SESSÃO PÔSTER

SISTEMA DE SAÚDE: AS RUPTURAS EMERGENTES E O PAPEL DOS HOSPITAIS

O futuro da assistência e das instituições hospitalares,
e como podem contribuir com o ecossistema da Saúde

11 MANDAMENTOS DA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTA

A AUDITORIA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO NO CONTROLE DAS GLOSAS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO

A DESOSPITALIZAÇÃO DENTRO DE UM HOSPITAL PRIVADO DA GRANDE SÃO PAULO – VISLUMBRANDO UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA

A EFETIVIDADE DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA DIRECIONADA, REALIZADO PELA ENFERMAGEM

A EXPERIÊNCIA DO COLEGIADO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DO CORAÇÃO DO BRASIL

A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO DOMICILIAR MOINHOS NO SEU LAR

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO PARTICIPATIVA NOS RESULTADOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO EDUCACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

AGREGANDO VALOR AO SISTEMA DE SAÚDE IMPACTO POSITIVO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR NA REDUÇÃO DA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

ANÁLISE DO TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UM UNIDADE DE EMERGÊNCIA REFERENCIADA DOS PACIENTES INTERNADOS QUE FORAM ENCAMINHADOS PELOS AMBULATÓRIOS DE HOSPITAL DE ENSINO PÚBLICO TERCIÁRIO

APRIMORAMENTO DO FLUXO ASSISTENCIAL NO MANEJO DA SEPSE

A SAÚDE SUPLEMENTAR E OS GANHOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MAIOR HOSPITAL PÚBLICO DA AMÉRICA LATINA

ASSISTÊNCIA EM FOCO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA MODELO ASSISTENCIAL BASEADO NO DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS

AUDITORIA DE CONTAS ENGAJAMENTO DA EQUIPE ASSISTENCIAL DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTO

AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO

AUDITORIA DO PROCESSO DE CIRURGIA SEGURA DO HOSPTAL ANCHIETA DO DISTRITO FEDERAL

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE CORPO CLÍNICO HOSPITALAR – DESAFIO DE AVALIAR MÚLTIPLOS FATORES

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA HIGIENE DAS MÃOS

AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS NO HOSPITAL ANCHIETA DO DISTRITO FEDERAL

AVALIAÇÃO OBJETIVA DOS RESULTADOS DE REABILITAÇÃO PERINEAL DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIAS URINÁRIA

BRIEFING MÉTODO UTILIZADO PARA MELHORIAS NOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTE QUE SOFRERAM QUEDAS APÓS A IMPLANTÇÃO DE PROTOCOLO PARA REDUÇÃO DE QUEDAS EM UM HOSPITAL ACREDITADO PELA JOINT COMISSION INTERNATIONAL DE CURITIBAPR

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL O ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO

DESEMPENHO ECONÔMICO HOSPITALAR POR DRG

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO PARA O CONTROLE DA INFLAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO INCOR, PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO E DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE BASEADA NA ESCALA NPS (NET PROMOTER SCALE)

ELOGIAR É CUIDAR DE QUEM CUIDA

ESTRATÉGIA COLABORATIVA UM MODELO BOTOM UP PARA PLANEJAR O FUTURO DA MEDICINA

GESTÃO DE CUSTOS EM PROJETOS HMV EFICIÊNCIA A FAVOR DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

GREEN AND YELLOW CROSS E ACIDENTE DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO

HOSPITAL ALÉM DA FUNÇÃO TRADICIONAL IMPACTOS DA LINHA DE CUIDADO DE DIABETES DO MAIS SAÚDE MATER DEI

IMPACTO DAS ESTRATÉGIAS ASSISTENCIAS NOS RESULTADOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE INTENÇÕES EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMO INSTRUMENTO DE REGULAÇÃO, PADRONIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE OS NEGÓCIOS DA FSFX HMC E USISAÚDE

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

IMPORTÂNCIA DOS DILEMAS ÉTICOS NO SOFRIMENTO MORAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

INTERNALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE LABORATÓRIO CLÍNICO NA REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO SÃO PAULO

INTERVENÇÃO EM TIME MULTIDISCIPLINAR EM UM PRONTO ATENDIMENTO RELATO DE EXPERIÊNCIA

MAPEAMENTO DO PROCESSO DE ALTA PARA PACIENTES DE AMBULATÓRIO CIRÚRGICO BASEADO EM CONTRARREFERÊNCIA

MEDICO HOSPITALISTA PRIMEIRO ANO DE RESULTADOS

MULTIPLICADORES DA NB REALIZAM TEATRO DE CONSCIENTIZAÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR BASEADO NO DRG

O PROCESSO DE EDUCAR PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL A EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE EXTENSÃO NO TURNO DA NOITE

O PROCESSO DE MELHORIA DA ADESÃO DA DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SANTA ROSA

PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A MELHORIA NA QUALIDADE ASSISTENCIAL COM O PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL (PAP)

PERFIL DOS PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

PERFORMANCE HOSPITALAR ATRAVÉS DE INDICADORES MÉDICO-ASSISTENCIAIS

PROCALCITONINA NA TRIAGEM DO PROTOCOLO DE SEPSE

RACIONALIZAÇÃO DA LISTA DE DUPLA CHECAGEM PERCURSO METODOLÓGICO

RELACIONAMENTO DO MÉDICO COM O HOSPITAL DO FUTURO

RELATO DE EXPERIÊNCIA - A COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A UTILIZAÇÃO DE UM QUADRO ASSISTENCIAL

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ROUND MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE COM LONGA PERMANÊNCIA

REMUNERAÇÃO SUSTENTÁVEL É POSSÍVEL MANTER UM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS COM QUALIDADE E COM RESULTADO FINANCEIRO POSITIVO

REMUNERAÇÃO SUSTENTÁVEL PARA MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE MATERNIDADE

RESULTADOS ASSISTENCIAIS DE CIRURGIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO

RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DA RONDA INTENCIONAL DA ENFERMAGEM NAS ALAS DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PRIVADO

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS NA SALA DE RECUPERAÇÃO RELATO DE EXPERIÊNCIA

UNIDADE DE TRANSIÇÃO PEDIÁTRICA UMA ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR OS IMPACTOS DA SUPERLOTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

11 MANDAMENTOS DA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTA

Bruna Correia Lopes[1], Leticia Tassoni Dalbem [2], Luciana Matos de Souza [3] , Elisandra Leites Pinheiro[4]

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

Introdução

Com o foco de garantir a segurança e a comunicação efetiva na passagem de plantão nas unidades de internação, na busca da transparência do processo relacionado a erros de medicação, comunicação eficaz entre os profissionais, evitando assim a descontinuidade do cuidado, impossibilitando a realização de exames ou procedimentos, um hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre/ RS aplicou no ano de 2017 um método para direcionar e guiar a passagem de plantão nestas unidades.

.

Objetivo

Garantir a segurança do paciente, o repasse integral das informações pertinentes à continuidade do cuidado e que todos os profissionais envolvidos no cuidado, tenham domínio sobre as informações, a fim de minimizar ocorrências relacionadas à falha na comunicação, que podem interferir no tratamento e no cuidado: falta de concentração, ausência de compreensão do que tem relevância para serem transmitidas, interrupções frequentes e falta de objetividade que favorece a perda da atenção dos sujeitos que estão envolvidos na ação, além de falta de pontualidade.

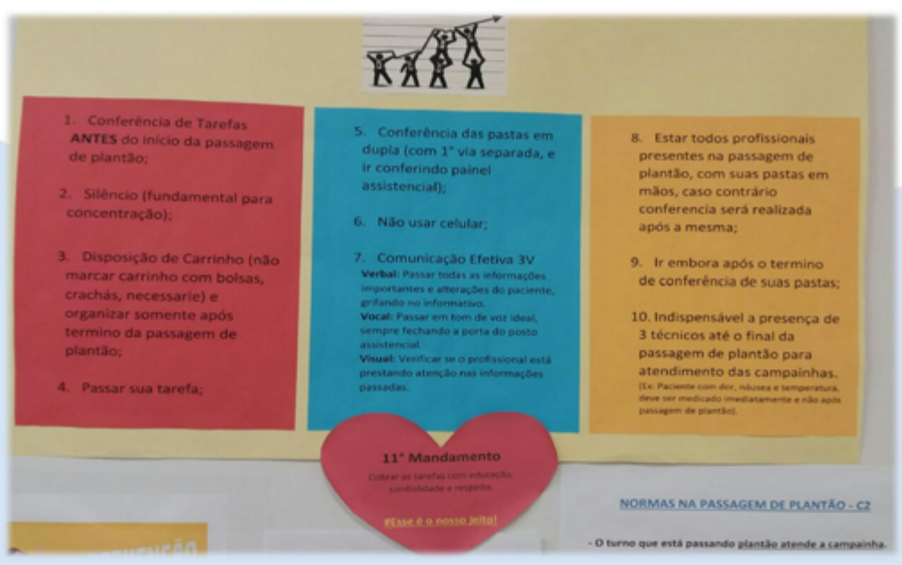
.

Método

Criamos 11 mandamentos que foram divididos da seguinte maneira: 1 – Conferência das tarefas, antes de iniciar a passagem de plantão, 2 – Silêncio, 3 – Disposição dos carrinhos, 4 – Passar sua tarefa, 5 – Conferência das pastas em dupla, 6 – Não usar celular, 7 – Comunicação efetiva 3v – Verbal, Vocal, Visual, 8 – Todos presentes na passagem de plantão, 9 – Ir embora após conferência das pastas, 10 – Manter 3 técnicos do turno anterior aguardando até o final da passagem de plantão, para atender as demandas, 11 – Tudo deve envolver educação, cordialidade e respeito. Os mandamentos tiveram destaque nas unidades de internação, de maneira lúdica, criativa e colorida. Foi realizado treinamento em serviço com todas as equipes de enfermagem, em todos os turnos.

Resultados

Através desta ação houve uma diminuição significativa de erros de medicação – Maio 13 erros e após a implementação dos 11 mandamentos ocorreram 5 erros de medicação.



Conclusão

Concluímos que esta ferramenta teve um impacto importante em nossos resultados, motivando as equipes a cumprirem os 11 mandamentos, assim garantindo a qualidade e segurança ao nosso cliente e afirmando a nossa missão de cuidar e encantar.

▲ VOLTAR

A AUDITORIA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO NO CONTROLE DAS GLOSAS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO.

Átila Daiane Schtscherbyna[1], Liliane Turatti Durval[2], Elisandra Leites Pinheiro[3], Aline Munhoz Galatto[4].

1.Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
2.Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
3.Enfermeiro Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasilbb
4.Enfermeira Auditora – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

Introdução

A auditoria de enfermagem vem tomando novas dimensões ao longo dos anos e mostrando sua importância dentro das instituições hospitalares e operadoras de saúde, uma vez que, permite identificar as possíveis irregularidades, prevenir e corrigir os problemas que resultam nas glosas e avaliar a qualidade assistencial em relação as cobranças nas contas hospitalares.

Objetivo

Avaliar, identificar e educar a equipe assistencial em relação aos registros e principais motivos de glosas nas contas hospitalares, que contribuem para o prejuízo financeiro da instituição.

Método

Mensalmente acontece um encontro, chamado de dia D. da auditoria, onde são auditados os prontuários das unidades de internação, a fim de para identificar os principais motivos de glosas. É usado um instrumento no qual consta a identificação do paciente, e avaliado a prescrição de enfermagem e checagem nas duas vias do prontuário. Participam desse encontro as enfermeiras do grupo de glosas do Hospital Moinhos de Vento e uma enfermeira do setor de auditoria de contas. Ao término da atividade é reunida toda a equipe da unidade e realizado o repasse de todas as inconformidades encontradas.

Resultados

A realização dessa prática é de grande importância para a instituição, pois são realizados planos de ação e treinamentos das inconformidades, a fim de educar a equipe e resgatar os problemas que resultam em glosas.

Conclusão

O trabalho desenvolvido no Hospital Moinhos de Vento está sendo muito satisfatório, pois está alcançando os objetivos propostos de avaliar, identificar e educar continuamente a equipe assistencial no processo de auditoria , no intuito de diminuir os prejuízos financeiros da instituição.

▲ VOLTAR

A Desospitalização dentro de um Hospital Privado da Grande São Paulo Vislumbrando um novo modelo de Assistência

Autora: Vivian Cristina de Souza Oliveira (Enfermeira)
Coautora: Marisol Nunes da C. Oliveira (Coordenadora da Internação)

Introdução

A Transição Demográficas, epidemiológicas, e o envelhecimento populacional com a elevação da incidência de Doenças Crônicas não Transmissíveis, vem ocasionando internações prolongadas, diminuição do giro de leitos, frequentes reinternações, Impactando diretamente no Sistema de Saúde.

A Instituição Hospital Nipo Brasileiro preza por um atendimento de Excelência focado na Segurança e Humanização.

Diante do cenário , em janeiro de 2015 reestruturou o Serviço de Desospitalização como uma proposta na promoção a saúde, não apenas como uma implementação para minimizar custos.

Objetivo:

Desospitalizar com segurança e humanização, contribuir para transição do cuidado e continuidade do tratamento, incentivando a participação da família e cuidador no processo de Desospitalização.

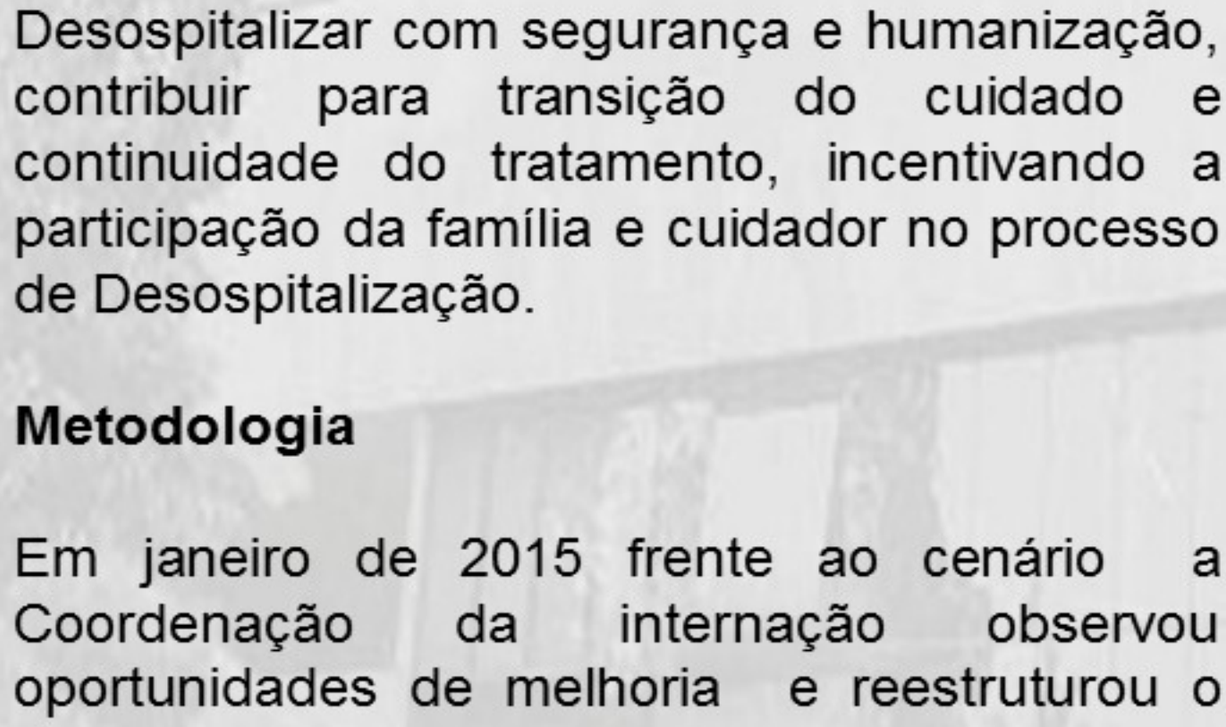
Metodologia

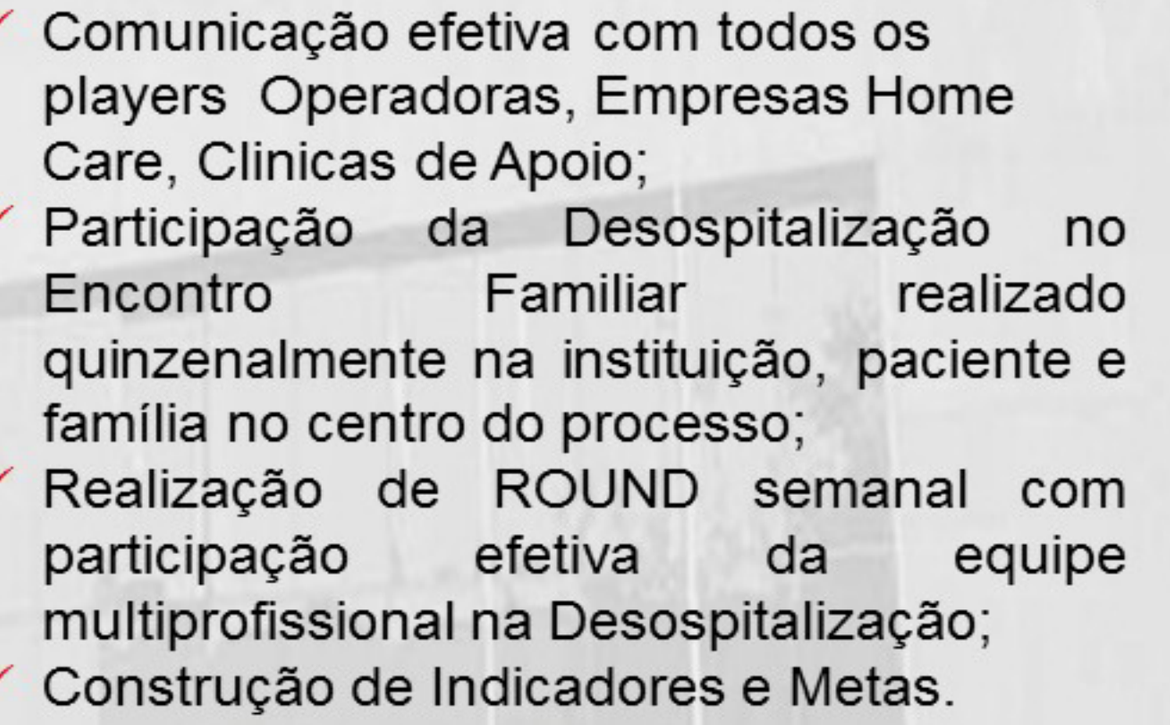
Em janeiro de 2015 frente ao cenário a Coordenação da internação observou oportunidades de melhoria e reestruturou o serviço de Desospitalização onde ocorria uma tendência crescente no número de pacientes Residentes (internações acima de 90 dias), Com uma média de permanencia superior a 40 dias.

As solicitações médicas de Home Care com um percentual médio de quase 20% de indeferimento por parte das operadoras, gerando frustação do médico e insatisfação familiar.

No decorrer desses dois anos, ações foram determinantes para atingir o resultado atual:

- ✓ Monitoramento diário dos casos de Longa Permanencia internações > 14 dias ;
- ✓ Discussão de casos com a equipe médica quanto perfil do paciente para atendimento domiciliar;
- ✓ Padronização de um impresso solicitação Home Care validado com as operadoras;
- ✓ Comunicação efetiva com todos os players Operadoras, Empresas Home Care, Clinicas de Apoio;
- ✓ Participação da Desospitalização no Encontro Familiar realizado quinzenalmente na instituição, paciente e família no centro do processo;
- ✓ Realização de ROUND semanal com participação efetiva da equipe multiprofissional na Desospitalização;
- ✓ Construção de Indicadores e Metas.





Resultados:

Desde a Restruturação do serviço ,observamos :

Queda na média de permanencia em 20%,, auxiliando no giro de leitos na unidade de crônicos.

Solicitações medicas para Home Care com deferimento maior QUE 95%, trazendo satisfação para equipe médica pacientes e familiares.

▲ VOLTAR

Hospital Nipo-Brasileiro

A efetividade do Protocolo de Dor Torácica direcionada, realizado pela Enfermagem

Autores: Enf. Cristiane M. C. de Araujo Moreno e Dr. Marco A. Akamine (Cardiologista)

Introdução

O Hospital Nipo Brasileiro instituiu o Protocolo de Dor Torácica no Pronto Atendimento e demais áreas do hospital desde 2014.

Trata-se de um Protocolo guiado e direcionado, que auxilia os profissionais de enfermagem no fluxograma dos pacientes para o atendimento médico de acordo com as características da dor anginosa e não anginosa.

Objetivo

Estabelecer um Protocolo de conduta e abordagem diagnóstica e terapêutica nos vários níveis de atendimento;

- Organizar de forma lógica e rápida as ações da equipe entre as diversas áreas;
- Estratificar o risco do paciente frente a Síndrome Coronariana Aguda;
- Identificar e tratar precocemente as complicações relacionadas a Síndrome Coronariana Aguda;
- Identificar outras patologias agudas graves na emergência (dissecção de aorta, TVP, Tamponamento Cardíaco).
- Reduzir o risco de morte.

Materiais e Métodos

Embasados em diretrizes Brasileiras e Internacionais, adotamos a classificação do tipo de Dor Anginosa e não anginosa (A, B, C e D) que prioriza o atendimento e nos direciona as ações imediatas desde o setor de triagem até a sala de emergência e outras áreas através da interação de processo.

A Classificação é direcionada através dos sintomas relatado pelo paciente, avaliação dos fatores de risco pessoais e familiares, segue descrito no Protocolo abaixo. O enfermeiro dispõe de autonomia para solicitação do eletrocardiograma em qualquer situação voltada ao protocolo

Paciente com queixa de Dor Torácica

Classificar o tipo de Dor anginosa de acordo com a queixa do paciente e direcionar para atendimento médico

Dor torácica Tipo A **Definitivamente anginosa**	**Dor torácica Tipo B** **Provavelmente anginosa**	**Dor torácica Tipo C** **Provavelmente não anginosa**	**Dor torácica Tipo D** **Definitivamente não anginosa**
❑ Dor, desconforto retroesternal intenso mal localizado; ❑ Irradiação: dorso, ombro, pescoço, mandíbula e MMSS; ❑ Pode estar associado a: náuseas/vômitos, sudorese e palidez cutânea; ❑ Alívio com repouso e nitrato; ❑ Avaliar fatores de risco	❑ Dor, desconforto menos definido em relação as características da dor tipo A; ❑ Avaliar fatores de risco	❑ Dor ou desconforto torácico sem relação aos esforços; ❑ Avaliar fatores de risco	❑ Dor em pontada, agulhada, fisgada, bem localizado, associado a movimentos dos membros ou respiração. ❑ Avaliar fatores de risco
Encaminhar o paciente para a Sala de Emergência	Encaminhar o paciente para a Sala de Emergência/ Repouso	Encaminhar o paciente para o Consultório do Cardiologista	Encaminhar o paciente para o atendimento com a Clínica Médica

Fatores de risco: Idade acima de 55 anos para homens e acima de 60 anos para mulheres, Diabetes, Tabagismo, Obesidade, HAS, DLP, Doença Vascular Periférica, Histórico Familiar positivo para DAC (irmãos e pais)

Resultados

Após implementação do Protocolo e acompanhamento dos resultados, podemos observar ciclos de melhorias em todas as áreas que compões o Protocolo (sala de eletro, laboratório, sala de emergência, setor de internação, hemodinâmica, Unidade Coronariana e gerenciamento de protocolos). Aonde o principal objetivo está voltado ao tratamento e a segurança do paciente em reduzir o comprometimento da função cardíaca, diminuir a taxa de índice de complicações precoces e tardias, diminuir o período de permanência hospitalar com redução do custo global de tratamento e mortalidade. Trazendo maior compromisso entre o grupo, capacitação aos enfermeiros e aparelhos modernos com melhor tecnologia.

Falhas podem ocorrer durante este processo, a má informação da queixa específica relatada pelo paciente pode trazer impacto nos marcadores: Tempo Porta Balão ou no Tempo Porta Agulha.

Conclusão

Podemos concluir que ter um Protocolo Direcionado e não engessado, com ferramentas adequadas, oferece aos profissionais e ao paciente um modelo de atendimento com qualidade, segurança, organizado, sensível, efetivo, garantindo o sucesso da equipe no aprimoramento das suas análises com conceitos práticos e consistentes.

Bibliografia

I Diretriz de dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol, vol 79 (suplemento II), 2002.

Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.

2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation 2009;120;2271-2306.

Myocardial Infarction Redefined – A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Commitee for the Redefinition of Myocardial infarction. JAAC 2000;36, 3: 959- 969

▲ VOLTAR

A EXPERIÊNCIA DO COLEGIADO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DO CORAÇÃO DO BRASIL - HCBR

Ana Carolina Lici Monteiro[1]; Caroline Davanso Dutra[2]; Maria Letícia Banwart Ambiel[3]; Mariana Bastos Guedes[4]

[1]Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem Cardiovascular do Hospital do Coração do Brasil e Centro Universitário de Brasília e membro do Colegiado de enfermagem;

[2]Responsável Técnica e membro do Colegiado de Enfermagem do Hospital do Coração do Brasil;

[3]Enfermeira Coordenadora do Centro Cirúrgico e Hemodinâmica do Hospital do Coração do Brasil e membro do Colegiado de enfermagem;

[4]Enfermeira Coordenadora da Medicina nuclear, Centro de Diagnósticos e Ambulatório do Hospital do Coração do Brasil e membro do Colegiado de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os modelos assistenciais e gerenciais devem caminhar paralelamente, de forma integradora e participativa de modo que a tomada de decisão seja a mais acertada. Esta escolha deverá ser pautada junto aos valores e propósitos da empresa. Inseridos neste contexto, identificamos um profissional que está intimamente relacionado com a construção da evolução da administração hospitalar, o enfermeiro. Não somente por compor o maior quantitativo de recursos humanos dentro do hospital, o enfermeiro e sua equipe pode-se dizer que tem como produto final, o cuidado ao paciente, principal foco do negócio hospitalar.

OBJETIVOS

Relatar a experiência do modelo de gestão de enfermagem adotado pelo Hospital do Coração do Brasil de Brasília - DF, o colegiado de enfermagem.

MÉTODOS

Neste relato de experiência, a metodologia se baseia na abordagem qualitativa, pois se trata de uma investigação participativa, onde o autor também é sujeito. Com os demais participantes foram discutidas através de conversas que englobam a temática de modo espontâneo, sem questões definidas.

RESULTADOS

O modelo de gestão adotado foi idealizado desde a construção do hospital. Não havia por parte dos integrantes, experiência com este tipo de modelo, pelo contrário, todos foram oriundos de vivências assistenciais em instituições com modelos gerenciais e com hierarquia vertical. De certo modo, pouco flexível e com baixo poder de autonomia. O fato de o Colegiado de enfermagem ser composto por indivíduos de diferentes concepções de conhecimentos, é propício uma integração de saberes e percepções de variados aspectos facilitando assim o crescimento do grupo e da instituição onde esse modelo estruturado. O mais estimulante era trabalhar com modelo de gestão colegiada, onde era compartilhada todas as dúvidas, acertos, erros e decisões. E acho que o segredo do excelente resultado do hospital foi devido a este modelo de gestão idealizado pelo diretor.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o funcionamento desse modelo de estrutura requer que os envolvidos tenham maturidade profissional, flexibilidade, respeito mútuo, abstração de vaidades e abdicação de interesses estritamente pessoais. A partir dessas premissas, o colegiado permite uma visão ampla do cenário de atuação, discussões ricas e produtivas na obtenção de decisões mais assertivas e eficazes.

Fig 1 – acervo pessoal, confraternização conquista ONA 3, colegiado de enfermagem, médicos e residentes de enfermagem HCBr.

Fig 2 – acervo pessoal, confraternização conquista ONA 3, colegiado de enfermagem e diretor técnico HCBr.

5º CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados
22, 23 e 24 de Novembro de 2017
Sheraton - WTC | São Paulo

▲ VOLTAR

A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO DOMICILIAR : MOINHOS NO SEU LAR

Elisandra Leites Pinheiro [1];Camila F. Dall'Agnol [2] ; Daniela Tenroller de Oliveira[3]; Belisa Marin Alves [4];

1. **Enfermeiro Assistencial II– Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil**
2. **Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil**
3. **Coordenador Assistencial – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil**
4. **Enfermeiro Assistencial II –Hospital Moinhos de Vento ,Porto Alegre- RS- Brasil**

Hospital Moinhos de Vento
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a Johns Hopkins Medicine International

Introdução

Moinhos no seu lar trata-se de um projeto que visa o cuidado domiciliar como uma comodidade e facilitação em relação ao atingir as metas estipuladas para cada paciente, em como tornar seu domicílio o mais preparado possível para receber o paciente com suas limitações pós- cirúrgicas. Além disso, visa fortalecer o vínculo do paciente com a equipe, o que automaticamente torna a recuperação mais fácil, pois a equipe que atenderá esse paciente no domicílio estará disponível para atender as necessidades e dúvidas a qualquer momento.

Método

O projeto foi criado com o envolvimento da equipe de enfermagem e fisioterapia, visando atendimento pré e pós cirúrgico. Consiste em três visitas domiciliares da enfermagem, sendo uma no pré-operatório, uma no dia seguinte à alta hospitalar e a última em duas semanas após sua alta. Em relação às visitas da fisioterapia, serão cinco visitas em sequência à alta hospitalar. Na visita pré-cirúrgica se realiza a anamnese do paciente, e prepara seu domicílio para melhor recebe-lo após sua cirurgia, como por exemplo, a indicação do uso de extensor de vaso sanitário.

Resultados

Evidenciou-se a importância das visitas pré e pós cirúrgicas em relação ao preparo do domicílio para receber esse paciente com as limitações inerentes à artroplastia de quadril e em relação ao sanar as dúvidas em relação à cirurgia em si, e à sua recuperação. Conforme relato do paciente sente -se agradecido pelo atendimento e muito satisfeito, ***"me senti muito seguro na cirurgia e em casa"*.**

Conclusão

Entende-se que realizado essas visitas, o paciente se sente mais seguro e apto a ter alta hospitalar, tendo um ambiente mais preparado para recebê-lo com isto resulta na alta hospitalar precoce, pois o mesmo se sente mais preparado para enfrentar sua condição pós-operatória além de proporcionarmos ao paciente a sua melhor experiência no âmbito hospitalar e domicilio.

▲ VOLTAR

A importância da gestão participativa nos resultados de um Hospital Público

ROJO, Priscila Tagliaferro; ROSSINI, Greta Mascherpe; SANTOCCHI, Eduardo da Silva; SANTOS, Lívia Montes.

INTRODUÇÃO

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP) é uma Autarquia de Regime Especial, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de SP, para fins de cooperação administrativa, e associado à Faculdade de Medicina da USP para fins de suporte ao ensino, pesquisa e assistência à comunidade. Fundado em 1944, é composto por oito institutos especializados, dois hospitais auxiliares e 62 laboratórios de investigação médica.

O atual modelo de Gestão Corporativa foi posto em prática em 2011, com o objetivo de reforçar o papel histórico e social da instituição, em busca do padrão de excelência no atendimento. Este modelo motivou a liderança influenciadora e inspiradora, a cultura orientada para resultados, um modelo de trabalho baseado na atuação de equipes de alta performance, dentre outros aspectos.

A premissa utilizada foi a gestão participativa, sustentada por meio da criação de Eixos Temáticos, representados por grupos multiprofissionais atuantes no Complexo Hospitalar, tanto de áreas administrativas quanto assistenciais.

Os Eixos Temáticos foram idealizados como impulsionadores da gestão corporativa.

OBJETIVO

Apresentar o impacto da criação e gestão dos Eixos Temáticos nos resultados corporativos do Hospital das Clínicas da FMUSP.

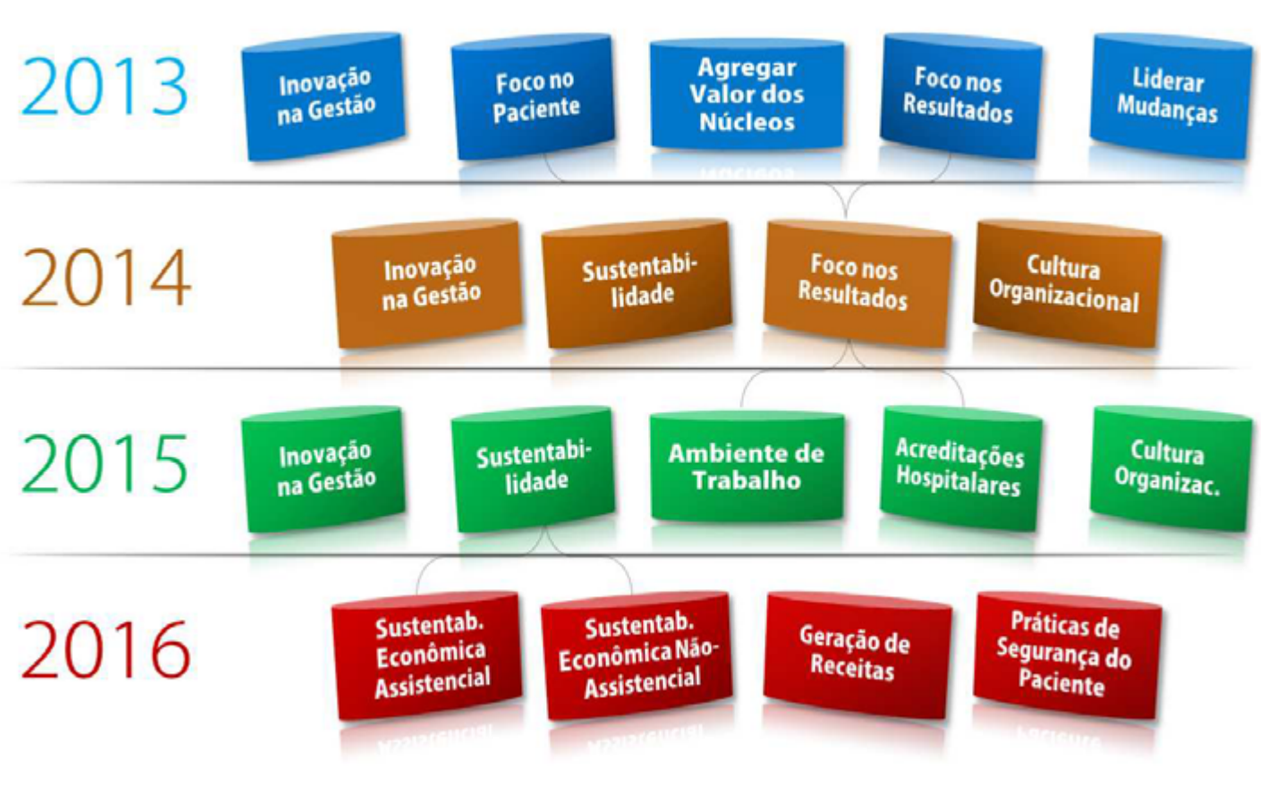
MÉTODO

Adotaram-se os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde, utilizando-se como referencial os resultados apresentados no período de 2013 a 2016 pelos Eixos Temáticos estratégicos do HCFMUSP.

RESULTADOS

Os Eixos Temáticos visam ações voltadas para a geração de receita, avaliação de custos, potencialização da qualidade da assistência prestada, valorização dos pacientes e das lideranças, inovação e sustentabilidade econômica, todas alinhadas às estratégias de desenvolvimento da Instituição.

Abaixo segue um breve histórico das conquistas alcançadas corporativamente a partir dos Eixos desenvolvidos na instituição, no período de 2013 a 2016.



As temáticas dos Eixos foram evoluindo, com base na análise de cenários internos e externos.

CONCLUSÃO

Modelo esquemático dos Eixos Temáticos (2017)

A estratégia de criação dos Eixos Temáticos permitiu a integração e participação das áreas administrativas e assistenciais dos diferentes Institutos do HCFMUSP; o desdobramento e disseminação do planejamento estratégico corporativo; bem como promoveu a transparência dos resultados alcançados, fortalecendo a gestão participativa.

Além disso, reforçou o sentido de pertencimento institucional e de responsabilidade pelos resultados corporativos.

BIBLIOGRAFIA

KETS DE VRIES, M. Global Executive Leadership Inventory. San Francisco: Pfeiffer, 2005.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Relatório de Atividades - Resultados da Gestão Brilho nos Olhos. Exercícios 2015 e 2016. São Paulo, 2016.

▲ VOLTAR

A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO EDUCACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Autores: Daniella Cristina Gonçalves Barbosa, Rejane da Rocha Sabino Curvina, Adriana da Costa Barros, Jaqueline de Freitas Ferreira. Instituição: Rede Dor São Luiz - Hospital Santa Luzia (HSL), Brasília - DF

INTRODUÇÃO

A cada dia os profissionais de saúde estão mais preocupados com a qualidade e segurança no atendimento ao paciente, buscando oferecer um cuidado digno com minimização de erros relacionados à assistência ao paciente. A educação continuada tem uma enorme responsabilidade na prevenção de eventos adversos, através de desenvolvimento de estratégias de ensino verificando junto à equipe, os principais problemas apresentados no setor, buscando corrigi-los através de treinamentos para melhoria do conhecimento e aplicação na prática assistencial.

OBJETIVOS

Demonstrar a importância dos treinamentos contínuos (institucionais e setoriais) aos colaboradores do hospital, para que através de novas estratégias, os eventos adversos sejam minimizados visando à melhoria da qualidade e segurança no processo do cuidar.

MÉTODOS

Realizada observação das ações desenvolvidas na Educação Continuada do Hospital Santa Luzia (Rede D´or São Luiz), em Brasília-DF, embasada por uma revisão de literatura para delinear a importância do processo educacional na segurança do paciente, por meio de ações de treinamento e atualização fornecidas aos profissionais do hospital de acordo com perfil epidemiológico, levantamento de necessidade de treinamento e notificações de eventos e linhas de cuidado.

RESULTADOS

Com a mudança de estratégias para a abordagem educacional mais flexível, teve-se uma melhora significativa na adesão aos treinamentos e, em consequência na visão do processo de segurança do paciente.

Percebe-se a melhoria da adesão aos treinamentos através do percentual de participação nos treinamentos institucionais que são programados baseados no perfil epidemiológico, nas auditorias clínicas, nos eventos adversos e nos questionários de levantamento de necessidade de treinamento.

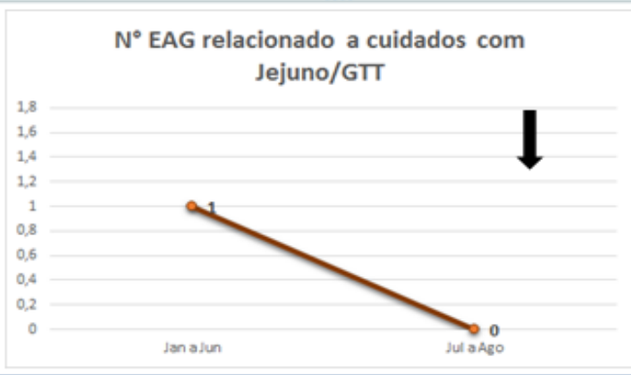
Pode-se observar a diferença de percentual de participação nos anos de 2016 e 2017, onde nos evidencia um histórico positivo aliado a observação qualitativa do processo.

Percentual de Participação Treinamento Institucional	Média 2016	Média 2017	Variação % da melhoria adesão
Janeiro a Agosto	83%	97%	14% (+)

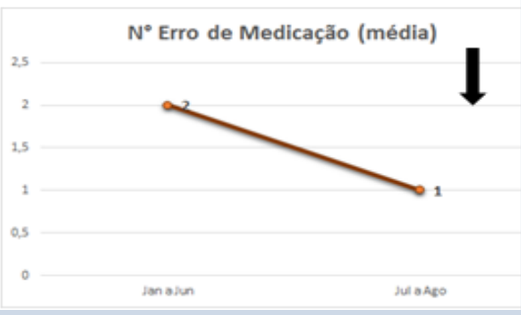
É notório o maior envolvimento entre as equipes assistenciais, entretanto, fica evidenciado a intervenção educacional nos dados de eficácia de treinamento.

Podemos demonstrar os resultados de dois treinamentos, nos quais foram aplicados testes antes e após a realização do mesmo. Identificamos a necessidade desses treinamentos através de notificações de eventos adversos enviadas ao setor de qualidade da instituição.

Treinamento	% de Adesão	Média Pré Teste	Média Pós Teste	Variação % da nota	% de Eficácia
Cuidados com gastro e Jejunostomia	100%	4,0	7,7	52% (+)	100%



Treinamento	% de Adesão	Média Pré Teste	Média Pós Teste	Variação % da nota	% de Eficácia
Medicamento Potencialmente Perigoso e Reação Adversa a Medicamento	98%	7,8	9,4	18% (+)	100%



Através do envolvimento das equipes de apoio, como educação continuada e qualidade, pode-se verificar o crescimento da qualidade assistencial e, em consequência segurança no processo de cuidar.

CONCLUSÃO

Com o objetivo de demonstrar a importância dos treinamentos é que percebe-se que a manutenção de processos assistenciais e administrativos estão intimamente ligados a segurança do paciente e a educação contínua dos envolvidos.

É possível inferir que o investimento em capacitação profissional dos colaboradores e em uma equipe qualificada de educação, tem impacto direto na segurança do paciente, pois o processo educacional bem definido viabiliza o alcance de uma assistência de qualidade.

Referência: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde,2014.

BASTABLE, Susan B. O enfermeiro como educador.3ed.2010.

SILVA, Lucia M. et. al. Ambiente virtual de aprendizagem na educação continuada em enfermagem. Revista Acta Paulista de Enfermagem, vol 23, n.5, outubro 2010.São Paulo.

▲ VOLTAR

AGREGANDO VALOR AO SISTEMA DE SAÚDE: IMPACTO POSITIVO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR NA REDUÇÃO DA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

COSTA, R,S,M; LAMOUNIER, R,N; GEO, M,S; SCLEARUC, E.

Introdução:

A Hiperglicemia é um problema de saúde comum, sério e dispendioso no contexto hospitalar. Estima-se que 30% dos pacientes internados têm hiperglicemia, sendo que uma parcela importante desconhece o diagnóstico. A Rede Mater Dei de Saúde implementou um protocolo de hiperglicemia intra-hospitalar, em que uma equipe de endocrinologia realiza o manejo glicêmico, supervisiona as interações de uso de insulina com alimentação e jejuns para exames e faz o processo de educação dos pacientes, com o objetivo de garantir segurança, qualidade em saúde e sustentabilidade ao sistema.

Objetivo:

Verificar o impacto da implantação do Protocolo de Hiperglicemia na permanência hospitalar.

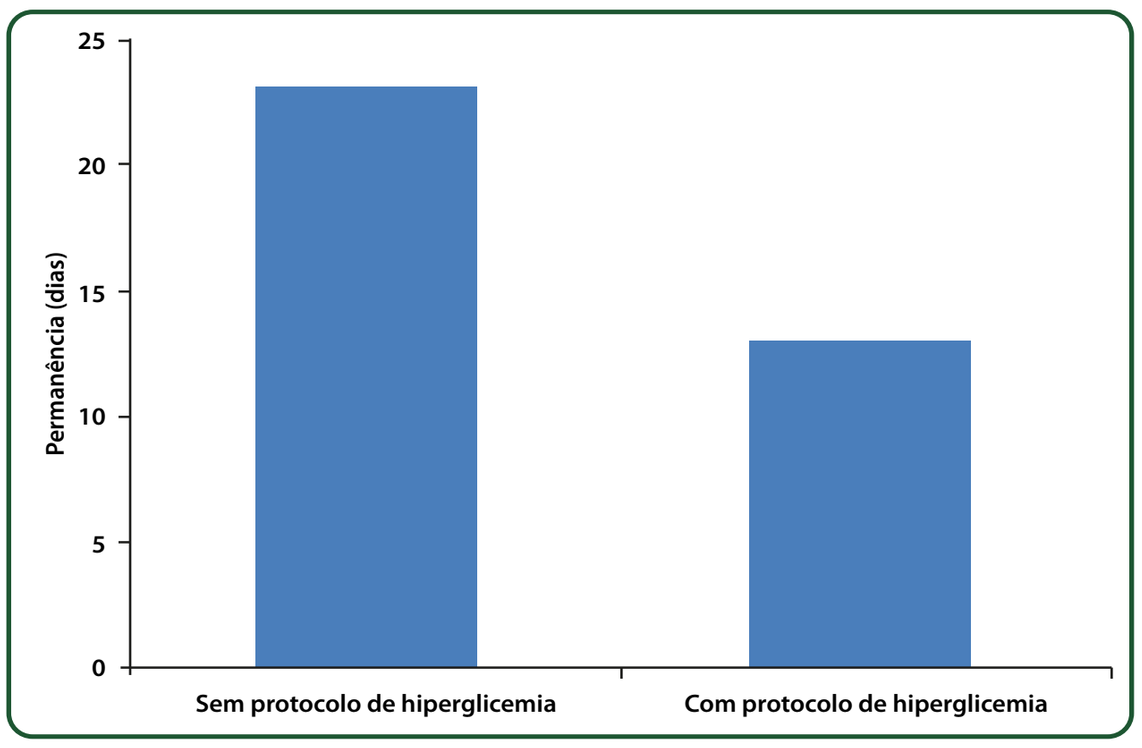
Métodos:

Foram levantadas 1.143 internações clínicas (67,6%) e cirúrgicas (32,4%) de pacientes adultos, do 1º semestre de 2017, que usaram insulina durante a internação. Foi realizado pareamento por escore de propensão, utilizando permanência hospitalar como variável dependente. As variáveis explicativas para o cálculo do escore de propensão foram: sexo, idade, tipo de internação e quantidade de insulina dispensada, que foi usada como *proxy* de intensidade de necessidade de cuidado. Dessas internações, 208 (18%) participaram do protocolo, porém, após o pareamento, dois indivíduos foram excluídos da amostra, por não estarem na região de suporte comum. Todas as análises dos dados foram realizadas no pacote estatístico *STATA -Data Analysis and Statistical Software*, versão 13. Para o pareamento foi utilizado o comando psmatch2, com opção de suporte comum e ties, que pareia cada indivíduo tratado com não apenas um, mas com todos os controles com valores idênticos de escore de propensão.

Resultados:

Quando comparado o grupo de pacientes que participou do protocolo de hiperglicemia com o grupo controle, encontrou-se uma redução média de 8,77 dias de permanência hospitalar, com significância estatística. (p= 0,001)

GRAFICO 01- Tempo de permanência sem e com acompanhamento pelo protocolo de Hiperglicemia hospitalar, em pacientes internados que fizeram uso de insulina. Rede Mater Dei de Saúde, 2017



Conclusão:

Implantar um protocolo de hiperglicemia intra-hospitalar manejado por especialistas tem impacto positivo na permanência e, consequentemente, na redução do custo da conta hospitalar, garantindo sustentabilidade, segurança, qualidade e valor ao sistema de saúde.

Referências Bibliográficas:

AHMANN, AI. Inpatient management of hospitalized patients with type 2 diabetes. **Cur Diabetes Reports**. 4: 346-5, 2004.

CLEMENT, S, et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. **Diabetes Care**. 27(2): 553-91, 2004.

INZUCCHI, S.Management of Hyperglycemia in the Hospital Setting. **New England Journal of Medicine**. 355:1903-1911, 2006.

The Endocrine Society Statement to Providers on the Report Published in the **New England Journal of Medicine on NICE-SUGAR**, 2009.

The NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients. **New England Journal of Medicine**. 360: 1283-1297,2009.

UMPIERREZ, G.E; et al. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. **J Clin Endocrinol Metab**. n. 97(1):16-38, 2012.

VAN DEN BERGHE, GP, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. **N Engl J Med**. 345:1359-67,2001.

VAN DER HOSTS, ICC, et al. Glucose-insulinpotassium infusion in patients treated with primary angioplasty for acute myocardial infarction. **J Am Coll Cardiology**. 42: 784-91,2003.

WIENER, RS, et al. Benefits and Risks of Tight Glucose Control in Critically Ill Adults: A Meta-analysis. **JAMA.** 300(8):933-944,2008.

▲ VOLTAR

Análise do tempo de permanência na UER dos pacientes internados que foram encaminhados pelos ambulatórios do ICHC

Tatebe ER*, Santos CGPP*, Kaneko RT**, Letaif LSH***.

Introdução

A Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP) recebe um grande fluxo de pacientes que são encaminhados das suas diversas unidades/institutos para atendimento de urgência. A principal origem destes pacientes é o ambulatório do próprio ICHC. O fluxo se inicia durante o atendimento ambulatorial, quando o médico constata que o paciente necessita de um atendimento de urgência (seja por motivos clínicos, por alguma intercorrência que possa ter ocorrido durante o atendimento ambulatorial, etc).

Para encaminhar o paciente à UER é necessário que o médico preencha um formulário de encaminhamento interno e uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O encaminhamento do paciente do ambulatório à UER deve ser realizado pela equipe de enfermagem e pela equipe médica para garantir a segurança do transporte, que trazem o paciente até o setor de classificação de risco da UER. Em seguida, deve-se passar o caso do paciente para o médico da UER que irá realizar o atendimento (especialidade clínica médica ou cirurgia geral). O paciente é atendido pela equipe da UER, realiza os exames que forem solicitados e define o destino do paciente (alta hospitalar, internação hospitalar, óbito). Em caso de internação hospitalar, a equipe responsável pelo atendimento na UER confecciona os documentos necessários para a internação (prescrição, relatório do atendimento inicial da UER, AIH) e encaminha o paciente ao Registro Geral, que irá registrar a internação hospitalar.

Todas as AIH encaminhadas dos ambulatórios são recolhidas pela equipe da Gestão de Leitos e, quando o paciente do ambulatório interna, verificando estes documentos, é possível saber de qual ambulatório o paciente foi encaminhado.

Há uma norma aprovada no Conselho Diretor do ICHC sobre a priorização do uso de leitos eletivos para os pacientes encaminhados do ambulatório à UER.

A partir do dia 02 de Maio de 2017, foi implementada uma mudança no fluxo de internação dos pacientes não críticos (todos os pacientes da UER, excetuando-se os que necessitam de vaga de UTI). Anteriormente, a entrega dos documentos para internação do paciente era realizada no Registro Geral, e tal local foi alterado para a Gestão de Leitos, que após avaliação da disponibilidade de leitos, encaminhará estes documentos para o Registro (fluxograma 2).

Objetivo

O objetivo do presente projeto é analisar se haverá diferença entre as médias dos tempos de alocação do paciente proveniente do ambulatório HC e que foi atendido na UER/ICHC-FMUSP, antes e após a alteração do setor que recebe a documentação de internação hospitalar.

Método

Foram analisados os dados do período do mês de Abril de 2017 e dos dias 02 a 14 de Maio de 2017, provenientes dos registros do sistema de prontuário eletrônico utilizado na instituição e em registros do setor de transporte interno de pacientes (TIPS). As seguintes variáveis foram analisadas: início do atendimento do paciente, destino do paciente (se foi solicitada internação ou não, e se o paciente evadiu do serviço), hora do encaminhamento do paciente para leito de enfermaria. Foram comparadas as médias dos tempos de alocação do paciente proveniente de ambulatório HC em leito de enfermaria (tempo entre a abertura de ficha na UER, até o encaminhamento para o leito de enfermaria pela clínica responsável pelo paciente, em dias.

Os pacientes foram divididos em grupos: Grupo 1 (pacientes entre o período do mês de Abril de 2017) e Grupo 2 (pacientes entre o período de 02 a 14 de Maio de 2017). Os dados obtidos foram analisados por meio de programa de análise estatística, para que os grupos pudessem ser comparados.

Resultado

Analisados os dados de 317 pacientes não críticos referentes ao período do mês de Abril de 2017 e entre os dias 02 a 14 de Maio de 2017. As seguintes variáveis foram analisadas: momento de início do atendimento do paciente (data e hora da abertura de ficha na UER), classificação de risco do paciente, destino do paciente (se foi solicitada internação ou não, e se o paciente evadiu do serviço), e tempo de permanência na UER para os pacientes que internaram no serviço e foram encaminhados para unidades de enfermaria (data e hora de encaminhamento do paciente para enfermaria). Os dados obtidos estão expressos na tabela 1.

Tabela 1: Pacientes não críticos referentes ao período de Abril de 2017 e 02 a 14 de Maio de 2017

	Abril	02 a 14 de Maio
Total pacientes encaminhados	212	105
Alta após atendimento inicial	77	55
Evasão	8	3
Internação solicitada	127	47
Encaminhados para unidades de enfermaria	37	20

Portanto, o Grupo 1 teve 37 pacientes e o Grupo 2, 20 pacientes.

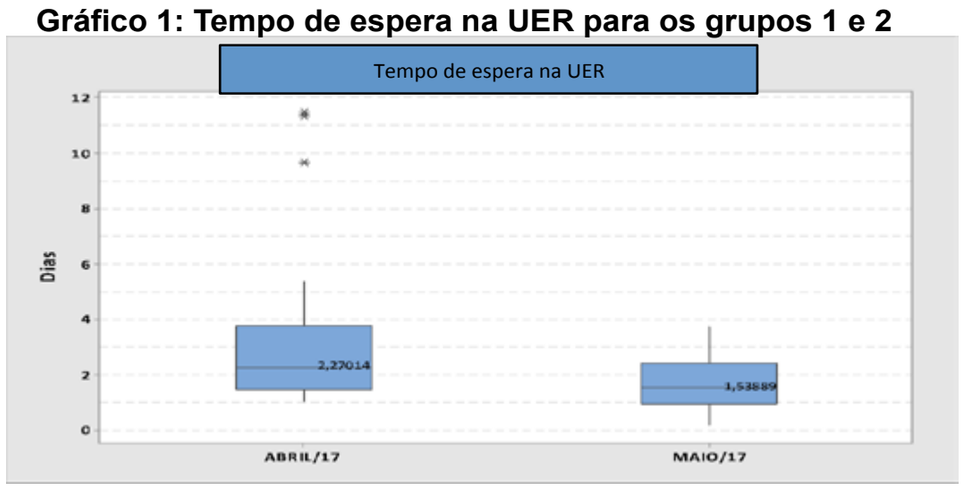
A média dos tempos de permanência na UER do início do atendimento até o encaminhamento do grupo 1 foi de 2,27 dias, e a do grupo 2 foi de 1,82 dias. O desvio padrão dos dois grupos foi de 2,6 dias e 1,07 dias, respectivamente (tabela 2). Foi utilizado o Mann-Whitney Rank Sum test para a análise dos dados, e o valor encontrado foi de p = 0,028, o que indica que a diminuição do tempo de espera do paciente na UER é estatisticamente significante entre os dois grupos antes e após a alteração do local de entrega dos documentos de internação (gráfico 1).

Não houve diferença estatisticamente significante ao analisarmos o período de atendimento e o desfecho do paciente, indicando que não houve alteração dos desfechos obtidos antes ou após a alteração de fluxo realizada (teste Qui-Quadrado p=0,53).

Tabela 2: Média e desvio padrão dos tempos de permanência na UER

	Média	Desvio Padrão
Grupo 1	2,27	2,60
Grupo 2	1,82	1,07

Gráfico 1: Tempo de espera na UER para os grupos 1 e 2

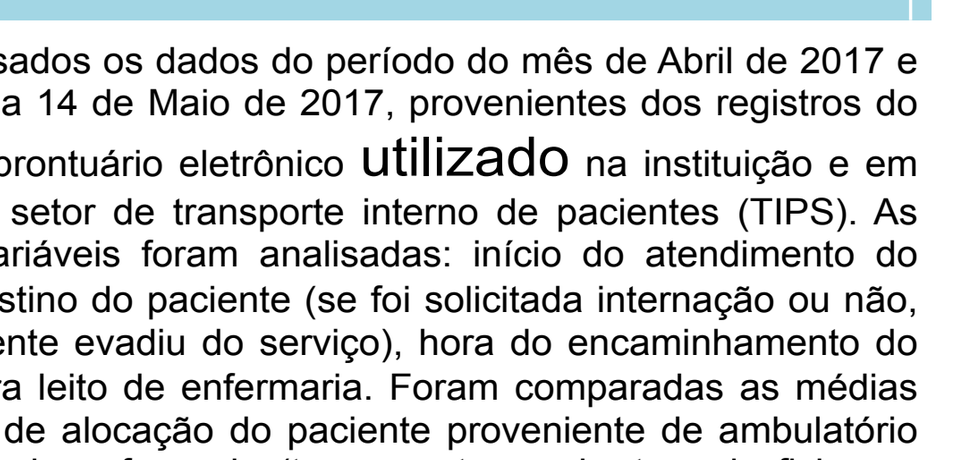


Mann-Whitney Rank Sum Test: p=0,028

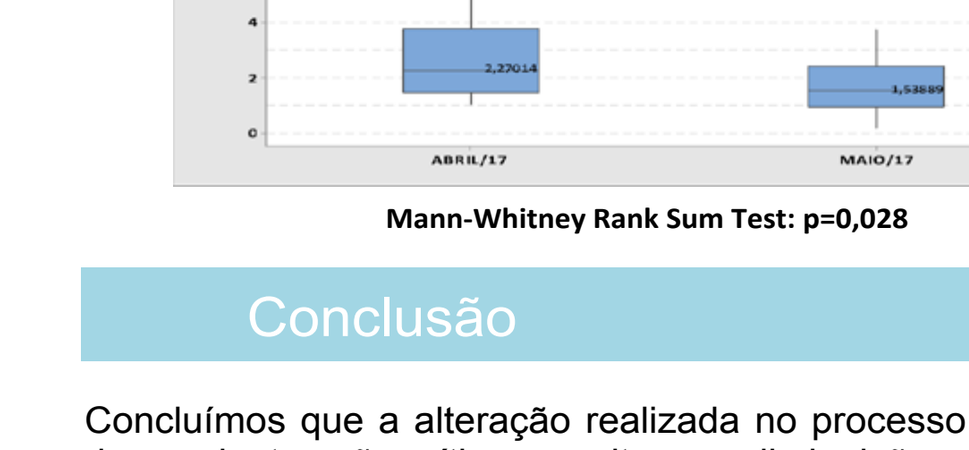
Conclusão

Concluímos que a alteração realizada no processo de internação dos pacientes não críticos resultou em diminuição estatisticamente significante no tempo de permanência deste paciente na UER. Ademais, tal alteração manteve a proporção de pacientes não críticos provenientes dos ambulatórios ICHC que são alocados em unidades de enfermaria, pois não causa alteração nos desfechos obtidos.

Fluxograma 1: Antes da mudança



Fluxograma 2: Após mudança



*Residente HC-FMUSP, PROAHSA (Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, da Faculdade de Medicina da USP e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas)
**Médico Preceptor HC-FMUSP, PROAHSA
***Diretora da Unidade de Emergência Referenciada do Instituto Central do HC-FMUSP

▲ VOLTAR

CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS

EIXO SISTEMA DE SAÚDE| As rupturas emergentes e o papel dos hospitais

22, 23 e 24 de novembro de 2017 | Sheraton – WTC |São Paulo

APRIMORAMENTO DO FLUXO ASSISTENCIAL NO MANEJO DA SEPSE

Melo, E.B[1].; Gonçalves, S.M[1].; Freitas, F.R[2].; Silva, I.F.O[2].; Mota, A.P.L[2]

1- Hospital Madre Teresa, 2- Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas – Fac. Farmácia – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

Sepse é definida como disfunção orgânica ameaçadora a vida e com alto índice de mortalidade. O objetivo do estudo foi relatar o processo de revisão do protocolo de sepse, a adesão e a taxa de mortalidade por essa síndrome. A revisão do Protocolo Interno de Sepse (PIS) proporcionou a identificação precoce dos casos, melhor performance da equipe multidisciplinar no manejo clínico e consequente redução de óbito.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS), a sepse é definida como disfunção orgânica ameaçadora a vida, secundária à resposta a uma infecção. Consideram-se como marcadores para investigação da sepse os sinais da Síndrome Inflamatória da Resposta Sistêmica (SIRS) associados à disfunção orgânica e um foco infeccioso suspeito ou confirmado. Conforme o ILAS, 25% dos leitos da UTI são ocupados com pacientes em tratamento de Sepse e com alta taxa de mortalidade hospitalar. A mortalidade por sepse é um problema de saúde pública, com taxa em torno de 65% no Brasil e 30% no mundo[1,2] . O objetivo do estudo foi relatar o processo de revisão do protocolo de sepse, a adesão e a taxa de mortalidade pela doença.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo dos dados do Protocolo Institucional de Sepse (PIS) implantado em Janeiro de 2012 e revisado em Janeiro de 2014. A implantação do PIS ocorreu em Janeiro de 2012 e passou por uma revisão do fluxo assistencial em Janeiro de 2014 por meio de uma equipe multidisciplinar. O protocolo foi revisado de acordo com as diretrizes do ILAS, contemplando os sinais de identificação precoce da sepse, manejo clínico como a otimização hemodinâmica, administração do antibiótico em até 01 hora, solicitação de exames laboratoriais com a liberação do resultado do lactato em até 30 minutos e coleta da hemocultura[1,2,3]. Foi definido instrumento de coleta de dados, em formato de algoritmo, contemplando os marcadores de processo acima citados para identificar os pacientes com suspeita de sepse, nortear a equipe na tomada de condutas e auxiliar no gerenciamento dos resultados por meio de indicadores.

RESULTADOS

O gráfico 1 mostra o número de pacientes elegíveis ao PIS, mostrando uma tendência positiva em função da revisão de 2014. O gráfico 2 mostra adesão ao protocolo representado por uma média de conformidade de todos os marcadores definidos. Houve aprimoramento no gerenciamento, com análise mensal dos resultados e implantação do indicador de taxa de letalidade no ano de 2014, conforme gráfico 3. O manejo clínico correto da sepse contribuiu para a redução de mortalidade

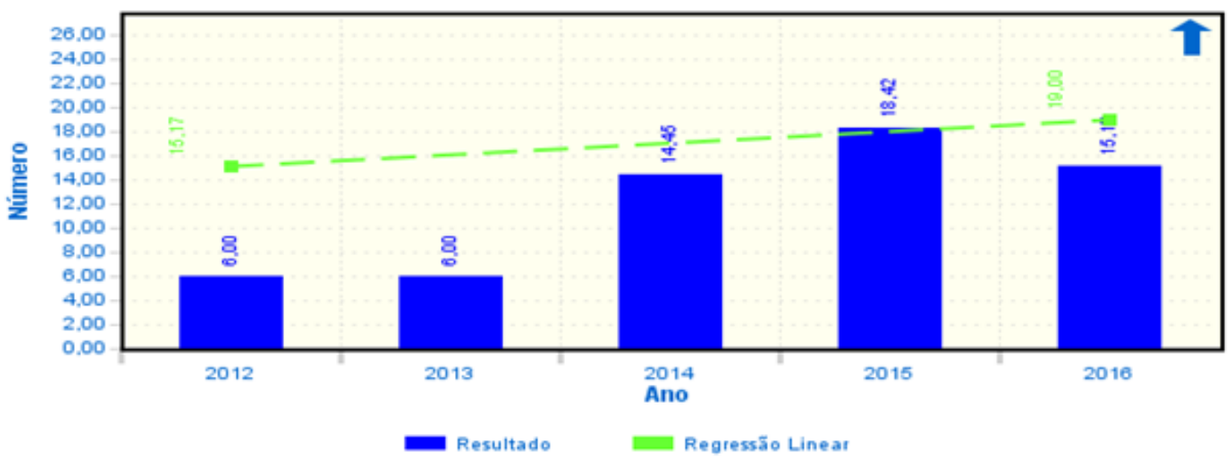


Gráfico 1 - Número de Pacientes elegíveis ao Protocolo de Sepse

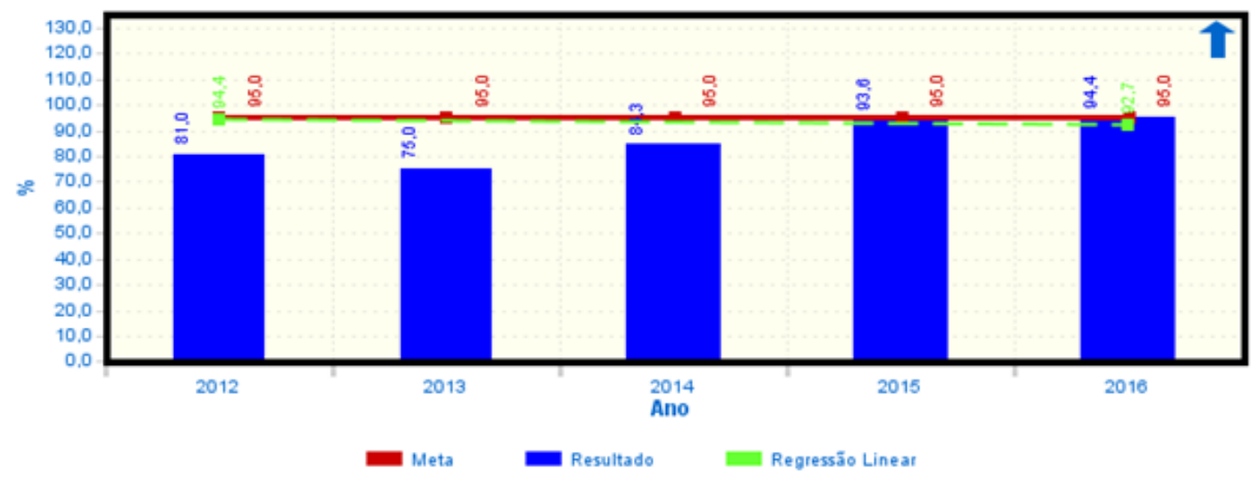


Gráfico 2 - Taxa de Adesão ao Protocolo de Sepse

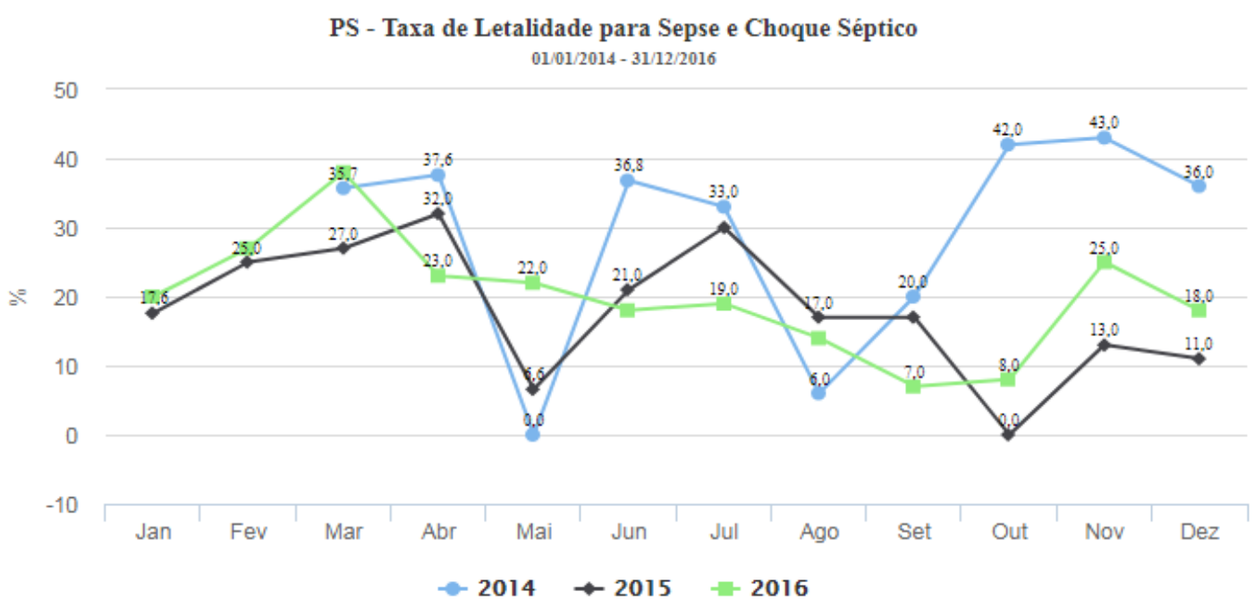


Gráfico 3 – Taxa de Letalidade

CONCLUSÕES

A revisão do PIS proporcionou a identificação precoce dos pacientes com sepse, manejo adequado pela equipe multidisciplinar e consequentemente redução do óbito. Também as análises mensais dos indicadores promoveram intervenções contínuas que melhoram os indicadores de processos (marcadores) e de resultado (óbito), bem como incentivo a equipe multidisciplinar na melhoria da prática assistencial.

REFERÊNCIAS

1. ACCP-SCCM Consensus Conference. Definitions of sepsis and multiple organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. **Crit Care Med**. 1992. v.20, p.864–874. Instituto Latino Americano da Sepse. Disponível em: < http://www.ilas.org.br/index.php >. Acesso em: 9 Abr. 2017.
2. TANIGUCHI, L.U, et al. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. **Critical Care**. 2014. v.18, p.608.
3. SAMRAJ R.S, ZINGARELLI B., WONG H. Role of biomarkers in sepsis care. **Shock**. 2013. v.40, n.5, p.358–365.
4. SILVA, E; et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). **Critical Care**, v.8, n.4, 2004

Contato: Elisangela Brunetti de Melo| elisangela.brunetti@hospitalmadreteresa.org.br | (31) 33398109

▲ VOLTAR

A Saúde Suplementar e os ganhos para o Sistema Único de Saúde no maior Hospital Público da América Latina

ROJO, Priscila Tagliaferro; SANTOS, Lívia Montes; ROSSINI, Greta Mascherpe; FERREIRA, Adriano Guimarães

INTRODUÇÃO

Nos anos de 1980, com início da regulação dos setores privados de saúde, evidencia-se uma nova realidade no Brasil, ocasionada pela migração dos usuários para setores privados devido dificuldades do governo em garantir acesso à saúde. Nesta mesma década, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), por meio da Fundações de Apoio, iniciou atendimento em Saúde Suplementar (SS). Tal iniciativa permanece até os dias atuais, já que há, no Serviço Público, a questão essencial do subfinanciamento, sendo necessário recuperação por meio de fontes adicionais.

OBJETIVO

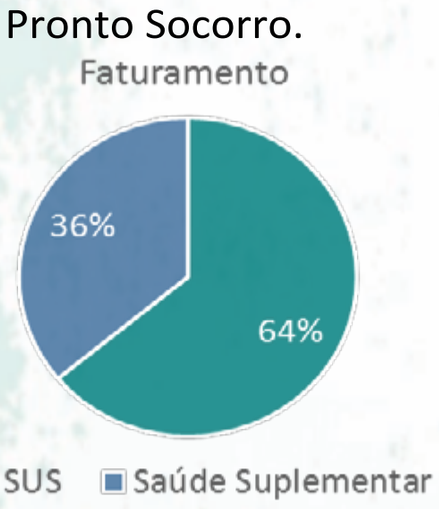
Apresentar o impacto dos resultados financeiros da SS para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) do HCFMUSP.

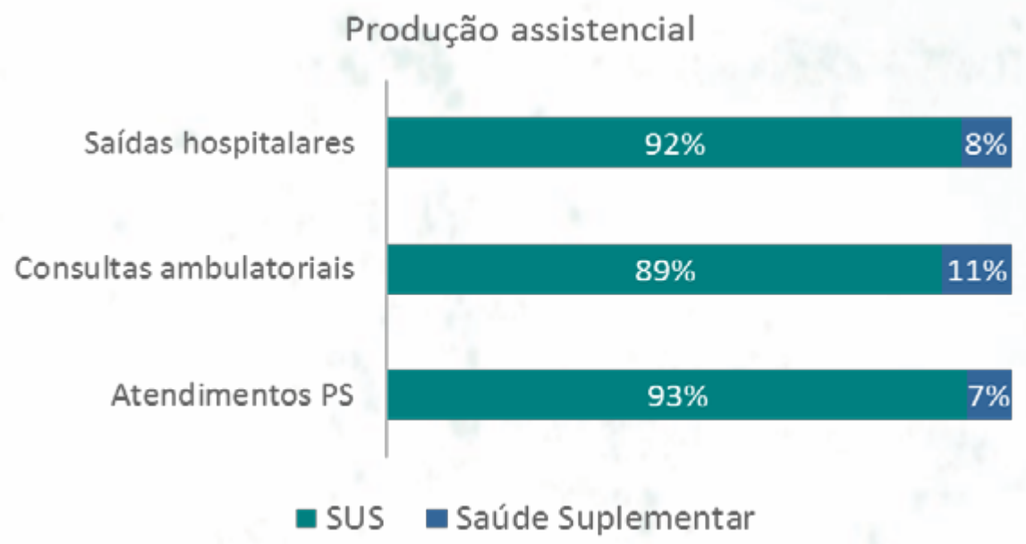
MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo e qualitativo, feito por meio da coleta dos dados financeiros e assistenciais do período de janeiro a junho de 2017.

RESULTADO

A Saúde Suplementar representa uma alternativa importante para geração de receita no HCFMUSP. Ao analisar as informações referentes ao período de janeiro a junho de 2017, verifica-se que 36% do faturamento total são referentes a convênios e particulares, representados por 8% de saídas hospitalares, 11% de consultas ambulatoriais e 7% de atendimentos no Pronto Socorro.





Assim, observa-se que mesmo apresentando uma produção assistencial inferior ao SUS, o resultado financeiro gerado pela Saúde Suplementar agrega valor aos serviços prestados a pacientes do HCFMUSP por meio de melhorias em infraestrutura, como reformas, compras de equipamentos e contratações de recursos humanos.

CONCLUSÃO

A busca da excelência operacional é um dos grandes desafios para a gestão. Desta forma, faz-se importante encontrar alternativas de financiamento, sendo a Saúde Suplementar uma das estratégias no HCFMUSP. Identifica-se que há oportunidades de crescimento da SS, aspecto esse que será essencial para a implantação de melhorias, manutenção e valorização do SUS.

BIBLIOGRAFIA

1. Celestino, U.E.S. Integrando o público com o privado: a expansão do setor de serviços da saúde suplementar em Aracaju/SE. Scientia Plena, Vol.6, Num. 3, 2010.

2. Bonacim, C.A.G; Araújo, A.M.P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva. 16(Supl.11): 1055-1068, 2011.

3. Noronha, J.C.; Santos, I.S.; Pereira, T.R. Relação entre SUS e a Saúde Suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In:
Santos, N.R.; Amarante, P.D.C. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

▲ VOLTAR

ASSISTÊNCIA EM FOCO

Lopes, E. R.; Tavares, D. B. O. R.; Vitorino Filha L. G. C.; Tereza. M. T. F.

Introdução: Os hospitais com excelência em saúde desenvolvem processos na assistência englobando sustentabilidade institucional e eficácia no tratamento dos pacientes. O *Institute for Healthcare Improvement* sugere visitas pelas lideranças como estratégia de assistência segura e sustentável.

Metodologia: Sendo assim, a Santa Casa de Misericórdia de Maceió, desenvolveu a ação chamada "Assistência em foco": projeto de gestão estratégica corporativa, onde são realizados rounds avaliando o planejamento da assistência ao paciente, contemplando os protocolos institucionais e viabilizando ações de melhorias. Estes permitem conectar a alta direção, a média gerência e os líderes supervisores da linha de frente. Tal ação objetiva alinhar os projetos assistenciais existentes, buscando maior adesão aos processos institucionais, intensificando o canal de comunicação entre os profissionais da saúde e a alta direção, promovendo uma assistência segura; alinhamento das diretrizes assistenciais e otimização do cumprimento do plano terapêutico. Foi criada uma agenda semanal de visitas as unidades. São convidados a participar Superintendência, Direção médica, gestor da Gerência de Riscos, Coordenadores da equipe multidisciplinar, plano terapêutico, time de resposta rápida e cirurgia segura.

Resultado: A escolha do setor a ser visitado, tem como critério o menor índice de assertividade do plano terapêutico e /ou maior *score* de risco de longa permanência. O grupo faz as intervenções pertinentes para agilizar o processo assistencial, orienta a equipe envolvida e certifica se o GAP foi solucionado. O projeto teve início no mês de janeiro de 2017 e permanece até o momento. O indicador utilizado para acompanhamento é a resolutividade das visitas (nº de pacientes com situações resolvidas/ nº de situações trabalhadas nos pacientes elegíveis x 100).

Conclusão: No período de janeiro a maio o indicador foi 58% e gerou dois projetos assistenciais: Médico Hospitalista e Adote Um Paciente.

▲ VOLTAR

Rede Mater Dei de Saúde
Hospital Mater Dei Contorno

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA:
Modelo assistencial baseado no desempenho de competências

Nathália Aparecida de Paula Neves[1] Ludmylla Alves Vieira Magalhães[2] Flávia Andrade Nicácio[3]
1-Enfermeira, Supervisora CTI, Mestre em saúde e enfermagem -UFMG. 2-Enfermeira, Coordenadora CTI, Especialista em Terapia Intensiva -Pitágoras,. 3-Enfermeira, Gerente de Enfermagem, MBA Executivo - IBMEC.
Email: nathalia.paula@materdei.com.br

INTRODUÇÃO:

As infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS), sabidamente representam um grande riscos aos pacientes. Essas, também, são um dos maiores desafios, de sustentação da qualidade assistencial, enfrentada pelos serviços de saúde.

Considera-se, portanto, que todas as informações produzidas para se estabelecer ações que visem prevenir e reduzir impactos, associados às IRAS, nos pacientes são de extrema importância.

A assistência de enfermagem na terapia intensiva requer um alto grau de qualificação profissional, que exige o conhecimento científico associado à execução dos processos.

Ao profissional enfermeiro cabe a condução da equipe às práticas que garantam a efetividade e qualidade assistencial. Assim, faz-se necessário que o profissional conheça e domine suas competências. Para tanto a qualidade assistencial requer do profissional o desempenho de conhecimentos, habilidades e atitudes especificas do cuidado intensivo.

Assim, esse estudo teve como objetivo geral analisar as demandas relacionadas à execução dos processos assistenciais dos enfermeiros do CTI. Além disso, se pretendeu identificar as principais competências a serem desenvolvidas para cada profissional, buscando uma melhoria nos processos e a garantia da manutenção da qualidade assistencial.

METODOLOGIA:

Local: o estudo foi realizado no Centro de Terapia Intensiva adulto do hospital Mater Dei Contorno.

População: 17 enfermeiros do CTI, prestaram assistência a 09 pacientes que tiveram Infecção de Corrente Sanguínea (ICS), no período de outubro/2016 a maio/2017.

Tabela 1 - Distribuição percentual de O.C e A.C por profissional. Centro de Terapia Intensiva - Contorno (N= 17)

	O.C*		A.C**	
ID profissional	n	%	n	%
A	21	17%	1	4%
B	17	13%	5	18%
C	16	13%	2	7%
D	13	10%	0	0%
E	9	7%	7	25%
F	8	6%	3	11%
G	8	6%	3	11%
H	7	6%	0	0%
I	6	5%	1	4%
J	4	3%	0	0%
K	4	3%	3	11%
L	4	3%	2	7%
M	4	3%	0	0%
N	2	2%	0	0%
O	1	1%	0	0%
P	1	1%	1	4%
Q	1	1%	0	0%
Total	126	100%	28	100%

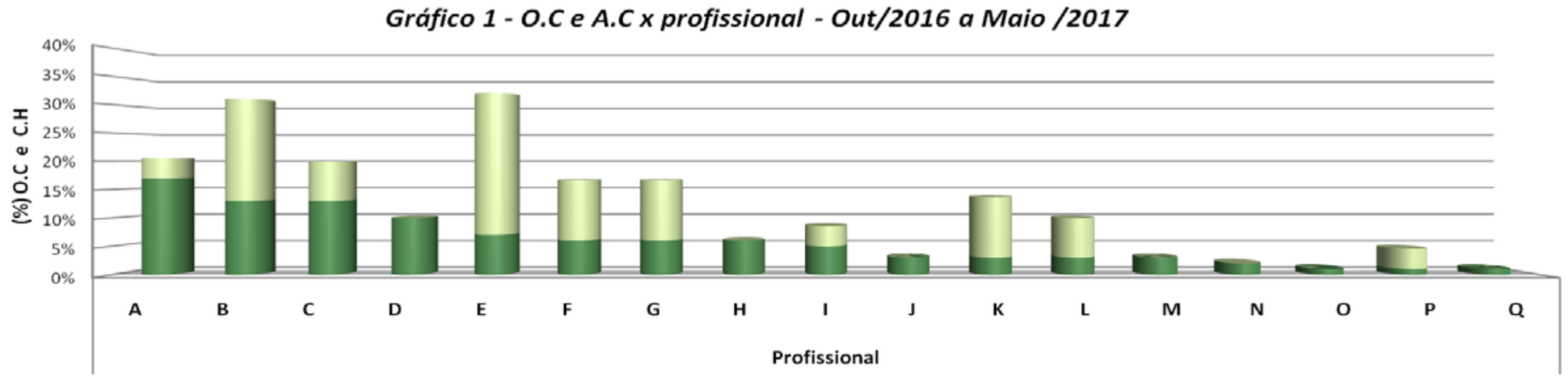
Nota: * O.C.= Oportunidades de cuidado pacientes ICS ** A.C =Amostra Contaminada

Coleta e análise de dados: Considerou-se os dias de assistência prestada por profissional (O.C) e todas as contaminações de amostra de hemocultura (A.C). Verificou-se, então, a correlação entre as proporções de O.C e A.C, através do coeficiente de correlação de *Spearman.*

RESULTADOS:

Os resultados apontaram que 60% das O.C, ficaram concentradas em apenas cinco (29,4%) dos 17 profissionais. Além disso, esses, também, foram responsáveis por mais de 50% das coletas das amostras consideradas contaminadas. Todas as A.C foram coletadas por 10 (58,82%) que prestaram assistência a pacientes que tiveram ICS (Gráfico 1).

Gráfico 1 - O.C e A.C x profissional - Out/2016 a Maio /2017



	Profissional																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Contaminação Hemocultura	4%	18%	7%	0%	25%	11%	11%	0%	4%	0%	11%	7%	0%	0%	0%	4%	0%
O.C. pacientes ICS	17%	13%	13%	10%	7%	6%	6%	6%	5%	3%	3%	3%	3%	2%	1%	1%	1%

Tabela 2 - Correlação de *Spearman's entre* O.C e A.C por profissional. Centro de Terapia Intensiva (n= 17)

Variável	*r*	*valor-p*
O.C*	0.49575	0.043

Nota: * O.C.= Oportunidades de cuidado pacientes ICS ** A.C = Amostra Contaminada *p*=0,05

CONCLUSÕES:

Os achados do estudo apontaram para um grupo com diferentes demandas de melhorias em sua atuação assistencial. Essas demandas podem estar associadas a prováveis inadequações no desempenho de suas competências, como baixa habilidade para execução de processos, deficiência no domínio teórico dos procedimentos executados, um perfil fragilizado de liderança, entre outras. Conclui-se, assim, que há uma necessidade de desenvolvimento das diferentes competências, essenciais, para qualificação do enfermeiro na terapia intensiva. Essas competências necessitam estratégias que sejam personalizadas e direcionadas, para que se garanta a efetividade e manutenção da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS:

1- CORREIO, R.A.P.P.V. *et.al*. Desvelando competências do enfermeiros de terapia intensiva. ***Rev.* Enfermagem em foco.** Brasília, v.6 n.1 p.46-50, jan,2016. *2- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* ***Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde****. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.* 3- KOBAYASHI, R., JANUÁRIO, M. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. ***Rev. Brasileira de Enfermagem****.* 63 (2): 243-249, 2010

▲ VOLTAR

Auditoria de Contas: Engajamento da Equipe Assistencial de Unidade de Internação Adulto

Cristhiane de Matos Vieira[1], Lidiane Bitencourt Santiago [2], Elisandra Leites Pinheiro [3] Daniela Tenroller de Oliveira[4]

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

Introdução

A auditoria de contas consiste na conferência da conta, analisando os documentos no sentido de corrigir falhas ou perdas, buscando a elevação dos padrões técnicos e administrativos, assim como a melhoria das condições hospitalares. Um hospital de grande porte da cidade de Porto Alegre/RS, instituiu no ano de 2017 uma medida de controle e acompanhamento, através da criação de treinamentos e instrumentos para acompanhamento do desenvolvimento relacionado ao processo auditoria realizado pela equipe assistencial.

Objetivo

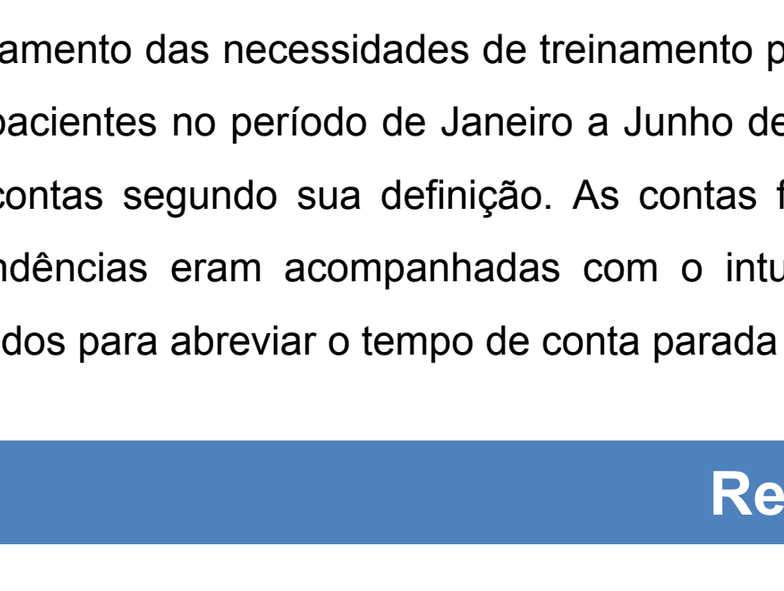
Garantir a qualidade pelos serviços de saúde oferecidos e prestados.

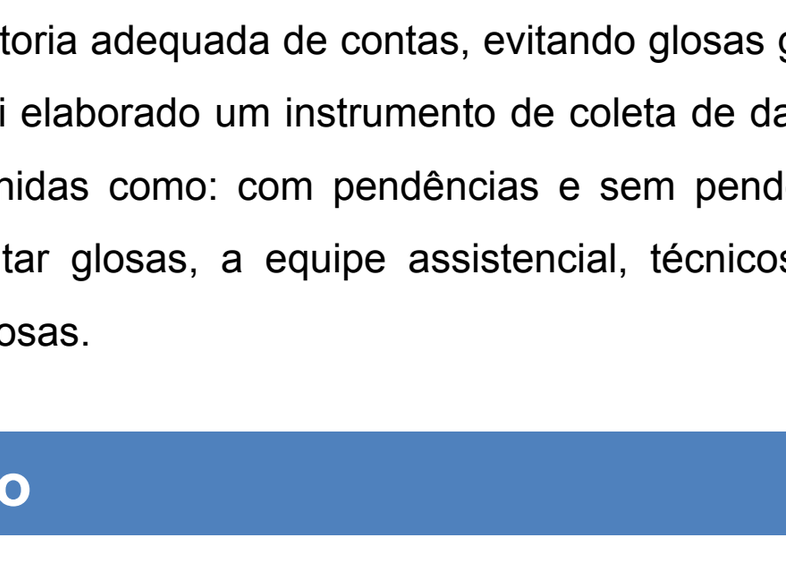
Método

Foi feito um levantamento das necessidades de treinamento para a auditoria adequada de contas, evitando glosas geradas em cada conta de internação de pacientes no período de Janeiro a Junho de 2017. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, cuja finalidade foi de classificar as contas segundo sua definição. As contas foram definidas como: com pendências e sem pendências. As contas que apresentavam pendências eram acompanhadas com o intuito de evitar glosas, a equipe assistencial, técnicos e enfermeiros foram treinados e envolvidos para abreviar o tempo de conta parada e evitar glosas.

Resultado

Conforme relatório da equipe responsável pela auditoria de contas, após iniciada esta medida, houve uma redução significativa no tempo de conta parada nos setores, nosso tempo Record foi de 1,77 dias, revertido em um valor de 1.735.272,19.





Conclusão

Conclui-se que esta medida reduziu significativamente no tempo de conta parada nos setores, impactando na efetividade do fluxo de recursos. Para obtermos um resultado de sucesso é necessário o envolvimento de toda equipe assistencial, bem como a conscientização da importância sobre a realização de uma auditoria adequada.

▲ VOLTAR

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO

Susete Lúcia Vazzoller[1]
Maria Anobes Bonet Grespan Fagundes[2]
Flávia Giendruczak Da Silva[3]

INTRODUÇÃO: A área da saúde é caracterizada pela continuidade dos processos, uma forma de assegurar e mensurar a qualidade de toda atenção médico-hospitalar é por meio da auditoria de enfermagem. A auditoria de enfermagem é utilizada pelas instituições de saúde nos dias atuais com a finalidade de avaliar a assistência e otimizar os custos decorrentes da prestação dos serviços. As prescrições médicas e os registros de enfermagem são a principal ferramenta de mensuração da qualidade dos serviços prestados e principalmente, método de cobrança. Considerando todas as atribuições legais e responsabilidades relacionadas ao prontuário, além de seu caráter multiprofissional, nesse conjunto de informações é passível que ocorram algumas imprecisões em seus registros, fazendo-se necessária uma reanálise em tempo, imparcial de seu conteúdo no que diz respeito a cobranças.

OBJETIVO: Relatar as experiências vivenciadas pelas autoras durante a atuação profissional em Sala de Recuperação.

METOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo. Realizado na Sala de Recuperação (SR) de um Hospital Privado de Porto Alegre/RS. Resultados: Foram auditados 819 prontuários – totalizando 53% entre pacientes internados e ambulatoriais no que diz respeito somente às monitorizações, num total de 1.535 cirurgias no período de um mês. Valor resgatado neste período R$ 39.739,20.

CONCLUSÃO: A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não somente a formação do enfermeiro, o restabelecimento da saúde e melhoria da qualidade de vida, mas o resultado do produto hospitalar medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. A área cirúrgica, bem como a sala de recuperação pós-anestésica são um ambiente restrito, em decorrência da alta complexidade dos procedimentos. Avaliou-se o quanto a enfermagem prioriza o cuidado em registros de prontuário neste âmbito, no quanto esta prática ainda é culturalmente minimizada no universo hospital empresa. Conclui-se que os resultados obtidos na relação custo benefício tanto aos clientes como instituição privada é extremamente agregadora e positiva.

PALAVRAS-CHAVES: Auditoria; Sala de Recuperação; Enfermagem

Referências: Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado. (2013). *Práticas recomendadas*. 6. ed. São Paulo: Sobecc.
Ribeiro, B.S; Silva, M.C. Auditoria de Enfermagem e sua Importância no Ambiente Hospitalar: Uma revisão de literatura. Refaci, Brasília, v.2, nº 2, Jan - Jul 2017

[1] Enfermeira Assistencial da Sala de Recuperação do HMV, especialista em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Esterilização e Materiais (IEP/HMV). E-mail: susete.vazzoller@gmail.com
[2] Enfermeira Assistencial da Sala de Recuperação do HMV, Mestre em Ensino na Saúde – UFCSPA, Especialista em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Esterilização e Materiais - CBES. E-mail: anobesgrespan08@gmail.com
[3] Enfermeira assistencial no HMV, especialista em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Esterilização e Materiais.E-mail. flavia_gsilva@yahoo.com.br

▲ VOLTAR

Auditoria do Processo de Cirurgia Segura do Hospital Anchieta do Distrito Federal

FLAVIANA LARA ANDRADE | ROSILDA DA SILVEIRA AVELAR

Introdução

O processo de Cirurgia Segura é considerado uma solução inovadora, pois contribui para reduzir os riscos, aumentar a segurança dos pacientes, além de proporcionar segurança para todos os profissionais de saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, recomendando a utilização de check list, o qual possui três etapas: Antes da indução anestésica, Antes da incisão da pele e Antes do paciente sair do CC.

Objetivo

Auditar por amostragem em tempo real, o cumprimento de todas as etapas do *check list* de cirurgia segura dentro do centro cirúrgico do Hospital Anchieta.

Método

O estudo teve enfoque quantitativo. Foi realizado no período de 2014 a 2016, em todos os turnos de trabalho, pelos enfermeiros assistenciais, observando-se em tempo real o cumprimento de cada etapa.

Resultado

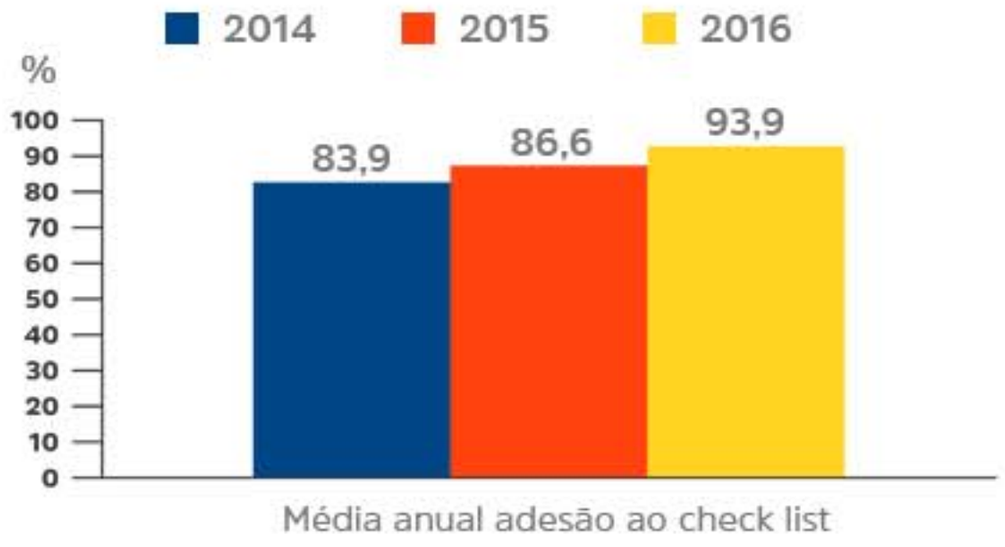
Foram realizadas em média 50 avaliações por mês, auditadas nas três etapas do *check list* de cirurgia segura.

Em 2014 não houve cumprimento pela equipe de enfermagem da terceira etapa, sendo que nos demais anos ocorreu conformidade nessa etapa. No mesmo período observou-se que na primeira etapa houve problema na demarcação da lateralidade, já em 2015 e 2016 melhora na adesão dos cirurgiões nesse item. Sendo que nessa etapa a equipe de enfermagem não realizava as perguntas antes da indução anestésica.

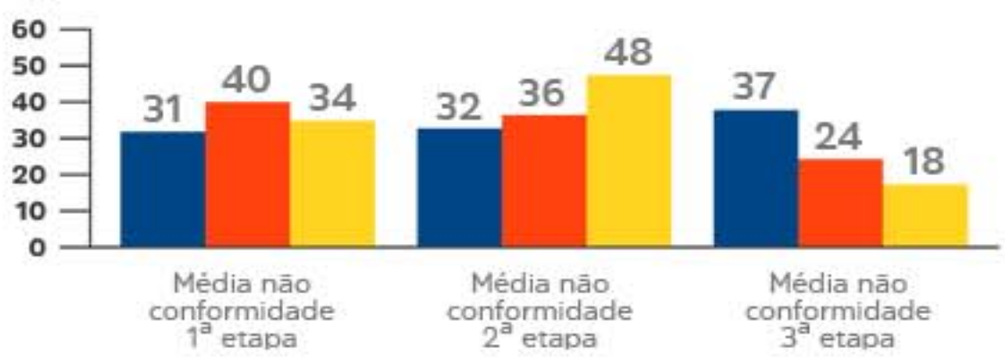
Em 2015 e 2016, na segunda etapa, houve resistência da equipe cirúrgica em responder as perguntas do *check list*.

Em suma obteve-se 83,9% de adesão ao *check list* em 2014, seguido de 2015 de 86,6% e 2016 93,9%.

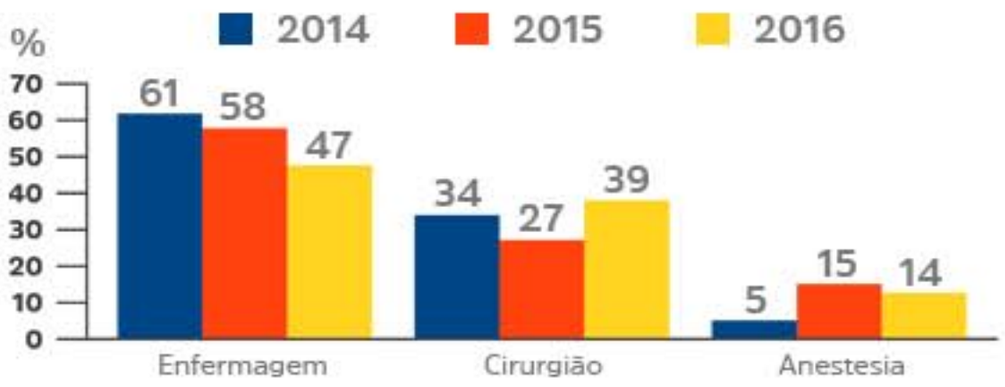
Adesão das três etapas do check list de cirurgia segura



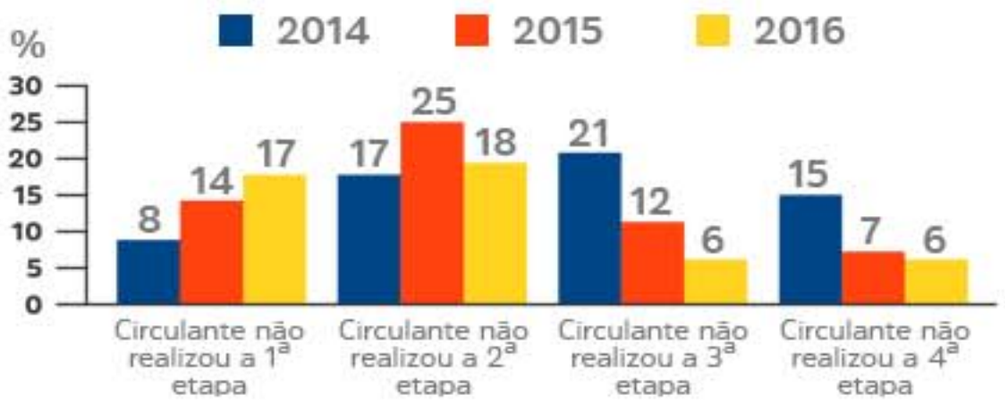
Não conformidade das três etapas do check list de cirurgia segura



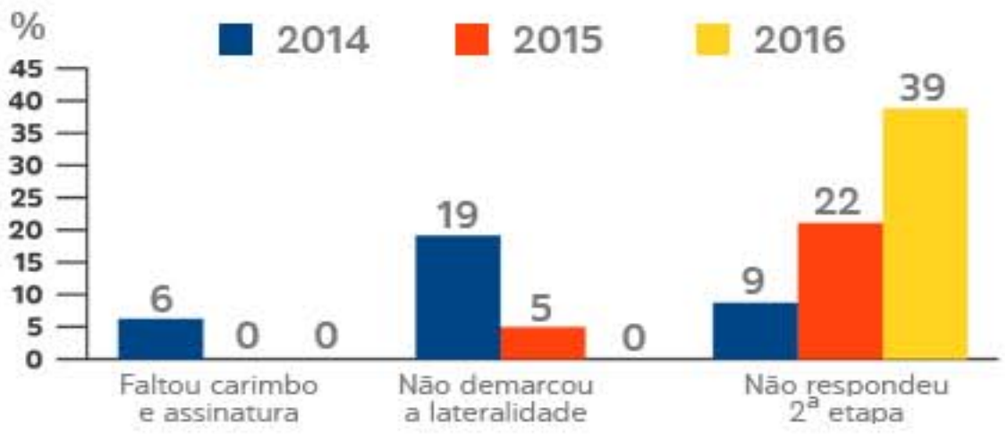
Não conformidade relacionado a equipe multidisciplinar



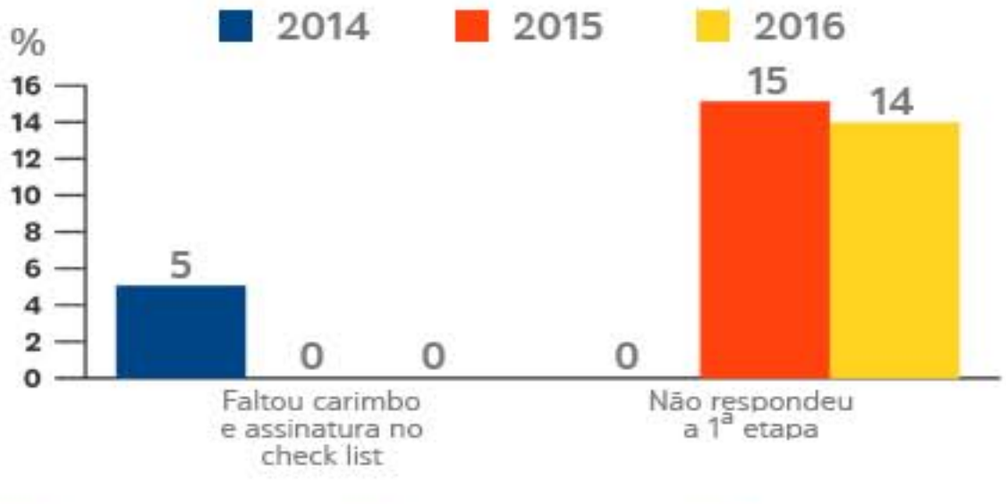
Principais motivos das não conformidades relacionado a enfermagem



Principais motivos das não conformidades relacionado ao cirurgião



Principais motivos das não conformidades relacionado ao anestesista



Conclusão

Este estudo possibilitou conhecer os níveis de adesão do check list de cirurgia segura, da equipe cirúrgica e de enfermagem do centro cirúrgico do hospital Anchieta. Torna-se necessário uma mudança de cultura dos profissionais da equipe, no sentido de perceber a importância do cumprimento de todas as etapas do *check list* e o valor que representa para a segurança do paciente. Os resultados permitem uma análise específica de cada ponto a ser trabalhado em um plano de ação corretiva, bem como a conscientização individual de cada equipe cirúrgica e de enfermagem.

/hospitalanchieta /hospitalanchieta www.hospitalanchieta.com.br (61) 3353.9000
AE 8,9 e 10 - Setor C Norte - Taguatinga - DF - CEP 72115-700

▲ VOLTAR

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE CORPO CLÍNICO HOSPITALAR

DESAFIO DE AVALIAR MÚLTIPLOS FATORES

Juliano Peixoto Bastos | Maria Claudia S. C. Souza |
Melina Moraes Schuch | Carisi Anne Polanczyk

INTRODUÇÃO

Em gestão de pessoas é importante o estabelecimento de critérios bem estabelecidos que permitam monitorar sistematicamente o desempenho individual e coletivo dos médicos, por meio de métricas que permitam a análise comparativa dos profissionais de uma mesma especialidade e promovam o alinhamento do corpo clínico com as diretrizes institucionais.

OBJETIVO

Nosso objetivo é descrever a metodologia utilizada pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento / RS para classificar o desempenho do corpo clínico quanto efetividade, eficiência, estrutura e experiência do paciente.

METODOLOGIA

Pensando na qualidade da assistência à saúde dos pacientes atendidos, foram definidos indicadores de desempenho agrupados em quatro domínios: 1. Efetividade – resultado ou desfecho (taxa de reinternação em 30 dias; taxa de mortalidade hospitalar; tempo médio de permanência; taxa de partos por via baixa); 2. Eficiência – relacionados a processos, custos ou produção (taxa de conformidade de evolução; taxa de termo de consentimento preenchido; taxa de preenchimento do sumário de avaliação antes do procedimento; total de procedimentos invasivos; total de atendimentos ambulatoriais; total de acompanhamentos; total de partos; total de cirurgias; total de internações; taxa de alta entre 6h e 11h; receita total); 3. Estrutura – relacionados aos recursos humanos (supervisão do programa de residência; atualização de PCR – EAD; atualização de TCLE – EAD; pesquisa de satisfação corpo clínico; formação); 4. Experiência do paciente – considerado como medida de resultado, pois se refere à percepção do paciente quanto ao atendimento (ouvidorias pertinentes). Cada indicador é incluído e ponderado conforme a especialidade médica dentro dos domínios, que por sua vez são ponderados para a formação de um indicador composto único que traduz o desempenho do profissional. A aplicação dessa metodologia para implantação do programa foi realizada através do modelo GPS.2iM©.

RESULTADOS

Criação de uma ferramenta para avaliação de desempenho e gestão do corpo clínico. Foram avaliados 3294 médicos através de 22 indicadores distribuídos em 31 especialidades. Essa estrutura permite a comparação do médico com seus pares, com o próprio desempenho em período anterior e com médicos de outras especialidades.

CONCLUSÃO

A avaliação dos médicos e o mapeamento do desempenho das equipes do hospital permite à instituição direcionar a gestão, manter e formar um corpo clínico com a qualidade e excelência esperados, viabilizando a sucessão sustentável dos serviços médicos.

REFERÊNCIAS

ABICALAFFE, CL. Pagamento por performance. O desafio de avaliar o desempenho na área da saúde. JBES, 2011. Vol 3 No 1. 179-185;
ABICALAFFE, CL. Pay For Performance Program for Brazilian Private Health Plan. How to Implement and Measure. Presented at ISPOR. 13th International Congress, 2008 Vol 11 Issue 3.

▲ VOLTAR

CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS

EIXO SISTEMA DE SAÚDE| As rupturas emergentes e o papel dos hospitais

22, 23 e 24 de novembro de 2017 | Sheraton – WTC |São Paulo

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Rios, M.C.E.M

Hospital Madre Teresa

RESUMO

A Higienização das Mãos (HM) é, indiscutivelmente, uma das medidas mais importantes para prevenir e controlar as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). O objetivo do estudo foi realizar uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos prévios dos profissionais sobre a técnica e a importância da prática. O auto conhecimento sobre HM pelos profissionais de saúde, pode refletir em desinteresse sobre a ampliação da aprendizagem sobre a temática, cabendo, então, buscar recursos educacionais diferenciados que motivem e atendam os diversos profissionais de saúde que variam em escolaridade, conhecimento e experiência.

Palavras-chave: Higienização das mãos. Conhecimento. Aprendizagem.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Higienização das Mãos (HM) é, indiscutivelmente, uma das medidas mais importantes para prevenir e controlar as IRAS[1]. Mundialmente, estudos afirmam que a realização efetiva da HM resulta em melhorias na qualidade e na segurança da assistência prestada aos pacientes, especialmente nos ambientes hospitalares, onde o contexto educativo contínuo, se faz relevante para que os colaboradores apliquem seus conhecimentos[2]. Apesar da existência de fortes evidências de que a adequada HM é uma medida essencial na redução da transmissão cruzada de microrganismos e das taxas de IRAS, a adesão a estas recomendações permanece baixa entre os profissionais de saúde, com taxas que variam entre 5 e 81%, sendo, em média, em torno de 40%.[3]. Recomendações específicas para promover a melhoria na prática de HM e reduzir transmissão de microrganismos aos pacientes e à equipe de saúde, incluem educação continuada aos profissionais [4]. Sendo assim, no aprendizado é fundamental que novos conhecimentos a serem aprendidos interajam com os conhecimentos já existentes para que a aprendizagem significativa se dê de forma mais efetiva.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, realizado como dissertação de mestrado apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CDEP) do Hospital Madre Teresa (HMT) - (CAAE: 46053315.1.0000.5127, sob o parecer: 1.209.775), realizado no primeiro semestre de 2015, no HMT/Belo Horizonte/Minas Gerais. Foi aplicado como técnica de coleta de dados, um questionário (pré-teste) na Unidade de Terapia Intensiva I, adaptado da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Hospital Universitário de Genebra (HUG), composto por 16 questões objetivas e relacionadas com o conhecimento prévio teórico e prático dos profissionais de saúde sobre HM. Na ocasião, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos concordantes e o questionário foi disponibilizado as equipes multiprofissionais assistenciais, que preencheram o mesmo sem identificação nominal na pesquisa, por meio eletrônico, no Google DOCS disponível no link: http://goo.gl/forms/rJ4VCEUhD2 .

RESULTADOS

O desconhecimento dos 5 momentos indicados pela OMS foi demonstrado, por não entenderem a importância, o quando e por quê executar a HM, reafirmando a fragilidade sobre colonização e transmissão de microrganismos mais habituais. Apesar de o ambiente de assistência do paciente ser apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, as áreas de alto toque são pouco valorizadas e desmerecidas, apesar de serem causas de transmissão dos microrganismos mais habituais.A investigação apontou que 21% dos profissionais minimizam que o uso de adornos em mãos e punhos é contra indicado durante a assistência ao paciente e os usam sem acreditarem que a sua retirada seja o passo inicial. A certeza da maioria, 60% dos colaboradores, de possuir conhecimento elevado sobre a HM pode refletir em desinteresse sobre a ampliação do conhecimento sobre a temática, cabendo, então, buscar recursos educacionais diferenciados que motivem e atendam os diversos profissionais de saúde que variam em escolaridade, conhecimento e experiência.

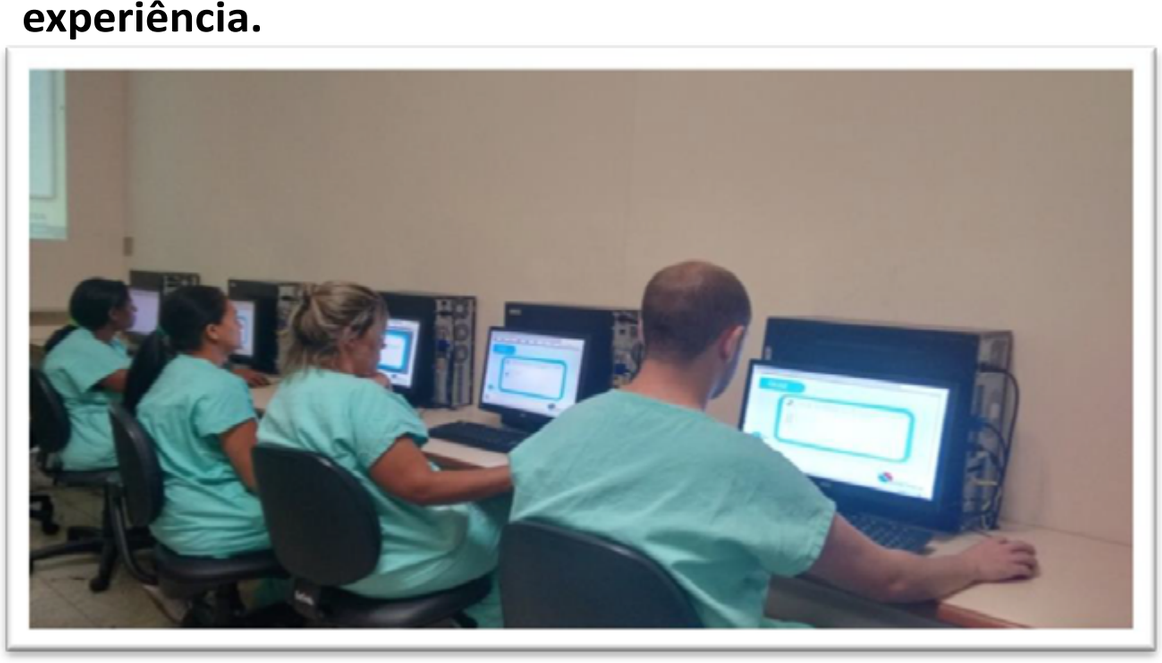


Figura 1: Demonstração dos colaboradores preenchendo o questionário disponibilizado por meio eletrônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprendizado profissional deve ser estimulado de forma contínua, com diversas estratégias. Espera-se que os métodos de capacitação sejam audaciosos com o intuito de favorecer e preencher algumas lacunas entre o conhecimento e a prática de trabalho em relação à HM e possa contribuir produzindo impacto positivo na melhoria da sua conduta e na redução das infecções associadas aos cuidados de saúde.

O conhecimento deve gerar atitudes práticas conscientes. O conhecimento aliado a prática real é o que poderá representar melhoras nos resultados assistenciais. Isso permite inferir que o gesto é simples, mas a HM pode ter repercussões complexas e imprevisíveis.

REFERÊNCIAS

1) OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos na assistência à saúde:** Resumo. 2005. Disponível em:
2) PITTET, D.; HUGONNET, S.; HARBARTH, S. **Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene**. Infection Control Programme**.** Lancet. n.356, p.1307–1312, 2000.
3) ANVISA – **Segurança do paciente em serviços de saúde:** Higienização das mãos. 2009.
4) BOYCE J. M.; PITTED D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**; n.51, p.1-45, 2002.

Contato: Maria Clara Evangelista Maia Rios| maria.rios@hospitalmadreteresa.org.br | **(31) 33398117**

▲ VOLTAR

Avaliação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas no Hospital Anchieta do Distrito Federal

ANA CLÁUDIA RISSO LOPES | GUILHERME ALVES DA COSTA

Introdução

Introdução: Mesmo com a evolução dos cuidados de saúde, a Lesão por Pressão é uma importante causa de morbidade e mortalidade mundial, e compromete a qualidade de vida do doente, constituindo uma insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde. A avaliação das Lesões por Pressão é realizada com base em diferentes escalas, sendo a mais utilizada, a Escala de Braden. O reconhecimento dos indivíduos em risco de lesão por pressão não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas também, do uso de instrumento de avaliação apropriada. A escala de Braden possui índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidades adequadas.

Objetivo

Avaliar a conformidade do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas pelos enfermeiros assistenciais do Hospital Anchieta.

Método

É um estudo qualitativo e comparativo com amostragem dos Protocolos de prevenção e tratamento de lesões no Hospital Anchieta, no período de 2015 e 2016. O Protocolo foi implantado em 2013 e a partir deste ano foi realizado o seu acompanhamento, visando avaliar a conformidade da realização pelos enfermeiros.

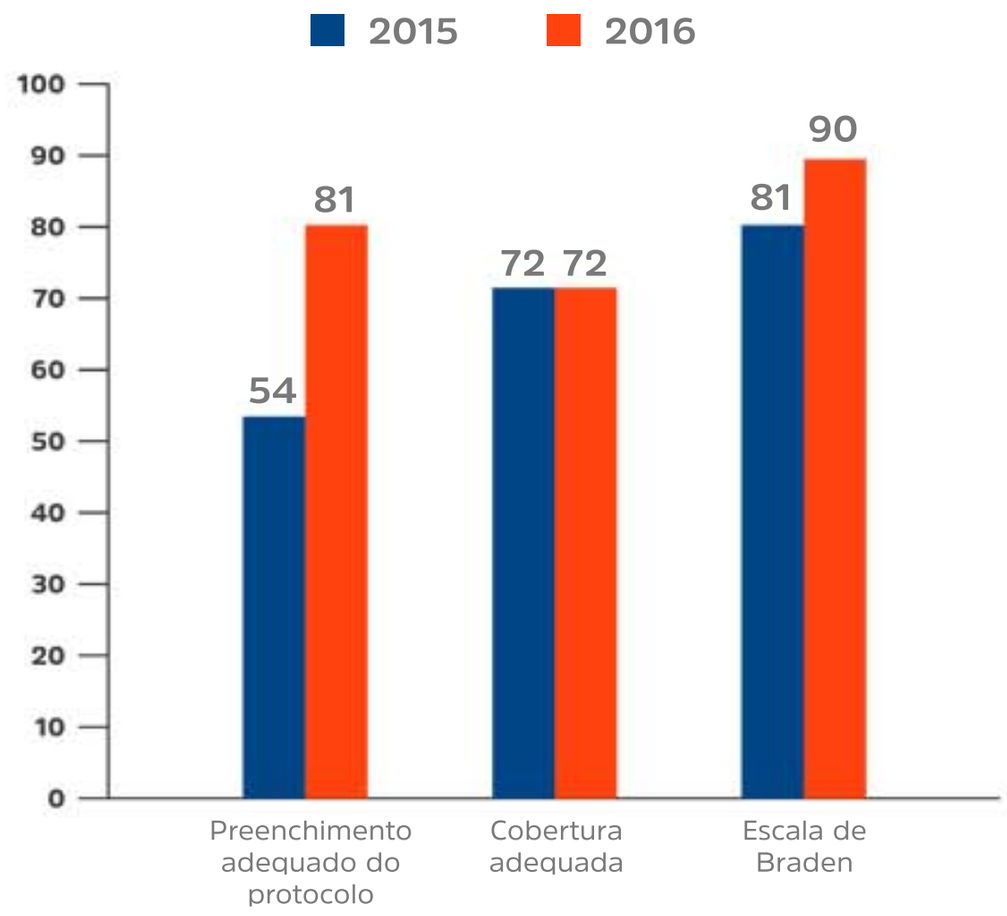
Resultado

Foram avaliados 22 protocolos e realizada a comparação dos resultados dos dois anos, avaliando os itens: Preenchimento adequado do protocolo, Cobertura adequada e Escala de Braden.

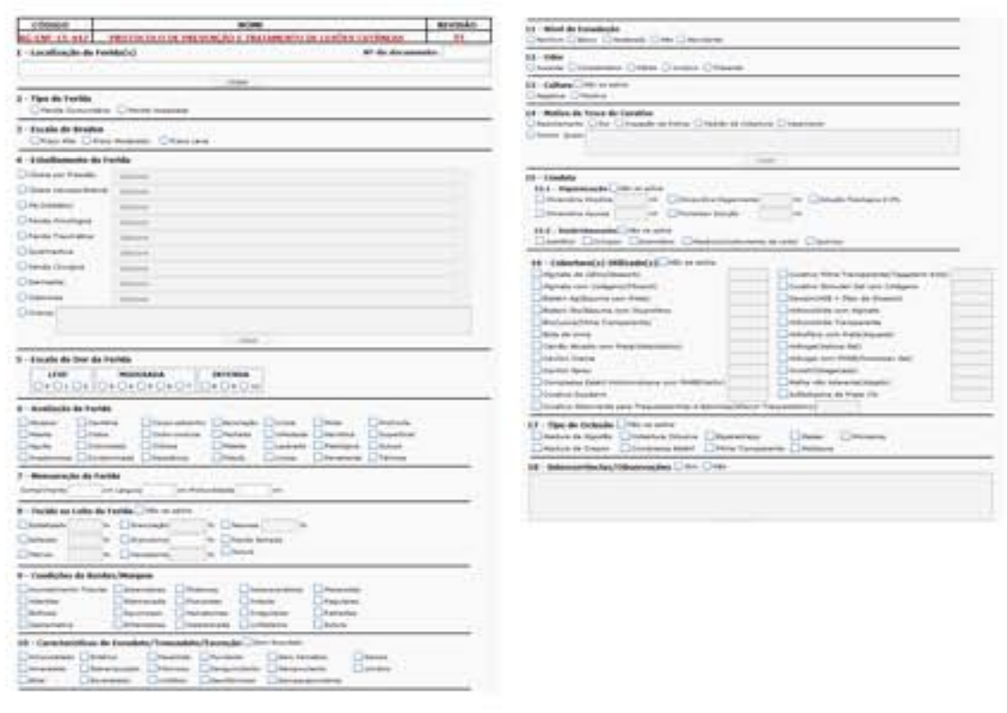
Nos protocolos avaliados de 2015 obteve-se: 54% de conformidade no Preenchimento adequado do protocolo; 72% de conformidade em cobertura adequada e 81% em Escala de Braden.

Nos protocolos avaliados de 2016: 81% de conformidade no Preenchimento adequado do protocolo; 72 % de conformidade em cobertura adequada e 90% em Escala de Braden.

Avaliação da qualidade dos Protocolos de Lesão



Protocolos avaliados: 22



Conclusão

Houve aumento da taxa de conformidade dos itens Preenchimento adequado do protocolo, Escala de Braden e a Cobertura adequada manteve-se com a mesma taxa. O resultado evidencia a melhoria na prática do protocolo pelos enfermeiros assistenciais e a necessidade contínua de atualização do con hecimento técnico da equipe, referente ao protocolo e aos tratamentos adequados.

Hospital Nipo-Brasileiro

AVALIAÇÃO OBJETIVA DOS RESULTADOS DE REABILITAÇÃO PERINEAL DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E/OU ANAL SUBMETIDOS A TRATAMENTO CONSERVADOR DE DISFUNÇÃO DO SOALHO DA PELVE NO HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO

Quintana, M. M. de la; Rennó, M. M.; Severino, E. P. dos S; Matsuda, F. H. H.

INTRODUÇÃO

A reabilitação perineal foi introduzida no Hospital Nipo-Brasileiro para atender os pacientes com disfunções do soalho pélvico, como incontinência urinária e/ou anal, consistindo em tratamento considerado pela sociedade internacional de continência como padrão-ouro na abordagem destas disfunções.

O paciente encaminhado ao tratamento conservador inicialmente passa por uma consulta de enfermagem, na qual são utilizados instrumentos de avaliação como diário miccional/evacuatório e teste do absorvente higiênico (Pad Test). Após o levantamento do histórico a enfermeira define a melhor técnica a ser utilizada, em sessão de biofeedback e/ou eletroestimulação.

A técnica de biofeedback permite que a informação de um processo fisiológico inconsciente seja apresentada ao paciente/terapeuta como sinal visual, auditivo ou tátil. Já a eletroestimulação transcutânea constitui na utilização de corrente elétrica exógena com aplicação na região isquiática.

OBJETIVO

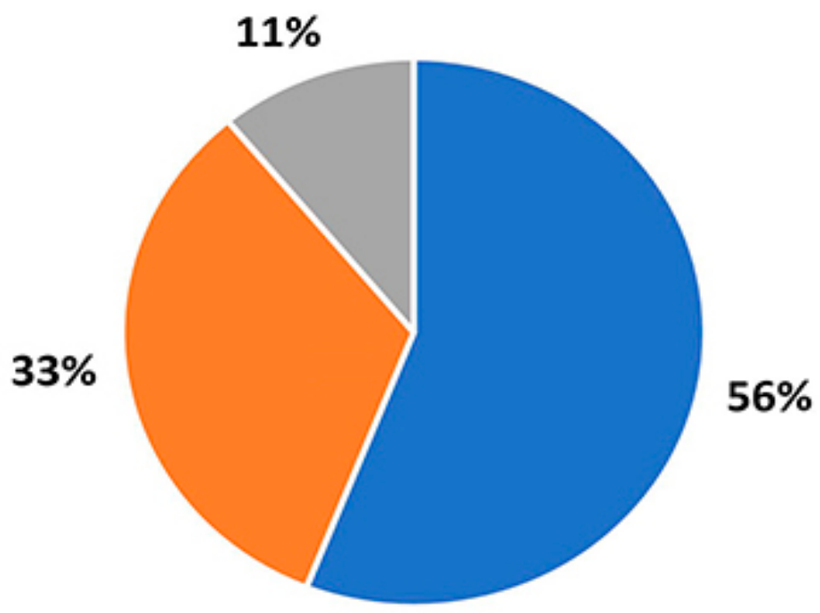
Estratificar a melhora dos pacientes submetidos ao tratamento conservador de incontinência urinária e/ou anal.

MÉTODO

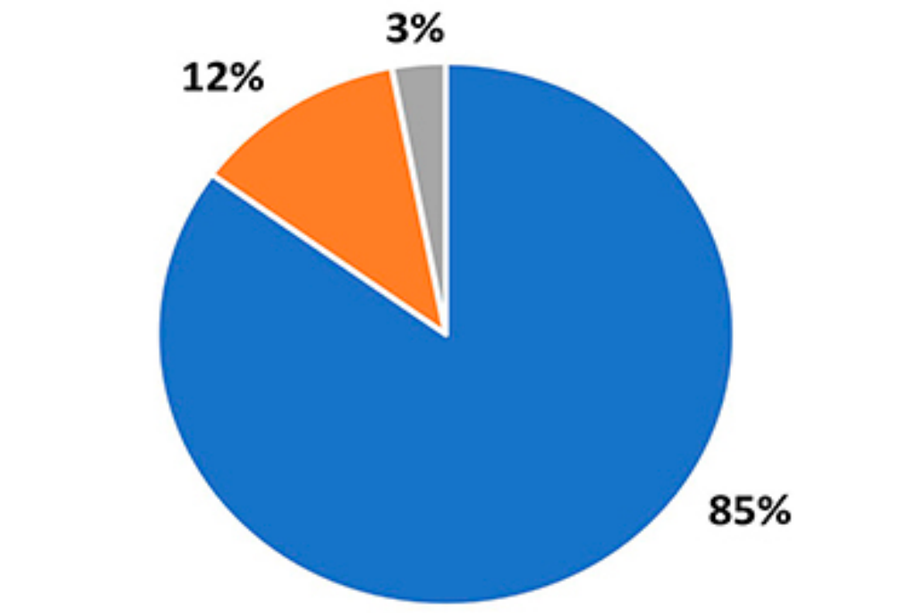
Levantamento dos dados por meio de análise dos prontuários de 61 pacientes atendidos no Hospital Nipo-Brasileiro de 02/01/2017 a 11/07/2017 que foram submetidos a reabilitação do soalho pélvico com técnicas de eletroestimulação, biofeedback, Pad Test e diário miccional.

RESULTADOS

Total de Pacientes submetidos a reabilitação do soalho pélvico - N 61



Pacientes que obtiveram alta - N 34



CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento conservador para incontinência é eficaz, visto que obtivemos bons resultados e aderência dos pacientes desde a implantação deste serviço, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente, o qual observa melhora a cada sessão.

▲ VOLTAR

BRIEFING: MÉTODO UTILIZADO PARA MELHORIAS NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM.

Irmgard Neumann [1], Silvania Martins Almeida[2], Elisandra Leites Pinheiro[3], Daniela Oliveira[4].

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

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

Introdução

O termo briefing advém da palavra inglesa e significa em português “resumo”. A partir dessa palavra se desenvolveu um método de trabalho utilizadas por muitas empresas no qual são pautados processos de melhorias e desenvolvimento de serviços contínuos, cumulativo e de qualidade. O Hospital Moinhos de vento implementou esse método como forma de desenvolver ações na área de enfermagem a partir de um tema pertinente e proposto semanalmente pelas lideranças das áreas assistenciais.

Objetivo

Qualificar a assistência de enfermagem, desenvolver reflexões referentes ao cuidado e intensificar o conhecimento sobre as rotinas utilizadas.

Método

Esse método é desenvolvido por todas as equipes assistenciais com atuação direta no cuidado aos pacientes e em todos os turnos de trabalho. Toda terça-feira se reúnem as lideranças assistenciais e alguns colaboradores de enfermagem pré-convidado para realizar a análise de um tema/cuidado de enfermagem que se julgue pertinente e que necessita ser reforçado dentro da instituição. Após o tema ser escolhido, o mesmo é repassado para as equipes assistenciais onde por sua vez é abordado e trabalhado ao longo da semana. Essa abordagem ocorre em todas as equipes e em todo os turnos e é evidenciada em forma de power point, cartazes, folder e ou exposição oral. Ao final da semana as evidencias das ações realizadas são expostas e discutidas e um novo assunto será escolhido para ser trabalhado na semana seguinte.

Conclusão

A metodologia do Briefing instituída no hospital, muito mais do que somente rever as rotinas de cuidados, também tem como propósito agregar conhecimento, realizar a educação continuada, aprimorar as técnicas e desenvolver o trabalho em equipe. O Briefing semanal é uma das ferramentas que utilizamos para observar a forma como estamos prestando assistência. Como podemos e o que precisamos melhorar no dia a dia como profissionais da ara da saúde diante do nosso paciente.

▲ VOLTAR

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA REDUÇÃO DE QUEDAS EM UM HOSPITAL ACREDITADO PELA *Joint Comission International* DE CURITIBA/PR

Vanessa Alves Ramos[1]
Maria Jociane Custódio[2]

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma das prioridades da equipe de saúde. Uma das metodologias com parâmetros internacionais de qualidade e segurança é o *Joint Comission International* (JCI) que determina seis metas para garantir o selo de qualidade. Entre estas está a redução de quedas. O Hospital Marcelino Champagnat implementou estratégias como a avaliação de risco na anamnese e aplicação da escala de Morse. Para os pacientes diagnosticados com risco de quedas são aplicadas medidas de prevenção como identificação com placas na porta e pulseiras no paciente, permissão de acompanhante e orientações quanto a prevenção das quedas e para os casos de maior risco, são utilizados cintos de segurança no leito e na cadeira.

OBJETIVO

Descrever as características dos pacientes que sofreram queda após a implantação de protocolo. Método. Série de casos de um hospital privado da cidade de Curitiba – Paraná. Os dados são referentes às quedas ocorridas entre os meses de janeiro de 2016 a junho de 2017 e foram coletados a partir das notificações.

MÉTODO

Série de casos de um hospital privado da cidade de Curitiba – Paraná. Os dados são referentes às quedas ocorridas entre os meses de janeiro de 2016 a junho de 2017 e foram coletados a partir das notificações.

RESULTADOS

Foram analisados 42 registros de quedas, sendo 28 (66%) do sexo masculino, a faixa etária variou entre 18 a 88 com média de 65 anos e mediana de 71. Do total, 31 (74%) das quedas ocorreram nas unidades de internação, sendo 18 (42%) dentro de banheiros. Vinte e sete (64%) pacientes tinham acompanhantes durante o período de internação. Trinta e oito (90%) casos já estavam inseridos no protocolo para risco de quedas e 24 (57%) faziam uso de medicamentos que potencializam o risco como os ansiolíticos, antipsicóticos, opióides e benzodiazepínicos.

CONCLUSÃO

A maioria dos casos está relacionada ao uso de medicamentos que potencializam o risco de quedas e a faixa etária acima de 60 anos. A implantação do protocolo se mostra eficaz na redução de quedas, no entanto, faz se necessária atenção da equipe de saúde para este perfil de pacientes que continuam a sofrer com o agravo. Futuras intervenções de prevenção poderão reduzir ainda mais a ocorrência destes eventos.

REFERÊNCIAS

Gaspar ACM, Azevedo RC de S, Reiners AAO, Mendes PA, Segri NJ. Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos. Esc. Anna Nery. 2017 ; 21(2): e20170044.

Hospital Marcelino Champagnat. Metas Superpoderosas de Segurança do Paciente: segurança do paciente é prioridade. Revista Hospital Marcelino Champagnat. Curitiba, ed 12; p. 8-15, novembro; 2016.

Hospital Marcelino Champagnat. Política de Prevenção de Quedas de Paciente. Curitiba, versão 02, p. 01-17; 2014.

[1]Enfermeira. Coordenadora da equipe de enfermagem das unidades de internação do Hospital Marcelino Champagnat.
[2]Enfermeira. Comissão Multidisciplinar de Cuidados com a Pele, Estomas e Incontinências do Hospital Marcelino Champagnat.

▲ VOLTAR

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL: O ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO

Patricia Aparecida de Oliveira Fuchs[1]

INTRODUÇÃO

A conquista de bons resultados organizacionais não se resume apenas a existência de profissionais competentes, mas também está ligada ao engajamento dos profissionais que atuam na organização e à disposição destes em dar a sua melhor contribuição.

OBJETIVO

Identificar o grau de comprometimento do profissional de enfermagem em um hospital privado localizado em Curitiba-Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo, de corte transversal realizado em um Hospital Privado do Município de Curitiba-Paraná. Os participantes da pesquisa foram 99 profissionais de enfermagem que atuam no referido hospital. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro/2015 a janeiro/2016, por meio da aplicação de um questionário dividido em duas partes: a primeira composta por dez perguntas demográficas e funcionais, para identificar o perfil dos participantes; a segunda parte foi composta por dezoito questões separadas em três partes: as seis primeiras questões são indicadores do comprometimento afetivo, as seis seguintes questões são indicadores do comprometimento instrumental e as seis últimas questões são indicadores do comprometimento normativo. Os dados foram compilados e analisados com o auxílio do programa Excel 2010. Foram elaboradas frequências para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas e utilizada estatística descritiva com medidas de posição (média).

RESULTADOS

Quadro 1 –Comprometimento Organizacional

	Percentual
Comprometido	48,5%
Indiferente	21,2%
Não comprometido	30,3%
Total	100,0%

Fonte: Os autores

Quadro 2 –Comprometimento Afetivo

	Percentual
Comprometido	62,8%
Indiferente	18,0%
Não comprometido	19,2%
Total	100,0%

Fonte: Os autores

Quadro 3 –Comprometimento Instrumental

	Percentual
Comprometido	39,1%
Indiferente	18,5%
Não comprometido	42,4%
Total	100,0%

Fonte: Os autores

Quadro 4 –Comprometimento Normativo

	Percentual
Comprometido	43,6%
Indiferente	27,1%
Não comprometido	29,3%
Total	100,0%

Fonte: Os autores

CONCLUSÃO

A maioria dos profissionais de enfermagem apresenta grau de comprometimento com a instituição empregadora, sendo o afetivo o mais prevalente entre os participantes.

REFERÊNCIAS

ALLPORT, F. H. The structuring of events: outline of a general theory with applications to psychology. **Psychological Review**, v. 61, p. 281-303, 1962.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

SIQUEIRA, M. **Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional:** análise de um modelo pós-cognitivo. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

WIENER, Y. Commitment in organizations: a normative view. **Academy of Management Review**, v. 7, n. 3, p. 418-428, 1982.

[1]Enfermeira. Coordenadora do Pronto Atendimento do Hospital Marcelino Champagnat.

▲ VOLTAR

Desempenho econômico hospitalar por DRG

André Reckziegel e equipe de gestão HMD

INTRODUÇÃO

O projeto DRG no Hospital Mãe de Deus nasceu em outubro de 2015, integrando em um único software de gestão, dados epidemiológicos, clínicos e econômicos dos pacientes internados na instituição. Atualmente o hospital codifica e analisa 100% de seus atendimentos de internação pelo método DRG, gerando dados, análises e indicadores assistenciais e econômicos de maneira integrada.

OBJETIVO, MÉTODO E RESULTADOS

Analisar o desempenho econômico hospitalar pelo modelo DRG em pacientes internados do hospital, com a implantação da metodologia DRG integrada ao sistema de custeio por absorção, método empregado pelo hospital em sua área de custos com apoio da Planisa (SP). Atualmente 100% dos atendimentos de internação hospitalar possuem um código DRG e estes, por consequência, integram dados econômicos de receitas, custos (variável e fixo) e resultado. De outubro/2015 a outubro/2017 já são 27 mil atendimentos com esta condição disponíveis na base de dados do hospital.

HOSPITAL MÃE DE DEUS — 10/11/17 -

Período da Alta: 01/01/2017 a 30/06/2017

Descrição do DRG [Qtde Internações]		Receita Bruta	Deduções da Receita	Custo Variável	Margem de Contribuição R$	Margem de Contribuição %	Custo Fixo Direto	Margem Direta R$	Margem Direta %	Custo Rateios	Resultado Operacional R$	Resultado Operacional %
3 - ECMO OU TRAQUEOSTOMIA COM VM 96+ HS OU DIAG PRINCIPAL, EXCETO FACE, BOCA E PESCOÇO COM CIRURGIAS MAIORES	[13]	3.358.714	0	563.511	2.795.203	83 %	826.616	1.968.587	59 %	320.456	1.648.131	49 %
4 - TRAQUEOSTOMIA COM VM 96+ HS OU DIAG PRINCIPAL, EXCETO FACE, BOCA E PESCOÇO SEM CIRURGIAS MAIORES	[1]	337.199	0	53.238	283.961	84 %	71.064	212.897	63 %	25.058	187.839	56 %
12 - TRAQUEOSTOMIA PARA DOENÇAS DA FACE, BOCA E PESCOÇO COM CC	[1]	10.158	0	2.232	7.926	78 %	2.559	5.367	53 %	1.840	3.527	35 %
20 - PROCEDIMENTOS VASCULARES INTRACRANIANOS COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE HEMORRAGIA COM MCC	[1]	164.684	0	36.226	128.458	78 %	39.084	89.374	54 %	15.163	74.211	45 %
24 - CRANIOTOMIA COM IMPLANTE DE DISPOSITIVO MAIOR OU DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AGUDO COMPLEXO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL SEM MCC	[3]	436.779	0	117.176	319.603	73 %	55.798	263.805	60 %	33.098	230.707	53 %
25 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS COM MCC	[3]	89.561	0	13.114	76.447	85 %	38.911	37.536	42 %	20.774	16.762	19 %
26 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS COM CC	[6]	177.957	0	22.831	155.126	87 %	62.516	92.610	52 %	28.412	64.198	36 %
27 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS SEM CC/MCC	[19]	531.394	0	191.173	340.221	64 %	174.499	165.722	31 %	89.782	75.940	14 %
28 - PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL COM MCC	[1]	17.661	0	5.219	12.442	70 %	7.099	5.343	30 %	4.753	590	3 %
30 - PROCEDIMENTOS EM MEDULA ESPINHAL SEM MCC/CC	[2]	12.686	0	1.944	10.742	85 %	8.902	1.840	14 %	4.709	-2.869	-23 %
33 - PROCEDIMENTOS PARA SHUNT VENTRICULAR SEM MCC/CC	[1]	24.907	0	2.416	22.491	90 %	12.374	10.117	41 %	3.844	6.273	25 %
37 - PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS COM MCC	[1]	15.488	0	3.430	12.058	78 %	10.502	1.556	10 %	7.068	-5.512	-36 %
39 - PROCEDIMENTOS EXTRACRANIANOS SEM CC/MCC	[4]	94.844	0	16.768	78.076	82 %	37.365	40.711	43 %	16.508	24.203	26 %
41 - CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS CRANIANOS E OUTROS COM CC OU NEUROESTIMULADOR PERIFÉRICO	[6]	38.987	0	7.009	31.978	82 %	17.103	14.875	38 %	11.168	3.707	10 %
42 - CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO E NERVOS CRANIANOS E OUTROS SEM CC/MCC	[8]	17.080	0	2.615	14.465	85 %	8.168	6.297	37 %	4.582	1.715	10 %
55 - NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO SEM MCC	[9]	119.827	0	13.965	105.862	88 %	47.106	58.756	49 %	37.720	21.036	18 %
56 - DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO COM MCC	[2]	33.819	0	6.945	26.874	79 %	11.709	15.165	45 %	9.282	5.883	17 %

10/11/2017 10:43 — DRG Brasil - Diagnosis Related Groups — Página 1

Relatório de desempenho econômico global por DRG. DRG selecionado: todos. Período selecionado: jan/17 à jun/17. Página 1 de 22.

HOSPITAL MÃE DE DEUS — 10/11/17 - 10:49

DRG: 766 - CESARIANA SEM CC/MCC	Referencial Interno	Referencial Externo	Total do Hospital Média	Total do Hospital Mediana	Total do Hospital Desvio Padrão	MÉDICO XYZ Média	MÉDICO XYZ Mediana	MÉDICO XYZ Desvio Padrão	Diferenças (%) Hospital x Médico Média	Diferenças (%) Hospital x Médico Mediana	Diferenças (%) Hospital x Médico Desvio Padrão
Quantidade			659 ocorrência(s)			31 ocorrência(s)					
Permanência Total (dias)	3,0		3,0	2,4	3,5	2,5	2,4	0,4	-18 %	0 %	-89 %
Permanência em CTI (dias)	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Sala Cirúrgica (minutos)	180,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Custo Variável (R$)											
Material Médico	247,0		278	265	80	239	220	48	-14 %	-17 %	-40 %
Medicamento	249,0		141	117	77	126	110	56	-11 %	-6 %	-28 %
OPME	0,0		0	0	0	0	0	0			
Honorário Médico	0,0		0	0	0	0	0	0			
Total	**496**		**419**	**382**	**157**	**365**	**330**	**104**	**-13 %**	**-14 %**	**-34 %**
Custo Fixo (R$)											
Internação	1.350,0		2.074	1.765	3.591	1.423	1.588	656	-31 %	-10 %	-82 %
Área Cirúrgica	1.331,0		0	0	0	0	0	0			
SADT	0,0		5.062	4.241	4.471	5.196	4.511	3.808	3 %	6 %	-15 %
Total	**2.681**		**7.136**	**6.006**	**8.062**	**6.619**	**6.099**	**4.464**	**-7 %**	**2 %**	**-45 %**
Custo Total (R$)	**3.177**		**7.555**	**6.499**	**5.993**	**6.985**	**6.263**	**3.793**	**-8 %**	**-4 %**	**-37 %**

Relatório de análise comparativa de custos por DRG e Médico. DRG selecionado: 766-Cesariana sem CC/MCC. Período selecionado: jan/17 à jun/17.

CONCLUSÃO

Esse projeto permitiu ao hospital conhecer a rentabilidade que cada DRG possui, com o potencial de avaliar desfechos assistenciais e econômicos de seus pacientes de forma integrada, nas diversas possibilidades de análises e cruzamentos disponíveis (especialidade/médico/fonte pagadora/setor/grupo de consumo) no software DRG Brasil.

▲ VOLTAR

Diagnosis Related Groups:
Uma possível solução para o controle da inflação na área da saúde

Autor: Guilherme Pereda

DRG = Algoritmo Inteligente

Junta informações de pacientes e as organiza em níveis de severidade, risco de mortalidade, peso relativo e tempo de permanência esperado

Objetivo: melhoria da informação clínica institucional, avaliação do case-mix epidemiológico, direcionamento de cuidados de acordo com a severidade do paciente*, estudo geral ou parcial sobre o desfecho clínico do paciente*, comparações entre setores hospitalares e entre hospitais*. *Atentar para tipo de DRG utilizado (APR DRG possibilita esse tipo de análise para pacientes hospitalizados).

INPUT

Conjunto Mínimo de Dados

Informações do paciente durante internação
+
Diagnósticos
+
Procedimentos
+
Faturamento

APR DRG

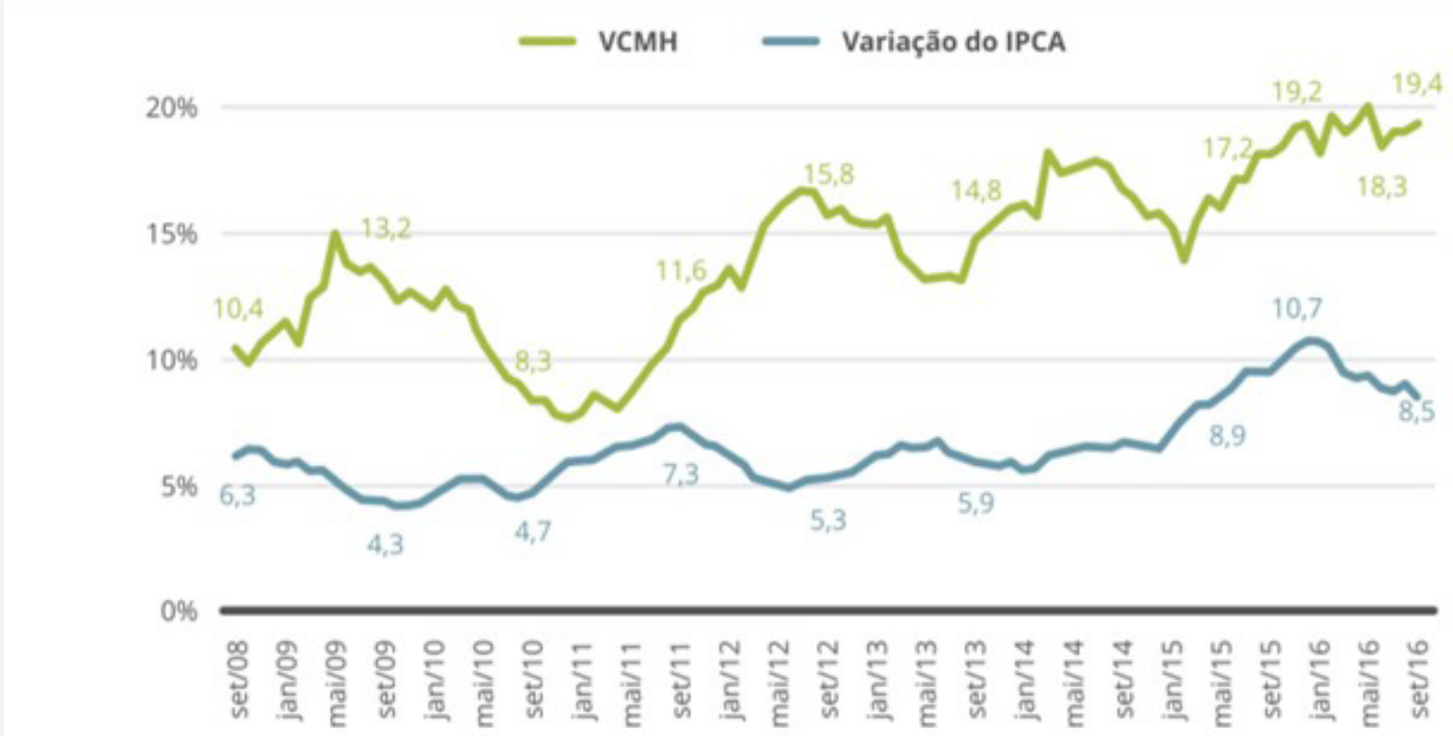
Algoritmo Inteligente
Pacientes Hospitalizados

OUTPUT

MDC e DRG
Subclasse de Severidade (1 a 4)
Risco de Mortalidade
Peso Relativo
Tempo médio de Permanência Esperado
Tempo Médio de Permanência Executado

O contexto da elevação da inflação na área da saúde brasileira é reflexo de uma transição demográfica rápida em que a crescente população de idosos compromete a população economicamente ativa e eleva a demanda por recursos da área da saúde principalmente no quesito doenças crônicas. A cultura de saúde da população ainda centrada em hospitais, com pouco incentivo a promoção de saúde, estimula o tratamento de sequelas de doenças ao invés de evitá-las. A alta demanda por desenvolvimento tecnológico, somado a um modelo hospitalocêntrico voltado a medicamentos e exames confere aumento constante de custos e consequente aumento na inflação da área da saúde. O modelo de pagamento fee for service dificulta a relação entre pagador e prestador de serviço e acaba onerando o paciente e/ou Estado e comprometendo o equilíbrio futuro de toda área.

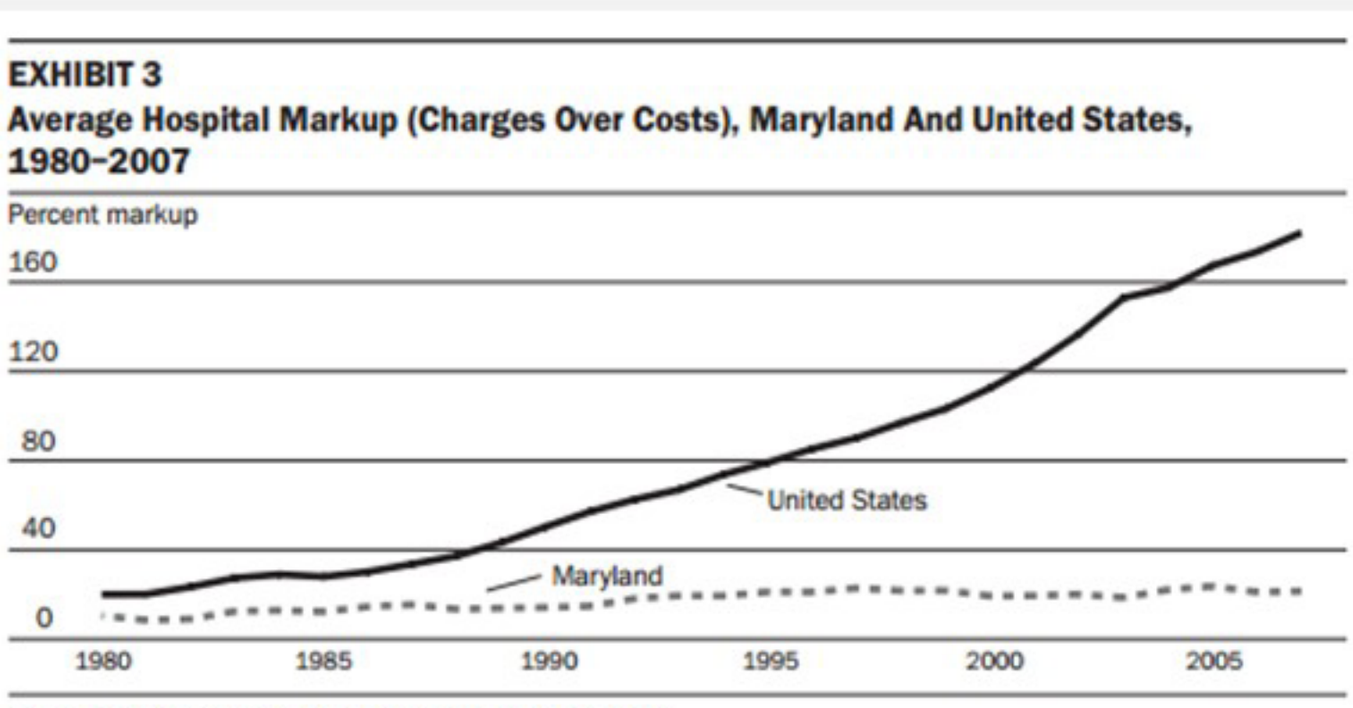
Exemplo de possível análise com DRG: 5 principais case-mix hospitalares e respectivas médias de dias de internação e faturamento internação/dia.



Nota: A variação do IPCA é calculada utilizando-se o índice médio de doze meses relativamente aos 12 meses anteriores.

Desde 2012 a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH), indicador composto e acompanhado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), se mantém acima de 11%, chegando em setembro de 2016 a 19,4% para o período de 12 meses. A inflação geral para o mesmo período apontava 8,5 % (IPCA). A escalada de preços na área da saúde deveu-se principalmente a internações hospitalares, medicamentos, exames e mão-de-obra. As internações hospitalares compõem 60% do peso do VCMH.

O DRG é utilizado nos EUA e em outros países do mundo como principal método de pagamento na área da Saúde.
Apresenta bons resultados para controle de custos e melhoria da qualidade.
O estudo de Maryland (gráfico à direita) demonstra o resultado do DRG implementado como política pública nesse estado e comparado com a média nacional americana em relação ao indicador faturamento sobre custos de Saúde de 1980 a 2007. Nota-se que o estado de Maryland atingiu estabilidade do indicador enquanto a média nacional se elevou.
Dessa forma o DRG vem se consolidando mundialmente como solução à inflação da área da saúde.



Referência Bibliográfica:
1. Variação de Custos Médico-Hospitalares. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Edição de Maio de 2017, data-base: Setembro 2016.
2. Robert Murray. Setting Hospital Rates to Control Costs and Boost Quality: the Maryland Experience. Health Affairs 28, no. 5 (2009): 1395-1405 doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1395.
3. APR-DRG 3M System.

▲ VOLTAR

Diagnóstico Situacional da Unidade de Emergência do InCor, para avaliação da qualidade do serviço e da assistência ao paciente baseada na Escala NPS (Net Promoter Scale).

Kaeriyama RS*, Becker AC**, Tadashi RK***, Oliveira MT****

Introdução

A Unidade de Emergência do InCor já conquistou uma série de desafios no que tange o serviço prestado, principalmente em relação à capacidade e densidade tecnológica. No entanto, na busca pela qualidade excepcional de atendimento, deve-se usar indicadores que possibilitem a avaliação da qualidade do serviço e da assistência prestada. Embora não seja o único, a satisfação do paciente tem sido usada como indicador de qualidade, orientando a análise da assistência através da mensuração qualitativa da percepção do paciente sobre a sua estadia hospitalar.

Objetivo

Realizar o diagnóstico situacional do setor de Emergência do InCor, avaliando a qualidade do serviço sob a perspectiva externa (pacientes) e interna (profissionais).

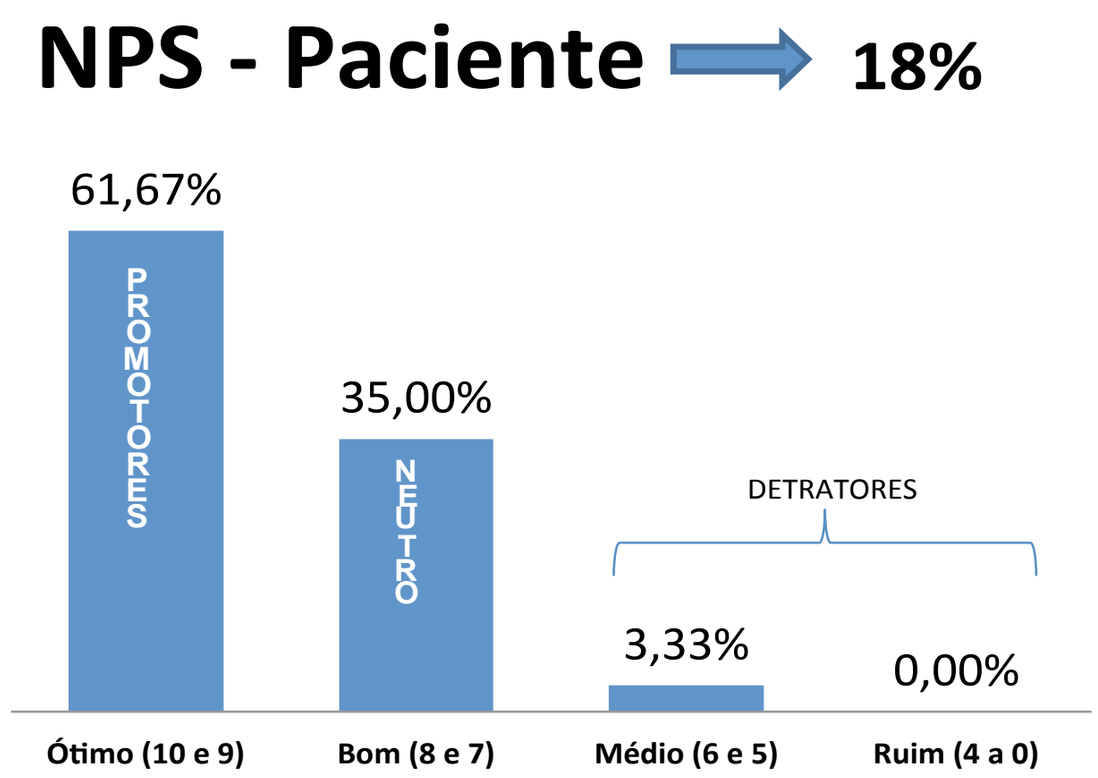
Metodologia

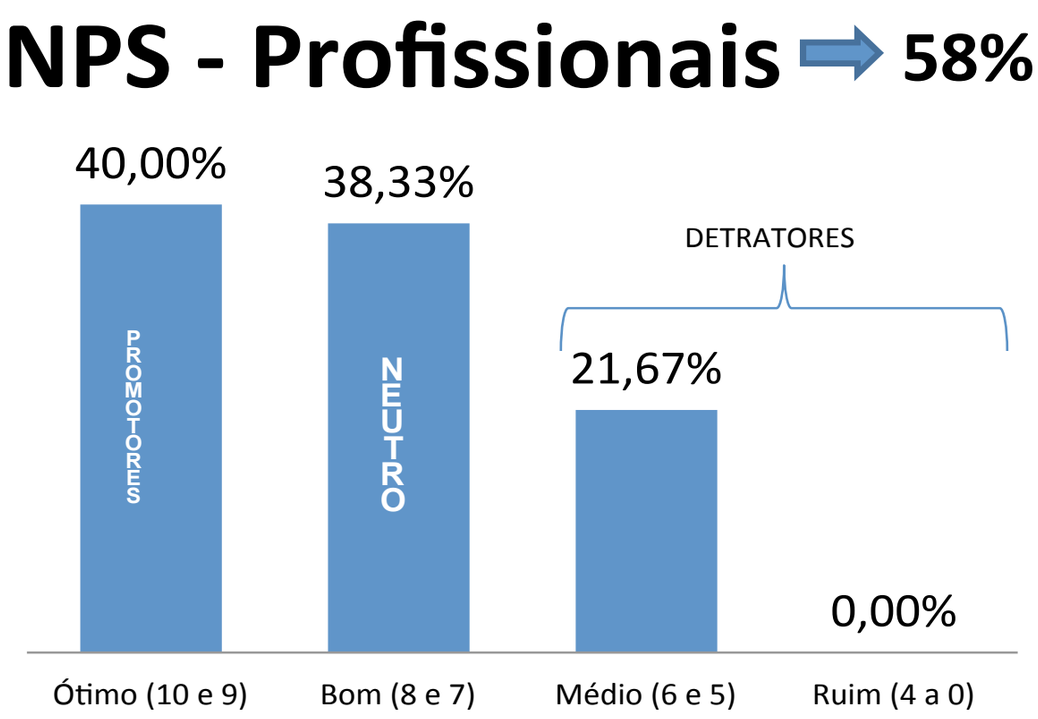
A equipe de projetos se baseou na Escala NPS (Net Promoter Scale), metodologia caracterizada por simplicidade e confiabilidade, tratando-se de uma pergunta simples, criada por Reichheld (2013) cujo objetivo era mensurar a satisfação e a fidelidade dos clientes. Assim, foram elaborados dois questionários, um a ser aplicado nos profissionais que atuam na unidade e outro nos pacientes, sendo escolhido o número de 60 para pacientes e funcionários entrevistados, utilizando a pergunta: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria a Empresa X para um amigo ou colega?”. A pedido da área, a escala NPS foi adaptada, passando de pontuações de 0 a 10 a quatro categorias simbolizadas por faces que expressavam “ótimo” (equivalente às notas 9 e 10), “bom” (equivalente às notas 7 e 8), “médio” (equivalente às notas 5 e 6) e “ruim” (equivalente às notas de 0 a 4). Para o cálculo das respostas com base nas notas de 0 a 10, dividem-se os clientes em três categorias:

- Promotores: pontuam com notas 9 e 10.
- Neutros: pontuam com notas 7 e 8.
- Detratores: pontuam com notas de 0 a 6.

Resultados Obtidos

Os resultados obtidos com os questionários foram:





O NPS é calculado através da subtração entre a porcentagem de clientes promotores e detratores.

O valor obtido pode ser classificado em quatro zonas de avaliação:
Entre 75 e 100: Zona de Excelência;
Entre 50 e 75: Zona de Qualidade;
Entre 0 e 50: Zona de Aperfeiçoamento;
Entre -100 e 0: Zona Crítica.

O índice final do Net Promotor Scale para os profissionais foi de 18% e para os pacientes, 58%. Assim, pudemos obter o diagnóstico situacional da Emergência do InCor da seguinte forma:

Para os profissionais: **Zona de Aperfeiçoamento**.
Para os pacientes: **Zona de Qualidade**.

Conclusão

Os pacientes são mais propensos a indicarem o serviço prestado pela Emergência do InCor para outros clientes quando comparados aos profissionais. Sugere-se mais análises sobre o tema.

* **Kaeriyama RS,** Médico Residente do PROAHSA, Graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo raphael.silva@hc.fm.usp.br
** **Becker AC,** Aprimoranda do PROAHSA, Graduada em Gerontologia pela Universidade de São Paulo becker.anac@gmail.com
*** **Tadashi RK,** Médico Preceptor do PROAHSA raphael.tadashi@hc.fm.usp.br
**** **Oliveira MT**, Médico Diretor da Unidade de Emergência do Instituto do Coração mucio@incor.usp.br

▲ VOLTAR

ELOGIAR É CUIDAR DE QUEM CUIDA

Elisandra Leites Pinheiro[1]; Danuza Cristina Gatto [2] ;Daniela Tenroller De Oliveira [3];

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

Introdução

Desde o final de 2016, o Hospital Moinhos de Vento lançou o programa “que orgulho”, que visa promover o reconhecimento entre colegas e equipes, através da troca de elogios como parte do dia-a-dia. Em aproximadamente dois meses de 2016 foram 950 cartões entregues, promovendo premiação ao colaborador com mais elogios recebidos, bem como, em destaque as unidades que mais realizaram elogios. Os valores mais descritos foram ética transparência e respeito.

Objetivo

Estimular a troca de elogios entre as equipes e proporcionar bem estar aos colaboradores e o reconhecimento.

Método

Foi estipulado que toda a quinta-feira seria o dia do *“que orgulho”,* após passagem de plantão, todos da equipe escreveriam o seu elogio a quem mais tivesse contribuído positivamente na semana.

Resultados

A equipe demonstrou entusiasmo em receber elogios, bem como a satisfação em proporcionar elogios aos colegas, o dia D do *“que orgulho”* passou a ser um momento de sorrisos e abraços, bem como demonstração de bons sentimentos. Foram palavras de agradecimento, apoio, coleguismo, trabalho em equipe, ânimo, carinho, entre outros. Podendo oferecer o elogio aos colegas que por vezes não estão tão próximos, ou que na correria do dia-a-dia não se parar para elogiar.

Conclusão

Podemos perceber que com essa simples ação de elogiar, a equipe se tornou mais disposta, preocupada e pró-ativa com o colega. No dia D do *“que orgulho”* a equipe trabalhava mais animada e agradecida, ocasionando assim bem estar psíquico no intuito de cuidar de quem cuida.

▲ VOLTAR

ESTRATÉGIA COLABORATIVA

Um modelo *bottom-up* para planejar o futuro da medicina

Melina Schuch | Juarez Leites | Mohamed Parrini

INTRODUÇÃO

A estratégia tem o papel de potencializar a competitividade futura das organizações e estruturar norteadores de apoio à tomada de decisão. O Hospital Moinhos de Vento aprimorou seu método e alcançou o maior envolvimento da área médica na definição de estratégias frente ao cenário da saúde e futuro da medicina.

OBJETIVO

Garantir um plano estratégico de futuro integrado com a atuação médica, por meio de conversas colaborativas sobre o futuro da medicina e o cenário da saúde nacional e internacional.

METODOLOGIA

A nova estratégia teve a sua construção por meio de método próprio, potencializando e adaptando referências da literatura.

Com 141 participantes de diversas áreas do hospital divididos em encontros multidisciplinares com assuntos focais, realizou-se a análise do futuro da medicina e das competências essenciais necessárias. Foram 12 workshops no modelo *bottom-up* com o levantamento de diretrizes, ações e projetos para darem subsídio à tomada de decisão do Conselho Administrativo. Com este método, as equipes médicas contribuíram diretamente para o posicionamento competitivo da instituição.

Acima, discussão de um dos grupos durante o workshop com ênfase na área médica

RESULTADOS

A estratégia teve alto envolvimento da área médica, seus participantes totalizaram 28% de todo grupo multidisciplinar nos workshops. Com análise de competitividade integrada à informações epidemiológicas e de tecnologias médicas, definiu-se as especialidades-ênfases e as diretrizes estratégicas.

Os norteadores tiveram sua base inicial desenvolvida nos workshops focados na área médica, riscos e oportunidades foram elencados considerando a busca da medicina de futuro. Projetos foram integrados à estratégia competitiva, futuro da medicina e ao propósito de "Cuidar de Vidas".

A nova metodologia do hospital foi representada no mapa de Diretrizes Estratégicas e Valores Institucionais. Com o intuito de estruturar a busca da visão, clareza e objetividade foram preconizadas na comunicação da estratégia, ao mesmo tempo que os insumos foram transformados em projetos e indicadores de monitoramento de resultado.

Acima, Mapa Estratégico Institucional, conectando os Valores às Diretrizes Estratégicas.

CONCLUSÃO

A metodologia *bottom-up* possibilita aos profissionais da instituição fazerem parte do desenvolvimento da estratégia, gerando insumos para a construção do futuro do Hospital. A criação conjunta e multidisciplinar é agregadora e engajadora. A busca pelo futuro da medicina é lançada por meio de definição das estratégicas necessárias para garantir a vantagem competitiva no mercado da saúde.

REFERÊNCIAS

ANSOFF, H. Igor. Implantando a administração estratégica. São Paulo : Atlas, 1993.
CHRISTENSEN, Clayton M.; et al. Inovação na Gestão da Saúde: Soluções Disruptivas para Reduzir Custos e Aumentar Qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.
ISMAIL, Salim; MALONE, Michael S.; GEEST, Yuri Van. Organizações exponenciais: Por que elas são 10 vezes melhores, mas rápidas e mais baratas que a sua (e o que fazer a respeito). São Paulo: HSM Editora, 2015.
KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. A execução premium; tradução de The execution premium. Rio de Janeiro: Makron Books, 2008.
KIM, W. C.; MAUBORGNE, R. A estratégia do oceano azul: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. Safari de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
PRAHALAD, C.L. O Futuro da Competição: Como Desenvolver Diferenciais Inovadores. Elsevier, 2004.
PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.
PORTER, Michael E., Estratégia Competitiva – Técnicas para a Análise da Indústria e da Concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
RAMASWAMY, Venkat; GOUILLART, Francis. A Empresa Cocriativa: Por que envolver *Stakeholders* no Processo de Criação de Valor Gera Mais Benefícios para Todos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
REEVES, M.,; HAANAES, K.; SINHA, J. Your Strategy Needs a Strategy: How to Choose and Execute the Right Approach. Perseus Books, 2015

▲ VOLTAR

Gestão de Custos em Projetos

Eficiência a favor do Planejamento Estratégico

Patrícia Nocchi | Luiza Mendonça | Melina Schuch

INTRODUÇÃO

A cada ciclo, a implementação da Estratégia é assegurada pela definição e execução de Projetos, alicerçados pelo tripé cronograma-orçamento-escopo. Nesse contexto, a gestão de custos é essencial para manter o equilíbrio do Projeto, garantir sua qualidade e, por conseguinte, colaborar com a saúde do orçamento da Instituição.

A partir dessa premissa, o Escritório de Projetos HMV desenvolveu um método de Gestão de Custos que abarca tanto o processo de Orçamentação, salvaguardando os recursos necessários para a execução dos Projetos, quanto o processo de Controle, visando a correta aplicação dos recursos planejados.

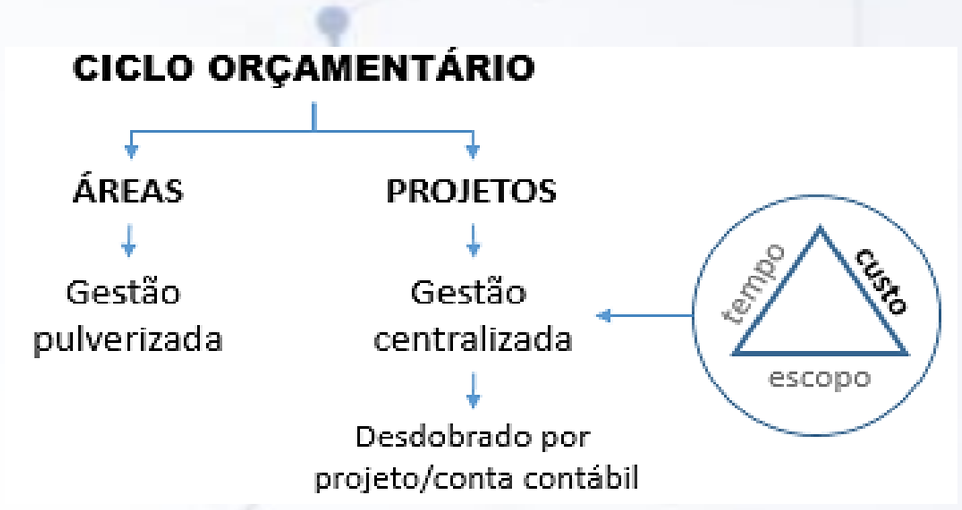
OBJETIVO

Qualificar a Gestão dos Custos em Projetos através de um modelo eficiente, contribuindo com o orçamento institucional e garantindo a qualidade das entregas e a gestão de reservas.

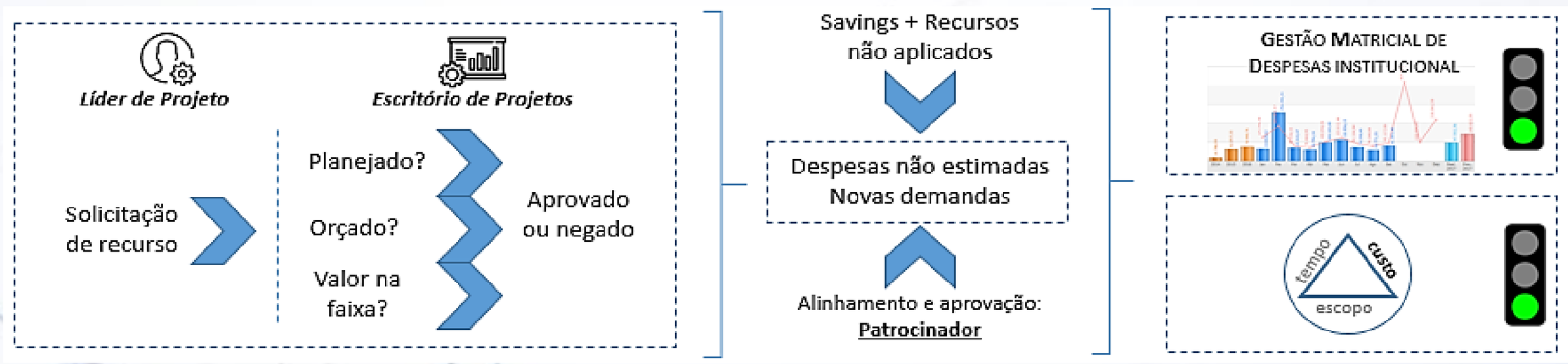
METODOLOGIA

A Gestão de Custos em Projetos no HMV é praticada através da centralização dos recursos aprovados no Escritório de Projetos, o qual gerencia o fluxo por meio de análise e aprovação tendo como base o plano de trabalho e o orçamento anuídos no ciclo.

O processo é transparente, fluído e ágil no direcionamento dos recursos aprovados e tem interlocução direta com os Líderes de Projeto e Patrocinadores.



Processo orçamentário x tripé Gestão de Projetos



Processo de gestão de custos de projetos x desempenho institucional

RESULTADOS

Através da gestão centralizada, o Escritório de Projetos tem garantido economia na aplicação dos recursos e no direcionamento de valores para contingências e projetos emergentes, identificados por ocasião da análise da Estratégia.

Nos anos de 2015 e 2016, o saving foi de 30% no orçamento aprovado para Projetos. Do montante realizado, cerca de 38% dos recursos foram redirecionados para aportar novos projetos e despesas não identificadas nos planos de trabalho.

O fruto deste processo é uma gestão financeira sem desvios na meta anual e com controle nos gastos desnecessários, alcançando por consequência o equilíbrio entre cronograma-orçamento-escopo.

CONCLUSÃO

O modelo desenvolvido pelo HMV de gestão dos custos em Projetos é um dos principais vetores para o desempenho e o amadurecimento da Gestão de Projetos na Instituição, contribuindo com o processo orçamentário e com a implementação da Estratégia.

REFERÊNCIAS

PROJECT MANANGER INSTITUTE (PMI). Um guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos (Guia PMBOK). São Paulo: Editora Saraiva, 2013
BARBOSA, Cristina. Gerenciamento de custos em projetos. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.
KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P. A execução Premium. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.
REEVES, Martin. *Your strategy needs a strategy*. Estados Unidos da América: Editora Perseus Books, 2015

▲ VOLTAR

GREEN AND YELLOW CROSS
E ACIDENTE DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO

Renata Pereira Silva Artioli, Virginia Lichtenfels, Carolina Borba Rizzi e SimoneMartins

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

INTRODUÇÃO

A ocorrência de acidentes de trabalho dentro do Centro Cirúrgico é de extrema preocupação uma vez que os colaboradores estão constantemente expostos ao contato com material biológico e pérfuro cortantes. Visando a segurança dos colaboradores e frente à baixa adesão as campanhas internas já existentes, surgiu a ideia de adaptar a ferramenta Green and Yellow Cross (Cruz Verde e Amarela) ao contexto de comunicação de acidentes de trabalho. A mesma trata-se de uma ferramenta de qualidade e segurança assistencial, criada e utilizada em uma unidade de neonatologia de um hospital da Suécia.

OBJETIVO

A ferramenta tem por objetivo trabalhar de forma transparente as falhas nos processos e incentivar a cultura e comunicação dos eventos ou quase falhas. Por ser uma ferramenta visual, de acompanhamento fácil e diário, atua também como uma forma de educação continua, causando reflexão sobre a prática assistencial.

Acima, imagem da ferramenta utilizada na área cirúrgica.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo de relato da experiência. Foi realizado no Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Privado de Porto Alegre/ RS o CC possui 17 salas de cirurgia com produtividade mensal de 1.980 cirurgias e possui um quadro funcional de 108 funcionários ativos.

Relato de Experiência

A Green and Yellow Cross é um calendário mensal em formato de cruz (Figura 1). Os dias do calendário são divididos entre os três turnos, onde cada turno deve pintar o seu espaço com a cor referente ao que aconteceu durante a jornada de trabalho: se ocorreu acidente de trabalho é pintado com a cor amarela, se não ocorreu, de cor verde.

Podemos perceber que após a implementação da Green and Yellow Cross o assunto "acidente de trabalho" passou a fazer parte do dia a dia dos colaboradores. O tema é amplamente abordado sempre que existe uma ocorrência. Desta forma, os colaboradores tiraram do ocorrido aprendizado e ficam mais atentos para que o mesmo não ocorra consigo mesmo.

CONCLUSÃO

Tornando os acidentes de trabalho mais visíveis e de acompanhamento diário, estamos conseguindo sensibilizar os colaboradores. Os mesmos tornam-se mais conscientes dos riscos a que estão expostos, ficam mais atentos durante a realização de suas atividades demonstrando preocupação com a sua saúde ocupacional e de seus colegas.

Todos os participantes declaram que os trabalhos inscritos não possuem conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

Nishide Vera Médice, Benatti Maria Cecília Cardoso, Alexandre Neusa Maria Costa. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2004 Apr [cited 2017 May 25] ; 12(2): 204-211. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200009&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200009.

Soares Leticia Gramazio, Sarquis Leila Maria Mansano, Kirchhof Ana Lúcia Cardoso, Felli Vanda Elisa Andres. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 May 25] ; 66(6): 854-859. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600007.

▲ VOLTAR

HOSPITAL ALÉM DA FUNÇÃO TRADICIONAL: IMPACTOS DA LINHA DE CUIDADO DE DIABETES DO MAIS SAÚDE MATER DEI

COSTA, R,S,M; CHAVES, S,R; ZOGLIO, J,N; GEO, M,S.

Introdução:

O hospital Mater Dei iniciou uma Linha de Cuidado, estabelecendo o seguimento pós-alta de pacientes diabéticos, indo além da tradicional função hospitalar, de atender agudizações. Conforme a literatura, estabelecemos o manejo proativo de diabéticos (protocolo e plano de cuidados em função do quadro clínico), capacitação para autocuidado e telemonitoramento clínico. Serviço integrado, equipe multiprofissional (endocrinologistas, enfermeira, nutricionista, educadora em saúde, cuidados com os pés), e todo o percurso terapêutico dentro da Rede Mater Dei de Saúde.

Objetivo:

Avaliar impacto da Linha de Cuidado de Diabetes na taxa de glicohemoglobina (HbA1c), no custo e na utilização de serviços de saúde.

Métodos:

Comparou-se médias mensais de utilização 12 meses antes da entrada de todos os pacientes incluídos, com as médias mensais após o mínimo de 6 e 9 meses de inclusão. Os parâmetros utilizados foram médias mensais antes x depois de custo total, frequência de idas ao PS (especialidades clínicas), internações clinicas, permanência e SADT. Como se trata de um estudo piloto, a maioria dos pacientes ainda não completou um ano de acompanhamento. Comparou-se, também, a taxa média de HbA1c no tempo zero de entrada, e 6 meses depois da inclusão, para todos os pacientes (modelo UKPD-S), pois 1% de redução de HbA1c gera alto impacto em redução de eventos micro e macrovasculares.

Resultados:

Resultado de saúde: redução média de 8% no valor de HbA1c, seis meses após a inclusão. Tivemos 132 e 90 pacientes, respectivamente com permanência mínima de 06 e 09 meses. Resultados de utilização com 6 (e 9) meses de programa: redução média mensal de custo total 54% (57% em 9 meses), versus a média mensal 12 meses antes da entrada no programa. Redução média mensal de 30% (40%) nas idas ao PS, redução de 35% (44%) do número de internações clínicas, com permanência hospitalar 18% (26%) menor. SADT maior 48% (23%). Resultados estatisticamente significativos para a comparação antes x depois, e semelhantes entre grupos de 6 e 9 meses.

Figura 01- Linha de cuidado Diabetes - Número de eventos médio mensal

	Utilização na Rede Mater Dei de Saúde	Tempo de programa 06 meses	09 meses
	Pronto-socorro	-30%	-40%
	Exames	48%	23%
	Internação Clínica	-35%	-44%

Conclusão:

A gestão sistematizada e integrada de pacientes diabéticos estabelecida pelo hospital como extensão do cuidado, apresentou impacto positivo no marcador clínico, na utilização de serviços de saúde e nos custos dos pacientes incluídos. Efetivamente, delineia-se uma nova função agregadora de valor, para o hospital, num sistema de saúde.

Referências Bibliográficas:

Diabetes in adults. **NICE Quality Standard.** Published: 30 March 2011. nice.org.uk/guidance/qs6.

Foundations of Care and Comprehensive Medical Evaluation. **Diabetes Care.** 39(Suppl. 1):S23–S35,2016.

Strategies for Improving Care. **Diabetes Care.** 39(Suppl. 1):S6–S12,2016.

▲ VOLTAR

IMPACTO DAS ESTRATÉGIAS ASSISTENCIAS NOS RESULTADOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

SISTEMA DE SAÚDE: AS RUPTURAS EMERGENTES E O PAPEL DOS HOSPITAIS
Luana Lima Felix
Flaviano Vaz de Souza
Roberto Martins de Andrade

Introdução

Um dos pilares da atuação da fisioterapia hospitalar é a realização da ventilação mecânica não invasiva (VMNI). Esta quando aplicada de forma adequada desencadeia o declínio da utilização da ventilação mecânica invasiva (VMI) dentre outros benefícios. A utilização de VMI está diretamente relacionada ao aumento do tempo de permanência, taxa de mortalidade e custos hospitalares.

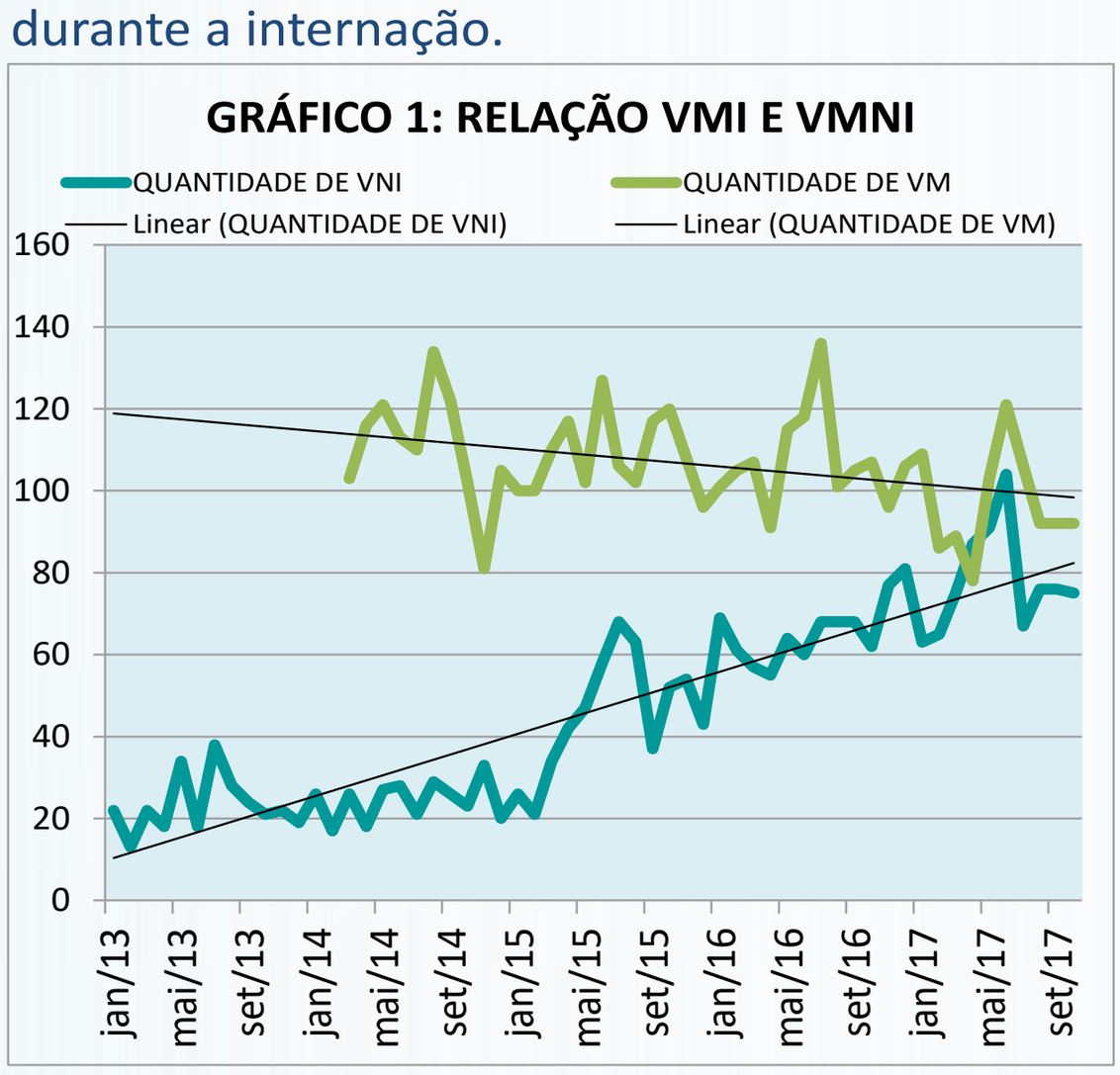
Objetivo

Avaliar os impactos das estratégias assistenciais na taxa de sucesso e na utilização da VMNI e VMI.

Método

O estudo retrospectivo nos permitiu analisar os dados coletados no período de janeiro/2013 a maio/2017. As informações são parte de um banco de dados utilizados para estratégias gerenciais do serviço de fisioterapia do hospital Márcio Cunha, em Ipatinga-MG, classificado como uma instituição de grande porte e alta complexidade. As análises conduziram para a adoção de 5 estratégias: Criação do modelo assistencial para o serviço de fisioterapia, aquisição de recursos, revisão dos protocolos, programas de educação e treinamentos sistemáticos. Considerou-se sucesso na VMNI os pacientes que deixaram de utilizar a VMI durante a internação.

GRÁFICO 1: RELAÇÃO VMI E VMNI



Fonte: NEFIH

Resultados

Durante o período foram analisados 2289 casos de utilização de VMNI em adultos. De janeiro/2013 a março/2015 a média de utilização era de 24 pacientes/mês e a taxa de sucesso de 67%.

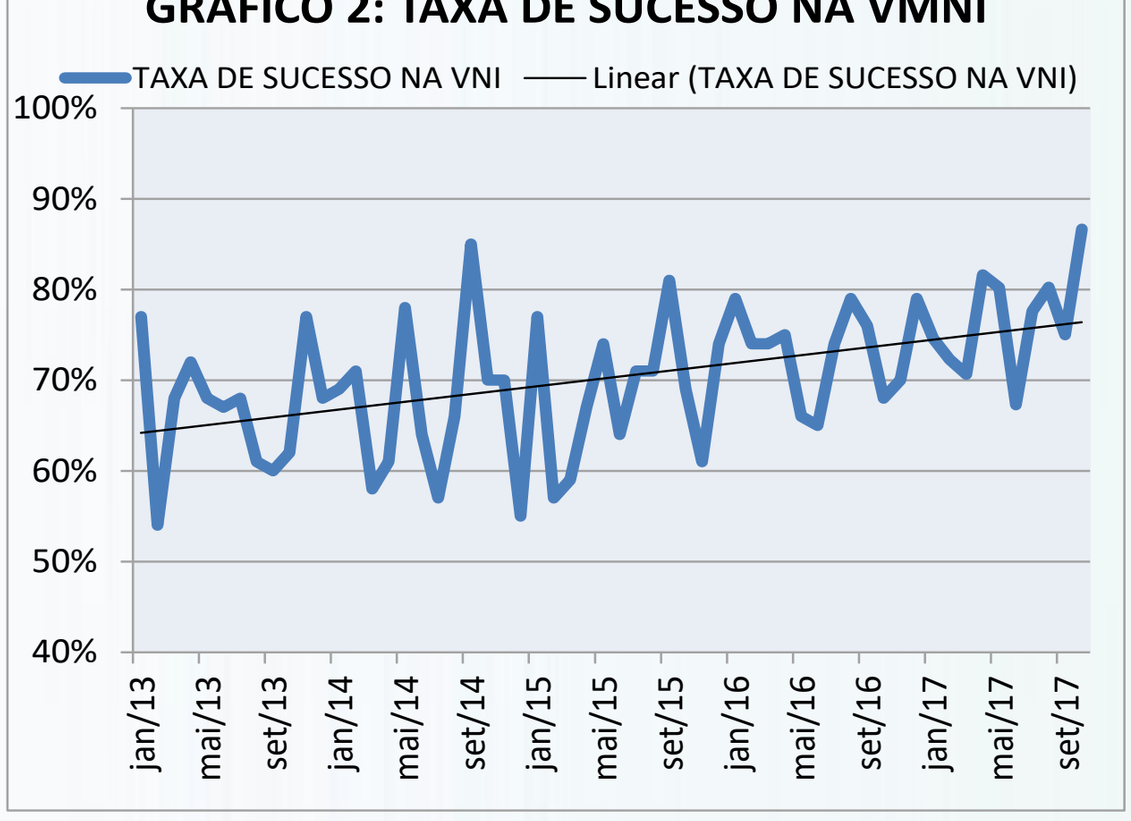
TABELA 1: MÉDIA DE INICIALIZAÇÕES DE VMNI, VMI E TAXA DE SUCESSO

ANO	MÉDIA DE INICIALIZAÇÕES DE VMNI	MÉDIA DE SUCESSO	MÉDIA DE INICIALIZAÇÕES DE VMI
2013	23,25	67%	-
2014	24,5	67%	110,7
2015	45,41	69%	108,75
2016	65,83	73%	107,33
2017	77,9	77%	96,8

Fonte: NEFIH

A partir de abril/2015 foram implantadas as 5 estratégias assistenciais e imediatamente foi percebido que a média de utilização aumentou para 64 pacientes/mês, porém a taxa de sucesso não se modificou. No primeiro semestre de 2017 os resultados continuaram melhorando, com a média de utilização de 76 pacientes/mês e taxa de 76% de sucesso. Outro resultado encontrado, foi a correlação negativa entre a utilização de VMNI e VMI. Observa-se uma tendência em reduzir a utilização de VMI com o aumento da VMNI. .

GRÁFICO 2: TAXA DE SUCESSO NA VMNI



Fonte: NEFIH

Conclusão

É possível afirmar que as estratégias adotadas impactaram positivamente na utilização e sucesso da VMNI e consequentemente na redução da utilização de VMI.

▲ VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE INTENÇÕES EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMO INSTRUMENTO DE REGULAÇÃO, PADRONIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE OS NEGÓCIOS DA FSFX: HOSPITAL MARCIO CUNHA E OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE USISAÚDE.

Sigrid Rocha Silva Vin
Claudia de Oliveira Martins
Thiciane Neto Lula
Fernando Cesar Vicente de Paula

INTRODUÇÃO:

Os custos crescentes no setor da saúde têm representado um grande desafio para gestores de planos de saúde e hospitais. Os valores de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) representam parcela significativa destes custos, provocando uma distorção na remuneração do setor, o que fomenta um conflito de interesses entre operadoras e hospitais, que devem focar sua atenção para a melhor utilização destes recursos e para a qualidade na assistência, com o melhor custo-benefício, aos seus clientes. Diante deste cenário, faz-se necessária a comunicação transparente e racional entre os prestadores e os pagadores de serviços médicos, gestores e membros do corpo clínico, com a utilização de ferramentas simples e eficazes.

OBJETIVOS:

Padronizar a utilização de OPME nos procedimentos cirúrgicos do Hospital Marcio Cunha, com o melhor custo-benefício para o hospital e a Usisaúde e a melhor assistência para o paciente. Incrementar a segurança e a qualidade da assistência, através da diminuição da variabilidade de condutas clínicas e, consequentemente, diminuição do risco assistencial.

MÉTODO:

Os protocolos foram construídos em conjunto pela equipe assistente do hospital e a equipe técnica da operadora, com o cuidado de valorizar o trabalho médico e acordar a utilização dos materiais necessários para respaldar a prestação de serviço com qualidade e observar o melhor custo-benefício.

RESULTADOS:

Foram construídos 16 protocolos, com adesão de 91% pelas equipes médicas, o que resultou em:

- Maior agilidade e rapidez na autorização dos procedimentos pela operadora e maior satisfação dos clientes internos e externos
- Diminuição de conflitos entre Hospital, corpo clínico e Operadora
- Padronização de condutas
- Previsibilidade de custos para Operadora e Hospital
- Racionalização do uso de OPME
- Maior valorização do trabalho médico
- Maior transparência na relação entre os médicos e Hospital, médicos e Operadora e Operadora e Hospital.

CONCLUSÃO:

A adoção de protocolos clínicos representa um consenso na relação entre operadora e hospital, além de ser uma ferramenta útil para a padronização assistencial.

HOSPITAL MÁRCIO CUNHA

▲ VOLTAR

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Claudimeri Dadas de Oliveira[1]
Sandra de Moraes Postanovski[2]
Liliane Andrade Ferreira[3]

HOSPITAL VITA
Contato: claudimeri@hospitalvita.com.br

INTRODUÇÃO:

No ambiente hospitalar, o Pronto Socorro (PS) é uma das unidades de assistência que necessita de maior atenção, pois se configura como a porta de entrada para as urgências e emergências. Tem como principal objetivo prestar atendimento imediato a pacientes em situações de emergência, considerando a gravidade dos sintomas e do quadro clínico. O serviço deve garantir ainda que toda sua demanda seja acolhida por meio dos critérios de classificação de risco.

A Classificação de Risco é entendida como um processo dinâmico que consiste na identificação do risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário. O Sistema Manchester de Classificação de Risco foi criado para permitir ao profissional médico e enfermeiro, habilidade para a atribuição rápida de uma prioridade clínica do doente em situação aguda. O paciente é classificado em uma das seis cores (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco) conforme prioridade de atendimento e tempo alvo para a avaliação médica inicial. Esse modelo viabilizou a reorganização do processo de trabalho.

OBJETIVO:

Descrever a implementação do Protocolo de Manchester no Pronto Socorro.

METODOLOGIA:

A implantação do Protocolo Manchester iniciou em 2013, visto a necessidade de certificar maior segurança no atendimento aos pacientes. O projeto de implantação ocorreu em três etapas:

1ª Etapa: Sensibilização: A sensibilização tem como objetivos divulgar o Sistema Manchester de Classificação de Risco e promover a compreensão da importância desta classificação nas portas de entrada das urgências. Esta etapa envolveu o corpo assistencial e administrativo.

2ª Etapa: Implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco: Foi ministrado o curso de classificador à equipe multidisciplinar com objetivos de promover a uniformidade dos conceitos e do uso da metodologia e conferir competência para o exercício da classificação de risco.

3ª Etapa: Acompanhamento Presencial: O monitoramento ou auditoria interna são realizados por uma equipe multidisciplinar pelo método de amostragem.

RESULTADOS:

O Sistema Manchester de Classificação de Risco é uma ferramenta que visa garantir um processo de classificação com certificação nacional e internacional a fim de proporcionar um método seguro.
Realizando em média 241 atendimentos/dia, quantificando, aproximadamente 7.239 atendimentos mês, dentre as seguintes especialidades: clinica médica, ortopedia, clinica cirúrgica, pediatria e cardiologia, com triagem dos pacientes realizada pelo profissional enfermeiro 24 horas por dia.

Classificações	Anterior ao protocolo	Após Protocolo
Vermelho	0,46%	0,16%
Laranja	4,20%	4,52%
Amarelo	14,21%	19%
Verde	66,08%	73,26%
Azul	14,96%	2,21%
Branco	(não era classificado)	0,98%

Tabela 1 – Comparativo das Classificações de Risco antes e após utilização do Protocolo de Manchester.

Através da análise evidencia-se a diminuição numérica dos pacientes classificados como vermelho, esta redução deve-se a alteração dos parâmetros classificatórios e aplicação deste pelo profissional enfermeiro.
O tempo de espera para a realização da triagem / classificação com o protocolo de Manchester reduziu de de dez para três minutos em média.
Segundo a Classificação Manchester o tempo de espera para pacientes estratificados pela cor amarela é de 60 minutos, atualmente o atendimento ocorre em 29 minutos pela equipe médica, sem danos aos demais pacientes, já que o tempo geral de espera (todas as classificações, com exceção do laranja e vermelho) é de 41 minutos.

CONCLUSÃO:

A assistência tradicionalmente centrada na figura do médico foi transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sendo o enfermeiro o sujeito ativo do processo, passando a conduzi-lo autonomamente. Credibilidade, assertividade e principalmente melhoria na assistência aos clientes é uma busca frequente vivenciada todos os dias, e a aplicação de um método científico tem auxiliado e garantido a segurança do paciente que adentra na instituição.

Autores

1 Enfermeira; Gerente de Enfermagem Hospital Vita Curitiba e Hospital Vita Batel – Curitiba PR
2 Enfermeira; Chefe do Serviço de enfermagem cuidados não críticos Hospital Vita Curitiba – Curitiba PR
3 Enfermeira; Chefe de cuidados críticos Hospital Vita Curitiba – Curitiba PR

Referências bibliográficas

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR)
Secretaria municipal de Saúde de Belo Horizonte. Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte, MG, SMSA, 2002.
SELEGHIM MR, TEIXEIRA JÁ, MATSUDA LM, INOUE KC. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um Pronto Socorro. Ver Rene, 2010; 11(3): 122-31

NOSSO COMPROMISSO É COM A **VIDA**.

▲ VOLTAR

Importância dos Dilemas Éticos no Sofrimento Moral dos Profissionais da Área de Saúde.

Dra. Maíra Dantas, Dr. Mário Rocha

Introdução: O sofrimento moral tem sido apontado como importante causa de Síndrome de Burnout na área de Saúde.

Objetivo: Avaliar o impacto dos dilemas éticos no sofrimento moral de profissionais de saúde e a possível correlação com a Síndrome de Burnout. Métodos: Foi realizado estudo transversal com profissionais de saúde de hospital privado de alta complexidade em Salvador-Bahia que concordaram em responder questionário elaborado pelo Comitê de Bioética associado ao questionário Maslach Burnout Inventory-MBI traduzido e validado em português. Foram feitas perguntas incluindo itens sobre informações sociodemográficas, questões específicas sobre a vivência profissional com dilemas de natureza ética e o nível de interferência no estado emocional dos indivíduos avaliados. Para análise do desfecho primário foi utilizado o teste do qui-quadrado na comparação de variáveis categóricas. Um valor de $p<0,05$ foi considerado significativo.

Resultados: Um total de 45 pessoas participou do estudo. A média de idade foi igual a 32,21 + 11,37 anos, sendo 32 (71%) do sexo feminino. A maioria dos avaliados pertencia à área de Enfermagem (49%), sendo seguidos do Serviço Social (13%), Medicina (11%), Administração (11%), Psicologia (9%), Farmácia (5%) e Fisioterapia (2%). Aproximadamente (62%) das pessoas tinham especialização. A maioria dos entrevistados (93%) reconheceu algum grau de interferência em seu estado emocional quando da ocorrência de dilemas envolvendo pacientes e familiares e 84% entenderam que a prévia resolução reduziria seu desgaste. Não houve predominância entre os dilemas implicados: terminalidade, autonomia do paciente x desejo da família, autonomia do paciente x melhor conduta terapêutica e autonomia do paciente x risco de quebra de rotinas de Qualidade e Segurança.

Conclusão: Não foi possível demonstrar significância estatística entre ter dilemas éticos e desenvolver Síndrome de Burnout com pontuação entre 41 e 100 pontos no escore MBI.

Hospital Português

▲ VOLTAR

CENTRO DE SIMULAÇÃO
SÃOCAMILO

Internalização do Serviço de Laboratório Clínico na Rede de Hospitais São Camilo São Paulo

MARIA MIRTES SALES[1], ALEXANDRER AREDES SOBRINHO[2], LUCIA MILITO EID[3]
[1] Gerência Corporativa dos Laboratórios; [2] Gerência de Enfermagem; [3] Diretoria de Práticas Assistenciais da Rede de Hospitais São Camilo São Paulo

INTRODUÇÃO

Os serviços de Medicina Diagnóstica são considerados atividades centrais na cadeia de cuidados de saúde e não mais meros serviços de apoio. Nesse contexto, a gestão dessa atividade assistencial é estratégica para os hospitais, que podem definir com mais liberdade o escopo e a qualidade dos serviços laboratoriais a serem disponibilizados em suas instituições.

OBJETIVO

Descrever a experiência da internalização do Serviço de Patologia Clínica na rede de Hospitais São Camilo - São Paulo.

METODOLOGIA

No período de abril a julho de 2016 foi realizado o mapeamento de processos e o planejamento para criação simultânea de três unidades laboratoriais. Abaixo os indicadores a serem monitorados:

1. Tempo de liberação de exames de urgência;
2. Tempo de liberação de exames de rotina;
3. Tempo de liberação de exames de protocolos gerenciados;
4. Percentual de recoleta;
5. Percentual de transmissão de resultados de pânico;
6. Percentual de retificação de laudos;
7. Percentual de assertividade no programa de excelência para laboratórios médicos (PELM-Controllab);
8. Absenteísmo;
9. Turnover;
10. Margem de contribuição.

Em 25 de outubro de 2016 os laboratórios foram inaugurados, permanecendo em operação até a presente data.

RESULTADOS

A internalização do serviço laboratorial permitiu o processamento de 98,61% dos exames *in loco* e apenas 1,39% das amostras passaram a ser executadas em laboratórios de apoio. Houve redução significativa no tempo médio de liberação dos exames de urgência (variando entre 50 a 109 minutos, considerando o tempo desde o momento da solicitação médica até a liberação do laudo). A meta de liberação de 90% dos exames dentro do prazo acordado foi atingida (**Gráfico 1**)

Tempo de liberação de resultados consolidado Exames de urgência e rotina

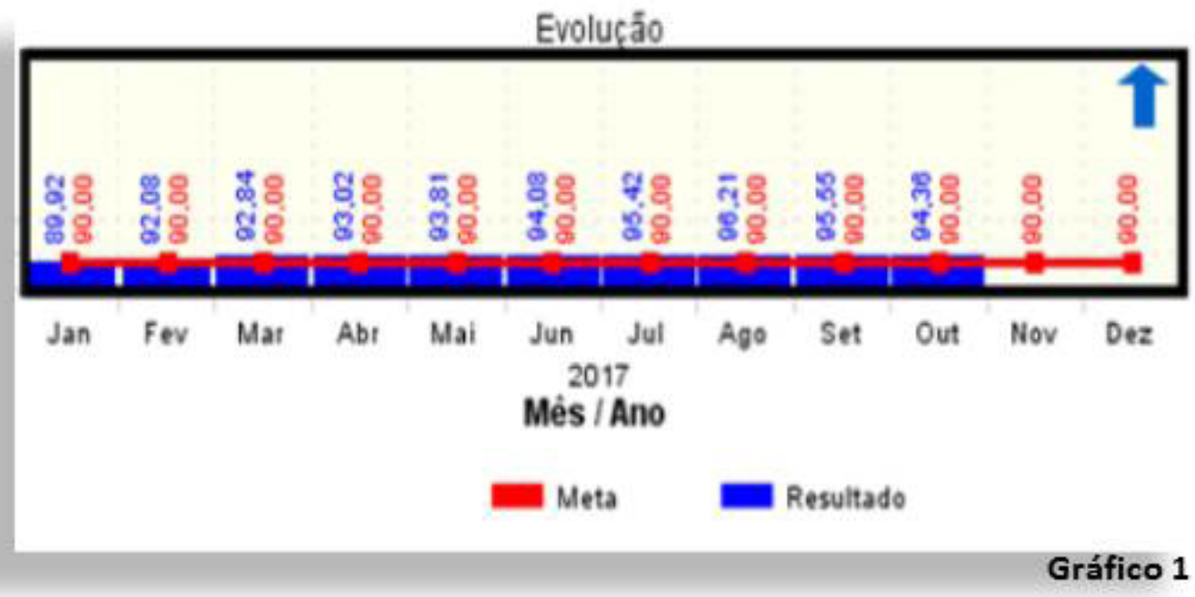


Gráfico 1

O percentual de recoleta foi reduzido para 0,89% considerando a média de todas as unidades assistenciais da rede hospitalar (**gráfico 2**).

Índice de recoleta consolidado na rede

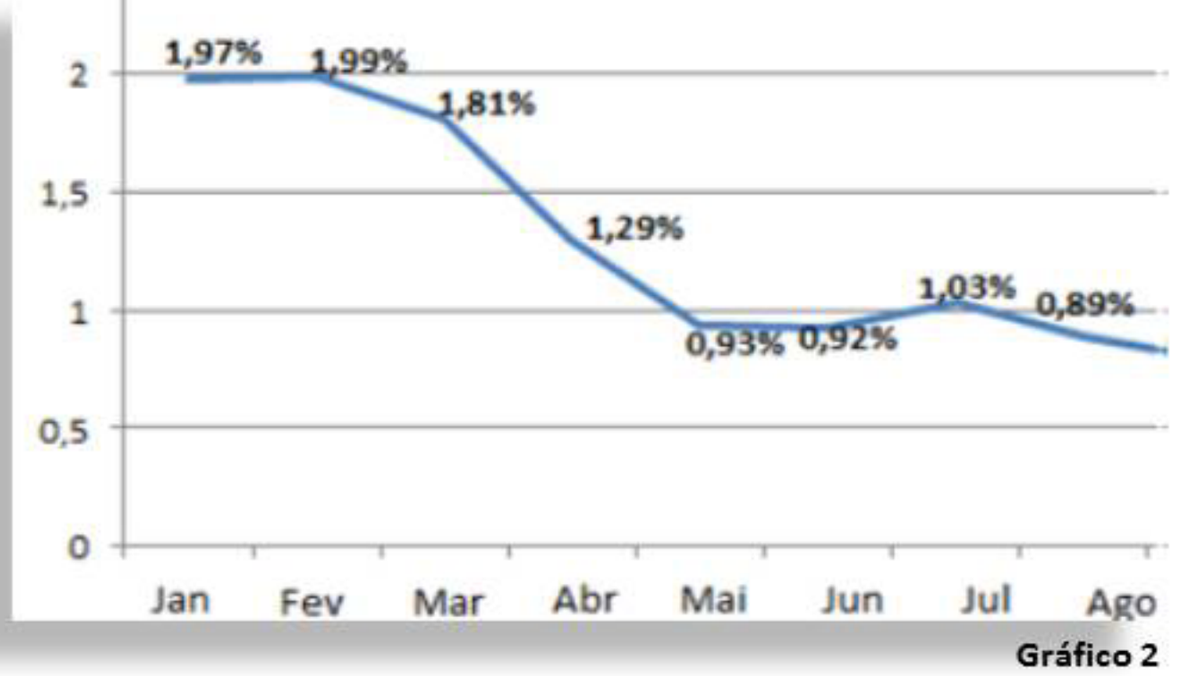


Gráfico 2

Foram constatadas melhorias no tempo de liberação dos exames de protocolo, como o lactato (protocolo de sepses) e marcadores cardíacos (protocolo dor torácica). Os resultados de pânico passaram a ser monitorados via painel de gestão à vista, superando a meta de notificação de 95%. O serviço laboratorial próprio passou a responder com maior agilidade às diretrizes do sistema da qualidade, em um processo natural de melhoria contínua da assistência médica e sem redução na margem de contribuição em receita.

CONCLUSÃO

A maioria das decisões médicas na atualidade apoiam-se em métodos diagnósticos e a internalização do laboratório vem favorecendo maior integração entre o corpo clínico, sendo essa proximidade um ganho assistencial importante. Manter-se na vanguarda e acompanhar os avanços tecnológicos na era da Medicina Diagnóstica e de Precisão é uma decisão estratégica Institucional que pode ser muito bem sucedida quando aplicadas ferramentas de gestão por processo.

Agradecimentos: a equipe de colaboradores do laboratório, ao Escritório de Projetos, as Gerências da Qualidade, Enfermagem, Suprimentos, Tecnologia da Informação, Engenharia, Hotelaria, Gestão de Pessoas, Diretoria Geral e a Superintendência dos Hospitais São Camilo SP.

maria.mirtes@hospitalsaocamilosp.org.br

▲ VOLTAR

INTERVENÇÃO EM TIME MULTIPROFISSIONAL EM UM PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Fontes Laske[1]; Amanda Greipel[2]; Elaine Goulart[3]; Ediney Silva[4]

Introdução:

A partir de apontamentos oriundos de clientes do Pronto Atendimento (PA) do Hospital Santa Rosa e de relatos de colaboradores deste setor e demais Unidades Assistenciais, foi criado um Time Multidisciplinar, para tratar destas questões e melhorar os resultados assistenciais da Unidade. Neste contexto, os problemas deveriam ser identificados, isolados e tratados. Foram realizadas reuniões semanais por 02 meses, que tinham duração média de 01 hora, onde eram discutidas as principais situações apontadas. O Time ainda foi dividido em subgrupos, que realizaram auditorias clínicas no setor e trouxeram os resultados obtidos e desafios identificados. As auditorias clínicas foram intervencionistas, educativas e realizadas diariamente em horários de maior movimento do setor. Durante o exercício do Time, os tópicos trabalhados foram: gestão por processos do PA, fluxo de atendimento, escala de trabalho da equipe de enfermagem, dispensação de materiais e medicamentos; e estrutura física da Unidade.

Resultados:

Todo processo do PA foi remapeado, contando com um novo olhar para cadeia cliente-fornecedor, incluindo a revisão das interações de processos entre setores, dos documentos norteadores das atividades e Indicadores de performance. A equipe de enfermagem passou a trabalhar com escala flexível, considerando os dias e horários de maior fluxo de pacientes. A estrutura física foi repensada para melhor atendimento e satisfação dos pacientes e por fim, os acordos com Suprimentos e Tecnologia da Informação foram revisados, com o propósito de facilitar a dispensação eletrônica de materiais e medicamentos.

Conclusões:

Compreendemos que o objetivo desta formação foi alcançado, ou seja, um grupo temporário multidisciplinar foi montado, realizou diagnóstico, interviu e entregou os resultados para a Gestão do PA, que acolheu e deu continuidade nas ações realizadas por esta equipe. A Unidade passou por mudanças, trazendo maior celeridade nos processos, com maior interação e participação da equipe de saúde, culminando em melhores resultados e satisfação dos clientes.

Demonstrar a eficácia do trabalho em Time, a partir da união de experiências diversas dos profissionais da equipe de saúde, assumindo propósito de melhoria do método de trabalho empregado neste setor.

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência.

1. Enfermeiro, Gerente de Enfermagem do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.
2. Enfermeira, Gerente Executiva de Práticas Assistenciais do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.
3. Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.
4. Estatístico, Supervisor de Qualidade do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.

VOLTAR

Mapeamento do processo de alta para pacientes de ambulatório cirúrgico baseado em contrarreferência

Becker AC*, Nascimento, JOV **, Camargo, PCS***, Eiroz, R****

Introdução

Ambulatório é caracterizado como a modalidade de atuação a pacientes em regime de não internação. Os parâmetros populacionais para fins de cálculo da demanda e planejamento de unidades ambulatoriais são voltados ao número de consultas médicas por habitante/ano. No setor público brasileiro esse índice oscila entre 2 e 3 consultas por habitante/ano, constatado em levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Departamento de Gastroenterologia de um hospital público terciário de alta complexidade de São Paulo realiza em média 82.000 atendimentos ambulatoriais anuais, dos quais 40% são realizados pela Divisão de Cirurgia, que realiza em média 2.700 consultas/mês.

Objetivo

Mapear o processo de alta de um hospital público terciário de alta complexidade de São Paulo, e criar protocolos de contrarreferência para pacientes atendidos nos Ambulatórios do Serviço de Cirurgia do Esôfago e Fígado e Hipertensão Portal.

Metodologia

Foi realizado o mapeamento dos processos do atendimento ambulatorial dos grupos em questão através de entrevistas com as equipes, a fim de mapear os processos de alta que existiam e realizada pesquisa bibliográfica para identificar maneiras mais eficazes para a elaboração dos protocolos.

Resultados Obtidos

Foram elaborados dois relatórios de alta, sendo um intermediário e um final, para que o paciente consiga dar seguimento ao tratamento em paralelo na rede e no hospital em estudo, com campos determinados onde o médico preenche o diagnóstico e histórico do paciente, intervenções realizadas e fatores de risco, além da situação atual do paciente, conduta para seguimento e recomendações, indicando se a alta será para a rede ou uma transferência dentro do hospital. Além disso, foram produzidos manuais explicativos de preenchimento dos relatórios a fim de padronizar o preenchimento e facilitar no ensino dos novos profissionais. Também foram feitos protocolos para diagnósticos específicos, estabelecendo número de consultas e conduta em cada uma, de acordo com os protocolos terapêuticos dos grupos.

AVISO DE ALTA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Encaminhamento para a rede:

Unidade Básica de Saúde — Especialidade: _____

RESUMO CLÍNICO

Histórico do Paciente

Diagnóstico de acompanhamento pelo grupo (CID-10)	
Situação Atual do Paciente (Cirurgias, intervenções e informações relevantes do tratamento no ambulatório)	
Conduta para Seguimento Preparação para Alta do HCFMUSP	

_____
Médico Responsável

DATA: ___/___/____

DRGE

Acompanhamento Pós-Cirúrgico

CONSULTAS SEGUNDO TEMPO DE ACOMPANHAMENTO

TEMPO PÓS-OPERATÓRIO	1 MÊS	3 MESES	6 MESES	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS ALTA
EXAMES/RECOMENDAÇÕES			Folheto Informativo	AVISO DE ALTA			Endoscopia EED	Alta ambulatorial

Relatórios de consulta

1 MÊS	Acompanhamento pós-cirúrgico
3 MESES	Acompanhamento pós-cirúrgico
6 MESES	Acompanhamento pós-cirúrgico Entrega do Folheto Informativo ao Paciente
1 ANO	Entregar Aviso de Alta preenchido ao paciente e orientar sobre rede de saúde
2 ANOS	Perguntar sobre consulta na rede (UBS/Especialidade)
3 ANOS	Perguntar sobre consulta na rede (UBS/Especialidade)
4 ANOS	Pedir exames: Endoscopia e EED Perguntar sobre consulta na rede (UBS/Especialidade)
5 ANOS ALTA	Checar resultado de exames Entregar Relatório de Alta com exames recentes em anexo

EXCEÇÕES

Esôfago de Barrett	Realizar endoscopia com biópsia a cada 3 anos e manter o seguimento no HC
Estenose de Traqueia	Manter seguimento no HC
Transplante Pulmonar	Manter seguimento no HC

Conclusão

Faz-se necessário a criação de protocolos de contrarreferência a fim de diminuir a demanda e a superlotação dos hospitais de alta complexidade com casos que poderiam ser sanados na rede de saúde com uma atenção menos especializada, otimizando assim o sistema de saúde e respeitando seu caráter hierarquizado e de rede.

* **Becker AC,** Aprimoranda do PROAHSA, Graduada em Gerontologia pela Universidade de São Paulo — becker.anac@gmail.com
** **Nascimento, JOV,** Aprimoranda do PROAHSA, graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo — jake_valdevino@hotmail.com
*** **Camargo, PCS,** Administradora do Corpo Técnico do PROAHSA — paula.camargo@hc.fm.usp.br
**** **Eiroz, R,** Administradora do Departamento de Gastroenterologia — r.eiroz@hc.fm.usp.br

▲ VOLTAR

MÉDICO HOSPITALISTA: PRIMEIRO ANO DE RESULTADOS

Mauro Oscar Soares de Souza Lima;
Lorena Araújo Vieira; Alessandra de Sousa Andrade Martins;
Ana Rosa dos Santos.

INTRODUÇÃO:

A Medicina hospitalista no Hospital Márcio Cunha busca assegurar a centralidade no cuidado ao paciente, garantindo uma linha de cuidado coordenada e integrada às suas necessidades, contrapondo-se à excessiva fragmentação durante a hospitalização, além da eliminação de desperdícios.

OBJETIVOS:

Possibilitar o alinhamento assistencial, no qual médicos generalistas assumem o cuidado do paciente e coordenam processos assistenciais do paciente hospitalizado; melhorar a performance assistencial, administrativa; auxiliar na gestão do corpo clínico através da adesão aos protocolos, facilitando o trabalho em equipe e as discussões interdisciplinares, favorecendo a aplicação de rotinas e padrões de melhores práticas, atuar na navegação do paciente dentro do sistema; estimular a participação do paciente/família nos processos decisórios, incentivando o autocuidado e oferecendo suporte adequado à família na fase final de vida, principalmente durante internação de idosos frágeis, etapa crítica da assistência.

MÉTODO:

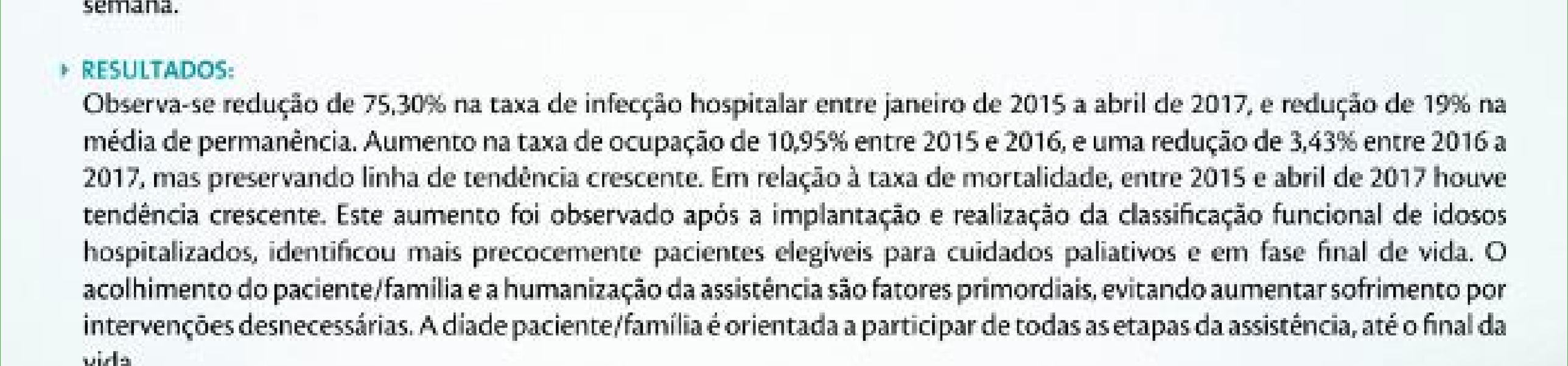
O projeto teve início em 15/03/2016. Na 1ª fase, privilegiou-se a estruturação da equipe com foco na linearidade das informações na interface entre médicos hospitalistas, assistenciais e equipe multidisciplinar. A 2ª fase enfatizou a caracterização da população alvo a ser beneficiada pelo projeto, viabilizando a estruturação de um plano terapêutico individualizado, com abrangência de 60 leitos, sendo 15 pacientes / médico hospitalista diariamente, incluindo finais de semana.

RESULTADOS:

Observa-se redução de 75,30% na taxa de infecção hospitalar entre janeiro de 2015 a abril de 2017, e redução de 19% na média de permanência. Aumento na taxa de ocupação de 10,95% entre 2015 e 2016, e uma redução de 3,43% entre 2016 a 2017, mas preservando linha de tendência crescente. Em relação à taxa de mortalidade, entre 2015 e abril de 2017 houve tendência crescente. Este aumento foi observado após a implantação e realização da classificação funcional de idosos hospitalizados, identificou mais precocemente pacientes elegíveis para cuidados paliativos e em fase final de vida. O acolhimento do paciente/família e a humanização da assistência são fatores primordiais, evitando aumentar sofrimento por intervenções desnecessárias. A díade paciente/família é orientada a participar de todas as etapas da assistência, até o final da vida.

CONCLUSÃO:

O projeto interferiu significativamente nos processos de comunicação entre corpo clínico, equipe multidisciplinar, paciente e família conferindo maior assertividade nas condutas dos profissionais e clareza na abordagem dos cuidados pós-alta para paciente e família.



HMC
HOSPITAL
MÁRCIO CUNHA

▲ VOLTAR

Multiplicadores da Noite B Realizam Teatro de Conscientização da Higienização das Mãos

Elisandra Leites Pinheiro [1] ,Fernanda Crossetti Cunha [2] Viviane Pozzebom da Costa [3]

1. **Enfermeiro Assistencial II– Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil**
2. **Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil**
3. **Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil**

Introdução

A prática mais importante para prevenir infecções é cuidar da higiene no dia a dia, a começar pela correta higienização das mãos. Os multiplicadores de higienização das mãos do turno da noite B de um hospital de grande porte na cidade de Porto Alegre, RS, realizaram uma ação lúdica de nome “Os Caça Fantasmas” tendo como objetivo principal a conscientização da higiene correta das mãos e seus 5 momentos.

Objetivo

Reforçar a prática correta de higienização das mãos visando a segurança dos pacientes, reduzindo os riscos de infecções cruzadas no ambiente hospitalar e reforçando os 5 momentos preconizados pela OMS.

Método

Em Abril de 2017 teve início o projeto em que 9 (nove) técnicos de enfermagem escreveram o roteiro e criaram o figurino para a peça teatral “Os Caça Fantasmas”, contando com o apoio de 2 (duas) enfermeiras de referência no grupo. A peça teve como personagens as bactérias multirresistentes: Acinetobacter, KPC, NDM, Clostridium, VRE e Klebsiella, além dos 2 (dois) caça fantasmas, um personagem representando a “mão” e outro o álcool gel. No mês de maio foram realizadas as apresentações no turno da noite e devido a repercussão o grupo foi convidado para apresentar para os turnos manhã e tarde. Os integrantes reuniram-se em alguns plantões para realizar os ensaios e alinhamentos da peça.

Resultados

Evidenciou-se uma melhora na adesão do processo de higienização de mãos comparado ao mês anterior e que ações educativas orientam e motivam os profissionais à prática correta e frequente de higienizar as mãos, garantindo com isso a segurança dos pacientes e reduzindo o risco de infecção cruzada.

Conclusão

O grupo de Higienização de Mãos tornou-se um fator motivacional ao conduzir com criatividade e comprometimento esta ação. Ações deste tipo proporcionam alcançar melhorias, valorizando os profissionais para disseminar boas práticas assistenciais. Desta forma os colaboradores perceberam a importância da prática correta de higienização das mãos, compreendendo os 5 momentos e melhorando os indicadores institucionais.

▲ VOLTAR

Novo modelo de remuneração hospitalar baseado no DRG

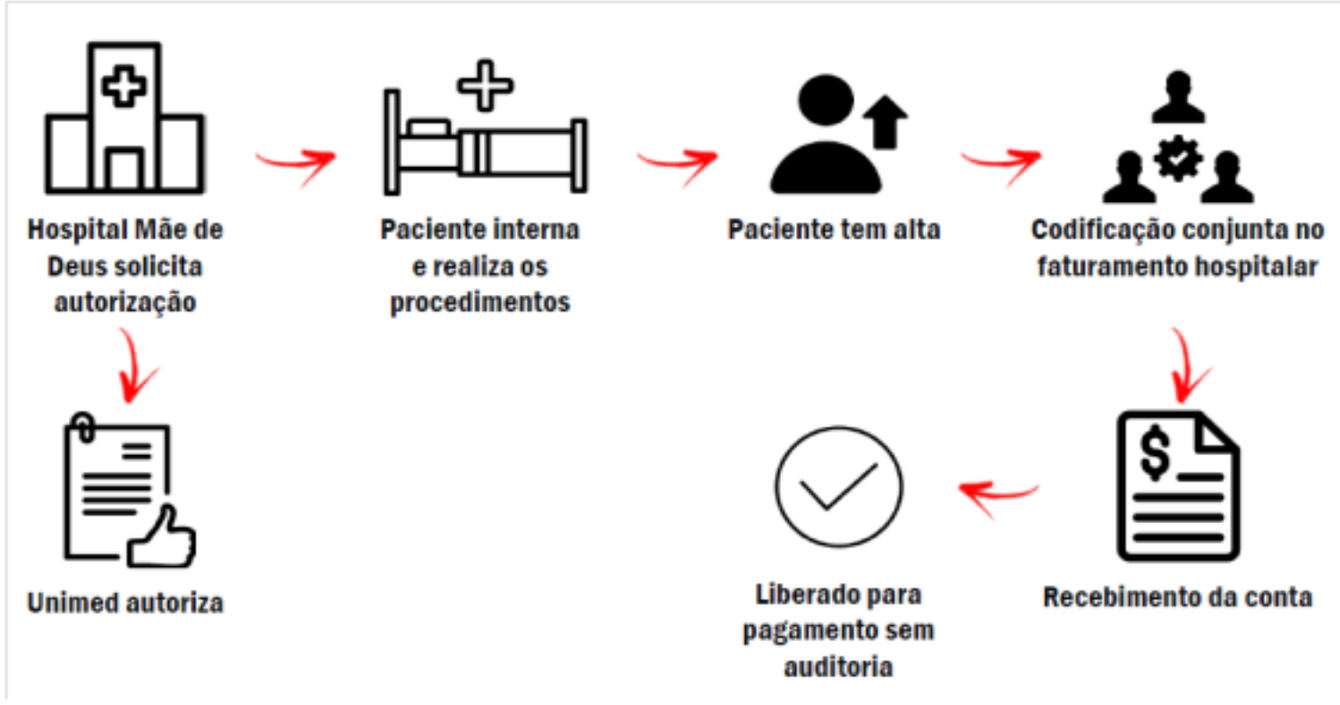
André Reckziegel e equipe de gestão HMD

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2017 o Hospital Mãe de Deus em parceria com a operadora Unimed Porto Alegre começaram a construir a proposta de um novo modelo de remuneração hospitalar baseado na metodologia DRG. A partir do acordo firmado, o processo de codificação foi unificado sendo realizado por uma equipe composta por representantes das duas empresas (prestador e operadora) em um único software, o DRG Brasil. Uma vez codificado o atendimento a conta hospitalar começou a passar por um novo macrofluxo desenvolvido especialmente para o projeto, que envolve eliminação de burocracia, menor tempo de processamento de conta hospitalar e pagamento único (fixo) por atendimento DRG. Para a primeira fase do projeto foram selecionados cinco DRGs, todos cirúrgicos de alta previsibilidade e baixa complexidade.

OBJETIVO, MÉTODO E RESULTADOS

Criar um sistema de saúde mais eficiente que gere aumento de qualidade assistencial e segurança ao paciente através da implantação de um novo modelo de remuneração hospitalar baseado na metodologia DRG. A remuneração hospitalar terá preço único por atendimento DRG, independente do tipo de atendimento (AMB/INT) e acomodação. Em julho/2017 foi implementado o novo modelo de remuneração no Hospital Mãe de Deus com a operadora Unimed Porto Alegre, pela metodologia DRG, seguindo um novo macrofluxo interno.



Este critério passou a valer para todos os atendimentos codificados com os seguintes DRG: 343-Apendicectomia, 352-Cirurgia de Hérnia e 419-Colecistectomia (início OUT/17), 766-Cesariana e 775-Parto Vaginal (início JUL/17). Os primeiros resultados confirmam a expectativa do projeto.

Descrição do DRG		Indicadores internos	jul/17	ago/17	set/17	out/17
766	CESARIANA SEM CC/MCC	Contas faturadas (QTDE)	28	48	43	37
		Valor faturado (R$)	97.470	168.086	151.178	133.275
		Tempo médio faturamento (DIAS)	17	15	11	5
		% Contas AMBULATORIAL	0%	0%	0%	0%
		% Contas INTERNADO	100%	100%	100%	100%
		Permanência Prevista	3,0	3,0	3,0	3,0
		Permanência Realizada	2,3	2,6	2,3	2,4
DRG		Indicadores internos	jul/17	ago/17	set/17	out/17
775	PARTO VAGINAL SEM CC/MCC	Contas faturadas (QTDE)	5	17	14	15
		Valor faturado (R$)	18.897	62.659	51.719	52.713
		Tempo médio faturamento (DIAS)	15	18	13	6
		% Contas AMBULATORIAL	0%	0%	0%	0%
		% Contas INTERNADO	100%	100%	100%	100%
		Permanência Prevista	2,0	2,0	2,0	2,0
		Permanência Realizada	2,8	2,3	2,4	2,4

CONCLUSÃO

Primeira experiência no Brasil de remuneração hospitalar pela metodologia DRG, entre um prestador e uma operadora, através da implantação de um novo modelo de relacionamento comercial com pagamento único por atendimento codificado, gerando mais eficiência no processo administrativo, eliminação de burocracia fútil e redução no tempo de faturamento.

▲ VOLTAR

O PROCESSO DE EDUCAR PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE EXTENSÃO NO TURNO DA NOITE

Vanessa Favero[1]; Caroline Fochesatto[2]; Rosangela Abusio[3]; Elisandra Leites Pinheiro[4];

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

Introdução

A educação continuada serve como base para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem na medida que ressalta as técnicas específicas e aprimora o conhecimento da equipe, tornando uniforme as ações no processo de cuidar o paciente. O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência de enfermeiras assistências no repasse do conhecimento para equipe técnica noturna, aos protocolos assistências.

Método

Foram convidados profissionais com expertise em diversas áreas de conhecimentos para conduzir os conteúdos específicos direcionados às práticas assistenciais em paciente clínicos e cirúrgicos internados em unidade de internação adulto deste hospital, visando a participação efetiva dos colaboradores.
Foi desenvolvida então, uma atividade denominada *Curso de Extensão* para os colaboradores técnicos de enfermagem das unidades de internação adulto, com duração de 3 meses e carga horária de 30 horas. Visando a participação efetiva dos colaboradores e também para que o conhecimento seja compartilhado com o maior número de funcionários possível o curso foi ministrado dentro da carga horário de trabalho, ou seja, no turno da noite. A certificação fornecida àqueles que tiverem 75% de participação nesta atividade.

Resultados

O curso de extensão oportunizou melhorias para a padronização das rotinas junto ao processo de educar continuamente para garantir segurança e satisfação do paciente, mas também de toda equipe assistencial com maior adesão aos treinamentos.

Conclusão

Percebemos uma maior adesão dos colaboradores em participar do curso de extensão, dessa forma refinam seus conhecimentos para prestar um cuidado embasado no referencial teórico científico para aplicação nas atividades diárias, visando a segurança do paciente.

▲ VOLTAR

O PROCESSO DE MELHORIA DA ADESÃO DA DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SANTA ROSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[1]André Fontes Laske; [2]Elaine Goulart; [3]Cynthia Laura de Amorim Silva; [4]Marizete Bitencourt Reinaldo

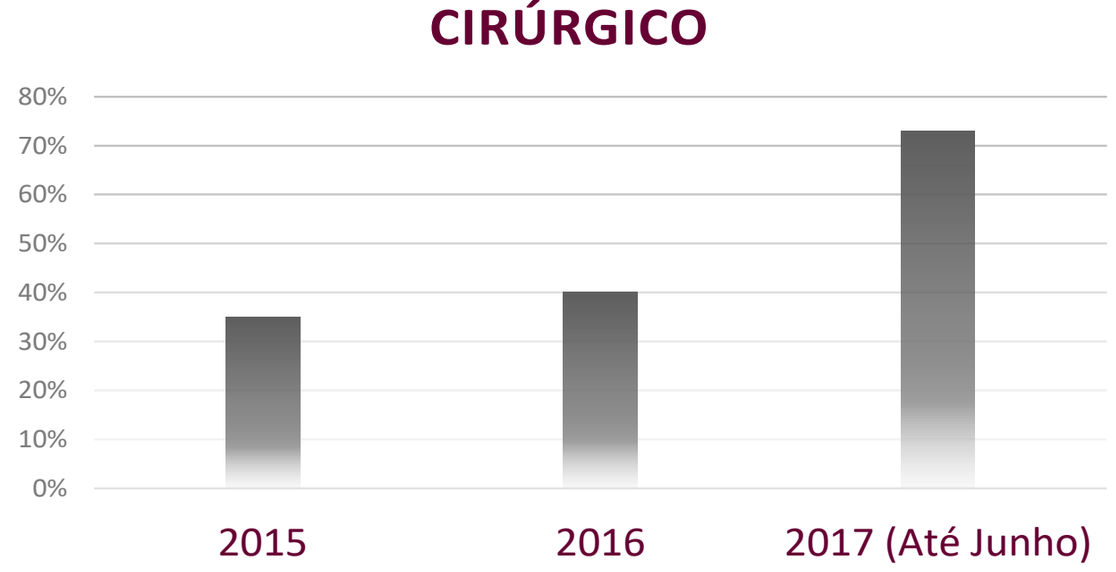
Introdução: O programa de Cirurgia Segura foi instituído no Hospital Santa Rosa no ano de 2012 e desde lá, vem passando por revisões periódicas, no intuito de aumentar a adesão multiprofissional das ações que visam a diminuição de complicações e mortalidade do paciente da linha cirúrgica. A demarcação do sítio cirúrgico sempre foi um desafio na instituição e ao final de 2016, foram trabalhadas ações que demonstraram que era possível alcançarmos êxito por meio de conscientização maciça das equipes cirúrgicas, onde foram utilizadas as reuniões científicas semanais do hospital para ampliação da temática, com debates sobre a aplicabilidade e benefícios para os pacientes e cirurgiões e associado a isso, a instituição fortaleceu rotinas que resultaram no aumento do cumprimento desta premissa, com a marcação sendo realizada pelo cirurgião na Unidade Pré-cirúrgica, um setor que tem o objetivo de admitir o paciente cirúrgico e prepará-lo para o ato operatório, momento em que o paciente participa ativamente da marcação do local a ser operado. Este setor também conta com a equipe de anestesiologia, que é parceiro fundamental no preparo ideal do paciente cirúrgico.

Objetivo: Apresentar as ações implementadas para melhoria da adesão da demarcação de sítio cirúrgico no Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.

Método: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência.

Resultados: Até a adoção das medidas propostas, nossos resultados médios de adesão da demarcação de sítio cirúrgico eram insatisfatórios, tendo alcançado em 2015 apenas 35% e em 2016, 40% de adesão. Em 2017 estamos com resultado médio de 73% de adesão até o mês de Junho e compreendemos que este resultado se deu por disciplina e persistência no engajamento de todos para o alcance das metas estabelecidas.

TAXA DE DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO



Conclusões: Percebemos com o passar do tempo, que nenhum programa proposto alcança êxito sem a discussão e participação multidisciplinar. É de fato a equipe operacional que tem a propriedade necessária para definir a melhor estratégia de implementação de qualquer proposta que potencialize a segurança do paciente e é papel da gestão ampliar as discussões para que o melhor resultado seja alcançado por todos. Estes resultados são apresentados mensalmente e auxiliam na compreensão dos objetivos que a Cirurgia Segura propõe.

[1]Enfermeiro, Gerente de Enfermagem do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT;
[2]Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT;
[3]Enfermeira Pleno do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT;
[4]Enfermeira Júnior do Hospital Santa Rosa de Cuiabá/MT.

▲ VOLTAR

Hospital Nipo-Brasileiro

Percepção da enfermagem sobre a melhoria na qualidade assistencial com o Programa de Acompanhamento Profissional (PAP)

Autores: Leandro de Medeiros Magalhães (Enfermeiro Educacional)
Coautores: Patricia Danielle dos Santos Mosca (Enfermeira Educacional), Gilmara Aparecida Nogueira (Superintendente de Enfermagem)

Introdução:

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, buscando variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento. Para obter qualidade é preciso treinamento contínuo. Treinamento é um conjunto de métodos usados para transmitir conhecimentos, desenvolver habilidades e comportamentos necessários para o bom desempenho no trabalho. Auxilia as pessoas a serem mais eficientes, a evitar erros, ter melhores atitudes e alcançar maior produtividade, por meio dele, pode-se aprender fazendo, reavaliando e mudando comportamentos. O vínculo entre a teoria e a prática deve estar em evidência diária entre a equipe de enfermagem que recebeu o treinamento. Em junho de 2015 foi criado o Programa de Acompanhamento Profissional (PAP) no Hospital Nipo Brasileiro.

Mensalmente após a integração teórica, é realizado o PAP, uma modalidade de integração prática que ocorre por 10 plantões de 06 horas distribuídos no pronto atendimento, clínicas médica e cirúrgica, é aplicado prova teórica no primeiro e último dia. No primeiro dia, são dimensionados em dupla com paciente de baixa dependência e ocorre alteração da escala de acordo com o desenvolvimento individual de cada um. Nesse período é realizado feedback diário com elogios e pontuando oportunidades de melhorias. O PAP é aplicado para todos os setores do hospital em colaboradores recém contratados, que passarem por promoções, que retornarem de licenças acima de 4 meses ou indicados pelos coordenadores.

Objetivo:

Entender a percepção da equipe de enfermagem sobre melhoria da qualidade assistencial através do PAP.

Metodologia:

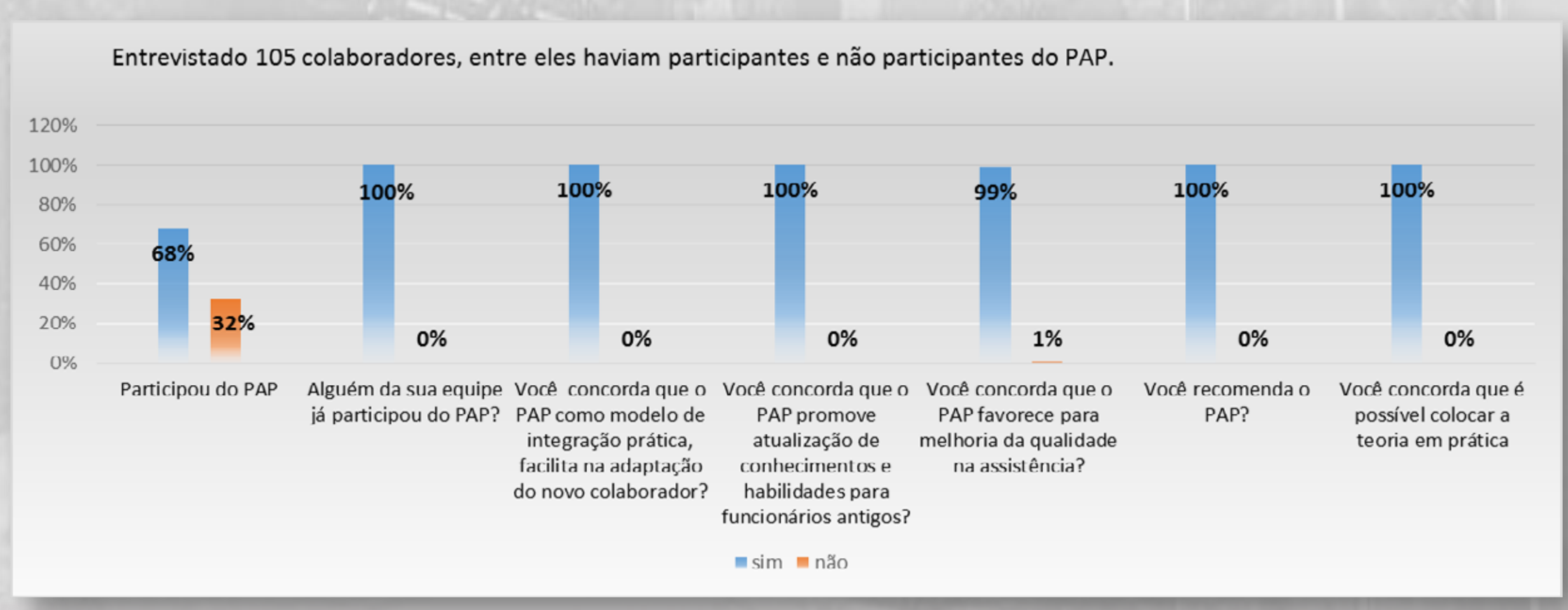
Estudo descritivo desenvolvido pelo setor de Treinamento e Desenvolvimento do Hospital Nipo Brasileiro. Foi realizado uma coleta de dados em forma de entrevista para 105 colaboradores, entre eles haviam participantes e não participantes do PAP.

Resultados:

Os entrevistados recomendaram o PAP, afirmaram que é possível aplicar a teoria na prática e declararam unanimemente que o PAP facilita na adaptação do novo colaborador, promove atualização de conhecimentos e habilidades para colaboradores antigos, com isso favorece a melhoria da qualidade na assistência prestada ao paciente pela equipe de enfermagem.

Conclusão:

A equipe de enfermagem acredita, valoriza e percebe na prática que o PAP é fundamental para a melhoria da qualidade na assistência prestada ao paciente.



▲ VOLTAR

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Perfil dos pacientes com risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

Denilse Damasceno Trevilato | Thaís Camargo de Melo | Daniela de Oliveira Cardozo | Rita Catalina Aquino Caregnato

INTRODUÇÃO

Posição cirúrgica é aquela na qual o paciente é colocado depois de anestesiado e deve propiciar ao cirurgião boa visão da área operatória. O posicionamento ideal seria aquele capaz de proporcionar um bom acesso ao campo operatório, manter alinhamento corporal do paciente, com mínimo de tensão e pressão sobre o tecido, preservando as funções fisiológicas.

A escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO), validada em 2013, tem como objetivo avaliar os pacientes quanto ao risco de desenvolverem lesões e fornecer subsídios para melhoria na assistência de enfermagem intraoperatória. O conhecimento da população de pacientes com maior risco possibilita o planejamento da assistência perioperatória contribuindo para redução deste.

OBJETIVO

Conhecer o perfil dos pacientes atendidos em cirurgias de grande porte quanto ao risco de desenvolver lesões decorrentes ao posicionamento cirúrgico.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado em um hospital privado de grande porte de Porto Alegre, sendo a amostra composta por 59 pacientes adultos, os quais foram submetidos às cirurgias eletivas de grande porte, sendo aplicada a escala de ELPO após a indução anestésica, no período de janeiro a abril de 2017.

RESULTADOS

Evidenciou-se em 40,67% dos pacientes maior risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. As posições ventral e litotomia, oferecem maior risco conforme a escala de ELPO, foram realizadas em 15 (25,4%) pacientes da amostra. Quanto à previsão de tempo do procedimento, 8 (13,6%) pacientes foram submetidos a cirurgias de mais de 4 horas de duração. Quanto aos suportes utilizados para o posicionamento, o coxim de espuma foi utilizado em 22 (37,3%) procedimentos e os coxins de campos de algodão em 18 (30,5%).

CONCLUSÃO

A aplicação da ELPO permitiu conhecer o perfil dos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte de um hospital privado de Porto Alegre, identificando aqueles classificados com maior risco para desenvolvimento de lesões. Sugere-se a utilização da escala de ELPO como protocolo de avaliação de risco de lesão para todos os pacientes cirúrgicos, bem como a substituição dos coxins de espuma e algodão por coxins de viscoelástico.

REFERÊNCIAS

1. Heizenroth, PA. Posicionamento do paciente para cirurgia. In: Rothrock, JC. Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007
2. Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão, CM. Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Ver. Latino-Am. Enfermagem, 2016;24:e2704. [acessado em 19/04/2017]; disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02704.pdf
3. Lopes, CMM. Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Ciências] - Universidade de São Paulo; 2013

▲ VOLTAR

Performance hospitalar

Indicadores para acompanhamento da prática médico-assistencial

Mª Cláudia S C Souza | Flávia Ghizzoni |
Renata M Adamy | Melina M. Schuch

INTRODUÇÃO

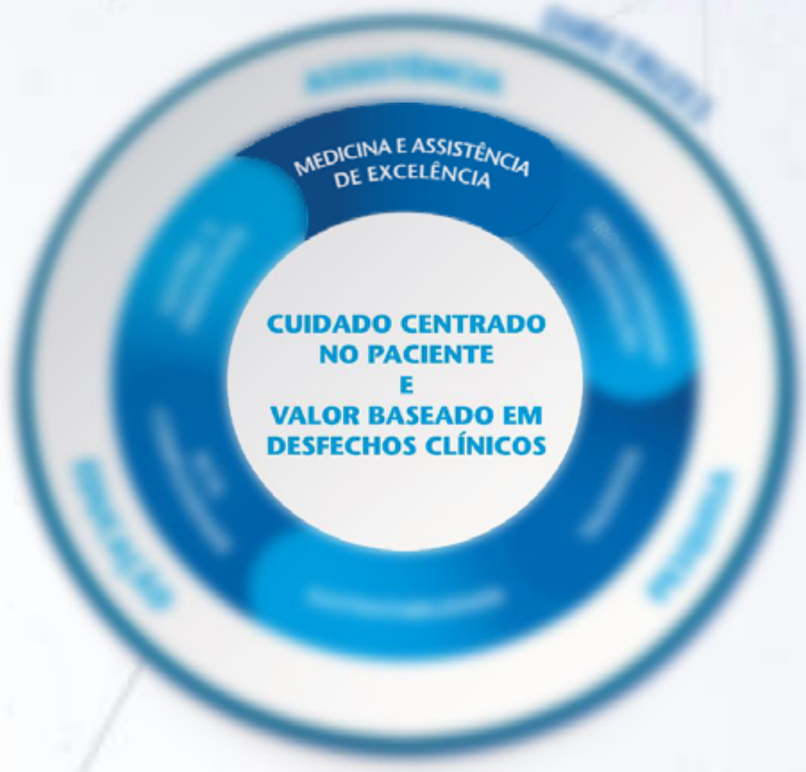
É preciso gerenciar indicadores clínicos para avaliarmos os serviços e a qualidade assistencial prestados, e intervir com ações de melhoria quando necessário. O Hospital Moinhos de Vento entende que alguns indicadores de risco precisam ser acompanhados e discutidos mensalmente.

OBJETIVO

Gerenciar indicadores padronizados que refletem os serviços e a qualidade assistencial prestados.

METODOLOGIA

Acompanhamento sistemático de medidas baseadas em referenciais internacionais para comparação e estabelecimento de metas. Padronização de critérios permite a comparação do mesmo indicador ao longo do tempo, sendo o seu resultado individual ou de um determinado periodo de tempo comparativo. A informação para a mensuração dos indicadores é proveniente de sistema informatizado ou busca ativa de dados sensíveis ao cuidado. Além disso, afim de qualificar a informação, é importante a validação dos dados coletados. Esse processo ocorre quando um segundo método de coleta é aplicado para o mesmo indicador utilizando os mesmos critérios.



Acima, mata estratégico institucional com foco nas diretrizes trabalhadas

RESULTADOS

Vinculados à duas diretrizes do mapa estratégico institucional – Medicina e Assistência de excelência; Cuidado centrado no paciente e valor baseado em desfechos clínicos – foram definidos cinco domínios de interesse: desfecho, tempo dependentes, infecção por dispositivos, infecção cirúrgica, e eventos adversos, totalizando 22 indicadores. A partir disso, são gerados relatórios periódicos para acompanhamento dos resultados. Indicadores fora das metas estabelecidas geram alertas para os gestores, possibilitando a melhor administração da sua área e identificação de pontos críticos. O indicador é considerado validado a partir de uma concordância entre métodos de pelo menos 90%.

Acima, indicadores distribuidos dentro de cada domínio

A avaliação do desempenho médico-assistencial decorre do resultado mensal, mas tambem da tendência anual de cada indicador. A discussão e análise dos resultados acontece mensalmente com as principais lideranças envolvidas no gerenciamento do cuidado. São identificadas ações para alinhamento ou melhorias de processo avaliados como não adequados. Esses indicadores foram escolhidos pela importância para a instituição.

CONCLUSÃO

O principal resultado é a mensuração transparente e padronizada que a ferramenta entrega, fornecendo subsídio para tomada de decisões. A partir dos resultados apresentados, quando necessárias, são tomadas ações direcionadas para a melhoria do processo ou método de assistência. Sugere-se que os dados tenham origem de sistemas informatizados, pois a obtenção das informações é mais fidedigna, e a longo prazo, reduz custos. A principal aplicação do estudo encontra-se no fato de que indicadores fora das metas estabelecidas geram alertas que implicam em tomadas de decisões imediatas para a melhoria do processo ou do método de assistência.

▲ VOLTAR

HOSPITAL MADRE TERESA
INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA

5º CONAHP CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS

EIXO SISTEMA DE SAÚDE| As rupturas emergentes e o papel dos hospitais
22, 23 e 24 de novembro de 2017 | Sheraton – WTC |São Paulo

PROCALCITONINA NA TRIAGEM DO PROTOCOLO DE SEPSE

Freitas, F.R[1].; Gonçalves, S.M[2]; Menezes, C.A.S[1].; Silva, I.F.O[1].; Mota, A.P.L[1]
1- Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas – Fac. Farmácia – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
2- Hospital Madre Teresa

RESUMO

Sepse é uma manifestação clínica associada a elevada taxa de morbimortalidade. O objetivo do estudo foi avaliar a Procalcitonina (PCT) em pacientes triados no Protocolo Sepse. Os dados demonstram um desempenho positivo da PCT num cut-off de 0,5 ng/mL para classificação da Sepse.
Palavras-chave: Sepse. Procalcitonina. Biomarcador..

INTRODUÇÃO

A sepse é uma manifestação clínica associada a uma elevada taxa de morbimortalidade[1]. Dados de 2015 demonstram que, no Brasil, ocorre aproximadamente 600 mil novos casos de sepse por ano, sendo que as complicações decorrentes desse quadro representam 16,5% das causas de atestado de óbito. A mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) brasileiras está em torno de 55% e gera um custo anual de aproximadamente R$ 17 bilhões ao sistema hospitalar[2]. Dados do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) de 2016, demostram que a sepse é um problema de saúde pública e que precisa ser melhor gerenciada pela rede de saúde brasileira. O uso de biomarcadores, como a procalcitonina (PCT), é uma alternativa para o diagnóstico precoce da sepse[3]. Conhecer seu desempenho é fundamental para o desenvolvimento de ferramentas mais efetivas no diagnóstico e prognóstico. O objetivo do trabalho foi avaliar a PCT em pacientes triados no Protocolo Sepse (PSE) quando comparada ao desfecho final definido pelo médico. O trabalho partiu da hipótese nula (HO) que a PCT classifica os pacientes elegíveis ao protocolo sepse da mesma maneira que os métodos já utilizados pelo hospital (dados clínicos e exames laboratoriais).

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudo prospectivo realizado durante os meses de Julho a Novembro de 2016, no Hospital Madre Teresa/Belo Horizonte/Minas Gerais. Foram selecionados 103 pacientes adultos inseridos no PSE, após assinatura do Termo de Consentimento. Do total de pacientes, foi realizada a determinação da PCT, em plasma heparina, para 73 casos. Os testes foram realizados no equipamento Mini Vidas®, da bioMérieux. O banco de dados foi construído a partir da leitura dos prontuários, incluindo dados clínicos e outros dados laboratoriais, além da dosagem da PCT. A classificação dos pacientes em sepse/ não sepse foi realizada pelo corpo clínico do hospital tendo em vista os conceitos de sepse propostos em 1992 pelo *American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine* (ACCP/ SCCM)[4]. As análises estatísticas foram realizadas no programa MiniTab (versão 17), através do Teste "t" pareado, com valor p<0,05.

RESULTADOS

Entre os 103 casos triados, 52% eram homens e 48% eram mulheres com média de idade 70 ± 18 anos. Em relação a origem do protocolo, 15% dos casos foram originados das unidades de internação (UI), 33% das UTI's e 52% do pronto atendimento (PA). Do total de pacientes, 67 foram classificados como não sepse e 36 como sepse, ocorrendo 28 óbitos (27%). No grupo sepse, 10 casos foram a óbito, representando 28% do grupo. Gráfico 1.

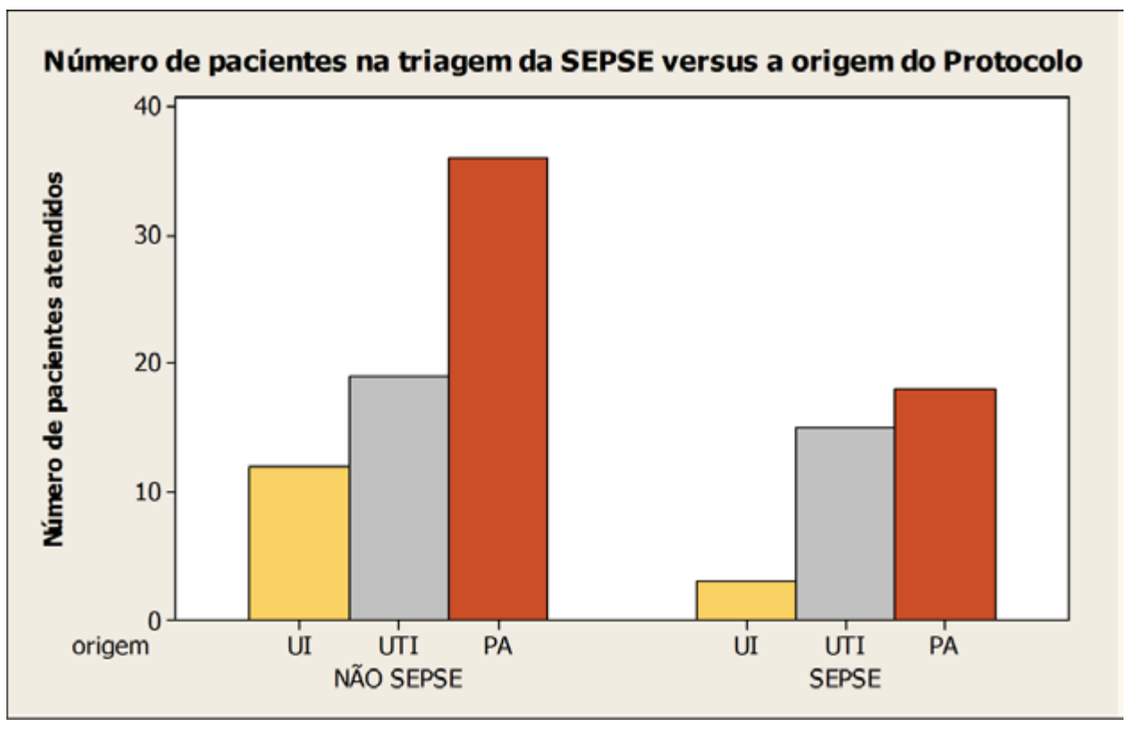


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes, classificados em sepse e não sepse, quanto a origem do protocolo de sepse.

Do total de 103 pacientes, foram dosadas PCT em 73 casos, sendo 31 sepse e 42 não sepse. Esse trabalho comparou com testes estatísticos a sepse/não sepse, considerando como única ferramenta o biomarcador PCT para classificação em relação ao desfecho do diagnóstico clínico e laboratorial utilizados pelo corpo clínico do hospital. Para uma PCT com cut-off 0,5 ng/mL não houve diferença estatística significativa (p=0,487) entre a forma de classificar o paciente. Utilizando um cut-off de 0,25 ng/mL de PCT houve diferença estatística significativa (p=0,044).

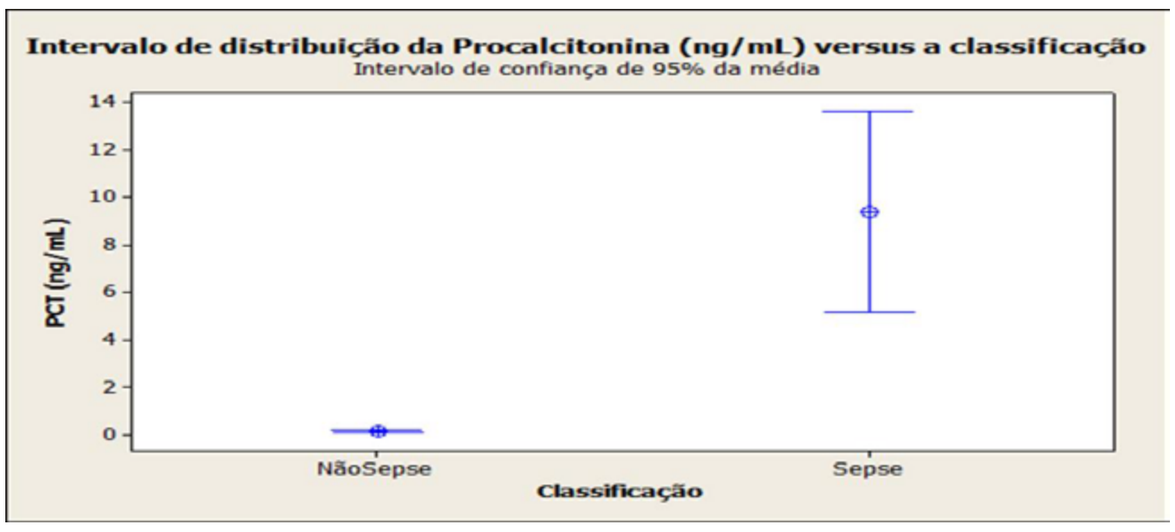


Figura 1: Distribuição dos resultados da PCT (ng/mL) no grupo sepse e não sepse com intervalo de confiança de 95%

CONCLUSÕES

Na população estudada, que representa a totalidade de casos atendidos no período com suspeita de sepse, o cut-off de 0,5 ng/mL para a PCT como único marcador foi tão assertivo quanto o método já em uso pelo hospital. O presente estudo contribui com a pesquisa de novos biomarcadores em condições de urgência médica em um doença potencialmente fatal podendo contribuir para a redução de óbitos e ajuste de drogas terapêuticas. Estudos adicionais devem ser encorajados, uma vez que a literatura descreve diferentes cut-offs a serem aplicados de acordo com o grau de risco do paciente para sepse, mas não há sugestões para a triagem médica, condição pela qual o presente estudo foi desenvolvido e justifica sua relevância para a população atendida no serviço estudado e para pesquisa médica.

REFERÊNCIAS

1) SAMRAJ R.S, ZINGARELLI B., WONG H. Role of biomarkers in sepsis care. Shock. 40(5): 358–365 November, 2013.
2) CFM. Sepse: um problema de saúde pública / Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília, 2015.
3) KOJIC D, SIEGLER B.H et al. Are there new approaches for diagnosis, therapy guidance and outcome prediction of sepsis? *World J Exp Med* 2015; 5(2): 50-63
4) BONE R.C, BALK R.A, CERRA F.B, et al. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992;20(6):864-874.

Contato: Simone Martins Gonçalves| simone.martins@hospitalmadreteresa.org.br | (31) 33398523

▲ VOLTAR

RACIONALIZAÇÃO DA LISTA DE DUPLA CHECAGEM: PERCURSO METODOLÓGICO

Silvia Helena Frota Mendonca[1]
Denise Cavallini Alvarenga[2]
BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

INTRODUÇÃO

Para o Instituto para Práticas Segura no Uso de Medicamentos – ISMP, Medicamento de Alta Vigilância - MAV são aqueles medicamentos que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.

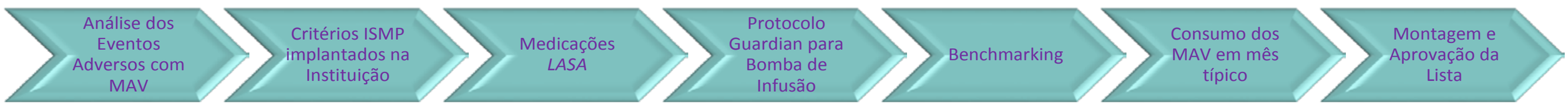
A Dupla Checagem é a conferência, em duas fontes, dos itens relacionado ao preparo e administração das MAV. Esta barreira que deve ser adotada como prática, porém não é exequível para a totalidade da lista de MAV.

OBJETIVO

Racionalizar a lista de MAV com dupla checagem.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, tipo relato de experiência, realizado em um hospital terciário da cidade de São Paulo.
As etapas foram:



RESULTADOS

Entre 2016/2017, houve 5 eventos relacionados a MAV, nenhum com dano irreversível.

Somente 1 categoria de recomendações do ISMP não estava implantada.

Com relação as medidas recomendadas pelo ISMP, 74% são atendidas e a principal fragilidade foi relativa aos itens de educação aos pacientes.

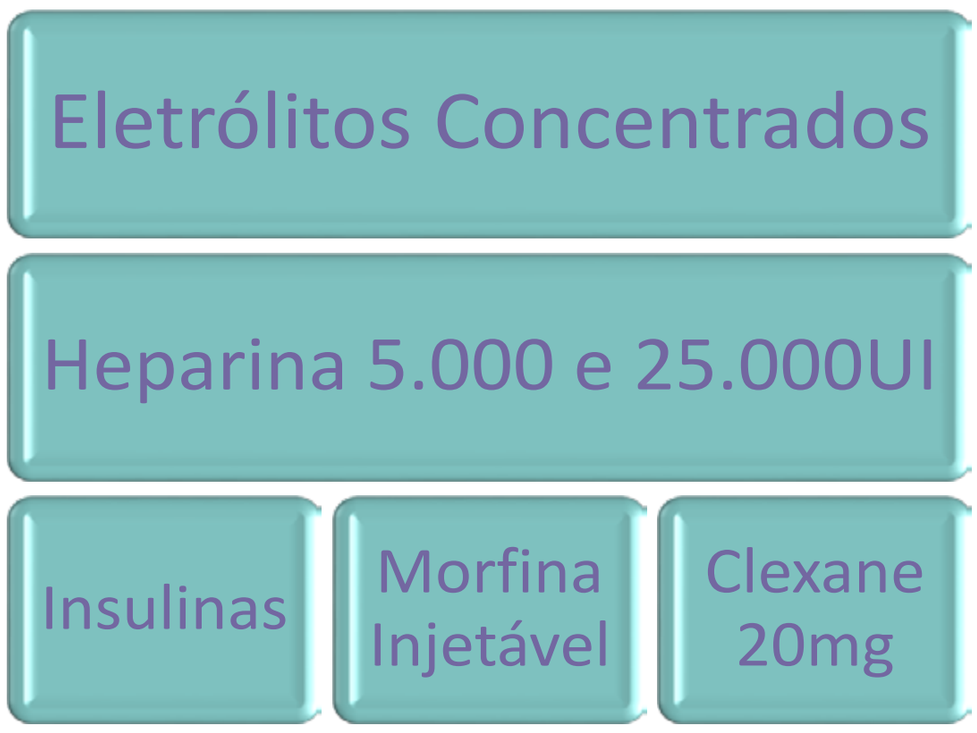
Somente 8 medicamentos da Lista atual de MAV também faziam parte da lista de Medicamentos *sound-a-like; look-a-like (LASA).* Quatro medicamentos da Lista atual de MAV seriam contemplados no Protocolo Guardian.

Portanto nenhuma das listas eram consistentes como barreira para Lista de MAV.

O benchmarking foi feito com 10 instituições com selo de acreditação hospitalar e perfil de atendimento semelhante. As listas eram heterogêneas e não havia consenso quanto aos itens da lista; somente Cloreto de Potássio estava presente em 100% das instituições.

O consumo das unidades revelou que 14% dos itens prescritos em UTI requeriam Dupla Checagem e 71% dos setores assistenciais utilizavam eletrólitos concentrados; 66% usavam heparinas e 57% usavam Insulinas e Morfina injetável.

Após análise, a lista reduzida de MAV com Dupla Checagem foi aprovada pelas lideranças médicas, de enfermagem e Comissão de Farmácia e Terapêutica, sem restrição.



CONCLUSÃO

A revisão da Lista de MAV com Dupla Checagem foi um processo racional, responsável e factível, porém instigante já que houve mudança de paradigma na forma de tratar estes medicamentos – nem todos os MAV precisam ter a barreira de Dupla Checagem.

REFERÊNCIAS

- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial – Listas atualizadas 2015. Boletim ISMP Brasil 2015; 4(3); 1-8. Disponível em http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf. Acesso em 08/03/2017.
- Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos. Nomes de Medicamentos com Grafia ou Som Semelhantes: como evitar erros?. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V3N1.pdf . Acesso em: 03.fev. 2017.
- *Joint Commission International*. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Illinois, EUA. 6th Edition, 2017.

[1]Supervisora de Práticas Assistenciais
[2]Gerente de Práticas Assistenciais

Beneficência Portuguesa de São Paulo
R. Maestro Cardim, nº 769| Bela Vista | São Paulo - SP
www.bp.org.br

▲ VOLTAR

RELACIONAMENTO DO MÉDICO COM O HOSPITAL DO FUTURO

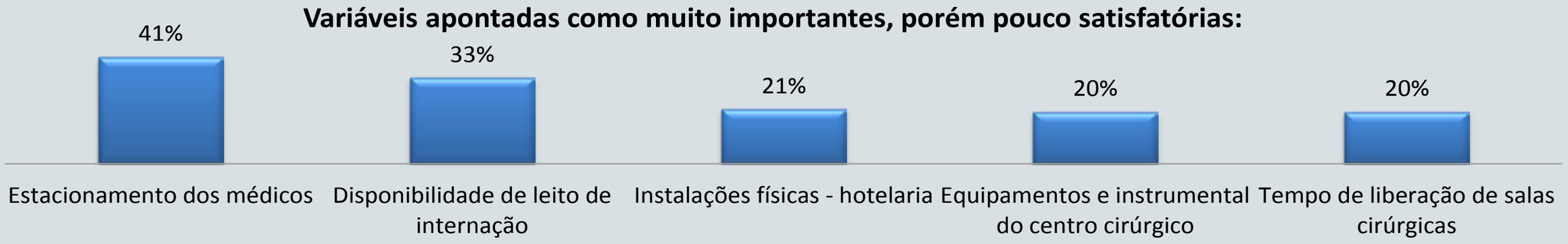
Autores: Bárbara A. Lespinasse Sampaio gerente de RH Hospital São Lucas de Ribeirão Preto – HSL RP; Elpidio José Mieldazis – diretor geral HSL RP; Gilberto Tadeu Shinyashiki– professor doutor FEARP- USP; Andressa Oliveira Andrade – Gerente Executiva Comercial HSL RP

5° CONAHP
Congresso Nacional de Hospitais Privados

Introdução: o modelo de prestação de serviços, a relação entre hospitais, operadoras de saúde, pacientes e médicos é um desafio em transformação. Muitos médicos atuam como executivos e parceiros de Hospitais, aliando práticas de assistência às práticas de gestão de seus próprios negócios.
Objetivo: analisar a satisfação de fatores considerados importantes pelos médicos para aprimorar as variáveis de relacionamento entre eles e a instituição.

Metodologia: estudo descritivo quanti-qualitativo realizado no final de 2016; aplicado questionário online contendo 38 variáveis divididas em 3 categorias (fatores ligados à atividade do médico, serviços de assistência e de apoio) e realizada entrevista presencial semiestruturado. Para cada variável foram perguntados o grau de importância e satisfação utilizando escala *likert*. A análise identifica que há diferenças entre os grupos de cirurgião e clínico e especialidades.

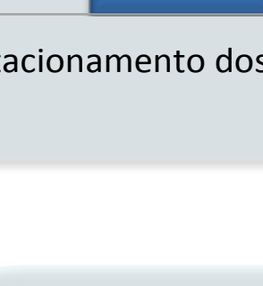
Resultados: 40 participantes na pesquisa quantitativa e 20 na qualitativa. Dados foram analisados estatisticamente e avaliada significância. Resultados quantitativos:



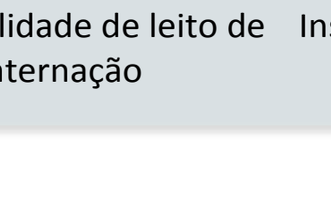
Resultados qualitativos:
Critérios de escolha do Hospital pelo médico:

Hotelaria e Disponibilidade de leito

Facilidade de agendamento cirúrgico



Qualidade dos aparelhos e instrumentos



Proximidade do consultório

Enfermagem competente e atenciosa*

Segurança do paciente

*Quanto à Enfermagem, o cirurgião valoriza a confiança que a equipe vai seguir as orientações, enquanto o clínico valoriza a qualificação, ambos valorizam atendimento.

Conclusão: possível classificar o perfil do médico em 4 categorias:

Médico utilitarista
tempo é finito e ele precisa fazer o maior valor possível neste tempo

Médico especialista
quer gastar o seu tempo no seu trabalho, quer recursos adequados e cuidar somente do procedimento

Médico e status
avalia positivamente os benefícios tangíveis e intangíveis que tem na permanência no hospital

Médico e o paciente
para conseguir viabilizar o procedimento com o paciente e conseguir mantê-lo satisfeito e lidar com a concorrência

▲ VOLTAR

RELATO DE EXPERIÊNCIA - A COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A UTILIZAÇÃO DE UM QUADRO ASSISTENCIAL

Adriana Moreira Noronha Simões[1]; Janaína do Nascimento Gabriel[2]; Priscila Nunes de Carvalho[3]; Tatiana Alexandra da Costa Pires[4]

HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO

A Comunicação é definida como o ato de transmitir e receber informações e, uma importante ferramenta na tomada de decisões para a condução terapêutica. Durante a passagem de plantão, a equipe de enfermagem deve transmitir e receber as informações precisas sobre o paciente com eficiência.

OBJETIVO

Otimizar a comunicação multidisciplinar, direcionar a equipe, auxiliar na eficiência operacional das atividades das equipes multidisciplinares e áreas de apoio implementando um quadro de comunicação assistencial contendo informações relevantes ao paciente para favorecer a agilidade e qualidade dos processos de atendimento.

MODELO DE QUADRO – SETOR CIRURGICO

MODELO DE QUADRO – SETOR ONCOLÓGICO

MÉTODO

Identificou-se a necessidade de comunicar as atividades assistenciais de cada paciente de forma eficiente e simplificada. Nesse cenário, enfermeiras sêniores do Hospital Samaritano de São Paulo, idealizou um quadro magnético contendo informações sobre o leito e horário e, para cada situação (procedimento, jejum, alta hospitalar etc.) foram selecionadas cores com imãs para classificar cada situação e legenda de sinalização da classificação de cores dos imãs. Após a aprovação do projeto pela Gerência de Enfermagem, dois quadros foram confeccionados e instalados como piloto em duas unidades, sendo uma clínica e outra cirúrgica e analisado durante 20 dias. O quadro foi instalado no posto de enfermagem contendo os leitos e as informações para serem preenchidas e atualizadas pela equipe de enfermagem em tempo real para facilitar a comunicação e transmissão de informações. As equipes multiprofissionais e de apoio consultavam o quadro antes da realização de atividades diretas ou relacionadas ao paciente.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

O quadro demonstrou ser um facilitador para a comunicação tanto para a passagem de plantão de enfermagem, quanto para as demais equipes, como serviço de higiene, nutrição e segurança, relacionadas ao planejamento e organização dos serviços executados. Foram dadas sugestões de melhorias como realocação do quadro em local de maior visibilidade, aumento no tamanho das letras e adequação com algumas informações específicas de cada unidade. Os resultados e opiniões quanto ao piloto foram apresentados à Gerência de Enfermagem que, após análise aprovou o projeto para ser implantado nas demais unidades assistenciais do hospital, pois ao pensarmos em sustentabilidade e redução de custos, desde as melhorias na eficiência dos processos e até mesmo a redução significativa de impressões, acreditamos que no futuro e com os ajustes sugeridos este quadro poderá substituir definitivamente outras formas de comunicação na passagem de plantão, tornando-se portanto uma ferramenta indispensável na comunicação assistencial.

▲ VOLTAR

Relato de Experiência em Round Multidisciplinar de Paciente com Longa Permanência

Elisandra L Pinheiro[1]; Daniela T. Oliveira[2]; Denise C. da Silva[3]; Ana Isabel Martins[4]; Franciele Aparecida Gutierres[5] ;Silvania Martins Almeida[6]

1.Enfermeiro Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
2.Coordenador Assistencial – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
3.Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
4.Enfermeiro Assistencial II– Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
5. Enfermeiro Assistencial II– Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
6. Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Instituto de Educação e Pesquisa
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

Introdução

No mês de março, foi realizado *round* com toda a equipe multidisciplinar, como projeto piloto na unidade de internação C1, referência de germe multirresistentes. Esta proposta da realização de rounds, melhora a comunicação interdisciplinar, aprimora os processos assistenciais, planeja os cuidados e ou necessidades para agilizar a alta do paciente, em uma unidade de internação adulto, de paciente crônicos, em um hospital privado de Porto Alegre. Através de *rounds* mensais com equipe muldisciplinar, traçamos metas, abordagens e o envolvimento de outros setores responsáveis. Visamos diminuir o tempo de internação do paciente crônico, nas unidades de internação.

Método

O principal foco é ajudar na evolução do cuidado deste paciente e família, visando à alta hospitalar. O *round* multidisciplinar, consiste no time de alta hospitalar, médico assistente, enfermeira, fisioterapia, nutricionista, pastoral, assistente social, psicologia e técnico de enfermagem onde cada profissional contribui sua conduta sobre o tratamento. Realizado na unidade de internação C1, onde tem um grande número de pacientes internados a mais 28 dias, totalizando 12 pacientes. Para que fosse analisado caso por caso. Foi abordado neste *round*: idade do paciente, tempo de permanência na unidade de internação, médico assistente, história prévia, história atual, motivos pelo qual o paciente está internado. Usamos um instrumento de coleta como roteiro, para guiar o *round*. Ao final de cada *round,* propomos condutas, abordagens, estabelecemos algumas metas para abordagem e apontamos algumas áreas de apoio deveriam ser envolvidos, para auxiliar nestas altas, de forma individualizada e humanizada e evoluídos todos em prontuário eletrônico e discutidos com cada medico assistente.

Resultados

Evidenciou-se a eficiência dessa ação através dos levantamentos estatísticos comparativos. Dos 12 rounds realizados no dia 23 de março de 2017, obtivemos um resultado satisfatório no dia 13 de abril de 2017 de 5 altas hospitalares, com sucesso. Gerando uma estatística de 100% dos casos abordados,42 % obtiveram alta hospitalar.

Conclusão

Após resultados satisfatórios, com a realização deste *round* multidisciplinar, visamos a ampliação desta ação para o restante das unidades de internação. Percebemos motivação dos profissionais desta unidade no atendimento, sentiram-se envolvidos e começaram a demonstrar interesse neste projeto, por apresentar um resultado positivo. As equipes multidisciplinares demonstraram-se disponíveis e acessíveis, facilitando a comunicação, promovendo o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de da saúde, familiares e pacientes.

▲ VOLTAR

REMUNERAÇÃO SUSTENTÁVEL: É POSSÍVEL MANTER UM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS COM QUALIDADE E COM RESULTADO FINANCEIRO POSITIVO

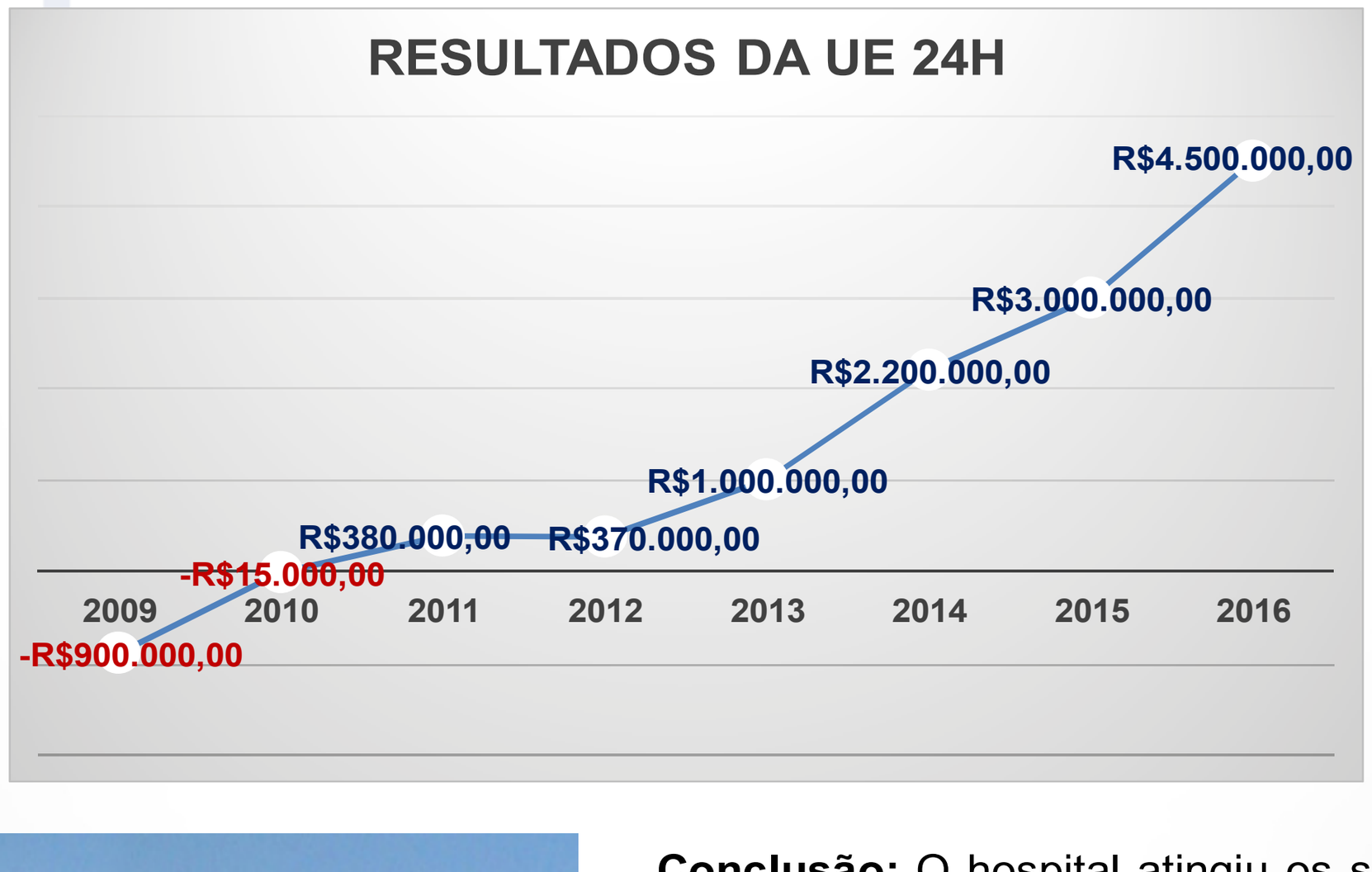
Autores: Carlos A. S. Carneiro – Gerente de Marketing; Maurício Vilela – Coordenador Administrativo do Serviço de Emergência 24h; Jouse M. da S. Coelho – Supervisora Comercial

Introdução: O aumento de atendimentos de Urgência e Emergência (UE) 24h que geram apenas consultas tem sido considerável, que além de não cobrir os custos, lotam esses serviços com atendimentos não característicos para esse fim e geralmente dão prejuízo. Estes devem ser utilizados de maneira racional, priorizando os pacientes que o necessitam, pois, ao contrário, geram ônus, tanto para a operadora, quanto para hospitais e o maior prejudicado no final é o usuário. A Santa Casa de Maceió (SCM) mantém um Serviço de UE 24 h ininterrupto, garantindo atendimento médico, de enfermagem e de apoio e diagnóstico. Visando equilibrar a situação, em 2010 a SCM mudou a sistemática de oferta do serviço, negociando uma Taxa de Atendimento para UE 24h.

Objetivos: Buscar um modelo de remuneração em que o hospital conseguisse manter a UE 24h, que as Operadoras de Saúde (OPS) pudessem remunerar, buscando uma utilização racional.

Método: Utilizou-se de um método intervencionista, onde inicialmente foi realizado um diagnóstico financeiro e operacional, em seguida se desenvolveu um modelo de recomposição de receita e alinhamento operacional. Conseguinte, se deu uma negociação com as OPS.

Resultados: Com base nos dados, a proposta inicial foi enviada em abril de 2010 para 26 OPS. Em 2011 foi fechada a Taxa de Atendimento com 10 OPS. Hoje há negociação com todas as OPS credenciadas ao hospital, entendendo essas, a coerência e validade da taxa para o hospital manter os atendimentos. Em 2009 o serviço teve um prejuízo de 900 mil reais, passando para 15 mil em 2010, sendo que a partir de 2011, colecionou somente resultados positivos, sendo 380 mil em 2011, 370 mil em 2012, 1 milhão em 2013, 2,2 milhões em 2014, 3 milhões em 2015 e 4,5 milhões em 2016, caracterizando assim a contribuição dessa negociação para o resultado da UE 24h do hospital.



Conclusão: O hospital atingiu os seus objetivos quanto à busca por uma remuneração sustentável que não comprometesse o equilíbrio econômico-financeiro das partes, garantindo a continuidade de um serviço tão importante para a sociedade, e conseqüentemente para os usuários das OPS. Com isso, o trabalho contribui para a temática de Remuneração Sustentável, discussão esta tão escassa na literatura de gestão hospitalar e na prática do Mercado de Saúde Suplementar.

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ

▲ VOLTAR

REMUNERAÇÃO SUSTENTÁVEL PARA MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE MATERNIDADE

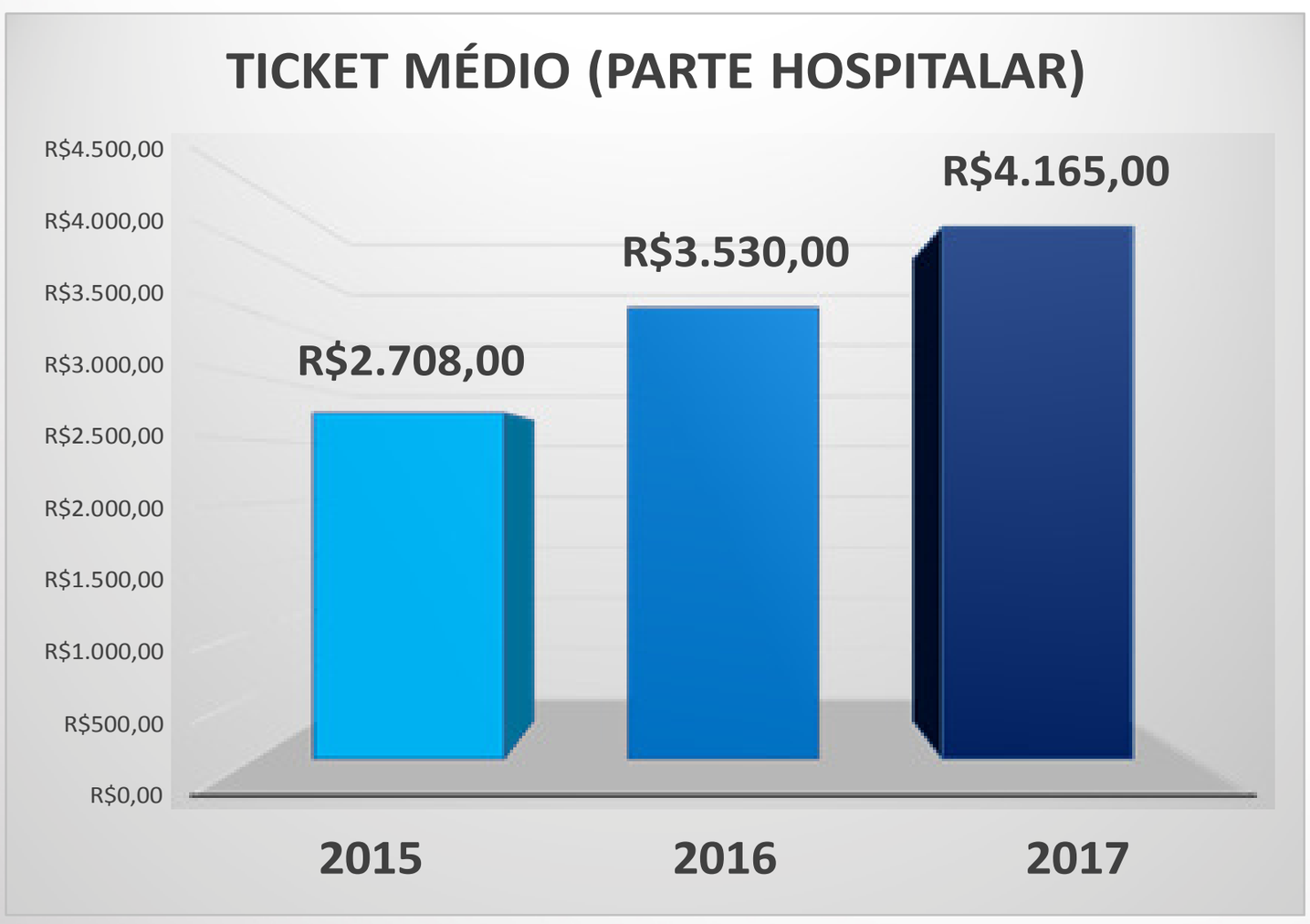
Autores: Carlos A. S. Carneiro – Gerente de Marketing; Taciana de A. B. Gomes – Gestora de Unidade; Jouse M. da S. Coelho – Supervisora Comercial

Introdução: A partir do Planejamento Estratégico de 2005, a Santa Casa de Maceió vem repensando seu modelo de atuação no Mercado de Saúde Suplementar, buscando por um lado uma maior participação neste, uma vez que essa fonte pagadora constitui a principal forma de manutenção da filantropia, e por outro, uma melhor forma de se relacionar com as Operadoras de Saúde (OPS), pois para buscar uma Relação Sustentável se fazia necessário um novo paradigma a ser implantado. Há 11 anos o hospital conta com uma área comercial que além de buscar as negociações tradicionais, busca também novas formas de Remuneração Sustentável, seguindo a tendência e a necessidade desse mercado. A remuneração adequada em serviços de maternidade tem sido um dos desafios dos hospitais brasileiros.

Objetivos: Buscar um modelo de remuneração em que o hospital conseguisse manter o serviço de maternidade e que as OPS pudessem remunerar.

Método: Utilizou-se uma análise do custo de oferta do serviço, depois se aplicou uma margem de lucro (markup). Paralelamente, foi realizada uma pesquisa de mercado com pacientes que já tiveram experiência no serviço, identificando a percepção de valor do mesmo e também a aceitação da faixa de preço particular, caso as OPS não conseguissem remunerar o serviço no preço proposto. Em seguida, se deu uma negociação com as OPS.

Resultados: Com base nos dados, a proposta inicial foi enviada em novembro de 2015 para 21 OPS. Após 6 meses foram fechados pacotes com 10 OPS. Hoje há negociação com 14 OPS, evidenciando a adesão à nova proposta. Tal negociação se configurou num "*ganha-ganha*", pois por um lado as OPS puderam continuar contanto com uma maternidade de referência e reconhecida pela experiência dos clientes e o hospital manteve o serviço com sustentabilidade. Em 2015 o ticket médio (TM) do parto (parte hospitalar) foi de 2.708 reais, aumentando para 3.530 em 2016 e em 2017, atingindo até abril, um TM de 4.165 reais, um aumento de 54% em menos de 2 anos.



*O Ticket Médio de 2017 foi calculado até o Mês de Abril.

Conclusão: O hospital atingiu os seus objetivos quanto à busca por uma remuneração sustentável, através da utilização de ferramentas de custos, percepção de valor e negociação cooperativa. Com isso, o trabalho contribui para a temática de Remuneração Sustentável, discussão esta tão escassa na literatura de gestão hospitalar e na prática do Mercado de Saúde Suplementar.

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ

▲ VOLTAR

RESULTADOS ASSISTENCIAIS DE CIRURGIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO CENTRO DE EXCELÊNCIA EM CIRURGIA BARIÁTRICA NA CIDADE DE CURITIBA – PR.

Anne Caroline Kasuga Guenca Gobara[1],
Marta Francisca de Fátima Fragoso[2],
Giceli Siqueira Vaz[3] e
Francine Castro Escobar Furlani[4].

INTRODUÇÃO

A obesidade vem adquirindo proporção alarmante e deve ocupar papel importante nas políticas de prevenção com o futuro da assistência médica. Desta forma é primordial o desenvolvimento de programas de prevenção ou de intervenções eficazes na condução clínica de obesos graves, tais como a cirurgia bariátrica (GARRIDO, 2006).

OBJETIVOS

Apresentar indicadores de perfil e indicadores de resultados da população de pacientes que realizaram cirurgias bariátricas em um Hospital Privado de Curitiba – PR.

MÉTODO

Pesquisa quantitativa retrospectiva, realizada em um Hospital Privado de Curitiba, Centro de Excelência em cirurgia bariátrica. Avaliou-se dados de perfil e de resultados de Janeiro a Dezembro de 2016.

RESULTADOS

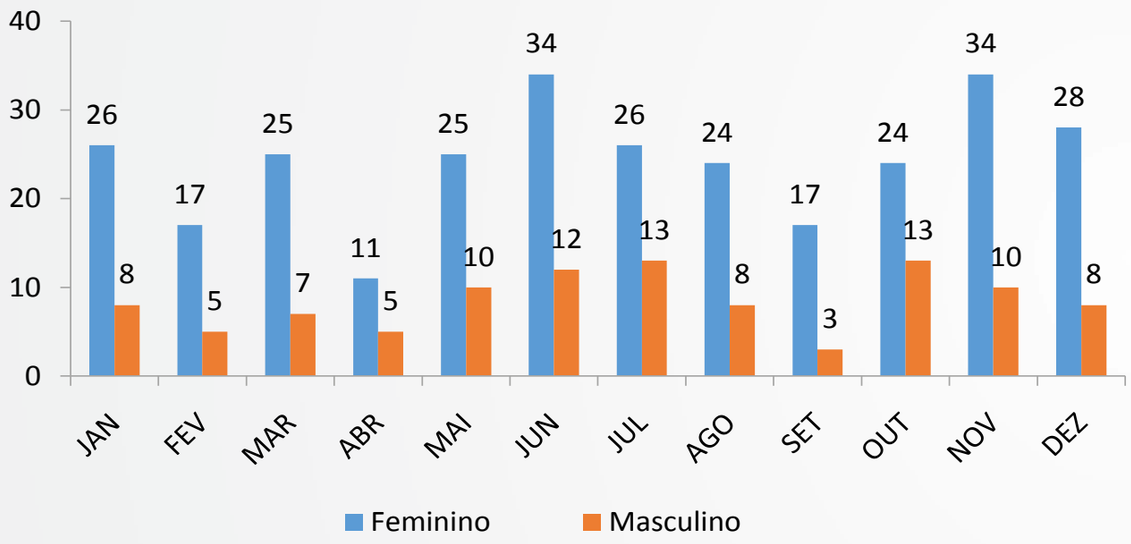
No período foram realizadas 393 cirurgias bariátricas. Da amostra analisada: 74,1% mulheres e 25,9% homens, faixa etária predominantes de 31 a 50 anos (57%), seguido de 31,8% na faixa de 16 a 30 anos e 11,2% na faixa de 51 a 70 anos. O IMC médio da população foi de 39,4. Quanto à técnica utilizada: 81,2% Capella, seguida de Sleeve (18,6%) e Gastrectomia Vertical com 0,2%. Em relação ao acompanhamento pós operatório imediato: 95,7% em unidade cirúrgica e 4,3% em unidade de terapia intensiva. Em relação aos indicadores de resultados: a taxa média de reinternação foi de 1,3% (n = 10). Incidência de fístula de 1,1% (n = 5); média de permanência de 2 dias, taxa de mortalidade foi de 0%; taxa média de infecção hospitalar foi de 0,2% (n = 2); taxa de liberação de dieta em 48 horas foi satisfatória 100%, a taxa de deambulação em até 24 horas foi de em 100%, a adesão ao check-list da diretriz de bariátrica foi de 100%.

CONCLUSÃO

Houve baixa incidência de complicações em 393 cirurgias bariátricas realizadas no período do estudo, conferindo segurança e qualidade assistencial, na adesão ao protocolo estabelecido.

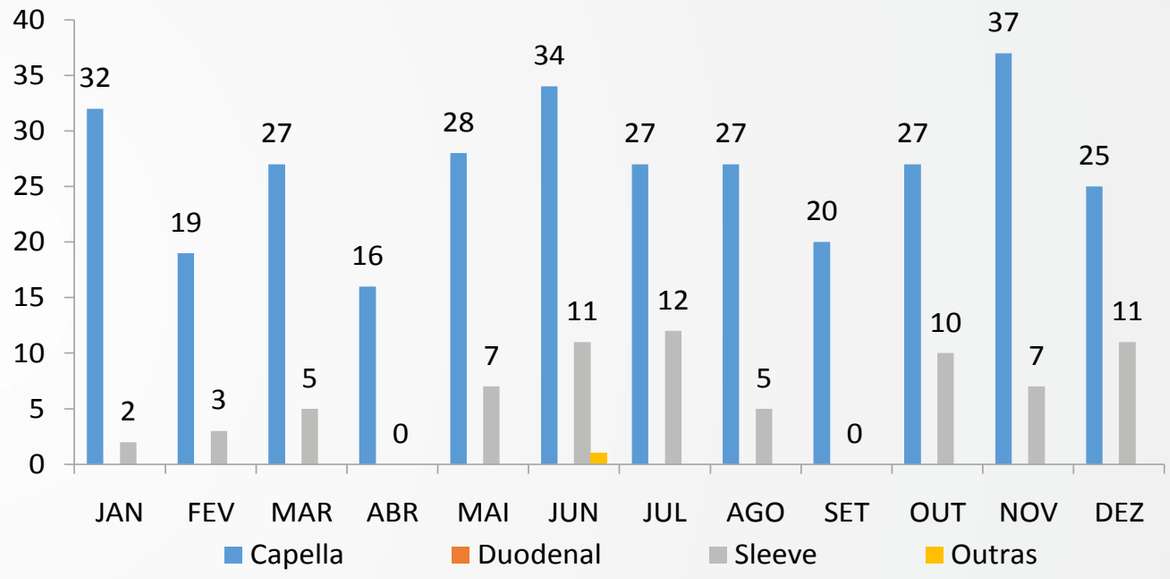
Gênero - 2016

Fonte: Painel Bariátrica 2016



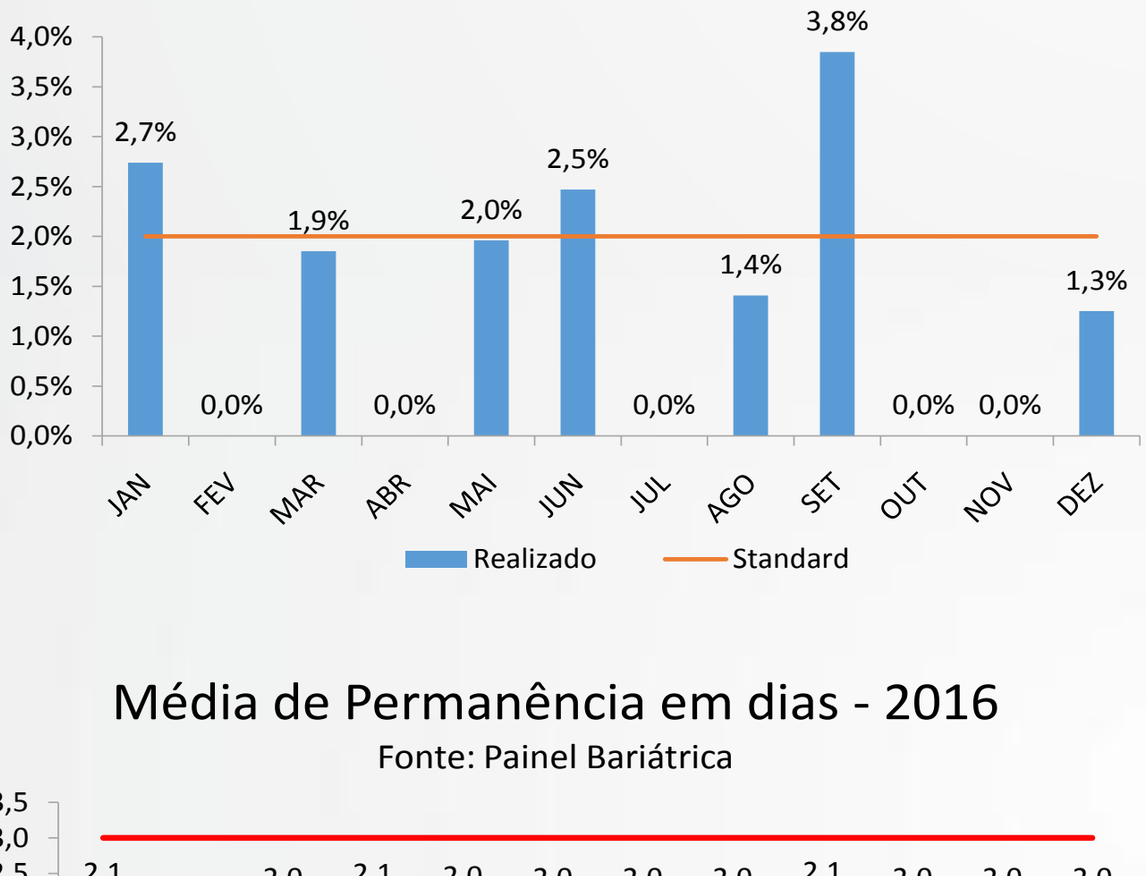
Técnica Cirúrgica - 2016

Fonte: Painel Bariátrica



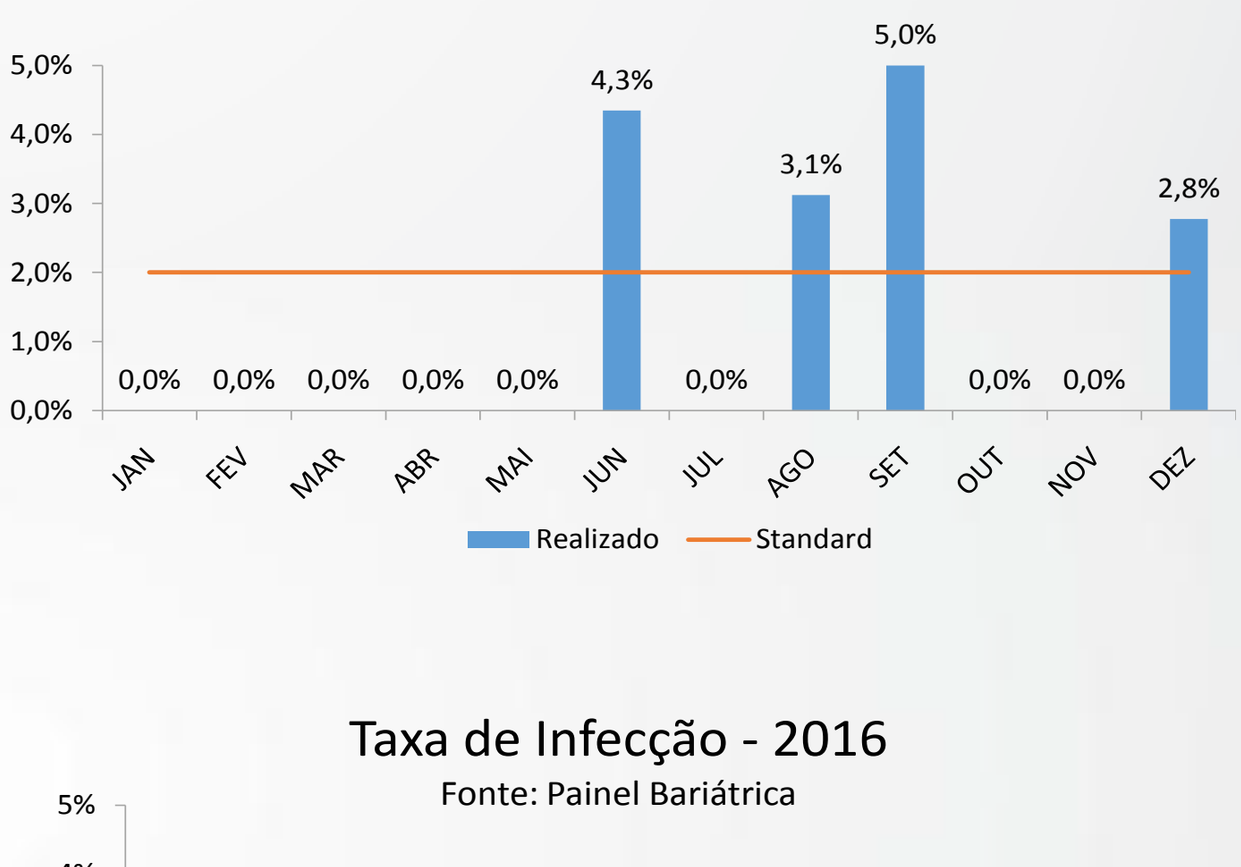
Reinternação Hospitalar (%) - 2016

Fonte: Painel Bariátrica



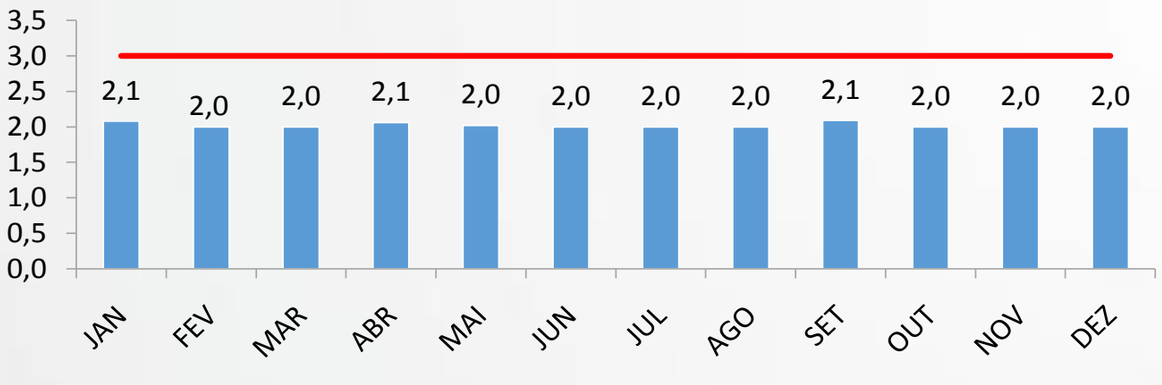
Fístula em Cirurgias Bariátricas (%) - 2016

Fonte: Painel Bariátrica 2016



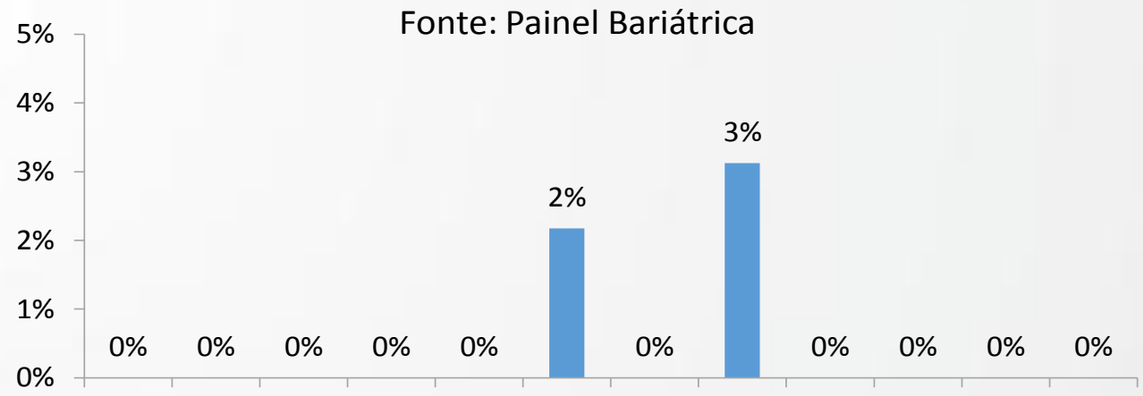
Média de Permanência em dias - 2016

Fonte: Painel Bariátrica



Taxa de Infecção - 2016

Fonte: Painel Bariátrica



REFERÊNCIAS

GARRIDO JR., A. B. et al. Cirurgia de Obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006.

[1]Enfermeira Chefe do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar / Hospital VITA Batel – Curitiba PR; [2]Médica Infectologista e Epidemiologista, Gerente do Núcleo de Gestão da Qualidade Assistencial e Escritório da Qualidade / Hospital VITA Batel – Curitiba PR; [3]Chefia de Enfermagem / Hospital Vita Batel – Curitiba PR; [4] Coordenadora do Serviço de Fisioterapia (Profisio) / Hospital Vita Batel – Curitiba PR.

NOSSO COMPROMISSO É COM A **VIDA**.

▲ VOLTAR

RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DA RONDA INTENCIONAL DA ENFERMAGEM NAS ALAS DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PRIVADO

INTRODUÇÃO:

A ronda intencional de enfermagem, ou ronda com propósito, envolve o controle proativo dos pacientes em intervalos regulares, a cada uma ou duas horas, com o intuito de antecipar, verificar e garantir que necessidades de cuidados fundamentais estão sendo atendidas (Forde-Johnston, 2014). É uma abordagem estruturada, documentada, voltada também para a identificação e redução de riscos à segurança, em que a enfermagem verifica os pacientes, por exemplo, para os 4 "P": Posição do paciente (position) – o seu conforto, o risco de quedas, de úlceras por pressão; Necessidades pessoais (personal needs) - higiene, dieta, hidratação; Gerenciamento da dor (pain); e Localização (placement) – se itens/ artigos que o paciente precisa estão facilmente acessíveis (Forde-Johnston, 2014). A ronda intencional é apontada como flexível e robusta o suficiente para ser aplicada a diferentes tipos de pacientes, e é reforçada a recomendação do seu registro nos prontuários.

OBJETIVOS:

Melhorar a comunicação com pacientes/ familiares; Reduzir os eventos não esperados; Melhorar a satisfação do paciente; Reduzir os acionamentos das campainhas; Promover o cuidado centrado e melhoria na segurança da assistência prestada.

MÉTODO:

Através de visita estruturada realizada a cada 2 horas pela equipe de enfermagem, onde são abordados os seguintes critérios: Verificar e questionar presença de dor; Verificar o posicionamento do paciente; Orientar com relação à alimentação, jejum e banho; Checar se os riscos assistenciais estão sinalizados (queda, broncoaspiração, UPP, flebite, etc) e o paciente e/ ou acompanhante estão orientados; Deixar todos os artigos e objetos como: telefone e campainha próximos ao paciente (no leito e/ou poltrona). Verificar alguma necessidade específica no momento da ronda; Realizar a anotação de enfermagem conforme texto padrão da Instituição.

RESULTADOS:

Redução dos eventos não esperados como queda; Melhoria na comunicação e envolvimento dos pacientes e familiares no cuidado; Identificação precoce dos sinais de deterioração clínica - código amarelo nas rondas; Melhoria na satisfação do cliente e redução dos acionamentos da campainha.

CONCLUSÃO:

Atualmente existe a necessidade de mudança de paradigma relativo ao modo de cuidar em processo de hospitalização, e a possibilidade de modificar modos de pensar e cuidar, através da implantação do cuidado centrado.

Autoras: Francisleine Franck dos Santos
Silvia Maria Moraes Bueno

HOSPITAL VERA CRUZ CAMPINAS

▲ VOLTAR

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS NA SALA DE RECUPERAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flávia Giendruczak Da Silva[1];
Maria Anobes Bonet Grespan Fagundes[2];
Susete Lúcia Vazzoller[3]

INTRODUÇÃO: A sala de recuperação (SR) é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato, com objetivo de proporcionar a recuperação e detectar complicações relacionadas ao ato cirúrgico. O encaminhamento do paciente para a SR deve ser realizado pelo técnico de enfermagem junto com o anestesiologista. Na SR, o médico deve passar para a enfermeira a técnica anestésica utilizada, medicações administradas, intercorrências do transoperatório, doenças prévias e alergias. Diante deste contexto, criou-se um instrumento, baseado na escala de Aldrete e Kroulik para transferência de cuidados do paciente no pós-operatório imediato, entre médico anestesiologista e equipe de enfermagem. Neste instrumento são registrados: procedimento e anestesia realizados, os primeiros sinais vitais na chegada da SR, nível de dor, presença de sondas e/ou drenos, alergias e intercorrências do transoperatório. Também são avaliados com uma pontuação de 0-2: sangramento, náuseas e vômitos, saturação, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, dor (EVA), consciência, e atividade motora. O instrumento é assinado pelo anestesiologista e por quem recebeu o paciente. O médico deve determinar uma pontuação mínima para alta do paciente da SR, entre 14 -16 pontos, dentre os critérios acima citados.

OBJETIVOS: Relatar a experiência dos enfermeiros da SR, na utilização do instrumento de transferência de cuidados do paciente, entre anestesista e enfermeiro.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado na Sala de recuperação de um Hospital Privado de grande porte de Porto Alegre/RS. A SR possui atualmente 44 leitos, subdivididos em sala de recuperação do 2º andar com 32 leitos, sala de recuperação do 1º andar com 12 leitos e com uma produtividade média de 100 cirurgias/dia, tendo 10 enfermeiros contemplando todos os turnos.

Sala de Recuperação HMV

CONCLUSÃO: Conclui-se que o instrumento de transferência de cuidados utilizado na SR facilita a comunicação entre os profissionais, possibilita ao enfermeiro e sua equipe, subsídios importantes para a continuidade da assistência no pós-anestésico cirúrgico, com foco em suas necessidades vitais, proporcionando maior segurança no processo do cuidado, oferecendo melhores condições médicas e de enfermagem no pós-operatório e pós-anestésico imediato, facilitando o trabalho para os cuidados necessários ao paciente.

Referências: Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado. (2013). *Práticas recomendadas*. 6. ed. São Paulo: Sobecc.; Vegro TC, Rocha FLR, Camelo SHH, Garcia AB. Cultura organizacional de um hospital privado. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun; 37(2): e49776.

[1] Enfermeira Assistencial da Sala de Recuperação do HMV, especialista em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Esterilização e Materiais (IEP/HMV). E-mail: flavia_rsilva@yahoo.com.br
[2] Enfermeira Assistencial da Sala de Recuperação do HMV, Mestre em Ensino na Saúde – UFCSPA, Especialista em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Esterilização e Materiais - CBES. E-mail: anobesgrespan08@gmail.com
[3] Enfermeira assistencial no HMV, especialista em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Esterilização e Materiais (IEP/HMV). E-mail. susete.vazzoller@gmail.com

▲ VOLTAR

UNIDADE DE TRANSIÇÃO PEDIÁTRICA

Uma estratégia para minimizar os impactos da superlotação do serviço de urgência de um hospital de grande porte

Carla P Oliveira[1], Jacqueline AT Noronha[2]; Rajana RM Itaparica[3]

1.Coordenadora da Unidade de Transição Pediátrica , 2.Gerente de Apoio Assistencial, 3.Coordenadora do Pronto Atendimento Pediátrico

INTRODUÇÃO

A superlotação dos hospitais é uma realidade vivenciada desde o início do século passado. Este cenário no serviço de urgência esta relacionado não somente a demanda externa, mas também ao represamento dos pacientes internados no serviço de urgência, por indisponibilidade de leitos operacionais.

OBJETIVO

Demonstrar os resultados obtidos após a implantação de uma Unidade de Transição de Paciente Pediátrico - UTP Pediátrica, que atende ao novo modelo de assistência com tempo médio de permanência entre 24 a 72 horas em leito operacional.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência com abordagem descritiva, realizado no período de 01 de maio a 20 de julho de 2017, em um hospital de ensino, em Salvador – Bahia. Utilizando a metodologia Lean, comprovou-se que os leitos de urgência apresentavam dificuldade tanto no processo de passagem (DOC TODecision) quanto no processo de saída (DecisionToDeparture) dos pacientes. Estes fatores comprometiam consideravelmente a disponibilidade dos leitos do serviço de urgência, impactando no atendimento de novos pacientes. Neste cenário foi proposta a abertura de uma unidade designada unidade de transição de pacientes pediátrico - UTPPED). A UTPPed atende ao novo modelo de assistência em um ambiente humanizado e voltado ao cliente pediátrico, atendendo sua permanência entre 24h a 72 horas. São 08 leitos com toda equipe multidisciplinar a disposição do cliente.

RESULTADO

Os resultados obtidos após 45 dias do leito operacional de unidade de internação que apresentou aumento de 8,6%. Considerando os aspectos mencionados, resultados positivos foram alcançados como maior disponibilidade de leitos hospitalar, garantia de atendimento dos casos de maior complexidade que chegam no serviço de urgência.

CONCLUSÃO

Implantação de unidade de transição de paciente é importante para melhoria dos processos assistenciais. É uma alternativa para tratativa de cenário crítico e superlotação em Emergências tendo com benefício maior agilidade no tempo de atendimento com melhoria da segurança e qualidade da assistência.

Gráfico 1

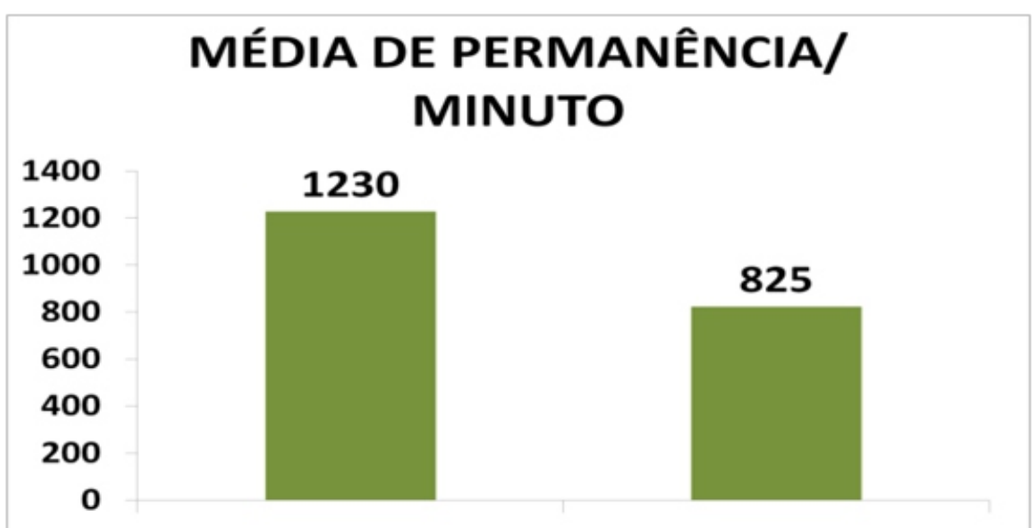


Gráfico 1: Compara a média de permanência do paciente em Minuto antes da UTPPED e após a sua implantação.

Gráfico 2

▲ VOLTAR