



6° CONAHP

# SESSÃO PÔSTER



**EFICIÊNCIA  
EM CUIDADOS  
CLÍNICOS**

▶ [CLIQUE AQUI](#)



**EFICIÊNCIA  
OPERACIONAL**

▶ [CLIQUE AQUI](#)



**GOVERNANÇA**

▶ [CLIQUE AQUI](#)



Selecione a sessão desejada.



# SESSÃO PÔSTER



**EFICIÊNCIA  
EM CUIDADOS  
CLÍNICOS**



VOLTAR

# AÇÕES EDUCACIONAIS E SEUS RESULTADOS NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO

Aline Chaves Neri 1, Marisa Pregun 2

**Introdução:** As Lesões por Pressão (LP) representam um grave problema para os serviços de saúde, quer seja pelas elevadas incidência, prevalência e diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas existentes, quer seja pelo aumento da mortalidade, morbidade e custos delas provenientes (1,2,3).

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados de incidência de LP após implementação de ações educacionais voltadas a prevenção de lesões de pele aos profissionais de enfermagem.

**Metodologia:** Estudo prospectivo, descritivo e exploratório no qual foram analisados os resultados da incidência de LP após implementação de ações educativas. Realizado em um hospital privado na cidade de São Paulo, no período de março/2017 a junho/2018, incluído levantamento das incidências de LP antes e após a implementação das ações educativas como: treinamento teórico e prático de LP, campanhas de prevenção de LP, curso de capacitação em feridas aos multiplicadores e inclusão do tema "LP" na integração de novos profissionais de enfermagem.

**Resultados:** Os resultados evidenciaram que as intervenções educativas contribuíram no aprimoramento dos profissionais, influenciando em suas práticas assistenciais, refletindo diretamente na taxa de incidência de LP de 0,67% para 0,38% (após as ações educacionais).

**Conclusão:** Pode-se concluir que além de protocolos institucionais, o conhecimento através de uma capacitação específica dos profissionais são ferramentas fundamentais e de impacto na qualidade da assistência e no controle da incidência de lesão por pressão.

**Descritores:** Lesão por Pressão; Educação; Incidência.

- Referências:**
1. ANSEMI ML, PEDUZZI M, FRANÇA JUNIOR I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2009;22(3):257-64.
  2. LARDENOYE, J. W. H. P., THIÉFAINE, J. A. J. G., BRESLAU, P.J. Assessment of incidence, cause, and consequences of pressure ulcers to evaluate quality of provided care. Dermatol Surg., v. 35, n. 11, p. 1797-803, 2009.
  3. LYDER C, PRESTON J, GRADY J, SCINTO J, ALLMAN R, BERGSTROM N, RODEHEAVER G. Quality of care for hospitalized medicate patients at risk for pressure ulcers. Arch Intern Med 2001; 161(12):1549-54.
  4. ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P (a). Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev Latino-Am Enferm., v. 20, n. 2, mar./abr. 2012.



Aulas para o Grupo de referência em cuidados com a pele



Certificação de capacitação em feridas e ostomias

1- Enfermeira especialista em dermatologia, Responsável pelo Grupo de Atenção à Pele do Hospital Santa Paula, São Paulo, Brasil. E-mail: [aline.neri@santapaula.com.br](mailto:aline.neri@santapaula.com.br)

2- Enfermeira titulada em Terapia intensiva, Pós graduada em UTI e Cardiologia, MBA em Gestão hospitalar, Gerente de enfermagem do Hospital Santa Paula, São Paulo, Brasil. E-mail: [marisa.pregun@santapaula.com.br](mailto:marisa.pregun@santapaula.com.br)



VOLTAR

## Atuação da área de Desfecho Clínico e o seu impacto no Modelo Assistencial no Hospital Sírio Libanês

Autores: Carla Bernardes Ledo, Teresa Cristina D. C. Nascimento, Amanda Danieletto Ruiz,  
Laura Lopez Nogueira, Luiz Francisco Cardoso

**Introdução:** O Hospital Sírio Libanês (HSL) entendendo a importância e o valor em conhecer os resultados dos tratamentos no pós alta, em Fevereiro/2017 estruturou a área de Desfecho Clínico. Com uma equipe capacitada, o desafio foi implantar 14 diagnósticos em 01 ano. Em 06 meses, a área implantou os 14, sendo 07 deles com a metodologia *ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) Stroke, Heart Failure, Breast Cancer, Lung Cancer, Prostata localized Cancer, Colorretal Cancer, Osteoarthritis Hip and Knee.*

Em maio/2017 iniciamos o acompanhamento de Insuficiência Cardíaca (IC). No contato de 30 dias pós alta, observamos que os pacientes reinternavam com certa frequência, o que sinalizava para nós que algo não estava adequado. Identificamos a necessidade de criar o Protocolo de IC e sugerimos o Modelo Assistencial de *Case Manager*, com uma enfermeira que acompanha os pacientes inseridos no Protocolo. Para a elaboração do protocolo foi criado um time com médicos especialistas, equipe multiprofissional, área de Desfecho Clínico e Protocolos. O protocolo foi implantado em dezembro/2017.

**Objetivos:** Monitorar os pacientes inseridos no Protocolo de IC; Melhorar o cuidado assistencial

**Metodologia:** A *Case Manager* realizou interface entre a equipe médica/multiprofissional e pacientes, familiares e cuidadores. Ela é responsável por identificar quem são pacientes e informar toda a equipe multiprofissional.

Por considerar o período de 30 dias pós alta longo para o primeiro contato, optamos por antecipar o primeiro contato com o paciente em 72 hs pós alta com perguntas direcionadas para identificar possíveis sinais de descompensação cardíaca e oportunidades de melhoria no processo assistencial, criando alertas para equipes médica e multiprofissional.

**Resultados:** Constatamos algumas oportunidades de melhoria, tais como: Falta de orientação de alta, falha no planejamento de alta, não entrega de instruções de alta e cuidadores utilizando prescrições antigas e não as atuais. A *Case Manager* se reuniu com a equipe multiprofissional e desenvolveram materiais de orientações a serem entregues aos pacientes. Além disso, observamos uma redução das readmissões por IC Descompensada, quando comparamos o período pré e pós implantação do Protocolo. No período de Julho a Dez/17 (pré) a taxa de reinternação em 30 dias foi de 9,7 % e de Jan a Jun/18 (pós) foi de 3,4 % (figura 1).



Figura 1 – Gráfico comparativo de readmissões em 30 dias

**Conclusões:** Concluímos que a atuação da área de Desfecho Clínico e a *Case Manager* tiveram papel fundamental na identificação de oportunidades de melhoria, retroalimentação às áreas assistenciais e possível redução na readmissão por IC descompensada em 30 dias. Análises mais detalhadas e com número maior de pacientes serão necessárias para essa afirmação.



## Atuação do enfermeiro no planejamento da assistência para ablação de taquicardia ventricular sustentada em paciente portador de dispositivo ventricular artificial em sala híbrida



Autores: Angelica Mendes<sup>1</sup>; Nidia Pan<sup>2</sup>; Jose César Ribeiro<sup>2</sup>

### Introdução

A taquicardia ventricular sustentada (TVS) representa um dos maiores temores do clínico, dado o risco potencial de morte súbita cardíaca. Essa situação de emergência requer uma abordagem sistemática e objetiva para estabelecer o diagnóstico correto, de modo a administrar o tratamento mais adequado. Nos últimos anos, ficou evidenciado um grande avanço na área da eletrofisiologia cardíaca, melhorias no desenvolvimento de cateteres e sistemas de aplicação de energia durante procedimentos eletrofisiológicos, tratamentos mais invasivos, porém com resultados superiores ao da farmacoterapia.

Atuação do enfermeiro em um relato de caso de paciente portador de dispositivo de assistência ventricular (DAV) com diagnóstico de TVS submetido a ablação com radiofrequência em sala híbrida com sucesso. As informações contidas nesse trabalho foram obtidas através do prontuário, registro fotográfico do procedimento e revisão da literatura.

### Objetivo

Realizar planejamento da assistência em sala híbrida cardiológica para realização de procedimento de ablação de taquicardia ventricular sustentada em paciente portador de dispositivo ventricular artificial.

### Método

Paciente R.C., 70 anos, internado na Unidade Coronária(UCO) com diagnóstico de TVS e disparo de CDI com frequência cardíaca(FC) de 180 batimentos por minuto com programação de disparo para FC muito elevadas apenas. Optado por vigilância hemodinâmica e cardioversão sincronizada em caso de nova TVS. Antecedentes pessoais: hipertenso, diabético, revascularização do miocárdio (2004), implante de ventrículo esquerdo artificial (2011), implante de CDI (2011), troca de gerador do cardiodesfibrilador implantável (CDI) (2016). Após apresentar mais dois episódios de aumento da FC e submetido cardioversão elétrica, a equipe médica optou pelo tratamento de ablação. No dia do procedimento a equipe de enfermagem, composta por 2 enfermeiros e 1 técnico de enfermagem, preparam a sala híbrida para procedimento, planejando com a equipe médica o envolvimento e suporte de várias áreas, equipe médica (clínicos, eletrofisiologistas, anestesista, cirurgião cardíaco, ecocardiografista), perfusionista, técnicos em eletrofisiologia, banco de sangue, UCO e engenharia clínica. Já em sala o paciente foi monitorizado, posicionado DVA, mantido as placas de desfibrilação,foi submetido à anestesia geral, passada sonda transesofágica para o ecocardiograma, No procedimento foram realizadas 2 cardioversões elétrica 100Joules(J) e 150J. E finalizado com sucesso. Ao término, extubado em sala e transportado para UCO acordado, membro inferior direito bem perfundido e sem drogas. No dia seguinte recebeu alta da UCO para o quarto e 8 dias depois alta hospitalar.

### Resultados

Observamos que um dos motivos de grande importância para o sucesso do caso foi o planejamento prévio da assistência, qualificada e executada com dedicação e compromisso entre as equipes envolvidas.

### Conclusão

O caso relatado foi considerado pela equipe médica o primeiro no Brasil e embora a complexidade tanto da taquicardia quanto as comorbidades do paciente e também por ser portador de DVA, o procedimento foi executado com um alto nível de segurança, tanto pela sala moderna e equipamentos utilizados, quanto pelas equipes envolvidas nesse processo. O paciente teve a arritmia tratada, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida.

### Referências

1. Leal, M. G., Guimarães, E. G., Gomes, G. G. et al. Abordagem e Investigação Clínica em Pacientes com Taquicardia Ventricular Sustentada. *Relampa* 2011; 24.2: 55-60.
2. Lima, G. F., Rinaldi, P. A., Catunda, K. A., et al. Atuação do enfermeiro na estruturação e implantação de uma sala operatória híbrida. *Rev. SOBECC* 2014; 19[2]: 110-118.



VOLTAR

## Auditoria do uso de antibióticos na Sepse como ferramenta para redução de custos.

Maria Tereza Freitas Tenório\*, Renata Brandão Leite\*, Jaqueline Leobino Silva Melo, Fabricia Jannine Torres Araújo, Lílian Karla Rocha de Sousa Silva\*, Maria Maryllya Ferreira Francisco\*.

### INTRODUÇÃO

O uso de antimicrobianos é indispensável no tratamento da Sepse, sendo utilizados inicialmente de forma empírica, com amplo espectro, podendo acarretar no uso indevido, caso não haja reavaliação após identificação do agente etiológico, aumentando os custos, bem como o risco do desenvolvimento da resistência bacteriana e reações adversas. A auditoria destes antibióticos quando realizada de forma contínua, otimiza a terapêutica, melhora o desfecho e diminui os custos.

### OBJETIVO

Demonstrar a redução dos custos extras pelo uso indevido de antimicrobianos nos casos de Sepse.

### MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal prospectivo, com abordagem quantitativa. Foram analisados os antimicrobianos prescritos para os protocolos de Sepse na Santa Casa de Misericórdia de Maceió no período de janeiro a junho de 2018. Os critérios avaliados foram: indicação por foco infeccioso, tempo de tratamento, ajuste após resultado das culturas e custo do tratamento antimicrobiano. A coleta de dados se deu através dos prontuários e transcritos para formulários e tabelas, realizando intervenções através do contato com o prescritor. Foi considerado uso indevido: os que não foram ajustados após resultado das culturas e/ou que ultrapassaram o tempo de tratamento preconizado. Os critérios de exclusão foram antimicrobianos prescritos para pacientes em cuidados paliativos, menores de 14 anos e óbitos em menos de 24h, após abertura do protocolo.

\*Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió – Maceió (AL), Brasil.

### RESULTADOS

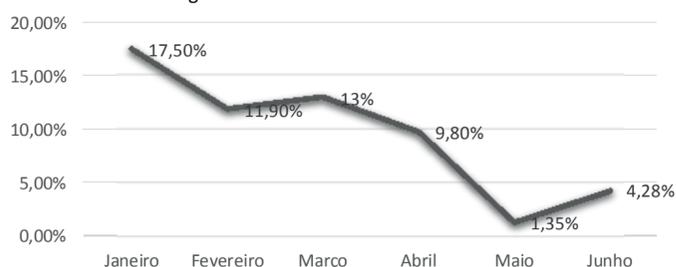
Foram analisadas 413 prescrições, 143 com culturas positivas, avaliadas tanto para o tempo de utilização recomendado do antimicrobiano como para a conformidade com o microrganismo isolado, perfazendo uma média de 1,5 dias extras de utilização. As 270 prescrições restantes foram avaliadas apenas pelo de tempo de utilização, pois apresentaram culturas negativas ou inexistência de solicitação. A média de dias extras das 413 prescrições foi de 0,69 dias de uso indevido. O custo extra gerado no tratamento da Sepse em janeiro, início do estudo, foi 17,5% apresentando queda gradual nos meses seguintes, declinando para 9,8% em abril. Em junho, o gasto indevido foi de 4,28%, representando economia para instituição de 75,5%, quando comparado com Janeiro.

Quadro: Quantitativo de gastos

Mês	Total de gasto Sepse	Total de gasto indevido	%
Janeiro	R\$107.326,04	R\$16.639,05	17,5
Fevereiro	R\$48.524,00	R\$3.971,47	11,9
Março	R\$ 98.198,76	R\$11.884,16	13
Abril	R\$61.178,76	R\$6.046,77	9,8
Mai	R\$249.696,28	R\$2.889,37	1,35
Junho	R\$81.513,35	3.141,00	4,28
<b>Total</b>	<b>R\$646.438,16</b>	<b>50.381,94</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018

Gráfico: Declínio de gastos com uso indevido



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018

### CONCLUSÕES

O aumento da efetividade da Auditoria do uso de antimicrobianos utilizados para o tratamento da Sepse na Instituição, demonstrou ser eficaz para diminuição dos custos do uso indevido.



Rafaela Guerra Maciel; Telma Marson; Paulo Gouveia Rocha; Murilo Barbosa; Christiane Padovani; Janaina Ghiraldi  
Hospital Santa Paula – São Paulo

## Introdução:

O protocolo estruturado de sepse tem como objetivo a melhora na qualidade assistencial através da criação de uma rota sistemática para quadros clínicos que preencham os critérios definidos. É de suma importância que tais critérios tenham sensibilidade suficiente para evitar que pacientes com o diagnóstico de sepse deixem de ser prontamente reconhecidos e incluídos no protocolo.

## Objetivos

Avaliar a sensibilidade e a especificidade dos critérios de SIRS (Systemic inflammatory response syndrome) e qSOFA (quick Sepsis Related Organ Failure Assessment) para obter o diagnóstico precoce de sepse no Pronto Atendimento (PA).

## Metodologia:

Foi implementado um protocolo estruturado de sepse no pronto atendimento do hospital, utilizando os critérios qSOFA e SIRS para identificação precoce de casos de sepse, logo após a triagem do atendimento. Todos os casos com pelo menos um critério positivo foram considerados como sepse e deflagraram a abertura do protocolo institucional. No período de Abril a Junho de 2017, um total de 73 pacientes foram incluídos no protocolo de sepse, e acompanhados durante toda a internação hospitalar. Ao término do estudo, foram comparadas as sensibilidades e especificidades dos critérios utilizados para o diagnóstico de sepse, a fim de escolher aquele que melhor se adaptava à realidade institucional. Todos os cálculos foram realizados com o software IBM SPSS.

## Resultados:

Na população estudada, o critério de SIRS apresentou sensibilidade de 89,1% e especificidade de 25%, enquanto o qSOFA apresentou sensibilidade de 15,6% e especificidade de 87,5%. Os valores preditivos positivos (VPP) foram de 90,5% e 90,9% para os critérios de SIRS e qSOFA, respectivamente. Os valores preditivos negativos (VPN) foram de 22,1% para o critério de SIRS e 11,5% para o qSOFA. A curva ROC (Receiver Operating Characteristic) do critério de SIRS foi superior, com área de 0.570, enquanto a área do qSOFA foi de 0.516.

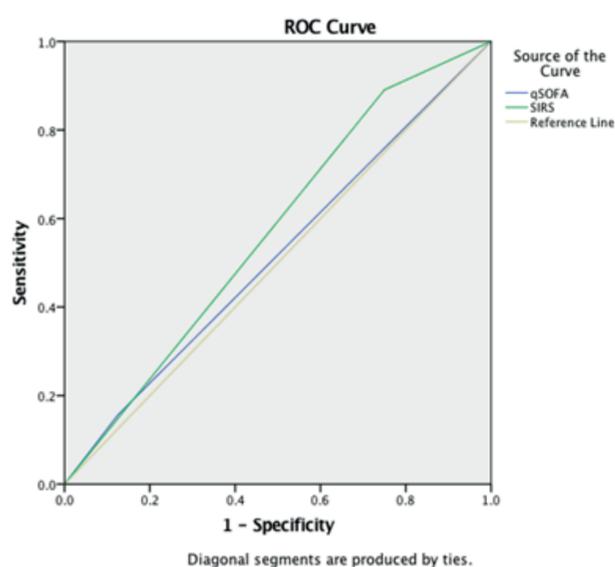
## Conclusão:

No cenário do Pronto Atendimento, onde se busca uma elevada sensibilidade para diagnosticar casos com potencial gravidade precocemente, o critério de SIRS se mostrou superior ao qSOFA para a identificação precoce dos casos de sepse. Por este motivo, tornou-se o protocolo de escolha no PA da instituição.

	Sepse			Sepse	
	Sim	Não		Sim	Não
SIRS +	57	6	qSOFA +	10	1
SIRS -	7	2	qSOFA -	54	7
	64	8		64	8

	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	LR+	LR-	Acurácia
SIRS	89,1%	25,0%	90,5%	22,2%	1,19	0,44	81,94%
qSOFA	15,6%	87,5%	90,9%	11,5%	1,25	0,96	23,61%



Test Result Variable(s)	Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
qSOFA	.516	.107	.886	.306	.725
SIRS	.570	.115	.519	.344	.796

The test result variable(s): qSOFA, SIRS has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

## Referências:

- 1) Serafim R, Gomes JA, Salluh J, Póvoa P. A Comparison of the Quick-SOFA and Systemic Inflammatory Response Syndrome Criteria for the Diagnosis of Sepsis and Prediction of Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Chest*. 2018, Mar;153(3):646-655.
- 2) Vincent JL, Martin GS, Levy MM. qSOFA does not replace SIRS in the definition of sepsis. *Crit Care [Internet]*. 2016;20(1):1-3.
- 3) Williams JM et al. SIRS, qSOFA and organ dysfunction: Insights from a prospective database of emergency department patients with infection. *Chest* 2016 Nov 19; [e-pub].
- 4) Vincent JL, Martin GS, Levy MM. qSOFA does not replace SIRS in the definition of sepsis. *Crit Care [Internet]*. 2016;20(1):1-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1389-z>



Luzia Noriko Takahashi, Marisa Moraes Regenga, Mieko Cláudia Miura, Cinthia Mucci Ribeiro, Flavia Helena Machado, José Carlos Viana

## Introdução

A extubação acidental ou extubação não planejada (ENP) é entendida como a retirada inadvertida e não intencional do dispositivo ventilatório e caracterizada como um evento adverso (EA) de cuidado assistencial. E como consequência pode aumentar: tempo de internação hospitalar e pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV); causar instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e às vezes até a morte.

Os momentos de maior incidência são: durante manipulação enfermagem; transporte do paciente; troca da fixação e auto-extubação por agitação psicomotora.

## Objetivo

Correlacionar as ações preventivas implementadas após a análise dos eventos adversos de ENP com o resultado do indicador de ENP, visando verificar a efetividade das ações no desfecho assistencial.

## Metodologia

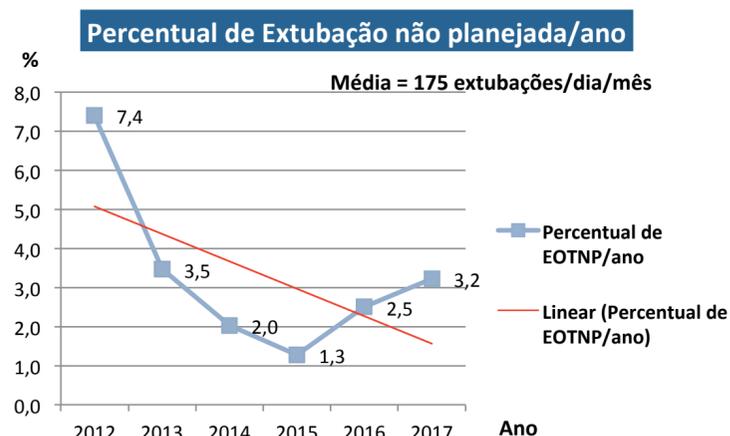
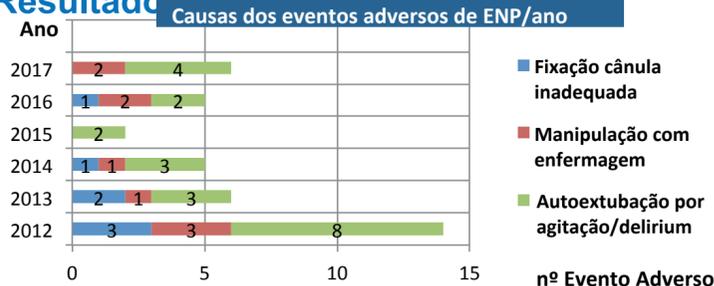
Descrever as ações de mudança realizadas desde 2012 até 2017 e correlacionar com o resultado do indicador de ENP em uma UTI de 36 leitos com pacientes de gravidade média (SAPS 3 = 37). Implementação de medidas preventivas como avaliação de score de risco e uso de checklist mnemônico para a assistência a cada atendimento (FICC2- Fixação do tubo, Identificação do problema, Circuito-posicionamento, Contenção química e/ou mecânica, 2 pessoas para manipulação) com objetivo de melhorar o cuidado assistencial.

Ano	Ações implementadas de 2012 a 2017
2012	Implementação de um vídeo em parceria com Educação Permanente para os cuidados assistenciais para prevenção de ENP;
2013	Implementação do "Score" de risco para ENP realizada pela Fisioterapia;
2013	Implementação de rotina facilitadora para sinalização do número de fixação adequada.
2013	Treinamento da Fisioterapia para Enfermagem dos cuidados em relação ao posicionamento da cânula de TQT em "falsa luz".
2014	Checklist de cuidados para prevenção da ENP a cada atendimento (FICC-2) para toda equipe assistencial.
2017	Mudança do modelo de fixação orotraqueal para pacientes com ventilação mecânica prolongada (VM > 48 h)

FICC 2	
<b>FIXAÇÃO</b>	- Nº DA FIXAÇÃO C.O. T = Nº PRESCRITO - Nº FIXADO NA ALTURA DA RIMA BUCAL - Nº DA TRAQUEO (SE REGULAVEL) = Nº PRESCRITO - QUALIDADE (FIXAÇÃO RESISTENTE, LIMPA, VELCRO INTEGRO). - POSICIONAMENTO CORRETO
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	- PRESSÃO DE CUFF - VAZAMENTO (CHAMAR FÍSIO) - Nº FIXAÇÃO ERRADA (CHAMAR FÍSIO) - LESÃO ORAL (AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO) - MANTER GUIA DO CUFF LATERALIZADO
<b>CONTENÇÃO (MECÂNICA/QUÍMICA)</b>	- MECÂNICA – FIRME RESTRINGINDO MOVIMENTOS - CHECAR INTEGRIDADE DA PELE E PERFUSÃO - AGITAÇÃO – AVALIAR NECESSIDADE DE CONTENÇÃO TORÁCICA E/OU QUÍMICA - AGITAÇÃO / MORDENDO CANULA – INSTALAR CANULA DE GUEDEL
<b>CIRCUITO</b>	- COMPRIMENTO DA EXTENSÃO (1,50 MT) - SOLTAR CIRCUITO DO BRAÇO (SUPPORTE) ANTES DA MANIPULAÇÃO - MOBILIZAR JUNTO AO PACIENTE COM FOLGA - MUDANÇA DE DECUBITO UM COLABORADOR CARREGA O CIRCUITO - APÓS MANIPULAÇÃO MANTER NO CIRCUITO NO SUPORTE COM FOLGA
<b>2 COLABORADORES</b>	SEMPRE REALIZAR EM DOIS COLABORADORES

Score de risco de EOTNP			
Avaliação diária do FICC2 a cada atendimento			
SCORE DE RISCO	ALTO	MODERADO	SEM RISCO
Condições de despertar	Ramsay 1, agitação psicomotora ou inquieto.	Atende à comandos mas ansioso e apreensivo.	Ramsay 2, cooperativo, calmo e tranquilo.
Condição do circuito	Circuito visualmente tracionado com exteriorização da cânula	Circuito tracionado com cânula com leve tração.	Cânula e circuito bem posicionado.
Qualidade da fixação	Fixação frouxa com COT solta	Fixação frouxa com a COT adequada	Fixação e COT bem posicionada e firme.
Posicionamento da COT pelo RX	COT acima da linha da clavícula	COT entre a linha clavicular e > 2 cm da carina	COT bem posicionada à 2 cm da carina
Número da fixação na rima bucal	Número fixado com 2 cm a menos do orientado pelo fisioterapeuta.	Número fixado a 1 a 2 cm a menos do orientado pelo fisio.	Número fixado = número orientado pelo fisioterapeuta
Durante manipulação da enfermagem: banho ou procedimento.	Realizado somente por um funcionário e sem checagem das condições do circuito e cânula.	Todo paciente com traqueostomia ou IOT sob VM.	Realizado em 2 funcionários com dupla checagem da FICC2.
Condição do Cuff	Vazamento cuff ou saída de pela boca	Pressão de cuff não se sustenta após avaliação da pressão.	Pressão de cuff adequada (25 a 30cm H <sub>2</sub> O)

## Resultado



## Conclusão

Observamos que após a implementação de ações preventivas com o uso de Score de risco de extubação não programada identificadas pela equipe de Fisioterapia e compartilhada com a assistência de enfermagem e médica para promover um cuidado integrado ao paciente reduziu o número de eventos adversos relacionados a processo de cuidado assistencial. Outros cuidados diários de conferência do "FICC-2" e a metodologia de troca de fixação adequada mostraram-se igualmente eficientes no processo de cuidado ao paciente.

## Referências Bibliográficas

- Castellões TMFW; Silva LD. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 540-5.
- Birkett KM, Southerland KA, Leslie GD. Reporting unplanned extubation. Intensive Crit Care Nurs 2005; 21(2): 65-75
- Bouza C, Garcia E, Diaz M, Segovia E, Rodriguez I. Unplanned extubation in orally intubated medical patients in the intensive care unit: a prospective cohort study. Heart Lung 2007; 36(4): 270-6.



# DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS

Silvia Helena Frota Mendonça  
 Juliana Miyuki do Prado  
 Marcela Silva de Carvalho Barros Dias  
 Denise Cavallini Alvarenga

## Introdução

A avaliação do risco de queda por meio de escalas é uma ferramenta utilizada nas instituições para direcionamento de ações preventivas. A escala Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) é um instrumento com validação transcultural do conteúdo, entretanto alguns critérios permitem interpretações divergentes.

## Objetivo

Elaborar instruções detalhadas para os enfermeiros para aplicação das categorias da escala JHFRAT.

## Método

A partir dos resultados da auditoria qualitativa da classificação do risco de queda das unidades de internação de adultos, foram identificadas divergências na aplicação de um mesmo critério da escala.

Para uniformizar o conceito, foi realizado o curso online “The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool - JHFRAT: Instructions for Use” pelo Institute for Johns Hopkins Nursing e as dúvidas foram discutidas por e-mail com a instituição responsável pela elaboração da escala.

A primeira versão do manual foi discutida em um grupo focal formado por 17 enfermeiros da educação continuada.

Cada enfermeiro do grupo aplicou os novos critérios na avaliação de pacientes, por no mínimo 5 dias.

Com a discussão dos resultados da aplicação preliminar, alguns critérios necessitaram de ajustes.

A segunda versão do manual foi apresentada à lideranças assistenciais para aprovação e definição da versão final.

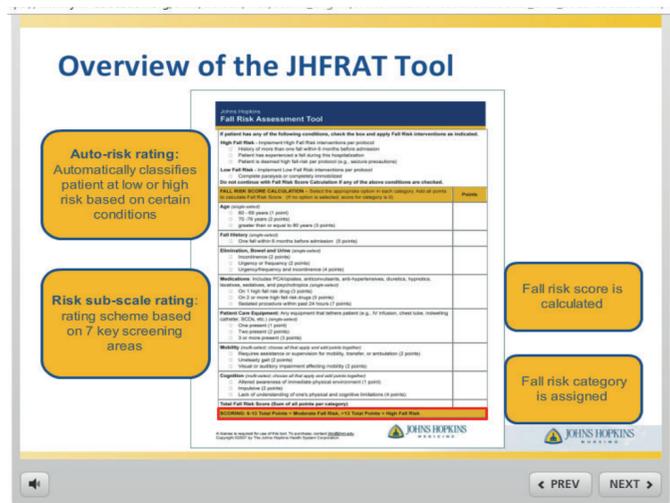


Figura 1 – Curso Online para uso da Escala JHFRAT

## Resultados

- A Escala é dividida em 2 partes: **Classificação Automática** do risco por meio de identificação de condições específicas e **Classificação por Categorias** mediante pontuação.
- Definido também ajuste no sistema de informação e orientação de registro.

Classificação Automática



Protocolos Específicos



Mieloma múltiplo  
 Metástase óssea  
 Procedimentos cirúrgicos há menos de 24h  
 Tratamento para crise convulsiva/ epilepsia  
 Paciente em UTI  
 Plaquetopenia ≤ 50.000  
 Osteopenia diagnosticada

- Foi feito detalhamento dos conceitos da Classificação por Categoria:

**WC** **ELIMINAÇÕES**  
 Considerar somente paciente que se desloca ao banheiro

**MEDICAMENTOS**  
 Pontuar se o medicamento estiver previsto para ser administrado  
 S/N ou ACM: pontuar somente se foi administrado

**EQUIPAMENTOS**  
 Contabilizar o número de extensões/ linhas  
 Considerar todo o equipamento programado para o dia.

**MOBILIDADE**  
 Comprometimento Visual ou Auditivo: Pontuar mesmo se a deficiência for corrigida com auxílio de aparelhos.

**COGNIÇÃO**  
 Pontuar pacientes que apresentam forte senso de independência e pouca consciência sobre sua segurança

## Conclusão

O manual de instruções elaborado foi incorporado no protocolo de prevenção de quedas da instituição com treinamento dos grupos de enfermeiros nas novas definições com objetivo de direcionar ações preventivas de acordo com o perfil de risco dos pacientes.

O sucesso no Programa de Prevenção de Quedas requer vigilância e dedicação das equipes multiprofissionais.

<sup>1</sup>Gerente de Práticas Assistenciais e Educação Continuada Corporativa BP  
<sup>2</sup>Enfermeira da Educação Continuada Corporativa BP  
<sup>3</sup>Gerente de Práticas Médicas do BP Mirante



# EFICIÊNCIA DO TIME DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS FOCADO NO PACIENTE E NO ENSINO MÉDICO

Josiane França John, Lana C. Pinto, Paulo Ricardo M. Rosa, Márcio F. Spagnol

**INTRODUÇÃO:** A sincronia do cuidado centrado no paciente e a formação do médico residente, é um grande desafio para qualidade e segurança. Um time de procedimentos pode ser uma estratégia para gerar uma assistência eficiente.

**OBJETIVO:** Avaliar as complicações dos procedimentos realizados por um time de procedimentos, com cuidado padronizado tanto do paciente, assim como do médico em formação.

## METODOLOGIA

Hospital Nossa Senhora da Conceição (840 leitos), no Serviço de Medicina Interna, que abrange 150 leitos de enfermagem e conta com 52 residentes. RS, Brasil.

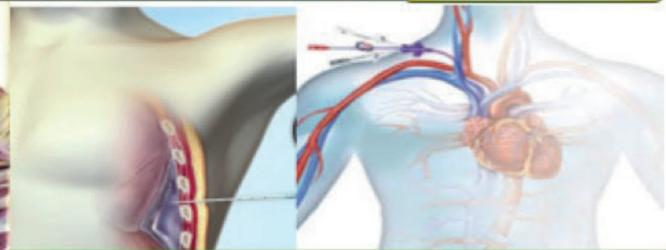
Março, 2015

Coorte Prospectiva

Maio, 2017



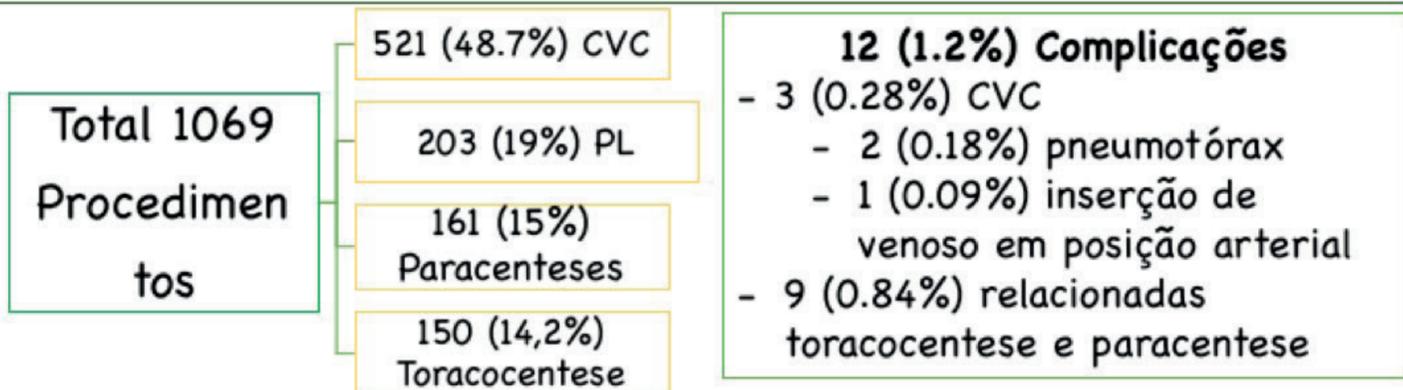
O time é composto por dois residentes, duas técnicas em enfermagem e dois médicos internistas preceptores do serviço de Medicina Interna.



Analizamos todos os acesso venoso central(CVC), paracentese, toracocentese, punção lombar (PL), biópsia de pele, artrocentese e acesso periférico guiados por ecografia.

Todos os residentes receberam atividade teórica com foco em qualidade e segurança, treinamento em manequim e em ecografia, além de atividades práticas em pacientes, monitoradas por médicos preceptores. As complicações mecânicas durante ou após os procedimentos foram avaliadas via checklist do time e análise de prontuário.

## RESULTADOS



**CONCLUSÕES:** A frequência de pneumotórax descrita na literatura é de 1 a 2%, *nosso estudo apresentou uma taxa 5 a 10 vezes menor*, com grande *impacto na vida dos pacientes, dos médicos residentes*, além de *redução de custos*, já que, estima-se que um pneumotórax custa em média US\$143.243,00.

Logo, mesmo em ambiente de ensino, identifica-se que a organização de um time pode aumentar a segurança dos pacientes, reduzir custos, melhorar a satisfação dos profissionais e assim entregar um cuidado baseado em valor.



VOLTAR



# Estado Nutricional e Consumo Alimentar de pacientes idosos de um hospital particular na Serra-ES

Tatiana Soares dos Santos Lessa – Hospital Metropolitano – Serra - ES

## Introdução

De acordo com o IBGE, a população idosa tem se tomado o grupo etário mais acrescido nos últimos anos. Os números mostram que em 2015 os brasileiros acima de 60 anos serão mais que 30 milhões de pessoas. A expectativa de vida também aumentou, passou para 74,9 anos em 2013, se comparada a pesquisa de 2003, aumentou mais de três anos, quando a expectativa de vida era de 71,3 anos (IBGE, 2018). O idoso hospitalizado requer uma atenção especial devido a maior probabilidade de risco associada à desnutrição (NAJAS; PEREIRA, 2005). As informações do consumo alimentar de pacientes hospitalizados permite realizar estudos epidemiológicos e possibilitam a obtenção de informações de padrões alimentares do paciente identificando seu histórico alimentar (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

## Objetivo

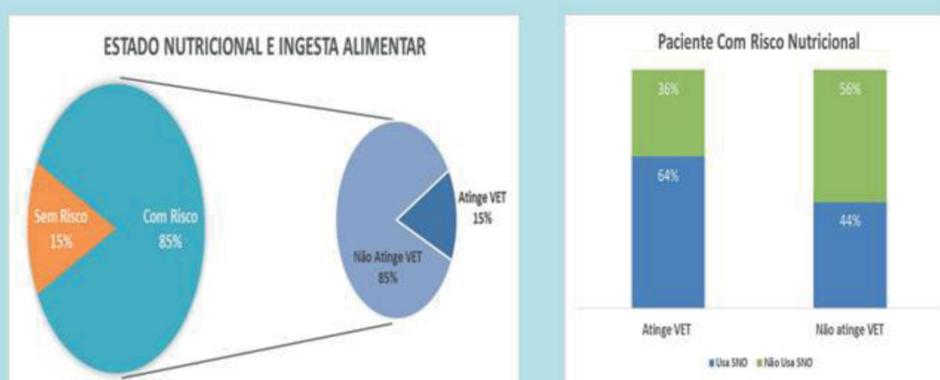
Analisar em prontuário o diagnóstico nutricional e a ingesta alimentar de pacientes idosos internados no setor geriátrico de um hospital particular na cidade de Serra-ES, investigar o uso de suplemento oral.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, a partir de dados coletados em prontuário no setor de internação geriátrico do Hospital Metropolitano situado na cidade de Serra-ES no período de Novembro de 2017. Participaram do estudo 87 pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, recebendo alimentação por via oral apenas. Foram analisados a ferramenta de avaliação nutricional MINIMAN (Mini Avaliação Nutricional do Idoso) onde obteve-se informações dos pacientes sobre o diagnóstico nutricional. Para o cálculo quantitativo da ingesta alimentar dos idosos analisou-se no prontuário a ferramenta “recordatório 24 horas”, plicado pela nutricionista junto ao acompanhante e paciente. Foram incluídos na avaliação da ingesta alimentar os pacientes que faziam uso de suplemento oral prescritos pelo médico assistente.

## Resultados

No presente estudo, foram analisados os prontuários de 87 pacientes internados em um setor de geriatria do hospital. A amostra foi composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino (52,8%), com faixa etária entre 60 e 97 anos. De acordo com a análise das variáveis antropométricas verificou-se que a média de peso entre os pacientes foi de 74,9kg para homens e 56,8kg para as mulheres. Foram avaliados 87 pacientes idosos e, 85% apresentaram risco nutricional em seu estado nutricional, e 63 indivíduos não atingem suas necessidades calóricas e protéicas quando avaliado sua ingesta alimentar diária. Observou-se que, a maioria dos idosos com risco nutricional apresentava consumo alimentar não satisfatório, visto que, os que consumiam suplemento oral conseguiram atingir sua meta de ingesta alimentar diária. O número de indivíduos com risco nutricional foi alto em relação à quantidade estudada.



## Conclusão

A importância de tais ferramentas dentro da avaliação nutricional para visar aspectos de desnutrição e inapetência entre idosos, estimando que, o consumo alimentar, principalmente em pacientes internados é bastante irregular. Dentro da área hospitalar é importante manter um acompanhamento as proporções de macronutrientes e a distribuição dos alimentos durante toda a internação. A suplementação oral em idosos com risco nutricional se mostra necessário visando resultados promissores e se mostrando uma boa estratégia a ser considerada nos doentes que não atingem suas necessidades calórica e proteicas. Ressalta-se que outros estudos se fazem necessários para avaliação do idoso no que se diz a sua ingesta alimentar visando o seu período de internação e recuperação da saúde.



VOLTAR

# ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DE ABORDAGEM MULTIMODAL DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (HM) EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Solange Matsumoto<sup>1</sup>  
Aline da Silva Paula<sup>2</sup>  
Marta Fragoso<sup>3</sup>  
Priscila R.A. Luna<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

A higienização das mãos (HM) é a prática mais efetiva para prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Há uma estimativa que diariamente 1,4 milhão de pessoas em todo mundo são acometidas por IRAS evitáveis. Além de custos financeiros, as IRAS estão associadas aos microrganismos multirresistentes, repercutindo em morbidade e mortalidade mundialmente e evidenciando a necessidade de controle dos processos de vigilância e de bloqueio epidemiológico com a higiene das mãos sob risco de não haver mais antibióticos para tratar essas IRAS.

## OBJETIVO

Identificar a adesão dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva aos cinco momentos de higienização das mãos.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa quantitativa com objetivo de observar a adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de um Hospital Privado de Curitiba antes e após realização de intervenção educativa, entre junho de 2017 a dezembro de 2017.

## RESULTADOS

Foram observadas e registradas 634 oportunidades de higiene das mãos em 30 horas de observação. O maior número de oportunidades foi de profissionais de enfermagem (70,05%), seguindo-se da equipe médica (17,82%) e fisioterapeutas (12,13%). Observou-se aumento da adesão de 62% para 85% após as ações educativas.

## CONCLUSÃO

Estratégias educativas favoreceram a adesão à higienização das mãos. Na fase pós-intervenção todos os profissionais apresentaram maior adesão à higiene das mãos quando comparado ao período pré-intervenção e a adesão foi significativamente maior antes do contato com o paciente.

Gráfico 1 - Adesão a HM antes do contato com o paciente



FONTE: Planilha de Controle Interno | Observador Cego

Gráfico 2 - Adesão a HM após o contato com áreas próximas ao paciente



FONTE: Planilha de Controle Interno | Observador Cego

Gráfico 3 - Adesão a HM após o contato com o paciente



FONTE: Planilha de Controle Interno | Observador Cego

1 Enfermeira Chefe do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar | Hospital VITA Batel - Curitiba PR;  
2 Enfermeira Chefe do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar | Hospital VITA Curitiba - Curitiba PR;  
3 Coordenador Médico Núcleo de Segurança do Paciente | Hospital VITA Curitiba e VITA Batel - Curitiba PR;  
4 Enfermeira Chefe da Unidade de Terapia Intensiva | Hospital VITA Batel - Curitiba PR.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.  
HELMS, B. et al. Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach. Am J Infect Control, p. 1-3, 2010.  
OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE); ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). Guia para Implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília: OPAS/Anvisa, 2008. 63p.  
WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: WHO Press, 2009. 262p.



# Fast track surgery na artroplastia total do quadril: custo-efetividade.

Almeida, RFC<sup>1</sup>; Oliveira, LP<sup>2</sup>; Serra HO<sup>3</sup>

1. Chefe do grupo de cirurgia do quadril do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutorando em Ciências da saúde.
2. Professor Doutor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).
3. Professor Doutor da UFMA.

Contato: [dr.raulalmeida@gmail.com](mailto:dr.raulalmeida@gmail.com)



## 1. Introdução

A artroplastia total do quadril (ATQ) é um procedimento eficaz para a artrose do quadril (1). Sua principal indicação é a dor (2). Tradicionalmente o tempo de permanência hospitalar (TPH) é de 6-12 dias (3). O TPH prolongado aumenta as complicações e os custos (4). Essa situação gera questionamentos como a elevação dos custos hospitalares. Durante a última década, no entanto, houve um crescente interesse na área de cuidados peri-operatórios buscando a otimização do procedimento cirúrgico com prevenção das complicações e diminuição do TPH. Esta abordagem é conhecida como fast-track surgery (FTS). É fundamental abordar o paciente antes, durante e após a cirurgia (5).

## 2. Objetivos:

### 2.1 Geral:

- Analisar o impacto da metodologia FTS nos custos hospitalares em relação à ATQ tradicional.

### 2.2 Específicos:

- Comparar a taxa de complicações
- Avaliar o tempo de permanência hospitalar
- Avaliar o grau de satisfação dos pacientes

## 3. Metodologia:

### 3.1 Tipo de estudo

- Transversal, observacional e descritivo
- Grupo 1: Tradicional – 40 pacientes
  - Portadores de artrose do quadril que submetidos à ATQ no período de 2013 a 2016.
- Grupo 2: FTS – 40 pacientes
  - Portadores de artrose do quadril que serão submetidos à ATQ pela metodologia FTS no período de novembro de 2016 a dezembro de 2017.

### 3.2 Critérios de inclusão:

- Portadores de artrose do quadril com indicação de ATQ
- ASA I e II
- Operados pelo mesmo cirurgião
- Via de acesso pósterio-lateral sob raquianestesia
- Variáveis estudadas: uso de hemoderivados, necessidade de pós-operatório em UTI, nível de dor e complicações
- Tempo de permanência hospitalar: quantificado em número de noites dormidas no hospital após a ATQ
- Mensuração detalhada dos gastos pelo setor financeiro e administrativo do hospital

### 3.3 Protocolo FTS:

- Equipe multidisciplinar
- Reunião da equipe com os pacientes e seus familiares
- Educação do paciente sobre todo o procedimento da internação e da alta hospitalar
- Analgesia multimodal: antes e depois da cirurgia
- Prevenção e controle rigoroso do sangramento com uso do ácido tranexâmico
- Raquianestesia sem morfina: anestesia opioide-free
- Sem sonda vesical, sem dreno
- Prevenção de náuseas, vômitos e hipotermia
- Mobilização do leito antes de 24 horas de pós-operatório

### 3.4 Critérios de alta hospitalar:

- Hemograma normal
- RX: implantes normo-posicionados
- Alimentando-se espontaneamente
- Dor controlada com medicamento oral
- Deambulando
- “Desejo de ir para casa”
- Suporte familiar

## 4. Resultados:

O tempo mínimo de seguimento foi de 7 meses. Não houve diferença entre as complicações. Nenhum caso de infecção, trombose e/ou embolia; alto índice de satisfação dos pacientes com a metodologia FTS. Houve uma redução final dos custos hospitalares de 66% no grupo FTS. (tabela 1).

	TRADICIONAL	FTS	RESULTADO
TPH	7 Nights	2 Nights	-71%
PESSOAL	79.976,90	25.187,42	-69%
MEDICAÇÃO	8.686,45	3.488,84	-60%
UTI	19.882,12	864,44	-96%
LABORATORIO/ RX	3.017,99	1220,89	-60%
FISIOTERAPIA	4.443,01	2237,04	-50%
NUTRIÇÃO	13.596,97	7.497,74	-45%
HIGIENE	3.600,12	1.775,93	-51%
ROUPAS	3.765,30	1.289,40	-66%
MANUTENÇÃO	4.003,32	1.843,94	-54%
AGUA/ LUZ	740,26	373,02	-50%
TOTAL	144.833,69	49.091,31	-66%

Tabela 1: resultados

## 5. Conclusão:

A ATQ pela metodologia fast track surgery é segura, efetiva e diminui os custos hospitalares.

## 6. Considerações finais:

O fast track surgery significa trabalho em equipe multidisciplinar com foco na segurança do paciente buscando as melhores evidências para otimizar o procedimento cirúrgico



## Referências bibliográficas:

1. Kurtz S, Ong K, Lau E, et al. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. J Bone Joint Surg Am 2007;89:780-5.
2. Husted H, Jensen CM, Solgaard S, Kehlet H. Reduced length of stay following hip and knee arthroplasty in Denmark 2000-2009: from research to implementation. Arch Orthop Trauma Surg. 2012;132:101-104.
3. Glassou EN, Pedersen AB, Hansen TB. Risk of re-admission, reoperation, and mortality within 90 days of total hip and knee arthroplasty in fast-track departments in Denmark from 2005 to 2011. Acta Orthopaedica 2014; 85 (5): 493-500.
4. Husted H, Holm G, Jacobsen S. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: fast-track experience in 712 patients. Acta Orthop 2008; 79: 168-73.
5. Kehlet, H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br. J. Anaesth. (1997) 78 (5): 606-617.



VOLTAR

Erica de Freitas Amorim, Miriam Alves Serruya, Marisa M. Regenga.

## Introdução

A população da UTI Cardiopediátrica do HCor – ASS é composta por pacientes cardiopatas congênitos de alta complexidade, cuja avaliação, planejamento e execução do cuidado requer alto nível de especialização e interação entre as equipes para garantir a melhor segurança do paciente. Já foi demonstrado que a maior incidência de intercorrência relacionada a manipulação durante a fisioterapia é a bradicardia.

## Objetivo

Implementar uma metodologia clara de direcionamento assistencial que correlacione complexidade da patologia e instabilidade clínica para segurança do paciente.

## Metodologia

Acompanhamento de 2012 a 2017 de população de 0 a 18 anos internadas em Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica neonatal e pediátrica (UTInp).

1) Levantamento da correlação entre o tipo de atendimento e a ocorrência de bradicardias para identificação da ocorrência prevalente. Pela análise dos dados constatou-se a maior incidência de intercorrências (bradicardias) em crianças de maior complexidade.

2) Desenvolvimento de uma ferramenta para estratificação de complexidade clínica (score) composto por: Escala de Rachs (classificação de risco cirúrgico), anatomia da patologia cardíaca e estado clínico da criança, considerando que os principais fatores para descompensação hemodinâmica na aspiração, são: disfunção ventricular, hipertensão pulmonar, sedativos de uso contínuo e uso de beta-bloqueadores.

3) Elaboração de “card sinalizador” em formato de farol, vermelho = alta complexidade e amarelo = média complexidade para ser utilizado pelo fisioterapeuta com o objetivo de tornar o processo mais seguro.

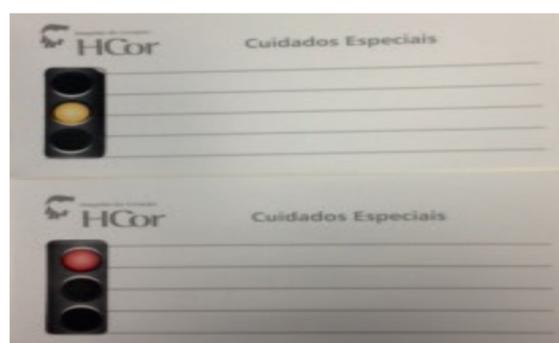
## Score diário de classificação de risco na aspiração traqueal de crianças extubadas.

SBAR						
DATA	MANHÃ		TARDE		NOITE	
	(S) PO: Clínico:	(S) PO: Clínico:	(S) PO: Clínico:	(S) PO: Clínico:	(S) PO: Clínico:	(S) PO: Clínico:
	GASO (B)		GASO (B)		GASO (B)	
	RX (B)		RX (B)		RX (B)	
FAROL (A)	(A)		(A)		(A)	
	[ ] V = 3					
	[ ] A = 2					
ATENÇÃO (R)	[ DVD = 3; ( ) DVE = 3; ( ) HP = 2; ( ) LR = 2; ( ) PH = 3; ( ) B-bloc = 3; ( ) prostín = 2; ( ) precedex = 1 / score de risco para bradicardia =					
	CP (R)		CP (R)		CP (R)	
(A)	Sc: VNI	tempo	SB:	Asp.	Sc: VNI	tempo
			SB:	Asp.	Sc: VNI	tempo
			SB:	Asp.	Sc: VNI	tempo
			SB:	Asp.	Sc: VNI	tempo

LEGENDA:  
S: situação  
B: breve história  
A: avaliação  
R: recomendação  
CP: conduta principal

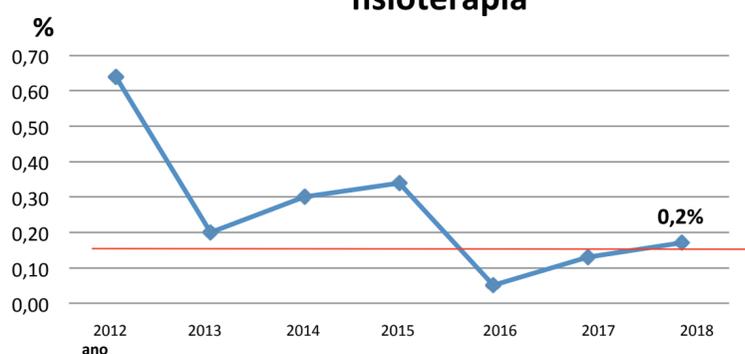
AP: Antecedentes pessoais  
DVD: disfunção de VD  
DVE: disfunção de VE  
HP: Hipertensão pulmonar  
LR: lesão residual  
PH: Proc. Híbrido  
SB: score de barreira  
Score de risco para BRADICARDIA ALTO  
RISCO > 6

## Sinalizador da estratificação de complexidade da doença cardíaca e clínica



## Resultados

### Incidência de bradicardia durante fisioterapia



## Conclusão

As ferramentas desenvolvidas são de fácil aplicação e visualização, com alta adesão pela equipe de fisioterapia. Após a implementação do “card sinalizador Farol” e do score de risco de bradicardia ocorreu redução do número de eventos adversos mostrando a eficácia do processo.

## Referências Bibliográficas

- Noori S, Wu TW, Seri I. pH effects on cardiac function and systemic vascular resistance in preterm infants. *J Pediatr.* 2013;162(5):958–963.e951.
- AARC Clinical Practice Respiratory Care. June 2010, Vo. 55. Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways



## IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS À ATENÇÃO FARMACÊUTICA: ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DO ESCORE DE RISCO

Janaina Cherubin

**Resumo:** Com o propósito de priorizar a assistência farmacêutica, um instrumento baseado em classificação de riscos foi desenvolvido e aplicado em 210 hospitais. Os 44 respondentes opinaram quanto aos potenciais riscos medicamentosos, população de abrangência e critérios de inclusão. O novo instrumento modificou a classificação e a periodicidade de acompanhamento do paciente pelo farmacêutico.

**Introdução:** As atribuições clínicas do farmacêutico proporcionam cuidado ao paciente, visando o uso racional de medicamentos e otimização da farmacoterapia. Assim, o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP) do IQG – Health Service Accreditation desenvolveu um instrumento para classificar os potenciais riscos ao paciente hospitalizado, correlacionar os medicamentos em uso e as condições clínicas do mesmo.

**Objetivo:** Verificar a utilização do escore de risco para direcionamento da assistência farmacêutica aos pacientes internados e identificar sugestões aos critérios definidos.

**Método:** O Comitê Técnico do PBSP elaborou um questionário que foi disponibilizado por meio de um link para que as 210 instituições de saúde integrantes do PBSP respondessem no período de novembro à dezembro de 2017.

**Resultados:** Responderam o questionário 44 instituições. Destas, 39 relataram a utilização do escore de risco e sugeriram: uso exclusivo para pacientes a partir de 15 anos; considerar a lista completa do ISMP (medicamentos de alta vigilância); o uso de digitálicos para cardiopatas; aumentar um ponto no critério para renais e hepatopatas; e os medicamentos prescritos como se necessário ou a critério médico não devem ser pontuados. Considerando as inclusões: uso de Varfarina, Heparina ou HBPM e todos os antimicrobianos; monitoramento de nível sérico de Vancomicina, Gentamicina, Amicacina, Fenitoína, Carbamazepina, Fenobarbital, Ácido Valpróico, Digoxina, Ciclosporina, Tacrolimus, Sirolimo; protocolos clínicos que envolvem uso de medicamentos. Ponderando as sugestões, foi proposta a seguinte classificação de risco e periodicidade de acompanhamento do paciente pelo farmacêutico: Alto:  $\geq 12$  - Acompanhamento diário; Moderado: 5 a 11 - Acompanhamento a cada 72 h; Baixo:  $\leq 4$  - Reclassificar em 7 dias.

**Conclusão:** O escore de risco foi utilizado em poucas instituições do PBSP, no entanto sugestões relevantes foram observadas. Estas foram incorporadas ao instrumento e redefinida a classificação de risco. O PBSP tem a missão de enfatizar que esta ferramenta tem a finalidade de direcionar as atividades clínicas do farmacêutico para que os pacientes com risco recebam atenção farmacêutica à beira leito.

### Bibliografia

Institute for Safe Medication Practices Canada, Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System. Definitions os Terms. [www.ismp-canada.org/definitions.htm](http://www.ismp-canada.org/definitions.htm). Accessed 14 February 2006.

Blix, H.S., K.K. Viktil, T.A. Moger & A. Reikvam (2006) Characteristics of drug-related problems discussed by hospital pharmacists in Multipliciplinary teams.

Nogueira, J.L.F., V. Poveda Andrés, E. Lerma Gaude, M. San Martín Cigés, T. Baviera & C.P. Herreo (2006) *Farm. Hosp.*



# Impacto da Atenção Multiprofissional na Adesão à Profilaxia de TEV

Viviane Aparecida Andrade Silveira

## Resumo

O Tromboembolismo Venoso é um evento grave que pode ser prevenido. Iniciamos a avaliação e intervenção do protocolo somente com a equipe de enfermagem e observamos uma baixa adesão a profilaxia principalmente dos pacientes cirúrgicos de alto risco. Após a intervenção farmacêutica juntamente com a enfermagem, observamos os resultados de adesão de pacientes cirúrgicos aumentar de 63% para 90% de adesão, o que nos aponta que somente uma atuação multiprofissional pode garantir a segurança do paciente contra TEV.

## Introdução

Quase todos os pacientes hospitalizados têm pelo menos um fator de risco para TEV, e cerca de 40% têm três fatores ou mais.

De acordo com o estudo IMPROVE dos 15.156 pacientes incluídos 52% estavam em risco para TEV, e 39% desses pacientes não receberam a profilaxia recomendada pelo ACCP.

A falta de profilaxia adequada é um problema grave que precisa ser corrigido rapidamente.

Pela sua complexidade a prevenção a trombose exige uma atuação multiprofissional e o trabalho visa avaliar o resultado após esta intervenção.

## Desenvolvimento

Estudo descritivo coorte paralelo retrospectivo onde foi aplicada o algoritmo da ACCP9 na admissão dos pacientes clínicos e cirúrgicos num período de 38 meses. Foram avaliados 1757 pacientes cirúrgicos e 6039 pacientes clínicos de alto risco para TEV. No grupo 1, estão 471 pacientes cirúrgicos e 1888 pacientes clínicos, avaliados com alto risco e que sofreram intervenção somente da enfermagem. No grupo 2, está analisado se houve aumento da proteção aos pacientes através da atuação multiprofissional ao protocolo.

## Resultados

Observamos que no grupo 1 de pacientes clínicos, havia inicialmente uma taxa alta de adesão à profilaxia medicamentosa (90%) e com a avaliação em conjunto da farmácia com a enfermagem - grupo 2 - , houve um discreto ganho de assertividade, chegando aos 98%. Entre os pacientes cirúrgicos de alto risco para TEV, inicialmente havia uma taxa de adesão que oscilava significativamente e com uma média de adesão de 62% - grupo 1 -, após a atuação multiprofissional, grupo 2, este

## Conclusão

Houve um aumento da adesão e conseqüentemente maior proteção aos pacientes contra o risco de TEV nos pacientes internados após atuação do farmacêutico clínico em conjunto com enfermagem. Com isso, avaliamos como importante a atuação multiprofissional para a melhor adesão ao protocolo institucional.



# IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA ESTRUTURADO DE SEPSE NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PRIVADO DA ZONA SUL DE SÃO PAULO.

Murilo Barbosa; Christiane Padovani; Telma Marson; Rafaela Guerra Maciel; Paulo Gouveia Rocha; Janaina Ghiraldi  
Hospital Santa Paula – São Paulo

## Introdução

A estruturação de um protocolo gerenciado de cuidado clínico leva ao aprimoramento da gestão multidisciplinar da prática clínica e reconhece a habilidade da instituição para articular os princípios e as boas práticas definidas.

## Objetivos

Avaliar os impactos da estruturação do protocolo de sepse no pronto atendimento de um hospital privado na zona sul de São Paulo.

## Metodologia

O Hospital Santa Paula gerencia o protocolo clínico de sepse desde março de 2017. No período de abril de 2017 a fevereiro de 2018, 378 pacientes foram inseridos e mantidos no protocolo de sepse no pronto atendimento. Para a implantação do protocolo gerenciado de sepse, a instituição revisou as diretrizes clínicas, criou um comitê multiprofissional, estabeleceu metas individuais e seus responsáveis em todos os processos, estruturou com a tecnologia da informação processos para coleta de dados através do prontuário eletrônico, promoveu reuniões semanais para discussão dos casos e acompanhamento das metas, além de capacitar toda a equipe multidisciplinar. Para analisar o desempenho das várias etapas do protocolo, foi estabelecido um sistema de medição de indicadores de processo e resultado.

## Resultados

A estruturação do protocolo possibilitou a melhoria de vários indicadores de processo, principalmente no desempenho dos indicadores tempo-dependente.

Podemos evidenciar:

1. Taxa de ATB em até uma hora – 30,8 para 88,6%
2. Tempo médio entre a hipótese diagnóstica e administração do primeiro antibiótico – 78,8 para 54 minutos
3. Taxa de coleta de hemocultura antes da terapia antimicrobiana – 50 para 84,1%
4. Taxa de coleta de lactato dentro das três primeiras horas do diagnóstico de sepse – 63,5 para 93,2%
5. Tempo médio para liberação de lactato – manteve-se abaixo de 30 minutos
6. Taxa de letalidade – 15,4% no baseline e mantendo-se abaixo 7,5% nos meses de gerenciamento
7. Taxa de protocolos corretamente iniciados na triagem – 20 para 68%

Figura 1 – Taxa de antibiótico em até 1 hora

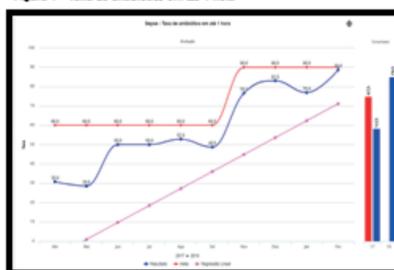


Figura 2 – Tempo médio entre diagnóstico e administração do primeiro ATB



Figura 3 – Taxa de coleta de hemocultura antes da terapia antimicrobiana

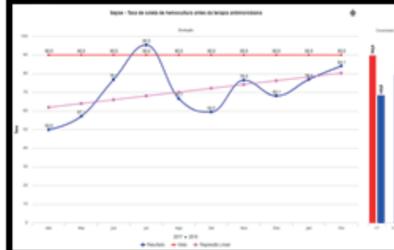


Figura 4 – Taxa de coleta de lactato dentro das três primeiras horas do diagnóstico



Figura 5 – Tempo médio para liberação de lactato

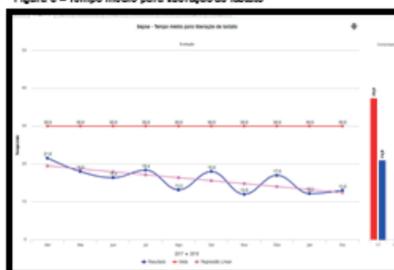


Figura 6 – Taxa de letalidade

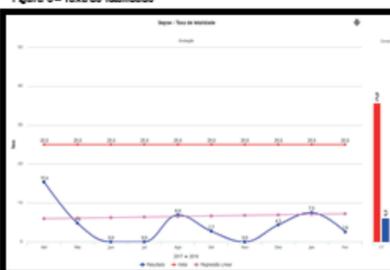
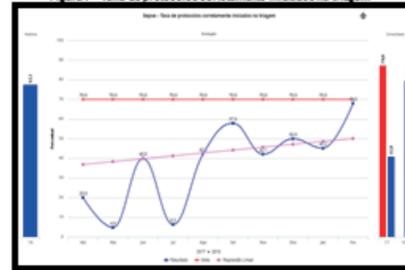


Figura 7 – Taxa de protocolos corretamente iniciados na triagem



## Conclusão

Pudemos evidenciar o impacto positivo nos resultados assistências a partir da organização, implantação de processos bem definidos, monitoramento de indicadores e engajamento da equipe multidisciplinar.

## Referências Bibliográficas

1. Surviving Sepsis Campaign - bundles of care. [http://www.survivingsepsis.org/Bundles/Pages/Bundle\\_sforImprovement.aspx](http://www.survivingsepsis.org/Bundles/Pages/Bundle_sforImprovement.aspx).
2. Rhodes A, Phillips G, Beale R, et al. The Surviving Sepsis Campaign bundles and outcome: results from the International Multicentre Prevalence Study on Sepsis (the IMPReSS study). *Intensive Care Med.* 2015;41(9):1620-1628.
3. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-810.
4. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):762-774.



# IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COMO DIFERENCIAL ESTRATÉGICO NO REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO

Autoras: Letícia Freire • Tatiane Batoch • Andréa Drumond

## INTRODUÇÃO

A avaliação da Experiência do Paciente tem sido cada vez mais priorizada em instituições de saúde ao redor do mundo. No Brasil, ainda há de se avançar muito sobre o tema, principalmente em sua aplicabilidade nos processos organizacionais. Esse esforço deve ser integrado e coordenado, levando em consideração componentes técnicos e humanos.

## OBJETIVO

Almejando excelência em qualidade, segurança, eficiência, satisfação e consequentemente desfecho clínico, a avaliação dos aspectos relacionados à experiência fornece um panorama completo do nível institucional para estabelecimento de suas metas centradas no paciente.

- Mapeamento de jornada do paciente;
- Implementação de práticas de Disclosure e Service Recovery.

## RESULTADOS

Dentre os diversos benefícios para o paciente, observou-se a redução de queixas por negligências, melhora do estado emocional, maior adesão ao tratamento e consequente melhora dos resultados clínicos.

Para a instituição, destaca-se o alinhamento organizacional e estabelecimento de novas metas de trabalho. Aliado a isso, há a redução de custos e desperdícios, já que no cuidado coordenado e capacitante, o paciente é envolvido e o compreende melhor, evitando assim consultas ou exames excessivos.



## MÉTODO

Implementamos o Escritório de Experiência do paciente para centralização das atividades. Ao se iniciar, foi preciso compreender o conceito de experiência e cuidado centrado no paciente, além de identificar o perfil social e organizacional.

- Para tanto, as seguintes ações foram necessárias:
- Criação do Comitê de Experiência do Paciente para apresentação de resultados e envolvimento das lideranças;
- Sensibilização aos colaboradores em treinamentos sobre o tema;
- Realização de primeira oficina no Brasil para discussão da jornada do paciente com corpo clínico baseada na ferramenta do Design Thinking;
- Aplicação de pesquisas de satisfação e fidelização;
- Implementação de Rondas de Lideranças;
- Promoção de atividades em datas comemorativas e humanização de ambientes;



## CONCLUSÃO

Apesar dos desafios, os avanços são inúmeros, e toda instituição de saúde que busca melhoria de seus processos e indicadores com consequente aumento de receita e visibilidade no mercado, deve dar voz ao seu maior objetivo: o paciente. A partir daí, as barreiras culturais intrínsecas e subjetivas passam a ser agentes do perfil estratégico institucional.

Escritório da Experiência do Paciente do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco.

Gerente: Letícia Freire  
Enfermeira designer: Tatiane Batoch  
Superintendente: Andréa Drumond



VOLTAR

# IMPLEMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RISCOS COM A FINALIDADE DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Sandra de Moraes Postanovski  
Giceli Siqueira Vaz  
Claudimeri Dadas  
Amanda Voltolini

## INTRODUÇÃO:

O Gerenciamento de Risco (GR) consiste em medidas de controle e prevenção para evitar e reduzir a probabilidade de uma situação de perigo ou erro acontecer.

## OBJETIVO:

Evidenciar a prática do gerenciamento de riscos, ressaltando a importância na promoção de melhores práticas assistenciais e no cuidado centrado ao paciente.

## METODOLOGIA:

O gerenciamento de riscos iniciou em 2008, mensurando 2 riscos: Lesão por Pressão e Queda.

Em 2011 incluiu-se o gerenciamento de mais 4 riscos.

Em 2013 foram inseridos mais 3 riscos. Em 2016 chegou a um total de 9 riscos gerenciados.

A avaliação ocorre diariamente, desde a entrada do paciente na instituição até a sua alta. O acompanhamento é mensal através de planilhas de indicadores.

## RESULTADOS:

Risco de queda: Houve um aumento na Densidade de Incidência (DI) destes eventos entre os anos de 2015 e 2016, de 0,66 para 1,26. Após a reanálise do protocolo, evidenciou-se a necessidade da inclusão do paciente/família neste risco. Entre 2016 e 2017 houve a redução de 56% na DI de quedas.

### Densidade de incidência de Quedas (por 1000 pacientes-dia) 2015 -2017

Fonte: Planilha de indicadores setoriais - Dados institucionais



Gráfico 1

Risco de TEV: Para os paciente cirúrgicos houve a redução da DI de 14,08 para 0,59, e para os paciente clínicos foi de 7,55 para 0,50 entre os anos de 2016 e 2017. Este resultado deu-se devido à mudança nos critérios de inclusão e envolvimento do Enfermeiro ao iniciar o gerenciamento do risco para os demais membros da equipe multidisciplinar.

### Densidade de Incidência de TEV - Score Caprini 2016 -2017

Fonte: Planilha de indicadores setoriais - Dados institucionais



Gráfico 2

Time Out: Em novembro de 2016 adotou-se um instrumento de captação de áudio em forma de *check list*, em dezembro sua efetividade ficou em 58,9%, observando nos meses seguintes um crescente gradual, atingindo 100% de efetividade no quinto mês da implantação.

### Efetividade TIME OUT Dez 2016 - Dez 2017

FORNTE: Planilha de controle interno centro cirúrgico



Gráfico 3

## CONCLUSÃO

Com a maturidade da equipe relacionado ao GR, buscando a melhoria dos processos e o cuidado centrado no paciente, sendo o cuidado de forma holística, individualizada e humanizada, uma nova abordagem de cuidado foi implantada em 2017, destinada aos pacientes oncológicos, em 2018 houve a expansão deste cuidado, com o envolvimento da equipe multidisciplinar, a fim de cativar a todos no cuidado centrado no paciente.

Consideramos que o processo foi implantado de forma sistemática propondo ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade, segurança e excelência da assistência prestada.

## Referências:

- Feldman L. Portal da Enfermagem – Gerenciamento de Risco [internet] 2011 [citado 2011 Junho 28]. Disponível em <http://www.portaldafenfermagem.com.br> . Acesso em 17/04/2018.
- COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-7, set./out. 2013.
- PROQUALIS - Simplificando o cuidado centrado na pessoa; Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>. Acesso em 19/04/2018



# IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE: A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E O USO DE NOVAS TECNOLOGIAS

Sandra de Moraes Postanovski  
Claudimeri Dadas  
Vanessa Barros  
Vanusa Lucas

## INTRODUÇÃO

Considerando a magnitude do problema da lesão de pele (LP), a prevenção é apontada como o melhor caminho para minimizar esse evento, embasado em diretrizes e protocolos clínicos efetivos.

Esta assistência requer avaliação do paciente de forma sistematizada, considerando os riscos presentes e adotando medidas preventivas apropriadas e confiáveis para todos os pacientes expostos ao risco.

## OBJETIVO

Evidenciar a efetividade da atuação do enfermeiro como protagonista no processo assistencial, tendo como direcionamento um protocolo institucional na prevenção de lesão de pele.

## METODOLOGIA

Estudo quali/quantitativo, com levantamento dos dados no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, mensurados das planilhas de indicadores de qualidade assistencial a densidade de incidência de LP.

A composição da amostra foi o número de novas lesões desenvolvidas na instituição x número de pacientes/dia, tendo como meta referencial os dados obtidos da ANAHP. O estudo constituiu-se na classificação do risco ao qual o paciente está exposto, utilizado como ferramenta de avaliação o Score de Braden.

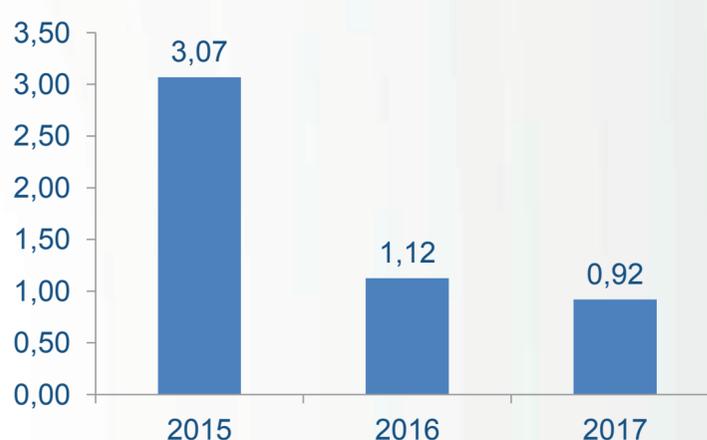
A avaliação inicia na admissão do paciente, com a prescrição de intervenções individualizadas, embasadas na sistematização da assistência de enfermagem através de um tutor pré-definido, evidenciando o risco ao qual o paciente está exposto.

## RESULTADOS

A revisão do protocolo ocorreu em 2012, com consolidação efetiva partir de 2015. Evidenciando que a atuação do enfermeiro, mediante as práticas adotadas e ações implementadas na melhoria contínua do cuidado, influenciaram à redução gradativa na densidade de incidência de LP. Em 2015 este valor ficou em 3,07. Em 2016 e 2017, os valores chegaram em 1,12 e 0,92 respectivamente, abaixo do referencial institucional estipulado de 1,22.

### Densidade de incidência de lesão por pressão 2015 -2017 (por 1000 pacientes-dia)

Fonte: Planilha de indicadores setoriais - Dados institucionais



## CONCLUSÃO

A implementação do protocolo de LP foi uma estratégia eficaz na prevenção das lesões, sendo necessário o profissional enfermeiro conhecer as melhores práticas assistenciais embasado em evidências clínicas.

Ao planejar o cuidado de maneira holística, evidencia-se que o profissional enfermeiro está apto a reconhecer um paciente sob o risco de desenvolver LP, aplicando intervenções preventivas efetivas precocemente unidas aos avanços tecnológicos, utilizando materiais e tecnologias adequadas e um protocolo consistente.

## REFERÊNCIAS

- Domansky, R. C.; Borges, E. L. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências. Editora Rubio, Rio de Janeiro, 2014.
- REVISTA OBSERVATÓRIO ANAHP; Publicação anual – Edição 9; página 122; Disponível em <file:///C:/Users/Br00863276/Downloads/Observatorio2017-Web-Port-Out17.pdf>. Acesso em 07/04/2018
- Incidência de úlcera por pressão (UPP) - PROQUALIS/ práticas de saúde. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores/incidencia-de-ulcera-por-pressao-upp>. Acesso em 03/04/2018.
- LIMA, Angela C. B.; GUERRA, Diana M.. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciênc. Saúde Coletiva vol.16 no.1. Rio de Janeiro Jan. 2011.



# MAPEAMENTO DO TEMPO DE ENFERMAGEM BEIRA-LEITO COMO FERRAMENTA DE OTIMIZAÇÃO DA PRODUTIVIDADE E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Alexandrer Aredes Sobrinho; Ana Paula Faustino Gilio; Danielle de Araújo Malfati; Simone Aparecida Gonçalves Correia

## INTRODUÇÃO

O estudo representa a primeira etapa da revisão do modelo da assistência de Enfermagem deste Hospital. Buscamos identificar qual o tempo efetivo que os enfermeiros e técnicos dedicam diretamente ao paciente como ferramenta para a avaliação da qualidade, eficiência e produtividade da assistência prestada.

## DESENVOLVIMENTO

O mapeamento foi realizado através da ferramenta Folha de Estudo de Processo. Este formulário é usado para calcular a capacidade de trabalho em processos, a fim de confirmar, identificar e eliminar os desperdícios realizados durante o plantão.

O mapeamento foi realizado na Clínica Médica Cirúrgica do dia 06 ao dia 14/12/2017.

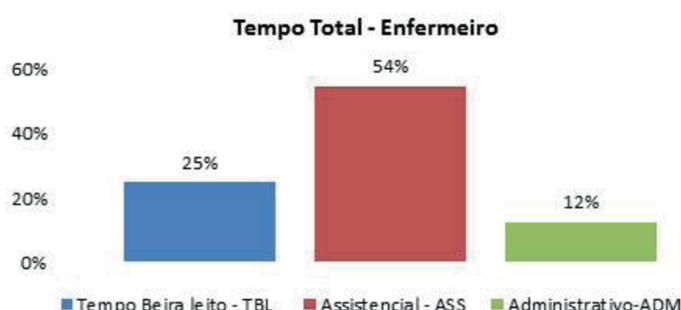
Os dados foram compilados com base nas seguintes categorias:

- Atividades com contato direto ao paciente (medicação, banho, procedimentos, etc.);
- Atividades assistenciais, porém sem contato direto com o paciente (anotação, checagem, devolução de medicação, passagem de plantão, etc.);
- Atividades em geral de cunho administrativo (montagem de prontuário, impressão de etiqueta, etc.)

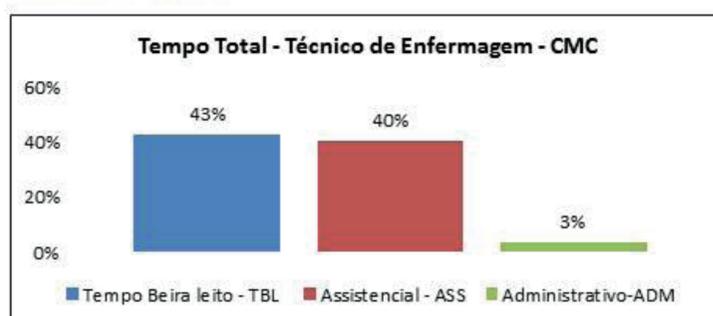
## RESULTADOS

O estudo demonstrou que o enfermeiro dedica 24% do tempo nas atividades assistenciais diretas.

E 54% nas atividades assistenciais indiretas e 12% em atividades administrativas (10% do tempo preenchido com pausas e interrupções).



O Técnico de Enfermagem destina 43% do tempo nas atividades assistenciais diretas, 40% nas atividades assistenciais indiretas e 03% em atividades administrativas (14% Pausas e Interrupções).



## CONCLUSÃO

Objetivamos intensificar o tempo de assistência direta aos pacientes para melhoria na experiência do paciente e envolvimento dos mesmos na tomada de decisão e planejamento do cuidado.

Acreditamos na relevância do estudo como base para revisão do modelo com base na produtividade, performance assistencial e experiência do paciente.

Compreende-se que dentre as fragilidades do estudo está a variabilidade de produtividade entre os profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. LUYSTER, T. Creating your lean future state: how to move from seeing to doing. New York: Quality Press, 2006.
2. Matthews DA, Feinstein AR. A review of systems for the personal aspects of patient care. Am J Med Sci 1988; 295:159.
3. Levine DM, Landon BE, Linder JA. Trends in Patient-Perceived Shared Decision Making Among Adults in the United States, 2002-2014. Ann Fam Med 2017; 15:552.





## MOBILIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NO CIRCUITO TRR

IMPACTOS ASSISTENCIAIS DE UMA CAMPANHA NA REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO DE SÃO PAULO

### EIXO 1: EFICIÊNCIA EM CUIDADOS CLÍNICOS

AUTORES: Fabiana Alves da Conceição Melo, Hugo Pacífico, Roserly Fernandes e Silvana Fernandes dos Santos

## INTRODUÇÃO

O ACIONAMENTO DO CÓDIGO AMARELO VISA ANTECIPAR O ATENDIMENTO DO PACIENTE EM SITUAÇÕES DE RISCO OU EMERGÊNCIAS, POR ISSO A DETECÇÃO PRECOCE, DE FORMA SISTEMÁTICA E CONTÍNUA, EM UNIDADES NÃO CRÍTICAS DEVE SER REFORÇADA SEMPRE ÀS EQUIPES DE SAÚDE COM OBJETIVO DE POSSIBILITAR A TERAPÊUTICA PRECOCE REDUZINDO O NÚMERO DE INTERCORRÊNCIAS GRAVES.

NESSE SENTIDO, UMA ESTRATÉGIA DE DIVULGAÇÃO POR MEIO DE UMA CAMPANHA INTERNA DE COMUNICAÇÃO É IMPRESCINDÍVEL PARA INFORMAR, SENSIBILIZAR E ENVOLVER AS EQUIPES ASSISTENCIAIS NESTE PROCESSO.

## METODOLOGIA

TRATA-SE DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO DE SÃO PAULO, NA REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO CORPORATIVA INTITULADA "CIRCUITO TRR". ESSA ATIVIDADE FOI BASEADA NOS PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS "ACIONAMENTO DE CÓDIGO AMARELO" E "ACIONAMENTO DE CÓDIGO AZUL" COMPREENDENDO-SE POR 03 PIT STOPS: REFORÇO DOS SINAIS DE VITAIS, SINAIS DE ALERTA E SINAIS DE RISCO PARA ACIONAMENTO DO CÓDIGO AMARELO, MONTAGEM DO FLUXO DE ACIONAMENTO DO CÓDIGO AMARELO E COMPRESSÃO, VENTILAÇÃO, DESFIBRILAÇÃO E CARRINHO DE EMERGÊNCIA.



## RESULTADOS

DE JUNHO DE 2016 A JUNHO DE 2018, HOUVE AUMENTO PROGRESSIVO NO NÚMERO DE ATENDIMENTO MÉDICO BEM COMO NO NÚMERO DE ACIONAMENTO DE CÓDIGO AMARELO E UMA REDUÇÃO SIGNIFICATIVA NO NÚMERO DE CÓDIGO AZUL, BEM COMO 98% DE ATENDIMENTO NO TEMPO ADEQUADO CONFORME PROTOCOLO.

## CONCLUSÃO

AS CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO, QUANDO BEM ELABORADAS E COM PEÇAS CRIATIVAS, POSSUEM VELOCIDADE E IMPACTOS FAVORÁVEIS PARA A DISSEMINAÇÃO DAS INFORMAÇÕES, SENSIBILIZANDO E ENVOLVENDO AS EQUIPES E, QUANDO ATRELADAS ÀS ATIVIDADES PRÁTICAS, PODEM DETECTAR POSSÍVEIS GAPS E TRATÁ-LOS, MENSURANDO ASSIM A EFETIVIDADE APÓS A AÇÃO.



## Resumo

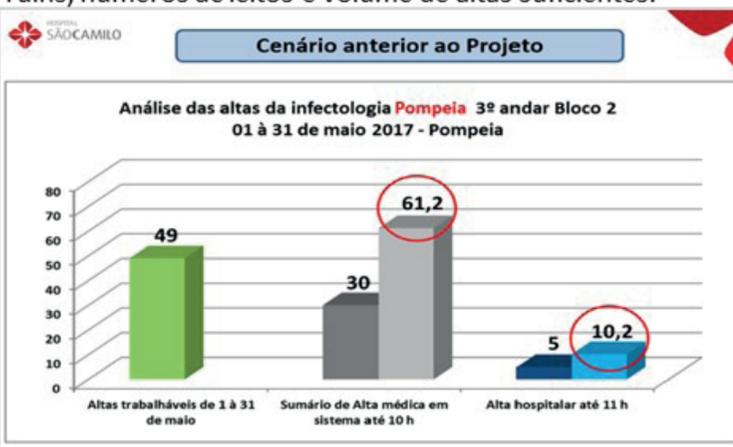
O trabalho busca descrever a experiência da implantação do projeto de gestão de leitos utilizando a metodologia *Lean*. Obteve-se melhora significativa dos indicadores, agregando valor à experiência do paciente.

## Introdução

O conceito de gestão eficiente do fluxo do paciente compreende dimensões do cuidado como segurança e eficiência. Entretanto, a complexidade desse processo é um desafio nas organizações de saúde.

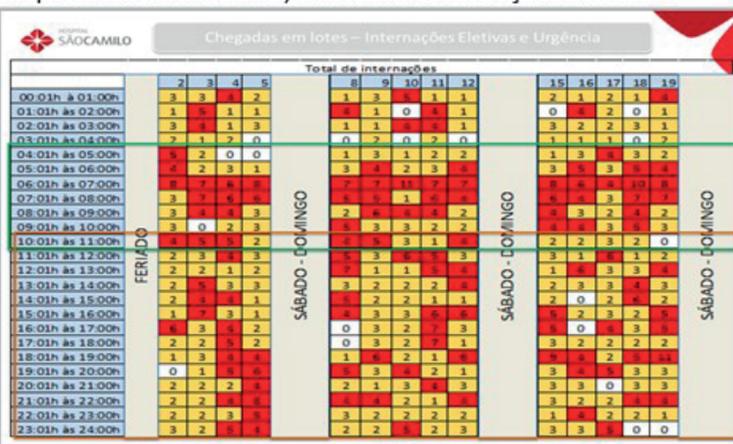
## Desenvolvimento

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em hospital privado na cidade de São Paulo. O diagnóstico partiu do *Gemba* que busca entender a situação mediante observação das condições de trabalho. Para entender a causa raiz foi aplicada a Ferramenta de Estudo (FEP). Implantamos o projeto piloto em unidade de internação com indicadores ruins, números de leitos e volume de altas suficientes.



## Resultados

Identificamos lotes de entrada e saída de pacientes que represavam diretamente o fluxo, evidenciando que não havia um padrão estruturado para alta hospitalar. A assertividade da previsão do horário de alta era baixa, dependendo do médico, desencadeando ações tardias.



**Chegadas em lotes - Internações Eletivas e Urgência**

Total de internações	SÁBADO - DOMINGO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
00:01h à 01:00h	3	3	4	2						
01:01h à 02:00h	1	5	1	1						
02:01h à 03:00h	3	1	1	3						
03:01h à 04:00h	7	1	2	0						
04:01h à 05:00h	5	2	0	0						
05:01h à 06:00h	4	2	3	1						
06:01h à 07:00h	8	7	6	8						
07:01h à 08:00h	3	1	1	6						
08:01h à 09:00h	1	4	3	2						
09:01h à 10:00h	3	0	2	3						
10:01h à 11:00h	4	5	5	2						
11:01h à 12:00h	2	3	4	3						
12:01h à 13:00h	2	2	1	2						
13:01h à 14:00h	2	5	3	3						
14:01h à 15:00h	2	1	1	1						
15:01h à 16:00h	1	7	3	1						
16:01h à 17:00h	8	3	4	2						
17:01h à 18:00h	2	2	5	2						
18:01h à 19:00h	1	3	4	1						
19:01h à 20:00h	0	1	3	6						
20:01h à 21:00h	2	2	2	4						
21:01h à 22:00h	2	2	4	4						
22:01h à 23:00h	3	2	3	3						
23:01h à 24:00h	3	2	8	1						

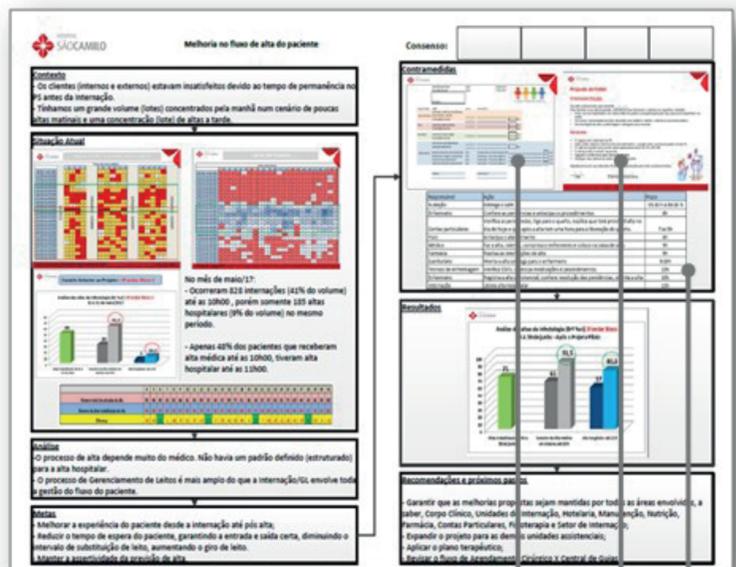
**Lote de Alta Hospitalar**

Alta Hospitalar	SÁBADO - DOMINGO																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
00:01h à 01:00h	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01:01h à 02:00h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
02:01h à 03:00h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
03:01h à 04:00h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
04:01h à 05:00h	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05:01h à 06:00h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
06:01h à 07:00h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07:01h à 08:00h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
08:01h à 09:00h	2	0	2	5	1	0	0	1	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0
09:01h à 10:00h	8	1	3	6	2	8	8	2	9	5	3	5	2	1	1	3	5	3	4	7	3
10:01h à 11:00h	7	2	4	10	8	9	4	6	13	13	13	9	12	11	6	15	5	8	18	12	6
11:01h à 12:00h	8	11	12	10	13	9	10	9	12	8	14	16	10	12	7	8	7	8	17	11	5
12:01h à 13:00h	3	5	4	3	10	3	3	3	4	4	6	5	2	5	5	5	5	8	4	4	4
13:01h à 14:00h	6	6	3	10	9	3	5	1	6	6	5	13	10	1	6	5	10	3	9	7	1
14:01h à 15:00h	0	3	5	8	5	2	2	2	7	2	12	8	0	3	3	5	4	4	4	4	4
15:01h à 16:00h	3	2	4	0	1	4	0	3	2	9	0	5	2	0	2	1	2	4	7	4	2
16:01h à 17:00h	1	2	1	2	1	1	0	1	3	4	2	0	1	0	1	1	4	1	2	1	2
17:01h à 18:00h	0	1	0	0	3	2	0	4	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2
18:01h à 19:00h	1	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
19:01h à 20:00h	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	1	2	2	3	1	0
20:01h à 21:00h	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	0	0
21:01h à 22:00h	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0
22:01h à 23:00h	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0
23:01h à 24:00h	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

## Referência Bibliográfica

- SHOOK, JOHN Gerenciando para o aprendizado: Usando o processo de gestão A3 para resolver problemas, promover alinhamento, orientar e liderar - São Paulo: Lean Institute Brasil, 2008

Implantamos ações de melhoria, como: reuniões de sensibilização e engajamento do corpo clínico e das equipes envolvidas; transformação do processo médico-dependente em multidisciplinar; criação de prazos para entrega dos serviços; antecipação da organização do prontuário e documentos de alta; elaboração de *checklist* pré-alta, antecipando as pendências relacionadas ao cuidado do paciente que causam atrasos na orientação aos familiares com entrega de um *folder* de orientação. Assim, notamos mudança significativa dos dados: apresentamos no período de 01 a 31/05/17 um volume de 49 altas trabalháveis com 30 sumários de alta médica (61,2%) entregues até as 10h, destas somente 5 altas hospitalares (10,2%) foram efetivadas até as 11h. No mês seguinte, após a implantação do projeto piloto na unidade assistencial, obtivemos, no período de 06 a 30/06/17, o volume de 71 altas trabalháveis com 65 sumários de alta médica entregues até 10:00 horas (91,5%) e destas, 57 altas hospitalares (80,3%) atingiram a meta estabelecida para o horário de saída.



## Conclusão

O *Lean* no Gerenciamento de Leitos, adotado neste projeto piloto foi essencial para melhoria dos resultados, entretanto, é necessária a continuidade das ações implementadas e buscar soluções em serviços ainda não estudados, a exemplo da higiene e hotelaria, expandindo para outras áreas do hospital.



# O IMPACTO DE UMA NOVA ESTRATÉGIA DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE ISOLAMENTO POR GERMES MULTIRRESISTENTES

Daiany Santos Fernandes<sup>1</sup>, Agatha Boff<sup>2</sup>, Daniela Tenroller de Oliveira<sup>3</sup>,  
Elisandra Leites Pinheiro<sup>4</sup>

1. Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

2. Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção – 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



## Introdução

A incidência de germes multirresistentes (GMR) vem representando um grande desafio aos serviços de saúde na prevenção da disseminação destes. Para eficácia de ações preventivas, é necessário ter um programa de prevenção e controle de infecções estruturado, que vise a melhoria da qualidade e monitoramento das medidas de precaução básica e de bloqueio epidemiológico.

## Objetivo

Evidenciar as principais modificações de uma estratégia de bloqueio epidemiológico na unidade C2; Avaliar a redução de pacientes/dia, internados em isolamento de contato por germe multirresistente; E analisar o custo de material de isolamentos do setor, antes e após as novas medidas adotadas.

## Método

Trata-se de um Estudo observacional comparativo entre estratégias diferentes de medidas de bloqueio epidemiológico em uma unidade de internação clínica de pacientes portadores de germes multirresistentes do Hospital Moinhos de Vento.

A partir de Janeiro de 2018, foram instituídas novas recomendações pelo Serviço de Controle de Infecção (SCI) na estratégia dos isolamentos de contato conforme resultado dos monitoramentos epidemiológicos da instituição e revisão de literatura. A Unidade de internação C2 é um setor clínico adulto de pacientes crônicos colonizados por GMR's.

## Resultados

As principais modificações na estratégia de 2018 consistem em: modificação da indicação do colaborador exclusivo para os isolamentos, não havendo necessidade de manter colaborador exclusivo para assistência aos pacientes colonizados por GMR's; o uso de luvas e avental não mais obrigatórios para acompanhantes e familiares, e o reajuste do tempo de liberação do isolamento de contato para pacientes isolados por *Acinetobacter baumannii* complexo nas reinternações e durante internação hospitalar. De acordo com os índices obtidos na pesquisa, o número de pacientes/dia, internados em isolamento de contato por germe multirresistente na unidade, reduziu 30% em 3 meses, e os custos de materiais de isolamentos do setor obtiveram diminuição de 65%, comparado a estratégia de 2017. Em relação à incidência de novos casos de GMR's, somente foram identificados dois casos novos de colonização por KPC procedentes da unidade C2, os demais GMR's não houveram incidência de casos novos até o momento. Observou-se também, menor tempo no atendimento de campainhas, e menor número de funcionários a serem escalados, oportunizando o envio do colaborador para outros setores com maior demanda ou necessidade de ajuda conforme o dia.

## Conclusão

Concluimos que as implementações das novas medidas de bloqueio epidemiológicas influenciaram significativamente e positivamente na gestão da unidade, quadro funcional, rotatividade de pacientes, menor custo mensal e todos esses benefícios, sem perder o foco no cuidado centrado ao paciente.



VOLTAR

## Introdução

Um método de continuidade do cuidado, a passagem de plantão consiste na continuidade do trabalho de enfermagem, como ferramentas para assegurar a continuidade da assistência prestada, uma atividade de suma importância para prestação do cuidado. Neste estão inseridas informações clínicas e técnicas dos pacientes, como tratamento proposto, percepção da melhora clínica, intercorrência no decorrer dos turnos, percepção de alta, necessidades a serem atendidas. Na unidade de internação C1 com reformulação do novo informativo para passagem de plantão, estas informações tornam-se mais clara e com objetivação do tempo na passagem.

## Objetivo

Com o novo modelo de passagem de plantão implementado na unidade de internação C1, objetiva-se uma melhor continuidade de informações referentes aos variados cuidados assistências prestadas pela equipe de enfermagem, e otimização do tempo no passagem de informações de um turno para outro.

## Método

Utilizada pela enfermagem como mecanismo de assegurar a continuidade da assistência prestada, a Passagem de Plantão é uma atividade fundamental para a organização da rotina do cuidar. Nela estão inseridas as informações referentes ao estado do paciente, o tratamento realizado, as possíveis intercorrências e o que mais merecer atenção por parte da equipe de saúde. Com embasamento adquirido, em meados do mês de janeiro de 2018 iniciamos com a prática de aplicação do informativo assistencial, tendo como principal foco a melhora da qualidade de informações sendo porte a melhora na assistência ao paciente.

A passagem de plantão é uma atividade que oferece possibilidades para identificar problemas singulares de cada paciente; é nela que se definem as necessidades para os planejamentos e execução de medidas de enfermagem que tornam possível a eficácia do tratamento.

## Resultado

No momento da passagem anteriormente destinava-se um tempo entre 45 min e uma hora para passagem do plantão, com o novo modelo está destinando-se entre 10 há 15 min, sendo que com este tempo otimiza-se as reais alterações ocorridas naquele turno, prepara para exames e cirurgias particularidades dos pacientes, tendo com as informações maior valia.

## Conclusão

Ao constatar as várias de tempo, informações e particularidades, com a nova versão do informativo assistência, destina-se as informações otimizadas e de mais importância para prestação do cuidado, além da presença de informações de maior relevância ao cuidado.

O formulário é dividido em seções para coleta de dados clínicos e de enfermagem. Inclui campos para nome do paciente, número de identificação, data de nascimento, e informações sobre o turno de trabalho. Há também áreas para registrar a evolução do paciente, incluindo sintomas, sinais vitais, e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem.



# Planejamento de sala híbrida cirúrgica para garantia da manutenção da normotermia em cirurgias de grande porte



Autores: Mendes, A. A. Pan, N.L.B.F.; Ribeiro, J.C.

**Introdução** A temperatura corporal central é um dos parâmetros fisiológicos mais rigorosamente controlados do organismo. O sistema termorregulador humano permite variações de 0,2 a 0,4° C ao redor de 37 °C para manutenção das suas funções metabólicas. A regulação da temperatura do corpo ocorre principalmente por mecanismos de *feedback* neurais, através de centros regulatórios da temperatura localizados no hipotálamo.<sup>1</sup> Considerando o uso de agentes anestésicos e vasodilatação, o controle de temperatura corporal por perda de calor é de extrema importância durante o procedimento cirúrgico.<sup>2</sup>

**Objetivo** Proporcionar medidas de conforto e segurança garantindo a manutenção da temperatura corporal dos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, através do planejamento adequado da sala híbrida cirúrgica.

**Metodologia** Durante o preparo da sala cirúrgica para realização de cirurgias de grande porte, é conferido a disponibilidade de equipamentos e acessórios necessários para controle dos parâmetros vitais, dentre eles a temperatura corporal. Todo paciente submetido ao procedimento cirúrgico, deverá ter monitorização de temperatura central através de termômetro esofágico e uso de manta térmica com controle mínimo de 32°C a máxima 43°C. Antes e ao final da cirurgia, eleva-se a temperatura do ar condicionado central, mantendo o ambiente entre 20°C a 23°C. Durante o procedimento é controlada essa temperatura corporal e também são realizadas gasometrias arteriais. Pacientes com cabelos longos, que necessitam da limpeza dos fios ao término do procedimento, deve-se utilizar o secador de cabelo após o curativo primário e antes do enfaixamento, a fim de proporcionar maior conforto e evitar perda de calor. O paciente é transferido para cama e até o encaminhamento ao leito de destino, mantido aquecido com cobertor e manta térmica.

**Resultado** Com estas medidas, observa-se maior qualidade e segurança durante o procedimento, pelo controle da temperatura central e principalmente melhor evolução no retorno da anestesia ao término da cirurgia, evidenciando extubação em tempo menor, diminuição de tremores e dor.

**Conclusão** O planejamento para realização de cirurgias de grande porte requer, além dos materiais e instrumentais, um olhar sistêmico sobre o ambiente a qual o paciente será exposto. É de extrema importância o paciente sentir-se confortável e seguro, e o controle de temperatura corporal é de fundamental importância para o sucesso do controle de parâmetros vitais e resultados pós procedimento, principalmente no retorno da anestesia. Como rotina, utilizamos controle da temperatura central através do termômetro esofágico para 100% dos procedimentos com anestesia geral e que tenham duração acima de 2 horas. Com a proximidade do término da cirurgia, a equipe solicita a elevação da temperatura da sala, e o paciente é mantido com manta térmica até a saída de sala cirúrgica.

**Palavras-Chave** *Normotermia; planejamento cirúrgico; salas híbridas*

## Referências

1. BIAZOTTO, C.B.; BRUDNIEWSKI, M.; SCHMIDT, A.P.; JUNIOR, J.O.C.A. Hipotermia no período peri-operatório. Rev. Bras. Anestesiologia, vol 56, nº1 Campinas Jan/Fev 2006.
2. SALGADO, P.O.S.; SILVA, L.C.R.; SILVA, P.M.A.; PAIVA, I.R.A.; MACIEIRA, T.G.R.; CHIANCA, T.C.M. Cuidados de enfermagem a pacientes com temperatura corporal elevada: revisão integrativa. Ver. Mineira de Enfermagem, vol 19.1, Minas Gerais, 2014.



VOLTAR



## Programa Boas Práticas Clínicas em Cardiologia - Indicadores de Qualidade Assistencial e Desfechos Clínicos na Insuficiência Cardíaca Aguda

FABIO PAPA TANIGUCHI, Sabrina Bernardez Pereira, Sérgio Montenegro, João David Souza Neto, Luis Eduardo Paim Rohde, Luiz Guilherme Passaglia, Denilson Campos Albuquerque, Kleber Ponzí Pereira, Maria Alayde Mendonça, Marco Antonio Vieira Guedes, Vitor Salvatore Barzilai, Marília Vasconcelos, José Albuquerque de Figueiredo Neto, Camila Pereira Pinto, Viviane Bezerra Campos, Antonio Luiz Pinho Ribeiro, Angelo Amato Vicenzo de Paola

Grupo Colaborativo de Estudo Programa BPC

### Fundamento

Estima-se que a subutilização de recursos efetivos afete 30% a 40% dos pacientes e que 20% ou mais dos cuidados prestados são desnecessários e potencialmente prejudiciais. Tem sido demonstrado que programas de melhoria de qualidade podem melhorar o cuidado prestado e promover uma prática assistencial mais eficiente.

### Objetivo

Avaliar as taxas de adesão às diretrizes assistenciais de IC em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) antes e após a implementação do programa BPC.

### Métodos

Pacientes alocados no braço de IC do programa BPC foram incluídos de março de 2016 a agosto de 2018, de acordo com os critérios de elegibilidades previamente definidos. O BPC é um estudo quasi-experimental combinado com coorte prospectiva adaptado do Get With the Guideline da AHA, visando melhoria da qualidade assistencial na IC, síndrome coronariana aguda e fibrilação atrial em hospitais do SUS. O BPC consiste em duas fases, a primeira para construção dos indicadores assistenciais e identificação de barreiras e a segunda fase com intervenções direcionadas e análise dos indicadores de desempenho e qualidade, desfechos clínicos e qualidade de vida. Para esta análise foram mensuradas variáveis clínicas, sociodemográficas, bem como indicadores de performance e desfechos clínicos intrahospitalar e em 30 dias.

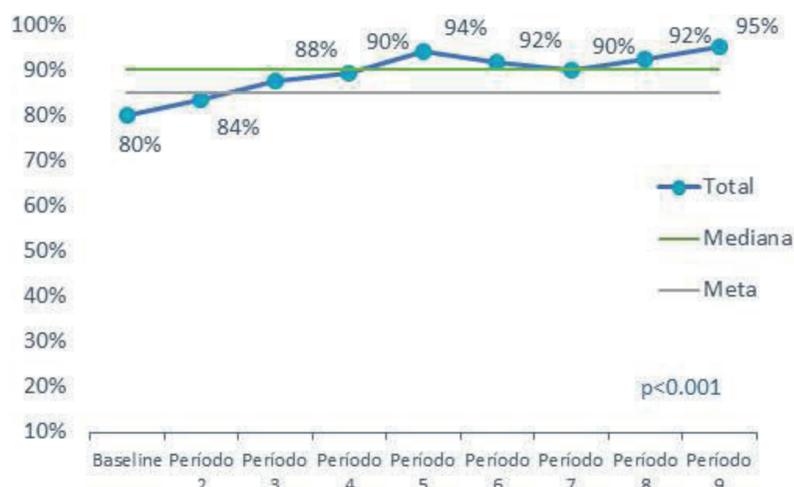
### Resultados

O total de 1.403 pacientes (59 anos, 58% homens), foi incluído a partir de 13 centros de diferentes regiões do Brasil. As taxas de adesão ao conjunto dos indicadores de performance na IC no baseline e 18 meses pós intervenção foram (80,2%-95,2%), sendo respectivamente: prescrição na alta de IECA/BRA (70,6%-

87,8%;  $p=0.028$ ), betabloqueador (86,6%-97,8%;  $p=0.062$ ) e antagonista de aldosterona (64,4%-94,7%;  $p=0.001$ ), agendamento de visita de retorno (84,5%-96,2%;  $p=0.013$ ) e medida de função do VE (89,5%-97,4%;  $p=0.053$ ).

Variáveis	Programa BPC (n=1.403)
Idade (mediana:[quartis])	59 [49 - 69] (n=1402)
Sexo masculino	817/1403 (58.2%)
Raça - Pardo	736/1403 (52.5%)
Grau de Escolaridade (Fundamental incompleto)	583/1401 (41.6%)
Renda Familiar (Maior que 1 a menor ou igual a 2 salários mínimos)	534/1401 (38.1%)
<b>Comorbidades</b>	
Hipertensão arterial	929/1325 (70.1%)
Diabetes mellitus	465/1325 (35.1%)
Fibrilação/Flutter atrial	332/1324 (25.1%)
Dislipidemia	293/1324 (22.1%)
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (mediana:[quartis])	34 [25 - 52] (n=1280)
<b>Classe Funcional IC</b>	
I	23/1402 (1.6%)
II	103/1402 (7.3%)
III	422/1402 (30.1%)
IV	347/1402 (24.8%)
<b>Perfil Hemodinâmico</b>	
Quente-seco	96/1402 (6.8%)
Quente-úmido	669/1402 (47.7%)
Frio-úmido	150/1402 (10.7%)
Frio-seco	27/1402 (1.9%)

Adesão ao Conjunto de Indicadores de Desempenho em Insuficiência Cardíaca do Programa BPC



Taxa de mortalidade intrahospitalar de 10,5% (147/1403), óbito em 30 dias de 17,1% (184/1076), readmissão hospitalar em 30 dias de 14,1% (127/902), admissão em pronto-socorro (permanência < 24 horas) de 10,4% (94/903).

### Conclusão

O programa BPC proporcionou melhora nos indicadores assistenciais de desempenho da IC aguda em hospitais terciários do SUS.

Este programa conta com o apoio e financiamento do Ministério da Saúde pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, através da coordenação do Hospital do Coração - Hcor, Sociedade Brasileira de Cardiologia e American Heart Association.



VOLTAR

## Programa Brasileiro de Segurança do Paciente e sua importância para a cultura de segurança

Marilia Melo Damasceno

**Resumo:** Com o propósito de alinhamento de bundles de prevenção em todo o território nacional, o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente – PBSP e a Câmara Técnica definiram os padrões que são implementados e gerenciados quanto aos seus resultados junto as instituições parceiras que deverão utilizar os protocolos de prevenção como material de referência, certificando-se de mantê-lo como padrão ao longo do tempo, para garantir maior acurácia dos resultados.

**Introdução:** Este Programa centrou-se na implementação de intervenções clínicas, com forte consistência em evidências científicas e nas ações para a segurança e tornar-se a única plataforma de banco de dados nacional com informações sobre qualidade e segurança do paciente. Atualmente estão inscritas 202 instituições tanto públicas e privadas. O compartilhamento das experiências ocorre através da Plataforma de Comunicação e plenárias.

**Objetivo:** Verificar a densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), infecção primária de corrente sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (IPCS-AVC) e do Trato Urinário Associada a Cateter vesical de demora (ITU-CVD) em UTI de hospitais que aderiram as boas práticas do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP). Estudo descritivo sobre incidência de incidência por 1000 pacientes/dia em UTI de adultos considerando instituições privadas e públicas brasileiras. As taxas mensais de infecção dos anos de 2016 e 2017 foram obtidas do PBSP e os dados compilados foram analisados quanto à aderência e seu impacto na densidade de incidência de infecção.

**Método:** Estudo descritivo sobre incidência de PAV de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), infecção primária de corrente sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (IPCS-AVC) e do Trato Urinário Associada a Cateter vesical de demora (ITU-CVD) em UTI de adultos considerando instituições privadas, públicas e mistas brasileiras. As taxas mensais de infecção por densidade dos anos de 2016 e 2017 foram obtidas do PBSP e apresentadas considerando densidade de incidência por 1000 pacientes/dia.

**Resultados:** No ano de 2016, 160 instituições de saúde aderiram ao PBSP, totalizando 180 em 2017.. A média da densidade de incidência de PAV reduziu de **11,09 para 7,45/1000 VM-dia**, de IPCS-AVC de **6,08 para 5,01/1000 AVC-dia** e ITU-CVD de **5,90 para 5,82/1000 CVD-dia**. A ausência de instrumento padrão, um responsável treinado para coleta e análise por grau de maturidade da instituição em cultura de segurança constituíram-se em limitações deste estudo

**Conclusão:** As médias da densidade de incidência de infecção observadas no conjunto das informações recebidas evidenciaram redução da PAV, IPCS-AVC e ITU-CVD. As UTI que aderem as boas práticas e promovem a incorporação da qualidade e segurança assistencial discutidas no PBSO, permitem gerar melhores resultados relacionados à prevenção de eventos na assistência a saúde.

**Bibliografia:** Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, 2013. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Associadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Centers for Disease Control and Prevention. Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and non-central line-associated Bloodstream Infection). Device-associated Module BSI, January 2017, 38p.



Aline Junskowski Kalil, Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias, Monica Cristina da Veiga

### RESUMO

Objetivos: Atingir os melhores resultados com antimicrobianos com a mínima toxicidade, eventos adversos e reduzir custos excessivos atribuídos à utilização sub ótima dessas drogas sem prejudicar a qualidade da assistência.

Metodologia: Análise das prescrições de antimicrobianos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pela farmacêutica clínica e visita semanal nas UTI com a presença da infectologista.

Resultado: economia de 31%, comparado ao valor de custo do tratamento total sem a intervenção. Conclusão: O estudo revela que o acompanhamento da equipe de Stewardship reduziu os custos relacionados a terapia antimicrobiana.

### INTRODUÇÃO

Quando a prescrição antimicrobiana não é monitorada por equipe especializada tem-se por consequência riscos de falhas, aumento na resistência microbiana, elevação dos custos e sobretudo no risco de morbimortalidade de pacientes.

### DESENVOLVIMENTO

Entre março e agosto de 2017 foi implantado o projeto na UTI, focando no descalonamento de antimicrobianos de amplo espectro e controle do tempo de terapia.

A rotina da equipe de Stewardship incluía a análise das prescrições de antimicrobianos quanto a dose, frequência, ajustes para função renal, indicação e sítio de infecção, interações medicamentosas, possibilidade de substituição da terapia endovenosa por via oral e tempo de tratamento. E visita semanal com a presença da infectologista. Durante a visita os fatores clínicos do paciente eram conflitados com os laboratoriais e a melhor terapia e tempo de tratamento discutidos e definidos em conjunto.

A cada intervenção realizada foram mensurados o valor do custo de compra total do tratamento Inicial prescrito pelo médico, e o do tratamento definido após a intervenção.

### RESULTADOS

Foram avaliados 27% dos antimicrobiano prescritos. Resultando em 78 intervenções, divididas em: dose e posologia (3), indicação e posologia (1), descalonamento (1), apenas dose (23), apenas indicação (15), apenas posologia (11) e tempo (11). Gerando uma economia de 31% comparado o custo da terapia inicial e o custo da terapia após a intervenção, equivalendo a R\$19487,18.

Tabela 1. Farmacoeconomia por tipo de intervenção realizada no período de Março a Agosto de 2017.

Tipo de intervenção	Número de intervenções	Custo do tratamento inicial	Custo do tratamento definido após intervenção	Farmacoeconomia
Dose e Posologia	3	R\$ 1.716,47	R\$ 329,87	R\$ 1.386,60
Indicação e Posologia	1	R\$ 3.234,00	R\$ 462,00	R\$ 2.772,00
<u>Descalonamento</u>	14	R\$ 14.776,52	R\$ 5.308,73	R\$ 9.467,79
Dose	23	R\$ 23.574,13	R\$ 22.923,65	R\$ 650,48
Indicação	15	R\$ 5.408,29	R\$ 3.262,18	R\$ 2.146,11
Posologia	11	R\$ 4.034,49	R\$ 4.011,93	R\$ 22,56
Tempo	11	R\$ 10.107,02	R\$ 7.065,38	R\$ 3.041,64
Total	78	R\$ 62.850,92	R\$ 43.363,74	R\$ 19.487,18

### CONCLUSÃO

O acompanhamento da equipe de Stewardship reduziu os custos relacionados a terapia antimicrobiana principalmente por descalonar os medicamentos assim que o resultado da cultura é liberado, por ajustar a indicação do antimicrobiano e pelo acompanhamento do tempo de tratamento, impedindo que o mesmo permaneça por mais dias sem necessidade.



# Projeto TEV Zero HCor: Entregando melhores resultados aos pacientes sob risco

SABRINA BERNARDEZ PEREIRA, JOSÉ CÉSAR RIBEIRO, MICHELLE DE NARDI SAAD, CÉSAR JARDIM, DANIELA ROCHA, CRISTINA SCORBISSA, ANDRÉ NICOLA, GISELA GALACHO, MARISA REGENGA, RENATA BACCARO, CLAUDIA OLIVEIRA, VALERIA FONTES, JENNYFER RUAS, SIOMARA TAVARES, LUIZ CARLOS VALENTE, CARLOS BUCHPIGUEL

## Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) está associado a elevada taxa de mortalidade e é considerado uma das causas mais comuns de morte evitável em pacientes hospitalizados. Já a trombose venosa profunda (TVP) está associada a complicações: risco elevado de recorrência, síndrome pós-trombótica e hipertensão pulmonar. No entanto, a tromboprolifaxia eficaz é frequentemente subutilizada.

## Desenvolvimento

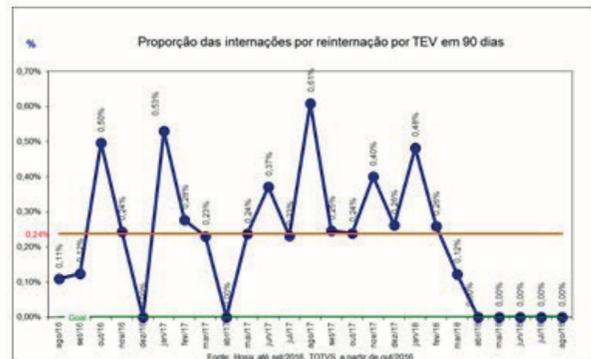
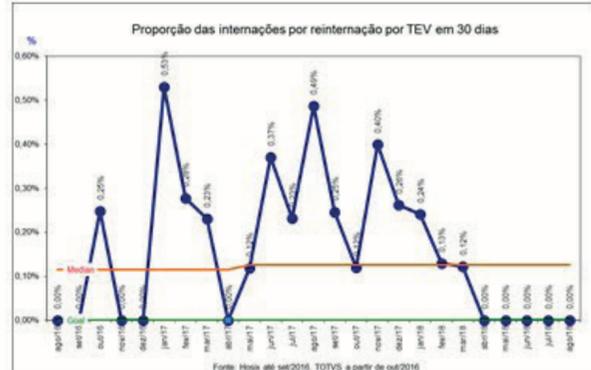
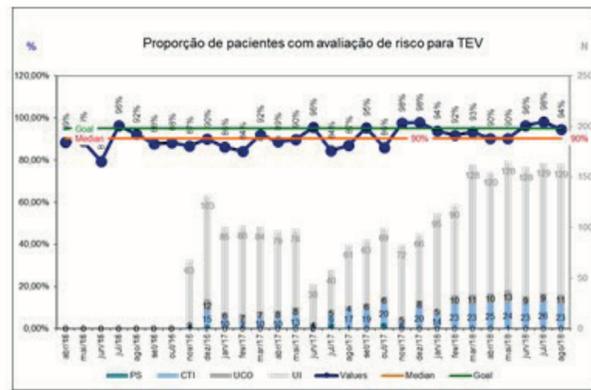
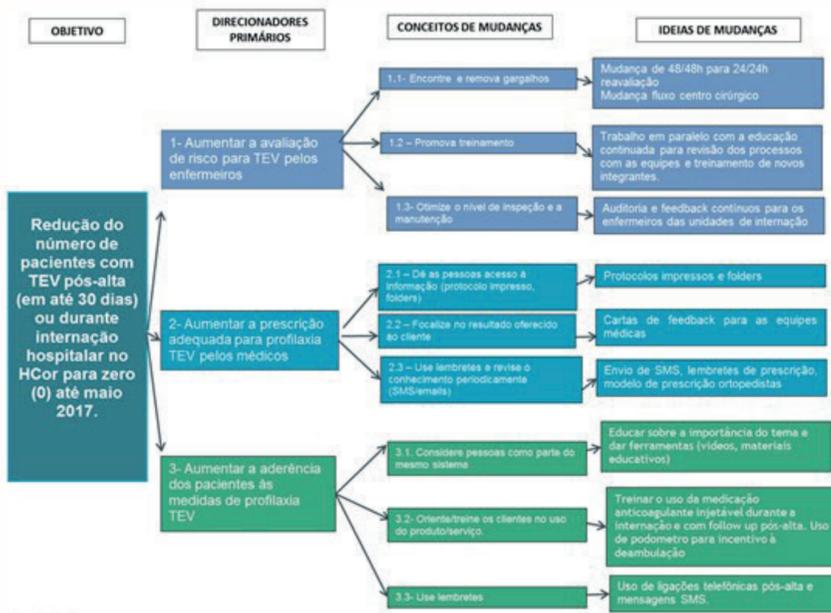
A metodologia do *Institute of Healthcare Improvement (IHI)* foi utilizada a fim de alcançar os objetivos do projeto TEV Zero que envolviam: redução em 0% das reinternações por TEV em 30 e 90 dias, aumento para 95% dos indicadores de processo (avaliação de risco, profilaxia prescrita em pacientes sob risco, reavaliação do risco a cada 24h). Esta metodologia envolveu a construção de um diagrama direcionador e implementação de Ciclos de PDSA para alcance das melhorias.

## Resultados

A partir do projeto TEV Zero houve aumento dos percentuais referentes aos indicadores de processo com mediana superior a 90%, refletindo na queda dos indicadores de resultados - reinternação por TEV em 30 e 90 dias.

## Conclusão

Programas de melhoria de qualidade utilizando metodologia robusta e engajamento de equipes, levam à melhores resultados clínicos e garantindo o melhor cuidado e segurança ao paciente sob risco de TEV



# PROTOCOLO DE SEPSE: A VISÃO DA OPERADORA E A OTIMIZAÇÃO DA TERAPIA ANTIMICROBIANA

HOSPITAL  
**VITA**

Aline da Silva Paula<sup>1</sup>  
Vanessa Burdzinski<sup>2</sup>  
Rafael Deucher<sup>3</sup>  
Solange Matsumoto<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

A Sepsé é uma síndrome comum com anormalidade fisiológicas, biológicas e bioquímicas com elevado mortalidade, morbidade e altos custos. Exige reconhecimento precoce e tratamento adequado através da implementação de protocolos clínicos padronizados e gerenciados. Os estudos sobre o momento ideal para o início da antibioticoterapia e a administração do antibiótico correto em pacientes com sepsé grave ou choque séptico demonstram que o atraso ou o erro no antibiótico aumenta mortalidade de 30% a 47%.

## OBJETIVO

Otimizar os desfechos do protocolo de sepsé reduzindo mortalidade, morbidade e custos. O hospital apresentou o protocolo institucional e seus resultados às operadoras de saúde em evento institucional com o objetivo de validar o protocolo de antibioticoterapia em sepsé comunitária ou relacionada a assistência a saúde.

## METODOLOGIA

Estudo observacional, quantitativo em Hospital Privado de Curitiba. Protocolo gerenciado de sepsé desde 2012. Na abertura do protocolo preenche-se ficha específica, com foco infeccioso, estratificação do quadro clínico, dados laboratoriais (lactato, hemograma, hemocultura), reposição volêmica administrada, hora de administração do antibiótico e desfecho clínico. Pacientes colonizados ou com critérios para início de antibiótico de amplo espectro ou de alto custo (uso prévio de antibiótico, procedimentos invasivos prévios) garantiu-se a dispensação das primeiras doses ainda em Pronto Socorro.

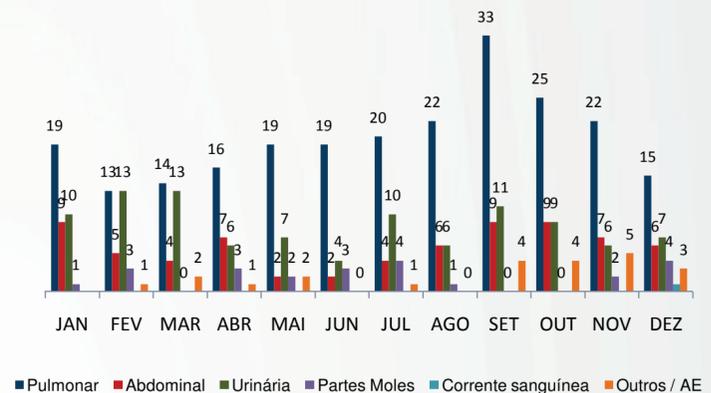
## RESULTADOS

De janeiro a dezembro de 2017 com 507 casos incluídos no protocolo, com média de 42 protocolos abertos por mês, o diagnóstico de sepsé foi confirmado em 40%. Em 98% dos protocolos abertos foi observado conformidade adequada, demonstrando alta taxa de adesão da equipe assistencial. O foco infeccioso mais prevalente foi pulmonar com 52% (Gráfico 1) e a idade média dos pacientes foi de 70 anos, prevalência de gênero feminino (57%). A adesão para início da antibioticoterapia na primeira hora foi de 100% (Gráfico 2), iniciada em Pronto Socorro de acordo com o protocolo institucional. A mortalidade de acordo com o APACHE II apresentou média predita de 33% e mortalidade observada foi de 14%, ou seja, 19% abaixo do predito (Gráfico 3).

## CONCLUSÃO

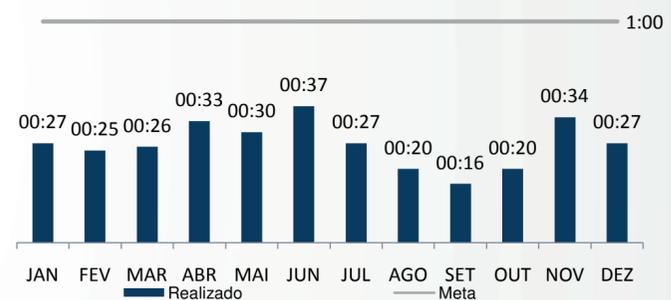
Implantação do protocolo gerenciado de sepsé subsidiou a identificação precoce dos pacientes, qualificação do cuidado, otimização do momento da administração e da melhor escolha antimicrobiana, redução dos custos e, principalmente, redução de morbidade e mortalidade de pacientes em sepsé e choque séptico.

Gráfico 1 – Estratificação por Foco



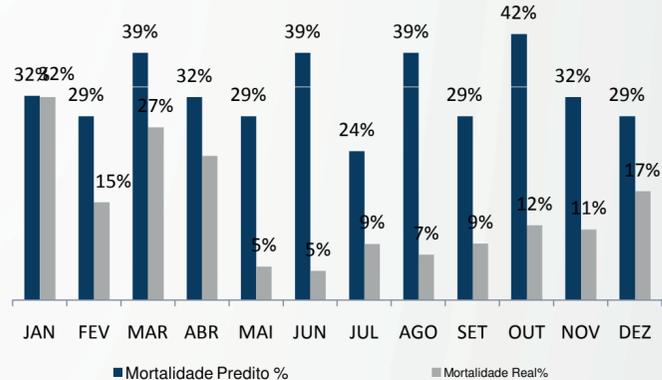
FONTE: Planilha de Controle Interno

Gráfico 2 - Administração de antibiótico na primeira hora - 2017



FONTE: Planilha de Controle Interno

Gráfico 3 - Mortalidade em relação ao APACHE II (UTI's) - 2017



FONTE: Planilha de Controle Interno

1 Enfermeira Chefe do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar | Hospital VITA Curitiba – Curitiba PR;  
2 Enfermeira Chefe do Escritório da Qualidade | Hospital VITA Batel e VITA Curitiba – Curitiba PR;  
3 Coordenador Médico da Terapia Intensiva | Hospital VITA Batel – Curitiba PR;  
4 Enfermeira Chefe do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar | Hospital VITA Batel - Curitiba PR.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Latino Americano de Sepsé: Declaração Sepsis 3.0 ILAS. Mar 2016 <http://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/declaracao%20sepsis%203.0%20ILAS.pdf>  
Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepsé (ILAS). Sepsé: Um Problema de Saúde Pública, 2015.  
Machado FR, Carrara FS, Bozza FA, Lubarino J, Azevedo LC, Salomão R. Prevalência e mortalidade por sepsé grave e choque séptico em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Terapia Intensiva. Supl 1:S14.  
Surviving Sepsis Campaign. Updated Bundles in Response to New Evidence [Internet]. [cited 2016 Mar 14]. Available from: [http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SSC\\_Bundle.pdf](http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SSC_Bundle.pdf)

NOSSO COMPROMISSO É COM A VIDA.



VOLTAR

Amorim CP, Tamburim BR, Pereira NCA, Madeu RB, Santana CRD, Corral S, Issa VS, Ramires FJA

## Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é a primeira causa de internação hospitalar entre as doenças cardiovasculares e uma das mais frequentes entre todas as internações clínicas, o que a torna um sério problema de saúde pública. Quase 50% de todos os pacientes internados com este diagnóstico são readmitidos dentro de 90 dias após a alta hospitalar.

Com o intuito de garantir um melhor seguimento dos pacientes portadores de IC e diminuir o número de hospitalizações relacionadas a doença, em 2011 foi instituído em um hospital filantrópico de grande porte da cidade de São Paulo o Programa de Gerenciamento com acompanhamento multidisciplinar baseado na metodologia do disease management, na qual trata-se de uma intervenção proativa, com componente educativo para os pacientes e seus familiares e acompanhamento contínuo de sua condição de saúde.

## Objetivo

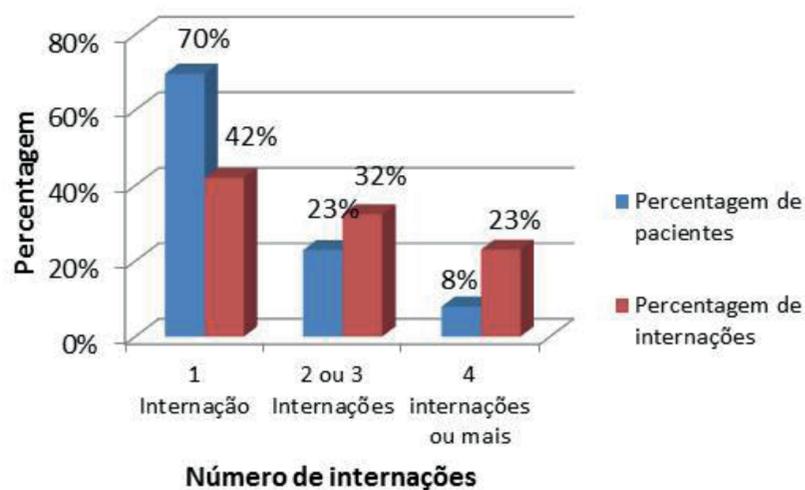
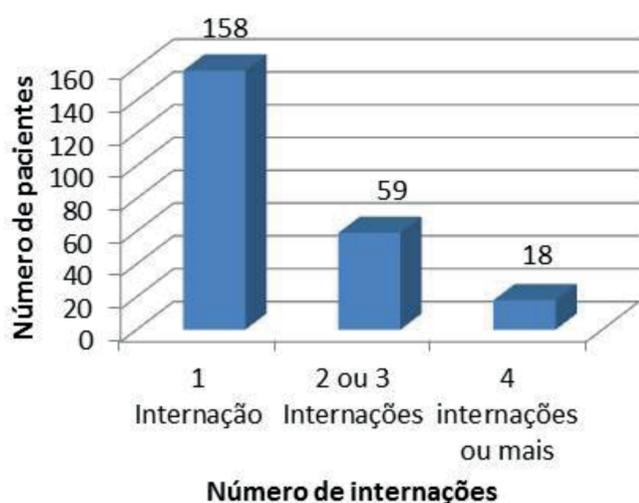
Avaliar a percentagem de readmissão em 1 ano de pacientes inseridos em um programa de gerenciamento em insuficiência cardíaca de hospital privado na cidade de São Paulo.

## Métodos

Estudo transversal, retrospectivo, no período de janeiro de 2017 a março de 2018, com 227 pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo menor 40% e em classe funcional III ou IV na primeira hospitalização.

## Resultados

No período estudado houve a saída hospitalar de 370 internações de 227 pacientes acompanhados pelo programa de gerenciamento de IC.



## Conclusão

Taxas de readmissão são elevadas mesmo em serviço de rede privada, sendo frequentes os pacientes com mais de uma readmissão. Estes dados apontam para a importância de protocolos de prevenção de readmissão em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.



## INTRODUÇÃO

Hemoculturas são coletadas para identificar os patógenos e seu perfil de sensibilidade ou resistência aos antimicrobianos em suspeita de infecções bacterianas ou fúngica, visando desfecho clínico adequado e prevenção de seleção de espécies. Taxas de positividade de hemoculturas são variáveis de acordo com o tipo e grau de complexidade da instituição, sendo em média de 10 a 15%. Taxas de contaminação frequentemente variam de 0,6% a 6% resultando em tratamentos antimicrobianos desnecessário e custos elevados na rotina laboratorial e na assistência hospitalar. Hemoculturas falso positivas acrescentam os custos laboratoriais em aproximadamente 20% e levam ao uso desnecessário de drogas antimicrobianas em aproximadamente 40%. Desta forma aumentam o tempo de internação em uma média de mais 05 dias expondo o paciente aos eventos adversos associados à estas drogas e induzindo a resistência dos patógenos. Diante destes aspectos é primordial limitar a ocorrência de fatores que favoreçam a ocorrência de hemoculturas falso positivas.

## OBJETIVO

Reduzir a taxa de contaminação de hemoculturas com ações integradas entre o Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar e o Laboratório de Análises Clínicas.

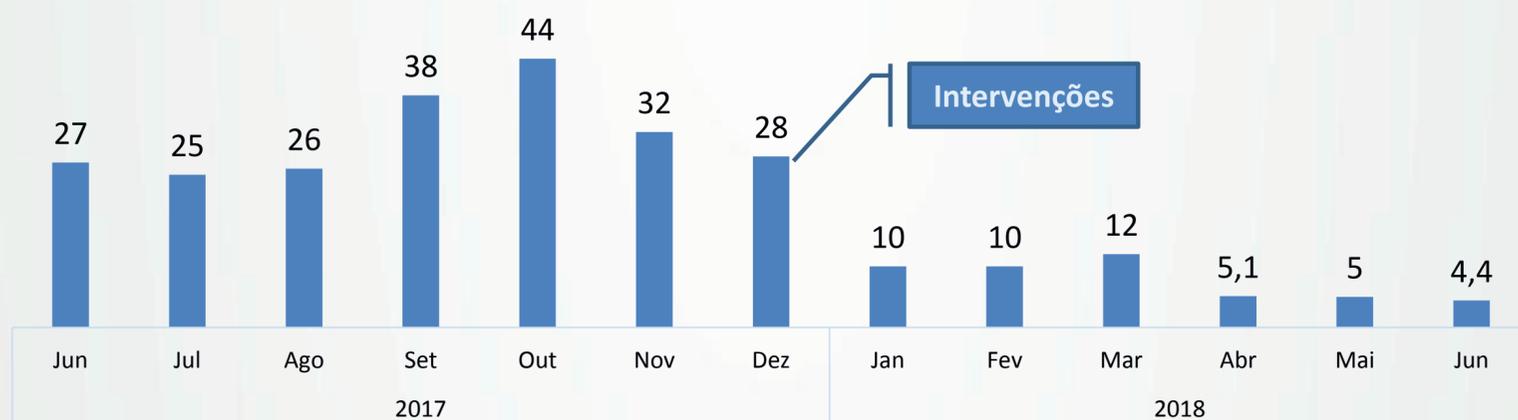
## METODOLOGIA

Análise das hemoculturas positivas classificando-as em verdadeiras ou falso positivas de acordo com os critérios clínicos, patógenos identificados, número de amostras positivas. Capacitação dos colaboradores na técnica de coleta reforçando a antisepsia da pele como parte fundamental do processo e fator determinante para a probabilidade de hemocultura falso positiva.

## RESULTADOS

De 2468 hemoculturas de junho de 2017 a junho de 2018, 322 foram positivas (taxa de positividade de 13%). De junho de 2017 a dezembro de 2017 (gráfico 01) a média de contaminação foi de 35,4%. Houve a intervenção em dezembro de 2017. De janeiro de 2018 a junho de 2018 a média de contaminação foi de 7,7%. Houve redução de 78,2% na taxa de contaminação de hemoculturas.

**Gráfico 01: % de Contaminação de Hemocultura**  
Fonte: Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar



## CONCLUSÃO

Conclui-se que com esforços multidisciplinares há redução de múltiplos eventos adversos relacionados às hemoculturas falso positivas o que representa em redução de custos assistenciais com qualidade e segurança.

1 Enfermeira Chefe do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar | Hospital VITA Curitiba – Curitiba PR;

2 Gerente do Núcleo de Gestão e Segurança Assistencial | Hospital VITA Batel e VITA Curitiba – Curitiba PR;

3 Coordenador do Laboratório de Análises Clínicas | LANAC Hospital VITA Curitiba – Curitiba PR;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Snyder SR, Favoretto AM, Baetz RA, Derzon JH, Madison BM, Mass D, et al. Effectiveness of practices to reduce blood culture contamination: A Laboratory Medicine Best Practices systematic review and metaanalysis. Clin Biochem. 2012

Blood Culture Contamination: Persisting Problems and Partial Progress. Weinstein, M. P. Journal of Clinical Microbiology, Jun. 2003, Vol. 41, Nº 6, P. 2275 – 2278

Update Review of Blood Culture Contamination. Hall, K. K. Lyman, J. A. Clinical Microbiology Review, Oct. 2006, Vol. 19, Nº 4, P. 788 – 802

Blood culture contamination: A College of American Pathologists Q-Probes study involving 640 institutions and 497134 specimens from adult patients. Schiffman, R. B. Strand, C. L. Meier, F. A. Howanitz, P. J. Arch Pathol Lab Med. 1998 Mar;122(3):216-21

# REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO E CUSTOS COM CURATIVOS ESPECIAIS A PARTIR DE AÇÕES DE PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE

Domaski da Paixão, D., Ferreira, M. E., Silva Moscaleski, T. C.

Gerência de Enfermagem. Hospital das Nações. Curitiba, Paraná.

Contato: tania@hospitalnacoes.com.br | coordenacaoutis@hospitalnacoes.com.br | coordenacaounidades@hospitalnacoes.com.br

## INTRODUÇÃO

As lesões por pressão constituem um importante problema de saúde pública, o tratamento e o manejo levam a elevação dos custos dos serviços de saúde. As ações de prevenção de ocorrência de lesões por pressão, nos pacientes de risco, estão diretamente relacionadas aos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, constituindo-se em um dos indicadores de qualidade da assistência prestada.

## OBJETIVOS

Prestar assistência de qualidade, garantir bem-estar e segurança do paciente, evitar internação prolongada causada por uma lesão evitável e reduzir os custos com internação prolongada e uso de curativos especiais de alto custo.

## MÉTODO

Relato de experiência da prática de reestruturação da Comissão de Curativos.

## RESULTADOS

Houve a necessidade de trabalhar com prevenção para desenvolver e capacitar a equipe assistencial quanto à importância do cuidado com a pele antes de desenvolver uma lesão. Identificado a necessário de reformulação e criação da Comissão de Prevenção de lesão de Pele em 2013. Em 2016 foram iniciados novos indicadores: total de pacientes admitidos com lesão de Pele; pacientes que apresentaram DAI (Dermatite associada à Incontinência); novas lesões causadas por dispositivos médicos. Percebeu-se a redução nos casos de novas lesões de pele na Instituição. Estes indicadores abriram várias oportunidades de prevenção de lesão de pele, uma vez que estratificou todas as lesões e cada uma deve ser prevenida de uma forma diferente. Atualmente desenvolve-se atividades de prevenção nas quatro plataformas de prevenção, não focando apenas na prevenção de lesão por pressão e manutenção da integridade da pele, mas atuando também na prevenção de lesão por dispositivos médicos, DAI e gerencia os pacientes admitidos com lesões de pele vindas da comunidade ou de outras instituições, com o intuito de elaboração de projeto para trabalhar com orientações e desenvolvimento da comunidade e profissionais de lares e casas de repouso.

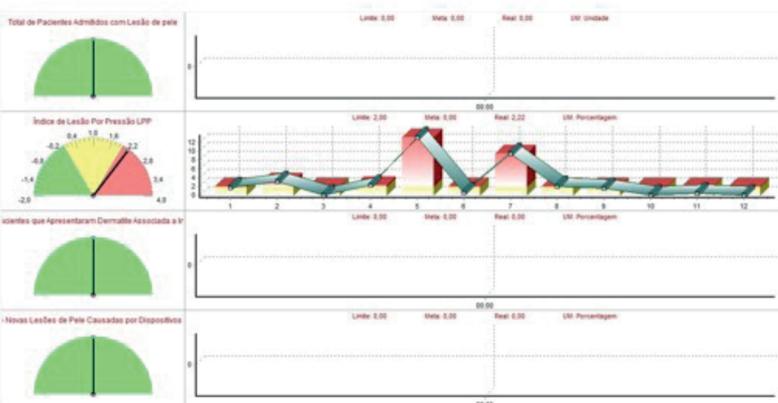


Gráfico 1. Em 2014 indicador apresenta efetiva redução dos casos de lesão por pressão após início do protocolo de medidas preventivas.

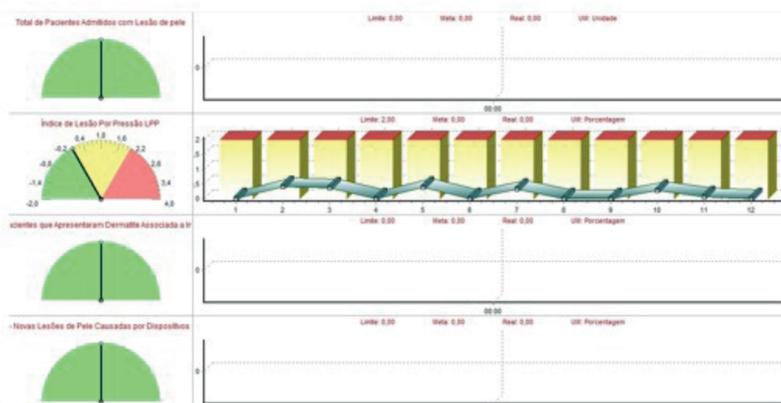


Gráfico 2. Em 2015 com as ações preventivas mostram redução das lesões por pressão de forma expressiva.

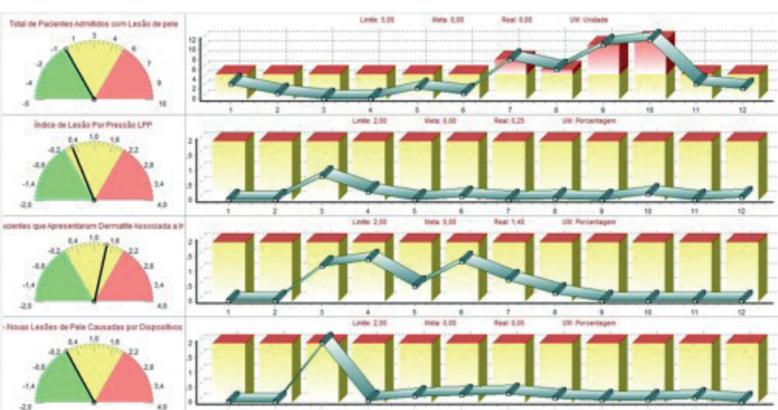


Gráfico 3. Em 2016 após a implantação dos novos indicadores, início de mensuração.

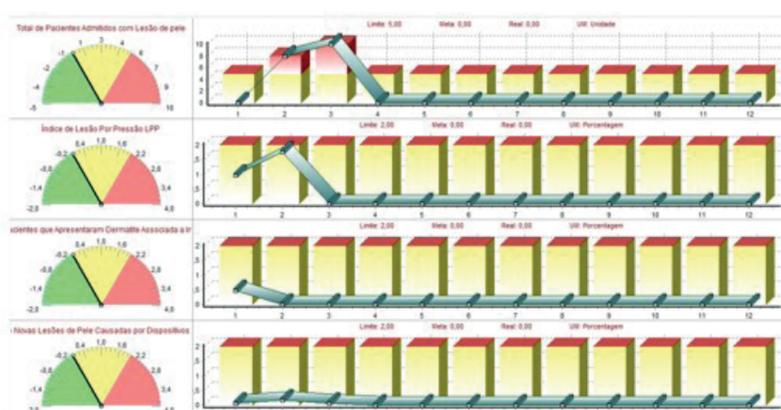


Gráfico 4. Em 2017, após a mensuração, identificação das falhas e planos de ação para ações preventivas o gráfico mostra redução significativa das lesões de pele.

## CONCLUSÃO

Devido aos altos custos assistenciais e recursos escassos, as organizações de saúde precisam se tornar eficientes para promover o equilíbrio financeiro, sem prejuízos a qualidade dos cuidados prestados. A reformulação da comissão nos trouxe uma diminuição dos índices de lesão, redução do tempo de internamento e uso de curativos especiais de alto custo.



VOLTAR

# Redução do Tempo Porta-Balão no Infarto Agudo do Miocárdio: Identificando e eliminando desperdícios com ferramentas do Lean



Carvalho, EN<sup>1</sup>; White, SMMF<sup>2</sup>; Feitosa, GS<sup>3</sup>

1. Médico Supervisor da Linha de Cardiologia; 2. Médica Supervisora de Práticas Clínicas; 3. Cardiologista Membro do Conselho Médico.

Salvador – Bahia.

## INTRODUÇÃO

O tempo porta-balão representa o intervalo de tempo médio entre a entrada do paciente na emergência, com dor torácica, e o início da abertura da artéria ocluída responsável pelo Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST (IAMCST). Este é um dos principais indicadores de eficiência no atendimento ao paciente com IAMCST. A American Heart Association preconiza o tempo máximo de 90 minutos e associa positivamente a redução do tempo porta-balão à morbi-mortalidade cardiovascular. Atrasos podem apontar para desperdícios. A utilização de Protocolos Gerenciados Multiprofissionais pode ser um bom recurso para eliminação de desperdícios e construção de melhorias.

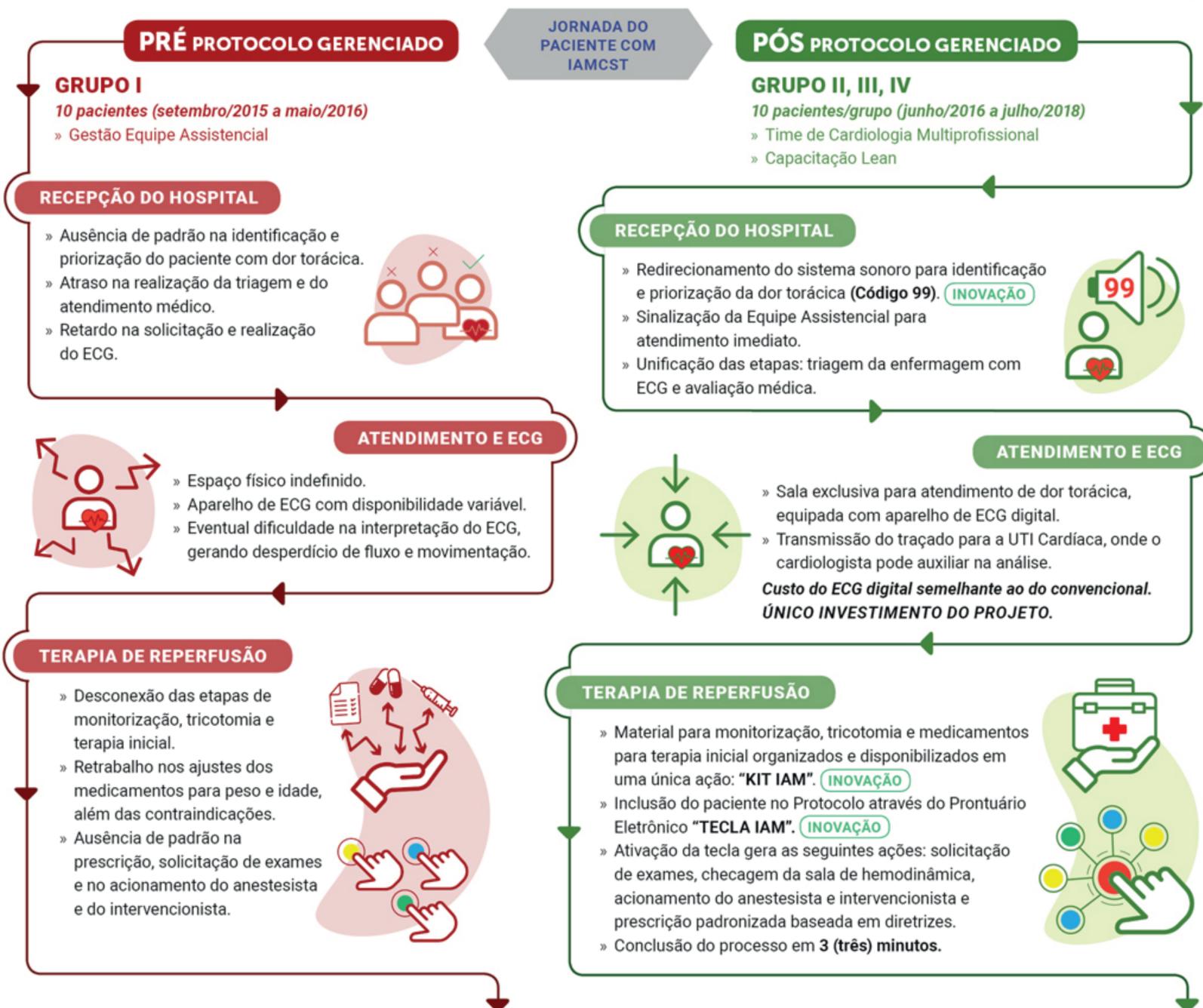
## OBJETIVO

Avaliar o impacto da implantação do Protocolo Gerenciado e das ferramentas LEAN com foco nos desperdícios envolvidos no tempo porta-balão durante atendimento ao IAMCST, no setor de emergência do Hospital Aliança.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O Hospital Aliança implantou um Protocolo Gerenciado Multiprofissional utilizando a técnica A3 – ferramenta do LEAN. Esta técnica permitiu identificar problemas que poderiam causar atraso no atendimento e estabeleceu contramedidas para solucioná-los. Na análise, foram considerados os períodos pré

(setembro/2015 a maio/2016) e pós (junho/2016 a junho/2018) implantação do Protocolo. Os pacientes foram distribuídos em quatro grupos de 10, sendo o grupo I o *baseline* e do II ao IV pós-implantação. O tempo porta-balão foi escolhido como indicador para avaliação da efetividade do Protocolo.



## RESULTADOS

Quarenta pacientes realizaram angioplastia primária e foram agrupados de forma prospectiva (I,II,III e IV). No **GRÁFICO 1**, é apresentada a evolução do tempo médio porta-balão. Observa-se uma **redução global de 46%**. A linha de tendência denota a queda linear do tempo porta-balão apontando para redução de desperdícios. No **GRÁFICO 2**, a evolução do coeficiente de variação do tempo médio porta-balão também foi expressiva. **A diferença entre o grupo I e IV foi de 35%**.



**GRÁFICO 1:** Evolução da Média do Tempo Porta-Balão (minutos) no Hospital Aliança (Salvador/BA) entre os Grupos Estudados (I a IV) com Linha de Tendência. Período: 09/2015 a 06/2018.



**GRÁFICO 2:** Evolução da Média do Tempo Porta-Balão (Coef. Δ%) no Hospital Aliança (Salvador/BA) entre os Grupos Estudados (I a IV) com Linha de Tendência. Período: 09/2015 a 06/2018.

## CONCLUSÃO

Através da implantação eficiente e segura do Protocolo Gerenciado de IAMCST, utilizando processos padronizados do LEAN e outras inovações, o Hospital Aliança conseguiu eliminar desperdícios expressos pela importante redução do tempo porta-balão. O sucesso dependeu não só de ferramentas e recursos, mas do comportamento e engajamento de todos os envolvidos. Evitou-se, assim, o pior dos desperdícios – o da capacidade humana. Por fim, a iniciativa agregou muito VALOR à experiência dos pacientes que perceberam – e registraram – a dedicação e empenho dos profissionais em reduzir o tempo de atendimento, preservar o músculo cardíaco, e salvar vidas.



**VOLTAR**

# RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATO DE CONSCIENTIZAÇÃO DO SILÊNCIO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.

Elisandra Leites Pinheiro<sup>1</sup>, Daniela Tenroller de Oliveira<sup>2</sup>, Vanessa Favero<sup>3</sup>, Karina Martins<sup>4</sup>, Marissol dos Santos<sup>5</sup>.

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. Técnico de Enfermagem II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil
5. Técnico de Enfermagem II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

## Introdução

Dentro de uma instituição de saúde são gerados ruídos que interferem na tranquilidade dos ambientes. Ainda, há exposição dos profissionais aos ruídos, que podem causar danos a sua saúde bem como levar a distração durante um atendimento.

## Objetivo

Buscar e implementar ações educativas junto à equipe multiprofissional, através da conscientização sobre a importância de se manter o silêncio em uma instituição hospitalar, visando a o uso deste instrumento para a redução do nível de poluição sonora.

## Método

Para a ação foram utilizados recursos lúdicos onde três colaboradoras, técnicas de enfermagem, incorporaram os Blue Man Group e juntas caminharam pelos corredores do hospital. Ocorreu no noturno, início do plantão, passando por todas as unidades de internação, recepção e centros de terapia intensiva adulto e pediátrica. Assim, com uma moldura levaram mensagem de silêncio simulando imagens capturadas em uma câmera. Após o ato de conscientização, foi vinculado pelas redes sociais um vídeo com as imagens do grupo e com a mensagem da importância do silêncio para o meio hospitalar. A inspiração ao Blue Man Group se deu por ser um grupo de manifesto performático onde através de simbologias transmitem sua mensagem impactante sem emissão de vozes.

## Resultado

Evidenciou-se a eficácia da ação, através do formulário de pesquisa de satisfação onde a classificação se dá através de indicadores. Comparados dados dos meses de agosto a novembro de 2017. Na amostra, uma unidade de internação – UI C2, especializada em pacientes com germes multirresistentes (Isolamento) observou-se no mês de agosto, mês de pré ato de conscientização, 32,14% de satisfação, setembro, o mês e que realizamos a ação 44,44% de satisfeitos em relação ao silêncio; outubro, 55,56% e novembro 66,60% de satisfeitos.

## Conclusão

Percebeu-se que houve conscientização sobre a importância do silêncio em um ambiente hospitalar, bem como a abordagem do tema, demonstrando preocupação com os clientes e toda a equipe. Ações como esta devem ser realizadas diariamente em um ambiente hospitalar impactando diretamente no cuidado centrado no paciente. As boas práticas em saúde, principalmente no meio hospitalar requerem o envolvimento da equipe, no qual se torna essencial a busca contínua por uma enfermagem de excelência reconhecida pelo paciente, sociedade e equipe médico assistencial, atuando de forma proativa e comprometida com as melhores práticas.



VOLTAR

# RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO COM A PELE DO PACIENTE COM FÍSTULA ENTEROCUTANEA

Silvania Martins Almeida<sup>1</sup>; Elisandra Leites Pinheiro<sup>2</sup>; Adriana Z Fischbom<sup>3</sup>; Caroline Focchesatto<sup>4</sup>; Luisa J da Silva Pavinatto<sup>5</sup>

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

## Introdução

As fístulas digestivas são comunicações atípicas encontradas entre o tubo digestivo e outros segmentos intra-abdominal classificado como interno ou da superfície da pele, classificada como externa, apresentando drenagem de secreção digestiva. Diante da escolha de tratamento, vários são os fatores que auxiliam no plano terapêutico, com o objetivo de diminuir o débito da fístula. A enfermagem tem papel importante no cuidado de pacientes com fístula e exige conhecimentos específicos no cuidado com a pele.

## Objetivos

Descrever a atuação dos enfermeiros do Grupo de Referência em Estomoterapia "GREST" ao assistir à paciente como um todo, físico, psíquico, social e espiritual, reabilitando e recuperando a autoestima através da intervenção de enfermagem no cuidado com fístula, estoma e pele.

## Método

Trata-se de um relato de caso com abordagem descritiva, onde foi realizada pesquisa em prontuário eletrônico, avaliação diária e registro fotográfico com aplicação do termo de consentimento de imagem. O acompanhamento se deu de fevereiro a maio de 2018. A paciente apresentava uma fístula enterocutânea de 20 cm de comprimento na transversal e 12 cm na longitudinal, com bordas irregulares na região abdominal que apresentava alto débito (>2600ml/dia), lesionando bordas adjacentes e dorso. Com isso houve total envolvimento dos enfermeiros do "GREST", ficaram responsáveis na avaliação diária da pele, colocação da bolsa de fístula para melhorar a forma de drenagem e lavagem da bolsa. Esta paciente foi mantida em suporte nutricional parenteral durante todo o processo de acompanhamento.

## Resultado

Houve um envolvimento do "GREST" na busca por aprimorar o conhecimento teórico científico na execução das melhores práticas no cuidado com a pele na utilização da bolsa de fístula, sendo visível com a redução do débito a regressão das bordas da fístula atualmente medindo 3,0 cm na transversal e 2,5 cm na longitudinal e a pele e dorso completamente íntegros visualizando o estoma da paciente.



## Conclusão

A importância de uma assistência especializada com o envolvimento interdisciplinar de toda equipe, mantendo um olhar individualizado para a paciente foi a chave para o sucesso do tratamento da fístula enterocutânea; onde o enfermeiro evidenciou a redução da lesão com estratégias para reabilitar e recuperar a autoestima e o bem estar da paciente.

## Referência

1. Domansky RC, Borges EL. Manual para Prevenção de Lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro; Editora Rubio Ltda; 2012.
2. Paula RAB; Santos VSCG. Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestomal. Rev. Bras. Coloproct, 1999; (3) 155-163



VOLTAR

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da população acima de 60 anos as admissões por fratura de fêmur são comuns em função da osteoporose, risco de quedas, menor mobilidade e efeitos colaterais de medicações. Esta intercorrência eleva o risco de óbito nos pacientes em 10% em 30 dias do evento e em 37% em um ano. O procedimento cirúrgico precoce reduz a mortalidade, o tempo de imobilidade e as consequências da inflamação. A mortalidade hospitalar é, em média de 10%. As taxas de readmissão pós-internação em um intervalo de tempo predeterminado variam: 18% em 30 dias. Na Inglaterra as causas das readmissões foram classificadas em médicas, ortopédicas, cirúrgicas e relacionadas a falhas na reabilitação. As mais prevalentes foram quedas (16,7% das readmissões); infecção respiratória (14,3%); tromboembolismo (13,1%); fraturas (10,7%); infecção do trato urinário (7,1%); acidente vascular encefálico (7,1%). Considerando este benefício os hospitais devem implantar protocolos para agilizar o procedimento cirúrgico com o paciente estável clinicamente.

## OBJETIVO

Demonstrar os resultados do protocolo gerenciado de Cirurgia de Fratura de Fêmur do Hospital VITA Curitiba

## METODOLOGIA

Estudo observacional, do tipo seccional, quantitativo em Hospital Privado de Curitiba, com implantação do protocolo gerenciado de cirurgia de fratura de fêmur em pacientes de 60 anos ou mais, em função da complexidade e gravidade do evento.

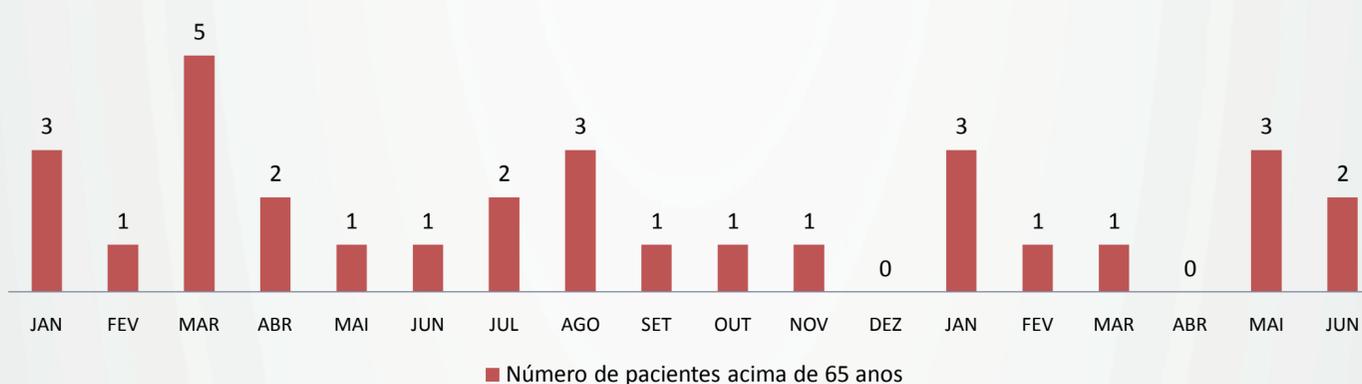
## RESULTADOS

De Janeiro de 2017 a Junho de 2018, 31 pacientes foram incluídos no protocolo (Gráfico 01), 68% do gênero feminino e 32% masculino, idade média de 83 anos. 28 pacientes realizaram a cirurgia em 24 horas, 1 em 48 horas e 2 acima de 72 horas pós estabilização do quadro clínico. A mortalidade hospitalar foi de 6,4%. A incidência de TEP foi de 0% e de TEV foi 0%. O pré-operatório de 100% dos pacientes foi na Unidade de Terapia intensiva (UTI). A média de permanência foi de 7 dias. A Taxa de readmissão hospitalar não programada em 30 dias foi de 6,4 (n=2), as causas da readmissão foram devido dor (n=1) e infecção pós operatória superficial (n=1). A adesão ao protocolo de dor e de hipoglicemia teve efetividade em 100% dos pacientes. A taxa de infecção e de reintervenção cirúrgica foi de 3,2% (n=1).

Gráfico 01:

**Total de Procedimentos - Fratura de Fêmur - 2017/2018**

Fonte: Mapa Cirúrgico / Posthos



## CONCLUSÃO

A implantação do protocolo gerenciado de cirurgia de fratura de fêmur contribuiu para reduzir a morbimortalidade, principalmente no grupo que realizou o procedimento com 24 horas do evento.

1 Enfermeira Chefe do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar | Hospital VITA Curitiba – Curitiba PR;  
2 Médica Gerente do Núcleo de Gestão e Segurança Hospitalar | Hospital VITA Batel e VITA Curitiba – Curitiba PR;  
3 Superintendente Médico | Hospital VITA Curitiba – Curitiba PR;  
4 Médico do Serviço de Ortopetida | Hospital VITA Curitiba - Curitiba PR.

## REFERÊNCIAS

PAULA, F.L. Readmissão Hospitalar de Idosos após internação por fratura proximal de fêmur no município do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. FIOCRUZ: Escola Nacional de Saúde Pública Arouca/ ENSP. Rio de Janeiro. 2014

# Resultados da implementação de um programa de linha de cuidado para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em 8 hospitais públicos brasileiros

(LATIN - Latin America Telemedicine Infarct Network)

FRANCIS ALBERT FUJII<sup>1</sup>, MARCELO FERNANDES PASSOS<sup>1</sup>, MARCOS DAVI PEDRA HUME<sup>1</sup>, WILSON MARTINS JUNIOR<sup>1</sup>  
1- MEDTRONIC BRASIL



## INTRODUÇÃO:

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa de morte por doença cardíaca no Brasil. Entre 1996 e 2012, houve aumento de 37% dos óbitos por IAM no SUS em todo Brasil.

A taxa de mortalidade nos últimos 30 anos, a falta de acesso e diagnóstico ainda são problemas quando comparamos o Brasil com países desenvolvidos.

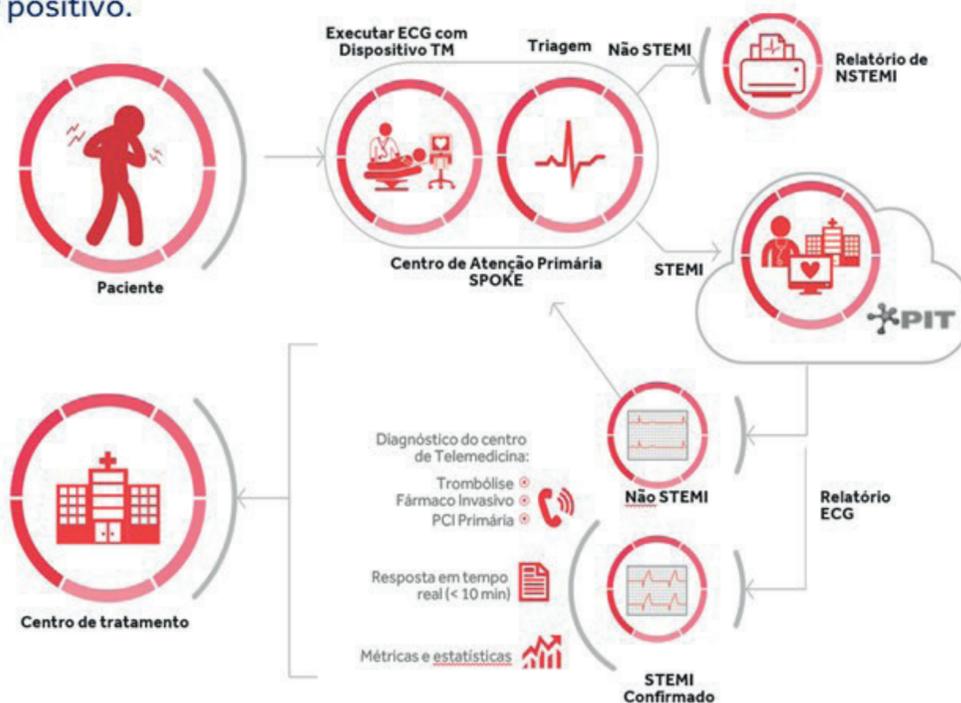
## OBJETIVO:

Analisar impacto na mortalidade dos pacientes com IAM, utilizando dados do DATASUS em 8 hospitais públicos onde o programa foi implementado, comparando resultados antes e após o programa no mesmo hospital e com demais serviços.

## MÉTODO:

Estudo retrospectivo, comparando hospitais que atendem pacientes através do SUS, com diagnóstico de IAM pelo CID10. Realizada a comparação de 8 hospitais antes e após o Programa Latin, mesmo período, analisando custo, mortalidade e tempo de permanência.

O Latin é um programa que combina telemedicina, treinamento e implementação da linha de cuidado do IAM. A rede conecta unidades de atendimento primário a centros de tratamentos. O fluxo consiste em atendimento, telemedicina na leitura eletrocardiograma, retorno e envio do paciente a um centro especializado, quando o resultado for positivo.



## RESULTADOS:

Tempo médio de permanência

**-12,94%**

(5,60 dias para 4,88)

Taxa mortalidade

**- 12,41%**

(8,77% para 7,68%)

Custo médio

**- 5,28%**

(R\$ 6.305 para R\$ 5.972)

Internações

**+51,14%**

(6.338 para 9.579)

## CONCLUSÃO

A implementação de programas que apoiam o suporte ao diagnóstico da doença coronariana e a organização da linha de cuidado do paciente colaboraram para a melhoria da taxa de mortalidade da população brasileira analisada. O Latin incrementou em 51,14% a quantidade de internações nos hospitais analisados, refletindo possível aumento no acesso ao diagnóstico e tratamento com queda de 32,37% na quantidade de óbitos, redução no tempo médio de permanência no hospital e custo. Os números demonstram a entrega de mais acesso, melhor desfecho clínico e custo com mais controle.

## BIBLIOGRAFIA

1. THYGESEN, KRISTIAN, ALPERT, JOSEPH S. JAFFE, ALLAN S. et al. Third universal definition of myocardial infarction. Nature Reviews Cardiology, v. 9, n. 11, p. 620-633, 2012.
2. MEDEIROS, Tatiana Laís Fonsêca; ANDRADE Paloma Cibelle Nascimento Silva de; DAVIM, Rejane Marie Barbosa, et al. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, Mortality by na Acute Myocardial Infarction Mortalidad por Infarto Agudo del Miocárdio. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(2):565-72, fev., 2018
3. MARCOLINO, MILENA SORIANO, BRANT, LUISA CAMPOS CALDEIRARAUJO, JANAINA GUIMARÃES DE et al. Implementation of the Myocardial Infarction System of Care in City of Belo Horizonte, Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2013.
4. HENRY, T. D., GIBSON, C. M. PINTO, D. S. Moving Toward Improved Care for the Patient With ST-Elevation Myocardial Infarction: A Mandate for Systems of Care. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, v. 3, n. 5, p. 441-443, 2010.
5. AVINANDAN. Redefining Health Care: Creating Value & #8208; based Competition on Results 2008
6. Michael E. Porter and Elizabeth Olmsted Teisberg. Redefining Health Care: Creating Value based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press 2006.
7. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, v. 2, n. 1, p. 76-79, 2008.





## SEGURANÇA EM ENDOSCOPIA: VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE LIMPEZA DOS ENDOSCÓPIOS.



### Autores

ENF Lisiane Ruchinsque Martins; ENF Sabrina Cardoso Ricciardi; ENF Belisa Marin; ENF Adriana Lopes Nunes; TEC Danieli Corrêa. Hospital Moinhos de Vento.

### Introdução

A realização de procedimentos endoscópicos, devido ao contato direto do equipamento com o trato gastrointestinal e respiratório do paciente em decorrência do seu estado clínico, pode ocasionar contaminações por diferentes tipos de microrganismos.

### Objetivos

Avaliar a eficácia do processo de limpeza e desinfecção dos equipamentos de endoscopia através de monitoramento com a realização do teste **Ruhof ATP complete® (ATP)**.

### Metodologia

Através da realização de testes de monitoramento e controle de qualidade do processo de limpeza e desinfecção dos equipamentos endoscópicos do centro de endoscopia do Hospital Moinhos de Vento, no período de agosto de 2017 a março de 2018.

### Resultados

Após a limpeza manual, constatou-se que 90% dos equipamentos apresentaram índice satisfatório. Após a desinfecção de alto nível automatizada constatou-se que 99% dos equipamentos apresentaram resultado satisfatório.

### Conclusão

A importância do teste ATP para a mensuração continuada da qualidade dos processos de limpeza e de desinfecção dos equipamentos endoscópicos.



### Referências:

- Michelle J. Alfa PhD, FCCM, American Journal of Infection Control 41 (2013) S56-S59 Monitoring and improving the effectiveness of cleaning medical and surgical devices.
- Michelle J. Alfa and Nancy Olson, BMC Res Notes (2016) 9:258, Simulated-use validation of a sponge ATP method for determining the adequacy of manual cleaning of endoscope channels.
- Planitrade Assessoria Comércio e Representações Ltda. <http://www.planitrade.com.br/ruhof-atp-complete.php>. Acessado em 18/04/2018.
- NHS Estates (Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra), Avaliação da bioluminescência de ATP por swab como ferramenta de monitoramento e treinamento para uma limpeza hospitalar eficaz, 2007. [http://www.planitrade.com.br/atp-complete/Southampton\\_Traduzido.pdf](http://www.planitrade.com.br/atp-complete/Southampton_Traduzido.pdf). Acessado em 18/04/2018.
- POP.00558 – Limpeza e Desinfecção dos Aparelhos Endoscópicos. <http://novaintra.moinhos.net/site/content/home/default.aspx> - Sistema de Documentos/Endoscopia. Acessado em 18/04/2018.
- Email: [sabrina.ricciardi@hmv.org.br](mailto:sabrina.ricciardi@hmv.org.br)



VOLTAR

# RELATO DE EXPERIÊNCIA: SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE RCP IN SITU EM UI PEDIÁTRICA

*Camilla do Rosario Nicolino Chiorino<sup>I</sup>  
Kelle Cristina da Rocha<sup>II</sup>  
Marcela Silva de Carvalho Barros Dias<sup>III</sup>  
Silvia Helena Frota Mendonça<sup>IV</sup>*

## Introdução

O treinamento prático de habilidades técnicas e comportamentais é primordial para garantir a segurança e a qualidade no desempenho da equipe multidisciplinar. Diante de notificações de eventos relacionados ao atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em uma unidade de internação pediátrica, foi verificada a necessidade de realizar treinamentos para a equipe assistencial. Optou-se pela metodologia de simulação realística, visto esta metodologia ser utilizada para substituir ou amplificar experiências reais por experiências guiadas que replicam aspectos substanciais do mundo real de maneira interativa, permitindo a observação do desempenho da equipe multidisciplinar.

## Objetivo

Avaliar desempenho técnico e operacional da equipe no atendimento a PCR pediátrica.

## Método

Foi utilizada a metodologia in situ preparada pela educação continuada, na qual se criou um cenário em um leito disponibilizado pelo gerenciamento de leitos na unidade de internação pediátrica, utilizando manequim de alta fidelidade representando uma criança de quatro anos internado por desconforto respiratório, que evoluiu para uma PCR. Um educador era o coordenador do cenário e outro era o ator representando o acompanhante.

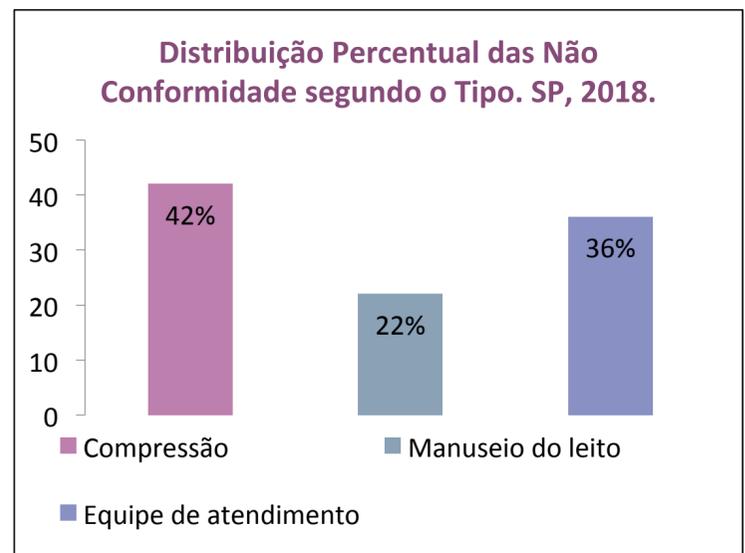
A partir do acionamento pela equipe do acompanhante, se inicia o cenário de atendimento.

Seguindo a metodologia foi realizado o *debriefing* após cada simulado orientado pelo *check list* e aplicado avaliação de reação no encerramento.

Figura 1 – Impresso de *Debriefing* da Simulação

## Resultados

Foram realizadas 8 práticas simuladas, 3 no período manhã, 3 a tarde e 2 a noite, contemplando as três unidades pediátricas diferentes, todas durante o mês de abril/2018. Com relação ao *check list*, a categoria com o maior percentual de não conformidade foi **Compressão**, com 42%, sendo 22% relacionadas ao manuseio do leito. A categoria **Equipe de atendimento** teve 36% de não conformidades, principalmente relacionada à chegada do profissional (Médico/Fisioterapeuta) em tempo menor que 5 minutos. A avaliação de reação apresentou pontuação predominante na categoria **Supera as expectativas**, com destaque para realização in situ: melhor aproveitamento pela integração entre os profissionais.



## Conclusão

A simulação in situ permitiu uma oportunidade de observar e avaliar o desempenho da equipe multidisciplinar do ponto de vista técnico e operacional, bem como, enfatizar pontos de melhoria. Importante destacar que foi possível apontar melhorias relacionadas ao ambiente, sendo que isto não poderia ser observado quanto treinamos habilidades em sala. Esta ação foi apresentada às lideranças e acontecerá de forma contínua, em paralelo à atividades educacionais em sala.

<sup>I</sup> Coordenadora Educação Continuada Corporativa BP  
<sup>II,III</sup> Enfermeira da Educação Continuada Corporativa BP  
<sup>IV</sup> Gerente de Práticas Assistenciais e Educação Continuada Corporativa BP



# TECNOLOGIA A FAVOR: O IMPACTO COM USO DE RECURSOS PARA REDUÇÃO DO INDICADOR DE LESÃO POR PRESSÃO

Elisandra Leites Pinheiro<sup>1</sup>, Anelissie Liza Hul<sup>2</sup>, Daniela Tenroller de Oliveira<sup>3</sup>, Mirélla Bernardini<sup>4</sup>, Sylvania Martins de Almeida<sup>5</sup>, Vanessa Garin Porto<sup>6</sup>.



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

4. Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil  
5. Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil  
6. Enfermeiro Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

## Introdução

Lesão por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou em tecido moles subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionada ao uso de dispositivos médicos ou a outro artefato (NUAP)<sup>3</sup>

## Objetivo

Reduzir a densidade e a prevalência de lesão por pressão no ambiente hospitalar, evitando o dano na vida do paciente e proporcionando a ele a melhor experiência através das boas práticas assistências com o uso da tecnologia ao seu favor.

## Método

Através de um gatilho gerado pela tecnologia da informação via e-mail ao (GREST) Grupo de Referência em Estomaterapia diariamente de todos os pacientes internados na instituição, mensuramos pacientes com Braden  $\leq$  a 12, ou seja, a densidade de pacientes internados classificados com alto risco para desenvolver lesão por pressão, com isso, analisamos o percentual de pacientes que estão recebendo o cuidado preventivo apropriado. Ao receber esse dado é averiguado se o protocolo de prevenção de lesão por pressão foi prescrito e instalado. É reforçado o protocolo com as equipes de enfermagem envolvendo pacientes, familiares e cuidadores nessa prática diária. Não houve necessidade de aprovação do Comitê de ética e pesquisa para realização da pesquisa.

## Resultados

Comparamos nos três primeiros meses do ano de 2018 a densidade de pacientes internados classificados com alto risco, em janeiro foi de 177,60 em fevereiro 253,09 e em março 160,40, com isso, observamos que o percentual de pacientes de alto risco recebendo o cuidado preventivo apropriado no mês de janeiro foi de 75%, fevereiro 76,2% e março 80,1% num total de 1000 pacientes/dia. Evidenciou-se a eficácia na redução de densidade nas unidades de internação após a implementação do uso do colchão de fluxo de ar nos pacientes com alto risco para desenvolver lesão por pressão no mês de janeiro a densidade foi de 0 %, fevereiro 0,59% e março 0,75%.



## Conclusão

Observa-se que a cobertura de multicamadas mostra-se eficaz prevenindo o cisalhamento e o atrito, sendo assim, reduzindo a lesão por pressão e o uso do colchão de fluxo de ar que alivia a pressão e estimula os tecidos inativos, promove a circulação e conseqüentemente reduz o risco de desenvolver lesão por pressão.



VOLTAR

SILVIA HELENA FROTA MENDONÇA<sup>1</sup>  
 KARINE DOS SANTOS MANOEL<sup>2</sup>  
 SILVIA CASTRO CARUSO CHRIST<sup>3</sup>

## Introdução

Dor é o sintoma mais prevalente em qualquer instituição de assistência à saúde no mundo, portanto deve ser identificada, avaliada e tratada de forma sistemática.

## Objetivo

Descrever as etapas para implementação do Programa de Certificação da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor em um hospital geral terciário da cidade de São Paulo.

## Método

A Sociedade Brasileira de Estudos da Dor – SBED, por meio da Muldipharma convidou a instituição a participar do Programa de certificação de Hospital sem Dor.

O caminho metodológico percorrido foram descritos em etapas:



Para Auditoria de Prontuário foi elaborado instrumento de coleta de dados para cada episódio de dor identificada e registrada em Sinais Vitais. O instrumento também avaliava, além o escore de dor, o histórico de saúde para dor crônica, a pertinência na escolha da escala de dor, a adequação da reavaliação do episódio de dor, a medida administrada para tratamento da dor (farmacológica e não farmacológica) e os registros sobre dor da equipe multidisciplinar.

## Resultados

- Foram realizadas 4 auditorias de prontuários, com avaliação de 193 pacientes e 381 episódios de dor. A conformidade inicial foi de 56,3% e a final de 79,6%, indicando melhora de 41% em todos os itens avaliados.
- As principais falhas indicadas no diagrama estavam no uso inapropriado de escalas de dor, falta de uma escala para pacientes com alteração cognitiva, falha na identificação e avaliação da dor.
- A atualização do Protocolo de Gerenciamento da Dor, foi baseado na literatura, principalmente para as escolhas das escalas de dor e tratamento não farmacológico.
- A adequação do sistema de informação hospitalar restringiu as escalas de dor não utilizadas na instituição; inseriu campos obrigatórios para características da dor (topografia, lateralidade, condição, escore) e liberação das escalas de dor de acordo com o perfil da unidade.
- O Programa de treinamento sobre Dor foi desenvolvido em dois módulos para a equipe multidisciplinar (enfermagem, fisioterapia, farmacêutico e nutricionista) e um módulo especial para grupo de enfermeiros multiplicadores.
- A Tutoria para equipe multidisciplinar foi realizada com foco nos principais problemas identificados nas auditorias de prontuários. O time para Tutoria foi composto pelas Enfermeiras da Educação Continuada e de Práticas Médicas e Assistencial.

CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	AVALIAÇÃO FINAL	EVOLUÇÃO
Escore de Dor preenchido em todos os controles de sinais vitais	40%	54%	↑ 34%
Escala aplicada está de acordo com a condição do paciente	74%	98%	↑ 32%
Preenchimento completo dos campos relacionados à dor (Sinais Vitais)	26%	82%	↑ 221%
Reavaliação da Dor realizada em até 1 hora	74%	86%	↑ 16%
Melhora do escore de Dor	79%	96%	↑ 21%

## Conclusão

O Hospital conquistou a Certificação de Hospital Sem Dor, conferido pela SBED, com Padrão Ouro (90% de conformidade) para Gerenciamento de Dor em dezembro de 2017.

Foram ressaltadas como oportunidades de melhoria: educação médica continuada (prescrição adequada de opióides); estruturação de uma Comissão da Dor; intensificação de medidas não farmacológicas e Educação dos pacientes e familiares.

O processo de preparação para certificação e a visita dos avaliadores contribuiu para a melhoria da cultura de segurança institucional e a adesão ao protocolo pela equipe multiprofissional.

<sup>1</sup>Gerente de Práticas Assistenciais e Educação Continuada Corporativa BP

<sup>2</sup>Enfermeira da Educação Continuada Corporativa BP

<sup>3</sup>Gerente de Práticas Médicas do BP Mirante



### INTRODUÇÃO

Para que ocorra um transporte seguro de pacientes, deve-se essencialmente possuir a participação de profissionais qualificados e o uso de equipamentos adequados para monitorização e acompanhamento do paciente, enquanto estiver fora da unidade de origem.

Estudos nacionais e internacionais sobre os eventos adversos encontrados durante o transporte relatam que a incidência de ocorrências variaram entre 30 a 70% de todos os transportes intra-hospitalares estudados. Os eventos mais encontrados foram: alterações fisiológicas do paciente, problemas na equipe multidisciplinar envolvida no transporte, na comunicação Inter equipe e falha nos equipamentos. O sucesso no transporte intra-hospitalar depende diretamente do planejamento e da atuação organizada da equipe multiprofissional, bem como da escolha de equipamentos adequados. Nesse âmbito, um aspecto importante no transporte do paciente é a comunicação prévia das informações necessárias entre a equipe que transporta o paciente e aquela que irá recepcioná-lo, de forma que não seja comprometida sua segurança e a continuidade dos cuidados de saúde seja reforçada.

### RESULTADOS

Tanto a equipe de enfermagem quanto a interdisciplinar opinaram na melhoria do instrumento, onde foi melhorado a comunicação na passagem do caso e olhar da equipe assistencial para um transporte seguro. Desenvolveu-se a cultura de segurança, onde através da notificação observou-se a conscientização das equipes e o olhar para a Segurança. No período de junho de 2016 a Julho de 2018, foi evidenciado 9 eventos, sendo apenas 1 evento moderado relacionado ao acompanhamento da equipe durante o transporte. Não houveram eventos relacionados a instabilidade clínica do paciente, assim como problemas com os equipamentos e materiais da maleta de transporte.

### CONCLUSÃO

O Check list direciona para um transporte mais seguro. A classificação do paciente antes do transporte auxilia a equipe quais recursos são necessários (profissionais e equipamentos) para a realização do transporte seguro.

Para transferência segura das informações, utilizamos o impresso também como passagem de plantão.

Observa-se a mudança do olhar da equipe para a prevenção de eventos através de um planejamento para um transporte seguro, assim como integrar as equipes, com a melhoria da sistemática de trabalho e sobretudo evitar ou prevenir eventos adversos relacionados ao transporte.

### MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter de relato de experiência, no qual está fundamentado no referencial teórico de Gil (2009). Foi elaborado um check list personalizado, multidisciplinar, onde foi discutido com as equipes. Foi realizado um piloto em uma unidade de pacientes com paciente de baixa e alta complexidade. Foi realizado o acompanhamento dos casos notificados e os pacientes durante o transporte dos pacientes. Como referencia para o avaliação do parâmetro clínico, utilizou-se a escala de deterioração de Mews.




### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients: an analysis of the reports submitted to the Australian incident monitoring study in intensive care. Intensive Care Med. 2004; 30(8):1579-85.
- Wilson P. Safe patient transportation: nurses can make a difference. Nurs Times. 1998; 94(26):66-7.
- COFEN. Resolução nº 376/ 2011. Dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3762011\\_6599.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3762011_6599.html). Acessado em: 01/09/2018
- Almeida, Ana Carolina Goulardins de et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. Acta paul. enferm. [online]. 2012, vol.25, n.3, pp.471-476.



# TREINAMENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Ana Lygia P. Melaragno: Ariadne da Silva Fonseca: Fabiana dos Reis: Karen Regina Amato Samos

**INTRODUÇÃO** A parada cardiorrespiratória é a cessação súbita e inesperada dos batimentos cardíacos associados à ausência de respiração<sup>1</sup>. O sucesso da reanimação cardiopulmonar dentro de um hospital é de apenas 30%, e somente 15% recebem alta sem sequelas neurológicas<sup>2</sup>. Entre as emergências, a parada cardiorrespiratória é a mais temida<sup>4,5</sup> exigindo dos profissionais início imediato das manobras de reanimação cardiopulmonar<sup>6,7</sup>. O conhecimento e treinamento adequado quanto às diretrizes da parada cardiorrespiratória são essenciais para reduzir a morbi-mortalidade.

**Descritores:** Parada Cardíaca, Reanimação Cardiopulmonar, Assistência ao Paciente, treinamento, simulação realística.

**OBJETIVO:** Avaliar o aproveitamento dos profissionais de saúde sobre o atendimento a parada cardiorrespiratória.

**MÉTODO:** Estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, em um hospital privado de grande porte em São Paulo, entre maio e julho de 2018. Os profissionais foram convidados para um treinamento teórico prático, utilizando a simulação realística como estratégia de ensino e realizaram um pré e pós teste para a obtenção da aprovação e certificado valido por 2 anos.

**RESULTADOS:** Participaram do estudo 194 profissionais médicos, a idade variou de 26 a 77 anos, com média de 41,8 anos. Sobre o tempo de formação, 28% tinham entre 6-10 anos e 35% entre 11 a 15 anos. Responderam ao pré-teste antes do treinamento teórico prático sobre a temática, e após a sua realização, sendo 6,0 o mínimo para aprovação, 12,9% não realizaram o pré-teste por apresentarem-se após o início da atividade. Destes, 39% obtiveram nota abaixo da média. No pós-teste 98,5% foram aprovados, com uma media de 9,54, apresentando média de melhora de 1,44 pontos.

**CONCLUSÃO:** A capacitação dos profissionais é indispensável para o atendimento seguro e efetivo na parada cardiorrespiratória. Sensibilizar e engajar a equipe em discussões sobre , e condutas terapêuticas, contribui para diminuir a vulnerabilidade, assegura a confiança e a autonomia profissional minimizando o índice de óbito. O estudo colaborou para o desenvolvimento da capacidade crítica no atendimento.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa FT – Parada Cardíaca, em: Barbosa FT – Medo de Anestesia? Por quê? Alagoas, Edufal, 2005;127-132.
2. Pereira HA, Neto PO – Reanimação Cardiopulmonar e Cerebral, em: Nacul FE – Medicina Intensiva Abordagem Prática. Rio de Janeiro, Revinter, 2004;91-96.
3. ALVES, C. A.; BARBOSA, C. N. S.; FARIA, H. T. G. Parada Cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 296-301, 2013.
4. GOLIN, V.; SPROVIERI, S. R. S. Condutas em urgências e emergências para o clínico. São Paulo: Atheneu, 2008.
5. TIMMERMAN, S. SOUZA, G. E. C, QUILICI, A. P., GONZALEZ, M. M. C et al. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia. Código Azul – Registro de Ressuscitação – Normatização do carro de emergência. Disponível em: [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br). Consulta em 10 de outubro de 2004.
6. ARAÚJO, I.E.M. , ARAÚJO, S. Ressuscitação Cardiorrespiratória. In: CINTRA, E.A., NISHIDE, V.M., NUNES, W.A., Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 135-153.



VOLTAR

# Uso de BIG DATA na validação de ponto de corte para deterioração clínica – MEWS Rede Mater Dei de Saúde

Autores:

André Soares<sup>1</sup>, Daniela Pagliari<sup>1</sup>, Luiza Romano<sup>1</sup>, Marcia Salvador Géo<sup>1</sup>, Guilherme Salgado<sup>2</sup>

1- Rede Mater Dei de Saúde, 2- 37.78 Care

## Objetivo do projeto

Encontrar o melhor ponto de corte para um sistema de deterioração clínica – Modified early warning signs (MEWS) no intuito de desencadear ações específicas como reavaliação precoce pelo internista, transferência para unidade de terapia intensiva e acionamento de códigos de emergência, em uma rede de saúde de forma a padronizar e uniformizar o cuidado.

## Situação-problema

O uso de um método sistematizado de avaliação de deterioração clínica é quase imperativo nos hospitais modernos. Várias revisões sistemáticas já mostraram a excelente capacidade de prever desfechos desfavoráveis bem como o impacto em reduzir admissões inesperadas em terapia intensiva dentre outros eventos adversos graves. O ponto central para a melhoria do cuidado é a estratégia de implementação do escore monitoramento em tempo real do seu uso.

## Metodologia

No intuito de calibrar e encontrar os melhores valores de corte do escore. (MEWS) para a população da Rede Mater de Saúde, foi realizada uma análise de Big Data com os todos os dados de MEWS da população que frequentou a Rede nos últimos 4 anos.

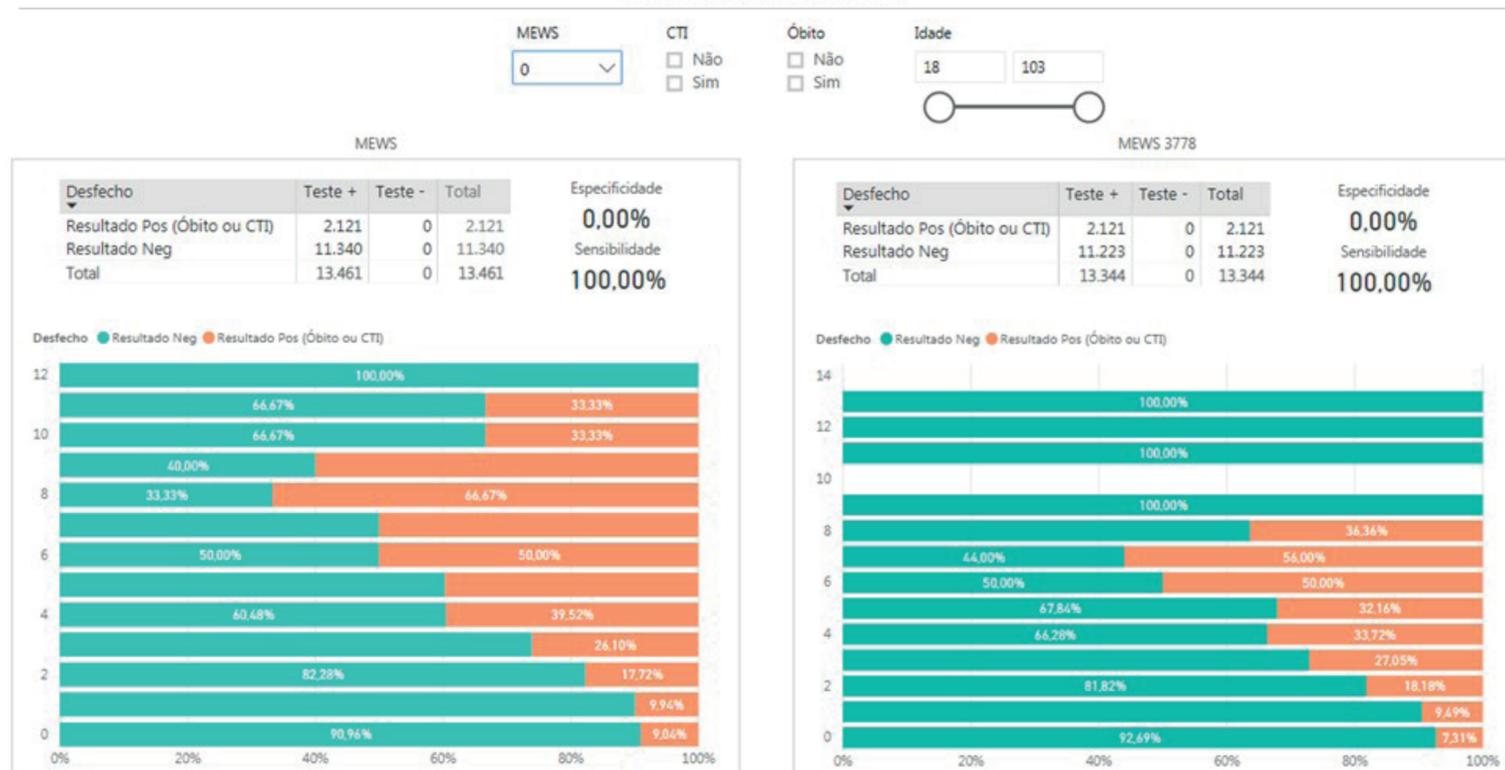
O escore de MEWS foi testado como fator preditor de qualquer m dos seguintes desfechos negativos: (1) óbito, (2) transferência (não esperada) para terapia intensiva da unidade de internação, (3) permanência em terapia intensiva por mais de 24 horas.



## Resultado

A partir da análise dos dados foi construída uma ferramenta de análise dinâmica com os resultados dos desfechos negativos para cada ponto de corte e a taxa de predição correspondente.

### Análise Mews x 3778



## Conclusão

Os pacientes com MEWS  $\geq 7$  tiveram alta taxa de eventos adversos o que validou nossa prática de acionamento de código amarelo para todo paciente nestas situações. Os pacientes com MEWS 5 e 6 apesar tiveram cerca de 45% de risco de deterioração, o que coloca estes pacientes em situação de risco iminente e valida a prática de que eles tenham que receber em uma avaliação pelo médico internista em até 20 minutos. Em nosso fluxograma de atendimento de intercorrências os pacientes com MEWS 0 a 4 geralmente ficam sobre o cuidado da supervisora de enfermagem que devem reavaliar e só depois decidir pelo acionamento do médico internista. A taxa de eventos adversos encontrada nesta análise de Big Data da nossa população sugere que os pacientes com MEWS igual a 4 já devam ser avaliados pelo médico internista.

Implantar o MEWS e revisar o fluxograma do atendimento das intercorrências da luz de uma conjunto robusto de dados permite o aprimoramento do processo de melhoria que garante que os pacientes sejam tratados no lugar correto, no tempo correto e pelo profissional correto e utilizando-se de recursos corretos no sentido de construir segurança e qualidade assistencial.

## Sobre a instituição

O Mater Dei foi inaugurado em 1º de junho de 1980 com a missão: *Compromisso com a qualidade pela vida, para proporcionar um atendimento personalizado, diferenciado e humanizado.*

Acreditações: ISO, ONA (Nível Excelência), NIAHO, JCI e SRC (Linha de cuidados bariátricos).



VOLTAR

# SESSÃO PÔSTER



EFICIÊNCIA  
OPERACIONAL



VOLTAR

# Aplicação do Lean Six Sigma para redução da taxa de Inconformidades de registro de enfermagem em prontuários nas UTI's

## RESUMO

O prontuário deve conter todas as ocorrências e intercorrências durante a sua internação. A Premissa do projeto foi trabalhar nos motivos de falhas de registro que mais impactam nos resultados utilizando a metodologia DMAIC (Definição, Melhoria, Análise, Implementação e Controle).

## INTRODUÇÃO

O prontuário é a comprovação do internamento do paciente no hospital. Tem sido possível observar algumas pendências relacionadas a inconformidades de prontuários de registro e estes problemas têm gerado glosas que poderiam ser evitadas com o registro adequado.

## DESENVOLVIMENTO

Realizamos o mapeamento do processo juntamente com a equipe de trabalho através do *Brainstormings* e realizamos o *Ishikawa*. Aplicamos a matriz de causa e efeito e de esforço e impacto, onde trabalhamos com os seguintes problemas:

- Esquecimento de registro de prontuário;
- Falta de treinamento para devolução de medicamentos;
- Lançamentos das taxas realizadas pela escriturária 1x/dia;
- Realização de procedimentos e/ou curativos por ordem verbal;
- Ausência de prescrição de procedimentos já realizados;
- Prescrição de coberturas de curativos com indicação errada. Na fase de análise observamos na UTI-adulto e UCO que a ausência de checagem de prescrição médica e ausência de anotação de procedimentos, representam 82,7%; na UTI-Neonatal 88,7% e na UTI-Pediátrica representavam 86,6%.

Realizamos o plano de ação:

- redução da sistematização da assistência de enfermagem (muito extensa e com itens repetidos);
- melhoria no lançamento de taxas;
- aplicação de um *time-out* realizada 3x ao dia, cujo objetivo foi realizar a dupla checagem das principais pendências de prontuários, foi criado um quadro das pendências.

Confecção de adesivos do "like" com as metas institucionais para os colaboradores. Outra ação foi o *Roleplaying*, cujo objetivo foi que a enfermagem vivenciasse a experiência de uma auditoria de conta externa.

## RESULTADOS

Houve melhoria no indicador de taxa conformidade de 64% em Janeiro para 81% em Julho. As glosas na UTI-Adulto tiveram redução de 35% comparado ao mesmo período de 2017 e na UCO uma redução de 52%, consequência da melhora do registro.

## CONCLUSÃO

O registro dos procedimentos muitas vezes acaba sendo relegado a segundo plano pela equipe. Por outro lado, deficiências nos procedimentos de geração de registros prejudicam a qualidade no atendimento ao cliente, a segurança ao pagamento justo, além de evitar desperdícios e auxiliar no controle de custos.

## AUTORAS

Francisleine Franck dos Santos  
Larissa Romeiro Pellozo  
Cristina Oliveira



HOSPITAL  
VERA CRUZ  
CAMPINAS

BIBLIOGRAFIA: BIBLIOGRAFIA: Lean Institute Brasil, Google analytics. Disponível em: <<http://www.lean.org.br/oque-e-lean.aspx>>. Acesso em 7 de novembro de 2016. Six Sigma Brasil, Google analytics. Disponível em: <[http://sixsigmabrasil.com.br/pag\\_metodologia.html](http://sixsigmabrasil.com.br/pag_metodologia.html)>,. Acesso em 7 de novembro de 2016



VOLTAR

## 1. Introdução

A avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas redes de atenção é apontada como imprescindível para aumentar a efetividade e a pertinência do cuidado, direcionando recursos financeiros e definições de novas estratégias. No ambiente hospitalar se concentram os maiores custos e complexidades, sendo recorrentes os esforços para desenvolver metodologias que garantam a transparência nos gastos, o controle dos custos, e principalmente na prestação de cuidados baseados em valor.

## 2. Desenvolvimento

O estudo apresenta prova de conceito para avaliação de desempenho de 9 hospitais de uma operadora de saúde utilizando as informações que são enviadas normalmente para o pagador aplicando ferramentas de análise de performance e de qualidade elencando os indicadores possíveis a partir da completude do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) presente nas guias TISS e no sistema da operadora. As ferramentas utilizadas foram o sistema GPS.2iM© da empresa 2iM e o agrupador APR-DRG (Figura 1) da empresa 3M-HIS.

## 3. Resultados

A análise preliminar demonstrou um importante número de casos (47,6%) não agrupáveis por ausência de codificação adequada de diagnósticos e procedimentos, conforme figura 2, e, em função desse fato apresentaram um baixo índice (mais de 90%) de severidade (complexidade), conforme figura 3, por conta da insuficiência das informações presentes no CMD, subclassificando a complexidade dos casos atendidos pelos hospitais.

FIGURA 1

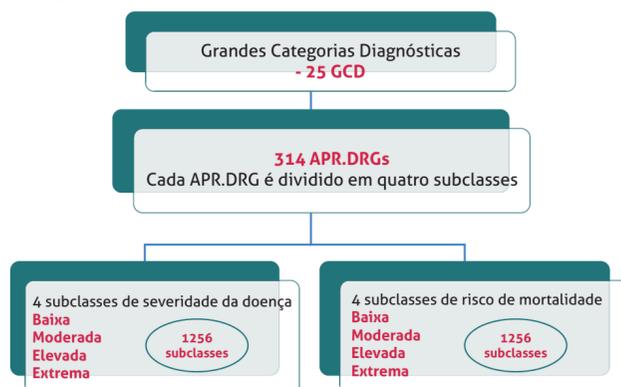


FIGURA 2

**Tipo de inconsistência ou ausência de dados para agrupamento pelo APR-DRG<sup>3M</sup>**

Hospital	Saídas	% Agrupamentos DRG	Total de erro para agrupamento DRG	% Erro para agrupamento DRG	Saídas sem código CID	Saídas com CID e sem código de procedimento	Incompatibilidade CID/Procedimento
Hospital 1	942	46,8%	501	53,2%	80,6%	6,4%	13,0%
Hospital 2	702	42,0%	407	58,0%	5,9%	1,7%	92,4%
Hospital 3	324	63,9%	117	36,1%	44,4%	54,7%	0,9%
Hospital 4	629	72,0%	176	28,0%	35,2%	58,0%	6,8%
Hospital 5	977	43,0%	557	57,0%	11,7%	7,0%	81,3%
Hospital 6	461	46,0%	249	54,0%	53,0%	5,2%	41,8%
Hospital 7	164	77,4%	37	22,6%	37,8%	0,0%	62,2%
Hospital 8	286	36,7%	181	63,3%	28,7%	1,1%	70,2%
Hospital 9	1.745	57,4%	743	42,6%	54,8%	32,7%	12,5%
<b>Total</b>	<b>6.230</b>	<b>52,4%</b>	<b>2.968</b>	<b>47,6%</b>	<b>40,8%</b>	<b>16,9%</b>	<b>42,3%</b>

FIGURA 3

Hospital	Índice de Case Mix	Severidade da Doença			
		Leve	Moderada	Grave	Extrema
Hospital 1	1,00	91,2%	6,8%	2,0%	0,0%
Hospital 2	0,66	96,6%	3,4%	0,0%	0,0%
Hospital 3	0,89	97,1%	1,9%	1,0%	0,0%
Hospital 4	0,67	95,1%	4,6%	0,2%	0,0%
Hospital 5	0,44	96,9%	3,1%	0,0%	0,0%
Hospital 6	1,31	93,9%	5,7%	0,5%	0,0%
Hospital 7	0,45	96,9%	3,1%	0,0%	0,0%
Hospital 8	1,07	97,1%	2,9%	0,0%	0,0%
Hospital 9	0,46	95,5%	4,5%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>0,68</b>	<b>95,9%</b>	<b>4,4%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,0%</b>

FIGURA 4

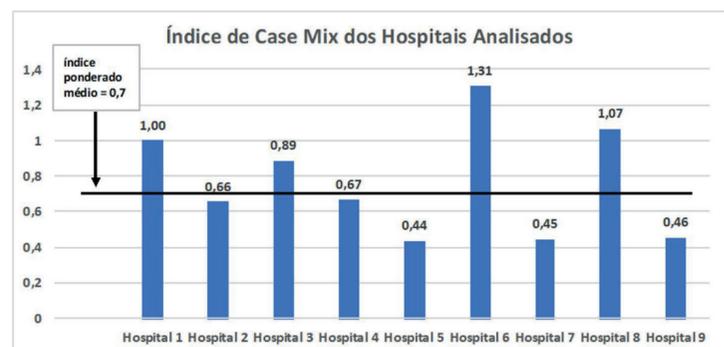
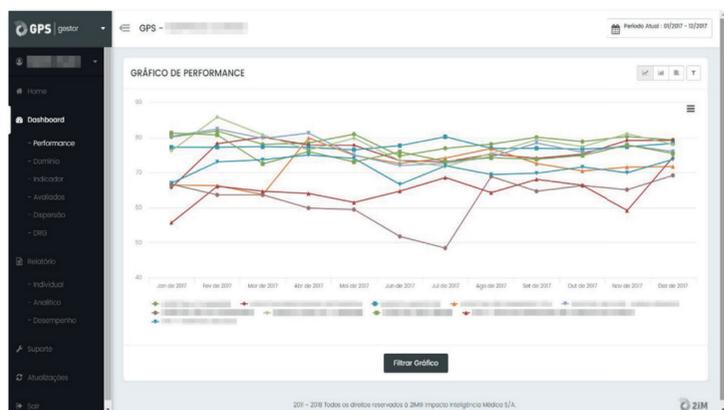


FIGURA 5



## 4. Conclusão

A padronização dos documentos de alta enviados para as operadoras e o aprimoramento da qualidade da codificação com a criação de programas de Qualidade em Documentação Clínica e incorporação dos dados necessários para o agrupamento dos pacientes nas guias de resumo da alta TISS, permitirá a utilização dos sistemas agrupadores (como o DRG) para ajustar o risco dos pacientes e geração dos indicadores básicos de qualidade e performance dos hospitais, como tempo de permanência, mortalidade, reinternações e eventos adversos. Para avaliação completa da qualidade do hospital, recomenda-se a aplicação integral de metodologias como GPS.2iM© (Figura 5) onde indicadores de estrutura, eficiência e efetividade, compõem um Índice de Performance ou Qualidade. Somente com a transparência na troca de informações entre o prestador e o pagador, será possível estabelecer programas de qualificação da rede e novos modelos de pagamento baseados em qualidade, performance ou valor.



# CAMPANHA PARA REDUÇÃO DO DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS NO REFEITÓRIO DOS COLABORADORES DO HOSPITAL MADRE TERESA

BARBOZA, J. F. C<sup>1</sup>, OLIVEIRA, D. D.<sup>2</sup>, SILVA, J. P.<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

Através do indicador de resto ingestão foi monitorado o desperdício de alimentos que retornam nos pratos dos comensais nos horários das refeições. Cada colaborador desperdiçava uma média de 20g/dia, o que totalizava ao final do mês um desperdício de 488 kg.

## OBJETIVO

Reduzir o desperdício de alimentos no refeitório dos colaboradores para um per capita de 15g por dia, diminuindo ainda os custos com os insumos alimentícios, mão de obra, energia, bem como a geração de resíduos.

## MÉTODO

No desenvolvimento do projeto, teve-se como meta alcançar todos os usuários. As ações foram desenvolvidas dentro das áreas de trabalho dos colaboradores e no refeitório. Foram utilizadas ferramentas da Qualidade para identificar as causas do desperdício e priorizar as mesmas. Foram promovidas as seguintes ações:

- Conscientização para o porcionamento adequado dos alimentos e substituição dos utensílios utilizados;
- Avaliação da composição química e combinação das preparações;
- Ações pontuais como: elaboração de pratos com exposição das suas propriedades nutricionais;
- Realização da semana da sustentabilidade;
- Premiações no refeitório para quem devolvesse o prato limpo e sorteios de cestas de alimentos saudáveis;

- Visita lúdica aos setores apresentando a Campanha;
- Divulgação mensal dos resultados obtidos e mensagens de conscientização.



Algumas ações realizadas pela equipe de Nutrição.

## RESULTADOS

Através da Campanha foi alterada a meta de 20g para 15g de desperdício por pessoa/dia. Obtivemos redução em toda cadeia de produção. Houve economia de R\$ 879,00 mês na compra de alimentos, gerando redução anual de R\$ 10.548,00. Além da diminuição do volume e peso do lixo gerado. Houve ainda economia de água, luz e energia.

## CONCLUSÃO

A Campanha trouxe diversos ganhos como: a redução no custo total de gêneros alimentícios; Satisfação do cliente com a qualidade do cardápio; Maior envolvimento dos colaboradores; Desenvolvimento do pensamento sustentável.

## AUTORES

1 Coordenadora do Serviço de Nutrição e Dietética(SND) do Hospital Madre Teresa; 2 Supervisora do SND do Hospital Madre Teresa; 3 Nutricionista do SND do Hospital Madre Teresa.



VOLTAR



**6º CONAHP**  
Congresso Nacional de Hospitais Privados

## **EFICIÊNCIA: COMO O COMBATE AO DESPERDÍCIO IRÁ TRANSFORMAR O SISTEMA DE SAÚDE**

**Comissão de Revisão de Prontuário: promovendo registro seguro em prontuário em prol da qualidade e sustentabilidade hospitalar**

**Autores:** Francielle Naira Oliveira Peireira<sup>1</sup>, Francisco Silva de Oliveira<sup>2</sup>, Ana Eliza Campos Christopoulos<sup>3</sup> e Guilherme Oliveira de Albuquerque Malta<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), surgiu a partir da necessidade de atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) de Nº 1.638/2002, definindo o prontuário médico como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente.

O Registro Seguro em Prontuário é um aliado na segurança e qualidade da assistência ao paciente, para o controle financeiro da Instituição e respaldo legal da equipe multidisciplinar.

Objetivou-se a divulgação e atuação da CRP no Registro Seguro das informações, contribuindo para qualidade do serviço de saúde e promoção da sustentabilidade hospitalar.

**METODOLOGIA:** O trabalho deriva de um processo realizado pela CRP da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, atuante na instituição desde 2016, sendo constituída por uma equipe multiprofissional, atuando nas principais linhas, que são: 1) Auditorias mensais dos prontuários por meio de *checklist*, embasado pelas normatizações dos conselhos de classe, 2) Padronização e monitorização dos formulários da instituição, 3) Valorização dos setores hospitalares com melhor taxa de conformidade nos prontuários.

**RESULTADOS:** Os critérios relacionados a avaliação das conformidades mostrou um resultado de 5% no primeiro mês de auditoria (agosto de 2017), e após as ações implementadas pela CRP esta taxa subiu para 24% (junho de 2018). Com relação a padronização e monitorização dos formulários, haviam 461 formulários, atualmente existem 261, totalizando uma redução de 43,38%. Além disso, os setores com melhor desempenho na taxa de conformidade (acima de 90%), são elogiados, tendo reconhecimento pelo seu trabalho e estimulam setores a se esforçarem para alcançar a meta de 100%. Através da padronização dos formulários, todos os documentos são impressos em frente e verso em formato de livro e alguns destes que eram impressos diariamente, atualmente são a cada 5 dias. Deste modo foi possível perceber uma redução de 76.631 resmas consumidas, equivalente a 51,45% no comparativo ao ano de 2016 á 2018.

**CONCLUSÃO:** Tais questões evidenciam a necessidade de uma comissão que elucide as divergências, padronize os formulários e enalteça os resultados, trazendo subsídios à segurança do paciente aliados a assistência em saúde qualificada e sustentabilidade hospitalar.

### **REFERÊNCIAS**

FILHO, I.P.; BENESSIUTI, M.A.T. **Conformidade no prontuário do paciente: um desafio permanente.** Revista de Administração em Saúde. v.15, n.61, p 160, 2013.  
KLIUKAS, G.B.V.; RIOLINO, A.N. **Relato de Experiência de Enfermeiras no Campo de Auditoria de Prontuário- uma ação inovadora.** Revista Nursing. v. 65, n.6, p. 35-36, 2003.

- 1- Enfermeira graduada pelo Centro Universitário - CESMAC
- 2- Médico especialista em Cirurgia vascular pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL
- 3- Médica especialista em Qualidade e segurança do paciente – FIOCRUZ
- 4- Graduando em enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL

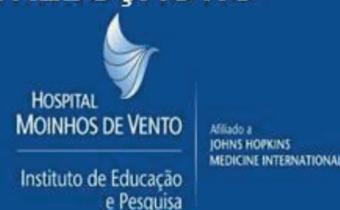


**VOLTAR**

# CONEXÃO CUSP: REESTRUTURAÇÃO NA PASSAGEM DE PLANTÃO X REDUÇÃO NO BANCO DE HORAS.

Elisandra Leites Pinheiro<sup>1</sup>, Caroline Amaral de Souza<sup>2</sup>, Daniela Tenroller de Oliveira<sup>3</sup>, Elisangela Freitas Melo<sup>4</sup>, Franciele Aparecida Gutierrez<sup>5</sup>.

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
5. Enfermeiro Assistencial II – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil



## Introdução

Com início da conexão CUSP em uma unidade de internação cardiopulmonar, ocorreu uma reestruturação de passagem de plantão verbal e escrita, para continuidade das informações e cuidado centralizado ao paciente de perfil cardiopulmonar, com isso, reduzindo o banco de horas dos colaboradores com o novo modelo

## Objetivo

Otimizar as informações durante a passagem de plantão e com isso gerar a diminuição dos bancos de horas dos colaboradores.

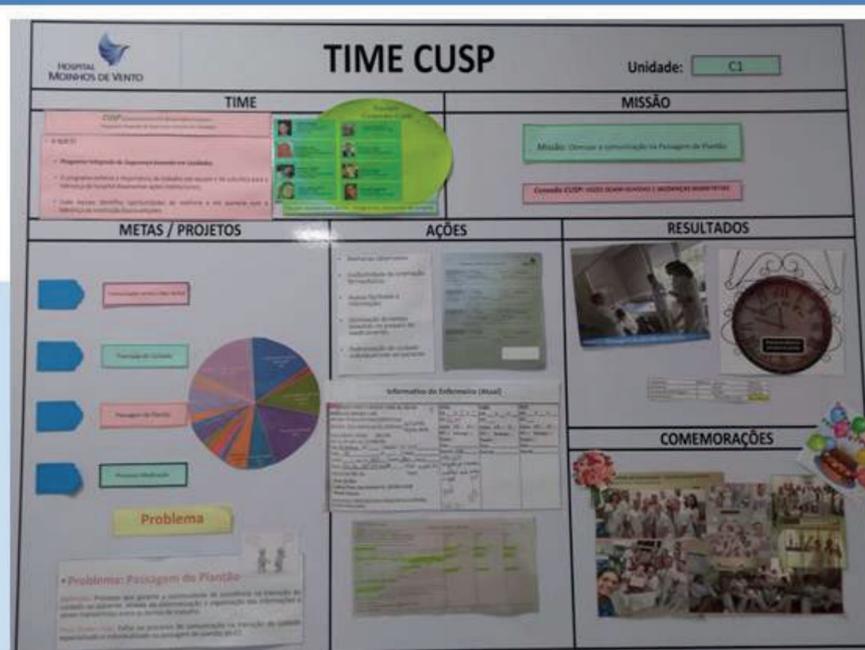
## Método

Em novembro de 2017, com a conexão CUSP na unidade de internação Cardiopulmonar, implantada após reuniões e relatos da equipe multidisciplinar, houve uma reestruturação no modelo de passagem de plantão tanto verbal como escrita.

## Resultados

Com a reestruturação no modelo da passagem de plantão utilizados pela enfermagem, foram analisados no sistema de gestão do ponto de 16 colaboradores, sendo 12 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros assistenciais nível I, um comparativo dos três meses anteriores e dos três posteriores a implantação do novo informativo assistencial, onde obteve-se a redução das horas de trabalho. Dos 12 técnicos de enfermagem houve a redução 183h: 08min revertido em valor real para R\$ 2.426,58 e dos 4 enfermeiros, obtivemos uma redução de 104h:24 min revertido em valor real um total de R\$ 3.019,83, totalizando um valor de R\$ 5446,41 em horas banco.

## Conclusão



A nova prática do informativo assistencial houve uma redução significativa na jornada de trabalho dos colaboradores. Com isso sugere-se uma análise dos registros de eventos adversos referente à segunda meta internacional de comunicação efetiva.



VOLTAR

# CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE CIRURGIAS PELA INTERNET

**Autores:** Marcus A. B. Costa (Gerente de TI), Nair B. de Gusmão (Gestora da linha cirúrgica) e Filipe S. Lopes (desenvolvedor de sistemas)

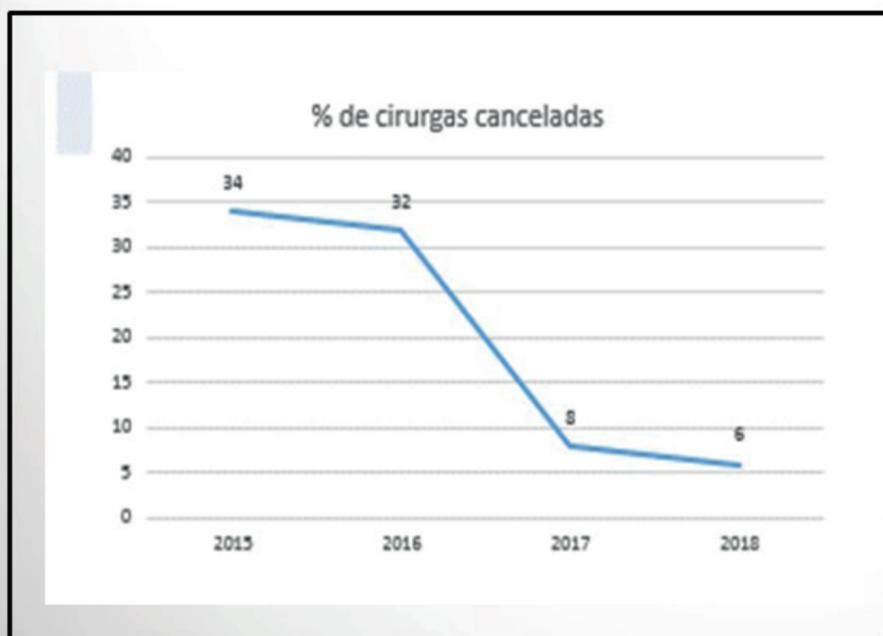
**Introdução:** Antes da informatização, o hospital era informado da necessidade de realização de cada cirurgia através do contato telefônico do médico com a instituição e com muita frequência não eram informados todos os recursos necessários. O funcionário fazia este registro manualmente e também não tinha a informação se haveria capacidade no centro cirúrgico para este atendimento. Além disso todas as outras áreas de apoio só eram informadas há poucos dias da data marcada para o procedimento e muitas vezes não conseguiam providenciar todos os insumos em tempo hábil, provocando diversos atrasos e suspensões de cirurgias.

**Objetivo:** Automatizar o planejamento cirúrgico do complexo hospitalar, garantindo o uso efetivo e seguro da capacidade dos três centros cirúrgicos através da checagem no sistema de todos os recursos e insumos necessários para a realização de cada cirurgia.

**Método:** Foi feita uma análise detalhada de todos os motivos de cancelamentos, suspensões e atrasos de intervenções cirúrgicas realizadas nas três unidades do complexo hospitalar durante o ano de 2016 e foi constatado que boa parte destes problemas poderiam ser evitados se todas as áreas envolvidas tivessem acesso online a todos os detalhes referentes ao procedimento desde o momento que o médico no consultório decidiu pelo tratamento cirúrgico.

**Resultados:**

- Redução da equipe de planejamento de cirurgias em 50%.
- Diminuição da ociosidade de instrumentais e equipamentos em 30%
- Redução de suspensões de procedimentos cirúrgicos em 75%
- Diminuição da insatisfação do corpo clínico, por conta do gerenciamento dos leitos destinados ao grupo que cada médico pertence.
- Integração da linha de cuidado (CEOP, CME, farmácia, enfermagem, UTI, serviços de diagnóstico, serviço de anestesia), através da ferramenta permitindo que todas as áreas envolvidas possam antecipar as ações necessárias para realização segura das cirurgias.



**Conclusão:** A ferramenta otimizou a gestão das unidades cirúrgicas, com a criação de novos mecanismos de controle e melhorou a visão dos leitos para o corpo clínico que agora tem mais facilidade de marcar suas cirurgias sem ter contratempos por motivos de falta de leito. Também foram observadas melhorias na comunicação entre a instituição e os médicos para viabilização das cirurgias por conta de capacidade de instrumental e equipamentos.



VOLTAR

# DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS E PROPOSTA DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS

CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Guilherme A. Rodrigues • Túlio F. Ulhoa • Heloisa H. O. M. Shih • Shih L. Chung

## INTRODUÇÃO

A Central de Materiais e Esterilização proporciona ao hospital serviço imprescindível para garantir a qualidade da assistência prestada e apresenta potencial para melhor dimensionamento de suas operações, bem como para redução de desperdícios, viabilizando maior eficiência e economia no uso de recursos.

## OBJETIVOS

- ✓ Analisar recursos e processos;
- ✓ Dimensionar custos;
- ✓ Propor ações que visem à redução de desperdícios;
- ✓ Otimizar processo.

## METODOLOGIA

- O estudo dividiu-se em 4 etapas:
- I Mapeamento do processo;
  - II Obtenção dos parâmetros;
  - III Cálculo dos custos de processamento;
  - IV Proposta de melhorias.

## RESULTADOS

Com a aplicação do método de custeio *Activity Based Costing*, que relaciona a cada atividade o seu respectivo custo, o processo foi analisado. Considerando as caixas de pequena, média e grande cirurgia, que têm em média 72 itens, foi possível quantificar o tempo dispendido e custo médio do processo:



Tempo médio de processamento

158 minutos



Custo médio do processo

R\$ 20,16

## PROPOSTA

Redução de 20% dos instrumentais dispostos nas caixas



Implica na possibilidade de redução de:

8%

Do tempo

18%

Do custo

## CONCLUSÃO

Portanto, por meio desse estudo, constituiu-se um método para identificação e priorização de esforços para redução de desperdícios na CME, podendo gerar impactos no tempo e nas finanças do hospital como um todo, trazendo melhorias às atividades do processo cirúrgico, à eficiência da instituição e à assistência aos pacientes.

UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DO TRIÂNGULO  
MINEIRO

ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

UFTM



VOLTAR

# Diminuição de glosas através de intervenções educativas: redução de prejuízo financeiro ocasionado por glosas não recursáveis

Rede Mater Dei de Saúde

Autores:

Túlio Fonseca de Lima, Flávia Nicácio, Renata Borges, Nathália Aparecida de Paula Neves

## Objetivo do projeto

Investigar os principais motivos de glosas no Centro de Terapia Intensiva da unidade Contorno da Rede Mater Dei de Saúde, implementar ações educativas para tratar a causa raiz do problema, reduzindo as glosas não passíveis de recuperação.

## Situação-problema

O CTI vinha há vários meses sem alcançar a meta do indicador de glosas analisadas, impactando no indicador econômico-financeiro do setor definido no planejamento estratégico. Sabe-se que o CTI é um dos principais setores do hospital responsáveis pelo prejuízo financeiro ocasionado pelas glosas, pois são utilizados materiais e medicamentos de alto custo durante o tratamento dos pacientes. Observou-se durante as reuniões mensais de análise de glosa apresentada pela gerência de enfermagem e pelo setor de faturamento que a maioria das glosas não passíveis de recuperação poderiam ser evitadas e que alguns materiais e medicamentos glosados se repetiam em meses consecutivos.

## Prática Implantada

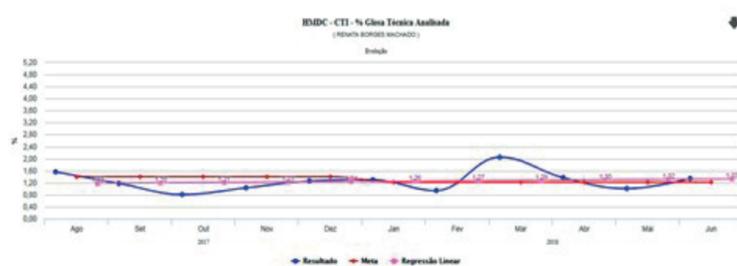
Mensalmente são realizadas reuniões pela gerência de enfermagem juntamente com a equipe de faturamento com intuito de apresentar aos gestores e supervisores o cenário de glosas de cada setor do hospital. Nesses encontros são apresentados os valores das glosas recursáveis e não recursáveis, além dos materiais e medicamentos mais glosados por setor. Esses dados são enviados aos gestores para que sejam analisados e implementadas ações com o objetivo de reduzir as glosas identificadas. Para realização desse projeto foi criado um banco de dados referente a onze meses de reuniões referentes a agosto de 2017 a junho de 2018. O banco de dados foi alimentado mensalmente assim como as ações também foram implementadas em cada mês com o objetivo de reduzir as glosas no mês subsequente. Para a análise dos dados foi utilizada a ferramenta tabela dinâmica disponível pelo programa Microsoft Office Excel na versão 2003. Os dados foram classificados com o intuito de identificar os itens mais glosados no setor. Essa metodologia se repetiu durante todos os meses do projeto. Os resultados encontrados em cada mês foram repassados para equipe. No início do projeto foi realizada uma capacitação utilizando a metodologia áudio visual através de apresentações de slides envolvendo todos os colaboradores das equipes assistenciais (técnicos de enfermagem e enfermeiros) e equipes administrativas (repcionistas e pré-faturamento) abordando temas como: conceito de glosas, melhoria na qualidade da conta, montagem de prontuário e registro adequado pela enfermagem. Seis meses após o início do projeto repetiu-se novamente essa capacitação envolvendo os mesmos colaboradores e foram incluídos os novatos contratados no setor. Além disso, diariamente a equipe de pré-faturamento realiza correções nas contas antes de serem enviadas ao setor de faturamento. Nesse processo de correção são identificados os erros de registros e checagem de enfermagem e repassados ao enfermeiro administrativo. Diante desses erros foram realizadas orientações por escrito para os colaboradores responsáveis como medida educativa para evitar que esses erros se repetissem. Nos setores administrativos foi realizada reformulação no processo de montagem e conferência das contas, além da participação dos colaboradores nas capacitações.

## Resultado obtidos

Observou-se após da primeira capacitação uma redução de 38% nas glosas analisadas no mês de setembro quando comparado a agosto. Esse bom desempenho manteve-se por um período de seis meses consecutivos, sendo que no mês de outubro atingimos a melhor performance com redução para 0,81%. Entre os meses de fevereiro e março (2018) foi identificado um aumento significativo de 0,94 para 2,05%, no qual foi necessária nova capacitação com a equipe. No primeiro mês após a segunda ação educativa voltou-se a ter redução no percentual de glosas analisado de 2,05 para 1,37%, porém não foi o suficiente para atingir a nova meta estipulada no planejamento estratégico para o 1º semestre de 2018 (1,22%). O gráfico1 demonstra tendência desfavorável para os resultados dos próximos meses conforme regressão linear, alertando para a necessidade de uma nova intervenção junto às equipes.

Tabela 1- % glosas analisadas do CTI-C no período de Agosto 2017 a junho 2018

Mês	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho
Resultado	1,56	1,18	0,81	1,03	1,26	1,3	0,94	2,05	1,37	1,22	1,34
Meta	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22



## Conclusão

Para manterem-se no mercado competitivo, as instituições de saúde estão cada vez mais preocupadas em associar finanças com excelência de qualidade dos serviços prestados aos seus clientes. Sabe-se que as principais causas de glosas estão relacionadas à falta de registro ou registro inadequado da enfermagem e poderiam ser evitadas. Nesse trabalho, observou-se redução significativa nas glosas dentro do setor, principalmente após os meses que foram realizadas as capacitações. Entretanto, com o passar do tempo nota-se uma queda no desempenho do indicador de glosas, sendo necessária nova abordagem com a equipe. Tendo isso em vista, é de suma importância a capacitação dos profissionais através da educação continuada, conscientizando e instruindo a equipe quanto à necessidade dos registros corretos e as conseqüências no faturamento final da instituição, além do controle e fiscalização de registros, para que haja uma redução do número de glosas.

## Sobre a instituição

O Mater Dei foi inaugurado em 1º de junho de 1980. Em 2014, nasce a Rede Mater Dei de Saúde com a inauguração da unidade Contorno. Sua missão é o compromisso com a qualidade pela vida. A rede possui creditações: Organização Nacional de Acreditação (ONA), ISO 9001:2008 RVA, National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – Niah Dias e Joint Commission International – JCI.



VOLTAR

# Diminuição do retrabalho na esterilização de caixas de instrumentais e implantáveis do arsenal que não foram utilizadas durante o período de validade.

Hospital São Mateus

Autores: Alexandre Cardoso Sales Silva

## Objetivo do projeto

Substituir as mantas de tecido de algodão pelas de SMS (não tecido), diminuindo os reprocessamentos das caixas de materiais não utilizados ao fim do período de sete dias de validade da esterilização, que levará a uma diminuição dos ciclos das autoclaves.

## Situação-problema

O retrabalho de esterilizar 71 caixas e materiais diversos, que não são utilizados dentro do período de 7 dias devido o tempo de validade da esterilização da manta de algodão utilizada como invólucro para a realização da esterilização na autoclave. Gerando custos semanais.

## Prática implantada

Através de observação empírica do retrabalho e da análises das planilhas de esterilização foi possível identificar as caixas e materiais que não eram utilizados no período de uma semana e geravam o retrabalho. Foi necessário a busca de um material que pudesse permanecer estéril por um tempo maior. O material escolhido pelo hospital foi o Não Tecido - Spunbonded/ Meltblown/ Spunbonded (SMS), a migração foi gradual, priorizando estes materiais que precisavam estar esterilizados, mas que sua utilização não é constante, e que teriam sua validade aumentada de uma semana para 3 meses como preconiza o fabricante do não tecido. Onde de forma integrada para a padronização os setores de Suprimento, Farmacoeconomia, Centro cirúrgico e CME trabalharam juntos para a implementação. A partir de fevereiro iniciou-se o trabalho com um grupo de caixas de grande porte (15cx), em março padronizou-se o SMS que vem sendo utilizado e nos meses de março e abril as caixas restantes do grupo de prioridade foram sendo esterilizadas com o não tecido. Em um segundo momento, após testes realizados nas caixas do grupo de prioridade e o sucesso da implementação do SMS, o CME foi informado da substituição do tecido de algodão pelo SMS na rotina diária e esta ação foi implementada com sucesso em todos os processos que antes utilizavam o tecido de algodão. O principal cliente a se beneficiar é o centro cirúrgico e o próprio CME

## Resultados obtidos

Redução do número de esterilizações mês;

Redução de Ciclos da autoclave: Redução em 28,86%;

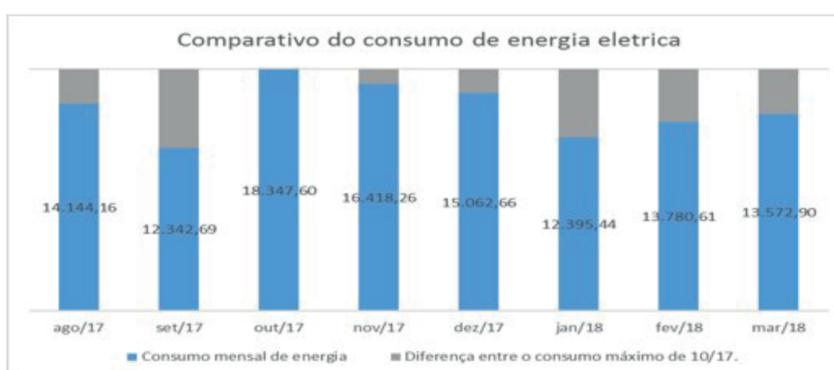
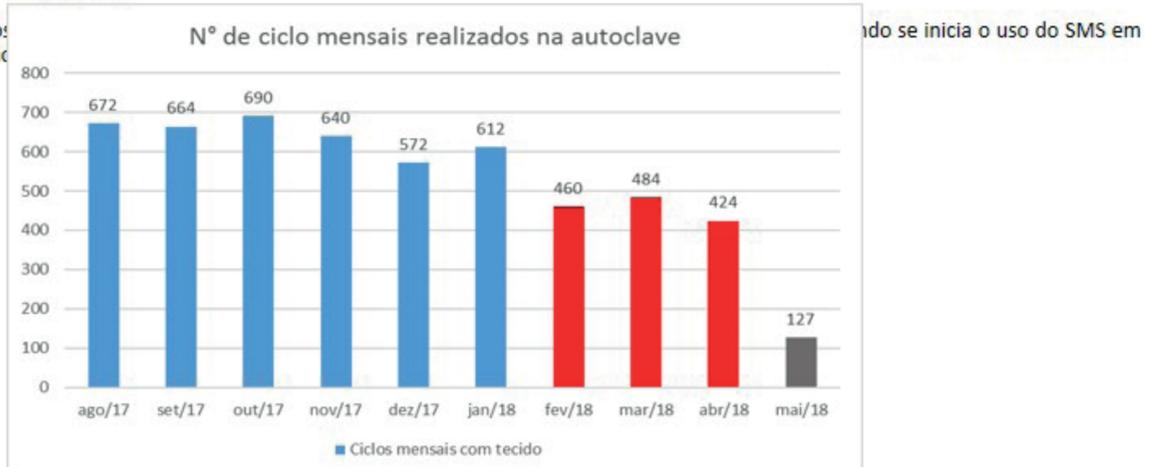
Redução de Energia elétrica R\$ 1.108,38;

O primeiro é o tempo de validade da esterilização que passa de uma semana para 3 meses, o segundo é o número de ciclos de autoclave realizados pelo CME do hospital, assim diminuindo o retrabalho para esterilizar as 71 caixas e demais materiais.

Em azul os meses que estava sendo utilizado o tecido de algodão e em vermelho indica o início da implementação do SMS. Otimizando de forma geral o ganho de tempo para a realização de demais tarefas no CME e diminuindo o custo de energia, insumos, o desgaste das duas autoclaves e o stress do próprio material que passa pelo processo de autoclavagem.

Como observado no gráfico abaixo os meses em azul tem uma média de 641 ciclos/mês e nos meses em vermelho já temos uma diminuição, foram realizados 456 ciclos/mês. Havendo uma economia na realização de 185 ciclos/mês, que representa 28.86% a menos de ciclos por mês. No mês de maio que em seus 10 primeiros dias foram realizados 127 ciclos e em uma estimativa se usando de proporcionalidade, podemos estimar que ficara abaixo de 400 ciclos/mês.

O segundo gráfico mostra a comparação aos últimos meses em azul e em vermelho quando se inicia o uso do SMS em



## Conclusão

Com o maior tempo na validade da esterilização ganhamos tempo para que nosso colaborador possa realizar outras tarefas no CME, ganhamos na diminuição do custo da energia elétrica e do desgaste das duas autoclaves e no stress do próprio material que passa pelo processo de autoclavagem e com isso aumentando sua durabilidade. O grande desafio foi na mudança cultural do uso do tecido de algodão para o SMS e podemos observar que a margem de 28.86% de economia dos ciclos no primeiro trimestre demonstrou o sucesso alcançado.

## Sobre a instituição

Fundado em 1981, O Hospital São Mateus, acumula experiências e consolida-se como instituição voltada ao atendimento humanizado, com responsabilidade e dedicação ao cliente, e colaboradores. A instituição é reconhecida por seus padrões de segurança e credibilidade, conquistando Acreditação Plena em 2018, sua estrutura está constituída por 133 Leitos, 7 salas cirúrgicas (10 mil cirurgias ano), e Centro de Oncologia moderno.



VOLTAR

# EU FAÇO A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE – PROJETO DE CRIAÇÃO DO ESCRITÓRIO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL DAS NAÇÕES

Barchik, L.

Escritório da Experiência do Paciente. Gerência da Qualidade. Hospital das Nações. Curitiba, Paraná.

Contato: leonardo@hospitalnacoes.com.br | hospitalidade@hospitalnacoes.com.br

## INTRODUÇÃO

Com a mudança do perfil dos clientes de saúde, os quais possuem mais acesso à informação, são engajados e influenciadores, surgiu a necessidade em aprimorar nossos processos e passar a olhar para a experiência do paciente que é atendido pelo Hospital das Nações.

## OBJETIVOS

Implementar na instituição o conceito de Experiência no Cuidado<sup>1</sup>, onde há a soma dos componentes técnicos e humanos, criar a sinergia entre tratamento clínico ou cirúrgico e relacionamento. Preocupar-se com o que importa para o paciente naquele momento, desconstruindo o hospital com “cara de hospital”, além da eficiência da prestação do cuidado.

## MÉTODO

O Projeto do Escritório da Experiência do Paciente colocado em execução em janeiro de 2018 uniu as áreas: Ouvidoria, Pré-Internamento e o Serviço de *Concierge*, sob gestão da Gerência da Qualidade. Estabelecendo um contato com o cliente de saúde antes da sua internação (Pré-Internamento), durante sua permanência no hospital (*Concierge*) e após a alta (Ouvidoria). Aplicando durante a visita do Serviço de *Concierge* um questionário denominado “Roteiro de Visita”, o qual é composto por perguntas da ferramenta HCAHPS<sup>2</sup>, reconhecida internacionalmente, mas adaptada para atender as necessidades do hospital e que fosse viável.

## RESULTADOS

Foram revisados os processos do Pré-Internamento, otimizando as liberações junto as operadoras de planos de saúde, e realizando as orientações necessárias para o cliente de saúde antes de sua internação. Com a aplicação do roteiro, foi estabelecido relatório diário com todos os relatos dos pacientes (reclamações, dúvidas, sugestões e elogios), e, também, apresenta as ações imediatas das áreas e a atuação da *Concierge*, a fim de proporcionar a melhor experiência no cuidado e mitigar as falhas que surgirem. Do período de 01 de março à 31 de julho de 2018, visitamos em média 73,6% dos pacientes internados, dos quais numa escala de 0 a 10, sendo 0 totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito, 77,4% avaliaram como nota 10; 13,5% nota 9; 5,8% nota 8; 2,3% nota 7; 0,7% nota 6; 0,2% nota 5, e; 0,1% nota 2. Não houveram avaliações das notas 4, 3, 1 e 0 (Gráfico 1). Por fim, um NPS<sup>3</sup> de 90 (Gráfico 2).

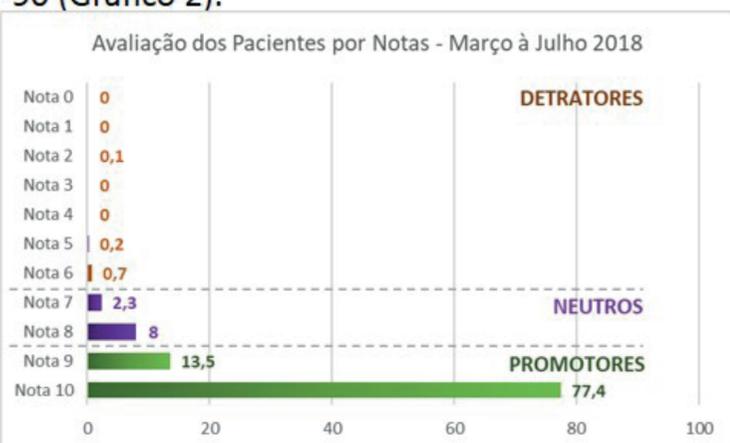


Gráfico 1. Resultado compilado das Avaliações dos Pacientes por Notas no período de março à julho de 2018.

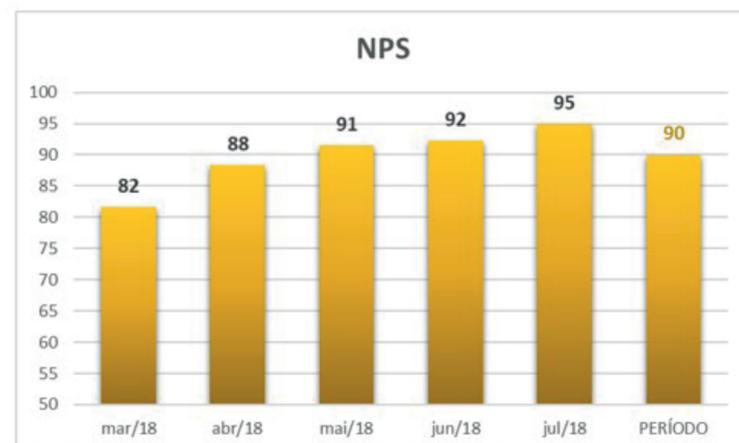


Gráfico 2. Resultado compilado do NPS (Net Promoter Score) mensal, de março à julho de 2018, e o compilado do período.

## CONCLUSÃO

Com a presença do Escritório da Experiência do Paciente no dia a dia dos clientes de saúde, antes e após de seu internamento, as avaliações são positivas, conforme evolução do NPS (Gráfico 2) e as ações são mais efetivas, melhorando a experiência no cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. A Guide to Measuring the Triple Aim. Matthew Stiefel and Kevin Nolan, 2012.
2. <https://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments/>.
3. <https://pt.surveymonkey.com/mp/net-promoter-score-calculation/>.



VOLTAR

# Gestão da Alocação dos Recursos de Enfermagem através do Monitoramento da Demanda/Ocupação em tempo real

## Rede Mater Dei de Saúde

**Autores:**

Henrique Moraes Salvador Silva, Solange Lobo de Oliveira Fonte Boa, Telma Vanusa Silva Santos.

### Objetivo

Estabelecer um processo de Gestão que melhore a Eficiência Operacional, otimize os recursos mediante as oscilações de ocupação, possibilitando o compartilhamento de profissionais de enfermagem, atendendo as demandas em tempo real com foco na segurança assistencial.

### Situação-problema

O gerenciamento do custo fixo vinculado à mão de obra é um desafio diário das organizações de saúde, diante das oscilações das taxas de ocupação. A ausência de metodologia para gerenciar os recursos humanos de forma assertiva, em decorrência da imprevisibilidade, gerava desperdício de mão de obra especializada, comprometia a produtividade e o resultado financeiro das áreas.

A ausência da metodologia impactava também em critérios técnicos para aprovação de aumentos de quadro na organização, trazendo o risco de aumentar o quadro sem efetivar os resultados propostos, que alavancariam o setor através dos recursos que seriam liberados.

Além da gestão do custo com as oscilações das demandas, percebemos a necessidade de evoluirmos no monitoramento e garantia da eficiência operacional, ou seja, na produtividade.

### Prática Implantada

Usamos como referência o método Fugulin, que estabelece o dimensionamento do quadro de enfermagem baseado no número de leitos, patologia e grau de dependência dos pacientes nas unidades de internação hospitalar. A partir da escolha do método, as informações da assistência dos pacientes foram automatizadas, integrando-as com o movimento da ocupação em tempo real e os recursos disponíveis da enfermagem.

A solução consistiu em associar o método às escalas de enfermagem. A partir disso foi desenvolvida a automatização dos dados, gerando informações diárias de férias, absenteísmos e possibilitando cruzar essas informações com a ocupação do hospital em tempo real.

A prática foi pensada a partir da Cientificidade aliada à tecnologia, tendo como base um formato racional que pudesse eliminar a informalidade, não depender de “empréstimos” ou favores, eliminando riscos e falhas na comunicação, além de acompanhar com rigor a produção presente e futura.

Trouxemos um modelo científico sistematizado e automatizado, que compila dados de forma inteligente, entrega informações seguras, gerando conhecimento e expertise aos colaboradores da operação.

Desenvolveu-se um portal de demanda x recurso, que permite analisar as informações para a alocação ideal dos profissionais de enfermagem, além de:

- ✦ Demonstrar em tempo real os recursos necessários e os recursos existentes conforme a produção;
- ✦ Nortear a tomada de decisão na otimização de recursos (compartilhamento), conforme a produção presente e futura (do dia seguinte);
- ✦ Viabilizar o registro dos remanejamentos dos recursos de forma informatizada e padronizada;
- ✦ Evidenciar os compartilhamentos dos recursos quanto a quantidade, fornecedor, receptor e alocação de custos;
- ✦ Eliminar o risco de omissão de recursos disponíveis;
- ✦ Ter uma visão sistêmica da Rede quanto às interações e necessidades assistenciais

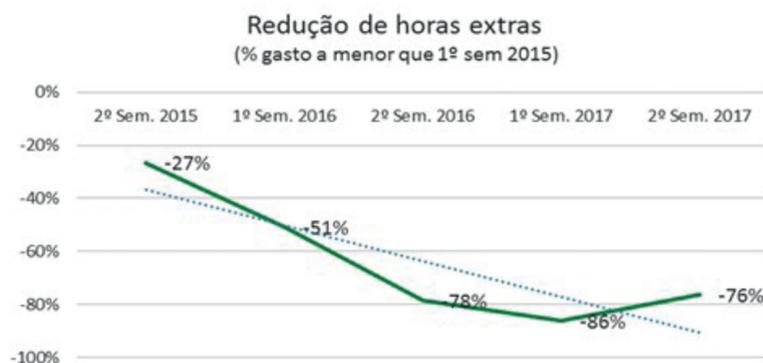
Além disso, implantamos os trabalhos setoriais com Analistas de Produção para revisão de processos, mapeando desperdícios, ociosidades, bem como sobrecarga de atividades. Estes trabalhos consistem numa visão técnica, interação entre todos os colaboradores, cargos e setores da cadeia cliente fornecedor, buscando oportunidade de melhorias incluindo compartilhamentos nas diversas áreas.

### Resultado

Este trabalho permitiu estabelecer, de forma sistêmica, o compartilhamento de colaboradores entre setores afins e desenvolver a multifuncionalidade. Após o início do acompanhamento da gestão de recursos, as horas de remanejamento aumentaram de 5.496 para 14.533 horas de remanejamento (164%) no 1º semestre de 2016. Em 2017 o número de horas compartilhadas foi de 15.696.



A prática dos compartilhamentos possibilitou também uma redução das horas extras de enfermagem.



O desenvolvimento de competências múltiplas gerou a multifuncionalidade possibilitando atuação ampla entre as unidades: intensivas, internação e urgência/emergência.

### Conclusão

A gestão de mudanças realizada com a utilização desse trabalho trouxe resultados significativos para a Rede Mater Dei de Saúde, garantindo a qualidade e segurança assistencial, gerando conhecimento.

A gestão inteligente de recursos aliada a implantação de ferramentas automatizadas norteia as decisões estratégicas e eficiência operacional.

Concluimos também que foi disseminada uma cultura de cooperação e parceria entre as lideranças e colaboradores, aproximando equipes e gerando profissionais mais capacitados e engajados.

### Sobre a instituição

O Mater Dei foi inaugurado em 1º de junho de 1980 com a missão: *Compromisso, acima de tudo, com a qualidade pela vida, para proporcionar um atendimento personalizado, diferenciado e humano.*

Acreditações: ISO, ONA (Nível Excelência), NIAHO, JCI e SRC (Linha de cuidados bariátricos).

Principal indicador de Produtividade: Índice colaborador/leito.



**VOLTAR**

# Gestão de Inovação aplicada para OTIMIZAÇÃO DE PROCESSOS DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO ELETIVO

Hospital Santa Izabel da Santa Casa da Bahia

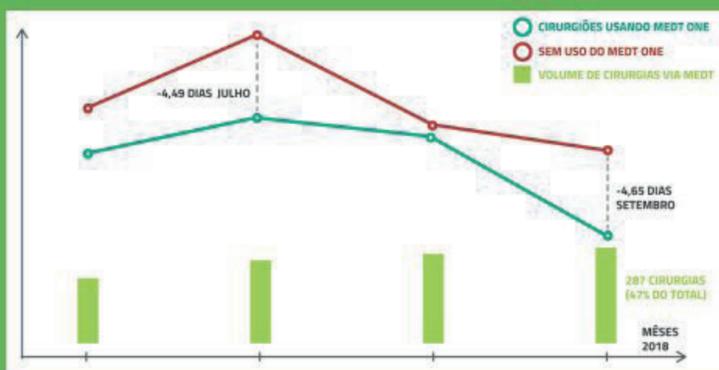


**Autores:** Carine Orleans Albuquerque  
**Co-autores:** Galderice, Taiana, Alencar e Danilo

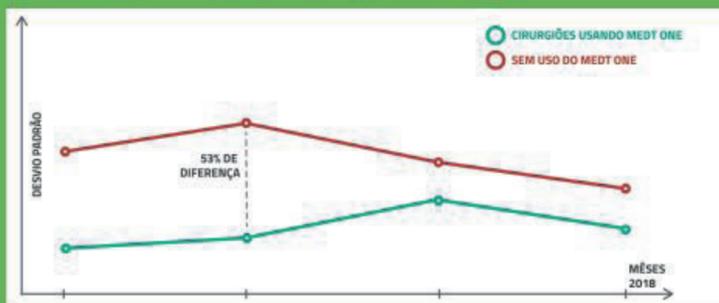
## Resultados atingidos

### Redução de Leadtime

Nos últimos 03 meses de uso identificamos que as cirurgias eletivas que utilizaram o Medt, em relação as que não utilizaram, apresentou redução de 10,78% na variação do tempo da solicitação até o agendamento (Leadtime), e uma celeridade de 11% a 16% para agendamento e 7,46% para conclusão do processo.

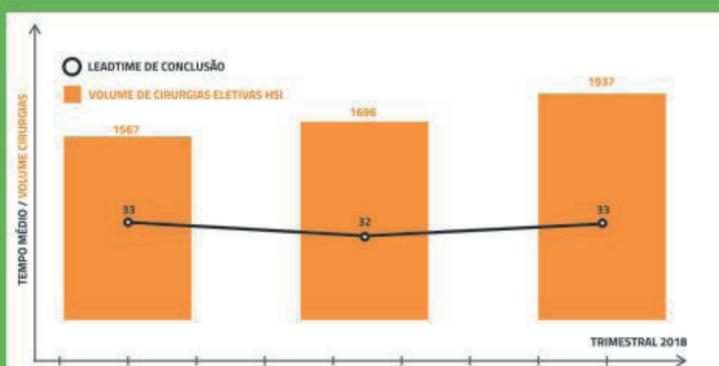


### Menor desvio padrão



### Aumento de cirurgias

Mesmo com uma redução provisória da equipe e uma leve redução no Leadtime o HSI teve um incremento total de 23% de cirurgias no trimestre.



### Mais satisfação do cirurgião

Observamos um aumento da satisfação atingindo 85% para os médicos que utilizam o Medt.

## INTRODUÇÃO

Este projeto trata da utilização de tecnologias (Lean Seis Sigma e Aplicativos Móveis) aplicadas a Gestão e Agendamento de Cirurgias Eletivas no Hospital Santa Izabel (HSI) com o propósito de eliminar etapas que não agregam valor aos stakeholders (médico, hospital e pacientes) e ao negócio.

## OBJETIVOS

Otimizar e melhorar a interação entre os principais stakeholders, visando agilizar os agendamentos das cirurgias eletivas e melhorar gerenciamento das informações, possibilitando maior clareza na comunicação e nas informações do tempo das etapas de cada processo para o gestor.

## MÉTODO

O case em questão, ocorreu no Pré-internamento de convênio que iniciou com uma Reestruturação Organizacional com ampliação do escopo de atuação e Projeto Lean Seis Sigma voltado para redução de tempo no agendamento cirúrgico eletivo. Os gargalos identificados, porém não tratados pelo projeto Lean, **como a fragilidade relevante na transferência das informações e de efetividade da comunicação foram mitigados com a implantação do MEDT ONE.** Um aplicativo mobile e web, desenvolvido por empresas parceiras, o qual proporciona fluxos de comunicação ágeis e seguros entre a equipe administrativa hospitalar e cirurgiões. Através da aplicação, o cirurgião consegue visualizar as etapas do processo eletivo (pendentes e resolvidas), enviar e receber mensagens e arquivos (relatórios), solicitar agendamento de cirurgias, entre outras funções.

## RESULTADOS

Nos 06 primeiros meses de uso identificamos que as cirurgias eletivas que utilizaram o Medt, em relação as que não utilizaram, apresentou redução de 5,7% na variação do tempo da solicitação até o agendamento (Leadtime), e uma celeridade de 1% a 8% para conclusão do processo. Mesmo com uma redução provisória da equipe e uma leve redução no Leadtime o HSI teve um incremento total de 9,6% de cirurgias no período. Observamos um aumento da satisfação atingindo 85% para os médicos que utilizam o Medt.

## CONCLUSÃO

Pensar em gestão de inovação aplicada aos processos hospitalares ainda é algo novo, porém a implantação de pequenos projetos comprova a sua eficiência, eficácia e economicidade para os hospitais. Neste caso, ainda há melhorias à realizar, porém está mais que evidenciado os ganhos tangíveis e intangíveis relacionada ao modelo de gestão.



# Gestão de TRANSPORTE HOSPITALAR DE PACIENTES ATRAVÉS DE ACIONAMENTO REMOTO DE AUXILIARES (E-HAILING).

Hospital Santa Izabel da Santa Casa da Bahia



**Autora:** Milena Silva

## ETAPAS DO TRANSPORTE HOSPITALAR

### 1 SOLICITAÇÃO



A solicitação é realizada pela equipe assistencial, que registra via sistema o nome do paciente, ponto de partida e chegada, tipo de transporte (interno/externo) e equipamentos (cadeira/maca).

### 2 ACIONAMENTO



O acionamento é recebido diretamente nos dispositivos móveis dos auxiliares de transporte.

### 3 REGISTROS



Os registros são realizados a partir de leitura ótica com QR CODE disponível em cada unidade de atendimento e código de barras na pulseira do paciente e crachá de colaboradores.

### 4 ENCERRAMENTO



## INTRODUÇÃO

O projeto visa otimizar o processo de transporte hospitalar de pacientes no Hospital Santa Izabel, através da utilização de aplicativo mobile para acionamento remoto dos auxiliares de transporte e controle de todas as fases do atendimento que se inicia no chamado, deslocamento à origem da solicitação e deslocamento ao destino. Ao longo do processo há validação de segurança a partir da leitura da pulseira de identificação do paciente e dos crachás dos colaboradores envolvidos.

## DESENVOLVIMENTO

A solução apresenta o controle de todo o processo desde a solicitação do transporte, onde o solicitante registra via sistema o paciente, unidade (origem/destino) tipo de transporte (interno/externo), possível uso de dispositivo (oxigênio, sonda,...) e equipamento (cadeira/maca).

O acionamento é realizado diretamente aos dispositivos móveis dos auxiliares de transporte, via post notification, de forma estratificada por geolocalização e status de disponibilidade. A partir do aceite todo processo é registrado ao longo do processo, proporcionando segurança, informações detalhadas de tempos e produtividade da equipe.

Os registros são realizados a partir de leitura ótica com QR CODE disponível em cada unidade de atendimento e código de barras na pulseira do paciente e crachá de colaboradores.

## RESULTADOS

Com a implantação do projeto foi possível reduzir o tempo de atendimento aos chamados de transportes e ampliar a atuação da equipe de transporte a demandas anteriormente não atendidas, por ganho de produtividade a partir do gerenciamento de demanda x capacidade. O projeto permitiu ampliar o atendimento em 19%, de demanda anteriormente não contemplada no escopo da Central de Transportes.

## CONCLUSÃO

Através da implantação do aplicativo houve o ganho de produtividade da equipe a partir de um melhor dimensionamento das escalas de profissionais de transporte e gestão dos tempos. Por consequência, houve aumento do nível de satisfação de 60% para 99% junto às unidades-cliente.



Luzeliane Teixeira  
Luciana Zanette  
Amanda Voltolini  
Sandra de Moraes Postanovski

## INTRODUÇÃO

A Hotelaria deve gerenciar rigorosamente os custos pertinentes ao seu processo para contribuir positivamente com o resultado da instituição. Para gerenciar esse processo é utilizado o indicador Quilo de roupa X paciente dia e foram desenvolvidas ações para controle do consumo excessivo do enxoval.

## OBJETIVO

Criar uma estrutura adequada no processo de consumo de enxoval hospitalar que reduza os custos do reprocessamento.

## METODOLOGIA

Considerando o perfil e o acompanhamento do processo no dia a dia, evidenciou-se o desperdício e uso indiscriminado do enxoval. Neste contexto a rouparia do hospital desenvolveu uma metodologia de trabalho com foco na gestão e redução do uso de enxoval.

O referido indicador foi utilizado como referência para acompanhamento dos resultados das ações propostas, no período de Dezembro de 2017 a Maio de 2018.

As ações desenvolvidas foram avaliadas e negociadas com a equipe de enfermagem de cada unidade assistencial, foi reestruturado o modelo de distribuição sendo implantada a distribuição diretamente no quarto, sistematização da entrega de kit de enxoval para acompanhantes, criação de kit's de banho, criação de Kit's UTI e estruturação da rouparia satélite.

## RESULTADOS

O resultado principal foi a diminuição da quantidade de Kg de roupa consumida e conseqüente diminuição do custo de processamento do enxoval. Apresentando uma média de 14,40 Kg de roupa x paciente dia no período de dezembro 2016 a maio de 2017, no comparativo do mesmo período no ano subsequente observa-se a redução de 16,3%, ficando uma média de 12,04 Kg de roupa x paciente dia.

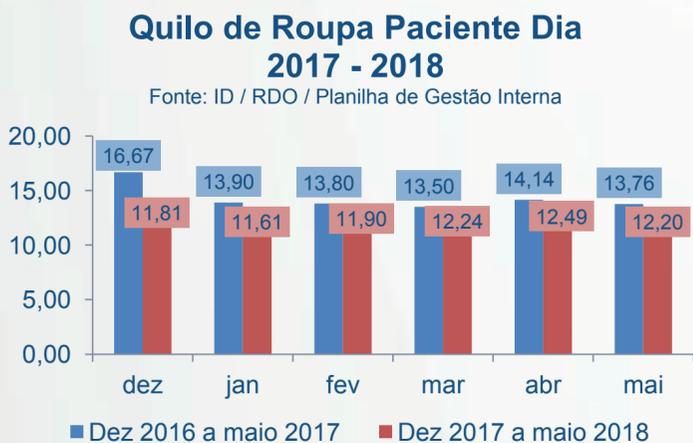


Gráfico 1

As ações propostas iniciaram no mês de janeiro de 2018 evidenciando a redução do quilo de roupa no mês subsequente.

Entre fevereiro a maio de 2018 a redução do custo de processamento do enxoval ficou em média R\$ 2.400,00 comparando com o mesmo período do ano anterior. Evidenciando em maio de 2018 o melhor resultado redução de R\$ 5.263,00 comparativo com maio de 2017, o que representa 8% de redução do valor total.

## Custo (R\$) com Lavanderia Hospitalar 2017 - 2018

Fonte: Planilha de Gestão Interna

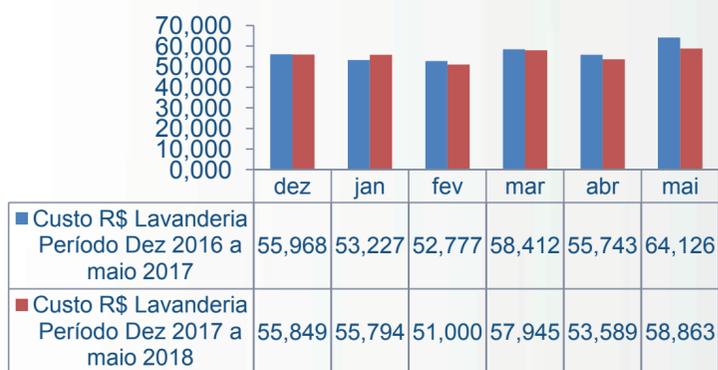


Gráfico 2

## CONCLUSÃO

O uso da referida metodologia de organização e distribuição de enxoval, permite o uso consciente e evidencia a sustentabilidade do processo e a redução do custo de processamento, influenciando positivamente no aumento da agilidade dos processos, na garantia da entrega de enxoval aos clientes, e permite a previsibilidade do consumo.

## REFERÊNCIAS

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA - Manual Processamento de Roupas de Serviços de Saúde - Prevenção e controle de riscos (Versão 1.1) acesso em: 16/06/2018

Torres. S; Lisboa C. T; Limpeza e Desinfecção de Superfícies e Processamento de Roupas em Serviços de Saúde – Editora Sarvier; 4ª Ed, 2014.



## Giro de leito e Ganho de Eficiência Operacional Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Passos JR; Berlofi LM; Magalhaes RPM.

### Introdução

A eficiência máxima na gestão do fluxo do paciente é desafio diário na rotina hospitalar. É um processo complexo que permeia diversas equipes e setores e, portanto, exige sincronia de ações, engajamento pleno e comunicação efetiva. Mapear processo e definir metas por etapa, é essencial para clareza de responsabilidade. A análise sistemática do indicador de giro de leito, assim como o acompanhamento das metas setoriais, torna-se imprescindível para se ter alocação do recurso necessário, no menor tempo possível, sem que isso represente nenhum risco. O envolvimento da equipe médica é fundamental para sucesso este processo.

### Objetivo

Otimizar recursos, aumentar a eficiência operacional e melhorar a experiência do paciente visando incrementação no giro de leito do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

### Método

No início de 2017, a busca por melhor performance no indicador de giro de leito motivou a formação de um time multiprofissional para a atuação em frentes de trabalho. O mapeamento de processos, fluxos e tempos por etapa foi a base para a priorização das ações e definição de metas. Os problemas levantados foram priorizados com auxílio de matriz GUT e distribuídos em 4 frentes de trabalho: *eficiência operacional, questões médicas e desospitalização, questões administrativas e financeiras, comercial.*

### Resultados

Dentre as ações de melhoria implantadas, destaca-se: descontos para cirurgias particulares aos finais de semana; criação do farol de tempos com disparo de alertas para equipe; criação de painéis para Gestão à Vista de todas as etapas do processo; indicador para acompanhamento dos leitos interditados; redimensionamento da equipe de operacional focada em limpeza terminal; monitoramento intensivo do horário da alta médica; disseminação da cultura de planejamento de alta.

Figura 1: Dashboard dos indicadores de Giro de Leito

	2018										TOTAL ANO	Gráfico	% Evolução Média 2017 x Média 2018	Análise
	MÉDIA 2017	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO					
Giro de leito	5,30	5,04	5,08	5,84	5,44	5,60	5,58	5,84	5,80	5,53		4,26	MELHOROU	
Tempo Médio de Liberação do leito após alta médica (em horas)	6:49	5:36	4:58	4:46	5:10	5:06	4:58	5:07	5:28	5:08		-24,69	MELHOROU	
% Disponibilidade de Leito UI (em relação aos interditados)	98%	99%	99%	99%	98%	99%	99%	99%	98%	99%		0,34	MELHOROU	
Tempo Médio para ceder vaga ao PA (em horas)	4:40	3:31	3:48	4:33	4:49	4:29	4:52	3:33	2:34	4:01		-13,88	MELHOROU	
% Alta médica até as 11h	50%	51%	50%	51%	50%	52%	52%	54%	54%	52%		3,34	MELHOROU	
% Alta médica até as 11h - Clínica Médica e Cardiologia	33%	33%	37%	44%	39%	41%	45%	44%	55%	42%		28,14	MELHOROU	
% Assertividade da Previsão de Alta Enfermagem	27%	26%	27%	37%	37%	36%	36%	38%	38%	34%		27,73	MELHOROU	
% Pacientes de longa permanência (>30 dias)	13,48%	8%	15%	14%	12%	13%	14%	13%	14%	13%		-5,32	MELHOROU	
Tempo Médio de permanência Global - em dias	4,62	4,00	4,10	4,50	4,50	4,70	4,80	4,80	4,60	4,50		-2,60	MELHOROU	

### Conclusão

Os ganhos operacionais, monitorados a partir de 2016, se traduzem em incremento de 53 leitos virtuais. O envolvimento da equipe multiprofissional, a definição clara de indicadores para gestão e a disciplina em manter o compromisso com o grupo e com os resultados contribuíram com sucesso do projeto. Entendemos que há um caminho a ser percorrido, porém o apoio da alta administração e a sensibilização das equipes é um fator crítico de sucesso.



# “IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN NAS SALAS CIRÚRGICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Hospital São Camilo Ipiranga

Autores: Livia Azevedo Costa, Ana Paula F. Felix e Aline Navarro.

**INTRODUÇÃO:** A busca pela qualidade contínua nos processos constitui-se da eliminação das causas de desperdício, aprimoramento constante dos produtos e serviços oferecidos sob o ponto de vista da satisfação dos clientes. A metodologia Lean é uma ferramenta indispensável para otimização do tempo, visto que, quando bem aplicada, provoca impactos positivos no processo como redução do desperdício, valorização do trabalho, melhoria da imagem institucional, ambientes mais organizados e melhora da integração intersetorial. A necessidade para implantação desta ferramenta surgiu do retrabalho da equipe de enfermagem e farmácia na montagem e desmontagem das salas cirúrgicas e tempo gerado através deste processo.

**OBJETIVO:** Relatar a experiência da implantação metodologia Lean na otimização da utilização das salas cirúrgicas e no combate ao desperdício do Centro Cirúrgico, destacando os benefícios desta ferramenta. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência extraído da implantação da metodologia Lean nas salas cirúrgicas, realizado em um hospital geral, privado, de grande porte, na zona sul do município de São Paulo, acreditado Qmentum Diamante, dotado de seis salas cirúrgicas, com atendimento a pacientes de alta complexidade e média de 530 procedimentos cirúrgicos/mês. Foram realizados dez fóruns para estudo de viabilidade da implantação desta ferramenta nos períodos de janeiro a maio de 2013. Inicialmente foi realizado um projeto piloto em duas salas cirúrgicas para monitorar a implantação da metodologia e adesão dos profissionais envolvidos. As demais salas permaneceram no método tradicional visando obter um comparativo dos benefícios e eficácia da ferramenta Lean. Para avaliar a efetividade da implantação dessa metodologia foi realizada auditoria em 100% das notas de débito cirúrgico preenchidas pelo circulante de sala versus a baixa realizada pela farmácia, sendo cobrada através das embalagens dos insumos utilizados nos procedimentos cirúrgicos. **RESULTADOS:** Na auditoria aplicada, tanto nas salas com a metodologia Lean quanto nas salas convencionais, foi mensurado o tempo no processo de giro/ set up de sala e, ainda, avaliado o tempo gasto pelo auxiliar de farmácia para a reposição de carrinhos e montagens de kits, onde observamos uma redução de retrabalho e ganho do tempo que era investido em cada procedimento. Na metodologia convencional a média do tempo de set up de sala era de 34 minutos, quando mensurado o tempo nas salas com a metodologia Lean evidenciou-se 27 minutos, o que demonstra uma melhora na performance em 20%. Avaliando o processo de montagem e desmontagem de salas, observou-se uma diminuição do retrabalho, desperdício e melhor satisfação das equipes envolvidas. Em relação à atuação do auxiliar de farmácia, na metodologia convencional, o auxiliar realizava a conferência do carrinho e preparação do kit cirúrgico em média em 40 minutos, após a implantação da metodologia Lean, esse tempo teve uma redução em 60%, pois não havia a necessidade de reposição dos carrinhos nem tão pouco montagens de kits cirúrgicos, o que evitava o retrabalho envolvido na devolução dos itens que não haviam sido consumidos. Outro ponto de suma importância foi a realização de auditorias nos débitos cirúrgicos, onde obtivemos uma melhoria em 20% na assertividade de baixa, reduzindo com isso os custos relacionados a falhas operacionais e impactando de forma positiva nos recursos financeiros envolvidos no processo. **CONCLUSÃO:** Pode-se considerar que após implantação da metodologia Lean evidenciamos resultados satisfatórios no processo de otimização de set up de sala, redução do retrabalho para toda equipe, redução dos desperdícios financeiros e principalmente, ganho no tempo investido em todas as atividades realizadas.



VOLTAR

## INTRODUÇÃO

Uma instituição de saúde é formada, sobretudo, por pessoas. No entanto, os equipamentos e objetos de uma maneira geral também são essenciais para manter a dinâmica hospitalar sob controle, organizada e dentro do que foi estabelecido para oferecer um atendimento cada vez melhor. Na era da eficiência, gerir adequadamente as informações que a empresa produz é um fator que permite a otimização de investimentos, uma maior economia e até mesmo a proteção contra multas. Por todas essas questões, o controle patrimonial é essencial para as organizações.

## OBJETIVO

Estabelecer práticas de controle de gestão patrimonial de forma que os usuários possam fazer o reconhecimento dos ativos, a determinação dos valores contábeis e os valores de depreciação e perdas por desvalorização a serem reconhecidas em relação aos mesmos, o Hospital Santa Marta verificou a necessidade de reorganização dos seus bens patrimoniais conforme classificação contábil e finalidade, com ajuste na depreciação e implantação do CPC27 (Comitê de Pronunciamentos Contábeis) lei nº 11.638/2007.

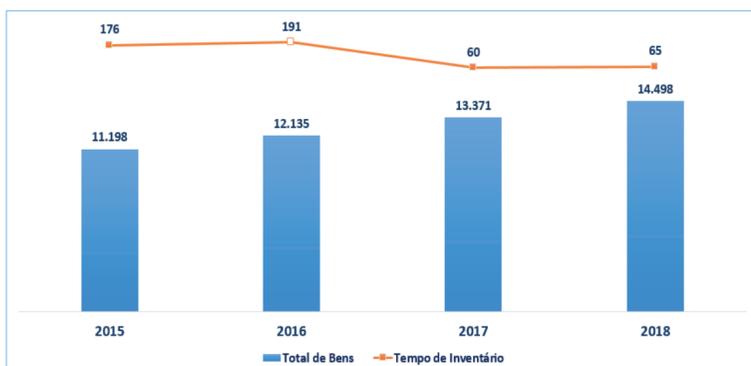
## DESENVOLVIMENTO

O Processo de reorganização foi realizado em todas as áreas do hospital, com maior impacto nas áreas assistenciais, teve várias etapas como: a) o tombamento por código de barras e leitura via Palm; b) criação de registros fotográficos com padrão visual, de forma a agregar as informações necessárias que possibilitassem a rastreabilidade dos ativos imobilizados e; c) levantamento do valor de venda dos bens vistoriados, considerando informações atuais de mercado, pois se faz necessário atualizar os valores de venda para se buscar uma taxa de depreciação que deve ser apropriada de forma sistemática ao longo da sua vida útil estimada.

## RESULTADOS

Após aplicação das práticas de gestão houve uma redução de: a) 193% do tempo (dias) de execução do inventário (Fig.1); b) do tempo de localização do bem e c) retrabalho na inserção de informações. Houve aumento da taxa de satisfação do cliente interno (vide Fig.4 de 85% para 90%) e a adequação contábil em função da implantação do CPC27 em que foi aplicado a depreciação correta, reduzindo impostos e aumentando a vida útil do bem.

**Figura 1:** Gráfico do Tempo de Execução do Inventário (Dias) x Volume de Bens



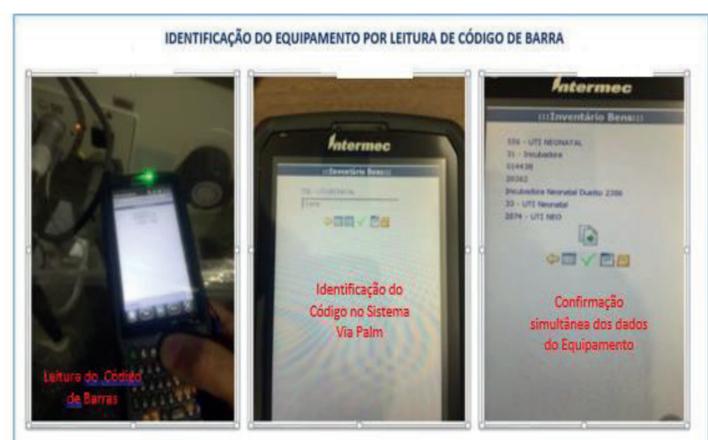
Fonte: Sistema Tasy – WATE15677

**FIGURA 2:** Exemplo de um Registro Fotográfico dos bens Book Hospital Santa Marta



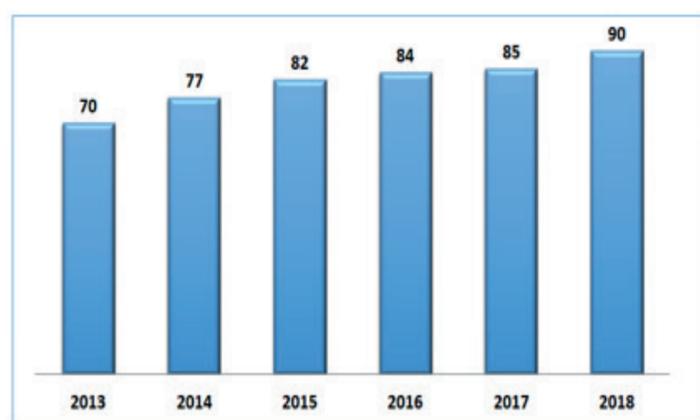
FONTE: Inventário Fotográfico do Setor Patrimônio Hospital Santa Marta, 2018

**FIGURA 3:** Exemplo de Identificação de Equipamentos por leitura de código de barra



Fonte: UTI Neonatal – Hospital Santa Marta, 2018

**Figura 4:** Gráfico da Taxa de Avaliação Intersetorial



Fonte: Sistema de Gestão Estratégica –EPA, 2018

## CONCLUSÃO

Podemos concluir que a cada avanço na gestão de controle de bens patrimoniais a instituição percebe o ganho direto no balanço patrimonial, eficiência no processo e o fortalecimento da política de gestão de suprimentos em função da cooperação, conservação e manutenção dos ativos imobilizados.

## BIBLIOGRAFIA

- Wareline, A importância do controle patrimonial nas instituições de saúde. Disponível em <http://www.wareline.com.br/wareline/noticias/a-importancia-do-controle-patrimonial-nas-instituicoes-de-saude/>. Acesso em 26 de Julho de 2018.
- Portal Administradores: A Importância do controle Patrimonial. Disponível em <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/a-importancia-do-controle-patrimonial-em-grandes-empresas/74147/>. Acesso em 28 de Julho de 2018
- COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS CONTÁBEIS - CPC (Brasil). Pronunciamento Técnico CPC 27 ? Ativo Imobilizado. Disponível em: <http://cpc.org.br/pdf/CPC%2027.pdf>

1- Ger. Qualidade [nair.leonarda@hospitalsantamarta.com.br](mailto:nair.leonarda@hospitalsantamarta.com.br) ; 2- Ger. Suprimentos [marcia.mundim@hospitalsantamarta.com.br](mailto:marcia.mundim@hospitalsantamarta.com.br) ; 3 – Supervisor de Patrimônio [tiago.moura@hospitalsantamarta.com.br](mailto:tiago.moura@hospitalsantamarta.com.br)



# IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO PARA REDUÇÃO DO TEMPO DE LIBERAÇÃO DE SALA OPERATÓRIA (Setup) NO CENTRO CIRÚRGICO

Ana Paula Faustino Gilio; Alexandrer Aredes Sobrinho; Ricardo Cezar de Oliveira; Taina Fernandes Vilas Boas.

## INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico realiza em média de 1002 cirurgias ao mês (janeiro a julho de 2018). O indicador de Setup estava em média 33 minutos para cirurgias de grande porte, 24 minutos médio porte e 20 minutos pequeno porte.

O objetivo é reduzir o tempo de Setup, otimizar a capacidade do Centro Cirúrgico, minimizar atrasos cirúrgicos e garantir a satisfação do paciente e cirurgião.

## DESENVOLVIMENTO

O projeto foi desenvolvido com base nas dimensões:

- ❖ Equipe Dedicada composta por técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico e da Central de Esterilização de Material, Auxiliares de Farmácia e equipe de higiene.
- ❖ Realizada identificação visual para evitar o desvio de atividades.
- ❖ Foram disponibilizados rádios para que o processo seja realizado de forma simultânea.
- ❖ Definição da expectativa de redução dos tempos e disponibilizada à equipe. Revisão das atividades da equipe multidisciplinar de forma a haver sinergia entre os profissionais.

Ressalta-se que a formação da equipe dedicada não foi com base em aumento de quadro de pessoas e sim na revisão dos papéis e do fluxo de acionamento dos profissionais.

## RESULTADOS

O Projeto foi iniciado em julho de 2018 e apresentou redução do tempo de liberação de salas de grande porte para 26 minutos, médio 19 minutos e pequeno 15 minutos.

Houve melhoria do indicador de pontualidade cirúrgica de 84% (média janeiro a junho de 2018) para 98%, todavia este aumento foi decorrente de um conjunto de ações, dentre elas a redução do tempo de Setup.

## CONCLUSÃO

A redução do Setup teve impacto positivo na satisfação do cirurgião e atrasos cirúrgicos.

Mantém-se a expectativa de otimizar a utilização da capacidade do setor e melhorar a gestão do fluxo operatório.

Os maiores desafios estão na manutenção da equipe dedicada, engajamento e no novo gerenciamento de fluxo.

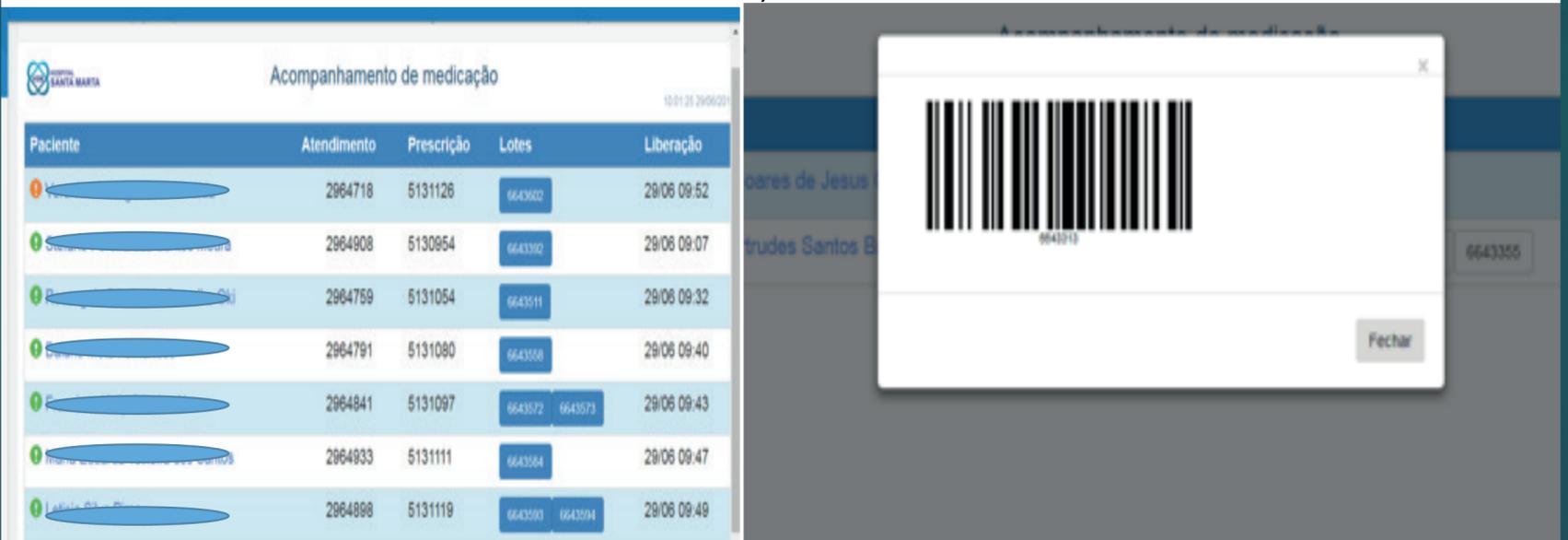


## Implantação dos Painéis de Status dos Procedimentos e Medicamentos em Pronto Socorro: assistência otimizada e participativa

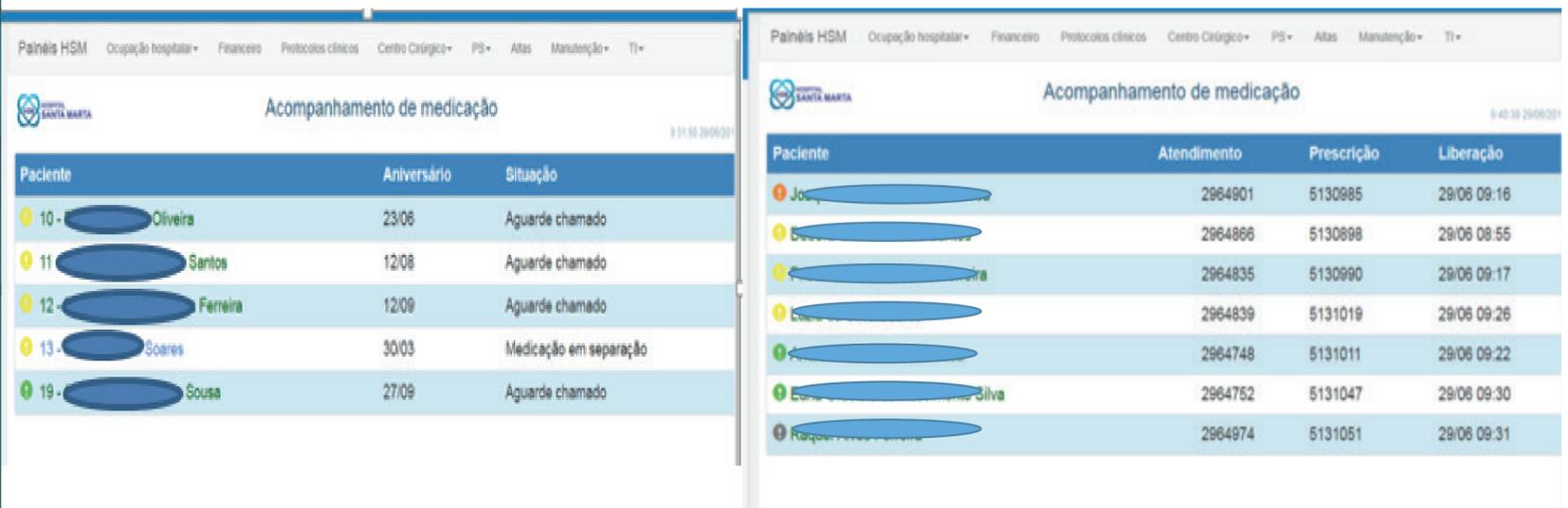
**Resumo:** A satisfação do cliente quanto ao atendimento de Pronto Socorro foi melhorada com a implantação dos painéis de acompanhamento e informação do status de atendimento ao paciente.

**Janeiro a Junho de 2017:** Administração de medicamentos 86,39% e Atenção/Cortesia 86,84%

**Janeiro a Junho de 2018:** Administração de medicamentos 87,33% e Atenção/Cortesia 87,37%.



**Fig. 1 e 2:** Painel de visualização da farmácia satélite e código de barras para bipagem.



**Fig. 3 e 4:** Painel de visualização do paciente/acompanhante e painel de visualização da enfermagem.

**Metodologia:** Foram confeccionados painéis eletrônicos com o status do atendimento do paciente em Pronto Socorro, baseado nas informações lançadas em prontuário eletrônico, oferecendo uma visão diferenciada para o paciente, farmácia e enfermagem em Outubro/2017. Após a prescrição de procedimentos e medicações, o nome do paciente surge no painel, iniciando a apresentação do status de atendimento. A sinalização e ordenação dos pacientes acompanha a classificação de risco pelo Protocolo de Manchester.

**Conclusão:** Com a implantação dos painéis neste Pronto Socorro, observamos que a ansiedade dos pacientes/acompanhantes por informações a respeito do seu atendimento minimizaram devido ao seguimento da informação e eficácia da comunicação. Os setores de farmácia e enfermagem conseguem organizar melhor suas atividades e garantir a prestação do cuidado ao paciente com mais agilidade, respeitando sua criticidade. O setor de autorização consegue garantir a autorização de todos os procedimentos/medicamentos com mais agilidade e organização, trazendo segurança ao processo como um todo inclusive as questões de faturamento hospitalar.

**Amanda Brito do Nascimento Vilas Boas (Supervisora de Enfermagem do Pronto Socorro)**

**Gisele Brocco Magnan (Gerente de Enfermagem)**



**VOLTAR**

## Integração automática dos indicadores assistenciais no Hospital Nipo Brasileiro.

**Autores:** Tatiana Lima Romão, Cibele Quaranta, Suellen Dias Lacerda Costa e Ronaldo Basso

**Introdução:** O Hospital Nipo-Brasileiro fundado em 1988 é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos mantida pela Beneficência Nipo-Brasileira de São Paulo (Enkyo), tendo como missão atuar na prestação de serviços oferecendo assistência de complexidade variada, para garantir resultados efetivos em saúde. Possui acreditação Nível III pela ONA e é membro integrante da certificação internacional Qmentum.

A área assistencial está em constante monitoramento e contam com 609 indicadores, sendo eles categorizados como: indicadores de estrutura, processo, resultado e resultado não-intencional. Como ferramenta de gestão, estes resultados são avaliados e discutidos mensalmente pelas lideranças. Entretanto, para que as informações estivessem disponíveis, relatórios eram gerados no sistema informatizado hospitalar e posteriormente as informações eram inseridas dentro do sistema utilizado para a coordenação dos indicadores hospitalares. Este processo resultava em atraso e falhas no “input” dos números, com conseqüente análise prejudicada, desperdício de tempo na coleta dos dados, excesso de retrabalho e utilização inadequada de uma mão-de-obra qualificada.

### Objetivo

Otimizar o controle e acompanhamento dos indicadores assistenciais e mitigar os erros relacionados a alimentação do banco de dados.

### Método

Ao realizar o mapeamento dos problemas, confirmamos a inconsistência dos dados inseridos no sistema de gestão de indicadores. Para solucionar os problemas, realizado análise dos requisitos para composição dos indicadores e levantamento da fonte utilizada para obtenção dos dados.

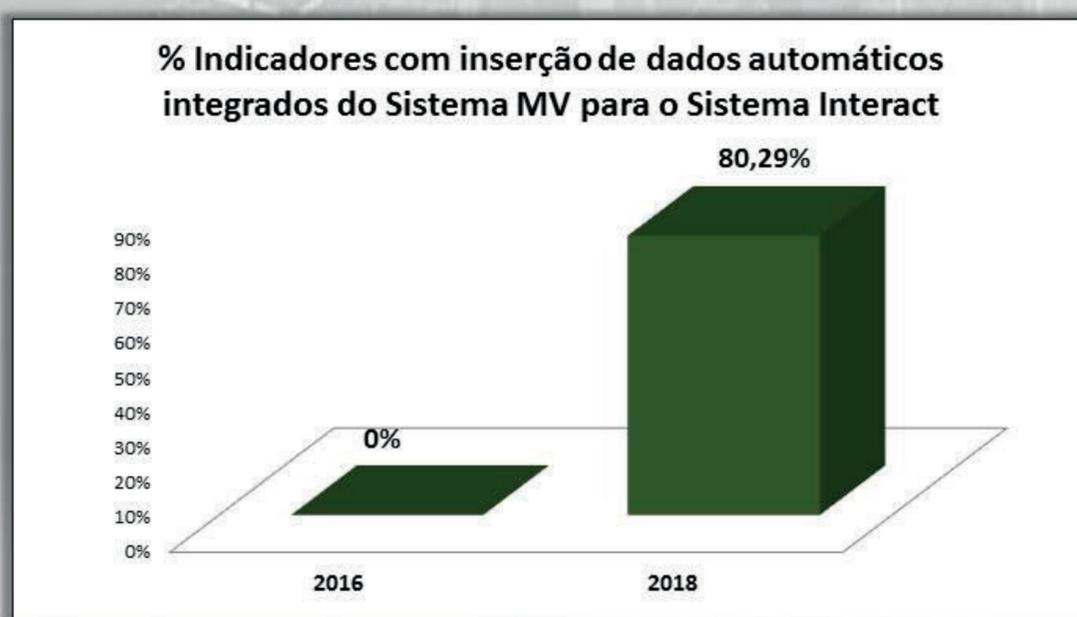
Após este levantamento, a qualidade em parceria com a tecnologia da informação, avaliaram a viabilidade da integração automática dos dados através da criação de relatórios.

### Resultados obtidos

Desde 2016 até 2018 reduzimos os itens alimentados manualmente de 826 para 163, integrando 80,29% dos indicadores antes digitados manualmente.

### Conclusão

Essa ação assegura o gerenciamento das informações até o 5º dia útil de cada mês, gerando transparência e confiabilidade dos dados. Desta forma as análises são realizadas com maior brevidade facilitando a elaboração dos planos de ação e implantação de melhorias dentro das unidades assistenciais.



## Lean Six Sigma para Redução das Deduções da Receita Bruta (Glosas e Vendas Canceladas)

Autores: Elaine Gonçalves da Costa e Lais Cristina Luz.

### Introdução

O HMC atua no mercado há 6 anos. Seu plano de negócios prevê payback em 8 anos. No período de 2016 e 2017 atingiu o orçamento da receita bruta, porém, o alto índice de glosas e vendas canceladas resultava em uma importante variação desta para a receita líquida.

### Desenvolvimento

A liderança elencou colaboradores em formação Black Belt para desenvolver o Projeto Lean Six Sigma (LSS) com metodologia DMAIC para Redução das Deduções da Receita Bruta.

Na fase Define, a equipe delimitou o escopo e determinou a meta de redução de 30% nas deduções até Dez/17.

Na Fase Measure, o problema foi estratificado para definição de metas: Reduzir glosas por Erro Operacional no Centro Cirúrgico, Unidades de Internação e UTI, reduzir glosas por Erro de Cadastro e Reduzir Vendas Canceladas de Clientes Particulares.

Na fase Analyze o Fluxograma foi utilizado para mapear o Processo. O foco foi "glosa por erro operacional" nas unidades de assistência. Identificado a origem das falhas, mapeou-se o fluxo de geração de receita. Para "erro de cadastro", mapeou-se o processo de cadastro dos contratos com planos de saúde. Para vendas canceladas mapeou-se o cancelamento de NF. Realizou-se um Brainstorming considerando metas definidas na etapa Measure. Com a Matriz GUT priorizou-se causas potenciais que possuíam relação com o foco do problema, definindo as causas fundamentais.

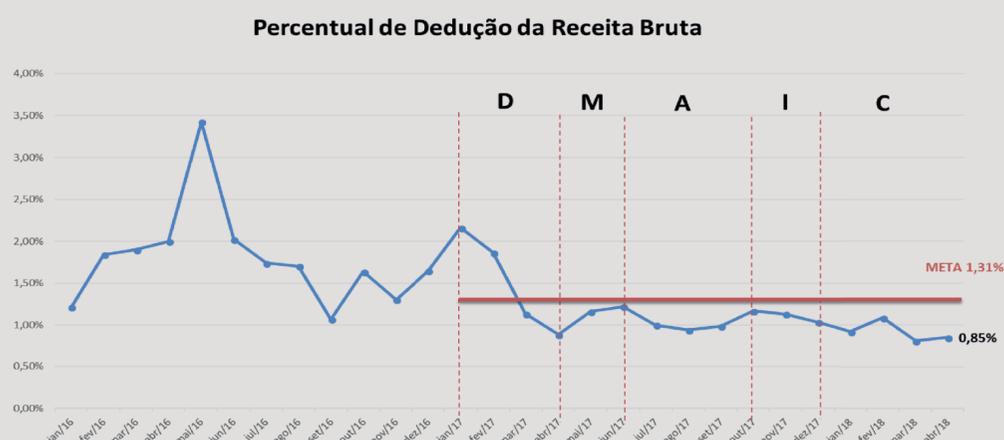
No Improve, com a matriz BÁSICO definiu-se as causas prioritárias, considerando os motivos: facilidade na implementação, impacto no cliente, custo benefício e apoio da alta liderança analisando riscos para a implantação das soluções e definição de plano de contingência, além de período de testes para as soluções propostas, estabelecendo plano de ação 5W2h.

### Resultados

A meta era reduzir 30% das deduções até Dez/17, ou seja, o limite que no início do projeto era 1,88% deveria ser menor ou igual a 1,31%. Em Dez/17 o resultado foi de 1,04% sendo 21% melhor que a meta estabelecida. Na Análise do resultado de Abr/18, foi obtido 0,85% de deduções, excedendo em 50% a meta.

### Conclusão

O projeto LSS trouxe benefícios além dos econômicos financeiros, destacamos: criação de POP, maior capacitação das equipes, automatização de lançamentos em conta hospitalar, eliminação de tarefas com redução do QLP e redução no tempo total de faturamento.



# Maximização de produtividade no processamento de contas médicas por meio de mapeamento de processos e profissionalização do fluxo de contas.

Di Cianni Ribeiro, Alyne; Chamadoira Teixeira, Eduardo; Augusto Soares de Oliveira, Paulo

## Objetivo do projeto

Assegurar a sustentabilidade financeira por meio da governança de contas médicas e melhoria nos resultados de conversão de faturamento.

## Situação-problema

Elevado grau de dificuldade administrativa, alto risco de inelegibilidade de cobranças, baixa governança no curso do processamento e difícil previsibilidade de resultados de faturamento. Resultados tímidos, propostas de melhorias ineficazes eram pano de fundo do ambiente de faturamento.

## Prática implantada

A oportunidade de melhoria apresentava-se evidente por meio do acompanhamento dos indicadores de produção e faturamento do Hospital Novo Atibaia. Os resultados demonstravam-se pouco sustentáveis e melhorias não consistentes. A fragilidade no processo tão pouco assegurava a projeção de resultados para o período.

Para desdobramento do projeto, inicialmente, foi optado pelo mapeamento detalhado de todos os processos relacionados a esteira de faturamento, desde às unidades assistenciais, otimização de atividades, alteração de espaço físico, implantação de núcleos especializados e por último, automação

Para esta última etapa foram envolvidas equipes das unidades assistenciais, recepção, auditoria, regulação, comercial, tecnologia da informação, financeiro, faturamento, e demais áreas de desfecho. A integração da solução ao sistema operacional corroborou para o sucesso da implantação. Foram parametrizadas as regras operacionais por unidade, tipo de conta e operadora de saúde.

A participação das lideranças das unidades desde o mapeamento de processo tornou-se decisiva no curso positivo do projeto. Os demais gestores puderam colaborar na definição dos painéis de resultado e acompanhamento do processo. A política de engajamento promoveu agilidade na implantação do projeto e tornou o processo fluido.

## Resultados obtidos

Foram observados positivos resultados intangíveis, melhoria no relacionamento cliente-fornecedor do processo, engajamento das equipes assistenciais, inclusive médicas, na qualificação das necessárias evidências, entre outras.

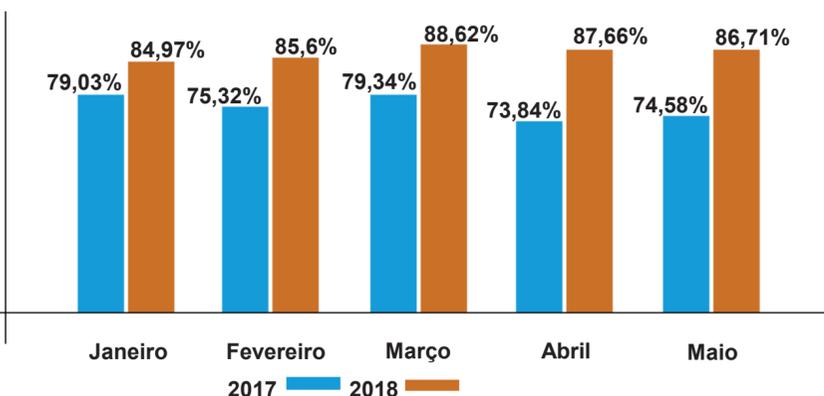
Em maio de 2017 o Hospital Novo Atibaia registrava taxa de conversão de faturamento na competência na ordem de 74%, em maio de 2018 o mesmo indicador registrou o resultado de 86%, melhoria de 12 pontos percentuais (gráfico 1). Além da notória melhoria na conversão de faturamento, o mapeamento de processos promoveu no curso do processamento, a otimização das atividades, alterações físicas das áreas de apoio, expressiva redução dos estoques de contas por unidade.

O Núcleo especializado de auditoria e faturamento do Centro Cirúrgico apresentou melhoria de performance na ordem de 62%, das 216 horas médicas de processamento registradas em janeiro de 2018 para 82 horas médicas projetadas para junho do mesmo ano (gráfico 2).

Ainda, as excedentes horas de trabalho recorrentes no passado deixaram de existir e saldado o banco de horas acumulado em mais de 400 horas.

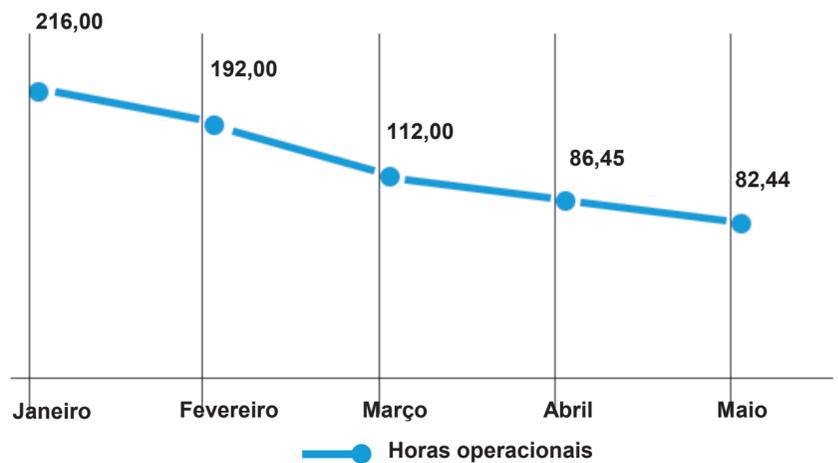
## Conversão do Ativo

Gráfico 1



## Tempo médio de processamento (Audit. – Fat.) Centro Cirúrgico

Gráfico 2



## Conclusão

O modelo de gestão de qualidade e de processos para as unidades secundárias promove excelentes ganhos na otimização das atividades, performance e resultados para o negócio. A tecnologia se mostrou um importante e decisivo aliado, construindo sólidas e consistentes melhorias.

Organização, tecnologia, informação, agilidade e engajamento são elementos fundamentais para eficácia, eficiência e perenidade dos novos projetos.

A disponibilidade de indicadores em tempo real, permite aos gestores a tomada de decisão em tempo hábil e a projeção de resultados ocorre com melhor precisão e previsibilidade.

Unidades demonstraram-se colaborativas com o acesso a informação e com maior capacidade para transpor potenciais barreiras.

As recorrentes variações de performance foram superadas e manutenção dos resultados sustentada de maneira positiva.

## Sobre a instituição

Fundado em 1971, o Hospital Novo Atibaia, está localizado na cidade de Atibaia e atualmente é um dos principais serviços de saúde da região Bragantina como hospital geral de alta complexidade.

Atualmente dispõe de 130 leitos de internação, UTI Adulto, Infantil e Neonatal, Pronto-Atendimento, Centros de diagnósticos de análises clínicas e imagem e Ambulatórios de múltiplas especialidades. Acreditado Pleno pela ONA, o HNA utiliza-se de gestão de qualidade desde 2010.



**MISSÃO:** Promover a saúde na região com gestão sustentável fortalecendo a confiabilidade institucional.

**VISÃO:** Ser referência em atendimento médico hospitalar de excelência

**VALORES:** Ética nas ações e relações; compromisso com a missão; multidisciplinaridade; reconhecimento; foco nos resultados planejados.



## Melhorias no processo de liberação de leitos : Da alta médica à alta hospitalar: Aumento da capacidade virtual e disponibilidade de leitos em um hospital privado de Porto Alegre

CRISTIANE DOS SANTOS CHAVES<sup>1</sup>; CÁSSIA CRISTINE DAMASIO DE LIMA<sup>2</sup>  
 1. Coordenadora – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil  
 2. Enfermeira Assistencial I – Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS – Brasil

### Introdução

Historicamente as instituições hospitalares sofrem com a superlotação de pacientes. Com isto sente-se a necessidade de aprimorar os processos vinculados ao giro do leito.

O que já está sendo trabalhado em uma instituição privada de Porto Alegre desde 2015.

### Objetivo

Após a implementação de várias melhorias relacionadas a este tema, surgiu a necessidade de otimizar o processo de liberação do leito.

A partir da alta médica até alta hospitalar, ou seja, efetivamente a saída física do paciente.

### Método

A primeira ação realizada diariamente é reunião diária do grupo de gestão de leitos multiprofissional para estabelecer prioridades do dia e definições da distribuição de leitos.

A partir disso, estabelece-se contato com as áreas que sabidamente terão altas previstas, o que é sinalizado pela equipe assistencial no dia anterior.

Após a efetivação das altas médicas, os tempos dos processos administrativos e assistenciais são acompanhados pela enfermeira do transporte e fluxo de distribuição.

As altas hospitalares que não ocorrem em tempo estipulado de 1 hora devem ser justificadas e ação corretiva é realizada conforme o motivo, possibilitando que o tempo para liberação seja o menos possível. Para controle e acompanhar desempenho das áreas foi criado o indicador: Percentual de altas executados em até 1 hora, meta de 50%.

### Resultados

O indicador do Percentual De Altas Executadas Em Até 1 Hora Das Uis - Institucional, teve a média acumulada 36,44% no período do primeiro semestre de 2018.

Os principais motivos são: organização e espera pelo familiar ; necessidade de realizar procedimentos assistenciais antes da alta; necessidade de saída física de ambulância; realizar a segunda de fisioterapia antes da alta; aguardar avaliação de um médico especialista; esquecimento da efetivação da alta no sistema mesmo após a saída física.

Após a implementação do grupo de gestão de leitos, foi possível identificar os principais motivos que impactam no giro de leito os quais são trabalhadas diariamente com as equipes envolvidas: hospedagem, distribuição de leitos, equipe assistencial, transporte, check out e equipe médica.

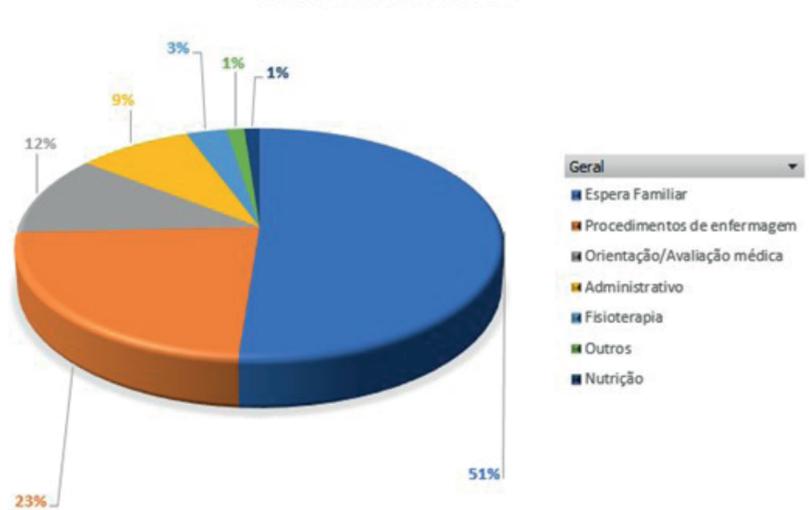
O principal motivo para a liberação do leito ainda é em virtude da organização familiar para a alta, desta forma uma das alternativas é disponibilizar o lounge de alta, onde o paciente que não requer cuidados específicos aguarda a chegada do mesmo.

Entendemos que sempre temos oportunidades para aprimorar processos internos, melhoria dos tempos visando atender demanda de internações e redução do tempo de espera por leito. A gestão do fluxo promoveu impacto positivo nesta operação demonstrada através do engajamento das equipes e redução do tempo de liberação, disponibilizando, assim 1,5 leito/ dia para ocupação.

PERCENTUAL DE ALTAS EXECUTADAS EM ATÉ 1 HORA DAS UIS - INSTITUCIONAL



PRINCIPAIS MOTIVOS



VOLTAR

## Introdução

O Hospital Moinhos de Vento, está utilizando uma metodologia que foi criada com o objetivo de realizar a mensuração do grau de fidelidade dos consumidores de qualquer tipo de empresa, o Net Promoter Score, este indicador utiliza uma métrica que mensura a satisfação e lealdade dos clientes. Todos os pacientes e familiares após a alta são avaliados, pois capta a percepção do cliente em cada ponto de contato.

## Objetivo

Analisar este indicador em uma unidade de internação, que tem como especialidade cuidados com pacientes no pós operatório imediato, foi inaugurada no mês de agosto de 2017.

## Método

Através do NPS a instituição é capaz de identificar de maneira clara o seu desempenho aos olhos do consumidor, quantificando o valor econômico gerado pelo “boca a boca” dos clientes, com os resultados desta pesquisa, se estabeleça metas e planos de ação focados e baseados nestes valores, com as equipes. Estes treinamentos visam proporcionar aos pacientes e clientes um melhor atendimento, que será prestado com maior qualidade e especificidade, tanto durante como após sua internação, assim buscando a satisfação destes clientes, para assim atingir a meta institucional.

Proporcionando uma experiência única e focada na boa recuperação desses pacientes durante sua internação e orientando-os para ter continuidade no pós operatório, faz com que toda a equipe sinta a importância que tem na experiência vivenciada dentro da instituição.

## Resultados

O Net Promoter Score, começou a ser aplicado nesta unidade de internação a partir do mês de fevereiro de 2018. A instituição estabelece uma meta de 82% ao mês. Indicadores desta unidade: fevereiro: 92,86%, março: 92,98%, abril: 68,63%, maio: 88,46 e junho: 69,84%. Nestes 5 meses de pesquisa, obtivemos uma média de 82,55%, na qual nos mantemos atingindo a meta

## Conclusão

Neste indicador podemos comparar o desempenho da instituição em relação aos padrões mundiais. O plano de ação realizado na unidade de internação pós-operatória, proporcionam resultados positivos e funcionam como estratégia para melhorias nos cuidados proporcionados a estes pacientes durante a internação, uma rápida reabilitação, com boas experiências, e alta hospitalar com todas as informações necessárias para uma boa recuperação no domicílio.



## Tema : O impacto da Farmácia Clínica na economia do Hospital São Mateus Hospital e Maternidade São Mateus

Autores: Veridiana Galetti de Rezende e Graciellen Ferreira de Souza

### Objetivo do projeto

Quantificar o impacto financeiro das intervenções do farmacêutico clínico para demonstração da redução de custos obtidos com a farmacoterapia.

#### Situação-problema

A prescrição de polifarmácia, o uso de medicamentos de alto custo, amplo espectro e off label é uma prática cada vez mais frequente em hospitais, podendo gerar eventos adversos resultando em gastos desnecessários e levando a internamentos prolongados. A política de qualidade da instituição entende que, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos é necessário assegurar o uso seguro de medicamentos, com eficácia e qualidade levando em consideração o custo dos mesmos. Com isso, o farmacêutico realiza a análise da prescrição intervindo quando necessário e diminuindo esses erros relacionados a medicamentos

#### Prática implantada

O serviço de Farmácia Clínica do hospital São Mateus conta com dois farmacêuticos clínicos destinados a disponibilizar informações técnicas sobre o uso adequado do medicamento, assessorando a tomada de decisão clínica, atuando de forma preventiva e resolutive nos eventos adversos a medicamentos. Estes atuam na instituição nas unidades de terapia intensiva 1 e 2 e nos postos de internação 1 e 2 em período de horário comercial. Devido o perfil dos postos 3A e 3B serem de pacientes cirúrgicos, é realizada a busca ativa somente dos que necessitam da análise da Farmácia Clínica, sendo estes os que possuem mais de 24 horas de internação, sendo analisada a suspensão da antibioticoprofilaxia e a prescrição da profilaxia de Tromboembolismo Venoso. A partir das solicitações pelos prescritores, é realizada a liberação e o aprazamento pelo farmacêutico clínico em suas respectivas unidades de internação. Durante a liberação já é analisada a indicação, a posologia, o tempo de uso dos medicamentos, alergias, prescrição de medicamentos de uso domiciliar, diluição, entre outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Quando necessário, é proposta uma sugestão/intervenção farmacêutica, podendo ser redução ou ajuste de dose do medicamento, mudança de esquema terapêutico ou forma farmacêutica, suspensão de medicamento sem efetividade, entre outras. Estas intervenções foram quantificadas a partir da avaliação apenas dos custos diretos, ou seja, calculou-se o valor de custo do medicamento comprado pelo hospital ou do faturamento do respectivo convênio, multiplicado pelo número de dias de internação ou número de doses que foram reduzidos após a intervenção. Neste contexto hospitalar, o estudo traz uma análise quantitativa do desempenho articulado e estratégico do Serviço de Farmácia Clínica, com potencial de impacto na saúde tanto do ponto vista clínico quanto financeiro onde mensalmente em planilha específica são compilados os dados e registrados no indicador para análise e propostas de melhorias. Para o projeto foi realizado um estudo quali-quantitativo descritivo prospectivo baseado em análise documental, realizado no período de 10 meses, de julho/2018 a abril/2018.

#### Resultados obtidos

Um estudo farmacoeconômico trata-se de um estudo complexo, onde se analisam vários tipos de custos, como diretos, indiretos e intangíveis. Na experiência da instituição, avaliou-se isoladamente um item dos custos diretos, que foi o custo com medicamentos, baseado nas sugestões/intervenções realizadas. Os resultados foram obtidos sob uma vertente qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa foi realizada à medida das sugestões/intervenções propostas sobre as solicitações médicas, conforme constam nas evoluções registradas em prontuário eletrônico. A análise quantitativa deu-se a partir do cálculo do custo do medicamento multiplicado pelo número de dias reduzidos ou quantidade de medicamento reduzido. Os resultados demonstram que as intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico geraram redução de custos com medicamentos e evitaram problemas relacionados a eles. No período estudado, foram realizadas 2908 intervenções farmacoeconômicas, as quais totalizaram uma economia de R\$183.140,45. Estas intervenções foram do tipo redução ou ajuste de dose, mudança de esquema terapêutico, mudança da forma farmacêutica e medicamento sem efetividade terapêutica

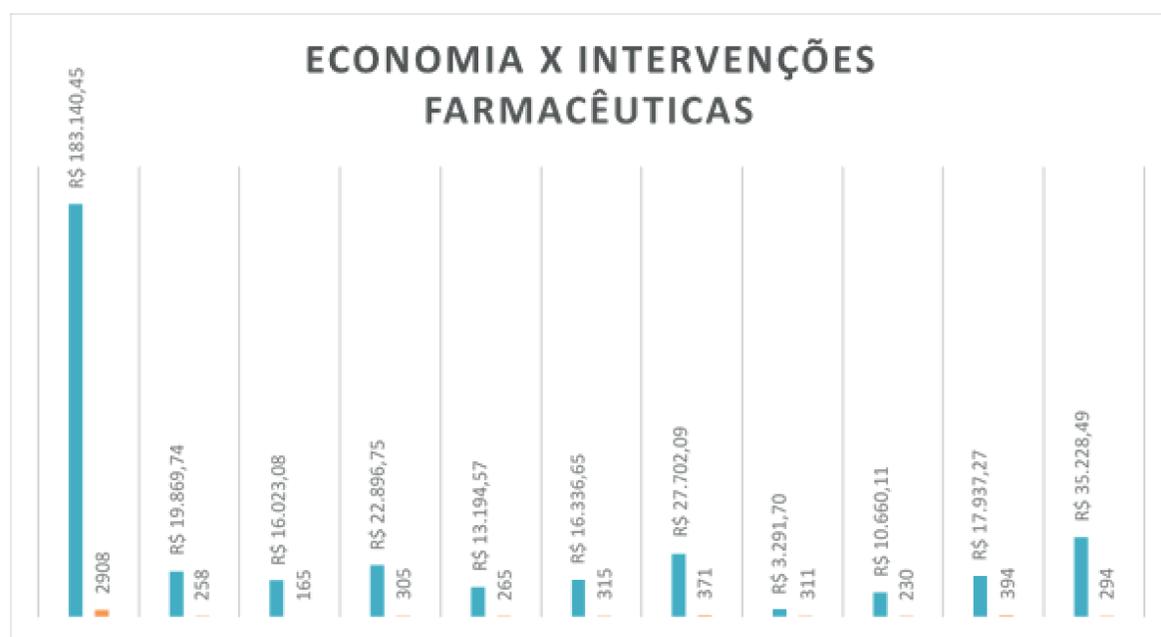


Gráfico 1: Estratificação dos valores reduzidos através das intervenções realizadas mensalmente no período de Julho de 2017 à Abril de 2018.

#### Conclusão

Com o sistema de análise e liberação da prescrição antes da dispensação do medicamento, o farmacêutico passa a relacionar-se de forma direta e ativa com o paciente e os demais profissionais de saúde evitando erros relacionados a medicamentos, acúmulo de medicamentos nas unidades e dispensação/devoluções desnecessárias. Durante a análise é possível realizar a suspensão do medicamento, a mudança no aprazamento, ou via de administração, pois na instituição após contato com o médico, o farmacêutico é o profissional que tem a autorização para realização dos ajustes relacionados ao medicamento no sistema. Isso traz agilidade, fidelização e procura do serviço da farmácia clínica pela equipe multidisciplinar. Tem-se como desafio a implantação do serviço em toda a instituição, inclusive fora do período comercial e finais de semana, onde, ainda não é possível atender todas as unidades

#### Sobre a instituição

Fundado em 1981, O Hospital São Mateus, acumula experiências e consolida-se como instituição voltada ao atendimento humanizado, com responsabilidade e dedicação ao cliente, e colaboradores. A instituição é reconhecida por seus padrões de segurança e credibilidade, conquistando Acreditação Plena em 2018, sua estrutura está constituída por 133 Leitos, 7 salas cirúrgicas (10 mil cirurgias ano), e Centro de Oncologia moderno.



VOLTAR



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

# OTIMIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS SEGUINDO A METODOLOGIA SBAR®



6º CONAHP  
Congresso Nacional de Hospitais Privados

Lene Meneses de Araújo Silva<sup>1</sup>; Lídia Maria de Souza Lacerda<sup>2</sup>; Maira Franchin<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente em Gestão dos Serviços de Saúde e Redes de Atenção à Saúde - Hospital Sírio Libanês; <sup>2</sup>Coordenadora de Enfermagem - Hospital Sírio Libanês; <sup>3</sup>Líder Assistencial de Unidades de Internação – Hospital Sírio Libanês.

## CONTEXTO

Foram identificadas fragilidades no processo de passagem de plantão, as quais implicam na falha de comunicação entre as equipes e redução do tempo direcionado para o cuidado ao paciente.

Com o exposto, foi verificada a necessidade de otimização do processo, uma vez que o instrumento utilizado anteriormente apresentava campos estruturados não preenchidos conforme sua indicação. O tempo despendido também implicava em horas excedentes de trabalho dos colaboradores e, conseqüentemente, aumento de custo referente ao pagamento desses períodos.

## OBJETIVOS

Realizar a passagem de plantão entre enfermeiros de maneira efetiva conforme recomendações das Metas Internacionais de Segurança do Paciente; e reduzir o tempo despendido durante a transição de cuidados para um melhor gerenciamento do tempo e da qualidade e segurança do paciente.

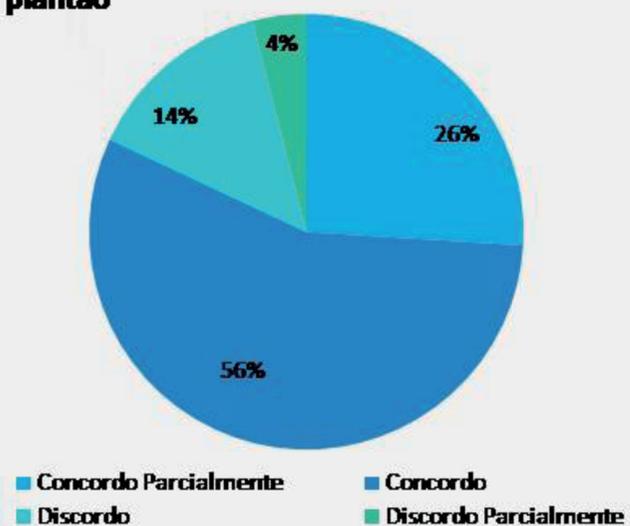
## METODOLOGIA

Foi criado pela gerência de enfermagem e comitê de comunicação efetiva o instrumento para a passagem de plantão, seguindo as metas internacionais de segurança do paciente. A implantação ocorreu em uma unidade de internação clínica. O instrumento utiliza a ferramenta SBAR, um acrônimo, que aborda situação e avaliação, história prévia e recomendação da equipe. Anterior à execução, houve alinhamento, sensibilização e orientação para as equipes, e o projeto iniciado em janeiro de 2018, mensurando o tempo da passagem de plantão uma semana por mês, durante 10 meses. Após adaptação e utilização diária, foi aplicado um questionário, criado pelas autoras, para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o novo instrumento.

## RESULTADOS

Através de relatos da equipe e observação da coordenação e gerência de enfermagem houve redução do tempo na passagem de plantão, comparando-se a períodos anteriores. O tempo do processo era de 40 minutos e com as mudanças feitas, até o momento, teve redução para 12 minutos em média. Evidencia-se uma conseqüente redução de horas excedentes de trabalho, otimizando as horas para a assistência ao paciente e diminuição do retrabalho. As respostas obtidas através dos questionários mostram que os envolvidos concordaram com o aperfeiçoamento do processo de passagem de plantão, conforme mostrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Percepção da mudança na passagem de plantão



Fonte: As autoras, 2018.

## CONCLUSÃO

Após a implantação do novo instrumento houve melhora da comunicação, com o direcionamento das informações, diminuição do retrabalho e aumento da satisfação da equipe, com impacto na qualidade da assistência, através da otimização do tempo destinado ao paciente.

Observou-se que a simplificação dos processos através de sua gestão leva a aumento da eficiência e ganhos nos resultados, evitando desperdício de tempo, energia e recursos humanos.

## REFERÊNCIAS

1. Tranquada, M.F. A comunicação durante a transição das equipes de enfermagem. Lisboa: 2013.
2. PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS. 4ª Ed. Disponível em [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/joint%20commission%20Fourth\_Edition\_Hospital\_Manual\_Portuguese\_Translation.pdf]



VOLTAR

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

## Introdução

A nutrição enteral é uma forma de alimentação caracterizada pela administração de uma dieta de consistência líquida por meio de uma sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia de acordo com a recomendação médica. A solicitação e cobrança manual destas dietas enterais nas contas dos pacientes pode impactar em atraso na entrega e instalação, excesso de revisões pela Auditoria Médica e glosas com impacto na receita do Hospital.

## Objetivo

Otimizar o processo de dispensação e cobrança das dietas enterais.

## Metodologia

Estudo transversal com coleta de dados retrospectiva, realizado em um hospital privado especializado em cardiologia, em São Paulo (SP), no período 2013 à 2018.

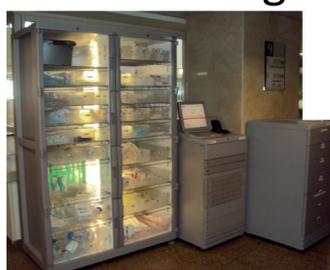
## Resultados

As dietas enterais eram dispensadas e cobradas pelo Setor de Lactário, gerando retrabalho e excesso de etapas. Foi discutida com os setores de Farmácia e

Enfermagem a possibilidade de solicitação da dieta enteral por meio de kits contendo o nome da dieta enteral, adaptador e equipo. Em 2014 foi implantada nova rotina de dispensação, rotulagem e cobrança no 9º andar por meio da Pyxis MedStation, um sistema de dispensação automatizada composto por um conjunto de armários controlados eletronicamente, geridos por um software e interconectados com as aplicações existentes no hospital. Posteriormente, o processo foi ampliado para Unidade de Terapia Intensiva (2017) e demais unidades (2018). **Observou-se redução de 67% de ajustes realizados nas contas dos pacientes pela Auditoria Médica e de 59% no valor da glosa final.**

## Conclusão

A informatização garantiu otimização do tempo, maior controle dos materiais e redução dos gastos. A conscientização da equipe quanto à Terapia Nutricional demonstrou a importância da melhoria contínua com foco na segurança do paciente





## OTIMIZAR E UTILIZAR CORRETAMENTE O ENXOVAL HOSPITALAR.

Luiz Sergio Pires Santana, Marcia Lerro Pimenta e Rosangela Cristina Dias

*Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo*

### INTRODUÇÃO

Identificamos a necessidade de revisar todo o processo de gestão da rouparia e promover ações com o objetivo de reduzir o kg de roupa lavada, através da padronização dos itens a serem utilizados e engajamento das equipes no uso de boas práticas.

### METODOLOGIA

Durante o mapeamento do processo identificamos: despadronização das peças, quantidade insuficiente de enxoval considerando o ciclo de giro, utilização incorreta gerando dano ou manchas fixas, peças não conformes em pronto uso sem avaliação da Gestão da Rouparia.

Após o mapeamento do processo e utilização da ferramenta PDCA, implantamos a padronização dos itens do enxoval, implantação de itens descartáveis, revisão do dimensionamento, implantação de kit paciente e kit acompanhante, treinamento das equipes assistenciais e operacionais, revisão das práticas assistenciais e caixas para enxoval não conforme.

O indicador do KG de roupa paciente dia é apresentado mensalmente nas reuniões do comitê de enxoval e nas reuniões de resultados.

Fórmula do Indicador:

$\text{Kg total de roupa lavada} / \text{Número total de paciente dia}$

Meta 2017: 11 Kg por paciente dia

Meta 2018: 10 Kg por paciente dia

### RESULTADOS

As ações proporcionaram um impacto positivo, contribuindo na melhoria dos processos, experiência dos clientes, utilização correta e redução de custo.

Houve uma redução de 34% no kg de roupa lavada de 2015 até 2017.

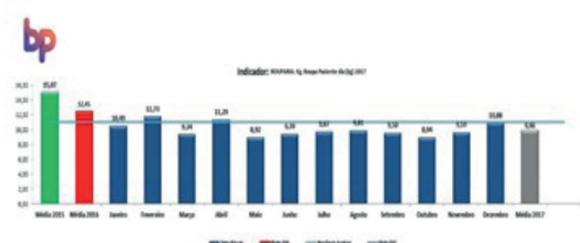


Figura 1. Indicador Kg de roupa paciente dia 2017

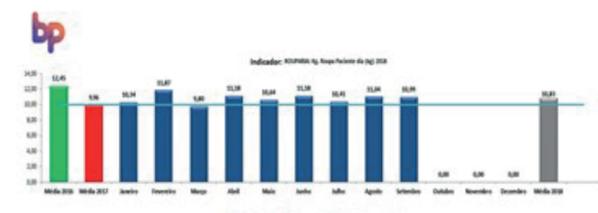


Figura 2. Indicador Kg de roupa paciente dia 2018

### CONCLUSÕES

As ações proporcionaram um impacto positivo, contribuindo na melhoria dos processos, experiência dos clientes, utilização correta e redução de custo.

O envolvimento da equipe multidisciplinar e a padronização foram fundamentais para melhorar o controle das peças e o gerenciamento do enxoval, minimizando os custos e melhorando a experiência dos clientes agregando qualidade na prestação dos serviços.

### REFERÊNCIAS:

- [http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento\\_roupas.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf)
- <http://robertomaiafariasskill.blogspot.com.br/>

## **Padronização de Estoque Através de Cotas Personalizadas Para os Materiais de Alto Custo**

Hospital São Camilo Ipiranga

**Autores:** Aline F. Navarro, Andreza Pepi, Daniela Guimarães de O. Martins e Vanessa de L. Moraes

### **Objetivo do projeto**

Esse estudo teve como objetivo otimizar os estoques de materiais e medicamentos de alto custo, garantindo assim melhor controle de estoque e evitando materiais parados sem consumo em quantidades desordenadas.

### **Situação-problema**

Identificado estoque elevado de materiais e medicamentos de alto valor agregado com impacto financeiro significativo.

### **Prática implantada**

Foi realizado um estudo de consumo através da demanda de materiais e medicamentos de alto custo realizado em um hospital geral, privado, de médio porte, da zona sul do município de São Paulo. Trata-se de uma UTI geral dotada de 47 leitos que atende pacientes de média e alta complexidade.

O estudo foi realizado no período de Janeiro a Julho de 2017 a fim de definir qual o consumo e estoque adequado para atender a necessidade da unidade, garantindo a assistência segura sem manter excessos de estoque, otimizando dessa forma os custos envolvidos.

A metodologia aplicada foi a criação de uma cota padrão com cadastro de todos os itens com quantidades mínimas definidas em sistema informatizado, onde a conferência e verificação dos itens com saída do estoque eram realizados através de relatório personalizado. Este relatório é gerado a cada 24 horas para o acompanhamento do consumo diário.

Para os itens considerados críticos (curva A) foi realizada uma revisão dos contratos com os fornecedores de materiais e medicamentos de alto custo, determinando prazo de entrega mais reduzido, obtendo assim maior facilidade na reposição e em menor tempo e, ainda, garantindo que não houvesse impacto assistencial.

Durante o período de implantação o processo foi monitorado a fim de identificar possíveis eventos de falta de material em estoque com prejuízo assistencial. Para isso foi implantado um indicador que demonstra as oportunidades de falta, denominado como Nível de Serviço Prestado, este indicador não sinaliza a falta efetiva do item – mas sim a possibilidade de ocorrer a falta-, dando tempo hábil de providenciar a reposição imediata do produto e evitando a falta efetiva do item. Além disso, como parte do processo, foi implantado o inventário rotativo diário para os itens de curva A com o objetivo de garantir a exatidão do estoque, o indicador de monitoramento é denominado Acurácia de Estoque de Curva A, com meta definida de 97%.

### **Resultados obtidos**

Durante o período do estudo identificamos excesso de estoque de alguns materiais e medicamentos, principalmente dos itens que compõem a curva A, onde observamos oportunidade de minimizar os custos através da padronização do estoque baseado na média mensal do consumo, média essa baseada nos últimos 06 meses, evitando excessos de itens parados por baixo consumo. Neste período tivemos uma redução de estoque com impacto financeiro de 22% no valor total de estoque na farmácia satélite da UTI.

### **Conclusão**

Concluímos que a metodologia adotada com a padronização das cotas trouxe uma redução significativa no estoque de materiais e medicamentos de alto custo, culminando em impacto financeiro positivo com a otimização dos recursos, controle de estoque efetivo e, conseqüentemente, a melhora na acurácia.

### **Sobre a instituição**

A unidade Ipiranga faz parte da Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo desde fevereiro de 2000. Possui como missão: A Rede de Hospitais beneficentes, comprometida com a humanização, segurança do paciente e resolubilidade, que atua com base no conhecimento e na valorização da vida. A unidade possui acreditação Internacional Canadense e tem como principal indicador de produtividade a resolubilidade assistencial.



**VOLTAR**

Nascimento, JOV \*, Ohtani, RF\*\*, Nishimoto, T\*\*\*, Peres, NVM\*\*\*\*

## Introdução

Segundo dados brasileiros coletados em 2015, nota-se uma queda do número de coleta de bolsas de sangue em comparação com o ano anterior. Um grande hemocentro do estado de São Paulo oferece um serviço de coleta externa, enviando uma equipe para coletar bolsas no local de uma instituição que deseja realizar uma campanha de doação de sangue. Com o conhecimento deste serviço, foi gerada uma demanda superior à oferta oferecida pelo hemocentro.

## Objetivo

Descrever os processos do serviço de coleta externa, realizar uma análise dos resultados do ano de 2017 em comparação com os demais postos de coleta deste hemocentro e propor estratégias de melhoria sobre esta atividade.

## Metodologia

Foram realizadas entrevistas, análise de documentos e dados dos resultados operacionais. A partir desta análise, foi proposto quatro cenários de melhoria sobre a operação.

## Resultados Obtidos

A coleta externa ocorre apenas em dois dias da semana e tem seu fluxo similar ao adotado nos demais postos fixos. A maior diferença é em relação ao agendamento, vistoria do local, armazenamento das bolsas e transporte de equipamentos, materiais e funcionários. Dados indicam que a produtividade da coleta externa foi de apenas 3.367 bolsas, sendo a segunda área com menor produção.

Tabela 1. Matriz B.A.S.I.C.O.

Matriz BASICO

	Benefícios para a Organização	Abrangência da Solução	Satisfação dos Funcionários	Investimentos Necessários	Impacto sobre os Clientes	Capacidade de Operacionalização	Total	Ranking
<b>Cenário 1</b>	Atuação com a capacidade operacional ideal	Atuação com a capacidade operacional	Quantidade de horas trabalhadas sem alteração	Reajuste no número de transportes utilizados	Possibilidade de maior nº de doadores	Planejamento orçamentário anual (curto prazo)	25	1º
<b>Cenário 2</b>	Expansão do número de coletas realizadas, sem interferir na dinâmica de funcionamento dos demais postos de coleta	Aumento do número de instituições participantes da coleta externa	Revezamento entre todos os profissionais dos postos de coleta para os plantões de final de semana	Divulgação do novo período disponibilizado para a realização de coleta externa	Melhora na oferta das coletas externas (redução da fila de espera)	Escala unificada de todos os postos de coleta (médio a longo prazo)	24	2º
<b>Cenário 3</b>	Expansão do número de coletas realizadas	Aumento do número de coletas, mas sem atingir a capacidade operacional	Dimensionamento de RH (escala única de todos os postos de coleta)	Os profissionais escalados já fazem parte do quadro de funcionários da Fundação Pró-Sangue	Possibilidade de maior nº de doadores	Reorganização no agendamento dos veículos (médio a longo prazo)	23	3º
<b>Cenário 4</b>	Expansão do número de coletas realizadas através da ampliação de um dia de coleta externa nos dias com menor movimentação dos demais postos de coleta	Aumento do número de coletas, sem atingir a capacidade operacional	Dimensionamento de RH (escala única de todos os postos de coleta)	Mobilização dos profissionais para a realização de mais coletas externas	Possibilidade de maior nº de doadores	Escala unificada de todos os postos de coleta e reorganização no agendamento dos veículos (médio a longo prazo)	22	4º

## Resultados Obtidos

Quando ajustado aos seus dias de funcionamento, a coleta externa apresenta a segunda maior produtividade entre todos os postos. A relação entre bolsas coletadas e capacidade operacional de todos os postos mostra uma utilização da infraestrutura inferior a 50% da capacidade máxima, sendo a coleta externa o setor que tem melhores valores sobre este indicador. Com a identificação desta oportunidade, foram propostos 4 cenários que permitiriam aumentar o número de coletas.

## Discussão

A baixa porcentagem de utilização da capacidade operacional da maioria dos postos pode ser explicada pela inadequação do quadro de funcionários da organização. Por representar um serviço com demanda programada desde o início do ano, a coleta externa tem pontos fortes e oportunidades de melhoria para aumentar o número de bolsas coletadas. Dessa forma, a Matriz B.A.S.I.C.O. foi montada a partir dos cenários propostos resultados.

## Conclusão

Com o entendimento do processo realizado durante uma coleta externa de bolsas de sangue, foi possível identificar o principal fator limitante da operação através da análise dos dados de produção. Destaca-se também o impacto dessas coletas sobre o resultado total do hemocentro, bem como sua capacidade operacional e a relação entre os demais postos. Ao final das análises, observou-se a existência de um grande potencial de melhoria sobre o setor de coletas externas. Dessa forma os quatro cenários de melhoria podem proporcionar um melhor resultado com baixo investimento adicional, podendo ser priorizado o cenário 1, o primeiro ranqueado da Matriz B.A.S.I.C.O.

\* Nascimento, JOV, Enfermeira. Aprimoranda do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP.

\*\* Ohtani, RF, Médico. Residente em Medicina Preventiva do PROAHSA HCFMUSP, São Paulo, SP.

\*\*\* Nishimoto, T, Gerontóloga. Aprimoranda do PROAHSA HCFMUSP, São Paulo, SP.

\*\*\*\* Peres, NVM, Médica. Membro do corpo técnico do PROAHSA HCFMUSP, São Paulo, SP.

jake\_valdevino@hotmail.com

rene.ohtani@hc.fm.usp.br

tici.nishimoto@gmail.com

nancy.mota@hc.fm.usp.br



## Redução das rescisões antes ou ao término do contrato, após a implantação do programa Anjo.

Patricia Aparecida de Oliveira Fuchs<sup>1</sup>

### INTRODUÇÃO

Analisando os indicadores de absenteísmo e turnover na enfermagem no Hospital Marcelino Champagnat em 2016, foram identificados os seguintes resultados: absenteísmo em 1,29%, Turnover 2,1% e 29% de rescisões por término de contrato de experiência. Tais dados demonstraram a fragilidade no processo de acolhimento ao novo colaborador durante sua adaptação as rotinas setoriais. Entendendo que o processo de seleção de pessoas não termina no momento de admissão, foi necessário elaborar um plano de adaptação do indivíduo à instituição e ao cargo, contribuindo para seu desenvolvimento em desempenhar as atividades com segurança e excelência com base nos documentos institucionais, reduzindo o absenteísmo, turnover e fidelizar a permanência na instituição.

### OBJETIVO

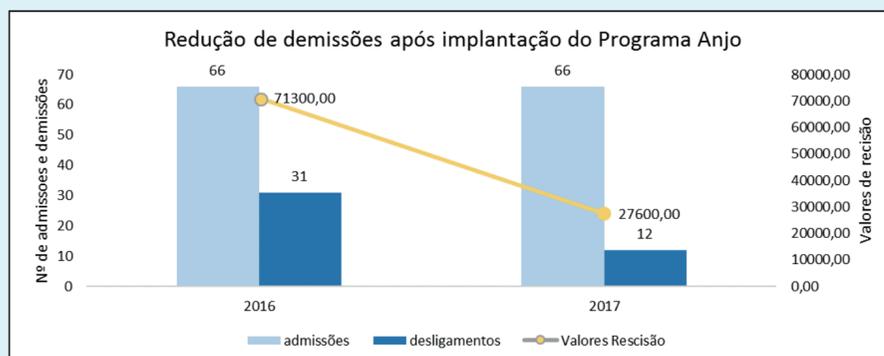
Contribuir com o novo colaborador no processo de adaptação à instituição e ao cargo de forma humanizada, assegurar seu desenvolvimento para desempenhar suas atividades com segurança e excelência profissional e fidelizar a permanência na instituição.

### MÉTODO

Foi realizado a sensibilização dos gestores, através de apresentação dos objetivos do plano a serem realizados. Cada gestor teve que garantir que o colaborador anjo convidado apresentasse conhecimentos e habilidades em todas as técnicas assistências e rotinas listadas no formulário elaborado previamente. Em seguida realizamos a formação dos profissionais “anjos” com os seguintes temas: código de conduta, comunicação verbal e não verbal, sensibilização quanto a importância do trabalho realizado como suas competências e responsabilidades. A equipe de educação continuada apresenta o programa anjo aos novos colaboradores da enfermagem durante a integração institucional e o mesmo receberá na admissão o formulário contendo as principais rotinas do seu setor de trabalho, essas rotinas são baseadas na descrição de cargo e documentos padronizados pela instituição. Os novos colaboradores são direcionados ao seu setor de trabalho onde o “anjo” o acompanhara e apresentara os processos pertinentes às atividades a serem desenvolvidas e que devem ser desempenhados satisfatoriamente. O gestor responsável pelo novo colaborador, utilizará o mesmo formulário como subsídios para promover o desempenho em suas atividades, reconhecendo as contribuições e esforços positivos e ressaltando o que deve ser aprimorado. Após o término do acompanhamento do “anjo” o formulário deverá ser encaminhado para o setor da Educação Continuada, com todos os campos preenchidos, carimbados e assinado pelo gestor, onde os dados serão transcritos para planilha de Excel para análise do indicador da taxa de adesão ao programa anjo e posteriormente arquivado na pasta funcional do colaborador. E como reconhecimento do papel essencial no desenvolvimento do novo colaborador o profissional anjo recebem como prêmio uma folga de recompensa.

### RESULTADOS

Constatamos que houve redução das rescisões antes e ao término do contrato de experiência, com queda de 39% comparado ao mesmo período em 2016 (Gráfico 1), reduzindo no total R\$43.700,00. Em entrevista observamos a satisfação do colaborador anjo com o prêmio folga ao final do período de acompanhamento e tais dados corroboram com a pesquisa de satisfação realizada com os colaboradores ativos, que foram admitidos no período de maio a dezembro 2017, onde identificamos que os mesmos se sentem totalmente cuidados pelo colaborador anjo e observam que as condutas são de acordo com os Valores Marista.



### CONCLUSÃO

Diante dos dados observa-se a necessidade em ampliar o envolvimento de outras áreas, utilizando a mesma metodologia aplicada a equipe de enfermagem, a implantação do programa anjo em todo o hospital além de trazer benefícios aos pacientes contribui a mudança cultural.

<sup>1</sup> Enfermeira Coordenadora do Pronto Atendimento no Hospital Marcelino Champagnat.



# REDUÇÃO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA E ÁGUA

## Rede Mater Dei de Saúde

Autores:

Gustavo Paiva, Anísio Filho e Glauco Silva

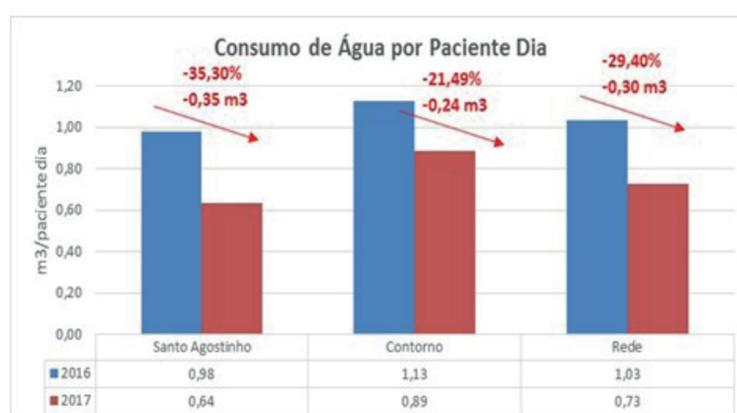
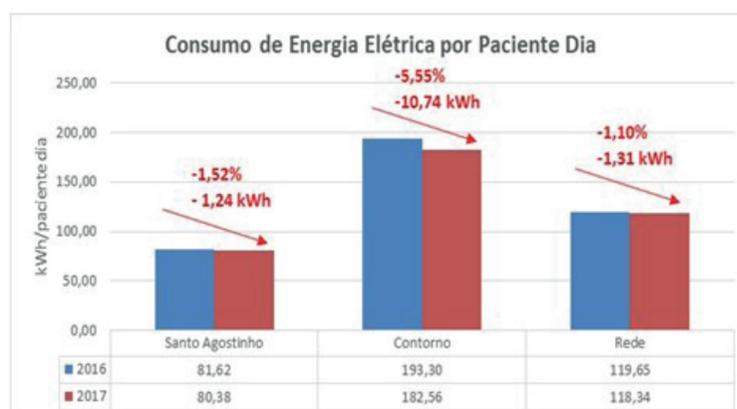
Desde a sua fundação, a Rede Mater Dei mostra-se engajada em práticas de sustentabilidade ambiental e econômica. Neste contexto, o alto consumo de energia elétrica e água, alinhado ao aumento das tarifas destes insumos, provocou a criação de um plano diretor para otimização do uso de recursos, eliminação de desperdícios e sensibilização das equipes visando o consumo consciente.

Considerando a sua criticidade e impacto no negócio, foi desenvolvida uma estrutura analítica com a determinação de frentes de atuação. Foram realizadas visitas de referência, estudos de projetos, determinação de oportunidades e priorização de demandas, gerando um plano de ação robusto com acompanhamento em análises críticas mensais.

As principais ações planejadas e realizadas foram:

- ✦ Realização de campanhas periódicas para conscientização de consumo consciente em meios de comunicação internos e reuniões de equipes.
- ✦ Programação horária de funcionamento dos sistemas de ar condicionado central e periféricos.
- ✦ Alterações de projeto e processo visando a redução do consumo de energia elétrica (setpoint de salas de equipamentos, horário de funcionamento de setores, condições operacionais de chillers, etc).
- ✦ Parametrização dos sistemas de ar condicionado de acordo com a temperatura ambiente.
- ✦ Substituição de equipamentos com baixa eficiência.
- ✦ Desligamento de equipamentos com baixa utilização ou carga.
- ✦ Substituição de lâmpadas convencionais por led.
- ✦ Instalação de drives regenerativos de energia em elevadores.
- ✦ Instalação de sensores de presença e de luminosidade em áreas comuns.
- ✦ Utilização de sistema de reaproveitamento energético de calor gerado em chillers para aquecimento de água.
- ✦ Criação de sistema para reaproveitamento de água em sanitários, irrigação de jardins e limpeza de áreas externas.
- ✦ Criação de fluxo diferenciado para atendimento às demandas de vazamento de água.
- ✦ Instalação de torneiras com sensores de proximidade ou com fechamento mecânico automático.
- ✦ Substituição preventiva de tubulações por tempo de vida útil.
- ✦ Monitoramento diário de consumo, visando o tratamento rápido de falhas ocultas (vazamentos internos, sobrecargas, etc).

Os principais resultados obtidos com a implantação do plano diretor foram:



A redução total do consumo de energia elétrica do Mater Dei Unidade Santo Agostinho foi de 404.764 kWh, o que representa cerca de 80% do gasto médio mensal desta Unidade. Além disso, no Mater Dei Unidade Contorno, a redução por paciente dia foi de 10,74 kWh, gerando uma economia de 5,55%. Mesmo com o crescimento da Rede Mater Dei, a economia de energia elétrica em 2017 comparada a 2016 foi de 1,10%.

O resultado do consumo de água foi ainda mais expressivo. No Mater Dei Unidade Santo Agostinho, a redução do consumo foi de 35,30%, representando uma economia de 30.412 m3 o que equivale a cerca de 5 meses de consumo do ano de 2016. Na Unidade Contorno, o gasto foi reduzido em 21,49% ou 0,24 m3 por paciente dia. A Rede Mater Dei apresentou uma economia de 29,40%, otimizando o consumo de 37.182 m3 de água.

O projeto de redução do consumo de energia elétrica e água é considerado estratégico para a empresa, sendo desenvolvido de acordo com a filosofia de gerenciamento de projetos, desdobrado para o setor de Engenharia de Manutenção e acompanhado pela alta direção. Essa relevância traz responsabilidade, mas ao mesmo tempo robustez e abrangência para as demais áreas do Hospital.

Os resultados mostram-se satisfatórios e importantes, garantindo a sustentabilidade econômica e ambiental da organização.



VOLTAR

## Redução de custos hospitalares de pacientes internados em Hospital Dia para realização de biópsia renal percutânea

Ohtani, RF; Tatebe, ER; Cordon, MNA; Helito, AC.

### Introdução

Os custos na área da Saúde são crescentes em todo o mundo. Em 2018, a equipe médica da Nefrologia Pediátrica do Instituto da Criança (ICr) do Hospital das Clínicas da FMUSP, realizou um estudo retrospectivo avaliando a taxa de complicação de biópsia renal percutânea guiada por ultrassom para acompanhamento de rim transplantado. Não foi notada diferença estatística entre pacientes internados em Hospital Dia e Enfermaria Comum, validando o leito dia como local de internação possível para internação de pacientes com este perfil. Observando esses resultados assistenciais, buscou-se avaliar a diferença de custos entre os dois modelos de internação.

### Objetivo

Este trabalho tem como objetivo quantificar a redução dos custos dos pacientes internados em regime de Hospital-Dia para realização de biópsia renal percutânea em rim transplantado, em relação a pacientes internados em leito comum.

### Metodologia

O estudo retrospectivo transversal analisou dados de pacientes com antecedente de transplante renal, hospitalizados nas duas modalidades para realização da biópsia renal percutânea guiada por ultrassom. A análise clínica avaliou as complicações, tempo de internação e duração do procedimento. Na parte financeira foram avaliados os centros de custos destes setores de internação e do Centro Cirúrgico, para se calcular o custo médio de uma unidade de produção de cada área.

### Resultado

Foram realizados 96 procedimentos entre 2016 e 2017. Em 54 biópsias o paciente estava internado em Enfermaria Comum, sendo que nas demais 42, o regime de internação era em Hospital Dia.

O tempo médio de duração do procedimento foi de 45 minutos, não se percebendo diferença de tempo entre as duas modalidades de internação. O tempo médio de permanência dos pacientes em Hospital Dia não ultrapassou 12 horas, enquanto na Enfermaria Comum, esse tempo foi de 40 horas. 15 complicações do procedimento foram registradas: 9 (14,29%) na internação em enfermaria, 6 (16,67%) em hospital dia. Não houve registro de fatalidades ou re-internações em período menor que 30 após o procedimento.

**Tabela 1 – Tipo de complicação em cada setor de internação e valor de p no teste Qui Quadrado.**

	Enfermaria	Hospital Dia	p
Total Internações	54 (100%)	42 (100%)	-
- Sem complicação	45 (83,33%)	36 (85,71%)	-
- Complicação	9 (16,67%)	6 (14,29%)	0,75
- Sangramento	5 (9,26%)	4 (9,52%)	0,96

O custo total da internação em Hospital Dia foi de R\$ 2.758,48, R\$ 2.108,48 a menos do que o custo total da Enfermaria Comum, totalizando R\$ 4.866,96.

**Tabela 2 – Custo total da internação somado ao custo médio total da biópsia renal.**

Tipo de Custo	Hospital Dia	Enfermaria
Custo médio do da biópsia renal	R\$ 2.103,63	R\$ 2.103,63
Custo médio do paciente-dia sem materiais e medicamentos	R\$ 469,83	R\$ 2.578,31
Custo médio de exame de ultrassonografia pós-procedimento	R\$ 185,02	R\$ 185,02
<b>Total</b>	<b>R\$ 2.758,48</b>	<b>R\$ 4.866,96</b>

### Conclusão

O resultado do trabalho permitiu evidenciar que há uma redução importante dos custos associados ao procedimento, sem comprometimento em qualidade assistencial.

\*Ohtani, RF: Médico, Residente em Medicina Preventiva - PROAHSA do HCFMUSP [rene.ohtani@hc.fm.usp.br](mailto:rene.ohtani@hc.fm.usp.br)

\*\*Tatebe, ER: Médico, Residente em Medicina Preventiva - PROAHSA do HCFMUSP

\*\*\* Cordon, MNA: Médica, Diretora Executiva do Instituto da Criança - HCFMUSP

\*\*\*\*Helito, AC: Médico, Gerente do Hospital-Dia do Instituto da Criança - HCFMUSP



**AUTORES** Alessandra Michalski de Pádua, Marili Pasqualin e Raquel Guedes Carrocini

## OBJETIVO

Redução financeira na conta de exames laboratoriais buscando otimização da operação e sem impactos negativos na qualidade do serviço prestado.

## INTRODUÇÃO

Através da análise do orçamento matricial, constatamos prejuízo financeiro na conta de exames laboratoriais, situação que colocava em risco a sustentabilidade econômico financeira dos Hospitais Marcelino Champagnat e Universitário Cajuru, ambos pertencentes ao Grupo Marista e com localização adjacente.

O Hospital Universitário Cajuru (HUC), até setembro de 2017, possuía um Laboratório de Análises Clínicas próprio. Já o Hospital Marcelino Champagnat (HMC), até dezembro de 2017, possuía um modelo terceirizado. Este cenário gerava estruturas laboratoriais duplicadas, falta de sinergia e de padronização na gestão e nos processos, além de proporcionar um custo alto para o Grupo Marista.

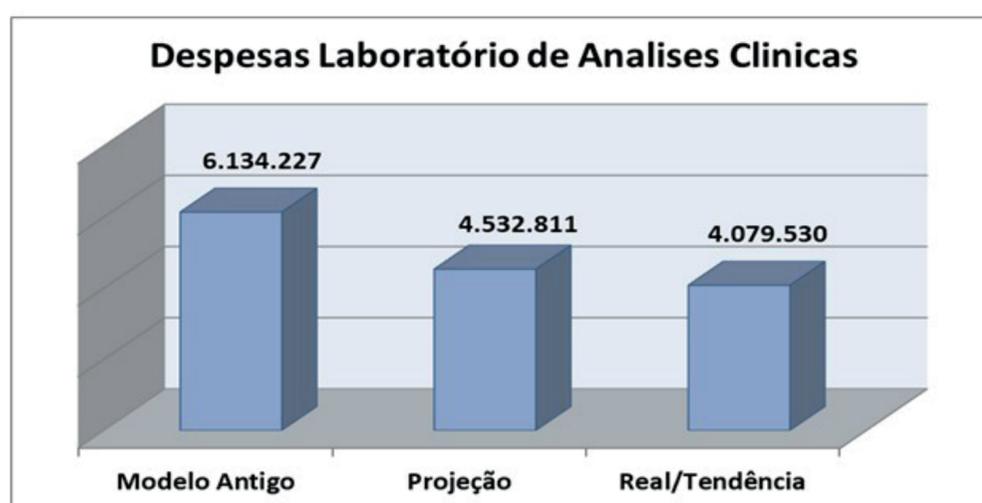
## MÉTODO

Optou-se pelo modelo terceirizado da fase analítica (execução de exames) e pós analítica (disponibilização de resultados) por evidenciar menor tempo de implantação, maior capacidade de investimento tecnológico do terceiro e maior viabilidade econômica financeira. Foi mantida como própria a fase pré-analítica (recepção e coleta de exames) com gestão dedicada. A implantação ocorreu em 01 de setembro de 2017 no HUC e em 01 de dezembro de 2017 no HMC.

## RESULTADOS

Os resultados evidenciados incluem a otimização da operação no que se refere ao espaço físico, por haver apenas uma estrutura laboratorial para ambos os hospitais; gestão e controle efetivo dos estoques; redução no custo por exame, padronização dos processos e atualização do parque tecnológico.

Em valores reais a economia anual para a área da saúde do Grupo Marista chegou a 2 milhões, conforme demonstra o gráfico abaixo:



## CONCLUSÃO

Com a unificação dos laboratórios clínicos dos hospitais do Grupo Marista foram obtidos inúmeros benefícios além dos econômicos financeiros, os quais podemos destacar: aumento da segurança assistencial, maior capacitação técnica da equipe, humanização no atendimento dos pacientes, acesso ao avanço tecnológico na análise dos exames, simplificação das ações do negócio, racionalização do tempo e de recursos humanos, diminuição de gastos com treinamentos, redução dos custos operacionais, maior flexibilidade para se adequar às mudanças do mercado, aumento da competitividade, maior produtividade.

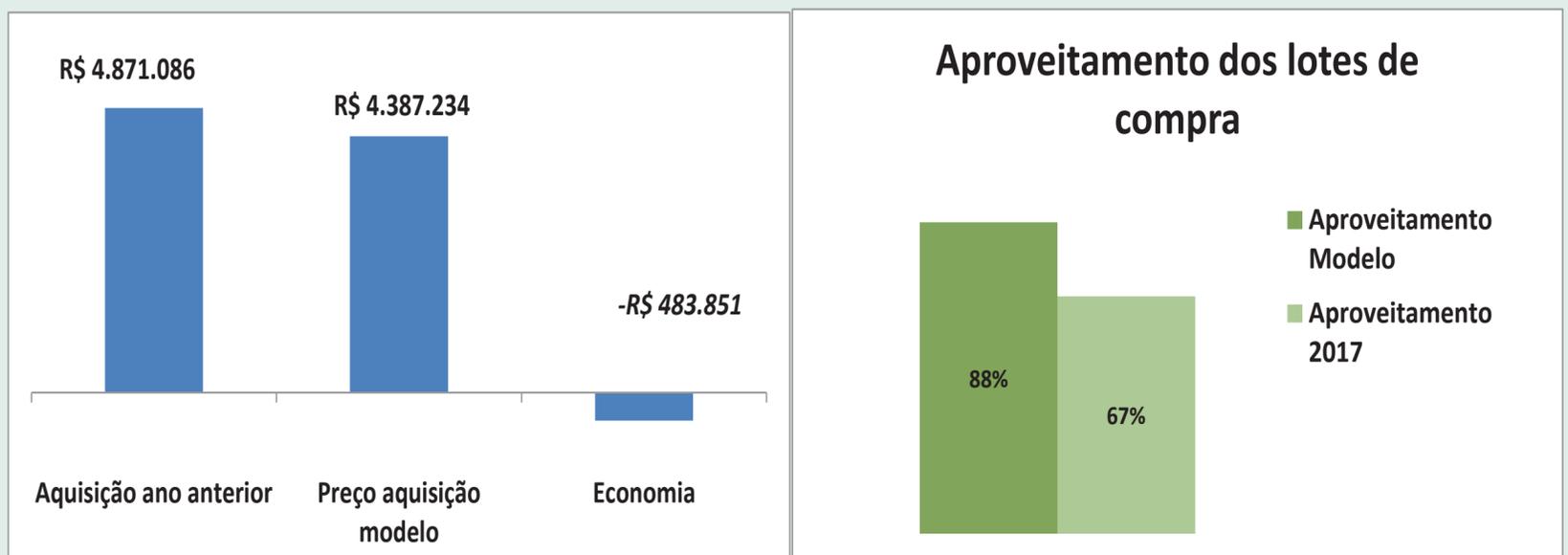


Jorge Luis Bajerski | Luana B. Rodrigues; Luciane C Magalhães; Simone D. Mahmud

**Objetivo:** Promover processos de compras mais assertivos, através de licitações, buscando resultados econômicos favoráveis, em menor tempo.

**Método:** O Hospital de Clínicas de Porto Alegre como empresa pública realiza as aquisições de bens e serviços através de processos licitatórios organizados por lotes de compras que considera a classificação ABC de custeio. O presente estudo buscou alterar esta metodologia, em 8 processos licitatórios piloto, organizando-os por categorias de produtos, ampliando desta forma as oportunidades de mercado, sem restrição da competitividade. Neste sentido, foram promovidas as seguintes ações: mapeamento da base de fornecedores, análise dos fluxos dos processos, avaliação dos cenários interno e externo e processo colaborativo entre as equipes e fornecedores.

## Resultados obtidos:



Economia de R\$ 483.851,46 - 10%

Crescimento de 21% no aproveitamento dos lotes de compra nos processos do modelo

### Referências:

Bim, Cilene: Strategic Sourcing - Manual de Aplicação da Metodologia de Negociação de Compras 2ª Ed. São Paulo: Inlacce - Instituto Latino Americano de Compras Corporativas e Estratégicas, 2016

BRASIL. Lei nº 13.303 de 30 de junho de 2016. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Brasília, DF, junho de 2016.



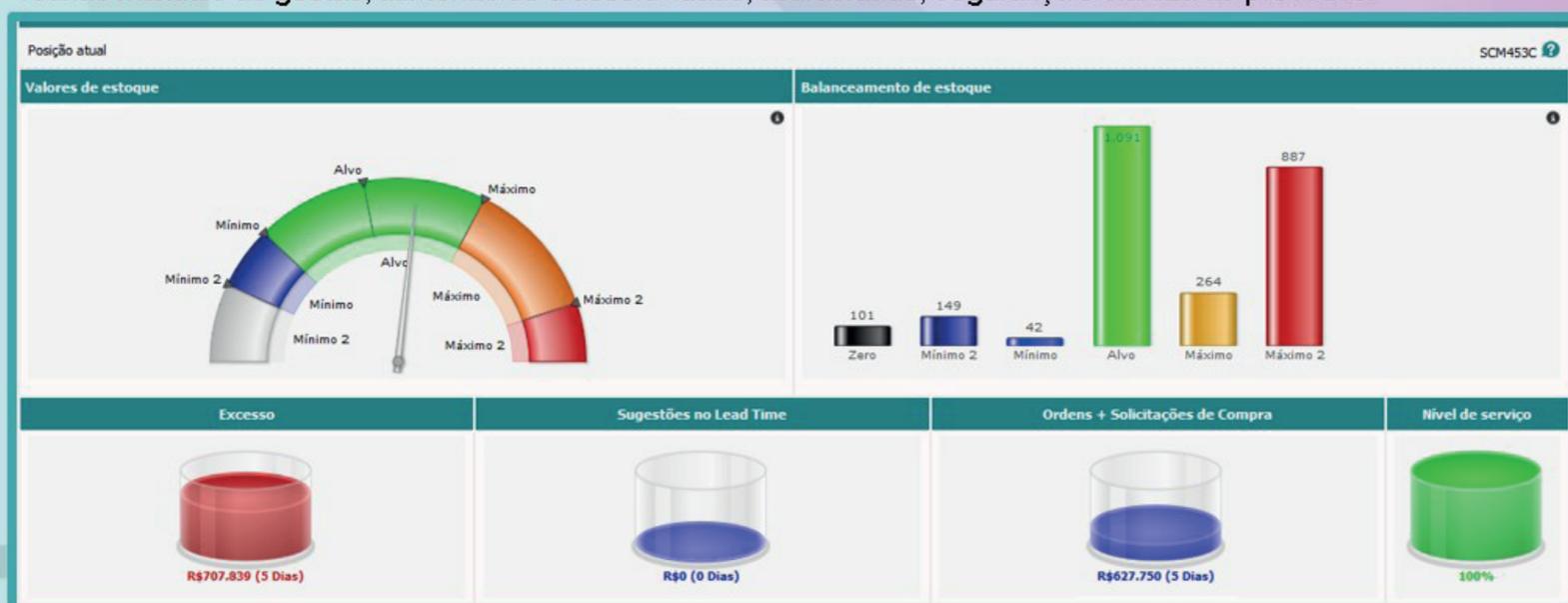
# SISTEMA DE GESTÃO MAIS EFICIENTE DA CADEIA DE SUPRIMENTOS CONTRA OS DESPERDÍCIOS NA ADMINISTRAÇÃO DE ESTOQUE

GLAUCIO ERLEIDE SOUZA, FELIPE AUGUSTO BERNE, FELIPE BIANCHI E FELIPE MOURA SHURRAB

## INTRODUÇÃO

Negligenciar o controle de estoque pode ser fatal para qualquer empresa, agravado para área de saúde. A deficiência de mecanismos para uma completa gestão de estoque hospitalar é uma dificuldade comum em hospitais, pois o controle deverá ser rígido para não incorrer em falta ou excesso de itens, visto quando estes ocorrem causam prejuízos financeiros, e sobretudo podem comprometer a assistência médica.

Neste contexto, visando reduzir as compras de emergência, otimizar recursos financeiros, capital humano, tempo, espaço físico e o nível de serviço, a simplificação da operação por meio de processos sistematizados e acompanhamento de indicadores e relatórios torna-se fundamental. Portanto, o HNSG buscou uma nova solução no mercado que fosse ao mesmo tempo eficaz e eficiente no gerenciamento do estoque. Em parceria com a empresa Bionexo implantamos a solução Plannexo, que realizou a automatização do planejamento de estoques, reduzindo as rotinas manuais de gestão, aumentando a assertividade, acuracidade, segurança e clareza ao processo.

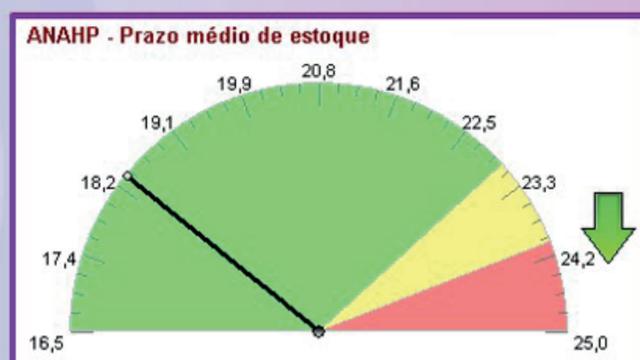
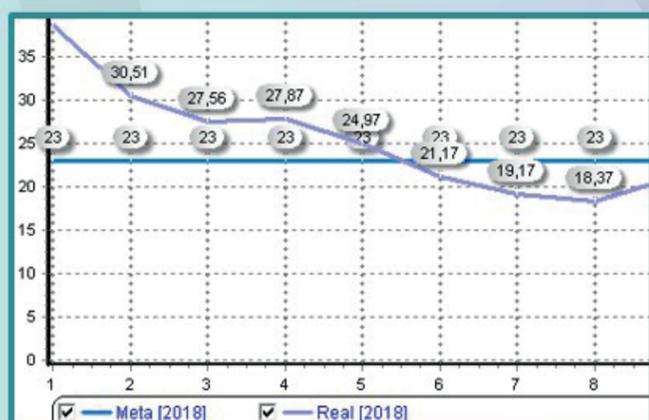


## MÉTODO

Por meio de integração via banco de dados, a solução captura uma imagem do nosso estoque, isso acontece diariamente e de forma automática. Após as tratativas das informações a solução retorna ao sistema TASY as solicitações de compra agrupadas, atualizando periodicamente. São validadas as informações dos estoques disponíveis, onde, antes de gerar uma solicitação de compra, a solução valida a possibilidade de transferência de itens entre os estoques. Foram definidos ainda calendários automáticos de reposição, fazendo o uso da previsão de consumo, seguindo a linhas de constância, tendências e sazonalidades. As análises são baseadas nas curvas de Consumo (ABC), Criticidade (XYZ), Popularidade (PQR) e Facilidade de Reposição (123).

## RESULTADO

Com o acompanhamento da ferramenta reduzimos o estoque, melhorando nossa cobertura. O indicador de cobertura girava em torno de 30 dias, com as indicações da solução reduzimos para cerca de 20 dias, os quais já estão constantes há 3 meses.



## CONCLUSÃO

Durante anos o HNSG vinha buscando alternativas para redução do indicador de tempo de estoque, mesmo possuindo processos enxutos e rotinas de gerenciamento bem definidas, não havíamos conseguido uma redução menor que 23 dias. Contudo, após a implantação da ferramenta já foi possível evidenciar uma gestão mais eficiente na cadeia de suprimentos.



VOLTAR

## INTRODUÇÃO

Na década de 60 a 70 começou a ser empregado o Sistema Toyota de Produção – TPS, em algumas empresas com a finalidade de organizar e minimizar prejuízos e reduzir custos. Para tanto, o Sistema Toyota de Produção opera em dois pilares; o Just - in - time que se refere à produção e transporte daquilo que é realmente necessário no tempo necessário e na quantidade, e o jidoka, que propõe 100% de qualidade identificando falhas e defeitos.

Assim, trabalhando no sentido de buscar melhorias contínuas o Hospital Santa Cruz – HSC, em parceria com a empresa Toyota do Brasil, implantaram a metodologia TPS iniciando-se pelo pronto atendimento da instituição, sendo esta a primeira Instituição no Brasil a implantar esta metodologia. O Pronto Atendimento destes estudo realiza em média de 300 a 400 atendimentos /dia, totalizando de 6000 a 7000 atendimentos/mês.

**Objetivo:** Evidenciar resultados de melhorias na implantação da metodologia do Sistema Toyota de Produção (TPS) no Pronto Atendimento e melhorar o desenvolvimento de pessoas no trabalho (On Job Development).

## MÉTODO

O estudo é um relato de experiência, desenvolvido em um Hospital da colônia Japonesa, com início em 2016 até a presente data. **1ª Etapa - 2016** – Mapeamento do fluxo e levantamento dos problemas, priorizado a melhoria do fluxo sem mudar a planta física. **Na 2ª Etapa - 2017**- Implementação das propostas de melhorias. Proposta 1 - Fluxo Contínuo (separar área de espera), Proposta 2 - Produção Puxada - redução de tempo padrão – diminuir distâncias (reduzir o vai e vem e a espera pelo próximo processo) e diminuir as operações desnecessárias - selecionar o paciente, padronização e minimizar o Lead Time (tempo de espera) entre chamar e receber.

## CONCLUSÃO

O projeto TPS implantado tem mostrando resultados satisfatórios. Encontrou-se muitas dificuldades desde o início do projeto por problemas relacionados à localização e a planta física e devido a aceitação e resistência dos profissionais as mudanças. Entretanto gradativamente foi possível observar as melhorias e o engajamento de todos e a participação e colaboração dos clientes no atendimento de suas necessidades. As propostas de continuidade de melhorias visam estender a metodologia TPS para todas as áreas da instituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A Toyota do Brasil Ltda. <http://www.toyota-global.com>  
Gil A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed., São Paulo: Atlas, 2002  
Hospital Santa Cruz – Disponível em: <http://www.hospitalsantacruz.com>

## RESULTADOS

**Ações em curto prazo:** identificação das áreas de espera, demarcação de piso para equipamentos, melhoria na comunicação visual no corredor dos consultórios. Criação da sala de reavaliação. **Ações a médio prazo:** Mudança no sistema de chamada de pacientes utilizando o sistema informatizado para todas as salas de espera, estudo do fluxo de informação com relação ao atendimento dos terceiros (laboratório e Serviço de Imagem). **Ações a Longo Prazo:** Reforma da área física utilizando os princípios do TPS para melhorar o fluxo de informações, do paciente e da equipe multiprofissional. Disseminação e consolidação da cultura TPS em outras áreas do Hospital: Início das atividades no Pronto Atendimento de Ortopedia.

**Resultados Alcançados:** A mudança de fluxo para contínuo, diminuiu o tempo de espera pelo paciente em 30 minutos. Houve a redução em 22% do tempo utilizado pela enfermagem para montar bandejas de medicamentos que serão administrados no paciente. O profissional passou a medicar com mais agilidade e ganhou 11 minutos por turno. O deslocamento do paciente foi reduzido em 80 metros. Além disso, com a separação das áreas de atendimento, cada profissional tem melhor definição do seu papel nas atividades a serem exercidas. Com a organização do fluxo e dos recursos materiais, o profissional atende com maior rapidez, diminuindo as queixas por espera de procedimentos. Visualmente o ambiente ficou mais organizado. Houve redução de gastos e das queixas dos pacientes.

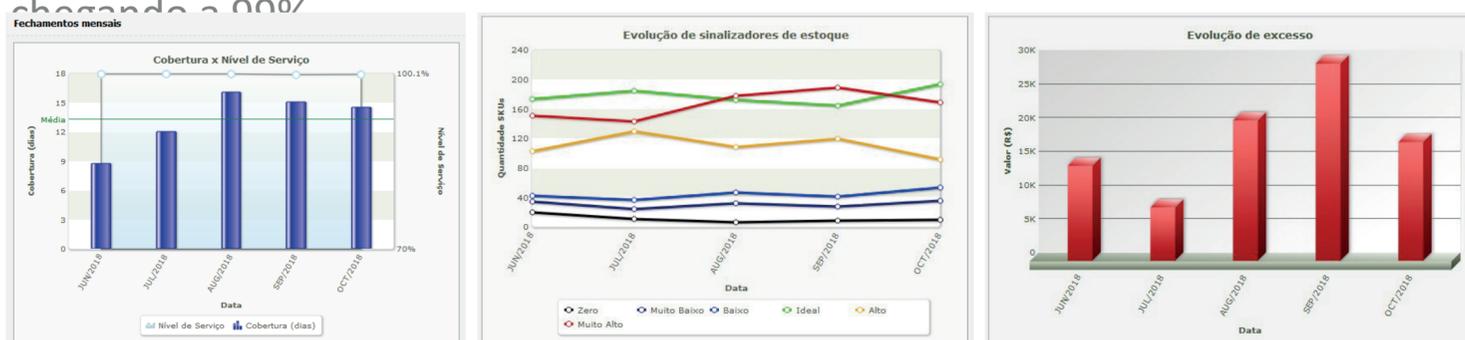


**Introdução:** A gestão da cadeia de suprimentos é um dos principais desafios encontrados dentro de uma organização hospitalar. O compromisso em fornecer uma assistência de qualidade, que envolve toda a cadeia de medicamentos inicia com o alinhamento da demanda adequada, de acordo com o perfil de atendimento de cada unidade, passando por todo processo de controle adequado dos medicamentos. Garantir o fornecimento dos materiais e medicamentos de acordo com a demanda, identificar e inibir possíveis desperdícios gerados pela ausência de processos assistenciais adequados são desafios diários para a promoção da segurança do paciente. A gestão da cadeia de suprimentos compreende o planejamento de todas essas atividades associadas à logística interna e externa de um hospital. A coordenação e colaboração entre todos os parceiros da cadeia, sejam eles fornecedores, compradores, equipe assistencial, tecnologia e setor financeiro são essenciais para o sucesso dos controles implantados.

**Objetivo:** Demonstrar a importância da utilização de ferramentas de tecnologia para potencializar a acuracidade dos controles de estoques visando a redução de desperdícios com um melhor planejamento da demanda, identificando e resolvendo os gargalos dos processos.

**Metodologia:** Utilização de sistema informatizado “Gtplan” para garantir uma maior transparência nos controles de estoques de materiais e medicamentos e melhor adequação do giro de estoques e abastecimento efetivo da logística interna e externa.

**Resultado:** Com a implantação de ferramentas de tecnologia “Gtplan” foi possível evidenciar uma melhoria do nível de serviço das farmácias satélites de giravam em torno de 80% para um atendimento acima de 96%, algumas chegando a 100%.



**Conclusão:** Comprova-se que a utilização de uma plataforma adequada ajuda a instituição a ter um melhor controle dos níveis de estoque como também evita o investimento desnecessário em estoque de produtos, proporcionando uma assistência segura, sem onerar o planejamento financeiro do complexo hospitalar.



# SESSÃO PÔSTER



GOVERNANÇA



VOLTAR



## SEGREGAÇÃO EM FOCO: TREINAMENTO PARA DESCARTE CORRETO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

160 ANOS  
Hospital Português

Deneizuela Gonçalves Da Conceição Vigas Monção, Daniele Ramos Rosa Da Silva, Diego Costa Da Cunha Ferreira

### INTRODUÇÃO

Caracterizam-se resíduos de serviço de saúde (RSS), os resíduos oriundos do descarte realizado por instituições prestadoras de assistência à saúde, que possuem um elevado risco de contaminação e/ou infecção, assim fazendo-se necessário um tratamento especial. Por isso, elaborou-se um treinamento direcionado para todos os profissionais do Hospital Português da Bahia (HP), objetivando a prática do descarte correto dos RSS em toda instituição.

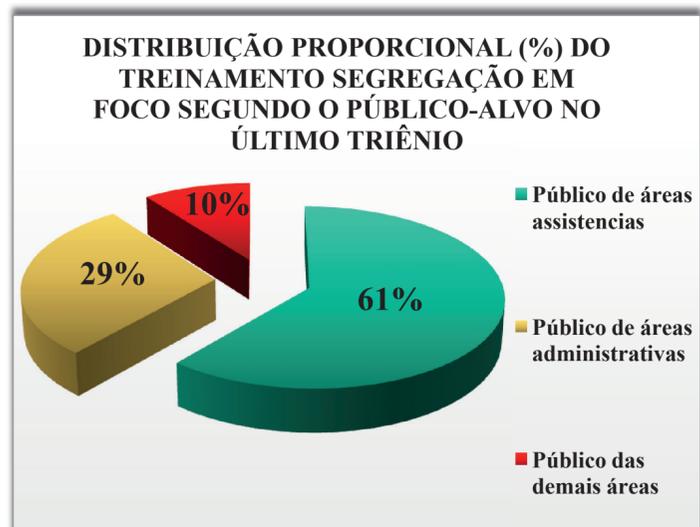
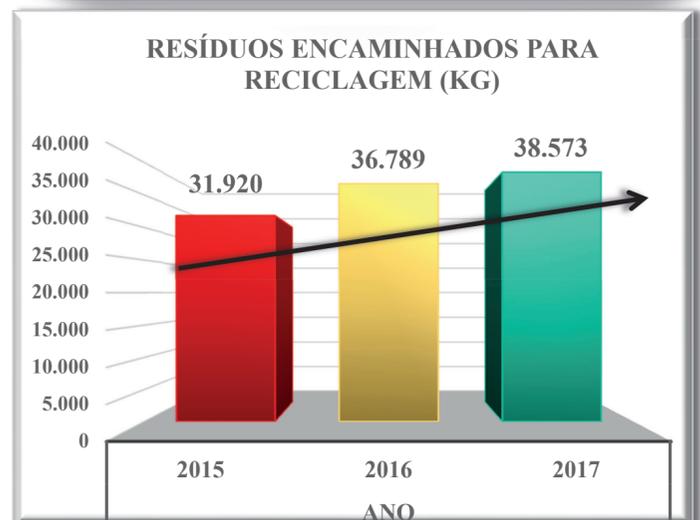
### MÉTODOS

O treinamento une a teoria à prática, levando a oportunidade do aprendizado às unidades geradoras de resíduos de serviço de saúde, “in loco”. Acontece através de três etapas: **1) Expositiva:** os colaboradores da instituição são orientados sobre as características intrínsecas de cada resíduo apresentado no treinamento. **2) Prática:** alguns resíduos de diferentes classificações são sorteados para que os funcionários realizem o descarte nas lixeiras corretas. **3) Debriefing:** é dado feedback quanto ao descarte realizado, esclarecendo quanto à classificação do resíduo escolhido. Em caso de erro, procede um novo descarte no recipiente correspondente ao tipo de resíduo.



### RESULTADOS

- ❖ Redução de 6,3 toneladas no descarte de resíduos perfuro cortantes;
- ❖ Encaminhamento de 38,5 toneladas de resíduos sólidos para reciclagem;
- ❖ Em três anos foram treinados mais 700 profissionais (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, auxiliar de higienização, estagiários e etc.).



### CONCLUSÃO

O treinamento Segregação em Foco sensibilizou profissionais de diversos setores, destacando-se a expressiva adesão da área assistencial, impactando na redução do descarte de alguns tipos de resíduos (como o perfuro cortante) e no encaminhamento de novos resíduos para a reciclagem, além de contribuir para prevenção de acidentes decorrentes do descarte inadequado dos RSS na instituição.



VOLTAR