissão. E para mensurar o impacto da diminuição de força na qualidade de vida destes pacientes são utilizadas escalas de força muscular e escalas de avaliação funcional.

METODOLOGIA

Em uma UTI privada do estado de São Paulo com 60 leitos clínicos e cirúrgicos, em média, 113 pacientes/mês permanecem menos do que 4 dias na UTI. As escalas de avaliação funcional utilizadas são mais complexas e requerem tempo de reabilitação para evidencia de ganho funcional.
Em 2024 começamos a monitorar se pacientes que ficam menos do que 4 dias internados na UTI conseguiam sair do leito até a alta da unidade, porém entendemos que devido ao pouco tempo e para comparação com outros pacientes, esse método não seria o mais congruente. Assim, em 2025, optamos por iniciar um novo indicador funcional para pacientes com menos de 4 dias de internação na UTI, chamado TEMPO PARA SAÍDA DO LEITO. Neste indicador consideramos o tempo que o paciente levou para sair do leito na UTI com mínimo auxílio ou independente (ortostatismo beira leito, marcha estática e/ou endurance).
Para isso, ao final de cada mês, os sbares dos pacientes que foram de alta da UTI são separados por tempo de permanência na unidade e os que permaneceram menos do que 4 dias, são analisados, separados conforme o motivo da internação (clínico ou cirúrgico/hemodinâmica) e computado o tempo que levou para o paciente sair do leito.

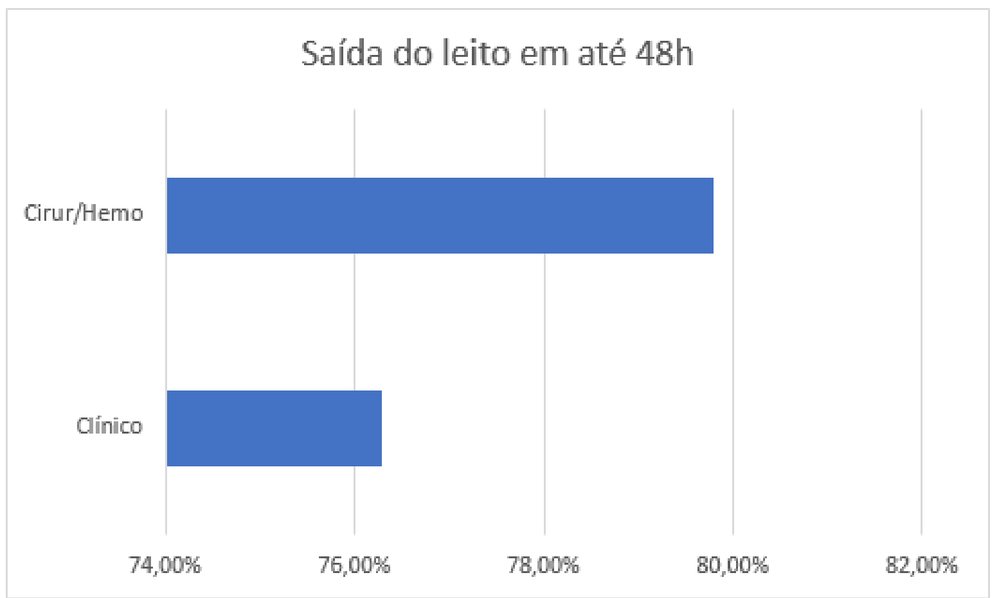
Tempo para saída do leito / Jan a Jul 25							
		≤ 24Hs	25 e 48hs	49 e 72hs	> 73hs	Não saiu	Total
Jan	Clínico	28	16		1	9	54
Fev	Clínico	25	9			6	40
Mar	Clínico	27	13	2	1	7	50
Abr	Clínico	24	10	1		16	51
Mai	Clínico	17	8	3		7	35
Jun	Clínico	23	10	2	1	9	45
Jul	Clínico	22	7	1	1	7	38
	TOTAL	166	73	9	4	61	313

Tempo para saída do leito / Jan a Jul 25							
		≤ 24Hs	25 e 48hs	49 e 72hs	> 73hs	Não saiu	Total
Jan	Cirurgico e Hemo	33,0	18	3		11	65
Fev	Cirurgico e Hemo	40	15	2		17	74
Mar	Cirurgico e Hemo	35	12	2	1	12	62
Abr	Cirurgico e Hemo	35	22	1	1	9	68
Mai	Cirurgico e Hemo	24	19	6	1	8	58
Jun	Cirurgico e Hemo	49	19			6	74
Jul	Cirurgico e Hemo	37	24	3		6	70
	TOTAL	253,0	129,0	17,0	3,0	69,0	471,0

Tabelas aonde são computados os tempos que os pacientes levaram para sair do leito

RESULTADOS

De janeiro a junho de 2025, 676 paciente estiveram internados em um período inferior a 4 dias. Dentre os pacientes clínicos 52,5% saíram do leito em menos de 24h e 23,8% saíram do leito entre 25h e 48h. No total 76,3% pacientes clínicos saíram do leito em até 48h após admissão. Na população cirúrgica 53,4% saíram do leito em menos de 24h e 26,4% entre 25h e 48h. No total 79,8% pacientes cirúrgicos saíram do leito em até 48h após admissão na unidade.



Resultados obtidos no período de janeiro a julho de 2025

Exemplo de atendimento realizado na UTI

CONCLUSÕES

Concluímos que o indicador de tempo para saída do leito mostra a importância da redução do impacto da perda funcional em pacientes clínicos e cirúrgicos internados menos de 4 dias na UTI, além disso reflete o comprometimento e engajamento da equipe com os protocolos assistências. Nosso objetivo é atingir a meta 80% de pacientes que saem do leito em até 48hs após a admissão na UTI.

REFERÊNCIAS

Warlang AP et al. Clinical outcomes of intensive care unit-acquired weakness in critically ill COVID-19 patients. A prospective cohort study. Crit Care Sci. 2024; 36: e20240003en.
Nascimento, EP et al. Cardiac hemodynamics, tissue oxygenation, and functional capacity in post-COVID-19 patients. Medicina. 2024. 61(1): 124.
Naqvi, U et al. Muscle strength grading. StatPearls [internet]. StatPearls Publishing, 2025.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO FORMAL DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM VISITA MULTIDISCIPLINAR EM UTI ADULTO

AUTORES: FIRMINO HAAG FERREIRA JUNIOR; MARILENE ZAMPOLI; ROBERTO BERGAMIM; DIANY PRISCILA OLIVEIRA
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS

INTRODUÇÃO: A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) É UM AMBIENTE ALTAMENTE COMPLEXO, QUE EXIGE DECISÕES RÁPIDAS, PRECISAS E BASEADAS EM EVIDÊNCIAS. A ATUAÇÃO INTEGRADA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL É ESSENCIAL PARA GARANTIR A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO CUIDADO PRESTADO AO PACIENTE CRÍTICO. NESSE CONTEXTO, A ADOÇÃO DE INSTRUMENTOS FORMAIS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DURANTE A VISITA MULTIDISCIPLINAR CONFIGURA-SE COMO UMA ESTRATÉGIA IMPORTANTE PARA PADRONIZAR CONDUTAS, PROMOVER A COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS PROFISSIONAIS E ALINHAR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

METODOLOGIA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTA GERENCIAL COM OBJETIVO DE TOMADA DE DECISÕES DE MODO UNIFORME DURANTE VISITA MULTIPROFISSIONAL, ATRAVÉS DA ANÁLISE COMPARATIVA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS ENTRE OS PERÍODOS DE JANEIRO A MAIO DE 2024 (PRÉ-IMPLANTAÇÃO) E JANEIRO A MAIO DE 2025 (PÓS-IMPLANTAÇÃO). A FERRAMENTA IMPLEMENTADA BASEIA-SE EM CHECKLIST ESTRUTURADO COM DADOS CLÍNICOS, USO DE DISPOSITIVOS, MEDICAÇÕES, EXAMES, INTERCORRÊNCIAS E DEFINIÇÃO DE METAS E PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO, ELABORADO COM PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E REGISTRADO EM PRONTUÁRIO.

RESULTADOS:

INDICADOR	PRÉ (2024)	PÓS (2025)
SAPS III (MÉDIA)	**50,67**	**55,11**
MÉDIA DE PERMANÊNCIA (DIAS)	**7,69**	**6,17**
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (%)	**11,32**	**10,42**
MORTALIDADE (%)	**29,48**	**23,63**
TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA	**1,2**	**< 1,0**
ÍNDICE DE ROTATIVIDADE	**3,87**	**4,48**
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	**0,33**	**0,31**

MESMO COM MAIOR GRAVIDADE DOS PACIENTES (SAPS III ↑), HOUVE:

- REDUÇÃO DA MORTALIDADE
- DIMINUIÇÃO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA
- MELHORA NA ROTATIVIDADE E TEMPO DE OCUPAÇÃO DE LEITO

CONCLUSÃO: A UTILIZAÇÃO DE UM INSTRUMENTO FORMAL DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DURANTE A VISITA MULTIDISCIPLINAR COM PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO MELHOROU OS PRINCIPAIS INDICADORES ASSISTENCIAIS DA UTI, DEMONSTRANDO QUE A GESTÃO CLÍNICA ESTRUTURADA CONTRIBUI SIGNIFICATIVAMENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO INTENSIVO, MESMO EM CENÁRIOS DE MAIOR COMPLEXIDADE CLÍNICA.

Validação em Tempo Real de OPME no Centro Cirúrgico: Resultados Operacionais e Financeiros

SOARES, Gislaine de Assis
ALMEIDA, Daniela Rodrigues; BARBOZA, Alan Silva; FERREIRA, Renata

INTRODUÇÃO

A utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) no centro cirúrgico é um processo crítico que exige rastreabilidade e conformidade entre o que é utilizado, registrado e faturado. Segundo o Ministério da Saúde, "para que se consiga contemplar todos os objetivos da boa gestão do OPME se faz necessária uma organização do estabelecimento de saúde com o controle dos itens utilizados no estabelecimento, evitando, assim, a falta quando solicitados, bem como manter um estoque mínimo dentro da instituição, uma vez que demandam um alto fluxo de caixa" (BRASIL, 2016, p. 12). Divergências na conferência desses materiais geram glosas, riscos assistenciais e impactos financeiros. Implementar um processo automatizado e seguro para a confirmação do uso de (OPME) em tempo real, durante o ato cirúrgico, com o objetivo de garantir a rastreabilidade precisa dos materiais, otimizar a gestão de estoque, agilizar o faturamento e aumentar a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Para aprimorar a rastreabilidade e a segurança no uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), foi implementado um processo automatizado para a confirmação de sua utilização em tempo real durante o ato cirúrgico. A metodologia se baseou no desenvolvimento de uma tela específica no sistema de gestão de OPME, projetada para identificar os materiais dispensados e utilizados, associando-os diretamente ao número do aviso cirúrgico e ao Código Eletrônico de Produto (EPC) capturado pelo sistema de RFID (Fig. 1). Complementarmente, incluiu-se um QR Code na etiqueta de identificação de cada item, permitindo uma leitura óptica rápida e prática dos materiais efetivamente utilizados em campo.

O fluxo operacional inicia-se com a vinculação dos materiais ao paciente no sistema e, durante o procedimento, a equipe de enfermagem realiza a confirmação de uso através da leitura do QR Code, o que atualiza o status do item instantaneamente (Fig. 2). Após a conclusão da cirurgia, os produtos não utilizados são devolvidos ao estoque, e o sistema realiza a reconciliação automática. Para garantir uma transição segura e eficaz, o novo processo foi submetido a testes de homologação em maio de 2025. No mês seguinte, iniciou-se a sua aplicação prática, com a confirmação de uso sendo realizada pela equipe de enfermagem diretamente na sala de cirurgia. A implantação foi sustentada por um programa de capacitação que envolveu 82 funcionários das equipes de suprimentos e de enfermagem, assegurando que todos estivessem aptos a executar o novo procedimento corretamente.

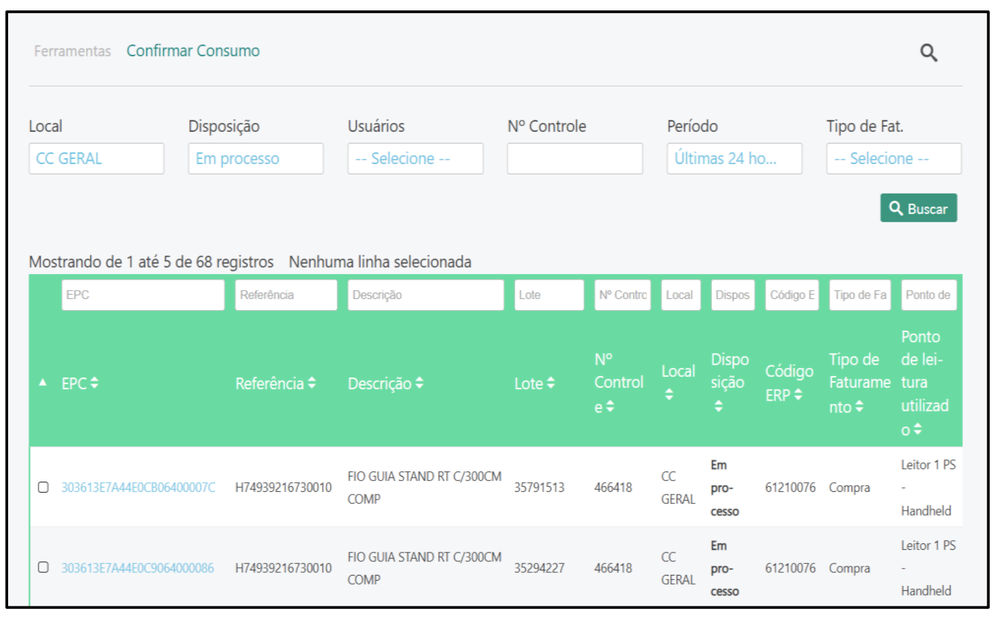


Fig. 1 – Tela de confirmação do sistema informatizado

RESULTADOS

A iniciativa resultou na redução de 6,07% de laudos emitidos com divergência e envio de 10% de laudos encaminhados para faturamento de acordo com o prazo estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (Fig. 3).

Obteve-se também a eliminação de retorno de laudos com pendências para faturamento e permitiu a visão integral dos itens dispensados e consumidos em tempo real.

Fig. 2 – Leitura do QR – Code para confirmação da OPME utilizada em sala.

LAUDO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Nº Aviso Cirúrgico: [redacted]
RGHC: [redacted]
Instituto: ICHC - INSTITUTO CENTRAL
Local: CENTRO CIRURGICO - 9º PAMB
Data Internação: 10/09/2025
Data Cirurgia: 22/09/2025
Procedimento: REVASCULARIZACAO POR PONTE/TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS - 0406020434

Nº Atendimento: [redacted]
Nome [redacted]
Sala: SALA 26 - BLOCO III
Convênio: SUS INTERNACAO
Hora Cirurgia: 10:55

MATERIAIS

Item	EPC	Descrição	Ref. Mat	Fornecedor	CNPJ Fornecedor	Anvisa	Disposição	Nota Fiscal	Lote
1	3034F6CD0003B2EC6400000F	ENXERTO ARAMADO PTFE RT 8 MM X 80 CM	10SW800BS	JOTEC DO BRASIL IMPORTAÇÃO E COM. DE EQUIP. HOSPITALARES	21.996.505/0001-28	81398250007	Consignado	31089	1383083
2	303430F1B8000F2C6400474F	CJTO CATETER VENOSO CENTRAL T.L.CAL.7FR,20 CM COMP.	CV15703E	COMERCIAL 3 ALBE LTDA	74.400.052/0001-91	80117580745	Vendido	285945	71F21K1928

Observação: _____
Assinatura e Carimbo do Enfermeiro
Assinatura e Carimbo do Médico
Separado:_____ Recebido:_____ Devolvido/Recebido:_____

Fig. 3 – Laudo emitido após confirmação das OPMEs.

CONCLUSÕES

A transição para a confirmação digital e em tempo real do uso de OPME provou ser uma decisão acertada, otimizando processos críticos e fortalecendo a segurança do paciente. A automação do registro de consumo no momento da utilização eliminou falhas manuais, garantindo uma reconciliação precisa do estoque e um faturamento íntegro, o que mitiga perdas financeiras e agiliza o ciclo de receita. Mais importante, a rastreabilidade total assegura que cada paciente receba exatamente o material correto, criando uma camada adicional de segurança no ambiente cirúrgico.

O sucesso desta implementação demonstra que a integração de tecnologias, como o QR Code, a processos bem definidos é um caminho viável e eficaz para modernizar a gestão hospitalar. O projeto não apenas resolveu um desafio operacional interno, mas também se estabeleceu como uma prática de referência, com claro potencial para ser adotada por outras instituições que visam maior eficiência, controle e, acima de tudo, excelência na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) [recurso eletrônico]* . Brasília: Ministério da Saúde, 2016
2. PORTELA, M. C. et al. Segurança do paciente: análise de indicadores assistenciais em hospitais brasileiros. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 52, n. 64, p. 1-10, 2018.
3. SANTOS, J. P.; RODRIGUES, M. L.; LIMA, G. A. Gestão de OPME: desafios e perspectivas para hospitais de alta complexidade. Revista Gestão & Saúde, Brasília, v. 9, n. 3, p. 45-53, 2018.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.

Sensibilidade e assertividade do painel molecular para diagnóstico de pneumonia em relação aos Métodos tradicionais de cultura em uma UTI geral.

Diana Rosa Campos, Carolina Salume Xavier, Juliana Cosme Silva

INTRODUÇÃO

As infecções do trato respiratório inferior, incluindo pneumonia adquirida na comunidade (PAC), pneumonia relacionada à assistência à saúde (PAH) e pneumonia relacionada à assistência à saúde associada à ventilação mecânica (PAV), são condições clínicas frequentes em pacientes hospitalizados e estão associadas a considerável morbimortalidade. O diagnóstico microbiológico da pneumonia é fundamental para garantir a antibioticoterapia adequada, que está associada à diminuição da mortalidade. O diagnóstico molecular, incluindo testes baseados em PCR, fornece um resultado microbiológico poucas horas após a coleta da amostra. Esses testes têm o potencial de reduzir a duração da terapia antibiótica empírica de amplo espectro, ao identificar organismos patogênicos e marcadores específicos de resistência a antibióticos de 2 a 3 dias antes dos métodos tradicionais de cultura. O objetivo principal deste estudo é avaliar a sensibilidade e a assertividade do painel molecular pneumonia em relação aos métodos tradicionais de cultura de secreção ou aspirado traqueal em uma UTI Geral do Hospital Santa Rita de Cássia em Vitória, ES.

METODOLOGIA

Foi conduzido um estudo de coorte retrospectiva dos pacientes com infecção de trato respiratório inferior na UTI Geral do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória/ES, entre maio de 2021 e junho de 2024. Foram incluídos no estudo dados de prontuário de pacientes com diagnóstico de infecção do trato respiratório inferior e que tenham tido diagnóstico microbiológico por painel molecular pneumonia e/ou por cultura por métodos automatizados de material obtido de aspirado traqueal, secreção traqueal ou lavado bronco alveolar. Comparou-se os resultados do painel molecular pneumonia com os resultados da cultura dos mesmos espécimes clínicos afim de avaliar a assertividade do método de biologia molecular em relação à cultura automatizada, bem como a sensibilidade de ambos os métodos.

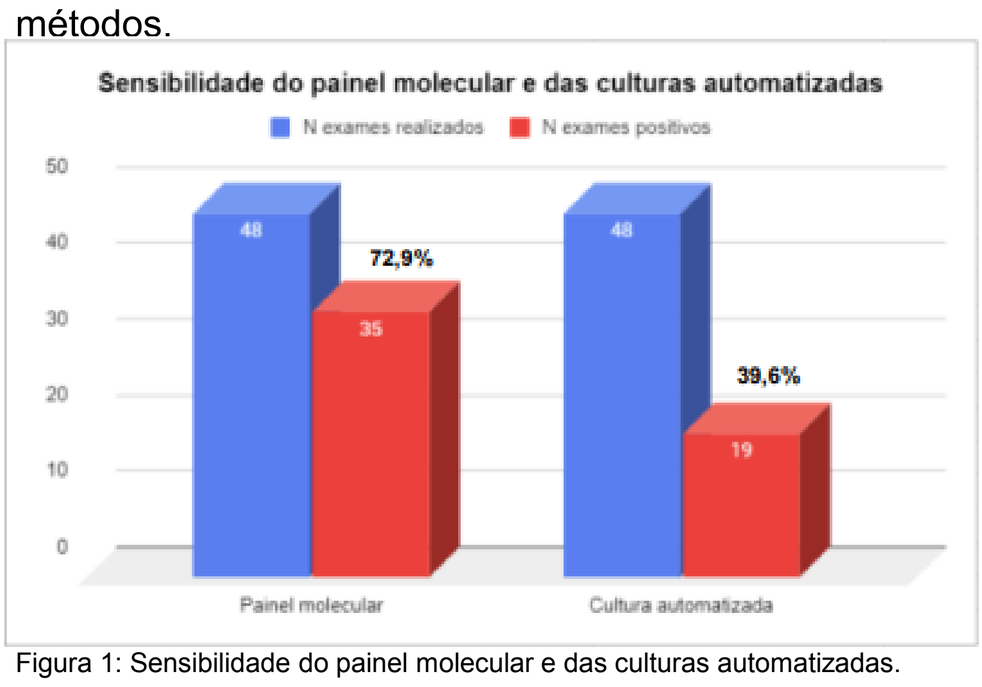


Figura 1: Sensibilidade do painel molecular e das culturas automatizadas.

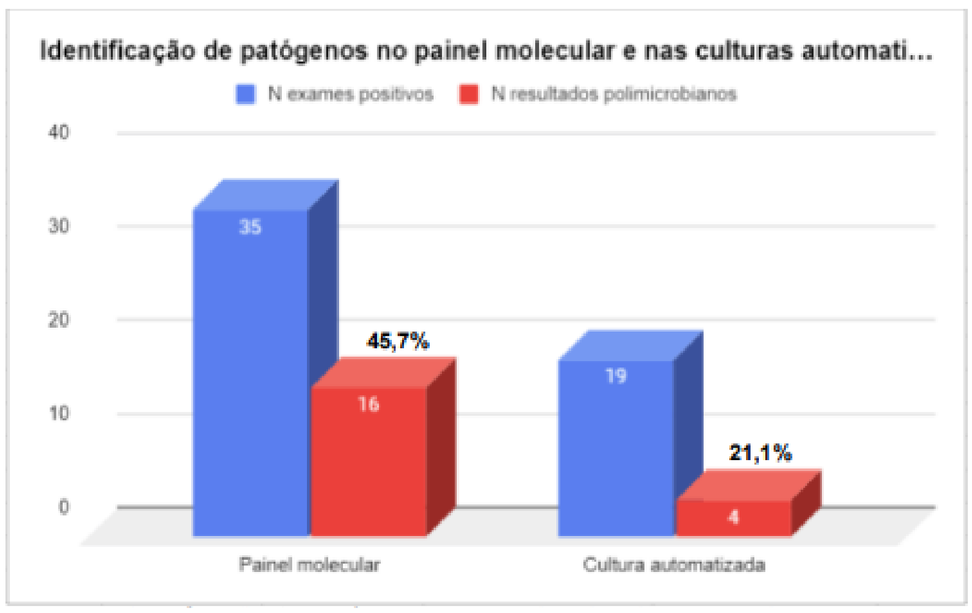


Figura 2: Identificação de patógenos no painel molecular e nas culturas automatizadas.

RESULTADOS

Quarenta e oito pacientes foram submetidos a coleta de material (aspirado traqueal, secreção traqueal ou lavado bronco alveolar) tanto para realização de painel molecular pneumonia quanto para cultura automatizada. Os painéis detectaram patógenos em 72,9% (35) dos casos, enquanto que as culturas automatizadas foram positivas em 39,6% (19) dos casos (Figura 1). O painel molecular identificou um número maior de patógenos em relação às culturas. Dos 35 painéis positivos, em 16 foram identificados mais de um patógeno (45,7%), enquanto que nas culturas automatizadas o mesmo ocorreu apenas em 4 casos (21,1%) (Figura 2). Em 16 pacientes fora observada positividade de ambos os métodos, sendo em 14 (87,5%) os resultados concordantes e em 2 (12,5%) discordantes no que diz respeito ao patógeno identificado (Figura 3).Os patógenos mais prevalentes detectados nos painéis foram S.aureus (27,8%), P.aeruginosa (24,1%) e K.pneumoniae (18,5%), enquanto que nas culturas as P.aeruginosa foram mais prevalentes (33,3%), seguidas de Candida albicans (23,3%) e K.pneumoniae (20%) (Figura 4). As Candida albicans foram consideradas colonizantes, e portanto não tratadas. Em 3 casos, a cultura fora positiva e o painel negativo. Em 1 caso o painel identificou um vírus isolado, que não seria possível de ter crescido em cultura. Em 10 casos, tanto o painel quanto a cultura foram negativas.

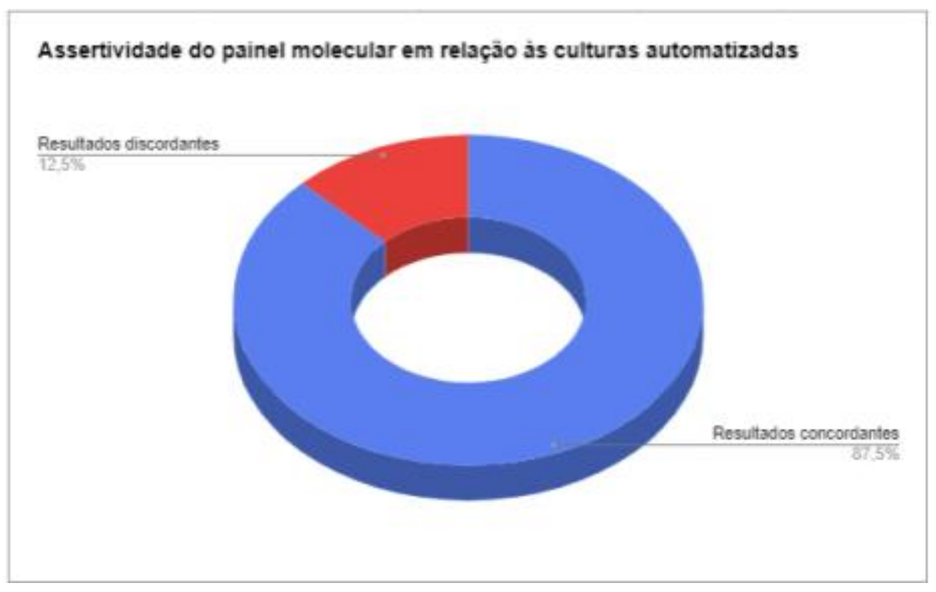


Figura 3: Assertividade do painel molecular em relação às culturas automatizadas.

MICROORGANISMO	N	%
S.aureus	15	27,8%
P.aeruginosa	13	24,1%
K.pneumoniae	10	18,5%
H.influenzae	4	7,4%
E.cloacae	4	7,4%
Proteus spp	4	7,4%
Serratia spp	3	5,6%
E.coli	3	5,6%
A.baumannii	2	3,7%
S.pneumoniae	2	3,7%
S.agalactiae	2	3,7%
Rinovirus/enterovirus	2	3,7%
Vírus sincicial respiratório	1	1,9%
K.aerogenes	1	1,9%
Parainfuenza vírus	1	1,9%
Influenza a vírus	1	1,9%
Moraxella sp.	1	1,9%
TOTAL	54	100%

MICROORGANISMO	N	%
P.aeruginosa	10	33,3%
Candida albicans	7	23,3%
K.pneumoniae	6	20,0%
S.aureus	2	6,7%
E.cloacae	2	6,7%
E.coli	1	3,3%
A.baumannii	1	3,3%
Stenotophomonas sp.	1	3,3%
TOTAL	30	100%

Figura 4: Patógenos identificados no painel molecular e nas culturas automatizadas dos pacientes em que fora observada positividade de ambos métodos.

CONCLUSÕES

A positividade do painel molecular foi superior à cultura automatizada (72,9% vs 39,6%) bem como o número de patógenos identificados (54 vs 30) indicando uma maior sensibilidade do método. Quanto a assertividade, os resultados do painel molecular foram concordantes com os da cultura automatizada em 87,5% dos casos. O uso do painel molecular pneumonia para diagnóstico microbiológico de infecções do trato respiratório inferior contribui para a escolha da antibioticoterapia de forma assertiva e precoce.

REFERÊNCIAS

1. YOUNG, IY; KYUNGMIN, H; HYANG, JS; SUN, AY; YOO, NC; ON, KK; HEE, HJ; NAM, LY; Evaluation of the BioFire FilmArray Pneumonia Panel for rapid detection of respiratory bacterial pathogens and antibiotic resistance genes in sputum and endotracheal aspirate specimens. International Journal of Infectious Diseases. 2020. 326 – 331. 95.
2. JOSHUA, PM; GRANT, WW; ANN, CL et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019. E45 – E67. 200(7).
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
4. Joshua P; Metlay, Grant W. Waterer, et al. ATS/IDSA Guidelines for Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 200 Number 7 | October 1 2019
5. GARAU, J; BAQUERO, F; PÉREZ-TRALLERO, E; PÉREZ, JL; MARTÍN-SÁNCHEZ, AM; GARCÍA-REY, C; MARTÍN-HERRERO, JE; RAFAEL, D; Factors impacting on length of stay and mortality of community-acquired pneumonia. Clinical Microbiology and Infection. 2008. 322 – 329. 14(4).

Automação do Faturamento Médico com Agentes de Inteligência Artificial

Vinicius Cordeiro, Renan Delgado, Lucas Ferreira Oliveira, Osvaldo Landi Júnior

INTRODUÇÃO

O custos administrativos consomem uma parte relevante dos recursos em saúde, podendo chegar a 25% em alguns países e ultrapassando 6% do gasto nacional no Brasil. Neste cenário, o faturamento médico é um dos maiores responsáveis; processar uma única conta pode exigir de 13 a 100 minutos de trabalho, com custos equivalentes a até 25% da receita do atendimento. Além disso, médicos precisam de em média 19 horas semanais de suporte apenas para lidar com convênios e cobranças, o que aumenta despesas e desvia tempo e recursos da assistência direta.

A automação com inteligência artificial (IA) desponta como alternativa promissora para reduzir esses gargalos. Evidências mostram que hospitais que já aplicaram IA no faturamento alcançaram até 30% de redução no tempo de processamento, 40% menos glosas e ganhos adicionais, como aumento de até 50% nas aprovações de contas e economia de quase metade do tempo administrativo. Grandes sistemas hospitalares podem, assim, economizar milhões de dólares anuais com automações inteligentes.

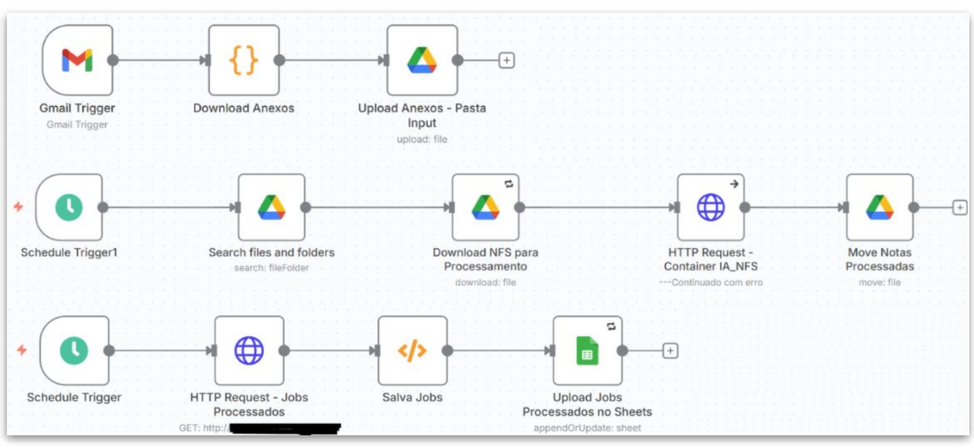
Dessa forma, modernizar o faturamento médico com IA não só traz ganhos de eficiência operacional, mas também fortalece a sustentabilidade financeira e agiliza o fluxo de caixa. Este projeto apresenta um fluxo de automação aplicado na prática, com resultados expressivos e replicáveis em diferentes instituições de saúde.

METODOLOGIA

Neste projeto, foi desenvolvido um sistema automatizado para processamento de notas fiscais de médicos prestadores de serviços à FIDI. As notas são enviadas por e-mail, e o sistema identifica automaticamente novos arquivos em PDF.

O processamento ocorre em duas etapas de extração por inteligência artificial: a primeira, com GPT-4o-mini, captura dados básicos (CNPJs, razão social, valor total); a segunda, com GPT-4o, extrai detalhadamente os impostos (IRRF, CSLL, COFINS, PIS/PASEP). Em seguida, as informações são validadas em bases internas da FIDI, com apoio de cache inteligente para agilizar consultas.

Com base nessa validação, as notas são classificadas em diferentes status e encaminhadas automaticamente para as equipes responsáveis: notas totalmente validadas seguem para a contabilidade, enquanto as que exigem revisão vão para operações médicas. Todo o processo é registrado em banco de dados SQLite, garantindo rastreabilidade e evitando duplicidades.



1. **Envio**: Os médicos enviam as Notas Fiscais (NFS) por e-mail.
2. **Captura automática (n8n)**: O sistema lê automaticamente a caixa de e-mail e salva os PDFs em uma pasta do drive.
3. **Processamento (n8n + IA)**: Os arquivos da pasta são lidos automaticamente e enviados para a API de processamento de documentos via IA.
4. **Rastreabilidade**: Todos os passos são registrados em LOGs.

RESULTADOS

Com a implementação do sistema de agentes de IA, observamos uma redução expressiva no tempo dedicado a tarefas manuais e repetitivas. Atualmente, a conferência de aproximadamente 1.600 notas fiscais por mês consome cerca de 15 horas semanais de trabalho; com o novo sistema, esse tempo foi reduzido para menos de 5 horas mensais, representando uma economia operacional de 91,6%.

Além da redução de tempo, a automação proporciona respostas muito mais ágeis em casos de erro, com um processamento até 12 vezes mais rápido que o método manual. Enquanto no processo tradicional uma nota incorreta poderia demorar até duas semanas para ser identificada, aumentando o risco de ultrapassar o prazo legal de cancelamento, o novo sistema detecta divergências imediatamente, permitindo correções em tempo hábil e mitigando riscos fiscais e financeiros. Isso também libera a equipe para atividades mais estratégicas e de maior valor.

Outro benefício relevante é o aumento da precisão na leitura dos dados. Embora a taxa de erro na conferência manual seja baixa (inferior a 1%), a IA acrescenta uma camada extra de segurança, identificando pequenas discrepâncias que poderiam passar despercebidas. Por exemplo, uma nota emitida com valor de R$600,00 em vez dos R$600,20 corretos pode ser automaticamente sinalizada pela tecnologia, garantindo maior consistência nos registros e relatórios.

Arquitetura

```
src/
├── services/
│   ├── api_client.py                # Cliente para APIs externas
│   ├── cache.py                     # Cache de fornecedores e filiais
│   ├── duplicatas_controller.py     # Controle de duplicatas e persistência
│   ├── processamento_controller.py  # Orquestrador principal (ProcessadorNotasFiscais)
│   └── zeev.py                      # Integração com sistema Zeev
├── models/
│   └── entidades.py                 # Modelos de dados (NotaFiscal, Fornecedor, etc.)
├── utils/
│   ├── data_processing.py           # Processamento de dados e OCR
│   ├── logging_config.py            # Configuração de logs
│   └── prompt_loader.py             # Carregamento de prompts para LLM
├── prompts/
│   ├── extrai_nota_fiscal.txt       # Prompt para extração de dados gerais
│   └── extrai_impostos.txt          # Prompt para extração de impostos
├── main.py                          # API FastAPI principal
├── Dockerfile                       # Container Docker
└── requirements.txt                 # Dependências Python
```

API em Python com FastAPI processa as NFS-e: extrai texto (Tesseract), reconhece via GPT e valida dados (cabeçalho, impostos, fornecedor, OC, valores e competência).

CONCLUSÕES

A implementação de agentes de IA no faturamento médico mostrou-se eficaz em reduzir de forma significativa o tempo e o esforço operacional na conferência de notas fiscais, ao mesmo tempo em que aumentou a agilidade, a rastreabilidade e a segurança do processo. Além de ganhos de eficiência, a automação contribui para reduzir riscos fiscais e assegurar maior consistência nos registros.

Esses resultados reforçam que a adoção de IA pode otimizar de maneira relevante o faturamento médico, liberando equipes para atividades de maior valor e fortalecendo a sustentabilidade financeira. Por ser uma solução escalável e replicável, tem potencial de beneficiar diferentes instituições de saúde, independentemente do porte ou contexto.

REFERÊNCIAS

1. HIMMELSTEIN, D. U. et al. ***A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far.*** *Health Affairs*, v. 33, n. 9, p. 1586-1594, 2014.

2. TSENG, P. et al. ***Administrative costs associated with physician billing and insurance-related activities at an academic health care system.*** *JAMA*, v. 319, n. 7, p. 691-697, 2018.

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA ACURÁCIA DE UMA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL GENERATIVA NA CLASSIFICAÇÃO DE EVENTOS DE SEGURANÇA VERSUS AVALIAÇÃO HUMANA EM UM SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO HOSPITALAR

Manoel de Souza Neto, Saullo Silveira, Leonardo Santos, Leopoldo Muniz

INTRODUÇÃO

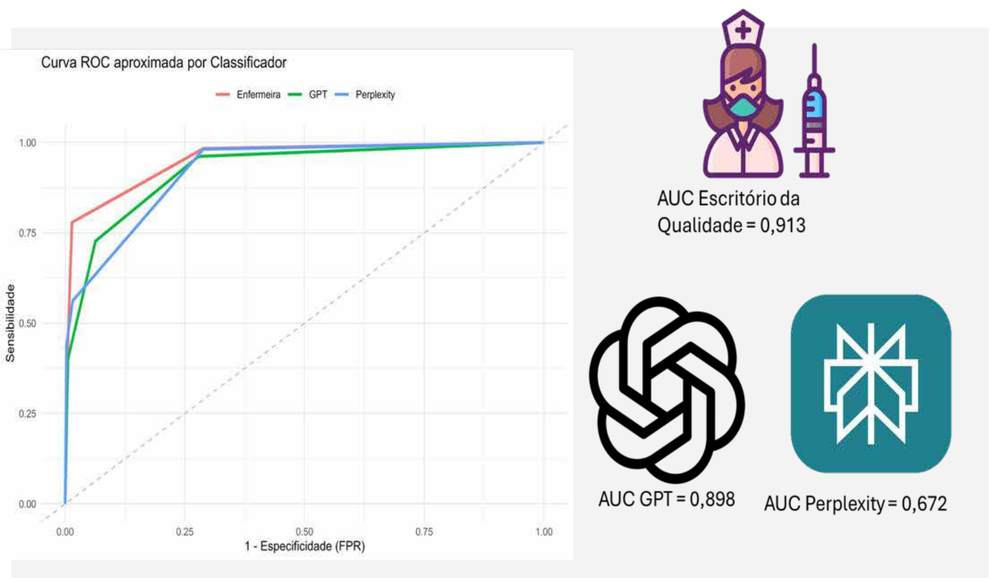
A análise e classificação de eventos adversos notificados constituem etapas fundamentais da gestão de riscos do paciente. No entanto, o alto volume de notificações pode comprometer a capacidade das equipes de qualidade de priorizar eventos críticos com agilidade. Ferramentas de inteligência artificial generativa (IA), como o ChatGPT-4.0®, oferecem potencial para automatizar parte desse processo, ampliando a capacidade de resposta institucional. Hipostenizia-se que, se a acurácia da IA se aproximar da classificação realizada por especialistas humanos, a tecnologia poderá ser utilizada como estratégia auxiliar na análise notificações.
Comparar a acurácia diagnóstica do ChatGPT-4.0® com a do setor de qualidade institucional na classificação de eventos adversos, tendo como referência comparativa um painel de especialistas, além de estimar o tempo potencialmente economizado na análise de notificações

METODOLOGIA

Estudo observacional retrospectivo de avaliação diagnóstica, realizado com 384 notificações registradas em três meses (janeiro-março de 2025).
Cada evento foi classificado, de forma cega e independente, por três fontes: setor de qualidade (dois enfermeiros experientes), ChatGPT-4.0® (via prompt padronizado) e painel de 03 especialistas (padrão ouro). As classificações seguiram a taxonomia da OMS: circunstância notificável, near miss, incidente sem lesão, evento adverso. Além das métricas tradicionais de desempenho (sensibilidade, especificidade e acurácia), foi calculada a área sob a curva ROC (Receiver Operating Characteristic) - AUC - para cada tipo de classificação.
A AUC representa a capacidade global do classificador em distinguir corretamente entre as diferentes categorias de eventos.
No presente estudo, essa medida foi utilizada como parâmetro de desempenho discriminativo, permitindo comparar a acurácia global do ChatGPT-4.0® e do setor de qualidade institucional na distinção entre as diferentes classificações.
Quanto mais próxima de 1,0 for a AUC, maior a capacidade preditiva do modelo — sendo, portanto, um indicador crítico para avaliar o potencial da inteligência artificial como ferramenta de triagem. Também foi mensurado o tempo médio gasto pelo painel de especialistas para leitura e classificação de cada evento.

RESULTADOS

Na classificação inicial do setor de qualidade (SQ) comparada à classificação feita pela IA (IA), respectivamente, observou-se que 72,65% (SQ) vs 48,17% (IA) dos eventos foram categorizados como circunstância notificável, 2,86% (SQ) vs 3,64% (IA) como near miss, 2,34% (SQ) vs 1,82% (IA) como incidente sem dano e 22,13% (SQ) vs 46,35% (IA) como evento adverso. Na comparação com o padrão ouro, a sensibilidade da IA para detectar eventos adversos foi de 96%, resultado superior à do setor de qualidade (77,9%), assim como para near miss, onde a sensibilidade da IA foi de 40% e a do setor de qualidade, 33%. Esse resultado, contudo, foi o inverso do obtido na análise das circunstâncias notificáveis, quando a IA demonstrou menor sensibilidade (72,7%) comparada ao setor de qualidade (98,3%). Por fim, analisou-se também a especificidade dos dois métodos o comparando com o padrão ouro. O resultado da IA e do setor de qualidade para eventos adversos foi de 72% e 98,6%, respectivamente, enquanto quando considerado circunstâncias notificáveis foi de 93,7% e 71,1%. Para near miss e incidentes sem danos, ambas as abordagens apresentaram especificidades semelhantemente elevadas (98–99%). Ao compilar todos os dados, obteve-se acurácia global de 86% para o setor de qualidade e 75% para a IA, sendo a AUC da curva ROC de 0,91 para o setor de qualidade e 0,89 para o ChatGPT®, sugerindo que o desempenho discriminativo foi robusto por ambas as abordagens, mais ainda com superioridade da análise humana. O tempo médio estimado por evento classificado pelos especialistas foi de 3 minutos e 20 segundos (3,33 minutos), totalizando aproximadamente 1.278 minutos (21,3 horas) de trabalho para as 384 notificações. Esse tempo foi distribuído ao longo de três meses, representando cerca de 7,1 horas de trabalho humano por mês apenas para essa tarefa. Em contraste, o ChatGPT® realizou a classificação completa em poucos segundos, destacando seu potencial para economizar tempo e otimizar a alocação de recursos humanos especializados.



CONCLUSÕES

O ChatGPT-4.0® demonstrou desempenho promissor na classificação de eventos adversos, com área sob a curva comparável à de especialistas humanos, mas ainda com resultado de especificidade e sensibilidade bastante variados a depender do tipo da notificação. Dessa maneira, a inteligência artificial ainda apresenta limitações em acurácia global, embora sua velocidade de resposta sustente seu potencial como ferramenta de triagem inicial. Dessa maneira, a incorporação da inteligência artificial generativa aos processos de segurança do paciente pode representar uma estratégia inovadora para aumentar a eficiência, liberar tempo de profissionais especializados e aprimorar a priorização de notificações críticas, desde que integrada com validação humana qualificada.

REFERÊNCIAS

- . Nori H, et al. Capabilities of GPT-4 on Medical Challenge Problems. arXiv 2023.
- . Chen J, et al. Artificial Intelligence in Health Care: Benefits and Challenges. Am J Health Syst Pharm. 2021;78(9):785–793.
- . Patel VL, et al. Human factors and artificial intelligence: a framework for patient safety. J Biomed Inform. 2020;107:103452.

CAPTAÇÃO ATIVA DE CLIENTES PARA AGENDAMENTO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E CIRURGIAS ELETIVAS

Mariana Genelhu Machado, Lucas Santos Baldez, Priscila Duarte Gomes Martins, Herika Cristina Barbosa de Freitas

INTRODUÇÃO

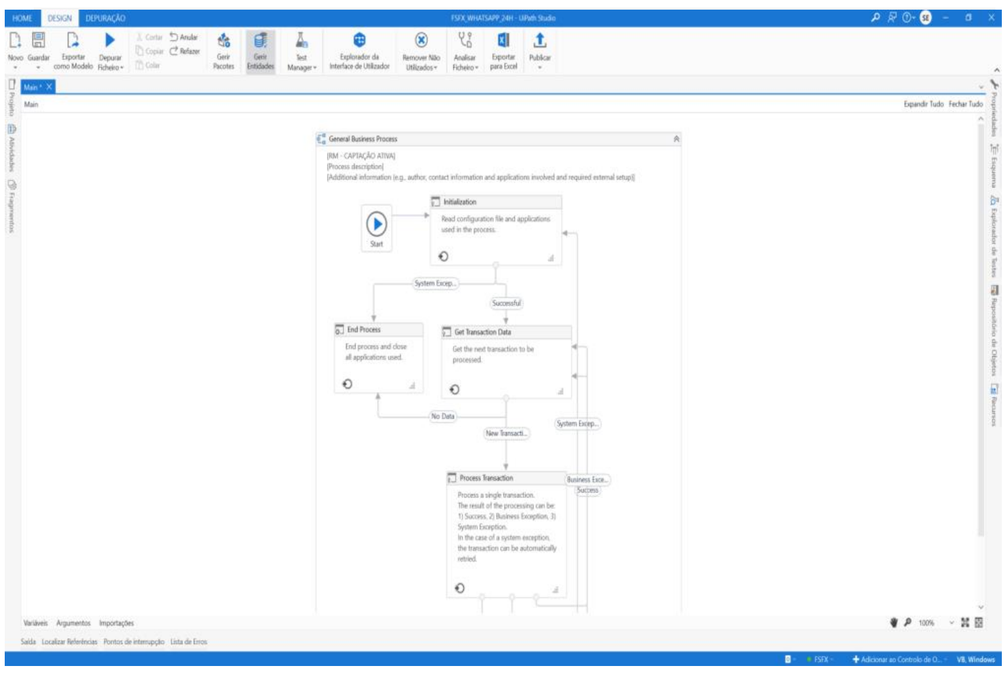
O Hospital Márcio Cunha implementou a captação ativa de exames e procedimentos para agilizar o atendimento e fidelizar pacientes. Com o WhatsApp como canal principal, a estratégia combina automação para ressonância magnética e contato personalizado para cirurgias eletivas, otimizando agendas, facilitando o acesso e reduzindo filas e deslocamentos.

METODOLOGIA

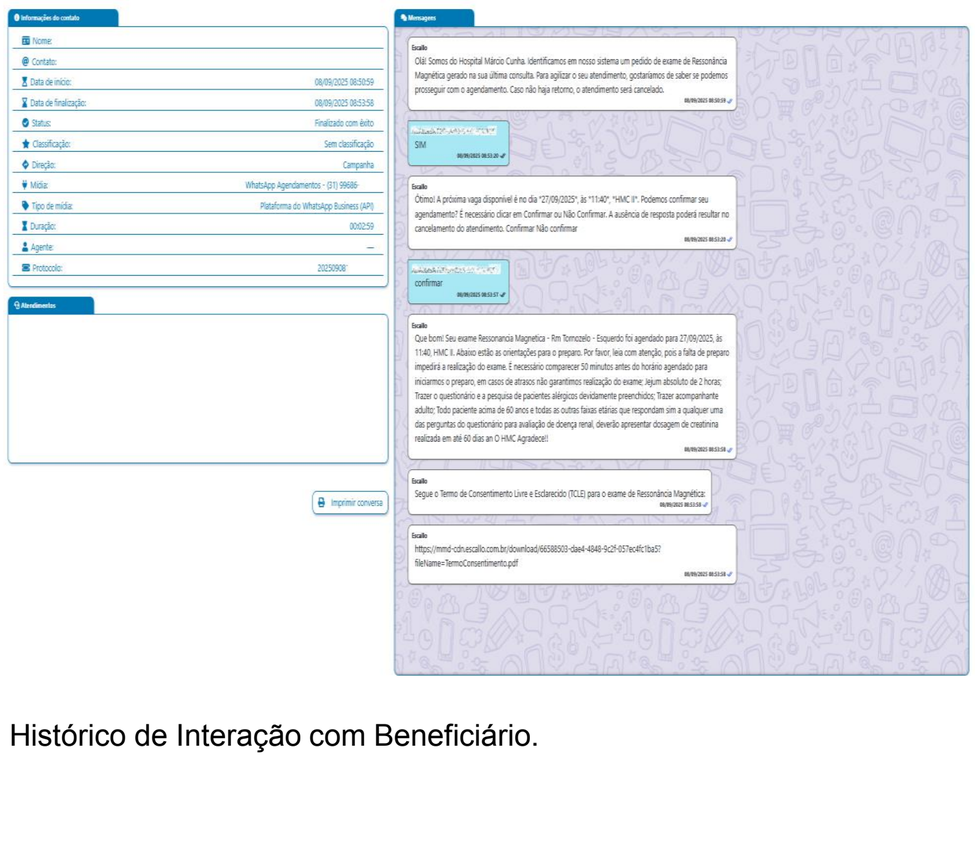
A captação ativa opera em duas frentes estratégicas.

Para ressonância magnética, um RPA identifica prescrições no sistema Tasy e envia propostas de agendamento pelo WhatsApp, com confirmações automáticas, enquanto pacientes sem resposta recebem atenção personalizada da equipe.

Nas cirurgias eletivas, a equipe realiza a triagem conforme a prescrição, aciona o paciente pelo WhatsApp e conduz todo o processo de autorização de forma ágil e segura. Ambas as frentes são cuidadosamente monitoradas por indicadores, garantindo eficiência, conveniência e uma experiência de atendimento diferenciada.



Ferramenta de Desenvolvimento - Uipath.



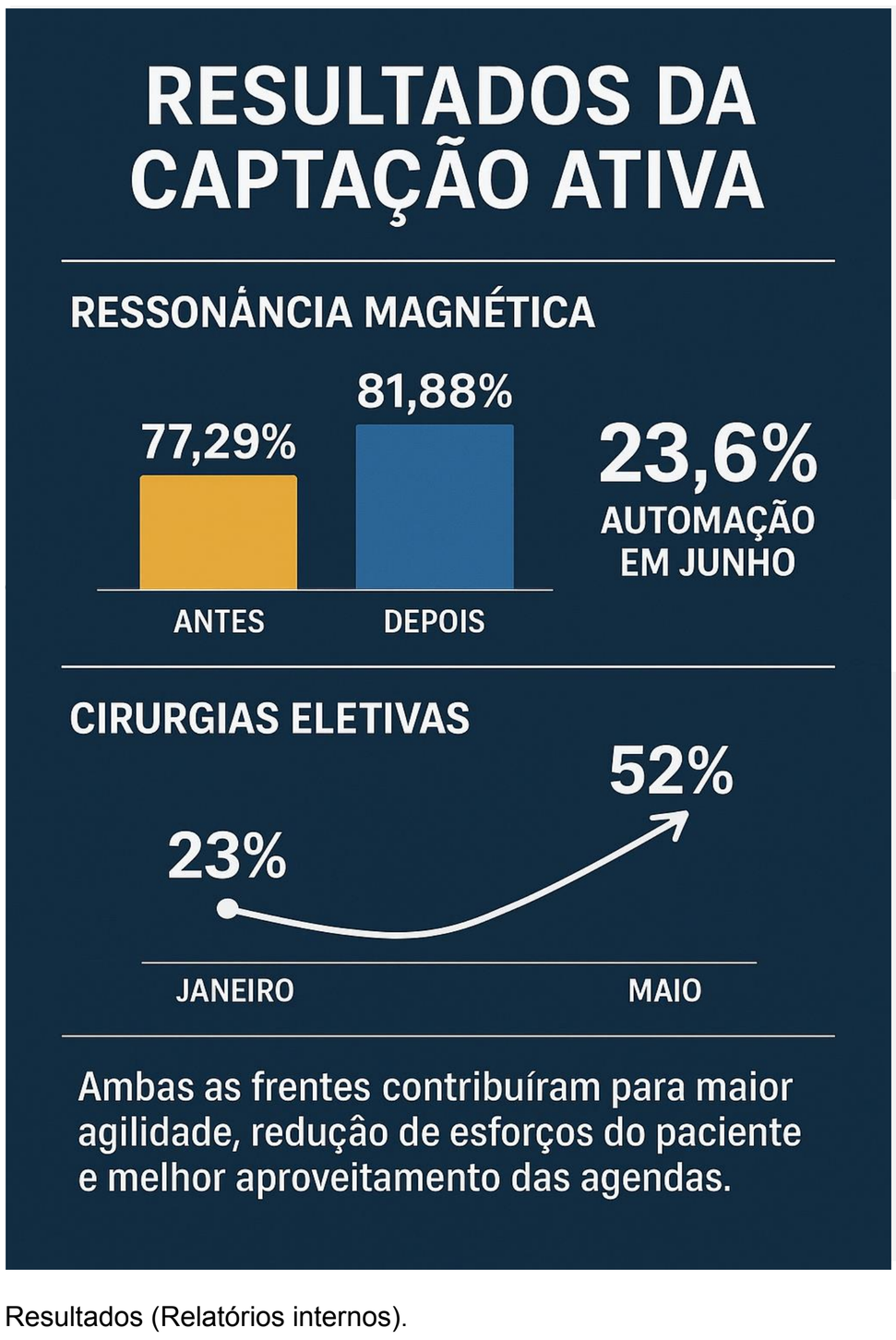
Histórico de Interação com Beneficiário.

RESULTADOS

Os dados analisados demonstram que a captação ativa, tanto para ressonância magnética quanto para cirurgias eletivas, gerou avanços relevantes na adesão dos pacientes e na efetividade dos agendamentos.

Na ressonância, a taxa de conversão subiu de 77,29% para 81,88% após a implantação da estratégia, com 23,6% dos agendamentos concluídos de forma totalmente automatizada em junho.

Já nas cirurgias, a adesão evoluiu de 23% em janeiro para 52% em maio, refletindo o fortalecimento do canal digital e a efetividade da abordagem proativa da equipe. Ambas as frentes contribuíram para maior agilidade, redução de esforços do paciente e melhor aproveitamento das agendas.



Resultados (Relatórios internos).

CONCLUSÕES

A captação ativa no ambulatório do HMC, via RPA e WhatsApp, mostrou-se eficaz na fidelização de pacientes e na efetivação de exames e procedimentos. As cirurgias eletivas alcançaram 52% de adesão em maio, e a ressonância registrou crescimento de 4,1 pontos percentuais na conversão, com 23,6% dos agendamentos totalmente automatizados. A estratégia gerou ganhos em agilidade, ocupação de agendas e experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

Relatórios internos e dados de análises de processos. Coordenação de Atendimento/Hospital Márcio Cunha, 2025.

COMMAND CENTER: INOVAÇÃO NA GESTÃO DE LEITOS E REGULAÇÃO HOSPITALAR EM TEMPO REAL

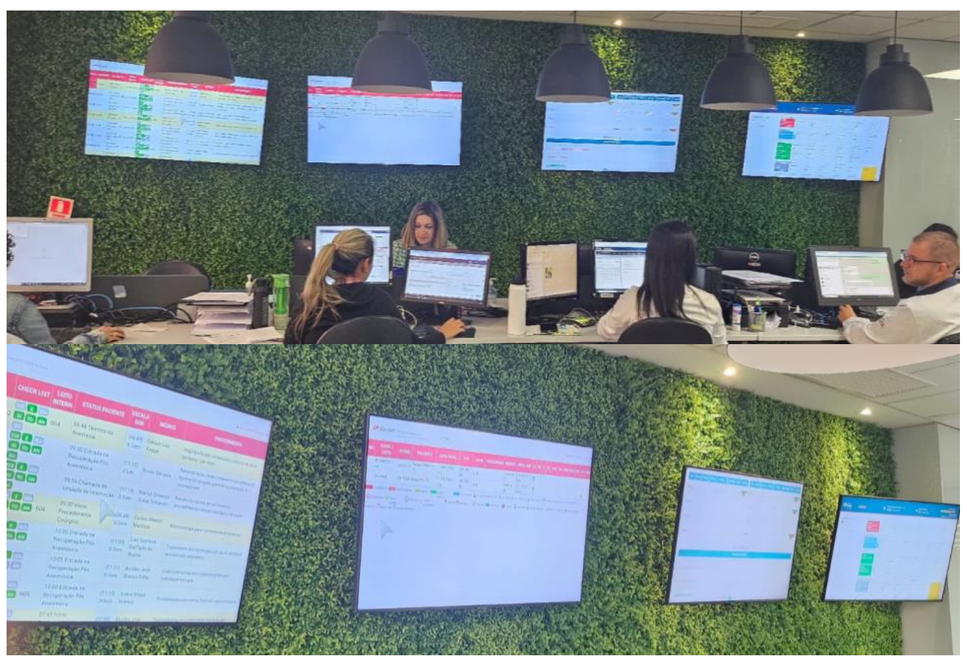
Leonardo Barchik, Daiane Maria da Silva Marques, Danilo de Oliveira Picinin, Ryana Maria Chornekyy

INTRODUÇÃO

A gestão eficiente de leitos hospitalares é essencial para garantir o acesso oportuno ao cuidado, otimizar recursos e melhorar a experiência do paciente. O Command Center tem como objetivo centralizar os dados de gestão de leitos reduzindo o tempo de espera, otimizando o trabalho do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e melhorando a experiência dos pacientes, por meio de painéis digitais em tempo real.

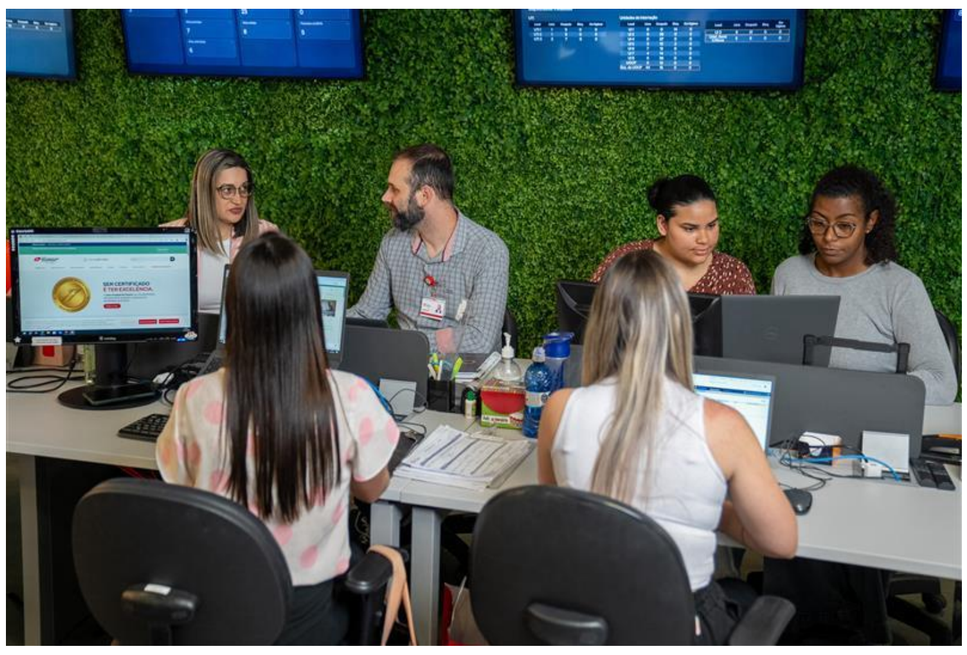
METODOLOGIA

O projeto foi estruturado a partir do mapeamento dos processos do NIR, seguido por oficinas colaborativas com equipes assistenciais e de transformação digital. Foram desenvolvidos quatro painéis integrados ao sistema Tasy: dois voltados ao monitoramento da capacidade instalada e dois à gestão centralizada de leitos. Foram analisados os dados do período de janeiro de 2023 a junho de 2025, período após o processo de estruturação do Command Center, dos painéis digitais e da mudança cultural organizacional de centro de controle e suas interfaces.



Início das atividades do Command Center, com o uso de painéis dinâmicos, integrados ao Sistema Tasy, já existentes na rotina hospitalar. Denominamos este período do Command Center como Fase 01.

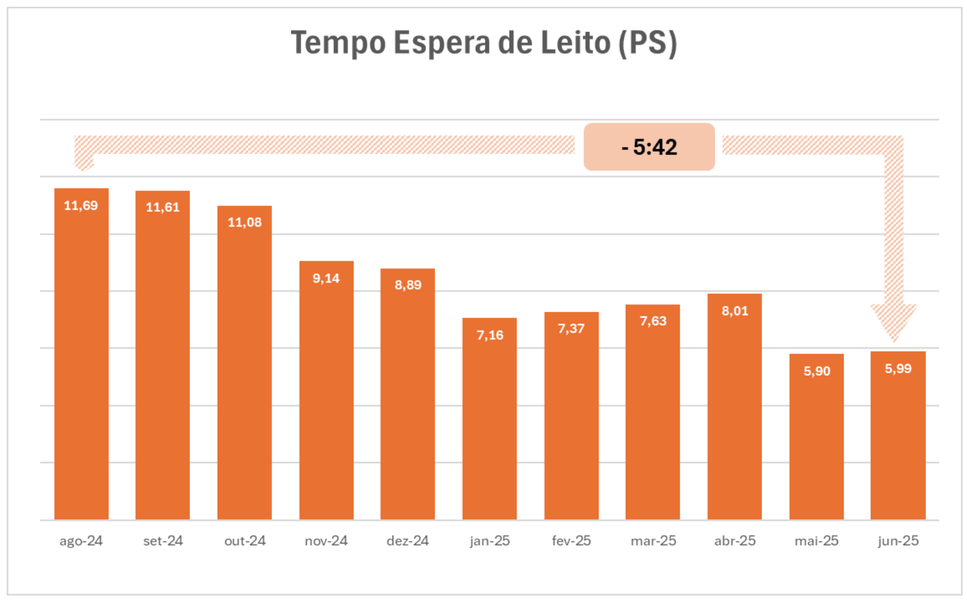
Simulação de um cenário a partir do uso de painéis em *real time* e intuitivos, criados para a Fase 02 do Command Center, direcionando o trabalho das equipes para resposta rápida conforme os gatilhos definidos.



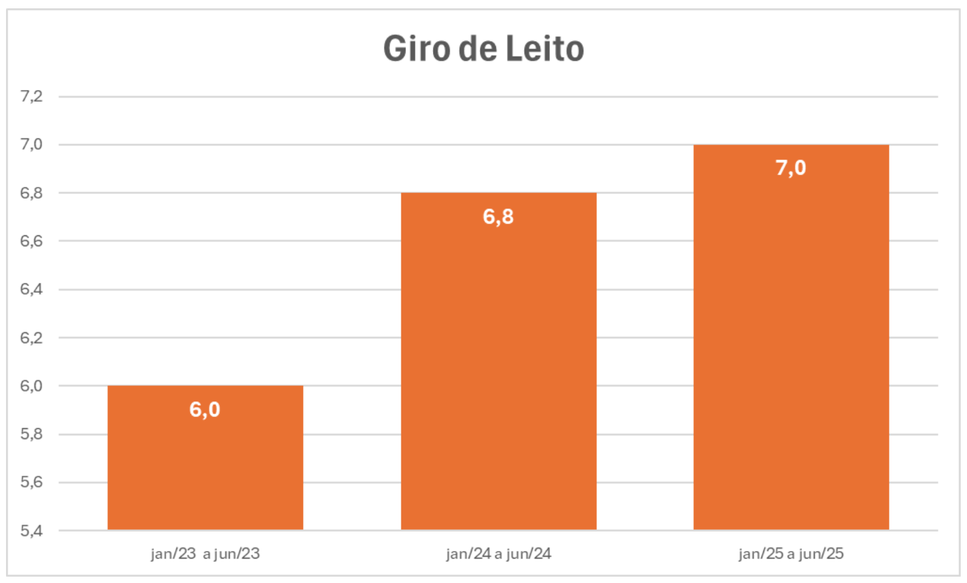
Equipe do Command Center Fase 02 (Gerência Administrativa, Coordenação, Núcleo Interno de Regulação e Planejamento e Controle da Produção).

RESULTADOS

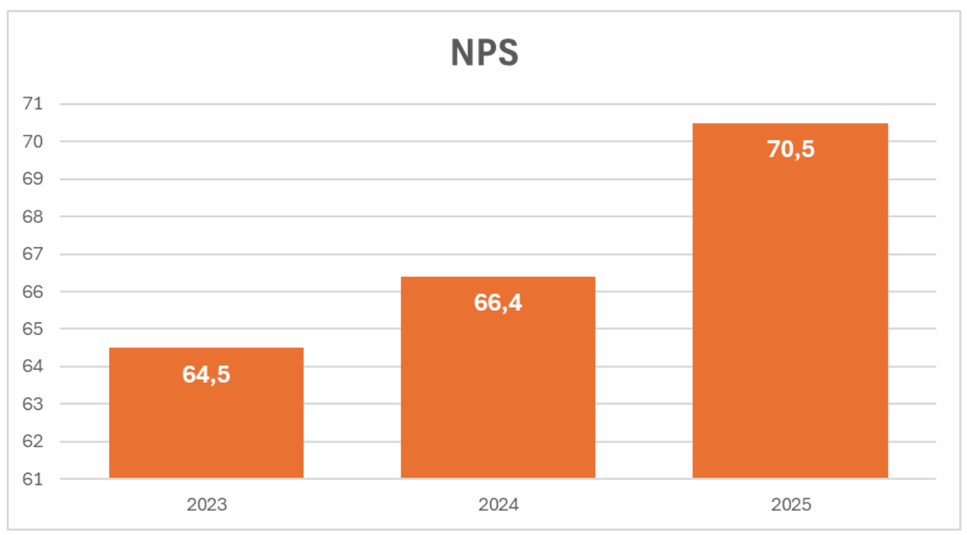
Redução média de 5h42 no tempo de espera por leitos no Pronto Socorro (agosto/2024 a junho/2025); Aumento do índice giro de leitos no período de janeiro a junho (2023) de 6,0 para 7,0 no mesmo período de 2025; Tomada de decisão mais ágil e baseada em dados; Utilização dos dados do Command Center em reuniões diárias (Daily) e de alinhamento (Huddle), promovendo governança e integração entre áreas.



Redução no tempo de espera por leito no Pronto Socorro, no período de agosto de 2024 até junho de 2025, com o monitoramento estratégico pelo Command Center..



Giro de leitos no primeiro semestre de 2023 e o aumento da eficiência operacional, observada à partir de 2024, com a atuação estratégica do Command Center.



Resultado do Net Promoter Score (NPS) em 2023, antes da implementação do Command Center e o seu impacto positivo na experiência do paciente à partir de 2024 com a consolidação do monitoramento estratégico desse setor.

CONCLUSÕES

A iniciativa gerou ganhos operacionais mensuráveis e fortaleceu a governança estratégica. Trata-se de um modelo disruptivo, escalável e replicável, com potencial de transformar a gestão hospitalar em diferentes contextos, contribuindo para a inovação na saúde.

REFERÊNCIAS

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Command Center Hospitalar – Case de Implementação. Apresentação interna, São Paulo, 2023.
COSTA, Adriana M.; OLIVEIRA, Marcos A. O papel da transformação digital no gerenciamento do fluxo de leitos nos hospitais. Revista Administração da Mackenzie (RAM), São Paulo, v. 25, n. 2, 2024. Disponível em: https://alumnicoppead.com.br/transformacao-digital-hospitalar/. Acesso em: 30 jun. 2025.

INTELIGÊNCIA DE DADOS APLICADA A GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA

Pontes, T. R., Coelho, K. C

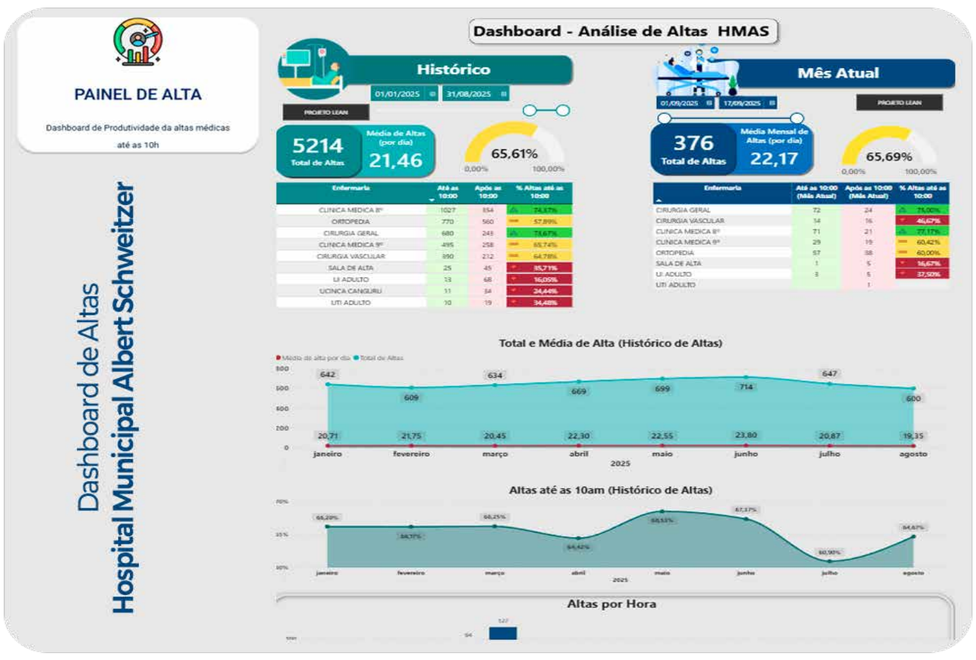
INTRODUÇÃO

A transformação digital na saúde pública tem sido crucial diante da sobrecarga dos sistemas. No Hospital Municipal Albert Schweitzer, o projeto Data Care integrou gestão hospitalar e inteligência de dados para transformar informações clínicas e operacionais em ações estratégicas. A iniciativa criou base para uso futuro de IA, com foco na eficiência assistencial e na tomada de decisões rápidas, salvando vidas com soluções de baixíssimo custo.

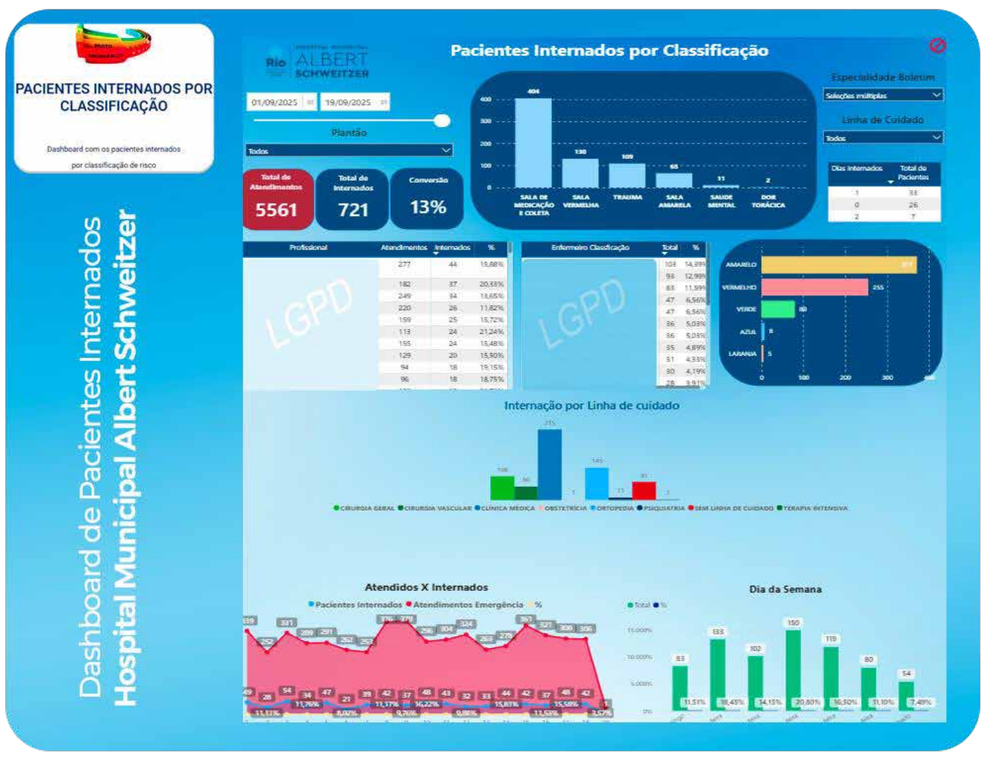
METODOLOGIA

Para concretizar essa transformação, foram aplicadas inovações nas seguintes frentes:

- Desenvolvimento de dashboards inteligentes com atualização em tempo real, usando tecnologias de BI personalizadas;
- Coleta automatizada de dados clínicos, operacionais e financeiros, mesmo diante de limitações do sistema TIMED (que não possui acesso nativo ao banco de dados);
- Criação de algoritmos de rastreamento de gargalos assistenciais, como superlotação, tempo de espera, tempo de permanência e consumo de recursos;
- Visualização de indicadores assistenciais e administrativos em uma única plataforma acessível para gestores, com foco na tomada de decisão rápida;
- Base estruturada para a aplicação futura de IA, com dados tratados e padronizados que alimentam modelos analíticos e preditivos.



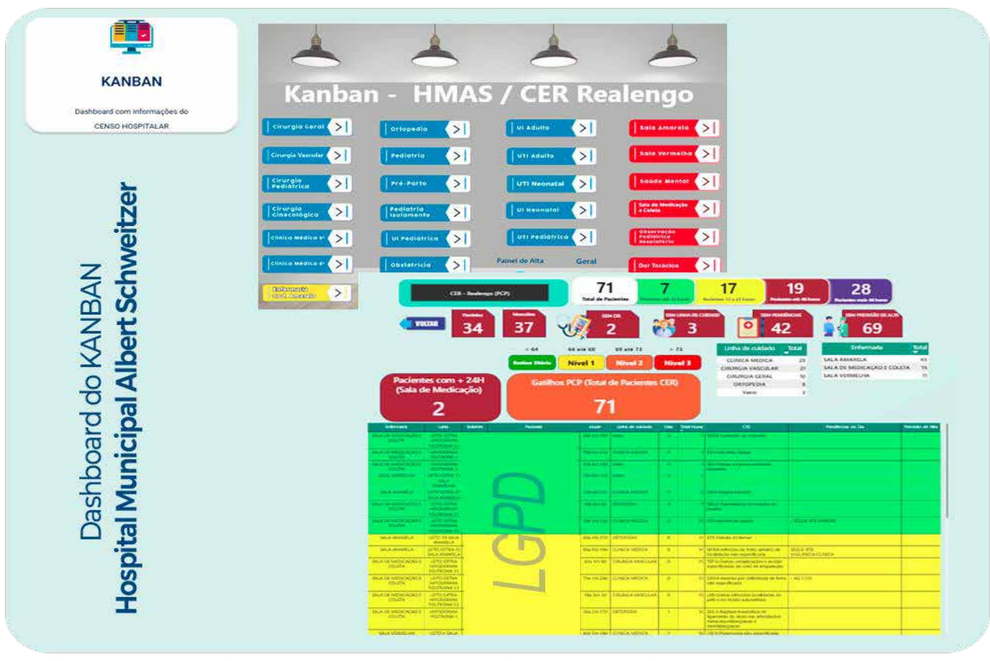
Dashboard de produtividade médica que acompanha em tempo real o fluxo de altas até as 10h, por setor e especialidade.



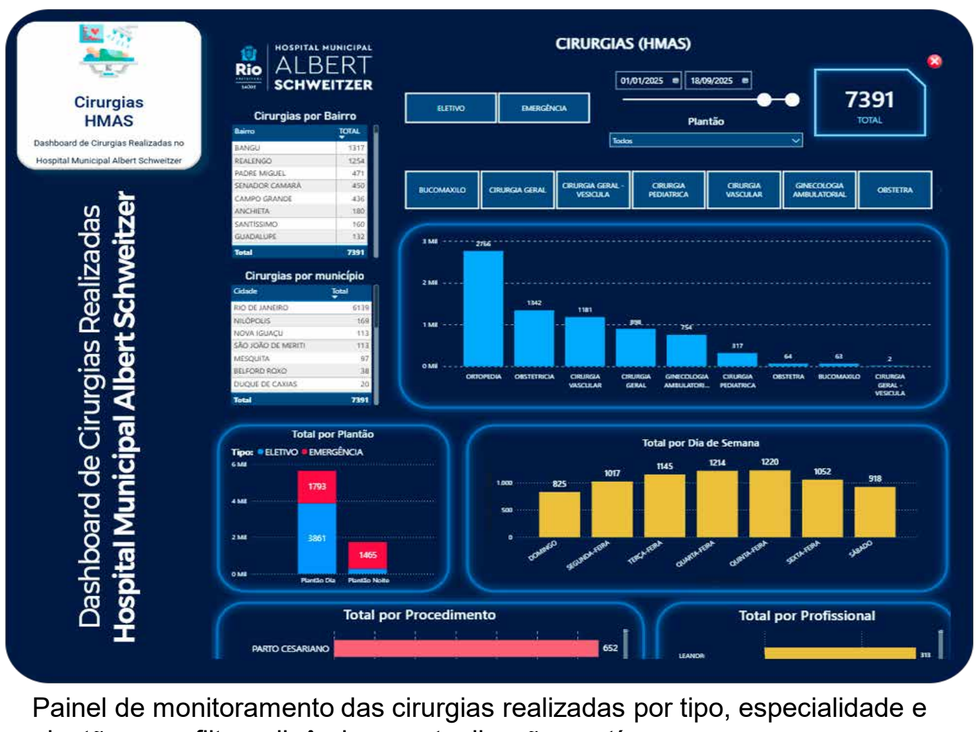
Painel que apresenta em tempo real o perfil de internações por classificação de risco, linha de cuidado e especialidade.

RESULTADOS

- ✓ **100% dos dashboards automatizados**, eliminando controles manuais.
- ✓ **Redução de até 20%** no tempo médio de internação.
- ✓ **Aumento de 33,7%** nos atendimentos de emergência entre 2021 e 2025.
- ✓ **Sistema de alertas automatizados** e decisões **em tempo real**.
- ✓ **Fundamentação de modelo escalável de IA** para prever picos de demanda, detectar riscos e monitorar insumos.
- ✓ **Todos os avanços foram conquistados com baixíssimo custo** e impacto direto na segurança dos pacientes.



Painel digital integrado ao censo hospitalar, com atualização em tempo real, para acompanhamento de pacientes e gestão de leitos.



Painel de monitoramento das cirurgias realizadas por tipo, especialidade e plantão, com filtros dinâmicos e atualização contínua.

CONCLUSÕES

Mesmo diante de limitações do sistema de prontuário eletrônico e com investimentos reduzidos, o desenvolvimento próprio do projeto Data Care demonstrou que é possível promover inovação real na saúde pública.

A solução provou ser escalável e replicável em qualquer unidade hospitalar, pública ou privada, independentemente do sistema utilizado, consolidando-se como um modelo de baixo custo e alto impacto.

O resultado foi a melhoria da assistência ao paciente, com decisões mais rápidas, redução de tempo de internação e maior eficiência operacional — avanços que não apenas otimizam recursos, mas também podem significar vidas salvas.

REFERÊNCIAS

Hospital digital transformation: Implementation of a dashboard for advanced management in an Intensive Care Unit (ICU)" — Souza, T. M. F. de; Oliveira, L. P. de; Lira Neto, R. E.; Hékis, H. R
Business Intelligence no apoio à gestão estratégica em saúde: um relato de experiência" — Melchior, L. A. K. et al.
Clinical and economic impact of digital dashboards on hospital inpatient care: a systematic review

DIGITALIZAÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE: EFICIÊNCIA, SUSTENTABILIDADE E EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL CEMA

Aline Corbeta, Eliana Santana, Miriã do Nascimento e Walter Lira.

INTRODUÇÃO

Diante da necessidade de aprimorar a eficiência operacional e reduzir desperdícios nos processos internos, especialmente em um ambiente hospitalar altamente dinâmico, foi iniciado um processo digital estratégico em duas frentes principais: Departamento Pessoal e Setor de Laudos. A iniciativa teve como foco a eliminação do uso excessivo de papel por meio da implantação dos sistemas informatizados, contribuindo para sustentabilidade, agilidade e economia.

METODOLOGIA

Mapeamento dos processos críticos

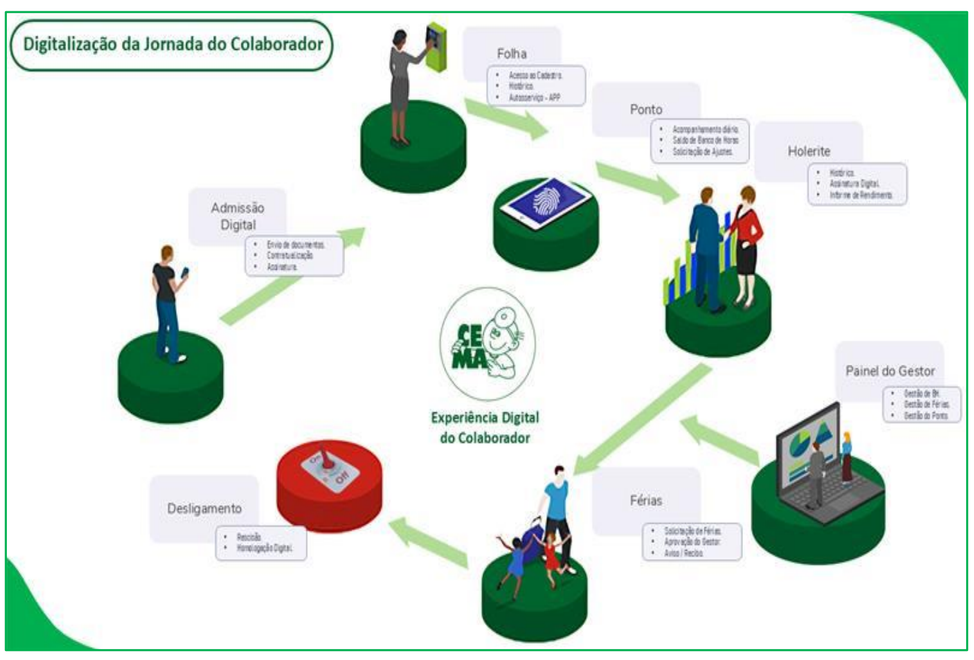
• Levantamento detalhado das rotinas de admissão, experiência de colaboradores e de emissão de laudos médicos.

• Identificação dos pontos de maior consumo de papel, retrabalho e tempo de processamento.

Implantação de soluções digitais

• No **Departamento Pessoal**, a adoção do **novo APP** para os colaboradores, integrou a nossa admissão digital, holerite, recibos de férias, ponto, saldo de banco de horas e programação de férias.

• No **Setor de Laudos**, implementação do sistema **RIS/PACs**, eliminando a impressão física de exames e permitindo disponibilização digital segura.



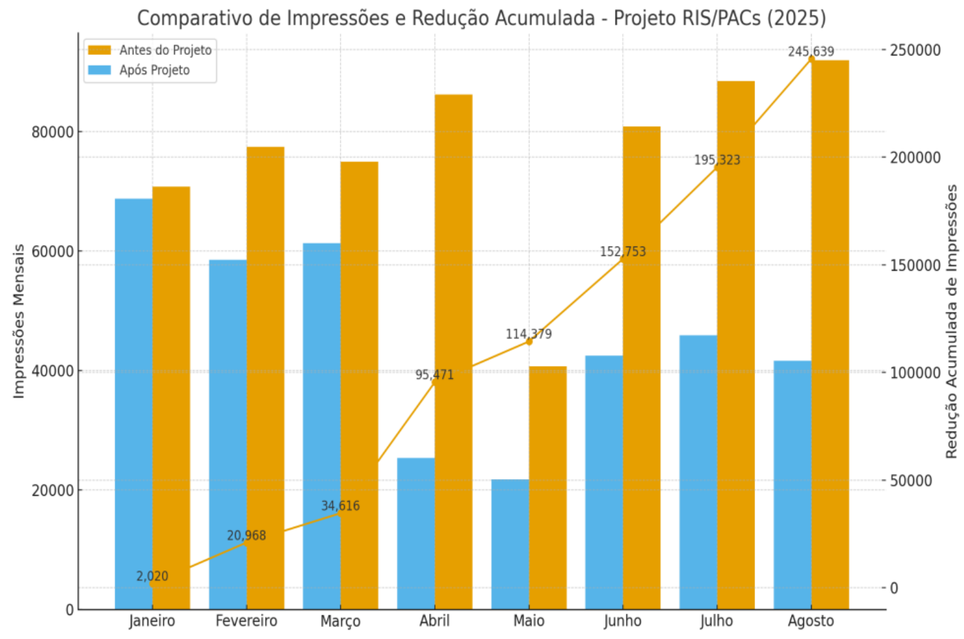
Digitalização da jornada do colaborador no CEMA: transformando processos em experiências ágeis, integradas e digitais.

Fluxo otimizado e integrado do processo de resultados, imagens e laudos de exames.

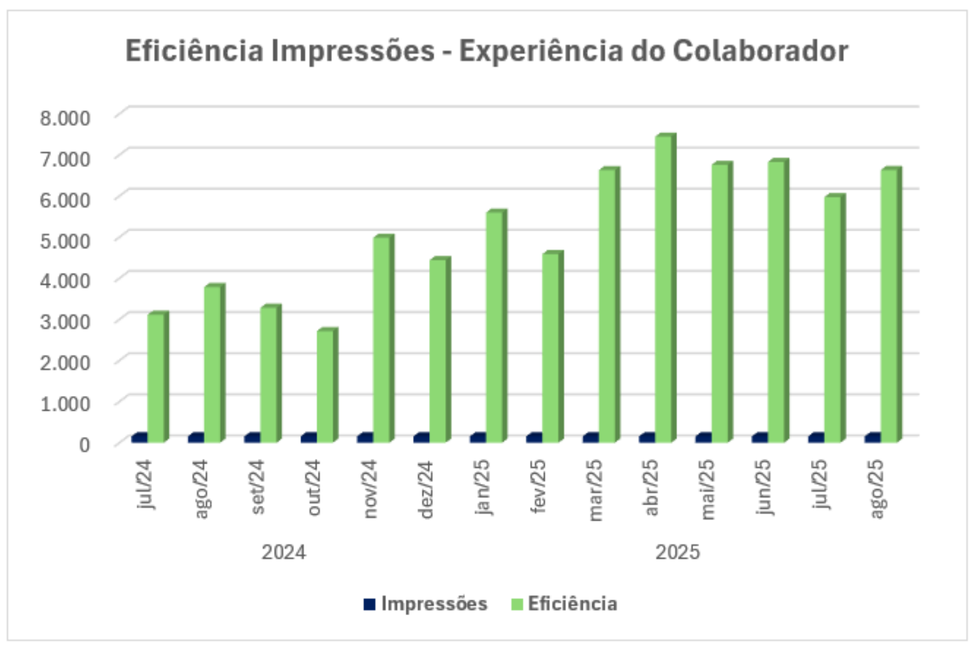
RESULTADOS

Reduzimos o processo de admissão de **7–10 dias para apenas 2 dias**, alcançando maior agilidade no processo. Com a transformação digital, eliminamos o uso de **72.628 páginas de sulfite ao ano**, reforçando nosso compromisso com a sustentabilidade. Essa evolução coloca o colaborador no centro, oferecendo acesso rápido e seguro ao holerite, avisos e recibos de férias, saldo do banco de horas, assinatura do ponto digital, programação de férias e admissão digital, tudo na palma da mão.

No setor de Laudos e Exames, a implantação do sistema **RIS/PACs** foi iniciada em janeiro de 2025, de forma gradual por unidade. Atualmente, cerca de 70% dos exames já estão integrados ao sistema, o que tem permitido uma redução consistente no volume de impressões. Essa transformação resultou em um ganho expressivo de eficiência, com redução acumulada de 40,2% nas impressões, conforme demonstrado no gráfico.



Antes do Projeto (2024): 611.351 Impressões
Após o Projeto (2025): 365.718 Impressões
Redução Percentual: 40.2%



No acumulado, alcançamos a marca de 72.628 páginas de sulfite ao ano que deixaram de ser utilizadas, refletindo ganhos de eficiência e sustentabilidade.

CONCLUSÕES

A digitalização estratégica reduziu o processo de admissão de 7–10 dias para 2 dias.
No Departamento Pessoal, os colaboradores passaram a acessar de forma digital e segura holerite, férias, banco de horas e ponto.
No Setor de Laudos, os pacientes tiveram sua experiência aprimorada com exames digitais e mais agilidade no atendimento, gerando também um maior controle de segurança e processo dos dados.
Mais do que economia, o projeto consolidou eficiência, sustentabilidade e inovação na gestão hospitalar gerando uma redução no total de **318.261** páginas por ano.

REFERÊNCIAS

HIMSS. *Digital Imaging Adoption Model (DIAM) – Criteria*. Chicago: HIMSS, 2021. Disponível em: himss.org. (himss-diam-criteria.pdf)

GORDILHO, Roberto. *Maturidade de gestão hospitalar e transformação digital*. Salvador: Ledriprint, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/344249

Do Dado ao Cuidado: conectando informações, protegendo vidas

Suzini Leticia Werner, João Vitor Xavier

INTRODUÇÃO

Aferir sinais vitais é uma prática de grande impacto para assistência ao paciente. No Pronto Atendimento temos em média 350 pacientes circulando por dia no serviço, a aferição manual de sinais vitais para todos esses pacientes antes do desfecho se tornava inviável por conta do tempo dedicado a essa atividade. Sendo assim, os objetivos do projeto são: otimização do tempo, alerta precoce do risco de deterioração clínica, monitoramento da dor e da resposta a medicação, além da eliminação dos processos manuais do negócio. O projeto torna o processo mais eficiente e seguro.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada no Pronto Atendimento Adulto de um hospital privado localizado no litoral do estado de Santa Catarina, no período de 1º de novembro de 2024 a 31 de março de 2025. Trata-se de uma investigação de abordagem quanti-qualitativa, com caráter explicativo. O estudo consistiu em uma análise documental e observacional dos atendimentos a pacientes classificados como urgentes e pouco urgentes, conforme o Protocolo de Manchester, que foram encaminhados à sala de medicação. Observou-se que, em diversos casos, o desfecho do atendimento ocorria sem a aferição ou registro dos sinais vitais, sendo baseado unicamente no relato subjetivo de melhora clínica por parte do paciente. Essa prática fragilizava o processo assistencial, tornando-o impreciso e potencialmente inseguro, o que, por sua vez, contribuía para o retorno precoce ao serviço de urgência com a mesma queixa, gerando insatisfação do paciente e sobrecarga no atendimento — fatores que poderiam ser evitados com uma abordagem mais estruturada e objetiva já no primeiro contato.

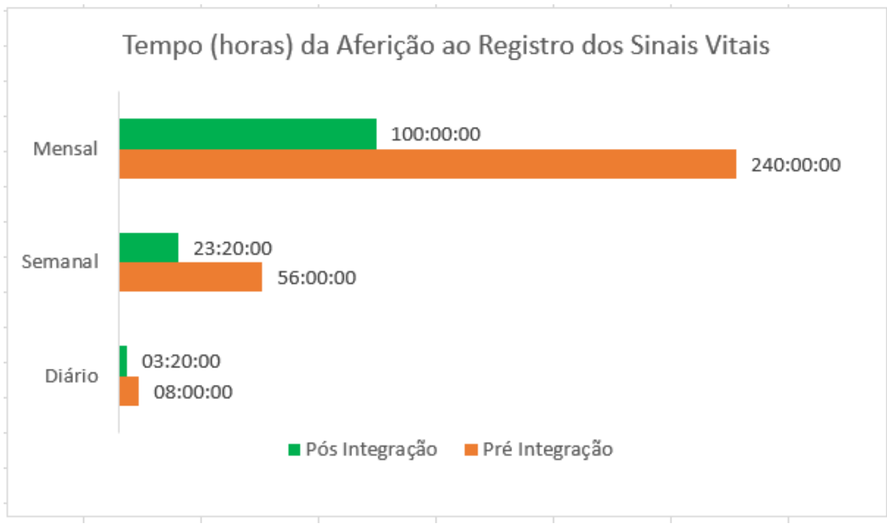
RESULTADOS

Originou-se o projeto de integração de sinais vitais através do Hillrom Connex Spot Monitor, um monitor multiparâmetro portátil, o mesmo é capaz de aferir os seguinte sinais vitais: avaliação do nível de consciência, avaliação da dor, aferição da pressão arterial, temperatura axilar, saturação de oxigênio, frequência respiratória, frequência cardíaca e se o paciente faz uso de oxigênio suplementar. Realizava-se esse fluxo de forma manual, através de registro em papel ou através de foto do equipamento, em seguida dirigiam-se a uma estação de trabalho, acessavam o sistema (login, abertura do prontuário e localização do atendimento do paciente), registro dos sinais vitais e liberação da informação. Esse processo levava cerca de quatro minutos no melhor cenário, ou seja, estação de trabalho disponível, sem problemas na aferição.

Com o suporte constante do time da tecnologia da informação da Unimed Litoral, foi possível parametrizar uma integração EMR (Electronic Medical Records) de todos esses parâmetros para o Tasy. Com um leitor de código de barras, o usuário é capaz de se identificar como avaliador no monitor, identificar o seu paciente que será atendido e por fim realizar a aferição dos sinais e integração ao prontuário eletrônico. Entre novembro/2024 e março/2025, ocorreram 18.189 atendimentos com prescrição medicamentosa, média de 120/dia, totalizando 8h diárias, 56h semanais e 240h mensais dedicadas à atividade. Após a integração apurou-se os dados novamente, o tempo de assistência de enfermagem que antes era quatro minutos foi otimizado e passou a ser um minuto e quarenta segundos, uma redução de 58,25% no atendimento, reduzindo o processo pela metade da seguinte forma: identificar o profissional avaliador; identificar paciente, aferir sinais e enviar para o Tasy.

Consequentemente, com esses parâmetros listados, é possível realizar o calculo do escore de NEWS (National Early Warning Score) uma escala que avalia o risco de deterioração clínica em pacientes adultos, alertando a necessidade de maior cuidado com o doente. Através de uma trigger – uma trigger (ou gatilho) é um comando automático que é executado quando ocorre um evento específico em um banco de dados, como inserção, atualização ou exclusão de dados – conseguimos gerar também o cálculo, registro e liberação dessa escala dentro do prontuário do paciente, um processo que previamente não era realizado no pronto atendimento considerando o tempo necessário. Desta forma, com a integração dos sinais vitais no PEP e com o escore de deterioração gerado, foi eliminado vários processos manuais e agregado processos antes não realizados.

Monitor multiparâmetro portátil.



Esse gráfico demonstra o tempo da equipe para uma média de 120 pacientes dia (média de pacientes classificados como urgente e pouco urgente).

CONCLUSÕES

Com a implementação do projeto e a subsequente otimização do tempo da equipe de enfermagem, tornou-se viável o desenvolvimento de estratégias complementares voltadas à qualificação da jornada do paciente no pronto atendimento. Destacam-se, entre essas iniciativas, o monitoramento sistemático da dor e o registro da reavaliação dos sinais vitais após a administração de medicamentos e intervenções clínicas para queixas agudas. Atualmente, todos os pacientes classificados como Pouco Urgente ou Urgente (protocolo de Manchester) que recebem tratamento medicamentoso têm seus sinais vitais reavaliados, bem como o nível de dor monitorado. Essa prática tem contribuído significativamente para a assertividade terapêutica, permitindo ajustes clínicos em tempo oportuno, quando necessário, além de favorecer a percepção positiva dos usuários quanto à qualidade e segurança do atendimento recebido.

REFERÊNCIAS

Oliveira GN, Nogueira LS, Cruz DALM. Effect of the national early warning score on monitoring the vital signs of patients in the emergency room. Rev Esc Enferm USP. 2022;56(spe):e20210445. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0445en.

Do Processo à Prática: Coleta Integrada de Dados para Avaliação de Valor e Desfechos Clínicos em Cirurgias Ortopédicas

BARBOSA, Luciana G., TERCEIRO, Joyce A., MACEDO, Rafael I., MAFRA, Andrea DL

INTRODUÇÃO

Já não se questiona a relevância da mensuração de desfechos clínicos para o cuidado centrado no paciente, melhoria assistencial e modelos de saúde baseados em valor. O desafio está em obter dados fidedignos e consistentes, o que exige integração entre setores assistenciais, administrativos e de apoio.

Este trabalho descreve a estratégia de um hospital que estruturou fluxo colaborativo para coleta e registro padronizado de desfechos em artroplastias de quadril e joelho, assegurando integridade e completude das informações.

METODOLOGIA

A inclusão no Programa de Desfecho Clínico ocorre a partir do cadastro no prontuário eletrônico, pelo Núcleo de Agendamento de Cirurgias, que gera um CDPF (código de pessoa física). Para pacientes com procedimentos agendados com códigos pré-definidos uma regra no sistema dispara um SMS com link para um questionário online (SurveyMonkey ®), contendo questionários de funcionalidade de qualidade de vida (EQ-5D (EuroQol), EQVAS, HOOS/KOOS). Como o acesso a links tem sido uma prática cada vez mais evitada pela população, pelo crescente numero de fraudes, a equipe da Pré-internação envia também um vídeo explicativo sobre o Programa, reforçando a necessidade de preenchimento do questionário. A equipe da Qualidade extrai os dados do SurveyMonkey® e os importa para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP - Tasy®).

Quando o paciente é internado, as equipes de Fisioterapia, de Enfermagem e Cirurgiões realizam suas avaliações iniciais em seus formulários estruturados, que carregam os dados previamente preenchidos pelos pacientes. O conjunto de dados gerados até o momento da alta hospitalar, compõem o chamado momento T0 (tempo 0).

A partir de abril de 2025, a equipe de Qualidade iniciou com a prática de visitar o paciente durante a internação, apresentando o Programa, tirando eventuais dúvidas e comunicando que serão realizados contatos telefônicos após a alta, em 90 (T90) e 365 dias (T365) após a cirurgia. Nessa ocasião, solicita também que o paciente cadastre os telefones institucionais em sua lista de contato do celular, para que as ligações pós alta sejam identificadas e não bloqueadas. Esses contatos são realizados pelo setor do voluntariado, supervisionados pelo setor de Qualidade e o paciente responde novamente aos questionários de qualidade de vida, funcionalidade, bem como seu nível de satisfação com o resultado cirúrgico e possíveis complicações nesse período. Os dados são preenchidos em formulários próprios no prontuário eletrônico.

O fluxo de coleta de dados está demonstrado na imagem abaixo:

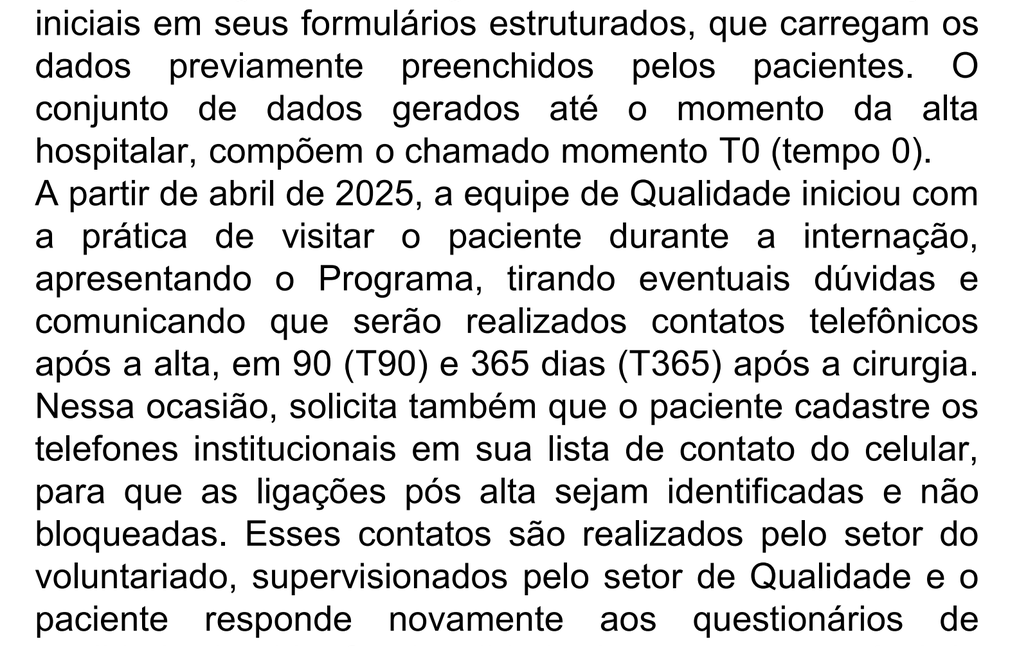


Figura 1: Fluxo estruturado e multidisciplinar para coleta de dados

Outra rotina automatizada a se destacar é um alerta via e-mail à equipe da Qualidade, enviado pelo sistema, quando o paciente do Programa é reinternado em nosso Hospital. Isso garante o acompanhamento mais estreito dos pacientes participantes.

RESULTADOS

A construção de um processo estruturado e multidisciplinar para coleta de dados reflete um avanço importante na consolidação da cultura de cuidado baseado em valor.

A integração entre Núcleo de Agendamento, Pré-internação, Qualidade, Fisioterapia, Enfermagem, Corpo Clínico e Voluntariado evidencia o esforço coletivo para garantir a completude dos dados e a consistência das informações no prontuário eletrônico. A utilização do CDPF como chave única, a automação no envio dos questionários e o uso de templates estruturados no prontuário eletrônico são estratégias que reduzem variabilidade e promovem rastreabilidade e segurança da informação.

A atuação da equipe da Pré-internação foi determinante para o aumento da taxa de adesão ao preenchimento dos escores pré-operatórios. Antes da intervenção, com envio exclusivo por SMS, a taxa de respostas era de 18%. Após a introdução do reforço via WhatsApp, acompanhado de vídeo explicativo sobre o Programa de Desfecho Clínico, essa taxa alcançou 76% (Figura 2).

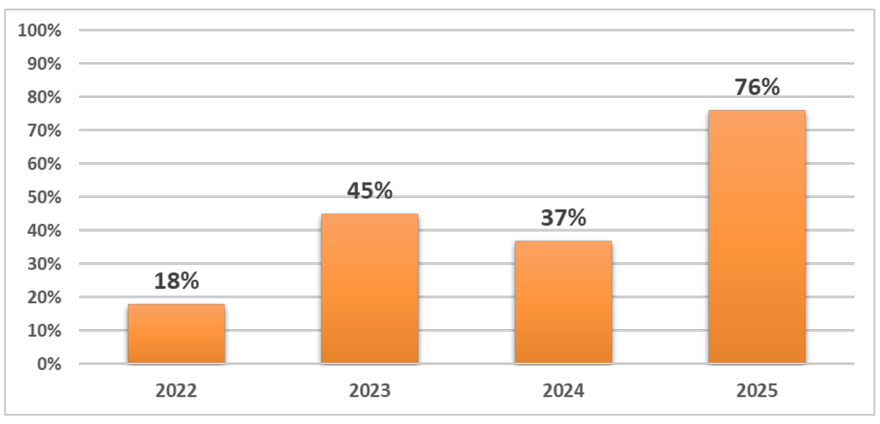


Figura 2: Taxa de resposta ao questionário pré-operatório enviado pela Pré-internação ao longo do tempo

A realização de visitas presenciais aos pacientes internados pelos profissionais vinculados ao Programa de Desfecho Clínico esteve associada a uma elevada taxa de sucesso nos contatos pós-alta (Figura 3). Esse achado reforça a efetividade da estratégia adotada e confere maior robustez e confiabilidade aos resultados obtidos.

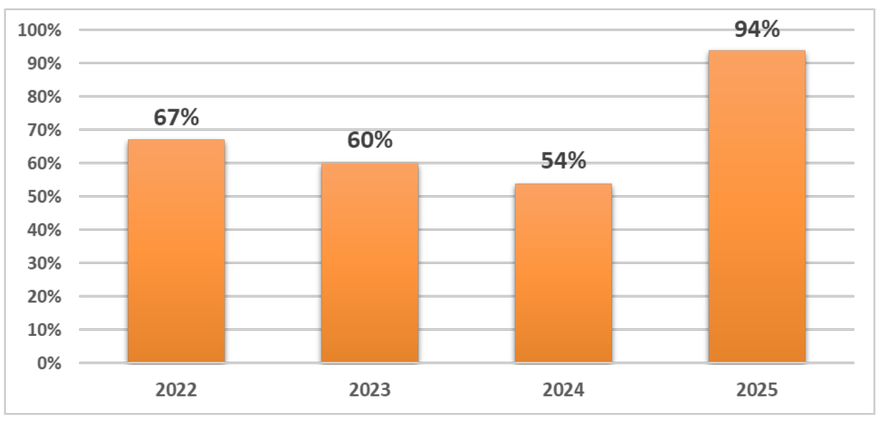


Figura 3: Taxa de sucesso no contato após 90 dias ao longo do tempo

Destaca-se o protagonismo do paciente, engajado ainda no período pré-internação por meio de canais digitais. O alerta de reinternação potencializa a vigilância ativa e favorece intervenções oportunas, assegurando a continuidade do cuidado. A principal limitação refere-se à dependência do correto preenchimento pelos diferentes profissionais e pacientes. Ainda assim, a robustez da metodologia e o uso de sistemas interoperáveis sustentam a prática.

CONCLUSÕES

A experiência demonstrou que a articulação entre equipes assistenciais, administrativas e de apoio permitiu não apenas a construção de uma base sólida de informações no prontuário eletrônico, mas também o fortalecimento da cultura institucional centrada no paciente e baseada em valor.

Com esse modelo, o hospital avança na consolidação de uma prática assistencial orientada por dados, capaz de gerar conhecimento, melhorar a tomada de decisão clínica e avaliar o impacto real das intervenções na vida dos pacientes, podendo ser utilizada em larga escala.

REFERÊNCIAS

• Merino M, Del Barrio J, Nuño R, Errea M. Value-based digital health: A systematic literature review of the value elements of digital health care. Digit Health. 2024 Oct 13;10:20552076241277438. doi: 10.1177/20552076241277438. PMID: 39403712; PMCID: PMC11472372.
• Zhang L, Bullen C, Chen J. Digital Health Innovations to Catalyze the Transition to Value-Based Health Care. JMIR Med Inform 2025;13:e57385. doi: 10.2196/57385. PMID: 39864959; PMCID: 11769777
• Aldosari B. Information Technology and Value-Based Healthcare Systems: A Strategy and Framework. Cureus. 2024 Feb 7;16(2):e53760. doi: 10.7759/cureus.53760. PMID: 38465150; PMCID: PMC10921131.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO E SEGURANÇA DE USO DE UM MEDIDOR AUTOMATIZADO DE DIURESE: EVIDÊNCIAS DE USABILIDADE

Ana Cristina Beitia Kraemer Moraes[1], Larissa Oliveira Daneluz[2], Inês Moraes Hirdes[3], Tássia Pozzobon Felin[4]

INTRODUÇÃO

A mensuração automatizada da diurese é uma estratégia promissora para otimizar o manejo clínico em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), proporcionando maior precisão, rastreabilidade e redução de erros manuais.

Este estudo teve como objetivo avaliar a segurança, eficácia e usabilidade de dispositivos automatizados de medição da diurese por meio de revisão sistemática e da análise de um dispositivo nacional desenvolvido para a realidade hospitalar brasileira e avaliado pelo Laboratório de Usabilidade e Simulação da UCPEL.

METODOLOGIA

A revisão sistemática foi conduzida conforme as diretrizes PRISMA 2020. As buscas ocorreram entre janeiro e março de 2024, nas bases PubMed, Cochrane Library, Scopus e LILACS. Foram identificados 553 estudos, dos quais 15 atenderam aos critérios de inclusão (ensaios clínicos, estudos de validação ou testes de desempenho em UTIs).

Seguir os princípios das normas IEC 62366-1 e IEC 62366-1, ANVISA – RDC 546/2021, RDC Nº 185/2001, RDC 665/2022, RDC 751/2022, RDC 830/2023, RDC Nº 837/2023, ISO 9241-11:20218, ISO 14155:2020; e recomendações da FDA ANSI/AAMI/ISO 14971.

Paralelamente, realizou-se a avaliação de um dispositivo nacional de mensuração de diurese: Testes formativos → análise de interface, comandos e interação inicial com profissionais da UTI.

Testes sumativos → mensuração de desempenho em tarefas críticas (tempo, erros, falhas de operação). Ensaio clínico → comparação do dispositivo com métodos tradicionais, em ambiente hospitalar, verificando confiabilidade das medições.
A usabilidade foi mensurada por meio da escala System Usability Scale (SUS) e checklist de tarefas críticas.

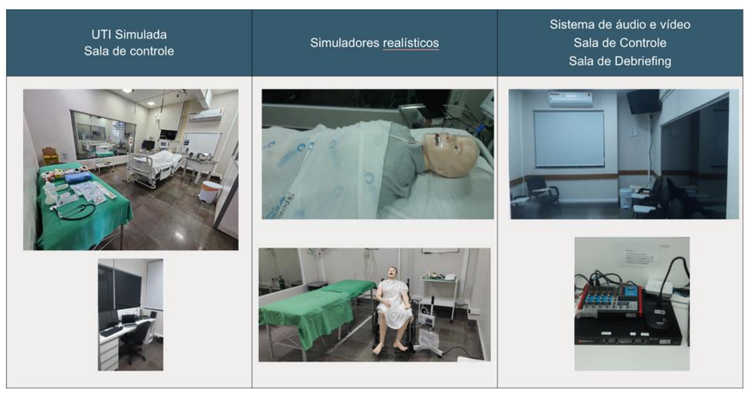


Figura 1. Laboratório de Usabilidade e Simulação. Cenários nas avaliações de usabilidade.

Figura 2. Equipamento medidor de diurese

Figura 3. Ensaio clínico com usuário pretendido em ambiente intra-hospitalar

RESULTADOS

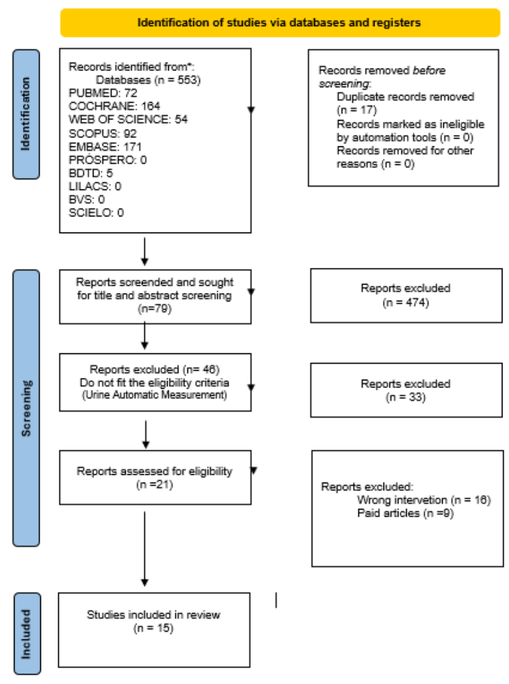


Figura 1 - PRISMA flowchart of the included studies. *PRISMA, Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses.*

Dispositivos automatizados: maior acurácia e precisão na mensuração da diurese, quando comparados ao método manual tradicional.

Evidenciou-se: redução da exposição ocupacional dos profissionais de saúde ao material biológico e menor risco de erros de transcrição.
Persistem barreiras à adoção em larga escala: necessidade de calibração periódica, limitações de integração com sistemas hospitalares e ausência de protocolos padronizados de treinamento.

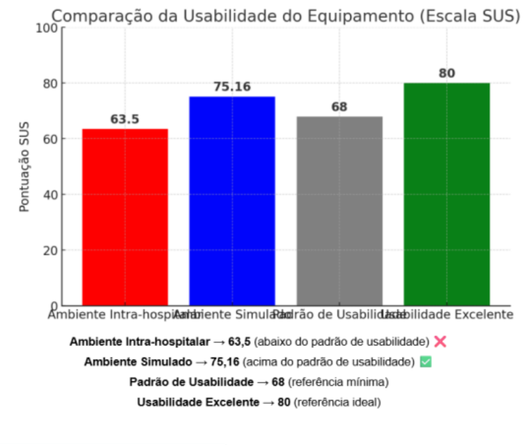
Avaliação formativa : falhas de uso como dificuldade em ligar/desligar o equipamento, leitura da tela, encaixe de componentes e identificação de ícones.

Avaliação sumativa (n=15), os usuários apresentaram bom desempenho geral, com média SUS de 75,16 .
Algumas tarefas, como drenagem da bolsa e verificação de troca de acessórios, apresentaram maior índice de dificuldade.

Ambiente clínico real, foi aplicado o SUS para avaliar a experiência de uso (n=15) obtendo-se queda na média SUS para 63,5.

No ensaio clínico (n=30) e na experiência de uso, a função **"drenar bolsa coletora"** foi bem executada,
Críticas à posição do suporte, visibilidade da tela e dificuldade para silenciar alarmes.
O uso real demonstrou que condições clínicas adversas influenciam a experiência de uso.

Figura 4.



CONCLUSÕES

A mensuração automatizada da diurese representa uma estratégia promissora para modernizar o monitoramento clínico em UTIs, oferecendo maior precisão, rastreabilidade e segurança ocupacional em comparação aos métodos tradicionais.

O dispositivo nacional avaliado apresentou desempenho satisfatório, com boa aceitação pelos profissionais de saúde e escore SUS positivo, configurando-se como uma alternativa viável e adaptada à realidade hospitalar brasileira, com potencial para contribuir com a eficiência assistencial e a qualidade do cuidado em terapia intensiva.
Entretanto, pontos críticos de melhoria na interface e no fluxo de tarefas foram identificados, fundamentais para reduzir erros operacionais.

A usabilidade se confirma como fator central não apenas para a adesão clínica, mas também para o processo regulatório e para a incorporação tecnológica no sistema de saúde.

Próximos etapas incluem:
- Estudos multicêntricos de maior escala;
- Integração com sistemas de prontuário eletrônico;
- Avaliação econômica para estimar impacto em custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097.
Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An empirical evaluation of the System Usability Scale (SUS). Int J Hum-Comput Interact. 2008;24(6):574–94.
International Organization for Standardization. ISO 9241-210: Ergonomics of human-system interaction – Human-centred design. Geneva: ISO; 2019.
Paiva AV, Nogueira FJ. Usabilidade e segurança de dispositivos automatizados de diurese: revisão sistemática e análise de dispositivo nacional. [Dados da pesquisa, 2024].
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 837, de 13 de dezembro de 2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000837. Acesso em: 11 fev. 2025.
AIYEGBUSI, O. L. Key methodological considerations for usability testing of electronic patient-reported outcome (ePRO) systems. *Qual Life Res.*, v. 29, p. 325-333, 2020. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02372-0.
BANGOR, A.; KORTUM, P.; MILLER, J. Determining what individual SUS scores mean: adding an adjective rating scale. *J. Usability Stud.*, v. 4, n. 3, p. 114-123, 2009.
BLACK, C. L. et al. Heuristic evaluation of portable pulse oximeters for domiciliary use: implications for its use in assessing medical device usability. *Smart Health*, v. 27, p. 100357, 2023. https://doi.org/10.1016/j.smhl.2022.100357.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Experiência e Aceitabilidade de Pacientes e Médicos de uma Cabine de Telemedicina: Estudo de Métodos Mistos

Caroline Villela Galvão de Franca; Jéssica Bassani Borges; Cleyton Zanardo de Oliveira; Edmundo Di Giaimo Caboclo

INTRODUÇÃO

Embora o acesso à saúde seja garantido por lei e reconhecido como um direito universal, sua efetivação no Brasil ainda enfrenta importantes desafios, como desigualdades geográficas. Nesse contexto, a telemedicina desponta como uma solução promissora para ampliar o acesso e qualificar o cuidado, especialmente em áreas remotas.

OBJETIVO

Avaliar a experiência através do Net Promoter Score (NPS) e a usabilidade através do System Usability Scale (SUS) de cabines de telemedicina equipadas com dispositivos médicos integrados, sob a perspectiva de pacientes e médicos, identificando barreiras e facilitadores à adoção dessa inovação no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

RESULTADOS

PACIENTES ASSINTOMÁTICOS (FASE 1)

40 pacientes:
Idade média de 37,9 anos
Sexo feminino
Brancos (as)
Casados (as)
Ensino superior
Nível socioeconômico elevado
Sem atuação profissional assistencial

SUS MÉDIO
84,9 (A+)

NPS MÉDIO
9,6

87,5% com SUS ≥ 68 → aceitabilidade alta

PACIENTES SINTOMÁTICOS (FASE 2)

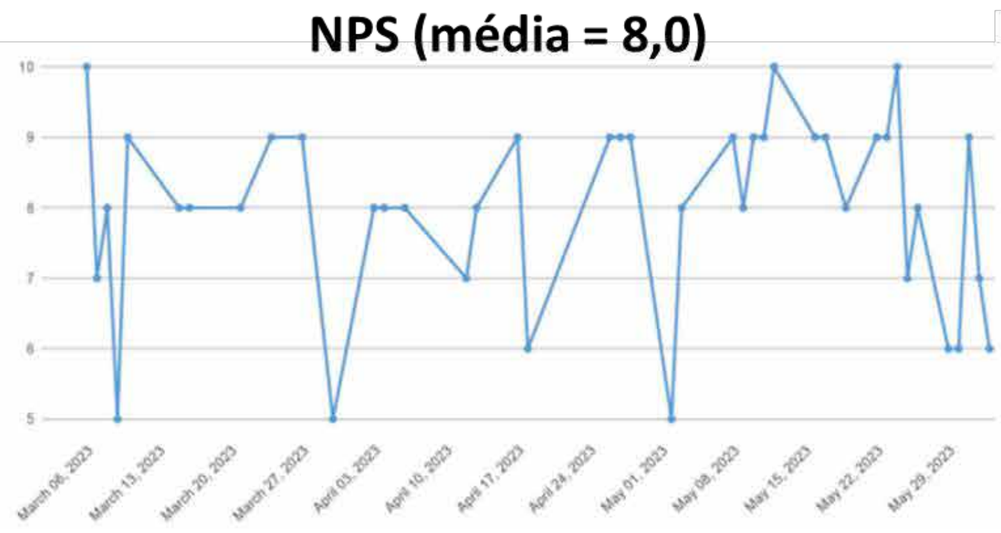
189 pacientes:
Idade média de 35,1 anos
Sexo feminino
Brancos (as)
Solteiros (as)
Ensino médio completo
Renda familiar de até 3 salários mínimos
Sem atuação profissional assistencial

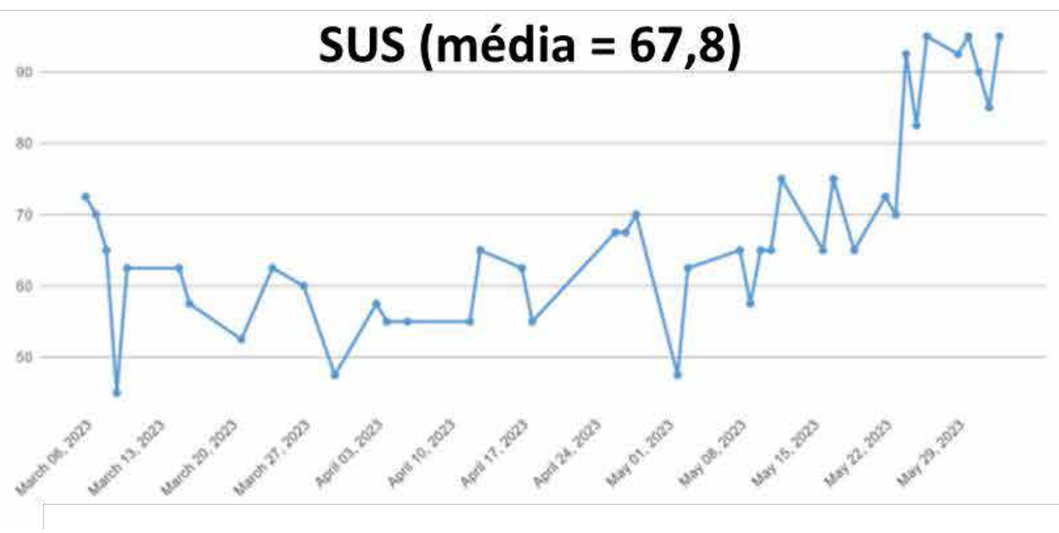
SUS MÉDIO
86,0 (A+)

NPS MÉDIO
9,4

88,8% com SUS ≥ 68 → aceitabilidade alta

EVOLUÇÃO DA RESPOSTA MÉDICA POR DIA





CONCLUSÕES

- Alta aceitação independente do perfil socioeconômico
- Boa receptividade à tecnologia
- Viável para ampliar acesso a saúde e apoiar políticas públicas
- Necessidade de treinamento profissional e melhorias técnicas

REFERÊNCIAS

Brooke J. SUS - A quick and dirty usability scale. Usability Eval Ind. 1996;189(194):4–7. Available from: http://hell.meiert.org/core/pdf/sus.pdf

Sauro J, Lewis JR, Quantifying the user experience: Practical statistics for user research: Morgan Kaufmann; 2016. ISBN: 978-0-12-802308-2.

Baudier P, Kondrateva G, Ammi C. The future of Telemedicine Cabin? The case of the French students' acceptability. Futures 2020;122:102595.

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

GESTÃO INTEGRADA DE LEITOS E ALTA SEGURA: EFICIÊNCIA OPERACIONAL COM FOCO NA CONTINUIDADE DO CUIDADO

Márcia Beatriz Schneider

INTRODUÇÃO

A crescente pressão sobre os recursos hospitalares exige modelos de gestão que integrem eficiência e inovação para ampliar o acesso de pacientes.

A implantação de uma metodologia de gestão integrada de leitos, conectada ao projeto de Alta Segura, possibilitou a otimização da capacidade instalada, a melhoria dos fluxos assistenciais e a continuidade do cuidado.

A articulação entre a regulação interna e uma equipe multiprofissional que acompanha o paciente desde a admissão até o domicílio representa uma mudança estratégica que alia resolutividade, qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde.

METODOLOGIA

O projeto teve início em janeiro de 2023 e está ativo até hoje, com a criação de um modelo de gestão de leitos com foco em eficiência e previsibilidade, baseado em painéis de monitoramento em tempo real e auditoria ativa do tempo de permanência.

O Núcleo Interno de Regulação passou a atuar de forma proativa, utilizando indicadores para antecipar altas e organizar admissões. Em paralelo, o projeto de Alta Segura foi implementado com abordagem multidisciplinar desde o momento da internação, com definição precoce do plano terapêutico, acompanhamento diário da evolução clínica e articulação com a equipe de transição de cuidados.

A continuidade do cuidado foi garantida com o contato pós-alta com o paciente, por meio de ligação telefônica e integração com a rede de atenção e serviços da própria instituição.

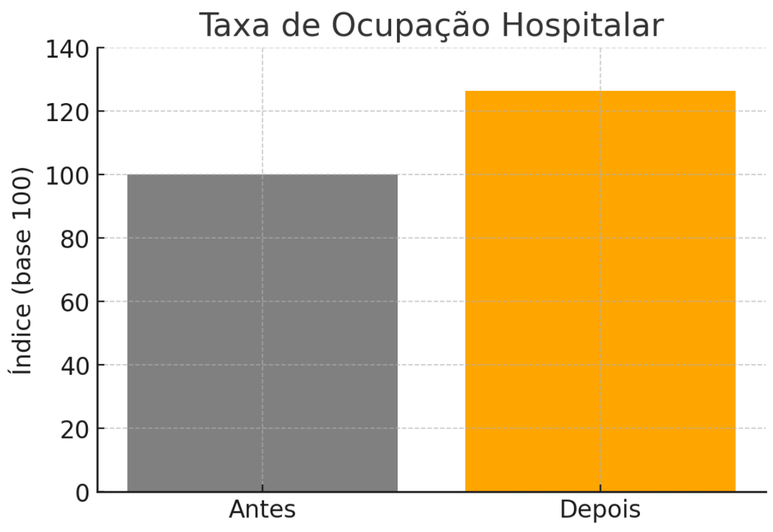


Gráfico representativo percentual de aumento ocupação hospitalar;

RESULTADOS

A implantação do projeto de adoção da gestão integrada de leitos, resultou em um aumento no giro mensal por leito de 19,42%, diminuição do intervalo de substituição de leitos de 62% e ocupação hospitalar com aumento de 26,54%, representando um ganho de eficiência estrutural.

A redução do intervalo entre altas e novas admissões, decorrente da padronização de processos e a atuação em tempo real do núcleo regulador. A taxa média de ocupação hospitalar alcançou 81,57%, reforçando a sustentabilidade do modelo.

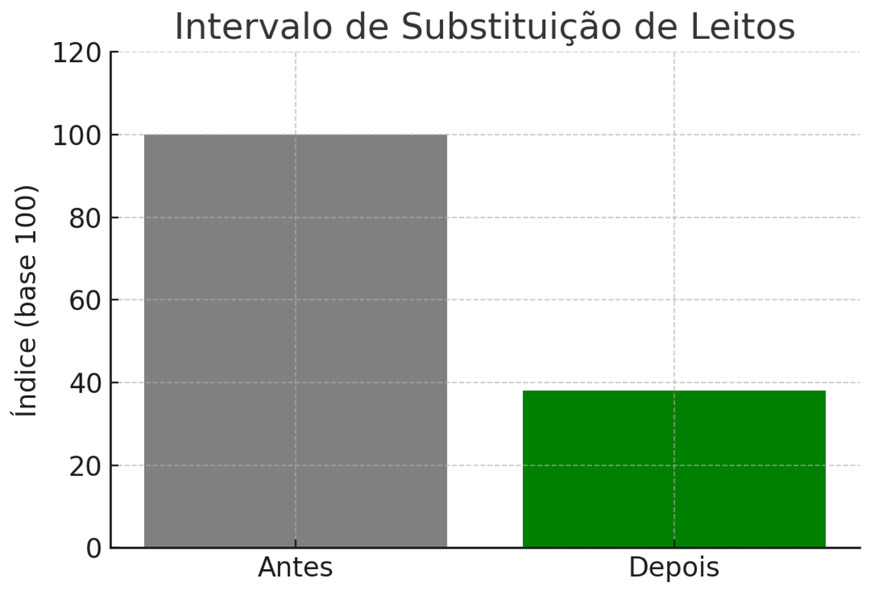


Gráfico percentual de diminuição do intervalo de substituição;

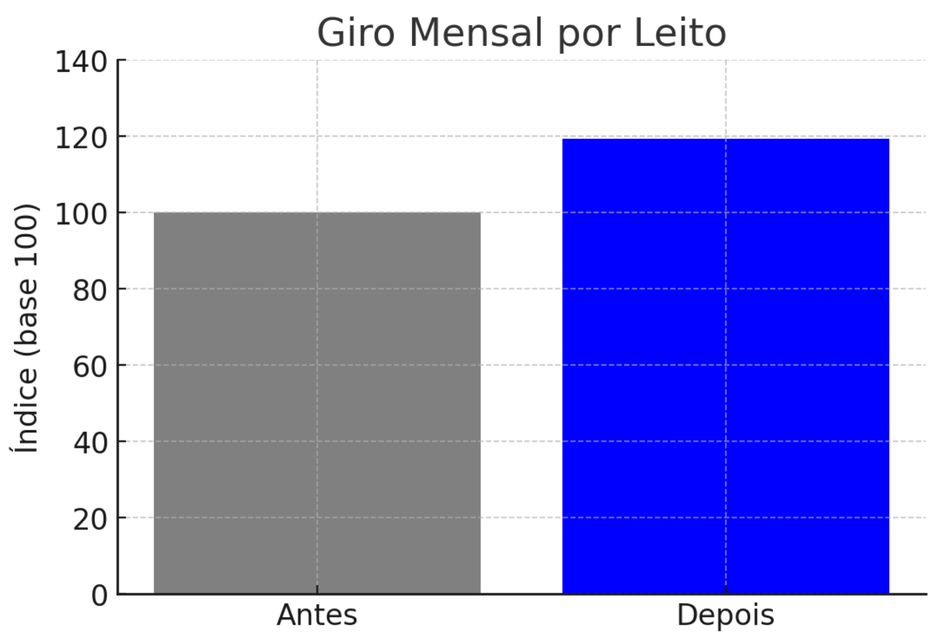


Gráfico representativo percentual de aumento giro de leitos;

CONCLUSÕES

A integração com o projeto de Alta Segura permitiu uma transição de cuidado mais eficiente e segura, com redução nas reinternações evitáveis e ampliação do vínculo com os pacientes

REFERÊNCIAS

Machado, D. de Castro et al. *A otimização do processo de gerenciamento de leitos e fatores que interferem na alta hospitalar* (Saúde Coletiva, 2019). Analisa os motivos que impactam alta e gerenciamento de leitos.

Wasgen, A. M. *O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar*. Rev. Hospitalidade, 2019. Propõe modelo teórico para gestão de leitos.

GUARDIÃO DA QUALIDADE: COMO A IA TRANSFORMOU A EDUCAÇÃO SETORIAL EM UMA JORNADA DE EXCELÊNCIA.

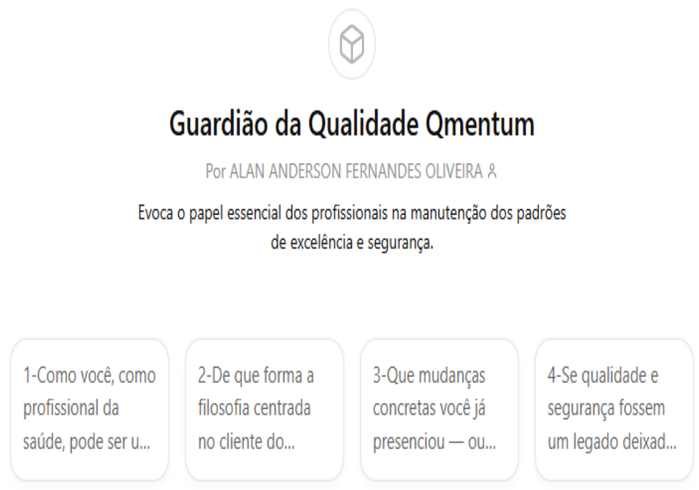
Alan Anderson Fernandes Oliveira , Fabiola Campos Sales

INTRODUÇÃO

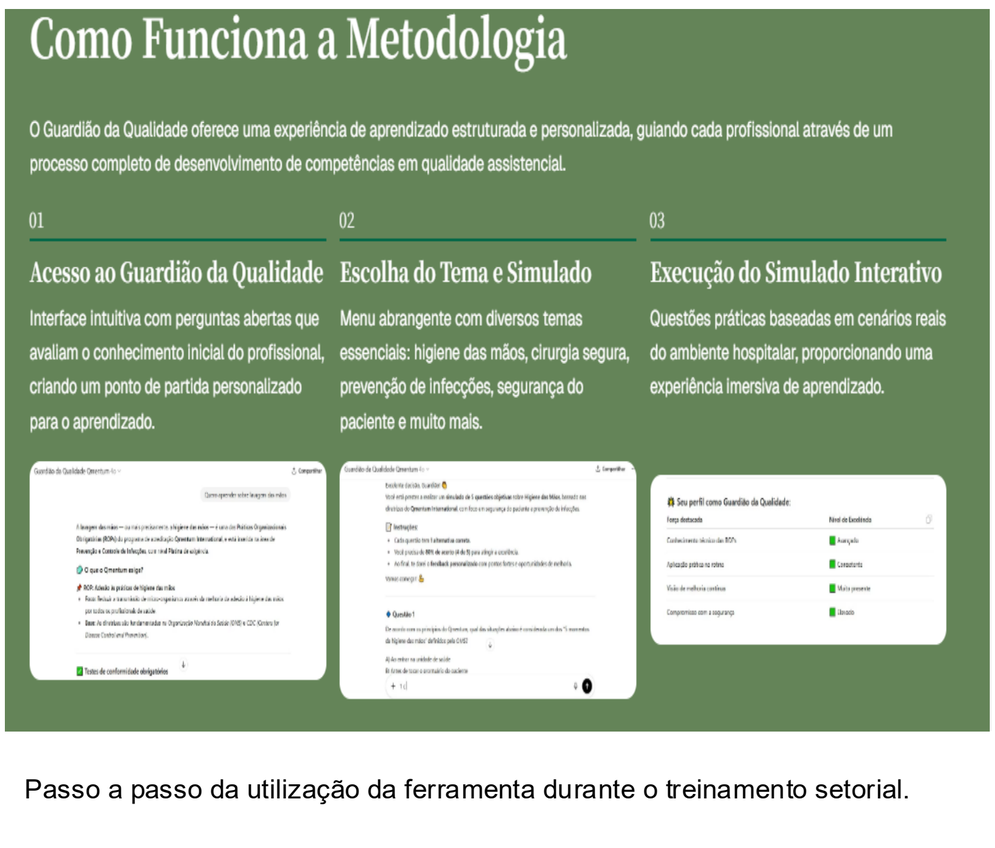
A alta ocupação do Hospital Mater Dei Goiânia dificultava a capacitação presencial sobre a metodologia de acreditação Qmentum. Para mitigar esse gargalo, implantou-se o “Guardião da Qualidade Qmentum”, agente de IA generativa treinado nos manuais, capaz de oferecer microtreinamentos e quizzes personalizados em tempo real. **OBJETIVO:** Avaliar a efetividade do uso estratégico de IA na educação corporativa setorial, mensurando desempenho, eficiência operacional e satisfação dos colaboradores.

METODOLOGIA

Estudo piloto prospectivo (junho e julho/2025) com 50 profissionais de Pronto-Socorro, CTI Adulto, Unidade de Internação, UTIN/UTIP e Recursos Humanos. Após tutorial breve realizado por um facilitador humano, cada participante realizou uma breve discussão com o agente de IA sobre o tema escolhido e em seguida foi submetido a um quiz online de cinco questões. Excelência Qmentum foi definida como ≥ 80 % de acertos. A plataforma registrou tempo de conclusão, gerou feedbacks individualizados e aplicou questionário de usabilidade (Likert 1–5).



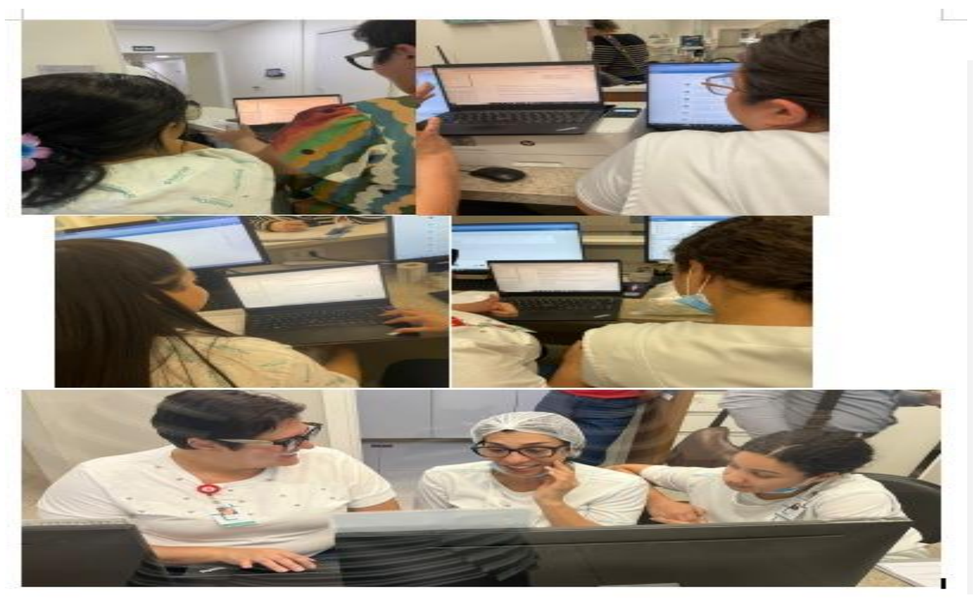
Tela inicial do Agente de IA (Construído com Chatgpt – Ferramenta GPTs)



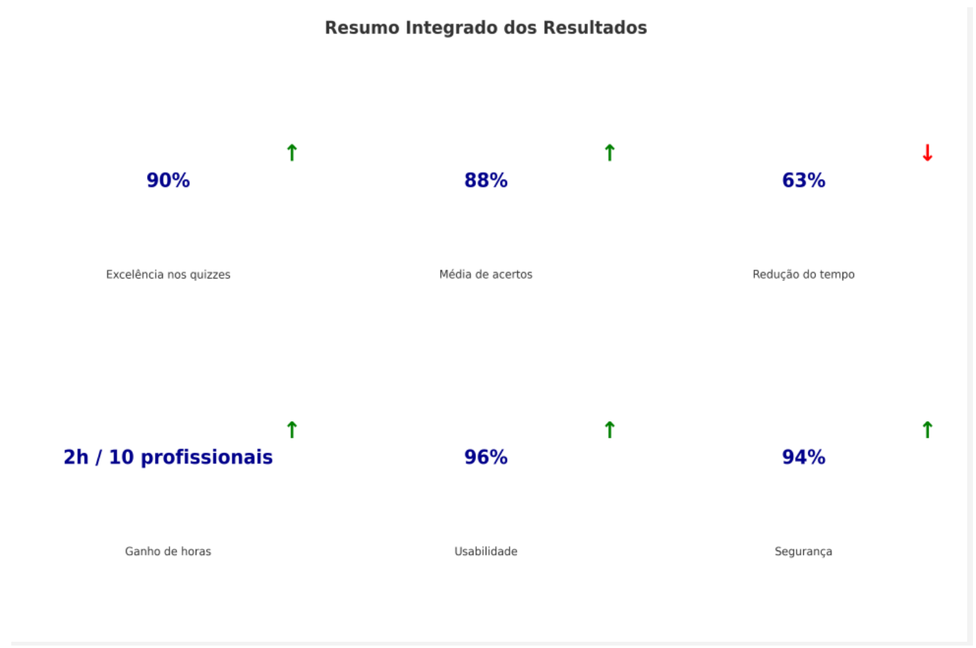
Passo a passo da utilização da ferramenta durante o treinamento setorial.

RESULTADOS

RESULTADOS: Participaram 50 colaboradores de setores assistenciais e administrativos. Destes, 45 (90%) atingiram excelência (≥80% de acertos) nos quizzes personalizados. A média de acertos foi de 4,4 em 5 (88%). O tempo médio de conclusão foi de 7 minutos, representando redução de 63% em relação ao modelo presencial. Houve ganho estimado de 2 horas por grupo de 10 profissionais. Em pesquisa de usabilidade, 96% consideraram a IA fácil de usar e 94% relataram maior segurança na aplicação das práticas de qualidade.



Treinamento personalizado setorial com múltiplos temas possíveis dentro da metodologia Qmentum com facilitador humano.



Resumo dos resultados. Economia de tempo de colaboradores em períodos de superlotação e necessidade de treinamento setorial.

CONCLUSÕES

A Inteligência Artificial (IA) tem se consolidado como uma força transformadora no setor da saúde, aprimorando significativamente áreas como diagnóstico, monitoramento de pacientes e otimização de processos hospitalares. No Brasil, a adoção dessa tecnologia é uma realidade em expansão, com um levantamento da Anahp revelando que **82% dos hospitais privados já utilizam alguma solução de IA** para práticas ou processos pré-estabelecidos. Um exemplo notável é a metodologia do projeto "Guardião da Qualidade Qmentum", que demonstrou a importância da **intervenção humana como facilitador** no treinamento com IA generativa, fornecendo um tutorial breve antes da interação com o agente de IA. Essa abordagem é fundamental para **reduzir o risco de viés ou informação errada** e mitigar a complacência induzida pela automação, que pode levar a erros de omissão ou comissão quando os profissionais confiam excessivamente na tecnologia. Ao fornecer orientação inicial, o facilitador humano assegura que os profissionais compreendam e utilizem a ferramenta de IA de forma mais eficaz e segura, garantindo que o cuidado ao paciente permaneça como foco central.

REFERÊNCIAS

BARTHOLOMEU, André Brandolin. A revolução da inteligência artificial na saúde: impacto, oportunidades e desafios pelo mundo. **Revista Qualidade HC**, p. 1-8 ; COSTA, Djones Braz de Araujo; ALVES, Flávia dos Santos. Os Impactos da Inteligência Artificial (IA) na Enfermagem. **RBTI – Revista Brasileira em Tecnologia da Informação**, Campinas, v. 06, n. 01, p. 49-58, jan./jul. 2024. ISSN 2675-1828 ; MEDICINA S/A. **Mais de 80% dos hospitais privados dispõem de soluções de IA**. 29 ago. 2025 ; MV > BLOG. **Inteligência Artificial na Saúde: o que é hype e o que já é realidade?** 25 abr. 2025 ; SUJAN, Mark et al. Human factors challenges for the safe use of artificial intelligence in patient care. **BMJ Health Care Informatics**, v. 26, n. 1, e100081, 2019. DOI: 10.1136/bmjhci-2019-100081.

IA Estratégica na Gestão Hospitalar: Previsão de Custo e Otimização de Recursos

Ediney Magalhães Júnior

INTRODUÇÃO

A otimização de recursos é um desafio na gestão hospitalar. Para transformar a gestão reativa em uma operação estratégica, este trabalho apresenta um sistema de Inteligência Artificial que utiliza dados históricos para prever, na admissão, duas classificações essenciais: a Complexidade Assistencial (proxy de custo) e o Grupo de Procedimento (proxy de tipo de recurso). Oferece aos gestores uma ferramenta de apoio à decisão para o planejamento proativo de leitos, equipes e orçamentos.

METODOLOGIA

O modelo preditivo foi desenvolvido seguindo quatro etapas principais, utilizando uma base de dados interna com 114.178 registros de atendimentos hospitalares.

1) **Preparação e Engenharia de *Features*:** Os dados históricos foram submetidos a um processo de limpeza e tratamento de valores ausentes. Novas variáveis relevantes foram criadas a partir dos dados brutos, como o capítulo do CID principal e a extração de informações temporais, para enriquecer o poder preditivo do modelo.

2) **Divisão e Validação:** O conjunto de dados foi dividido em 80% para treino e 20% para teste. Esta abordagem garante que a performance do modelo seja validada em dados "nunca vistos antes", buscando robustez e a generalização dos resultados.

3) **Treinamento do Algoritmo:** Foi utilizado o algoritmo *LightGBM (Gradient Boosting)*, foram treinados dois modelos classificadores distintos: um para prever o GRUPO_SUS e outro para a COMPLEXIDADE_SUS.

4) **Implementação de Regra de Negócio:** Para aumentar a precisão prática, uma camada de pós-processamento foi adicionada. Esta regra corrige automaticamente as previsões onde o modelo, porventura, classificava um atendimento com procedimento cirúrgico registrado como "clínico".

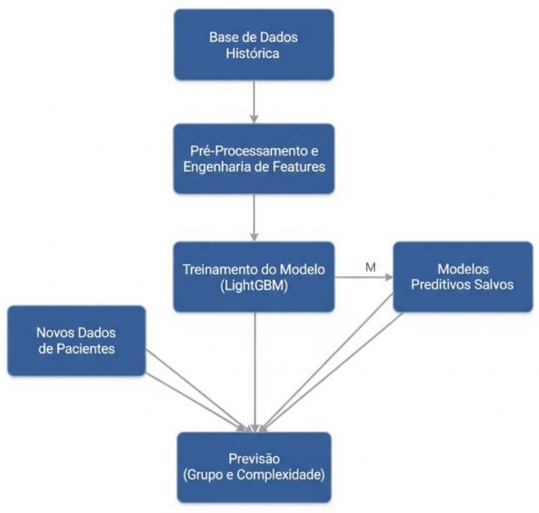


Figura 1 - Fluxograma do Processo de *Machine Learning*. Ciclo completo, da preparação dos dados históricos até a aplicação dos modelos treinados.

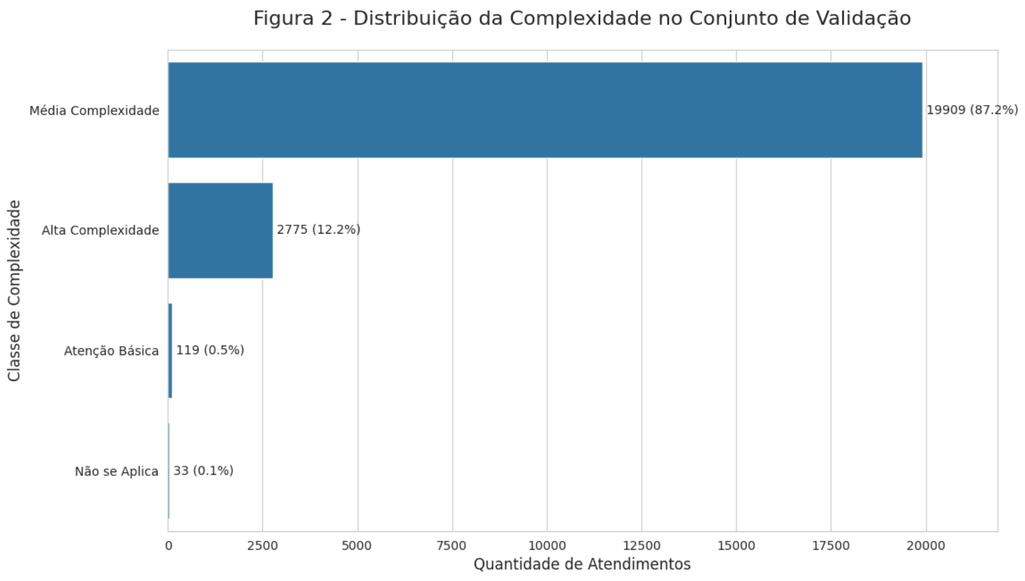


Figura 2 - Distribuição da Complexidade no Conjunto de Validação. O reflexo do perfil de atendimento orientou a estratégia de validação do modelo.

RESULTADOS

O sistema de Inteligência Artificial demonstrou alta performance na validação com o conjunto de teste, alcançando uma acurácia geral de 92% tanto para a previsão de Complexidade quanto para o Grupo de Procedimento. A análise detalhada da performance para a Complexidade Assistencial (Figura 3) é o destaque do estudo. O modelo exibe um desempenho quase perfeito na classificação de "Média Complexidade" (97% de recall). Mais importante para a gestão de risco, o sistema conseguiu identificar corretamente 56% de todos os casos de "Alta Complexidade". Os alertas gerados para esta classe crítica são altamente confiáveis, com uma precisão de 76%, o que valida o modelo como uma ferramenta robusta para o planejamento proativo de recursos de alto custo. A análise dos fatores preditivos (Figura 4) revelou que a idade do paciente, o procedimento principal e o CID de entrada são as variáveis de maior impacto, alinhando a lógica do modelo ao conhecimento clínico-administrativo.

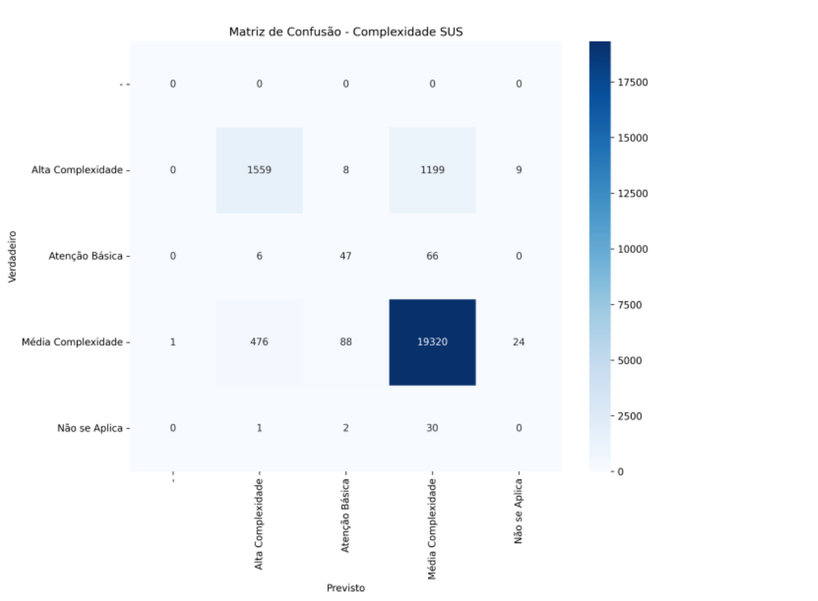


Figura 3 - Matriz de Confusão (Complexidade SUS). No eixo vertical o real e no horizontal, o previsto. A diagonal principal temos os acertos do modelo.

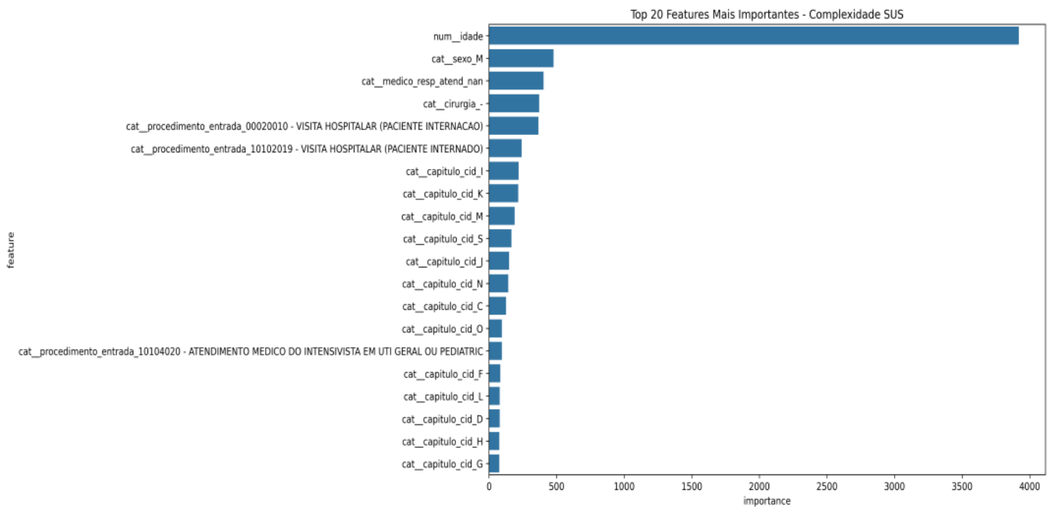


Figura 4 - Fatores Preditivos mais importantes. O gráfico exibe as principais variáveis que o modelo utiliza destaque para (idade) e (procedimento, CID).

CONCLUSÕES

Este estudo comprovou a viabilidade e a alta eficácia (92% de acurácia) da aplicação de Inteligência Artificial para a previsão de indicadores operacionais críticos em um ambiente hospitalar. O modelo é uma ferramenta estratégica, que já auxilia a equipe assistencial na codificação de prontuários permitindo melhor entendimento do perfil epidemiológico e otimizando a alocação de recursos e a previsão de custos com base em dados. A capacidade de antecipar mais da metade dos casos de alta complexidade representa um avanço para o planejamento. Trabalhos futuros podem explorar técnicas de balanceamento de dados e aprimorar ainda mais a detecção das classes minoritárias.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br;
- Pedregosa, F. et al. *Scikit-learn*: *Machine Learning in Python*. *Journal of Machine Learning Research*, 12, pp. 2825-2830, 2011;
- Ke, G. et al. *LightGBM: A Highly Efficient Gradient Boosting Decision Tree. In: Advances in Neural Information Processing Systems* 30 (NIPS 2017), pp. 3146-3154, 2017.

IA NO MANEJO GLICÊMICO: UM CICLO DE OTIMIZAÇÃO PARA SEGURANÇA E EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL.

Daniel Pazos Pinto; Alina Coutinho Rodrigues Feitosa

INTRODUÇÃO

O descontrole glicêmico hospitalar é frequente (22–38% em enfermarias, até 80% em UTIs) e está associado a piores desfechos, maior tempo de internação e custos. Embora diretrizes recomendem metas, monitorização e prevenção de hipoglicemia, a adesão ainda é baixa podendo comprometer a segurança e a eficiência do cuidado. Neste contexto, a Inteligência Artificial (IA) pode padronizar processos e agilizar decisões, mas sua aplicação requer validação prévia.

O objetivo deste estudo foi avaliar a performance e segurança de um assistente de IA em comparação com médicos, usando os achados para reestruturar sua lógica operacional e alinhar a ferramenta às melhores práticas.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo comparativo, exploratório, com 20 pacientes adultos internados em hospital terciário acadêmico, seguindo a diretriz DECIDE-AI para avaliação de sistemas de apoio à decisão clínica baseados em IA em fase de implementação. Os dados clínicos e laboratoriais dos pacientes foram extraídos automaticamente e de forma anonimizada do prontuário eletrônico, considerando as últimas 48h de evolução, incluindo glicemias, prescrição e administração de insulina, creatinina, HbA1c, comorbidades, uso de drogas vasoativas, corticoides, via nutricional e parâmetros antropométricos.

Três avaliadores participaram da avaliação de cada caso: um endocrinologista hospitalista (18 anos de experiência), um clínico geral (02 anos de experiência) e um assistente virtual de IA (AV-IA) baseado no modelo Gemini (Google), construído a partir de prompt clínico estruturado com raciocínio sistematizado de endocrinologista hospitalar e alinhado às diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). O modelo já havia sido validado previamente no treinamento de residentes, com centenas de casos reais, garantindo robustez. Foram incorporados 14 modelos diagnósticos e critérios de exclusão automáticos, como ausência de idade/peso ou menos de 3 glicemias em 24h.

Cada avaliador analisou os mesmos dados anonimizados, realizando diagnóstico da situação glicêmica e manejo clínico. A performance foi comparada quanto à concordância diagnóstica, tempo de resposta e aderência às diretrizes da SBD. Para análise estatística, aplicaram-se coeficiente Kappa de Fleiss, ANOVA de medidas repetidas com pós-hoc de Bonferroni e análise qualitativa caso a caso das recomendações.

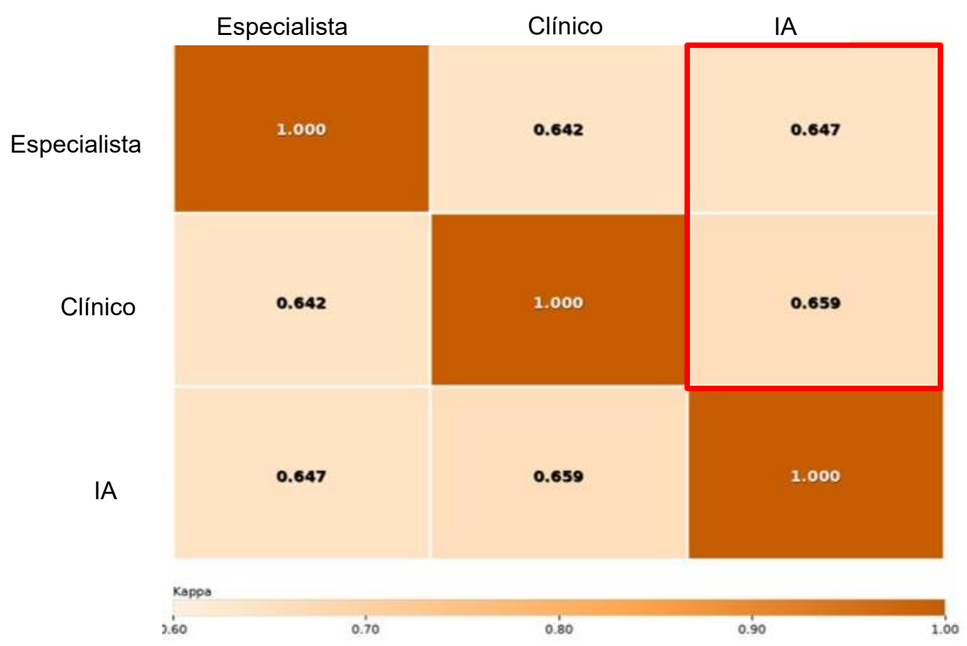
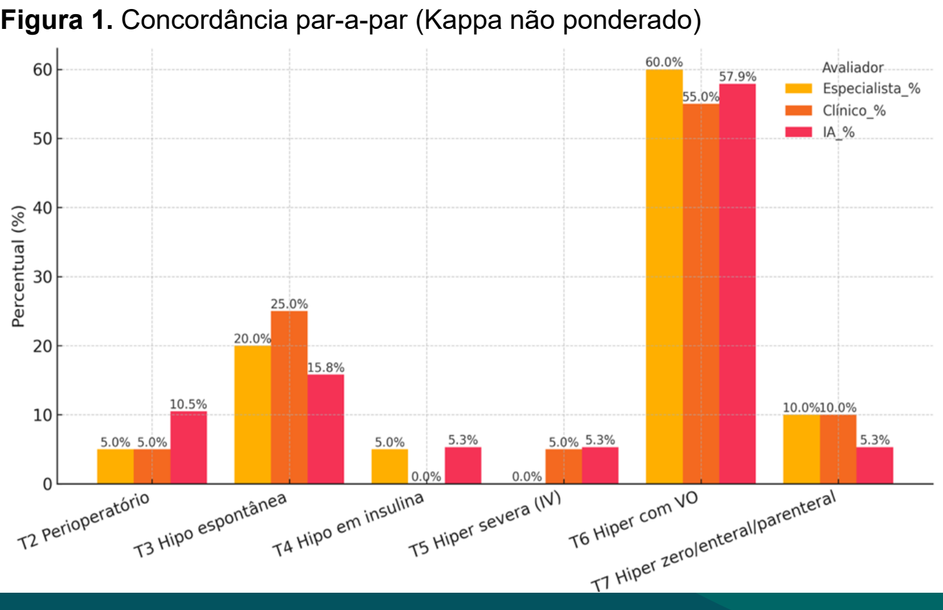


Figura 1. Concordância par-a-par (Kappa não ponderado)



RESULTADOS

Dentre os 14 modelos diagnósticos avaliados, o diagnóstico de hiperglicemias em alimentação via oral foi o mais frequente, totalizando 34 escolhas entre os avaliadores, seguido de hipoglicemia espontânea (n=12) , hiperglicemias em dieta zero/enteral/parenteral – esquema basal (n-5) e diagnóstico de perioperatório com hiperglicemia/diabetes, (n=4), hipoglicemia em uso de insulina e hiperglicemias severas com indicação de insulina venosa (n=2 cada um). Os demais não foram selecionados.

O AV-IA revelou substancial acurácia diagnóstica na escolha do modelo diagnostico (Kappa=0,648; p<0,001) **Figuras 1 e 2** e notável eficiência, reduzindo o tempo de análise em 30% vs. o especialista (114s vs 164s) e em 65% vs. o não especialista (p < 0,001) **Figura 3**. Regra de segurança evitou a análise de um caso com dados insuficientes (<3 glicemias).

A falta de especificações no prompt inicial gerou algumas falhas: 1) Gestão de Recursos: sem instrução para verificar exames prévios, a IA solicitou HbA1c com frequência superior à do especialista (94,7% vs 50%) **Figura 4**. 2) Segurança do Paciente: sem instrução para avaliar a via de alimentação, o AV-IA falhou em indicar terapia intensiva para hipoglicemia em 1 paciente **Figura 5**. A detecção de falhas possibilitou novo ciclo de ajustes.

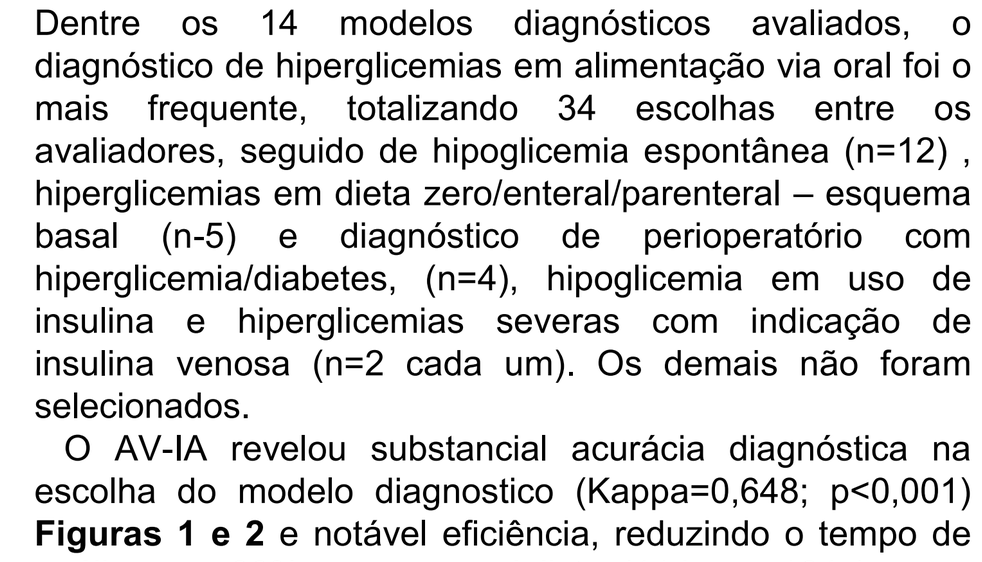


Figura 3. Tempo de analises por avaliador (Assistente de IA vs Especialista vs Clinico Geral)

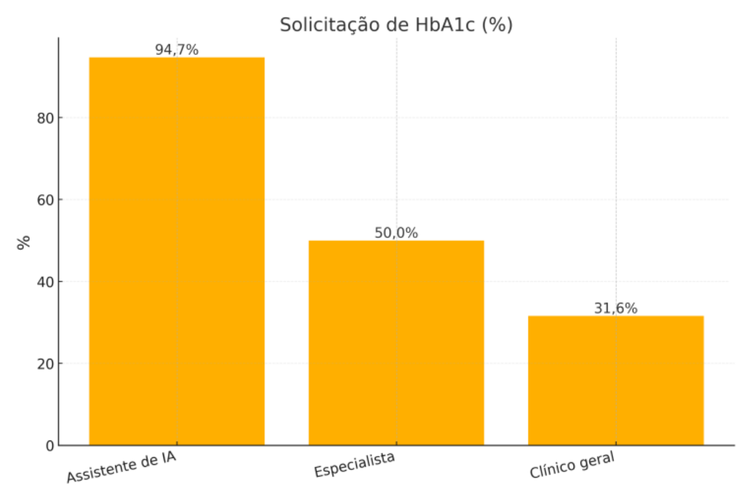


Figura 4. Frequência de solicitação de HbA1c por avaliador (Assistente de IA vs Especialista vs Clinico Geral)

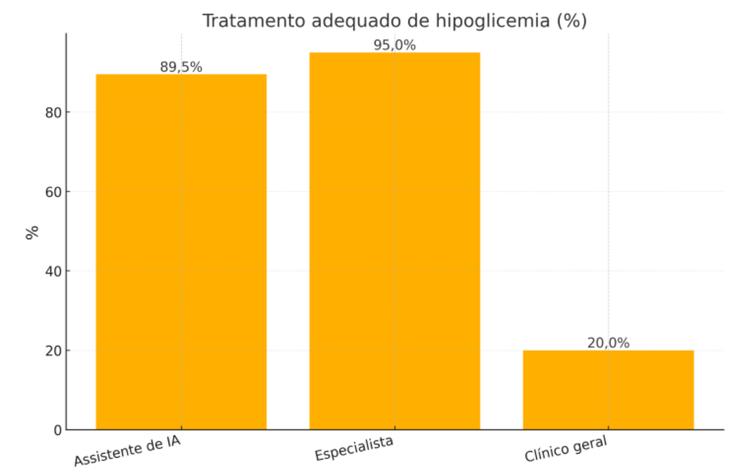


Figura 5. Frequência de prescrição de tratamento adequado de hipoglicemia por avaliador (Assistente de IA vs Especialista vs Clinico Geral)

CONCLUSÕES

O assistente virtual de IA demonstrou concordância substancial com os avaliadores humanos (κ=0,648) e apresentou respostas mais rápidas, evidenciando potencial para apoiar decisões clínicas. Identificaram-se limitações específicas relacionadas ao prompt, incluindo excesso de ênfase em HbA1c, falha pontual na detecção de hipoglicemia e omissões humanas em encaminhamentos e condutas.

Ao integrar inteligência artificial com práticas clínicas baseadas em evidências, reforça-se o compromisso com a

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Implantação de IA em um Registro Hospitalar de Câncer: Otimizando a Análise de Prontuários

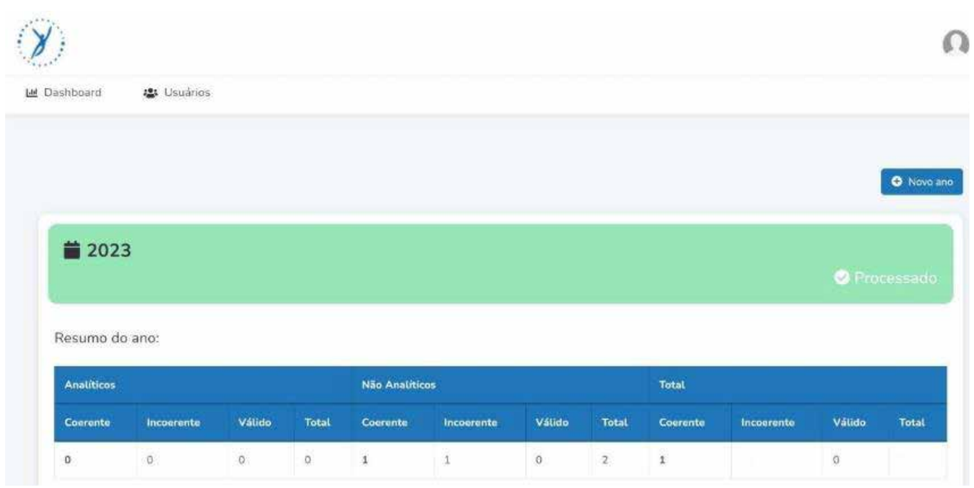
Valdemir Ezequiel Chiquito; Dinarte Orlandi; Kevin Felipe da Silva; Elias Erasmo Stephan Junior

INTRODUÇÃO

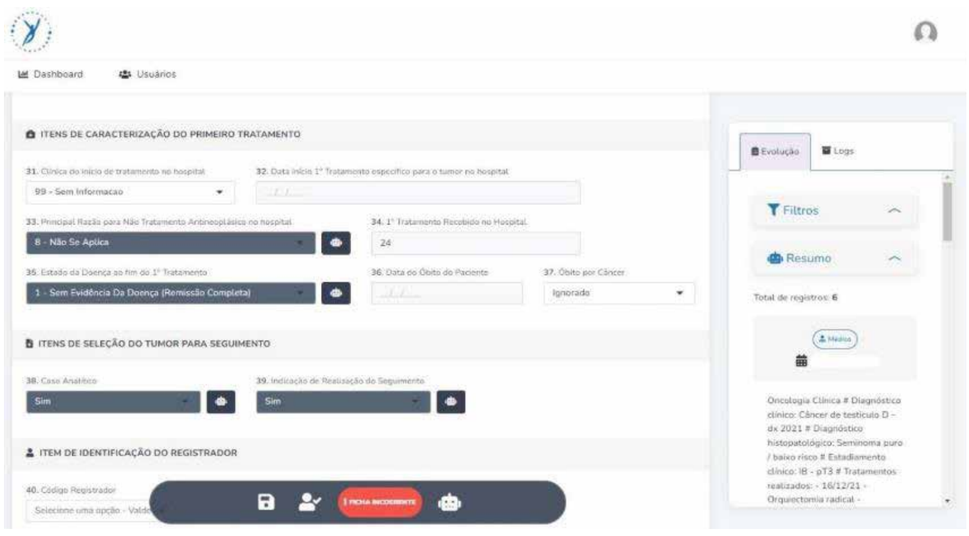
O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) é essencial para o planejamento oncológico e exige análise detalhada de prontuários. O processo tradicional é manual, demorado e suscetível a erros, além de demandar grande esforço dos registradores. A crescente necessidade de eficiência e qualidade motivou a implantação de Inteligência Artificial (IA) para automatizar a extração de dados e otimizar a análise, reduzindo tempo e inconsistências. A solução foi desenvolvida com base no Manual do Registrador e nas diretrizes do INCa, qualificando o processo e garantindo maior padronização e confiabilidade das informações.

METODOLOGIA

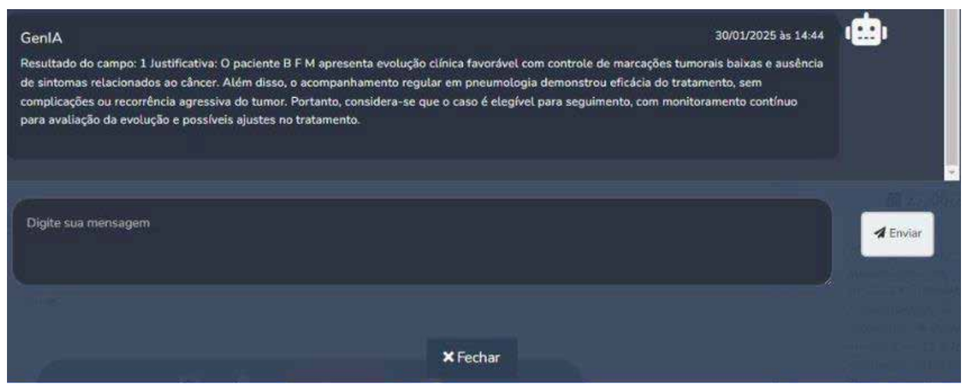
A solução utilizou IA baseada no modelo LLAMA 3.2, com fine-tuning em Python para interpretar e preencher automaticamente os campos da ficha de admissão do RHC. O sistema foi treinado com base no Manual do Registrador, permitindo extrair informações de prontuários clínicos e gerar respostas padronizadas. A IA também forneceu explicações generativas para apoiar a validação dos dados. Profissionais da instituição participaram da validação contínua e do aprimoramento do modelo, assegurando sua aderência às exigências técnicas e clínicas. A análise foi feita com prontuários de pacientes oncológicos, respeitando critérios éticos, bem como os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as normas de governança da informação. O projeto envolveu tecnologia, capacitação da equipe e monitoramento de resultados ao longo do processo de implantação.



Tela principal após login inicial.



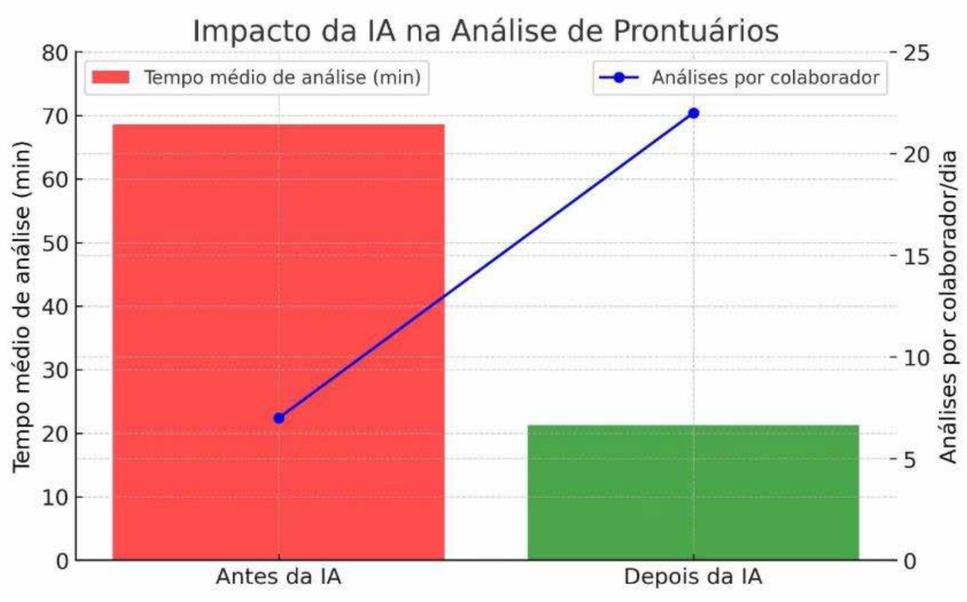
Tela da ficha de admissão.



Tela de resultado da IA Generativa – campo Seguimento.

RESULTADOS

A implantação reduziu o tempo médio de análise de prontuários de 68,6 para 21,3 minutos, elevando a produtividade de 7 para 22 prontuários analisados por colaborador ao dia. A automação minimizou erros de digitação e inconsistências, além de permitir foco da equipe em análises qualitativas. O uso de fine-tuning por campo e de explicações generativas aumentou a precisão e a transparência do processo, assegurando maior conformidade com as diretrizes do INCa. Como resultado, o RHC passou a operar com maior eficiência, confiabilidade e escalabilidade, consolidando ganhos expressivos para a gestão hospitalar e para a qualidade dos dados oncológicos.



Impacto da IA na análise de prontuários.

CONCLUSÕES

A implementação da Inteligência Artificial no Registro Hospitalar de Câncer representou um avanço significativo na eficiência operacional e na qualidade dos dados analisados. A redução do tempo de análise e a mitigação de erros humanos evidenciam o impacto positivo da tecnologia na otimização dos processos hospitalares.

Além disso, a automação permitiu que os profissionais direcionassem seus esforços para atividades de maior valor agregado, como a análise qualitativa dos casos, fortalecendo a governança dos dados oncológicos. O aprimoramento contínuo da IA, aliado à capacitação da equipe, será essencial para consolidar essa solução como suporte estratégico à gestão hospitalar, garantindo maior precisão, confiabilidade e escalabilidade.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023. Disponível em: in.gov.br
- Instituto Nacional de Câncer (INCa). Manual do Registrador em Registros Hospitalares de Câncer. Disponível em: inca.gov.br

Implementação de Inteligência Artificial para Otimização dos Processos do Paciente Cirúrgico no Hospital Marcio Cunha

Charlles Rodrigues Soares, Emmanuel Gomes Correia, Alexandre Silva Pinto e Eduardo Blanski

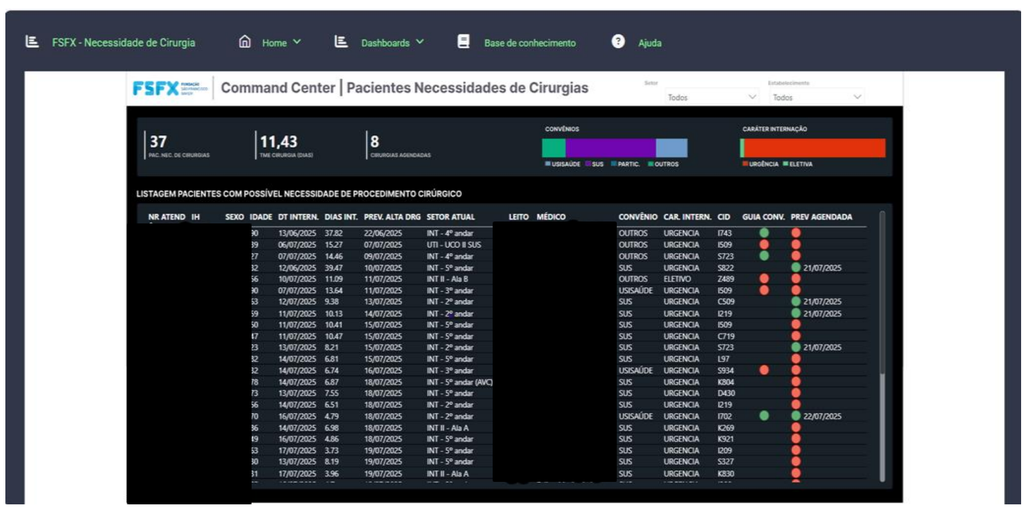
INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico tem proporcionado transformações significativas em diversas áreas da saúde, e a Inteligência Artificial (IA) se destaca como uma ferramenta promissora para aprimorar a eficiência dos processos assistenciais e gerenciais das instituições de saúde. O Hospital Márcio Cunha, reconhecido por seu compromisso com a excelência no atendimento, busca implementar soluções de IA para otimizar seus serviços, melhorar a qualidade do atendimento e promover melhores resultados clínicos. Apresentamos os painéis de controle que garantiu maior impacto e relevância em 2025, uma tecnologia que permitiu uma busca ativa aos prontuários de pacientes internados destacando e categorizando os grupos de pacientes que necessitam de alguma intervenção cirúrgica direta ou indireta.

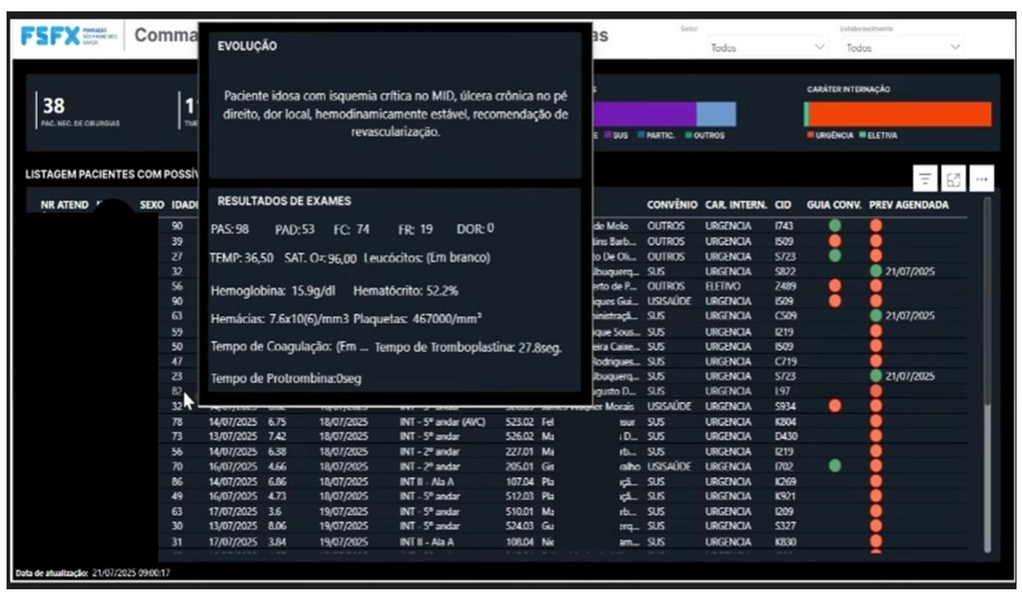
METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos e garantir uma estruturação dos casos com necessidade de cirurgias no hospital, o projeto contou com as seguintes ferramentas e tecnologias:

- ✓ Sistemas de Diagnóstico Baseados em IA: Algoritmos capazes de analisar dados, descrições, exames e imagens médicas com alta precisão.
- ✓ Chatbots e Assistentes Virtuais: Soluções para atender pacientes, analisar prontuários e fornecer informações em tempo real, além de auxiliar na triagem de sintomas.
- ✓ Análise Preditiva: Softwares que utilizam dados históricos para prever necessidades de recursos e antecipar cuidados, destacando a importância da priorização das intervenções cirúrgicas.
- ✓ Sistemas de Gestão de Dados: Plataformas que integram e analisam informações de pacientes para otimizar o fluxo de trabalho e melhorar a tomada de decisão.



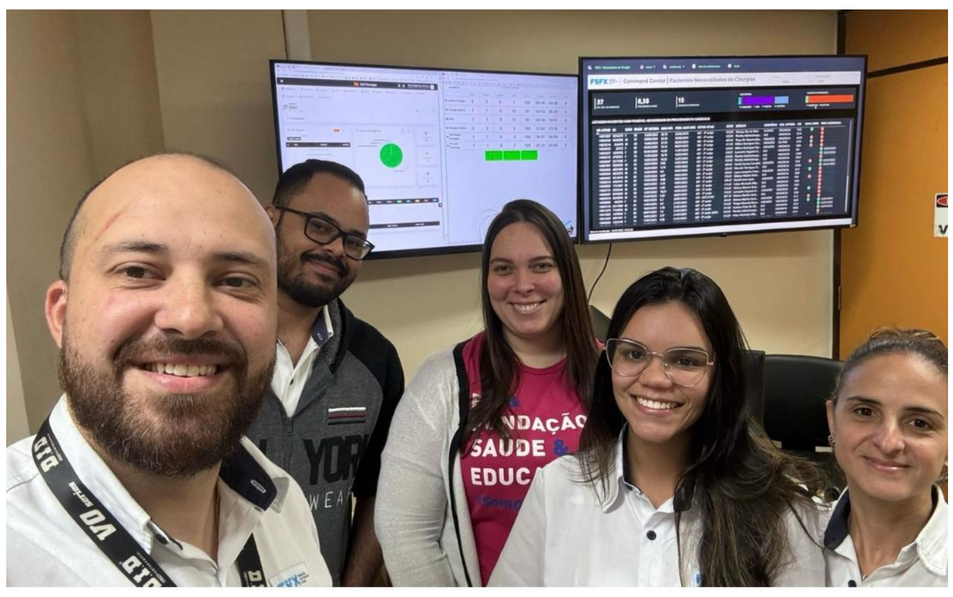
Tela do painel de comando Necessidade de Cirurgias HMC, contendo resultado estruturado dentro da metodologia e implementação de IA.



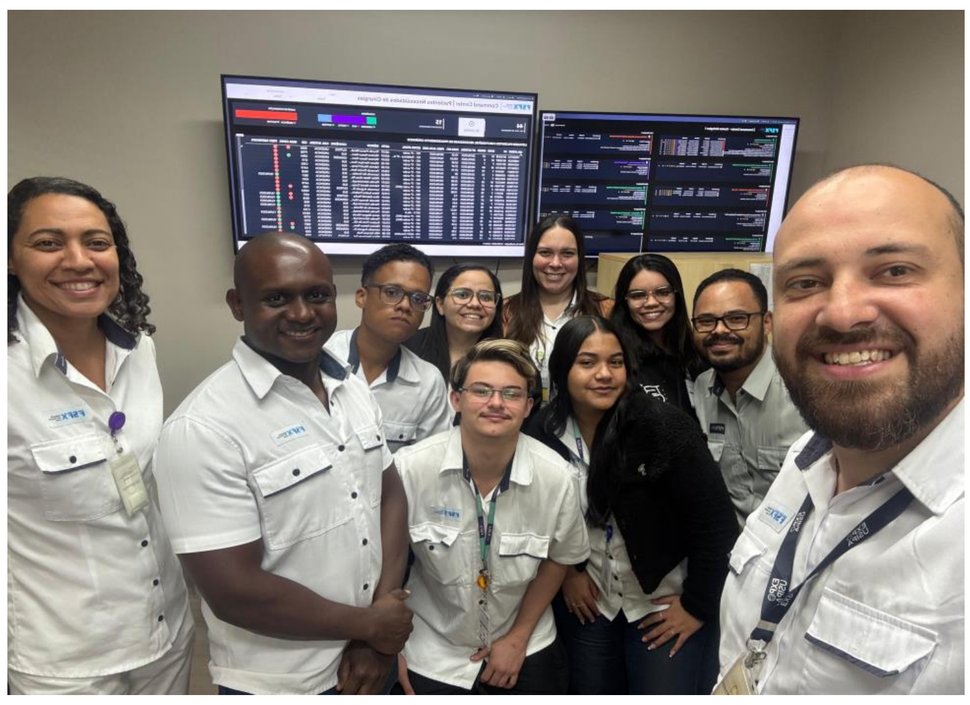
Tela do painel de comando Necessidade de Cirurgias HMC, contendo detalhamento, descrição e evolução com provável necessidade de procedimento cirúrgico. Aplicação da IA contendo algoritmos direcionados.

RESULTADOS

A tecnologia foi desenvolvida no segundo semestre de 2024. No total foram 114 pacientes internados, que tiveram a contribuição da tecnologia para garantir a priorização da intervenção cirúrgica, sendo garantido a antecipação do atendimento e intervenção juntamente a equipe médica e unidade de cirurgia do hospital.
No ano de 2025 já contamos com a evolução da tecnologia e dos processos das unidades de agendamento cirúrgico e centro cirúrgico, sendo possível garantir no primeiro semestre um total de 129 pacientes priorizados através da utilização da tecnologia e dos processos integrados.
O resultado da eficiência do paciente cirúrgico também obteve melhora através da contribuição das ações institucionais e a implementação da tecnologia. Neste ano tivemos uma evolução de 116% para 113% de eficiência operacional do paciente cirúrgico (DRG Brasil). Destacando ainda que o case mix (Complexidade) do paciente cirúrgico é maior que os pacientes clínicos na instituição.



Vista do painel necessidade de cirurgias e integrantes da equipe Central de Agendamento Cirúrgico HMC Segundo semestre 2024



Vista do painel necessidade de cirurgias e integrantes da equipe Command Center Cirúrgico HMC 2025

.

CONCLUSÕES

A implementação da Inteligência Artificial nos processos assistenciais do Hospital Márcio Cunha representa um avanço significativo na modernização dos serviços de saúde. A integração dessas tecnologias visa não apenas a otimização dos processos e a redução de erros, mas também o aumento da satisfação dos pacientes por meio de um atendimento mais eficiente e personalizado.

À medida que o hospital avança na adoção dessas tecnologias, espera-se que os benefícios se traduzam em melhores desfechos clínicos e uma gestão mais eficaz dos recursos hospitalares, reafirmando o compromisso da instituição com a inovação e a excelência no atendimento à saúde.

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.

Inovação na Acreditação em Saúde: Como a Comunicação Estratégica Potencializa a Quality Global Alliance (QGA)

Autor: *Camilla Covello*
Coautores: *Matheus Marmo, Giulia Lima, Leonardo Vassoler*

INTRODUÇÃO

No setor de saúde, a comunicação desempenha um papel crucial na disseminação eficaz sobre a implementação de padrões de qualidade e segurança. Acreditadoras, como a Quality Global Alliance (QGA), devem adotar estratégias inovadoras para engajar profissionais e instituições de saúde. Os canais tradicionais geralmente focam na comunicação técnica direta; no entanto, a ampliação dessas abordagens pode gerar maior conscientização, adesão e impacto da metodologia de acreditação, além de fortalecer a reputação das instituições acreditadas e da própria acreditadora.

Este estudo explora como a parceria entre a QGA e a C2L (agência de comunicação especializada em saúde) implementou uma estratégia estruturada que utilizou canais não tradicionais para fortalecer a disseminação de informações, engajar profissionais e impulsionar a cultura de qualidade e segurança do paciente em instituições acreditadas, consolidando a acreditação como um diferencial estratégico.

MÉTODOS

O desenvolvimento desse modelo de comunicação foi realizado por meio de uma abordagem estruturada, abrangendo o período de 2022 a 2024, e incluiu:

- **Mapeamento das Necessidades de Comunicação:** Identificação dos principais stakeholders e suas preferências de comunicação.
- **Diversificação de Canais:** Inclusão de podcasts, blogs, newsletters, webinars interativos, redes sociais, vídeos institucionais, eventos presenciais e campanhas direcionadas para fortalecer a reputação da acreditação e das instituições acreditadas.
- **Personalização de Conteúdo:** Adaptação das mensagens para diferentes públicos, aumentando o engajamento e a compreensão.
- **Avaliação Contínua:** Mensuração do impacto por meio de métricas de engajamento nas redes sociais.

RESULTADOS

A implementação de estratégias de comunicação diversificadas levou a melhorias mensuráveis no engajamento e na conscientização dentro das instituições de saúde, impactando positivamente a percepção de valor da acreditação. Alguns dos principais resultados incluem:

- Crescimento no LinkedIn: Aumento de 39,5% no número de seguidores, com um crescimento de 20,55% nas impressões em novembro de 2024.

- Expansão no Instagram: Crescimento de 71% no número de seguidores, juntamente com um aumento de 96,56% nas impressões, refletindo o sucesso de uma estratégia de conteúdo visual e interativo.

- Engajamento no Podcast: O público do podcast da QGA cresceu 15,7%, reforçando a importância do conteúdo em áudio

Caso de Sucesso: Estratégia de Engajamento da QGA

Um dos principais sucessos da abordagem da QGA foi a integração estratégica de múltiplos canais para maximizar o engajamento e consolidar a acreditação como um diferencial competitivo para as instituições. Destaques incluem:

- **Webinars e Sessões ao Vivo:** Momentos de aprendizado com especialistas internos e externos do setor, valorizando estudos e trabalhos desenvolvidos pela QGA.

- **Impacto nas Redes Sociais:** Fortalecimento da credibilidade e reputação tanto da QGA quanto das instituições acreditadas, impulsionado pelo aumento das interações com conteúdos estratégicos, maior visibilidade da acreditação e reconhecimento da excelência alcançada pelas instituições certificadas.

- **Newsletters Segmentadas:** Crescimento na retenção de audiência, com um aumento de 41,8% nas visualizações da newsletter, refletindo o valor do conteúdo personalizado para o setor da saúde.

CONCLUSÃO

A parceria entre a QGA e a C2L demonstrou que estratégias de comunicação inovadoras não só fortalecem o papel da empresa de acreditação em saúde, mas também geram um impacto positivo nas instituições parceiras. Ao adotar uma abordagem multicanal, a QGA conseguiu expandir seu alcance, engajar profissionais e promover uma cultura de qualidade e segurança. Esse fortalecimento da acreditadora, por sua vez, se reflete diretamente nas instituições acreditadas, que passam a ser reconhecidas não apenas pela excelência nos cuidados de saúde, mas também pela visibilidade e credibilidade geradas pelas campanhas de comunicação. O sucesso desse modelo reforça o papel da comunicação como um fator essencial para o crescimento e a transformação tanto das acreditadoras quanto das organizações de saúde certificadas, estabelecendo a acreditação como um diferencial competitivo e estratégico.

qga.global

@qgaglobal

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO CUIDADO MATERNO: ACOLHIMENTO, TRIAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nome dos autores separados por vírgulas

INTRODUÇÃO

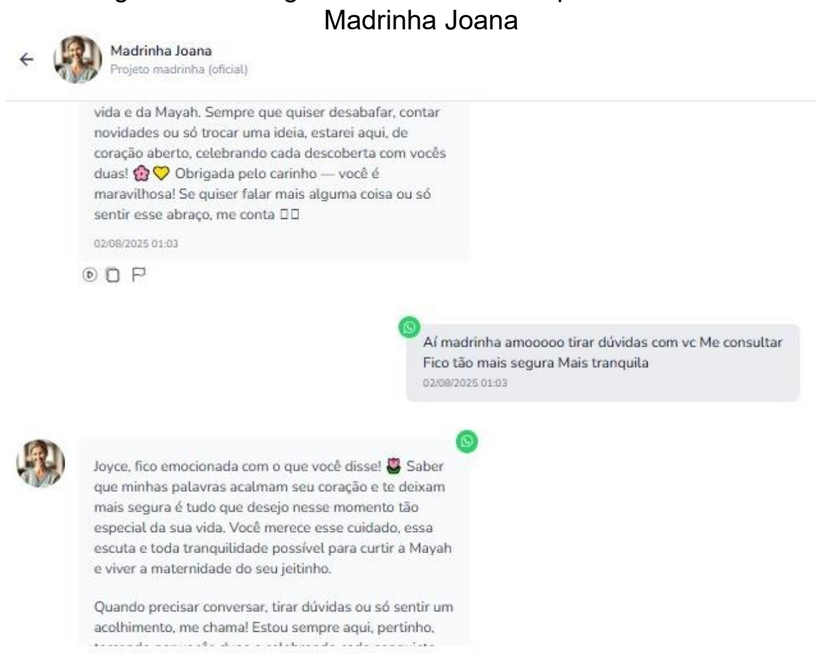
A assistência digital empática tem se mostrado uma aliada no cuidado materno, com potencial para acolher, educar e identificar riscos de forma precoce. Em 2025, o grupo santa joana implantou a madrinha joana, uma agente de inteligência artificial que atua no suporte a gestantes e puérperas. Parte do projeto madrinha, a IA oferece acolhimento contínuo, conteúdos educativos validados, apoio à navegação nos serviços e transbordo para equipe humana quando há risco, garantindo segurança, empatia e rastreabilidade.

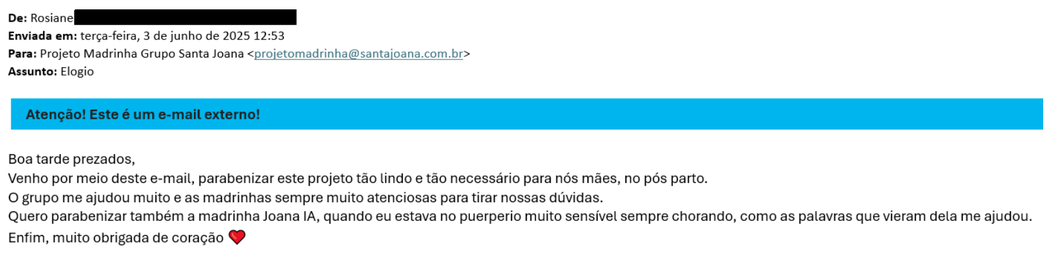
METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com monitoramento contínuo desde a implantação da ferramenta. A ia atua via whatsapp, com linguagem empática e adaptada à fase gestacional ou puerperal. O conteúdo é validado por especialistas em saúde materna e neonatal e passa por curadoria contínua.

A agente responde dúvidas, envia conteúdos educativos, orienta sobre exames, consultas e serviços do grupo santa joana, e convida para rodas de conversa com especialistas. Atua 24h/dia, com transbordo imediato à equipe humana nos casos que exigem escuta ativa, acolhimento personalizado ou avaliação clínica. Nos casos de internação hospitalar, a paciente passa a ser acompanhada presencialmente pelas madrinhas humanas, garantindo continuidade e vínculo afetivo. Indicadores como tempo de resposta, número de interações, volume de mediações humanas, NPS e horário das interações são acompanhados.

Agente de Inteligência Artificial do Grupo Santa Joana
Madrinha Joana





De: Rosiane [redacted]
Enviada em: terça-feira, 3 de junho de 2025 12:53
Para: Projeto Madrinha Grupo Santa Joana <projetomadrinha@santajoana.com.br>
Assunto: Elogio

Atenção! Este é um e-mail externo!

Boa tarde prezados,
Venho por meio deste e-mail, parabenizar este projeto tão lindo e tão necessário para nós mães, no pós parto.
O grupo me ajudou muito e as madrinhas sempre muito atenciosas para tirar nossas dúvidas.
Quero parabenizar também a madrinha Joana IA, quando eu estava no puerperio muito sensível sempre chorando, como as palavras que vieram dela me ajudou.
Enfim, muito obrigada de coração ❤️

Manifestações de usuárias sobre a Agente de IA

RESULTADOS

A implantação trouxe ganhos expressivos na escala e qualidade do cuidado. Houve redução do tempo médio de resposta, ampliação no número de interações e aumento do vínculo com as pacientes. Casos de risco como colestase e hipertensão foram triados precocemente, permitindo orientação imediata e intervenção clínica oportuna. O NPS das usuárias aponta alto grau de satisfação e confiança. A navegação orientada contribuiu para decisões mais seguras e acesso facilitado aos serviços.

Desde abril/25, mais de 17.700 mulheres já utilizaram a IA, sendo que, em agosto/25, o Projeto Madrinha teve um crescimento de 115% no número de participantes em relação a março.

No âmbito da triagem clínica, a ferramenta identificou 1.040 mulheres com sinais de risco, como sangramento e hipertensão, e apontou mais de 2.000 com possível patologia obstétrica. Além disso, 479 gestantes foram classificadas como de alto risco e 79 apresentaram suspeita de sepse, o que possibilitou orientação imediata e intervenção clínica oportuna.

No eixo de educação em saúde, a adesão também foi significativa: mais de 7.600 solicitações de informações sobre amamentação e 9.800 sobre cuidados com o bebê. O interesse por apoio comunitário foi igualmente expressivo, com mais de 10.000 mulheres pedindo ingresso em grupos de gestantes, reforçando o papel da IA na promoção de redes de apoio.

Esses resultados se refletem em alto grau de satisfação: o NPS de 92 confirma a confiança das pacientes e a relevância da tecnologia como aliada. Ao reduzir o tempo médio de resposta, ampliar a escala de interações e orientar de forma personalizada, a Madrinha Joana contribuiu para decisões mais seguras, maior vínculo institucional e acesso facilitado aos serviços de saúde materno-neonatal.

Dados de abril/25 a agosto/25

CONCLUSÕES

A Madrinha Joana alia tecnologia e humanização no cuidado materno e neonatal. Sua atuação oferece acolhimento contínuo, educação confiável, orientação prática e segurança clínica. O modelo é escalável, custo-efetivo e fortalece o vínculo entre paciente e instituição, ampliando a capacidade de resposta sem perder a sensibilidade do cuidado humano.

REFERÊNCIAS

1. Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e10070, abr-jun 2025.
2. CARNEIRO, Ana Carolina Andrade; GEOVANINI, Dayanne Ribeiro; JUNIOR, Paulo Cesar de Oliveira; FAGUNDES, Nivia Simone. A inteligência artificial na medicina. 1. ed. São Paulo: Editora Labrador, 2024. ISBN 9786525171197.
3. AMARO, Juliana S. et al. The Godmother Project: a virtual initiative to support pregnant and postpartum women in Brazil during the COVID-19 pandemic. *Global Health: Science and Practice*, v. 11, n. 2, e2200500, abr. 2023. DOI: 10.9745/GHSP-D-22-00500.

Plataforma Digital de Saúde: Eficiência e Satisfação com Jornada Integrada via App

MATHEUS MAGALHÃES; VINICIUS SOUZA ; CARLA ROSSI; MARCELLO LAZZARINI

INTRODUÇÃO

A digitalização da jornada assistencial tem se mostrado uma estratégia promissora para aumentar a eficiência e melhorar a experiência de pacientes e profissionais de saúde. Este case apresenta os resultados de uma **plataforma digital que centraliza agendamentos, requisições médicas, acesso a prontuários e processos cirúrgicos.**

O objetivo foi ampliar a conveniência e reduzir desperdícios administrativos por meio da adesão a canais digitais, promovendo ganhos de produtividade, engajamento e satisfação de usuários.

METODOLOGIA

A iniciativa foi estruturada a partir do redesenho da jornada digital do paciente e do médico, com foco em quatro pilares: agendamento, pedidos médicos, jornada cirúrgica e exames. Foram utilizados painéis de dados integrados e acompanhamento contínuo das métricas de adesão, NPS e tempo médio de autorização.

A plataforma permite agendamento de consultas e exames diretamente pelo app, com inteligência embarcada que organiza a jornada e reduz falhas operacionais. O projeto envolveu atualização tecnológica com arquitetura Flutter Flow e integração com sistemas assistenciais.

A equipe promoveu ciclos quinzenais de evolução da solução, com base em feedbacks de usuários e análise de uso. Foram comparadas as taxas de adesão digital ao longo de nove meses e analisados indicadores como tempo de autorização cirúrgica, produtividade médica e satisfação. O período avaliado compreende agosto/2024 a abril/2025, com mais de 55 mil usuários ativos e crescente participação digital nas unidades.

Banner de divulgação Meu Mater Dei.

Visão interna do paciente das jornadas dentro do app.

RESULTADOS

Entre agosto/24 e abril/25, o agendamento digital de consultas saltou de 22,4 % para 30,2 %, e o de exames de 7,2 % para 15,3 %.

O volume total de agendamentos pelo app superou 12 mil em abril/25.

A adesão dos médicos à plataforma para solicitação de pedidos ultrapassou 87 %.

A satisfação médica subiu de 7,5 (jan/23) para 8,2 (ago/24), e os tempos de autorização cirúrgica foram os menores da série histórica.

O app ultrapassou 55 mil usuários, com 27,2 mil downloads na App Store e 26,3 mil na Play Store.

A transformação digital demonstrou impacto positivo em eficiência e experiência, com alto potencial de escalabilidade.

Evolução dos downloads do aplicativo.

Evolução do modelo web para aplicativo.

CONCLUSÕES

A implementação da plataforma digital de saúde demonstrou avanços significativos na eficiência e na experiência dos usuários, com aumentos notáveis nas taxas de adesão e produtividade. A integração digital otimizou processos administrativos, reduziu falhas operacionais e melhorou a satisfação dos médicos e pacientes. Com mais de 55 mil usuários ativos e indicadores positivos em agendamentos, solicitações médicas e tempos de autorização cirúrgica, a solução mostrou alto potencial de escalabilidade e continuidade na transformação digital da jornada assistencial.

REFERÊNCIAS

Dados: Fontes internas Rede Mater Dei
https://meumaterdei.com.br/

O Uso da Realidade Virtual no Processo de Despertar de Pacientes Neurocirúrgicos

Alessandra Hatzlhoffer Claro, Bianca Sanabio, Edna Hirota, Ana Paula Borges, Carolyne Paz do Carmo, Guilherme Figueiredo de Oliveira, Fabia Gentil.

INTRODUÇÃO

Este estudo investigou o uso da realidade virtual (RV) como ferramenta de estimulação sensorial para pacientes críticos, especialmente comatosos, avaliando o impacto no Escore de coma de Glasgow (ECG) e no desmame ventilatório. A estimulação sensorial é um dos método utilizados para promover o despertar de pacientes em coma, e a RV emerge como uma tecnologia promissora para esse fim.

METODOLOGIA

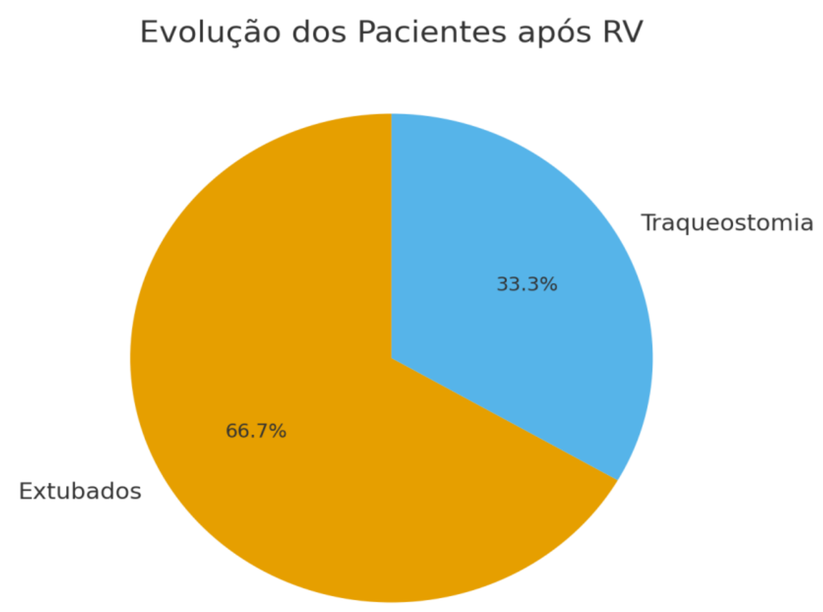
Seis pacientes participaram do estudo, divididos em dois grupos conforme o ECG inicial: três apresentavam Glasgow 3T e três, Glasgow 6T. A RV foi aplicada por um período de 8 a 18 dias, variando conforme a resposta do paciente. Entre os participantes, quatro foram extubados, e dois evoluíram para traqueostomia, porém com melhora cognitiva.

Legenda / Quatro dos seis pacientes sendo submetidos ao uso de Realidade virtual

Legenda / Paciente neurocrítico submetido a realidade virtual em ventilação modo controlado e apresentando drive respiratório após uso da RV.

RESULTADOS

Os pacientes foram monitorados ao longo do tratamento, e os resultados indicaram uma tendência de melhora no ECG final em relação ao inicial. Dos seis pacientes entubados, quatro conseguiram recuperar a capacidade respiratória sem a necessidade de traqueostomia. A duração da intervenção com RV variou de 8 a 18 dias, sendo dois pacientes com desafios no manejo da doença. A realidade virtual apresentou potencial como estímulo cognitivo em pacientes críticos, sugerindo melhora na escala de Glasgow e possível redução da necessidade de traqueostomia. Contudo, a amostra reduzida limita as conclusões, reforçando a necessidade de estudos com maior número de participantes e controle metodológico.



Legenda / Gráfico representando a evolução no desmame ventilatório.

Legenda / Pacientes em reabilitação após despertar.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo preliminar sugerem que a realidade virtual pode ser um recurso valioso na reabilitação de pacientes críticos, especialmente na promoção do despertar, recuperação neurológica e desmame ventilatório. A continuidade das pesquisas nessa área pode contribuir para o desenvolvimento de protocolos mais eficazes no uso da RV na medicina intensiva.

REFERÊNCIAS

Stasolla, F., Vinci, L. A., & Cusano, M. (2022). A integração da tecnologia assistiva e da realidade virtual para avaliação e recuperação de pacientes pós-coma com distúrbios da consciência: uma nova hipótese. Frontiers in Psychology.. Godoy-González, M., et al. (2024). Protocolo de estudo de um ensaio clínico randomizado (RGS-ICU): Sistema de Reabilitação com Realidade Virtual para Unidades de Terapia Intensiva. BMC Psychiatry. Vlake, J. H., et al. (2021).Realidade virtual para melhorar as sequelas da síndrome pós-cuidados intensivos: um estudo multicêntrico, randomizado e controlado. Critical Care Explorations.. Shen, J., et al. (2024).Eficácia de um programa de treinamento cognitivo interativo baseado em realidade virtual para crianças com lesões cerebrais traumáticas: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado.

PAINEL DE MONITORAMENTO DE EXAMES APLICADO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

Elisangela da Silva Alves de Almeida, Diana Campos, Raphael Lubiana Zanotti, Danielli Souza Sant' Ana

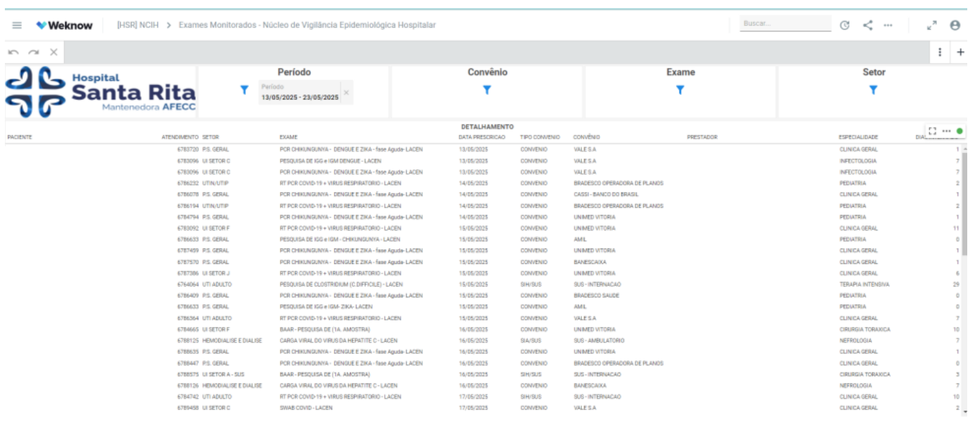
INTRODUÇÃO

Diante da crescente necessidade de um monitoramento eficaz das doenças de notificação compulsória, foi desenvolvido e implementado um painel que realiza a extração automatizada de dados a partir do prontuário eletrônico dos pacientes, bem como das prescrições médicas de exames laboratoriais específicos, diretamente relacionados a agravos de relevância epidemiológica. Essa ferramenta tecnológica visa otimizar os processos de identificação precoce, monitoramento contínuo e resposta rápida por parte do serviço de vigilância epidemiológica hospitalar

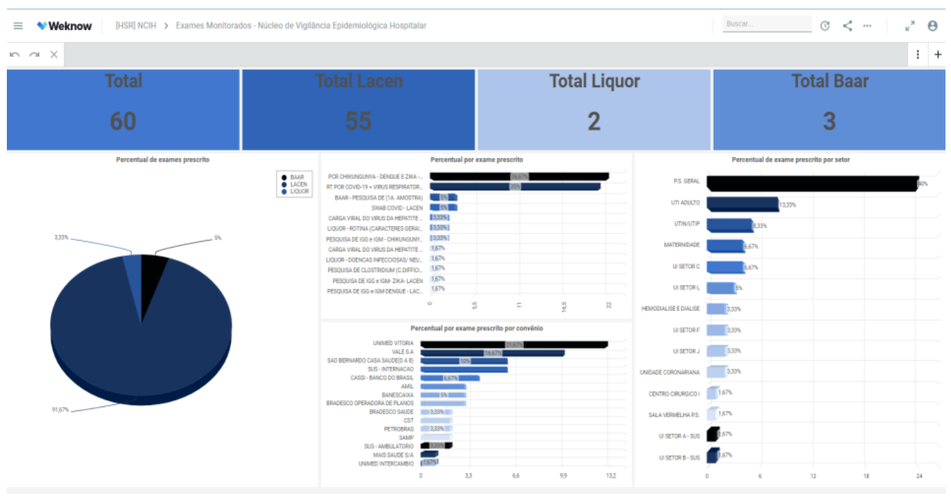
METODOLOGIA

A metodologia envolve a extração de dados do sistema de prescrição médica para gerar relatórios detalhados sobre exames relacionados a doenças de notificação compulsória. Com base no perfil epidemiológico dos casos notificados, foram elaborados itens de prescrição médica especificas, com 'identificador LACEN', prescrições de BAAR e coleta de líquor. Um relatório detalhado é gerado, contendo informações como nome do paciente, setor, tipo de exame, data da prescrição, convênio, prestador, especialidade e dias de internação, sendo possível ainda, incluir filtro de data. Esse relatório é disponibilizado no weknow, onde também são apresentados graficamente em um dashboard, facilitando o serviço de vigilância epidemiológica na identificação e monitoramento dos pedidos de exames, além de auxiliar na qualificação das notificações e envio da amostra ao laboratório central de saúde pública - LACEN

Itens de prescrição elaborado e divulgação para corpo clínico



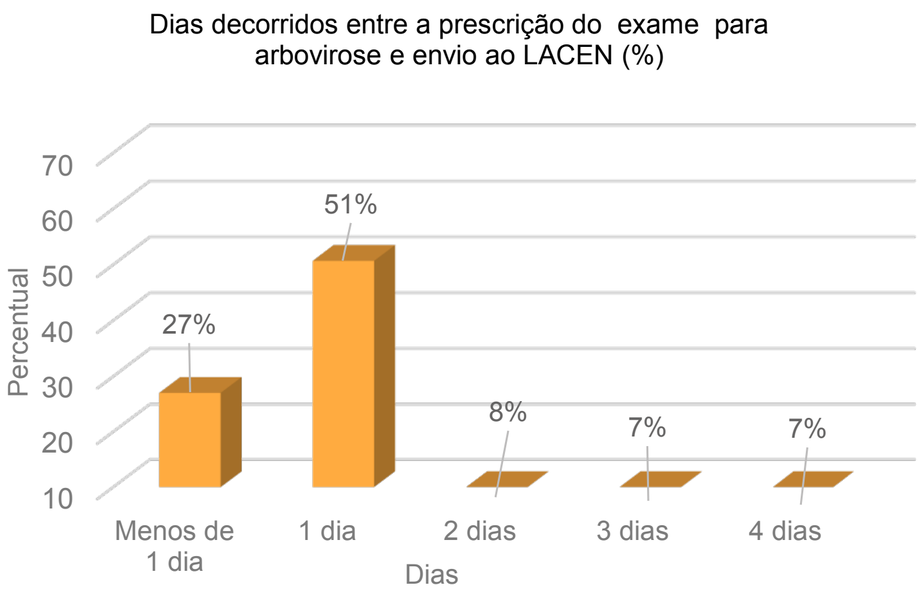
Relatório com base nas prescrições médicas de exames



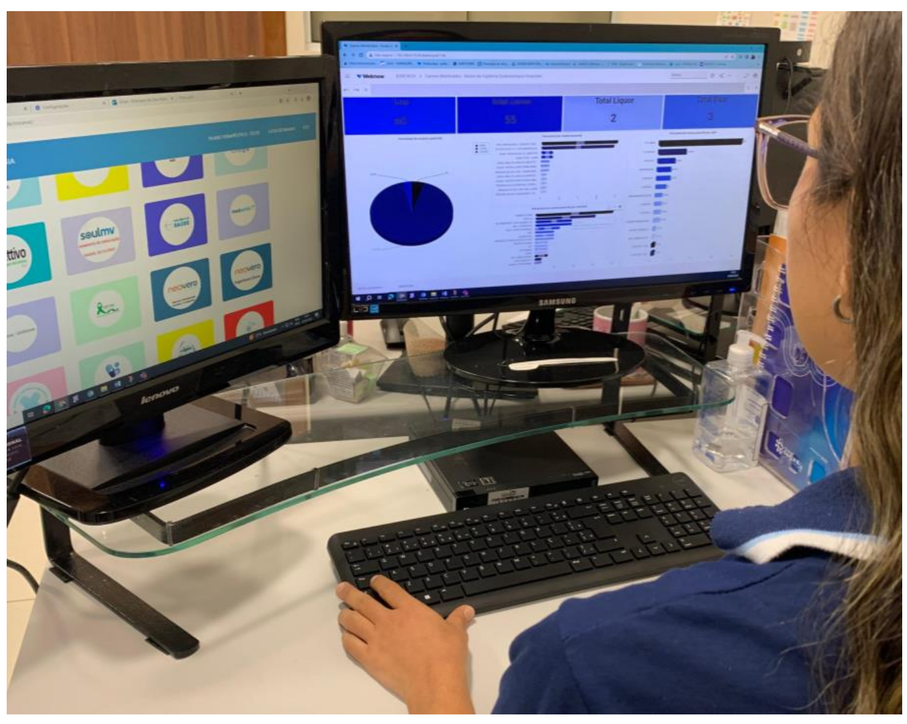
Dashboard gráfico - painel de exames monitorados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

RESULTADOS

A implementação do painel de exames monitorados resultou em uma redução significativa no tempo entre a solicitação do exame, a notificação e o envio de material ao LACEN. A equipe de vigilância epidemiológica conseguiu identificar e monitorar os exames solicitados, aumentando a eficiência e a comunicação entre as áreas assistencial, laboratorial e vigilância. A criação de relatórios e o uso do painel de monitoramento mostraram-se fundamentais para a eficácia da vigilância epidemiológica. A capacidade de identificar rapidamente os exames solicitados e monitorar a coleta permite uma resposta mais ágil, essencial para a proteção da saúde pública. Além disso, o sistema aprimora a eficiência na notificação compulsória e fortalece a comunicação entre os setores, promovendo uma abordagem colaborativa.



Otimização do envio de amostras ao LACEN para realização de exame para arbovirose N:157 – 01/04 a 21/05/2025



Visualização rápida e eficiente para vigilância epidemiológica hospitalar.

CONCLUSÕES

A elaboração de relatórios e o uso de um painel de monitoramento são fundamentais para a eficácia da vigilância epidemiológica. A capacidade de identificar rapidamente os exames solicitados e monitorar a coleta permite uma resposta mais ágil, o que é crucial para a proteção da saúde pública. Além disso, a implementação desse sistema não apenas melhora a eficiência na notificação de doenças de notificação compulsória, mas também fortalece a comunicação entre os diferentes setores – área assistencial, laboratório e vigilância, promovendo uma abordagem mais integrada e colaborativa.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública*. Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 set. 2017.
2. ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Manual de procedimentos técnicos para análises laboratoriais biológicas*. Espírito Santo, 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021: institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)*. Brasília, DF, 2021.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

PARA ALÉM DA INOVAÇÃO: O QUE BENEFICIA E O QUE DESAFIA A TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SAÚDE

Beatriz Cristina de Freitas, Márcia Maria Pereira Rendeiro

INTRODUÇÃO

A transformação digital na saúde configura-se como um fenômeno em expansão, impulsionado pela crescente incorporação de tecnologias digitais nos processos assistenciais, administrativos e educacionais.

Esse processo demanda a compreensão das percepções dos profissionais de saúde, que atuam como agentes centrais dessa mudança. Identificar essas percepções permite ajustar as estratégias de implementação e enfrentar as barreiras identificadas de forma mais eficaz.

Objetivou-se analisar a percepção de acadêmicos e profissionais da saúde sobre a transformação digital, considerando seus impactos no exercício profissional, na formação acadêmica e na relação com os pacientes

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa. Participaram 102 estudantes de graduação e profissionais da saúde. O instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado, elaborado no Google Forms, contendo perguntas de múltipla escolha e questões em escala Likert.

A amostragem foi de conveniência e incluiu coleta de dados demográficos (idade, sexo, escolaridade e área de formação). Para análise, aplicou-se estatística descritiva e inferencial no software R (RStudio).

Foram utilizados os testes t de Student para amostras independentes e o qui-quadrado, além de codificação temática para avaliar percepções sobre condições favoráveis e dificuldades para a implementação da transformação digital em saúde.

RESULTADOS

Destacaram-se como benefícios da transformação digital melhorias na qualidade do atendimento, na otimização do tempo, no acesso à informação e na inovação dos processos de trabalho. No entanto, foram relatadas preocupações como a segurança da informação, o despreparo técnico dos usuários e a resistência à adoção de novas tecnologias.

Os principais desafios identificados incluem a baixa literacia digital dos profissionais, mudanças abruptas nos fluxos de trabalho e dificuldades relacionadas à usabilidade e à interface dos sistemas. Além disso, a ausência de padrões de interoperabilidade nos sistemas de informação em saúde tem comprometido a eficiência dos processos, gerando retrabalho e fragmentação de dados.

A pandemia de COVID-19 impulsionou o uso de ferramentas como a telemedicina, os prontuários eletrônicos e as plataformas de ensino remoto.

Destaca-se, ainda, a importância da inclusão de conteúdos de saúde digital nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, como estratégia essencial para a formação de profissionais preparados para atuar em um cenário cada vez mais digital, integrado e orientado por dados.

Partindo do pressuposto de que a transformação digital não ocorre de forma espontânea, mas depende de condições prévias que precisam ser garantidas e constantemente reforçadas, os participantes destacaram alguns fatores essenciais para sua efetivação.

Foram listadas, com base na literatura, algumas das principais condições favoráveis para a transformação digital na saúde, sendo que, dentre elas, as mais destacadas foram: a proteção dos dados e cibersegurança e motivação e apoio político e social (Figura 1)

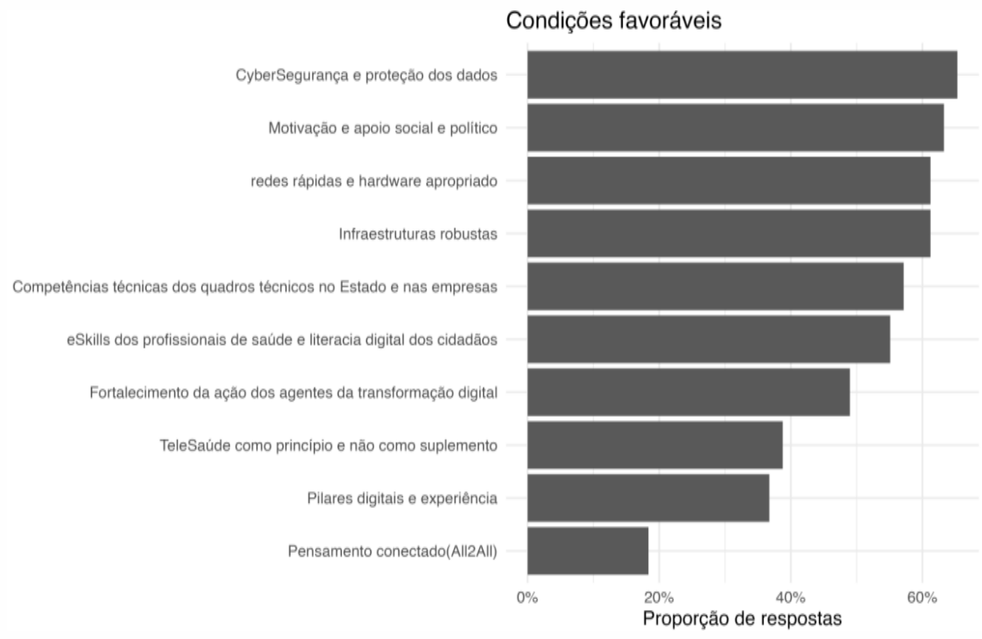


Figura 1: Proporção das respostas sobre as condições favoráveis para a transformação digital;
Fonte: Dados originais da pesquisa.

Os resultados da pesquisa revelam diferenças significativas nas percepções entre os grupos etários.

Enquanto os mais jovens valorizam infraestrutura e apoio institucional, os participantes com mais de 30 anos enfatizam a necessidade de desenvolver competências digitais para a transformação da saúde(Figura 2).

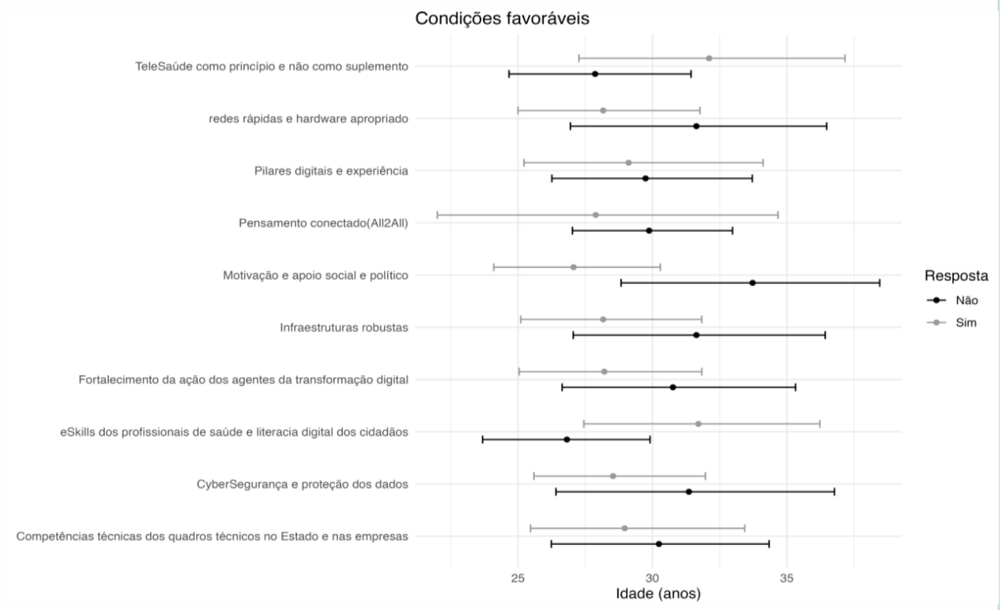


Figura 2 Respostas sobre as condições favoráveis para implementação da transformação digital por idade.
Fonte: Dados originais da pesquisa.

Foram realizados o teste t independente e o qui-quadrado para associação entre idade e sexo e as variáveis categóricas analisadas. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e a idade (p-valor>0,05).

CONCLUSÕES

Embora a percepção geral em relação à transformação digital na saúde seja majoritariamente positiva, persistem desafios significativos, como a necessidade de capacitação técnica dos profissionais de saúde, investimentos em infraestrutura tecnológica e o desenvolvimento de políticas públicas que garantam equidade no acesso aos recursos digitais

REFERÊNCIAS

GOPAL, G. *et al.* Digital transformation in healthcare - architectures of present and future information technologies. **ClinChemLab Med**, v. 57, n. 3, p.328-335, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1515/cclm-2018-0658. Acesso em:12 jan. 2025.

Projeto de Automação da Farmácia Hospitalar com Dispensários Eletrônicos

Cinthia Pinhal, Driele Cristina Ramella Monteiro, Givaldo Costa De Araujo, Karina Vilela Da Silva, Vitoria Santos de Oliveira

INTRODUÇÃO

A automação da farmácia hospitalar com dispensários eletrônicos é uma estratégia essencial para garantir segurança na dispensação de medicamentos, reduzir erros e otimizar processos. Embora implantados em 2020, os equipamentos apresentavam baixa performance, sobrecarregando a farmácia central. Este projeto teve como objetivo automatizar a dispensação nas unidades de internação por meio da reestruturação e uso inteligente dos dispensários eletrônicos.

METODOLOGIA

A reestruturação foi conduzida com base na análise de consumo das unidades de internação, validada pela coordenação de enfermagem. Após a revisão da padronização de materiais hospitalares e medicamentos para atendimento de lotes de horário e urgências e dos perfis e treinamento da equipe assistencial.

A reimplantação ocorre com uma operação assistida pela farmácia por 15 dias em cada unidade.

Entre junho 24 e junho 25, foram reimplantados 13 equipamentos, promovendo maior autonomia das unidades hospitalares e redução da sobrecarga na farmácia central.

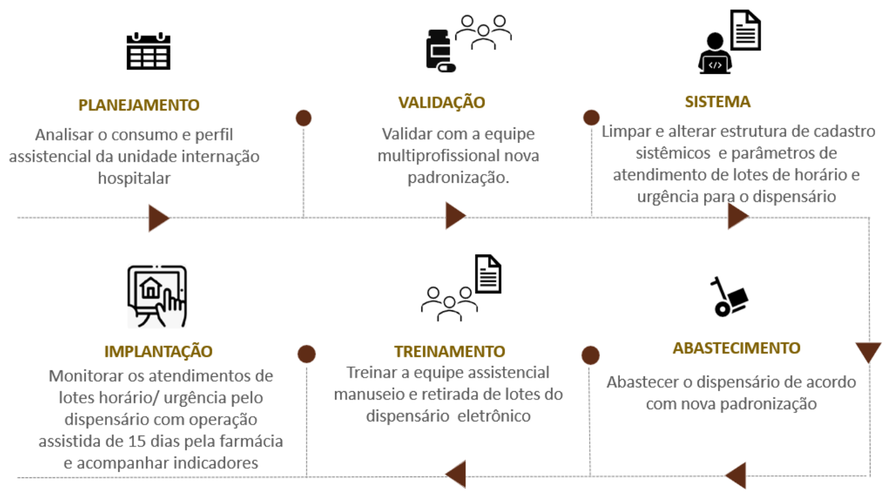


Figura1: Fluxograma de reimplantação de atendimentos de lotes pelo dispensário eletrônico.

Figura 2: Modelo de Dispensário eletrônico utilizado no projeto.

RESULTADOS

Como parte dos resultados do Projeto acompanhamos os seguintes indicadores: eficiência de atendimento dos dispensários eletrônicos, taxa de automação dos lotes, taxa de itens devolvidos. A eficiência de atendimento dos dispensários eletrônicos cresceu de 21% (jun/24) para 71% (jun25). A taxa de automação dos lotes e-NPS subiu de 3,51% (jun/24) para 10,52% (jun/25). A taxa de itens devolvidos caiu de 17,64% para 11,62% (mai/25).

Figura 3: Gráfico comparativo da eficiência operacional de Junho 2024 (atendimentos de lotes via farmácia) e Junho 2025 (atendimentos de lotes via dispensário).

Com a reimplantação do dispensário eletrônico, podemos observar uma diminuição nas prescrições atendidas via farmácia central, em Junho 2024 performando 3% do volume total e em Junho 2025 performando 11%.

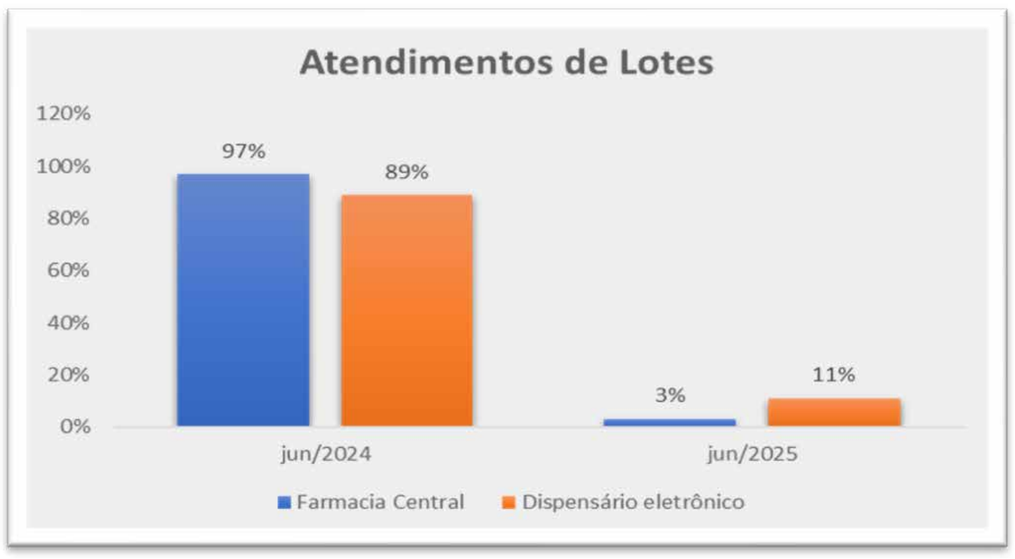


Figura 4: Gráfico de atendimento de lotes em % comparativo de Junho 2024 a Junho 2025.

CONCLUSÕES

O projeto de reestruturação dos dispensários eletrônicos tem se mostrado como uma alternativa eficaz de aprimorar o fluxo de dispensação de materiais e medicamentos. Os resultados apresentados demonstram melhorias na eficiência do atendimento, otimização do tempo da dispensação, redução da taxa de devolução, e principalmente descentralização das atividades da farmácia, o que reduz a sobrecarga operacional de forma significativa, garantindo a qualidade e segurança da cadeia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

Indicadores internos.

Reabilitação neurofuncional em crianças na UTI Pediátrica: O papel das tecnologias no prognóstico de longo prazo – Relato de caso

Ana Paula Herrera Gobbi, Mayara Cristina Galindo de Moraes, Juliana Collares Trevisan, Edna Yaemi Hirota

INTRODUÇÃO

O suporte para pacientes gravemente enfermos em ambientes hospitalares aumentou significativamente as taxas de sobrevivência. No entanto, crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) frequentemente enfrentam sequelas devido aos cuidados intensivos. Como resultado, há uma preocupação crescente com os resultados disfuncionais dessa população. Ferramentas como a escala de estado funcional (FSS) (figura 1) ajudam a avaliar os resultados funcionais, incluindo estado mental, função sensorial, comunicação, função motora e alimentação.

METODOLOGIA

Paciente M.D.R., sexo feminino, 12 anos, previamente saudável, diagnosticada com pneumonia e internada na UTIP devido a insuficiência respiratória, necessitando de suporte ventilatório não invasivo (VNI). Durante a internação, evoluiu para intubação orotraqueal (IOT), com parâmetros elevados e grave instabilidade hemodinâmica. A paciente teve sete paradas cardiorrespiratórias (PCR) e evoluiu para choque séptico refratário, hipertensão pulmonar e insuficiência renal aguda, sendo tratada com o sistema de filtração PRISMA.

No sétimo dia de IOT, a tomografia computorizada evidenciou lesão extensa no cerebelo com hidrocefalia supratentorial, possivelmente relacionada a um insulto hipóxico-isquêmico encefálico.

Em quinze dias a paciente foi extubada, após 48 horas foi aplicada escala FSS, com pontuação de 25 pontos, indicando disfunção muito severa. A avaliação por ultrassonografia cinesiológica evidenciada redução significativa da massa muscular, com valores de 0,25 para quadríceps direito e esquerdo respectivamente).

ESCALA DE FUNCIONALIDADE PEDIÁTRICA (FSS)

	Normal (Pontos = 1)	Disfunção leve (Pontos = 2)	Disfunção moderada (Pontos = 3)	Disfunção grave (Pontos = 4)	Disfunção muito grave (Pontos = 5)
Estado mental	Períodos normais de sono/ vigília; responsividade adequada	Sonolento, mas suscetível ao ruído/toque/ movimento e/ou períodos de não responsividade social	Letárgico e/ou irritável	Despertar mínimo aos estímulos (estupor)	Coma não responsivo, e/ou estado vegetativo
Funcionalidade sensorial	Audição e visão intactas e responsivo ao toque	Suspeita de perda auditiva ou visual	Não reativo a estímulos auditivos ou a estímulos visuais	Não reativo a estímulos auditivos ou a estímulos visuais	Respostas anormais à dor ou ao toque
Comunicação	Vocalização apropriada, não chorando, expressividade facial ou gestos interativos	Diminuição da vocalização, expressão facial e/ou responsividade social	Ausência de comportamento de busca de atenção	Nenhuma demonstração de desconforto	Ausência de comunicação
Funcionamento motor	Movimentos corporais coordenados, controle muscular normal, e consciência da ação e da reação	1 membro com deficiência funcional	Dois ou mais membros com deficiência funcional	Controle deficiente da cabeça	Espasticidade difusa, paralisia ou postura de decerebração/decorticação
Alimentação	Todos os alimentos ingeridos por via oral com ajuda adequada para a idade	Nada por via oral ou necessidade de ajuda inadequada para a idade com a alimentação	Alimentação via oral e por tubo	Nutrição parenteral com administração por via oral ou por tubo	Nutrição parenteral exclusiva
Estado respiratório	Ar ambiente e sem suporte artificial ou dispositivos auxiliares	Tratamento com oxigênio e/ou aspiração de vias aéreas	Traqueostomia	CPAP durante todo ou parte do dia e/ou suporte ventilatório mecânico durante parte do dia	Suporte ventilatório mecânico durante todo o dia e toda a noite

SCORE	
6 -7	ADEQUADA
8 -9	DISFUNÇÃO LEVE
10 -15	DISFUNÇÃO MODERA
16 -21	DISFUNÇÃO SEVERA
>21	DISFUNÇÃO MUITO SEVERA

Figura 1. Escala de funcionalidade pediátrica (FSS).

RESULTADOS

Foi elaborado um plano terapêutico sensório-motor com EMS, USc e RV. A paciente realizou fisioterapia 3 vezes ao dia, 1 hora por sessão, com reavaliação a cada 3 semanas. Após a 1ª avaliação, o score da FSS caiu para 19 pontos (disfunção severa) e a USc mostrou aumento significativo do músculo quadríceps. O plano foi ajustado, incluindo sedestação e fortalecimento dos membros inferiores. Na 2ª reavaliação, o FSS melhorou para 15 pontos (disfunção moderada), com enfaixamento para suporte postural. Na última, FSS foi 11 pontos; a paciente recebeu alta após 5 dias.

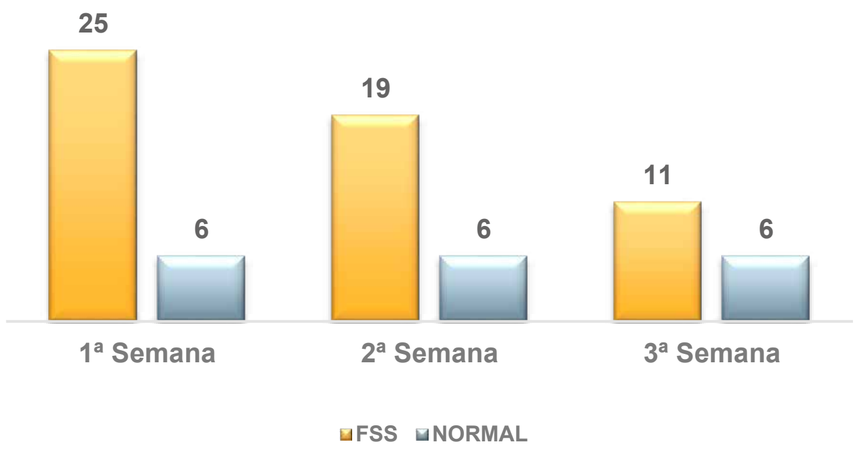


Figura 2. Gráfico com resultado de melhora motora

CONCLUSÕES

Este caso enfatiza a importância de um plano terapêutico adequado e individualizado, baseado em avaliações detalhadas e estratégias de reabilitação que contribuem para o processo de recuperação. A utilização de protocolos baseados na mobilização funcional segura, associada a novas tecnologias, mostrou-se uma estratégia promissora para minimizar os efeitos deletérios da internação prolongada na UTI. A avaliação contínua e a adaptação do plano terapêutico de acordo com a evolução do paciente são fundamentais para otimizar a reabilitação e garantir um cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

Referências: Guerin DRB. **Mobilização precoce no paciente crítico pediátrico: um relato de caso.** Lume repositório digital, 2021. Silva HCN, et al. **Prática em mobilização precoce no paciente crítico em UTI pediátrica: revisão de literatura.** Brazilian Journal of Development, v.8, n.7, 2022. Stivanin JB, Kegler JJ. **Terapia intensiva pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiencas.** Livro: Aya Editora, p.27, 2024.

REDUÇÃO DE EMISSÕES DE CARBONO PELO CONTROLE DO USO DE ÓXIDO NITROSO: UMA INICIATIVA DE MELHORIA.

Leopoldo Muniz, Ana Claudia Fernandes, Vanessa Torres, Helidea Lima

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas são cada vez mais reconhecidas como uma emergência, especialmente no setor de saúde. A redução do uso de óxido nitroso (N_2O) é fundamental para mitigar as emissões de gases de efeito estufa associadas à anestesia, uma ameaça ambiental relevante e negligenciada. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da implementação de estratégias de melhoria da qualidade na redução da pegada de carbono na prática anestésica em dois hospitais quaternários. A meta foi reduzir em 75% a pegada de carbono relacionada ao uso de N_2O ao longo de 16 semanas no ambiente operatório.

METODOLOGIA

O projeto fundamentou-se em ciclos PDSA para conduzir a redução nas emissões por meio de estratégias focadas em mudança de cultura e em controle, restringindo o uso de óxido nitroso (N_2O) exclusivamente à indução em anestesia pediátrica. O controle consistiu na desconexão do aparelho da rede central de N_2O, com reconexão apenas mediante critérios adequados. De janeiro a agosto de 2024, nosso programa abrangeu o acompanhamento de 30.217 procedimentos cirúrgicos. O percentual de anestesia inalatória que utilizou N_2O em pacientes adultos e pediátricos foi obtido por meio de revisão dos registros anestésicos. A captura de dados foi realizada utilizando script em Python, empregando técnicas de processamento de linguagem natural para extrair palavras-chave, como "N_2O" ou "óxido nitroso", nos registros eletrônicos. Esse processo permitiu identificar as taxas de utilização do óxido nitroso, bem como as variáveis secundárias. As emissões de gases de efeito estufa foram calculadas em equivalentes de dióxido de carbono (CO_2e). Foram monitorados eventos adversos e o consumo de agentes sedativos antes e após as intervenções.

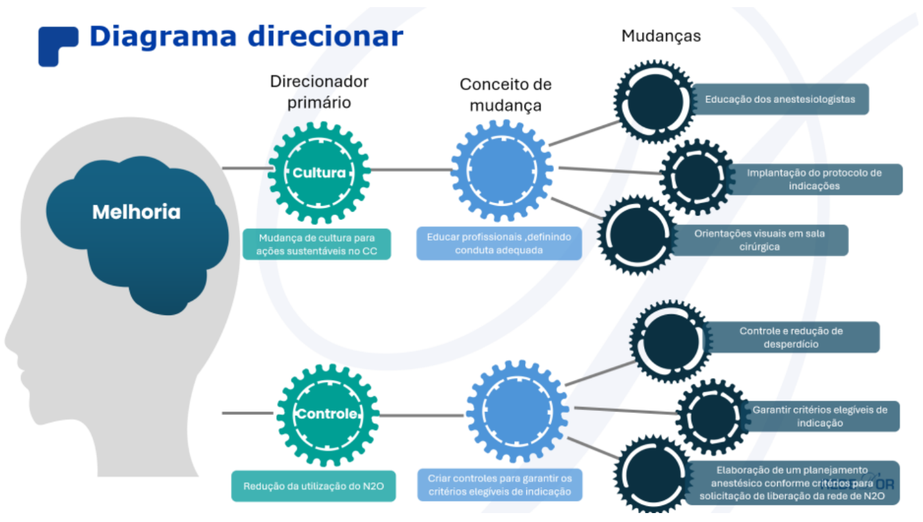


Fig. 1 Diagrama Direcionador do projeto de Melhoria.

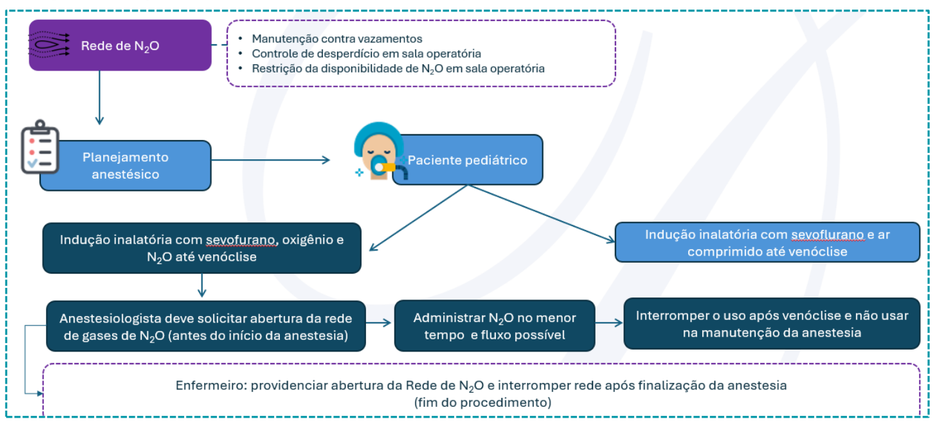


Fig. 2 Processo.

Este projeto de Melhoria foi publicado no Canadian Journal of Anesthesia.

RESULTADOS

De janeiro a agosto de 2024, nosso projeto abrangeu 30.217 eventos anestésicos ao longo de 32 semanas. Desses, 6.806 utilizaram anestesia inalatória, sendo que 624 (9%) envolveram o uso de N_2O. Em pacientes adultos, os dados de linha de base, obtidos nas 16 semanas anteriores à intervenção, mostraram uma taxa média de uso de N_2O de 11%, que diminuiu significativamente para 2% após a intervenção ($P < 0,001$). Em pacientes pediátricos, o uso de N_2O caiu de 62% para 46% após a intervenção ($P < 0,001$). As emissões de CO_2e por anestesia com N_2O reduziram-se de 132 kg (LCL 98 kg – UCL 167 kg) para 23 kg (LCL 9 kg – UCL 38 kg) após nossas intervenções.

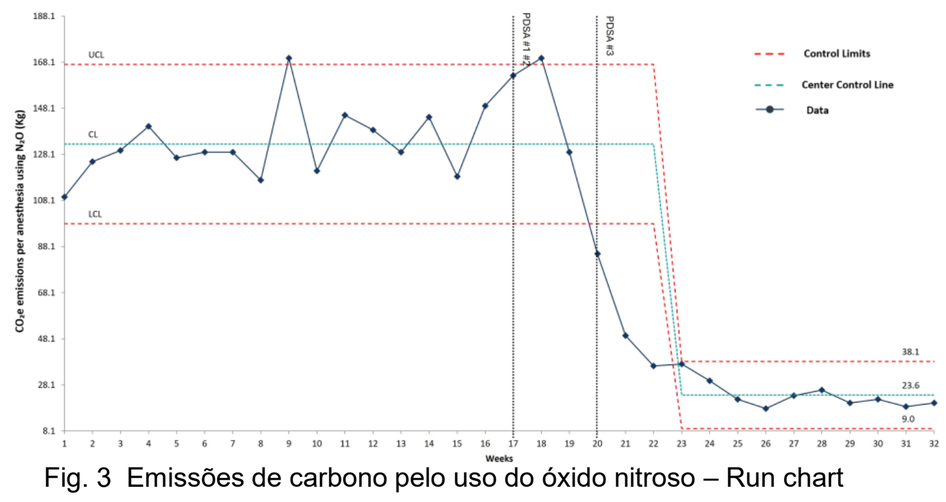


Fig. 3 Emissões de carbono pelo uso do óxido nitroso – Run chart

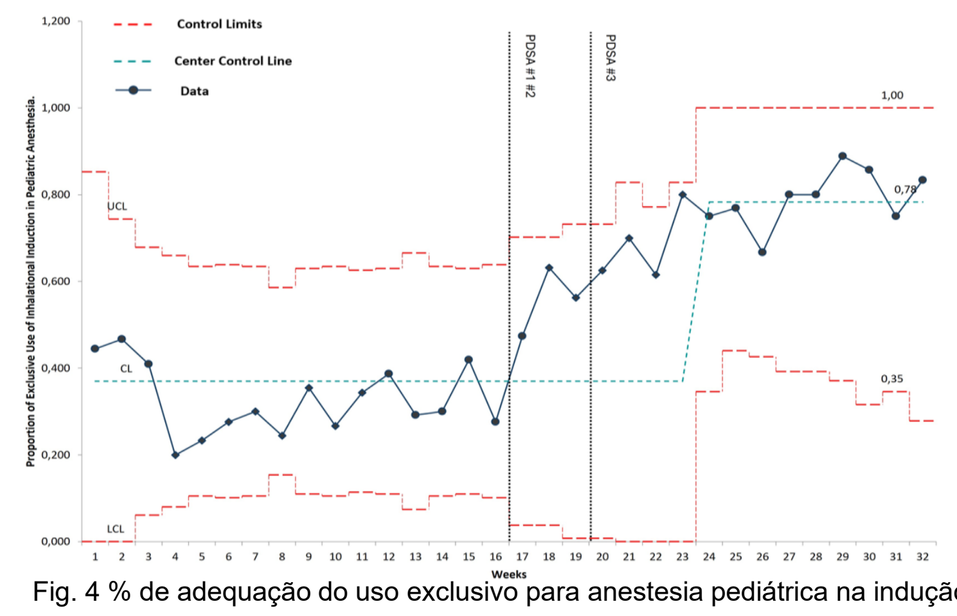


Fig. 4 % de adequação do uso exclusivo para anestesia pediátrica na indução

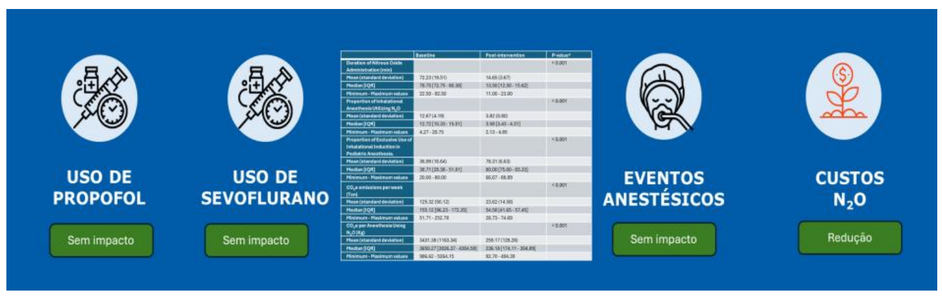


Fig. 5 Indicadores de equilíbrio.

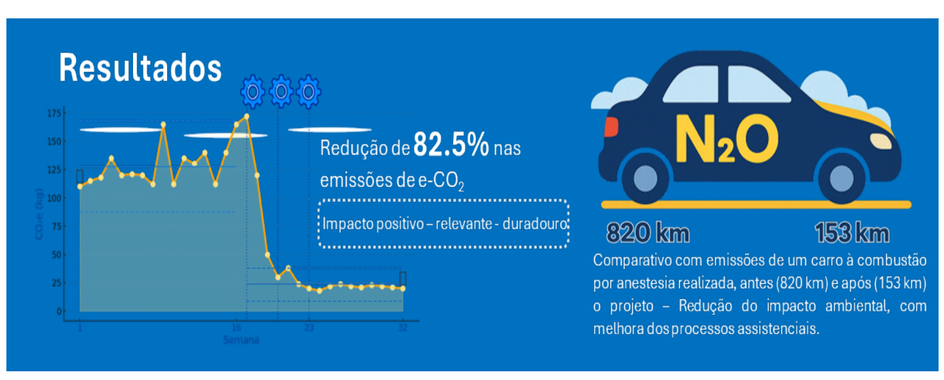


Fig. 6 Comparação dos resultados com as emissões de um carro à combustão.

CONCLUSÕES

Ao otimizar o uso de N_2O por meio de intervenções educativas e criteriosas, nossa iniciativa de melhoria da qualidade alcançou uma redução de 82,5% nas emissões institucionais de CO_2e relacionadas à anestesia após a intervenção. Além disso, promovemos uma mudança cultural significativa, fortalecendo a responsabilidade em iniciativas de saúde voltadas à proteção ambiental.

REFERÊNCIAS

1. McGain F, Muret J, Lawson C, Sherman JD. Environmental sustainability in anaesthesia and critical care. *British Journal of Anaesthesia* 2020; **125**: 680–92.
2. Gordon DW, Chatterjee D, McGain F. It's time to stop using nitrous oxide for pediatric mask induction. *Pediatric Anesthesia* 2024; **34**: 104–7.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

REPOSITÓRIO INTELIGENTE: INOVAÇÃO ACESSÍVEL E CENTRADA NO USUÁRIO PARA GESTÃO EFICIENTE DE PROJETOS.

Karina Carvalho de Andrade, Joyce Maria Oliveira de Moura, Cristiane Aparecida Vejalão Gonçalves, Mariane Cecilia dos Reis

INTRODUÇÃO

O Proadi-SUS é um programa do Ministério da Saúde que executa projetos estratégicos no SUS em parceria com os hospitais de reconhecida excelência[1–2]. O Sírio-Libanês participa desde 2009, com expansão de projetos, orçamento e equipes a cada triênio. Em 2024, diante das exigências da portaria de excelência[2], o escritório de projetos foi remodelado conforme o PMBOK[3], que recomenda um repositório único como boa prática de governança de informação[4–5]. Assim foi desenvolvido um sistema com foco na experiência do usuário[6], garantindo padronização, acesso e suporte a auditorias e prestação de contas.

Interface do Sistema de Informações Proadi-SUS desenvolvido nos apps do Google Workspace.

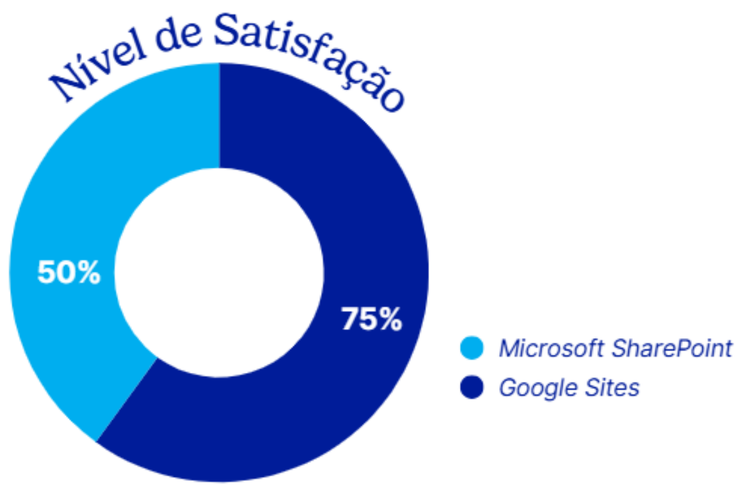
METODOLOGIA

A construção do Sistema de Informações Proadi-SUS (SIPS) ocorreu em duas fases. A primeira, em 2024, foi desenvolvida no *Microsoft SharePoint* para centralizar documentos exigidos pelo Ministério da Saúde[1], seguindo boas práticas de governança da informação[4–5]. Contudo, houve desafios na adesão por não priorizar a experiência dos usuários. Com a migração institucional para o *Google*, iniciou-se a segunda fase com abordagem qualitativa e participativa[6]. Realizou-se escuta ativa com colaboradores e aplicação do Canvas Proposta de Valor[7] para mapear dores, ganhos e tarefas. A proposta de valor definida foi: “conectar pessoas às informações certas, no momento em que precisarem”, com foco em simplificação, padronização, acessibilidade e integração. A arquitetura foi organizada por níveis: estratégico, tático e operacional[8], refletindo as camadas de atuação dos usuários. Validado em todas as etapas, o sistema consolidou os princípios de UX Design[6]. O desenvolvimento durou 63 dias com 55 pessoas envolvidas sem contratações ou custos adicionais, usando apenas os recursos do *Google Workspace*.

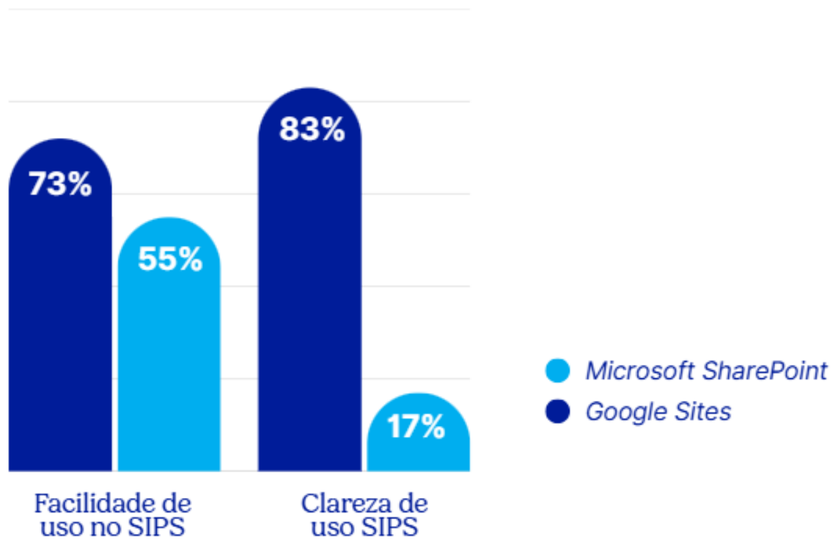
Encontro com colaboradores para entender o perfil do usuário e desenvolver estratégias eficazes em maio de 2025.

RESULTADOS

Foi aplicada uma pesquisa com colaboradores da Diretoria de Compromisso Social para comparar as versões *Microsoft* e *Google* do SIPS, considerando critérios de satisfação e usabilidade. Os resultados mostraram usuários satisfeitos com o SIPS nas duas versões (50% *Microsoft* e 75% *Google*). Quanto a facilidade de uso, o SIPS *Google* obteve 73% frente 55% do SIPS *Microsoft*. Além disso, 83% consideraram a versão *Google* com maior clareza de uso. Esses dados evidenciam que a criação de um repositório orientado pela experiência do usuário contribui para níveis mais elevados de satisfação, favorecendo sua adoção e incentivando a incorporação de boas práticas em gestão de projetos.



Comparativo do percentual do Nível de Satisfação dos colaboradores em relação ao uso do SIPS *Microsoft* e *Google*



Comparativo da usabilidade do SIPS: facilidade e clareza de uso nas versões *Microsoft* e *Google*

CONCLUSÕES

A criação do SIPS marcou a transição de uma gestão documental fragmentada para um modelo estruturado de governança da informação, atendendo requisitos regulatórios e impulsionando a transformação organizacional. Metodologias participativas foram essenciais para engajar usuários e garantir aderência, com o Canvas Proposta de Valor orientando uma solução simples e funcional. A reorganização em níveis estratégico, tático e operacional trouxe clareza e racionalidade, enquanto o desenvolvimento interno demonstrou viabilidade econômica e fortaleceu a autonomia técnica. Mais que tecnologia, o SIPS consolidou-se como instrumento de governança participativa, preservação da memória institucional e sustentabilidade da informação, evidenciando a escuta ativa e a co-criação na busca por soluções sustentáveis em gestão da informação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Manual do PROADI-SUS: manual técnico de orientação para elaboração, análise e prestação de contas dos projetos do PROADI-SUS. Brasília – DF: 2022. Edição em revisão 2023.
2. Ministério da Saúde. Manual de Avaliação de Instituições Hospitalares para Reconhecimento de Excelência no âmbito do PROADI-SUS. Brasília – DF: 2024.
3. Project Management Institute. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide). 6th ed. Pennsylvania: PMI; 2017.
4. Barcaui A. PMO: Escritórios de Projetos, Programas e Portfólio na Prática. Rio de Janeiro: Brasport; 2012.
5. Almeida, N.O. Gerenciamento de Portfólio e PMO. São Paulo: Editora FGV; 2018.
6. SERPRO. Por que, o que, onde e quando avaliar a experiência do usuário? 2018. Disponível em: https://www.serpro.gov.br/menu/noticias/noticias-2018/por-que-o-que-onde-e-quando-avaliar-a-experiencia-do-usuario
7. Business Model Analyst. Value Proposition Canvas. Disponível em: https://businessmodelanalyst.com/pt/value-proposition-canvas/
8. FlashApp. Planejamento estratégico, tático e operacional. Disponível em: https://flashapp.com.br/blog/planejamento-estrategico-tatico-operacional

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

Revolucionando o cuidado ao idoso com IA, empatia e eficiência

Renata Luciria Monteiro, Rogério Silicani Ribeiro, Alexandra Rodrigues dos Santos Silva, Denis Araujo da Silva

INTRODUÇÃO

O **envelhecimento populacional** no Brasil intensifica a prevalência de doenças crônicas, pressionando um sistema de saúde já fragmentado. Este trabalho descreve a aplicação de um **programa de navegação** de pacientes que combina **cuidado humano** com **inteligência artificial** para superar o abismo digital e coordenar o cuidado de idosos. O objetivo foi avaliar o impacto de uma **plataforma de navegação de pacientes**, baseada em interação digital e apoiada por inteligência artificial, na experiência do paciente, nos desfechos clínicos e nos custos do cuidado.

METODOLOGIA

Contato proativo via **WhatsApp**

10.939

beneficiários de um plano de saúde

72,9 anos

Um algoritmo de **machine learning** analisou as respostas para triar e direcionar as demandas para uma equipe de saúde **multidisciplinar** (enfermeiro, psicólogo e outros), que realizava o atendimento 100% humano.

A equipe utilizou uma plataforma digital com **sistema de apoio à decisão** para **personalizar o plano de cuidado.**

Análise comparativa de indicadores

Internação | Uso de pronto-socorro | Custo

Grupo navegado		Grupo controle
n=3.618	X	n=6.352

Comparação de **6 meses** antes e após a intervenção

RESULTADOS

Captação de **56,5%** da poulação a partir da mensagem inicial

Redução de 37% na taxa mensal de internação

Redução de 38% na taxa pronto socorro

Redução no custo médio mensal no grupo navegado R$ 3.336 para R$ 2.080

Aumento no custo médio mensal no grupo controle R$ 2.997 para R$ 3.470

Economia relativa de 38%

NPS 90

O modelo gerou **alto engajamento**, melhorou os desfechos clínicos e reduziu significativamente os custos, validando-se como uma prática inovadora, escalável.

CONCLUSÕES

A estratégia de combinar uma tecnologia de alta penetração (**WhatsApp**) com uma **inteligência artificial** para apoiar uma equipe multidisciplinar demonstrou ser altamente eficaz. O modelo gerou alto engajamento, melhorou os desfechos clínicos e **reduziu significativamente os custos**, validando-se como uma **prática inovadora**, escalável e de alto impacto para promover a qualidade de vida do idoso e a **sustentabilidade** do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1- Frishammar et al., 2023: Frishammar, J., Essen, A., Bergström, F., & Ekman, T. (2023). Digital health platforms for the elderly? Key adoption and usage barriers and ways to address them. Technological Forecasting & Social Change, 189, 122319.
2- Budde, H., Williams, G. A., Scarpetti, G., Kroezen, M., & Maier, C. B. (2022). What are patient navigators and how can they improve integration of care? European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577640/

SHINSETSU: INOVANDO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E NA EFICIÊNCIA OPERACIONAL

Suelí Pessoa de Oliveira, Niessa Covacic Feitoza, Michelle Felizardo, Sérgio Okamoto

INTRODUÇÃO

O Projeto Shinsetsu inova ao integrar a Missão, Visão e Valores institucionais (especialmente "Omotenashi" e "Mottainai") aos pilares do Quintuple Aim do IHI. Visando entender as necessidades dos pacientes, mapear e otimizar processos foi criada uma área dedicada juntamente com as demais áreas a aprimorar a experiência do paciente. O objetivo principal é implantar um método de Cuidado Centrado no Paciente, promovendo agilidade, humanização, segurança e eficiência através da eliminação de desperdícios e geração de valor agregado.

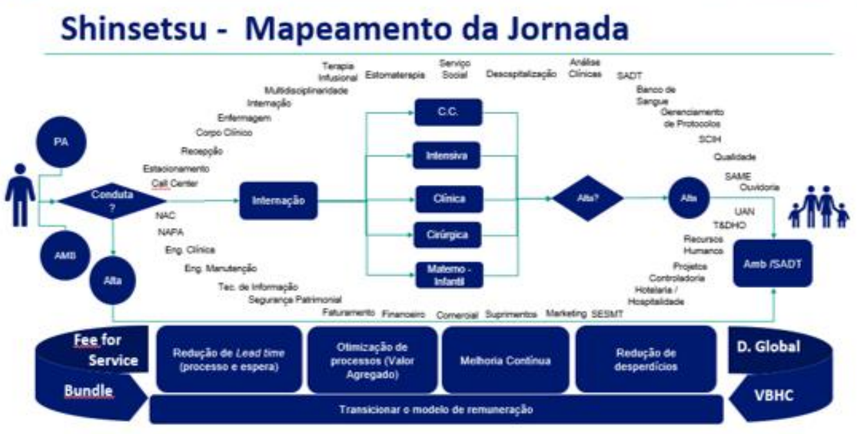
METODOLOGIA

A metodologia do Projeto Shinsetsu foi conduzida através de uma abordagem interativa e orientada por dados. Inicia-se com o mapeamento cíclico da jornada do paciente em diversas linhas de cuidado (ex: Pronto Atendimento Adulto (PAA), Linha Clínica), visando identificar oportunidades e pontos de contato. O foco principal é a eliminação de desperdícios ("Mottainai") para promover agilidade, humanização e eficiência.

Para a análise e melhoria, são utilizados instrumentos e ferramentas como:

- Mapeamento de processos e análise de causa raiz.
- Metodologias como 5W2H, PDSA, DMAIC/DMADV.
- Monitoramento via KPIs e Power BI.
- Voz do Paciente (VOC) e Cliente Oculto para coletar percepções.
- Auditorias do programa "Nosso DNA" para aferir a qualidade percebida.

O projeto envolveu o engajamento multidisciplinar das equipes e as ações de melhoria são testadas e implementadas em pilotos específicos, como a otimização da alta na Linha Clínica e diversas melhorias no PAA, antes de sua potencial expansão para outras linhas de cuidado.



Integração de todo o time multidisciplinar (assistencial, administrativo e apoio) para o mapeamento da jornada do nosso paciente.

Sprints Semanais para desenvolvimento e report para tomadas de ações com o envolvimento de todas as áreas

RESULTADOS

No PAA, o tempo de permanência reduziu de 03h20 para 02h23; o tempo para iniciar medicação para dor aguda caiu 59%. Na Linha Clínica, o tempo de alta hospitalar (da alta médica à saída do paciente) diminuiu 31% (de 172 para 119 minutos no piloto). O programa "Nosso DNA" atingiu 87% de conformidade em auditorias e o NPS do PA aumentou 5,3 p.p. Desde a criação da área Shinsetsu foram gerenciadas 73 demandas fora do projeto demonstrando a proatividade da área.

O Projeto Shinsetsu é uma alavanca estratégica que, ao integrar os princípios "Omotenashi" e "Mottainai", otimiza a experiência do paciente e a eficiência operacional, gerando valor e alinhamento ao Quintuplo Aim do IHI.

Pronto Atendimento: Redução de tempo trabalhando Mottainai.

Tipo de Atendimento	T. Evidenciado no Diagnóstico	T. Evidenciado após Implantação	% Reduzida
Consulta	00:47:36	00:36:36	21%
Consulta/Medicação	02:02:00	01:41:00	17%
Consulta/Laboratório/Medicação	04:39:00	03:05:00	34%
Consulta/Medicação/Laboratório/SADT	06:57:00	05:19:00	34%

Pronto Atendimento: Processo para atendimento de Dor Aguda.

Linha Clínica: Redução de tempo para saída do paciente de alta.

Resultados quantitativos do Projetos gerenciados pelo Shinsetsu.

Ações para fortalecer o Shinsetsu e trabalhar os achados em auditorias e VOC acordados nas reuniões do Comitê de experiência do paciente.

CONCLUSÕES

O Shinsetsu é a filosofia japonesa de colocar outro a frente dos seus próprios desejo, é se preocupar genuinamente com a existência do outro. Sendo assim, plantar a semente e ir regando-a a cada projeto, a cada roda de bate papo fortalece a nossa missão de entregar a todos um atendimento de excelência e humanizado. Um movimento continuo em busca de resultados impulsionados pelos nossos valores.

REFERÊNCIAS

Acervo Shinsetsu (2023 – 2025)
Base de dados ERP - MVSoul
Painel Power BI – Painel de Alta

Sistema digital na rotina da EMTN: relato de cuidado nutricional em hospitais

Ananda de Mesquita Araújo, Fabiano Girade Corrêa, Fábio de Resende Batista e Anna Gabriella Ferreira Cunha.

INTRODUÇÃO

A transformação digital tem se consolidado como aliada estratégica na qualificação da assistência hospitalar, promovendo melhorias na coordenação do cuidado, segurança e gestão por dados. Dentre as inovações tecnológicas, destacam-se os *pathway-supporting Health Information Systems* (HIS), que apoiam o planejamento, execução e monitoramento de protocolos clínicos estruturados. Este trabalho apresenta a experiência de uso de um sistema digital de gestão nutricional pela EMTN em 12 hospitais do Centro-Oeste e Sudeste do Brasil, destacando seus impactos na prática assistencial.

METODOLOGIA

Contexto de criação e uso da plataforma digital

A EMPRESA

- Cobertura de 2.200 leitos/dia
- Atuação em 12 hospitais
- Prescrição de 236 TN/dia

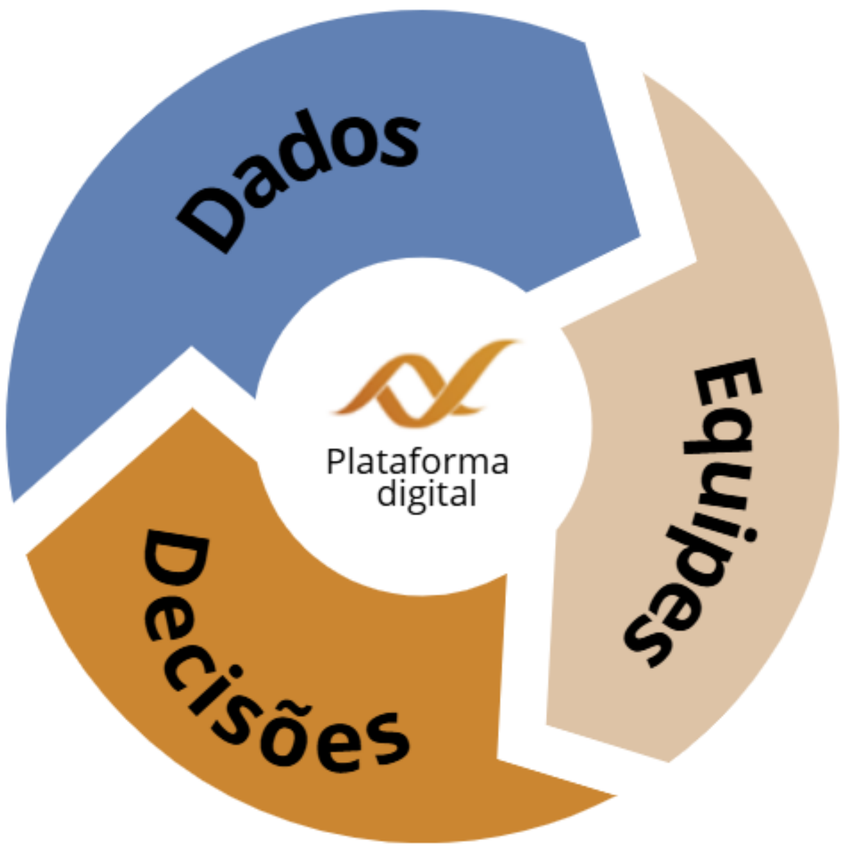
O SISTEMA

- 92 parâmetros clínicos acompanhados pela EMTN
- Base para 25 indicadores institucionais
- Monitoramento de notificações feitas pela EMTN
- Orientações integradas para desospitalização

DESENVOLVIDO POR UMA EQUIPE DE TI PRÓPRIA ESPECIALIZADA EM DADOS DE TERAPIA NUTRICIONAL

RESULTADOS

A experiência demonstra que o uso de sistemas digitais especializados pode apoiar a estruturação de fluxos assistenciais complexos. A plataforma digital fortalece a EMTN e promove cuidados mais seguros, integrados e eficazes.



Integração promovida pela plataforma digital de gestão nutricional.

Modelos assistenciais seguros, integrados e orientados por resultados.

CONCLUSÕES

A digitalização viabilizou a medição rotineira de indicadores críticos (cobertura, adequação, eventos) e padronizou registros e respostas da EMTN. Sem comparação pré-pós, não inferimos impacto causal.
Próximo passo: séries temporais com metas e avaliação comparativa multicêntrica.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Trícia S. et al. DoN-DataOnNutrition®: plataforma para gestão da terapia nutricional em pacientes críticos e suporte à pesquisa em UTI. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMPUTAÇÃO APLICADA À SAÚDE (SBCAS), 2025, Ihéus - BA.

SOUSA, Anete Araújo de; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, n. 4, p. 425-438, out./dez. 2004.

CONTATO

INÍCIO ANTERIOR PRÓXIMO

START: ESTRUTURANDO A CULTURA DE INOVAÇÃO COM PROTAGONISMO DOS COLABORADORES.

Carlos Daniel da Silva Coutinho, Franco Pierre de Caires Medeiros, Diego Roncette Ramos, Herick Heidmann Esquincalha Vieira

INTRODUÇÃO

Criado em 2024, o START é um programa institucional voltado à promoção da cultura de inovação. A iniciativa surgiu como alternativa estruturada para ouvir e valorizar as ideias dos colaboradores, incentivando sua participação ativa na construção de soluções. O programa busca estimular propostas criativas e viáveis, alinhadas aos pilares de qualidade, sustentabilidade e eficiência, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços hospitalares e para o engajamento interno.

METODOLOGIA

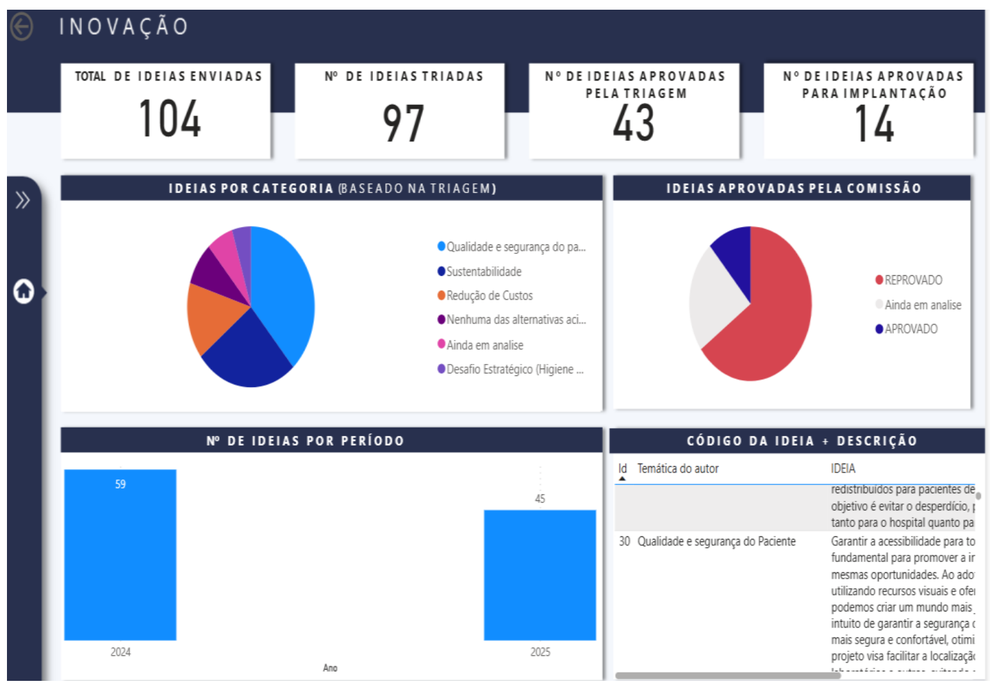
O START funciona em ciclos mensais e está aberto a todos os colaboradores. As ideias são submetidas por formulário eletrônico e passam por triagem inicial para garantir aderência ao edital. As propostas elegíveis seguem para avaliação às cegas por uma comissão multidisciplinar, que utiliza critérios como estratégia, impacto, inovação, prazo, dificuldade, sociedade e investimento. As aprovadas avançam para a fase de pitch, quando o autor, apoiado pela equipe de inovação, apresenta sua ideia à diretoria. Esse processo garante imparcialidade, promove transparência e valoriza a criatividade. Além disso, alguns meses contam com o “Desafio Estratégico”, tema definido pela gestão que concede pontuação extra às propostas alinhadas. Mensalmente, os autores recebem prêmios simbólicos e, ao final do ciclo, as ideias implementadas com maior impacto recebem reconhecimento ampliado. A metodologia promove inclusão, engajamento e conexão direta entre colaboradores e gestão, fortalecendo a cultura de inovação.

Lançamento do programa de Inovação Corporativa “START Projetos Inovadores”. Dia 18/10/2024.

Logo do programa de Inovação START Projetos Inovadores.

RESULTADOS

Em nove meses de execução, o START recebeu mais de 90 ideias enviadas por colaboradores de diferentes áreas, alcançando média de 10 propostas mensais. Esse engajamento demonstrou diversidade de olhares e disposição para contribuir com melhorias no hospital. Atualmente, catorze ideias estão em fase de implementação, contemplando processos internos, sustentabilidade e tecnologia. Entre os destaques estão: uso de inteligência artificial para busca ativa de pacientes elegíveis para pesquisa clínica, criação de aplicativo de localização interna para pacientes e familiares, distribuição de ecobags como alternativa sustentável e ajustes em fluxos administrativos. O programa também gerou impactos qualitativos, como fortalecimento do protagonismo dos colaboradores, maior integração entre áreas, incentivo à criatividade e valorização das equipes pela diretoria. Esses resultados consolidam o START como vetor de inovação institucional, capaz de gerar soluções simples, estratégicas e viáveis.



Power BI do com os dados do programa de Inovação START.

Vencedores da 4ª Rodada de Ideias recebendo a premiação mensal dos diretores.

CONCLUSÕES

O START consolidou-se como um espaço estruturado para escutar e valorizar ideias, fortalecendo a cultura de inovação e o protagonismo dos colaboradores. Em menos de um ano, já apresentou resultados práticos com propostas em fase de implementação e ganhos intangíveis como maior engajamento, integração entre áreas e estímulo à criatividade. Com metodologia simples e inclusiva, o programa mostrou potencial de ser replicado em outras instituições, reforçando a inovação como estratégia de transformação organizacional e geração de valor em saúde.

REFERÊNCIAS

TIDD, J.; BESSANT, J. Gestão da Inovação. Porto Alegre: Bookman, 2015.
CHRISTENSEN, C. M. Inovação na Saúde. Porto Alegre: Bookman, 2009.
PMI. Um Guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos (Guia PMBOK®) – 7ª edição.
Relatório Institucional AFECC – Hospital Santa Rita, 2024

Tecnologia e Cuidado Intensivo: O Impacto da Inteligência Artificial na Gestão da UTI

Karina de Cássia Fortes Andrade Pereira, Kellen Ribeiro de Oliveira, Eliane Soares de Aguiar Machado, Patrícia de Morais Silva

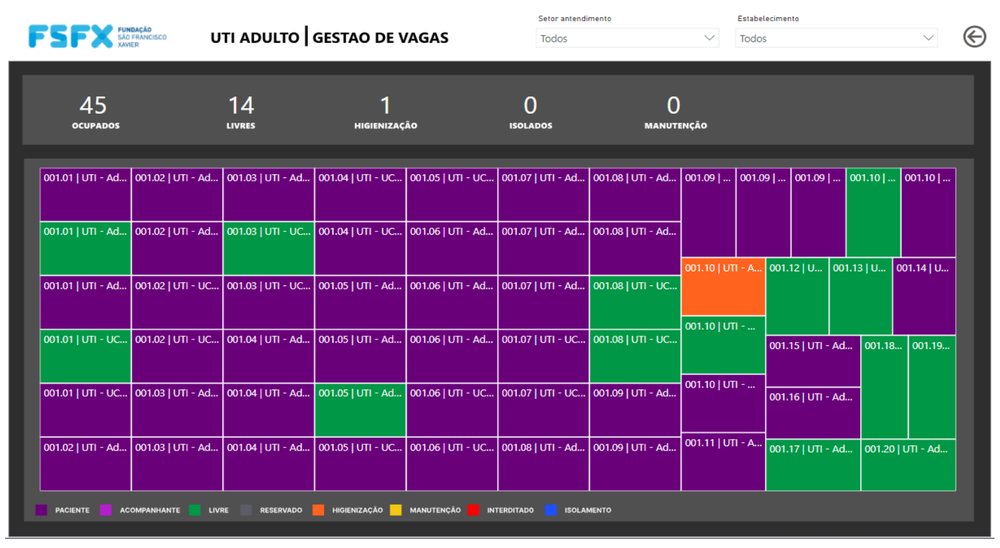
INTRODUÇÃO

O cuidado em uma UTI exige atenção constante, decisões rápidas e segurança em cada conduta. Diante da complexidade do ambiente intensivo, contar com ferramentas tecnológicas que auxiliem a equipe é essencial. A inteligência artificial (IA) surge como aliada nesse cenário, apoiando tanto a gestão quanto o cuidado direto ao paciente. Nesta experiência, o uso de um painel de Business Intelligence (BI), com dados assistenciais e operacionais em tempo real, tornou-se um importante recurso para decisões mais rápidas e precisas.

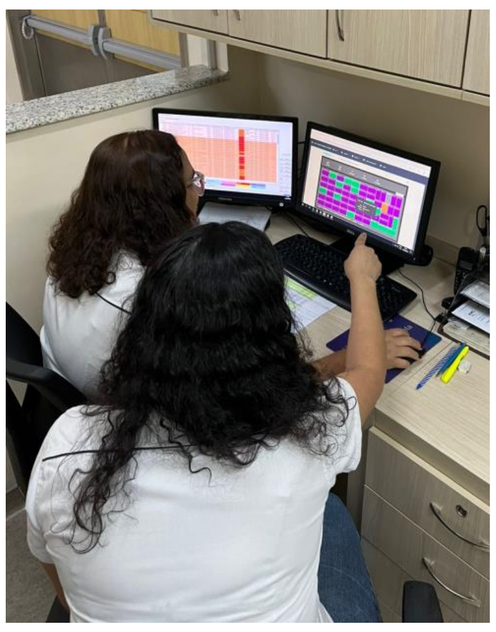
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, realizado nas UTI's adulto que implementaram o painel de BI com integração a sistema de inteligência artificial. A ferramenta disponibiliza dados em tempo real sobre taxa de ocupação, giro de leitos, média de permanência e status detalhado dos leitos (livres, em higienização, reservados para admissão). Também são sinalizados os pacientes sem prescrição de profilaxias para LAMG e TEV, pacientes com previsão de alta para o dia seguinte e aqueles classificados com risco elevado de deterioração clínica, por meio de um algoritmo preditivo. Os dados são acessados pela equipe multiprofissional e da gestão de leitos, sendo utilizados como apoio à tomada de decisão em momentos estratégicos, como passagem de plantão, liberação dos leitos e planejamento de admissões, acompanhamento da segurança assistencial e organização das altas. O acompanhamento foi feito ao longo de seis meses, com comparação a indicadores do mesmo período do ano anterior.

Vista do Painel BI da UTI adulto.



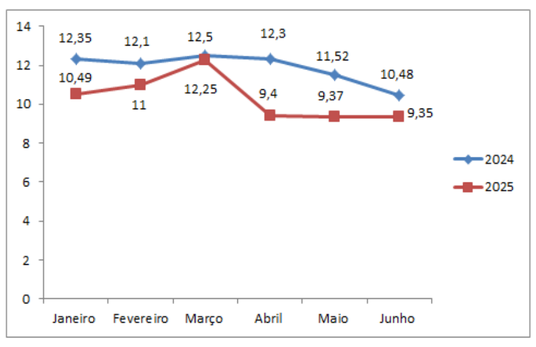
Painel BI para apoio na gestão de vagas .



Utilização do Painel BI para apoio na gestão de leitos da UTI

RESULTADOS

A experiência demonstrou ganhos significativos na organização da unidade e na segurança do cuidado. Observou-se uma redução média de 10% no tempo de espera por leitos clínicos, além de um aumento de 5% no giro de leitos, favorecido pelo planejamento estruturado das altas. Os alertas de ausência de profilaxia contribuíram para evitar falhas assistenciais, enquanto o algoritmo de deterioração clínica possibilitou antecipar condutas em pacientes críticos. Essas medidas refletiram diretamente na redução de 40% das readmissões em até 48 horas em número absoluto comparado a 2024, garantindo maior segurança nas altas e fortalecendo a integração da equipe multiprofissional, que passou a contar com informações em tempo real para a tomada de decisão.



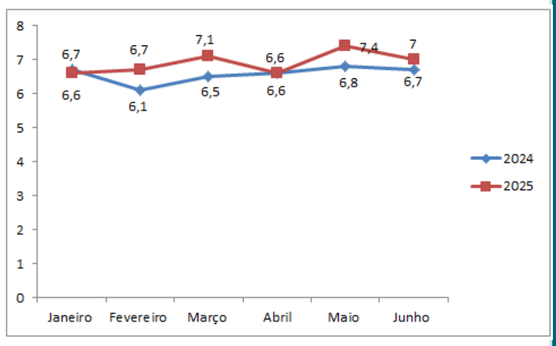


Gráfico 1. Indicador de tempo médio de admissão em horas comparando 2024 e 2025 no período de janeiro de junho. Fonte: Gestão de Indicadores Institucional.
Gráfico 2. Giro de leitos UTI, demonstrando aumento de 5% em 2025 em relação ao mesmo período de 2024. Fonte: EPIMED

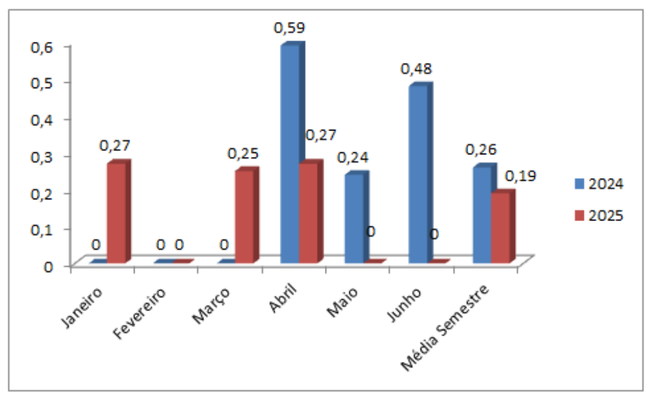
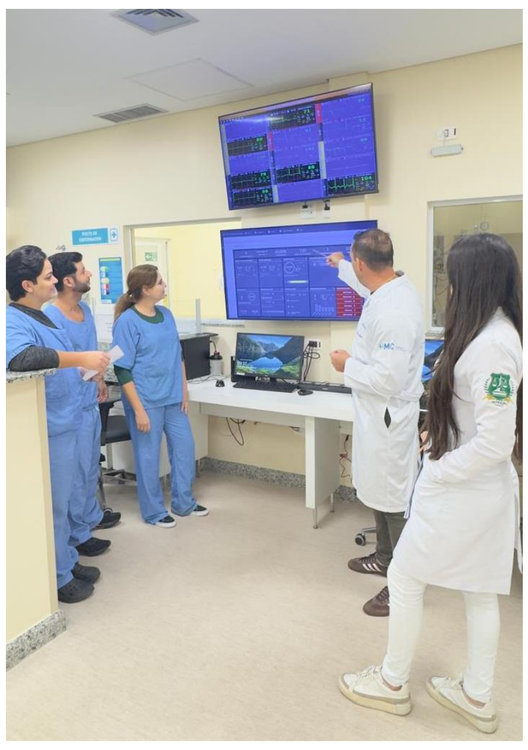


Gráfico 3. Indicador de readmissão em UTI em até 48 horas. Percentual de pacientes readmitidos em 2025, com redução de 27% em comparação ao mesmo período de 2024. Em numero absoluto, essa redução foi de 40%. Fonte: Gestão de Indicadores Institucional.



Utilização do Painel BI para apoio nas passagens de plantão multidisciplinar.

CONCLUSÕES

A integração entre BI e Inteligência Artificial mostrou-se uma ferramenta poderosa para fortalecer a gestão das UTI's e elevar a qualidade assistencial. Além de otimizar indicadores operacionais, como a redução do tempo de espera por leitos e o aumento do giro, a tecnologia impactou diretamente a segurança do paciente, prevenindo falhas e apoiando condutas antecipatórias. Essa experiência reforça que a adoção de soluções tecnológicas inteligentes amplia a eficiência dos processos e promove uma assistência mais segura, humanizada e sustentável. O uso contínuo desses recursos tem potencial para consolidar uma cultura de decisões baseadas em dados, favorecendo um modelo de cuidado moderno, resolutivo e alinhado às melhores práticas em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

MOREIRA, Roberto de Souza et al. (2025). *Inteligência Artificial no Monitoramento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)*. Revista de Medicina, 103(6), e-233051. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v103i6e-233051.
EPIMED Monitor – Painéis do Gestor – Indicadores da UTI
Gestão de Indicadores Institucionais.

TELEINTERNAÇÃO CIRÚRGICA: PROJETO DE MELHORIA EM EFICIÊNCIA, SEGURANÇA E SUSTENTABILIDADE

Pietra Ferreira, Rogério Risso, José Jair, Décio Souza, Leopoldo Muniz, Leandro Defacio, Viviane Cohen e Vanessa Torres

INTRODUÇÃO

O crescimento da demanda por leitos hospitalares, aliado à necessidade de racionalizar recursos assistenciais, tem impulsionado a adoção de modelos inovadores de cuidado em saúde. Nesse cenário, a teleinternação, também denominada internação domiciliar com suporte de telemedicina, consolida-se como uma alternativa. Ainda são limitados os estudos que abordam o desenvolvimento de soluções tecnológicas capazes de qualificar processos assistenciais, além de gerar impacto mensurável. Este estudo parte da hipótese de que a implementação do modelo de teleinternação é capaz de reduzir significativamente o tempo operacional do processo de admissão, permitindo a realocação de tempo para atividades de maior valor assistencial, como a admissão clínica cirúrgica.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de Ciência da Melhoria e conduzido por meio de ciclos sucessivos de PDSA. O projeto foi desenvolvido em duas fases: 1) Planejamento dos processos para aplicação da tecnologia (julho a dezembro de 2025); 2) Implantação (janeiro a maio de 2025). A análise situacional foi feita com o diagrama de causa e efeito, para identificar os principais fatores contribuintes para o problema, incluindo gargalos operacionais, processos manuais, ausência de digitalização e alta demanda simultânea na recepção. O redesenho do processo de admissão hospitalar focou na antecipação da internação de forma virtual, integrando tecnologias de telemedicina, prontuário eletrônico e assinatura digital. Cada ciclo PDSA permitiu testar a escalabilidade em pequenos testes e promover melhorias adicionais.

As análises abrangeram indicadores operacionais (tempo de permanência na recepção e tempo de alocação no leito), satisfação dos pacientes (pesquisa HCAHPS) e impacto sobre processos assistenciais (Taxa de adesão ao Bundle de Prevenção de infecção de sítio cirúrgico (BP - ISC) na admissão cirúrgica e taxa de adesão ao questionário alimentar). Como indicador de equilíbrio, utilizou-se a taxa de suspensão de cirurgias por motivos administrativos ou assistenciais. Uma nova linha central (mediana) foi estabelecida quando os dados atenderam aos critérios para uma melhoria. Teste não paramétricos (Mann-Whitney) foram utilizados nas comparações.

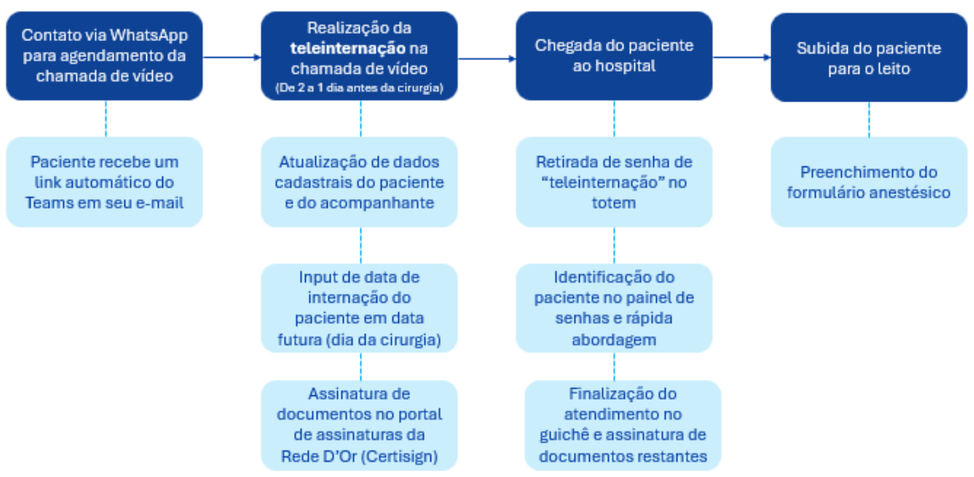


Fig. 1 Fluxograma macro do processo de teleinternação

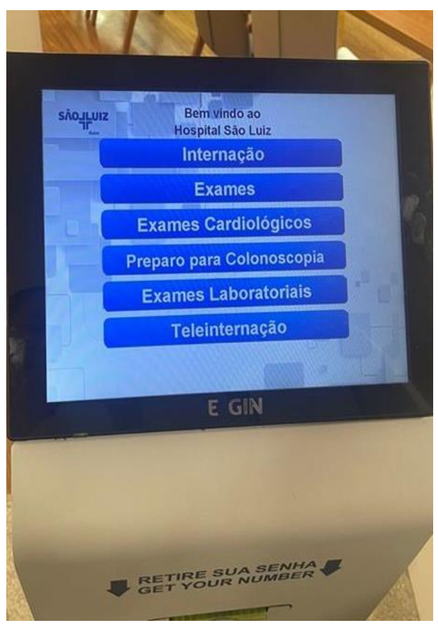


Fig. 2 Totem de atendimento atualizado para o processo de teleinternação

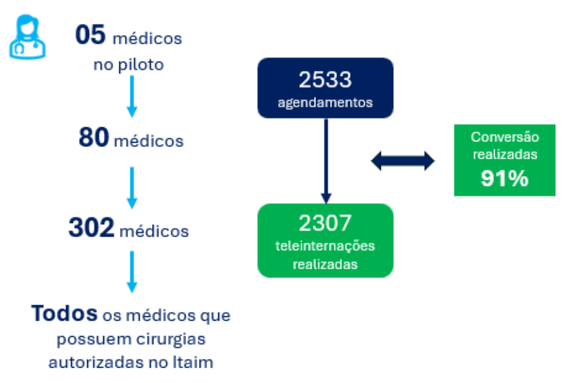


Fig. 3 Número de teleinternações realizadas até setembro de 2025

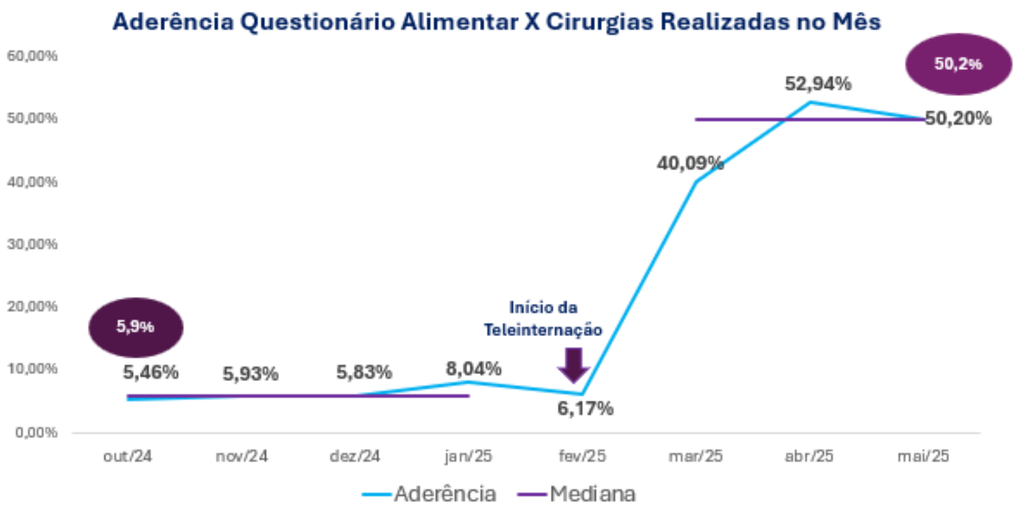


Fig. 4 Gráfico de aderência ao questionário alimentar respondido pelo paciente

RESULTADOS

Antes do projeto, a mediana do tempo de admissão operacional (chegada na recepção até alocação no leito) foi de 51 min, o que reduzia o tempo dedicado à admissão assistencial e prejudicava a experiência do paciente. A principal causa identificada do atraso foi o alto volume de admissões diárias concentrados no primeiro horário. Com o projeto, a teleinternação começo a ocorrer após a autorização da cirurgia - o paciente recebia uma mensagem solicitando o agendamento da chamada de vídeo de 1 a 2 dias antes da cirurgia. O processo de internação passou a ser feito previamente, de forma online, além de receber orientações pré-operatórias; na chegada ao hospital, com o atendimento já aberto, o tempo de espera na recepção e alocação no leito foi reduzido.

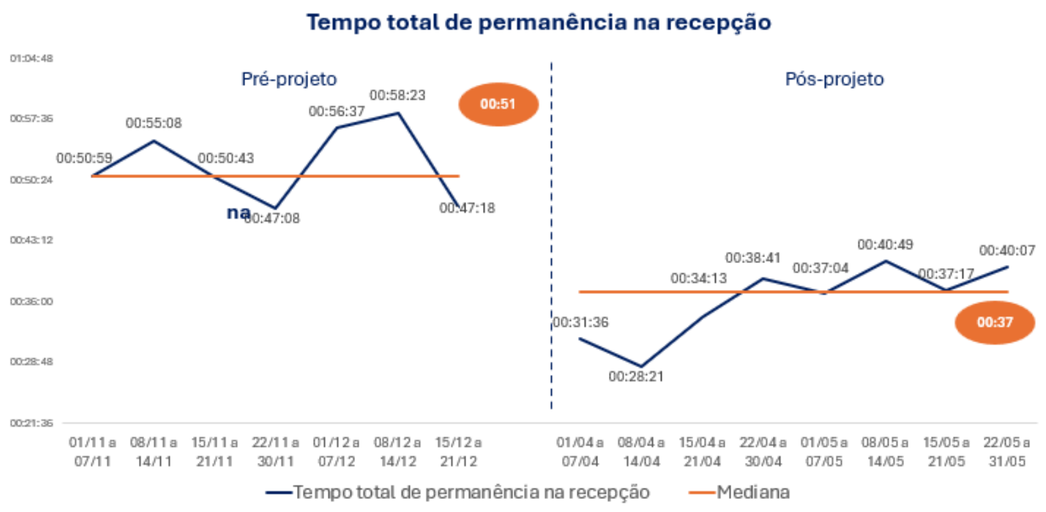


Fig. 5 Resultado comparativo do tempo de permanência total do paciente na recepção do hospital antes e depois do projeto.

A mediana do tempo de espera na recepção até o início do atendimento inicial antes do projeto foi de 18.5 min e após o projeto, de 8.5 min (redução de 54%; P<0.001). A mediana do tempo de alocação em leito (desde o atendimento na recepção até chegada no leito) que antes era de 32 min, passou a ser de 23 min (redução de 28.1%; P<0.001). O resultado da pesquisa HCAHPS apresentou aumento de 8% (p=0.08). A mediana da adesão do paciente ao preenchimento do questionário alimentar, antes do projeto era de 5.9% e após, 50.2% (P<0.001). Em relação à adequação do BP-ISC unidade de internação, houve aumento de 8,6% (Pré-81%; Pós:88%; P <0.05). Além dos ganhos assistenciais e operacionais, o projeto de teleinternação gerou impacto ambiental positivo, com a redução de até 24.200 folhas de papel por mês — o que equivale à preservação de aproximadamente 40 árvores por ano. A taxa de suspensão de cirurgias por motivos administrativos ou assistenciais nos pacientes do projeto foi de 0%. A mediana do tempo de permanência do paciente na recepção — entre a retirada da senha e a alocação no leito após a intervenção foi de 37 min vs. 51 min pré-intervenção (redução de 27%; P<0.001).

Fig. 6 Imagem ilustrativa do impactado ambiental do projeto

CONCLUSÕES

A implementação de um modelo de teleinternação cirúrgica, sustentado pelos princípios da Ciência da Melhoria, demonstrou ser uma estratégia efetiva para otimizar o fluxo operacional de admissão, melhorar a experiência do paciente e fortalecer a segurança assistencial, ao aumentar o tempo para atividades de maior valor assistencial e cuidados pré-operatórios, como o BP-ISC. O projeto resultou em reduções relevantes e duradouras no tempo de espera na recepção e no tempo de alocação em leito. Os resultados confirmam a segurança do processo, caracterizando a teleinternação como uma solução escalável, segura e alinhada aos princípios de cuidado centrado, qualidade, eficiência operacional e responsabilidade ambiental.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Using quality improvement tools to optimize hospital efficiency. [S.l.]: Institute for Healthcare Improvement / PubMed Central, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10229011/. Acesso em: 18 set. 2025.
2. 2. WOMACK, J.; JONES, D. Lean healthcare: improving patient flow and perceived quality through process redesign. The American Journal of Managed Care, 2018. Disponível em: https://www.ajmc.com/view/lean-improvement-in-the-quality-of-patient-care-in-the-hospital-admissions-process. Acesso em: 18 set. 2025.

TOTEM DE AUTOATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA : UM PASSO À FRENTE NA JORNADA DO PACIENTE

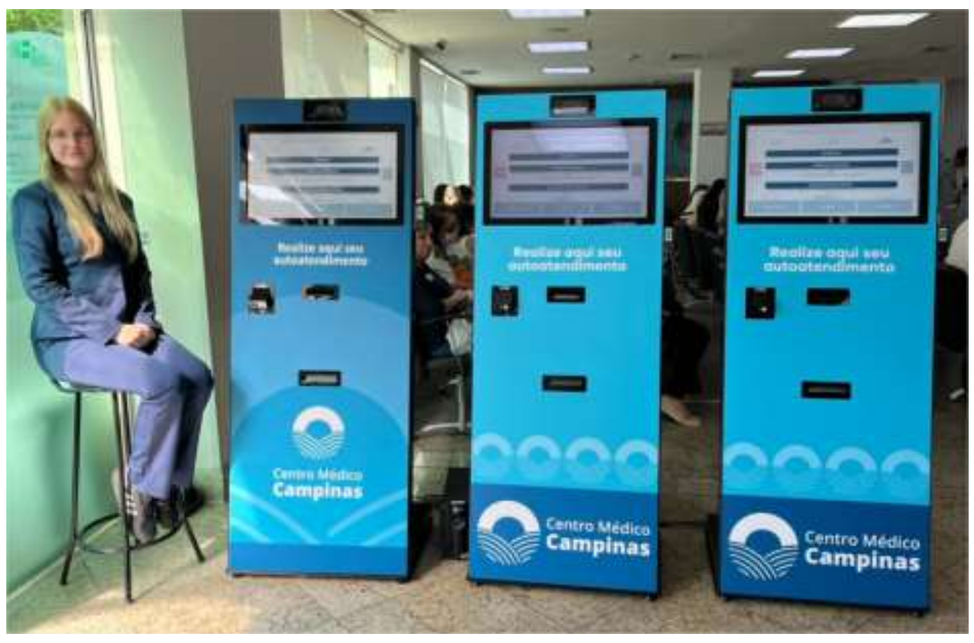
Rafael Zanini Barbato, Rodolfo Nucci Bragalia, Gustavo de Moraes Siviero, Matheus Henrique Dias Silva

INTRODUÇÃO

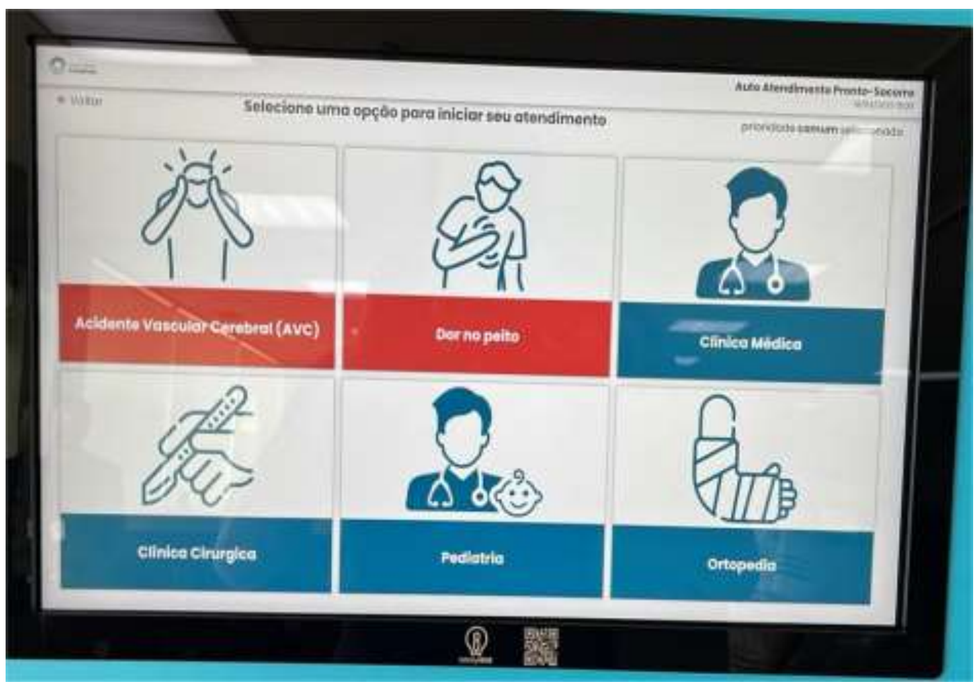
A implantação de um totem de autoatendimento em unidade de emergência configurou-se como estratégia decisória para otimizar o fluxo de atendimento no pronto-socorro. A tecnologia adotada visa agilizar o acolhimento, reduzir o tempo de espera e qualificar a experiência do paciente, além de promover a segurança da informação e contribuir para a sustentabilidade financeira da instituição.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo, realizado em uma unidade de pronto atendimento hospitalar, onde foi implantado um totem de autoatendimento com apoio de um colaborador na função "Posso Ajudar". A tecnologia foi utilizada como instrumento para agilizar a elegibilidade dos convênios, evitar perdas financeiras e reduzir o tempo de espera para o primeiro atendimento. O processo envolveu a digitalização de documentos com assinatura eletrônica, respeitando os princípios da LGPD. A ação visou padronizar o cuidado, estimular o protagonismo do paciente e promover a segurança da informação. Os dados foram analisados de forma observacional, considerando impactos operacionais e percepção dos usuários, evidenciando a tecnologia como aliada para fluidez no atendimento e avanço institucional em qualidade e inovação.



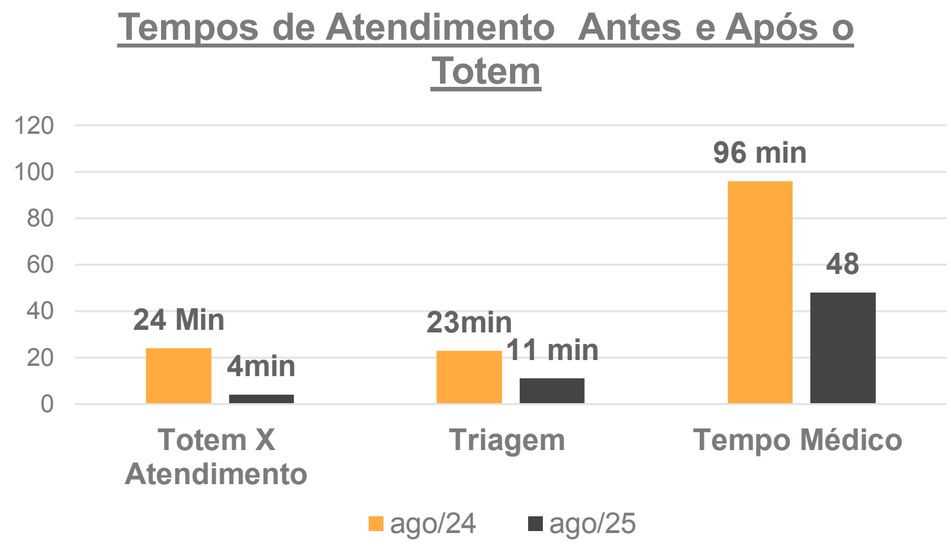
Implantação de três totens, agilizando o processo inicial do paciente e garantindo uma maior segurança nos dados sensíveis do paciente.



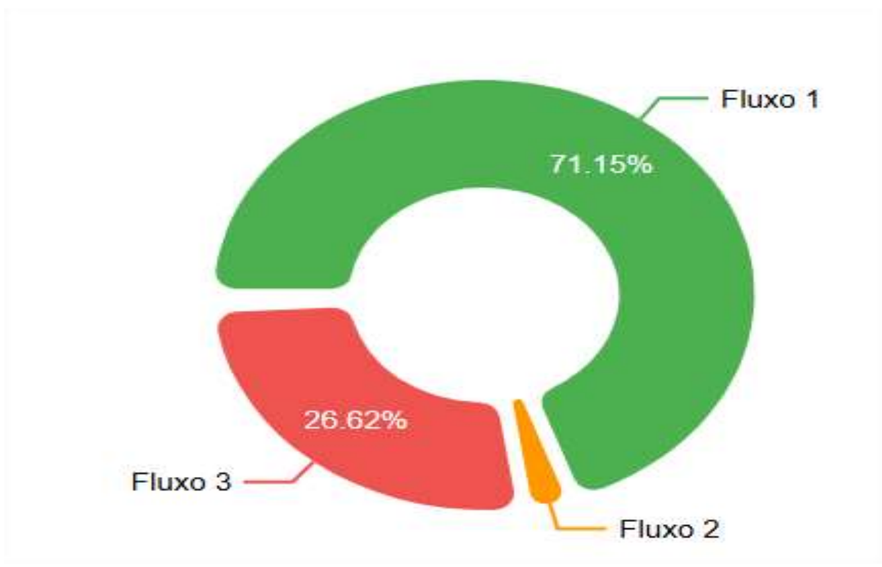
Padronização dos tipos de atendimentos separados por criticidade, trazendo uma comunicação visual lúdica para o paciente.

RESULTADOS

Com a implantação do totem de autoatendimento no pronto-socorro, houve significativa redução no tempo de espera: recepção reduziu 82,6%, classificação de risco 52% e atendimento médico 31%. A tecnologia otimizou o fluxo, padronizou a linha de cuidado e proporcionou melhor experiência ao paciente. Além de garantir segurança das informações, contribuiu para decisões mais ágeis e sustentáveis, reforçando a importância da inovação baseada em valor para a qualidade assistencial e eficiência institucional.



Comparativo de 08/2024 e 08/2025 após a implantação do totem, onde conseguimos reduzir tempo de espera em todas etapas do processo.



Performance de 71.15% correto e completo pelo totem, onde apenas 29% foi direcionado para a recepção. Isso com apenas 01 máquina em uso.

CONCLUSÕES

A experiência relatada evidencia que a implantação do totem de autoatendimento em unidade de pronto-socorro transcende a simples modernização tecnológica, configurando-se como um marco estratégico na gestão da saúde. Os resultados expressivos com reduções significativas nos tempos de espera em todas as etapas críticas do fluxo assistencial, demonstram que a inovação, quando orientada por valor, impacta diretamente na qualidade do cuidado, na eficiência operacional e na sustentabilidade institucional. Dessa forma, reafirma-se que a incorporação de tecnologias digitais em serviços de emergência representa não apenas um ganho imediato em agilidade e resolutividade, mas também um investimento perene na excelência assistencial e na construção de um modelo de saúde sustentável, humanizado e inovador.

REFERÊNCIAS

Gralha, S. R.; Pfeiffer, B. F.; Pedroso, R.; Silveira, J. M. de M. “Tecnologias de autoatendimento na área da saúde: um Mapeamento Sistemático.” *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, 2022.

Transformação Digital da Classificação de Risco com Emergency Severity Index (ESI) no Pronto-Socorro

Talga Caroline Aires Maciel, Stephanie Brandão Nunes Kenmochi, Leonardo Ridolfi e Antônio Ribeiro de Santana Júnior

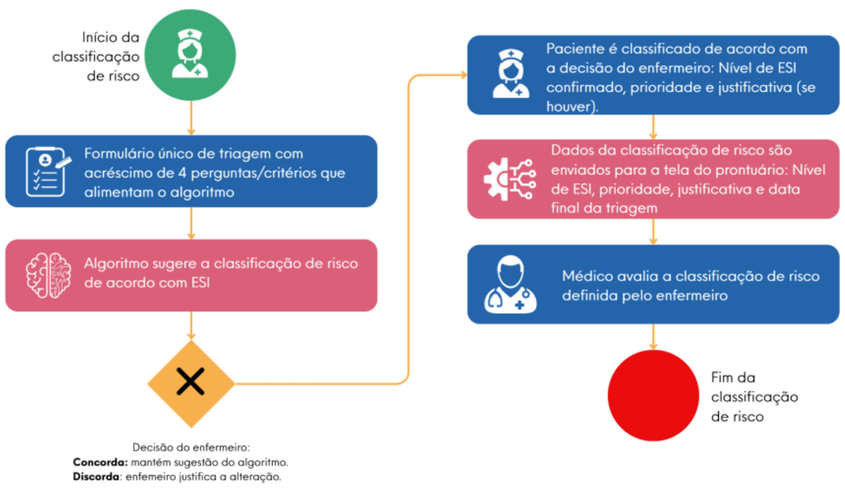
INTRODUÇÃO

A **classificação de risco** é essencial para priorizar atendimentos em serviços de emergência. A ausência de ferramentas padronizadas e digitais pode gerar variabilidade na classificação de risco, riscos de sub ou superclassificação, atrasos em casos críticos, dificuldades de rastreabilidade e impacto negativo na experiência do paciente.
O **Emergency Severity Index (ESI)**, metodologia validada internacionalmente que associa gravidade clínica e necessidade de recursos, foi implantado no prontuário eletrônico com **algoritmo e automação**, garantindo uma triagem mais segura, precisa e padronizada, promovendo eficiência no atendimento e suporte ao processo decisório.

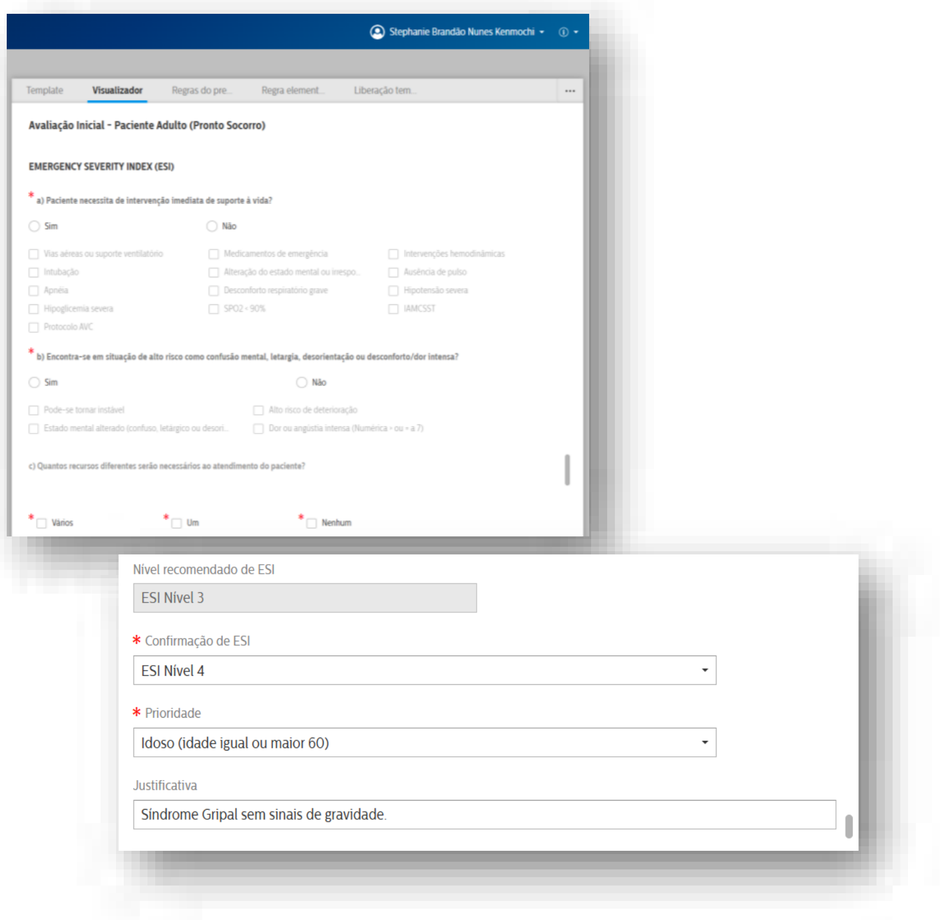
METODOLOGIA

Estudo de caráter aplicado, descritivo e prospectivo, realizado em um hospital terciário de alta complexidade, entre setembro de 2024 e março de 2025. O projeto foi desenvolvido em quatro etapas:

1. **Fundamentação técnica:** revisão de literatura, atualização do protocolo institucional de triagem e mapeamento dos fluxos assistenciais.
2. **Desenvolvimento tecnológico:** construção de algoritmo automatizado (JOB) integrado ao prontuário eletrônico, substituindo as pulseiras de cores.
3. **Capacitação da equipe:** treinamento de enfermeiros e médicos, com simulações clínicas e avaliação de usabilidade.
4. **Implantação e monitoramento:** utilização do algoritmo em 100% dos atendimentos e criação de indicadores inéditos para análise da triagem.



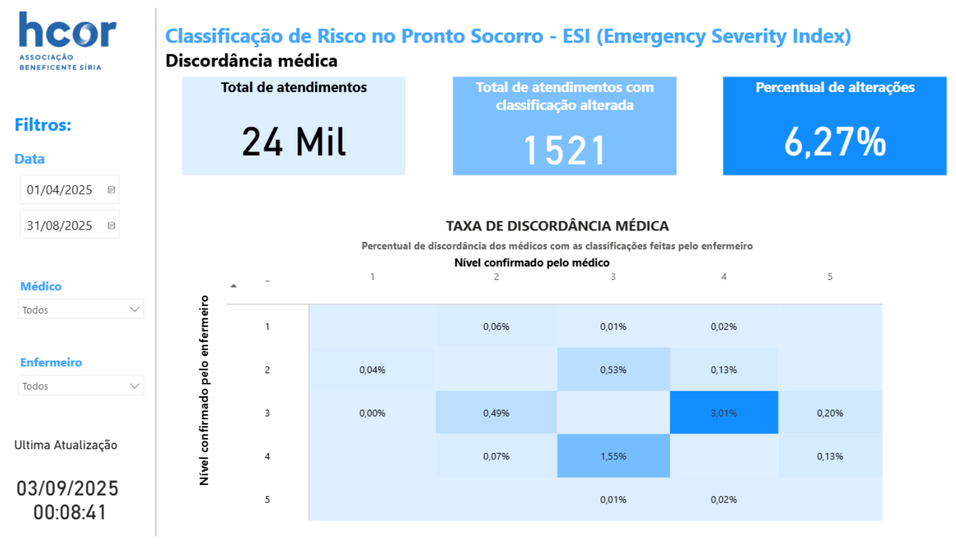
Fluxograma do processo de classificação de risco com algoritmo e automação para suporte ao processo decisório.



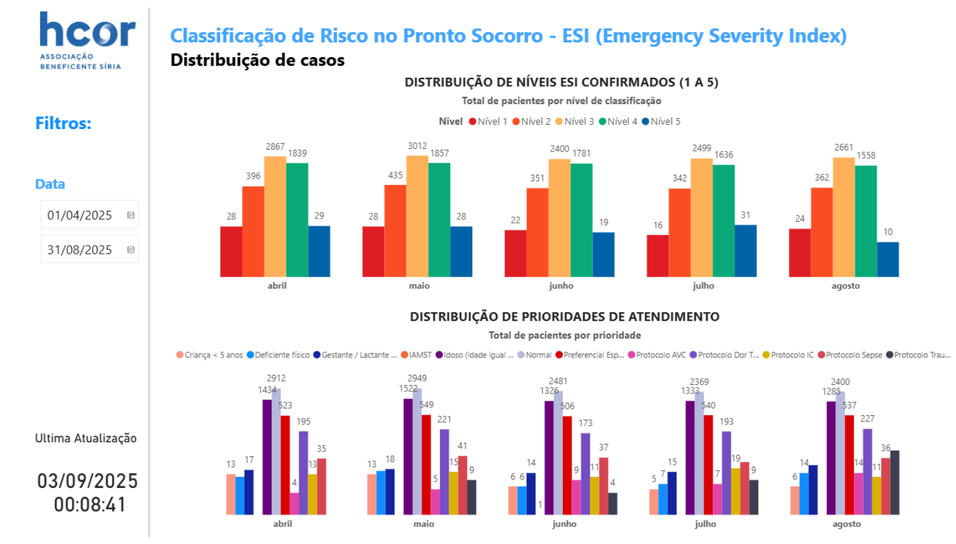
Formulário eletrônico com perguntas, critérios e Nível Recomendado de ESI pelo algoritmo.

RESULTADOS

Quantitativo: Entre abril e agosto de 2025, foram realizados **mais de 24.000 atendimentos** com uso integral do **algoritmo e automação do Emergency Severity Index (ESI)** no prontuário eletrônico. Todos os pacientes foram classificados pelo sistema, garantindo padronização da classificação de risco. A **concordância entre o algoritmo e o enfermeiro foi de 90,43%**, enquanto a **concordância entre enfermeiros e médicos atingiu 93,73%**, evidenciando alta confiabilidade e consistência no processo de classificação de risco.
Qualitativo: A percepção da equipe indicou que **95,6% consideraram o algoritmo fácil de usar**, refletindo boa aceitabilidade da ferramenta. Além disso, **86,9% relataram aumento da eficiência e agilidade no atendimento**, e **87% perceberam melhora na priorização correta dos pacientes**, indicando impacto positivo na tomada de decisão clínica e na segurança do paciente.



Indicadores de taxa de discordância entre algoritmo e enfermeiro e taxa de discordância entre enfermeiros e médicos.



Distribuição de níveis confirmados de ESI e prioridades.

CONCLUSÕES

A implantação do ESI automatizado promoveu padronização, rastreabilidade e segurança na classificação de risco do Pronto-Socorro. **O uso do algoritmo reduziu riscos de erro, fortaleceu a tomada de decisão clínica e gerou indicadores inéditos** para monitoramento da qualidade assistencial. Trata-se de uma iniciativa replicável em outros serviços de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

GILBOY, N.; TANABE, T.; TRAVERS, D.; ROSENAU, A. M. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. AHRQ, 2012.
HCOR. Diretrizes institucionais de Classificação de Risco. São Paulo: Hcor, 2024.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA FARMÁCIA CLÍNICA: A JORNADA DE IMPLEMENTAÇÃO DE FERRAMENTA DE IA

LETICIA MARA PISETTA, RAISA MASCARENHAS DE ARAÚJO, ANA ISABELA DUTRA ARAUJO NUNES, MARCELA FONTES LICHTENFELS

INTRODUÇÃO

A Inteligência Artificial (IA) tem impulsionado a transformação da farmácia hospitalar, promovendo segurança do paciente, otimização de processos e uso racional de medicamentos. No entanto, desafios como interoperabilidade, qualidade de dados e gestão de mudanças exigem abordagens integradas. Este trabalho objetiva identificar as barreiras e oportunidades observadas durante a implementação de ferramenta de IA na Farmácia Clínica, categorizando-as em pessoas, processos e tecnologia, e destacar as estratégias adotadas para ampliar os benefícios da solução.

METODOLOGIA

Estudo de caso a partir da implantação de ferramenta de IA para otimização da avaliação farmacêutica, priorização de prescrições fora do padrão e identificação de pacientes críticos, em um hospital privado, de grande porte, no Rio de Janeiro. O projeto teve duração de oito meses, e contemplou a contratação da ferramenta, integração de sistemas, mapeamento de processos, homologação, capacitação e implantação. Indicadores estratégicos foram definidos para acompanhamento do processo. Encontros quinzenais ocorreram para planejar a mudança, onde desafios e oportunidades foram identificados. A implementação ocorreu em abril de 2025, de forma escalonada, com suporte técnico in loco. Durante o período de implementação, os apontamentos foram registrados em planilha estruturada, e as ações priorizadas de acordo com impacto e urgência. Os registros foram categorizados em pessoas, processos e tecnologias. O processo de monitoramento contínuo direcionou estratégias corretivas e facilitou intervenções mais eficazes.

RESULTADOS

Foram identificados 25 desafios: 7 na pré-implantação, 12 durante a implantação e 6 no pós-implantação. Do total, 52% estavam relacionados à tecnologia, 44% a processos e 4% a pessoas. Redesenho de fluxos e treinamentos foram aplicados para processos e pessoas, enquanto os ajustes tecnológicos foram priorizados conforme o impacto ao paciente e processo, em colaboração com a equipe de tecnologia da informação. A execução dos planos de ação e a adoção de fluxos de gestão de mudanças resultaram em 80% dos desafios já solucionados e 20% ainda em andamento. Após a implantação, seis oportunidades de aprimoramento foram identificadas, sendo três já implementadas. Planejamento estruturado, monitoramento contínuo e atuação multiprofissional foram essenciais para mitigar riscos, garantir a continuidade assistencial e potencializar os benefícios da tecnologia.

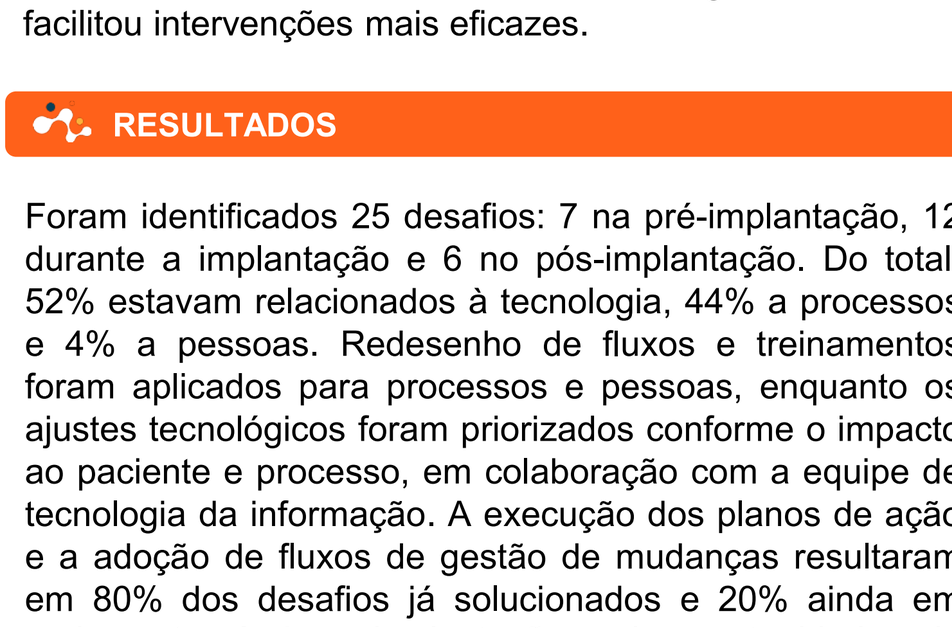


Gráfico 1 - Quantidade de desafios identificados em cada etapa da implantação do projeto.

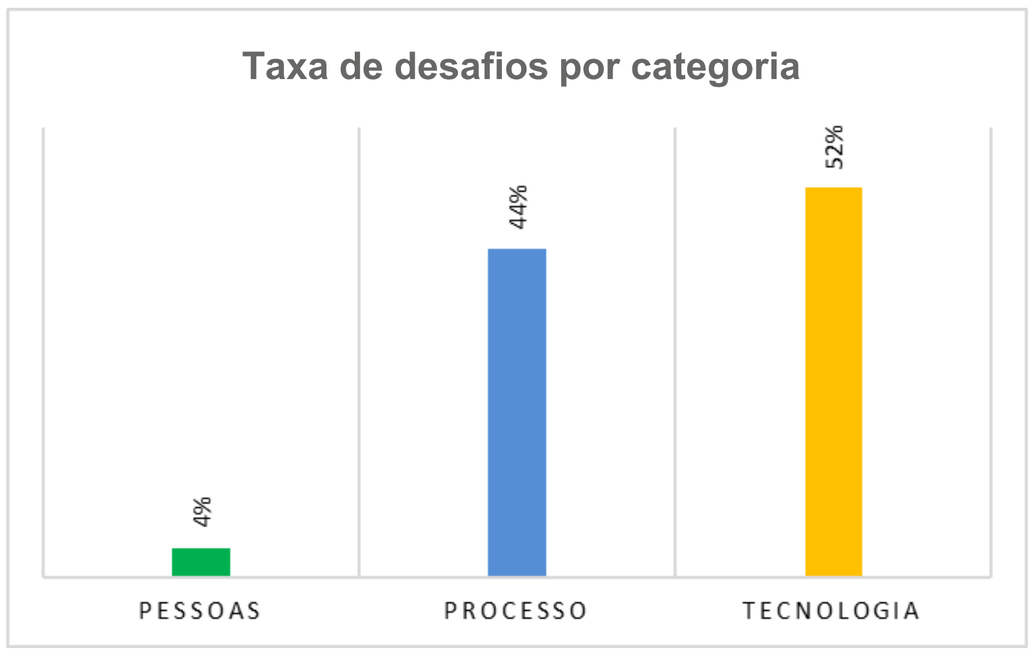


Gráfico 2 - Porcentagem dos desafios identificados, categorizados nas dimensões de pessoas, processos e tecnologia.

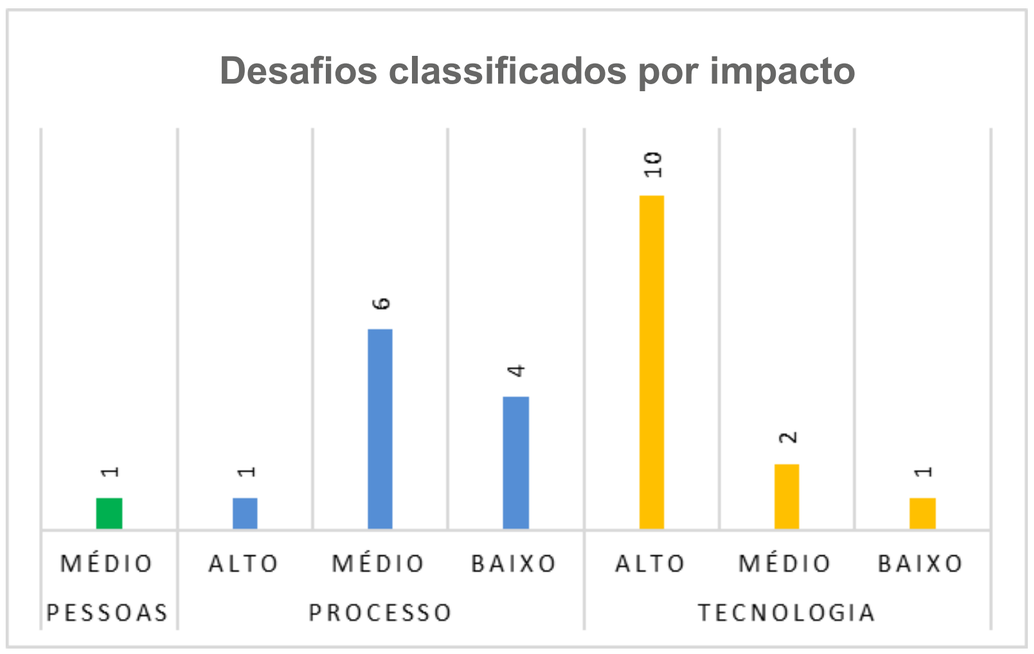


Gráfico 3 - Quantidade de desafios identificados, de acordo com o grau de impacto no processo e no paciente, separados por categoria.

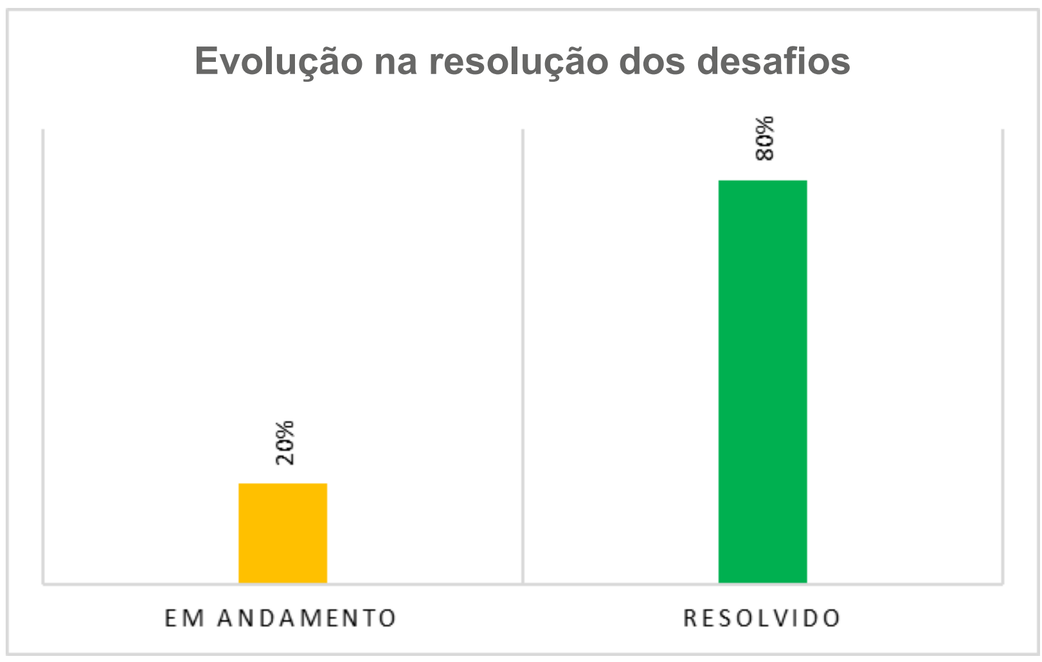


Gráfico 4 - Porcentagem atual do andamento dos desafios identificados.

CONCLUSÕES

A utilização de ferramenta de IA na farmácia hospitalar é transformadora e requer estratégias como redesenho de processos, letramento digital, ajustes técnicos e mudanças colaborativas. Planejamento estruturado, monitoramento contínuo e atuação multiprofissional foram essenciais para mitigar riscos, garantir a continuidade assistencial e potencializar os benefícios da tecnologia. O êxito na adoção de IA depende de uma abordagem estratégica e integrada, equilibrando processos, pessoas e, então, tecnologia.

REFERÊNCIAS

Allam H. Prescribing the Future: The Role of Artificial Intelligence in Pharmacy. Information. 2025; 16(2):131.
Ranchon F, Chanoine S, Lambert-Lacroix S, Bosson JL, Moreau-Gaudry A, Bedouch P. Development of artificial intelligence powered apps and tools for clinical pharmacy services: A systematic review. Int J Med Inform. 2023.
Raza MA, Aziz S, Noreen M, et al. Artificial Intelligence (AI) in Pharmacy: An Overview of Innovations. Innov Pharm. 2022;13(2).

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA PORTA DE ENTRADA DO PRONTO SOCORRO: AGILIDADE NO PROCESSO DE CADASTRO

Autor: Marcela Cristiane Teixeira Andrade Murta, Coautor: Izabela Ramalho Felipe

INTRODUÇÃO

O cadastro representa a etapa inicial da jornada do paciente no pronto-socorro, impactando diretamente a experiência, o tempo de espera e a segurança assistencial. A morosidade de processos manuais e burocráticos resulta em filas extensas, insatisfação e atraso no início do atendimento. Diante disso, a transformação digital foi implementada como estratégia para otimizar o fluxo de entrada e promover maior agilidade.

METODOLOGIA

O projeto foi estruturado, visando a otimização e a transformação digital no processo de cadastro dos pacientes. Realizou-se um mapeamento detalhado do processo, que envolveu a análise de cada etapa, desde a chegada do paciente até a finalização do registro, buscando pontos de atrito e oportunidades de melhoria. Foi definida a solução digital integrada ao sistema hospitalar, sendo implantado totens de autoatendimento, permitindo que os pacientes realizem o processo de forma autônoma. Além disso, foi introduzido o uso de tablet para assinatura dos termos, agilizando o registro de informações e eliminando a necessidade de formulários em papel. Para garantir que os objetivos do projeto fossem alcançados e mantidos, foi realizado o monitoramento dos resultados por meio de indicadores operacionais estratégicos e satisfação do paciente.

Gráfico: Ferramenta para assinatura digital (Tablet), e cadastro autoatendimento (Totem).

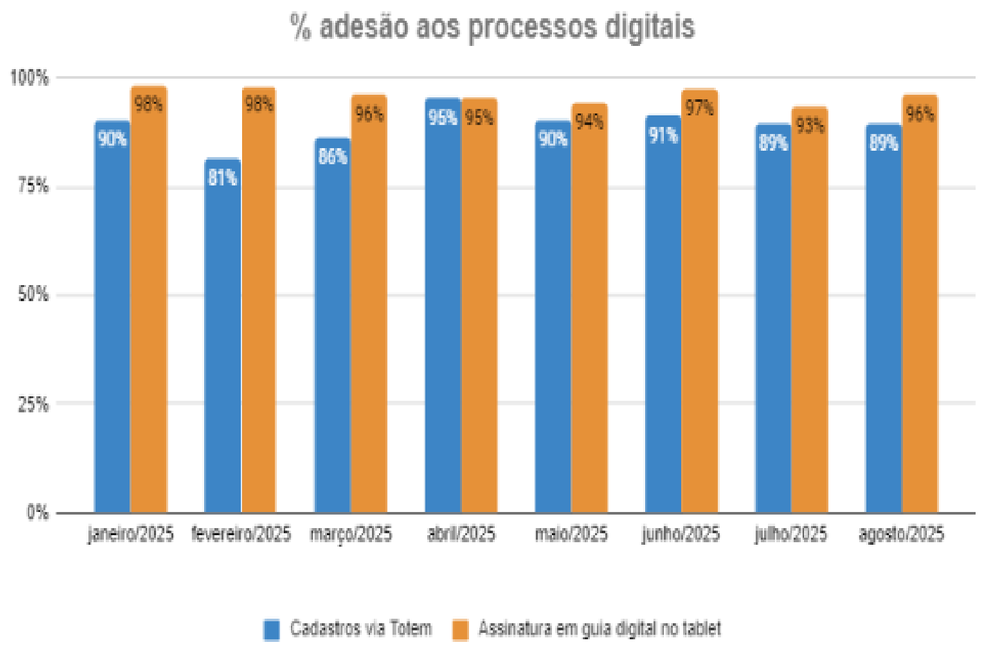


Gráfico: Indicador de % adesão aos processos digitais (Tablet e Totem).

RESULTADOS

O monitoramento rigoroso dos resultados por meio de indicadores estratégicos setoriais de tempo de cadastro e adesão aos processos digitais como: uso do totem de autoatendimento e assinatura digital através do tablet, foram fundamentais para garantir a agilidade e avaliar o sucesso do projeto. Como consequência, o Net Promoter Score (NPS) apresentou excelente resultado, atingindo a meta estabelecida de forma sustentada.

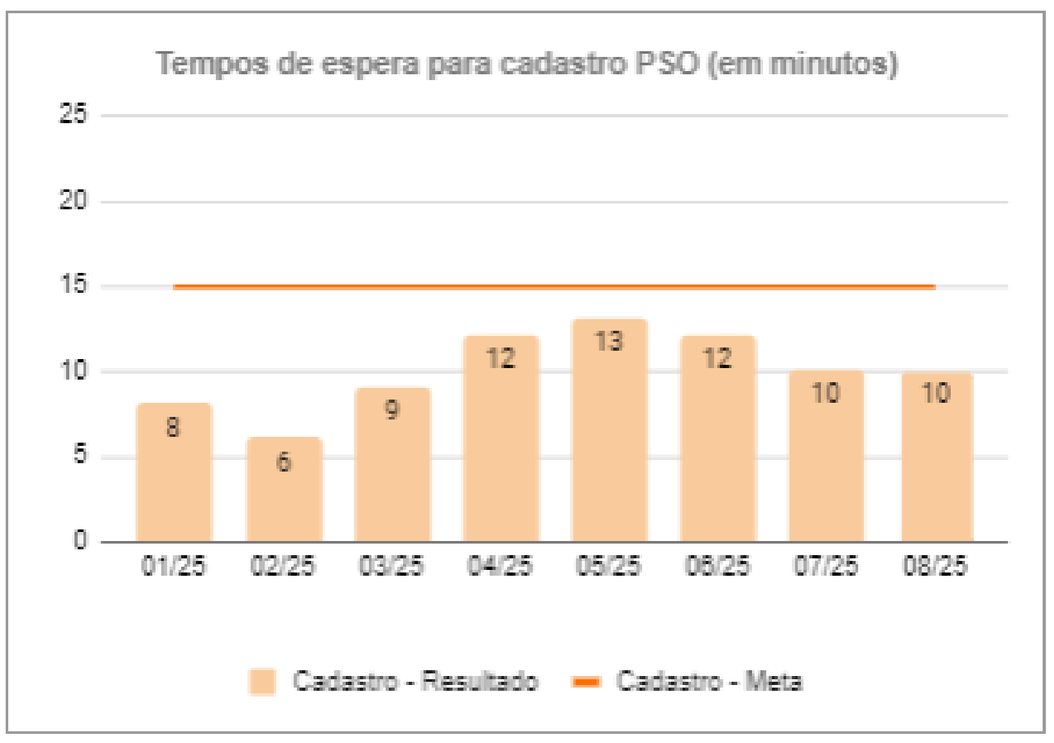


Gráfico: Indicador de tempo de espera para cadastro (em minutos).

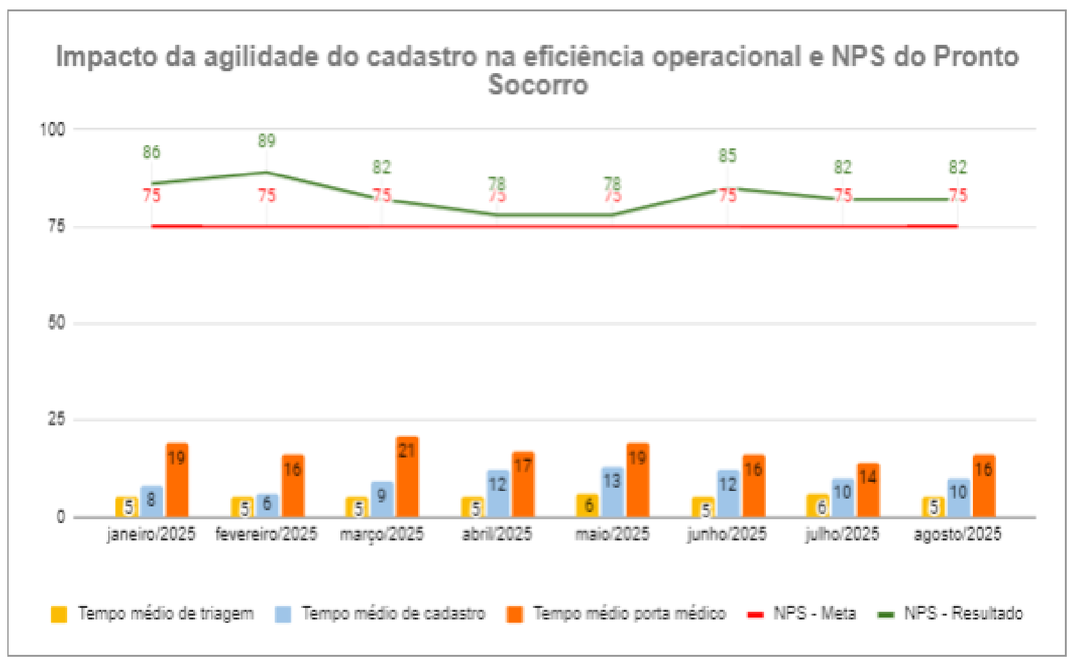


Gráfico: Impacto da agilidade do cadastro na eficiência operacional e NPS do Pronto Socorro.

CONCLUSÕES

A transformação digital mostrou-se estratégia eficaz para agilizar o processo de entrada do paciente no pronto-socorro do hospital Mater Dei Nova Lima. Além da redução do tempo de cadastro, houve impacto positivo na experiência do paciente e no desempenho dos processos operacionais. A iniciativa reforça a importância da inovação tecnológica na saúde como pilar de eficiência e humanização.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Patient safety: global action on patient safety. Geneva: WHO, 2019. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

TRATAMENTO DIRETAMENTO OBSERVADO DIGITAL COMO FERRAMENTA DE ACESSO E ADESÃO AO TRATAMENTO DA ILTB

Rubia Miossi, Anderson Lopes Serafim, Teresa Gomes

INTRODUÇÃO

A tuberculose segue como um grave problema de saúde pública no Brasil, especialmente entre pessoas vivendo com HIV. Diante do aumento do risco nesses grupos, destaca-se a importância de estratégias inovadoras para controlar a doença. Este trabalho tem como objetivo analisar a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) digital, via mensagens de texto com confirmação autorreferida da ingestão do medicamento no tratamento preventivo da tuberculose.

METODOLOGIA

Estudo observacional descritivo iniciado em outubro de 2024 - início da rotina de TDO digital no serviço. A população do estudo foram PVHA acompanhados no Ambulatório de Infectologia de um Hospital Universitário de Vitória - ES que iniciaram tratamento para Tuberculose Latente com esquema 3HP com TDO por meio digital – mensagem de texto com confirmação autorreferida da pessoa sobre a tomada do medicamento uma vez por semana durante as 12 semanas previstas de tratamento.

Variável	N	%
Nº total de pacientes com indicação para 3HP	16	100%
Realizaram TDO digital	15	93,8%
Realizaram TDO presencial	1	6,2%

Tabela 1: Perfil e Desfecho dos Pacientes com Indicação de 3HP.

Desfecho	N	%
Concluíram o tratamento	12	80%
Tiveram tratamento suspenso (evento adverso)	1	6,7%
Seguem em tratamento	2	13,3%

Tabela 2: Adesão e Desfecho do Tratamento no TDO Digital.

RESULTADOS

Dos 16 pacientes com indicação para o regime 3HP, 15 realizaram o TDO digital, enquanto 1, devido à dificuldade no uso do WhatsApp, realizou o TDO de forma presencial. Entre os 15 pacientes do TDO digital, 12 concluíram o tratamento com sucesso, 1 teve o tratamento suspenso devido a evento adverso e 2 seguem em tratamento. Em relação ao envio das confirmações, 98% foram realizadas pelo paciente no mesmo dia. Nos 2% restantes, embora a dose semanal tenha sido administrada, o paciente esqueceu de informar no mesmo dia; nesses casos, a confirmação foi feita após contato ativo da equipe por meio digital no dia seguinte.

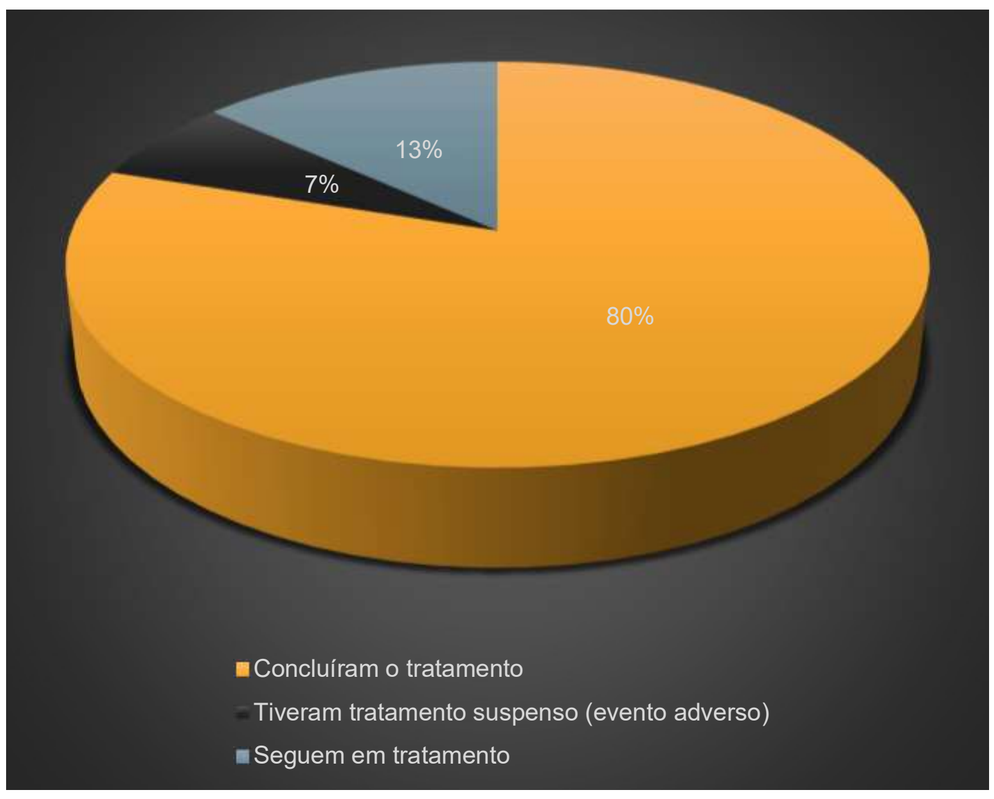


Gráfico 1: Desfecho dos Pacientes no TDO Digital

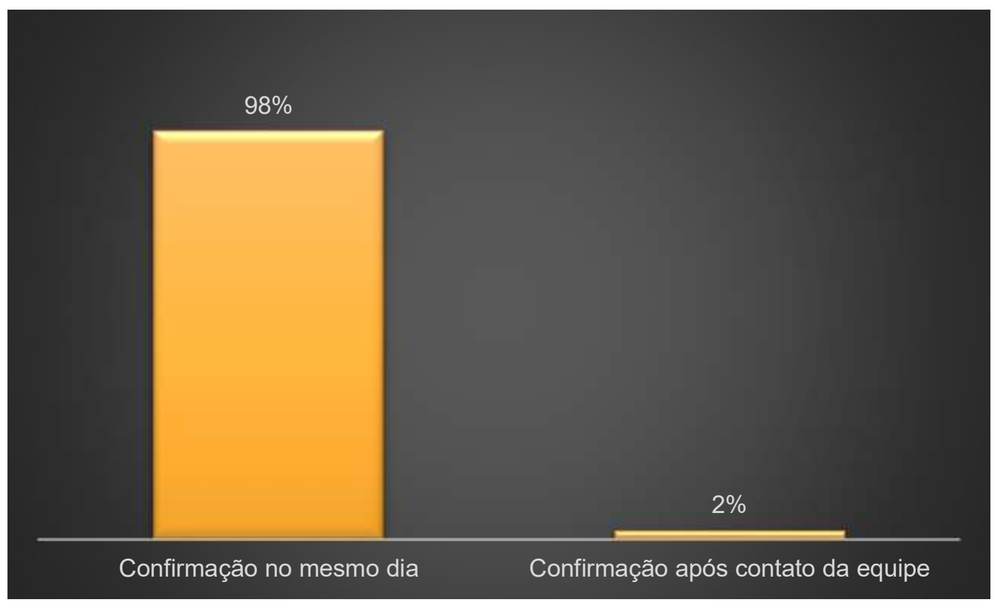


Gráfico 2: Pontualidade na Confirmação da Dose Semanal.

CONCLUSÕES

O TDO para tratamento da TBL é um desafio, uma vez que se dirigir ao serviço de saúde é um dificultador na adesão pelo paciente, e na prescrição dessa opção terapêutica pela equipe médica, embora seja o esquema de maior comodidade posológica e menor duração entre as opções de tratamentos preventivos da tuberculose. O TDO por aplicativo de mensagens mostra-se efetivo, econômico e um ampliador de acesso, em um serviço ambulatorial de referência que atende pacientes de todo estado. A abordagem de tecnologia digital deve ser entendida como um suporte que permite flexibilidade e que se alinha com o cuidado centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care, 2017 update. Geneva: World Health Organization; 2017.

Uso da Realidade Virtual como estratégia de cuidado humanizado e alívio da dor na UTI Pediátrica: Valorizando o bem-estar em saúde

Ana Paula Herrera Gobbi, Mayara Cristina Galindo de Moraes, Juliana Collares Trevisan, Edna Yaemi Hirota

INTRODUÇÃO

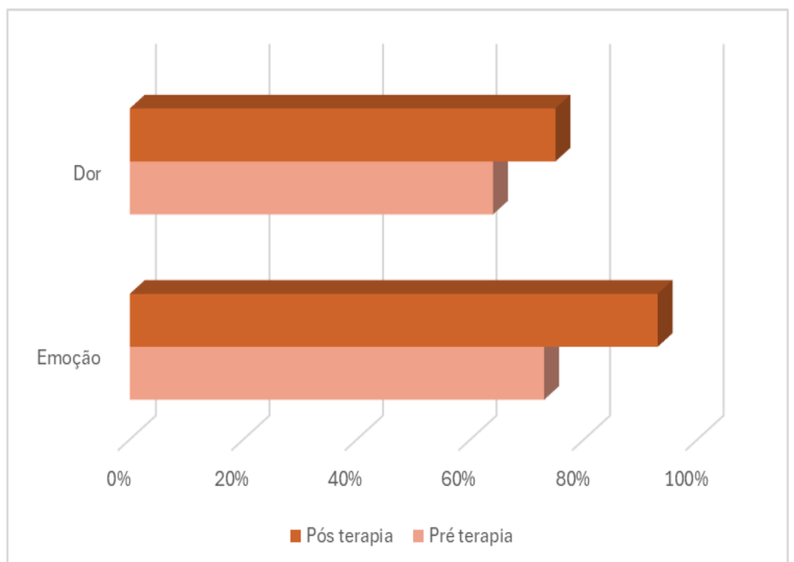
A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é uma experiência estressante para crianças, devido à gravidade do quadro clínico, procedimentos invasivos e afastamento da rotina. As crianças frequentemente apresentam tristeza, irritabilidade e resistência, dificultando o tratamento e aumentando o sofrimento emocional. A avaliação da dor é complexa, pois depende da observação de sinais não verbais e de escalas específicas. Nesse contexto, crescem as intervenções, como a Realidade Virtual (RV), que oferece distração cognitiva, diminui a percepção da dor e melhora a experiência hospitalar. O fisioterapeuta, ao aplicar a RV, promove um cuidado mais humanizado, estimulando a criança de forma lúdica e sensorial.

METODOLOGIA

Foram avaliadas crianças de 6 a 13 anos, internadas por mais de 48 horas na UTIP, estáveis hemodinamicamente e sem atraso neuropsicomotor. Aplicaram-se sessões de até 15 minutos com jogos ativos ou imersivos. A dor foi medida por escalas validadas (Faces, Visual Analógica e Numérica) e as emoções por uma escala lúdica (medo, tristeza, tédio, raiva e felicidade), antes e após a terapia. Participaram 61 crianças na avaliação emocional e 45 na avaliação da dor.

RESULTADOS

Entre as 45 crianças avaliadas quanto à dor, 64% estavam sem dor antes da RV e permaneceram assim; das 16 com dor leve/moderada, 75% ficaram sem dor após a terapia.
Quanto às emoções, antes da RV, predominavam tédio (40%), tristeza (19%) e medo (14%). Após a intervenção, 93% relataram felicidade, com redução significativa dos sentimentos negativos.
A RV proporciona uma experiência multissensorial que desvia a atenção da dor, promove relaxamento e fortalece o vínculo terapêutico. Seus benefícios incluem redução da ansiedade, melhora do humor e maior engajamento no tratamento. Além disso, oferece um cuidado mais acolhedor e pode ser complemento à terapia medicamentosa, potencialmente reduzindo o tempo de internação.



CONCLUSÕES

O estudo conclui que a RV proporciona uma experiência multissensorial que desvia a atenção da dor, promove relaxamento e fortalece o vínculo terapêutico em crianças na UTIP. Seus benefícios incluem redução da ansiedade, melhora do humor e maior engajamento no tratamento. Além disso, oferece um cuidado mais acolhedor e pode ser complemento à terapia medicamentosa, potencialmente reduzindo o tempo de internação. Recomenda-se seu uso como recurso complementar à fisioterapia, promovendo um cuidado mais humano e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

Referências: Maciel S.M, Cardoso G.M, Monari F.F, Magalhães F.C, Oliveira A.J. (2022). Vivência dos familiares sobre a hospitalização de crianças em uma unidade de terapia pediátrica***. Enferm. Foco***, 23 e-202-234. Bruno et al (2021). Virtual and augmented reality in critical care medicine: the patient's, clinician's and researcher's perspective***. Critical Care***. 26(1):326

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS PROFILÁTICOS EM ONCOLOGIA COM PRESCRIÇÃO AUTOMATIZADA

Karen Cristina Migotto, Bruna Paes dos Reis, Rodrigo Reghini da Silva e Renata Cristina Zanetti Della Betta

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma prioridade nas práticas oncológicas, especialmente na prescrição e administração de antibióticos profiláticos.

Erros de medicação, como a continuidade indevida de antibióticos além do tempo recomendado, podem contribuir com o aumento da resistência bacteriana, eventos adversos e consequente aumento dos custos hospitalares. A utilização de sistemas de prescrição eletrônica com cadastros automatizados mostrou-se uma solução eficaz para mitigar esses riscos.

Objetivo: Avaliar o impacto das barreiras automatizadas inseridas no sistema de prescrição eletrônica na redução de intervenções farmacêuticas manuais, na prevenção de erros de medicação e na promoção do uso racional desses medicamentos em pacientes oncológicos.

METODOLOGIA

Incorporamos ao sistema de prescrição eletrônica cadastros inteligentes que definem, automaticamente a duração ideal de cada antibiótico profilático, conforme os protocolos validados institucionalmente.

Ao atingir esse prazo, a prescrição do medicamento "expira" na prescrição, prevenindo renovações indevidas.

Além disso, padronizamos as frequências de administração, tornando o processo mais simples e promovendo maior aderência às diretrizes clínicas.

RESULTADOS

O número de intervenções farmacêuticas relacionadas a utilização de antibióticos profiláticos são demonstrados na Imagem 01.

Entre 2017 e 2024, houve uma redução de 89,6% nas intervenções relacionadas ao uso profilático de antimicrobianos (de 569 para 59/ano). A queda mais acentuada ocorreu entre 2019 e 2021, período de consolidação das barreiras informatizadas.

Isso indica que o suporte sistêmico reduziu falhas de prescrição, elevando a adesão aos protocolos institucionais e a eficiência do cuidado.

A comparação entre 2017 (pré-intervenção) e 2024 (pós-intervenção) demonstrou uma evolução significativa, com $P < 0.0001$.

CONCLUSÕES

A automação das barreiras assistenciais, integrada aos protocolos clínicos, trouxe uniformidade às práticas, elevando a segurança e a eficiência. Ao reduzir a variabilidade e a dependência da ação humana, reposicionou o farmacêutico em um papel mais estratégico, consolidando um modelo de cuidado padronizado e sustentável.

Intervenção farmacêutica	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Antibiótico profilático	569	358	338	202	91	83	50	59

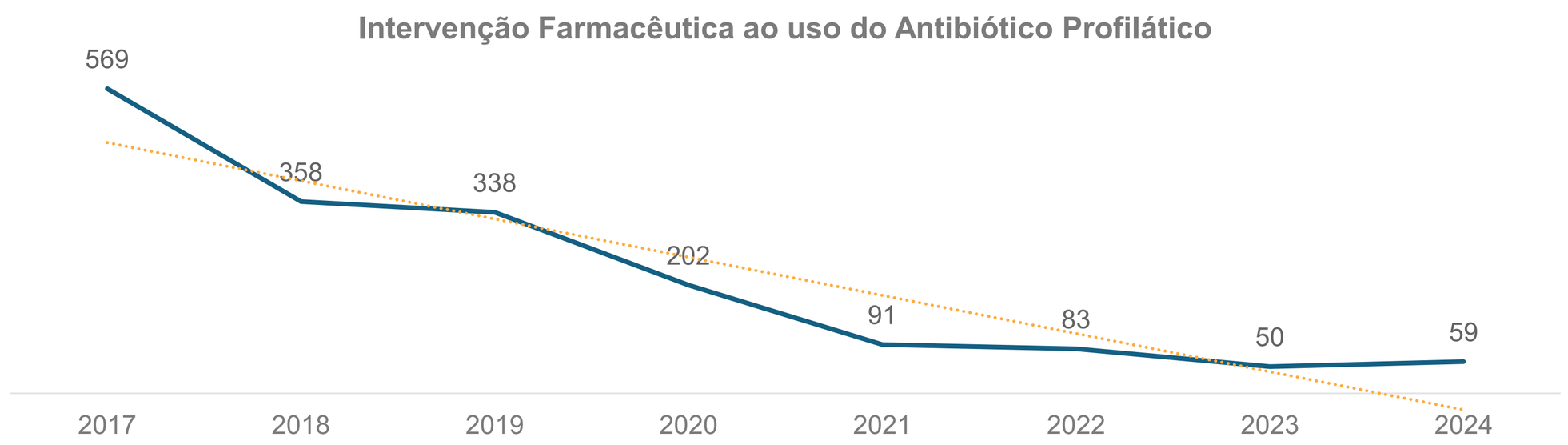


Imagem 01: Número de intervenções farmacêuticas relacionados aos antibióticos profiláticos.

REFERÊNCIAS

1. NUCKOLS, T. K. et al. The effectiveness of computerized order entry at reducing preventable adverse drug events and medication errors in hospital settings: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews, v. 3, n. 1, 4 jun. 2014.
2. BATES, D. W. et al. Reducing the Frequency of Errors in Medicine Using Information Technology. Journal of the American Medical Informatics Association, v. 8, n. 4, p. 299–308, 1 jul. 2001.
3. LEACHE, L. et al. Clinical and economic impact of clinical pharmacist interventions regarding antimicrobials on critically ill patients. Research in Social and Administrative Pharmacy, v. 16, n. 9, p. 1285–1289, set. 2020.
4. NAMPOOTHIRI, V. et al. Evolution of pharmacist roles in antimicrobial stewardship: A 20-year systematic review. International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases, v. 151, p. 107306, fev. 2025.
5. MACLAREN, R. et al. Clinical and economic outcomes of involving pharmacists in the direct care of critically ill patients with infections*. Critical Care Medicine, v. 36, n. 12, p. 3184–3189, dez. 2008.

Vigilância inovadora de Infecção de Sítio Cirúrgico pós-alta por meio de *Chatbot* automatizado

Débora Zampiva Barreiro, Thaís Faber Gomes, Sidnei Alves dos Santos Júnior, Fabiane Fengler

INTRODUÇÃO

Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns de procedimentos cirúrgicos e representam a IRAS mais prevalente em países de baixa e média renda. Cerca de 50% dos casos ocorrem após a alta hospitalar. No cenário local, o processo de vigilância pós-alta apresentava baixa efetividade e alto custo operacional. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma solução inovadora baseada em tecnologia para otimizar o monitoramento de ISC em pacientes submetidas à cesariana.

METODOLOGIA

O modelo anterior de vigilância consistia em ligações telefônicas realizadas por acadêmicos de enfermagem cerca de 30 dias após a cesariana. O tempo médio mensal despendido era de 20 horas, com baixa taxa de retorno. Em fevereiro de 2025, foi implementado um *chatbot* automatizado via aplicativo de mensagens, desenvolvido em parceria com *startup* especializada. O *chatbot* foi customizado para rastrear sinais e sintomas de ISC por meio de perguntas estruturadas com linguagem humanizada. As listas de contatos foram extraídas do sistema *Tasy*, e os envios foram realizados manualmente por listas de transmissão. A vigilância é realizada até 30 dias para cesarianas e até 90 dias para cirurgias limpas, incluindo artroplastias, mamoplastias e procedimentos de coluna com implantes. A análise foi feita com base no número de pacientes contatados e nas respostas obtidas.

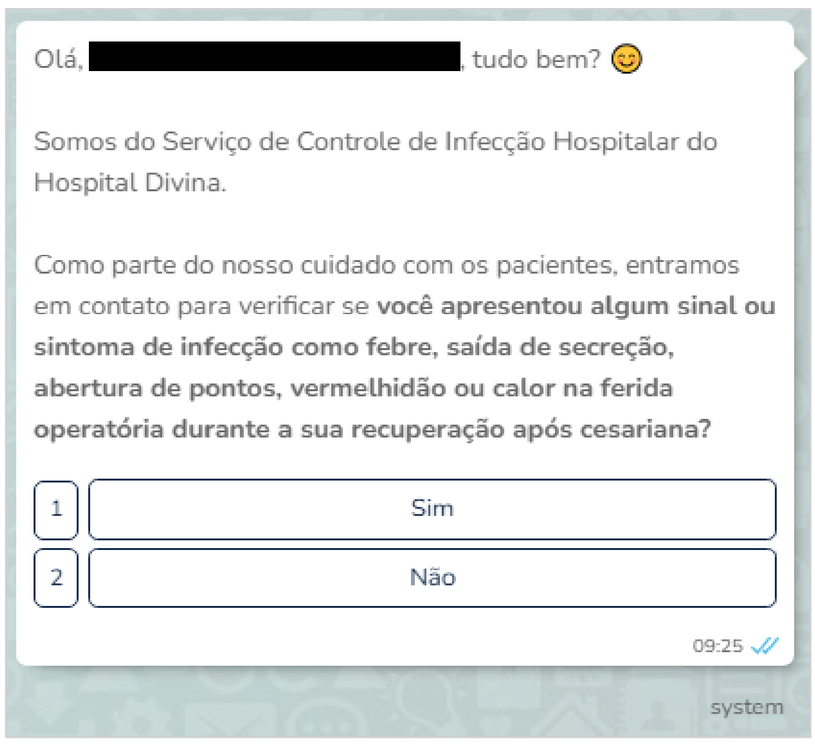


Imagem 1: Mensagem enviada às pacientes que realizaram cesariana após 30 dias do procedimento.

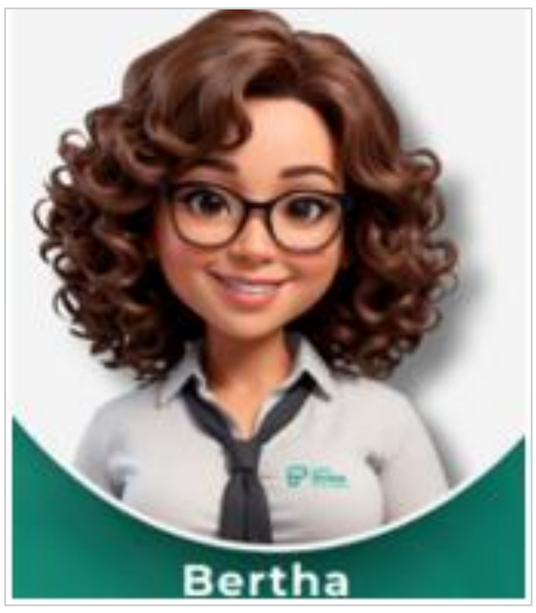


Imagem 2: Assistente virtual do *chatbot* implantado.

RESULTADOS

Após a implementação do *chatbot*, o tempo operacional mensal está em torno de 6 horas, comparado às 20 horas anteriores. A taxa de sucesso da vigilância pós-alta em cesarianas apresentou melhora, passando de 39,5% em 2024 para 51,4% entre fevereiro e abril de 2025. Para cirurgias limpas, a taxa foi de 70,8% em 2024 e atualmente está em 54,6% no mesmo período de 2025, com monitoramento contínuo.

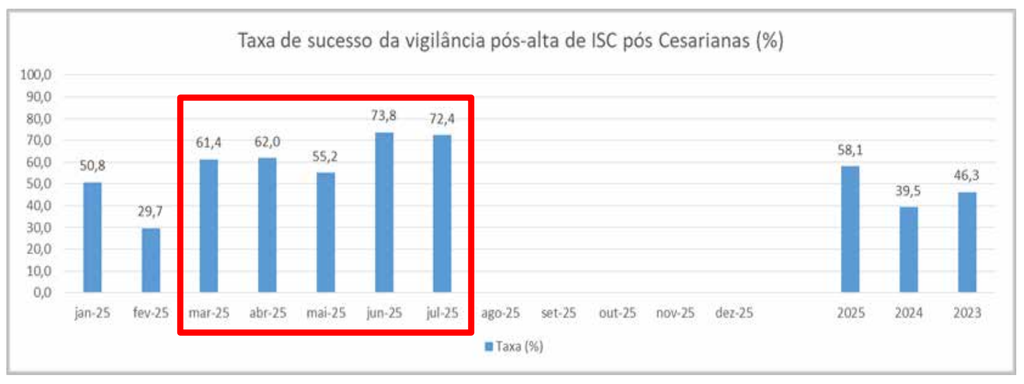


Imagem 3: Taxa de retorno da vigilância pós-alta de ISC em cesarianas. Em vermelho, os dados referentes ao período após a implementação do *chatbot*.

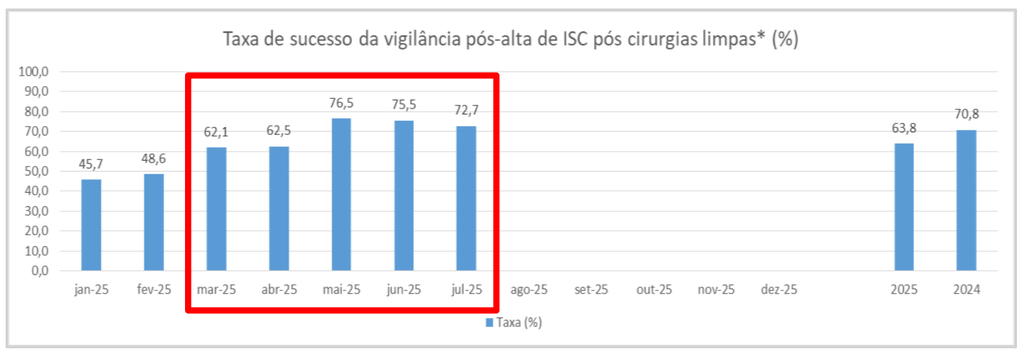


Imagem 4: Taxa de retorno da vigilância pós-alta de ISC em cirurgias limpas. Em vermelho, os dados referentes ao período após a implementação do *chatbot*.

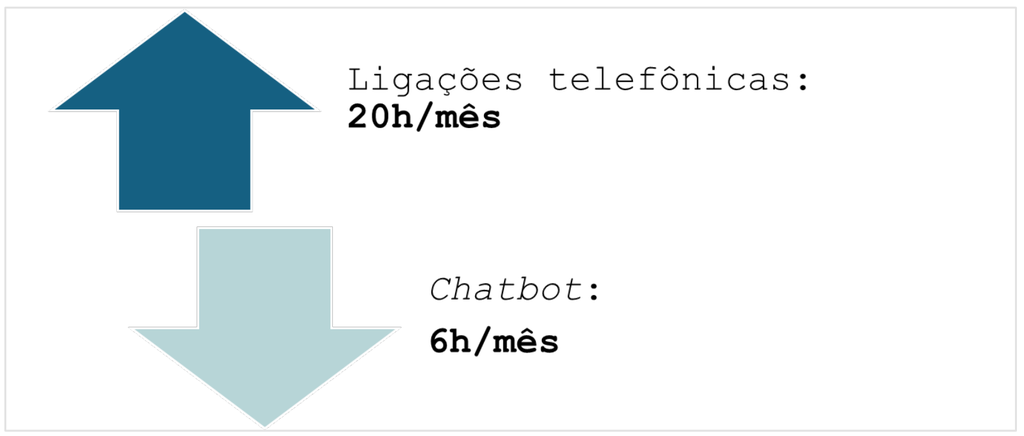


Imagem 5: Resultados operacionais – comparação do tempo despendido em cada um dos métodos de vigilância pós-alta de ISC.

CONCLUSÕES

Os dados indicam maior agilidade na coleta de informações clínicas, padronização do processo e aumento do engajamento das pacientes, favorecendo a continuidade do cuidado e o rastreio precoce de complicações.

REFERÊNCIAS

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Protocol for the surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals. Stockholm: ECDC, 2025.
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Surgical Site Infection Event (SSI). CDC/NHSN Patient Safety Component Manual. Atlanta, 2025.
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Guidelines for Prevention of Surgical Site Infection. Atlanta, GA: CDC.
CALEGARI, I. B.; GERHARDT, L. M.; PÉRICO, E.; PIRES, D.; RABELO-SILVA, E. R.; BARBOSA, M. H. Métodos para vigilância de infecção do sítio cirúrgico pós-alta: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2023;36. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AR023047.
GUATURA, G. M. G. B. S.; et al. Vigilância pós-alta em infecção de sítio cirúrgico: validação de instrumento para detecção. Texto Contexto-Enferm. 2021;30:e20200137.
BATISTA, T. F.; CARVALHO, J. R. L.; FIGUEIREDO, R. M. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em um hospital universitário no Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2012;3(2):37–42. DOI: 10.5123/S1679-49742012000200008.

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

CUIDANDO DE QUEM CUIDA: PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE INTEGRAL PARA PROFISSIONAIS DE ONCOLOGIA

Maria Beatriz Corrêa Righini Lima, Ligia Vieira Carlos, Aline Riguete, Bruna Sabino

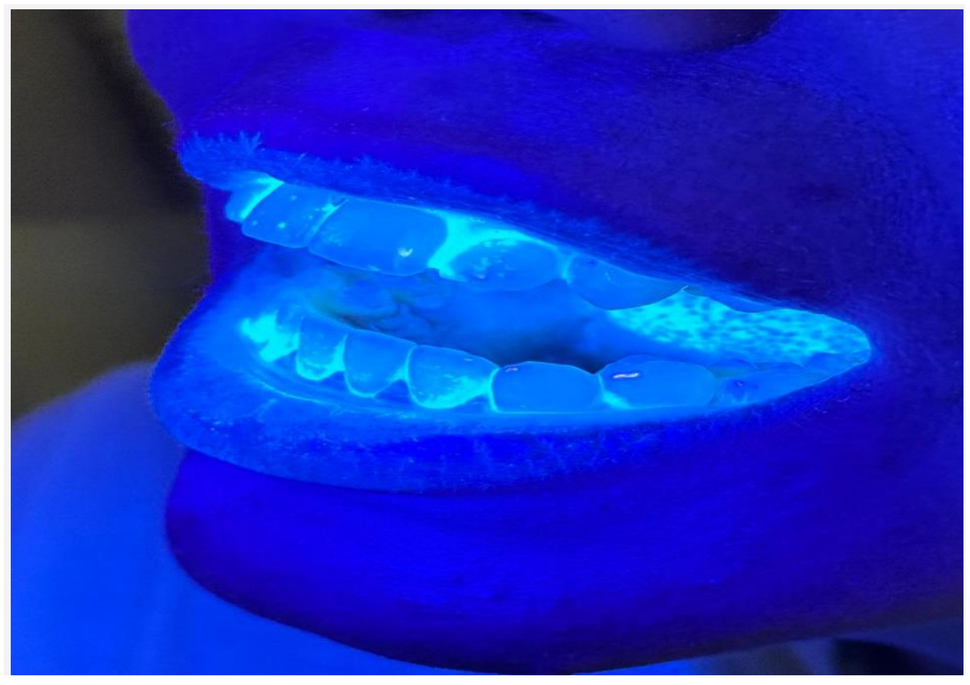
INTRODUÇÃO

Profissionais da saúde que atuam em oncologia vivenciam intenso desgaste físico e emocional, resultado de jornadas com exigência técnica elevada e contato constante com o sofrimento humano. Esses fatores impactam diretamente o bem-estar da equipe, na motivação profissional e na qualidade da assistência prestada. Diante desse cenário, uma clínica oncológica do interior paulista implantou um programa gratuito de cuidado integral aos seus colaboradores, com ações estruturadas em saúde mental, nutrição, saúde bucal e rastreamento oncológico, promovendo prevenção, valorização e engajamento.

METODOLOGIA

O programa foi implantado na clínica de oncologia de um hospital do interior paulista, sendo ofertado gratuitamente durante a jornada de trabalho para médicos, farmacêuticos, enfermeiros e equipe administrativa. A iniciativa foi estruturada em quatro frentes complementares: (1) saúde nutricional, com atendimentos individuais e encontros coletivos trimestrais, focando na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e riscos oncológicos; (2) saúde bucal, com avaliações semestrais, triagem de lesões, escore de higiene oral e orientações educativas; (3) saúde mental, por meio de rodas de conversa e encontros temáticos conduzidos por psicóloga da equipe, abordando emoções, autocuidado, luto e relações interpessoais; (4) rastreamento oncológico, com incentivo à realização periódica de mamografia, papanicolau, toque retal e colonoscopia. Após identificação de que 33% dos colaboradores não realizavam atividade física — sendo 100% desse grupo composto por mulheres — foi incluído o acesso ao Gympass como estratégia de estímulo à prática de exercícios e promoção do autocuidado.

Teste da Dinamometria



Verificação do índice de higiene oral dos colaboradores.

RESULTADOS

O programa alcançou 90% de adesão. Entre os participantes, 91% tinham menos de 50 anos, 67% relataram histórico familiar de câncer e 22% apresentavam comorbidades como hipertensão, diabetes ou dislipidemia. A avaliação nutricional revelou que 33% estavam com sobrepeso e sedentários; todos foram orientados e incluídos em planos individualizados, com acesso ao Gympass como incentivo. Na saúde bucal, o escore médio de placa bacteriana foi 2,10. As rodas de conversa em saúde mental foram ampliadas frente à alta participação e relatos de melhora no bem-estar. Cerca de 8% estavam com exames oncológicos em atraso e receberam orientação personalizada para atualização dos rastreios.

Encontro psicologia abordando emoções, autocuidado, luto e relações interpessoais.

Educação em saúde bucal

CONCLUSÕES

O programa consolidou-se como uma prática inovadora de valorização e cuidado com os profissionais da saúde, com potencial de contribuir para a qualidade assistencial prestada, redução do desgaste ocupacional e fortalecimento da cultura institucional de promoção à saúde.

Cultura de Segurança na Anestesiologia: Reflexões e Desafios no Cenário Brasileiro

Autor: *Raquel Leuenroth*
Coautores: *Viviane Franco, Rubens Covello, Ariadine Oliveira*

INTRODUÇÃO

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) nos Estados Unidos é uma agência federal que tem como objetivo promover a excelência na qualidade, segurança e acessibilidade dos cuidados de saúde. A AHRQ desenvolveu o Surveys on Patient Safety Culture (SOPS), que é um conjunto de ferramentas projetadas para avaliar a cultura de segurança do paciente em organizações de saúde.

A literatura acerca da percepção da cultura de segurança sendo aplicada em serviços de anestesia é escassa. Por consequência, conteúdos da avaliação desses serviços no curso das acreditações em saúde também é uma lacuna literária. Sendo assim, o objetivo deste estudo é demonstrar os principais resultados de um processo de aplicação da pesquisa de cultura de segurança conduzidas no decorrer do processo de acreditação da metodologia Qmentum em serviços de anestesia no cenário brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa para avaliar a percepção de cultura e segurança, na qual utilizou-se o instrumento HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) – versão 1.0. O HSOPSC é composto por nove seções, totalizando 42 itens. Ele é estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança, e inclui a avaliação de variáveis de resultado. Esse instrumento mede o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, utilizando uma escala Likert.

A amostra deste estudo é composta por 26 serviços privados que prestam serviço de anestesia em instituições de saúde brasileiras, abrangendo o período de 2022 a 2024.

CONCLUSÃO

Entende-se a avaliação da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde como uma ferramenta de gestão. Nesse estudo, concluiu-se que, a partir dela, foi permitido identificar áreas problemáticas e obter informações importantes para alocação de recursos e planejamento de melhorias. Esses resultados forneceram informações valiosas sobre áreas específicas que demandavam atenção e aprimoramento para fortalecer ainda mais a cultura de segurança em serviços de anestesia.

RESULTADOS

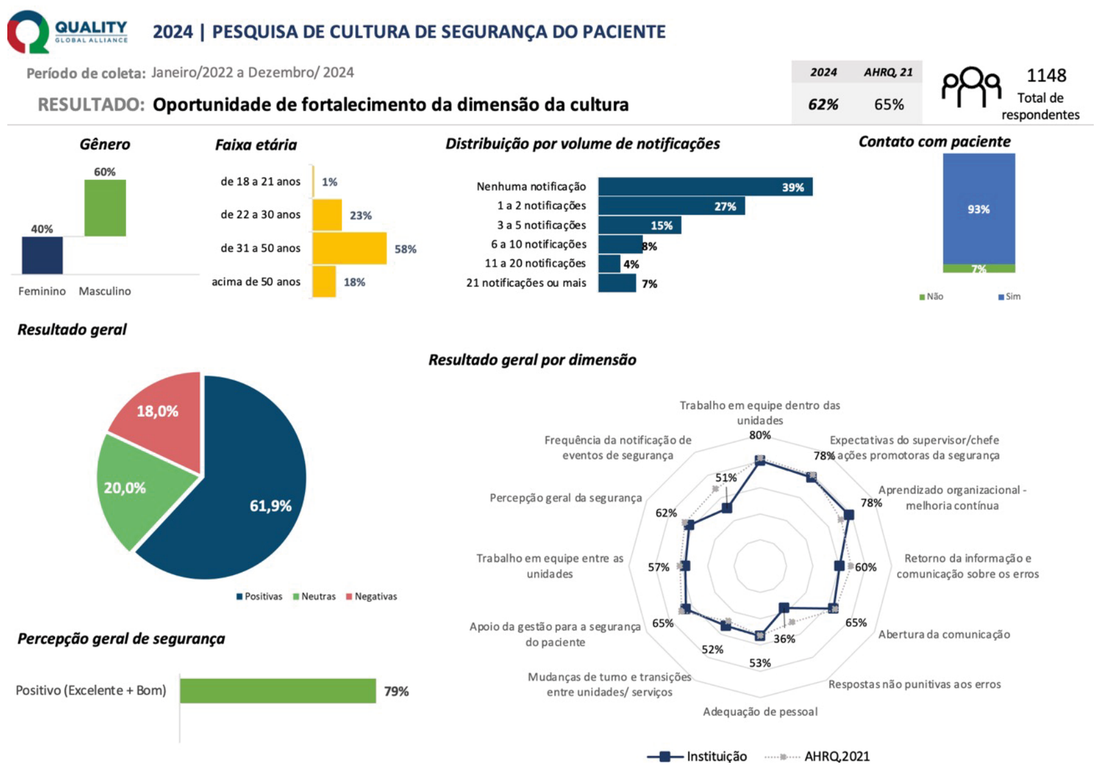
O total de respondentes da pesquisa foi de 1148 profissionais, sendo: 882 Anestesiologistas, 61 médicos residentes, 91 de áreas Administrativas, 71 Diretores/Gerentes e 34 Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem e 9 classificado como outros.

Foram realizados dois tipos de comparativos, um de caráter institucional e outro abordando diferentes dimensões, resultando nas seguintes conclusões:

- **Comparativo Institucional:** Analisando os 26 serviços, constatamos que os serviços brasileiros apresentaram um índice de 61,9% de respostas positivas. Há uma oportunidade evidente de fortalecimento da cultura de segurança, mantendo-se em um patamar similar ao observado em instituições que compartilharam seus resultados com a AHRQ em 2021, as quais registraram 65% de respostas positivas.

- **Comparativo por Dimensão:** Ao desmembrar as avaliações por dimensão, identificamos três dimensões com resultados superiores a 75%, indicando uma Cultura Fortalecida: Trabalho em equipe dentro das unidades (Brasil: 80% / AHRQ: 82%), aprendizado organizacional (Brasil: 78% / AHRQ: 71%) e expectativas do superior/chefia em relação a ações promotoras de segurança: Brasil (78% /AHRQ: 80%).

Por outro lado, 4 dimensões apresentaram resultados iguais ou abaixo de 60%, caracterizando uma Cultura Fragilizada: Resposta não punitiva aos erros (Brasil: 36% / AHRQ: 49%), frequência da notificação de eventos: Brasil (51% / AHRQ: 68%) mudanças de turno e transições entre unidade (Brasil: 52% / AHRQ: 48%) e adequação de pessoal (Brasil: 50% / AHRQ: 53%).



qga.global
@qgaglobal

Cultura de Segurança no Contexto Hospitalar Brasileiro: Desafios, Oportunidades e Lições de um Estudo Comparativo

Autor: *Melissa Morais*
Coautores: *Camilla Covello, Regina Cardia, Adriana Freitas*

INTRODUÇÃO

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), nos Estados Unidos, desenvolveu o Surveys on Patient Safety Culture (SOPS), uma ferramenta utilizada para avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente. Segundo estudos, uma cultura de segurança robusta é fundamental para a promoção de práticas de cuidado seguras e eficazes, além de ser essencial para a construção de um ambiente de trabalho colaborativo e aberto à comunicação (Sorra et al., 2016).

No Brasil, embora existam esforços contínuos para melhorar a segurança do paciente, ainda há desafios significativos a serem superados. O processo de acreditação hospitalar, como a metodologia Qmentum, tem se mostrado uma importante estratégia para o fortalecimento da cultura de segurança.

Este estudo tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa sobre a cultura de segurança em hospitais brasileiros e destacar como esses achados podem orientar ações estratégicas para promover um ambiente hospitalar mais seguro.

RESULTADOS

O total de respondentes da pesquisa foi de 7889 profissionais, distribuídos em profissionais administrativos e assistenciais. Foram realizados dois tipos de comparativos, um de caráter institucional e outro abordando diferentes dimensões, resultando nas seguintes conclusões:

- **Comparativo Institucional:** Ao analisar os resultados dos 15 hospitais brasileiros em comparação com os dados da AHRQ de 2021, observamos que 59% das respostas foram positivas, enquanto a AHRQ, foi de 65%. Quanto ao perfil dos respondentes, 78% dos participantes tinham contato direto com os pacientes, enquanto 22% não tinham essa interação.

- **Comparativo por Dimensão:** Identificamos três dimensões com resultados superiores a 70%, indicando uma Cultura Fortalecida: Aprendizado organizacional (Brasil: 74% / AHRQ: 71%), Trabalho em equipe dentro das unidades (Brasil: 71% / AHRQ: 82%) e expectativas do superior/chefia em relação a ações promotoras de segurança: Brasil (74% /AHRQ: 80%).

Por outro lado, três dimensões apresentaram resultados iguais ou abaixo de 50%, caracterizando uma Cultura Fragilizada: Resposta não punitiva aos erros (Brasil: 28% / AHRQ: 49%), adequação de pessoal (Brasil: 42% / AHRQ: 53%) e mudanças de turno e transições entre unidades (Brasil: 50% / AHRQ: 49%).

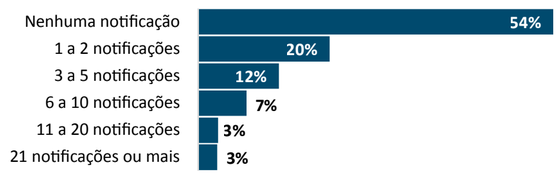
2024 | PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
Período de Coleta: janeiro a dezembro de 2024

2024	AHRQ, 21
59%	65%

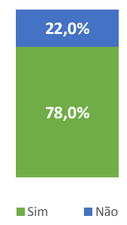
7889 Total de Respondentes

RESULTADO: ***Oportunidade de fortalecimento da dimensão da cultura***

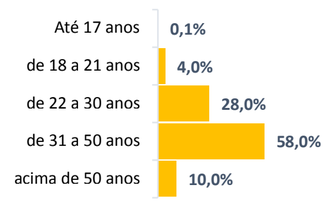
Distribuição por volume de notificações



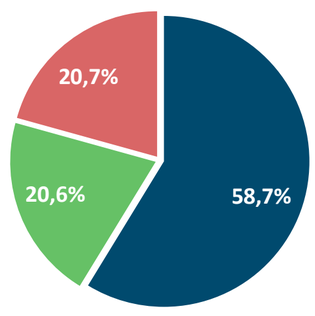
Contato com o paciente



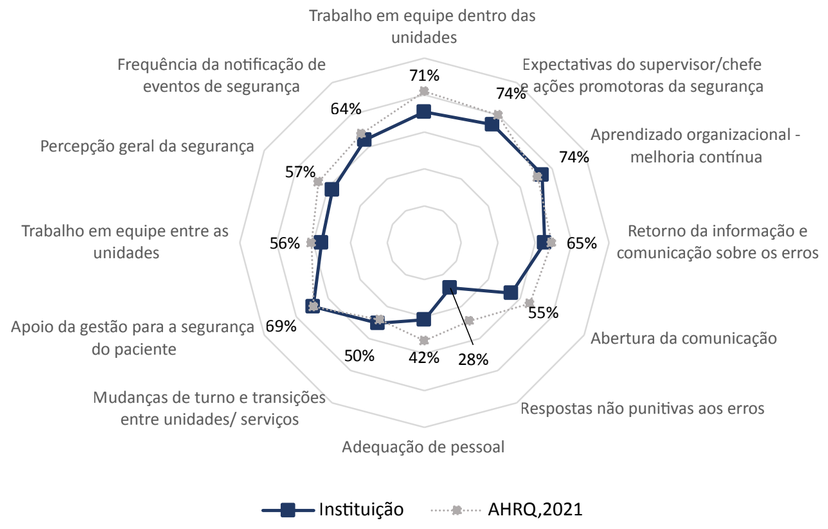
Faixa etária



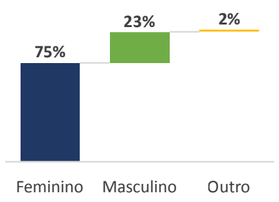
Resultado geral



Resultado geral por dimensão



Gênero



Percepção geral de segurança

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa para avaliar a percepção de cultura e segurança, na qual utilizou-se o instrumento HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) – versão 1.0. A amostra deste estudo é composta por 15 hospitais brasileiros.

O HSOPSC é composto por nove seções, totalizando 42 itens, estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança. Esse instrumento mede o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, utilizando uma escala Likert.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados sobre a cultura de segurança nos hospitais brasileiros revelou pontos positivos, como o aprendizado organizacional e o trabalho em equipe, que destacam áreas de força na cultura de segurança. No entanto, algumas dimensões essenciais, como a resposta não punitiva aos erros e a adequação de pessoal, demandam atenção urgente, pois refletem fragilidades que podem comprometer a segurança do paciente. A comparação com os dados internacionais indica a necessidade de ações mais eficazes para reconhecer eventos e identificar oportunidades de melhoria sem punir os profissionais. Além disso, é crucial entender o impacto do número insuficiente de profissionais na prestação de cuidados, que afeta diretamente a cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

Sorra, J. S., et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report. Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Disponível em: **https://www.ahrq.gov/sops/**. Acesso em: 25 fev. 2025.

qga.global

@qgaglobal

DAILY HUDDLE COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO NA ÁREA DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE

Simone Aparecida Belvis Garcez, Lilian Cordeiro, Carolina Silveira, Adrielle Nhoncanse

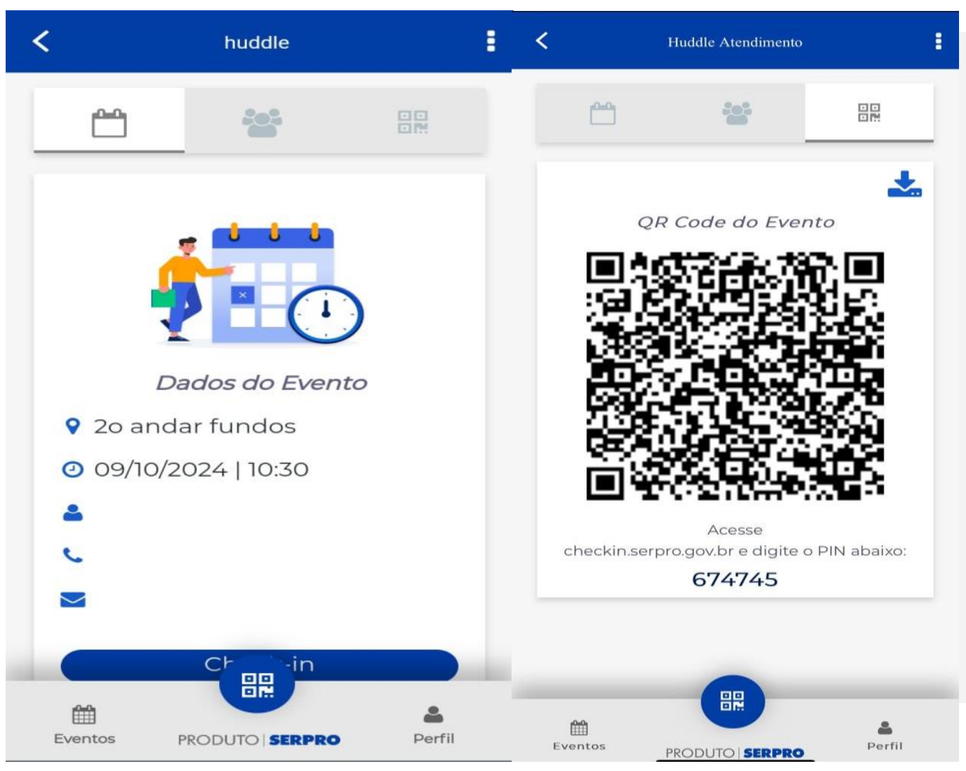
INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva é uma meta de segurança do paciente e requer a busca constante de ações para reduzir falhas de comunicação. O *Daily Huddle*, reunião diária em pé, é apontado como estratégia para essa melhoria. Após pesquisa de cultura de segurança do paciente, a gestão decidiu implantá-lo visando melhores resultados. Objetivo: relatar a experiência de implantação para aprimorar a comunicação entre equipes

METODOLOGIA

Desde 2024, a gestão incluiu reuniões diárias, em pé, de até 15 minutos, realizadas nas recepções do ambulatório. Os temas abordavam atividades e possíveis soluções antes das ocorrências, visando planejar e organizar atribuições para melhores resultados aos usuários. A presença era registrada no site checkin.serpro.gov.br via QR Code. Essas reuniões facilitaram a troca de informações, garantindo que todos estivessem atualizados sobre mudanças e processos, promovendo comunicação clara e eficaz. Ao compartilhar o andamento das tarefas, aumentou-se a responsabilidade individual e coletiva, já que todos sabiam o que os colegas estavam realizando. O formato breve e objetivo ajudou a manter o foco, elevando a produtividade e fortalecendo a colaboração, além de estreitar os relacionamentos entre os membros da equipe.

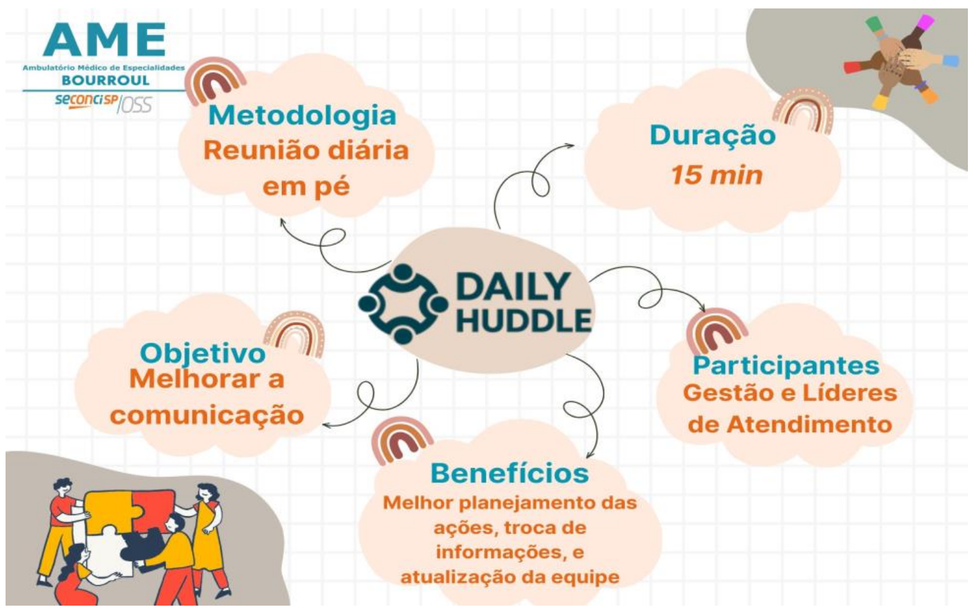
Lista de presença.



Dados do evento e QR Code - APP Check-in Serpro

RESULTADOS

A iniciativa resultou no fortalecimento do time e promoveu melhorias de processo: ajustes de escala de acordo com o absenteísmo do dia e a programação do dia seguinte, solução de conflitos entre as equipes, melhora na qualidade da comunicação, discussão de situação do dia para tomadas de decisão e o time se sentiu valorizado e pertencente. Ficou evidente o quanto a comunicação diária tem favorecido as ações que precisam ser praticadas de maneira mais urgente, discutimos as melhorias e ocorrências do dia, ou seja, soluções imediatas, os planejamentos de longo prazo ficam para outras reuniões. Além de aumentar o engajamento do time, no qual todos têm a oportunidade de contribuir.



Mapa mental.

Equipe de atendimento.

CONCLUSÕES

Diante do resultado positivo da experiência com a utilização da ferramenta de *Daily Huddle*, será proposto a expansão para mais equipes do ambulatório, na expectativa de que haja maior comunicação intersetorial, para que possamos propiciar aos nossos usuários um serviço cada vez mais qualificado e seguro, através desta prática rápida e comprovadamente eficaz.

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;44(4):219-226.doi:10.1016 Disponível em: <http://hc.famema.br/wp-content/uploads/2022/06/03_HUDDLE_PS_REV_01.pdf >. Acesso em 04 de julho de 2025.

DUNCAN, Kathy. Get your priorities straight tips using safety huddles. Disponível em: <https://www.ihi.org/pt-br/insights/get-your-priorities-straight-tips-using-safety-huddles> Acesso em 04 de julho de 2025.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Guia curricular de segurança do paciente: edição multiprofissional. Rio de Janeiro, 2016

DO ESTÁGIO À CARREIRA: PROGRAMA DE TRAINEE PARA TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Joelma Emirene Dias Cunha

INTRODUÇÃO

O projeto "Do Estágio à Carreira: Programa de Trainee para Técnicos em Enfermagem", visa suprir a demanda por profissionais qualificados por meio de uma formação prática e direcionada.
Destinado a alunos de cursos técnicos em enfermagem, o trainee oferece bolsa integral, acompanhamento supervisionado e integração direta à rotina hospitalar.
Os participantes são indicados para treinar em setores estratégicos, nos quais poderão futuramente ser contratados, o que reduz a rotatividade e melhora a eficiência nos processos de contratação e adaptação profissional.

METODOLOGIA

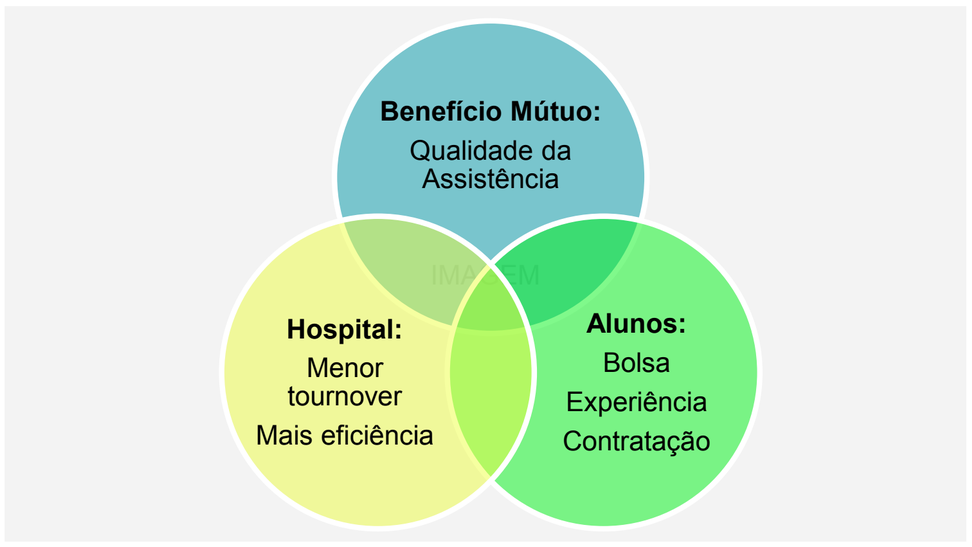
Os alunos são selecionados para o programa, pela Coordenação e Supervisão de Estágio ao final do segundo mês de estágio supervisionado. Esta seleção é feita com base no desempenho teórico-prático e após concluírem todas as competências obrigatórias do estágio. O aluno é indicado para treinar em setores do hospital, nos quais poderão ser futuros colaboradores.
O treinamento é realizado por profissionais indicados pelos coordenadores de cada setor, seguindo um plano estruturado com atividades e funções bem definidas, supervisionadas constantemente. Acompanhamentos mensais são registrados em folhas de avaliação, que, junto à folha de ponto, são enviadas à escola para validação e concessão de bolsa integral para este aluno.
O aluno recebe horas de estágio complementares, bolsa de 100% da mensalidade e treinamento focado na futura função.
Caso o desempenho não atenda ao perfil desejado, o aluno pode ser desligado.
Aqueles que participarem do programa, assinam contrato de fidelização com o hospital, comprometendo-se a permanecer na instituição por até dois anos após a contratação.

Trainees em campo supervisionados pelo profissional indicado pelo setor.

Gráfico1: Quantitativo de trainees contratados pelo CSSJD.

RESULTADOS

O programa proporciona vantagens mútuas: o hospital recebe profissionais já treinados, reduzindo custos com capacitação e diminuindo o turnover, enquanto os alunos obtêm preparo técnico, isenção da mensalidade e segurança para assumir a função. A integração entre teoria e prática eleva a qualidade da assistência prestada e fortalece o vínculo dos futuros profissionais com a instituição.



Vantagens entre Hospital e Aluno no Programa de Trainee
.

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

CONCLUSÕES

O Programa de Trainee para Técnicos em Enfermagem mostrou-se uma estratégia eficaz para aproximar o ensino técnico da realidade hospitalar, favorecendo a transição do estágio para a carreira. Os resultados indicam benefícios significativos tanto para os alunos, que recebem formação direcionada e segurança profissional, quanto para a instituição, que passa a contar com colaboradores mais preparados, engajados e com menor índice de rotatividade. A experiência evidencia que iniciativas integradas entre escolas técnicas e hospitais podem potencializar a qualidade da assistência em saúde, ao mesmo tempo em que fortalecem o desenvolvimento e a valorização da categoria de enfermagem.

REFERÊNCIAS

INÍCIO
ANTERIOR
PRÓXIMO

PAUSAS PRODUTIVAS, UM OLHAR ATENTO AO BEM ESTAR NA LAVANDERIA

HUMBERTO CAPANEMA, ANA PAULA SANTANA PEREIRA HAUCK, MARILANDIA DAS GRAÇAS FIGUEIREDO

INTRODUÇÃO

No exercício de atividades repetitivas é recomendado pausas para descanso (Couto, Hudson de Araújo e Dennis Carvalho, 2020). No contexto da lavanderia do Hospital Márcio Cunha, onde as tarefas são desenvolvidas de pé, as pausas na posição sentada possibilitam drenagem de edemas de membros inferiores, redução do esforço estático dos músculos gastrocnêmico e sóleo, resultando em maior conforto ao colaborador em suas atividades. (Couto, Hudson de Araújo e Dennis Carvalho, 2020)

METODOLOGIA

(Couto, Hudson de Araújo e Dennis Carvalho, 2020) estabelece que atividades repetitivas de membros superiores requerem no mínimo 8 min de pausa, implementadas após os primeiros 60 min do início e antes dos últimos 60 min do fim da jornada de trabalho. Baseado neste conceito, uma pausa de 10 minutos foi implementada aos colaboradores da lavanderia do HMC I do turno matutino e vespertino: as pausas ocorrem entre a hora da chegada e a hora da refeição, ás 09:00h e as 17:00h, respectivamente. Para avaliar o grau de satisfação dos colaboradores com a implantação da pausa foram realizadas duas pesquisas seguindo a metodologia Net Promoter Score (NPS), que é um dos métodos mais utilizados devido a simplicidade, facilidade na captação das informações e tabulação dos resultados (Silva, Mayara Tenório de Melo; Costa, Morgana Giorgia, 2020).

Net Promoter Score (NPS)

Tabulação das notas
Detratores: Notas de 0 a 6 (insatisfeitos).
Neutros: Notas de 7 a 8 (mais ou menos satisfeitos).
Promotores: Notas de 9 a 10 (realmente satisfeitos).

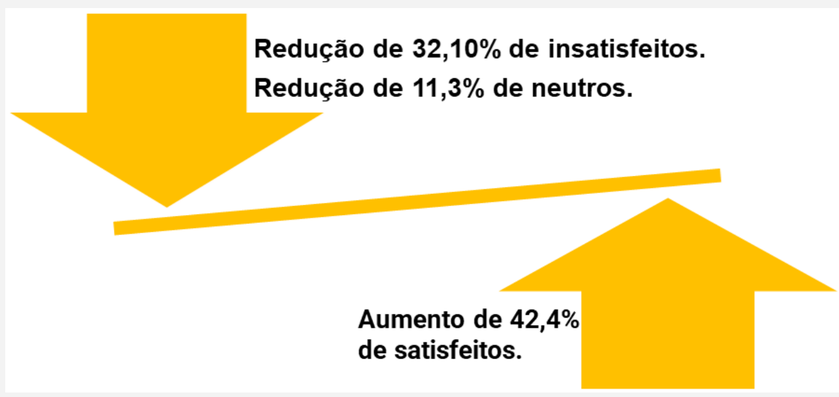
Pergunta aplicada
Qual o seu grau de satisfação para realizar a sua atividade em uma escala de 0 a 10. Sendo 0 “a pior satisfação” e 10 “a melhor satisfação”. Marque:

PIOR ◄ (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) ► MELHOR

Foto: Lavanderia do Hospital Márcio Cunha – Unidade I

RESULTADOS

Participaram da primeira pesquisa 51 colaboradores, o que representa 65% de adesão, e 45 colaboradores na segunda pesquisa, representando 59% de adesão. nas duas avaliações a adesão a pesquisa foi próximo a 60% do efetivo, constatou-se que a implantação da pausa produtiva reduziu em 32,10% o número de insatisfeitos com o trabalho, também houve uma redução de 11,3% dos colaboradores neutros e houve uma aumento de 42,4% de satisfeitos com o trabalho. pode-se concluir aqui que a implantação da pausa produtiva para recuperação da fadiga, ação voltada para qualidade de vida, produziu índices bem positivos de satisfação dos colaboradores para as atividades de lavanderia.



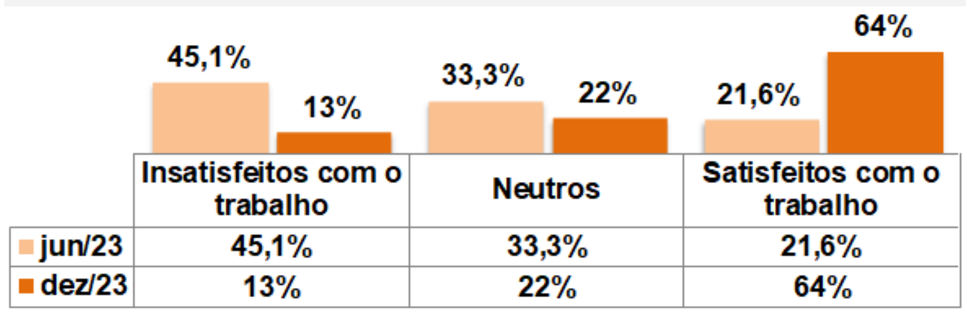


Gráfico: Pesquisa NPS - Avaliação da Satisfação do colaborador para realizar sua atividade antes e após a implantação da pausa de 10 minutos.

“... estou achando uma maravilha, aproveito esse tempo para conversar com os colegas, falar um pouco de Deus” **Laura**

“... gratificante saber que durante o trabalho temos o privilégio de poder parar para descansar. Benefício é imensurável que nos foi concedido, momento para relaxar, descansar o corpo e a mente, dando mais ânimo para voltar ao trabalho” **Keise**

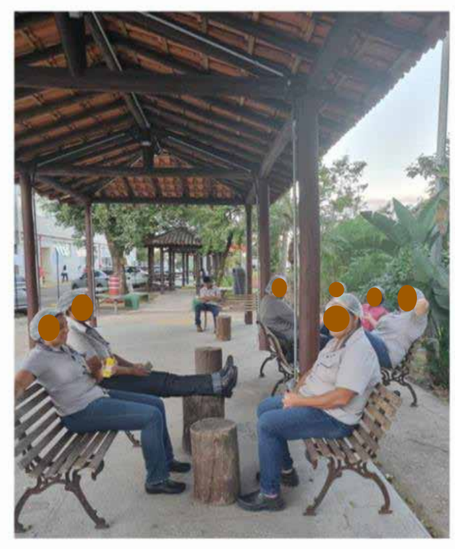


Foto: Ambiente onde os colaboradores realizam a pausa de 10 minutos e depoimentos de dois profissionais em relação à pausa implantada.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que a implantação da pausa produtiva para recuperação da fadiga, produziu índices bem positivos de satisfação dos colaboradores para as atividades de lavanderia. O colaborador satisfeito, se sente confortável, produz mais do que aquele que não se sente bem, melhora os relacionamentos, a motivação e a confiança, contribuindo para redução turnover.

REFERÊNCIAS

* COUTO, Hudson de Araújo; COUTO, Dennis Carvalho. Ergonomia 4.0: dos conceitos básicos à 4ª Revolução Industrial. 1.ed. Belo Horizonte: Ergo, 2020.
* SILVA, Mayara Tenório de Melo; COSTA, Morgana Giorgia. Proposição do uso da metodologia Net Promoter Score (NPS) como indicador de desempenho para subsidiar planos de melhoria contínua em uma instituição educacional. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 8., 2020. Anais [...]. Caruaru - PE: UNIFAVIP, 2020.ISSN:2318-9258:http://dspace.sti.ufcg.edu.br: 8080/jspui/handle/riufcg/32347.

IMERSÃO REALÍSTICA E RETENÇÃO ASSSITENCIAL: A NOVA PORTA DE ENTRADA PARA OS TALENTOS DA ENFERMAGEM

Márcia Schneider; Emanuelle Pacheco, Maryanna Leopoldo de Lima, Lenita Hodecker

INTRODUÇÃO

A alta rotatividade de profissionais assistenciais nos primeiros 90 dias compromete a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e eleva os custos com desligamentos, treinamentos e sobrecarga das equipes ativas. Nesse contexto, reter talentos desde o início da jornada é um desafio estratégico para instituições de saúde comprometidas com a excelência.

Com o objetivo de reverter esse cenário, implantou-se um novo modelo de Integração Assistencial estruturado, com a ampliação do tempo de capacitação e a inserção de práticas simuladas em ambiente realístico.

METODOLOGIA

Foi implantado um novo modelo de Integração para colaboradores da área assistencial de um hospital geral de alta complexidade, com início em julho de 2024.

A integração passou a contar com 30 horas de capacitação: 13 horas de integração institucional e 17 horas de integração assistencial. Esta última inclui atividades práticas na sala de capacitação realística, abordando rotinas, protocolos institucionais, segurança do paciente e prática assistencial simulada.

A análise da efetividade foi feita por meio da comparação da taxa de desligamentos voluntários e involuntários nos primeiros 90 dias de colaboradores admitidos antes e após a implementação. Os dados analisaram os períodos de janeiro-dezembro de 2023 e janeiro-dezembro de 2024.

RESULTADOS

Com a nova Integração Assistencial, estruturada em 30 horas de capacitação (sendo 17 horas práticas em ambiente realístico), o índice de retenção em 90 dias entre enfermeiros aumentou de 50% (2023) para 83,33% (2024), e entre técnicos de enfermagem de 30,33% para 71,58%.

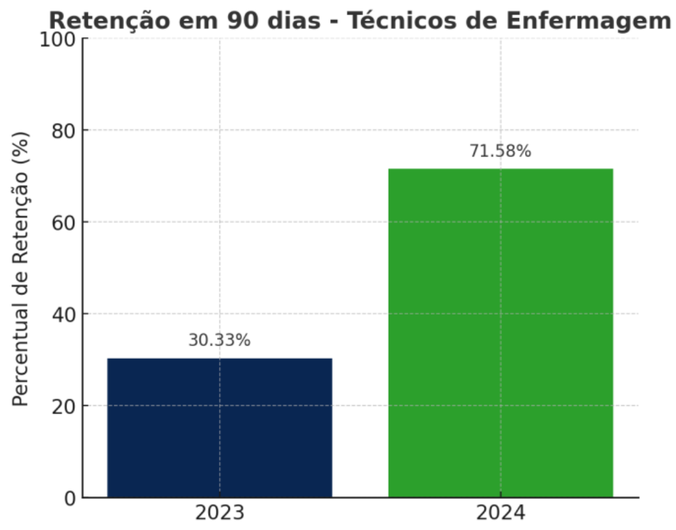


Grafico: Retenção de 90 dias – Tecnico de Enfermagem

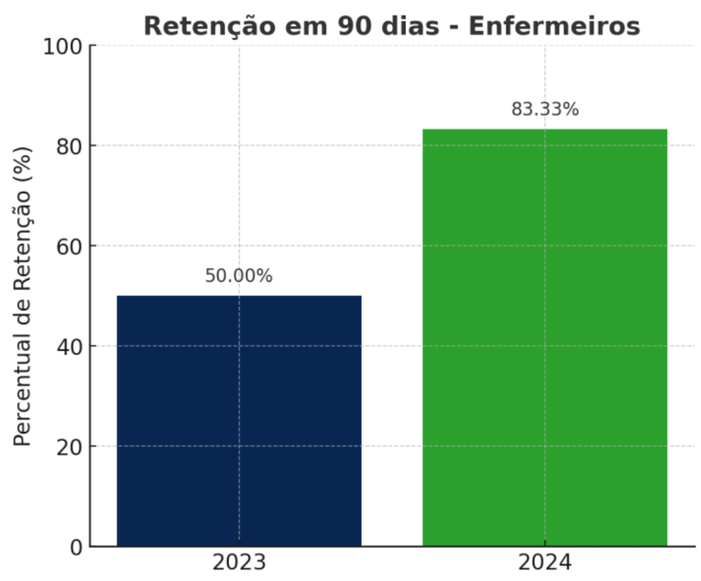


Gráfico: Retenção de 90 dias - Enfermeiros.

CONCLUSÕES

A prática na Sala de Capacitação Realística proporcionou experiências reais do cotidiano hospitalar, favorecendo o preparo técnico, emocional e comportamental dos novos profissionais. A percepção de acolhimento, alinhamento às expectativas e confiança na execução das atividades contribuíram para maior engajamento e permanência. O modelo se mostrou eficaz na retenção no fortalecimento da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Espadaro, RF; *A Simulação Realística como Prática ...* 2023. Artigo relata uso de simulação realística em ambiente prático, valorizando a prática assistencial, protocolos, segurança, e integração de equipes.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO COM MENTORIA “SOL E SOMBRA”

Ana Trindade Pereira[1], Michelle de Lima Monteiro[2], Gisele Morais de Souza[3], Ilvo dos Santos Coutinho[4]

INTRODUÇÃO

A integração de novos colaboradores em instituições de saúde é crucial para a segurança do paciente, adesão a protocolos e retenção de talentos. Estudos recentes demonstram que programas estruturados de onboarding com mentoria reduzem significativamente a rotatividade e fortalecem o engajamento profissional. Objetivo: avaliar os efeitos da implantação de um programa de mentoria “sol e sombra” na adaptação técnica, cultural e comportamental de colaboradores recém-admitidos em hospital de médio porte.

METODOLOGIA

Estudo prospectivo e quantitativo realizado entre janeiro/2024 e janeiro/2025, em hospital filantrópico da região norte do brasil. participaram 87 colaboradores recém-admitidos (48 assistenciais, 21 administrativos, 18 terceirizados), acompanhados por 32 mentores experientes. o programa compreendeu: mentoria estruturada (90 dias): suporte técnico, comportamental e relacional diário; educação permanente semanal: 52 sessões (2 h), abordando protocolos assistenciais, segurança do paciente, políticas institucionais, comunicação e cultura organizacional; avaliações formativas e somativas mensais: testes teóricos e práticos com nota mínima de 8,0; feedbacks qualitativos e autoavaliações; implantação do programa de integração com mentoria “sol e sombra”: fortalecimento da cultura institucional, adesão a protocolos e retenção de novos colaboradores. dados analisados via estatística descritiva (frequência, média, percentual).

RESULTADOS

A adoção do programa estruturado de integração demonstrou impacto positivo em diferentes dimensões organizacionais. O 100% de aprovação com nota mínima de 8,0 indica efetividade no alinhamento de competências desde o início. A evasão zero no período de experiência (antes 17%) e a retenção de 96% entre terceirizados reforçam que o onboarding favorece a permanência e reduz a rotatividade. Além disso, a aderência a protocolos subiu de 83% para 94%, evidenciando maior conformidade e segurança assistencial. Por fim, 95% dos colaboradores relataram senso de pertencimento nas primeiras quatro semanas, confirmando ganhos em socialização e engajamento. Esses achados convergem com a revisão de Frogéli et al. (2023), que destaca a eficácia de programas formais de onboarding na adaptação e retenção organizacional.

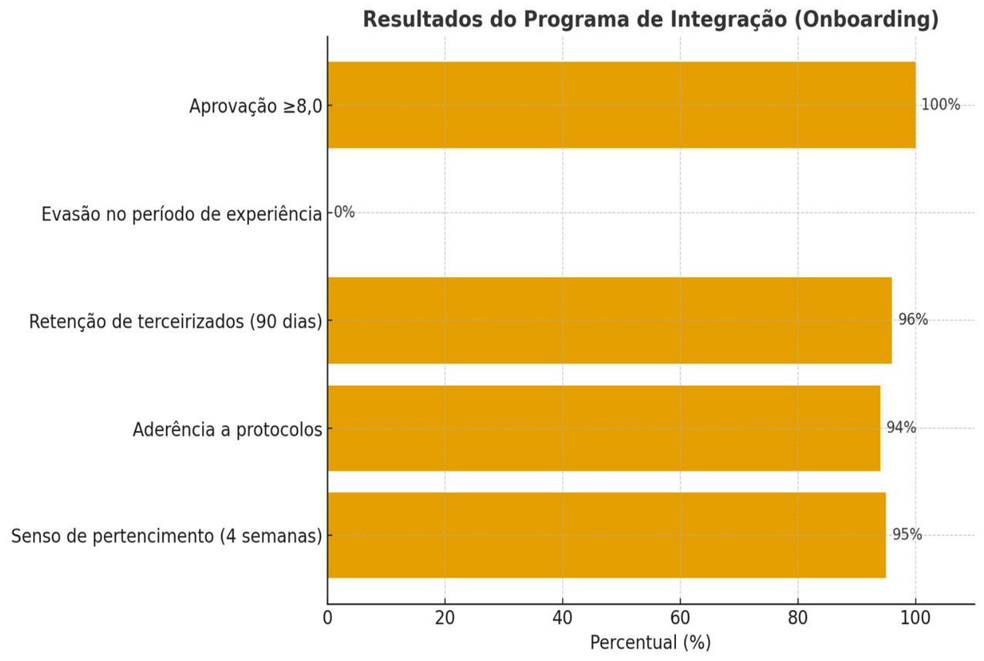


Gráfico 1 - Resultados do Programa de integração

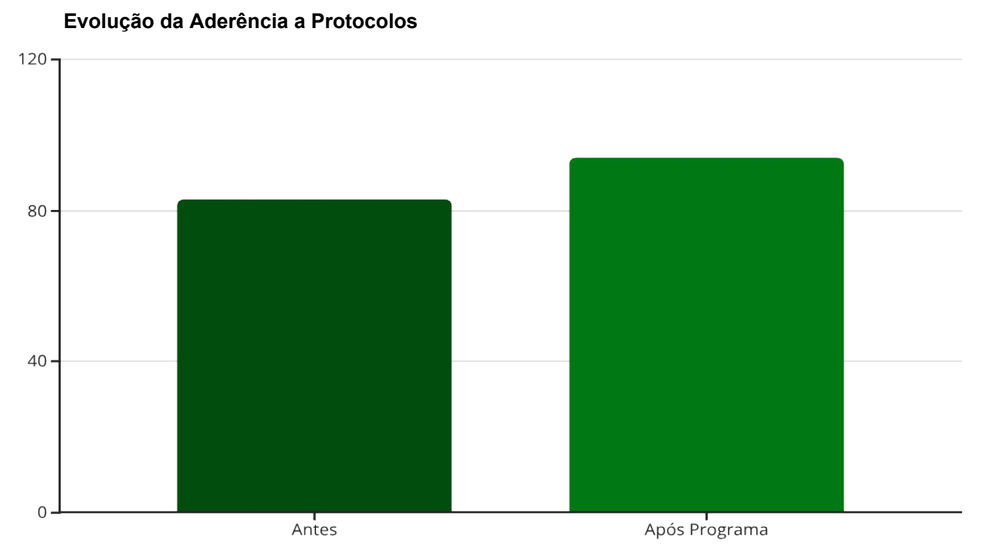


Gráfico 2- Aumento significativo de 11 pontos percentuais na aderência a protocolos nas auditorias internas

Figura 1- Imagens dos colaboradores mentores (Sol) recebendo cerificado pelo curso de qualificação de mentores no Hospital Adventista de Belém.

CONCLUSÕES

O programa “Sol e Sombra” mostrou eficácia na integração técnica e cultural de novos colaboradores, elevando indicadores de segurança, engajamento e retenção. A estratégia é replicável e alinhada às práticas de gestão de pessoas e qualidade assistencial.

Descritores: Onboarding; Mentoria; Integração institucional; Retenção de colaboradores; Segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1- Esbenshade AJ et al. Improving Retention Through a Purposeful Multidisciplinary Mentorship Program. J Nurs Adm. 2024: redução significativa da rotatividade entre mentorados

2- FROGÉLI, Elin; JENNER, Bo; GUSTAVSSON, Petter. Effectiveness of formal onboarding for facilitating organizational socialization: a systematic review. PLOS ONE, v. 18, n. 2, p. e0281823, fev. 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0281823.

MONITORAMENTO DA PERFORMANCE INDIVIDUAL DOS ANESTESIOLOGISTAS

Luciane Torrano, Bruna Miranda, Sheila Mantovani, Anderson Alcoforado

INTRODUÇÃO

As novas gerações de médicos vêm ressignificando o conceito de carreira, buscando alinhar propósito, bem-estar e impacto social em suas trajetórias profissionais[1]. No campo da anestesiologia, essa mudança de mentalidade ocorre pela aceleração tecnológica e pela valorização crescente da saúde mental. O objetivo é monitorar o desempenho individual dos anestesiologistas que atuam em um serviço na Grande São Paulo, com base em critérios previamente definidos. visando o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e o fortalecimento do trabalho em equipe.

METODOLOGIA

A avaliação de desempenho individual é realizada mensalmente, com foco na melhoria contínua das rotinas e dos serviços, por meio de incentivos financeiros e não financeiros. A mensuração da performance técnica ocorre por meio da auditoria clínicas e da análise do preenchimento de notificações de cada ato anestésico e alta da recuperação pós anestésica. São realizadas auditorias nos prontuários com base em critérios de preenchimento correto e completo. Foi implantada uma cultura de notificação, onde o responsável deve abrir uma notificação após cada ato anestésico, independentemente da ocorrência de eventos adversos e na alta.

RESULTADOS

Com foco na avaliação pré-anestésica e na ficha anestésica, a auditoria de prontuários apresentou evolução significativa. Com o amadurecimento do processo e a consolidação das rotinas, os dados de 2025 alcançando média de 96,6% no primeiro trimestre, com dois meses consecutivos registrando a nota máxima de 97,5%. No que se refere à auditoria do preenchimento das notificações no ato anestésico, houve um aumento em 2024 de 57% na taxa de adesão, resultando em uma média anual de 80,33%. Esse desempenho continuou a evoluir em 2025, alcançando média de 86,33% no primeiro trimestre. As notificações da Recuperação Pós Anestésica ainda é o nosso resultado mais desafiador, em 2025 estamos com média de 77%.

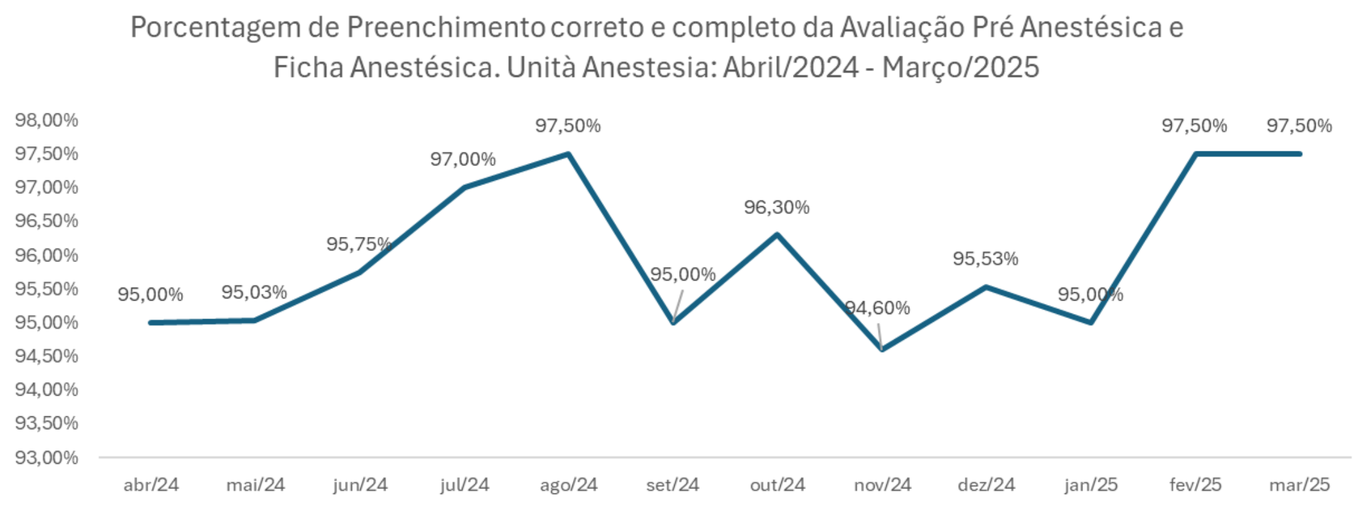


Gráfico 1. Porcentagem de preenchimento correto e completo do prontuário

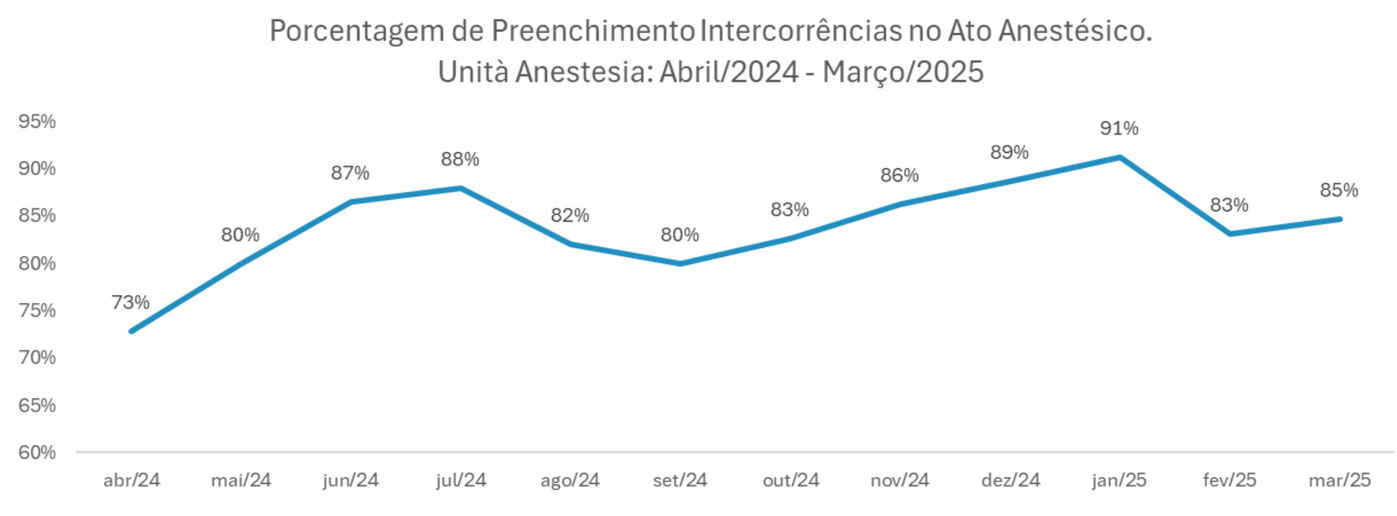


Gráfico 2. Porcentagem de Preenchimento de Intercorrências no Ato Anestésico

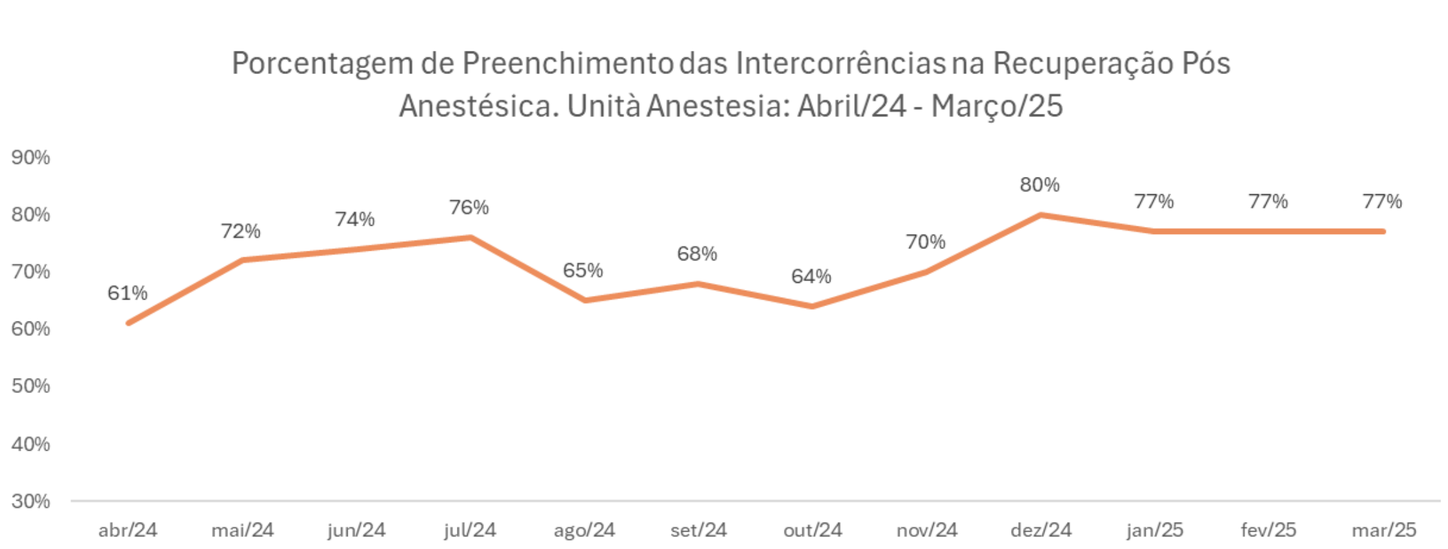


Gráfico 3. Porcentagem de Preenchimento de Intercorrências na Recuperação Pós Anestésica

CONCLUSÕES

Concluímos que a avaliação da performance, especialmente quando atrelados a incentivos, promove a melhoria contínua dos processos e o desenvolvimento de rotinas mais eficazes, mas também fortalece o senso de corresponsabilidade entre os membros da equipe. A experiência no serviço de anestesiologia objeto de estudo evidência que um sistema estruturado de monitoramento, associado ao apoio mútuo e a uma cultura organizacional acolhedora, favorece o aprimoramento contínuo da prática assistencial e contribui para a consolidação de uma assistência de qualidade, centrada tanto nos pacientes quanto nos profissionais.

REFERÊNCIAS

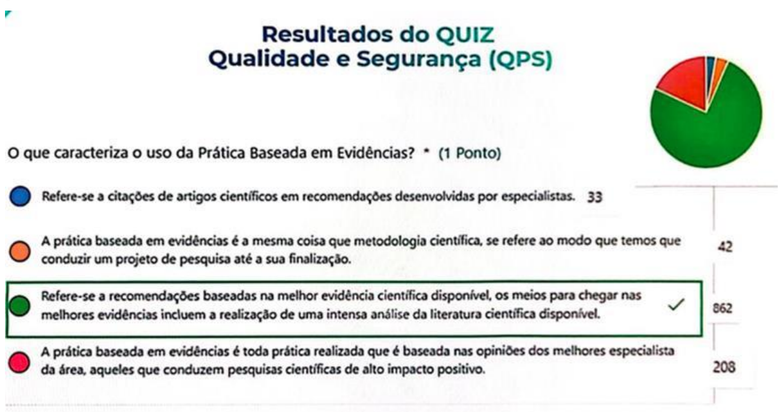
1. Sandall H, Mourão L. Desempenho individual no trabalho: Proposições para uma mensuração personalizada e um diagnóstico abrangente. Revista de Administração Mackenzie.2023; Acessado em: 20 Junho, 2025. 24(3), 1–27. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG230023.pt

OFICINAS DE PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA: UMA AÇÃO PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Mayara Cristina Debone, Jaqueline Aline de Oliveira, Lidiane Soares Sodre da Costa, Euma Ferreira de Sousa

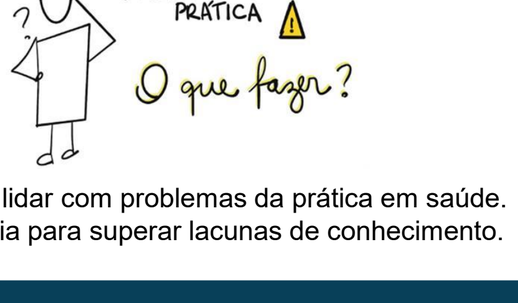
INTRODUÇÃO

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é essencial para **decisões clínicas seguras e atualizadas**, mas muitos profissionais ainda enfrentam dificuldades em acessar e **aplicar evidências científicas.** Uma pesquisa institucional apontou que quase 20% dos profissionais confundem PBE com opinião de especialista, evidenciando lacunas na formação e na cultura da **decisão clínica fundamentada**. Este trabalho apresenta uma estratégia educacional para apoiar o desenvolvimento dessas competências na equipe multiprofissional.



METODOLOGIA

Foi estruturada uma oficina de PBE voltada à equipe multiprofissional, com metodologia ativa. A capacitação incluiu conteúdo online assíncrono (30 min) e encontro online síncrono (2h30) com especialista, abordando os principais conceitos de PBE, com foco no **modelo de Johns Hopkins**. Foram trabalhados temas como avaliação crítica da literatura, identificação de vieses, interpretação de resultados e aplicação prática da evidência no contexto local. Estudos de caso e exercícios práticos estimularam a integração entre teoria e prática. A oficina também abordou os **níveis de evidência, aspectos da qualidade metodológica dos estudos** e estratégias para integrar evidências à realidade assistencial, com atividades em grupo para discussão aplicada e desenvolvimento do raciocínio crítico. A mediação do especialista promoveu reflexão coletiva e conexão entre experiências clínicas e **fundamentos da PBE**. A avaliação foi realizada por meio de um instrumento aplicado ao final do treinamento.

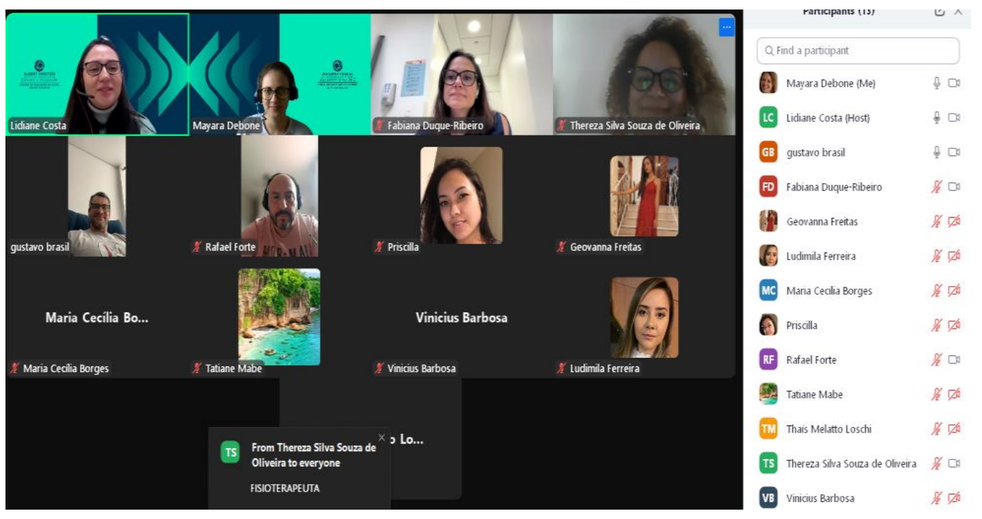


Modelo de Prática Baseada em Evidências (PBE) e seus níveis, integrando ciência, experiência clínica e valores do paciente.

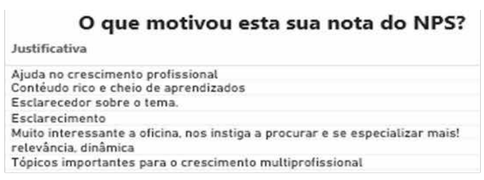
Ilustração sobre caminhos para lidar com problemas da prática em saúde. Integra PBE, pesquisa e melhoria para superar lacunas de conhecimento.

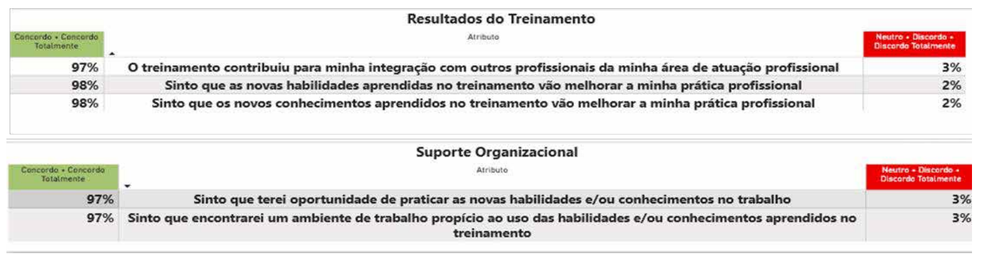
RESULTADOS

Entre setembro de 2023 e maio de 2025, foram treinados **220 profissionais**, entre enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, biomédicos, fonoaudiólogos e nutricionistas. Os resultados do instrumento aplicado indicaram **maior segurança na tomada de decisão clínica, valorização do conhecimento científico e interesse em aprofundar o tema**. Em 2024, 21 trabalhos sobre PBE foram submetidos à Exposição de Qualidade da instituição, e o Núcleo de PBE em Enfermagem conduziu **22 projetos já implementados** e 13 em andamento.



Treinamento online síncrono com a equipe multidisciplinar, integração e colaboração em foco para fortalecimento da prática baseada em evidência.

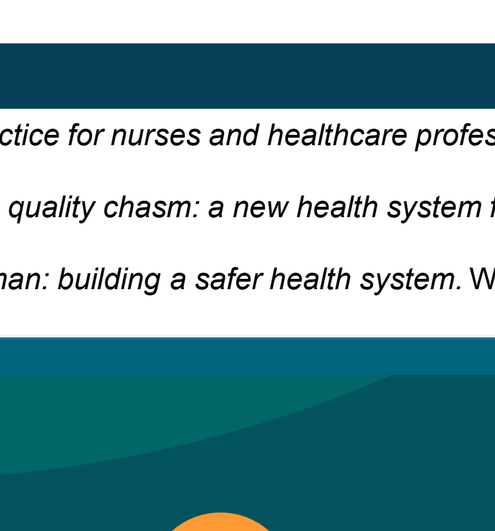




Avaliação do treinamento com NPS 95, destacando crescimento profissional, conteúdo rico, aplicabilidade, integração multiprofissional e aprendizado relevante.

CONCLUSÕES

A oficina contribui para o movimento institucional de fortalecimento da cultura de evidência, ampliando o engajamento com a PBE no cotidiano assistencial.



Mensagens de reconhecimento e agradecimento dos participantes pela aula, destacando clareza, riqueza das discussões e impacto do conteúdo.

REFERÊNCIAS

Dang D, Dearholt SL, Bissett K, Ascenzi J, Whalen M. *Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: model and guidelines*. 4th ed. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2022.
Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

PESSOAS NO CENTRO: PROPÓSITO, SAÚDE MENTAL E ENGAJAMENTO NO PRONTO SOCORRO

Aline Dos Anjos Chaves Basílio, Talga Caroline Aires Maciel, Clarissa Carvalho Meneghetti De Sá

INTRODUÇÃO

A atuação em setores críticos como o pronto-socorro (ps) impõe desafios intensos às equipes de enfermagem, exigindo gestão humanizada para que haja engajamento, bem-estar e qualidade assistencial. O cidec (ciclo integrado de desenvolvimento contínuo) integra feedbacks periódicos, metas smart, PDI (plano de desenvolvimento individual) e tecnologia para acompanhar equipe. Objetivando estabilizar o absenteísmo, fortalecer propósito, capacitação e saúde mental. Justifica-se por atender novas gerações, que buscam reconhecimento, propósito e participação, favorecendo ambiente saudável e sustentável.

METODOLOGIA

Este estudo comparativo retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado de janeiro/2022 a dezembro/2024, analisou o impacto da implantação do CIDEC na equipe de Enfermagem de um Pronto-Socorro de um hospital privado em São Paulo. Até 2021, o PDI era aplicado anualmente, mas sem acompanhamento sistemático, sustentando uma cultura reativa baseada em falhas. Em 2022, o CIDEC foi implementado com 94 colaboradores (24 enfermeiros e 70 técnicos de enfermagem), distribuídos em quatro turnos de 12x36 horas. A metodologia contemplou feedbacks estruturados trimestrais, autoavaliação, avaliação do gestor, metas SMART e feedback 360°, ampliando a percepção do desempenho, reduzindo vieses e promovendo gestão humanizada e participativa. As reuniões presenciais para construção do PDI reforçaram o protagonismo profissional. A intranet garantiu tecnologia para comunicação, registro e controle com sigilo e rastreabilidade. A equipe foi treinada e sensibilizada, fortalecendo uma cultura de diálogo, reconhecimento e melhoria.

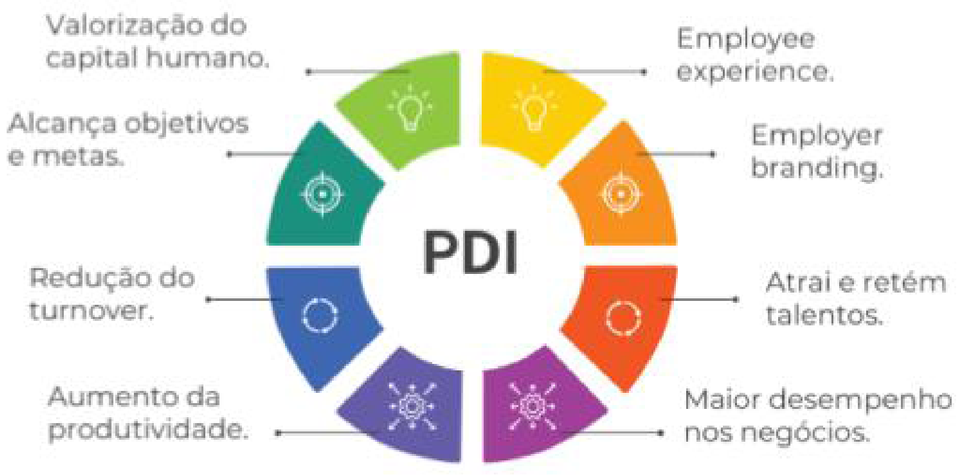


Figura 1: Diagrama circular destacando os principais benefícios do PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) para empresas e colaboradores.

Figura 2: 6 passos para um feedback eficaz.

RESULTADOS

Após três anos do cidec, o absenteísmo no ps manteve-se estável: 3,28% (2022), 1,99% (2023) e 2,04% (2024). embora o índice de 2024 apresenta leve aumento em relação à meta institucional para o setor (1,99%), permanece inferior à meta hospitalar geral (3,38%) e à média anual dos hospitais anahp em 2024 (3,43%), indicando bom desempenho.

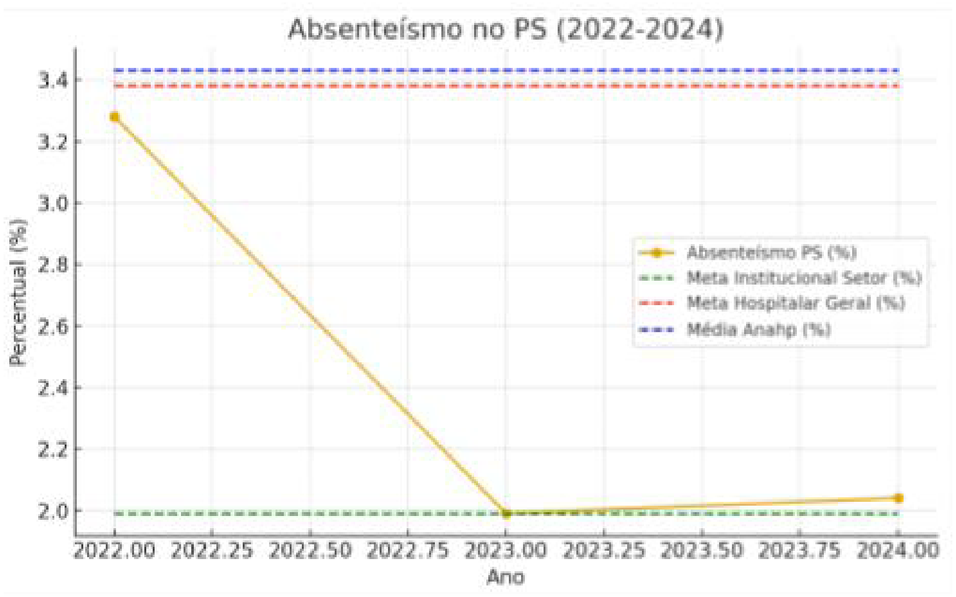


Gráfico 1: Evolução do absenteísmo no PS comparado às metas institucionais, hospitalares e à média da Anahp (2022–2024).

A participação em projetos aumentou de 2/ano (2022) para 7/ano (2024). o vínculo líder-colaborador permitiu identificar fadiga mental e encaminhar para apoio psicológico. a tecnologia facilitou o acesso e a revisão do plano de desenvolvimento individual. conclui-se que o cidec demonstra eficácia no engajamento, saúde mental e desenvolvimento profissional.

Gráfico 2: aumento da participação da equipe em projetos (2022–2024).

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que a implantação do CIDEC no Pronto-Socorro promoveu avanços significativos na gestão humanizada, no engajamento e no desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem. A estabilização do absenteísmo, o aumento da participação em projetos e a valorização do bem-estar psicológico indicam que a metodologia contribuiu para consolidar uma cultura de diálogo, reconhecimento e melhoria contínua, favorecendo um ambiente de trabalho mais sustentável e eficaz.

REFERÊNCIAS

BERNARDES, A. L. et al. Desgaste físico e psicológico em trabalhadores da enfermagem: implicações para a saúde e o cuidado. Revista FT, v. 12, n. 3, p. 35-47, 2024; CAMPOS, P. F. Engajamento de profissionais de saúde: relações entre satisfação, autoeficácia e forças de caráter. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2020; HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCor. Manual de avaliação de desempenho lideranças. São Paulo: HCor, 2025.

PLANO DE CARREIRA PARA A EQUIPE DE BOMBEIROS

Claudio da Silva Velozo, Anderson Cleyton Pereira dos Santos, Edmundo Di Giamo Caboclo, Zulmira Rosa de Sousa Silva

INTRODUÇÃO

A segurança hospitalar vai além de processos e tecnologias: começa e termina com pessoas. Em instituições complexas, os Bombeiros Civis tem papel decisivo na continuidade dos negócios. A ausência de trilhas estruturadas de desenvolvimento compromete a retenção de talentos e a consistência técnica. Este case apresenta um Plano de Carreira para Bombeiros Hospitalares como ferramenta de valorização e integração da cultura de segurança assistencial.

METODOLOGIA

A estrutura do plano foi elaborada com base em análise de rotinas operacionais e práticas de desenvolvimento humano. Foram definidos três níveis de progressão (Bombeiros 1,2 e 3), com critérios técnicos, comportamentais e estratégicos. A ascensão está atrelada à perfomance nas atividades diárias, domínio técnico e envolvimento com os valores da instituição.

A construção contou com embasamento técnico conforme NBR 14608 - Bombeiro Civil - Requisitos e Procedimentos, escuta ativa da equipe de bombeiros, apoio da liderança e parceria com o RH (Recursos Humanos).

O plano transforma o perfil operacional em um agente estratégico de segurança hospitalar, promovendo protagonismo, desenvolvimento contínuo e integração com a cultura institucional..

Treinamento de combate a incêndio – Equipe de Bombeiros - Hospital BP Paulista

Simulado de emergência de vítimas críticas – Hospital BP Paulista

RESULTADOS

Apesar de recém implementado (junho/2025), o programa teve aceitação imediata, gerando alto engajamento e sentimento de pertencimento. O plano abriu oportunidades para profissionais antes limitados a funções operacionais, e a iniciativa posiciona a instituição como referência na valorização de equipes de resposta a emergência.

Simulado de abandono – Unidade de Internação – Hospital BP Mirante .

Treinamento brigada de incêndio – Hospital BP Paulista - 2025

CONCLUSÕES

A implantação do plano de carreira preenche uma lacuna histórica no setor e demonstra que profissionais bem treinados e valorizados são a base de um sistema de saúde seguro e resiliente. Ao cuidar de quem protege, fortalecemos todo o ecossistema do cuidado e contribuímos para a formação de novos líderes para os desafios de um ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

NBR 14608/2021 – Bombeiros Civil Requisitos e Procedimentos.

PEE = PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EXECUTIVA – FEHOSP: LIDERANÇA ESTRATÉGICA PARA A TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE

Kátia Barreiro Magni, Fernando Andreatta Torelly e Edson Rogatti

INTRODUÇÃO

Somos profissionais da saúde — executivos, consultores e facilitadores — que se uniram de forma voluntária para compartilhar conteúdos, experiências e boas práticas de gestão. Nosso propósito é reduzir desigualdades no acesso ao conhecimento e contribuir para a qualificação da assistência prestada pelo SUS. Nesse contexto, nosso objetivo foi ampliar a performance das 277 instituições filantrópicas da FEHOSP, oferecendo um repertório estruturado de conteúdos, ferramentas e práticas de gestão capazes de apoiar gestores e equipes em seus desafios cotidianos.

METODOLOGIA

O Programa de Educação Executiva – PEE – promovido pela Associação dos Voluntários da Saúde (AVS) em parceria com a ANAHP foi desenvolvido com foco em Executivos das 277 Instituições Filantrópicas da FEHOSP, visando fortalecer a gestão estratégica, clínica e operacional. A abordagem foi qualitativa e colaborativa, com desenho instrucional construído a partir do mapeamento de necessidades das instituições participantes. Os encontros foram realizados de forma virtual e ao vivo, mensalmente, com nove módulos temáticos (de 2 horas) conduzidos pelas maiores referências no Brasil sobre os temas abordados.

A amostra incluiu todos os diretores e superintendentes das Santas Casas de São Paulo. Os módulos abordaram temas como gestão estratégica à operação, cultura organizacional, gestão de pessoas, finanças, captação de recursos, faturamento hospitalar, suprimentos e acreditações. A aplicação ocorreu entre novembro de 2023 e julho de 2024, com base na apresentação de casos, ferramentas e incentivo ao protagonismo dos executivos para implementar novas práticas nos Hospitais do SUS.

Material Institucional de Divulgação do Programa de Educação Executiva – PEE em Parceria com FEHOSP, ANAHP e AVS, com os facilitadores.

Mandala do PEE com os módulos e nomes dos executivos e consultores, que são referências na saúde e foram os palestrantes do Programa.

RESULTADOS

Os resultados do Programa de Educação Executiva (PEE) revelam impactos concretos na gestão hospitalar, com iniciativas aplicadas em instituições que, juntas, somam 45.051 leitos sob responsabilidade da FEHOSP, sendo 53,20% de leitos SUS.

A Avaliação de Indicadores de Qualidade das Equipes Médicas fortaleceu a governança clínica e impulsionou melhorias na assistência. A aplicação do 5S gerou ganhos operacionais e financeiros.

Projetos de inclusão, diversidade e saúde mental ampliaram o engajamento, o acolhimento e a sustentabilidade das equipes. As experiências práticas apresentadas evidenciam que:

Ferramentas de gestão aplicadas na prática, mostraram impactos diretos em eficiência, qualidade assistencial e engajamento.

O protagonismo dos executivos participantes foi determinante para aplicar os conteúdos no cotidiano, revelando avanços em finanças, pessoas, cultura e processos.

.

Projeto Final: Um minuto com a PSI, apresentado na conclusão do PEE.

Projeto Final: Programa de Inclusão – Empregabilidade de Pessoas com Deficiência – apresentado na conclusão do PEE.

CONCLUSÕES

Acreditamos que fortalecer as lideranças hospitalares é fundamental para alcançar resultados sustentáveis e transformar a cultura organizacional.

O Programa de Educação Executiva (PEE) demonstrou que é possível transformar a gestão hospitalar quando há parceria entre voluntariado, expertise e propósito.

O PEE não apenas qualificou gestores, mas também fortaleceu a cultura organizacional das instituições de saúde, contribuindo para a missão maior: promover um SUS mais eficiente, humano e acessível para todos.

REFERÊNCIAS

- Associação dos Voluntários da Saúde (AVS). *Programa de Educação Executiva – PEE*. Relatórios internos, 2023–2024.
- Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP). *Dados institucionais: 277 instituições e 45.051 leitos*. Relatório 2024 – CNES/DATASUS/MS.
- Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). *Parceria no Programa de Educação Executiva*. Documentos institucionais, 2024.

Programa de Saúde Mental Organizacional com Metodologia CRM e Peer Support para Enfermagem do Hospital e Maternidade Pro Matre Paulista

Thiago Rosa Ambrósio, Dra. Lia de Melo Ribeiro, Psc. Daniela Zeituna

INTRODUÇÃO

A saúde mental em profissionais de saúde enfrenta grandes desafios em todo o mundo. Este trabalho implementou um programa baseado em duas ferramentas utilizadas na aviação comercial para gerenciamento do fator humano e a segurança operacional: o Crew Resource Management (CRM) e o Peer Support; visando promover segurança psicológica, saúde mental, bem-estar e engajamento dos profissionais.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado entre outubro de 2023 e dezembro de 2024, com a participação de 71 profissionais de enfermagem. Foram conduzidos grupos focais mensais, mediados por um piloto de aviação comercial especialista em CRM e Peer Support, um psicólogo organizacional e um médico do trabalho.

Ao longo de 12 encontros, com duração aproximada de duas horas cada, foram abordados temas como: primeiros cuidados psicológicos, segunda vítima, comunicação não violenta, liderança, trabalho em equipe, assertividade, segurança psicológica, entre outros. Os grupos foram divididos entre enfermeiros e técnicos, com representantes de todos os turnos e setores do hospital.

O impacto do programa foi avaliado por meio da comparação entre pesquisas de bem-estar organizacional aplicadas antes e após a intervenção (maio de 2022 e maio de 2025), com foco em indicadores como segurança psicológica, satisfação no trabalho, felicidade interna bruta e NPS. Também foi analisado o impacto no absenteísmo, comparando-se o período de implementação do programa com o mesmo período do ano anterior à intervenção.

Integrantes do programa

Integrantes do programa

RESULTADOS

Houve boa adesão à iniciativa e relatos positivos dos participantes, especialmente em relação à escuta e ao acolhimento emocional oferecidos durante o programa.

Na comparação entre os resultados das pesquisas de bem-estar organizacional realizadas em 2022 e 2025, observou-se uma melhora significativa em todos os indicadores avaliados (segurança psicológica, satisfação no trabalho, felicidade interna bruta e NPS).

Além disso, houve uma redução de 8% no número de dias perdidos por questões relacionadas à saúde mental entre os colaboradores da enfermagem, em comparação com o mesmo período anterior à implementação do programa.

Porta crachá com identificação de peer support.

CONCLUSÕES

O programa demonstrou que a aplicação estruturada de metodologias inspiradas na aviação civil, aliada a um modelo interno de apoio emocional, pode gerar impactos mensuráveis e sustentáveis na saúde mental das equipes assistenciais. Os resultados obtidos indicam um caminho replicável para outras instituições hospitalares. Atualmente, a mesma metodologia já foi expandida para as demais maternidades do grupo.

REFERÊNCIAS

Beyond the Checklist: What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety (The Culture and Politics of Health Care Work) 1ª Edição por Suzanne Gordon (Autor), Patrick Mendenhall (Autor), Bonnie Blair O'toole (Autor), & 1 mais

PROJETO ESCUTAR

ALESSANDRA CARLA EMPEREUR, MARILÂNDIA DAS GRAÇAS FIGUEIREDO, ANA PAULA SANTANA PEREIRA HAUCK

INTRODUÇÃO

A saúde mental no ambiente de trabalho tem se tornado um desafio crescente diante de contextos de estresse, sobrecarga, conflitos interpessoais e sofrimento psíquico. A ausência de espaços seguros de escuta e acolhimento agrava esse cenário, impactando a qualidade de vida, o bem-estar e a produtividade dos trabalhadores. Diante dessa realidade, em 2019 foi implantado na FSFX o **Projeto Escutar**, cujo objetivo principal é oferecer suporte emocional através do atendimento psicológico individual aos colaboradores, tanto para as questões do trabalho quanto da vida pessoal, atuando na prevenção e promoção da saúde mental, qualidade de vida, bem-estar e resiliência.

METODOLOGIA

O método adotado oferece suporte emocional com atendimentos psicológicos presenciais e online, assegurando acessibilidade aos colaboradores de diferentes unidades. Cada indivíduo pode realizar até cinco sessões por semestre, com duração média de 50 minutos por atendimento. A abordagem utilizada é a Psicologia Breve, que privilegia um foco específico, objetivos delimitados, intervenções pontuais e tempo determinado. Na primeira sessão, é construída de forma colaborativa um Plano de Atendimento Individual. A adesão ao tratamento é monitorada continuamente. Em casos de não adesão, realiza-se busca ativa e os colaboradores são encaminhados para redes de cuidado internas ou externas, conforme as necessidades e singularidades de cada caso. Além disso, o projeto analisa e acompanha semestralmente a reincidência de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (CID F) entre os colaboradores atendidos, verificando se aqueles que foram afastados por até 15 dias e passaram pelo acompanhamento psicológico retornaram a se afastar por motivos semelhantes no semestre seguinte. Análise essa, que é um indicativo da efetividade do acolhimento psicológico enquanto estratégia de prevenção e promoção de saúde mental. O apoio psicológico no ambiente corporativo desempenha um papel fundamental na prevenção e no tratamento de questões relacionadas à saúde mental. De acordo com Dejours (2000), organizações que disponibilizam suporte emocional adequado como orientação e apoio psicológico tendem a promover maior bem-estar entre seus colaboradores, o que se reflete positivamente na produtividade. Iniciativas como espaços de escuta e descompressão são estratégias eficazes que podem ser implementadas para fortalecer esse cuidado. Segundo Chiavenato (2017), zelar pela saúde psicológica dos colaboradores representa um dos fundamentos essenciais da gestão contemporânea de pessoas, sendo um elemento estratégico que confere vantagem às organizações que adotam essa prática.

Imagem de divulgação interna do Projeto Escutar dentro da FSFX.

RESULTADOS

O acolhimento psicológico individual tem sido uma ferramenta essencial frente ao quadro de afastamento por transtornos mentais e comportamentais CID F na instituição. A análise de efetividade do serviço de psicologia apontou uma taxa de reincidência de 15% no primeiro semestre de 2024, 18% no segundo semestre, enquanto no 1º semestre de 2025, apenas 13% dos colaboradores reincidiram em afastamento. A redução de 5 pontos percentuais entre o 2º semestre de 2024 e o 1º semestre de 2025 demonstra que o acolhimento e acompanhamento psicológico vem produzindo efeitos concretos na melhoria da saúde mental dos colaboradores, evidenciando o impacto positivo no enfrentamento das questões psíquicas. É importante destacar que o índice se manteve abaixo de 20%, indicando a efetividade do serviço enquanto estratégia preventiva e de promoção da saúde. Esses resultados apontam para a valorização do cuidado organizacional e o fortalecimento da cultura de saúde emocional.

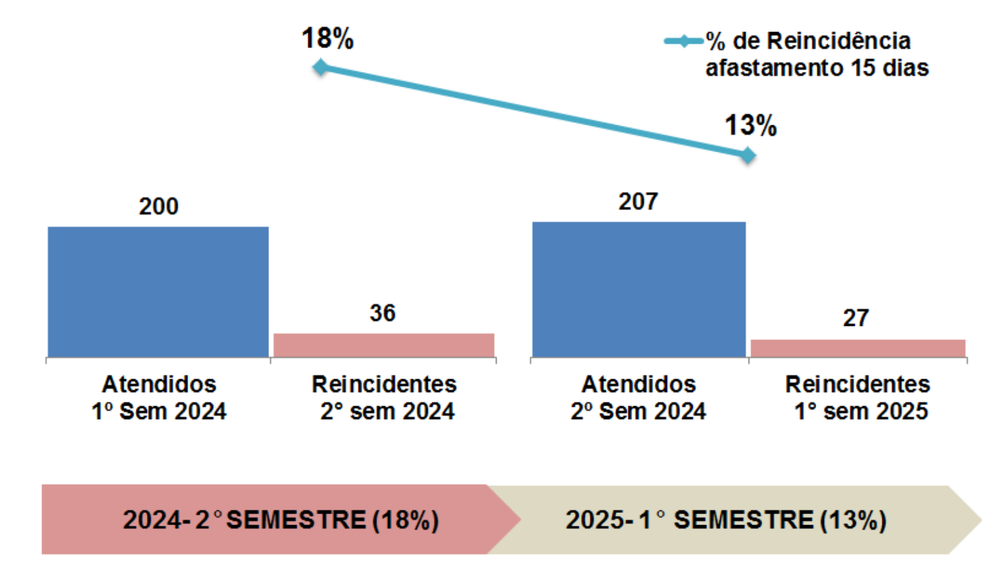


Gráfico da taxa de reincidência 2º semestre de 2024 x 1º semestre de 2025.

CONCLUSÕES

O suporte e acolhimento psicológico estruturado, acessível e humanizado, aliado à abordagem breve e ao foco na escuta ativa, constitui uma estratégia eficaz de prevenção, promoção e cuidado em saúde mental no ambiente de trabalho. A prática contribui significativamente para o bem-estar emocional dos trabalhadores na organização, reduzindo o adoecimento e o absenteísmo.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

PROJETO TRANSFORMAR
TRANSFORMANDO A FARMÁCIA HOSPITALAR ATRAVÉS DA GESTÃO DE PESSOAS

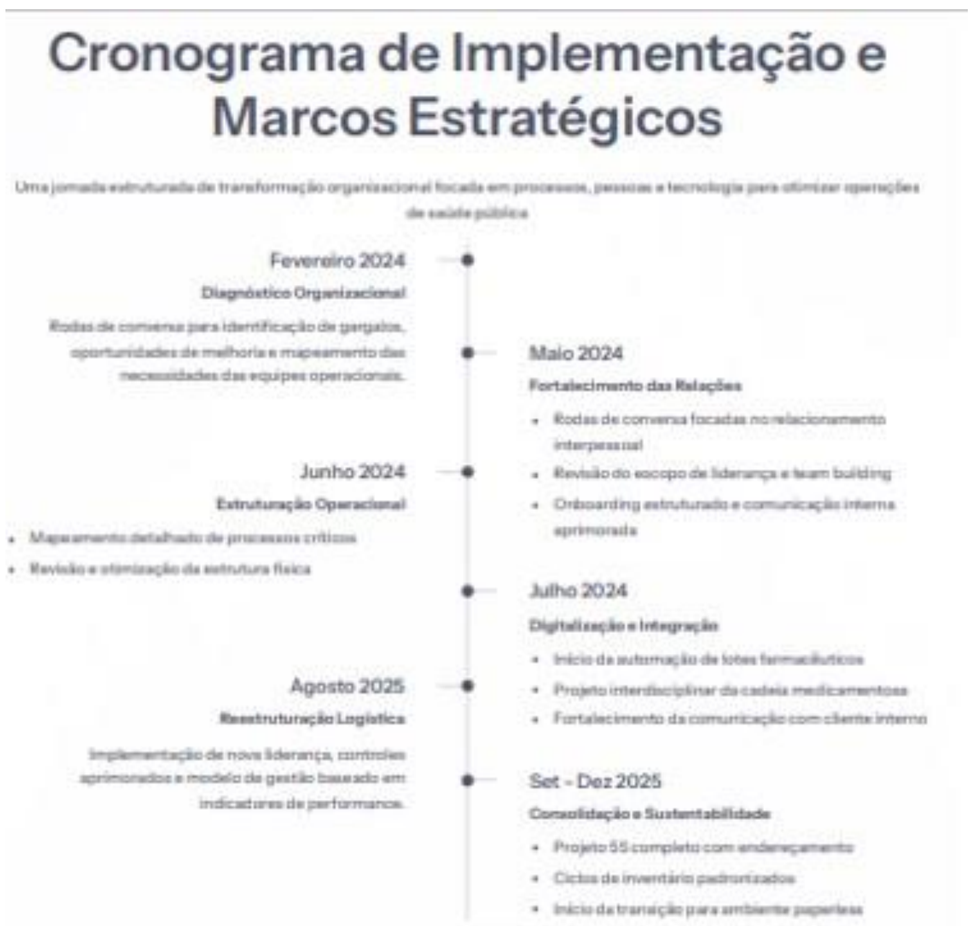
Cinthia Pinhal, Ana Paula Gomes de Melo, Tatiana Degola, Luisa Milani

INTRODUÇÃO

A farmácia hospitalar exerce papel estratégico na segurança do paciente e no uso racional de medicamentos. No entanto, a transformação sustentável depende da valorização e do engajamento das pessoas. O Projeto Transformar teve como objetivo fortalecer a liderança direta e promover o desenvolvimento de equipes multidisciplinares, por meio de ações voltadas à capacitação, integração e melhoria do ambiente de trabalho.

METODOLOGIA

A primeira etapa do Projeto Transformar (jul-dez/2024) focou no fortalecimento da liderança inspiradora. As ações incluíram: revisão das cadeiras de liderança e do número de liderados por gestor; rodas de conversa com foco em melhorias; team building com as lideranças; plano de integração para novos colaboradores; revisão de processos; treinamentos e canais de comunicação; estímulo à escuta ativa e feedbacks; acompanhamento de engajamento via pesquisa de clima e e-NPS; ampliação da automação hospitalar e mapeamento de processos. As iniciativas foram organizadas em fases mensais, com foco no amadurecimento da equipe, estruturação de processos e melhoria do ambiente de trabalho.



Cronograma de Implementação e Marcos estratégicos do Projeto Transformar 2024.

Ilustração 1 – Roda de conversa – Ciclo 1; Ilustração 2 a 4 – Team Building Liderança.

RESULTADOS

Para acompanhamento dos resultados deste projoto acompanhamos quatro indicadores principais:

1) Adesão à pesquisa de clima, foi realizada utilizando a plataforma Pulses (Gupy)
2) Indica e-NPS: mede a satisfação do colaborador através da pergunta “Qual a probabilidade de você recomendar esta empresa como um lugar para trabalhar?”
3) Absenteísmo: % de ausência de colaborador seja por atraso, falta justificada e falta injustificada.
4) Turnover voluntário: motivada pela decisão do colaborador.

A **adesão cresceu 94,6%**, de 11,1% (jun/24) para 21,5% (dez/24). **O e-NPS subiu 79%**, de 24 para 43. **O turnover voluntário caiu 40%** no 2º semestre (15) em relação ao 1º (25). **O absenteísmo reduziu 1,33 %** de 6,82% (média 2023) para 2,49% (média 2024).

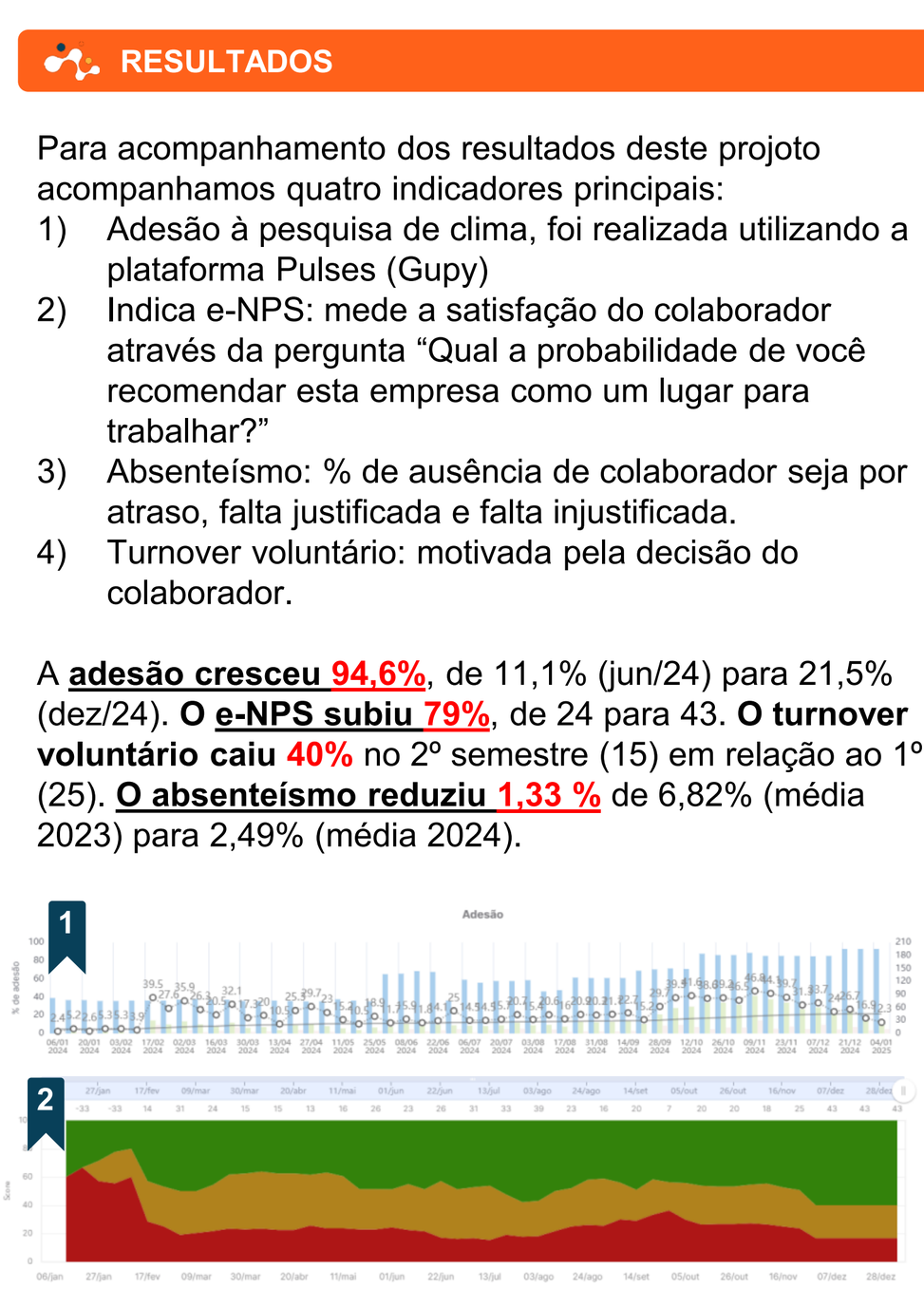


Ilustração 1 Adesão a Pesquisa de Clima; Ilustração 2 e NPS 2024

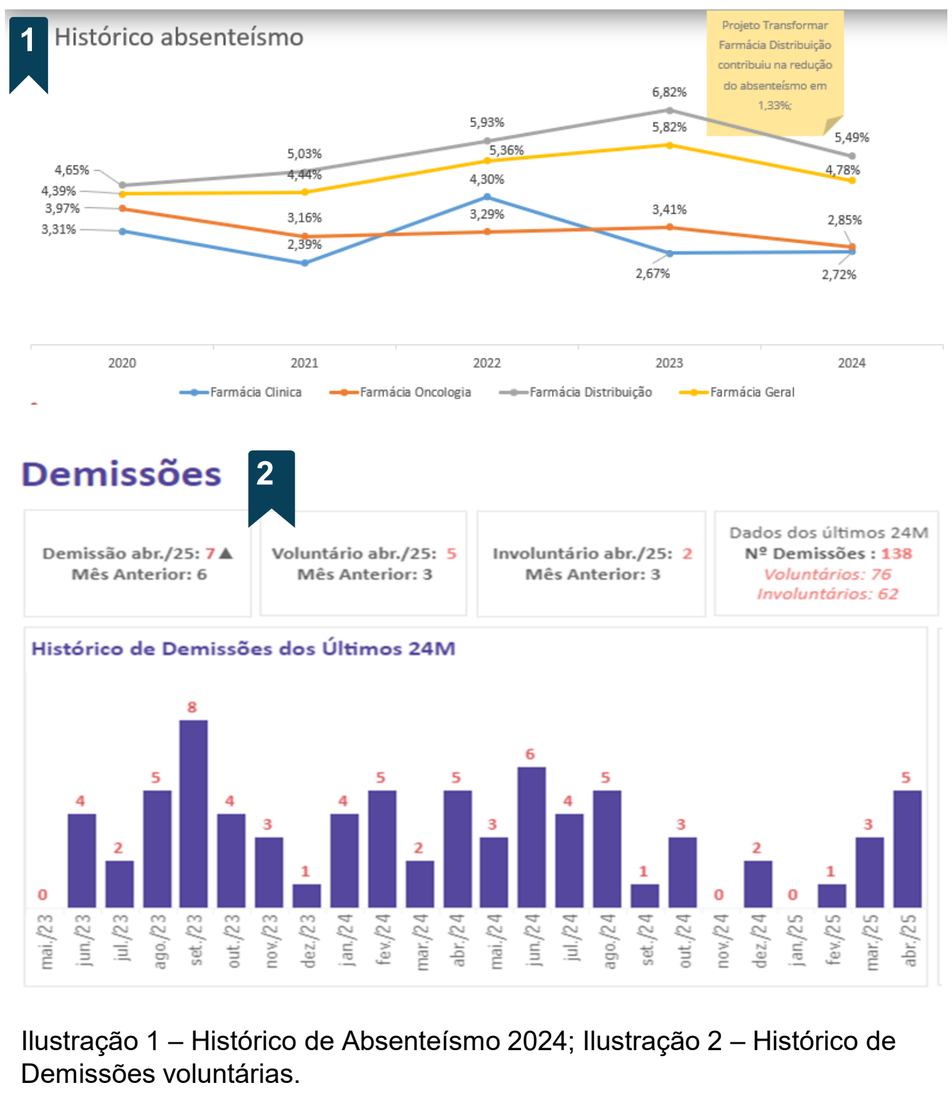


Ilustração 1 – Histórico de Absenteísmo 2024; Ilustração 2 – Histórico de Demissões voluntárias.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que investir no fortalecimento da liderança e na valorização das equipes é essencial para promover mudanças sustentáveis na farmácia hospitalar. As ações implementadas contribuíram significativamente para a melhoria do ambiente de trabalho, integração dos colaboradores e amadurecimento dos processos. Os resultados obtidos evidenciam o impacto positivo da iniciativa. Esses avanços reforçam a importância de manter o foco na escuta ativa, na comunicação transparente e na construção de uma cultura organizacional que valorize o protagonismo das pessoas como agentes de transformação.

REFERÊNCIAS

Sinek, S. (2009). Comece pelo Porquê: Como grandes líderes inspiram pessoas e equipes a agir.
Salas, E., Tannenbaum, S., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. (2012). The Science of Training and Development in Organizations: What Matters in Practice. Psychological Science in the Public Interest, Supplement, 13 (2), 74-101. https://doi.org/10.1177/1529100612436661

PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL NO TRABALHO: AÇÕES INTEGRADAS DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E ERGONOMIA

ANA DANIELA DA SILVA; ALESSANDRA CARLA EMPEREUR; HUMBERTO CAPANEMA; MARILÂNDIA DAS GRAÇAS FIGUEIREDO

INTRODUÇÃO

A integração entre ações de apoio psicológico, suporte social e intervenções ergonômicas tem demonstrado efetividade na redução de afastamentos temporários (até 15 dias) por CID F, M. A abordagem multiprofissional combinou estratégias estruturais, psicossociais e educativas para promover saúde mental, prevenir riscos ergonômicos e enfrentar vulnerabilidades sociais. Os objetivos incluíram reduzir reincidências, qualificar acolhimento e gestão de riscos, sensibilizar lideranças e integrar suporte social à saúde ocupacional.

METODOLOGIA

A estrutura metodológica compreende os trabalhos desenvolvidos pela equipe multidisciplinar da Saúde Ocupacional. O serviço da psicologia compreende a coleta e análise de dados, interface direta com os gestores na preparação das atividades em grupo, pesquisa das necessidades de cada setor, através de Rodas de Conversas; DDPi - Dialogo Direto com a Psicologia; Campanhas e Informativos mensais sobre saúde mental e segurança Biopsicossocial; Palestras; análise do perfil epidemiológico seccional e avaliação de situações de risco, apoio e acolhimento psicológico individual - presencial e online. O Serviço Social atua por meio de trabalho em rede, escuta ativa e suporte em situações de vulnerabilidade, enfrentando os determinantes sociais. A ergonomia realiza visitas técnicas nas áreas com abertura de planos de ações no sistema de gestão institucional, acompanhamento de análise de acidentes, treinamentos diversos, campanhas mensais, suporte a aquisição de mobiliários e ferramentas e avaliações ergonômicas. São realizados planejamento, monitoramento, controle das ações, metas e indicadores.

Foto roda de conversa realizado com os Técnicos de Enfermagem do setor de Hemodiálise do Hospital Márcio Cunha.

Informativos pílulas de saúde mental, calendário motivacional, campanhas de saúde mental (psicoeducativas).

ANALISE ERGONOMICA

RESULTADOS

A atuação da equipe multidisciplinar foi eficaz para a redução da reincidência de afastamentos por CID F em 69% e CID M em 50,5% comparando o primeiro semestre de 2024 com mesmo período de 2025. A integração entre ações estruturais, psicossociais e educativas permitiu a mitigação de riscos ergonômicos e psicossociais e promoveu uma cultura organizacional mais sensível à saúde mental, ao bem-estar e às vulnerabilidades sociais. Os resultados alcançados reforçam o valor das estratégias proativas, centradas nas pessoas, apoiadas por ferramentas de gestão. Essa experiência reafirma que a promoção da saúde integral é promotora da prevenção, valorização dos trabalhadores e excelência institucional.

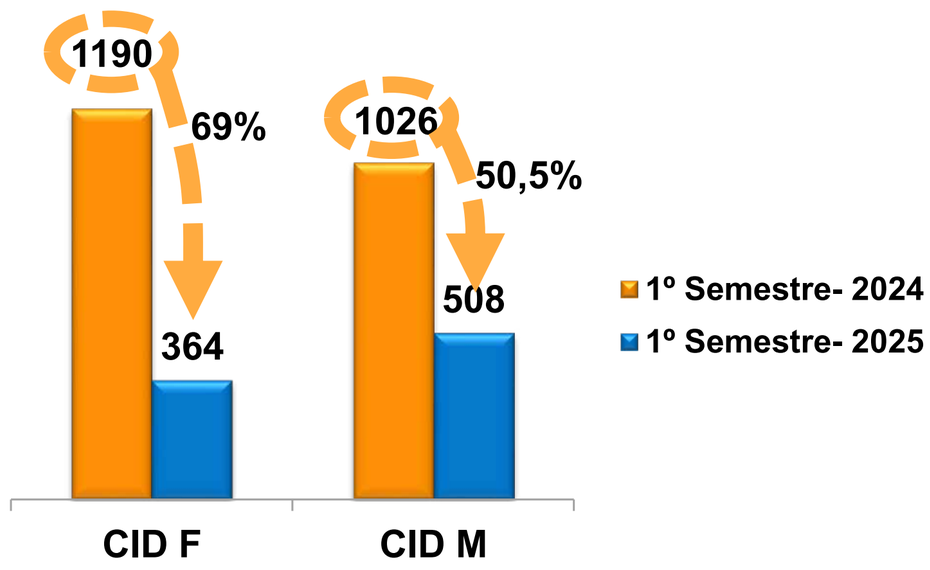


Gráfico: Total de Recorrências CID F e M do HMC
1º Semestre de 2024 x 1º Semestre de 2025

CONCLUSÕES

A integração entre psicologia, serviço social e ergonomia mostrou-se eficaz na promoção da saúde integral, reduzindo afastamentos e fortalecendo práticas preventivas. A atuação multiprofissional ampliou a efetividade das ações, favorecendo o engajamento dos colaboradores e a melhoria do clima organizacional. O modelo demonstrou ser replicável e sustentável, contribuindo para ambientes de trabalho mais saudáveis e alinhados às demandas atuais da saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

Protocolos internos FSFX – Saúde Ocupacional
BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 17 – Ergonomia. Aprovada pela Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-17. Acesso em: 15 set. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10. rev. São Paulo: Edusp, 2008.

RHECONSTRUIR:
RECURSOS DE FORMA MAIS HUMANA

Maikon Mendes Miranda, Letícia Quaresma, Josiane Aparecida Moreira Areal, Raony Nunes Carvalho.

INTRODUÇÃO

O projeto "RHeconstruir" foi criado com o objetivo de tornar o setor de Recursos Humanos mais ágil, digital e humanizado. A proposta surgiu diante da necessidade de reduzir processos manuais, melhorar a comunicação interna e otimizar a gestão de pessoas, promovendo um ambiente institucional mais eficiente, acolhedor e alinhado com os princípios da transformação digital.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido com abordagem qualitativa e de melhoria contínua. Iniciou-se com diagnóstico setorial e escuta ativa de colaboradores, gestores e administração, identificando os principais entraves nos processos. Em seguida, foram testadas ferramentas digitais, como ponto eletrônico via aplicativo e contracheque online. Após os testes, um sistema completo foi implantado, integrando funcionalidades como cadastro de currículos, comunicação direta com o RH via whatsapp e mapeamento comportamental DISC. A implantação ocorreu de forma escalonada, com suporte técnico e treinamentos. Indicadores como adesão, satisfação e economia de papel foram acompanhados para medir os impactos. As ações foram avaliadas com feedbacks contínuos e pesquisas internas, promovendo ajustes em tempo real para garantir efetividade e aceitação por toda a equipe.

Benefícios com a implementação do sistema Sólides na SCMG

Perfis comportamentais da Pesquisa Comportamental realizada junto a empresa parceira Sólides.

Implementação de um banco de vagas online com perfil comportamental, reduzindo uso de papel e melhorando o processo de seleção dos candidatos.

RESULTADOS

O projeto alcançou resultados expressivos: 71,99% de adesão ao contracheque online (gráfico 1), 91,91% de participação no perfil comportamental (gráfico 2), 71,04% de uso do ponto eletrônico (gráfico 3) e 91,6% de satisfação dos colaboradores com o RH (gráfico 4). Houve redução de 57,14% no uso de papel (gráfico 5) e queda de 41,53% nos desligamentos (gráfico 6). O banco de talentos recebeu 153 cadastros e a participação em treinamentos aumentou em 89,49% (gráfico 7). O RH tornou-se mais próximo, acessível e moderno, promovendo uma gestão mais eficiente e humanizada na instituição.

Gráfico 1.

Gráfico 2.

Gráfico 3.

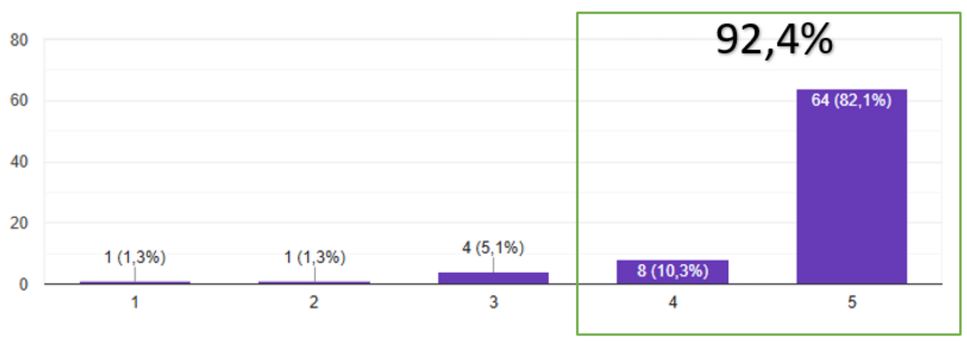


Gráfico 4. Índice de satisfação dos colaboradores da SCMG com o setor de RH, pesquisa feita por Google Formes com avaliação de 1 a 5 estrelas.

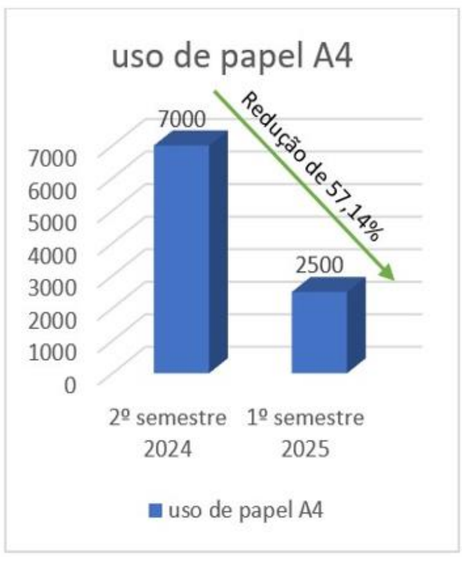


Gráfico 5.

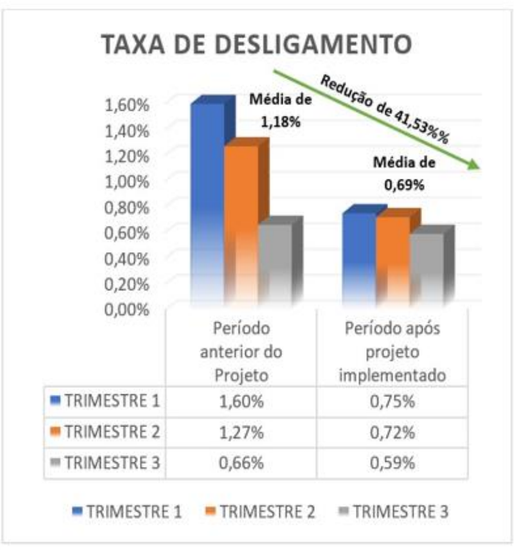


Gráfico 6.

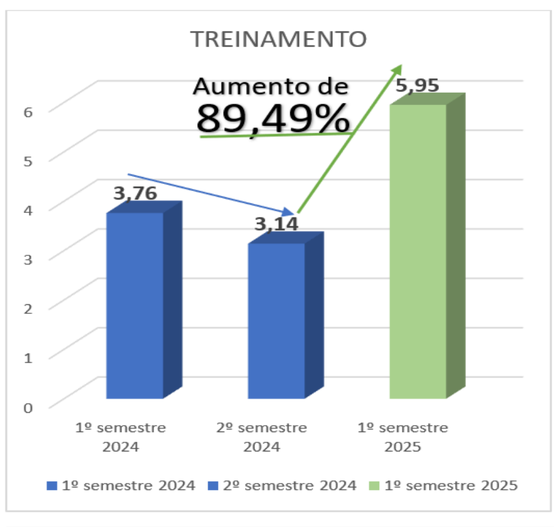


Gráfico 7. Índice de participação em treinamentos

CONCLUSÕES

O projeto RHECONSTRUIR comprovou que a combinação de tecnologia e escuta ativa pode transformar a gestão de pessoas. Com alta adesão às novas ferramentas, redução significativa de papel e maior satisfação dos colaboradores, o RH tornou-se mais ágil, próximo e humano, fortalecendo a cultura organizacional e elevando a eficiência da instituição.

REFERÊNCIAS

IANHEZ, Rosa Maria; PAIOLI, Luis Aparecido. The technological transformations and their impact on the recruitment and selection processes of people. Revista Interface Tecnológica, Taquaritinga, SP, v. 21, n. 1, p. 471-482, 2025. DOI: 10.31510/infa.v21i1.1966.

Saúde Mental dos Profissionais de Saúde: Levantamento das Práticas Institucionais e Desafios no Apoio Psicológico

Autor: *Viviane Franco*
Coautores: *Fernanda Hernandes, Adriana Freitas e Natalia Vilela*

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais de saúde tem se tornado uma preocupação crescente em todo o mundo. Os profissionais dessa área, devido à natureza de seu trabalho, enfrentam jornadas longas, sobrecargas, situações de alta pressão e um contato constante com o sofrimento humano. Esses fatores podem resultar em sérios problemas de saúde mental, afetando tanto a qualidade de vida desses trabalhadores quanto a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Estudos indicam que, embora os profissionais de saúde estejam mais expostos ao risco de transtornos psicológicos, muitas instituições ainda carecem de programas estruturados para monitoramento e apoio à saúde mental dos seus colaboradores.

A presente pesquisa tem o objetivo de mapear as políticas e práticas voltadas à saúde mental dos profissionais de saúde nas instituições hospitalares brasileiras, com foco nas ações de prevenção, monitoramento e reintegração após afastamento por questões psicológicas. A partir de um levantamento detalhado, pretende-se identificar as principais lacunas e desafios no apoio à saúde mental dos profissionais de saúde, bem como a eficácia das políticas já implementadas.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo e observacional com abordagem quantitativa realizado com o objetivo de mapear as práticas institucionais relacionadas à saúde mental dos profissionais de saúde em hospitais. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário eletrônico Google Forms, que continha 9 questões objetivas. A identificação da instituição foi opcional e todas as respostas foram tratadas com confidencialidade, seguindo os padrões éticos para pesquisas em saúde.

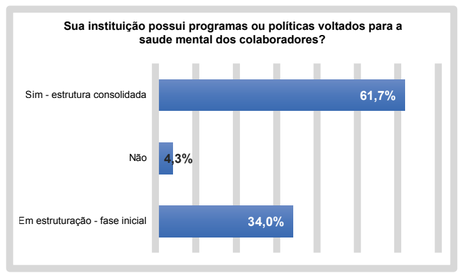
Abaixo estão as questões de saúde mental que foram avaliadas, foi encaminhado um formulário para cada hospital:

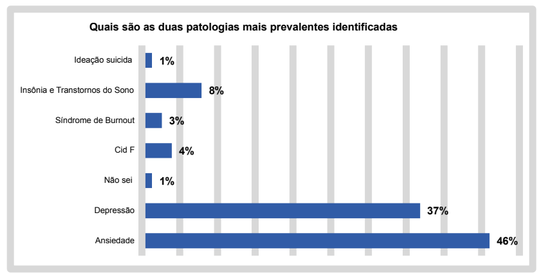
- **Pesquisa sobre o perfil de saúde mental dos colaboradores.**
- **Programas ou políticas voltadas para a saúde mental.**
- **Formas de monitoramento da saúde mental.**
- **Condições mais prevalentes.**
- **Programas de prevenção do esgotamento ou burnout.**
- **Processo de reintegração de um colaborador após afastamento por questões de saúde mental.**
- **Ações de conscientização ou capacitação sobre saúde mental para gestores.**
- **A saúde mental dos colaboradores como prioridade estratégica.**
- **Desafios enfrentados pelas instituições na promoção da saúde mental dos profissionais.**

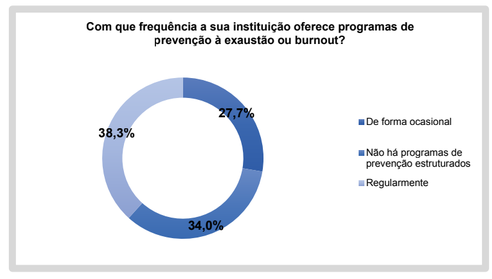
RESULTADOS

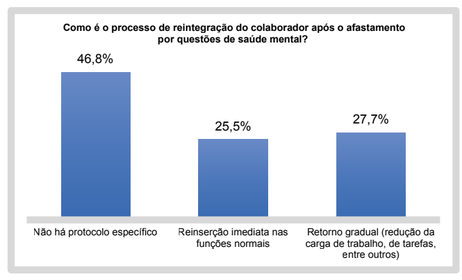
Foram avaliados **42** hospitais que participaram de forma voluntária da pesquisa sobre o cenário de saúde mental dos profissionais de saúde, observando os seguintes resultados:

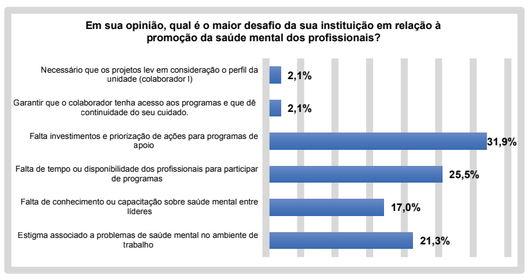
- **64,3%** das instituições consideram a saúde mental uma prioridade, mas apenas **61,9%** possuem programas de prevenção e acompanhamento estruturados.
- Monitoramento do perfil de saúde dos profissionais ocorre principalmente por análise de atestados e afastamentos **(39%)**, avaliações periódicas **(23,4%)** e autoavaliação **(20,8%)**, tendo como resultados: Transtornos mais comuns - **ansiedade (44,3%)**, **depressão (35,4%)**, **insônia (7,6%)** e **Burnout (3,8%)**.
- Apenas **31%** das instituições promovem ações de prevenção ao Burnout; **69%** não possuem programas estruturados ou realizam apenas ações de forma ocasional.
- **52,4%** dos hospitais não contam com protocolos para reintegração de profissionais afastados, eles retomam as atividades sem um acompanhamento.
- Capacitação de gestores sobre saúde mental é realizada em **64,3%** das instituições.
- **64,3%** entendem que a saúde mental dos profissionais é uma prioridade.
- Principais desafios elencados em relação aos programas voltados a saúde mental: **falta de investimento (30,9%), indisponibilidade de tempo (28,6%) e estigma sobre saúde mental (21,4%)**.











CONCLUSÃO

Os dados revelam que, apesar do reconhecimento crescente da importância da saúde mental, as iniciativas ainda são insuficientes. Embora a maioria das instituições considere o tema uma prioridade, grande parte ainda carece de programas estruturados e ações consistentes para prevenção, monitoramento e reintegração.

A ausência de protocolos formais para a reintegração de profissionais afastados, a falta de um acompanhamento efetivo e a falta de ações de combate ao Burnout demonstram uma lacuna crítica. Além disso, a predominância de transtornos como ansiedade e depressão destaca a necessidade de ações mais estratégicas e contínuas.

Superar desafios como o estigma e a escassez de recursos exige a adoção de políticas robustas e de uma cultura organizacional que priorize o bem-estar dos profissionais de saúde. Somente com uma abordagem estruturada e integrada será possível garantir um cuidado mais humanizado e sustentável.

SOB PRESSÃO: AFASTAMENTOS POR TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE EM UNIDADE PÚBLICA DE URGÊNCIA

Drª Izabela de Oliveira, Carolina Teykal Zattar

INTRODUÇÃO

Ambientes hospitalares de urgência são marcados por alta demanda assistencial, exposição constante a situações de risco e elevado grau de vulnerabilidade social. Nesses cenários, a saúde mental dos profissionais é frequentemente comprometida, resultando em aumento dos afastamentos laborais por transtornos mentais. Este estudo analisou os afastamentos por motivos de saúde mental registrados no Hospital Municipal Albert Schweitzer, localizado na Zona Oeste do Rio de Janeiro, ao longo de 2024, com o objetivo de traçar o perfil dos trabalhadores afastados e subsidiar ações institucionais de prevenção e cuidado.

METODOLOGIA

Foram analisados dados administrativos referentes a afastamentos por transtornos mentais entre janeiro e dezembro de 2024. As informações incluíram: número de profissionais afastados, gênero, função, quantidade de atestados apresentados, dias perdidos e existência de vínculos com o INSS. Os dados foram agrupados por categorias funcionais e analisados com base na frequência, duração dos afastamentos e sua distribuição por gênero e cargo.

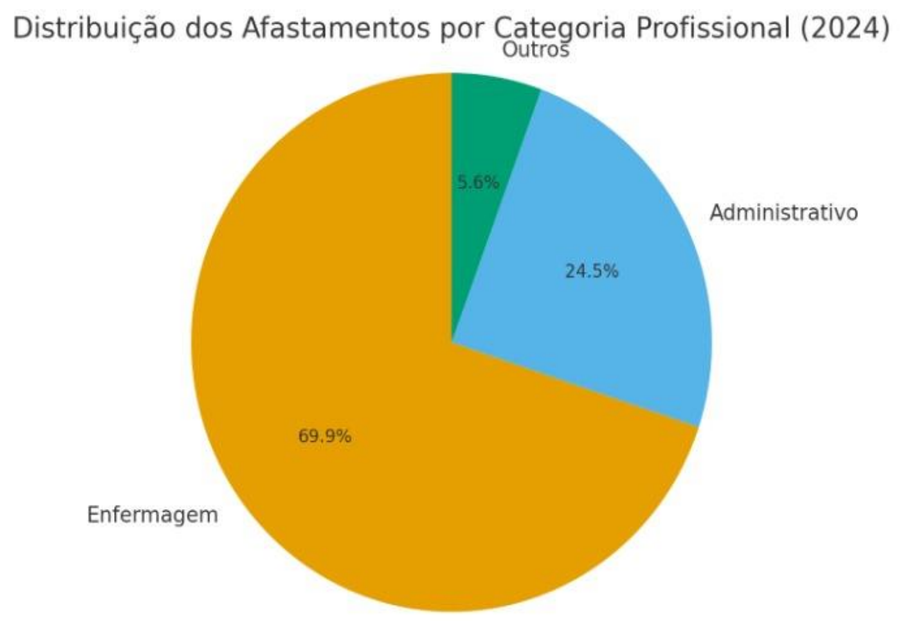


Gráfico mostra a distribuição dos afastamentos por categoria profissional (enfermagem, administrativo e outras funções).

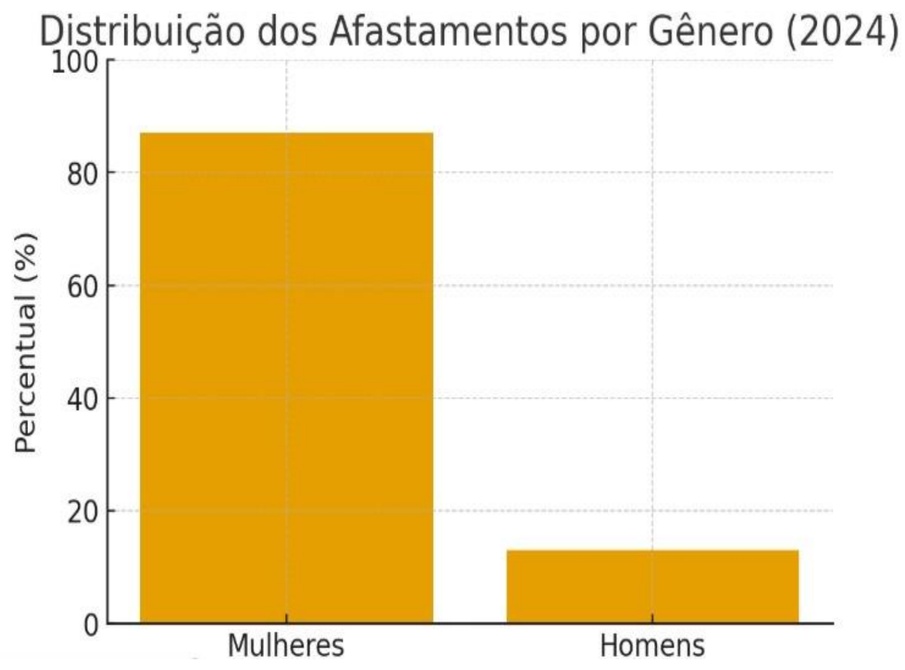
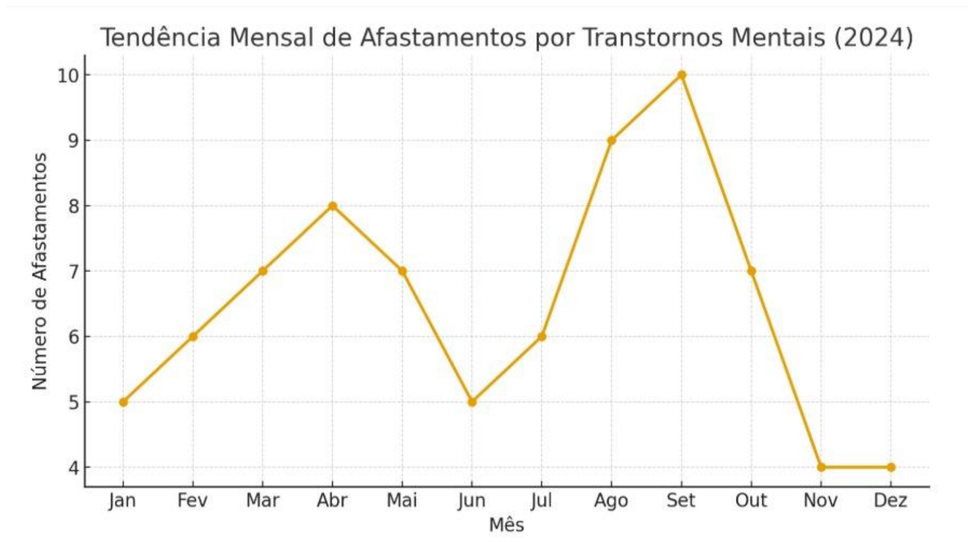


Gráfico de Barras – apresenta a proporção dos afastamentos por gênero, destacando a predominância de mulheres.

RESULTADOS

Em 2024, foram registrados 117 afastamentos por transtornos mentais, totalizando 1471 dias perdidos. O afastamento atingiu majoritariamente mulheres (87%), que também concentraram 95% dos dias perdidos. A categoria com maior incidência foi a enfermagem (69,9%), seguida pelos trabalhadores administrativos (24,5%). Os casos de afastamento com vínculo ao INSS somaram 21, dos quais 7 ainda estavam vigentes ao final do período. Esses dados revelam um impacto relevante na força de trabalho assistencial, principalmente entre técnicos e enfermeiros. A elevada proporção de mulheres afastadas sugere sobrecarga emocional e possivelmente acúmulo de jornadas não remuneradas fora do ambiente hospitalar.



O gráfico de tendência – evidencia os meses com maior ocorrência de afastamento e facilita a identificação de períodos críticos.

Treinamento das Equipes, novembro de 2024 – Tema: Inteligência Emocional X Estresse Ocupacional. Ministrado pela Drª Izabela de Oliveira.

CONCLUSÕES

Os dados levantados apontam para a necessidade de estratégias institucionais específicas como programas de apoio psicológico, ações de promoção da saúde mental, capacitação das lideranças para reconhecimento precoce de sinais de adoecimento e políticas que favoreçam o equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Investir na saúde mental da equipe não apenas reduz o absenteísmo e os custos associados, mas também contribui para a qualidade e segurança da assistência prestada à população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS, 2023.- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças – CID-11. Genebra: OMS, 2022.
- NBR ISO 45003:2021 – Gestão da Saúde e Segurança Ocupacional – Saúde Psicológica e Segurança no Trabalho.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-17 – Ergonomia. Inclui diretrizes para prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho.
- Fonte de dados: Sistema TOTVS RM Labore

Utilização de metodologia ativa no Treinamento e Desenvolvimento do Hospital

Simone Cordeiros dos Santos, Thayna Costa, Tatiana Lima Romão, Clodoaldo Jardim Vieira.

INTRODUÇÃO

A construção de uma cultura de aprendizagem frente aos desafios complexos da área da saúde representa um grande desafio institucional. No segundo trimestre de 2025, o hospital reformulou seu setor de Educação Continuada, anteriormente voltado apenas à enfermagem, instituindo o setor de Treinamento e Desenvolvimento Institucional para abranger toda a equipe multiprofissional. **Objetivo:** Adoção de metodologias diversificadas e ambiente participativo visa aumentar a adesão aos treinamentos, aprimorar conhecimentos e elevar o desempenho da equipe hospitalar.

METODOLOGIA

No Hospital os treinamentos historicamente eram realizados apenas para equipe de enfermagem, realizados em sala de aula e baseados em demandas fixas. Com a reformulação do setor para Treinamento e Desenvolvimento Institucional, adotamos uma abordagem mais ampla e dinâmica, com ações mensais que envolveram: 1) aulas online, realizadas fora do horário comercial e gravadas, permitindo acesso aos plantões alternados; 2) aulas práticas para aplicação do conteúdo; 3) aulas teóricas, com enfoque em temas técnicos e atualizações; 4) utilização de métodos ativos, como jogos interativos, em locais de grande circulação de funcionários; 5) Convites a profissionais especializados para ministrar e 6) abordagem in loco para reforçar o aprendizado prático e teórico. Os temas abordados nos treinamentos são definidos com base em um levantamento das necessidades de todos os setores, alinhados com metas de segurança do paciente, a implantação de novos protocolos e a mitigação dos principais eventos adversos ocorridos.

Imagem do formato de divulgação dos treinamentos.

Foto de 02 treinamentos Práticos Realizados no Hospital

RESULTADOS

Por meio da implementação de um mix de abordagens, foi possível atingir diversos públicos, incluindo médicos, enfermeiros, profissionais de laboratório, imagem, recepção, apoio, nutricionistas, copeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, áreas previamente não contempladas. Iniciando em abril com 714 participantes, o número aumentou para 850 em maio e 657 em junho, resultando em uma média de 740 participantes por treinamento, alcançando um índice de adesão inédito no hospital.

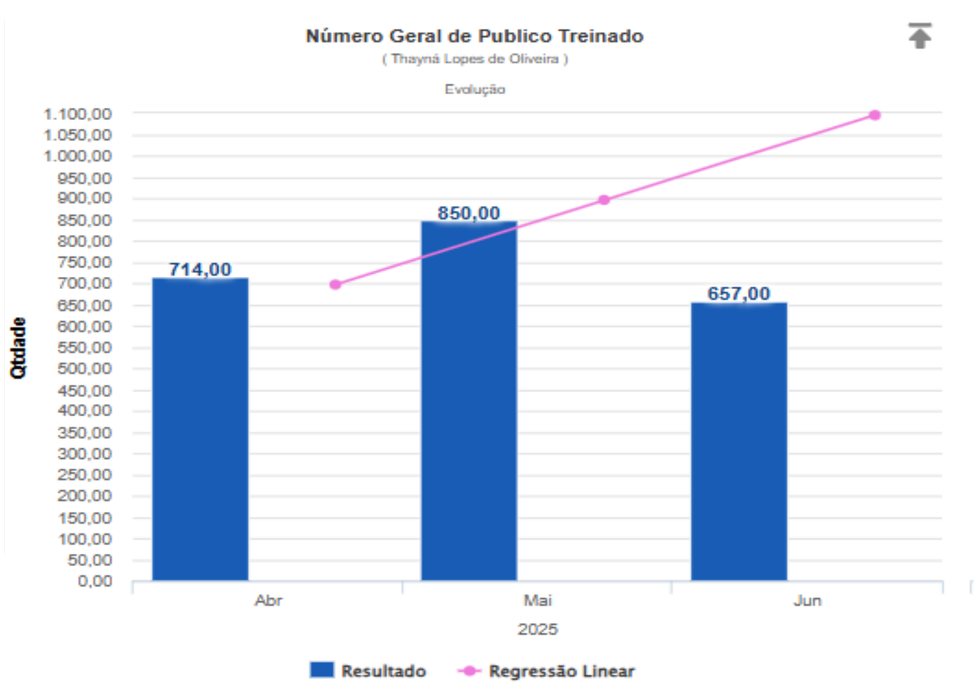


Gráfico demonstrando o Público Treinado no mês

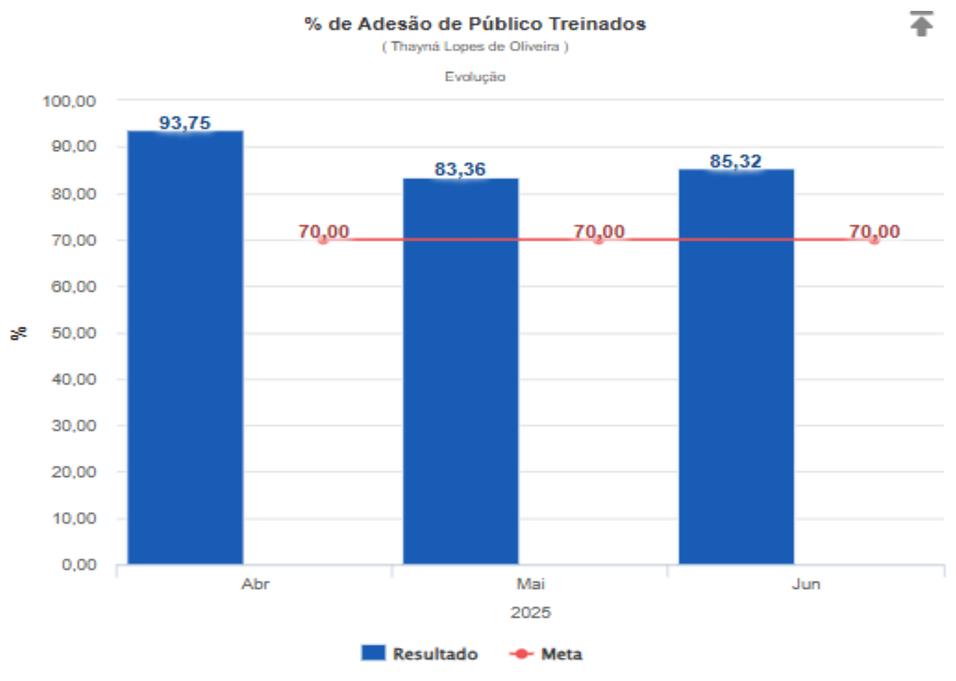


Gráfico demonstrando a adesão aos treinamentos

CONCLUSÕES

A implementação da nova metodologia foi fundamental para uma aprendizagem mais eficaz no hospital. Estimulou o protagonismo dos colaboradores, aumentou o engajamento e a responsabilização, e favoreceu a melhor absorção de conteúdo e o desempenho coletivo.

REFERÊNCIAS

Sade PM, Peres AM, Bursamarelo T, Mercês NN, Wolff LD, Lowen IM. Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino. Cogitare Enferm. 2019;24:e57130.
CARVALHO, Amanda Cordeiro de Oliveira et al. O planejar docente: relato sobre uso de métodos ativos no ensino de enfermagem. Rev. enferm. UFPE on line,p. 1332- 1338, 2016.

CONAHP

Congresso Nacional
de Hospitais Privados

2025

SESSÃO PÔSTER

Curadoria:

FGV EAESP
CENTRO DE ESTUDOS
EM PLANEJAMENTO
E GESTÃO DE SAÚDE

Patrocínio:

ABIMO
APOIO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO