

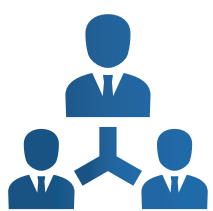
4° CONAHP

Congresso Nacional de Hospitais Privados

SESSÃO PÔSTER



COMPLIANCE NAS INSTITUIÇÕES



**GOVERNANÇA CORPORATIVA
NOS HOSPITAIS PRIVADOS**



SUSTENTABILIDADE



Selecione a sessão desejada.



COMPLIANCE NAS INSTITUIÇÕES



O CÓDIGO DE CONDUTA COMO INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO DENTRO DA INSTITUIÇÃO

Adriana Zandim Coelho Rocha
Elisângela Pedro Rodrigues de Oliveira
Ivanete Barros Silva Meckler

INTRODUÇÃO: A base do desenvolvimento do Hospital Márcio Cunha (HMC) é a conduta ética na promoção da saúde. Esse compromisso, explicitado na estratégia da organização foi documentado em 2012 com a implementação do Código de Conduta, um importante instrumento para orientar e consolidar as ações e decisões dos colaboradores. A criação do Código tem por justificativa acrescentar valor, apoiar o crescimento e a constante busca pela sustentabilidade e excelência dos negócios.



FSFX Fundação São Francisco Xavier

TERMO DE RECEBIMENTO E ADESÃO AO CÓDIGO DE CONDUTA

Declaro, para os devidos fins, haver recebido, lido, compreendido e aceitado todas as normas constantes do Código de Conduta da FSFX. Comprometo-me a praticar as normas constantes do Código de Conduta da FSFX em sua integralidade.

Por ser verdade, firmo o presente.

Local de trabalho: _____
Nome do empregado: _____
CPF: _____

_____, de _____ de _____

Assinatura

OBJETIVO: Apresentar a implantação e acompanhamento do instrumento regulador do comportamento dos profissionais, conforme normas e valores estabelecidos no HMC.

MÉTODOS: Através da descrição dos princípios norteadores do relacionamento da instituição com os principais públicos, buscou-se o alinhamento dos valores entre as partes para perenização e fortalecimento da cultura. Inicialmente todos os colaboradores foram capacitados e receberam o código impresso, registrando a adesão através da assinatura de um Termo de Compromisso.

Essa prática se mantém através da inserção no Programa de Integração de Novos Colaboradores e no momento de contratação de novos fornecedores. O documento possui uma linguagem dinâmica, acessível a todos os níveis de público interno e externo, disponibilizado nos meios de comunicação da instituição.

RESULTADOS: O código de conduta influenciou o padrão de atendimento, comportamento dos colaboradores, o tratamento da segurança das informações, transações com partes relacionadas, relacionamento com a comunidade, além de estabelecer as medidas disciplinares aplicáveis às violações do mesmo. A iniciativa resultou em ações estratégicas, tais como o desenvolvimento dos colaboradores através de treinamentos e palestras, maior engajamento das equipes e posicionamento dos líderes; e a abertura de canais de comunicação para envio de sugestões de melhorias, dúvidas e indicações de situações que impliquem o descumprimento dos preceitos descritos no código. Em paralelo a esta metodologia, implantou-se o Comitê do Código de Conduta, composto por representantes de áreas multidisciplinares da instituição que tem como atribuição realizar as atualizações pertinentes e avaliar situações de violação de conduta.

CONCLUSÃO: Considera-se que o Código de Conduta é de extrema importância para que no desenvolvimento das atividades seja priorizada a honestidade, integridade e respeito às pessoas.



IMPACTO DA REVISÃO DE FLUXOS NA SEGURANÇA E SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DO PRONTO SOCORRO

Abner M. de Araujo Jr, Mileide I. A. Xavier, Renata P. Guerra.

INTRODUÇÃO: O PS do HMC teve aumento crescente de demanda. Apesar da ampliação da área física, dos investimentos em equipamentos e capacitação da equipe, a satisfação dos clientes e os tempos de atendimentos não tiveram a melhora esperada.

OBJETIVOS: Melhorar os fluxos do PS, com foco na segurança assistencial, satisfação do cliente e efetividade.

MÉTODO: A alta direção buscou um consultor nos USA do IHI (Institute Healthcare Improvement), que junto à equipe do HMC, elaborou o projeto baseado em metodologia LEAN. Visando colocar o paciente no centro do cuidado e acesso rápido ao médico. As principais ações implementadas foram: Redefinição das áreas de atendimento, conforme a classificação de risco (Protocolo de Manchester), evitando deslocamentos dos pacientes e levando a equipe até a beira – leito; reavaliação das escalas (médica e enfermagem) de acordo com número de atendimentos, tempo de permanência e complexidade do paciente; capacitação da equipe e criação do Enfermeiro Líder; eliminação de pacientes internados no PS; revisão dos pactos com áreas de SADT e de apoio; revisão dos protocolos assistenciais; agilização da marcação do atendimento; disponibilização de equipe para acolhimento; e monitoramento constante dos processos pelo gerente médico.

RESULTADOS: A mudança foi iniciada em 01/06/15. No primeiro semestre de 2015, os tempos de atendimento eram: da marcação até classificação 9', da classificação até atendimento médico de 12,5' para paciente Laranja, 31' para Amarelo e 59,5' para Verde. A Satisfação do Cliente externo era de 72,3% e do interno de 72%. No mesmo período de 2016, os tempos foram: da marcação até classificação de 4,8', da classificação até atendimento médico de 6,5' para paciente Laranja, 12,8' para Amarelos e 25,5' para Verdes. A satisfação do cliente externo passou para 92,88% e do interno para 89%.

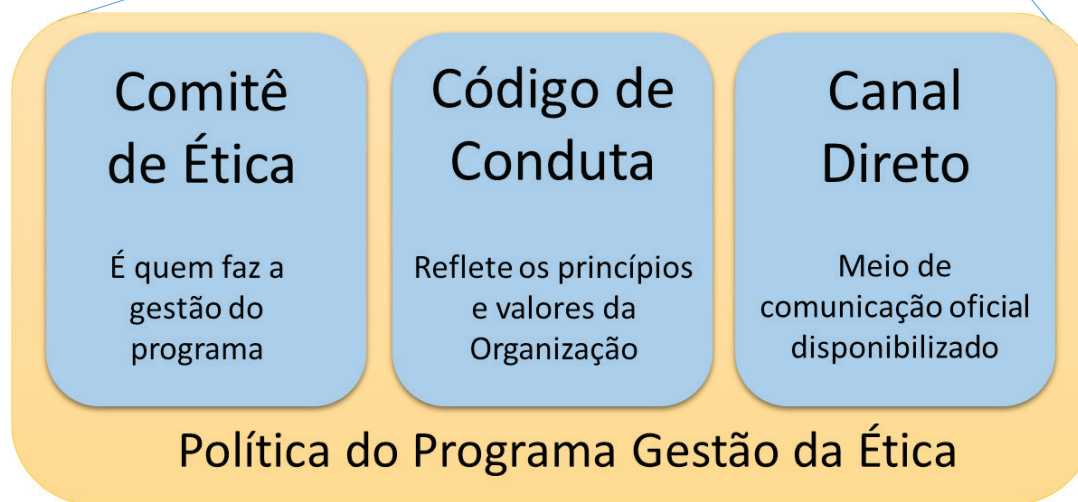
CONCLUSÃO: A metodologia implantada permitiu que os pacientes, independente da classificação de risco, fossem atendidos em menor tempo, com segurança e de maneira humanizada. Houve também aumento acentuado na satisfação dos pacientes e clientes internos, conforme apontado nas respectivas pesquisas.



PROGRAMA GESTÃO DA ÉTICA



Como parte da estrutura de *Compliance*, o Grupo Marista possui o Programa Gestão da Ética, o qual permeia todas as suas unidades, incluindo o Hospital Marcelino Champagnat.



Para disseminar essa cultura, são realizadas campanhas institucionais e workshops de conscientização, com exemplos práticos do dia a dia, envolvendo todos os colaboradores.

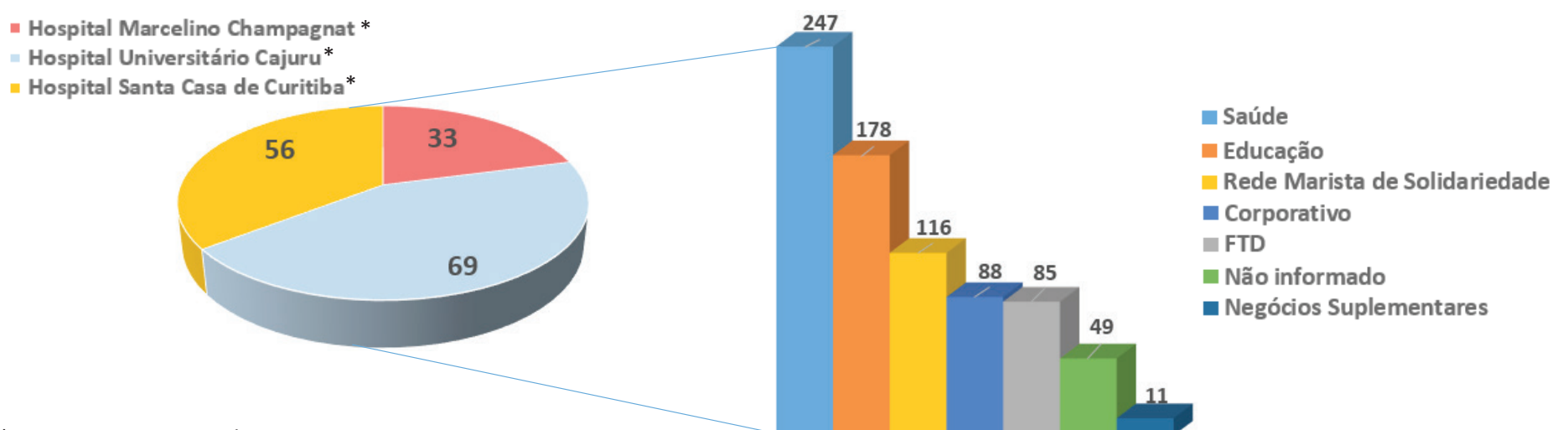


O Código de Conduta está em uma plataforma digital, acessível através de *smartphones*, *tablets* e computadores. Além de sanar suas dúvidas, todas as pessoas podem enviar relatos através do Canal Direto. No qual recebemos **774** relatos em 2016 (até 31/10).



O programa busca o comprometimento dos colaboradores, direcionando as ações conforme os princípios, valores e políticas institucionais. Aponta caminhos para a convivência harmoniosa, ética, transparente e motivadora das transformações que buscamos nos ambientes de trabalho e na sociedade.

Como parte do processo de credenciamento dos médicos no Hospital Marcelino Champagnat, também são avaliados os aspectos de conduta desse profissional. Mesmo após o credenciamento, caso houver alguma atitude contrária ao Código de Conduta, o médico pode ser descredenciado.



* Hospitais com mais relatos no Grupo Marista



Estrutura de compliance da Rede Mater Dei de Saúde

Ferreira, J. B.¹; Silva, H.M.S.²
Coordenadora de Auditoria Interna e Compliance¹,
Presidente da Rede Mater Dei de Saúde²

Introdução

A prevenção de não conformidades tem sido incorporada na construção da cultura ética no Brasil, além do foco em fraudes, penalidades e identificação dos envolvidos. O objetivo deste trabalho é avaliar o status da estrutura de compliance (EC) da Rede Mater Dei de Saúde (MD).

Metodologia

Comparou-se a EC da MD com a EC da Clínica Cleveland (referência em EC), baseada em: 1- Área de compliance independente; 2- Padrões, políticas e procedimentos; 3- Linha de comunicação aberta; 4- Treinamento/educação; 5- Auditoria/ monitoramento; 6- Respostas às deficiências detectadas; 7- Padrões disciplinares. Usamos 4 dimensões, agrupando 1+5; 2+7; 3+6. Realizamos entrevistas avaliando a percepção da EC por gestores.

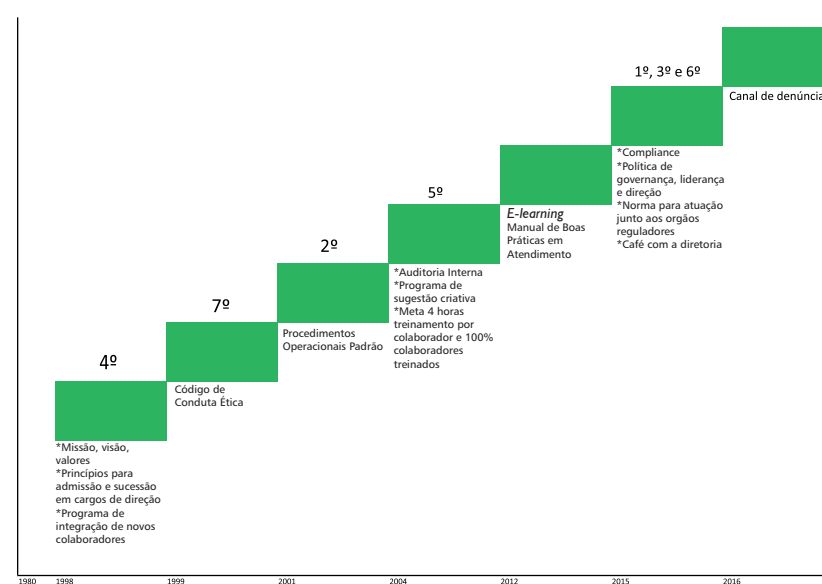
Resultado

A EC na MD atendeu aos critérios acima, estando implantados em 36 anos de existência: 1+5- Auditoria Interna (2004); Compliance (2015). 2+7- Código de conduta ética (1999) com comportamentos esperados dos *stakeholders* e processo disciplinar adotado; Procedimentos Operacionais Padrão (2001); Política de Governança, Liderança e Direção (2015); Missão, Visão, Valores e os Princípios para admissão e sucessão em cargos de alta direção (1998); Norma de atuação junto aos órgãos reguladores (2015). 3+6- Meios para sugestões, reclamações e denúncias: Programa Sugestão Criativa (2004), Café com a Diretoria (2015) e Canal de Denúncias (2016).

4- Meta 4 horas/treinamento/colaborador e 100% dos colaboradores treinados (2004), Programa de Integração para novatos (1997), treinamento *e-learning* (2012) no Código de Conduta Ética e Manual de Boas Práticas em Atendimento (2012), aproveitamento mínimo exigido de 80%. Os documentos são centralizados e acessíveis a todos. A entrevista demonstrou o reconhecimento de normas/regras/direcionamento com clareza no ambiente de trabalho, como elementos que minimizam os fatores subjetivos de relacionamentos. Foi percebido como novidade o Canal de Denúncias e como melhoria a ampliação dos treinamentos sobre ética.

Conclusão

Verificou-se, através das ações e comportamentos dos colaboradores, a eficácia da cultura ética compartilhada na organização. Ressalta-se que este processo teve início em 1980 com seu fundador José Salvador Silva na adequada aplicação *tone at the top* e vem sendo mantida por meio da política de sucessão como principal fator de sucesso.



7 elementos do Programa Eficaz de Compliance - Clínica Cleveland

- | | | | |
|----|------------------------------------|----|--------------------------------------|
| 1º | Área de compliance independente | 4º | Treinamento e Comunicação |
| 2º | Padrões, políticas e procedimentos | 5º | Auditoria e monitoramento |
| 3º | Linha de comunicação aberta | 6º | Respostas as deficiências detectadas |
| | | 7º | Padrões disciplinares |



INSERÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAL DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Autores: Bárbara A. Lespinasse Sampaio gerente de RH Hospital São Lucas de Ribeirão Preto – HSL RP; Elpidio José Mieldazis – diretor operacional HSL RP; Gilberto Tadeu Shinyashiki – professor doutor FEARP- USP; Marcos Daniel Marques – gerente de suprimentos HSL RP

Introdução: As Comissões de Ética Médica e de Enfermagem existem nos Hospitais por exigências legais dos Conselhos Profissionais. Têm como objetivo zelar pelos deveres e direitos inerentes ao exercício profissional, restritas, portanto, ao âmbito deontológico (legislação presente no código profissional). Para a tomada de decisão assistencial em relação ao paciente, ainda há a comissão de Bioética, interdisciplinar, composta por profissionais da área da saúde e jurídica. Não lhes compete a análise de questões relativas à esfera administrativa, como assédio moral, fraude, suborno e corrupção.

Objetivo: diante da constatação de carência de estrutura para tratar de assuntos éticos não-assistenciais, a instituição implantou a Comissão de Ética Organizacional - CEO, que tem como objetivos exercer funções consultiva, orientativa, educativa e deliberativa, no relacionamento entre *stakeholders* (colaboradores, clientes internos e externos, terceiros e fornecedores), em assuntos organizacionais que extrapolem a seara paciente-assistencial.

Método: o presidente designou os participantes da CEO para atuarem em instância autônoma tornando-se responsáveis por avaliar o histórico e os riscos institucionais relacionados à ética e então elaborar regimento da comissão, cronograma de reuniões e plano de ações.

Resultados: Foram elaboradas políticas (anticorrupção e integralidade), procedimentos de sindicância, avaliação de riscos, realizada campanha de comunicação para difusão da CEO e criados canais sigilosos para apontamento das situações de conflito, transgressões ou irregularidades. Além disso, pactuou a instituição no programa “Empresa Limpa” do Instituto ETHOS e pleiteia o selo “Pró-ética”, concedido pela Controladoria Geral da União. Há uma sinalização inequívoca às pessoas da organização que o tema é relevante, entretanto ainda não houve uma situação concreta que colocou à prova o funcionamento da CEO, pois não aconteceu denúncia até o momento.

Conclusão: a criação da estrutura não foi testada ainda, pois não houve denúncia. Entretanto, a sinalização da preocupação e da capacidade de resposta rápida a eventual situação, com certeza contribui para a preservação da imagem da instituição.

QUADRO DE ÉTICA



LEGENDA

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

COREN/SP - Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

Termos e definições:

Ética: Conjunto de regras e preceitos de ordem valorativa e moral de um indivíduo, de um grupo social ou de uma sociedade.

Dilema: Situação difícil, na qual é preciso escolher entre duas alternativas contraditórias, antagônicas ou insatisfatórias.

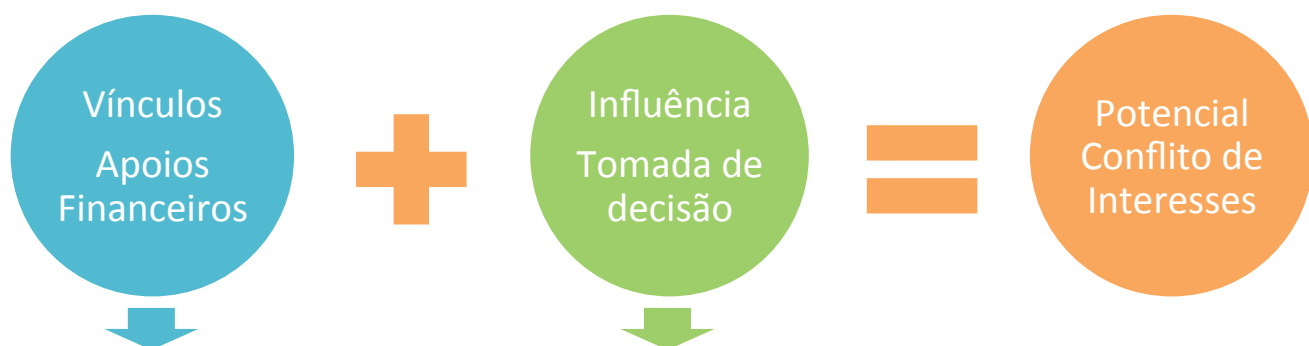
Transgredir: Desrespeitar uma ordem, uma lei, um procedimento, etc.; infringir; transgredir uma norma social.

Conflito: Falta de entendimento entre duas ou mais partes.



Declaração de Potenciais Conflitos de Interesses

O progresso da medicina e o avanço de tecnologias aplicadas à saúde acontecem por meio de soluções cada vez mais criativas. Para viabilizar a aplicabilidade prática dessas soluções, cria-se uma rede de interações entre as diferentes partes do setor, em que papéis e interesses podem se sobrepor ou conflitarem entre si. Nestas situações surge o risco de que se estabeleçam modelos de incentivos e financiamentos que podem distorcer o propósito real e justo de se oferecer a melhor resolutividade e experiência ao paciente.



- Vínculos com a indústria
- Apoios financeiros recebidos da indústria
- Pesquisas patrocinadas pela indústria
- Vínculos com empresas privadas de saúde
- Vínculos com o Setor Público

A Declaração é aplicada a profissionais com cargo de liderança, com poder de influência em decisões relativas à prática médica e que sejam referência técnica em sua área de atuação (profissionais administrativos e da prática médico assistencial).

Situações em que podem ocorrer Potenciais Conflitos de Interesses: quando há vínculo ou relacionamento com organizações externas; na sobreposição de atividades institucionais com atividades autônomas; em atividades de Ensino; em atividades de Pesquisa ; quando há envolvimento com o Setor Público; em decisões de compras; na contratação de novos profissionais, entre outras atividades diárias.

Princípios Norteadores para aplicação da Declaração de Potenciais Conflitos de Interesses

Transparência: Situações que possam se caracterizar como conflitos de interesses, sejam eles potenciais ou materializados, devem ser declaradas de maneira explícita para que decisões quanto às ações de mitigação ou de monitoramento dos riscos associados possam ser definidas e recomendadas.

Imparcialidade: As decisões devem ser pautadas por conhecimento técnico-científico e isentas de quaisquer interesses ou ganhos pessoais ou individuais, sejam eles financeiros ou não.

Bem-Comum: As decisões devem priorizar o bem estar coletivo e, especialmente, dos pacientes.



PODER DE DECISÃO	ALTO	Amarelo	Vermelho	Vermelho
	MÉDIO	Verde	Amarelo	Vermelho
	BAIXO	Verde	Verde	Amarelo
		BAIXA	MÉDIA	ALTA
		CRITICIDADE DO QUESTIONÁRIO		

RISCO	ANÁLISE
ALTO	Gestor da área + Compliance
MÉDIO	Gestor da área com reporte ao Compliance
BAIXO	Gestor da área

Análise da Respostas

A **análise** é feita por meio de metodologia que **crusa poder de decisão e criticidade da declaração**. O peso das perguntas é calculado em função de volume, risco ao paciente e risco ao negócio.

Cada **diretor** é responsável por analisar os potenciais conflitos de interesses de sua estrutura de gestão e estabelecer **planos de ação a serem monitorados pelo compliance** para os casos em que existe o risco do conflito se materializar.



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA





PROGRAMA DE ÉTICA E COMPLIANCE

Em 2014 o Einstein iniciou o processo de elaboração do seu Programa de Integridade com a criação da Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance. Esta diretoria está diretamente ligada aos órgãos de governança para garantir a independência e recursos necessários à condução de suas atividades. Para estruturar o programa, a Diretoria utilizou as seguintes referências:

- Lei nº 12.846/2013 – Lei Anticorrupção e Decreto nº 8.420/2.015;
- Pacto Global das Nações Unidas (do qual é signatário desde 2011);
- Guia “*Compliance Program Guidance for Hospitals*”, emitido pelo *Office of Inspector General (OIG)*, do Departamento de Saúde (HHS) dos EUA; e,
- Os preceitos judaicos e a missão, visão e valores da própria instituição.

O Programa de Ética e *Compliance* do Einstein foi, dessa forma, estruturado como um sistema de gestão baseado em 07 elementos:



Ao longo desses dois anos, são destaques de ações implantadas:

- Elaboração do Mapa de Riscos Corporativos (73 categorias de riscos avaliadas);
- Revisão do Manual de Conduta Ética
- Criação/revisão de 12 políticas internas (outras 11 serão criadas/revisadas em 2017);
- Auditoria com foco nas indicações do Mapa de Riscos (20 trabalhos concluídos);
- Lançamento do Canal de Denúncias Einstein (135 denúncias apuradas); e,
- Disponibilização de *e-learning*s de compliance aos colaboradores (6923 colaboradores concluíram até Set/2016)

O Programa de Ética e *Compliance* do Einstein já é uma realidade e será aprimorado ainda mais nos próximos anos, fortalecendo um ambiente corporativo íntegro, incentivando e exigindo o comportamento ético e o cumprimento das leis, regulamentos e políticas internas.



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

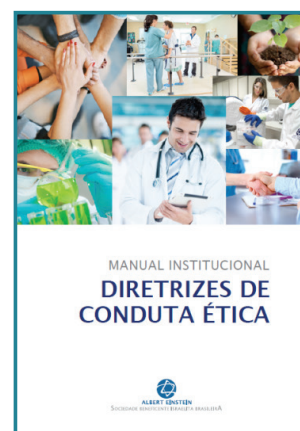


Avaliação de Riscos de Compliance

Em 2014, a SBIBAE implantou o Programa de Ética e Compliance, incluindo a avaliação de riscos de compliance (Mapa de Riscos). O modelo utilizado consiste em uma abordagem “Top Down”, para a identificação, avaliação e priorização de tratamento dos riscos, complementada por uma abordagem “Bottom Up”, para avaliações e recomendações de melhorias dos controles, conforme abaixo:

1 – Entendimento do contexto:

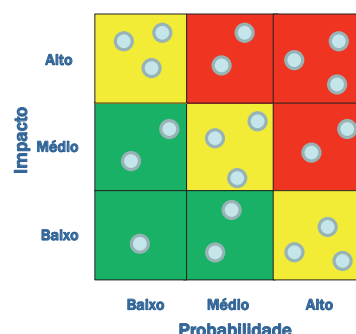
entendimento do Planejamento Estratégico, objetivos, metas, Manual Institucional Diretrizes de Conduta Ética, conjunto de Políticas da Instituição e trabalhos anteriores. Definição da metodologia e elaboração do Dicionário de Riscos de Compliance.



2 – Entrevistas com os colaboradores:

entrevistas semiestruturadas com os membros da Diretoria Executiva, para obter as percepções dos entrevistados sobre os impactos e as probabilidades de ocorrências das categorias de riscos, além de identificar novos riscos.

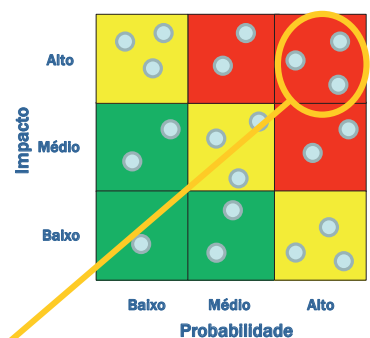
3 – Elaboração do Mapa de Riscos de Compliance: consolidação das percepções sobre as categorias de riscos de compliance e definição de respostas aos riscos.



4 – Tratamento dos riscos: priorização das categorias de riscos a serem tratadas e definição de Gestores de Riscos.

As principais etapas do tratamento dos riscos são:

- Mapeamento dos processos impactados pelas categorias de riscos priorizadas para tratamento.
- Identificação e avaliação dos riscos e controles existentes nos processos.
- Recomendações de melhorias nos controles existentes e/ou implantação de novos controles.
- Acompanhamento dos planos de ação junto aos responsáveis até a respectiva conclusão.
- Após a melhoria ou implantação dos controles, implantação de Indicador de Risco.



RISCO	DONO DO RISCO	PLANO DE AÇÃO	INDICADOR DE RISCO
Risco 1	Diretor A	Implantar controle "X"	
Risco 2	Diretor B		Indicador de Risco 1
Risco 3	Diretor C	Implantar controle "Y"	



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA





GOVERNANÇA CORPORATIVA NOS HOSPITAIS PRIVADOS



ANÁLISE DA PESQUISA HOSPITALAR SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CERTIFICAÇÃO DA ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL.

Amanda Greipel¹; Ediney José da Silva Magalhães Junior²; Maria Clara Moraes Leme³; Mara Lílian Soares Nasrala⁴.

INTRODUÇÃO

Como parte das 5 Iniciativas para a Segurança do Paciente, a Organização Mundial da Saúde recomenda utilização de pesquisas para avaliar o impacto de intervenções para a segurança do paciente bem como as mudanças na segurança do paciente ao longo do tempo.

Este estudo teve como objetivo avaliar a mudança da cultura relacionada a segurança do paciente dos profissionais do Hospital Santa Rosa em Cuiabá/MT, após a implantação da metodologia canadense de acreditação.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo descritivo da análise da pesquisa hospitalar sobre cultura de segurança do paciente após a implementação da metodologia de certificação da Accreditation Canada International.

Realizou-se a comparação dos resultados obtidos na pesquisa AHQR (Agency for Healthcare Research and Quality) sobre a cultura de segurança do paciente realizadas no início do processo de certificação canadense e após 1 ano de implementação da metodologia. Amostra: Utilizado a técnica de amostragem aleatória simples (AAS), para uma população de 1070 colaboradores com um erro amostral de 5%, onde se obteve uma amostra mínima de 283 colaboradores.

Destaques

A maioria dos participantes (66%) indicaram que tinham interação direta com pacientes.

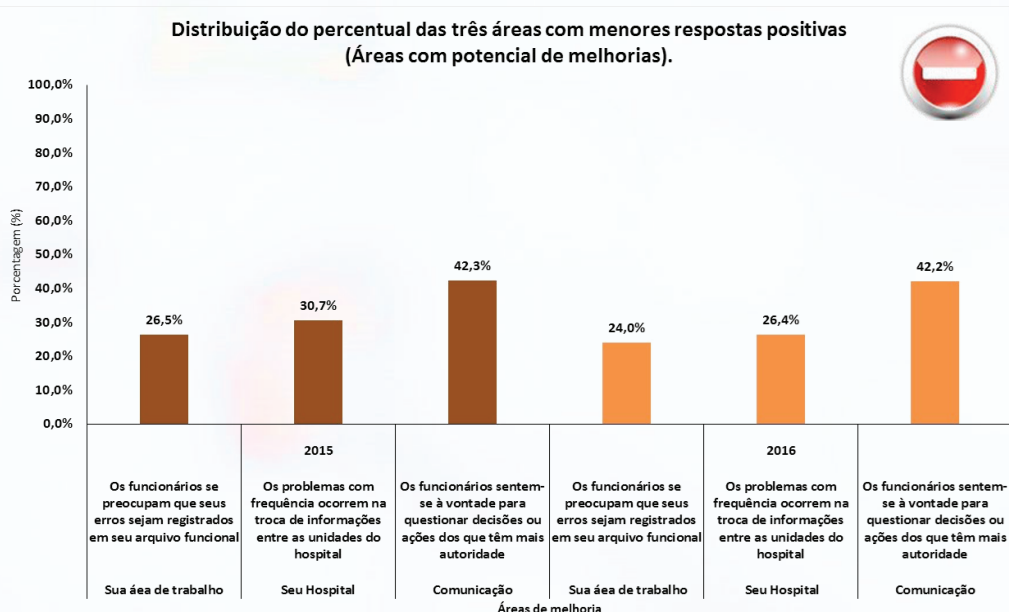
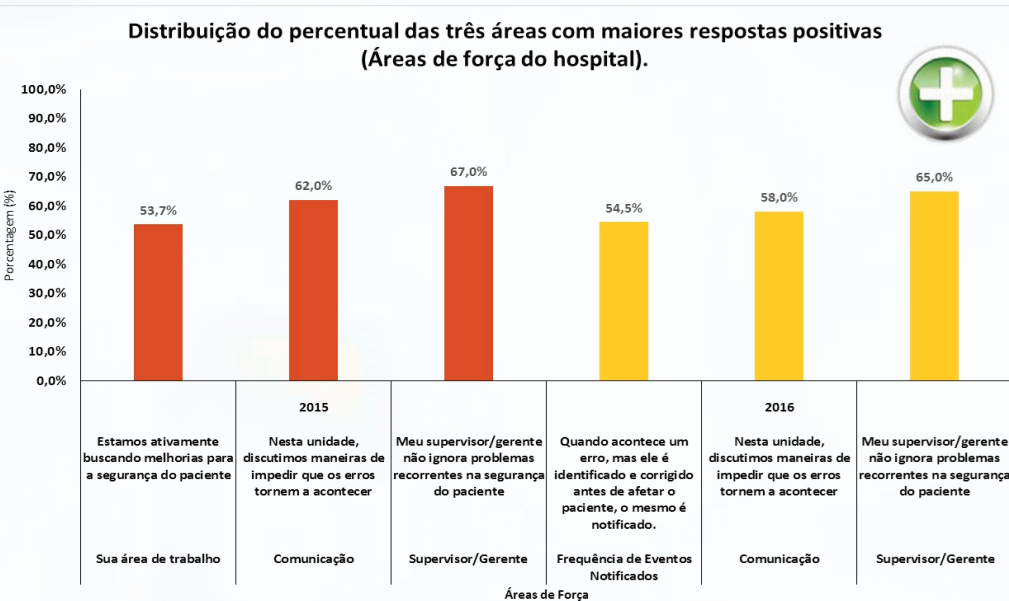
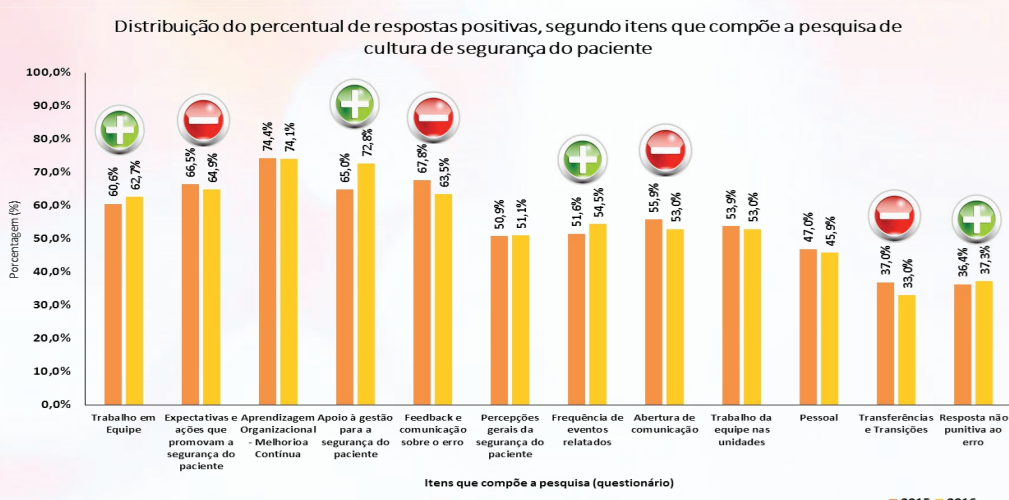
Quase a metade dos participantes (38,4%) indicaram que atuam na sua área de trabalho atual/unidade há pelo menos 5 anos.

A maioria dos participantes informaram que trabalham de 40 a 59 horas por semana (64,1%).

Menos da metade dos participantes (24,6%) relataram pelo menos um evento em seu hospital nos últimos 12 meses.

Em média quase a metade dos participantes (43,4%) deram a sua área de trabalho ou unidade uma nota "Excelente" (13,3%) ou "Muito Bom" (30,1) sobre a segurança do paciente.

RESULTADOS



Segundo o teste de comparação de proporções, os resultados demonstraram ao nível de 5% de significância:

Aumento das respostas positivas.

Proporção de resposta positivas entre 55,7% - 56,2% em 2015.

Proporção de resposta positivas entre 54,6% - 55,3% em 2016.

Concluimos que vários fatores interferem na evolução da cultura de segurança do paciente da instituição dentre eles, contato ou interação direta com o paciente, o turno e a unidade de trabalho. Entretanto evidenciamos que a implantação das metodologias de acreditação interfere de forma positiva nesta cultura. Sugerimos uma verificação das possíveis associações ou correlações entre as variáveis que podem interferir nas respostas obtidas para melhor alocação de recursos investidos na segurança do paciente.

¹ Enfermeira, Gerente de Qualidade do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT; ² Analista de Qualidade do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT; ³ Enfermeira Gerenciadora de Protocolos do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT; ⁴ Fisioterapeuta, Diretora Assistencial do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.



O Plano de Carreira do Técnico em Enfermagem e as Melhorias no Processo Assistencial

Autores: Andreia Silva de Miranda¹, Renata de Azeredo Coutinho², Daniela de Oliveira³, Rúbia Natasha Maestri⁴.

1. Enfermeira Assistencial II do Hospital Moinhos de Vento.
2. Enfermeiro Assistencial I do Hospital Moinhos de Vento.
3. Enfermeira Coordenadora Assistencial do Hospital Moinhos de Vento.
4. Enfermeira Gerente de Enfermagem do Hospital Moinhos de Vento.

Introdução:

O plano de carreira para categoria técnico em enfermagem foi estruturado em um hospital de grande porte na cidade de Porto Alegre, RS, tendo como objetivo principal valorizar, desenvolver e reter os talentos internos. Este plano de carreira passou o técnico em enfermagem de nível I para II.

Lembrando que “Carreira” é a trajetória profissional promovida pela empresa, dentro da estrutura de cargos estabelecida, alinhada ao processo de crescimento do colaborador, tanto no aspecto de conhecimento e habilidades, quanto no aspecto comportamental, sendo a responsabilidade pela condução da carreira o próprio profissional.

Objetivo:

Valorizar e desenvolver os talentos internos, oportunizar o crescimento profissional, desenvolver competências diferenciadas, estimular o autodesenvolvimento, qualificar os processos organizacionais, contribuir com inovações.

Metodologia:

Este projeto teve início no segundo semestre de 2015, quando foram divulgados os critérios estabelecidos como pré-requisitos para seleção, sendo estruturado da seguinte forma:

- 1-Critérios de inscrição- Tempo de casa, treinamentos obrigatórios em dia, documentação atualizada em pasta funcional, avaliação de competência com desempenho 60%,
- 2-Prova escrita,
- 3-Entrevista com o serviço de psicologia e gestor da área.

Após aprovados os técnicos de enfermagem foram redistribuídos nas unidades trabalhando preferencialmente a beira do leito, com vistas a melhorar o processo, atuar como multiplicador e facilitador do padrão institucional.

Resultados e Discussão:

Evidenciou-se maior envolvimento, comprometimento e empoderamento dos técnicos em enfermagem nível II nos processos assistenciais a partir do planejamento e execução de ações educativas junto aos seus pares e participação de grupos de referência.

Conclusão:

Os profissionais promovidos empenharam-se melhor nas suas funções, sendo muitas vezes, exemplos positivos para seus pares.

Houve união, engajamento e fortalecimento das relações em equipe, tornando-se referências em suas unidades para esclarecimento de dúvidas o que gerou um impacto positivo na qualidade assistencial e segurança dos processos, estimulando a busca por conhecimento.

Referências:

- 1 Alcântara G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1963. 2 Antunes, R. (1999). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho* (3ª ed., Coleção Mundo do Trabalho). São Paulo, SP: Boitempo. 3 Rohm, R. H. D., & Lopes, N. F. (2015). O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: Uma abordagem crítica. *Cadernos EBAPE.BR*, 13(2), 332-345. doi:10.1590/1679-395117179



Avaliação de Fornecedores como Ferramenta para Melhora do Nível de Serviço

Robson Danúbio S. César

Coordenador de Gestão Estratégica de Fornecedores

Os hospitais além de desenvolverem a importante função social de proporcionar saúde ao cidadão estão sujeitos às leis da concorrência do mercado onde o relacionamento comercial com fornecedores no ambiente hospitalar é algo inerente ao processo. Neste sentido, devem buscar uma gestão eficiente em suas atividades, e ainda possuir uma governança que atenda aos anseios de seus acionistas e da sociedade em geral. Neste contexto, a avaliação de fornecedores tem por objetivo analisar o envolvimento do hospital na manutenção das ações e indicadores de forma a melhorar o nível de serviço apresentado por seus fornecedores.



A avaliação de fornecedores é uma ferramenta onde pode-se comparar vários critérios entre o que foi comprado e entregue bem como o serviço esperado. A avaliação de fornecedores possui critérios específicos para empresas prestadoras de serviços e empresas fornecedoras de materiais onde temos 15 critérios avaliáveis.

Área Avaliadora	Crítérios	Peso	Automático/ Manual
Gestão de Fornecedores	Documentações / Certificações	10	Automático
Gestão de Fornecedores	Intercorrências	10	Automático
Compras	Prazo de Pagamento	8	Automático
Recebimento	OTIF	12	Automático
Compras	Preço	6	Manual
Recebimento	Qualidade (Avarias)	4	Automático
Recebimento	Lote / Validade	6	Automático
Recebimento	Veículo / Motorista	3	Automático
Recebimento	Embalagem / Acondicionamento	9	Automático
Recebimento	Datamatrix	9	Automático
Recebimento	Etiqueta Nacionalizada	8	Automático
Recebimento	Quantidade correta	4	Automático
Recebimento	Temperatura adequada	4	Automático
Compras	Atendimento	4	Manual
Compras	Centralização	3	Manual
		100	

Área Avaliadora	Crítérios	Peso	Automático/ Manual
Gestão de Fornecedores	Documentações / Certificações	10	Automático
Gestão de Fornecedores	Intercorrências / Não Conformidades	10	Automático
Serviços	Prazo de Pagamento	10	Automático
Serviços	Flexibilidade	10	Manual
Serviços	Preço	10	Manual
Área tomadora de Serviços	Disponibilidade	6	Manual
Área tomadora de Serviços	Cordialidade	6	Manual
Área tomadora de Serviços	Recursos / Conhecimento Técnico	6	Manual
Área tomadora de Serviços	Uniforme / Identificação	6	Manual
Área tomadora de Serviços	Serviço conforme especificação	10	Manual
Área tomadora de Serviços	Serviço dentro do prazo	10	Manual
Área tomadora de Serviços	Itens de Segurança	6	Manual
		100	

A avaliação é integrativa e participam dela os departamentos: Gestão de Fornecedores, Compras de Materiais, Compras de Serviços, Recebimento e Área contratante do serviço.



A instituição possui cerca de 2.700 fornecedores homologados e a avaliação de fornecedores, de maneira estruturada, ocorre desde fevereiro de 2016 onde possui como meta de avaliação 85% de seus fornecedores (de acordo com o valor comprado).



A cada ciclo de avaliação os resultados são compartilhados com as áreas e com os fornecedores que por sua vez possuem transparência na maneira em que são avaliados e os critérios correspondentes. A conclusão deste estudo é que a avaliação de fornecedores é instrumento essencial de melhora do nível de serviço apresentado pelo mesmo. Durante as reuniões de resultados ou durante as mesas de negociação as informações existentes são propícias para a melhora do relacionamento do fornecedor juntamente ao hospital.

Referências:

NETO, João Amato, et al. **Gestão Estratégica de Fornecedores e Contratos: Uma Visão Integrada**. São Paulo: Saraiva, 2014.

PIRES, Silvio R. I. **Gestão da Cadeia de Suprimentos: Conceitos, Estratégias, Práticas e Casos**. São Paulo: Atlas, 2009.



EXCELÊNCIA NOS RESULTADOS GERENCIAIS DE ENFERMAGEM TENDO COMO MODELO A GESTÃO CORPORATIVA



Claudimeri Dadas de Oliveira
Liliane Andrade Ferreira
Rafael Alves
Sandra de Moraes Postanovski
HOSPITAL VITA
Contato: rafael.alves@hospitalvita.com.br

INTRODUÇÃO:

Nos últimos anos o tema governança corporativa tem ganhado um lugar de destaque em todos os continentes no meio industrial e, principalmente no meio hospitalar. Alguns autores descrevem que tudo isso deve-se ao fato de a essência da governança corporativa estar embasada em semear transparência, equidade e traços éticos no modelo de gestão. A gestão assistencial de enfermagem dos Hospitais VITA desenvolveu processos baseados em duas linhas estratégicas: Gestão de processos e Gestão de pessoas.

OBJETIVO:

O presente trabalho teve como objetivo apresentar as contribuições da governança corporativa na qualidade e segurança assistencial.

METODOLOGIA:

Adotamos como método o planejamento do trabalho para desenvolver uma assistência de enfermagem ética, transparente, segura e de excelência.

RESULTADOS:

Para a gestão de processos foram implementadas ferramentas que auxiliaram na tomada de decisão de forma rápida e efetiva, resultando na consolidação da sistematização da assistência de enfermagem, gerenciamento de riscos (Gráfico 1), classificação de riscos para atendimento emergencial, identificação de fatores de gravidade para intervenção precoce e tomada de decisão (Gráfico 2) e desdobramento dos protocolos institucionais de acordo com o perfil epidemiológico.

GRÁFICO 1: IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE TROMBOEMBOLIA VENOSA CONFORME SCORE DE CAPRINI

Fonte: Relatório de pacientes internados - POSTHOS/ WPD - 2016

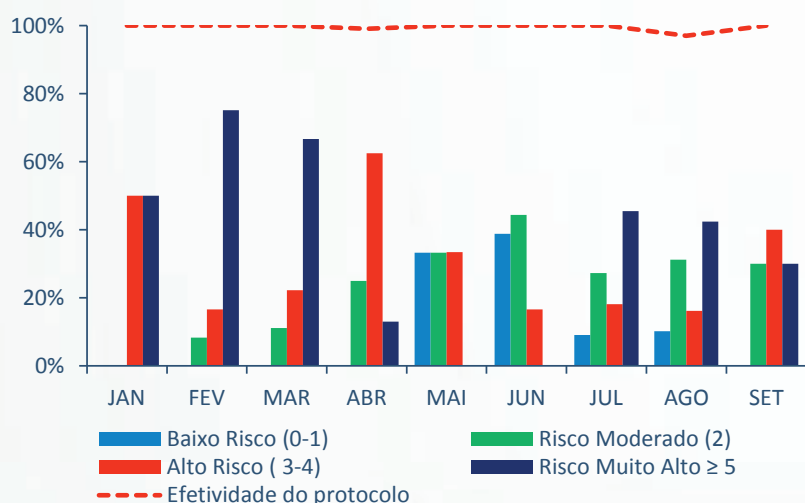
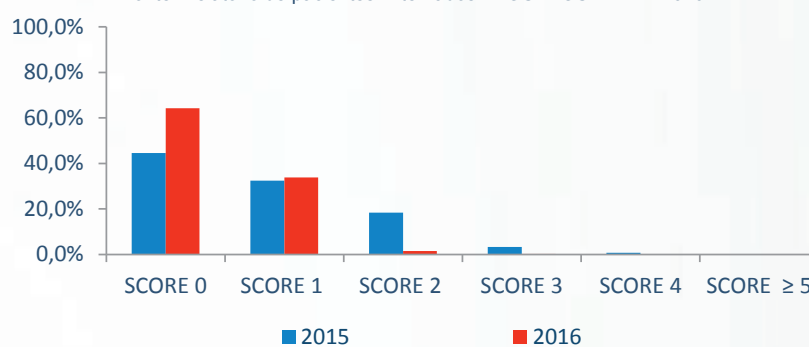


GRÁFICO 2: IDENTIFICAÇÃO DE GRAVIDADE SCORE MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE)

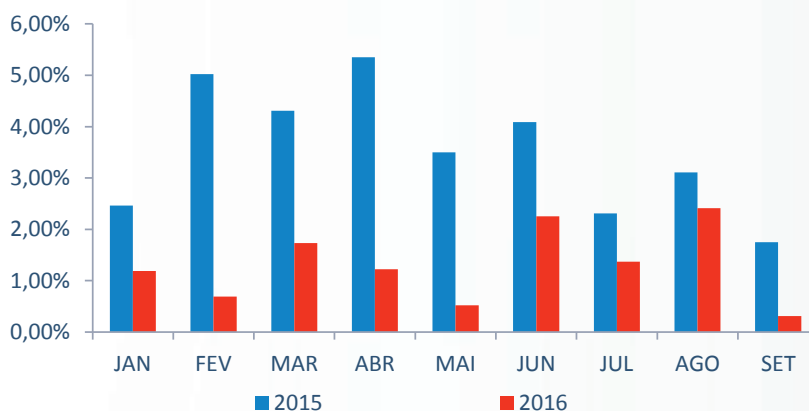
Fonte: Relatório de pacientes internados - POSTHOS/ WPD - 2016



No processo de gestão de pessoas, houve valorização da equipe através de capacitações, avaliação anual de desempenho, acompanhamento e monitoramento dos colaboradores de forma que, além de contribuir com melhores práticas assistenciais, foi possível reduzir o índice de rotatividade (Gráfico 3).

GRÁFICO 3: ÍNDICE DE ROTATIVIDADE

FONTE: Sistema Microsiga



CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Observa-se que o processo de trabalho esteve diretamente vinculado a qualidade e segurança assistencial, utilizando boas práticas de governança corporativa para um modelo de gestão profissionalizado e transparente. Os resultados demonstram que a governança corporativa auxiliou no aprimoramento do modelo de gestão de processos e pessoas, resultando em certificações nacionais e internacionais, tais como: Certificado com Excelência pela ONA, Certificação Nacional de Cuidados e Prevenção de Lesões de Pele, Certificado pelo Center of Excellence Metabolic and Bariatric Surgery, Prêmio Paranaense de Excelência em Enfermagem e Recertificação Internacional Canadense na metodologia Qmentum.

REFERÊNCIAS:

ÁLVARES, E.; GIACOMETTI, C.; GUSSO, E. Governança corporativa: um modelo Brasileiro. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
CHIAVENATO, I. Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/Secao.aspx?CodSecao=18>>. Acesso em: 15 set de 2016.

NOSSO COMPROMISSO É COM A VIDA.



CONSELHO CONSULTIVO DE CLIENTES DA FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER

Elaine Andrade Silva Vieira

INTRODUÇÃO: O Conselho Consultivo de Clientes é formado por 25 clientes representantes de diversos convênios que tiveram experiências nas unidades de atendimento de internação e ambulatorial (pronto-socorro, consultas, exames e/ou realização de procedimentos) da Fundação São Francisco Xavier.

OBJETIVO:

- ▶ Ampliar o diálogo entre Instituição e cliente, garantindo maior inserção do cliente no aprimoramento do modelo de gestão.
- ▶ Atuar como ferramenta para melhoria da satisfação do cliente.
- ▶ Empoderar o Cliente.

MÉTODOS: As reuniões do conselho iniciaram em agosto de 2015. O grupo é composto pelos clientes que mais utilizaram os canais disponíveis para manifestação de satisfação ou insatisfação com os serviços prestados pelo Hospital Márcio Cunha, e a representatividade dos diversos convênios atendidos pela instituição. São realizadas reuniões trimestrais com o grupo de clientes, e adotando-se a ferramenta de brainstorming com o objetivo de colher sugestões de pontos críticos que precisam ser revistos pela instituição envolvendo: Qualidade no atendimento assistencial; indisponibilidade de vagas de consultas e revisão em algumas especialidades; instalações físicas, acessibilidade para cadeirantes aos consultórios; estacionamento; revisão na ergonomia das bancadas e armários nas recepções; falta de informações no Portal Usisaúde; falta de acompanhante para a orientação quanto à higienização das mãos na UTI.

Em concomitância, a cada reunião, um profissional da FSFX apresenta ao conselho a proposta de solução a ser tomada com prazo de conclusão. Na sequência, cada ação implementada é acompanhada até a garantia da eficácia pelo gestor de cada área.

RESULTADOS: Desde a implantação do projeto, foram implantadas 17 ações de melhoria através dos apontamentos feitos pelos Conselheiros, incluindo área assistencial e administrativa. O Índice de satisfação dos Clientes melhorou nas Unidades do HMC, Gestão e Usisaúde.

HMC/Gestão: 2014: 91% - 2015: 93,23% - 2016: 96,33.

Usisaúde: 2014: 95% - 2015: 95% - 2016: 97,26%.

A quantidade de reclamações diminuiu em 47,02% entre 2015 e 2016.

CONCLUSÃO: O conselho representou um grande avanço no relacionamento com o cliente, possibilitando a visualização das atividades desempenhadas pelo HMC e Usisaúde sob a ótica do cliente. A integração Cliente x Empresa contribuiu para elevar a qualidade dos serviços e a satisfação dos Clientes.

HMC HOSPITAL
MÁRCIO CUNHA

FSFX FUNDAÇÃO
SÃO FRANCISCO
XAVIER



IMPACTO DA MEDICINA HOSPITALISTA NOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

Alessandra de Sousa Andrade Martins; Gustavo Barbosa Moreira;
Leonardo Stopa Barros; Raphael Diniz e Silva

INTRODUÇÃO: A Medicina Hospitalista propõe uma mudança na dinâmica assistencial, onde um grupo de médicos generalistas assume o cuidado do paciente e a coordenação dos processos assistenciais enquanto estiver hospitalizado. Nesse sentido, a sinergia entre as lógicas, assistencial e administrativa, deve orientar a ação, com foco no paciente e eficiência dos serviços. Os Hospitalistas são médicos que conduzem o cuidado do paciente e coordenam equipes multidisciplinares. Assim, o modelo melhora a gestão do corpo clínico, facilita o trabalho em equipe e as discussões interdisciplinares, favorecendo a aplicação de rotinas e padrões de melhores práticas. Evita-se ainda a fragmentação intrahospitalar, etapa crítica da assistência, fortalecendo o movimento de segurança e qualidade.

OBJETIVO: Implantar o modelo de assistência de Medicina Hospitalista no Hospital Márcio Cunha preservando a integralidade no cuidado ao paciente.

MÉTODOS: O modelo foi implantado em março de 2016 e inicialmente foi direcionado para atender os pacientes da saúde suplementar. Cada médico hospitalista é responsável por 15 leitos, incluindo finais de semana. Nessa dinâmica assumiram a gestão do cuidado, atuando em processos administrativos vinculados à internação, promovendo a integração entre as especialidades envolvidas, garantindo a realização de exames, medicamentos, e procedimentos cirúrgicos no menor tempo possível.

RESULTADOS: De modo comparativo, analisando-se os dados de pacientes internados nos meses de março a junho de 2016 e 2015, quando não havia esse projeto, observa-se uma melhora dos indicadores média de permanência e taxa de ocupação. A média de permanência registrou redução de 18%, saindo de 4,67 em 2015 para 3,82 em 2016. Esse indicador permitiu maior giro do paciente no leito e consequentemente elevação da taxa de ocupação em 14,86%. A satisfação do cliente foi percebida no início, onde a principal observação do cliente é a presença do médico para garantir a continuidade dos processos. Houve maior aproximação com o corpo clínico, enfatizando o trabalho em equipe, agilizando condutas e promovendo mudanças em tempo hábil. Isto pode ser percebido através da redução de ativação do código amarelo e azul nas áreas atendidas pelos hospitalistas.

CONCLUSÃO: Apesar de recente, os resultados mensurados são satisfatórios e mostra o impacto positivo nos indicadores estratégicos da instituição.

HMC HOSPITAL
MÁRCIO CUNHA

FSFX FUNDAÇÃO
SÃO FRANCISCO
XAVIER



COCKPIT GERENCIAL COMO ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO

Renato Prado Santos.

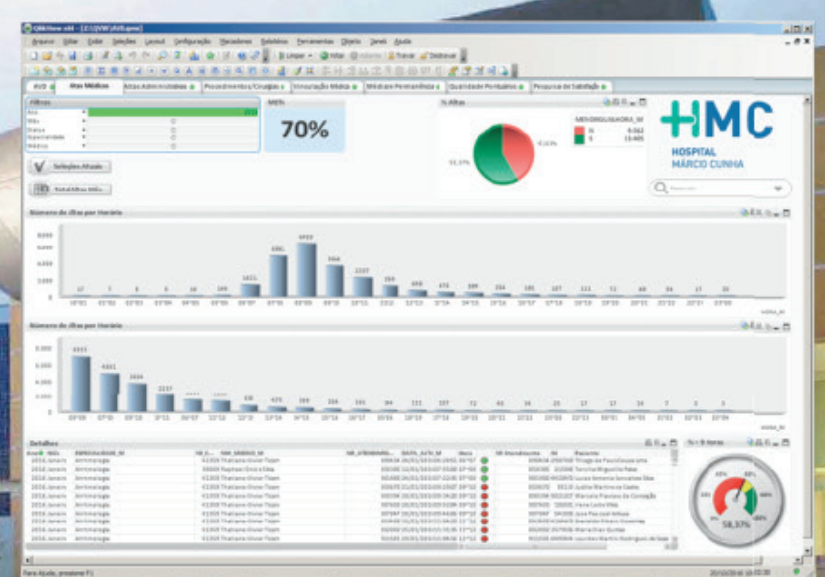
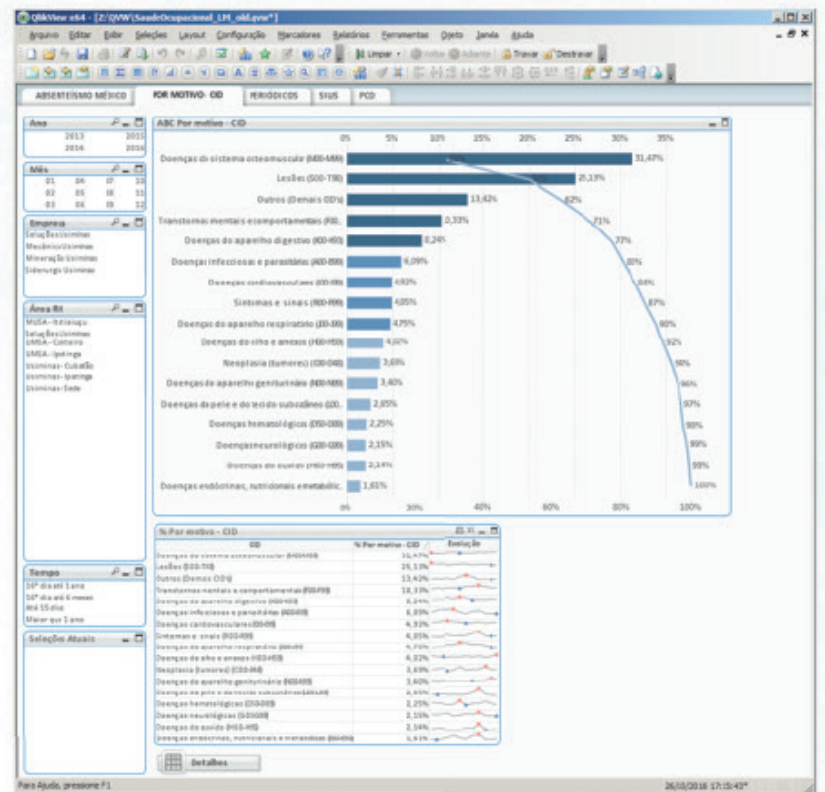
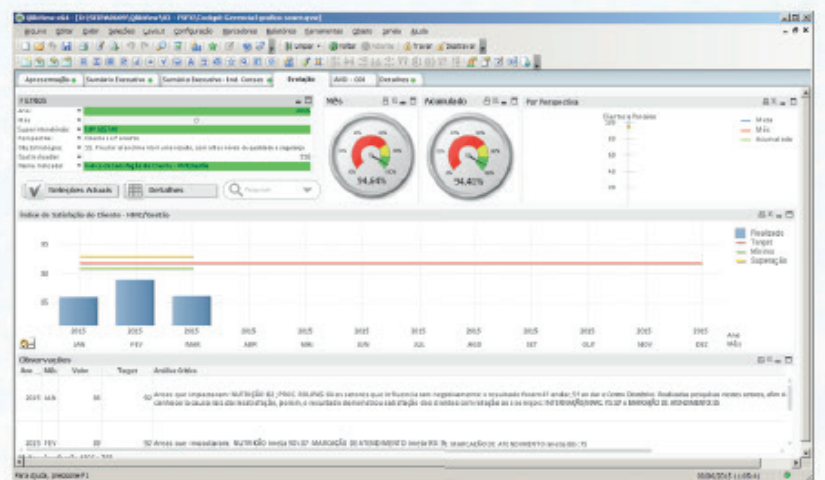
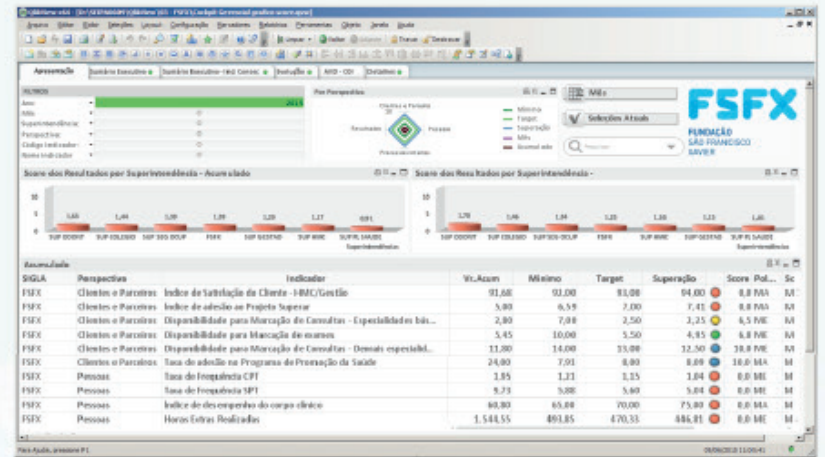
INTRODUÇÃO: O cockpit gerencial é uma solução que integra informações estatísticas e de interesse estratégico e gerencial numa única interface, integrando sistemas / bancos de dados e planilhas eletrônicas. A solução utiliza ferramentas de DW, geração de relatórios, gráficos para consolidação e tratamento das informações.

OBJETIVO: Gerenciar a empresa no curto e longo prazo em consonância com as perspectivas empresariais. Alinhar os objetivos estratégicos da organização de forma integrada a todos os departamentos da organização

MÉTODOS: O processo parte da elaboração da estratégia da organização pela alta direção, que estabelece os parâmetros a serem trilhados em prol do crescimento. Para facilitar a sistematização das áreas, a Fundação São Francisco Xavier, adotou a divisão da organização em, no mínimo, quatro perspectivas-chave de desempenho: Pessoas, Processos Internos, Resultados e Clientes. Nessa lógica, o gestor de cada área é envolvido na disseminação das ações estabelecidas em conjunto com a alta direção. A partir daí são fixados 3 a 5 objetivos para cada área, os quais são desmembrados em metas, sendo monitoradas por indicadores de desempenho, que será responsável por mensurar o progresso das ações. O cockpit disponibiliza eletronicamente a integração de tais informações.

RESULTADOS: O cockpit gerencial gera a interface ligada ao sistema informacional da empresa, que disponibiliza de imediato e em forma gráfica, para os gestores as informações que facilitam a tomada de decisão. Os gestores podem navegar livremente e comparar os valores atuais com os indicadores-chave de desempenho (Key Performance Indicators - KPIs).

CONCLUSÃO: Todos os gestores são responsáveis pela execução da estratégia da organização e pelo alcance do resultado corporativo, e o recurso do cockpit tem sido fundamental para o sucesso da organização.



Michele Navarro Flores *

Marcia Morete*

Eduardo Aguiar**

***Technical Advisor Senior, Nurse, Mundipharma Brasil**
**** Medical Manager, Medical Affairs, Mundipharma Brasil**

INTRODUÇÃO:

Desde janeiro de 2000, a “Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations” (JCAHO) entidade norte-americana de avaliação de hospitais, publicou uma norma que descreve a dor como o quinto sinal vital. Apesar de sua importância, o aprendizado sobre dor e analgesia nas instituições de ensino de enfermagem se dá de forma inconstante e reduzida, e por esta razão os profissionais formados não utilizam este conhecimento na prática diária.

OBJETIVO:

Fomentar e auxiliar na sistematização do gerenciamento de dor nas instituições de saúde do Brasil.

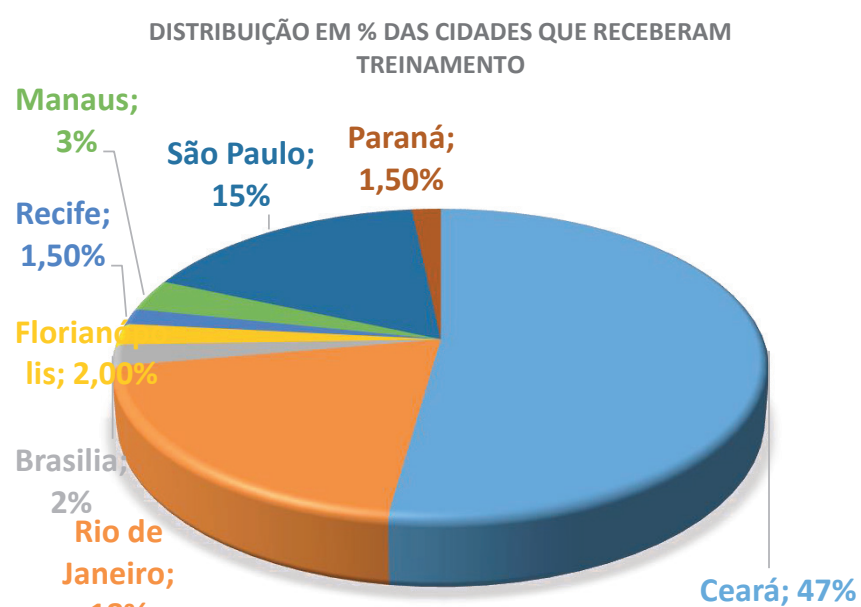
MÉTODO:

Trata-se de um estudo quantitativo – qualitativo, exploratório e descritivo, no qual foram selecionadas instituições oncológicas no Brasil, oferecendo um programa de educação em Dor aos enfermeiros, através de aulas presenciais e ainda, auxiliando cientificamente os serviços a desenvolver seu protocolo de dor. Este projeto é composto por 7 Fases (fase1 - contato com a instituição, fase 2 - apresentação do projeto, fase 3 - submissão do termo de adesão do projeto, fase 4 - verificação de documentação da instituição, fase 5 - sensibilização e treinamentos, fase 6 - auditoria da SBED e fase 7 - certificação da instituição pela SBED). Ao final do projeto a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) realizará auditoria e se atingirem no mínimo 50% de conformidade, esta sociedade contemplará a instituição com uma certificação de qualidade em Dor.

RESULTADOS:

Foram abordadas 62 instituições de saúde que possuem serviço de oncologia, iniciado o projeto em Junho de 2016. Os resultados apresentados são do 1º trimestre de início do projeto, no qual temos:

Em relação aos treinamentos foram aplicados pré e pós teste na primeira aula de sensibilização que foi abordado o conceito, tipos, fisiopatologia, métodos de avaliação, registro em prontuário e manejo da dor. No período destes 3 meses tivemos um total de 425 profissionais treinados sendo:



Na avaliação de pré e pós teste tivemos uma média de conhecimento em relação a dor:

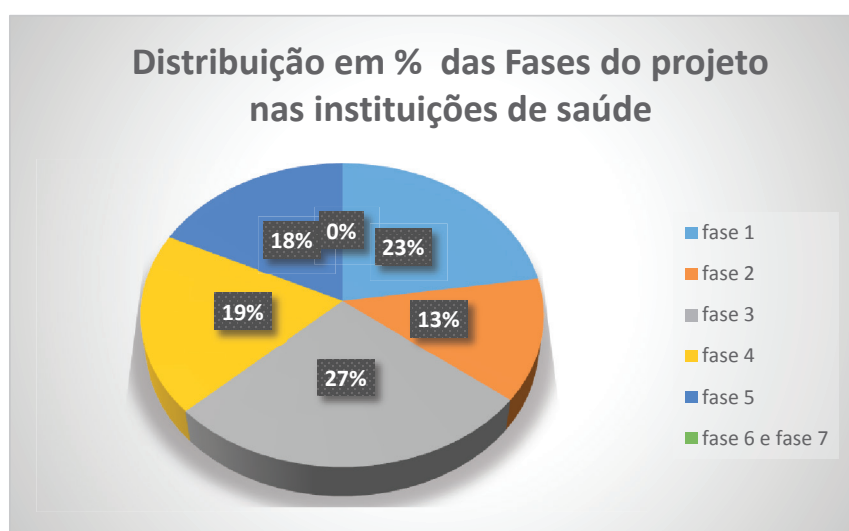
Pré teste mínimo	Pré teste máximo	Pós teste mínimo	Pós teste máximo
33 %	56,1%	85,5%	94%

CONCLUSÃO:

Projetos de educação são de suma importância para ampliarmos o conhecimento e fazer aplicável tudo aquilo que é ensinado, o presente estudo mostra que foi possível ampliar em até 56,4% o nível de conhecimento quanto a gerenciamento e sistematização de registro de dor. Com este projeto pretendemos que os pacientes tenham sua dor melhor manejada e tratada de maneira adequada por profissionais pautados em conhecimento com evidência e recomendações científicas atualizadas.

REFERENCIAS:

Booss J, Drake A, Kerns RD, Ryan B, Wasse L. Pain as the 5th vital sign [Internet]. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000 [cited 2014 June 12]. Available from: http://www.va.gov/oaa/pocketcard/pain5thvitalsign/PainToolkit_Oct2000.doc



Mídias sociais e Governança: como o monitoramento e a interação digital com clientes contribuem para a estratégia corporativa

Prado, N.¹; Géó, M.S.²; Favaro, P.³

Gerente de Comunicação e Marketing¹, Vice-presidente Assistencial, Operacional e Diretora Clínica², Analista de Comunicação³,

Introdução

Com presença no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e Youtube, e com mais de 100 mil pessoas conectadas, a Rede Mater Dei de Saúde utiliza a interação via mídias sociais como parte do seu negócio. Pacientes e familiares, corpo clínico e colaboradores estão conectados. E por isso atuamos, de forma sistemática e organizada, no relacionamento digital. Fluxos foram desenhados para que, no momento em que uma crítica for postada em uma mídia social, os responsáveis sejam acionados, apurem, tratem o problema e dêem retorno ao cliente.

Objetivos

A atuação tem como objetivo captar e tratar todas as reclamações a partir da experiência do cliente, bem como as sugestões e elogios. As interações são acompanhadas pela Diretoria e pelo Conselho de Administração, que utilizam os relatórios para planejar ações e atuar nas melhorias dos serviços. Também é feito um trabalho ativo de divulgação para os clientes. As mídias sociais, aliadas à governança, contribuem para o fortalecimento da atuação da Rede.

Métodos

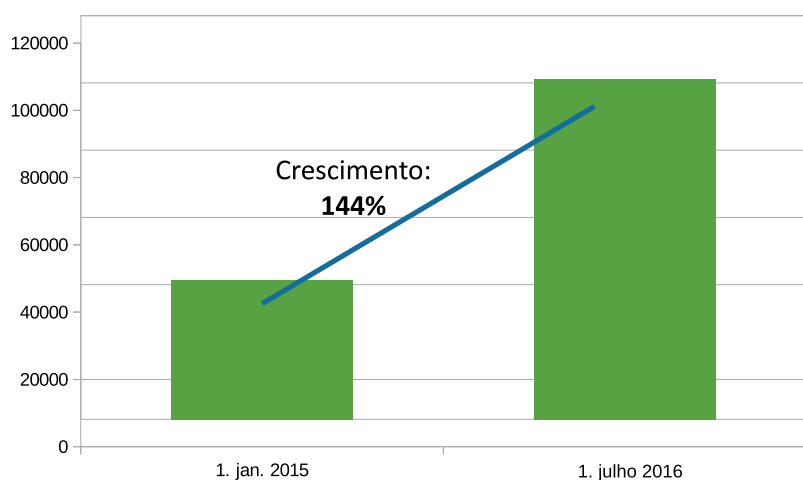
- Clientes podem fazer postagens diretas nas páginas da Rede nas mídias sociais;
- Monitoramento das mídias sociais 24 horas por dia;
- Utilização de canais digitais para divulgação de serviços e projetos;
- Fluxos definidos e compartilhados com Diretoria e gestores das áreas para atendimento às demandas do cliente;
- Monitoramento de indicador de % de respostas a críticas publicadas em redes sociais em até 2 horas (meta 100%).

Resultado

SAC 2.0 – Clientes buscam informações e dúvidas sobre procedimentos e serviços.
Aumento do número de pessoas conectadas: Jan. 2015: 41.423.
Jul.2016: 101.151 pessoas.

Gráfico 1

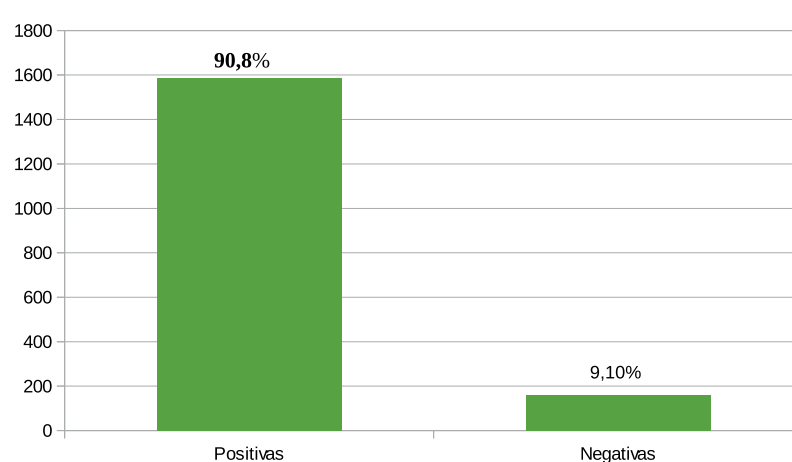
Número de pessoas conectadas às mídias sociais da Rede Mater Dei de Saúde



Aumento no número de interações positivas a partir da intensificação da presença nas mídias sociais. De janeiro a julho de 2016, houve 1.586 interações (90,86%) positivas.

Gráfico 2

Aumento no número de interações positivas a partir da intensificação da presença nas mídias sociais.



Conclusão

Não é mais possível para as organizações ficarem de fora das mídias sociais. Desde 2011, quando foram criados os primeiros perfis oficiais (Facebook e Twitter), a Rede atua de forma estratégica no ambiente digital. O número de clientes que se relacionam com a Instituição e, conseqüentemente, podem ter acesso às informações sobre os serviços, têm aumentado. Mais do que responder rapidamente às queixas, é necessário que as organizações aprendam a ouvir o que o cliente tem a dizer e utilizar dessas ferramentas para melhoria da atuação no mercado.

Referências

KOTLER, Philip. Administração de Marketing / Philip Kotler, Kevin Lane Keller; tradução Sônia Midori Yamamoto; revisão técnica Edson Crescitelli – 14 ed. – São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

KOTLER, Philip. Marketing estratégico para a área da saúde: a construção de um sistema de saúde voltado ao cliente/ Philip Kotler, Joel Shalowitz, Robert J. Stevens; tradução Sonia Augusto. – Porto Alegre: Bookman, 2010.

RAMOS, Fernando (Org). e-Infocomunicação: estratégias e aplicações. / Fernando Ramos, Brasilina Passarelli e Armando Malheiro da Silva - São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2014.

TEBOUL, James. Serviços em cena: o diferencial que agrega valor ao seu negócio. Brasília: IEL/NC, 2008 – 2ª reimpressão.





RELATO DE EXPERIÊNCIA: APLICAÇÃO DE METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

LUCA PASQUALI FREITAS¹, FABIO YOSHITO AJIMURA²

1. Gerontólogo Aprimorando do Programa de estudos avançados em administração hospitalar e sistemas de saúde (PROAHSA).
2. Diretor do PROAHSA.

INTRODUÇÃO

O Planejamento Estratégico (PE) é considerado muito útil ou até mesmo essencial por gestores^{1,2}. Alguns autores concluem que a principal função do PE é auxiliar organizações a desenvolver melhores estratégias através do uso de abordagens mais sistemáticas, lógicas e racionais³.

O PE deve ser um facilitador para mudanças em uma organização, visando o crescimento de seus processos, pessoas envolvidas, clientes e seus resultados. Para que isso aconteça, o envolvimento dos colaboradores é essencial e possibilita a realização das ações planejadas⁴.

OBJETIVO

Aplicação de ferramentas de gestão para definir o Planejamento Estratégico de uma instituição, de forma que pudesse ser replicado em outras instituições públicas, privadas ou outros momentos.

MÉTODO

Durante dois dias, 60 colaboradores de diferentes níveis hierárquicos em um hospital público especializado em paciente de longa permanência, situado em São Paulo, realizaram a análise do ambiente interno e externo com a matriz *SWOT*. Posteriormente, foi utilizado o diagrama de relações para se entender qual a relação de um item ou assunto com outro.

Após as análises descritas, implementou-se uma abordagem qualitativa, realizada entre os principais gestores da organização. Foi revista a missão, visão e valores da organização.

O *Balanced Scorecard (BSC)* foi utilizado para a apresentação do planejamento no formato de Mapa Estratégico, sendo relacionados os objetivos relacionados às 4 Perspectivas da metodologia.

RESULTADOS

A partir da matriz *SWOT*, tivemos como resultado 96 macroações estratégicas. Utilizando o diagrama de relações, obtivemos os itens de maior relevância para a organização. A sua utilização e a análise qualitativa definiram 4 eixos temáticos de trabalho para o ano de 2016.

1. **Eixo Política Interna de Gestão de Pessoas:** objetivos relacionados ao levantamento e acompanhamento de necessidade de treinamento de profissionais; disseminação dos conceitos de liderança comuns aos outros hospitais da instituição; criação de um Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.
2. **Eixo Cultura Organizacional:** objetivos relacionados ao estímulo a pesquisas e publicações; revisão sistemática de comunicação interna; implantação de um fórum de boas práticas.
3. **Eixo Otimização de Recursos:** melhor utilização de recursos e redução de custos; aprimoramento do controle de estoque e rastreabilidade de medicamentos.
4. **Eixo Acreditações:** revisão dos processos internos e desdobramento de indicadores como focos estratégicos.

Definiu-se um grupo de trabalho para cada eixo temático, sendo contemplados todos os colaboradores que participaram do PE. Para cada eixo foi definido um líder e para cada objetivo seu respectivo responsável e equipe determinada.

Após apresentação dos grupos e resultados esperados para os participantes, estabeleceu-se cronograma para se definir os planos de ação, metas, prazos e responsáveis por cada atividade. O Mapa Estratégico foi disponibilizado para os colaboradores identificarem a relação de cada objetivo para a essência e resultados da organização.

Alguns **resultados** foram alcançados em 2016, como:

- O levantamento de necessidade de treinamentos já é em um novo formato;
- Foi definido um fluxo de pesquisas e publicações, com metas para os setores assistenciais;
- O Fórum de Boas Práticas foi realizado internamente, já sendo planejado um evento maior;
- Melhor aproveitamento dos recursos materiais;
- A instituição passará pelo processo de acreditação em 2016.

CONCLUSÃO

O PE foi utilizado para estabelecer os caminhos e conjunto de ações aos quais a organização irá seguir para alcançar os objetivos e resultados desejados. A proposta foi utilizada ao longo do ano de 2016, sendo que alguns dos objetivos estratégicos foram alcançados e a expectativa é que a mesma metodologia seja utilizada para o PE de 2017, considerando as ações realizadas neste ano. Apesar de ter sido desenvolvido em uma instituição pública, a metodologia proposta é aplicável em outras instituições, seja de caráter público ou privado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MALIK, A.M.; PENA, F.P.M. Administração estratégica em hospitais. Relatório de pesquisa nº 21/2003. São Paulo, EAESP/FGV/NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações, 2003.
2. HILL, C.; JONES, G. O essencial da administração estratégica: casos reais e aplicação prática da teoria. São Paulo: Saraiva, 2013.
3. KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P.A. The Balanced Scorecard – measures that drive performance. Harvard Business Review. fev.1992.
4. TESTA, M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
5. AIDAR, M.M.; BURMESTER, H (coord.). Planejamento estratégico e competitividade na saúde. São Paulo: Saraiva, 2015.



ESTRATEGIAS PARA RETENÇÃO DE TALENTOS E MELHORIA DO DESEMPENHO DA EQUIPE DE FISIOTERAPIA EM CARDIOPEDIATRIA

Erica de Freitas Amorim, Luzia Noriko Takahashi, Gizela Galacho, Marisa Moraes Regenga

Introdução

A população da UTI Cardiopediátrica do HCor – ASS, é composta por pacientes cardiopatas congênitos de alta complexidade cujo planejamento e execução do cuidado requer alto nível de especialização. A ausência de uma capacitação específica no mercado gera profissionais sem treinamento específico para manejo dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva Cardiopediátrica. A uniformidade na qualidade da assistência é adquirida somente com longo tempo de casa. A falta de conhecimento aprofundado da fisiopatologia leva a inabilidade no atendimento desta população pelos profissionais com poucos anos de experiência, gerando insegurança na condução do atendimento, com consequente aumento do risco aos pacientes, pouca credibilidade da equipe médica e alta rotatividade no setor.

Objetivo

- Criar um projeto de capacitação específico para a Cardiopediatria que promova:
 - uniformidade no atendimento
 - maior segurança para o paciente
 - menor rotatividade de profissionais no setor
- Elaborar um programa com uma metodologia motivacional de aprendizado para ascensão profissional;
- Uniformizar o conhecimento e a assistência, aumentando a credibilidade dos profissionais perante corpo clínico;

Materiais e Métodos

1. Desenvolvido e implementado uma metodologia de treinamento prático e teórico de 6 meses, escalonado o grau de autonomia em Steps progressivos na capacitação do profissional
2. Estratificar o risco de intercorrências associadas ao atendimento fisioterapêutico, correlacionando com o grau de complexidade da doença e elencar recursos de forma segura para a terapia do paciente de alto risco, correlacionado ao tempo de formação do fisioterapeuta.

FISIOTERAPEUTA TRINEE:	ESQUEMA (desenho)	Ajuste Hemodinâmico														RESPONSÁVEL: Riosta / Andros / Mirim										
		pré cirur	pós cirur	res respi	pré cirur	pós cirur	asp at	na HAS	o	ICE	ICD	Choq ve	VM NI	V MI	las resp	coa	Atel ct	MR A	na HP	V M	VM MI	RP PI	cvr vazio	cvr cheia		
R	Princípios da Hemodinâmica																									
R	Choques																									
M	ICC																									
A	TQT																									
M	Princípios VM/ sincronismo pacot-ventilador																									
A	ADNPM																									
A	Oxigenioterapia																									
A	Posicionamento deo. e variações cl patologias																									
R	INO/NI2																									
R	SHVE-pré-op e Procedimento Híbrido																									
R	SHVE - Norwood- clássico e Sano																									
R	SHVE Norwood - Glenn																									
A	CIA																									
A	CIV																									
A	PCA																									
A	Janela Ao pulmonar																									
M	Cirurgia Fontan																									
M	Cirurgia Glenn																									
M	ECMO / CEC																									
M	OSAV balanceado e desbalanceado																									
A	HP																									
A	Coartação de aorta e int. do arco aórtico																									
A	TAF																									
M	TGA/TGA corrigida																									
R	DVSD																									
R	Atresia Tricúspede																									
M	Atresia Pulmonar																									
R	Isomerismo D e E																									
M	Estenose Pulmonar																									
R	Drenagem Anômala de veias pulmonares																									
R	Truncus																									
M	Anomalia Ebstein																									
R	Dupla via entrada VE																									
R	Drogas																									
R	Dijem anômala da coronária esquerda																									
R	VAFD																									
R	Caso clínico																									
R	Caso clínico																									
R	Caso clínico																									
R	Caso clínico																									
MAPA DE RISCO																										
A	Colocação de folha de orientações																									
A	Orientações de AVD/manuseio/orientação pais																									
A	Comunicação na UI com equipe médica																									
A	Preenchimento da capacidade funcional/metas																									
M	Atendimento fisioterapêutico IOT e EOT																									
R	Colocação da VNI																									
A	Aspiração COT/TQT																									
R	Troca de Fiação																									
A	Aspiração VAS e NT																									
R	Parâmetros ventilatórios - situações especiais																									

A - apto para atendimento sozinho

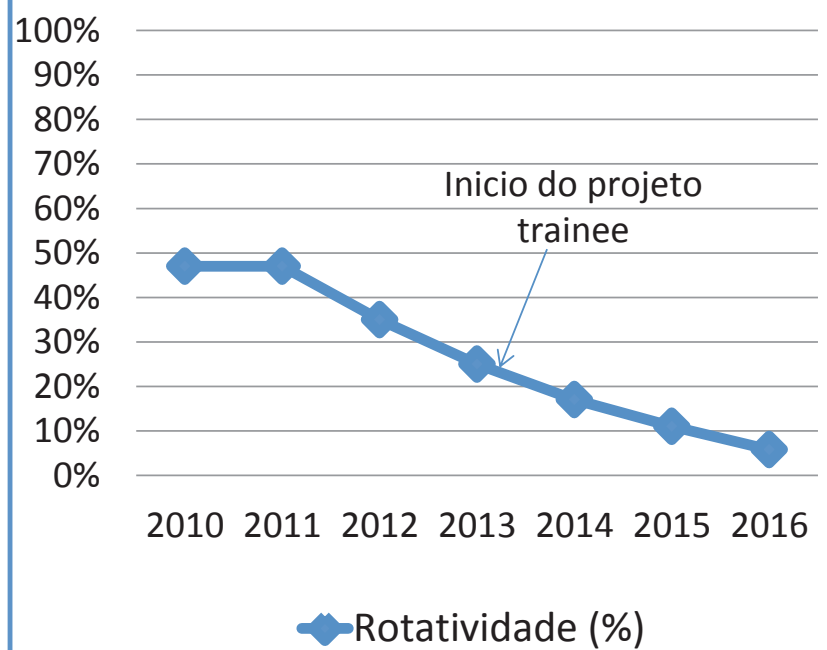
B - apto pra atendimento com fisio responsável

C - não atender

Resultados

Nos anos de 2010 a 2011 a rotatividade de capital humano equivaleu à 47%, do total da equipe. Em 2012 a rotatividade foi de 35%. Após início do projeto de capacitação, em 2013, a rotatividade diminuiu para 17%, no ano de 2014 e 11% no ano de 2015. Em 2016 a rotatividade está inferior a 5,8%.

Rotatividade (%)



Conclusão

Concluimos que o investimento em capacitar o profissional na área de cardiopediatria diminui a rotatividade no setor. Os fatores apontados para esta diminuição foram:

- Melhora da segurança no atendimento do paciente
- Aumento da credibilidade dos fisioterapeutas junto à equipe médica
- Aumento da segurança do profissional frente às tomadas de decisões para atendimento de alta complexidade.
- Ganho de motivação para o aprendizado e integração educacional de toda equipe

Referência Bibliográfica

1. Santana Furlanetto, MS Camila; SR Patrícia; PC Clovis: Teoria da Expectativa na Retenção de Talentos
2. Lévy-Leboyer, Claude: A crise das motivações, São Paulo, 1994
3. Gestão de Pessoas e a Retenção de Talentos nas Organizações. Veridiana do Rocio de O. Geraldo, Curitiba 2010, Artigo MBA em Gestão de Pessoas - RH do Centro de Pós-Graduação das Faculdades Opet, sob a orientação da Professora MSc. Jane Vechi de Souza.



Elaboração de um indicador para medição da efetividade da assistência e melhora na qualidade de vida do paciente.

Gilvania Silva; Pedro Henrique Sasaki; Melina Carmona; Marisa de Moraes Regenga.

Introdução

• **Introdução:** A construção de instrumentos de avaliação que monitore desfecho e qualidade de atendimento constitui um grande desafio na área da fisioterapia. Avaliar é diferente de acompanhar protocolos e coletar questionários. Faz-se necessário à correta compreensão das informações para uma perfeita análise e consequente gerenciamento dos dados.

• Antes da implantação deste indicador utilizávamos índices separados como avaliação da dor (escala EVA); ADM (amplitude de movimento) para a análise da função e melhora da QP (queixa principal). Havia a necessidade de se criar e ou aperfeiçoar os indicativos de desfecho.

Objetivo

• **Objetivos:** Elaborar instrumentos consistentes que demonstrassem a efetividade da assistência da fisioterapia ambulatorial, considerando o impacto do tratamento na melhora da função física, dor e da qualidade de vida dos pacientes.

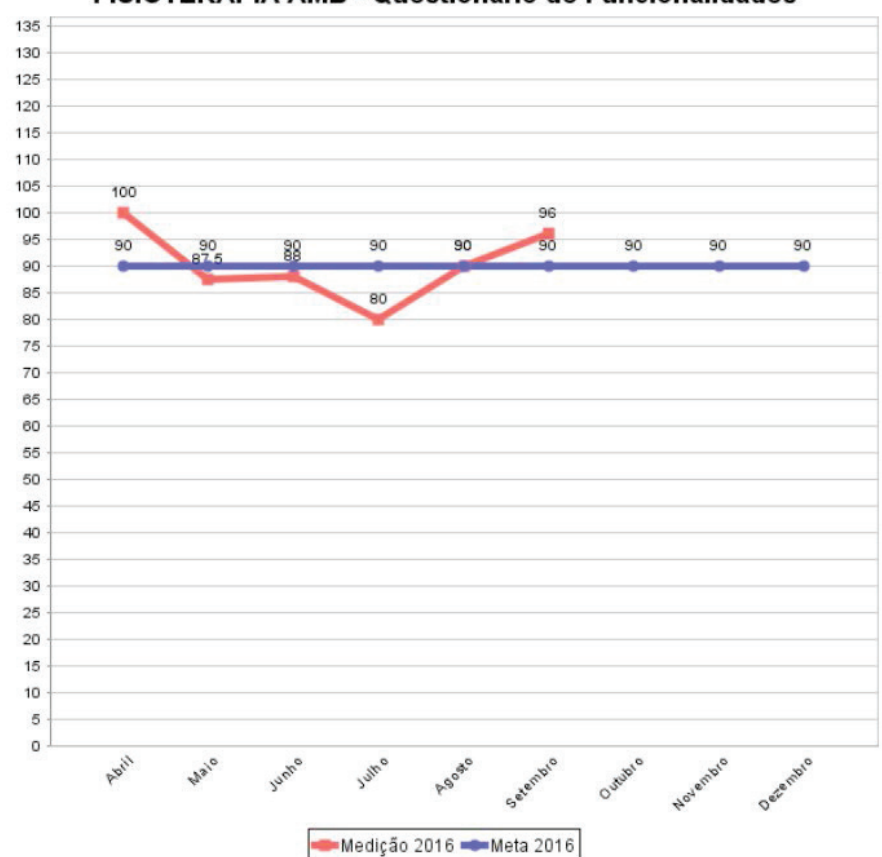
Materiais e Métodos

- 1) Levantamento bibliográfico por questionários traduzidos e validados para a língua portuguesa, que abrangessem questões relacionadas à melhora da funcionalidade e da qualidade de vida do paciente;
- 2) Seleção de questionários;
- 3) Elaboração de questionários de funcionalidade específicos, agrupando domínios distintos de 10 questionários para avaliação da função física, dor e qualidade de vida;
- 4) Elaboração da metodologia de aplicação da ferramenta;
- 5) Desenvolvimento do piloto
- 6) Implementação.

Resultados

Criamos um indicador denominado “Questionário de Funcionalidades” onde as ferramentas eram aplicadas na avaliação inicial do paciente e reaplicadas a cada dez sessões até a finalização do tratamento.

FISIOTERAPIA AMB - Questionário de Funcionalidades



Parâmetros de Filtragem	
Indicador	FISIOTERAPIA AMB - Questionário de Funcionalidades
Evolução	Crescente
Unidade de Medida	Percentual
Período da Referência	01/01/2016 até 31/12/2016

Conclusão

Concluimos que a avaliação e o gerenciamento dos dados relativos à efetividade do tratamento e consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes pode ser efetuada de forma precisa quando se utiliza instrumentos validados de mensuração de desfecho do tratamento.

O instrumento em questão é de fácil aplicação e de baixo custo e nos permite a uma análise concreta do desempenho da assistência no setor.

Referência Bibliográfica

1. Michael e. Porter, Stefan Larsson and Thomas H. Lee. *Standardizing Patient Outcomes Measurement*
2. Aline Misuzaki. *Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Foot and Ankle Outcome Score Questionnaire*



Introdução

- A dinamometria isocinética é uma avaliação que permite uma análise muscular computadorizada, onde são avaliados os possíveis desequilíbrios e déficits musculares que levam ao desgaste prematuro das articulações, proporcionando orientação e direcionamento na reabilitação e/ou treinamento muscular.
- Este aparelho, além de avaliar de forma objetiva o desempenho muscular, também permite tratar e prevenir os desequilíbrios musculares em pacientes, com ou sem lesões estabelecidas.
- Apesar da grande aplicabilidade, a utilização deste recurso historicamente se mantém restrita às avaliações, o que gera ociosidade de agenda e baixo retorno no investimento.
- Por outro lado, uma pequena parte dos pacientes com lesões osteomusculares ou neuromusculares não respondem à reabilitação convencional, prorrogando o tempo de permanência no ambulatório, comprometendo o resultado assistencial e gerando “gargalo” no fluxo ambulatorial.

Objetivo

- Desenvolver nova possibilidade terapêutica que permita maior exploração dos potenciais do equipamento, integração entre equipes e otimização de horários ociosos.

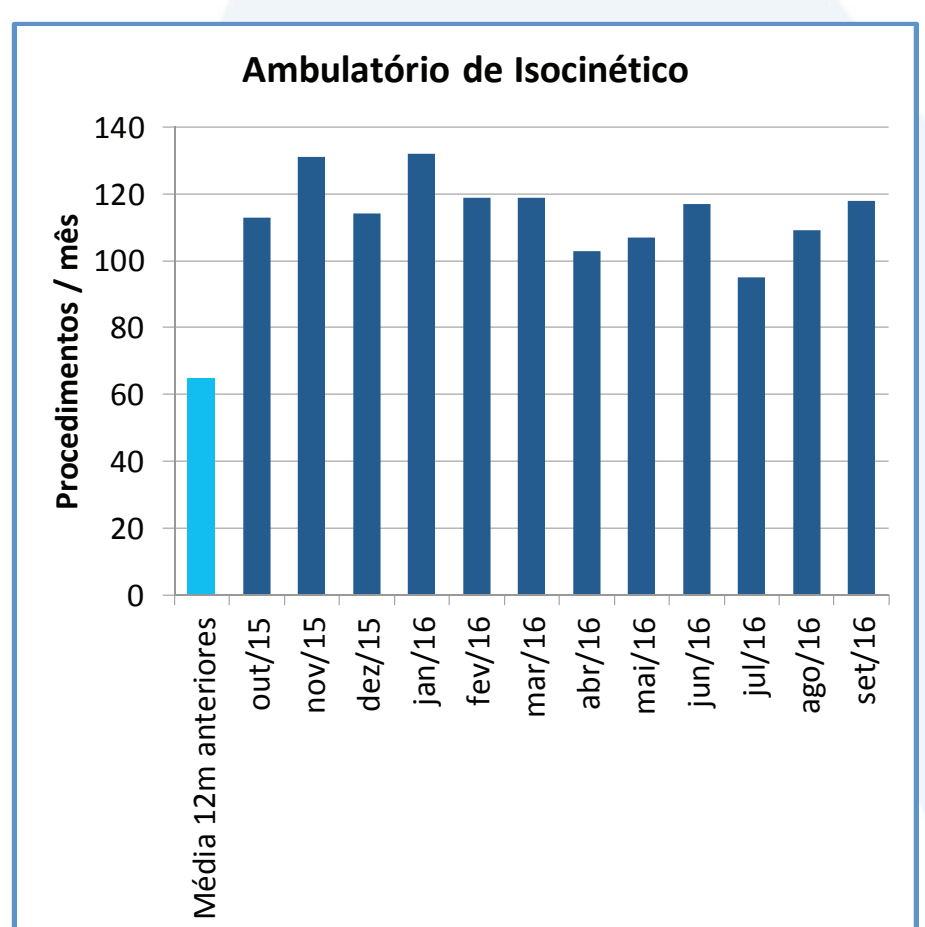
Materiais e Métodos

- 1) Análise da taxa de ocupação do serviço onde foram detectados os horários ociosos na agenda;
- 2) Levantamento na literatura para embasamento no desenvolvimento de um protocolo específico associando duas modalidades terapêuticas;
- 3) Realização de um estudo com aplicabilidade de ferramentas como *brainstorm* e 5W1H;
- 4) Elaboração e comercialização do novo produto.



Resultados

Criação do produto denominado “Terapia Combinada” onde um protocolo associando fisioterapia convencional à exercícios desenvolvidos no equipamento isocinético foi oferecido aos pacientes que não respondiam a uma reabilitação convencional.



Conclusão

Observamos que após a implementação da Terapia Combinada houve um aumento de 89,2% do número de procedimentos quando comparado a média no período pré-implantação.



Green end Yellow Cross: o impacto na qualidade assistencial de uma equipe que trabalha de forma transparente seus próprios erros em um hospital privado de Porto Alegre/RS

BELISA MARIN ALVES¹; ROBERTA BRUM SILVA²; DANIELA TENROLLER DE OLIVEIRA³; VANIA ROHSIG



1. Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
2. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
3. Coordenadora de Enfermagem – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
4. Superintendente Assistencial – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

Introdução

Introdução: Cientes de que erros e/ou quase falhas estão presentes no dia a dia das instituições de saúde, a enfermagem constitui o elo final tanto do processo de medicação quanto de cuidados assistenciais de forma transparente e educativa. Reconhecer e corrigir falhas e erros de forma coletiva em equipe e diariamente é o que definimos como “Green end Yellow Cross/ Cruz Verde e Amarela”. Na ocorrência da quase falha ou do erro é fundamental que o profissional aja com transparência e sem medo de punições. Criar estratégias que garantam a notificação dos erros, visando sua redução através do envolvimento coletivo e crítico da equipe assistencial, falar sobre seus erros, conhecer as fragilidades e atuar de forma ativa na educação e prevenção das ocorrências de falhas é o objetivo principal do Green end Yellow Cross.

Objetivo: Trabalhar com transparência nas quase falhas e/ou erros e atuar de forma coletiva e educativa nas situações recorrentes para evitar futuros erros. Valorizar as quase falhas e as ausências de eventos com a equipe assistencial.

Método

Método: um calendário, adaptado de um trabalho já existente “Green Cross”, em formato de cruz as equipes sinalizam por 30 dias no mês de maio de 2016 a cor a ser pintada conforme a descrição abaixo:

Verde: Sem eventos de falhas e/ou quase falhas;

Amarelo: Ocorreu evento (s) de quase falha;

Laranja: Ocorreu falha (s) no processo;

Vermelho: Evento adverso grave / sentinela;

Cada turno avalia o turno anterior e analisa as ocorrências que ocorreram naquele turno pintando o calendário da cor correspondente. As ocorrências são registradas em formulário eletrônico e de forma manual no livro de registros, facilitando o acesso das equipes as informações de seus eventos. Os principais registros de falhas e/ou quase falhas são trabalhados em forma de reciclagem de conhecimentos junto às equipes, retomando rotinas e processos assistenciais.

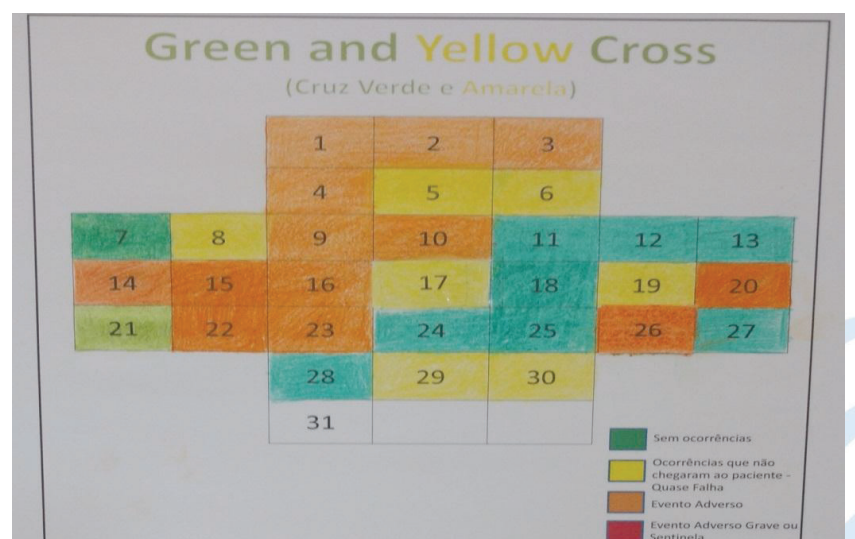
Resultado

Resultados: Situações de maior recorrência foram trabalhadas através de ações educativas, resgatando as melhores práticas assistenciais. Comparando as quinzenas, tivemos uma redução na segunda quinzena de 20% nas ocorrências de eventos adversos e de 6% nas quase falhas, impactando positivamente nos desfechos dos cuidados assistenciais.

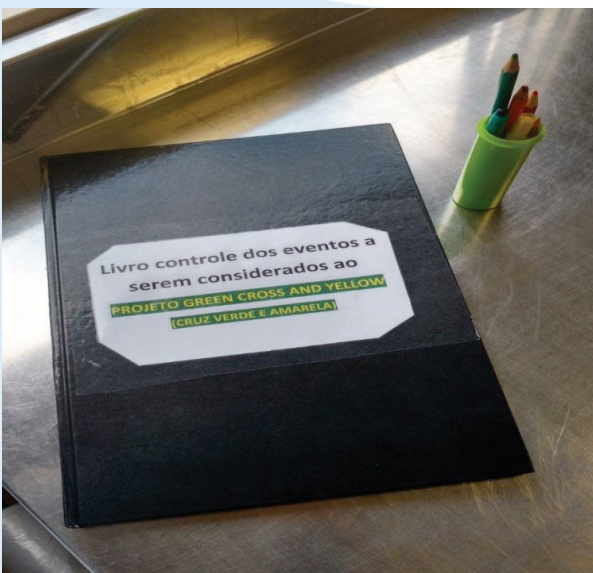
Anexo 1: Tabela comparativa redução de eventos entre as quinzenas

1ª quinzena	2ª quinzena
Eventos adversos: 53%	Eventos adversos: 33%
Quase falhas: 20%	Quase falhas: 26%
Sem eventos: 26%	Sem eventos: 33%

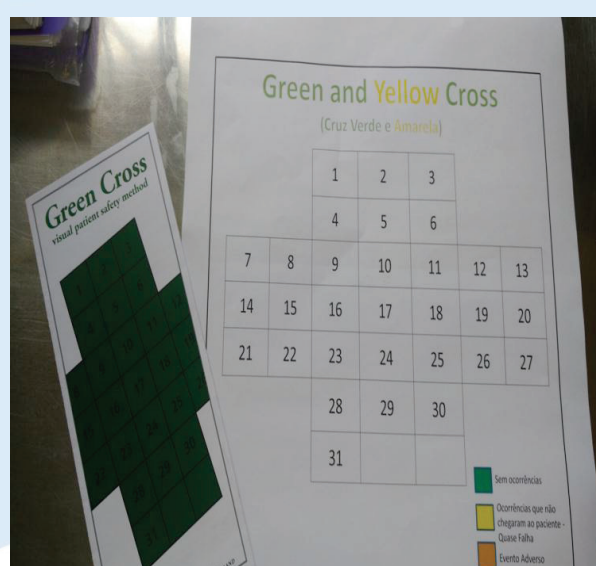
Anexo 2: Calendário em formato de Cruz



Anexo 3: Livro para detalhamento dos eventos registrados



Anexo 4: Material Explicativo



Anexo 5: Equipes discutindo sobre suas falhas em passagem de plantão assistencial



Conclusão

Conclusão: Equipes que reconhecem suas falhas e oportunidades de melhorias de forma transparente e coletiva apresentam melhores performances em suas práticas assistenciais.



Auditoria Interna da Qualidade e Segurança: Ampliando equipes e elevando o desempenho

Marcia Utimura Amino, Ana Paula B. Ménès, Cassimiro Nogueira Junior, Eliener de S. Fazio

INTRODUÇÃO

A globalização, a transformação econômica e a incorporação de novas tecnologias impulsionam a sociedade na busca da qualidade e segurança do paciente nas instituições de saúde.

O foco na manutenção da cultura de segurança exige investimentos em qualidade assistencial e processos de melhoria contínua.

A auditoria é uma das estratégias para manter o compromisso com a melhoria contínua e segurança no atendimento; fortalecendo processos de segurança e envolvendo profissionais para tratar com precisão e cuidar com excelência.

OBJETIVO

Aplicar a estratégia de Auditoria Interna de Qualidade e Segurança no processo de monitoramento da evolução dos processos de melhoria contínua.

MÉTODO

O estudo foi realizado no Hospital Alemão Oswaldo Cruz; hospital privado de grande porte, situado na cidade de São Paulo e acreditado pela JCI (Joint Commission International) desde 2009.

Optou-se pela metodologia *tracer* na busca da conformidade dos processos internos de segurança.

Em 2014, foram ministrados cursos *in company* pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, para instrumentalizar profissionais da equipe multidisciplinar.

A instituição investiu fortemente em iniciativas de capacitação, com foco no fortalecimento da área do conhecimento; de forma sistêmica e ampla envolvendo os colaboradores responsáveis pela assistência direta e também os de serviços de apoio.

RESULTADOS

Foram treinados 87 profissionais. Implementado 106 questões relacionadas aos capítulos do Manual de Padrões de Acreditação da JCI.

A média de setores auditados foi de 33 e a média de auditores participantes foi de 81 profissionais ao longo dos 03 anos.

Em 2014 houve uma média de 64%, em 2015, 65,7%, e em 2016 ultrapassamos 80% de conformidade plena.

No período de 3 anos da implantação do processo de auditoria, houve um aumento de 16% no total de conformidades e queda de 2,5% de Não Conformidades em relação a 2014.

Os capítulos que mais evoluíram no decorrer do período e contribuíram para essa melhoria foram: Educação e Qualificação de Profissionais 90,76% de conformidade, Gerenciamento e Segurança das Instalações 85,14%, Direitos dos Pacientes e Familiares 80,75%.

	(n)
Capacitação em auditoria	87 profissionais
Processos auditados*	106 processos
Setores auditados	33 setores **
Auditores Internos	81 auditores**

Tabela 1 – Características da Auditoria Interna de Qualidade e Segurança – Período: 2014-2016. HAOC. 2016

*Baseado nos padrões da JCI

** Média no período (2014-2016)

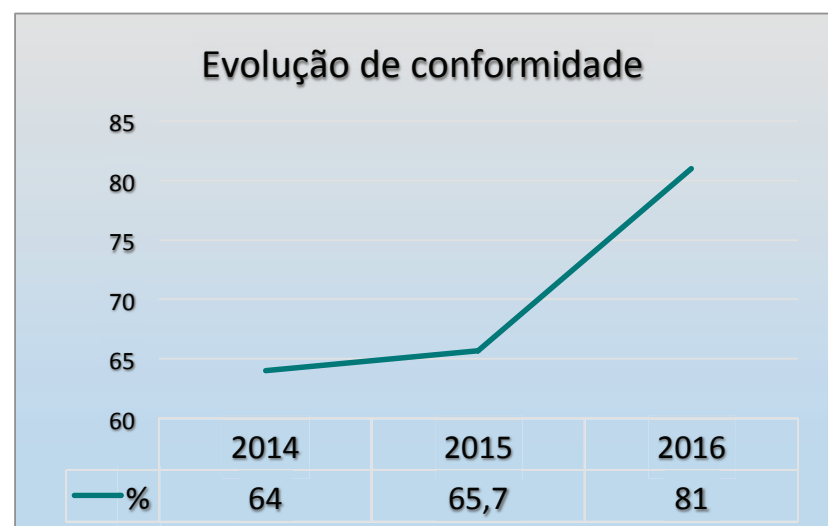


Gráfico 1 - Percentual de conformidade – Auditoria Interna de Qualidade e Segurança Período: 2014-2016. HAOC. 2016

CONCLUSÃO

O comprometimento e envolvimento da alta liderança da instituição foram fundamentais para a operacionalização do processo, influenciando questões voltadas a Cultura de Segurança Organizacional. Os profissionais dedicam-se à melhoria dos processos junto as suas equipes para atendimento às exigências da JCI. O processo de auditoria interna contribuiu para avaliar e aumentar a efetividade dos processos e o gerenciamento dos riscos institucionais, gerando oportunidade de melhoria, envolvendo os colaboradores da assistência direta e também os serviços de apoio e aperfeiçoamento do sistema interno de qualidade.

4º CONAHP – 16 a 18 de novembro de 2016
Contato: marcia.utimura@haoc.com.br

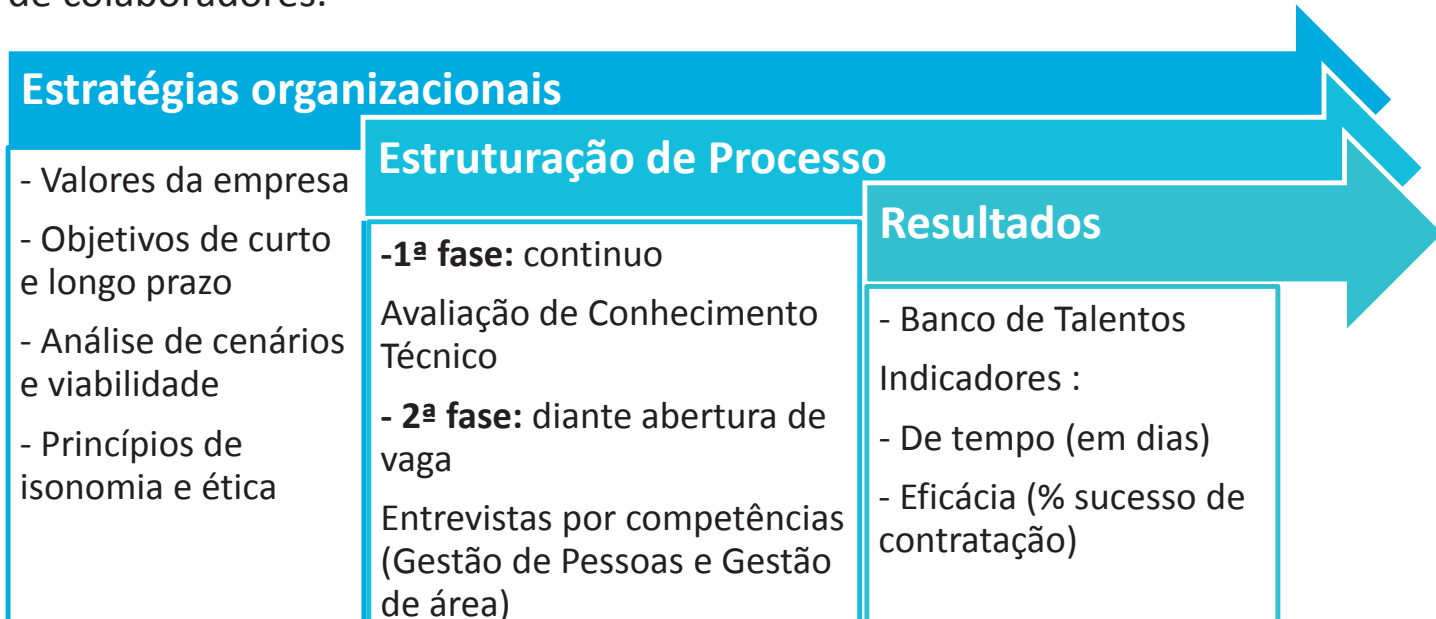


Responsabilidade Corporativa no Processo de Captação de Talentos

Autores: Souza, AL – supervisora de RH Hospital São Lucas

Estruturação do Processo Seletivo

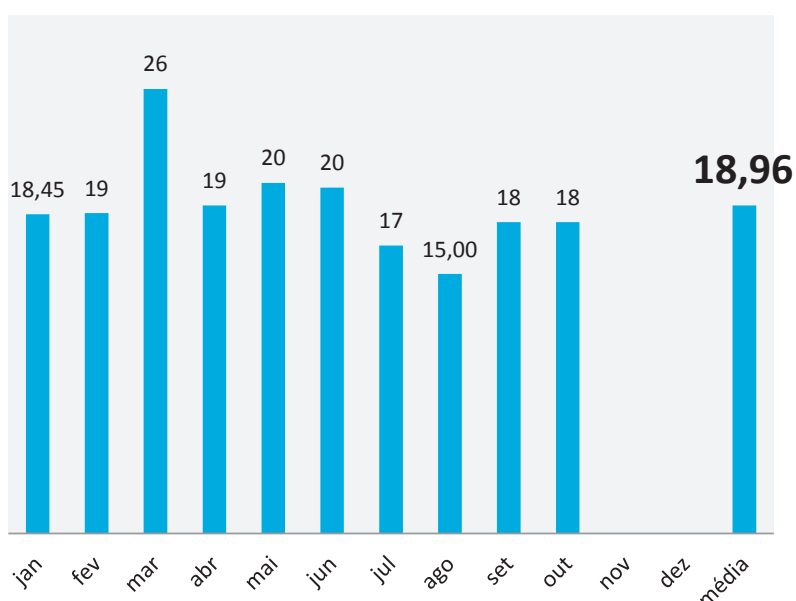
processo seletivo por competências ponderado sobre as características do segmento e o foco no *core business*; avaliado constantemente para identificar áreas críticas para atração, seleção e retenção de colaboradores.



Acompanhamento de resultados

Tempo médio para contratar se reduziu em 20% em 2015 e 9% em 2016 (média de 18,9 dias da abertura de vaga ao início do novo colaborador) e a eficácia de contratação cresceu em 30% comparado a antes de estruturação.

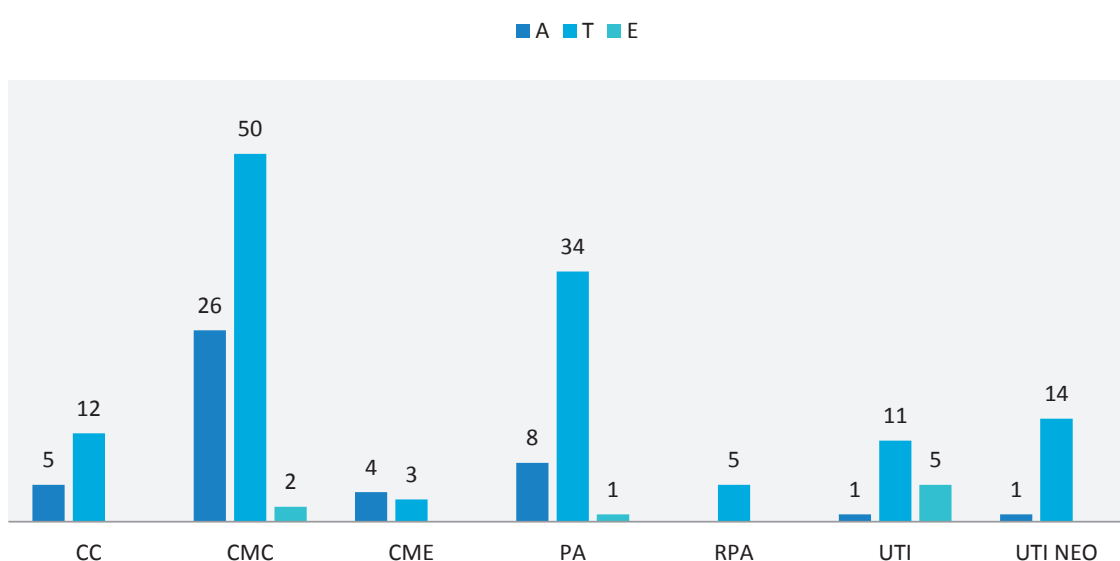
Tempo médio de reposição (em dias)



Período (2016)	Taxa de eficácia R&S (aprovados em experiência)
1º trimestre	76%
2º trimestre	80%
3º trimestre	83%

Cargos-chave: o **Banco de Talentos** (composto por candidatos à espera de oportunidade) tem número significativo. Sua distribuição apresentou também a dificuldade de profissionais para Centro Cirúrgico (CC) e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), ambos em 9% do Banco.

Distribuição - Banco de Talentos Assistência (n. 182)



Conclusões:

- Estrutura refletiu sucesso maior em seleção;
- diferenças de seleção conforme área e setor: mais crítico para Assistência e dentre esses setores, captação crítica para UTI e CC por formação deficitária. Para Clínica Médica e Pronto Atendimento, há dificuldade de contratação por comportamentos e competências diversas;
- Banco de Talentos foi apoio para redução do tempo e eficácia de contratação.





SUSTENTABILIDADE



Aprendendo a trabalhar como Rede Mater Dei: relação ideal recursos humanos x demanda

Salvador, H.M.¹; Sacchetto, M.S.C.²; Oliveira, S.M.L.³; Santos, T.V.S.⁴

¹Presidente da Rede Mater Dei de Saúde, ²Superintendente de Gestão de Pessoas,

³Superintendente Administrativa, ⁴Gerente de Gestão de Pessoas

Introdução e Objetivo

Considerando a sazonalidade na área hospitalar e abertura de nova unidade do Hospital Mater Dei em 2014, foi necessário trabalharmos como REDE. Para mantermos a sustentabilidade e evitar a duplicação de uma estrutura frente a uma demanda, atuamos com eficiência no manejo de recursos na Rede Mater Dei. Utilizamos o Compartilhamento Sistemático e Centralizado de recursos humanos. Diminuindo a capacidade ociosa e desperdício, otimizando o atendimento da demanda e produção, sempre tendo como premissa a missão do Compromisso com a Qualidade pela Vida.

Métodos

Criou-se o Comitê de Produtividade e o PCP (Planejamento e Controle da Produção), que centralizam a análise "demanda x recursos humanos alocados", constroem as melhores práticas e melhoria contínua. O uso do Portal de Gestão Dinâmica de Recursos x Ocupação indica os remanejamentos necessários, que são avaliados em tempo real utilizando também a alocação de horas de enfermagem pelas demandas dos pacientes, baseadas na classificação de Fugulin. Os remanejamentos são feitos embasados numa multifuncionalidade construída desde a descrição do cargo, contratação e treinamento, para áreas afins. O Comitê de Produtividade analisa as contratações x processos setoriais e demanda. O impacto foi medido através do banco de horas, horas extras, horas de remanejamento, tendo como controle a variação de demanda, comparando o 1º semestre/2016 com o mesmo período de 2015.

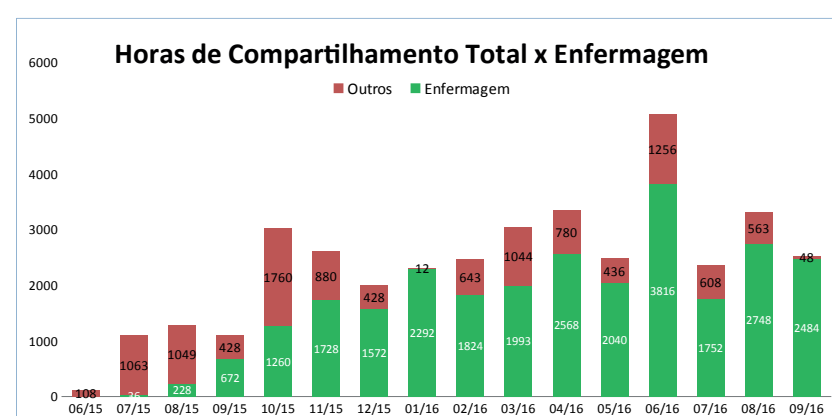
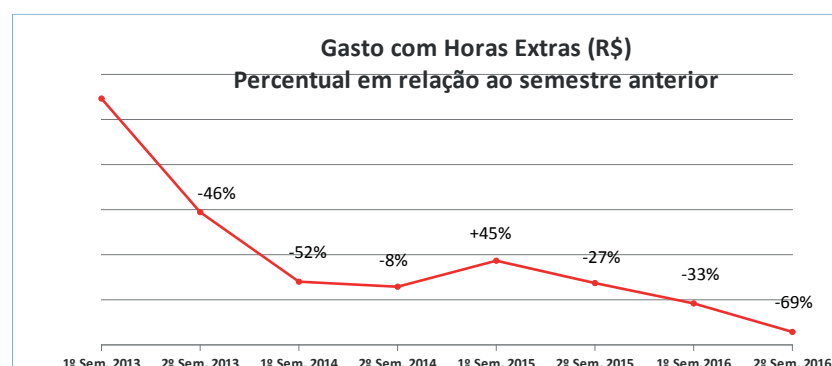
Resultados

As horas de remanejamento foram de 11104 (2ºsem/2015) para 18705 (1º sem/2016) representando

aumento de 41%. Gasto com horas extras teve redução de 33% no mesmo período. A atuação do Comitê de Produtividade racionalizou 25% das solicitações previstas, economizando neste ano R\$ 1.032.447,00.

Conclusão

No 1º semestre de 2016, quando comparado ao mesmo período de 2015, a implantação da prática sistematizada e centralizada de remanejamentos de recursos humanos na Rede Mater Dei de Saúde permitiu racionalizar tanto a contratação, quanto a alocação de recursos humanos adequada à demanda sazonal, contribuindo para a sustentabilidade na expansão.



Reduções do Comitê de Produtividade

Total solicitado	Aprovado	Diferença
235	177 colaboradores, estagiários e acadêmicos	58 colaboradores, estagiários e acadêmicos
Não Aprovado pelo Comitê	Deixamos de gastar: Mensal	Deixamos de gastar: Anual
58	R\$ 144.868	R\$ 1.032.447



4º CONAHP

Congresso Nacional de Hospitais Privados

WTC | São Paulo – SP

16 a 18 de novembro de 2016

SOLLIS
SOLUÇÕES INTEGRADAS À SAÚDE

GESTÃO DA SAÚDE POPULACIONAL ATRAVÉS DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA PELA INTEGRAÇÃO DOS TRÊS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.

INTRODUÇÃO

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos¹. Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde^{2,5-7}. Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis⁸. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação.

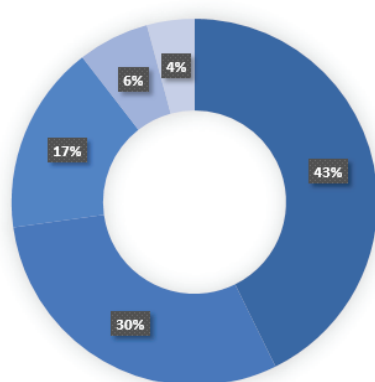
OBJETIVOS

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

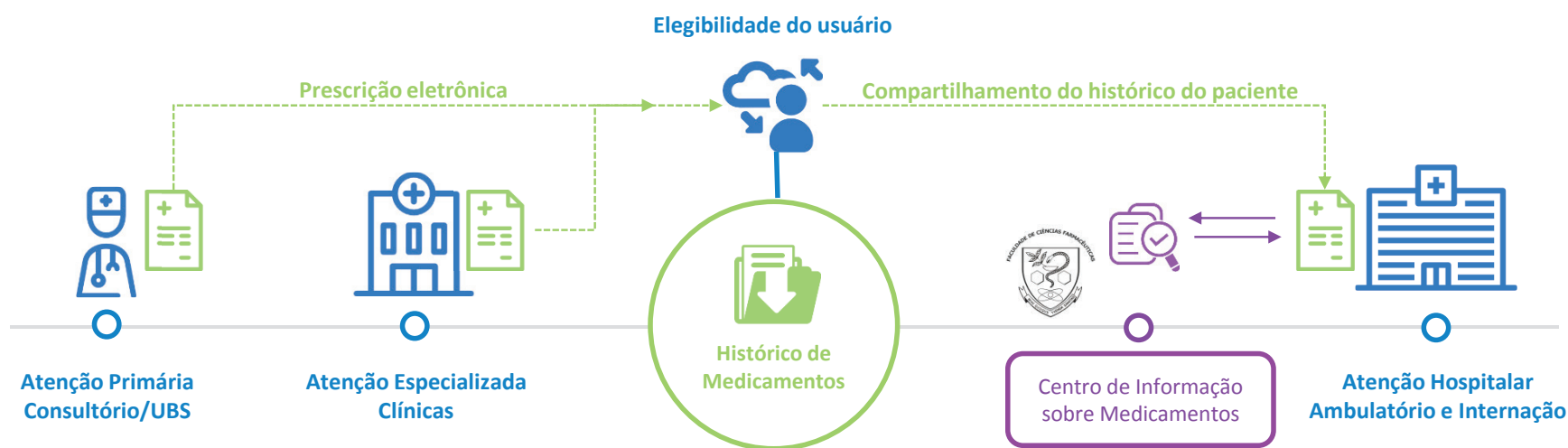
MÉTODOS

A incorporação de princípios para reduzir erros, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos (atenção básica) e desenvolvendo padrões reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação (prescrição eletrônica) e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento (assistência farmacêutica).

ERROS DE MEDICAÇÃO POR ETAPA
CNMM - Dez 2005 a Abr 2008



%	DESCRIÇÃO	
42,7	ADMINISTRAÇÃO	1
30,1	PRESCRIÇÃO	2
16,7	DISPENSAÇÃO	3
6,3	MISTURA / PREPARO	4
4,2	NÃO INFORMADO	5
100	TOTAL	



RESULTADOS

A prescrição eletrônica possibilita a redução de eventos adversos a medicamentos em até 80%. Com a mudança para modelos de saúde com base no valor, cada prestador de todo o sistema de saúde precisa de uma melhor informação para gerir eficazmente a saúde das populações de pacientes. O compartilhamento de informações da atenção básica através do nosso serviço fornece uma visão mais completa do histórico de medicação dos pacientes, permitindo uma maior visibilidade para sua saúde em geral, e melhorando em última análise, a qualidade dos cuidados para pacientes em todo o país.

AUTORES

Carlos Eli Ribeiro
Caio Gonçalves Ribeiro
Fernanda Caffagni Guedes Pires

CONCLUSÃO

A articulação entre o hospital e outros serviços de saúde, com foco no uso de medicamentos, ocorre eventualmente e, em geral, é restrita à viabilização de acesso aos medicamentos prescritos na alta, não abrangendo iniciativas de integração para transferência de informações acuradas e completas para a continuidade do tratamento, nem para o seguimento do paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Aspden P. et al. (ed.). Committee on identifying and preventing medication errors. preventing medication errors. institute of medicine of the national academies. Washington, DC: The National Academies Press, 2007; 544 p. (Quality Chasm Series). 2. Landrigan CP. et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med, Boston. 2010; 363(22):2124-34. 3. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what we have learned? Ann Intern Med, Philadelphia. 2000; 132(9):763-767. 4. Leape LL, et al. The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med, Boston. 1991; 324(6):377-384. 5. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. Lancet, London. 1998; 351(9103):643-644. 6. Padronização de Medicamentos – Projeto PIPE/FAPESP (SOLLIS): <http://www.bv.fapesp.br/pt/bolsas/164347/desenvolvimento-de-base-inovadora-de-informacao-sobre-medicamentos-integrada-aos-sistemas-publico-e/> 7. Suporte Eletrônico para Prescrição – Plataforma SOLLIS: http://www.sborl.org.br/secao_detalhes.asp?s=51&id=4243 8. Atividades Clínicas dos Farmacêuticos – CIM/FARMUSP: http://www.fcf.usp.br/arquivos/departamentos/FARMUSP/Bases%20Conceituais%20do%20Modelo%20inovador%20da%20FARMUSP_Farma%CC%81cia%20Universit%C3%A1ria%20da%20FCF-USP_19.05.2015.pdf



Julio Marcel dos Santos¹, Claudio Zancan², Anne Karolyne Barros Aguiar³,

Palavras Chave: Análise de Redes Sociais, Serviços na Saúde, Inovação em Políticas Públicas.

Introdução

As Análise de Redes Sociais – ARS é considerado um sistema de redes, é basicamente composições que sejam tanto de pessoas quanto de organizações e como funciona a ligação das mesmas entre si, então esse método auxilia na melhoria e na inovação da gestão desenvolvendo maneiras praticas e eficazes das mesmas, então a pesquisa teve o intuito de identificar características de políticas públicas de saúde nos municípios alagoanos por meio de indicadores contidos na análise de redes sociais, visando à difusão das práticas inovadoras de gestão neste setor.

Resultados e Discussão

Exploratória-qualitativa: Identificar os municípios alagoanos com base nos indicadores: Localização; Dados do gestor responsável pelo setor de saúde (nome, função e tempo de atuação); Número de colaboradores diretos; Tipos de serviço de saúde oferecidos.

Descritiva-quantitativa: Mapear e comparar as estruturas de relacionamentos percebidos a partir de semelhanças encontradas entre municípios mapeados, com base nos indicadores: Estruturais: forma, tamanho, distância geodésica e diâmetro da rede; Posicionais: equivalência estrutural; Relacionais: Coesão; Centralidade: grau de entrada e saída, proximidade e intermediação.

Quadro 1. As técnicas de Análise de Redes Sociais-ARS

Técnicas de ARS	Derivações do conceito	Autores analisados
Medidas estruturais	Centralidade de grau de entrada e saída, proximidade e intermediação, para atores e grupos de atores, densidade da rede, transitividade e coesão social (n-clique, k-plexes, LS Sets e Lambda Set).	Freeman (1979), Hanneman (2001), Hanneman e Riddle (2005) Scotte (2000), Wasserman e Faust (1994), Everett e Borgatti (2005), Pinto e Junqueira (2009), Rossini Hocayen-da-Silva e Ferreira Jr (2008).
Papéis e Posições	Equivalência estrutural, equivalência regular, Análise de Cluster e Análise de Blockmodels.	
Análise estatística	Estatísticas descritivas uni e multivariadas a respeito das características dos atores ou grupos.	

Fonte: elaborado pelos autores.

Os critérios utilizados para escolher as organizações foram: embasamento na região política, estado geográfico de localização e serviços de saúde dentro do estado alagoano. Os serviços oferecidos que foram detectados para análise da pesquisa foi o Mamógrafo com comando simples, Mamógrafo com estéreo-taxia, Raio X para densitometria óssea, Tomógrafo, Ressonância magnética, Ultrassom doppler colorido, Eletrocardiógrafo, Eletroencefalógrafo, Equipamento de hemodiálise, Raio X até 100mA, Raio X de 100 a 500mA, Raio X mais de 500mA. Mediante as pesquisas com auxílio do software UNCINET, foi possível verificar a imagem de cada rede e averiguar a densidade, o grau de centralidade e os subgrupos criados pela ligação entre os municípios alagoanos e seus serviços de saúde ofertados. Como por exemplo:

Figura 1. Raio X até 100mA; e Figura 2. Ultrassom com doppler colorido. Nota: Imagens produzidas pelo UNCINET

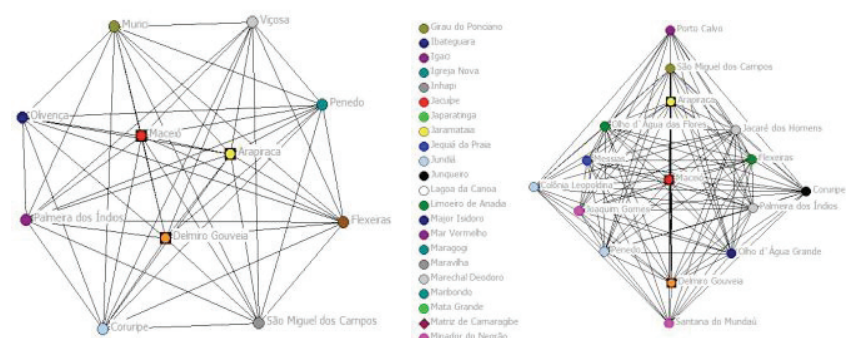


Tabela 1. Dados do Raio X até 100mA.

DENSIDADE	GRAU DE CENTRALIDADE	SUBGRUPOS
0,010	8,96%	Arapiraca – com 20 municípios / Maceió – com 11 municípios / Delmiro Gouvêa – com 4 municípios

Tabela 2. Dados do Ultrassom com doppler colorido.

DENSIDADE	GRAU DE CENTRALIDADE	SUBGRUPOS
0,023	12646%	Arapiraca – com 18 municípios / Maceió com 19 municípios / Delmiro Gouvêia com 4 municípios

Conclusões

A análise das redes sociais é um instrumento que auxilia no conhecimento das influências mútuas em qualquer classe de indivíduos, sendo de preferência dados qualitativos, ao invés de quantitativos, então isso faz com que se apresentem os dados das interações, no caso da pesquisa, do serviço público de saúde de uma maneira mais dinâmica. Então, por meio do estudo realizado, foram utilizadas três ferramentas, grau de centralização, que um município esta ligado a todos os nós e os demais terão que passar pelo nó central para poder se conectar aos outros. Com isso, um dos pontos interessante em análise dos serviços de saúde é a descoberta dos atores centrais como o Eletrocardiógrafo como o mais central, seguido de Ultrassom dopple colorido e Raio X de 100, isto porque estão presentes na maioria dos municípios alagoanos com respectivamente 24,98%, 12,65% e 11,22%, e os serviços antagônicos sendo correspondidos pelos de Ressonância magnética com representatividade de apenas. Já a densidade é uma ferramenta que ampara para que seja visto se é alta ou baixa a conectividade da rede, sendo válido ressaltar que se destaca o Eletrocardiógrafo com 0.238, logo após a Ultrassom com doppler com 0.023 e em terceiro o Raio X de 100 mA à 500mA com 0.018 de densidade, ou seja, conectividade.

Por fim, mediante as pesquisas elaboradas, ficou notório o quão o serviço de saúde pública oferecido no estado de Alagoas ainda apresenta inúmeros déficits, mediante a análise de redes sociais se torna mais dinâmico para que os gestores consigam vislumbrar muitas falhas encontradas no sistema de saúde, para que possam trabalhar em suas melhorias e melhor atender a demanda da população alagoana.

REFERÊNCIAS

- FREEMAN, L. C. Centrality in Social Networks: Conceptual clarification. **Social Networks**, v.1, p.215-239, 1979.
- WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: Methods and Applications**. New York: Cambridge Press, 1
- NELSON, R. O uso da Análise de Redes Sócios no estudo das estruturas organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, v.24, n.4, p.150-157, 1984.
- PINTO, A. M. G.; JUNQUEIRA, L. A. P. Relações de poder em uma rede do terceiro setor: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v.43, n.5, p.1091-1116, 2009.



ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE DO PROTOCOLO DE FRATURA EXPOSTA DE UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Vanessa Schultz¹, Ana Paula Sueiro de Oliveira¹, Priscila de Souza Ávila Pereira¹,
Rafael Lima Silva¹

¹Hospital de Pronto Socorro de Canoas/RS

INTRODUÇÃO

Os desafios dos sistemas de saúde hoje são vários, principalmente os relacionados aos custos relacionados a assistência à saúde que se não forem adequadamente alocados podem causar danos financeiros importantes às instituições de saúde, principalmente em se tratando do sistema público de saúde. A análise de custo efetividade está sendo aplicada muito com novas tecnologias que vem sendo incorporadas na saúde através da ANVISA. No entanto esta análise de custo-efetividade pode ser aplicada na gestão dos recursos das instituições de saúde, visando reduzir custos mantendo-se a qualidade e segurança assistencial.

OBJETIVO

Identificou-se que o custo com tratamento instituído pelo protocolo de fratura exposta tinha um impacto econômico importante em nossa instituição, por tratar-se de hospital referência em trauma e com financiamento público integral. Portanto o objetivo desta intervenção foi reduzir o custo com o tratamento definido para tratamento de fratura exposta sem impactar na eficácia do protocolo.

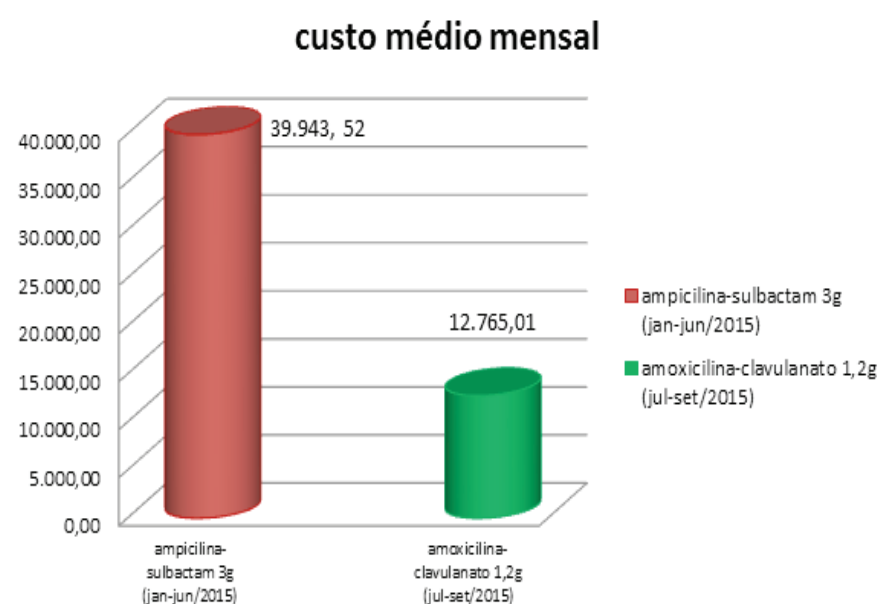
MÉTODOS

Em junho de 2014, ocorreu a reformulação e implantação do novo protocolo de fratura exposta utilizado no Hospital de Pronto Socorro de Canoas. Nesta ocasião ficou estabelecido, que para as fraturas de grau II e III ou fraturas expostas com lesões extensas de pele e partes moles, o antibiótico de escolha seria a ampicilina-sulbactam na dose de 3g a cada 6 horas com duração de 14 dias. Em 2015, no entanto, houve um aumento de 7x no valor médio da ampola do antibiótico o que impactou fortemente na receita da instituição que tem por essência o atendimento ao trauma.

Portanto, visando a saúde financeira do hospital assim como manter-se a eficácia do tratamento antimicrobiano das fraturas exposta, o serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) optou por substituir o antibiótico escolhido inicialmente, por outro que apresentasse mesmo espectro de ação e menor custo. Neste contexto, foi optado pelo uso de amoxicilina-clavulanato na dose de 1,2g a cada 8 horas de 3 a 14 dias conforme o tipo de fratura.

RESULTADOS

No primeiro semestre de 2015 (janeiro a junho), houve um custo médio mensal com o uso de ampicilina-sulbactam 3g de R\$ 39.943,52. Após a troca por amoxicilina-clavulanato 1,2g, em três meses o valor médio mensal gasto pelo hospital foi de R\$ 12.765,01. Portanto houve uma queda de 68% no custo médio mensal gasto com o protocolo, sem impactar na eficácia terapêutica do mesmo e sem prejuízo para a segurança do paciente.



CONCLUSÃO

A avaliação de custo-efetividade adequada dos recursos disponíveis no SUS tem um grande impacto econômico, não comprometendo a qualidade e segurança assistencial oferecida aos usuários deste sistema.

OTIMIZAR PARA SUSTENTAR

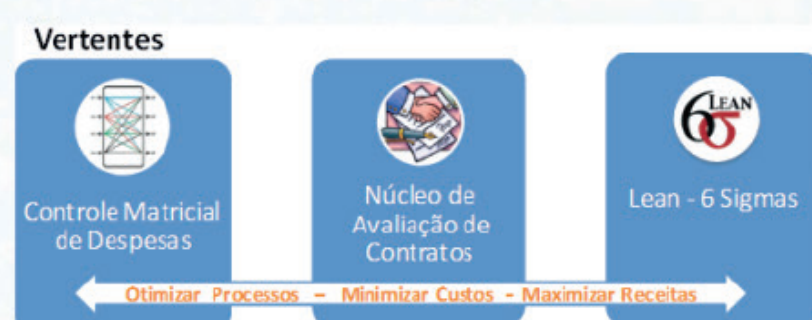
Marcelo Bretas Zambom; Jonatan Martins Ribeiro
Andre Luiz Nani Ribeiro; Renato Prado

INTRODUÇÃO: Frente a desaceleração da economia e da queda nas vendas de produtos e serviços a FSFX implantou em 2010 o Programa Otimizar para Sustentar que envolve todos os colaboradores e profissionais parceiros da instituição

OBJETIVO: Identificar oportunidades de redução dos custos visando à sustentabilidade da instituição. Evitar desperdícios, minimizar custos e despesas, otimizar processos e maximizar receitas, culminando em melhores resultados institucionais, sempre melhorando a qualidade dos serviços prestados, tendo o cliente como foco principal.

MÉTODOS: O programa considera três vertentes:

- ▶ Contas matriciais: Contas de despesas distribuídas entre colaboradores que passam a monitorá-las e a trabalhar no controle das mesmas por meio de projetos, campanhas.
- ▶ Núcleo de Avaliação de Contratos (NAC): colaboradores que são destacados para analisar contratos estratégicos a fim de melhorar os resultados destes, tanto contratos de compra como de venda;
- ▶ Projetos Lean Six Sigma: Inicialmente 24 colaboradores foram capacitados nesta metodologia como Green Belts e 1 como Black Belt para trabalhar com os processos estratégicos da instituição buscando deixá-los menos onerosos e com maior qualidade.

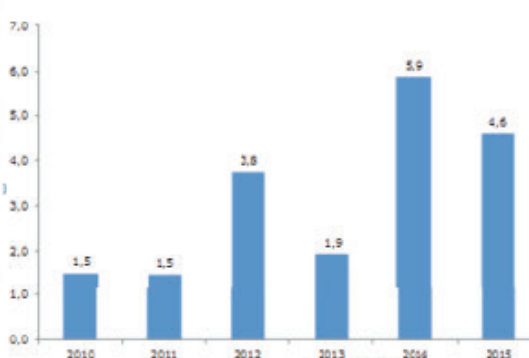


O programa possui ciclos anuais onde são definidos os gestores das contas matriciais, os responsáveis pelo NAC e os projetos Lean e seus respectivos líderes. O acompanhamento é feito por reuniões mensais junto à Diretoria e através da gestão à vista (painéis distribuídos pela instituição onde são apresentados os resultados).

RESULTADOS: O Otimizar apresentou um resultado financeiro acumulado de R\$19,2 milhões em seus seis primeiros anos, decorrentes de ações de redução de custos, como substituições/padronizações de medicamentos e/ou materiais hospitalares. A partir da atuação do NAC observamos alterações em modelos contratuais e em formas de faturamento. Já com os projetos Lean percebemos otimizações nos processos de alta hospitalar, quimioterapia, logística administrativa e nos fluxos dos atendimentos ambulatoriais.

Programa Otimizar para Sustentar

Otimização de custos e incrementos de receitas, sem perder a qualidade dos serviços prestados.



Fonte: Sistema de Gestão/ Gerência de Planejamento & Controle

Nota:
2010 e 2011 = contas produtivas
2012 = 2012 = contas produtivas + despesas administrativas
2014 = contas produtivas + despesas administrativas + receita
2015 = contas produtivas + despesas administrativas + receita



CONCLUSÃO: Diante de um cenário econômico adverso, o programa Otimizar permite à alta direção garantir serviços de qualidade aos clientes utilizando processos otimizados, com custos menores e com menor utilização de recursos. Com isto é possível obter melhores resultados que podem ser revertidos em investimentos na própria instituição, garantido assim sua perenidade.

HMC HOSPITAL
MÁRCIO CUNHA

FSFX FUNDAÇÃO
SÃO FRANCISCO
XAVIER



USIFAMÍLIA – UM MODELO INOVADOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Fernanda Ferreira Monteiro de Souza; Maria Borba de Oliveira Claret; Caroline de Faria Fontes Barros

INTRODUÇÃO: O modelo assistencial vigente nas operadoras de saúde apresenta limitações importantes, como: baixa resolutividade, atenção ao paciente fragmentada, vinculação médico paciente precária e alta utilização assistencial. Neste cenário, a Fundação São Francisco Xavier desenvolveu o Programa Usifamília, um modelo de atenção integral à saúde, alicerçada nas premissas da atenção primária e na atenção a saúde do idoso, como estratégia para contribuir com a sustentabilidade do negócio, agregando valor e qualidade ao atendimento de saúde.

OBJETIVO: O Usifamília é uma unidade voltada para responder de forma contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde dos beneficiários, integrando ações preventivas e curativas. Tem como objetivo oferecer um cuidado assistencial qualificado, capaz de reduzir desperdícios, de fidelizar nossos clientes e promover a sustentabilidade da instituição.

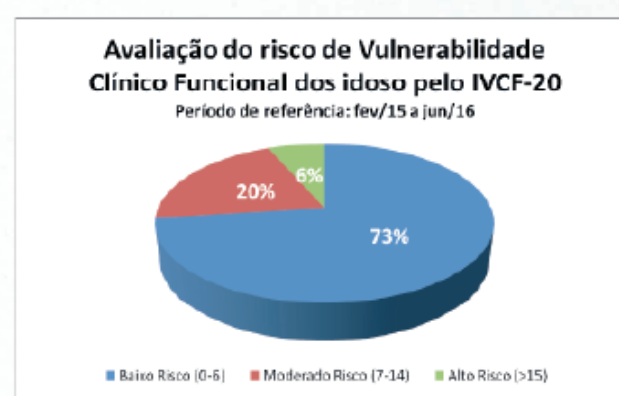
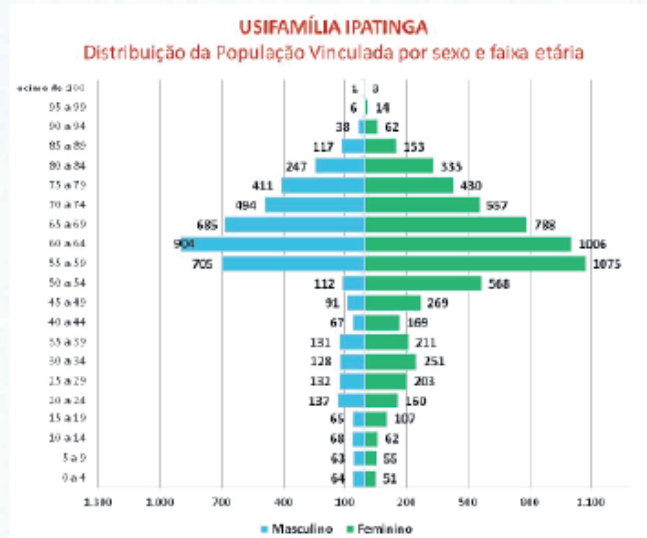
MÉTODOS: Para a estruturação do Usifamília buscamos referências de serviços de excelência em Atenção Primária para planejar cada etapa: definição do público alvo; escolha da localização; organização do espaço físico; seleção dos profissionais da equipe multidisciplinar; capacitação; definição das ferramentas clínicas e do fluxo operacional. O público alvo baseou-se na associação dos critérios: beneficiários acima de 60 anos, com maior custo assistencial, com internações recorrentes e com múltiplas passagens em pronto atendimento no último ano, e o respectivo grupo familiar. A unidade foi implantada no Hospital Marcio Cunha II, com capacidade para atender até 15 mil vidas. Os ambientes foram projetados para os novos fluxos de atendimento, por meio de um projeto arquitetônico com foco na humanização.

RESULTADOS: Todo beneficiário participante do Usifamília é convidado a responder um inquérito epidemiológico de saúde, que auxilia as equipes na definição das intervenções requeridas. O Usifamília coletou no período de dezembro/2014 a junho/2016, as informações de perfil de risco e doenças de 10.628, o que corresponde a 95% dos beneficiários vinculados ao serviço.

Além do Inquérito Epidemiológico, a equipe iniciou em fevereiro/2015 a aplicação do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional nos beneficiários com 60 anos ou mais, para identificação do idoso com maior risco de dependência funcional, institucionalização e óbito. O Usifamília avaliou no período de fevereiro/2015 a junho/2016 4.888 idosos pelo IVCF-20, o que corresponde a 79% dos beneficiários vinculados ao serviço neste período.

O serviço obteve um retorno de 50% do valor total investido, com uma economia direta de R\$ 2.748.194,84. Obteve também: redução de 18,3% no custo assistencial total e per capita ($P=0.0000$), redução de 35,9% na taxa de internação ($P=0.0000$) e redução de 9,1% no número de consultas em pronto atendimento ($P=0.0012$).

CONCLUSÃO: Torna-se evidente que há um impacto significativo na redução das taxas de mortalidade e taxa de morbidade em DTV com a implantação do PTP o que corroborou para uma boa prática médica.



Comunicação segura: melhoria da segurança assistencial por instrumento informatizado de passagem de plantão de enfermagem na Rede Mater Dei de Saúde

Fontes, JB¹; Nicácio, FA²; Versiane, DH³; Maia, JS⁴

¹Gerente de enfermagem do Mater Dei Santo Agostinho, ²Gerente de enfermagem do Mater Dei Contorno, ³Coordenadora de enfermagem, ⁴Coordenadora de enfermagem

Introdução

Falhas de comunicação são comuns nas análises de erros assistenciais graves. A imensa quantidade de informações geradas no ambiente hospitalar prejudica a comunicação entre os membros da equipe assistencial. A Tecnologia da Informação (TI) pode contribuir para a redução de erros na passagem de plantão de enfermagem e melhorar a eficácia da comunicação ao evitar lacunas de memória e tratar sistematicamente informações essenciais ao cuidado, no prontuário eletrônico do paciente (PEP).

Objetivo

Avaliar os impactos, sobre a segurança assistencial, da utilização de instrumento informatizado de passagem de plantão, fundamentado no PEP.

Método

No PEP elencamos pontos de controle necessários ao acompanhamento assistencial e essenciais na garantia da continuidade da assistência na passagem de plantão entre turnos. A partir destes pontos, a TI estruturou um relatório, em tempo real, que busca no PEP o último registro de: nível de consciência, classificação dos riscos de vulnerabilidade, queda, lesão por pressão e alergia, contenção física, precauções de isolamento, acesso venoso periférico/central, drenos, curativos, eliminações, dieta, pendências de exames, medicamentos de alta vigilância (MAV) e/ou de tempo crítico, evitando comunicação informal e registros em rascunhos.

Resultado

Após a implantação do instrumento, comparando o 2º sem/2015 ao 1º sem/2016, observamos que houve redução da taxa de quedas/pacientes/dia de 0,65% para 0,48%, lesões por pressão/saídas hospitalares de 1,26% para 1,04% e maior adesão à dupla checagem de MAV (92% x 100%). Comparando o 1º trim/2016 ao 2º trim/ 2016, houve diminuição no atraso de exames laboratoriais (17% para 12%).

Conclusão

A implantação do instrumento informatizado, eliminando falhas de memória e vícios de comunicação na passagem de plantão de enfermagem, permitiu alcançar padrões mais elevados de confiabilidade e segurança no processo de passagem de plantão, aumentando a segurança assistencial com a redução de eventos assistenciais.



Implantação da linha de cuidado do acesso venoso central visando a prevenção de infecção de corrente sanguínea

Defácio, L¹; Feijó, RDF²; Siebra, JD¹; Souza, AAC¹; Pinto, JJA³

Rede D'or – São Luiz – Unidade Itaim

INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IH) são responsáveis pelo aumento na morbimortalidade, aumento do tempo de internação e elevação dos custos do tratamento. As IH associadas a dispositivos invasivos representam grande parte das IH e o monitoramento destes dispositivos é uma medida essencial para identificar desvios de qualidade da assistência, visando a prevenção das IH e gerando indicadores sobre este processo. As medidas de prevenção de IH adotadas como os *Bundles* ou pacotes, visam monitorar a adequação das medidas preconizadas para a prevenção de IH.

OBJETIVO

Avaliar a implantação da linha de cuidado do acesso venoso central.

METODOLOGIA

Trata-se de um hospital privado de 398 leitos, de caráter terciário, com 62 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto. O monitoramento dos dispositivos invasivos *online* teve início em Agosto de 2015 após a capacitação de multiplicadores e treinamento da equipe. Foram implantados *bundle* de inserção na UTI Adulto e centro cirúrgico. Foram implantados *bundle* de manutenção na UTI Adulto e clínica médica cirúrgica. A retirada desses dispositivos é avaliada diariamente pelo enfermeiro e médico da unidade e o motivo da manutenção é registrado no *bundle* de manutenção.

RESULTADO

No primeiro semestre de 2015 a Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Laboratorial Associada Cateter Venoso Central (ICSL CVC) era 3,4 x 1000 CVC-dia, no ano de 2015 a densidade de ICSL com CVC era de 2,5 x 1000 CVC-dia. Em 2016 a densidade de ICSL com CVC, até agosto, foi de 0,9 x 1000 CVC-dia.

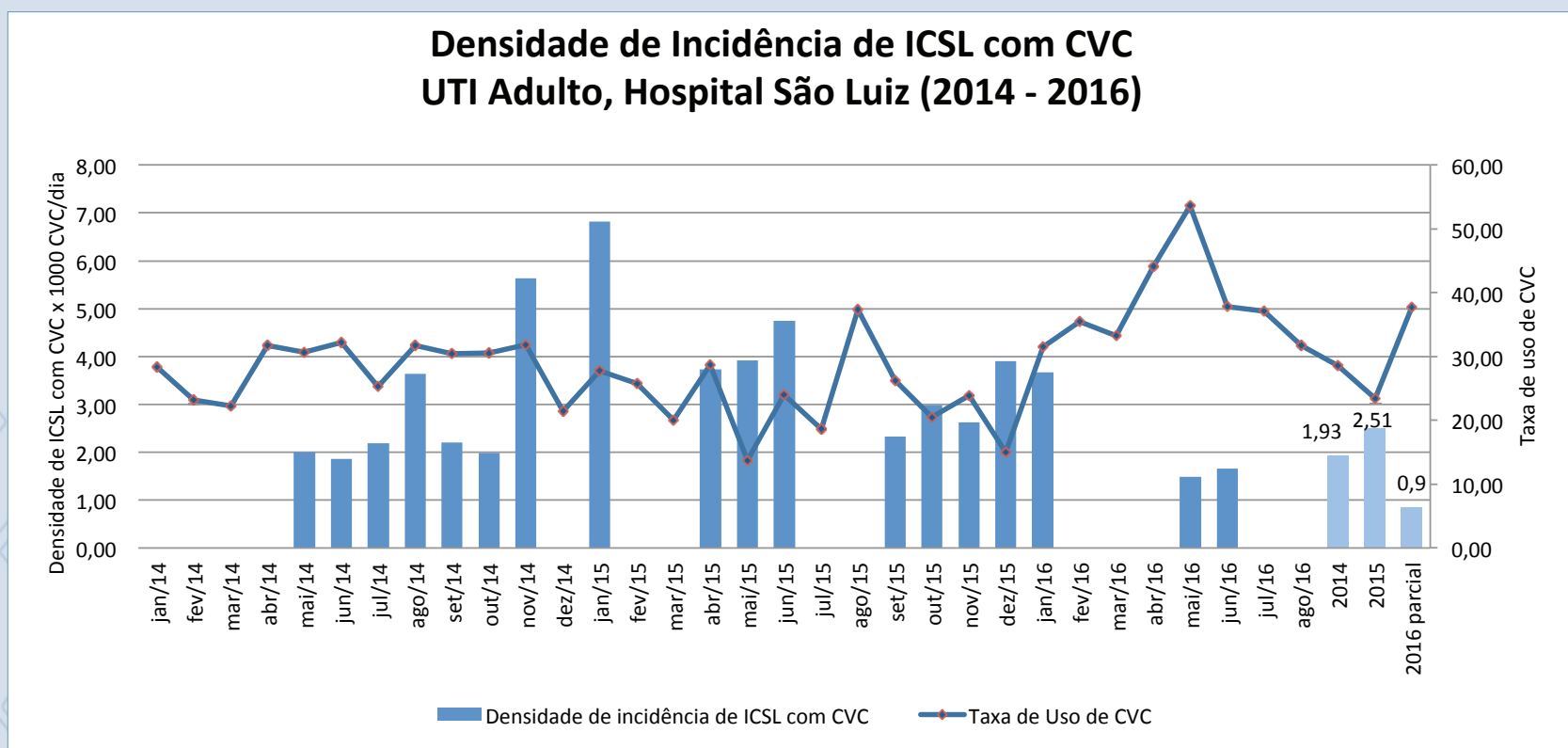


Gráfico 01 – Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central – Hospital São Luiz - Itaim, 2016.

CONCLUSÃO

A implantação da linha de cuidado do acesso venoso central visando a prevenção de infecção de corrente sanguínea obteve bons resultados através da redução da densidade de ICSL com CVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anvisa, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Volume 4, 2013.



SWITCH THERAPY: Uma análise farmacoeconomica de custo-benefício

Leandro Cardinal¹; Rodrigo Baptistella¹; Carla Fernandes¹; João G. Houly²;
¹Serviço de Farmácia / ²Diretoria Clínica – Hospital Santa Paula

INTRODUÇÃO

A modificação da antibioticoterapia intravenosa (IV) para oral (VO), prática conhecida como “*switch therapy*”, assim que os pacientes estão clinicamente estáveis deve ser considerada devido às inúmeras vantagens como redução do tempo de internação e custos associados. A estratégia de *switch therapy* vem sendo amplamente praticada nos hospitais de países desenvolvidos, porém no Brasil essa prática ainda não está consolidada.

OBJETIVO

Avaliar os pacientes internados em uso de antibióticos parenterais que poderiam se beneficiar do *switch therapy* e analisar o impacto farmacoeconômico.

METODOLOGIA

Estudo de oportunidade, observacional, retrospectivo, realizado no período de janeiro a março de 2016 em um hospital privado de São Paulo/SP. Os pacientes em uso dos antibióticos IV (daptomicina, linezolida, teicoplanina e vancomicina) para tratamento de infecções respiratórias e pele e tecidos moles, em um período ≥ 72 horas e que não apresentavam contraindicação para switch foram incluídos no estudo. Foram analisadas as características clínico-demográficas, antibiótico em uso, tempo de uso IV, tempo que poderia ter usado VO. Realizamos uma análise farmacoeconomica de custo-benefício para medir o impacto financeiro da prática de switch intra-hospitalar.

RESULTADOS

No total 184 pacientes estavam em uso de antibióticos IV, 98 (53%) pacientes foram excluídos por usar por um tempo ≤ 72 h. Para análise ficaram 86 pacientes, destes, 66 (77,%) pacientes não apresentavam critérios. 20 (23%) pacientes foram elegíveis para switch. O principal antibiótico IV em uso foi a daptomicina (55%). O tempo de uso de antibiótico foi em média 10 ± 4 dias. Em um modelo onde o paciente receberia a terapia modificada (intra-hospitalar) para via oral o tempo de uso do antibiótico IV reduziria em média 7 ± 4 dias. Os custos totais da terapia IV foram de R\$ 155.794,40.

Considerando um cenário com switch os custos seriam de R\$ 123.662,72, uma economia de R\$ **32.131,68** (Gráfico 1).

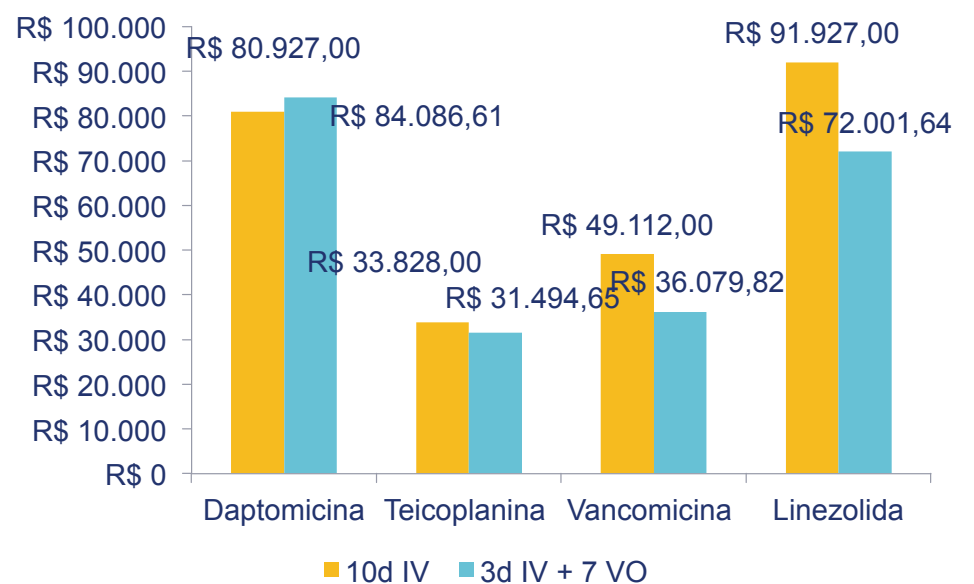


Gráfico 1 - Switch Therapy: (Intra-hospitalar)

Em um segundo cenário, considerando a desospitalização do paciente após o 3º dia de tratamento IV a economia com switch therapy seria de R\$ **102.131,68** (Gráfico 2).

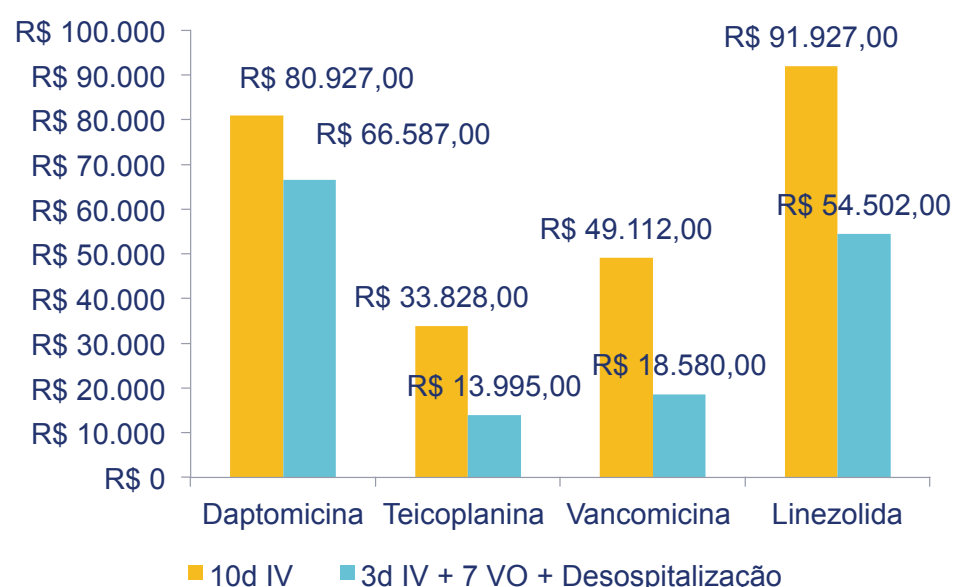


Gráfico 2 - Switch Therapy + Desospitalização)

CONCLUSÃO

Switch therapy é uma estratégia que apresenta custo-benefício, impactando significativamente na redução do tempo de internação e custos associados. A seleção adequada dos pacientes com critérios para o *Switch* através de protocolo e atuação do farmacêutico clínico em conjunto da equipe multidisciplinar são os principais fatores que levam ao sucesso dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

- Knox MC e Edey M. Adherence to Surgical Antibiotic Prophylaxis Guidelines in New South Wales, Australia: Identifying Deficiencies and Regression Analysis of Contributing Factors. *Surg Infect* (Larchmt). 2016 Apr;17(2):203-9. doi: 10.1089/sur.2015.195.
- Bratzler DW et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health Syst Pharm*. 2013 Feb 1;70(3):195-283. doi: 10.2146/ajhp120568.
- Rafati M et al. Adherence to American society of health-system pharmacists surgical antibiotic prophylaxis guidelines in a teaching hospital. *J Res Pharm Pract*. 2014 Apr;3(2):62-6. doi: 10.4103/2279-042X.137075.



ESTUDO DAS SUSPENSÕES DE CIRURGIAS HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (HC – UFTM)

Guilherme Augusto Rodrigues
Matheus Damasceno Amorim
Shih Li Chung
Túlio Fígaro Ulhoa

INTRODUÇÃO

A suspensão de cirurgias é um contratempo recorrente, seja em hospitais públicos ou privados, pois traz consigo situações como o desperdício de recursos e filas de espera, representando prejuízos internos e impactos sociais negativos. Sendo assim, a introdução de novas práticas, como as de Engenharia de Produção, dentro de ambientes hospitalares, torna-se relevante para reduzir ou eliminar dessincronizações, tais como a suspensão de cirurgias, maximizando resultados e potencializando o uso recursos.

OBJETIVOS

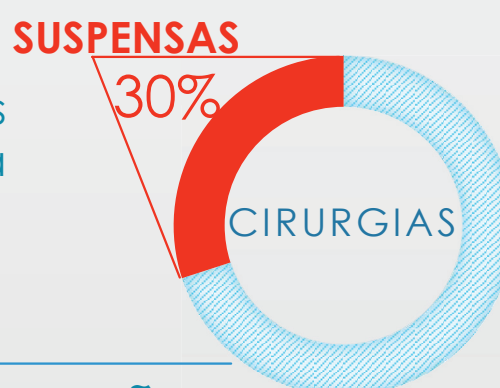
O objetivo foi o estudo das suspensões de cirurgias do HC-UFTM e a proposta de ações que visaram reduzir as causas responsáveis pelas suspensões e a diminuição do número de cirurgias suspensas.

METODOLOGIA APLICADA

- I. Coleta de dados
- II. Análises, classificações e diagnósticos
- III. Busca pelas causas raízes dos motivos de suspensão
- IV. Padronização dos motivos de suspensão
- V. Sugestões de melhoria
- VI. Apresentações aos envolvidos
- VII. Coleta de dados para análise dos resultados

RESULTADOS

Identificou-se que a média de suspensões, das especialidades mais importantes, segundo a curva de Pareto, girava em torno de 30%.



Causas raízes foram encontradas, viabilizando

a sugestão de ações para a eliminação desses reveses.

CAUSAS RAÍZES	SUGESTÕES
Falta de leito	Alocação preliminar
Ausência de avaliação prévia	Antecipação do diagnóstico da condição pré-cirúrgica

REDUÇÃO

..... **43% do número de cirurgias suspensas**

..... 78% das suspensões “sem justificativa”

..... 50% da lista de causas de suspensões

CONCLUSÃO

Foram observadas reduções significativas das suspensões de cirurgias, bem como a padronização efetiva do preenchimento dos documentos relativos à suspensão, diminuindo inconsistências nos registros.



5S CONSULTORIA
RESULTADOS EM SAÚDE

✉ 5sresultados@gmail.com

Hospital de
Clínicas



impulso
INCUBADORA DE EMPRESAS



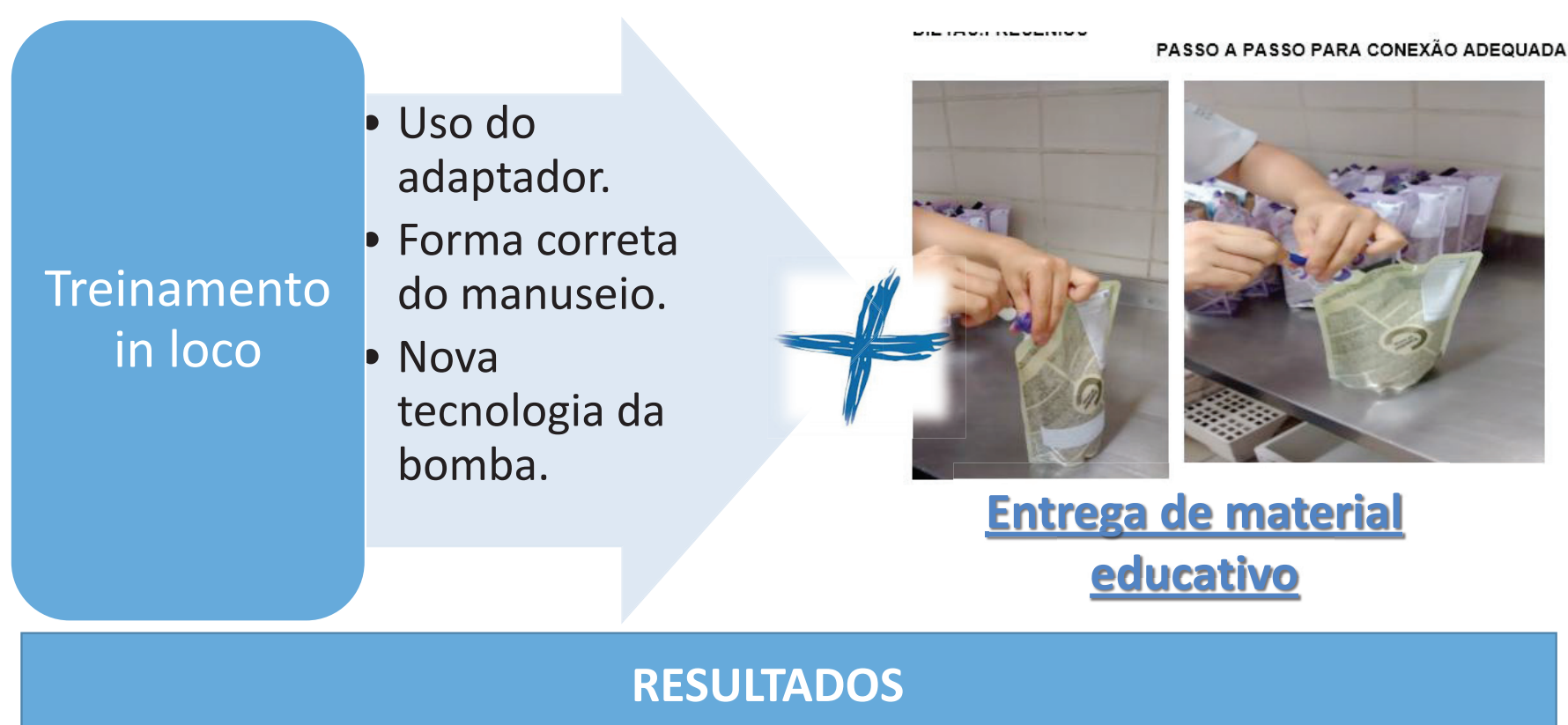
Avaliação de efetividade do treinamento sobre Adaptadores de Dieta após implantação de nova tecnologia para infusão de dieta enteral.

1. Maita Munhoz Marques Leal – Gerente de Educação Continuada
2. Camilla do Rosário Nicolino Chiorino – Enfermeira III de Educação Continuada
3. Karine dos Santos Manoel – Enfermeira III de Educação Continuada
4. Cristiane Almeida Hanashiro – Coordenadora Do Serviço de Nutrição e Dietética

Objetivo: Analisar o indicador de treinamento taxa de efetividade após 90 dias relacionado ao treinamento sobre adaptadores de dieta após implantação de nova tecnologia para infusão de dieta enteral.

Método: Estudo retrospectivo, transversal, realizado em hospital de grande porte após a implantação de uma nova tecnologia para infusão de dieta enteral. Foi realizado um treinamento in loco com demonstração do uso dos adaptadores de dieta e após 90 dias foram analisados os eventos relacionados à perda de frasco de dieta por uso inadequado dos adaptadores.

Resultados:



Após 90 dias foram avaliados os eventos relacionados a dieta enteral e comparados ao notificados antes do período de treinamento.

↓ 79% do número de ocorrências relacionados à perda de frasco de dieta por uso inadequado dos adaptadores.

Pode-se observar com estes resultados o impacto das atividades de treinamento em redução de custos, e principalmente o impacto na assistência.

Conclusão: A aquisição de novas tecnologias implica diretamente em atividades recorrentes de treinamento, voltadas para a nova tecnologia e suas implicações no dia-a-dia. Um envolvimento da equipe multiprofissional na definição dessas atividades contribuiu para uma efetividade frente aos resultados esperados após a implantação de processos de melhoria, seja através de novas tecnologias ou implantação de processos. A atividade de treinamento sistemática de conhecimentos e habilidades técnicas resulta em melhor desempenho profissional, agrega valor à organização, reduz custos e corrobora com a assistência segura ao paciente.



Autores: Maita Munhoz Marques Leal, Camilla do Rosário Nicolino Chiorino, Karine dos Santos Manoel, Cristiane dos Santos Manoel Resende da Silva.

Introdução: O cateter central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo intravenoso que é inserido em veias de regiões periféricas e progride, por meio de uma agulha introdutora, até a porção final da veia cava, adquirindo características de cateter central. O enfermeiro é considerado habilitado se participar do curso de capacitação para inserção, manutenção e retirada do PICC e ter sido aprovado, após ter se submetido ao teste prático individual, mediante certificado do órgão capacitador reconhecido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) ou Ministério da Educação e Cultura. A necessidade de indicação precoce do PICC é primordial para o sucesso da utilização, portanto a formação de enfermeiros com criticidade em relação ao tema é primordial para garantir o compartilhar destes profissionais no sentido da programação da terapêutica e suas implicações para o paciente favorecem a atingir os objetivos estabelecidos.

Objetivo: Descrever o processo de treinamento de habilitação em PICC para os enfermeiros.

Método: Estudo retrospectivo, transversal e descritivo realizado em um hospital de grande porte de São Paulo, no período de janeiro de 2015 à abril de 2016.

Resultados:



Através deste modelo de treinamento foram treinados 35 enfermeiros. Destes, 3 constituíram um Grupo Exclusivo de Punção de PICC garantindo um cuidado diferenciado. E os outros enfermeiros formam um grupo de apoio e subsidiam a premissa da assistência continuada.

Considerações Finais: O uso de e-learning, simulação realística e aula presencial foi facilitador diante da carga horária do treinamento. Além disso, o enfermeiro deve refletir na sua prática clínica o seu conhecimento com as condições do paciente, sendo uma ponte entre as indicações clínicas e a prescrição pelo médico. Isso se torna mais prático ao passo que mais enfermeiros são habilitados e desenvolvem este pensamento. Percebe-se ainda a importância da realização de atualizações recorrentes quanto ao tema.

- Baiocco GG (org). Cateter Central de Inserção Periférica. CCIP na prática de enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2013.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº258 de 2001. Inserção de Cateter Periférico Central por Enfermeiros. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2582001_4296.html>



Introdução

O projeto refere-se a aplicação de dispositivos de iluminação (LED) em dependências de edificações Hospitalares e Comerciais sem alterações do conforto e sensibilidade visual, com objetivo de reduzir o consumo energético, aumentar a vida útil das lâmpadas, diminuir o custo de mão de obra para manutenção, reduzir o custo de material de estoque e reposição, consequentemente diminuindo a geração de resíduo perigoso.

Método

Foi implementado estudo teórico de sistemas de iluminação em LED para efeito de comparação com o sistema convencional instalado.

Foi realizado um levantamento Luminotécnico do sistema convencional instalado nas edificações. Efetuado homologação de diversos produtos disponíveis no mercado, avaliando qualidade de iluminação, vida útil, método de instalação e adequação ao tipo de luminárias existentes. Homologadas as questões técnicas, realizamos estudo de viabilidade econômica com análise de payback.

Estabelecido plano de ação com equipe multidisciplinar para a execução da substituição da iluminação.

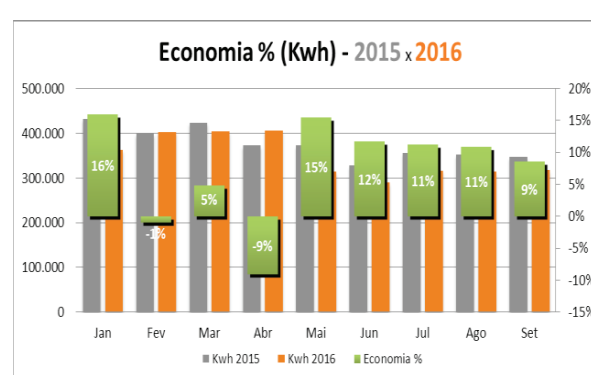
ANÁLISE DE PAYBACK											
GANHO DE ENERGIA											
	Ganho Potência	Ciclo utilização	Mês	Fator de Alívio de carga térmica	Redução carga Ar condicionado	Energia	Tarifa energia	Ganho de Energia	Tarifa demanda	Ganho Redução de Demanda	
	[W]	[h/dia]	[dias]	[btu/W] [W/btu]	[W]	[kWh/mês] [R\$/kWh]	[R\$/mês]	[R\$/mês]	[R\$/kw]	[R\$/mês]	
Hospital Santa Pa	55.905	24	30	0	-	40.252	R\$ 0,38	R\$ 15.296	R\$ -	R\$ -	
Centro de Oncolo.	28.571	12	30	0	-	10.286	R\$ 0,38	R\$ 3.909	R\$ -	R\$ -	
						50.537		R\$ 19.204	R\$ -	R\$ -	
GANHO DE MANUTENÇÃO											
	Trocas Evitadas lâmpada	Trocas Evitadas reator	Custo MO por troca	Custo material evitado	Custo MO evitado	Custo Manutenção Evitado					
	[un/mês]	[un/mês]	[R\$]	[R\$/mês]	[R\$/mês]	[R\$/mês]					
	367	-	6,21	1,572	2,278	R\$ 3,850					
Payback											
	Investment	Investment									
	o LEDs	o Liq									
	[R\$]	[R\$]									
	R\$ 450.000	R\$ 450.000	Economia Mensal	R\$ 23.054							
			Economia Anual	R\$ 276.649							
PayBack	20 meses										

Resultados

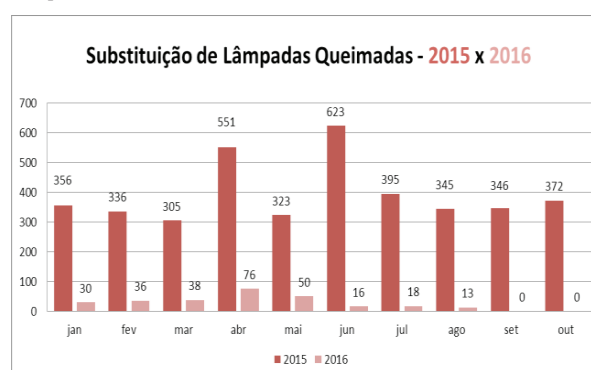
Evidenciado redução significativa no consumo de energia elétrica das edificações com consequente diminuição no custo de energia adquirida da concessionária.

Constatamos também aumento da vida útil do sistema de iluminação com consequente diminuição da necessidade de mão de obra de manutenção. Adicionalmente, houve um aumento da disponibilidade de espaço físico em área de estoque e diminuição da geração de resíduos perigosos, bem redução do custo de descontaminação

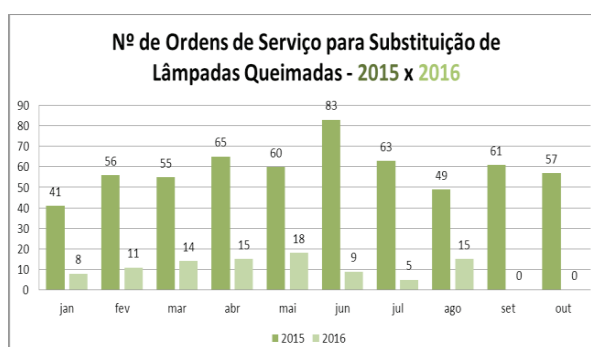
1. Redução de Potência



2. Lâmpadas Queimadas



3. Ordens de Serviço



Conclusão

Com payback estimado de 20 meses, o projeto tornou-se economicamente viável, com benefícios sustentáveis tais como: maior conforto visual, disponibilidade de potência elétrica para novos projetos, redução do custo operacional, disponibilidade de área útil e menor impacto ambiental durante a atividade fim da instituição.

Bibliografia

- <http://cb3e.ufsc.br/sites/default/files/projetos/etiquetagem/Nota-Tecnica-LEDs.pdf>
- <http://www.inmetro.gov.br/inovacao/publicacoes/cartilhas/lampada-led/lampadaled.pdf>



FARMÁCIA DESCENTRALIZADA: DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS EM SALA CIRÚRGICA

Flávia G. Lenhaverdi ¹, Paulo Henrique C. Oliveira ¹, Carla Fernandes ¹, Carla Garcia ¹

¹ Serviço de Farmácia, Hospital Santa Paula, São Paulo – SP.

Introdução

A dispensação de medicamentos e materiais em centro cirúrgico por kits é uma prática comum nos hospitais do Brasil. Essa rotina envolve diversas etapas críticas e é realizada por vários profissionais. A falta de gerenciamento adequado acarreta falhas no processo de cobrança, controle de estoque, retrabalho e prolonga o tempo de fechamento das contas hospitalares. Foi identificada a oportunidade de melhoria de redução de etapas de atendimento e precisão de cobrança com a implantação do projeto onde o colaborador da farmácia acompanha e gerencia o fluxo de dispensação e cobrança de materiais e medicamentos em sala cirúrgica.

Objetivo

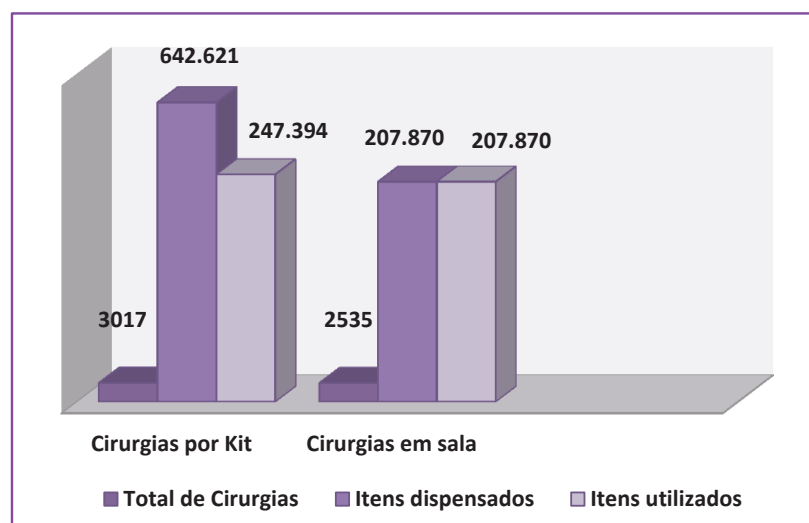
Analisar o impacto da descentralização e redução do tempo de fechamento da conta cirúrgica através da dispensação/cobrança de mat/med pelo colaborador da farmácia em sala.

Método

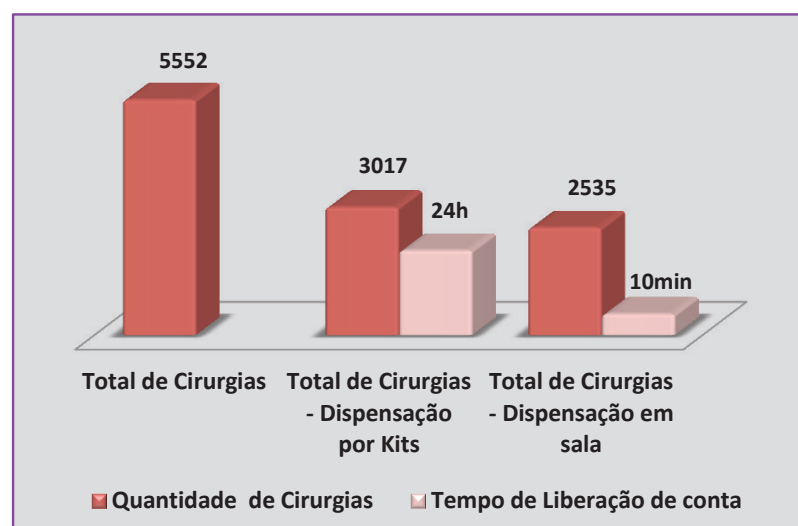
Realizado estudo em hospital privado, médio porte, em São Paulo em centro cirúrgico (9 salas - atendimento médio mensal: 717 cirurgias). Realizado comparativo dos atendimentos nos processos centralizado com dispensação por kits e descentralizado prestado pelo colaborador de farmácia em sala no período de jan. a set. de 2016. As variáveis analisadas foram: quantidade de itens dispensados, tempo de finalização da conta e redução das etapas de processos.

Resultados

No período analisado ocorreram 5552 cirurgias, dessas 2535 acompanhadas pela farmácia com dispensação em sala cirúrgica, onde utilizaram 207.870 itens.



As cirurgias restantes (3017) atendidas pelo processo de dispensação por kit resultaram na dispensação de 642.621 itens, no qual apenas 247.394 foram utilizados e os demais devolvidos. No processo com dispensação por kits, as contas cirúrgicas foram finalizadas em até 24h após o término da cirurgia, enquanto que no processo de dispensação em sala cirúrgica as contas foram finalizadas em 10 minutos após o término do procedimento.



Conclusão

Evidenciado que o processo de dispensação/cobrança em sala elimina o retrabalho da farmácia, diminui o tempo nas etapas e reduz as falhas no processo de dispensação por kits, cujo processo envolve antes da dispensação o lançamento de todos os itens na conta e devolução posterior dos itens não utilizados. Evidenciado também, a antecipação da liberação dos dados de cobrança para a auditoria e faturamento, promovendo o cumprimento dos prazos de entrega das contas aos convênios e agiliza as cobranças particulares.



O impacto do “fast track” na eficácia dos resultados e satisfação do cliente: uma perspectiva do Pronto-socorro do Hospital Mater Dei Contorno

Souza, T.S.¹; Assad, E.C.P.²; Nicodemos, D.M.³; Sclearuc, E.A.⁴

¹Enfermeira do Pronto-socorro, ²Gerente Médica, ³Analista de PCP, ⁴Diretora Técnica

Introdução

A superlotação e a insatisfação dos pacientes nos atendimentos de Pronto-socorro (PS) é um ponto crucial. O “fast track” é projetado para agilizar o fluxo do atendimento dos pacientes não urgentes. O princípio fundamental desse sistema consiste no atendimento dos pacientes não urgentes em uma área específica e por profissionais dedicados, que têm a competência para tomar decisões, evitando longas esperas e não competindo por recursos com os demais pacientes.

Objetivo

Avaliar o impacto da operação do “fast track” no tempo de espera do atendimento no PS e na satisfação do paciente.

Materiais e Métodos

O PS do Mater Dei Contorno foi concebido estruturalmente com fluxos diferenciados pela gravidade do paciente. A estrutura física da área de “fast track” tem equipe dedicada médica e de enfermagem, consultórios de rápido fluxo, coleta e área de medicação específica para os pacientes de baixa gravidade.

Em 25/07/2016, implantamos a “puxada” sistemática dos pacientes pela enfermagem, de 9-18 horas, dias úteis, período com maior movimento do hospital. Após a triagem, os pacientes classificados como verde são chamados para atendimento médico de acordo com sua senha. O técnico de enfermagem di-

reciona este paciente ao consultório médico, verifica os dados vitais até a chegada do médico, coordena e controla a execução e finalização dos exames e a reavaliação do paciente.

A enfermagem foi capacitada e empoderada de agilizar o atendimento médico. O corpo clínico foi mobilizado pela Diretoria Técnica, que acompanhou a implantação *in loco*.

O período de análise foi 20/06/2016 a 22/07/2016 (antes da implantação do “fast track”) e 25/07/2016 a 26/08/2016 (período de implantação), sendo avaliado o tempo médio de espera e a satisfação do cliente.

Resultado

Analisando os dados dos períodos antes e após a implantação do “fast track”, observa-se redução de 23% no tempo médio de espera do cadastro até o atendimento médico (passou de 30 para 23 minutos). A qualidade dos serviços, na visão dos clientes, avaliada pela metodologia do *Net Promoter Score* aumentou em 20% (passou de 43% para 63%).

Conclusão

Demonstramos que o ajuste de processos e a colocação do paciente como centro do atendimento no PS, desde a concepção até a operação, impactaram no tempo de cadastro até o final de atendimento médico, que foi reduzido, melhorando a satisfação do paciente.



INTRODUÇÃO

A habilidade para acomodar pacientes que necessitam de internação é um grande desafio para os hospitais, considerando a crescente demanda da ocupação de leito hospitalar e a necessidade de otimizar o tempo de giro. Torna-se um grande desafio para os hospitais serem hábeis ao acomodar os pacientes que necessitam de internação.

OBJETIVO

Aumentar a eficiência da higienização dos leitos nas unidades de internação não críticas do Hospital Santa Rosa.

METODOLOGIA

Durante o período de fevereiro a junho de 2016, foram coletados e analisadas a informações do tempo de higienização dos leitos das unidades não críticas do Hospital Santa Rosa em Cuiabá - MT.

Foi contabilizado o tempo de higienização do leito que compreende desde o momento que o controle de leito informa à supervisora que o leito está liberado para higienização até a realização do check list final pela equipe da rouparia.

A higienização dos leitos abrange três tipos de limpeza: desinfecção, terminal padrão e terminal estendida.

Todas as etapas são controladas através do Sistema MV, para acompanhamento dos indicadores do processo de higiene.

RESULTADO

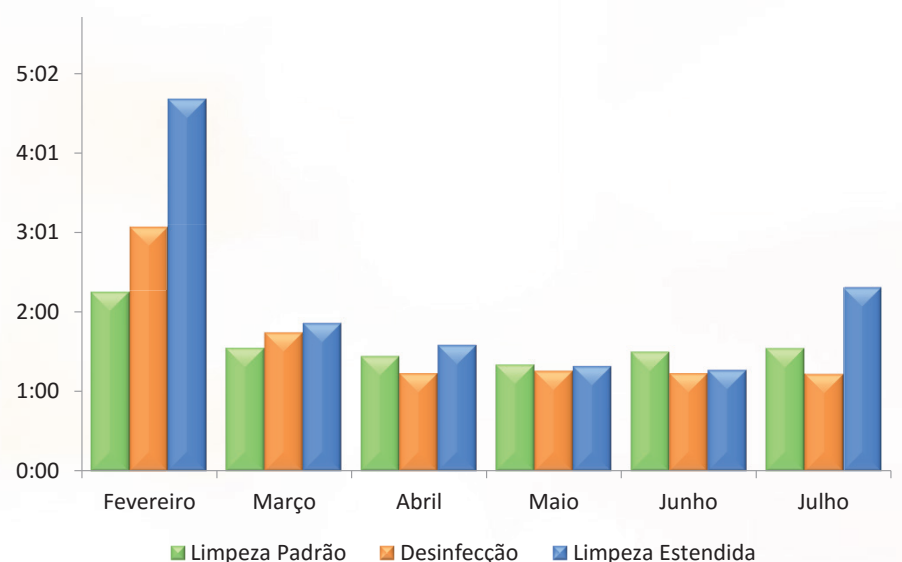
Com a reestruturação dos modelos de limpeza e com a implantação do setor de controle de leito, verificou-se que o tempo médio de higienização no período supracitado reduziu aproximadamente em duas horas.

Também, referente ao perfil por tipo de higienização observou-se na limpeza desinfecção a redução do tempo em uma hora e cinquenta minutos, na limpeza terminal padrão quarenta e cinco minutos e na limpeza terminal estendida três horas e vinte e cinco minutos.

Tempo Médio de Higienização



Tempo Médio por Tipo de Higienização



CONCLUSÃO

A ferramenta do MV Sistema possibilita termos conhecimento do tempo de higienização classificado por criticidade.

Acresceu-se neste processo a necessidade de readequação da equipe de pessoal de higiene e limpeza, que posterior à análise dos dados, constatou um pico de liberação de leitos para higienização terminal no horário entre 9:00 às 15:00 horas.

Foi evidenciado o aumento da produtividade do setor, a obtenção de informações precisas para melhor direcionamento do fluxo de limpeza e agilidade na liberação do leito para internação, o que possibilitou a ampliação do giro de leitos e também melhor de visualização de indicadores relevantes às melhorias futuras para o uso racional dos leitos disponíveis no hospital.

¹ Gerente de Hotelaria do Hospital Santa Rosa; ² Coordenadora de Higiene e Limpeza do Hospital Santa Rosa; ³ Supervisor de Rouparia do Hospital Santa Rosa; ⁴ Enfermeira, Gerente do Departamento de Patrimônio Clínico do Hospital Santa Rosa.



Gestão da equipe de Clínica Médica no Pronto-socorro: Remuneração e Engajamento

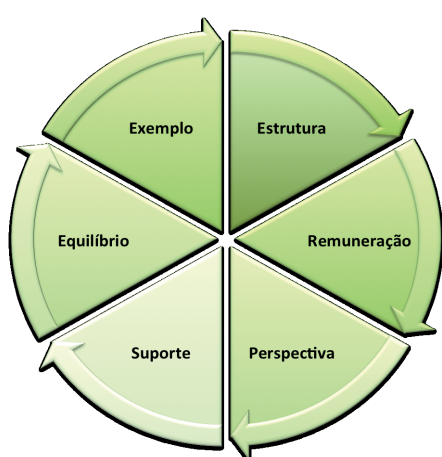
Gomes, B.F.; Goulart, M.M.; Santana, T.J.A.

Clínicos Gerais da Equipe de Clínica Médica 5 da Rede Mater Dei de Saúde

Introdução

A gestão de equipes médicas no pronto-socorro é um dos desafios da administração hospitalar. Alcançar o equilíbrio entre carga de trabalho, satisfação profissional e remuneração exige seriedade e trabalho em equipe. No pronto-socorro, o médico que trabalha no horário nobre (durante a semana de dia) se paga com sobras, mas aquele que trabalha à noite e nos finais de semana é deficitário. Somos uma equipe de Clínica Médica que atende na Rede Mater Dei de Saúde – Unidade Contorno, desde a sua fundação em junho de 2014. O atendimento é 100% privado. O faturamento é por produção junto aos convênios e pacientes particulares, sem necessidade de adicional pago pela instituição. Nossa gestão é baseada no “Sexteto da Excelência” da prestação de serviços em saúde que visa criar um ambiente ótimo de trabalho. A confluência destes fatores gera as condições ideais para a formação de uma equipe de excelência.

Sexteto da Excelência



Objetivos

- Comprovar que o trabalho em equipe é a pedra fundamental da sustentabilidade financeira no pronto-socorro;
- Exposição do médico a um indicador simples e eficaz de sustentabilidade, estimulando-o a participar da gestão da equipe;
- Apresentar um modelo de gestão simples, objetivo e eficaz que agrega recursos humanos, horas trabalhadas e a demanda do pronto-socorro;
- Reduzir a rotatividade dos médicos e elevar o nível de satisfação.

Metodologia

Composição da equipe com um pensamento comum: trabalhar efetivamente como equipe. A ferramenta que utilizamos para monitorar a sustentabilidade financeira é bem simples e baseia-se no Índice Atendimentos/Horas Trabalhadas que baliza o número de médicos que disponibilizamos por plantão. O índice é exposto mensalmente para toda a equipe. A produção é acumulada em caixa-único e todos participam ativamente do controle das horas trabalhadas. Em caso de queda da demanda, automaticamente, alguém da equipe é liberado para “valorizar” a hora trabalhada.

$$\text{Índice} = \frac{\text{Atendimentos}}{\text{Horas Trabalhadas}}$$

Resultados

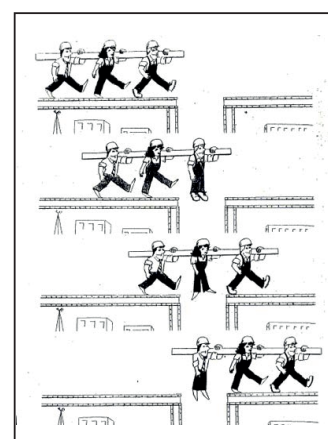
- **54,36%** à mais no valor da hora trabalhada. Comparação entre 9 instituições da nossa região onde a média de pagamento bruto foi de R\$ 89,35 por hora trabalhada em relação aos R\$ 137,92 pagos pela nossa equipe.
- **95,5%** de satisfação atual dos médicos da equipe em relação à remuneração e esquema de trabalho.
- **9%** foi a taxa de rotatividade da equipe no segundo ano de funcionamento. No primeiro ano havia sido de 39%. Após 2 anos de equipe, 61% dos médicos seguem trabalhando.

Comentários

Nossa equipe vem crescendo junto com o Hospital e em total sincronia. Recebemos apoio completo da instituição que nos oferece as melhores condições de trabalho possíveis. Exercemos a medicina como aprendemos nos livros. Apesar de sermos 100% privados, nossa prática pode ser facilmente replicada em serviços públicos.

Conclusão

O trabalho em equipe com caixa único e divisão por horas trabalhadas é uma excelente alternativa na gestão da equipe de clínica médica no pronto-socorro de instituições privadas e dispensa o aporte de capital adicional pela instituição. A “distribuição da renda” é vital. Além da remuneração atingida, ficou claro que toda a equipe entende o propósito e se sente satisfeita. A clareza e o exemplo do líder são fundamentais. A condução da equipe precisa ser transparente e compartilhada, principalmente em se tratando de remuneração. A colaboração tornou-se nossa marca, vide figura que utilizamos no nosso grupo de Whatsapp ao lado:



Bibliografia

Gestão de Pronto-socorro: Ajudando a Evitar a Falência do Sistema de Saúde Brasileiro – Breno Figueiredo Gomes – Atheneu Editora - 2014.



Introdução

O transporte interno de pacientes é um processo de grande impacto na dinâmica hospitalar uma vez que tem interface com todas as áreas. Além disso, é um período potencial para riscos de instabilidade e iatrogenia, sobretudo com relação ao status hemodinâmico e ventilatório e deve reproduzir a extensão da unidade de origem, tornando o cuidado seguro e eficiente.

Objetivo

Demonstrar a reestruturação do serviço de transporte intra-hospitalar e o impacto dos resultados na área.

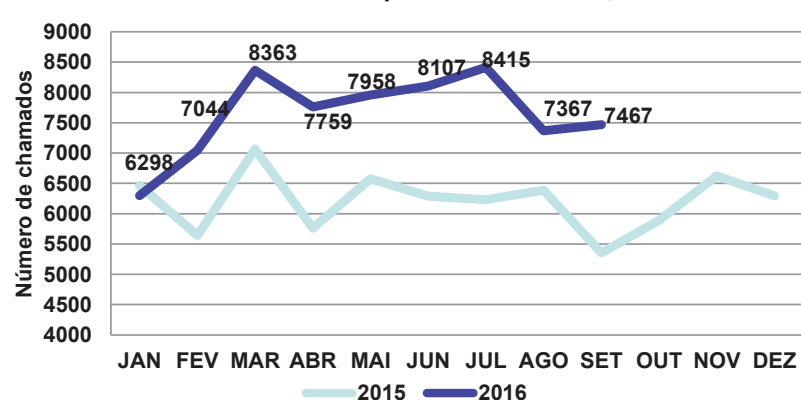
Metodologia

Estudo descritivo exploratório realizado no 1º semestre de 2016 em hospital privado de São Paulo. A reestruturação do serviço foi focada em reavaliar processos e recursos humanos. Houve a revisão dos trajetos medidos em tempo e distância, dos veículos de transporte com incremento de recursos e adoção de manutenção preventiva, do sistema de apoio com a criação de grupos de atendimento para as áreas estratégicas, de acordos de nível de serviço com metas redefinidas. Foi criada, ainda, uma central de monitoramento em conjunto com bolsões em área estratégicas. Ações direcionadas a equipe foram realizadas, tais como: redimensionamento de escala e redistribuição de horários, estímulo e reconhecimento individual com foco em plano de carreira e facilitação do acesso aos programas de qualidade de vida.

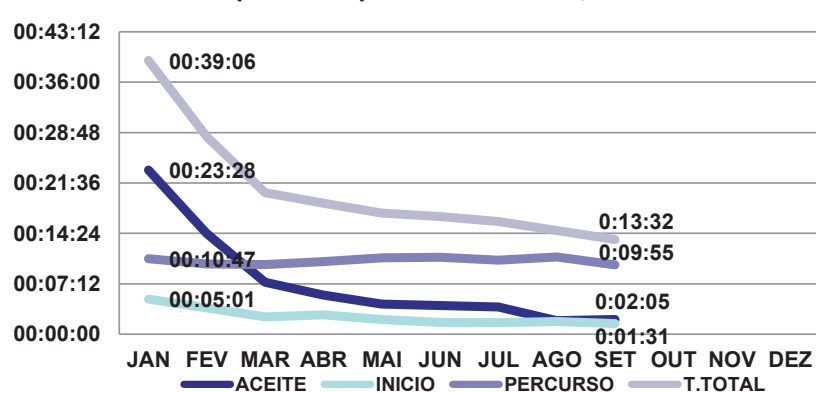
Resultados

Houve aumento da produtividade de 1,5 para 3,5 transportes/hora/agente com impacto positivo em novas metas acordadas com as áreas, que determina o tempo de início do chamado em no máximo 10 minutos. Houve ainda reflexo na disponibilidade de agenda dos serviços diagnósticos terapêuticos, aumentando a rotatividade de uso das salas. Podemos inferir que a maior eficiência do serviço de transporte contribuiu para a diminuição do tempo de permanência do paciente, entre outras ações realizadas com tal objetivo.

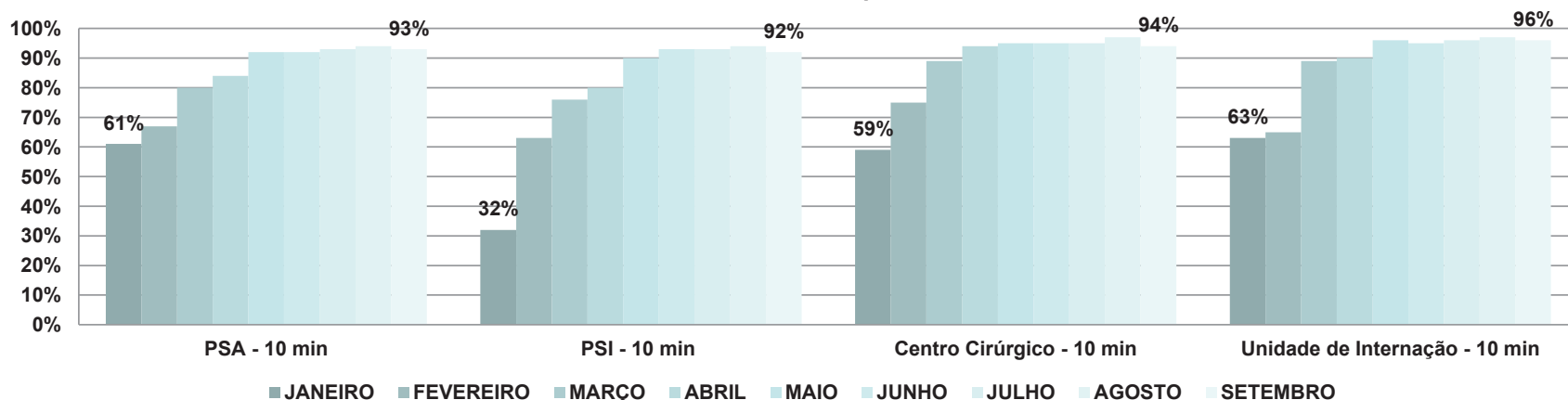
Quantidade de Transportes Realizados, 2016.



Tempo Médio para Atendimento, 2016.



Conformidade das Metas por Área, 2016



Conclusão

A reestruturação do serviço de transporte com foco em revisão de processos e recursos aumentou a eficiência e a produtividade da área, bem como melhorou a satisfação dos clientes internos e dos profissionais envolvidos no transporte.



INTRODUÇÃO

A gestão do fluxo de pacientes é uma forma de promover melhorias nas instituições de saúde. A atenção centrada no paciente assim como, a adaptação da relação entre capacidade e demanda, pode aumentar a segurança do paciente além de ser essencial para assegurar que os mesmos recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, durante todo o tempo.

OBJETIVO

Melhorar a eficiência operacional, através da implantação do Programa do Fluxo do Paciente com o uso racional de recursos financeiros, tempo, materiais, pessoas e em especial eliminando os desperdícios.

METODOLOGIA

O Programa de Gestão do Fluxo do Paciente foi iniciado em junho de 2015. Foi realizado o mapeamento dos processos do pronto atendimento, recepção de internação eletiva e de emergência, gestão de acesso e gerenciamento de leitos, agendamento e fluxo do centro cirúrgico, unidades de Internações crítica e não crítica, transferências internas e externas, alta hospitalar, hotelaria e liberação de leitos. Durante o mapeamento foi realizado visitas in loco e abordagem aos colaboradores e clientes envolvidos. Foram identificados 59 gargalos com oportunidades de melhorias e de eliminar desperdícios. Estas ações oportunizaram a revisão de 33 processos e foram criados 37 indicadores de desempenho para acompanhamento das novas metas estabelecidas.

RESULTADO

Com as ações propostas após a revisão do mapeamento dos processos no segundo semestre de 2015, foi possível reduzir a média de permanência hospitalar em 12% no primeiro semestre de 2016 em comparação ao mesmo período de 2015. A redução da média de permanência propiciou o incremento virtual de 13 leitos de acordo com os estudos do *The Advisory Board Company*. Houve ainda um aumento das saídas hospitalares sem a necessidade de aumento de leitos na mesma proporção.

Leitos "efetivos" ganhos com a redução do TP¹

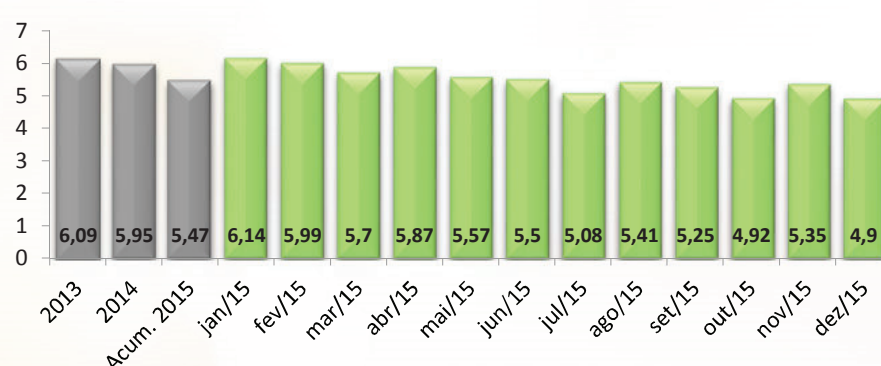
Tamanho do hospital Redução do TP	100 leitos	200 leitos	300 leitos	400 leitos	500 leitos	600 leitos	700 leitos	800 leitos
0,25 dias	4	8	12	16	20	25	29	33
0,50 dias	8	16	25	33	41	49	57	65
0,75 dias	13	25	37	49	61	74	86	98
1,00 dia	17	33	49	65	82	98	114	131
1,25 dia	21	41	61	82	102	123	143	163
1,50 dia	25	49	74	98	123	147	172	196

Para um hospital médio com 400 leitos, reduzir o TP em um dia pode ser equivalente a adicionar 65 novos leitos.

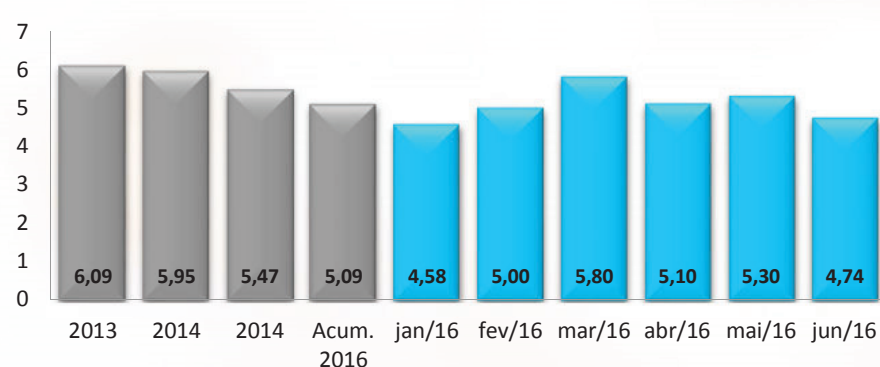
Assumindo 85% de ocupação e 5.2 dias de TMP

The Advisory Board Company

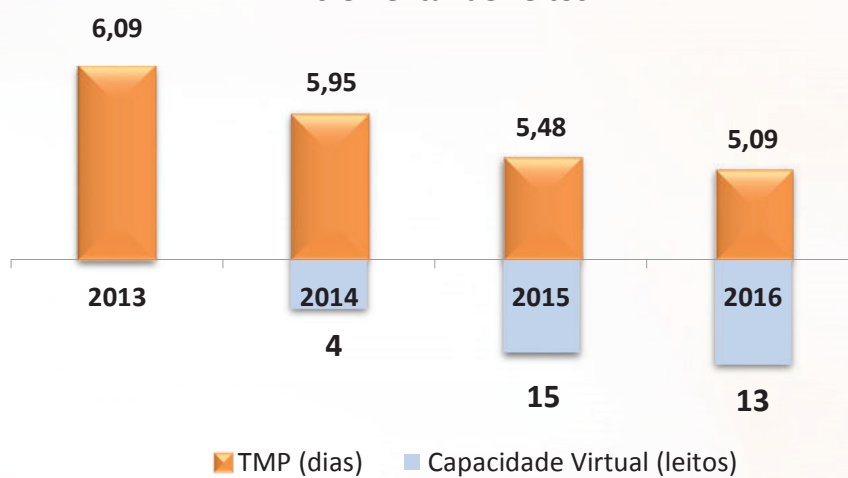
Tempo Médio de Permanência (Dias) - 2015



Tempo médio de Permanência (Dias) - 2016



Relação entre redução do TMP e Ganho Incremental de Leitos



CONCLUSÃO

A gestão do fluxo do paciente promoveu um impacto positivo na eficiência operacional, com aumento de leitos virtuais, demonstrada através da redução da média de permanência e aumento do número de saídas hospitalares.

¹ Fisioterapeuta, Diretora Assistencial do Hospital Santa Rosa; ² Enfermeira, Gerente do Departamento de Patrimônio Clínico do Hospital Santa Rosa; ³ Gerente de Hotelaria do Hospital Santa Rosa; ⁴ Médico, Diretor Médico do Hospital Santa Rosa.



IMPLANTAÇÃO DE SOLUÇÃO ALCOÓLICA PARA ANTISSEPسيا CIRÚRGICA DAS MÃOS: IMPACTO ASSISTENCIAL E AMBIENTAL

Rafael Lima Silva¹, Vanessa Schultz¹, Lisa Helena Negreiros da Silva¹, Priscila de Souza Ávila Pereira¹
¹Hospital de Pronto Socorro de Canoas/RS

INTRODUÇÃO

A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das principais infecções relacionadas à assistência a saúde no Brasil, definida como aquela que ocorre em até 30 dias após a realização de uma cirurgia ou até 1 ano havendo implante de prótese. A implantação de solução alcoólica para antissepsia cirúrgica das mãos vem colaborar para a prevenção deste agravo e contribuir para a redução dos resíduos gerados evitando impactos na saúde dos pacientes e no meio ambiente.

OBJETIVO

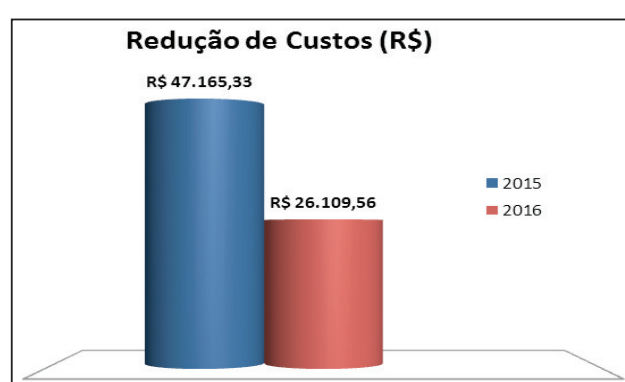
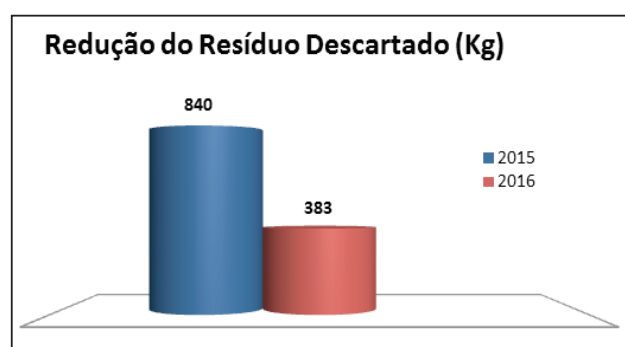
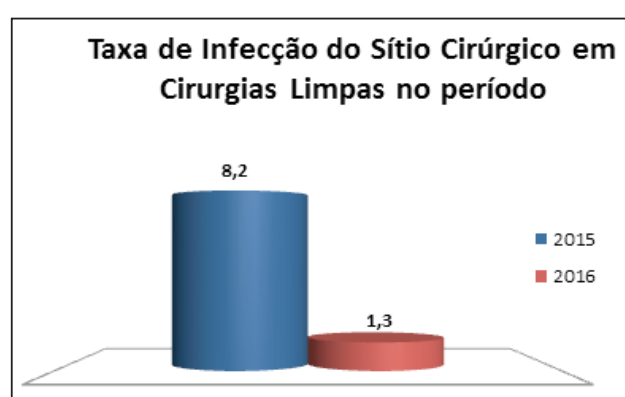
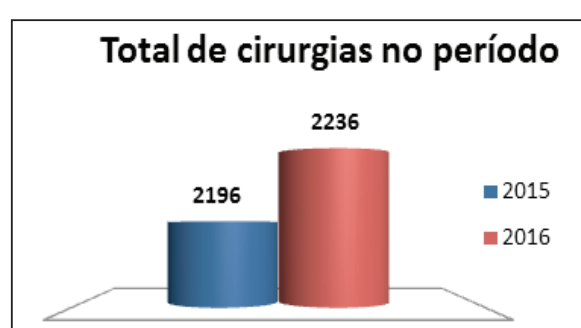
Prevenir ISC com a utilização de solução alcoólica para antissepsia das mãos em substituição às escovas impregnadas com clorexidine tradicionalmente utilizadas, reduzir resíduos hospitalares e avaliar custo-benefício do produto.

MÉTODO

Comparação do primeiro semestre de 2015, quando ainda se utilizava a técnica de escovação cirúrgica com o primeiro semestre de 2016 quando a solução alcoólica já estava totalmente implantada e com boa adesão pelos profissionais.

RESULTADOS

Com reflexo direto na qualidade assistencial houve redução da taxa de infecção de sítio cirúrgico de 8,2% para 1,3% no período comparado. Consumiu-se 4395 escovas a menos no mesmo período de tempo além da redução de custos com compressas estéreis utilizadas para a secagem das mãos de R\$ 14.971,03 apesar de no primeiro semestre de 2016 terem ocorrido 40 cirurgias a mais do que no primeiro semestre de 2015. Com esta alteração no processo ainda deixou-se de descartar 466Kg de resíduos hospitalares, colaborando diretamente para a sustentabilidade ambiental. No total evidenciou-se uma redução de custos diretos de R\$ 21.057,20 em apenas um semestre.



CONCLUSÃO

O objetivo principal de prevenir infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas foi atingido garantindo maior qualidade e segurança assistencial, pois ocorreu significativa queda na taxa observada no período. Com treinamentos periódicos garantiu-se a mudança de cultura com a melhora da adesão pelos profissionais que utilizam menos tempo na realização da técnica de antissepsia, tem menor efeito irritante da pele e a conscientização devido a grande economia de água e insumos descartados. A implementação desta inovação no centro cirúrgico colaborou para a abertura das equipes ao recebimento de novas tecnologias.



A Implantação de Sistema Eletrônico de Notificação como Promoção da Cultura de Segurança

Eliener de Souza Fazio, Marcia Utimura Amino, Cassimiro Nogueira Junior, Deborah Sulyen dos Santos Silva

INTRODUÇÃO:

A segurança do paciente é um tema de grande interesse para pacientes e familiares, profissionais de saúde, gestores e operadoras.

A identificação e análise das falhas nos processos, com perspectivas de melhorias é uma estratégia para alcançar excelência nos resultados.

Um sistema informatizado de gerenciamento de riscos em saúde é um importante instrumento para agilizar a investigação de eventos, garantir sigilo e legibilidade dos dados favorecendo a cultura de segurança na instituição.

OBJETIVO:

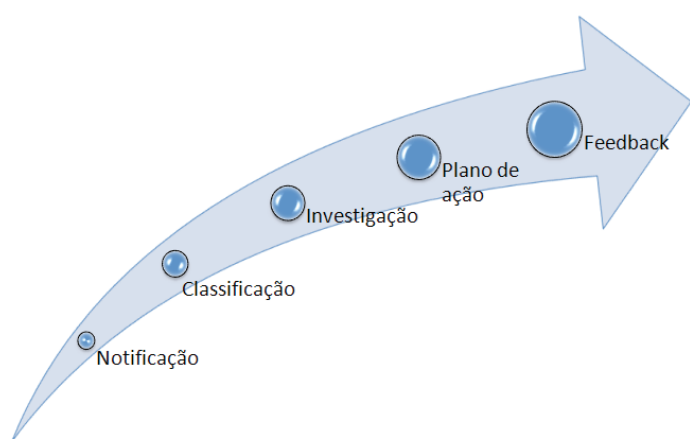
Avaliar a implantação de um sistema eletrônico de notificações de eventos adversos e quase falhas.

MÉTODO:

Estudo descritivo da implantação de um sistema eletrônico de notificações de eventos adversos e quase falhas em um hospital geral de alta complexidade.

As ações implementadas foram:

1. Eleição de um **sistema online** de notificação eletrônica, com acesso interno e externo;
2. Realização de **treinamento prático** e sensibilização dos colaboradores, terceiros ou parceiros;
3. Capacitação dos gestores para o **gerenciamento de eventos**: recebimento notificação/classificação/investigação e determinação do plano de ação/feedback;



4. Envolvimento do **Núcleo de Segurança do Paciente** no uso do sistema e das ferramentas da qualidade para análise dos eventos;
5. Disponibilização de treinamento à distância obrigatório para todos os colaboradores (**Reforço da estratégia**).

RESULTADOS:

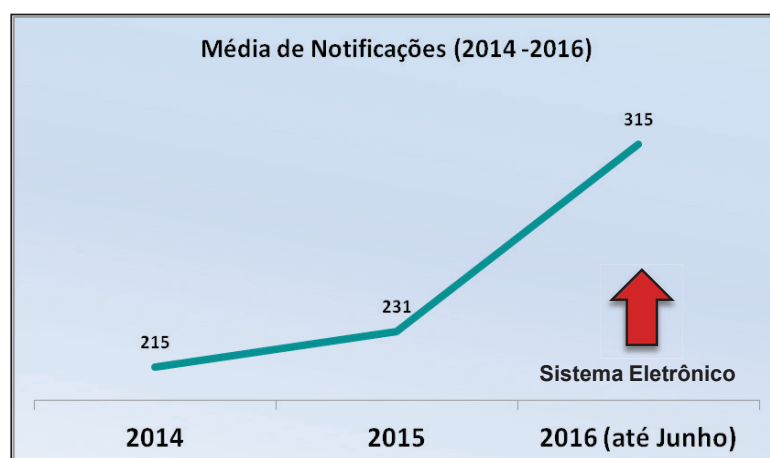


Gráfico 1. Média anual de notificações de eventos adversos e quase falhas 2014 - 2016.

De 2014 para 2016 houve aumento de 46,51% do número médio de notificações.

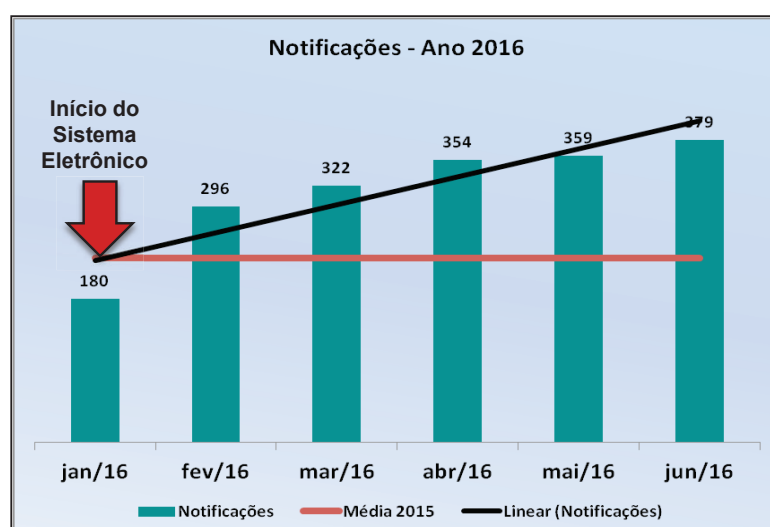


Gráfico 2. Número de notificações de eventos adversos e quase falha no período de Janeiro a Junho de 2016.

Após a implantação da notificação por sistema observou-se progressão do número de notificações de 180 em janeiro de 2016 para 379 em junho.

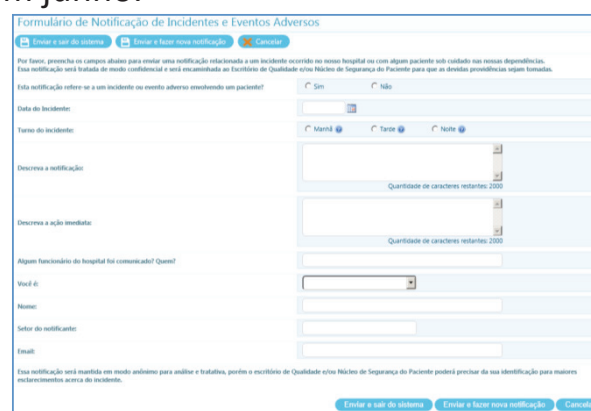


Figura 1. Formulário de Notificação Eletrônica

CONCLUSÃO:

A implantação do sistema de notificação eletrônica foi bem acolhida pelos usuários da instituição, além de demonstrar a conscientização da necessidade de notificar os eventos conhecidos, bem como traduzir a ampliação da cultura de segurança.



Análise Near Miss Materno em Hospital Quaternário da Região Metropolitana de Belo Horizonte

Laranjeira, C.L.S.; Silva, C.H.M.; Chaves, S.R.; Geo, M.S.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco da Rede Mater Dei de Saúde – Belo Horizonte/MG

Introdução

O índice de mortalidade materna no mundo ainda é alto, principalmente nos países subdesenvolvidos, refletindo as condições econômicas e a qualidade dos cuidados obstétricos. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil tem hoje 62 casos de morte materna a cada 100 mil nascidos vivos. Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um protocolo com uma definição padronizada e critérios de identificação para os casos com risco aumentado de óbito materno, que sobreviveram às complicações relacionadas à gravidez, os chamados casos "Near Miss" (NM). Inclui-se como NM gestantes e puérperas em situação de risco a vida como sepse, instabilidade hemodinâmica, re- operação por complicações obstétricas, hemotransfusão, admissão em CTI, entre outras. Essa classificação é cada vez mais utilizada a fim de avaliar o funcionamento do sistema de saúde e contribuir para redução da mortalidade materna.

Objetivo

O objetivo deste estudo foi identificar casos de Nm e traçar um perfil das pacientes admitidas no serviço para otimizar a assistência obstétrica.

Métodos

Estudo retrospectivo, que analisou todos os casos NM entre as pacientes internadas em hospital privado, no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Foram definidas como casos NM todas as gestantes, puérperas ou pacientes que abortaram dentro de um período de até 42 dias após a gestação que preencheram pelo menos um dos critérios de gravidade (Tabela 1) do formulário para coleta de dados disponível no protocolo da OMS.

Complicações maternas graves	Intervenções críticas ou uso da Unidade de Terapia Intensiva - UTI	Condições ameaçadoras à vida	Status vital materno
Hemorragia pós-parto grave	Internação em uma UTI	Disfunção cardiovascular	Óbito materno
Pré-eclâmpsia grave	Radiologia intervencionista	Disfunção respiratória	
Eclâmpsia	Laparotomia (inclui histerectomia, exclui cesárea)	Disfunção renal	
Sepse ou infecção sistêmica grave	Uso de hemoderivados	Disfunção hemato lógica/da coagulação	
Rotura uterina		Disfunção hepática	
Complicações graves do abortamento		Disfunção neurológica	
		Disfunção uterina	

Resultado

Foram admitidas 3616 pacientes para assistência obstétrica, dos quais 67 casos foram NM. Entre as mulheres NM a idade média foi 32,5 anos, 54% eram primíparas e 57,4% das gestantes tiveram os partos entre 24 e 37 semanas. 16,4% foram admitidas após o parto e 80,6% anteparto. O tempo médio de internação nas mulheres NM foi de 9,6 dias. Dentre as causas de NM as mulheres foram distribuídas como 43,3% pré-eclâmpsia grave, 26,9% hemorragia puerperal e 8,9% por sepse. Quanto às intervenções, 37,3% receberam hemoderivados, 58,2% foram admitidas em CTI e 17,9% foram submetidas a re- operação (Tabela 2).

Perfil de pacientes admitidas	Nº Near miss materno
Idade Média (materna)	32,5
Paridade (numero de primíparas)	36
Tempo de Internação hospitalar (dias)	9,6
Admissões anteparto	54
Admissões pós-parto	11
Motivo de internação	Nº de casos
Pré-eclâmpsia	29 (43,30%)
Eclâmpsia	2 (2,98%)
Hemorragias	18 (26,90%)
Sepse (na admissão)	6 (8,95%)
Assistência ao trabalho de parto	14 (20,89%)
Outros	3 (4,47%)

Neste período houve apenas um óbito materno, por causa obstétrica direta, que segundo E.G. O'Malley et al. é toda morte materna que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. A taxa de cesariana nas pacientes classificadas como NM foi de 80,6% e parto normal de 14,9%.

A razão Near Miss (número de NM/nascidos vivos) foi de 0,02% neste ano, a taxa de Mortalidade Materna foi de 27,6/100000 nascidos vivos.

Tabela 3: Características maternas e fetais nas mulheres NM Hospital Mater dei

Idade gestacional no parto	Nº casos
< 24 semanas	2
24 a 37 semanas	35
> 37 semanas	24
Via de parto	Nº casos
Cesariana	54 (80,59%)
Parto Vaginal	10 (14,92%)
Principais critérios encontrados no hospital privado	Nº casos
Hemorragia puerperal sem hemotransfusão	11 (16,41%)
Admissão em CTI	39 (58,20%)
Hemotransfusão	25 (37,31%)
Sepse	6 (8,95%)
Intervenções de suporte a vida	15 (22,38%)
Reoperação	12 (17,91%)
Óbito materno	1 (1,85%)
Óbito fetal	6 (8,95%)

Discussão

O serviço é uma referência na assistência quaternária da região, com grande fluxo de pacientes obstétricas de risco aumentado. Um dos critérios de medida da qualidade na assistência obstétrica é a taxa de mortalidade materna. O Brasil é um dos países que apresentou considerável queda da mortalidade materna entre 1990 e 2010, porém houve uma desaceleração nesta queda a partir de 2011. No mundo é estimado que para cada morte materna, cerca de 20 a 70 mulheres preenchem critérios para NM ou morbidade materna grave. De acordo com a OMS mais da metade das mortes maternas está associada à hemorragia ou as condições médicas preexistentes agravadas durante a gestação. Em estudo realizado por Lotufo, em 2012, das pacientes classificadas como NM, 67,7% foram por síndromes hipertensivas. Segundo Cecatti, 2011 referiu que 21% dos casos NM não apresentavam nenhum fator de risco no momento da admissão, o que significa que a vigilância para complicações deve ser feita durante toda a internação. O nosso trabalho em questão aponta resultados semelhantes, sendo pré-eclâmpsia grave e hemorragia responsáveis por 70% dos casos NM internadas no serviço e 20% das mulheres foram admitidas para assistência ao trabalho de parto sem risco aumentado. No Brasil não existem estudos sobre a incidência do NM materno, por isso é importante identificar as gestantes com risco aumentado para tais complicações, por meio de dados obtidos no pré-natal ou no primeiro atendimento no serviço e realizar monitorização rigorosa durante a assistência, para redução da taxa de mortalidade materna por causas evitáveis.

Conclusão

É importante estudar os casos Near Miss e manter a monitorização do indicador para que ações de melhoria na assistência aos casos "quase morte" possam impedir as mortes. Não há benchmarking para Razão Near Miss, no entanto as primeiras medidas realizadas em um hospital devem ser usadas como base para medidas subsequentes, para melhoria do próprio serviço e caracterização da sua população.

Bibliografia

- Applicability of the WHO Maternal Near Miss Criteria in a Low-Resource Setting, 2013.
- The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index Model (MSI): Tools for Assessing the Management of Severe Maternal Morbidity, 2012.
- Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics, 1998.
- Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit, 2012.
- Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss, 2011.
- E.G. O'Malley et al. Maternal near miss: what lies beneath? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 199, 116-120 118, 2016.
- International classification of diseases, 10th Revision. Geneva: World Health Organisation; 2004.
- Murphy CM, Murad K, Deane R, Byrne B, Geary MP, McAuliffe F. Severe maternal morbidity for 2004-2005 in the three Dublin maternity hospitals. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;143:34-7.
- Dias MAB et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:5169-5181, 2014. z
- Secretaria de Vigilância em Saúde, MS. Boletim Epidemiológico 43(1). <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bol> (acessado em 04/05/16).



Aumento da Capacidade Virtual de Leitos: maior eficiência entre as etapas de alta médica e a disponibilidade do leito para uma nova ocupação

CRISTIANE DOS SANTOS CHAVES¹; THIELE ABECH COITINHO²; FREDERICO TARRAGO³; ROMY UMGARD⁴



1. Enfermeira Coordenadora SAP – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
2. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
3. Engenheiro de Produção – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
4. Analista de Hotelaria – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

Introdução

Diversos serviços de saúde vem apresentando episódios de superlotação, neste contexto se faz necessário medidas que contribuam para a redução do tempo de permanência em internações hospitalares e para o aumento da agilidade na efetivação da alta hospitalar.

O gerenciamento do fluxo do paciente ao longo do seu tratamento é essencial para a prevenção da superlotação, um problema que pode afetar a segurança e qualidade do cuidado oferecido. Os líderes devem avaliar o fluxo completo dos processos fundamentais para o paciente, o impacto sobre a segurança, os processos de apoio e os gaps que precisam de monitoramento.

Os sistemas computadorizados em forma de painel de rastreamento ativos contribuem para o controle dos fluxos em um hospital, tornando possível o acompanhamento de quando uma determinada unidade está se tornando sobrecarregada, assim como ,auxiliar no controle dos tempos de altas.

O processo de planejamento da alta hospitalar deve ter início no começo da prestação do cuidado, a educação deve ser realizada ao longo da internação e as áreas de apoio devem ser envolvidas para agilidade de fechamento de contas, acertos financeiros e acompanhamento da saída física do paciente.

O principal objetivo desta ação foi reduzir o tempo entre a alta médica e a alta hospitalar (saída física). Com o foco na melhoria dos processos relacionados ao fluxo do paciente. Como objetivos secundários obtivemos redução do tempo de higienização dos leitos e aumento da disponibilidade do giro do leito.

Método

Realizada revisão bibliográfica sobre gerenciamento do fluxo de pacientes em ambientes hospitalares e estudo do fluxo do paciente com foco nos tempos de permanência, prioridades e tempos de transferências internas assim como o tempo de alta hospitalar. Criado um núcleo multidisciplinar para gestão de leitos com encontros periódicos para discussão e acompanhamento dos fatos. A partir da implantação do núcleo de gestão de leitos, foi desenhado um plano de ação contendo as seguintes macro etapas:

1. Capacitação da equipe multidisciplinar para acompanhamento diário dos painéis de controles;
2. Inclusão do Serviço de Transporte para o acompanhamento da saída física do paciente com alta hospitalar;
3. Efetivação da alta hospitalar imediatamente em sistema informatizado no momento da saída física do leito;
4. Acompanhamento do painel de higienização de leitos por parte da equipe de hospedagem e priorização de higienização de leitos pós alta Hospitalar conforme necessidade;
5. Acompanhamento do tempo de reocupação pela núcleo de gestão de leitos.

Resultado

Dos resultados obtidos destacamos a redução de aproximadamente 36% no tempo das altas hospitalares conforme figura 1.

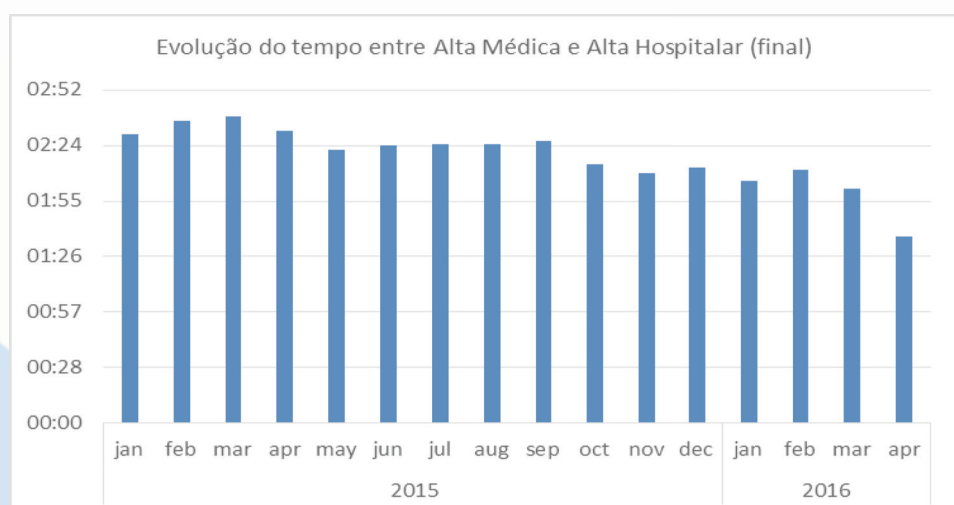


Figura 1 - Evolução do tempo entre Alta Médica e Alta Hospitalar (final)

O tempo de higienização foi reduzido em aproximadamente 20% de acordo com a figura 2, um ganho de capacidade virtual de aproximadamente 2 leitos/dia.

Traduzindo estes números em ganhos financeiros, representam uma receita incremental de aproximadamente R\$ 1 M ao ano.

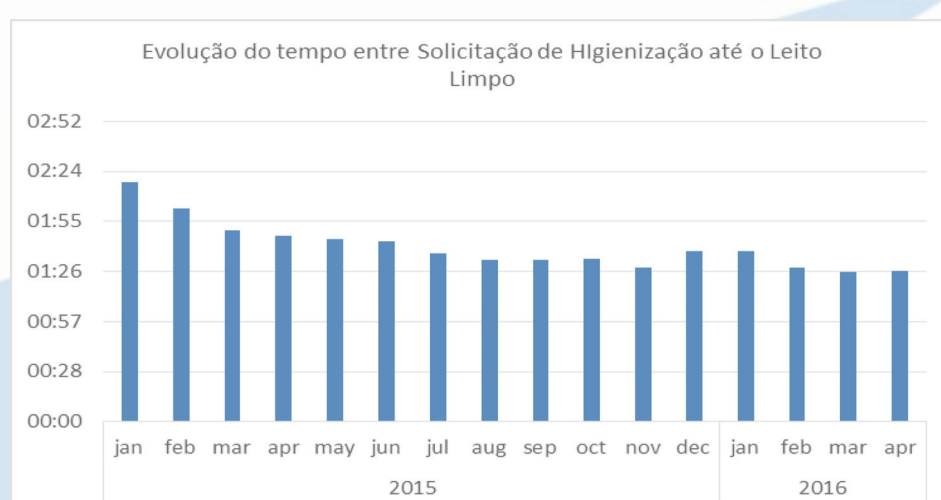


Figura 2 - Evolução do tempo entre Solicitação de Higienização até o Leito Limpo

Conclusão

Atualmente a superlotação tem se apresentado como problema para os serviços de saúde. A mudança para novos modelos na gestão do fluxo do paciente constitui-se em um grande desafio por necessitar de instituições mais organizadas, equipes mais preparadas, assim como instalações mais adequadas. Desta forma, as melhorias dos fluxos hospitalares configuram-se em temas amplamente debatidos por instituições certificadoras de qualidade em saúde. A elaboração de indicadores que meçam o desempenho da equipe deve estar ajustada às perspectivas da qualidade assistencial, desta forma as medidas dos resultados evidenciam as melhorias propostas.

As mudanças epidemiológicas em curso e a complexidade dos casos resultam em aumento da necessidade de internações hospitalares e no tempo de internação, afetando a demanda para os serviços de saúde. Concluimos que, as melhorias no fluxo do paciente são fundamentais e devem ser contínuas nas instituições hospitalares. O planejamento, acompanhamento e mensuração dos resultados guiam os serviços para novos modelos e uma equipe multidisciplinar cada vez mais integrada para obtenção do sucesso e dos resultados positivos almejados.



Automação dos sistemas de climatização

Autor: Luis Paulo Furlan
Instituição: Hospital São Luiz – unidade Anália Franco

Introdução:

Os sistemas de climatização (ar condicionado), representam cerca de 50% do consumo de energia de um hospital moderno. Existem diversas tecnologias de sistemas de climatização. Os mais comuns em prédios de grande porte, como são os hospitais, utilizam uma central de produção de água gelada (CAG) formada por vários resfriadores de líquido (conhecidos como “chillers”). Esses equipamentos resfriam a água, que é então bombeada por uma complexa rede de tubulações até os “fan&coils” (equipamentos instalados próximos aos ambientes climatizados (como UTIs, centros cirúrgicos, laboratórios, quartos de Internação, CME, Farmácia etc.). Nestes *Fan&Coils*, o ar do ambiente é resfriado e filtrado, produzindo assim o ar condicionado.

Objetivos:

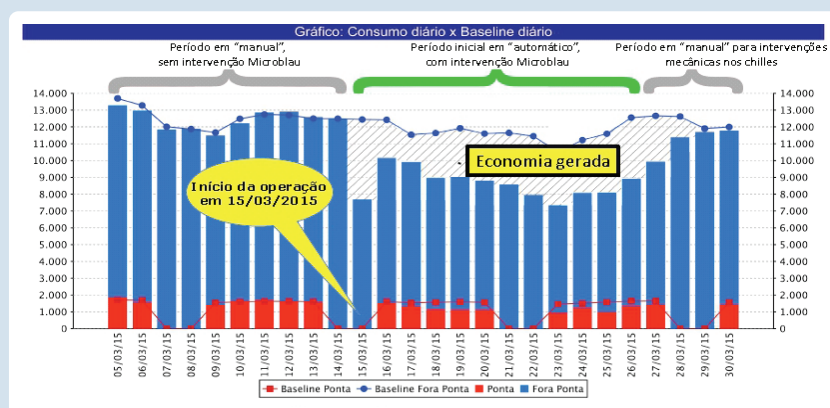
- Reduzir os custos com energia elétrica;
- Reduzir as emissões de dióxido de carbono;
- Incremento na manutenibilidade e disponibilidade dos sistemas.

Metodologia:

- Adoção de métricas específicas para apuração e comparação do desempenho do consumo de energia elétrica.
- Inventariamento das instalações, equipamentos e medições de parâmetros elétricos executados pela área de Engenharia;
- Automação da CAG considerando as condições climáticas e as demandas da edificação.

Resultados:

- Redução de 13% dos custos com energia elétrica;
- Redução do consumo de 1.284 Mwh/ano, 62,15 ton CO2/mês;
- Liberação de 20% da mão de obra direta da equipe de refrigeração.



Conclusão:

Além destas economias de energia e do expressivo benefício ambiental, o projeto deu origem a outras eficiências muito importantes, tais como a redução de avarias das máquinas (mais de 50%) e incremento da vida útil dos equipamentos de ar condicionado, próximo à 30%.

Outro aspecto relevante foi de que com a implantação do sistema de automação, o processo de gestão dos indicadores na área de Manutenção passou a ser acompanhado em tempo real, possibilitando aos gestores proceder os ajustes e correções com maior rapidez.

HOSPITAL SÃO LUIZ ANÁLIA FRANCO



Economia de
130.000 kWh/mês médio



Equivalente à pegada
62.15 ton CO2/mês



Para compensação, é
necessário o plantio
de 393 árvores / Ano

Adotando-se o mês de Maio de 2015 como base de cálculo para projeções futuras, estima-se redução de consumo superior a 1.284 MWh/ano, equivalente a quase 2 contos de energia mensais na unidade.

Em outros cenários, essa economia equivale a:

Em casas com famílias de até 4 pessoas (consumo médio de 300 kWh/mês):



Energia suficiente para abastecer 357 casas durante um ano.

Em casas de famílias de baixa renda (consumo médio de 80 à 220 kWh/mês, segundo a ANEEL):



Economia suficiente para abastecer entre 486 e 1.337 casas durante um ano.



Orientações para pacientes com gestação de risco internadas com mobilização restrita

CATIA ROST¹; JANAÍNA DIAS SEVERO²; DEYSI HECK FERNANDES³.

1. Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

2. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

3. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

Introdução

A assistência de enfermagem prestada a pacientes com gestação de risco, internadas por necessitarem de acompanhamento diário da equipe de saúde, repouso absoluto e monitorização de parâmetros para manutenção da gestação, mostrou que estas mulheres necessitavam de orientações para o pós parto, já que estavam privadas de participar de grupos formais para orientar os pais nos cuidados com o recém nascido. A enfermagem está capacitada pra orientar quanto aos principais cuidados e de forma organizada, montou um curso básico para oferecer as gestantes estas informações.

Objetivos: Oferecer às pacientes gestantes internadas a oportunidade de receber informações quanto aos cuidados básicos ao recém nascido, já que, por estarem restritas ao leito, não teriam a oportunidade de participar de cursos formais para gestantes.

Método

Foi montado um curso contemplando as principais informações necessárias para o cuidado com o recém nascido no ambiente familiar. Estas informações foram repassadas para as gestantes individualmente pela equipe de enfermagem, no próprio quarto da paciente, com demonstrações de banho e higiene, cuidados com o coto, amamentação, posições adequadas para deixar o bebê, como evitar a aspiração, sinais que devem ser observados e relatados ao pediatra, além de esclarecimento de dúvidas.

Resultado

O resultado deste estudo foi evidenciado pela melhora da satisfação das pacientes, medida mensalmente. No mês de março tínhamos uma satisfação de 56,86% dos pacientes muitos satisfeitos, seis meses após, aumentamos para 83,67% dos paciente muito satisfeitos. Alguns destes pacientes relataram em formulário próprio elogios. Destacamos o seguinte: “O que me surpreende foi uma atividade que elas desenvolvem com as gestantes onde vão até o quarto e tiram dúvidas sobre amamentação, banho limpeza do umbigo do recém-nascido. Achei fantástico, pois dá a oportunidade as gestantes que estão internadas há muito tempo de tirar suas dúvidas”



Fotos da Unidade Internação A2

Conclusão

O A equipe de enfermagem está capacitada para realizar treinamentos e educar seus pacientes. A dedicação e empenho deste grupo, fez com que os laços entre a equipe e as pacientes gestantes fossem estreitados, melhorando também a satisfação destas gestantes privadas de participar de eventos fora do Hospital.

A educação quantos aos cuidados com o recém nascido está diretamente ligada a gestão da saúde destes bebês, bem como de suas mães, preparando para um período muito novo e de conhecimento entre as partes, fase que gera muita insegurança e ansiedade para as gestantes.



Apuração em tempo real de satisfação do cliente na Rede Mater Dei de Saúde: ações mais rápidas, clientes mais satisfeitos

Geo, M.S.¹; Rosa, D.C.G.²; Ferreira, J.B.³

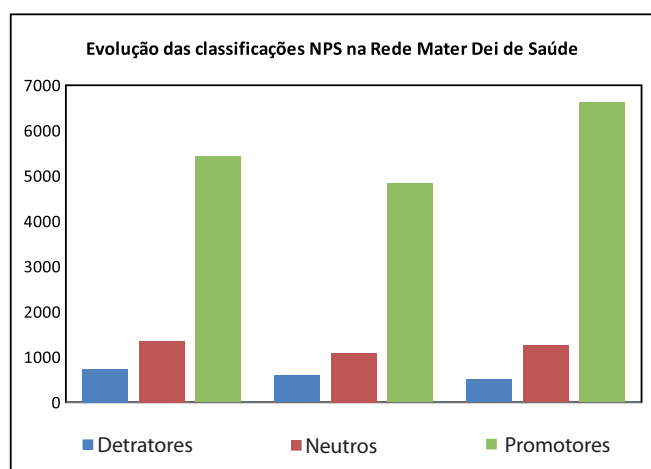
Vice-presidente assistencial operacional e diretora clínica¹,
Coordenadora de SAC², Coordenadora de Auditoria Interna e Compliance³

Introdução

No atendimento ao cliente, além da apuração e tratamento dos relatos, a apuração e geração de resultados é um entrave na maioria das organizações. Diante disto, este trabalho tem como objetivo mostrar os benefícios e resultados gerados pela implantação de um sistema automatizado para apuração da satisfação do cliente na Rede Mater Dei de Saúde (*Tracksale*®) e, a partir dos resultados obtidos, a implantação do grupo de melhoria. No formato de coleta anterior, o cliente preenchia um formulário, depositava nas urnas e esses eram coletados e lidos em média uma semana após o preenchimento.

Metodologia

O sistema automatizado apura os registros através do envio de SMS ou email imediatamente após a alta ou finalização do atendimento. Com a implantação da ferramenta, o gestor visualiza a resposta do cliente *on-line* e recebe um alerta por email sempre que seu setor for avaliado com nota inferior a 6 (detrator). Caso isso ocorra, tem o prazo de até 48 horas para fazer contato com este cliente. A partir da resposta do cliente é, também, imediata a visualização do retorno no Serviço de Apoio ao Cliente. A partir da leitura dos comentários que o cliente registra por meio da ferramenta, é possível também estabelecer ações de melhoria em curto período de tempo. Paralelamente, foi criado um grupo de melhoria que se reúne semanalmente para discutir as ações tomadas, definir novas e garantir o cumprimento. É liderado pela vice-presidência da organização.

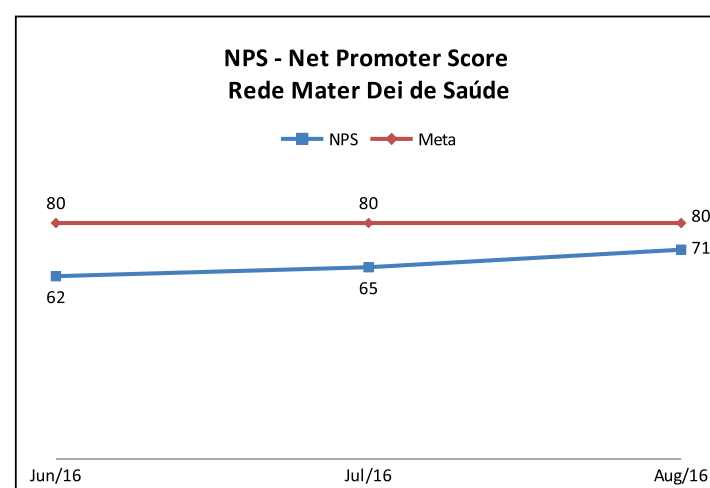
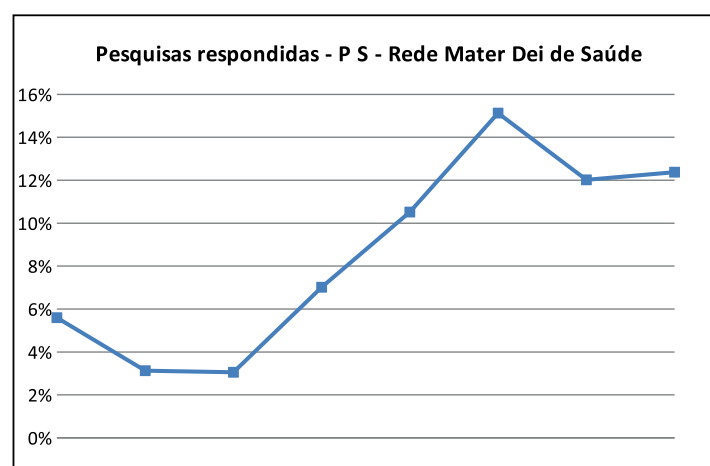


Resultado

O sistema automatizado permitiu a Rede Mater Dei de Saúde antecipar a identificação, apuração e tratamento dos registros feitos pelos clientes, podendo concluir com isto sobre a melhora progressiva dos resultados do NPS (Net Promoter Score), que alterou de 62% de satisfação em jun/16 para 71% em Ago/16. Houve queda de 33% no número de detratores. No serviço de Pronto-socorro, que historicamente é o setor de menor amostragem, o percentual de pesquisas respondidas pré-automação era de 4%; após implantação, o resultado está se mantendo em torno de 11%.

Conclusão

A automação da geração de resultados e alertas para os gestores permitiu a ação imediata, com ações e planos corretivos que melhoraram tanto a satisfação do cliente quanto a coleta de dados em áreas críticas.



Introdução

No cenário atual, o grande desafio das instituições de saúde está em equilibrar a necessidade de prestar serviços de excelência com um custo adequado e, para isto, é vital que tenham processos institucionais bem mapeados e controlados para que os mesmos tenham o máximo de eficácia (resultado assistencial), eficiência (resultado em gestão de recursos), sendo efetivos para a organização.

Objetivo

Analisar os ganhos potenciais com a redução de desperdícios, sob a ótica da Filosofia Lean Healthcare, no processo de administração de medicamentos e checagem a beira leito de uma instituição de saúde de Porto Alegre com certificações de qualidade nacional e internacional.

Método

Foi realizado um estudo de caso, com coleta de dados através de observação in loco, com o acompanhamento dos funcionários durante a execução das atividades, assim como, a construção dos Mapas de Fluxo de Valor Atual e Futuro - VSM (*Value Stream Mapping* – VSM), da Filosofia Lean, com um grupo multidisciplinar do hospital analisado.

Resultados

Redução do tempo médio de Lead Time do processo de 586 para 172 minutos. Eliminação de 100% no Tempo de Espera do processo. Aumento em 69% do percentual de *Correto e Completo*. Redução de 15 para 11 atividades no processo. Redução estimada de custo operacional médio anual de R\$ 1.497.830,40 ao se considerar somente a unidade analisada.

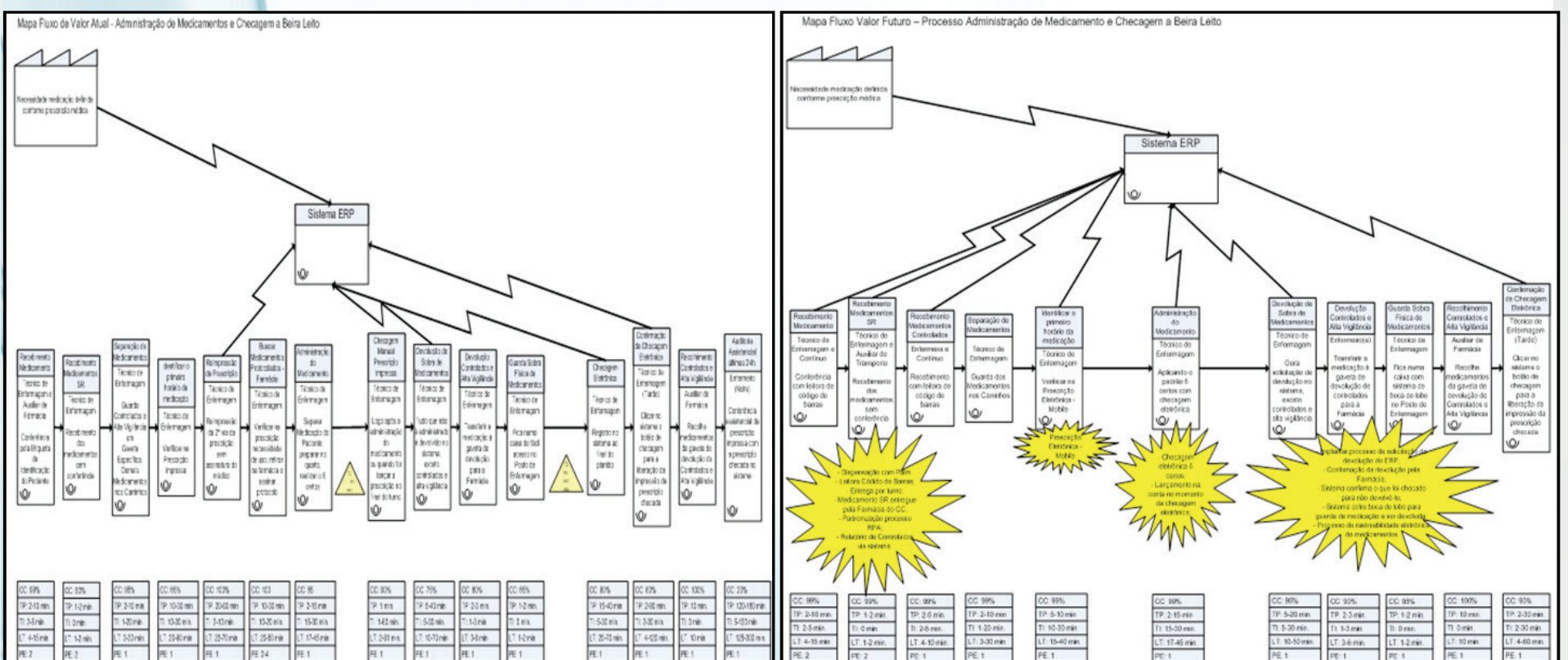


Fig.1: Mapa fluxo valor atual adm. de medicamentos e checagem a beira do leito

Fig.2: Mapa fluxo valor futuro adm. de medicamentos e checagem a beira do leito

Conclusão

Constatou-se que com o enfoque da filosofia do Lean Healthcare pode-se mudar a forma de enxergar os processos na área da saúde. Há uma tendência de agregar novas atividades ou controles por exigências que se referem à segurança dos pacientes e à qualidade, sem repensar o processo como um todo. A filosofia Lean Healthcare permitiu também demonstrar o impacto no custo operacional com a implantação da informatização na checagem a beira do leito, possibilitando aviar a relação custo x benefício da incorporação da tecnologia da informação aos processos assistenciais que impactam na segurança para o paciente. Por fim, o impacto no custo operacional deste processo não implica em redução de pessoas, mas em liberação destes profissionais para a prestação de uma melhor assistência ao paciente.

Referências: GRABAN, Mark. **Hospitais Lean: Melhorando a Qualidade, a Segurança dos Pacientes e o Envolvimento dos Funcionários**. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2013;

PINTO, Carlos Frederico. **Em Busca do Cuidado Perfeito: Aplicando Lean na Saúde**. São Paulo. Lean Institute Brasil, 2014;

WOMACK, James P.; JONES, Danie T.; ROOS, Daniel. **A Máquina Que Mudou o Mundo: A Arma Secreta do Japão, da Produção em Massa para a Produção Enxuta: A Segunda Revolução Automobilística**. 18ª Ed. Rio de Janeiro. Campus, 2004;

POON, Eric G.; KEOHANE, Carol A.; YOON, Catherine S.; et al. **Effect of Bar-Code Technology on the Safety of Medication Administration**. The New England Journal of Medicine. New England, May 2010, 362:1698-1707.

*Analista de Processos – HMD ** Gerente de Qualidade e Segurança – HMD ***Enfermeira Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco – HMD **** Enfermeira Especialista – HMD.



Introdução

Um dos grandes desafios para os hospitais é tornar os seus leitos cada vez mais otimizados. Os administradores hospitalares, apesar da desaceleração econômica no último ano, entenderam que há perspectiva de aumento no consumo dos serviços de saúde, e por isso estão investindo cada vez mais no Gerenciamento de Leitos para a busca da utilização eficiente dos leitos, garantindo o uso adequado dos recursos e desta forma contribuindo para o equilíbrio econômico-financeiro da instituição e a satisfação dos clientes.

Objetivo

Avaliar as oportunidades de melhoria no fluxo de alta do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos e promover a integração multidisciplinar para otimizar os leitos já existentes através da busca da excelência dos processos hospitalares.

Método

O fluxo de alta hospitalar foi analisado no período de agosto/2014 a julho/2016, com avaliação sobre o tempo e os gargalos de processo, através do monitoramento das etapas de alta, que correspondia ao momento em que o médico comunicava a alta ao paciente até o momento em que o quarto estava disponível para uma nova internação. O tempo médio encontrado em 2014 foi de 05 horas e 14 minutos. Então, a partir da análise deste resultado, passamos a adotar ações com as equipes multidisciplinares.

Resultado

Com a equipe médica, adotamos ações para que as altas fossem prescritas até às 10h00, e tivemos uma melhoria de 63% deste tempo, no período de 2014 a 2016. As equipes assistenciais e administrativas reestruturaram os seus processos para priorizar o atendimento ao paciente de alta. Essa ação resultou na redução de 28% do tempo nesta etapa. O tempo de liberação do leito pelo paciente, após a alta, também reduziu em 44%. Foi estabelecido tempo de tolerância para a sua saída e criação da sala "VIP", onde ele pudesse aguardar a chegada do seu acompanhante. Trabalhamos o processo de comunicação com o setor de hotelaria e manutenção, gerando maior agilidade no processo de liberação dos leitos.

Figura1:

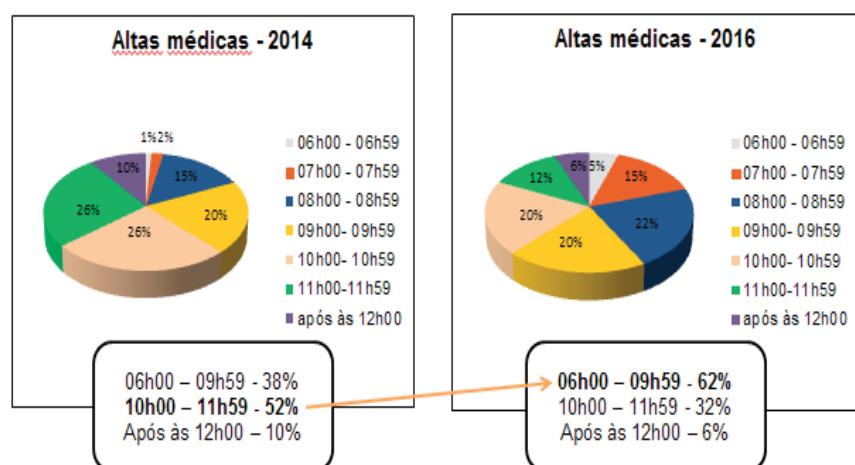


Figura1: Percentual de alta hospitalar prescrita pela equipe médica conforme horário - 2014 e 2016

Com as ações implantadas, tivemos como resultado final a redução de 26% do tempo do fluxo total da alta hospitalar em julho/2016.

Figura 2:

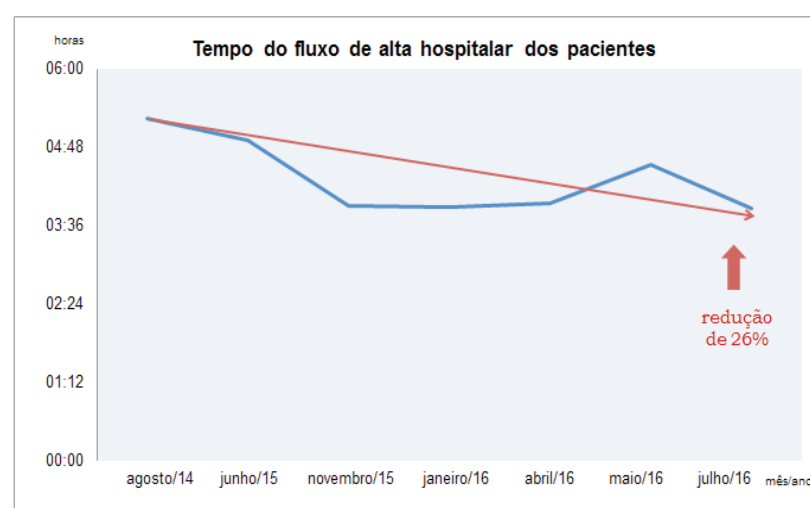


Figura 2: Redução do tempo total do fluxo de alta hospitalar - 2014 a 2016

Como benefício tivemos a redução do atraso cirúrgico por demora da internação de 17,3% em janeiro/15 para 0,56% em julho/16 (figura 3) e a redução do número de transferência externa por falta de leito (10 pacientes/mês em 2014 para 1 paciente/mês em 2016, com a mesma taxa de ocupação hospitalar nos dois anos).

Figura 3:

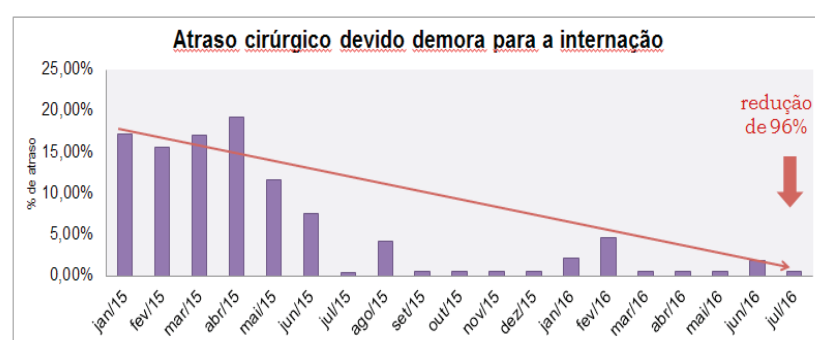


Figura3: Redução no atraso cirúrgico devido demora para a internação - 2015 a 2016

Conclusão

Os resultados obtidos demonstram que para o sucesso do trabalho de otimização dos leitos, a atuação das equipes multidisciplinares é essencial, pois somente unindo esforços podemos ter leitos cada vez mais eficientes, que possam suprir a necessidade de atendimento proposto da melhor maneira possível.

Referências Bibliográficas

1. WASHINGTON. Research Board Advisory. **The Advisory Board International. Clinical Operations Board** – next generation capacity management: collaborating for clinically appropriate and efficient inpatient throughput, 2010.

2. Observatório Anahp 2016 – edição 08. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>. Acessado em 10 agosto de 2016 às 22:34



SENSIBILIZAÇÃO PARA DOR ZERO EM UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores: Eliane Réus Farias¹, Sidiclei Machado², Ligia Beatriz Rasia³ Rubia Natasha Maestri⁴.

1. Enfermeira Coordenadora Assistencial do Hospital Moinhos de Vento.
2. Enfermeiro Assistencial II da Emergência do Hospital Moinhos de Vento.
3. Enfermeira Professora do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento.
4. Enfermeira Gerente Assistencial do Hospital Moinhos de Vento.

Introdução:

Programas educacionais são capazes de melhorar a prática dos profissionais de saúde (DIHLE, 2006). Utilizar métodos alternativos para envolver as equipes na prática da temática da dor poderá ser uma ferramenta positiva em relação aos treinamentos convencionais em forma de “sala de aula”. Organizar os treinamentos de forma a buscar a participação e desenvolver a empatia para com a dor do outro fará com que o profissional possa estar alerta e sensível a sinais ocultos. É preciso uma atitude receptiva, disposição para escutar, observar e, acima de tudo, estar atento à comunicação com o outro (FUREGATO, 2005).

Objetivo:

Realizar sensibilização através de treinamento em serviço, utilizando métodos de ensino e aprendizagem para o tema do Gerenciamento da dor em um Hospital privado de grande porte do Município de Porto Alegre.

Metodologia:

Trata-se de um relato de experiência sobre o treinamento da Sensibilização da Dor, ministrado pelo Grupo da dor no mês de agosto/2016. Os métodos de ensino utilizados foram implementação de intervenção de dor em colaboradores voluntários “através da colocação de um clip na ponta dos dedos” para fazer o exercício da empatia, identificando a sua etiologia e compreendendo a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo com dor. Também repassamos mídia sobre as questões de dor na vida da sociedade. Realizamos uma dinâmica em grupo onde os colaboradores registraram em cartolinas pretas e giz a descrição da dor, com isso confeccionaram o “quadro da dor”, simbolizando o que cada um entende por dor; fizemos alusão ao desenho “Operação Big Hero” que se refere a um agente de saúde em forma de Robô, que é capaz de escanear uma pessoa, detectar e tratar seu nível de stress, dor e humor.

Resultados e Discussão:

Participaram do treinamento um total de 500 colaboradores, a satisfação geral medida no final do treinamento foi de 98,52%. Reafirmamos o objetivo do Gerenciamento da Dor institucional com o potencial de redução da morbimortalidade, a influência da recuperação e no processo de alta, o direito do paciente, a importância do 5º sinal Vital e a dor como indicador de qualidade assistencial.

Conclusão:

Entendemos que a participação ativa nos treinamentos gera uma adesão significativa ao tema abordado e com isso melhora o comprometimento com a causa e a prática para cuidado em busca da “Dor Zero”.

Referencias: 1 Dihle A, Bjolseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative ve pain management. J Clin Nurs. 2006;15(4):469-79. 2 Furegato ARF, Nieves AF, Silva EC, Costa MC Jr. Undergraduate nursing students’ knowledge and viewpoints on depression. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):401-8. 3 disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Uwfx7WbMY4M>



Impactos econômicos e assistenciais na implantação de uma ferramenta automatizada de avaliação das prescrições médicas na Rede Mater Dei de Saúde

SCLEARUC, E.A.¹; MARTINS S.R.²; SILVA, Hágabo M.³; GONÇALVES, T.S.⁴

¹Diretora Técnica, ²Farmacêutica Responsável Técnica, ³Acadêmico de Farmácia, ⁴Acadêmico de Farmácia.

Introdução

A utilização de ferramentas que atuam como barreiras na segurança medicamentosa são fundamentais para a segurança assistencial e aumento da eficiência dos processos internos. No âmbito hospitalar, falhas relacionadas a medicamentos são responsáveis por um aumento significativo do tempo de internação, morbidade, mortalidade e custos hospitalares, mas podem ser efetivamente prevenidas ao submeter a prescrição médica a uma revisão farmacêutica antes da dispensação dos medicamentos^{1,2,3,4,5,6}.

Objetivo

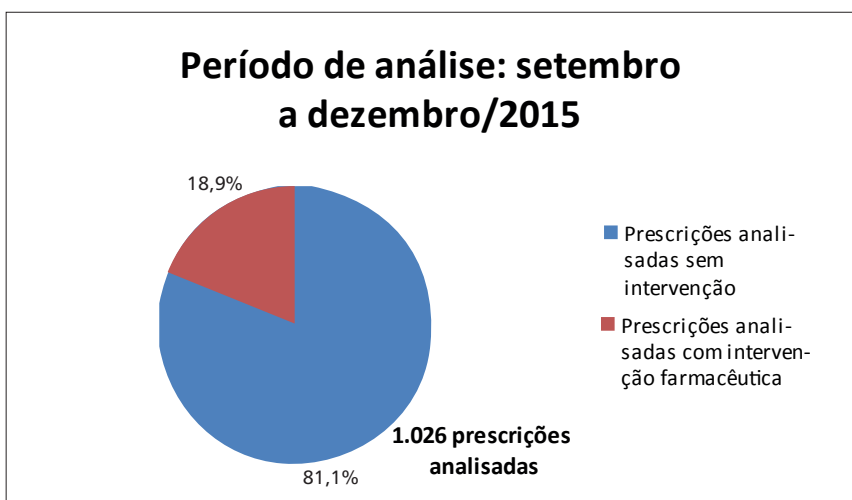
Avaliar melhorias na implantação de um sistema eletrônico que possibilite a avaliação das prescrições médicas pelo farmacêutico antes da dispensação, além da inserção direta do mesmo nas unidades, com participação de corridas de leito com mais embasamento e proximidade ao paciente.

Métodos

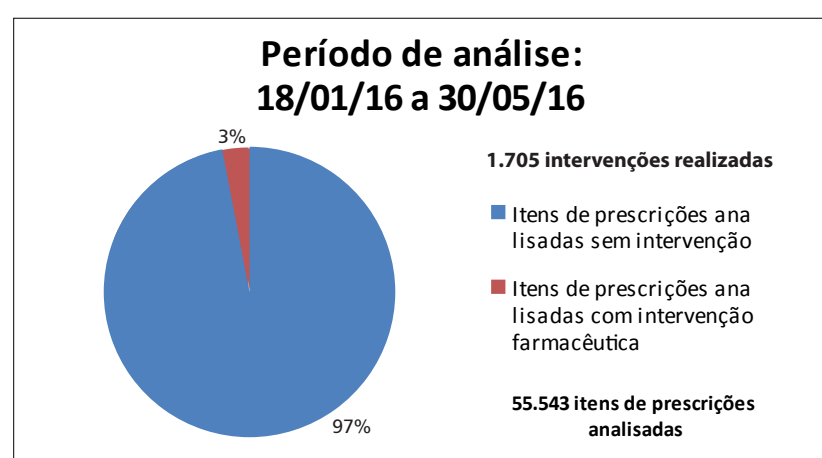
Estudo observacional e comparativo do piloto de implantação de um sistema eletrônico de avaliação farmacêutica das prescrições médicas antes da dispensação do medicamento no Hospital Mater Dei Contorno, de Belo Horizonte. Foram quantificadas as intervenções farmacêuticas realizadas durante o período de 18/01/2016 a 30/05/2016. Tais dados foram comparados ao período de setembro a dezembro de 2015, quando as prescrições eram analisadas após a dispensação, sem recurso eletrônico.

Resultado

No período de setembro a dezembro/2015 foram analisados 1026 prescrições após a dispensação dos medicamentos. Destas foram necessárias 194 intervenções farmacêuticas.



Com a implantação do AVAFAR, sem aumento da equipe, foram avaliadas 55.543 (31,60%) itens/total de 175.748 itens prescritos. Foram necessárias 1.705 (3%) intervenções farmacêuticas.



A economia gerada para o hospital em relação às intervenções realizadas foi de R\$ 49.299,04. Esse valor é referente a glosas que o hospital evitou com as intervenções antes da dispensação e administração do medicamento. Foi verificada maior agilidade para o profissional realizar as análises e melhor interação com as equipes multidisciplinares, com o farmacêutico inserido nas unidades.

Conclusão

A ferramenta utilizada foi efetiva para identificar e prevenir erros de prescrição antes da dispensação, redução de custos, maior interação do farmacêutico com os médicos e maior agilidade para realizar as análises de prescrição, evolução das intervenções e identificação de erros.

Referências

- Lucca JM, Ramesh M, Narahari GM, Minaz N. Impact of clinical pharmacist interventions on the cost of drug therapy in intensive care units of a tertiary care teaching hospital. *J Pharmacol Pharmacother*, 2012;3(3):242-7.
- Khalili H, Farsaei S, Rezaee H, Dashti-Khavidaki S. Role of clinical pharmacists' interventions in detection and prevention of medication errors in a medical Ward. *Int J Clin Pharm*, 2011;33(2):281-284.
- Novaes MRCG, Souza NNR, Néri EDR, et al. Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. São Paulo, Ateliê Vide o Verso, 2009:11-36.
- Ferracini FT, Filho-Borges WM. Farmácia Clínica. Segurança na Prática Hospitalar. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. Implantação da Farmácia Clínica, Cap-1, p.19-46.
- Coimbra JAH, Cassiani SHB. Segurança na utilização de medicamentos: dificuldades de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2004,3(2):153-160.
- Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2006, 40(4):524-532.



PACIENTES DE ALTA QUE PERMANECEM INTERNADOS: CAUSAS E IMPACTOS

FABIO YOSHITO AJIMURA¹, ANA MARIA MALIK²

1 PROGRAMA DE ESTUDOS AVANÇADOS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E SISTEMAS DE SAÚDE (PROAHSA)

2 ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO – FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (EAESP-FGV)

INTRODUÇÃO

A ocupação de um leito por paciente com condição clínica para alta tem sido um problema cada vez mais frequente em todo o mundo, pois impede a internação de outros pacientes, além de acarretar em riscos desnecessários inerentes à internação. Identificar causas e impactos do prolongamento desnecessário dessa permanência facilite intervenção.

OBJETIVO

Identificar os motivos pelos quais pacientes de alta permanecem internados em um hospital público de longa permanência na Grande São Paulo e impactos decorrentes.

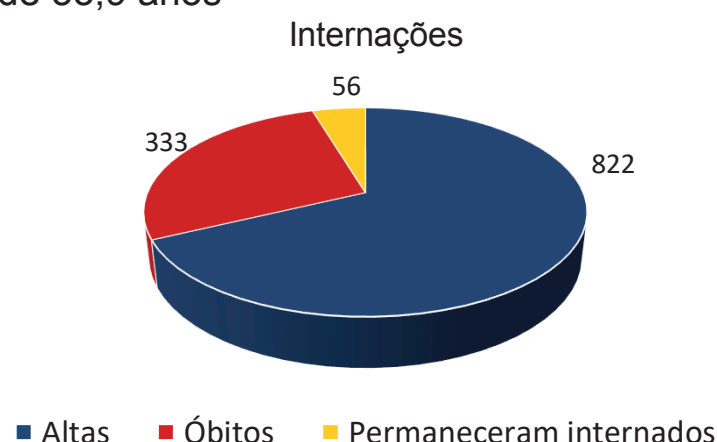
MÉTODO

Estudo exploratório transversal com revisão de prontuários de todos os pacientes que deram entrada a partir de 01 de janeiro de 2011 e que saíram até 31 de dezembro de 2014. Realizado no Hospital Auxiliar de Suzano (HAS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).



RESULTADOS

Ocorreram 1.211 internações dentro do período estudado, sendo a maior parte do sexo masculino (62,7%) com idade média de 53,9 anos



1 – Ajimura FY. Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem? São Paulo. Dissertação [Mestrado em Administração de Empresas] – Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10438/16055>. 2 – Mendoza-Giraldo D, Navarro A, Sánchez-Quijano A, Villegas A, Asencio R, Lissen E. Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos. Rev Clin Esp. 2012; 212(5):229-234. 3 – Carter N, Wade D. Delayed discharges from Oxford city hospitals: who and why? Clinical Rehabilitation. 2002;16:315-320. 4 – House of Commons Health Committee. Delayed Discharges (third report). London: The Stationary Office Limited; 2002. 82p.

Do total de 822 internações estudadas, ocorreu atraso na saída do paciente em 466 casos (56,7%), existindo variação de 1 a 606 dias de atraso, chegando ao total de 8.895 pacientes-dia desnecessários. Essas diárias comprometeram mais de 25% do orçamento anual os gastos diretos e indiretos com esses pacientes.

Principais motivos de atraso na saída	Dias de atraso
Suporte da rede	2.339
Resistência paciente/familiar	2.210
Transporte familiar	1.417
Adequação casa/equipamentos	1.387
Ambulância	600
Exames, documentação	476
Treinamento cuidador	411
Localizar família	55
Total	8.895

Os pacientes com atraso foram divididos em dois grupos: entre 1 e 7 dias (grupo A) e acima de 7 dias (grupo B). No grupo A, a **espera por transporte (familiar ou ambulância)** foi responsável pelo maior número de dias de atraso e no grupo B foi o **suporte da rede**.

CONCLUSÃO

A manutenção de um paciente internado sem necessidade impacta na qualidade do atendimento: aumenta o risco de lesão e danos a um indivíduo que não deveria estar internado. Também impacta financeiramente a organização, comprometendo mais de um quarto de todo seu orçamento.

Este estudo identificou os motivos pelos quais pacientes de alta permaneceram internados em um hospital público de longa permanência, possibilitando discussão de propostas para diminuição do período de internação hospitalar. Entretanto, as medidas a ser tomadas dependem de um entendimento do sistema de saúde local, contexto cultural e legislação vigente.

PROAHSA

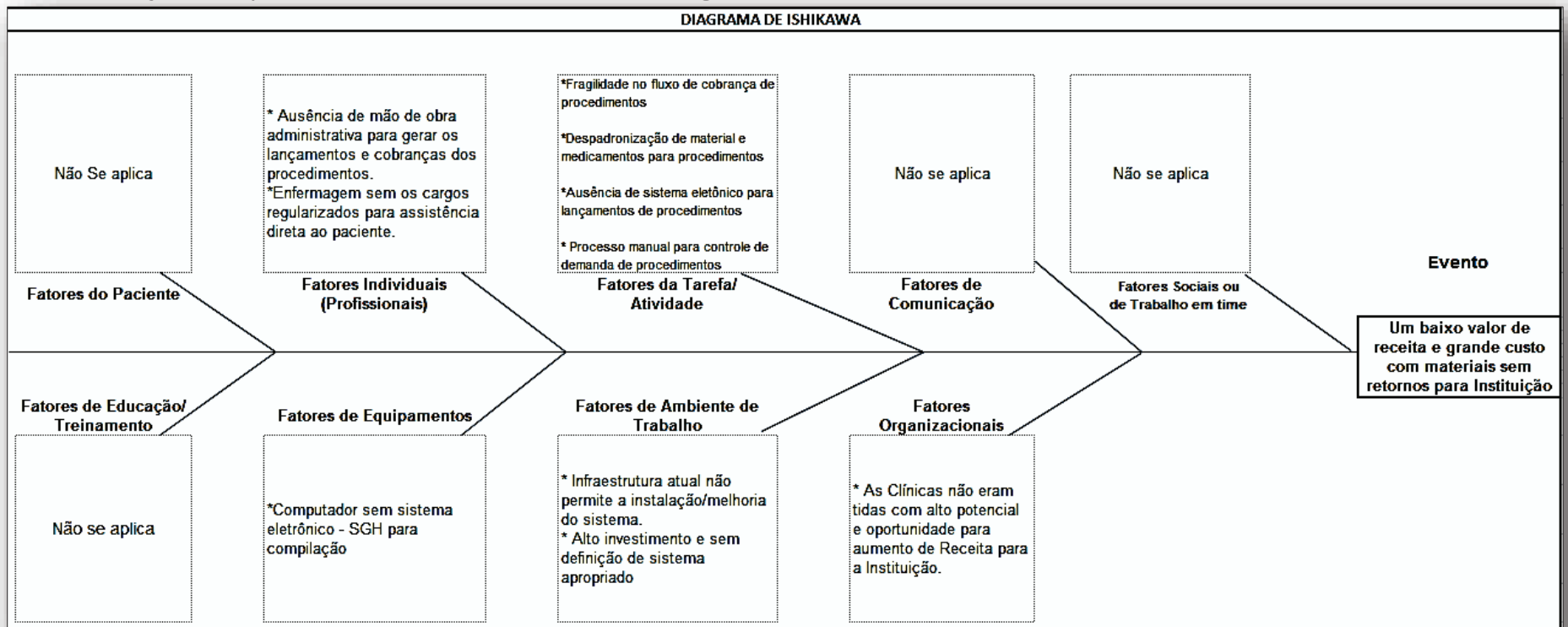
Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde



Autoras: Luciana Santana da Silva, Eliane Matsue Satto Coppi, Elaine Cristina da Silva, Karla Silva Túlio

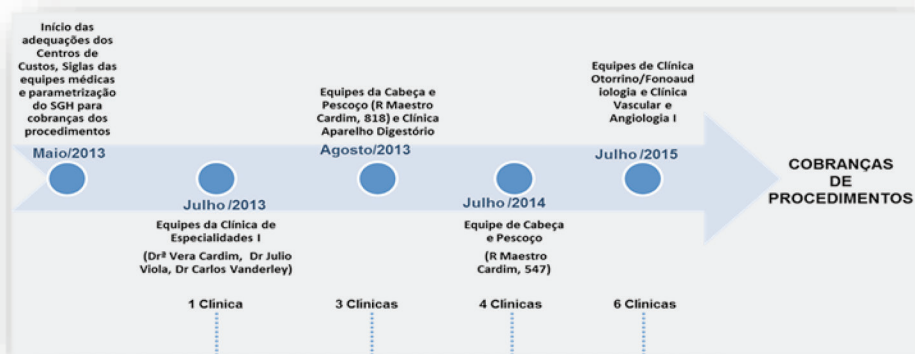
Hospital Beneficência Portuguesa SP - Gestão de Clínicas

INTRODUÇÃO: Nas Clínicas Externas vinculadas ao Hospital Beneficência Portuguesa SP, em 2013, foi identificado um baixo valor da Receita e o alto custo com materiais e medicamentos, sem retornos financeiros para a instituição. Os indicadores utilizados para monitorar o problema foram: Procedimentos Cobrados e Receitas das Clínicas Externas. No 1º Trimestre de 2013 foi realizada uma análise para identificação do problema e obtiveram-se os seguintes motivos:



OBJETIVOS: Aumentar a Receita das Clínicas Externas através da Cobrança de Procedimentos; melhorar o fluxo de atendimento e a qualidade na assistência prestada aos clientes, tendo como desafio aproveitar os recursos humanos e materiais já existentes.

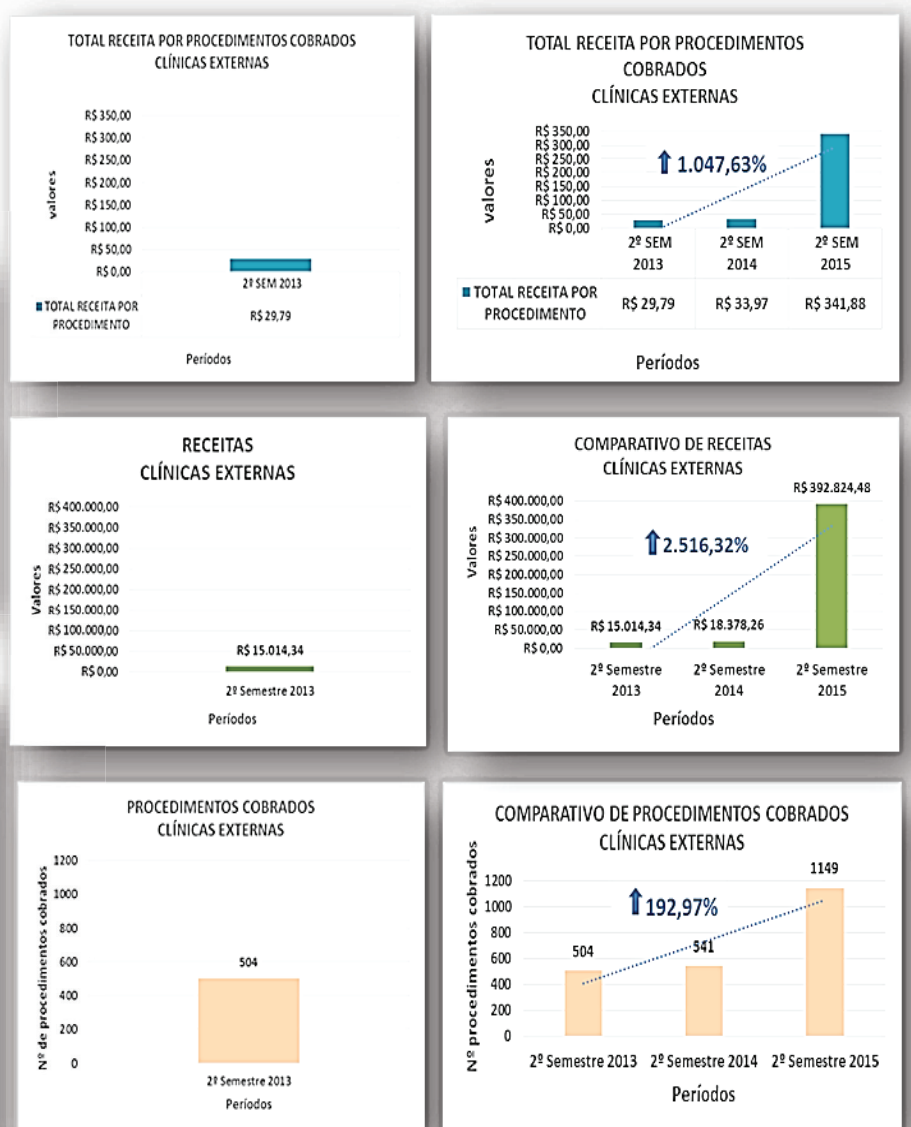
MÉTODOS: Aplicação do Ciclo PDSA e elaboração de ação em 4W1H, tendo o processo numa evolução gradativa das clínicas, conforme representado:



PLANO DE AÇÃO:

O que?	Onde?	Quando?	Quem?	Como?
1- Contratar mão de obra administrativa e regularizar cargos da enfermagem	Gestão Clínicas ADM	Maio/2013	Gerente Gestão de Clínicas e RH	Transferência de colaboradora Assistente Administrativa para Gestão Clínicas ADM e promoção/regularização dos auxiliares de enfermagem operacionais para auxiliares enfermagem / técnicos de enfermagem
2- Providenciar computador com Sistema SGH	Gestão Clínicas ADM	Maio/2013	Gerente Gestão de Clínicas e TI	Negociado o reaproveitamento de equipamento TI de setor desativado e transferido para a Gestão de Clínicas
3- Melhorar fluxo de atendimento nas clínicas e estabelecer os formulários de controles	Gestão Clínicas ADM	A partir de Maio/2013	Gestão Clínicas ADM e ENF	Reuniões entre Administrativo e Enfermagem da Gestão de Clínicas para definir como realizar as cobranças dos procedimentos.
4- Orientar e treinar gradativamente as equipes das clínicas	Clínicas Externas	Maio/2013 a Julho/2015, de acordo a evolução da implantação.	Gestão Clínicas ADM e ENF	Visitas nas clínicas e reuniões com equipes médicas e colaboradores para esclarecimentos e orientações sobre cobranças de procedimentos.
5- Parametrizar o Sistema SGH para lançamentos/cobranças	Gestão Clínicas ADM	Maio/2013 a Julho/2015	Gestão Clínicas ADM e TI	Aberturas de ordens de serviços no Service Desk e trocas de e-mails com a TI para ajustes e parametrizações.
6- Padronizar gradativamente os materiais e medicamentos nas clínicas	Gestão de Clínicas, Farmácia e Almoxarifado	Janeiro/2013 a Julho/2015, de acordo a evolução da implantação	Enfermeiras de Gestão de Clínicas e Farmácia	Levantamento das necessidades de materiais e medicamentos para despadronização de materiais e almoxarifado
7- Compartilhar com a instituição o potencial de aumento da receita	Instituição	Maio e Junho/2015	Gerência da Gestão de Clínicas	Apresentação dos resultados para Superintendência Médica e Equipe

RESULTADOS: Visto a efetividade constante das ações, com negociações junto aos convênios e alinhamento do fluxo de cobrança, pôde-se comprovar um resultado positivo da Receita nas clínicas, conforme demonstrado nos gráficos:



CONCLUSÃO: Em meio a muitos obstáculos e recursos escassos, desenvolveu-se um processo de trabalho com obtenção de crescimento rentável e melhor qualidade na assistência. Houve a gestão do fornecimento de materiais e medicamentos, mediante acompanhamento das estatísticas e faturamento das clínicas. Continuamente é realizada auditoria dos prontuários ambulatoriais com o objetivo de melhoria dos registros e das cobranças. Quando o processo segue focado com a estratégia da instituição e há comprometimento da equipe em prol da melhoria, o desempenho fica visível e o resultado positivo.



Vantagens da Sistematização da Assistência de Enfermagem Eletrônica a beira do leito em um hospital privado de Porto Alegre/RS

BELISA MARIN ALVES¹; ROBERTA BRUM SILVA²; CAMILA F. DALLAGNOL³; DANIELA TENROLLER DE OLIVEIRA⁴

1. Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
2. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
3. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
4. Enfermeira Coordenadora Assistencial – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS - Brasil

Introdução

Introdução: Através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) o enfermeiro coloca em prática seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos na assistência ao paciente realizando desta forma o papel principal do enfermeiro frente as necessidades dos pacientes.

Para que as necessidades do paciente e sua família sejam realmente identificadas e trabalhadas pela equipe multiprofissional, é necessária que a enfermeira esteja o mais próximo possível de seus pacientes, visando identificar, prevenir e tratar antecipadamente possíveis danos à saúde física, psíquica e social do paciente.

Levando em consideração tais princípios, identificou-se a necessidade de o enfermeiro estar próximo aos pacientes para realização da SAE, a fim de dividir e agregar valores a prática assistencial do enfermeiro, trazendo melhores resultados aos pacientes internados em nosso hospital.

Objetivo: Avaliar os benefícios assistenciais da realização da SAE na beira do leito.

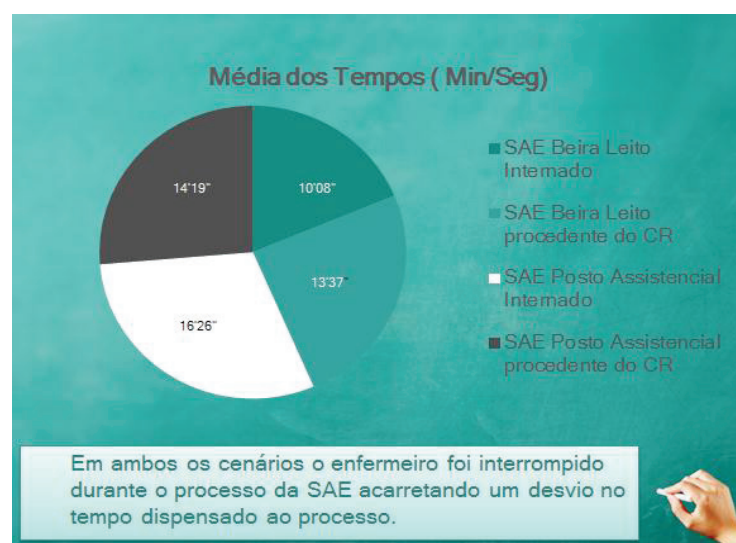
Método

Método: Foi realizado um piloto em uma unidade de internação clínica e cirúrgica de um hospital da região sul do Brasil. Neste piloto a enfermeira observou com olhar crítico a aplicação da SAE em 20 pacientes. Destes 20, uma amostra de 10 pacientes a enfermeira realizou a visita aos aposentos, realizou anamnese e exame físico e posteriormente aplicou a SAE no posto assistencial. Na outra metade da amostra, a enfermeira realizou em loco, a aplicação do SAE, ou seja, no quarto do paciente, tendo a participação direta deste na documentação dos dados inerentes a sua assistência.

Resultado

Resultados: Observou-se neste piloto dois fatores primordiais para a melhoria da assistência de enfermagem que necessitam serem valorizados. Quando a enfermeira implementa a parte burocrática da SAE no posto assistencial, é envolvida em diversas demandas concomitantemente. Inúmeras vezes ela é interrompida para atender necessidades dos técnicos em enfermagem, dos médicos, dos familiares dos pacientes, atender ao telefone para receber plantão de pacientes que vem de outras unidades, atender equipe multiprofissional, entre outros. Esta interrupção faz com que a enfermeira perca diversas vezes o foco de sua atividade, prejudicando desta forma a realização da SAE.

Em contrapartida, quando realizado a SAE no quarto do paciente, observa-se que a enfermeira está atenta apenas àquela atividade sua atenção está voltada apenas para as necessidades do paciente e seus relatos, dando maior credibilidade e maior riqueza de dados em suas atividades aplicadas através da SAE.



SAE	Beira Leito internado (média 10 pacientes)	Beira leito procedente do CR (média de 10 pacientes)	Posto de enfermagem internado (média de 10 pacientes)	Posto de enfermagem procedente do CR (média de 10 pacientes)
Abertura Sistema Integrado	3'30"	3'52"	32"	29"
Evolução Enfermagem	2'35"	4'21"	3'16"	3'25"
SCPI	33"	33"	8'15"	4'21"
Avaliação de Risco	1'08"	1'12"	1'12"	46"
Prescrição	2'20"	3'37"	2'30"	4'37"
Plano Educacional	-	42"	-	1'21"

Conclusão

Conclusão: O enfermeiro é essencial para o bom funcionamento de uma unidade de internação, sendo necessário para atender e manter em funcionamento as diversas demandas e o bom fluxo da unidade. Para tanto, é necessário que esteja voltado integralmente a suas atividades visando a melhor prática assistencial através de mecanismos que garantam a qualidade da assistência prestada tendo como foco principal a melhor assistência para nossos pacientes.



Check list diário de prontuário: estratégia adotada pelo CTI do Hospital Mater Dei para envolver a equipe assistencial na melhoria da qualidade da conta hospitalar com impacto na redução de glosas e risco jurídico

Assunção, P.A.¹; Cruz, A.P.F.²; Berni, P.R.³

Gerente de Unidade de Terapia Intensiva¹, Enfermeira Intensivista²,
Coordenadora de Enfermagem CTI³

Introdução

O conhecimento, entendimento e envolvimento da equipe de enfermagem nos processos hospitalares é de grande importância e impacto, visto que é a equipe que faz o elo com todos os profissionais da equipe multidisciplinar, pois geralmente é a que tem maior tempo de contato com o paciente e com a instituição. Envolver a linha de frente nos processos setoriais é o meio mais produtivo e com menor custo para melhorar os processos de trabalho e resultados.

Objetivo

Reduzir o retrabalho na auditoria, revisão e correção dos prontuários médicos, assim como o valor de glosas operacionais a partir da implementação de uma ferramenta de análise diária do prontuário para instruir e garantir a qualidade da conta hospitalar no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Mater Dei.

Métodos

O *check list* diário de prontuário foi instituído em janeiro de 2016. Nele, foram listados os itens com maior frequência de inconformidades e glosas e que apresentavam maior risco financeiro e jurídico pelo histórico observado na unidade. O *check list* foi vinculado à validade da prescrição médica e foi realizado pelo técnico de enfermagem res-

ponsável pelo paciente. Este foi responsável por solucionar ou acionar o enfermeiro para auxílio nas correções das inconformidades. No final da validade da prescrição, o enfermeiro valida o *check list* e as correções realizadas. Finalizado o 1º semestre de 2016, foi realizado um comparativo com o 2º semestre de 2015 a fim de validar a efetividade da ação através da análise dos resultados do percentual de glosa operacional pelo faturamento setorial.

Resultado

A implantação e execução do *check list* diário de prontuário no CTI foi positiva, visto que do segundo semestre de 2015 para o primeiro de 2016 o valor total da glosa operacional reduziu em 21%, enquanto o faturamento aumentou em 8%. A melhora também é percebida no percentual total, sendo em 2015, 1,44% do faturamento e em 2016 1,10%. O tempo médio de entrega do prontuário ao faturamento era no 2º semestre de 2015 2,64 dias e reduziu para 1,5 dia em 2016.

Conclusão

Esse resultado nos mostra a efetividade do trabalho de uma equipe integrada com foco na melhoria contínua dos processos. Esta ferramenta possibilitou um comparativo do desempenho entre os semestres, garantindo a evidência de uso dos recursos, reduzindo as glosas e o tempo de entrega do prontuário e aumentando o faturamento.

	Paciente:									
Data da validação:										
Colaborador:										
Monitorização CTI (ECG-cont, PNI, Oxímetro de pulso, PNI, PIC, Capnografia, Débito cardíaco contínuo, Balão intraórtico.)										
Respirador										
Aspiração										
Oxigênio										
Cheragem da dieta enteral										
Equipo de dieta enteral notificado										
Perneira ou Clexane										
Identificação dos equipos										
Precaução										
Prescrições médicas assinadas										
Carimbo e assinaturas legíveis no rodapé das prescrições										
Medicamentos checados de forma legível										
Observar se as medicações em bomba de infusão estão prescritas com a frequência em BICont										
Cheragem correta dos kits: PIA, CENTRAL e INTUBAÇÃO, HD, SWG, Drenos, TQT										
Balanço Hídrico com preenchimento correto e assinatura, número de patrimônio dos equipamentos.										
Escala da dor e reavaliação										
ATB- dupla checagem										
Realizado PV na medicação de alta vigilância										
Anexadas embalagens de materiais de alto custo										
Contenção física prescrita e reavaliada na evolução										
Hemotransusão - preenchimento do impresso, dados, checagem										
Plano de cuidados multidisciplinar checado e com avaliação da meta do dia anterior										
Nome do Registro: <i>Check list</i> diário do prontuário e prescrição médica										

Documento: POP-A-CTI-059



Ações de melhoria no processo de avaliação e prevenção de úlceras por pressão em unidades de internação de um hospital privado de Porto Alegre

Autores : Cátia Cristine Rost¹, Elisandra Leites Pinheiro², Daniela de Oliveira³, Camila Freitas Gabim⁴

1.Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

2.Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

3.Enfermeira Coordenadora das Unidades de Internação -Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

Introdução

As grandes prevalências dessas lesões em indivíduos tratados nas instituições hospitalares representam aumento de tempo de internação e aumento da morbimortalidade dos indivíduos acometidos, constituindo-se num importante problema de saúde pública. O Grupo de referencia de pele é formado por uma equipe de enfermeiros especializados em avaliar, tratar e prevenir lesões por ulcera por pressão. **Objetivo:** Atuar com a equipe de enfermagem nas condutas referentes à prevenção e tratamento de úlceras por pressão com objetivo de alcançar 100% dos pacientes internados nestas unidades

Método

Realizado um estudo de coorte uma vez por mês, onde acontece a coleta de dados em todos os pacientes internados neste dia , onde o grupo de enfermeiro visita todos os pacientes internados nas unidades da internação adulta e inspeciona a pele dos mesmos utilizando ferramenta estruturada. Neste dia de coorte também acontecem treinamentos em serviço com as equipes focadas na prevenção de novas lesões.

Resultado

Evidenciou-se a eficiência desta ação realizada em dia pré-estabelecido, visto que nossos indicadores evidenciaram aumento de registros em relação há anos anteriores estes registros poderiam estar sendo subnotificados ou não notificados. **Conclusão:** A úlcera por pressão só poderá ser alterada se houver um



Fotos do dia D de lesões

Conclusão

A úlcera por pressão só poderá ser alterada se houver um maior investimento nas medidas de prevenção e no tratamento precoce das lesões em geral e continuidade do envolvimento do grupo no cuidado integral destes pacientes.





Elaboração de kits cirúrgicos em um hospital público de alta complexidade

PATRICIA MORA PEREIRA; FABIO YOSHITO AJIMURA;
CICERO CAMPANHARO; BRIGITTE F. MELLO

INTRODUÇÃO

Com a redução do orçamento destinado aos serviços públicos de saúde, faz-se necessário pensar em sustentabilidade e ter o controle sobre os insumos hospitalares e os custos financeiros gerados por cada paciente. Diversos estudos apontam que o Centro Cirúrgico é o setor que mais consome recursos financeiros no hospital, sendo importante mensurar custos e identificar onde atuar para otimizar faturamento e diminuir despesas, gerando retorno operacional ao hospital e possibilitando melhora no padrão de atendimento com eficácia, segurança e qualidade.

OBJETIVO

Contribuir para o controle dos insumos hospitalares e os custos financeiros gerados por cada paciente no Centro Cirúrgico do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

MÉTODO

Após a definição da composição individual dos kits cirúrgicos mais utilizados pelas dezessete especialidades médicas atuantes no Centro Cirúrgico, foram elaborados kits básicos por especialidade, os quais contêm os insumos hospitalares mais utilizados nos últimos 12 meses. Este projeto foi realizado por uma parceria do Centro Cirúrgico do Instituto Central do HCFMUSP e o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas em Saúde (PROAHS).

RESULTADOS

A elaboração de kits cirúrgicos, juntamente com a introdução de códigos de barras nas embalagens individuais e o cadastramento em sistema eletrônico dos itens com código de barras, contribuíram para a melhoria dos seguintes pontos:

CONTROLE E RASTREAMENTO DOS INSUMOS UTILIZADOS NO CENTRO CIRÚRGICO

DETERMINAÇÃO DOS CUSTOS DO PROCEDIMENTO POR PACIENTE

MELHORA NO FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DOS INSUMOS E, CONSEQUENTEMENTE, DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE OCUPAÇÃO DA SALA CIRÚRGICA

DIMINUIÇÃO DO DESPERDÍCIO

CONCLUSÃO

Embora este estudo tenha sido realizado em um hospital público, a introdução de kits cirúrgicos é uma excelente alternativa para todos os hospitais que planejam melhorar sua gestão de suprimentos, pois ele atua como um elemento facilitador para a mensuração dos custos e o rastreamento de insumos hospitalares.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

PROAHS

Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde



Lillian de Carla Sant'Anna, Rosana Perim Costa, Marcelo Fornitano Murad, Rita de Cássia Pires Coli

Introdução

A nutrição enteral é uma forma de alimentação caracterizada pela administração de uma dieta de consistência líquida por meio de uma sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia de acordo com a recomendação médica. Pyxis MedStation é um sistema de dispensação automatizada composto por um conjunto de armários controlados eletronicamente, geridos por um software e interconectados com as aplicações existentes no hospital.

Objetivo

Relatar o monitoramento após implementação da dispensação e cobrança das dietas enterais pela PyxisMedStation.

Metodologia

Estudo transversal com coleta de dados retrospectiva, realizado em um hospital privado especializado em cardiologia, em São Paulo (SP), no período de maio de 2014 a junho de 2015. Por meio do relatório do Faturamento via sistema HOSIX, foram observadas mensalmente as checagens e débitos das dietas enterais e ainda,

realizado monitoramento das contas dos pacientes com dietas enterais pela Auditoria Médica.

Resultados

As dietas enterais eram dispensadas e cobradas pelo Setor de Lactário. Foi discutida com os setores de Farmácia e Enfermagem a possibilidade de solicitação da dieta enteral por meio de kits contendo o nome da dieta enteral, adaptador e equipo. Desta forma, após a implantação deste processo observou-se redução de 67% de ajustes realizados nas contas dos pacientes pela Auditoria Médica e de 59% no valor da glosa final.

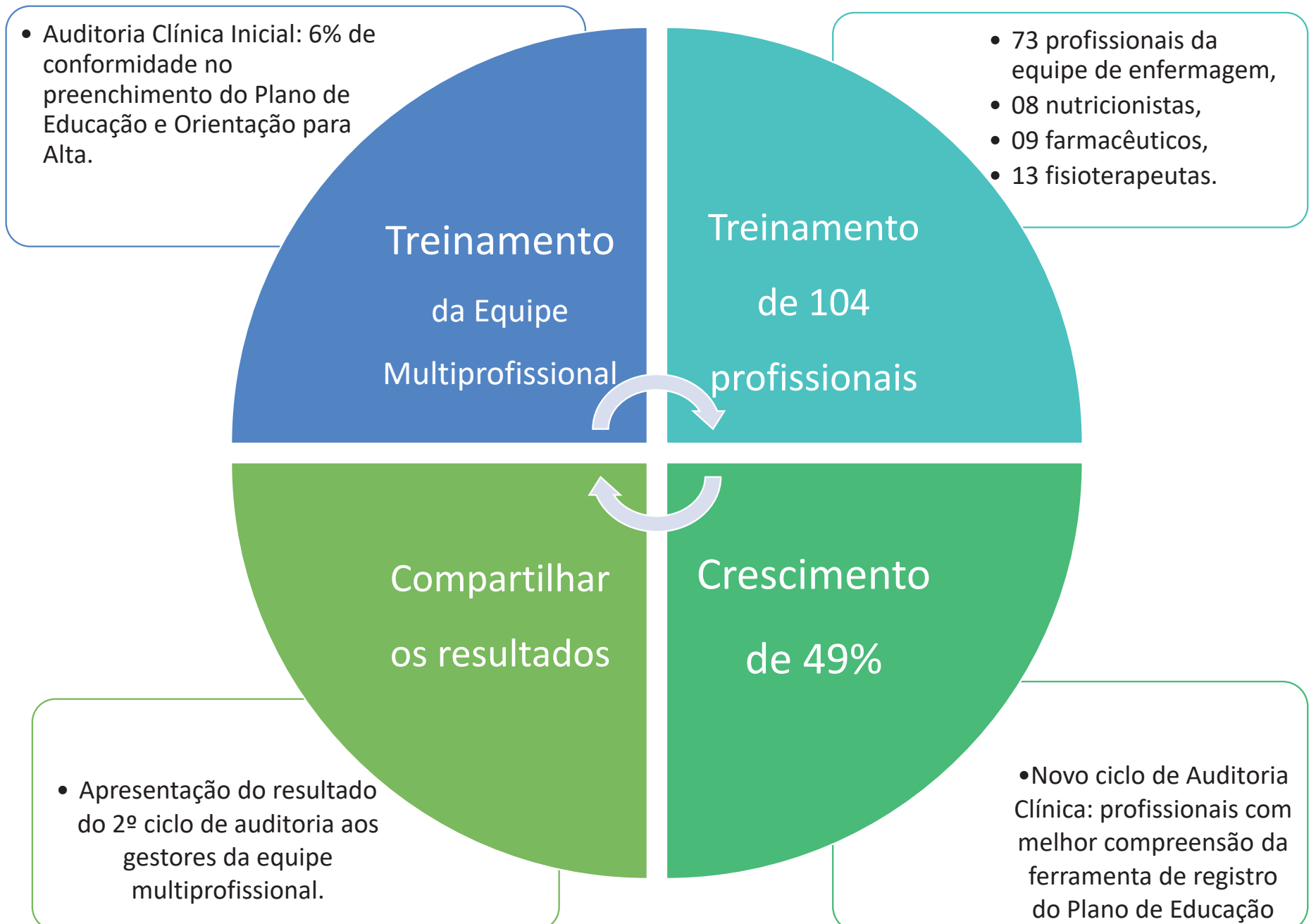
Conclusão

O novo método de dispensação e cobrança das dietas enterais, mostrou-se uma prática possível. A informatização garantiu otimização do tempo, maior controle dos materiais, redução dos gastos com consequente impacto na segurança do paciente.



Introdução: O plano multiprofissional de educação e orientação de alta tem como objetivo esclarecer acerca do atendimento realizado ao paciente, aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados; identificar de forma proativa os problemas e garantir a continuidade da assistência. **Objetivo:** Descrever a aplicação da ferramenta PDSA para estudo da aplicabilidade do plano multiprofissional de educação e orientação para alta e os ganhos no processo. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, conduzido mediante auditoria clínica de 145 prontuários e análise do preenchimento do documento, gerenciado com o auxílio da ferramenta de qualidade PDSA (Plan, Do, Study, Act / Planejar, Fazer, Estudar, Agir), no período de março à junho de 2016, em um hospital de médio porte, privado do município de São Paulo. Foram incluídos no estudo de três unidades de internação (UI).

Resultados:



Conclusão:

Durante a atividade de ensino-aprendizagem observou-se que a equipe apresentava oportunidade de desenvolvimento acerca de discussões como: barreiras de aprendizagem, avaliação da compreensão do paciente/ familiar, educação individualizada sobre o processo de saúde doença. Por meio do treinamento foi possível apoiar a compreensão dos colaboradores e identificar novas oportunidades de desenvolvimento. Observou-se melhora na aplicabilidade do plano educacional e preenchimento do documento específico. A auditoria clínica conduzida pela unidade de educação continuada fundamentou a equipe para a assertividade no processo educacional considerando os princípios da andragogia e os gestores assistenciais para novos ciclos de auditoria.

Referencia

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio Janeiro: CBA. 5ª ed; 2013.



Formação de pessoas: utilização de metodologias diferenciadas na capacitação de equipes do Hospital Mater Dei Contorno - HMDC

Sacchetto, M.S.C.C.¹; Santos, T.V.S.³; Costa, L.S.²
Superintendente de Gestão de Pessoas¹, Gerente de Recursos Humanos²,
Supervisora de Educação Permanente³

Introdução

As técnicas e metodologias utilizadas em capacitações exercem impacto direto na qualidade do processo de educação. Dessa forma, o HMDC investiu na utilização de recursos diferenciados que proporcionaram a vivência teórica e prática na preparação e formação das equipes com foco na Acreditação *Joint Commission Internacional*.

Objetivo

Solidificar o conhecimento necessário aos padrões de atendimento à norma de qualidade *Joint Commission Internacional* por meio de um novo modelo de capacitações, no que se refere à Educação e Qualificação de profissionais.

Métodos

O HMDC criou a campanha motivacional "Rumo à Acreditação JCI". Uma das ações foi a gincana #Desafio JCI, que contou com uma Comissão Organizadora. A equipe foi dividida em seis *times*, cada um com desafios a cumprir (construção de um mascote, capacitações técnicas e comportamentais por meio da utilização de jogos, provas práticas e simulações realísticas *in loco*, implantação de Melhores Práticas, quiz, cursos e-learning) possibilitando o acúmulo de pontos. Utilizou-se metodologia lúdica no processo de ensino aprendizagem, pautando na teoria de como aprendemos de William Glasser, sendo todas as ações acompanhadas e monitoradas por profissionais de Recursos Humanos.

Resultado

O índice de Homem/Hora/Treinamento atingiu 8,7 em jan/16 (acima da referência ANAHP 4,05h/h) e a Eficácia de Capacitação obteve 100%, o que evidenciou o engajamento nas ações de capacitação. A adesão dos colaboradores aos cursos e-learning aumentou 11,35% e, do corpo clínico, a adesão foi de 94%, sendo estímulo e incentivo para o desenvolvimento da cultura de auto aprendizagem.

Conclusão

A utilização de técnicas e metodologias diferenciadas de capacitação proporcionou retenção do conhecimento consolidando o aprendizado, bem como maior interação entre colaboradores, corpo clínico e terceiros, reforçando o espírito de equipe. Foram envolvidos cerca 700

colaboradores, 720 médicos, 250 terceiros possibilitando o alcance do resultado estratégico, a Acreditação JCI. As temáticas trabalhadas contemplaram conteúdos como Princípios e Diretrizes Acreditação JCI, O papel da Liderança Padrões Centrados no Paciente, Metas Internacionais de Segurança do Paciente, Gestão da Qualidade, Gestão de Segurança do Ambiente e Pessoas, Propósitos Organizacionais, Direitos e Deveres do Paciente, Programa de Combate a Incêndio e Fumaça, Acidente de Trabalho e Uso de EPIs, Higienização das Mãos, Transição de Cuidados, Gerenciamento da Dor, Ressuscitação - Níveis - Acionamento, Suporte Básico e Avançado.



1. Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
2. Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
3. Coordenadora de Enfermagem – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
4. Enfermeira Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

Introdução

Introdução: No ano 2015 foi criado e aprovado pelos gestores uma nova estratégia de valorização profissional o cargo de Técnicos de enfermagem II. A finalidade era diminuir o turnover, desenvolver profissionais para acompanhamento dos novos colaboradores e buscar maior qualidade e segurança no atendimento dos pacientes.

Objetivo: Valorizar a equipe técnico assistencial profissionalmente e financeiramente; Diminuir o Turnover;; Desenvolver e qualificar a equipe técnico assistencial.

Método

Método O novo cargo garante 20% de aumento no salário base dos técnicos aprovados.

Para capacitação dos técnicos II são realizados encontros e treinamentos, definindo ações mensais, como: o dia de higiene de mãos e treinamentos tais como multiplicadores no PAMQ.

Os técnicos II acompanham e treinam os novos colaboradores por 2 ou 3 semanas, desta forma os novos assumem os cuidados dos pacientes de modo mais seguro e qualificado.

Para medir a satisfação dos técnicos II e verificar o quanto sentem-se valorizados profissional, financeira e intelectualmente na nova função, foi aplicado um questionário usando uma escala de likert que vai de discordo fortemente até concordo fortemente.

Resultado

Resultados: Relacionado ao Turnover 100% profissionais aprovadas no novo cargo técnico enfermagem II, das Uis diurno, permanecem na instituição.

Sobre a satisfação profissional das técnicas II na escala de likert obtivemos os seguintes resultados na pesquisa: 75% responderam que concordam fortemente que são mais valorizados profissionalmente, financeiramente e intelectualmente, 25% responderam que concordam que são mais valorizados profissionalmente, e intelectualmente e 12,5% respondeu que não concorda e nem discorda que são melhor valorizadas financeiramente.

No que tange ao acompanhamento dos novos colaboradores para a função técnico de enfermagem foram acompanhados todos os novos colaboradores, nas primeiras 2- 3 semanas e os resultados seguem sendo acompanhados.

A Higienização de mãos é um trabalho conjunto com controle de infecção, cuja meta é de que 90% das observações, nos cinco momentos, de higienização estejam conforme, e as Uis estão com ótimos resultados, sempre acima da meta, em agosto atingiu a média de 94%.

Multiplicadores no PAMQ



Dia D Higiene de mãos



Treinamento Perfurocortante



Conclusão

Conclusão: Evidenciamos que esta é uma pequena amostra do quanto a equipe técnica pode auxiliar no desenvolvimento da instituição, quando ocorre maior valorização profissional e financeira. Acreditamos ser necessário maior acompanhamento deste novo processo e maior número de profissionais na nova função, mas que estamos no caminho certo para qualificar a nossa assistência, garantindo os melhores resultados e a sustentabilidade da instituição.



Automatização do controle do protocolo de TEV na Rede Mater Dei de Saúde: o caminho para a possibilidade

Pena, C.F.B.V.¹; Assad, E.C.P.²; Oliveira, D.P.²; Sclearuc, E.A.³

¹Enfermeira da Diretoria Técnica, ²Gerente Médica, ³Diretora Técnica

Introdução

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma importante causa prevenível de morte intra-hospitalar. O gerenciamento do protocolo de TEV é meio para adequada qualidade assistencial. Após tentativas frustradas de manter a monitorização manual do protocolo, desenvolvemos um relatório automatizado para acompanhamento de 100% da população hospitalizada, com retorno de resultados aos médicos.

Objetivo

Avaliar o impacto da automatização do controle do protocolo de TEV na Rede Mater Dei de Saúde na adequação da profilaxia utilizada.

Métodos

De 2011-13 a avaliação do protocolo de TEV era trimestral, amostral e transversal. O trabalho de auditoria era manual e árduo, e a auditoria ficou precária, embora a enfermagem continuasse a classificar o paciente. Em 2015 os instrumentos de classificação de risco Pádua e Caprini foram inseridos no documento eletrônico de admissão do paciente, e o processo de avaliação de risco transferido para o próprio médico, com capacitação do corpo clínico para preenchimento dos escores e construção dos indicadores. A partir dos campos obrigatórios do documento, criamos um relatório do sistema, que informa a taxa de preenchimento do documento de classificação de risco e a taxa de adequação de profilaxia entre os pacientes que tiveram o risco avaliado. Os resultados mensais são retornados sistematicamente ao corpo clínico, no acompanhamento trimestral das metas, com resultados apurados por equipe e por

médico. Anualmente, há a inclusão destes resultados no *feedback* médico individual, para melhoria contínua.

Resultados

Foram incluídos, no período de outubro/2015 a maio /2016, 2135 pacientes clínicos e 1483 pacientes cirúrgicos. Houve melhora significativa da adequação à profilaxia para TEV nos pacientes clínicos (de 52% para 87%) e cirúrgicos (54 para 71%). A meta institucional é de 80% de adequação, superior às taxas de profilaxia relatadas na literatura (ver gráficos 1 e 2).

Gráfico 1

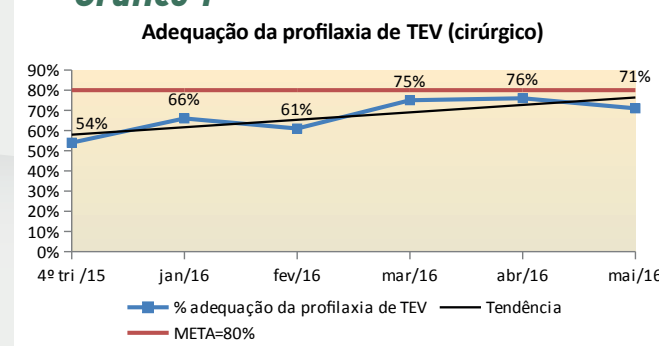
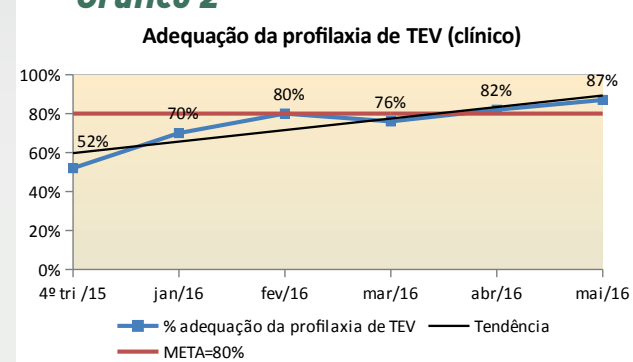


Gráfico 2



Conclusão

A obtenção dos dados automatizados facilita e motiva a coleta dos indicadores. A análise mensal melhora continuamente o cuidado. As reflexões realizadas em conjunto com a equipe multidisciplinar melhoraram os documentos de prontuário e fomentaram a adesão progressiva das equipes no preenchimento dos mesmos e adequação da profilaxia.



Sistema Enxuto de Produção em Salas Cirúrgicas

Matheus Damasceno Amorim
*Contato: Matheus.dmamorim@gmail.com
Heloisa Helena Oliveira Martins Shih
Shih Li Chung
Túlio Fígaro Ulhoa

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, diversas ferramentas e técnicas foram desenvolvidas para melhorar a produtividade de processos produtivos em manufaturas. Assim como na indústria, tais práticas podem contribuir para o aumento da eficiência e eficácia em ambientes hospitalares, mais precisamente em centros cirúrgicos, os quais são primordiais para o sucesso dos hospitais.

OBJETIVOS

Adotando o Hospital de Clínicas da UFTM (HC-UFTM) como objeto de estudo, buscou-se levantar a capacidade, real e potencial, do seu Centro Cirúrgico, além das causas de atraso de cirurgia mais frequentes, utilizando-se de metodologias do sistema enxuto de produção.

METODOLOGIA APLICADA

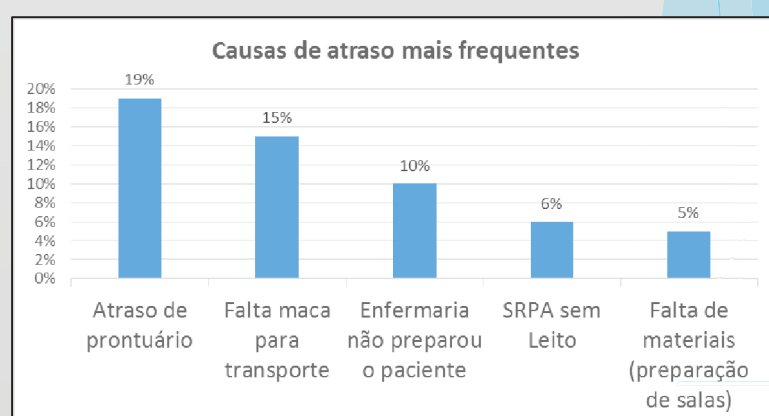
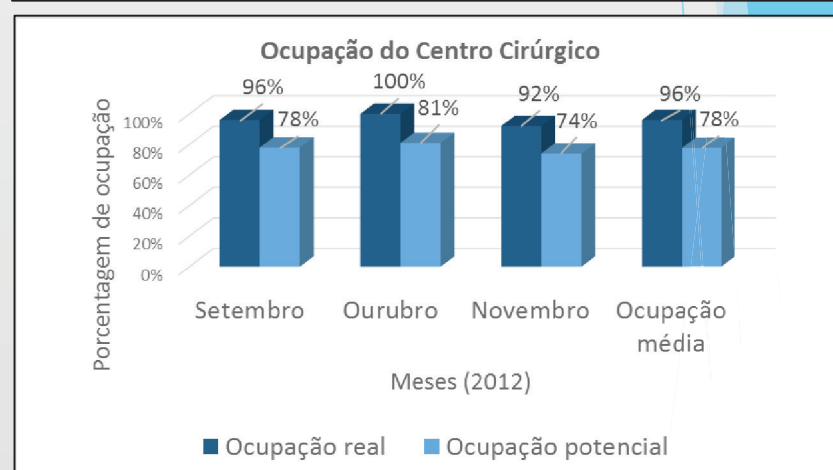
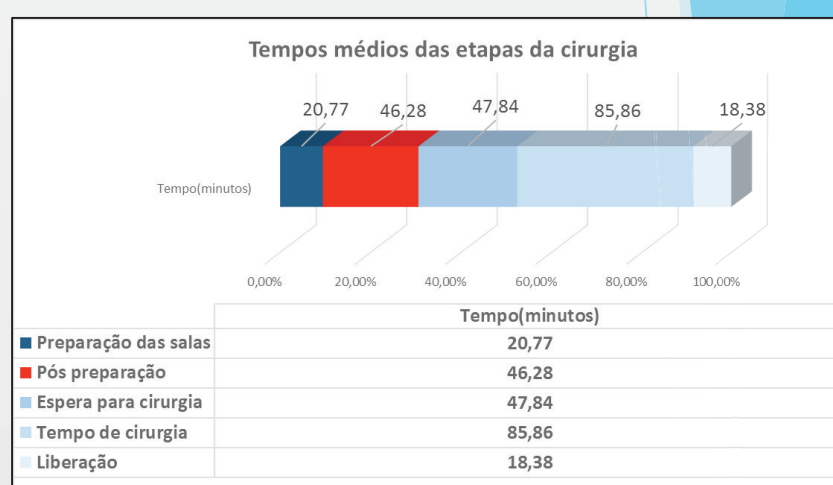
- I. Mapeamento de processos;
- II. Criação de um instrumento de coleta de dados;
- III. Testes;
- IV. Levantamento de dados;
- V. Levantamento de dados;
- VI. Análise de dados;
- VII. Simulações.

RESULTADOS

- Tempo médio do procedimento cirúrgico de **219 minutos**.
- **Pós preparação** se refere ao tempo transcorrido do término da preparação até a entrada do paciente em sala cirúrgica, tempo que não agrega nenhum valor.
- Pós preparação equivalente à **46,28 minutos**, aproximadamente 21% do tempo destinado a cirurgia.
- A ocupação média “real” do centro cirúrgico é de 96%, considerando **219 minutos** por procedimento.
- Com a redução em 90% do Pós-Preparação, a ocupação cai para 78%, ou seja, é possível realizar o mesmo número de cirurgias com menos tempo disponível.
- Com a redução da ocupação, haveria mais tempo disponível para realizar novas cirurgias.
- É possível relacionar o tempo de espera que a sala fica parada no “Pós Preparação com as causas de atraso mais frequentes.
- O centro cirúrgico onde o trabalho foi desenvolvido faz, em média, 3 cirurgias por sala (com 11 salas cirúrgicas). Com a redução do Pós Preparação em 90%, haveria tempo suficiente para aumentar em mais de **2000 cirurgias** por mês.

CONCLUSÃO

Destarte, a partir das informações coletadas, pôde-se concluir que uma boa parte da ociosidade existente no Centro é fruto da carência de uma melhor sincronização de processos. Deste modo, a adoção de novas práticas, com foco na integração das atividades, garantindo que materiais, equipamentos, funcionários e pacientes estejam prontos na hora certa, pode propiciar o aumento do tempo disponível para a realização de novas cirurgias.



5S CONSULTORIA
RESULTADOS EM SAÚDE
5Sresultados@gmail.com

Hospital de
Clínicas



impulso
ACQUADRA DE EMPRESAS



IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SEJA BEM VINDO VISITA ABERTA NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Paula Rita Baptista Costa¹, Katherine Dummer¹, Rafael Lima Silva¹

¹Hospital de Pronto Socorro de Canoas/RS

INTRODUÇÃO

A humanização do atendimento hospitalar é uma mudança no modelo de assistência à saúde que aproxima o usuário da manutenção do convívio familiar. No modelo tradicional de atendimento hospitalar, os horários de visitas eram pré-definidos e restritos, o que ocasionava insatisfação dos familiares e dificuldades de envolvimento da família no cuidado.

OBJETIVO

Implementar o Programa Seja Bem Vindo Visita Aberta no Hospital de Pronto Socorro de Canoas, como proposta de Política Nacional de Humanização “humanizaus”, com o objetivo de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação.



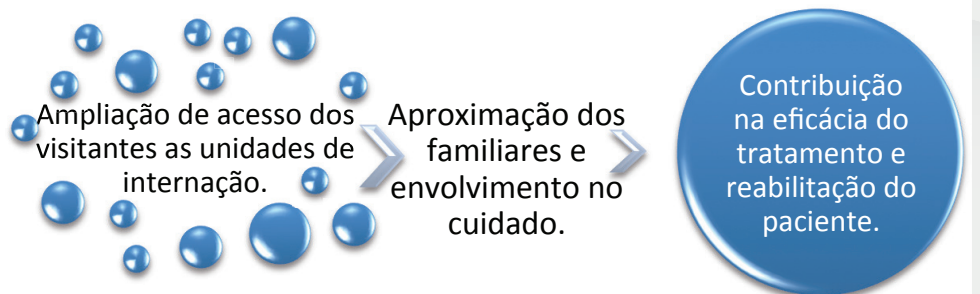
A SUA VISITA, FAZENDO PARTE DO TRATAMENTO!

MÉTODOS

Em 27 de Junho 2014 o Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPSC) implantou a Visita Aberta nas Unidades de Internação, com ampliação do horário de visita das 09h às 21h. Com a efetivação da internação do paciente, o familiar é direcionado ao Serviço de Apoio ao Usuário (SAU) pelo setor de Internação, recebendo um folder explicativo com orientações gerais, informações sobre horários, rotinas e fluxo hospitalar. O HPSC é uma instituição de serviço de emergência referência em trauma, e a Visita Aberta adquire um caráter especial, pois a hospitalização ocorre quando o usuário do sistema de saúde necessita de cuidados mais complexos, o que o torna vulnerável tanto ao nível físico quanto emocional.



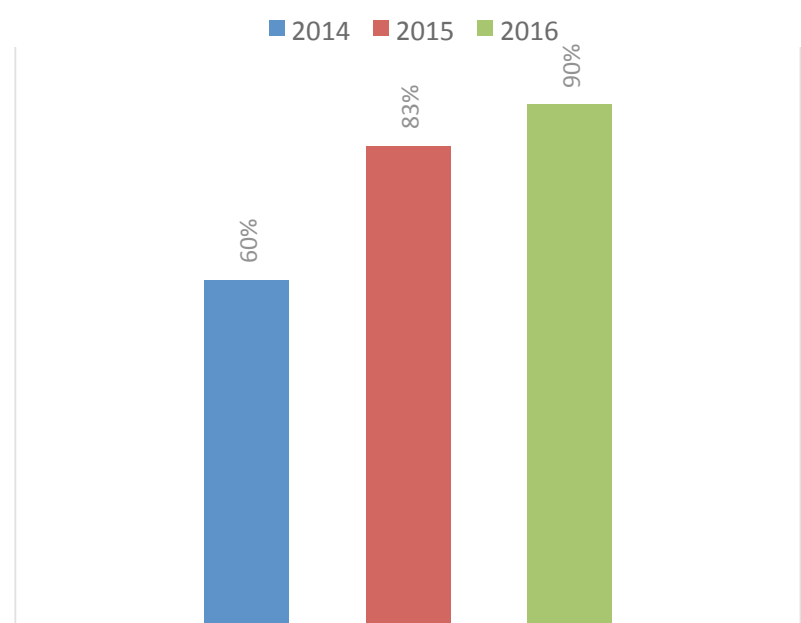
Proposta da Política Nacional de Humanização - PNH



RESULTADOS

Com o início do Programa Seja Bem Vindo – Visita Aberta se obteve o aumento do grau de satisfação do usuário em saúde que passou de 60% no mês de Abril de 2014, para 83% no mesmo período no ano de 2015 e 90% em 2016 no HPSC. Também ocorreu a diminuição da procura do Serviço de Apoio ao Usuário em 27%.

SATISFAÇÃO GERAL - HPSC



CONCLUSÃO

Durante o processo de recuperação do paciente, a Visita Aberta além de proporcionar o acolhimento, faz com que o usuário em saúde se sinta mais seguro, pois a presença de um ente querido permite o apoio e transmite confiança de sua importância, amparando-o psicologicamente e contribuindo na eficácia do seu tratamento e na reabilitação.

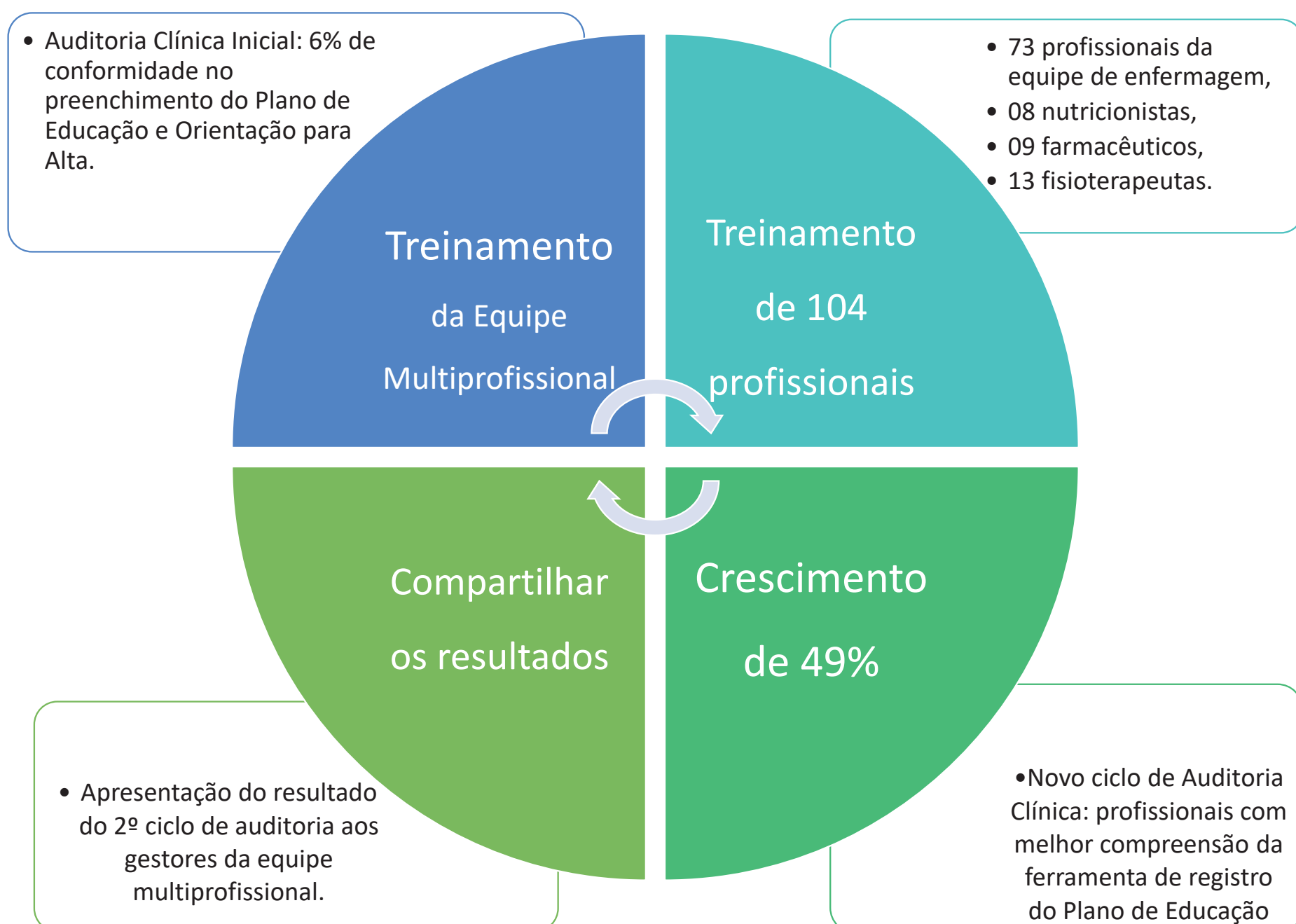
SECRETARIA DA SAÚDE

PREFEITURA DE
canoas
A VIDA MELHORA QUANDO A GENTE INOVA



Introdução: O plano multiprofissional de educação e orientação de alta tem como objetivo esclarecer acerca do atendimento realizado ao paciente, aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados; identificar de forma proativa os problemas e garantir a continuidade da assistência. **Objetivo:** Descrever a aplicação da ferramenta PDSA para estudo da aplicabilidade do plano multiprofissional de educação e orientação para alta e os ganhos no processo. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, conduzido mediante auditoria clínica de 145 prontuários e análise do preenchimento do documento, gerenciado com o auxílio da ferramenta de qualidade PDSA (Plan, Do, Study, Act / Planejar, Fazer, Estudar, Agir), no período de março à junho de 2016, em um hospital de médio porte, privado do município de São Paulo. Foram incluídos no estudo de três unidades de internação (UI).

Resultados:



Conclusão:

Durante a atividade de ensino-aprendizagem observou-se que a equipe apresentava oportunidade de desenvolvimento acerca de discussões como: barreiras de aprendizagem, avaliação da compreensão do paciente/ familiar, educação individualizada sobre o processo de saúde doença. Por meio do treinamento foi possível apoiar a compreensão dos colaboradores e identificar novas oportunidades de desenvolvimento. Observou-se melhora na aplicabilidade do plano educacional e preenchimento do documento específico. A auditoria clínica conduzida pela unidade de educação continuada fundamentou a equipe para a assertividade no processo educacional considerando os princípios da andragogia e os gestores assistenciais para novos ciclos de auditoria.

Referencia

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio Janeiro: CBA. 5ª ed; 2013.

