

3^a mostra de **QUALIDADE**

Estimulando
a excelência



REDE *D'OR*

02	Sumário
03	Introdução
04	Comissão organizadora Comissão julgadora Apoio
05	Comissão avaliadora Menção honrosa dos hospitais
06	Trabalhos premiados
07	1º Videolaringoscópio de manufatura própria em comparação com videolaringoscópio comercial: ensaio clínico randomizado cruzado em simulação com médicos residentes de um hospital terciário.
08	2º Parametrização individualizada de monitores para redução de inconsistência, fadiga de alarmes e melhoria da segurança na recuperação pós-anestésica.
09	3º Redução do tempo de permanência na emergência de pacientes com indicação de hospitalização: programa fast track in.
10	4º Impacto da utilização de exemplos na acurácia e confiança na classificação do risco pré-operatório entre médicos anestesiológista e não anestesiológistas.
11	5º Estratégia multiprofissional para prevenção de lesões de posicionamento no paciente cirúrgico.
12	6º Redução no tempo médio de permanência do paciente com indicação de assistência domiciliar.
13	7º Tracer clínico sobre controle de dor no pós-parto: impacto sobre a percepção do cuidado e a acurácia do registro em prontuário.
	Outros trabalhos de destaque
	Melhoria de processos
15	• Impacto do protocolo de prevenção de hemorragia puerperal na taxa de transfusão sanguínea e gravidade do choque hemorrágico.
16	• Uso de bundle e engajamento da equipe multiprofissional como ferramenta para redução de extubação acidental (ea) em uma UTI (unidade de terapia intensiva) pediátrica.
17	• Profilaxia de tromboembolismo venoso por métodos mecânicos: estratégia educacional para melhoria da segurança na utilização de dispositivos antitrombóticos.
18	• Redução da densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (pav) nas unidades de terapia intensiva.
19	• Apresentação de uma metodologia sistemática para decanulação em alta performance de pacientes traqueostomizados no ambiente intra-hospitalar.
20	• A implantação de um pronto socorro cardiológico dentro de um pronto socorro geral e sua importância na eficiência do tratamento da síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento de st.
21	• Paciente em Prona X Prevenção de lesão por pressão: Um desafio para equipe multidisciplinar no CTI covid.
22	• A utilização do aplicativo de conversas na comunicação com o cliente como forma de aumentar a performance do serviço – um relato de experiência no setor de ressonância magnética.
23	• Aplicação diária do bundle de mobilização precoce como ferramenta classificatória de funcionalidade e norteadora para assertividade na assistência.
24	• Processo de gerenciamento de perda evitada de medicamentos.
25	• Aplicação do método pdsa como ferramenta de elaboração de um ciclo de melhorias na redução de incidência de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva adulto.
26	• Gerenciamento integral do protocolo de TEV em pacientes de altíssimo risco.
27	• Avaliação da composição corporal de pacientes em terapia biológica para tratamento de doenças autoimunes e reumáticas por meio de bioimpedância elétrica.
28	• Registro seguro na terapia nutricional enteral e parenteral: uma mudança de cultura.
29	• Análise comparativa da classificação internacional de doenças realizada pelos médicos e codificadores de um hospital privado.
30	• Os benefícios do uso do protocolo de Londres para identificação de fatores contribuintes e redução de riscos institucionais.
31	• Implantação e gerenciamento do protocolo de acidente vascular encefálico.
32	• Análise e indicadores de processos nos casos de tentativa de suicídio atendidos no hospital.
33	Iniciativas de enfrentamento à pandemia
34	• Busca ativa e análise de resultados de exames de imagem suspeitos para câncer. Uma iniciativa para agilizar o diagnóstico oncológico frente ao impacto da pandemia no rastreamento periódico/check-up de saúde.
35	• Diário de bordo: cuidando de quem cuida.
36	• Avaliação da mudança da mecânica pulmonar após manobra de recrutamento alveolar com a utilização da tomografia por impedância elétrica nos pacientes ventilados mecanicamente com covid-19.
37	• Projeto enfrentando a pandemia com doses virtuais de alegria.
38	• Covid-19 em pacientes pediátricos imunossuprimidos: descrição de aspectos clínicos e prevalência.
39	Cultura de segurança
40	• Do núcleo de segurança do paciente ao código vermelho: descrição da implantação de um protocolo gerenciado para manejo do sangramento agudo grave.
41	• Avaliação de resultados de reações adversas ao uso do contraste iodado na tomografia computadorizada após uso de sistema de notificação pela equipe do setor de imagem.
42	• Near miss event – uma possibilidade prospectiva de mitigar erros na área da saúde.
43	• A importância de auditoria interna relacionada aos padrões de acreditação hospitalar internacional (qmentum).
44	Práticas inovadoras
45	• Grupo de supervisão horizontal: da formação continuada à formalização de práticas psicológicas na oncologia.
46	• Obtenção de acreditação hospitalar internacional utilizando a metodologia ágil scrum com ênfase na eficiência do projeto.
47	• Manejo da via aérea difícil em emergências: estratégia integrativa entre anestesiológistas e emergencistas para melhoria da segurança do paciente.
48	Experiência do paciente
49	• Avaliação da expectativa do paciente como instrumento para melhoria da sua experiência durante atendimento no setor de emergência hospitalar.
50	• Acolhimento ao óbito fetal e neonatal - tornando a vivência do óbito menos traumática.
51	• Instrumento experiência do paciente e sua influência no NPS(Net Promoter Score).

Início

Introdução

dos Anais

Em 2021 realizamos a **3ª MOSTRA DE QUALIDADE REDE D'OR SÃO LUIZ** com o objetivo de divulgarmos as práticas dos hospitais da Rede D'Or São Luiz. A proposta é incentivar aos hospitais o registro de suas boas práticas assim como apresentarem os resultados obtidos, favorecendo benchmarking entre as unidades.

Recebemos **462 trabalhos** no total, 5% a mais do que no ano de 2020, oriundo de 47 hospitais nos vários eixos temáticos: Melhoria de Processos, Iniciativas de Enfrentamento à pandemia, Cultura de Segurança, Práticas Inovadoras, Experiência do Paciente, Casos Clínicos e Diminuição do Desperdício.

Na primeira fase de avaliação contamos com a parceria dos profissionais dos escritórios de qualidade, educação continuada e alguns especialistas dentro dos hospitais da Rede D'Or São Luiz, constituindo uma banca avaliadora de 65 profissionais para pontuação inicial dos trabalhos.

Da segunda fase foram avaliados os **22 melhores trabalhos selecionados**, numa apresentação oral para uma banca de renomados especialistas na área de qualidade, gestão, marketing e pesquisa na área da saúde. Foram premiados os 7 trabalhos com maior pontuação. Os 3 hospitais que tiveram o maior número de trabalhos enviados nessa edição receberam menção honrosa.

Esta publicação contém os resumos, com os respectivos títulos e autores dos **40 melhores trabalhos selecionados pela Comissão Avaliadora**.

Registramos nossos agradecimentos aos membros das Comissões Avaliadoras e da Julgadora pelo trabalho desenvolvido; aos autores que submeteram os trabalhos; à Comissão Organizadora; ao Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino e GPes | Health Branding and Business, pelo empenho para o êxito de do evento.

Nosso agradecimento especial ao Vice-presidente Médico e de Serviços Externos da Rede D'Or São Luiz, Dr. Leandro Reis Tavares, incentivador de todo o trabalho da Qualidade Técnica na empresa e motivador da publicação de nossas boas práticas.

Helidea Lima

Diretora de Qualidade Assistencial
Rede D'Or São Luiz

Em números

462 trabalhos inscritos

1828 autores

Alta de 5% em relação a edição 2020

7 eixos temáticos

- Melhoria de processos
- Iniciativas de enfrentamento à pandemia
- Cultura de segurança
- Práticas Inovadoras
- Experiência do cliente
- Casos clínicos
- Diminuição de desperdício

Comissão Organizadora

Diretora de Qualidade

Helidea Lima

Gerente de Qualidade

Ana Claudia Araújo

Consultoras de Qualidade

Adelaide Breda

Camila Nascimento

Deborah Simões

Fabiana Nogueira

Fernanda Camargo

Laíse Moreira

Priscila de Luca

Vanessa Torres

Comissão Julgadora

Gilmara Espino

Helidea Lima

Maria Elisabeth Moreira

Apoio

IDOR - Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

Juliana Portal da Silva

Comissão Avaliadora

Ana Paula Oliveira
Anna Butter
Annallu Ferreira
Beatriz Murata
Bruna Vaz
Camila Azevedo
Carol Saito
Clauden Veiga
Conceição Almeida
Cristiane Alves
Cristina Vasco
Damiana Santos
Daniel Moreira
Daniela Campelo
Daniela Cardoso
Daniela Kamachi
Darciane Buso
Diana Bortolozza
Edjane Lima
Eliane Simoni
Eva Carvalho

Fabiana Moraes
Fábio Justino
Fernanda Rodrigues
Gabrielle Jordão
Ghabriella Sampaio
Giselle Coel
Glauce Muniz
Glaucia Martyniuk
Henrique Goudar
Juliana Santos Nobre
Juliana Bonfim
Karine Manoel
Kesia Melo
Larissa Fulgêncio
Luana Borsari
Mara Rodrigues
Marcia dos Santos
Marco Tulio
Maria Yasmin Bezerra
Marivaldo Freitas
Mel Espinheira

Mirani Monteiro
Nathalia Costa
Paulo Nogueira
Priscila Vieira
Renata Carocchini
Renata Castro
Ranata Mendonça
Rosa Novelli
Rosana Spolidoro
Rosimery Santiago
Sandra Portella
Sofia Rodrigues
Tamara Lustosa
Tatiana Torres
Tatiany Nemitz
Thais Oliveira
Thamara Petrella
Thatiane Reis
Valéria Leite
Vanessa Costa
Vanuza Vitorelli

Menção Honrosa dos Hospitais

Reconhecimento aos hospitais com o maior número de trabalhos aprovados.

Colocação	Nome do Hospital	Estado	Trabalhos Aprovados
1º	Hospital São Rafael	BA	40
2º	Hospital Itaim	SP	25
3º	Hospital Vivalle	SP	25

Trabalhos Premiados

1º

Videolaringoscópio de manufatura própria em comparação com videolaringoscópio comercial: ensaio clínico randomizado cruzado em simulação com médicos residentes de um hospital terciário.

2º

Parametrização individualizada de monitores para redução de inconsistência, fadiga de alarmes e melhoria da segurança na recuperação pós-anestésica.

3º

Redução do tempo de permanência na emergência de pacientes com indicação de hospitalização: programa fast track in.

4º

Impacto da utilização de exemplos na acurácia e confiança na classificação do risco pré-operatório entre médicos anestesiológica e não anestesiológicos.

5º

Estratégia multiprofissional para prevenção de lesões de posicionamento no paciente cirúrgico.

6º

Redução no tempo médio de permanência do paciente com indicação de assistência domiciliar.

7º

Tracer clínico sobre controle de dor no pós-parto: impacto sobre a percepção do cuidado e a acurácia do registro em prontuário.

Práticas Inovadoras

1º lugar: VIDEOLARINGOSCÓPIO DE MANUFATURA PRÓPRIA EM COMPARAÇÃO COM VIDEOLARINGOSCÓPIO COMERCIAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CRUZADO EM SIMULAÇÃO COM MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Autores:

Victor Sampaio de Almeida | Guilherme Oliveira Campos
Sara Pinheiro Paulo | Samara Dourado Matos | Rodrigo Leal Alves

Introdução: A utilização de videolaringoscópios para intubação traqueal tem sido estudada nos últimos anos, com demonstração de benefícios nos cenários de via aérea difícil. A COVID-19, assim como aquelas doenças causadas por outros agentes infecciosos respiratórios, pode ser transmitida aos profissionais envolvidos em seus cuidados. A intubação e a extubação endotraqueais são procedimentos geradores de aerossóis, que aumentam o risco de transmissão da infecção. O objetivo do gerenciamento das vias aéreas, nestes casos, é protegê-las rapidamente, na primeira tentativa, reduzindo ou eliminando a aerossolização das secreções respiratórias. A videolaringoscopia tem sido recomendada, pois pode aumentar a probabilidade de sucesso, e também permite que o médico permaneça mais distante da orofaringe do doente durante a intubação. Os fatores limitantes à utilização rotineira dos videolaringoscópios são o custo e a disponibilidade dos mesmos. Desta forma, a busca por alternativas de baixo custo e amplamente disponíveis ganhou ainda mais importância. Partindo do projeto disponibilizado pelo site www.ptairangelblade.org, foi desenvolvido um videolaringoscópio estilo Macintosh de ângulo agudo fabricado em impressora 3D. Com base nisso, este projeto propõe-se a avaliar o tempo para intubação orotraqueal utilizando um videolaringoscópio produzido por manufatura própria, comparativamente a um videolaringoscópio comercial já validado. **Objetivo:** Comparar o tempo de intubação entre um videolaringoscópio de manufatura própria e um videolaringoscópio comercial já validado. **Material e métodos:** Estudo clínico prospectivo, randomizado, cruzado, com 60 participantes em uma instituição terciária de saúde. O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do NAPE/IDOR e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do hospital. São avaliados médicos residentes, que realizam intubações em manequins com simulação de via aérea difícil (colar cervical), utilizando um videolaringoscópio de manufatura própria e um videolaringoscópio comercial. Os participantes estão divididos em 2 grupos, de maneira que cada grupo inicia a manobra de intubação com um dos dispositivos, posteriormente utilizando o outro dispositivo. Um avaliador constata o sucesso do procedimento em primeira tentativa e mede o tempo para tal. O grau de dificuldade de intubação foi classificado em uma escala de pontuação de 0 a 10, sendo 0 muito fácil e 10 muito difícil. **Resultados:** Foram avaliados 34 médicos residentes até o momento. O tempo médio de intubação com o videolaringoscópio de manufatura própria foi de 13,6 segundos e do videolaringoscópio McGrath foi de 11,7 segundos e não houve diferença estatística entre os grupos. Para o grupo videolaringoscópio McGrath, foi obtida uma pontuação

média de dificuldade de intubação de 5,5. Já para o grupo do videolaringoscópio de manufatura própria foi obtida uma pontuação de 3,5, diferença com significância estatística entre os grupos. **Discussão:** Um videolaringoscópio de baixo custo pode salvar vidas, especialmente nos países em desenvolvimento. No contexto da pandemia pelo COVID-19, este benefício foi amplificado. Há a preocupação quanto aos aspectos técnicos do desenvolvimento e produção por manufatura própria destes dispositivos, especialmente quanto à segurança como rupturas, geração de corpos estranhos nas vias aéreas e lesão de mucosas. Durante o presente estudo, não foram verificados danos aos manequins ou aos dispositivos utilizados. Entretanto, após a conclusão deste trabalho, ainda são necessários estudos que comprovem a segurança e a efetividade de seu uso em seres humanos, além do registro nas agências reguladoras de produtos médicos. **Conclusão:** Baseado nos resultados iniciais de testes realizados em manequins com simulação de via aérea difícil, constatou-se que não houve diferença estatística com relação ao tempo de intubação de um videolaringoscópio de manufatura própria, comparado com um videolaringoscópio comercial (McGrath). É necessário, ainda, concluir a randomização com o número de participantes previstos.

Referências:

CHEN, X. et al. Perioperative Management of Patients Infected with the Novel Coronavirus Recommendation from the Joint Task Force of the Chinese Society of Anesthesiology and the Chinese Association of Anesthesiologists. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, v. 132, n. 6, p. 1307-1316, 1 jun. 2020.

HEALY, D. W. et al. A systematic review of the role of videolaryngoscopy in successful orotracheal intubation. *BMC anesthesiology*, v. 12, p. 32, 14 dez. 2012.

ALMEIDA, V. S. et al. Challenges of prototyping, developing, and using video laryngoscopes produced by inhouse manufacturing on 3D printers. *Braz J Anesthesiol*, v. 71, n. 3, p. 309-311, 2021.

2º lugar: PARAMETRIZAÇÃO INDIVIDUALIZADA DE MONITORES PARA REDUÇÃO DE INCONSISTÊNCIA, FADIGA DE ALARMES E MELHORIA DA SEGURANÇA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Autores:

Leopoldo Muniz da Silva | Saullo Queiroz Silveira | Andre Pla Gil
Arthur de Campos Vieira Abib | Karen Kato Botelho

Introdução: Alarmes clínicos de monitores multiparamétricos devem alertar o profissional de que algo está fora do normal e direcioná-lo para ação imediata. Portanto, é uma tecnologia indispensável à assistência no pós-operatório durante a recuperação pós-anestésica (RPA). Apesar disso, os alarmes clínicos podem muitas vezes soar com informações inconsistentes e comprometer o tempo estímulo-resposta da equipe assistencial. Dentre as consequências desse fato, destaca-se um fenômeno conhecido como “fadiga de alarmes”, identificado quando um grande número de alarmes encobre aqueles clinicamente significativos, causando indiferença da equipe e fazendo com que os alarmes consistentes sejam ignorados, silenciados ou até desabilitados, comprometendo a segurança do paciente². O gerenciamento de alarmes deve estar centrado na condição clínica de cada paciente, por meio de parametrização individualizada e não de valores basais populacionais padronizados. Contudo, não há estudos na literatura que demonstrem a relevância da parametrização na RPA e seu impacto na fadiga de alarmes. **Objetivo:** Medir a magnitude do efeito de um protocolo de parametrização individualizada de alarmes clínicos em pacientes na RPA como estratégia para redução de alarmes inconsistentes e valorização dos alarmes significativos para tomada de conduta. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo antes e depois, cuja estratégia de intervenção foi a parametrização individualizada de monitores no momento de admissão na RPA. Um protocolo de parametrização de alarmes foi elaborado com base em valores considerados seguros para cada faixa de variação fisiológica e de acordo as comorbidades de cada indivíduo. Monitores foram uniformizados sob o mesmo padrão antes da admissão do paciente. O grupo controle foi observado nas condições habituais de cuidado nas quais a equipe assistencial decidia espontaneamente sobre a necessidade de parametrização, enquanto o grupo intervenção foi observado após treinamento da equipe acerca do protocolo de parametrização individualizada de monitores na admissão na RPA. Cada grupo foi observado durante sete turnos de 6h e cada paciente foi avaliado por dois observadores não assistenciais durante 60 minutos quanto à necessidade de parametrização baseada em comorbidades e sinais vitais pré-indução, ajuste de parametrização pela equipe assistencial, número de alarmes consistentes e inconsistentes e a conduta em cada um dos alarmes, respectivamente. A amostragem foi por conveniência, correspondendo a 16% do total de pacientes admitidos na RPA durante os 14 dias de estudo em setembro de 2021. A comparação entre os alarmes clínicos foi realizada por meio de análise de variância e teste de Mann Whitney. Variáveis categóricas foram analisadas pelo teste qui-quadrado (X²). **Resultados:** Foram analisados 139 pacientes durante 14 turnos de 6 horas. Quanto a classificação

de risco pelo estado físico (ASA), 38,85% dos pacientes eram classe I, 55,4% classe II e 5,76% classe III. Vale destacar que 22,2% dos pacientes tinham indicação de parametrização individualizada, porém só foi realizada em 12,3%. No grupo controle a parametrização foi realizada em 2,8% dos pacientes e no grupo intervenção em 21,7% (p=0,001). Quanto à consistência clínica dos alarmes, houve melhora em todos os tipos de alarmes analisados após aplicação do protocolo, reduzindo a inconsistência de 41,42% para 3% (p=0,001). Os alarmes inconsistentes mais frequentes foram relacionados à frequência cardíaca e pressão arterial sistólica. O protocolo foi fator protetor para o desfecho “alarme clínico inconsistente” (RR=0,10; IC 95% 0,01-0,3). Alarmes consistentes ocorreram em 38,5% dos pacientes antes da intervenção e em 28,5% após intervenção, não havendo diferença estatisticamente significativa (p=0,06). Em relação à conduta, o silenciamento dos alarmes consistentes foi observado em 17,4% antes da intervenção e apenas 1,44% após (p<0,001). Ausência de conduta frente a alarmes consistentes foi observado em 29,6% antes da intervenção e em 10% após. Condutas médicas ou de enfermagem após alarmes consistentes foram adotadas em apenas 24,13% dos pacientes antes da intervenção e em 80% após. **Conclusão:** O impacto da estratégia de parametrização individualizada de alarmes na RPA repercutiu positivamente sobre a fadiga de alarmes com redução significativa de alarmes clínicos inconsistentes, e impacto positivo na tomada de conduta em relação à alarmes consistentes, resultando em maior segurança na vigilância clínica dos pacientes assistidos. O anestesiólogo e equipe de enfermagem não estão ao lado dos pacientes a todo momento. Por essa razão, necessitam que a tecnologia seja, de fato, uma ferramenta útil, fornecendo dados consistentes que influenciam na tomada de decisão. Constatou-se, na parametrização individualizada, uma forma racional de utilizar os recursos do monitor, promovendo uma melhor interação “profissional de saúde-tecnologia” para atender mais precisamente às necessidades do paciente cirúrgico de maneira individualizada.

Referências:

Oliveira AEC, Machado AB, Santos EDD, Almeida ÉB. Alarm fatigue and the implications for patient safety. Rev Bras Enferm. 2018 71(6):3035-3040.

Winters BD, Cvach MM, Bonafide CP, Hu X, Konkani A, O'Connor MF, Rothschild JM, Selby NM, Pelter MM, McLean B, Kane-Gill SL; Society for Critical Care Medicine Alarm and Alert Fatigue Task Force. Technological Distractions (Part 2): A Summary of Approaches to Manage Clinical Alarms With Intent to Reduce Alarm Fatigue. Crit Care Med. 2018 ;46(1):130-137.

Melhoria de Processos

3º lugar: REDUÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO: PROGRAMA FAST TRACK IN

Autores:

Eduardo Sahade Darzé | Ila Bahiense | Bárbara Reis
José Ayran | Edson Marques.

Introdução: Pacientes graves na emergência que precisam de hospitalização exigem tratamento rápido e alocação ágil em leito hospitalar operacional, no sentido de garantir sua segurança e liberação da capacidade de atendimento da emergência. **Objetivo:** Reduzir o tempo médio de permanência (TMP) na emergência de pacientes com indicação de hospitalização em 30% em 6 meses (de 315min para 220min), no período de maio a outubro de 2018. **Método:** Foram recrutados prospectivamente 499 pacientes consecutivos atendidos na emergência com indicação de hospitalização entre 05/2018 e 10/2018. Os TMPs na emergência foram comparados entre os períodos anterior (05-06/2018) e posterior (07-10/2018) às seguintes intervenções de melhoria: Implantação de protocolos assistenciais para condições clínicas frequentes; redução do tempo para entrega dos laudos de exames para emergência; criação de alerta no sistema sobre o tempo de permanência; efetivação da internação sem pré-aprovação da operadora; atribuição da responsabilidade do processo de internação ao concierge; publicação semanal do TMP na emergência. O desenvolvimento e execução desse projeto seguiu os conceitos e princípios das metodologias Lean e 6 sigma. A análise estatística foi realizada no programa Action Stat 2.8. **Resultados:** Após a implementação das intervenções de melhoria, houve uma redução de 32% do TMP comparado ao período pré-intervenção - 315 ± 181 min versus 215 ± 154 min; $p < 0,00001$. Nos últimos dois meses do período de intervenção o TMP foi de 182 ± 141 min. A redução global do TMP se deveu a uma redução do tempo entre a chegada do paciente e a solicitação da internação (Assistencial - 143 ± 142 min — 112 ± 124 min) e entre a solicitação e efetivação da internação (Administrativo - 137 ± 111 min — 68 ± 82 min). Observou-se também, durante o mesmo período, uma redução do custo variável médio de R\$ 288,00 para R\$ 175,00. A estimativa anual de redução do custo variável foi de R\$ 270.000,00. **Conclusões:** Através da uniformização e aceleração dos processos assistenciais, eliminação de etapas redundantes e desnecessárias dos processos administrativos e feedback contínuo, foi possível reduzir, significativamente, o tempo de permanência de pacientes graves na emergência e seus custos associados.

Referências:

SPERL T, PTACEK R, TREWN J. Practical Lean Six Sigma for Healthcare. United States of America: MCS Media, Inc. First edition 2014.

Práticas inovadoras

4º lugar: IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE EXEMPLOS NA ACURÁCIA E CONFIANÇA NA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PRÉ-OPERATÓRIO ENTRE MÉDICOS ANESTESIOLOGISTA E NÃO ANESTESIOLOGISTAS

Autores:

Saullo Queiroz Silveira | Leopoldo Muniz Da Silva

Arthur De Campos Vieira Abib | Fernando Nardy Bellicieri | Vanessa Caroliny Pereira

Introdução: A classificação do estado físico da American Society of Anesthesiology (ASA) objetiva qualificar o estado geral de saúde dos pacientes no pré-operatório quanto ao risco de complicações. Essa ferramenta embasa decisões relacionadas a monitorização hemodinâmica, técnica anestésica, alocação em unidade de terapia intensiva no pós-operatório, possibilidade de realização do procedimento em regime ambulatorial e análise de eventos adversos. Dessa forma, a acurácia na aplicação deste score impacta profundamente em diversos processos institucionais em termos de assistência, análise do cuidado e quanto a alocação de recursos. Apesar de amplamente disseminada, esta classificação apresenta natureza ambígua e muito frequentemente é usada de forma inacurada, apesar de a maioria dos médicos julgar-se confiante quanto a seu emprego. Em 2014, a ASA divulgou lista de exemplos de cada uma das classes, dirimindo dúvidas e tornando a aplicação mais objetiva. **Objetivo:** Este trabalho visa avaliar a acurácia e a confiança dos médicos quanto ao emprego desta ferramenta de estratificação de risco e a seguir medir o impacto da exposição aos exemplos da ASA como estratégia educacional. **Métodos:** Foram recrutados médicos da instituição para participarem de um web-questionário que consistia em 10 casos hipotéticos, para os quais os participantes foram primeiro solicitados a atribuir a classificação do ASA com base em seus conhecimentos prévios, e uma segunda vez usando os exemplos aprovados pela ASA para os mesmos casos, aleatoriamente, como estratégia educacional. Os participantes também foram solicitados a avaliar sua confiança sobre a precisão de cada uma de suas respostas, sendo determinada a assertividade para cada um dos casos. Assertividade foi analisada pelo teste de McNemar e o coeficiente Kappa foi calculado para avaliar a concordância entre especialidades. **Resultados:** Participaram do estudo 386 médicos, sendo 272 anesthesiologistas e 114 não anesthesiologistas. A faixa etária predominante foi de menos de 40 anos (70,87%) e 47,7% tinham menos de 4 anos de experiência profissional. Houve redução significativa na proporção de acertos para respondentes com idade acima de 60 anos e mais de 10 anos de experiência de trabalho ($p=0,001$). A acurácia dos anesthesiologistas aumentou de 57% para 70% após os exemplos ($p<0,001$), enquanto a dos não anesthesiologistas foi de 42% para 58% ($p<0,001$). Em todas as situações houve excesso de confiança, denotando que apesar da baixa acurácia, o médico não tem esta percepção o que contribui para a perpetuação da falha. Quando os anesthesiologistas apresentaram 100% de confiança, sua acurácia foi de apenas 58,9% antes de ter contato com os exemplos e 73,8% após contato com eles. Quando os não anesthesiologistas expressaram confiança de 100%, acertaram 38,2% e 60,7% das vezes, antes e após os exemplos, respectivamente. Chama atenção o fato de que ao segregarmos

os casos das classes ASA 1,2 e 3 daqueles relacionados a ASA 4 e 5 encontramos acurácia pior no segundo grupo ($p<0,001$), com tendência a subestimar o risco, o que conduz a uma série de potenciais impactos assistências. Nestes casos a exposição aos exemplos também levou a marcante melhoria na acurácia ($p<0,001$). Foi observada discordância na classificação ASA entre as especialidades quando avaliada todas as questões ($\kappa <0,20$), caracterizando grande variação entre especialidades médicas, mesmo quando utilizadas definições com exemplos. **Conclusões:** Baixa acurácia e excesso de confiança foram observados na utilização da classificação ASA por anesthesiologistas e não anesthesiologistas. Esta combinação tende a perpetuar uma prática não segura ao planejamento do cuidado e ao entendimento das características da população atendida levando a prejuízos na alocação de recursos. A simples exposição a tabela de exemplos aprovada pela ASA foi capaz de melhorar a acurácia na aplicação desta ferramenta e possíveis medidas educacionais, como a exposição desta tabela no interior da sala operatória ou unidades de internação/ambulatórios de avaliação pré-anestésica, podem trazer importantes impactos na assistência e maior segurança aos pacientes cirúrgicos.

Referências:

Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, Zehm CF, Shabot SM, Minhajuddin A, Abouleish AE. Adding Examples to the ASA-Physical Status Classification Improves Correct Assignment to Patients. *Anesthesiology*. 2017 Apr;126(4):614-622.

Naguib M, Brull SJ, Hunter JM, Kopman AF, Fülesdi B, Johnson KB, Arkes HR. Anesthesiologists' Overconfidence in Their Perceived Knowledge of Neuromuscular Monitoring and Its Relevance to All Aspects of Medical Practice: An International Survey. *Anesth Analg*. 2019 Jun;128(6):1118-1126.

Melhoria de Processos

5º lugar: ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE POSICIONAMENTO NO PACIENTE CIRÚRGICO

Autores:

Saullo Queiroz Silveira | Leopoldo Muniz da Silva | Arthur de Campos Vieira Abib
Vanessa Caroliny Pereira | Fernando Nardy Bellicieri

Introdução: As lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico são consideradas complicações frequentes e têm etiologia multifatorial e, apesar dos avanços tecnológicos, ainda configuram um desafio para a prática clínica. A adoção de medidas de proteção adequadas está relacionada à avaliação precoce do risco e tem como premissa promover cuidado seguro e de qualidade, conforto e a individualidade de cada paciente. A equipe perioperatória é responsável por planejar ações que diminuam e previnam complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico, minimizando, assim, potenciais riscos¹. Condições próprias ao paciente e ao procedimento podem aumentar o risco desta complicação, a saber: anestesia geral, procedimentos de longa duração, idade avançada, obesidade, diabetes, sexo masculino, instabilidade hemodinâmica uso de ácido acetilsalicílico e corticoide². **Objetivo:** Avaliar o impacto de diferentes ações multidisciplinares sobre a ocorrência de lesões de posicionamento em pacientes cirúrgicos de acordo a metodologia de ciclos de melhoria PDSA. **Método:** Estudo de Coorte incluindo pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos entre maio de 2019 e julho de 2020 na qual foi analisado o impacto de medidas multidisciplinares trimestrais sequenciais cumulativas para a redução da incidência de lesões de posicionamento. Optou-se por avaliar o impacto de cada medida em intervalos de três meses devido a baixa incidência desta complicação, o que tornaria a análise mensal pouco significativa. Cada melhoria constituiu um ciclo dentro do modelo PDSA, através da implementação e análise da efetividade de diferentes planos de ação. Dessa forma, foram avaliados 5 trimestres denominados de T0, T1, T2, T3 e T4, sendo o primeiro a linha basal e os demais intercalados com quatro diferentes planos de ação cumulativos. A incidência de lesões de posicionamento foi calculada pelo somatório entre lesões percebidas ainda no centro cirúrgico onde há busca ativa e aquelas notificadas pela unidade de internação. No perioperatório, a escala ELPO foi aplicada com registro do seu escore sendo considerado risco alto aqueles com escore maior que 20¹. **Resultados:** Em T0 havia medidas convencionais de prevenção além da aplicação do escore de ELPO com revisão do posicionamento caso este fosse maior que 20, denotando alto risco. Neste trimestre a incidência de lesão foi de 2%. O primeiro plano de ação foi composto de duas frentes: a) revisão do protocolo de posicionamento pelos integrantes da equipe de enfermagem, com a confecção de fotos para ilustrar cada uma das estratégias de posicionamento e inclusão de orientações específicas a cada uma das principais equipes cirúrgicas; b) melhoria da proteção contra lesão ocasionada por dispositivos médicos, especialmente cabos de monitorização. Tais ações levaram a redução da incidência para 1% em T1. O segundo plano de

ação foi a implementação do time de pele após a contratação de enfermeira estomatoterapeuta que analisava e discutia cada um dos casos com a equipe assistencial, além de substituir as meias de compressão 7/8 por ¾, visto que a primeira se associou a uma série de lesões. Após esta medida a incidência em T2 foi de 0,5%. O terceiro plano de ação foi a realização de um work-shop de posicionamento com a equipe de enfermagem, somado a troca dos campos cirúrgicos descartáveis cuja cola levou a casos de escarificação de pele. Em T3 a incidência de lesões foi de 0,8%, porém a análise dos casos não mostrou oportunidade de melhoria e este aumento deveu-se, provavelmente, à considerável redução no número total de cirurgias por conta da pandemia de COVID-19. O terceiro plano de ação foi o feed back e manutenção do engajamento da equipe. A incidência em T4, após alguma normalização no total de cirurgias, foi de 0,1%. **Conclusão:** Ao avaliar todo o período de análise e seus ciclos de melhoria, observou-se que a aplicação da escala de ELPO e conduta baseada no risco como única medida para prevenção de lesão não é suficiente para aumentar a segurança e reduzir eventos. A aplicação de sucessivos planos de ação multidisciplinares cumulativos, desenvolvidos de acordo com a metodologia dos ciclos de melhoria PDSA, mantendo o contínuo engajamento e feed back a equipe assistencial de enfermagem do centro cirúrgico foi efetivo em reduzir a incidência de lesões de posicionamento em hospital terciário com grande número de cirurgias de alta complexidade. Envolver a equipe assistencial e discutir os casos, proporcionando feedback contínuo, agregou valor às estratégias utilizadas e impactou na consolidação da cultura de segurança e melhoria assistencial.

Referências:

Nascimento FCL, Rodrigues MCS. Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2020, v. 28 [Acessado 13 Outubro 2021], e3261. D.L.

Menezes S, Rodrigues R, Tranquada R, Müller S, Gama K, Manso T. Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco [Injuries resulting from positioning for surgery: incidence and risk factors]. *Acta Med Port.* 2013 Jan-Feb;26(1):12-6.

Melhoria de Processos

6º lugar: REDUÇÃO NO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Autores:

Evie Grazzia Leite | Antônio Fernando Borba Fróes Júnior
Luiz Eduardo Ritt | Daniel Beckerath

Introdução: Identificar precocemente o paciente que necessitará de cuidados especiais após a alta tem sido um grande desafio para os hospitais e operadoras de saúde. A análise do cenário permite constatar que existe um tempo elevado entre a identificação da necessidade de home care e a sua efetivação, provocado por falhas na cadeia de cuidados com consequências operacionais importantes, pela exposição do paciente por mais tempo do que seria necessário e pela retenção do leito hospitalar.

Objetivo: Reduzir o tempo entre a admissão e a captação para assistência domiciliar, de 18 dias para 12 dias (33%) em 12 meses, no período de dezembro de 2017 a dezembro de 2018. **Método:** Utilizando a metodologia Lean Six Sigma e tendo por base os dados referentes ao ano de 2017, o fluxo de desospitalização de paciente com necessidade de assistência domiciliar (AD) foi mapeado, a capacidade inicial do processo foi determinada e oportunidades de melhoria foram identificadas. As seguintes ações de melhoria foram implementadas e monitoradas entre 02/04/2018 e 03/12/2018: implementação de escore de probabilidade de saída para AD automatizado com alerta no prontuário eletrônico e por SMS para o médico assistente, ajustes nos formulários de solicitação de AD, formação do time de resposta (equipe multidisciplinar), acordos de prazos com as operadoras, planilha de metas diárias e reuniões com médicos e equipe multidisciplinar. O tempo médio de permanência (TMP) total foi subdividido em tempo entre a admissão e solicitação da AD e tempo entre a solicitação e a saída/captação do paciente. O desenvolvimento e execução desse projeto seguiu os conceitos e princípios das metodologias Lean e 6 sigma. A análise estatística foi realizada no programa Action Stat 2.8. **Resultados:** Foram analisadas 178 solicitações de AD com 130 captações efetivas (73%), sendo 70 pacientes do sexo feminino (53,5%). O escore de probabilidade de saída para AD médio foi de 13,7. Utilizando o ponto de corte de 10 a sensibilidade e especificidade foram 50% e 63%, respectivamente. O nível sigma do processo basal foi de 1,1 e o TMP foi de 17,9 dias. Após as intervenções de melhoria houve uma redução de 54% no TMP total (de 17,9 para 8,3 dias), sendo de 56% no T1 (de 10 para 4,4 dias) e 52% no T2 (de 7,9 para 3,8 dias). Com a redução do TMP houve uma geração de 1.255 leitos-dias potenciais/ano. Adicionalmente, houve uma redução média do custo para as operadoras de R\$ 38.800,00 por paciente. O nível

sigma pós-intervenção foi de 1,7. **Conclusões:** A identificação precoce de pacientes candidatos a AD através de um escore de risco validado e a ação coordenada com as operadoras de saúde resultaram na redução do TMP e dos custos desses pacientes, e em ganhos significativos na capacidade operacional do hospital.

Referências:

B.H. Tess, H.M. Glenister, L.C. Rodrigues, M.B. Wagner; Incidence of Hospital-Acquired Infection and Length of Hospital Stay, Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., February 1993, p. 81-86

HOLLAND, Diane E.; HARRIS, Marcelline R.; LEIBSON, Cynthia L.; PANKRATZ, V. Shane; KRICHBAUM, Kathleen E. Development and Validation of a Screen for Specialized Discharge Planning Services, Nursing Research: January 2006 - Volume 55 - Issue 1 - p 62-71

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, pag. 24, 2009, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf> consultado em 09/08/2018. Acesso em 27/01/2018. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, Informativo 2018, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf. Acesso em 09/08/2018 Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar, Desospitalização. Caderno de Boas Práticas, Fascículo II, 2017, <http://www.neadsaude.org.br/nead-digital/boaspraticas02/>. Acesso em 08/08/2018.

7º lugar: TRACER CLÍNICO SOBRE CONTROLE DE DOR NO PÓS-PARTO: IMPACTO SOBRE A PERCEPÇÃO DO CUIDADO E A ACURÁCIA DO REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Autores:

Leopoldo Muniz da Silva | Erica Cristina de Paula | Arthur de Campos Vieira Abib
Talita Elci de Castro Magalhães | Saullo Queiroz Silveira

Introdução: A preocupação com a qualidade do cuidado está inserida no processo de busca pela melhoria contínua dos processos de atenção e de gestão das instituições de saúde. Indicadores que medem a qualidade de um processo assistencial, são por vezes, baseados em dados de prontuário e não necessariamente refletem o que acontece na prática assistencial, do ponto de vista da percepção do paciente. Entre as ferramentas para avaliação da qualidade disponíveis está o método Tracer, desenvolvido para assegurar que as organizações ofereçam melhoria contínua dos sistemas operacionais, cuidados seguros e de alta qualidade. O uso do método tracer permite analisar como se concretiza na prática os processos assistenciais, o que possibilita avaliar múltiplos aspectos do cuidado e as não conformidades existentes, bem como validar os resultados dos indicadores obtidos com o registro em prontuário. **Objetivo:** Avaliar o grau de concordância entre a percepção do paciente sobre controle de dor e o registro desse sinal vital em prontuário, avaliando a sensibilidade dos indicadores de controle de dor em mensurarem o processo de maneira acurada durante 4 meses.

Método: Estudo longitudinal realizado por meio de tracer clínico durante 4 meses sequenciais cuja condição marcadora foi o controle de dor no pós parto. O tracer clínico foi realizado no pós-parto com o objetivo de avaliar a incidência de dor e verificar, se nestas pacientes, havia percepção do processo de reavaliação e controle de dor concordantes com os cuidados registrados em prontuário quanto ao gerenciamento deste sintoma. A amostra foi composta de 176 pacientes entrevistados em 4 meses, o que correspondeu 6% do total de parto/período de estudo. Os resultados obtidos pelo tracer e aqueles provenientes do registro em prontuário em relação ao gerenciamento da dor foram comparados, adotando-se o índice Kappa como medida para avaliação da concordância. A sensibilidade foi calculada considerando-se o relato de dor da paciente, que foi referida para enfermagem no período pós-parto e relatada na entrevista do tracer clínico como casos “verdadeiramente positivos para dor”. **Resultados:** Os indicadores do gerenciamento do protocolo de dor na maternidade por meio da análise de prontuários mostraram mediana da taxa de adesão ao processo de reavaliação da dor de 83% no período de janeiro a setembro de 2021. O primeiro tracer realizado em junho mostrou que 37% dos pacientes referiram dor no pós parto e destes apenas 28,47% tiveram abertura de gerenciamento realizado com registro em prontuário. Comparando-se os resultados obtidos no tracer com aqueles provenientes do registro em prontuário, obteve-se um índice Kappa=0,34 (0,12-0,53), denotando concordância apenas razoável entre o registro e a realidade. A sensibilidade para o indicador baseado no prontuário de foi de apenas 28% quando comparado a incidência evidenciada no tracer. Após análise inicial, algumas ações foram instituídas visando reduzir a

discordância entre o registro e os fatos. Duas frentes de ação foram instaladas: a) Discussão na passagem de plantão sobre os casos de gerenciamento da dor abertos visando engajamento da equipe assistencial. b) inclusão do paciente no cuidado por meio de medidas educacionais como informação sobre o processo de tratamento da dor, medicações utilizadas e momentos de reavaliação.. No último tracer (setembro de 2021), 32% das pacientes referiram dor e destes, 64% tiveram abertura do gerenciamento de dor de maneira adequada em prontuário. Comparando-se os resultados do tracer com o registro em prontuário, obteve-se um índice Kappa = 0.70 (0,46-0,93), denotando concordância forte entre o registro e a realidade e levando a melhoria da sensibilidade do indicador para 64%. Destaca-se também que 21,42%, durante o último tracer, referiram dor moderada na reavaliação e sentiam-se confortáveis com o cuidado dispensado até então, não requerendo medicações adicionais e denotando que a existência do protocolo melhora a qualidade percebida pelo paciente indiferente da ocorrência ou não de dor. **Conclusão:** O tracer clínico sobre controle de dor no pós parto permitiu determinar que havia concordância apenas moderada entre os fatos e o registro em prontuário, com conseqüente baixa sensibilidade do indicador, fazendo com que indivíduos com este sintoma não fossem incluídos no gerenciamento e enviando a análise dos resultados do protocolo e seu impacto sobre o cuidado. Além disso, analisar processos assistenciais que envolvem a percepção do paciente requerem mais do que indicadores baseados em registro em prontuário, mas análises periódicas por meio de tracers clínicos, reduzindo viés de informação. Envolver o paciente no cuidado e considerar que o controle de dor deva ser percebido pelo paciente para melhoraria assistencial foi um fator que implicou positivamente na melhoria da acurácia do registro de gerenciamento da dor, o que refletiu em melhor ajuste entre a assistência descrita em prontuário e o que de fato ocorreu na prática assistencial. O nível de conforto é outro fator que pode ser considerado no processo de reavaliação da dor, não sendo a escala de dor quantitativa um indicativo absoluto de que o paciente necessita de tratamento farmacológico no processo de gerenciamento.

Referências:

Bouchard C, Jean O. Tracer methodology: an appropriate tool for assessing compliance with accreditation standards? *Int J Health Plann Manage.* 2017;32(4):e299-e315.

Ross A, Feider L, Nahm ES, Staggers N. An outpatient performance improvement project: abaseline assessment of adherence to pain reassessment standards. *Mil Med.* 2017;182(5):e1688-95.



MELHORIA DE PROCESSOS

- Impacto do protocolo de prevenção de hemorragia puerperal na taxa de transfusão sanguínea e gravidade do choque hemorrágico.
- Uso de bundle e engajamento da equipe multiprofissional como ferramenta para redução de extubação acidental (ea) em uma UTI (unidade de terapia intensiva) pediátrica.
- Profilaxia de tromboembolismo venoso por métodos mecânicos: estratégia educacional para melhoria da segurança na utilização de dispositivos antitrombóticos.
- Redução da densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (pav) nas unidades de terapia intensiva.
- Apresentação de uma metodologia sistemática para decanulação em alta performance de pacientes traqueostomizados no ambiente intra-hospitalar.
- A implantação de um pronto socorro cardiológico dentro de um pronto-socorro geral e sua importância na eficiência do tratamento da síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento de st.
- Paciente em Prona X Prevenção de lesão por pressão: Um desafio para equipe multidisciplinar no CTI covid.
- A utilização do aplicativo de conversas na comunicação com o cliente como forma de aumentar a performance do serviço – um relato de experiência no setor de ressonância magnética.
- Aplicação diária do bundle de mobilização precoce como ferramenta classificatória de funcionalidade e norteadora para assertividade na assistência.
- Processo de gerenciamento de perda evitada de medicamentos.
- Aplicação do método pdsa como ferramenta de elaboração de um ciclo de melhorias na redução de incidência de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva adulto.
- Gerenciamento integral do protocolo de TEV em pacientes de altíssimo risco.
- Avaliação da composição corporal de pacientes em terapia biológica para tratamento de doenças autoimunes e reumáticas por meio de bioimpedância elétrica.
- Registro seguro na terapia nutricional enteral e parenteral: uma mudança de cultura.
- Análise comparativa da classificação internacional de doenças realizada pelos médicos e codificadores de um hospital privado.
- Os benefícios do uso do protocolo de Londres para identificação de fatores contribuintes e redução de riscos institucionais.
- Implantação e gerenciamento do protocolo de acidente vascular encefálico.
- Análise e indicadores de processos nos casos de tentativa de suicídio atendidos no hospital.

IMPACTO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PUERPERAL NA TAXA DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E GRAVIDADE DO CHOQUE HEMORRÁGICO

Autores:

Marina Curralo | Leopoldo Muniz da Silva | Arthur de Campos Vieira Abib
Saullo Queiroz Silveira | Ana Liliam Bonato Rossi Barreto

Introdução: A hemorragia pós parto (HPP) é a principal causa evitável de morte materna no mundo. É essencial que instituições e profissionais que prestam assistência ao parto desenvolvam políticas para prevenir, diagnosticar precocemente e manejar de forma racional a HPP. Esta complicação exige a instituição simultânea de múltiplas ações para o manejo terapêutico adequado, o que justifica a presença de um sistema de trabalho coordenado entre as unidades assistenciais envolvidas. Logo, protocolos estruturados que visem a classificação do risco, o diagnóstico precoce e padronização do tratamento são essenciais e podem reduzir complicações relacionadas ao choque hemorrágico, reduzindo a necessidade de transfusão e o tempo de internação, dentre outras complicações. **Objetivos:** Analisar o impacto da implantação de políticas assistenciais baseadas em evidências clínicas sobre o manejo da HPP sobre os desfechos maternos, aqui representados pela taxa de transfusão sanguínea e taxa de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) no pós-parto. **Método:** Estudo longitudinal de série temporal realizado em uma maternidade de alto risco por meio da análise de desfechos relacionados ao protocolo de hemorragia puerperal no período de janeiro de 2019 a setembro de 2021. Os desfechos considerados foram: proporção de pacientes que evoluíram com HPP e necessitaram de transfusão sanguínea, proporção de unidades de concentrado de hemácias transfundidas por paciente e proporção de internações em UTI no pós-parto. Em 2020, diversas ações de educação e divulgação do protocolo de HPP foram realizadas, tais como: 1) As oficinas da estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvidas pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS); 2) Simulação em HPP no ambiente do centro obstétrico para equipe assistencial; 3) Treinamento de anestesiológistas e enfermeiros sobre o protocolo; 4) estratégias operacionais de mensuração de perdas sanguíneas em sala de parto; 5) informes clínicos para divulgação para corpo clínico externo; 6) contratualizações com áreas de apoio para atendimento emergencial; 7) Implantação do código vermelho. Em 2021, foi iniciado o gerenciamento de todas as etapas do protocolo. Os dados foram obtidos por meio do registro de transfusões do banco de sangue e relatórios de registro de encaminhamento de pacientes do centro obstétrico. Proporções foram calculadas pelo número de eventos analisados/número de partos mês. Mediana e percentil 25-75% foram representadas e comparados pelo teste de Mann-Whitney, considerando-se como significativo $p < 0,05$. **Resultados:** A mediana da proporção de pacientes que necessitaram de transfusão sanguínea devido à hemorragia puerperal foi de 1,16 (0,80-1,5) em 2019, 0,7 (0,6-0,86) em 2020 e 0,74 (0,5-1,10) em 2021. Houve redução estatisticamente significativa na proporção de

pacientes transfundidos entre 2019 e 2020 ($p=0,04$). Considerando-se que a gravidade da perda sanguínea se relaciona a quantidade de concentrados de hemácias transfundidos observamos que em 2019 a proporção foi de 2,4 unidades/paciente (1,9-2,8), em 2020 foi de 2,0 unidades/paciente (1,6-2,18) e em 2021 1,8 unidades/pacientes (1,5-2,0), com tendência de redução em 2021 ($p=0,06$). A mediana da proporção de internações em UTI no pós-parto devido à hemorragia puerperal foi de 0,42 (0,32-0,75) em 2019, 0,40 (0,31-0,41) em 2020 e 0,18 (0,17-0,24) em 2021 havendo portanto redução estatisticamente significativa no percentual de pacientes encaminhadas à UTI por HPP ($p=0,02$). A partir de 2021, diversas etapas do protocolo de HPP começaram a ser gerenciadas após ciclos de treinamento institucional e divulgação do protocolo em 2020. Houve aumento significativo do número de pacientes incluídos no protocolo de HPP (65%) em 2021 denotando melhoria na classificação de risco. Esta melhoria na classificação com consequente inclusão de maior número de pacientes no protocolo favoreceu a adoção de medidas profiláticas antes da ocorrência, ou agravamento do evento. As medidas iniciais de prevenção em pacientes com risco de HPP apresentaram mediana de conformidade de 96% em 2021. O uso do ácido tranexâmico, medida comprovadamente eficaz para reduzir o sangramento relacionado a hemorragia puerperal foi executado por 100% dos anestesiológistas em 2020 e 2021. **Conclusão:** Estruturação do protocolo, educação continuada da equipe assistencial e gerenciamento do protocolo em todas as suas etapas tiveram impacto na melhoria de desfechos em pacientes com HPP, havendo redução da necessidade de transfusões e internação em unidade de terapia intensiva, o que se traduz em menor gravidade devido a um cuidado estruturado mais efetivo em pacientes de maior risco.

Referências:

Osanan GC, Padilla H, Reis MI, Tavares AB. Strategy for zero maternal deaths by hemorrhage in Brazil: a multidisciplinary initiative to combat maternal morbimortality. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(3):103-5.

Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, et al. National Partnership for Maternal Safety: consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Anesth Analg.* 2015;121(1):142-8.

Melhoria de Processos

USO DE BUNDLE E ENGAJAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA PARA REDUÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL (EA) EM UMA UTI (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA) PEDIÁTRICA

Autores:

Fabiola Peixoto Ferreira La Torre | Marcia Regina Alves Portugal

Patricia Gaban Pletitsch Grandini | Dulce Ângelo Macedo | Vanessa Messias Barros

Introdução: Em final de 2019 e início de 2020 houve um aumento importante na taxa de Extubação Acidental (EA) na UTI Pediátrica, que consiste na retirada não planejada do dispositivo ventilatório, evento adverso com potencial dano grave que predispõe: hipoxemia, bradicardia, parada cardiorrespiratória, descompensação clínica, trauma de via aérea/oral, broncoaspiração e óbito. (1,2,3) A manutenção de pacientes com via aérea artificial é hoje uma prática segura, mas não isenta de riscos. (1) Apesar do progresso e do atual estágio dos cuidados intensivos pediátricos, o risco de EA ainda persiste, sendo sua incidência atual estimada nos diversos centros de Terapia Intensiva Pediátrica entre 0,92 e 3,6 extubações acidentais para cada 100 dias de entubação. (3,4,5) Os fatores de risco atribuídos à EA mais frequentemente descritos na literatura são idade do paciente, gênero, agitação motora, acúmulo de secreções no tubo endotraqueal, duração da intubação, método de fixação do tubo endotraqueal, uso de sedativos, proporção de enfermeiros por leito, extubação planejada, dentre outros. (6,7) O presente estudo teve como objetivo geral analisar as causas da EA, a fim de reduzi-la. Os objetivos específicos foram caracterizar os fatores causais, implantação de um ciclo de melhorias e planejamento com ação imediata para sua redução. Os dados deste estudo permitiram concluir que as EAs na UTI Pediátrica são um desafio para a qualidade e segurança do paciente pediátrico, mas são considerados eventos evitáveis e com potencial dano grave, havendo oportunidade pela busca de melhores resultados e atingir a alta confiabilidade. (10,11,12) **Objetivo:** O objetivo do projeto foi reduzir em 50% a taxa de EA na UTI Pediátrica (de 1,3/100 VM-dia para 0,65/100 VM-dia), no período de outubro/2019 a abril de 2020. **Método:** A pesquisa caracteriza-se como intervencionista e prospectiva. Utilizou-se o diagrama de Ishikawa para análise dos fatores causais que levariam a EA: Fixação inadequada da Cânula (fixação da cânula solta, salivação excessiva com redução da fixação, não planejar a troca do fixador e fragilidade no monitoramento da fixação); Falha no desmame (falta de protocolo institucional e redução inadequada do desmame); Posicionamento inadequado da cânula e circuito (falha no posicionamento e monitoramento, número da fixação da cânula não visível para monitoramento da altura e posicionamento inadequado no Rx para avaliação da cânula); Restrição física inadequada (falta de restritor adequado e falha do monitoramento da restrição); Falha na Educação e Engajamento da Família (Falta de orientação aos familiares e falta de participação da família) e Agitação e sedação inadequada (analgesia inadequada e agitação psicomotora do paciente). Foram realizadas reuniões com equipes multidisciplinares, incluindo qualidade e alta gestão do hospital. No PDSA foram realizados: Revisão da técnica de fixação de COT; Criação do bundle de extubação acidental e treinamento da equipe multidisciplinar; Treinamento in loco da equipe de fisioterapia e enfermagem quanto aos cuidados com a COT e contenção do paciente; Revisão do protocolo de sedação e introdução do protocolo de desmame da unidade. Como intervenção, as idéias de mudança adotadas foram: Fixação de cânula adequada, Reavaliação do número de fisioterapia de acordo com cada paciente (excesso de secreção), Treinamento do Bundle de extubação acidental; Acompanhamento do médico nos procedimentos de troca de fixação de COT pelo fisioterapeuta e enfermeiro nos casos com alto risco de EXT; ênfase na comunicação e envolvimento dos familiares nas visitas multidisciplinares; treinamento dos protocolos com as equipes médicas e fisioterapia. **Resultados:** Houve redução de 2,7 para 0 EAs para cada 100 dias de entubação, nos primeiros 6 meses, de outubro de 2019 a abril de

2020. Em 2020 não houve casos de EA. De janeiro a setembro de 2021 a taxa foi 0,63 Eas para cada 100 dias de entubação. Como Indicadores de Processo, foram utilizadas - taxa de controle de sucesso da extubação de 100% em 2020 e 94,4% em 2021; adesão ao monitoramento da altura da cânula: 100% (outubro de 2019 a setembro de 2021); adesão ao monitoramento da escala de sedação: 90% (outubro de 2019 a setembro de 2021); adesão do acompanhamento do médico nas trocas de fixação: 95% (outubro de 2019 a setembro de 2021). **Conclusões:** O projeto de melhoria atingiu o objetivo, reduzindo a EA na UTI Pediátrica, acima da meta estabelecida. Uma baixa taxa de EA é sustentável, mesmo no cenário de aumento do volume e acuidade do paciente. Além disso, a identificação precoce de pacientes com maior risco de EA também pode contribuir para diminuir sua incidência. (8) A taxa de EA é maior em pacientes com menos de 6 anos. Fatores como diminuição do nível de sedação, fixação inadequada do tubo endotraqueal, contribuem para a EA em crianças. (9) O estudo mostrou que medidas de redução da incidência de EA centradas na manutenção devem envolver a relação médico/fisioterapia/enfermeiro/paciente, além da capacitação periódica de toda a equipe multiprofissional. A extubação mais precoce reduz a duração da ventilação mecânica e deve ser outra estratégia para a redução das EA (10,11,12).

Referências:

- Piva JP & Garcia PC. Ventilação mecânica em pediatria. In: Piva JP, Carvalho P, Garcia PC, (eds) Terapia Intensiva em Pediatria. 4a ed. Rio de Janeiro: Medsi 1992; 235-260.
- Rivera R, Tibballs J. Complications of endotracheal intubation and mechanical ventilation in infants and children. Crit Care Med 1992; 20:193-199.
- Scott PH, Eigen H, Moyer LA, et al. Predictability and consequences of spontaneous extubation in a PICU. Crit Care Med 1985; 13:228-232.
- Little LA, Koenig JC, Newton CJL. Factors affecting accidental extubation in neonatal and pediatric intensive care patients. Crit Care Med 1990; 18:163-165.
- Da Silva P, Fonseca M. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. Anesth Analg. 2012 May;114(5):1003-14.
- Razavi SS, Nejad RA, Mohajerani SA, Talebian M. Risk factors of unplanned extubation in pediatric intensive care unit. Tanaffos. 2013;12(3):11-6.
- Thompson JE, Farrell E, McManus M. Neonatal and pediatric airway emergencies. Respir Care 1992; 37:582-597.
- Censoplano NM, Barrett CS, Ing RJ, Reichert K, Rannie M, Kaufman J. Achieving Sustainability in Reducing Unplanned Extubations in a Pediatric Cardiac ICU. Pediatr Crit Care Med. 2020 Apr;21(4):350-356.
- Fitzgerald, RK, Davis AT, Hanson SJ, National Association of Children's Hospitals and Related Institution PICU Focus Group Investigators Multicenter Analysis of the Factors Associated With Unplanned Extubation in the PICU. Pediatric Critical Care Medicine: September 2015 - Volume 16 - Issue 7 - p e217-e223
- Sadowski R, Dechert RE, Bandy KP, Juno J, Bhatt-Mehta V, Custer JR, et al. Continuous quality improvement: reducing unplanned extubations in a pediatric intensive care unit. Pediatrics. 2004;114:628-32.
- Marcin JP, Rutan E, Rapetti PM, Brown JP, Rahnamayi R, Pretzlaff RK. Nurse staffing and unplanned extubation in the pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med. 2005;6:254-7.
- Yeh SH, Lee LN, Ho TH, Chiang MC, Lin LW. Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units. Int J Nurs Stud. 2004;41:252-62.

Melhoria de Processos

PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO POR MÉTODOS MECÂNICOS: ESTRATÉGIA EDUCACIONAL PARA MELHORIA DA SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS ANTITROMBÓTICOS

Autores:

Leopoldo Muniz da Silva | Ricardo Ferrer | Karen Kato Botelho
Arthur De Campos Vieira Abib | Saullo Queiroz Silveira

Introdução: O desenvolvimento do tromboembolismo venoso (TEV) depende da alteração em um ou mais fatores da tríade descrita por Virchow em 1856, a saber: fluxo sanguíneo (estase venosa), componentes sanguíneos (hipercoagulabilidade) e parede vascular (lesão endotelial). A profilaxia mecânica ou física atua reduzindo a estase sanguínea, principal fator da tríade de Virchow, através de métodos que aumentam o retorno venoso através da ativação e ou mimetização da bomba muscular da panturrilha. A ativação dessa bomba pode ser executada por meio da mobilização precoce e fisioterapia, enquanto compressão pneumática externa intermitente a mimetiza por meio da compressão sequencial tornozelo e panturrilha. Contudo, a utilização inadequada de tais dispositivos pode ocasionar lesões por pressão nos membros. **Objetivo:** Analisar a efetividade de uma estratégia educacional para profissionais de saúde sobre medidas de profilaxia mecânica para TEV em pacientes cirúrgicos. **Método:** Estudo transversal realizado com profissionais de saúde em um hospital de alta complexidade em março de 2021. Treinamento no modelo de workshop prático com manequins e dispositivos antitrombóticos foi realizado e questionário foi aplicado antes do treinamento e após. A profilaxia mecânica considerada como adequada foi o conjunto de meias antiembólicas de compressão graduada (MACG) associada a compressão pneumática externa intermitente. Discussão de como proceder em relação a mensuração correta das medidas necessárias do paciente (circunferência da panturrilha e coxa) para escolha correta do tamanho dos dispositivos foi fundamental para reduzir a possibilidade de lesões pelo uso de MACG. **Resultados:** Foram incluídos no treinamento 66 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Quanto à classificação de risco para TEV, 88,8% sabiam aplicar a estratificação de maneira adequada e após treinamento, 100% compreenderam a classificação. Quanto aos fatores de risco, 83% souberam identificar adequadamente tais fatores e após treinamento, 100%. O conhecimento inicial sobre colocação de MACG e dispositivos antitrombóticos mostrou-se adequado em 55% e após treinamento em 94,4%. Os profissionais do centro cirúrgico mostraram 100% de adequação do conhecimento quanto à checagem correta da profilaxia mecânica em posição de litotomia. Contudo, em cirurgia robótica, antes do treinamento, 83,3% conheciam todas as rotinas de checagem da instalação da profilaxia mecânica e após, 100% mostraram adequado conhecimento. Em relação à dificuldade para utilização das meias antiembólicas devido ao tamanho adequado, 44% dos profissionais referiram dificuldades em adequar o tamanho correto à necessidade anatômica do paciente e após treinamento 100% dos profissionais conseguiram compreender as orientações. Em relação à taxa de adesão à profilaxia

mecânica, a média do indicador no primeiro quadrimestre de 2021 foi de 81,25% e no segundo quadrimestre foi de 87%, havendo aumento de 6% na taxa de adesão. **Conclusão:** Estratégia educacional no modelo de workshop proporcionou melhor entendimento dos profissionais após treinamento, o que repercutiu na maior adesão às medidas profiláticas mecânicas recomendadas conforme o risco. Algumas fragilidades no processo foram reportadas, como a dificuldade em adequar o tamanho das meias à necessidade do paciente, um fator a ser considerado na prevenção de lesão por dispositivo.

Referências:

Da Silva LM, Lima HDO, Ferrer R, et al. Comparison of strategies for adherence to venous thromboembolism prophylaxis in high-risk surgical patients: a before and after intervention study. *BMJ Open Quality* 2021;10:e001583.

Nana M, Shute C, Williams R, et al. Multidisciplinary, patient-centred approach to improving compliance with venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in a district general hospital. *BMJ Open Quality* 2020;9:e000680.

REDUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Autores:

Miguel Koite Rodrigues | Vanessa Gomes Lourenço Carnevale | Laiane do Prado Gil Duarte
Maria Luisa do Nascimento Moura | Rafael Alves Franco

Introdução: A COVID-19 impôs um cenário desafiador às equipes de terapia intensiva, que rapidamente se depararam com taxas de ocupação acima de 90%, elevados níveis de complexidade e aumento exponencial das taxas de utilização de ventilação mecânica (VM). Evidências prévias demonstram que as principais complicações da SARS-CoV-2 ocorrem no sistema respiratório, manifestada por hipoxemia refratária, pneumonia e síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), ocasionando aumento do tempo sob VM, internação, custos hospitalares e morbimortalidade. Ademais, independente da COVID-19, ações intra-hospitalares devem ser realizadas continuamente objetivando reduzir as taxas de infecções. O treinamento de boas práticas assistenciais, baseadas em evidências comprovadas, são fundamentais para instrumentar as equipes multidisciplinares que atuam diretamente em terapia intensiva. Definir critérios claros relacionados ao manejo da VM e dos cuidados específicos inerentes a via aérea artificial são de suma importância, visto que dados científicos demonstram redução dos índices de PAV em instituições hospitalares com equipes altamente qualificadas. **Objetivo** (i) analisar a Incidência de PAV na UTI; (ii) avaliar a eficácia das ações implementadas visando nortear, padronizar e capacitar a equipe de Fisioterapia. **Método:** no período de abril a setembro 2021, foram realizadas diversas ações de prevenção à PAV. Após análise do processo atual (retrospectivo: Jan- Abr), uma série de oportunidades de melhoria foram identificadas e mapeadas através de matriz de risco. Em linha, através de PDSA (Plan, Do, Study, Act) diversas ações foram estruturadas e prospectadas com prazos e metas definidas, divididas em ações contínuas, em andamento e atrasadas. As ações implementadas foram: (i) periodização da troca de materiais respiratórios descartáveis; (ii) adequação da manutenção preventiva dos equipamentos respiratórios; (iii) readequação dos protocolos de esterilização com interface no CME; (iv) estabelecimento de critérios bem delimitados para uso de dispositivos de aspiração e umidificação ativa; (v) treinamento da equipe para mensuração adequada da pressão de cuff e decúbito elevado; (vi) acesso e treinamento para preenchimento do bundle de PAV; (vii) treinamento de coleta estéril de aspirado traqueal; (viii) nova rotina de descarte de materiais respiratórios no leito; (ix) rotina de discussões de casos e condutas em visita multidisciplinar; (x) revisão e treinamento de procedimentos operacionais padrão (POP); (xi) critérios para mobilização precoce e retirada do paciente do leito; (xii) auditoria interna multidisciplinar para seguimento das ações implementadas. A taxa de densidade de incidência de PAV foi comparada com os meses anteriores e com as metas institucionais, visando avaliar a efetividade das ações instituídas. **Resultados:** A média do SAPS III dos pacientes admitidos em 2021 foi acima de 50 pontos nos meses analisados, sugerindo alta gravidade e possibilidade de complicações durante a hospitalização. A taxa de uso de VM no período precedente ao início das ações (Abr/21) foi próximo de 40%. Quando analisamos a densidade da incidência de PAV pode-se observar que, antes das ações implementadas (Jan-Abr) a densidade de incidência de PAV era 4,46/1000 VM-dia, acima da meta institucional da Rede D'OR (< 2,64). Houve redução da taxa de uso de VM no período de abril a setembro (queda de 74%), em linha com a redução da taxa de ocupação da UTI. Contudo, o nível de

complexidade dos pacientes neste período manteve-se estável com média de SAPS III de 52,16 evidenciando que os pacientes continuavam graves. Além disso, no mês de junho registramos o maior pico da taxa de utilização de VM (42%), mês que tivemos o último caso de PAV no hospital e que, embora ainda tivemos este caso, a incidência de PAV foi de 2,41 (dentro da meta no mês). Nos meses subsequentes não registramos novos casos de PAV. Importante destacar que após 3 meses das ações implementadas a densidade de incidência de PAV retornou para os valores institucionais determinados pela Rede D'OR e no acumulado do ano encontra-se em 2,41 (período: Jan-Set), demonstrando sua efetividade (redução de 54%) e mantendo-se 8,8% abaixo da meta institucional. Tais números também podem ser refletidos na taxa de letalidade do Hospital no período crítico da pandemia, que se manteve abaixo de 1,0. **Conclusões:** mesmo diante de cenários desafiadores ocasionados pela COVID-19, onde UTI's estiveram com elevadas taxas de ocupação, alto nível de complexidade e altas taxas de uso de VM, as ações implementadas pela equipe de fisioterapia com interface multidisciplinar foram eficazes em reduzir a PAV. Foi possível restabelecer o indicador de PAV abaixo da meta estipulada pela Rede D'OR em nível nacional. Estes achados demonstram que estas ações são reprodutíveis e evidenciam a importância da padronização, capacitação e desenvolvimento de ações estruturadas destinadas às equipes multidisciplinares envolvidas nos cuidados de terapia intensiva.

Referências:

- Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1177-9. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2001737>. PMID:32074444.
- Simonelli C, Paneroni M, Fokom AG, Saleri M, Speltoni I, Favero I, et al. How the COVID-19 infection tsunami revolutionized the work of respiratory physiotherapists: an experience from Northern Italy. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2020;90(2). <http://dx.doi.org/10.4081/monaldi.2020.1085>. PMID:32431134.
- Xu Z, Shi L, Wang Y, Zhang J, Huang L, Zhang C, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med.* 2020;8(4):420-2. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30076-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30076-X). PMID:32085846.
- Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents.* 2020;55(3):105924. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>. PMID:32081636.

APRESENTAÇÃO DE UMA METODOLOGIA SISTEMÁTICA PARA DECANULAÇÃO EM ALTA PERFORMANCE DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR

Autores:

Cristina Zerbinati Carro | Miguel Koite Rodrigues | Giseli Carvalho

Introdução: Nos últimos dezoito meses a realidade hospitalar esteve permeada por aumento expressivo de pacientes com acometimentos respiratórios graves e necessidade prolongada de uso de ventilação mecânica invasiva em intubações orotraqueais e que resultaram, por vezes em traqueostomias ainda com difícil desmame da ventilação. O uso associado de medicamentos com características neurobloqueadoras bem como a criticidade global dos casos ocasionados pela Pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19) geraram a posteriori, perdas de funcionalidade básicas por redução nas respostas musculares de fibras rápidas, com impacto significativo em reabilitações respiratórias, motoras de grandes grupos musculares, deglutição e fala. Todas estas alterações têm potencial para dificultar o tempo de decanulação. Dados prévios demonstram que os pacientes em média demoram cerca de 20 a 40 dias para concluir a reabilitação completa do processo de decanulação. Após o período de criticidade da chegada constante de pacientes em fase aguda da doença COVID-19, os hospitais se depararam com um novo cenário, pacientes crônicos em processo de reabilitação longa e altamente complexas, impactando diretamente no gerenciamento de leitos e desospitalizações. O salto na quantidade de pacientes traqueostomizados no presente hospital e com condições complexas de reabilitação levou a reorganização da equipe multidisciplinar com a elaboração de uma metodologia própria para reabilitação dos pacientes traqueostomizados visando qualidade de atendimento no menor tempo possível. **Objetivo:** Apresentar um processo sistemático de reabilitação dos pacientes traqueostomizados no que tange um fluxo de decanulação em alta performance no ambiente intra-hospitalar.

Metodologia: A abertura do protocolo de decanulação acontece mediante a presença de cinco critérios básicos de estabilidade do paciente sendo eles: traqueostomia com mais de 72 horas, paciente com presença de responsividade aos comandos, estabilidade hemodinâmica, respiratória e média a pequena quantidade de secreção fluída; podendo ainda ser acrescidos critérios adicionais com avaliação complementar por meio da mensuração da força pulmonar inspiratória e expiratória com a manovacuometria. Com a presença de critérios favoráveis à abertura do protocolo, o paciente é conduzido pelas equipes de fonoaudiologia e fisioterapia com a realização de exercícios ativos e passivos para adequação da funcionalidade da deglutição e fortalecimento muscular inspiratório e expiratório até a completa decanulação. Nesse processo, as equipes médica e de enfermagem também são inseridos no fluxo sobretudo para reavaliações constantes dos parâmetros vitais dos pacientes e possíveis sinais de intolerância à continuidade do processo de decanulação, sobretudo quando a vigência de cuff desinsuflado e oclusão da cânula bem como nos cuidados pós decanulação com técnicas específicas para cicatrização dos traqueostomas. Apresentação de resultados: No presente fluxo de trabalho foram inseridos pacientes traqueostomizados que apresentaram critérios favoráveis à abertura do protocolo de decanulação entre outubro de 2020 a outubro de 2021, totalizando 25 pacientes (N=25), todos do gênero masculino, com mediana de idade de 65 anos, e patologia de base com predomínio nas infecções por COVID 19 (88%). Por meio da

sistemática de trabalho descrita o processo de decanulação aconteceu em 84% dos casos (N=21) com mediana de tempo de 7,5 dias. Nos demais casos, a decanulação não foi concluída tendo em vista a ocorrência de óbito em 8% dos casos (N=2), transferência hospitalar em 4% (N=1) e limite terapêutico por condições clínicas em outros 4% (N=1). **Conclusão:** A definição de processos multidisciplinares estruturados norteados nas boas práticas assistenciais e baseadas em evidências científicas comprovadas, tem impacto sobre os desfechos clínicos dos pacientes traqueostomizados. Permite reduzir o tempo até a decanulação, favorecendo o prognóstico e melhora na experiência do paciente.

Referências:

Ceravolo MG, Arienti C, de Sire A, Andrenelli E, Negrini F, Lazzarini SG et al. The International Multiprofessional Steering Committee of Cochrane Rehabilitation REH-COVER action. Rehabilitation and COVID-19: the Cochrane Rehabilitation 2020 rapid living systematic review. Eur J Phys Rehabil Med 2020; 56:642-51. DOI 10.23736/S1973-9087.20.06501-6.

Chao TN, Harbison SP, Braslow BM, Hutchinson CT, Rajasekaran K, Go BC, et al. Outcomes After Tracheostomy in COVID-19 Patients. Ann Surg. 2020 Sep 1;272(3):e181-e186. doi: 10.1097/SLA.0000000000004166. PMID: 32541213; PMCID: PMC7467054.

Freeman-Sanderson A. et al. A consensus statement for the management and rehabilitation of communication and swallowing function in the ICU: A global response to COVID-19. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2021; 102:835-42.

Lima MS, Sassi FC, Medeiros GC, Ritto AP, Andrade CRF. Preliminary results of a clinical study the performance and safety swallowing in critical patients with COVID -19. Clinics. 2020;75:e2021.

Rocha ACA, Gardenghi G. Perfil fonoaudiológico de pacientes infectados por coronavírus decanulados em um hospital público: série de casos. RESC, 2021, 11 (1).

Xu Z, Shi L, Wang Y, Zhang J, Huang L, Zhang C, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. Lancet Respir Med. 2020;8(4):420-2. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30076-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30076-X). PMID:32085846.

Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. N Engl J Med. 2020;382(12):1177-9. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2001737>. PMID:3207444

Melhoria de Processos

A IMPLANTAÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DENTRO DE UM PRONTO SOCORRO GERAL E SUA IMPORTÂNCIA NA EFICIÊNCIA DO TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST

Autores:

Bruno Henrique Gallindo de Melo | Debora Duarte Lisboa | Rafael Domiciano
Guilherme Arruda | André Feldman

Introdução: A dor torácica é responsável por 5% dos atendimentos em unidades de emergência. Cerca de 25% desses atendimentos recebem diagnóstico final de síndrome coronariana aguda (SCA). As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no mundo. A maioria das mortes por SCA ocorrem nas primeiras horas de sua apresentação, portanto, o atraso no diagnóstico e no tratamento pode aumentar sua morbidade e mortalidade. A intervenção coronária percutânea (ICP) é a estratégia de reperfusão preferencial, especialmente se iniciada em até 90 minutos do diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST). Assim, para a adequada abordagem do IAMCSST, é necessário um fluxo adequado de atendimento na unidade de emergência, bem como profissionais treinados para o pronto diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da implantação de um pronto socorro (PS) cardiológico, dentro de um PS geral, no tempo desde a chegada do paciente na unidade até a ICP (tempo porta-balão). **Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo, através da análise de banco de dados do protocolo institucional de dor torácica. Foram incluídos todos os pacientes atendidos por IAMCSST no período de outubro de 2019 a setembro de 2021. Compararam-se os resultados dos atendimentos realizados até setembro de 2020 (grupo 01 – pacientes atendidos nos 12 meses que antecederam a implantação do PS cardiológico) com os realizados nos 12 meses subsequentes ao início das atividades do PS cardiológico (grupo 02 – de outubro de 2020 a setembro de 2021). Pelo protocolo avaliado, o tempo porta-balão deve ser inferior a 90 minutos. **Resultados:** Foram analisados um total de 33 pacientes, com média de idade 53 anos, sendo 79% do sexo masculino. No grupo 01 ocorreram 16 atendimentos por IAMCSST, com tempo porta-balão médio de 121,36 minutos, sendo 35,29% destes menor que 90 minutos. No grupo 02 foram atendidos 17 pacientes, com tempo porta-balão médio de 71,07 minutos, 94,11% deles menor que 90 minutos. A mortalidade no grupo 01 foi de 6,25% (n = 01). No grupo 02 não ocorreram óbitos. **Conclusão:** O pronto reconhecimento e adequado tratamento do IAMCSST é um dos principais fatores de prognóstico para as vítimas. Para o adequado manejo destes pacientes, os serviços de emergência necessitam de estrutura adequada, fluxo de atendimento eficiente e profissionais treinados para a

situação. Assim, observamos que a implantação do PS cardiológico neste hospital, resultou em melhores resultados no tempo porta-balão dos pacientes atendidos no protocolo institucional de dor torácica, com possível influência positiva no prognóstico destes pacientes.

Referências:

- Piegas, L.S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol, volume 105(2): pag 1-105, 2015. Ibanez, B. et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, volume 39, pag 119-177, 2018.
- Feres F. et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. Arq Bras Cardiol volume 109 (1Supl.1): pag1-81, 2017.
- Nicolau, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq Bras Cardiol, volume 117(1), pag 181-264, 2021

PACIENTE EM PRONA X PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: UM DESAFIO PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO CTI COVID

Autores:

Marilyn Pinheiro Da Silva Martins | Adriana Queiroz Pinto Rei | Roberta Tavares Torres Ferreira
Ricardo Turon Costa Da Silva | Jeiza Fróes Nascimento Louza

Introdução: O processo inflamatório sistêmico e a piora da função pulmonar associado ao uso da ventilação mecânica, trouxe à tona o uso de um decúbito pouco utilizado na terapia intensiva até então: a prona ou decúbito ventral. O paciente acometido por uma doença infectocontagiosa proveniente do novo vírus SARS CoV-2, pode evoluir para um quadro grave de pneumonia viral chamada de COVID-19, e em casos extremos a Síndrome Respiratória Grave Aguda (SRGA). O tratamento proposto desse quadro inclui oxigenioterapia contínua, uso de corticosteróides, antibióticos, antivirais, anti-inflamatórios e em casos mais graves suporte ventilatório não invasivo e invasivo associado a sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular. Quando o paciente segue piorando, estudos mostraram que posição de prona favoreceu a troca ventilatória, acarretando assim, uma redução da mortalidade dos pacientes quando precocemente colocados nesta posição. Segundo Ramondetta (2020), há um aumento de lesões atribuído à pressão exercida, principalmente à posição prona nos pacientes em uso de VM. Diante desse cenário, foi desenvolvido no CTI COVID, medidas de proteção da derme dos pacientes que são elegíveis à prona: Instalação de espuma siliconada nas proeminências ósseas da face, utilização de protetor de face acolchoado; implementação de uma planilha para registro de mudança de decúbito cefálico, contendo informações dos horários e nomes dos colaboradores inseridos no processo. **Objetivo:** Buscar prevenção e redução dos casos de lesão de face nos pacientes pronados em uso de VM, com implementação de protocolo que possibilitasse a redistribuição da compressão da face associado ao reposicionamento cefálico, evitando assim a hipóxia tecidual. **Metodologia:** escolha dos dispositivos de proteção foi através de embasamento clínico como Perrillat, et al, (2020) que apresenta artigo que discute sobre o uso de dispositivos como “coxins a base de silicone ou géis de silicone, rotação regular da cabeça, fixação adequada do tubo orotraqueal com espuma de silicone.” Nos meses de janeiro a abril foi utilizado: hidrocolóides extrafinos em proeminências ósseas e a espuma siliconada utilizadas de modo indevido, o que colaborou para incidência de lesões. Nos meses subsequentes foram adotadas novas medidas: instalação de espuma siliconada do tamanho correto nas áreas onde incidiam maiores pressões, uso do protetor de cabeça de silicone e treinamento da equipe para o uso correto da planilha de controle de mudança do posicionamento. Outra prática adotada foi o reforço das orientações sobre reposicionamento cefálico. Criando na equipe, uma conscientização com objetivo de reduzir os riscos que a manobra implica ao paciente pronado. Para direcionar o trabalho da equipe plantonista foi utilizado uma imagem padrão com o correto posicionamento dos protetores de silicone, através de registro fotográfico. Após a supina ocorre novo registro e reavaliação após 24 horas. Essa ação é autorizada pela família após assinatura do termo de imagem. Foi utilizado para avaliação a comparação de incidência de lesões de face nos meses de janeiro a abril e de maio a outubro. **Resultados:** O período em que foi realizado a avaliação foi de 01/01/2021 até 13/10/2021,

sendo o público alvo os pacientes que internaram no CTI setor COVID. Segundo EPIMED MONITOR (2021) o setor admitiu 814 pacientes, desse grupo 183 (22%) evoluíram para uso da VM; com tempo médio de permanência de 11 dias. Dos pacientes em uso de VM - 87 pacientes necessitaram ser pronados (47%); com tempo médio em decúbito ventral de 19 horas (média de 09 lateralizações de cabeça / prona). Sendo realizado um total de 352 pronas (média de quatro pronas/ paciente). Nos meses de janeiro a abril com o uso das proteções utilizadas ocorreram 35 pronas desse total ocorreram 5 casos de lesões em face (14% na taxa de incidência de lesões em face). Tal fato, acarretou na necessidade de realização de treinamento especializado in loco, levando a revisão dos protocolos adotados. Nos meses subsequentes com adoção das novas medidas houveram 55 pacientes pronados e apenas 2 casos (4% na incidência), demonstrando uma redução de 71,42%. **Conclusão:** A pandemia da Covid-19 trouxe um enorme desafio para os profissionais de saúde, foi um momento de mudança, medos, ao mesmo tempo trouxe superação e amadurecimento, permanecendo no ideal dos colaboradores sempre a primazia na oferta da assistência prestada. Essa importante redução veio de encontro com a necessidade que a equipe de enfermagem em buscar atualização técnica para melhor desempenho e expertise nos cuidados aos pacientes em posição de prona. As ações educativas realizadas in loco, foram essenciais para atingimento do melhor resultado. Identificamos que o entendimento do quadro viral, a precocidade de medidas de prevenção de lesão por pressão e adoção dos novos protocolos, trouxeram um prognóstico mais favorável para esses pacientes. Todas as medidas preventivas de lesão por pressão em face foram construídas através de um trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, no intuito de aumentar a segurança e a qualidade do atendimento das pessoas que apresentam riscos de desenvolvimento desse agravo.

Referências:

A; Foletti, JM; Lacagne, AS; Guyot, L; Graillon, N. Facial pressure ulcers in COVID-19 patients undergoing prone positioning: How to prevent an underestimated epidemic?. França, 2020. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

Ramondetta, Alice; Ribero, Simone; Costi, Sonia; Dapavo, Paolo. Pressure-induced facial ulcers by prone position for COVID-19 mechanical ventilation. Itália, 2020. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F>. Acesso em 16 de outubro de 2021. Sistema Epimed Monitor. Relatório gerado no dia 19/10/2021 às 07:33 horas.

Melhoria de Processos

A UTILIZAÇÃO DO APLICATIVO DE CONVERSAS NA COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE COMO FORMA DE AUMENTAR A PERFORMANCE DO SERVIÇO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO SETOR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Autores:

Thays F. Silva Bonin

Introdução: A comunicação eficaz com o cliente é um dos pilares para o sucesso das organizações. A mistura de gerações e personalidades é um desafio para gestores que se veem num cenário cada vez mais diversificado e buscam uma efetiva comunicação com este público, segundo “Souza (2015)”. As novas tecnologias vêm transformando as práticas de diálogo da atualidade, é cada vez mais comum encontrar as pessoas acessando novas formas de se comunicar através das mídias sociais, segundo “Neto (2015)”. Buscou-se então a utilização do aplicativo de conversas como ferramenta de estratégia de comunicação visando aumentar a performance no setor de ressonância magnética, através da confirmação de agendamento, reforço do preparo necessário para realização do procedimento e efetiva comunicação com o cliente.

Objetivo: Ampliar a performance do setor de ressonância magnética através da comunicação com clientes utilizando o aplicativo de conversas. **Método:** Para assegurar a presença do cliente após o agendamento do exame, assim como reforçar preparos importantes para a efetiva realização do procedimento, observamos que os meios de comunicação como ligações, envio de SMS ou e-mail não eram efetivos. O colaborador capacitado, através de um celular corporativo onde foi instalado o aplicativo, e respeitando as Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as políticas institucionais passou a acionar os clientes de 24 a 48 horas antes da realização do exame. As mensagens tinham um formato padronizado e descritas de forma a serem de fácil e rápida leitura. **Resultados:** Nos primeiros 20 dias de mudança na forma de comunicação com o cliente aumentamos a efetividade do contato de 53% para 67% e como consequência a produtividade dos equipamentos de ressonância magnética em 9% em comparação ao mês anterior. **Conclusão:** Dessa forma, observou-se o resultado positivo que a implementação da utilização do aplicativo de conversas trouxe na forma de comunicação com os clientes, aumentando a performance do setor de ressonância magnética.

Referências:

NETO, R. M. ET AL. As mídias sociais digitais como ferramenta de comunicação e marketing na contemporaneidade. Revista Científica das Escolas de Comunicação e Artes e Educação, Rio Grande do Norte, Universidade Potiguar, ano 4, nº 2, Jun./Nov. 2015.

SOUZA, A.L.J. ET AL. Mídia social WhatsApp: uma análise sobre as interações sociais. Revista Alterjor, São Paulo, ano 06, volume 1, 2ª edição, Jan./Jun. 2015

Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 24 de outubro de 2021.

APLICAÇÃO DIÁRIA DO BUNDLE DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE COMO FERRAMENTA CLASSIFICATÓRIA DE FUNCIONALIDADE E NORTEADORA PARA ASSERTIVIDADE NA ASSISTÊNCIA

Autores:

Patricia Gaban Pletitsch Grandini | Dulce Ângelo Macedo | Vivian Gestas Pfszter
Wania de Araújo | Juliana Gomes Rocha

Introdução: A independência funcional pode ser definida como a capacidade do indivíduo de desempenhar suas atividades de vida diária (AVD). 1 Pacientes internados podem apresentar diminuição da independência funcional recorrente do tempo de internação, bem como do tempo de ventilação mecânica invasiva a que é submetido. 2 A redução de massa muscular é considerada responsável pela diminuição de força e potência muscular e consequentemente pela perda da mobilidade funcional, afetando a capacidade funcional, a qualidade de vida e expondo o indivíduo a um alto risco de morbidade e mortalidade. 3 A identificação precoce da fraqueza muscular, é necessária para prevenir e minimizar os problemas inerentes a ela. Uma forma de avaliar é através do teste de força que pode ser uma ferramenta potencial diagnóstica e prognóstica para as causas fisiopatológicas limitantes do esforço. O Medical Research Council (MRC) é um instrumento simples que foi adaptado para avaliação da força muscular em pacientes críticos. 4 O Índice de Barthel é um instrumento amplamente usado para a avaliação da independência funcional e mobilidade, pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária. 5 A maior independência funcional, a maior tolerância para atividades físicas e o desenvolvimento de atividades de vida diária estão relacionados à mobilização precoce durante o período de internação. O ganho progressivo de força muscular global e a melhora da condição geral dependem do acompanhamento multiprofissional. Cabe ao fisioterapeuta definir o melhor modelo de intervenção, sua intensidade, periodicidade, continuidade ou interrupção. 6 **Objetivos:** Identificar o nível de dependência funcional e força muscular de 100% dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia, garantindo a manutenção ou melhora das habilidades funcionais e prevenindo a perda durante o período de internação. Em caso de perda da funcionalidade durante a internação garantir a continuidade do cuidado pós alta com o encaminhamento para seguimento ambulatorial. **Método:** Diante do reconhecimento da importância da mobilização precoce ao paciente internado, o serviço de fisioterapia como protagonista dessa prática, iniciou um projeto de implantação do protocolo de mobilidade. Em janeiro de 2021, após reuniões com a diretoria clínica e equipe multiprofissional, revisão das diretrizes do protocolo de mobilização precoce e treinamento para execução do novo processo, foi dado início ao fluxo estabelecido pelo protocolo. Execução: Abertura de bundle de mobilização precoce para todos os paciente maiores de 15 anos; Identificar critérios de exclusão ao protocolo; Aplicar diariamente as escalas de MRC e Barthel nos pacientes elegíveis; Identificar a fase de cuidado que paciente se encontra de acordo com os resultados das avaliações aplicadas; Estabelecer metas diárias de ganho funcional; Prestar assistência com foco no ganho ou prevenção funcional; Compôr plano terapêutico diário durante as visitas multidisciplinares com foco na funcionalidade; Garantir a comunicação eficaz na transição do cuidado **Resultados:** Identificação do nível de dependência funcional de 100 % dos pacientes atendidos pela Fisioterapia possibilitando direcionamento de condutas assistenciais e

análise comparativa da funcionalidade desde a admissão até a alta hospitalar. No período de janeiro a setembro de 2021 foram avaliados 936 pacientes desses 209 foram elegíveis ao protocolo pelo índice de Barthel e atingiram os seguintes resultados durante a internação: 62 % apresentaram melhora da dependência funcional, 31 % mantiveram a dependência funcional prévia à internação e 15% apresentaram decréscimo da funcionalidade. Da mesma amostragem de 936 pacientes, 221 foram elegíveis ao protocolo pela escala de MRC e atingindo os seguintes resultados: 68 % apresentaram melhora da força muscular, 26 % mantiveram a força muscular prévia à internação e 5% apresentaram decréscimo da força. Foram identificados no período, 11 pacientes com decréscimo de função: 7 neurológicos, 1 oncológico, 2 pacientes pós-operatório de correção de fratura de membros inferiores e 1 idoso frágil. Para todos os pacientes desse grupo garantiu-se a prescrição de fisioterapia pós alta e a orientação quanto à importância do seguimento ambulatorial. **Conclusão:** A implantação do bundle de mobilização precoce atingiu o objetivo de avaliar e nortear a assistência em 100% dos pacientes avaliados pelo serviço de fisioterapia durante este período. O sucesso na implantação do bundle de mobilização precoce está aliado ao envolvimento e ao conhecimento da equipe multiprofissional e na colaboração do paciente, cuidadores e familiares. Os resultados dependem do quadro clínico do paciente, da periodicidade e assertividade da assistência através de metas bem estabelecidas.

Referências:

- Organização Mundial da Saúde. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2003. [citado 2012 Set 1]. Disponível em: <http://arquivo.esse.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>
- Borges VM, Oliveira LR, Peixoto E, Carvalho NA. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(4):446-52.
- Silva NA, Menezes TN, Melo RLP, Pedraza DF. Força de preensão manual e flexibilidade e suas relações com variáveis antropométricas em idosos. Revista Associação
- Ali NA, O'Brien JM Jr, Hoffmann SP, Phillips G, Garland A, Finley JC, et al. Acquired weakness, handgrip strength, and mortality in critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 2008;178(3):261-8.
- Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2005;21(1):7-19 McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- McWilliams D, Jones C, Atkins G, Hodson J, Whitehouse T, Veenith T, et al. Earlier and enhanced rehabilitation of mechanically ventilated patients in critical care: a feasibility randomised controlled trial. J Crit Care. 2018;44:407-12.
- Dong Z, Yu B, Zhang Q, Pei H, Xing J, Fang W, et al. Early rehabilitation therapy is beneficial for patients with prolonged mechanical ventilation after coronary artery bypass surgery. Int Heart J. 2016;57(2):241-6.

Melhoria de Processos

PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE PERDA EVITADA DE MEDICAMENTOS

Autores:

Livia Assis da Silva Crespo | Laura Priori Quartin Pinto | Jordan da Silva Christani
Lais da Silva Andrade | Eloa Mota.

Introdução: A complexidade administrativa em um ambiente hospitalar é sempre desafiadora principalmente na gestão de suprimentos, faz-se necessário a elaboração de estratégias que otimizem os recursos investidos, visando melhorar um serviço prestado ao cliente final, o paciente. Para Bowersox, Closs e Cooper (2007, p. 4), "a gestão da cadeia de suprimentos consiste na colaboração entre empresas para impulsionar o posicionamento estratégico e para melhorar a eficiência operacional". Com o surgimento da COVID-19, houve a necessidade de aumentar a estocagem de insumos, devido à alta variação de demanda no atendimento dos pacientes e a incerteza sobre os tratamentos preconizados para tal momento, podemos dizer que estávamos dentro de uma nuvem de fumaça, onde não conseguíamos ver muito além. Esta variação de demanda, resultou em problemas, principalmente no que diz respeito à perda de produtos por excesso de estoque e validade. Foi realizado um levantamento no período de abril/2020 a janeiro/2021, custos com perda por validade. A partir do evidenciado, foi elaborada ação para redução na perda de validade de medicamentos. **Objetivo:** Elaborar um processo para redução de perda por validade dos medicamentos disponíveis na farmácia e redução de despesas. **Metodologia:** Os medicamentos possuem sua revisão de validade conforme Normativos Rede D'Or. A instituição conta com um processo integrado de revisão da validade de medicamentos. Este processo garante que medicamentos, antes mesmo do vencimento, sejam retirados de uso e não estejam disponíveis nas unidades de estoque com pelo menos um mês de antecedência. A revisão da validade acontece entre os dias 15 a 30 de cada mês, sendo realizada pelos Farmacêuticos, segundo cronograma estabelecido pela Supervisão de Farmácia. Os medicamentos comuns e controlados com vencimento para o mês seguinte (até 30 dias) são recolhidos das prateleiras e o registro é feito em formulário próprio, sendo todos identificados com etiqueta de cor preta, sinalizando que estes medicamentos não devem retornar para o estoque e devem ser descartados. Caso o medicamento tenha possibilidade de utilização, será mantido segregado dentro do armário de quarentena até o dia 25 do mês do vencimento, ou antes, caso a data de validade seja anterior a 25, quando então será descartado. Todos os medicamentos com vencimento nos 4 meses seguintes são listados e registrados em formulário específico e sinalizados com etiqueta de cor amarela. Os medicamentos listados, são avaliados de acordo com os critérios da unidade cedente, levando em consideração o valor e a quantidade em estoque, para que possa ser considerado quais os medicamentos serão ofertados para outras unidades. Todo início de mês, após análise feita, a lista é encaminhada para o planejador de compras, a fim de divulgar para as demais unidades. Como forma de melhorar a adesão, absorção e auxiliar análise dos itens a vencer registrados na planilha, é incluída uma coluna com os medicamentos similares,

aumentando a possibilidade de aproveitamento dos itens a vencer. É divulgada planilha com os medicamentos para vencimento nos 4 meses seguintes, disponíveis para absorção, com cópia para todos os planejadores e Farmacêuticos Supervisores, em sequência é respondido pelas unidades informando quais os medicamentos e quantidades que poderão ser absorvidos, para que os itens sejam separados e encaminhados o mais breve possível. Todo o medicamento absorvido por outra unidade é incluído em uma nova planilha, com data de movimentação, descrição do medicamento, quantidade absorvida e valor financeiro da quantidade absorvida. Essa planilha ajuda monitorar o valor mensal economizado com custo por perdas de validade. Esse levantamento é anexado no Caderno de Indicadores da Farmácia para demonstração a Direção da Unidade. **Resultado:** Em janeiro, antes do início do processo houve uma perda por validade de R\$1923,00. Já em fevereiro/2021, no primeiro mês de adesão ao processo, tivemos em valor de perda por validade R\$925,00 e como perda evitada R\$1.336,50. O mês mais expressivo foi o mês de julho/2021 que conseguimos evitar a perda de R\$16.003,45. No total, em 8 meses, tivemos um valor de R\$47.179,51 em perdas evitadas por medicamentos. Este resultado corresponde a um total de economia de 52,6% do que seria descartado por validade no mesmo período. **Conclusão:** O processo mostrou efetividade em atender a demanda solicitada e permitiu uma melhor logística para o grupo de produtos tratados. Houve redução significativa de descarte por validade, devido ao remanejamento de itens com vencimento próximo para outras Unidades.

Referências:

LAURINDO, Guilherme Queiroz. Logística hospitalar: um estudo exploratório. 2019.

BOWERSOX, Donald J.; CLOSS, David J.; COOPER, M. Bixby. Gestão da cadeia de suprimentos e logística. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

NORDOR-015 (CONTROLE DE VALIDADE E DESCARTE DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS) Documentos internos: Caderno de Indicadores da Farmácia 2021, Programa de Gerenciamento e Uso de Medicamento e Procedimento Operacional Padrão Farmácia.

Melhoria de Processos

APLICAÇÃO DO MÉTODO PDSA COMO FERRAMENTA DE ELABORAÇÃO DE UM CICLO DE MELHORIAS NA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.

Autores:

Elaine Cristina Melo de Lima | Cecylle Mariotti Brandão Fonseca Paro

Gabriella Licinio Dametto | Aline Sousa Lima dos Santos | Maria Vivian Lima de Freitas

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) atendem pacientes com características peculiares em decorrência da sua gravidade clínica, instabilidade hemodinâmica requer mecanismo de suporte à vida como uso de ventilação mecânica, sedação contínua, drogas vasoativas, monitorizações e diversos tipos de dispositivos como cateteres, drenos e sondas. Por isso, os pacientes estão mais expostos e vulneráveis a alterações no processo de manutenção da integridade da pele, favorecendo ao desenvolvimento de Lesão por Pressão (LPP) (Otto, 2019). Apesar da modernização dos cuidados a saúde, a incidência e prevalência de LPP em UTI permanecem elevadas. Estudos recentes no Brasil identificaram que a ocorrência de pelo menos uma LPP por paciente foi de 35,2%, na literatura internacional, há uma prevalência que varia de 4,0 a 49, % e uma incidência de 3,8 a 12,4% em unidade de cuidado intensivos (Texeira, 2017). Haja vista, que a segurança do paciente é prioridade para qualidade da assistência em saúde. Considerando que o paciente está continuamente exposto a riscos, eventos adversos e danos, as LPPs ganham destaque, na unidade terapia intensiva, seja pela sua incidência ou pelos danos que podem provocar. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo diminuir a incidência de LPPs nas UTIs em 50% dentro do prazo de seis meses. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de intervenção em enfermagem, na qual foi utilizado o Modelo de Melhoria e o Ciclo de PDSA, sendo realizada em quatro etapas: Etapa 1 – Coleta de informações e planejamento de ações (plan); Etapa 2 – Desenho de implementação das intervenções (Do); Etapa 3: Análise dos resultados (Study); Etapa 4: Análise final dos resultados e proposições de ações corretivas (Act). **Resultados:** Constatamos a não responsabilização dos enfermeiros quanto à possibilidade ou não na mudança de decúbito; A mudança de decúbito não ocorria a cada 2 horas conforme protocolo; a falta de interação da equipe multidisciplinar; quantidade insuficiente de coxins; registro de enfermagem deficiente; prescrição de enfermagem precária. Os planos de ações foram: Acompanhamento diário através da realização da visita de enfermagem, auditoria quanto ao exame físico e prescrição de enfermagem realizada pelos enfermeiros assistências; o projeto “ A Hora Da Virada”; aquisição de coxins; discussão diária no Huddle e na visita multidisciplinar quanto à contra indicação de mudança de decúbito junto ao líder ou supervisor de enfermagem; a elaboração do Time de pele, onde vem sendo capacitados os enfermeiros em todos os turnos e UTIs para a classificação de lesão e conduta; seleção de uma enfermeira do time de pele para auditoria das LPP com o foco no tratamento e efetividade das medidas preventivas implementadas; Auditoria da liderança de enfermagem da efetividade da mudança de decúbito em todos os horários; inserção de uma máscara no Sistema Tasy

específica de Avaliação de Pele, realizada diariamente pelos enfermeiros uma vez por plantão; seguimento e revisão do ciclo de melhoria (PDSA) para avaliar eficácia dos planos de ação traçados e resolução do aumento da incidência de LPP nas UTIs adulto. Ao compararmos o período de janeiro a agosto de 2020 tivemos 43 notificações, com o mesmo período em 2021 tivemos 14 notificações, diminuimos em 68% a incidência de LPP na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Conclusão:** Os dados obtidos no presente estudo evidenciaram que o ciclo de melhoria realizado foi válido para promover a elaboração e a implementação de medidas na prevenção de lesão por pressão. Considera-se essencial, entretanto, a sistematização das avaliações na instituição por meio da ação contínua de ciclos de melhoria, promovendo mudanças na cultura da organização e nas práticas de saúde e melhorando a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Referências:

OTTO, Carolina et al. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 10, n. 1, fev. 2019, ISSN 2357-707X. Disponível em: . Acesso em: 20 out. 2021. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1323>.

TEXEIRA, Anne. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital de acreditação. *Estima* v.15 n.3, p. 152-160, 2017.

GERENCIAMENTO INTEGRAL DO PROTOCOLO DE TEV EM PACIENTES DE ALTÍSSIMO RISCO

Autores:

Marcia Gonçalves dos Santos | Juliana Bomfim de Lima
Carolina Sanches Hummel | Carla Moniz Pertrini

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV), especificamente a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), é uma importante causa de morbidade e mortalidade (1). O risco de TEV é maior em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de grande porte, particularmente artroplastia de quadril e de joelho. As diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP) recomendam que cada hospital ponha em prática estratégias para identificar o risco de TEV em pacientes clínicos e cirúrgicos a fim de evitar a morbidade e a mortalidade causadas por essa condição clínica importante (1). Entretanto, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (2). No Brasil e no mundo o maior desafio de um sistema de saúde é sua articulação enquanto “sistema”. Em outros termos, isso guarda relação direta com o diálogo entre os níveis (ou nichos, em uma perspectiva horizontalizada) de atenção. Desse modo, fazer com que o serviço de saúde nos cenários hospitalares complexos dialogue com os setores ambulatoriais é peça chave para garantir: integralidade, longitudinalidade e coordenação de cuidado (3). **Objetivo:** Apresentar resultados do acompanhamento integral na internação e pós-alta em até 90 dias dos pacientes submetidos a Artroplastia de Quadril e Joelho no primeiro semestre de 2021. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, baseada pela busca diária de pacientes submetidos a artroplastias de quadril e joelho, desenvolvida em um hospital de 350 leitos, com perfil cirúrgico, que possui uma média de 200 procedimentos ortopédicos, entre eles, as artroplastias (quadril e joelho) que giram em torno de 04 procedimentos realizados/mês. **Resultados:** No primeiro semestre de 2021, acompanhamos 31 pacientes submetidos a Artroplastia, sendo que 54,8% eram Artroplastias de Joelho e 45,2% eram Artroplastias de Quadril. Em relação ao perfil destes pacientes, apresentamos: 64,5% pacientes do sexo feminino e 35,5% pacientes do sexo masculino; uma média de idade 66,4 anos; 90,3% apresentavam comorbidades clínicas. Em relação a permanência, apresentamos uma média de 4,5 dias de permanência hospitalar, sendo que, 48,4% realizaram o pós- imediato na Terapia Intensiva. Em relação a conformidade do score de TEV, apresentamos 74,2% avaliados corretamente (momento certo, perfil correto e risco adequado); No processo cirúrgico, apresentamos uma prevalência de 45,2% submetidos a anestesia com sedação e raquidiana e uma média 156 minutos de duração. Avaliando a quimioprofilaxia, 96,8% receberam a profilaxia em até 24 horas, profilaxia iniciada em média após 13h46min do término do procedimento. A profilaxia mais prevalente foi a Enoxaparina 40mg/dia realizada em 90,3% dos casos. Em relação ao acompanhamento da equipe multidisciplinar, 71% foram acompanhados pela farmácia e 93,5% pela fisioterapia no pós-operatório, sendo que, 51,6% iniciaram o treino de

marcha em até 24 horas do POI. Como alta segura, 96,7% receberam orientações de alta para os cuidados com a ferida operatória e retornar eletivamente ao nosso centro médico ou por alteração clínica ao pronto atendimento e, 96,7% receberam a profilaxia estendida na alta hospitalar, sendo a mais prevalente a indicação de Rivaroxabana 10mg/dia em 80% dos casos. No acompanhamento pós alta 90% retornaram eletivamente ao nosso centro médico com a equipe de ortopedia e 6,66% reinternaram em até 90 dias. Em relação as reinternações, 3,33 % por TVP de veias musculares da panturrilha e 3,33 % por TVP de veia poplítea e solear e TEP bilateral concomitantemente, e precisou ser submetida a Trombectomia com Trombólise de TEP em artéria pulmonar direita. Analisando cada caso reinternados por complicações relacionadas a profilaxia, os pacientes que apresentaram complicações possuíam o seguinte perfil: 100% eram femininas, com uma média de 70 anos de idade; portadoras de comorbidades não relacionadas ao de risco para TEV; procedimento cirúrgico tiveram um média de 145 minutos de duração, contempladas pela Enoxaparina 40mg/dia que iniciaram com uma média de 16h32 minutos após o término da cirurgia e ambas receberam como profilaxia estendida a Rivaroxabana 10mg/dia na alta hospitalar. A média de tempo para reinternação hospitalar foi de 13,5 dias, ambas receberam alta hospitalar e apresentamos 0% de mortalidade para este grupo avaliado. **Conclusões:** O acompanhamento integral destes pacientes em nossa Unidade, demonstra o quão é importante o gerenciamento dos casos submetidos a procedimentos de altíssimo risco para TEV, para assim verificar o cumprimento das barreiras iniciais, identificação dos fatores de risco individuais, conformidade na profilaxia na internação, apoio da assistência multidisciplinar como barreira preventiva e mensurar a efetividade do nosso protocolo na profilaxia estendida, garantindo assim, o acompanhamento das complicações relacionadas a quimioprofilaxia indicada na internação e a estendida na alta hospitalar, prevenindo assim, o risco de mortalidade hospitalar ou pós alta por eventos tromboembólicos.

Referências:

AKPINAR, Evrim Eylem; HOSGÜN, Derya; AKAN, Burak; ATES, Can; GÜLHAN, Meral. A tromboprofilaxia evita o tromboembolismo venoso após cirurgia ortopédica de grande porte? Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/bqSNq6G4Ps5L7dykKPvn4Xk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25/10/2021.

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL DE PACIENTES EM TERAPIA BIOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS AUTOIMUNES E REUMÁTICAS POR MEIO DE BIOIMPEDÂNCIA ELÉTRICA

Autores:

Paola Cristina Prince Freire | Leandro Augusto dos Reis Coutinho

Introdução: A avaliação nutricional é o primeiro passo da assistência nutricional para a identificação de problemas ligados à nutrição, sendo composto por coleta, verificação e interpretação de dados. (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, 2011). Pertence à esta avaliação, a análise da composição corporal por meio de técnicas como bioimpedância elétrica (BIA), onde sua aplicabilidade possui relevante importância devido ao aumento da prevalência da obesidade e doenças causadas pelo estilo de vida (Kuriyan R, 2018). Além disso, quando se fala em doença inflamatória intestinal o tecido adiposo destes indivíduos apresentam alterações morfológicas e funcionais que estão associados com a resposta inflamatória intestinal e sistêmica que representa a doença (Barbosa BA, 2016). Diante disso, a busca por melhorias nos processos de assistência nutricional, com o uso racional da tecnologia, além de promover maior assertividade no diagnóstico nutricional, contribui para maior adesão ao tratamento. **Objetivo:** Avaliar a composição corporal por meio da bioimpedância elétrica dos pacientes em acompanhamento ambulatorial com a equipe de imunologia e reumatologia e verificar as melhorias da implantação do método no acompanhamento nutricional.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional que incluiu 45 pacientes atendidos no setor da oncologia de um hospital privado em São Jose dos Campos – SP no período de agosto à setembro de 2021. Foram inclusos pacientes adultos e idosos, com faixa etária de 21 à 69 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de doenças autoimunes e reumáticas e que receberam a terapia biológica com tempo de infusão a partir de 30 minutos. Pacientes com tempo menor de infusão ou administração subcutânea foram excluídos pela dificuldade de atendimento. Para a avaliação nutricional foi aplicado a ferramenta Avaliação Subjetiva Global (ASG), um recordatório alimentar de 24 horas e realizada a avaliação da composição corporal através da bioimpedância elétrica Inbody 270, no qual foram mensurados o percentual de massa muscular, percentual de gordura corporal, taxa de metabolismo basal e gasto energético total. **Resultados:** Do total de pacientes acompanhados, 94,87% eram adultos e 5,12% eram idosos. Em relação ao sexo, 53,84% eram do sexo masculino e 46,15% do sexo feminino. Os diagnósticos prevalentes foram: 36,11% doença de Crohn, 30,55 % retocolite ulcerativa, 13,88% esclerose múltipla e 19,44% corresponderam a doença de Still, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso, imunodeficiência comum variável e síndrome hemolítica urêmica atípica. Pelo índice de massa corporal (IMC) foi visto que 51,28 % dos pacientes foram classificados como sobrepeso, 43,58 % eutrofia e 7,69 % obesidade. Para melhor avaliação do estado nutricional foi incluído no protocolo de atendimento a avaliação de bioimpedância (BIA) no momento da triagem nutricional quando o paciente não

apresentava dificuldades de locomoção. Foi verificado que 82,14 % dos pacientes possuíam percentual de massa muscular preservada, 14,28% baixa reserva de massa muscular e 3,57 % percentual elevado de massa muscular. Em relação ao percentual de gordura, 64,28% dos pacientes apresentaram percentual elevado de gordura corporal, 25% percentual adequado e 10,71% percentual baixo. Do total de pacientes, 60,71 % responderam que são sedentários e 39,28 % são ativos. No momento das triagens e visitas nutricionais os pacientes foram orientados em relação a terapia nutricional conforme individualidade e foram estimulados a praticar atividade física, conforme autorização médica. Foi verificado que 67% dos pacientes possuíam necessidade de intervenção nutricional, demonstrando a importância do acompanhamento. Além disso, após as orientações nutricionais e realização da BIA, 35 % dos pacientes que apresentaram baixa massa muscular ou elevado percentual de gordura, mediante resultado, se sentiram estimulados para mudança de hábitos, alterando assim, escolhas alimentares ou iniciaram a prática de atividade física. **Conclusão:** A bioimpedância é um método de fácil reprodutibilidade que auxilia na avaliação da composição corporal e em um melhor diagnóstico nutricional, promovendo condutas mais assertivas e contribuindo para despertar nos pacientes um desejo de mudança em relação as suas escolhas alimentares e incentivo para realização de atividade física.

Referências:

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. Projeto Diretrizes; 2011.

Kuriyan R. Body composition techniques. Indian J Med Res; 2018.

Barbosa AB. Fatores ambientais associados ao desenvolvimento de doença inflamatória intestinal. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2016.

REGISTRO SEGURO NA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL: UMA MUDANÇA DE CULTURA

Autores:

Andrea Bottoni | Sergio dos Anjos Garnes | Ulisses Ramos Fernandes
Larissa Carli | Cristiane Silveira de Oliveira Aprigio

Introdução: A terapia nutricional é fundamental para atender as necessidades energético-protéicas de pacientes hospitalizados em risco nutricional, afim de minimizar o estado catabólico induzido por doenças graves, melhorando a função do sistema imunológico e desfecho clínico. (TATUCU, 2016). Além do estado catabólico induzido por doenças graves, também assumem grande importância na desnutrição hospitalar, os longos períodos de jejum, as pausas de infusão de dieta sem justificativas, a sub administração dos volumes efetivamente prescritos, a rotatividade dos profissionais e descompasso entre o volume de dieta prescrita x infundida. Segundo Waitzberg (1999) se não houver a instituição de uma terapia nutricional adequada para atender as necessidades calórico-protéico e um controle da administração da dieta prescrita que atenua a perda de massa magra, a recuperação torna-se difícil e o desequilíbrio das funções orgânicas, com acidose, coma e morte podem ocorrer em poucas horas. Para tanto, é necessário que toda equipe multidisciplinar esteja empenhada para garantir a infusão da dieta enteral ou parenteral em doses plenas. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo evidenciar a importância do disseminamento das boas práticas bem como treinamentos constantes das equipes multidisciplinares de um Hospital particular na cidade de São Paulo, quanto a garantia do registro seguro via sistema informatizado do volume prescrito x infundido dos pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. **Método:** O levantamento de dados foi realizado nos últimos entre fevereiro de 2020 a setembro de 2021. Foram incluídos os pacientes acompanhados em uso de TNE e TNP nas Unidades de Internação e nas Unidades de Terapia Intensiva. Critérios de exclusão: pacientes em uso de nutrição oral ou terapia nutricional oral. As recomendações energético-protéicas foram realizadas de acordo com o protocolo de atenção em terapia nutricional estabelecido da unidade. As dietas foram administradas em sistema fechado, com a infusão contínua programada para 23h horas por dia, sendo a hora restante destinada para pausas para procedimentos e administração de medicamentos. A coleta de dados pelo Nutricionista Clínico da EMTN iniciou-se no primeiro dia de introdução da TNE ou TNP até o momento de descontinuação da terapia nutricional, óbito ou alta hospitalar. Foram acompanhados diariamente dos prontuários dados de % de adequação do volume infundido de dieta enteral / parenteral mediante o volume da dieta prescrita. Para a adequação calórico-protéica entre o cálculo prescrito e o infundido, foi considerado como meta de 85% a 110%. Também foi realizado diariamente a abertura de notificações referente a falha de registro seguro quando ocorria o não alcance da meta sem justificativa. Foi disseminado a importância do registro seguro através da participação da Equipe de Nutrição na integração dos colaboradores da equipe de Enfermagem em conjunto com a Educação Continuada, bem como treinamentos in loco com Técnicos de Enfermagem abordando a manipulação correta da bomba de infusão e registro do volume infundido em sistema informatizado. Os resultados foram analisados e discutidos em reunião mensal de EMTN. **Resultados:** Os dados analisados demonstraram que houve uma melhora gradativa e crescente do volume infundido ao longo dos meses que foram realizados os treinamentos sobre a manipulação e funcionalidades da bomba de infusão, participação da equipe de Nutrição nas integrações e reciclagem da equipe de enfermagem, além das aulas e treinamentos in loco com os técnicos de enfermagem. O percentual de infusão de Dieta Enteral e Parenteral das

Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva passaram de 48% para 88% ao longo de três semestres- 48%, 83% e 88% respectivamente. Quanto as aberturas de notificações referente a falha de registro seguro quando não há o alcance da meta estipulada sem justificativa, observamos melhora gradativa de 183 notificações abertas para 15 notificações no último mês coletado- redução de 91% das notificações abertas. Destaca-se que os dados classificados como "falha de registro" indicam falha técnica dos profissionais em não documentar o volume infundido em sistema. Segundo estudo realizado por Uozumi et al. (2017) de 567 episódios de interrupção de TNE o motivo "indeterminado" foi o mais comum em 29% dos casos. O estudo relata que a interrupção da nutrição enteral ocorre por diversos fatores, entretanto há poucos estudos que investigam detalhes da interrupção. **Conclusão:** Segundo Valle et al. (2011) o monitoramento rotineiro da TNE e TNP juntamente com a EMTN, indica os processos a serem revisados e facilita o desenvolvimento de estratégias para realinhamento das condutas e práticas acordadas com as diretrizes mais recentes. O atingimento da meta percentual estabelecida (85%), reflete a mudança de cultura da equipe multidisciplinar da instituição, visto a ascensão da meta percentual do volume infundido de TNE e TNP bem como o declínio da falha de registro. Vale ressaltar a necessidade constante dos programas de treinamentos visando melhorias no processo e enriquecimento profissional.

Referências:

- SANTANA, C.L. et al. Calidad del soporte nutricional artificial en una unidad de cuidados intensivos. *Nutricion Hospitalaria* n.6, v.21, p. 661-666, 2006.
- TATUCU, B.O.A.; RIDLEY, E.J.; TIERNEY, A.C. Prevalence of underprescription or overprescription of energy needs in critically ill mechanically ventilated adults as determined by indirect calorimetry. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 40, p. 212-25, 2016.
- UOZUMI, M. et al. Interruption of enteral nutrition in the intensive care unit: a single-center survey. *Journal of Intensive Care*. v. 5, p. 52, 2017.
- VALLE, M.C.P.R. et al. Nutrição enteral em unidade de terapia intensiva: seis anos de acompanhamento, *RBM Especial Ganepão*, São Paulo, Revista Brasileira Medicina, p. 18, 2011.
- VAN DEN BROEK, P.; RASMUSSEN, C.E.L.; NABER, A.H.; WANTERN, G.J. What you think is not what they get: significant discrepancies between prescribed and administered doses of tube feeding. *The British journal of nutrition*. n.1, v. 10, p. 68-71, 2009.
- WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. Inquérito Brasileiro de Desnutrição Hospitalar (IBRANUTRI). *Revista Brasileira Nutrição Clínica*, n.2, v. 14, p. 124 - 34, 1999.

ANÁLISE COMPARATIVA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS REALIZADA PELOS MÉDICOS E CODIFICADORES DE UM HOSPITAL PRIVADO

Autores:

Harrison Floriano do Nascimento | Ingrid Spencer Almeida Dias Cavadas
Jonas Pereira da Silva | Jose Jorge dos Santos Gomes

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende a codificação como “a atribuição de uma categoria numérica ou alfanumérica a cada uma das diferentes entidades nosológicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos da prática médica, segundo critérios previamente estabelecidos para sua classificação” (OMS, 2009, p.8). O Brasil adota a Classificação Internacional de Doenças CID-10, da OMS, que padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde atribuídos pelo médico. No entanto, a codificação médica pode ser inespecífica comprometendo o acompanhamento do perfil de morbimortalidade da população atendida e conseqüentemente, seus desdobramentos. A adequada codificação dos diagnósticos explicitados no prontuário do paciente é de extrema importância para os sistemas de informações públicos ou privados. A codificação de prontuários consiste na avaliação e revisão minuciosa dos CID atribuídos pelos médicos na alta hospitalar, visando produzir dados estatísticos e acurácia adequada das informações para o correto planejamento estratégico da instituição. **Objetivo:** analisar comparativamente a codificação médica e a codificação realizada por profissionais treinados na revisão de CID. **Método:** trata-se de um estudo descritivo-analítico, quantitativo, observacional, retrospectivo de coorte. Os prontuários físico e eletrônico dos pacientes internados foram avaliados na sua integralidade do momento da admissão até a saída hospitalar. Foram analisadas todas as saídas hospitalares de um hospital privado da cidade de Salvador durante o período de 1 ano (outubro de 2020 a setembro 2021). A escolha desse período deve-se a possibilidade de captar as variações sazonais e epidemiológicas, tal como ocorreu no período de elevada incidência da COVID-19. Os codificadores vinculados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital foram capacitados por uma instituição de reconhecimento nacional, obedecendo aos critérios da OMS e conseqüentemente da Classificação Internacional de Doenças CID-10. Os codificadores utilizaram um módulo de registros de CID dentro do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sem alterar os registros multiprofissionais. Os CID principais atribuídos pelos médicos e os revisados pelos codificadores foram exportados do PEP para um banco de dados do programa Microsoft Excel for Windows 7.0, versão 2016. A análise comparativa do CID principal atribuído de forma independente por 2 avaliadores (médico versus codificador) foi realizada do primeiro ao quarto dígitos. Os resultados foram expressos por meio de valores absolutos e relativos, medidas de tendência central (média e mediana) e o nível de concordância entre os avaliadores dos CID atribuídos foi medido por meio do índice Kappa de Cohen (k), com nível de significância de 5%, de acordo com a seguinte escala de concordância de Landis e Koch (1977) : 0-0,2 (concordância muito pequena), 0,21-0,40 (concordância pobre), 0,41-0,60

(concordância moderada) e 0,61-0,80 (concordância substancial) e acima de 0,80 (concordância perfeita). Foram utilizadas ferramentas do programa Excel e do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, para as análises. **Resultados:** os médicos e codificadores avaliaram os CID das saídas hospitalares de 10.869 pacientes. Em relação ao total, houve discordância entre os avaliadores em 6.846 (63,0%) diagnósticos, sendo que do primeiro ao quarto dígitos as discordâncias registradas foram respectivamente: 3.209 (29,5%), 4.123 (37,9%), 4.216 (38,8%) e 5.790 (53,3%). Considerando a mesma seqüência de dígitos, as medianas mensais das discordâncias foram 271, 339, 354 e 485, respectivamente. Nota-se que as diferenças aumentam à medida que o diagnóstico torna-se mais específico. Ficou evidente que as maiores discordâncias entre os avaliadores ocorreram nos meses de março a maio de 2021, coincidindo com a segunda onda da pandemia da COVID-19, supõe-se que esse fator epidemiológico pode ter contribuído para a elevação das discordâncias. Os índices Kappa obtidos foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) e corroboraram os resultados apresentados anteriormente em termos absolutos e relativos. O índice kappa mensal foi de 0,35, em média, representando uma concordância pobre entre os avaliadores de acordo com a escala de classificação. Os menores índices kappa foram registrados no período de março a maio de 2021, indicando concordância pobre, enquanto os maiores índices foram observados nos meses de julho (0,45), agosto (0,45) e setembro (0,43) de 2021, alcançando o nível moderado de concordância. **Conclusões:** as análises quantitativas utilizando frequências, medidas de tendência central e os índices kappa demonstraram que houve uma elevada discordância entre a codificação realizada pelos médicos e codificadores. Essa evidência reforça a importância da revisão realizada pelos codificadores dos CID atribuídos pelos médicos e a necessidade da qualificação dos sistemas de informação voltados para a codificação.

Referências:

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-75.
OMS. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009, p.8.

Melhoria de Processos

OS BENEFÍCIOS DO USO DO PROTOCOLO DE LONDRES PARA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES CONTRIBUINTES E REDUÇÃO DE RISCOS INSTITUCIONAIS

Autores:

Pertrini | Carla Moniz

Introdução: Ferramentas da qualidade são métodos utilizados para definir, medir, analisar e resolver problemas que podem impactar nos resultados da organização. A utilização destas ferramentas em uma instituição hospitalar visa a melhoria do serviço e da assistência prestada, e a eficiência de sua utilização pode ser percebida nos resultados de alguns indicadores como: Giro de leitos, Tempo de espera, Taxa de satisfação do usuário, Protocolos clínicos institucionais, Produção, Índice de desperdícios etc. Segundo Silva¹, para eficácia em sua implementação, o conhecimento dos profissionais sobre o local de trabalho é essencial para secundar e identificar os problemas presumíveis da unidade e ligados à equipe, bem como esmiuçar qual ferramenta se adequa ao problema para traçar soluções. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016)¹, a investigação de incidentes e eventos adversos deve ser conduzida de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. Uma ferramenta muito utilizada para investigação de incidentes clínicos é o Protocolo de Londres. A ferramenta estimula a reflexão; o uso do Brainstorming; a investigação profunda sobre incidentes e a criação de um sistema de gestão de riscos. **Objetivo:** Descrever a aplicação do Protocolo de Londres para identificar fatores contribuintes e reduzir riscos institucionais. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo sobre a aplicação do Protocolo de Londres para promoção de melhorias na instituição. **Resultados:** O protocolo de Londres foi aplicado com o propósito de identificar e compreender os fatores contribuintes que levaram ao evento adverso. Os fatores contribuintes identificados foram relacionados ao processo, as equipes, ao ambiente e ao paciente. Foram detectadas oportunidades de melhorias em redefinição de fluxos, revisão de documentos, revisão de protocolos, ampliação de canais de comunicação, maior envolvimento de equipes, maior envolvimento de serviços terceiros, necessidade de registros mais seguros, necessidade de comunicação mais eficaz. **Conclusão:** Os resultados obtidos evidenciaram que a aplicação do Protocolo de Londres sensibilizou as equipes quanto a necessidade da realização de uma análise integrada do evento adverso, para promover ações de melhorias mais efetivas.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2016.

SILVA, Karla Rona da; LIMA, Marina Dayrell de Oliveira; SOUZA, Março Aurélio de. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 2, p. 793-810, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555899>. Acessado em: 29 de maio de 2020.

IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Autores:

Marcia Gonçalves dos Santos | Juliana Bomfim de Lima | Carla Moniz Pertrini
Carolina Sanches Hummel | Eduardo Gregorin Carabetta

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE), anteriormente denominado Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a terceira causa de morte mundial, precedida apenas pelas cardiopatias em geral e pelo câncer. Apresenta-se como a principal causa de incapacidade a longo prazo os sobreviventes geralmente vivem de um a oito anos após o AVE e a maioria experimenta diferentes graus de deficiência crônica, que limitam as suas capacidades funcionais e cognitivas, afetando as Atividades da Vida Diária (AVD) (1). Segundo dados da World Stroke Organization (Organização Mundial de AVC), um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de seu curso de vida. Tais dados chamam atenção para a importância de ações voltadas à vigilância à saúde dessas pessoas, tanto no sentido de reabilitação quanto de prevenção e promoção da saúde, a fim de favorecer a qualidade de vida da população (2). Para a evolução efetiva da avaliação da gestão dos serviços de saúde, utilizam-se indicadores para comparação com referenciais internos e externos. Donabedian, traz a avaliação de serviços, que realiza a análise dentro da clássica tríade: estrutura, processo e resultado (3). A estrutura compreende os atributos em que ocorre o cuidado em seu contexto, recursos físicos, materiais e equipamentos (3). O processo envolve as atividades dos profissionais de saúde e o paciente, como se desenvolve o cuidado, seus protocolos e a implementação do tratamento (3). O resultado relaciona-se à eficácia do tratamento do paciente, a consequência da assistência realizada refletindo as mudanças observadas em seu estado de saúde e envolve o grau de satisfação do paciente e da família (3). **Objetivo:** Relato de experiência da implantação, captação de casos e gerenciamento de resultados dos indicadores do protocolo AVE. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, desenvolvida em um hospital geral de 350 leitos, que possui uma média de 9.086 atendimentos médicos e 9.295 acionamentos via Totten por mês do pronto atendimento adulto. **Resultados:** Em Janeiro de 2021, iniciamos a implantação e o gerenciamento de dados dos pacientes com diagnóstico de AVE, através de indicadores de qualidade assistencial. De acordo com os setores que possuem interface deste fluxo de atendimento, desenhamos um itinerário com todas as etapas do atendimento e metas para os tempos. Para otimizar os tempos e comunicação com principais setores do atendimento inicial, implementamos junto a T.I. e telefonia a “Onda AVC”, para que após a identificação dos casos com sinais e sintomas de AVE, as seguintes equipes possam receber o sms com a identificação correta, número de atendimento e horário de acionamento da onda (Neurointervencionista, Qualidade e Coordenação Médica e Enfermagem do Pronto Atendimento) e simultaneamente a onda é acionada também nos setores que possuem um telefone móvel: Tomografia, Hemodinâmica, Gerenciamento de Leitos. Quando a onda é acionada em horário comercial, a qualidade desloca-se até o pronto atendimento para direcionar as etapas do protocolo junto a equipe e o médico do pronto atendimento realiza contato

telefônico com o neurologista apenas com resultados de imagem em mãos. Como fonte de dados, extraímos relatórios do Tasy de acordo com diagnóstico; fichas do protocolo da enfermagem; a Enfermeira do Epimed envia os dados semanalmente dos pacientes que deram entrada na UTI Adulto e o próprio sms da onda AVC também se torna uma fonte. Até o momento, acompanhamos 128 pacientes atendidos com o diagnóstico AVE, em relação a produção apresentamos por mês a média de 13 pacientes que acionaram o Totten AVE; e uma média de 12 internações. Em relação ao perfil dos pacientes, 55% eram do sexo feminino e a média de 63 anos de idade. Em relação ao porta-médico, apresentamos uma melhora 21,55% e em relação ao tempo porta-laudo apresentamos uma melhora de 20,31%, ambos no último trimestre. De acordo com o tempo do início dos sintomas, score NIH, resultados dos exames de imagem, déficit neurológico persistentes, foram elegíveis para Trombólise Endovenosa 03 casos e para Trombectomia Mecânica 04 casos com 100% de adesão a escolha destas medidas. Em relação a terapia medicamentosa, 98% dos casos a antiagregação foi iniciada em até 48hs da internação; 100% dos casos foram avaliados pela Fonoaudiologia. Apresentamos uma média de permanência na UTI de 07 dias e hospitalar de 11 dias e a taxa de mortalidade foi de 4,69%. **Conclusões:** O nosso perfil de pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi o principal norteador para o mapeamento de processos e a implantação do protocolo, com o objetivo da identificação e investigação diagnóstica precoce e início prévio das medidas terapêuticas, prevenção secundária e reabilitação. O gerenciamento deste protocolo, agregou para a equipe a atenção para um atendimento mais eficaz, se compararmos aos dados mensurados inicialmente. O gerenciamento efetivo do protocolo de AVE nos permite acompanhar o fluxo de atendimento e aprimorar os resultados para assim prosseguirmos com o monitoramento pós alta fazendo um gerenciamento integral que agrega valor ao nosso cliente.

Referências:

Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rk5zWGTKsQwK4R5349FQZCj/?lang=pt>. Acesso em 26/10/2021.

ANÁLISE E INDICADORES DE PROCESSOS NOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS NO HOSPITAL

Autores:

Andrei Gerasimczuk Cattaruzzi | Paula Maia | Patricia Bader

Introdução: Cada vez mais é do conhecimento das instituições hospitalares o aumento de casos de suicídios e suas tentativas em todo o mundo. É importante considerar que os atendimentos desses pacientes não se limitam a pontualidade dos procedimentos, mas, muitas vezes, pela necessidade de internação hospitalar e avaliação da equipe para melhor encaminhamento dos casos. Nesse sentido, é necessário identificar e analisar os casos que chegaram à instituição com o objetivo de: 1) analisar o perfil dos pacientes e da forma como o fluxo está estabelecido e 2) identificar pontos de melhoria no fluxo de atendimento dos mesmos. **Método:** Foram recolhidos os casos de tentativas de suicídios notificados entre o período de janeiro de 2018 e junho de 2021. A partir desses casos, foram estabelecidos critérios e indicadores com objetivo de estabelecer possível perfil epidemiológico dos pacientes internados, assim como indicadores a respeito dos atendimentos da equipe hospitalar, esperando-se assim realizar análise crítica do fluxo de atendimento dos pacientes até o desfecho do caso, principalmente no tocante ao papel da equipe de saúde mental da unidade hospitalar. 1) Para os indicadores de perfil epidemiológico foram recolhidos os seguintes indicadores: número de casos no período, sexo, idade, formas de tentativa de suicídio, origem das medicações para os casos de intoxicação exógena por uso de medicamentos, evento adverso anterior ao ato, tratamentos de saúde mental no qual os pacientes já estão inseridos, diagnósticos psiquiátricos prévios, ato impulsivo ou planejado, paciente compreende motivos, possui rede apoio. 2) Para os indicadores de fluxo de atendimento foram recolhidos os seguintes indicadores: casos por ano, dias totais de internação, média de dias por internação, fluxo e número de atendimentos da Psicologia, fluxo de atendimentos da Psiquiatria, avaliação de ideação suicida por parte dos profissionais das equipes de saúde mental, encaminhamentos dos casos. **Resultado:** Número de casos: ocorreram 94 tentativas com 85 pessoas, sendo que nove pessoas retornaram depois de uma nova tentativa. Sexo e Idade: 71 eram mulheres enquanto 23 eram homens. Em relação a idade dos pacientes, a maioria ocorre na faixa etária de 30 a 39 anos, com importantes números também nas faixas de 10 a 18 anos e 19 a 29 anos. Média de dias por internação: a média é de 4,4 dias. Formas de tentativa: intoxicação exógena e violência autoprovocada. Sobre o uso das medicações psiquiátricas: As medicações fizeram parte das diferentes formas de tentativa em 81 dos 94 casos, representando 86% do total. Tratamento de saúde mental: Dos 94 casos, 42% deles os pacientes estavam inseridos em tratamentos psiquiátricos e de psicoterapia, enquanto 28% estavam passando apenas por tratamento psiquiátrico 2% apenas por tratamento de psicoterapia. Já os casos em que o paciente não estava inserido em nenhum tratamento foi 28%, sendo este um dado importante para se estabelecer competências e criar fluxos de inserção do paciente em uma rede de cuidado em saúde mental adequada. Tentativas prévias: 54% dos casos o paciente refere que foi sua primeira tentativa, enquanto em 46% desses o paciente informa já ter sofrido por uma ou mais tentativas prévias. Impulsividade e evento adverso: 61% dos casos a equipe avaliou que o

paciente agiu de forma impulsiva, enquanto em 39% dos casos o paciente planejou sua tentativa ao longo de sua ideação. 44% dos casos ocorreram logo após evento adverso enquanto 56% ocorreram sem que algum evento adverso tivesse acontecido. Encaminhamento e rede de apoio: as evasões e altas pedidas foram de 21% em relação aos encaminhamentos de um fluxo completo de atendimento. Já os casos que passaram por todo o fluxo, foram possíveis criar subgrupos de representação divididos entre “alta com internação domiciliar com orientações aos familiares do paciente”, “transferência para internação psiquiátrica”, “alta hospitalar com encaminhamento externo para seguimento ambulatorial”, “transferência para outro hospital” e “óbito”. Conclui-se que ao fazer a análise dos indicadores fica clara a variabilidade do perfil do paciente internado na instituição por esse diagnóstico no que diz respeito a sexo, idade, histórico de tratamento em saúde mental e tentativas anteriores de suicídio. Porém, é cada vez mais comum e frequente os casos em que a forma de tentativa é pelo uso da medicação psiquiátrica, fazendo-se reconhecer a necessidade da equipe se aperfeiçoar cada vez mais no cuidado aos casos de intoxicação exógena, assim como a possibilidade que se abre para a equipe de saúde mental produzir conhecimento acerca desse fenômeno cada vez mais comum. Como melhoria para o fluxo de trabalho da equipe de psicologia, o trabalho demonstra a importância da análise crítica dos indicadores de evento adverso, impulsividade dos atos, ideação suicida e compreensão dos motivos para avaliação e encaminhamento do caso, podendo-se também valer a da criação de um novo instrumento, como uma ficha de avaliação específica dos casos de tentativa de suicídio, em que tais quesitos se demonstrem centrais como critérios de avaliação e conseqüente decisão de encaminhamento do caso de tentativa de suicídio no hospital.

Referências:

Boletim epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Secretária de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. Volume 48 No 30 - 2017 ISSN 2358-9450



INICIATIVAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

- Busca ativa e análise de resultados de exames de imagem suspeitos para câncer, uma iniciativa para agilizar o diagnóstico oncológico frente ao impacto da pandemia no rastreamento periódico/check-up de saúde.
- Diário de bordo: cuidando de quem cuida.
- Avaliação da mudança da mecânica pulmonar após manobra de recrutamento alveolar com a utilização da tomografia por impedância elétrica nos pacientes ventilados mecanicamente com covid-19.
- Projeto enfrentando a pandemia com doses virtuais de alegria.
- Covid-19 em pacientes pediátricos imunossuprimidos: descrição de aspectos clínicos e prevalência.

Iniciativas de enfrentamento à pandemia

BUSCA ATIVA E ANÁLISE DE RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM SUSPEITOS PARA CÂNCER. UMA INICIATIVA PARA AGILIZAR O DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO FRENTE AO IMPACTO DA PANDEMIA NO RASTREAMENTO PERIÓDICO/CHECK-UP DE SAÚDE

Autores:

Fernanda de Oliveira Marques

Introdução: Segundo Werneck¹, pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, iniciada em dezembro de 2019 na China, tornou-se rapidamente a maior adversidade do século no âmbito da gestão sanitária mundial. Conforme dados oficiais do Ministério da Saúde², atingimos em outubro deste ano a marca de 21,7 milhões de casos da doença e 606 mil mortes no Brasil. Segundo Dr. Zaoh, et al³, o cenário apresentado pela pandemia desafiou serviços e profissionais de saúde a reorganizar os fluxos e reestruturar seus ambientes de atendimento de modo a priorizar a demanda imediata e emergencial da crise causada pelo COVID-19, sem deixar de lado a assistência de outros pacientes em situações de saúde que representam ameaça à sua vida, como alguns cânceres. Segundo Figueiredo, et al⁴, apesar dos esforços para manter os atendimentos de pacientes suspeitos ou confirmados oncológicos, fomos atingidos por atrasos nas investigações e nos diagnósticos de câncer, diminuição de procedimentos cirúrgicos e biópsias eletivas, redução na procura pelos exames de rastreamento e Check-ups de saúde por parte dos pacientes. Segundo Dr. Hoff⁵, a sequele desse momento na área oncológica pode ser observada na diminuição estimada de 30% no diagnóstico de novos tumores malignos entre os anos de 2020 e 2021, que serão encontrados futuramente em estádios mais avançados repercutindo nas taxas de cura, prognósticos e morbimortalidade das doenças oncológicas.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi descrever o projeto de busca ativa e análise de resultados de exames de imagem com achados relevantes para oncologia e o fluxo definido após suspeita de câncer para atenuar o impacto negativo da pandemia de COVID-19 na procura por exames de rastreamento periódico e/ou Check-up de saúde por parte dos pacientes e beneficiar o diagnóstico oncológico e conduta precoces com melhores desfechos tanto ao paciente quanto à instituição. **Método:** Esse trabalho refere-se à iniciativa da unidade para encontrar resultados relevantes e suspeitos para doença oncológica em laudos de tomografias liberados no sistema eletrônico de prontuários realizados entre abril e setembro de 2021. Os exames elegíveis para análise foram os realizados de forma oportuna, não caracterizados como exames de rastreamento/check-up. Trata-se de um trabalho descritivo, a partir do relato de experiência do profissional executor do projeto e da descrição do fluxo e dos dados gerados na plataforma eletrônica do projeto. **Resultados:** O profissional executor acompanhou a realização de tomografias elegíveis da unidade e liberação dos laudos em sistema de prontuários eletrônicos. A análise primária dos laudos foi realizada através da leitura ativa e da busca por palavras-chave e todas suas variações sugestivas de processo oncológico ativo como: neoplasia, nódulo, lesão, expansão, invasão, primário, secundário, linfonodomegalia, carcinoides, heterogêneo e medidas anormais de estruturas e sugestão de continuidade da investigação. Dos laudos que apresentaram as condições determinadas o profissional executor cadastrou os dados necessários na plataforma do projeto e sinalizou a equipe de retaguarda da Oncologia para avaliação das imagens suspeitas. Quando resultado benigno/baixo risco de malignidade o profissional executor finalizou o cadastro realizado como paciente não-oncológico. Na presença de resultado com alto risco de malignidade o profissional executor sinalizou o médico responsável pelo paciente sobre a necessidade de aprofundar a investigação e

colocou a equipe de Oncologia à disposição para discussão do caso e/ou acompanhamento. O profissional executor acompanhou o paciente durante os intervalos que foram da suspeita ao diagnóstico e do diagnóstico à conduta terapêutica. Agilizou e urgenciou exames específicos e cirurgias necessárias, fez a ponte de comunicação entre as equipes médicas envolvidas e acompanhou processos de agendamentos de exames, consultas, tratamentos e processos de autorização no convênio. Durante o projeto foram laudadas 10510 tomografias, 209 laudos apresentaram palavras-chave, 41 laudos foram considerados de alto risco para malignidade e os pacientes foram conduzidos à continuidade da investigação, 22 apresentaram resultado maligno. Os 22 pacientes com resultado maligno tiveram em média 2 dias entre a suspeita e o exame específico para diagnóstico final, 7 dias entre seu resultado e a primeira consulta com oncologista e mais 7 dias para início de tratamento. Resultados positivos frente à recomendação brasileira^{6,7} de 30 dias entre a suspeita e o diagnóstico e 60 dias entre o diagnóstico e início de tratamento. **Conclusão:** A iniciativa de busca ativa por pacientes oncológicos através de exames de imagem oportunos com achados acidentais de resultados relevantes durante a pandemia apresentou resultados positivos na diminuição do intervalo entre a suspeita e início de tratamento oncológico, promovendo a estimativa de melhores desfechos para o paciente e para instituição. O número de pacientes diagnosticados nessa iniciativa não foi suficiente para mitigar as consequências da pandemia de COVID-19 na área da oncologia, portanto, com o controle da crise do Coronavírus, devemos incentivar massivamente o retorno dos pacientes para exames de prevenção e controle.

Referências:

Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5):1-4.

Ministério da Saúde (BR). COVID-19 painel coronavírus. Coronavírus Brasil. [acesso 25 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>

Zhao N, Shi J, Zeng L, Yang S. Características clínicas e estratégias de enfrentamento de neoplasias com infecção por coronavírus em 2019. *Jornal Chinês de Câncer de Pulmão*, 2020;23 (4): 261-268.

Figueiredo BQ, Souza ACB, Machado B. Queda no número de diagnósticos de cânceres durante pandemia de Covid-19: estadiamento e prognóstico prejudicados. 2021;10(11):1-8.

Hoff P. Pandemia, câncer e desafios futuros. *O GLOBO*, São Paulo, 26 de setembro de 2021. Seção: Receita de Médico.

BRASIL: LEI Nº 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019.
BRASIL: LEI Nº 12.732 DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.

Iniciativas de enfrentamento à pandemia

DIÁRIO DE BORDO: CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Autores:

Yasmim Oliveira Dias | Paula Maia | Patricia Bader

Introdução: O trabalho é inerente à condição humana e fonte de satisfação de diversas necessidades, como sobrevivência, socialização e auto realização, exercendo um importante papel na saúde mental do trabalhador, seja na estruturação psíquica e dos traços de personalidade, ou mesmo no fortalecimento e inter-relação com as demais esferas da vida. A relação com o trabalho pode ter consequências negativas tornando esse contexto uma fonte de adoecimento e risco à saúde mental, sobretudo, quando o sujeito não dispõe de instrumental suficiente para se proteger de seus riscos. Ao considerar o contexto hospitalar no cenário pandêmico instaurado no ano de 2020, o trabalho dos profissionais de saúde diante da Covid-19 ficou em evidência pelo alto nível de exposição a situações de risco psíquico. Para Cavalcante e Saporetto (2021) na pandemia por Covid-19 a palavra “empatia” ocupou importante espaço nas discussões em saúde, seja devido ao isolamento social ou às novas necessidades de saúde que foram impostas, no entanto, “não é possível sair ileso à capacidade empática” (p. 215). A fadiga de compaixão, quadro de sofrimento muitas vezes associado ao Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), emerge neste contexto ao passo que o profissional se vê emocionalmente afetado pela sua condição de trabalho. Assim, a grande questão da psicohigiene que fundamenta essa intervenção institucional consiste em “não esperar que a pessoa doente venha consultar e sim sair a tratar e intervir nos processos psicológicos que gravitam e afetam a estrutura da personalidade e, portanto, as relações entre seres humanos, motivando com isso o público para que possa concorrer a solicitar seus serviços em condições que não impliquem em doença” (HELENO, p.188, 2008). Portanto, o objetivo foi de oferecer um espaço de escuta e reflexão in loco acerca das vivências do trabalho e seus atravessamentos pessoais, sociais e ocupacionais. Utilizou-se da metodologia descrita por Cavalcanti e Saporetto (2021) para, através do dispositivo “Diário de Bordo”, acessar aspectos psicossociais relacionados à atividade ocupacional. **Método:** A aplicação ocorre em três etapas. 1) Circulação de um caderno sem pauta em branco com orientações para a escrita, sendo estas a liberdade de expressão gráfica, sigilo, liberdade e não julgamento. 2) Estratificação de temáticas colocadas no Diário de Bordo. 3) Realização de rodas de conversa in loco a partir das temáticas acopladas em categorias. Neste momento, os colaboradores são convidados para leitura do material escrito e discussão de sua produção, atuando, assim, como um disparador dos próprios conteúdos subjetivos da equipe manifestos pela produção gráfica. O objetivo deste encontro não é a realização de um grupo psicoterapêutico, mas espaço de compartilhamento de vivências e de reconhecimento dos desafios do ato de cuidar. **Resultados:** Diante das emergências e urgências que perpassam a rotina deste ambiente, propiciar espaços de escuta e reflexão em um local de agilidade de tomada de decisão, tensão e vigilância constante, foi o primeiro desafio observado. Foi preciso rever objetivos e a viabilidade do projeto, para que o mesmo também não fosse um agente estressor ou afetasse a assistência ao paciente, reavaliação que permitiu também elencar novos cenários e setores viáveis para concretização da intervenção em sua plenitude. A necessidade de trabalhar através da escrita permitiu uma análise dos conteúdos que demonstraram resultados para além da escuta dos profissionais. Textos longos, poemas e músicas demonstram que houve mobilização e investimento psíquico para a atividade, para a qual também houve reflexão ainda não verbalizada entre os pares. A escrita em si pode também ser terapêutica e a ação de pensar em uma produção gráfica, em palavras ou mesmo desenhos, já emerge conteúdos psíquicos

daquele colaborador. Produção que, segundo Figueiras e Marcelino (2008), integra aspectos cognitivos e emocionais que sugerem a expressão emocional, sugere a expressão de insights, capacidade de auto reflexão, reorganização psíquica dos eventos vividos, assim como facilitar o desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas. Além disto, como salientam Cavalcante e Saporetto (2021), toda intervenção em grupo proporciona terapêutica ao indivíduo, seja pela universalidade, aprendizagem interpessoal, catarse ou coesão grupal e nesta, especificamente, os relatos do dia-a-dia representa em como o cerne da motivação e da dor existencial da humanidade se expressa nas artes, nas religiões e nas ciências. Conclui-se que essa intervenção em grupo não tem por objetivo encontrar respostas, mas acolher a dor diante do sofrimento e instilar a esperança. Um espaço que promove a integralidade e condição do colaborador em realizar o seu trabalho de forma concomitante ao cuidado de si, apesar das cicatrizes da alma (CAVALCANTE; SAPORETTI, 2021, p. 219).

Referências:

CAVALCANTE, L.C.B; SAPORETTI, L.A. O “Diário de Bordo” como estratégia de cuidado ao profissional durante a pandemia de Coronavírus. Atheneu: Petrópolis, 2021.

HELENO, M.G.V; VIZZOTO, M.M; BONFIM, T.E. Da cura à psicohigiene: a importância da compreensão da eficácia adaptativa em saúde. Universidade Metodista de São Paulo: 2008.

Iniciativas de enfrentamento à pandemia

AVALIAÇÃO DA MUDANÇA DA MECÂNICA PULMONAR APÓS MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR COM A UTILIZAÇÃO DA TOMOGRAFIA POR IMPEDÂNCIA ELÉTRICA NOS PACIENTES VENTILADOS MECANICAMENTE COM COVID-19

Autores:

Bruno Leonardo da Silva Guimarães | Mellina Tamy Fagundes Fujihara
Fabio Fajardo | Ezequiel Pianezzola | Nathalia Farias

Introdução: A pneumonia pelo coronavírus (COVID-19) é uma infecção respiratória aguda hipoxêmica, no qual a ventilação mecânica (VM) é uma terapia essencial para pacientes com insuficiência respiratória aguda (IRpA)¹. Porém, visto o cenário desta pandemia, e a alta incidência de mortalidade nos pacientes com o quadro grave da doença, é extremamente relevante conceber novas estratégias para conter a IRpA e as complicações da intubação e VM nestes casos. A tomografia por impedância elétrica (EIT) é uma ferramenta não invasiva, livre de radiação, usada para monitoramento em tempo real da ventilação e perfusão dos pulmões^{2,3}. A monitorização com EIT permite avaliar a heterogeneidade na distribuição da ventilação pulmonar, resultante de ajustes ventilatórios associados a existência de mecanismos potencialmente lesivos para o pulmão, como a hiperdistensão e a abertura e colapso cíclicos de pequenas vias aéreas e alvéolos². Ainda não há um consenso em relação à aplicação da pressão positiva no final da expiração (PEEP) e ao uso de manobras de recrutamento pulmonar (MRP)³. **Objetivo:** Avaliar os valores da PEEP, driving pressure (DP) e razão entre a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial e a fração inspirada de oxigênio (PaO₂/FiO₂) ≤200 antes e após a titulação da PEEP através da utilização do EIT nos pacientes ventilados mecanicamente com confirmação de diagnóstico de COVID-19 pelo RT-PCR entre março de 2020 e setembro de 2021. O caráter do estudo foi transversal com pacientes ventilados mecanicamente com IRpA hipoxêmica e diagnosticados com COVID-19. **Métodos:** Realizamos medidas da mecânica pulmonar com uso do EIT em 72 pacientes mecanicamente ventilados com diagnóstico de COVID-19 pelo RT-PCR com hipoxemia, com PaO₂/FiO₂ ≤ 200 na gasometria arterial. Os critérios para exclusão são: pacientes com idade inferior a 18 anos; em uso de fármacos vasoconstritores em doses crescentes nas últimas 2 horas ou pressão arterial média inferior a 65 mmHg; contra-indicação para hipercapnia com hipertensão intracraniana ou síndrome coronariana aguda; pneumotórax, enfisema subcutâneo, pneumomediastino ou pneumatocele; paciente sem perspectiva terapêutica ou candidato a cuidados exclusivamente paliativos. A MRP foi conduzida no modo pressão-controlada (PCV) com pressão inspiratória (PI) de 15 cmH₂O, frequência respiratória de 15 respirações por minuto, fração inspirada de oxigênio (FiO₂) de 100% e relação inspiração:expiração de 1:1. Em seguida, a PEEP é aumentada para 15 cmH₂O por 10 segundos, posteriormente para 15 cmH₂O por 10 segundos e, por fim, estabelecida em 20 cmH₂O por 10 segundos. Após a MRP, a titulação da PEEP é iniciada com os seguintes ajustes: PEEP de 20 cmH₂O, modo volume-controlado, volume corrente de 6mL/kg de peso corpóreo previsto, frequência respiratória de 20 respirações por minuto e FiO₂: 100%. A PEEP é reduzida em 2 cmH₂O e mantida por 30 segundos, e mede-se novamente a DP, repetindo-se as fases, até atingir uma PEEP de 06 cmH₂O. **Resultados:** Setenta e dois pacientes foram avaliados. As medianas da idade e do índice de massa corporal (IMC) dos pacientes foram de 63 (18-78) anos e 34,2 (25,4-38,9) kg/m², respectivamente. A mediana da pontuação do SAPS II foi de 48 pontos. Após a MRP observamos diminuição da PEEP (14,0 ± 3,9 vs. 08,6 ± 4,8 cmH₂O; P <0,001), diminuição da DP (12,0 ± 1,9 vs. 7,5 ± 4,8 cmH₂O; P <0,005) e aumento da relação PaO₂/FiO₂ (127,0 ± 39,4 vs. 256 ± 45,9; P <0,005).

Encontramos também um percentual de colapso de 2,9% ± 1,2. Todos os valores da PEEP, DP e relação PaO₂/FiO₂ foram apresentados como mediana e a análise estatística realizada para amostras pareadas foi o teste de Mann-Whitney, considerando um p <0,05. **Conclusão:** A avaliação da mecânica ventilatória através da monitorização com EIT de pacientes ventilados mecanicamente com COVID-19 se apresentou como um método seguro, eficaz a beira leito para individualização e ajuste da PEEP quando comparada aos métodos convencionais. Houve uma redução significativa da DP, PEEP e aumento da relação PaO₂/FiO₂. A redução da DP está diretamente relacionada a obtenção de melhores desfechos, como menor mortalidade hospitalar em pacientes ventilados mecanicamente com COVID-19.

Referências:

COVID-ICU group, for the REVA network and the COVID-ICU investigators. Clinical Characteristics and Day-90 Outcomes of 4,244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. *Intensive Care Med.* 2020. Epub ahead of print.

Costa EL, Lima RG, Amato MB. Electrical impedance tomography. *Curr Opin Crit Care.* 2009;15(1):18-24.

Van der Zee P, Somhorst P, Endeman H, Gommers D. Electrical impedance tomography for positive end-expiratory pressure titration in COVID-19-related acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;202(2):280-4.

Iniciativas de enfrentamento à pandemia

PROJETO ENFRENTANDO A PANDEMIA COM DOSES VIRTUAIS DE ALEGRIA

Autores:

Elaine Pinheiro Marques | Pablo Tavares

Introdução: Este projeto nasce a partir da proposta de uma atividade inovadora baseada nas experiências em visitas hospitalares presenciais de um grupo de doutores palhaços que faz parte do voluntariado do hospital e que semanalmente visitava os andares de internação. Com a chegada da pandemia e a necessidade do isolamento social, as visitas precisaram ser suspensas, devido as normas sanitárias. Visando a importância do acolhimento de modo remoto, utilizando a prática pedagógica, a escuta do outro, a apresentação artística e as demais estratégias que o pedagogo e a figura do palhaço poderão inserir no atendimento, a humanização é promovida pela ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe. **Objetivo:** Os objetivos desse projeto foram: realizar visitas virtuais através de videochamadas, amenizando o impacto causado pelo isolamento social devido a pandemia; promover a interação dos pacientes e acompanhantes com a Pedagogia Hospitalar e os doutores palhaços; favorecer a alegria; romper a rotina hospitalar; organizar estratégias lúdicas de interação; facilitar o sorriso através da brincadeira; diminuir o impacto causado pela internação; promover a socialização. **Método:** O projeto teve início em 16 de outubro de 2020 e acontece quinzenalmente, com duração de, em média, 15 minutos cada visita, atendendo os andares de internação. As visitas são realizadas de forma virtual, com início às 11:00h da manhã, sob a supervisão da Pedagogia Hospitalar, utilizando um tablet com chip de dados para a realização das videochamadas, onde os pacientes e acompanhantes interagem com a pedagoga presencialmente e com os doutores palhaços, que estão do outro lado de tela. Ao finalizar a vídeo chamada, é feito um relatório de como foi o encontro. A cada ligação tudo se renova, para que um momento único seja criado junto a cada paciente e seu acompanhante, valorizando as especificidades de cada um, assim como também é realizada a higienização do material utilizado, para que possamos dar continuidade a visitação com segurança. O projeto ocorre da parceria dos doutores palhaços com a Pedagogia Hospitalar, visando o atendimento humanizado, permitindo ao pedagogo formular propostas, aprofundar conhecimentos teóricos e metodológicos e atingir o objetivo de dar continuidade aos processos de desenvolvimento psíquico e cognitivo das crianças e adolescentes hospitalizados. O número de atendimentos é definido de acordo com a demanda apresentada no dia da visita, sendo, em média, 6 atendimentos por evento. **Resultados:** No período de outubro de 2020 a outubro de 2021, foram realizadas 22 visitas, com a participação de 232 pessoas, sendo 116 pacientes entre 2 e 18 anos e 116 acompanhantes adultos. Observou-se que pacientes e acompanhantes apresentaram melhora no estado de humor, favorecendo a relação com a equipe do hospital. Amenizando as dificuldades geradas pela condição da dor e do isolamento social através do sorriso, da interação durante as visitas, levando os pacientes a se sentirem ativos em seu tratamento de saúde, aumentando a aceitação da internação hospitalar, tornando a sua permanência na unidade de saúde mais agradável. **Conclusão:** A criação do projeto de visitação de forma remota permitiu mudar o foco da pandemia e conectar os pacientes e seus acompanhantes a bons

sentimentos, construindo, interagindo e despertando o interesse no retorno após a despedida da equipe. Durante a internação, a situação de vulnerabilidade tende a aumentar e através das visitas virtuais conseguimos promover uma atmosfera de confiança e alegria, auxiliando no equilíbrio emocional, integrando um cuidado humanizado e ressignificando o ambiente hospitalar para todos os envolvidos, mas em especial para os pacientes. Este projeto tem como base o efeito do sorriso, onde se comprova a sua contribuição para as melhorias e avanços na amenização da dor.

Referências:

CECCIM, R. B. & Fonseca, E. S. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. In: Temas sobre Desenvolvimento, v.8, n.44, p. 117, 1999.

LECOQ, O corpo poético. Sesc, p.61, 2010. 3. Portaria nº 2.261, de 23 de Novembro de 2005.

Iniciativas de enfrentamento à pandemia

COVID-19 EM PACIENTES PEDIÁTRICOS IMUNOSSUPRIMIDOS: DESCRIÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS E PREVALÊNCIA

Autores:

Thais Lira Cleto Yamane | Jaqueline Leal Santos Gouveia | Ana Leticia Shalders
Fernanda Couto Ferreira | Arnaldo Prata Barbosa

Introdução: As infecções virais são frequentes em crianças e têm potencial para maior gravidade em pacientes imunocomprometidos (1). A apresentação clínica da síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em pacientes pediátricos imunossuprimidos era desconhecida no início da pandemia. As drogas imunossupressoras alteram a resposta imune do paciente, agindo sobre a imunidade humoral, celular e neutrofílica, aumentando o risco de infecções virais graves (1-3). Em casos graves, um desequilíbrio entre o sistema inflamatório e o sistema imunológico determina uma reação exacerbada com a liberação de citocinas pró e antiinflamatórias. Tal fato pode gerar “síndrome da tempestade de citocinas”, resultando em síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (4). Estudo de 2020 em pacientes transplantados hepáticos não evidenciou maior gravidade e complicações neste grupo de pacientes em comparação com a população em geral (5). **Objetivo:** Descrever prevalência e apresentação clínica de infecção viral por SARS-CoV-2 em uma coorte de crianças e adolescentes imunossuprimidos. **Método:** Estudo prospectivo de coorte de pacientes de transplantados renais, transplantados hepáticos e pacientes com câncer em tratamento em hospital especializado. Foram incluídos todos os pacientes que compareceram para consultas de acompanhamento após o transplante renal ou hepático, ou durante o tratamento oncológico, de 30 de junho a 28 de agosto de 2020. Após assinarem termo de consentimento livre e esclarecido todos os pacientes foram testados para a presença de anticorpos IgM / IgG contra SARS-CoV-2. Paciente e cuidadores foram questionados sobre quaisquer sintomas sugestivos de COVID-19 e sobre o contato com caso suspeito. Os prontuários eletrônicos de cada paciente também foram revisados para dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Qualquer retorno ao hospital e / ou hospitalização por infecção por SARS-CoV-2 ou ocorrência de síndrome inflamatória multissistêmica em crianças (MIS-C) foi registrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** Dos 115 pacientes elegíveis, 114 foram incluídos (1 recusou-se a participar): 72 pacientes transplantados (69,4% de rim, 30,6% de fígado) e 42 em tratamento de câncer (54,8% com leucemia linfoblástica aguda). A mediana de idade foi de 11 anos, não houve predominância de gênero e a maioria não era da raça branca (65%). Todos os pacientes transplantados estavam recebendo imunossupressores. O mais comum foi tacrolimus, seguido de prednisona e micofenolato de sódio. No grupo de pacientes oncológicos, a maioria foi tratada com o Protocolo Berlin-Frankfurt-Munich (BFM) 2009/2017 e 2009. Vinte e quatro indivíduos (21%) relataram contato com casos suspeitos de COVID-19 (92% contato domiciliar). Trinta e cinco (30,7%) pacientes apresentaram sorologia positiva para SARS-CoV-2, a maioria no grupo de transplante de fígado. Entre os pacientes com sorologia positiva (n = 35), 77% não relataram sintomas anteriores e, entre os sintomáticos, diarreia, febre e tosse foram os achados mais comuns. Taquipneia e prostração não foram sintomas relatados. Nenhum dos pacientes com teste sorológico negativo relatou sintomas anteriores. Com 30 dias ou mais de acompanhamento nenhum paciente desenvolveu MIS-C, foi internado no hospital por complicações de COVID-19, ou

mesmo retornou ao ambulatório devido a sintomas relacionados a infecção por SARS-CoV-2. Não houve nenhum óbito relacionado a COVID-19. **Conclusão:** Encontramos uma soroprevalência de 31% para infecção por SARS-CoV-2 nessa coorte de pacientes pediátricos imunocomprometidos, e apenas um quarto relatou sintomas leves, que não exigiram assistência médica. Diarreia foi o sintoma mais frequente, seguido de febre e tosse, e nenhum paciente com sorologia negativa relatou sintomas anteriores. Isso difere de estudos que incluíram crianças imunocompetentes com COVID-19, que tinham febre e tosse como os principais sintomas (5, 6), e de uma revisão sistemática que descreveu sintomas gastrointestinais em apenas 17% das crianças (7). Em nossa coorte, a maioria dos pacientes confirmados não relatou sintomas. No momento da publicação do presente estudo em revista internacional (8) não havia sido publicado nenhum estudo prospectivo descrevendo a soroprevalência e as características clínicas de COVID-19 em pacientes pediátricos imunocomprometidos. Esse estudo pode auxiliar na compreensão sobre a apresentação clínica bem como no planejamento dos cuidados de saúde de pacientes pediátricos imunossuprimidos com COVID-19 pois evidenciou que apesar de a soroprevalência da infecção por SARS-CoV-2 ser alta entre crianças e adolescentes imunossuprimidos. COVID-19 tem um curso leve ou assintomático na maioria desses pacientes.

Referências:

- Kaltsas A, Sepkowitz K. Community acquired respiratory and gastrointestinal viral infections: challenges in the immunocompromised host. *Curr Opin Infect Dis.* 2012;25(4):423-30.
- Dandamudi R, Smith J, Dharmidharka VR. Renal transplantation and predisposition to opportunistic infections. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(2):226-31.
- Sullivan SJ, Jacobson RM, Dowdle WR, Poland GA. 2009 H1N1 influenza. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):64-76.
- Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics.* 2020;145(6).
- D'Antiga L. Coronaviruses and immunosuppressed patients. The facts during the third epidemic. *Liver Transpl.* 2020.
- Lisboa Bastos M, Tavaziva G, Abidi SK, Campbell JR, Haraoui LP, Johnston JC, et al. Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: systematic review and meta-analysis. *Bmj.* 2020;370:m2516.
- Marlais M, Wlodkowski T, Vivarelli M, Pape L, Tönshoff B, Schaefer F, et al. The severity of COVID-19 in children on immunosuppressive medication. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(7):e17-e8.
- Cleto-Yamane TL, Rodrigues-Santos G, de Magalhães-Barbosa MC, Moura PG, Vasconcelos RD, Gouveia JLS, et al. Screening of COVID-19 in outpatient children with cancer or solid organ transplantation: preliminary report. *Eur J Pediatr.* 2021;180(10):3237-41.



CULTURA DE SEGURANÇA

- Do núcleo de segurança do paciente ao código vermelho: descrição da implantação de um protocolo gerenciado para manejo do sangramento agudo grave.
- Avaliação de resultados de reações adversas ao uso do contraste iodado na tomografia computadorizada após uso de sistema de notificação pela equipe do setor de imagem.
- Near miss event – uma possibilidade prospectiva de mitigar erros na área da saúde.
- A importância de auditoria interna relacionada aos padrões de acreditação hospitalar internacional (qmentum).

Cultura da segurança

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE AO CÓDIGO VERMELHO: DESCRIÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO GERENCIADO PARA MANEJO DO SANGRAMENTO AGUDO GRAVE

Autores:

Juliana Bartocci | Fernanda Rodrigues Silva Fernandes
Thiago Romano | Saullo Queiroz Silveira

Introdução: Os grandes avanços no entendimento da hemorragia atualmente nos impelem a otimização dos processos a ela relacionados a fim de levar o avanço científico a instância assistencial como já feito com a profilaxia do tromboembolismo venoso. O manejo sistemático do sangramento agudo grave reconhecidamente é capaz de melhorar o desfecho dos pacientes. Para atingir este objetivo, os protocolos assistenciais devem buscar diagnóstico precoce associado ao tratamento imediato e racional. Tal realidade tornou-se evidente durante a discussão de um caso de hemorragia fatal no núcleo de segurança do paciente em nossa instituição. Após a análise das oportunidades de melhoria neste caso, ficou evidente que a padronização institucional das condutas possibilitaria a aplicação de conceitos mais modernos com grande impacto positivo ao paciente. Frente a tudo isso, a implantação de um protocolo gerenciado possibilitará a uniformização de condutas, sensibilidade do rastreio desta entidade, redução do tempo para tomada de decisões e para disponibilização de hemocomponentes quando indicados, racionalização da terapêutica, otimização da utilização dos recursos disponíveis e acompanhamento do processo e dos desfechos dentro do escopo do gerenciamento dos indicadores. **Objetivo:** Este trabalho visa descrever a implantação de um protocolo gerenciado para padronização das condutas clínicas e celeridade de realização de fluxos intra hospitalares nos casos de sangramento agudo confirmado ou suspeito que cause instabilidade hemodinâmica. **Método:** Relato de experiência na implantação de um protocolo gerenciado para sangramento agudo grave através da utilização de ferramentas direcionadas. **Resultados:** O ponto de partida foi a discussão de um caso no núcleo de segurança do paciente no qual múltiplas oportunidades de melhoria no atendimento a hemorragia aguda grave tornaram-se evidentes. Tal discussão levou ao envolvimento dos mais diversos setores e níveis de liderança do hospital. O plano de ação derivado dessa discussão foi a elaboração do protocolo gerenciado para tratamento desta condição. O passo inicial foi reunir a melhor evidência clínica, associada ao benchmark com serviços internacionais que já implementam este tipo de protocolo para assim descrever o documento norteador. A partir de então, construiu-se a interface entre as diversas áreas envolvidas no processo por meio de reuniões gerais e específicas para cada frente de trabalho. Isso possibilitou o estabelecimento de um fluxo de ações concatenadas com engajamento de diversos setores do hospital. Após o desenho do processo houve o estabelecimento dos acordos (SLA) com os diversos agentes. Por estar inserido dentro de um hospital de corpo clínico aberto, o protocolo se preocupou em centrar as ações em médicos do staff, ou ao menos garantir a retaguarda destes a ação dos médicos externos. A fim de garantir a melhor sensibilidade para ativação das medidas do protocolo, este permite a iniciação pela equipe de enfermagem. Uma vez ativado o código, intensivistas, anesthesiologistas, hospitalistas, banco de sangue e centro cirúrgico são prontamente informados para estado de prontidão bem como equipes com potencial de interromper o sangramento em curso, como endoscopia, equipe cirúrgica e de radiointervenção. Uma das melhorias centrais deste protocolo se assenta sobre a terapia transfusional guiada pelo

tromboelastometria. Por tratar-se de método “point of care”, pouco conhecido, o protocolo descreve passo a passo da interpretação deste exame e mantém anesthesiologistas e intensivistas treinados disponíveis para auxílio no seu entendimento. A monitorização dos indicadores ainda está em sua fase de implantação, mas resultados preliminares mostram a redução do tempo de tomada de decisão de 2 horas para 10 minutos, em média. Espera-se que também haja uma redução de transfusões desnecessárias de hemocomponentes, como plasma fresco congelado, tornando a taxa de transfusão deste possível marcador de qualidade na condução do choque hemorrágico. Além disso, consideramos, através desse projeto, a possibilidade de mudança de cultura da terapêutica de outros sangramentos e distúrbios de coagulação, praticando condutas guiadas, com embasamento científico, priorizando a segurança do nosso paciente. **Conclusões:** O fluxo de melhorias contínuas dentro do hospital deve contribuir para os melhores desfechos do paciente por meio da análise de eventos, levando a constatação de oportunidades de melhorias e a implementação de ações que impactem no cuidado. Neste caso, a análise de um evento levou a criação de um protocolo gerenciado com possível impacto para o cuidado institucional. A padronização das medidas para tratamento do sangramento agudo grave trará ganhos imediatos e o gerenciamento deste processo tornará o fluxo de melhorias perene por meio da constante exposição de novas oportunidades de ação. Vislumbramos também, através desse projeto, o início da implementação de um programa de PBM (Patient Blood Management) em nossa instituição, configurando o terceiro pilar de um grande projeto de implementação a longo prazo.

Referências:

Donat R. Spahn, Bertil Bouillon, Vladimir Cerny, Jacques Duranteau, Daniela Filipescu, Beverley J. Hunt, Radko Komadina, Marc Maegele, Giuseppe Nardi, Louis Riddez, Charles-Marc Samama, Jean-Louis Vincent & Rolf Rossaint The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition, Critical Care volume 23, Article number: 98 (2019) Calatzis, A., Spannagl, M. & Vorweg, M. ROTEM® analysis: targeted treatment of acute haemostatic disorders. Munich: Tem innovations GmbH; 2011.

Schulman S, Kearon C, Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost 2005;3:692-694

Cultura da segurança

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE REAÇÕES ADVERSAS AO USO DO CONTRASTE IODADO NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA APÓS USO DE SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO PELA EQUIPE DO SETOR DE IMAGEM

Autores:

Viviane Cristina Rozelli

Introdução: A tomografia surgiu na década de 70, pelo engenheiro Godfrey Hounsfield e realizava apenas imagens do cérebro, posteriormente foi aprimorada para outros tecidos¹. O meio de contraste iodado é administrado por via oral e/ou por via endovenosa durante o exame. Esta substância consegue dar maior definição às imagens tomográficas, melhorando a qualidade da informação fornecida pela tomografia². Esse medicamento deveria melhorar a qualidade da imagem, sem que fossem provocadas reações adversas nos pacientes, porém isso não ocorre em todos os casos. Essas reações podem ser classificadas de leve a graves³. Os sinais e sintomas podem incluir sensação de calor, náuseas e vômitos, arritmia cardíaca, hipertensão, insuficiência renal, convulsões, e outros⁴. Essas reações adversas podem ocorrer imediatamente ou até 30 minutos após o uso do contraste iodado, sendo considerada reação aguda. Já as reações tardias podem ocorrer após os 30 minutos do uso do medicamento até 07 dias. Nesse trabalho pretendemos demonstrar essas reações adversas.

Objetivo: Demonstrar aumento da rastreabilidade de reações adversas ao uso de contraste e sua classificação na realização de exames de tomografia, a partir da mudança do sistema de notificação e de processos e melhorias no setor. **Método:** Realizada análise retrospectiva comparativa de indicadores de reações adversas ao uso do contraste na tomografia no período de janeiro à setembro/2020 e janeiro à setembro de 2021 em uma instituição privada na cidade de São Paulo com o intuito de nortear as ações de acompanhamento e seguimento de casos de reações adversas e definição de novas orientações aos pacientes submetidos ao exame de tomografia com uso do contraste. **Resultados:** Como melhorias realizadas no setor de tomografia a partir de junho/2020 podemos identificar a revisão dos protocolos de indicações de uso de contraste iodado nos exames de tomografia, bem como a substituição do medicamento Henetix 300 pelo Henetix 350 e a inclusão de uma estufa de contraste no setor de imagem de tomografia para administração do medicamento em temperatura corporal dos pacientes, melhorando sua viscosidade e diminuindo o risco de reações adversas, conforme literatura. Observamos que a quantidade de uso de contraste iodado em exames de tomografia aumentou em 30%. As notificações e acompanhamento dos casos de reações adversas pelas equipe do setor de imagem também se intensificaram e contribuíram para o aumento das notificações relacionadas a esses eventos. Anteriormente as notificações eram realizadas de maneira manual e foi implantado sistema de notificação eletrônico, o qual mostrou-se mais prático e rápido, contribuindo também para o aumento das notificações. Toda a equipe de enfermagem foi treinada com relação ao uso desse sistema de notificação e ao acompanhamento dos casos de reação adversas dos pacientes. Enquanto em 2020 tivemos apenas 02 casos notificados de reação adversa ao uso do contraste, em 2021 no mesmo período já foram 09 casos de reação adversa, o que resulta em um aumento de 450%. Todas as reações ocorridos no ano de 2020 e 2021 foram classificadas como leve e sem dano ao paciente, sendo os mesmos prontamente atendidos pela equipe médica e de enfermagem com a aplicação do protocolo de reação adversa, administração de medicamentos e monitorização do

paciente, com avaliação médica e liberação do paciente com acompanhamento pós alta pela equipe de enfermagem.

Conclusões: Pelo presente estudo podemos observar a evolução e o aumento dos casos de notificação de reações adversas ao uso do contraste iodado nos exames de tomografia, sendo necessário treinamento e acompanhamento dos casos por toda equipe do setor de imagem. Com o acompanhamento dessas reações e a classificação dessas, podemos elaborar um documento de orientação aos pacientes submetidos aos exames de tomografia com uso de contraste, no qual ele recebe e leva com ele as orientações das principais reações adversas que poderão ocorrer e o que fazer caso aconteçam de maneira tardia. As ações implantadas necessitam ser mantidas tanto para sensibilização da equipe quanto para consolidação do processo e da gestão de eventos.

Referências:

Pozzobon A, Trindade FR. Avaliação das reações adversas ao uso de contrastes em exames de diagnóstico por imagem. *Cinergis*. 2017; 18(4): 327-334.

Juchem BC, Agnol CMD, Magalhães AMM. Contraste iodado em tomografia computadorizada: prevenção de reações adversas. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(1): 57-61

Juchem BC, Agnol CMD. Reações adversas imediatas ao contraste iodado intravenoso em tomografia computadorizada. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(1): 01-12

Silva EA. Meios de contraste iodado. *Colégio Brasileiro de Radiologia*. 2000: 16-114.

Cultura da segurança

NEAR MISS EVENT – UMA POSSIBILIDADE PROSPECTIVA DE MITIGAR ERROS NA ÁREA DA SAÚDE

Autores:

Marivaldo Freitas | Luana Carvalho Borsari

Geovana Camila Nascimento dos Santos | Carine Dias Cassiano

Introdução: Muitos profissionais que prestam cuidado em saúde com qualidade passaram a conhecer os riscos a que os pacientes estão expostos. As pesquisas realizadas em vários países vêm revelando uma alta frequência de danos relacionados ao cuidado, gestores, profissionais da saúde, e colaboradores estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento e melhoria da qualidade para atenuar o risco ao paciente. O atributo da qualidade do cuidado à saúde – segurança do paciente – reconhece e promove uma “provocação” para uma maior atenção às fragilidades que não trazem impacto ao paciente, nem causam danos, mas favorecem a possibilidade de reestruturar um cuidado mais seguro e centrado no paciente. Vinte e dois anos após o lançamento do relatório “To Err is human”, ainda estamos diante de um grande desafio frente à pergunta: O que mudou? O livro revela um cenário de eventos catastróficos dentro das instituições de saúde que abalaria as mídias sociais caso fossem percebidas no dia a dia. 1 Entretanto, são análises retrospectivas e não há possibilidade de mudança do efeito adverso proporcionado aos pacientes durante uma assistência. Temos então, uma possibilidade de agir antes, aprender antes, mudar antes. Temos a oportunidade de desenvolver uma visão prospectiva quando identificamos e tratamos o Near Miss (quase erro). Um estudo recente feito por Chander Velu e Sryia Leyr “Learning from near misses from COVID-19” evidencia que cada near miss fornece uma oportunidade e requer uma profunda análise das causas com uma diversidade de observações e interpretações desse movimento. 2 Outros estudos revelam que o near miss é uma oportunidade rica e pode fornecer uma análise de outros eventos, bem como gerar um impacto financeiro, político, legal e de interesse próprio da instituição que promove uma cultura de segurança sustentável. Recentemente, foi realizado um estudo em 27 países dos 6 continentes. Como resultado, foi identificado que a cada 10 pacientes, um sofreu um evento adverso, com uma média de 7,3% de fatalidade. E desses eventos, 51,3% eram evitáveis. 3 O near miss é a oportunidade organizacional de atuar antes do evento adverso e melhorar o processo. A mais recente publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre taxonomia em segurança do paciente apresenta nove definições para o near miss que, em suma, o conceituam como um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos. 4 Entretanto, encontramos poucas publicações sobre o quase erro, sendo na sua grande maioria específicas de instituições maternidade. **Objetivos:** Fomentar a identificação de quase erros na instituição com aumento do número de notificações e envolvimento dos processos promotores de uma cultura de segurança sustentável e promotora de uma assistência saudável ao paciente, bem como a promoção de um ambiente seguro para o colaborador. Identificar as evidências sobre os incidentes near miss em serviços hospitalares. **Método:** Foi utilizado a metodologia qualitativa – exploratória, utilizando as notificações de incidentes de uma instituição privada, com análise de todas as notificações e classificação conforme a taxonomia da Organização Mundial de Saúde, sendo consideradas apenas as notificações classificadas como “quase erro ou near miss”, entre o período de janeiro de 2020 a setembro de 2021. Nossa instituição desenvolveu parceria com processos estratégicos na identificação de near miss, fomentando a possibilidade de tratativa prospectiva. Em 2020, foram notificadas 1.364 near miss.

Em 2021, desenvolvemos um trabalho de parceria com duas principais equipes – farmácia e nutrição – e alinhamos estrategicamente gatilhos e acompanhamento das oportunidades de melhoria dentro do processo que também envolve a 3ª meta internacional de segurança. **Resultados:** Após análise das oportunidades internas, e identificando a subnotificação de notificações classificadas como Near miss, construímos parcerias com o time de farmácia e nutrição e alcançamos o aumento das notificações. Em 2020 foram 1.364 notificações e em 2021, considerando os meses de janeiro a setembro, foram 2.937 notificações, um resultado 115% superior ao ano anterior, sendo 85,2% relacionados à prescrição de medicação. **Conclusões:** As notificações proporcionaram engajamento dos times, maior sensibilidade nas oportunidades de notificação e pertencimento no processo de construção de uma cultura de segurança do paciente. Como mudança, o processo de prescrição sofreu alterações para a garantia da cadeia medicamentosa: atenção aos eletrólitos concentrados, erradicação de prescrição a critério médico, obrigatoriedade de justificativa de prescrições “se necessário” e correção prévia da prescrição antes da mesma estar disponível ao time de Enfermagem.

Referências:

CAPUCHO HC. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? [Carta ao Editor]. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2011 19(5):[02 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JT3nkSY5Hn64fPGvJDmMyyD/?format=pdf&lang=pt>. (Acesso em 21 de outubro de 2021).

CHANDER V., Sriya I. Learning from near misses from COVID-19. Proceedings of the National Academy of Sciences Oct 2021, 118 (40) e2108269118; MARCHON, Simone Gravitolo; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVÃO, Ana Luísa Braz. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 11, p. 1-18, 2015.

World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms. WHO; 2009. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf. (Acesso em 22 de outubro de 2021)

Cultura da segurança

A IMPORTÂNCIA DE AUDITORIA INTERNA RELACIONADA AOS PADRÕES DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL (QMENTUM)

Autores:

Carolina Sanches Hummel | Juliana Bomfim de Lima
Marcia Gonçalves dos Santos | Carla Moniz Petrini

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, a Segurança do Paciente pode ser definida como a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Estes danos não associados à evolução natural da doença de base, são conhecidos como eventos adversos (danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente), acarretando lesões mensuráveis nos pacientes afetados, ampliação do tempo de internação e até óbito. De encontro a estes conceitos, as creditações hospitalares vêm para contribuir com as melhores práticas assistenciais, desenvolver a cultura de segurança e resultados desejáveis para o processo de cuidado do paciente. Pensando nisso, a qualidade hospitalar realiza diversas atribuições dentro do Núcleo de Segurança do Paciente, determinadas pela RDC nº 36 de 2013², sendo uma delas as auditorias internas e testes de conformidades das práticas obrigatórias (ROPs). **Objetivo:** Demonstrar como as auditorias internas, podem contribuir para a melhoria da segurança e redução de eventos adversos na Instituição. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, foram avaliados 2486 prontuários de pacientes internados de janeiro a setembro de 2021, num Hospital de grande porte de São Paulo, com perfil adulto e pediátrico clínico e cirúrgico. Foi utilizado formulário próprio baseado nas ROPs Acreditação Internacional Qmentum, além de entrevistas com colaboradores e pacientes. **Resultados:** A partir das análises dos formulários (testes de conformidades das ROPs), pudemos evidenciar os maiores riscos assistenciais e fragilidades no registro seguro, fornecendo subsídio para o desenvolvimento de planos de ações e ciclos de melhorias nos setores auditados. Dentre as práticas obrigatórias, elegemos 10 práticas com maior impacto na segurança do paciente e que apresentaram melhoria em seus resultados após efetivação das ações de melhoria: Na ROP de Identificação segura (N: 671 prontuários), identificamos uma melhora de 6,5%, entre o primeiro e terceiro trimestre de 2021; com uma adesão geral de 97% sendo sustentada, porém encontramos oportunidades de melhoria em relação a falta de etiqueta com 2 identificadores obrigatórios em impressos avulsos de prontuário. Na ROP de Prevenção de Quedas (N: 320 prontuários), identificamos estabilidade na adesão geral de 80%, com fragilidade identificada na avaliação do risco na admissão hospitalar; Na ROP de Prevenção de lesão por pressão (N: 280 prontuários), identificamos melhora de 25% do primeiro ao terceiro trimestre deste ano, uma adesão geral de 63% do bundle de prevenção, com oportunidade de melhoria na prescrição completa de medidas preventivas pela Enfermagem; Na ROP de Conformidade na Higiene das Mãos foram realizadas 240 observações e identificamos estabilidade na adesão geral de 98% ao longo do ano; Na ROP de Prevenção ao risco de suicídio (N: 160 prontuários), obtivemos melhora de 32% nas barreiras de prevenção e tivemos uma adesão geral de 70%. Faz-se necessário melhorar o tempo de avaliação de especialistas no Pronto Socorro quando acionados. Na ROP de Práticas de segurança no procedimento cirúrgico (N: 140 prontuários), tivemos uma redução de 2% na adesão global ao protocolo e ainda assim o resultado institucional foi de 93% até o 3º trimestre de 2021. A fragilidade ocorreu no registro de temperatura e frequência respiratória antes da indução anestésica; Na ROP de Transferência de Informação nas transições do cuidado (N: 260 prontuários), houve melhora de 14% ao longo do ano, com uma adesão geral de 70%.

Oportunidade de melhoria na completude do SBAR de transferências entre Unidades; Na ROP de Controle de eletrólitos concentrados (N: 115 prontuários), obtivemos melhora de 44% no registro seguro e uma adesão geral de 70%, com oportunidade de melhoria na dupla checagem em sistema eletrônico; Na ROP de Segurança no uso de Heparina (N: 180 prontuários), adesão geral de 90%, mantendo-se estável ao longo do ano. Porém identificamos fragilidade no registro seguro, descrição dos profissionais que executaram a dupla checagem em anotação de enfermagem; Na ROP de Profilaxia de TEV (N: 80 prontuários), mantivemos adesão geral de 80% e identificamos oportunidade de melhoria na prescrição oportuna de anticoagulantes. **Conclusões:** A auditoria das práticas obrigatórias é uma ferramenta de ampla utilização para a detecção de fragilidades relacionadas à assistência ao paciente, bem como um norteador para que a Instituição aprimore a cultura de segurança do paciente, implantando, revisando e aprimorando suas barreiras.

Referências:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, dispõe sobre Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de jul. 2013. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html



PRÁTICAS INOVADORAS

- Grupo de supervisão horizontal: da formação continuada à formalização de práticas psicológicas na oncologia.
- Obtenção de acreditação hospitalar internacional utilizando a metodologia ágil scrum com ênfase na eficiência do projeto.
- Manejo da via aérea difícil em emergências: estratégia integrativa entre anestesiólogos e emergencistas para melhoria da segurança do paciente.

Práticas inovadoras

GRUPO DE SUPERVISÃO HORIZONTAL: DA FORMAÇÃO CONTINUADA À FORMALIZAÇÃO DE PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ONCOLOGIA

Autores:

Marcus Vinicius Rezende Fagundes Netto | Patricia Bader | Paula Maia

Introdução: O grupo de supervisão horizontal é um dispositivo clínico-institucional, que se configura como um espaço de formação, pesquisa e formalização de práticas assistenciais, naquilo que diz respeito à atuação do psicólogo hospitalar na oncologia. **Objetivos:** 1. Aperfeiçoar a escuta e as intervenções dos psicólogos hospitalares no âmbito clínico e institucional, considerando as especificidades de atuação na oncologia. 2. Instrumentalização para leitura e produção de textos científicos, bem como para organização de eventos e cursos na área. 3. Promover a interlocução dos psicólogos que trabalham em diferentes unidades da rede D'OR, com vistas a estabelecer requisitos e princípios fundamentais para a qualidade de atuação da psicologia na oncologia. **Metodologia:** o grupo de supervisão horizontal é formado atualmente psicólogos assistenciais, que atuam nos setores de oncologia. Dentre os membros do grupo, o psicólogo supervisor Marcus Vinicius R. F. Netto, encontra-se na posição de atual coordenador. Frequência: quinzenal, as sextas-feiras, das 13 às 14 horas. Atividades desenvolvidas: este dispositivo contempla dois tipos de atividades principais, que se alternam, quinzenalmente: 1. Discussão de casos clínicos: um psicólogo fica responsável por apresentar um caso que esteja trazendo dificuldades para a condução do tratamento psicológico e/ou no manejo pela equipe de saúde. 2. Journal Club: um psicólogo apresenta aos demais um texto ou artigo científico delimitando as hipóteses, objetivos e metodologia), bem como relata a análise dos resultados e/ou discussões realizadas pelos pesquisadores. **Resultados:** A cada encontro observa-se que os psicólogos participantes demonstram estar capacitados a oferecer escuta cada vez mais especializada aos pacientes oncológicos, levando em consideração as especificidades e demandas dessa clínica. Além disso, mostram-se mais aptos a promover intervenções clínicas e institucionais que reverberam no manejo do paciente e familiares, junto à equipe de saúde. Além disso, a cada semestre os membros se comprometem a produzir um trabalho final fruto dos encontros de supervisão. Assim, no primeiro semestre de 2021 foi apresentada à Supervisão de Qualidade e Ensino a proposta de um curso a ser viabilizado junto ao I D'OR, intitulado Sofrimento psíquico na oncologia. Neste semestre, por sua vez, será produzido um artigo científico à cinco mãos sobre a experiência dos psicólogos, a partir da realização de grupos psico-educativos oferecidos aos colaboradores (enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas e nutricionistas), com vistas à instrumentalização da equipe multidisciplinar, naquilo que toca a abordagem do sofrimento do paciente oncológico e de seus

familiares. Dessa forma, pode-se dizer que supervisão horizontal prima por promover um espaço de formação e capacitação continuada aos psicólogos que atuam na oncologia, que se sustenta por um tripe: clínica, ensino e pesquisa. Primando, sobretudo, a partir desse dispositivo, o desenvolvimento do psicólogo para a oferta qualificada e de excelência de seu serviço na assistência ao paciente oncológico.

Referências:

Moretto, M.L.T; Kuperman, D. Supervisão: a formação clínica na psicologia e na psicanálise. São Paulo: Zagodoni, 2018.

Práticas inovadoras

OBTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL UTILIZANDO A METODOLOGIA ÁGIL SCRUM COM ÊNFASE NA EFICIÊNCIA DO PROJETO

Autores:

Karine dos Santos Manoel | Tâmara de Lima Lustosa | Beatriz Murata Murakami
Thais dos Santos Maciel | Janaina Arantes de Oliveira

Introdução: Para a obtenção de um selo de acreditação hospitalar internacional, diversos processos institucionais precisavam ser ajustados e revisados, com mudança do modelo mental para atender os requisitos obrigatórios. Os métodos inicialmente utilizados não estavam sendo efetivos na condução deste projeto complexo. Considerando o curto espaço de tempo disponível e a necessidade de entregas efetivas e com alto valor agregado, o escritório de Qualidade Dedicada optou por utilizar uma metodologia inovadora na instituição para condução destas atividades, o método SCRUM. A metodologia ágil SCRUM tem por princípio executar projetos complexos em menor tempo e com o uso de menos recursos. Em um primeiro momento, teve utilização no desenvolvimento de softwares, mas sua dinâmica permite a aplicação em diferentes organizações que desejem aprimorar os processos de gestão de projetos. A metodologia também possibilita que as entregas sejam apresentadas em menor tempo, sem deixar de lado a qualidade. Essa técnica é baseada partir do empirismo, no qual a tomada de decisões só é feita a partir de algo conhecido e pela agilidade na adaptação do planejamento, fazendo com que os erros sejam revistos rapidamente pelas interações. O planejamento é feito em conjunto, e cada pessoa tem a sua função crucial na equipe, contribuindo para o andamento das atividades e promovendo o sentimento de pertencimento ao projeto. Três pilares apoiam a implementação de controle de processo: transparência, inspeção e adaptação. Os projetos são divididos em ciclos chamados de Sprints, com duração de duas a seis semanas, onde a equipe foca no alcance das metas. Os requisitos dos produtos a serem utilizados no projeto são tratadas em uma lista chamada Product Backlog. No início de cada Sprint, faz-se reunião de planejamento chamada de Sprint Planning Meeting, onde a equipe em conjunto ao cliente Product Owner, priorizam as demandas e os produtos da Product Backlog. As tarefas previstas para o Sprint, são conduzidas do Product Backlog para o Sprint Backlog. Diariamente a equipe faz uma breve reunião chamada de Daily Meeting.

Objetivo: Descrever a utilização da metodologia SCRUM na obtenção de acreditação hospitalar internacional com ênfase na eficiência do projeto. O período de trabalho teve duração 18 dias úteis (dezembro de 2020 a janeiro de 2021), com a entrega de 203 documentos para atendimento de 561 exigências.

Método: Trata-se de um relato de caso sobre a utilização da metodologia ágil SCRUM para o desenvolvimento de documentação institucional em um hospital privado para obtenção de um selo de acreditação hospitalar. **Resultados:** Foi designado um líder para cada etapa do manual de acreditação, este indivíduo foi responsável por identificar quais eram os documentos institucionais já existentes, se necessitavam de ajustes e quais precisariam ser criados, além de convocar outros responsáveis pelo processo/documento a participar do seu desenvolvimento. A equipe do escritório de Qualidade Dedicada organizou o projeto conforme a metodologia ágil SCRUM, com vistas a realização de entregas com alto valor agregado. A metodologia de trabalho foi apresentada aos envolvidos e as atividades a serem cumpridas foram listadas, e de acordo com a prioridade, estabelecidos os

prazos de entrega. A fim de auxiliar as equipes, diariamente eram realizadas reuniões com duração de até quinze minutos para atualização do status do trabalho e sinalização dos impeditivos, que eram direcionados a Direção para solução. Ao fim de quatro semanas (18 dias úteis), 38 colaboradores foram envolvidos no processo com estimativa de 1259 horas gastas para realização da entrega de 203 documentos que atendiam 561 exigências, com atendimento de 100% das metas estabelecidas. Após a entrega do projeto para avaliação por especialistas, foi obtido 96% de conformidade (81% conforme e 15% parcial conforme voltado para ajustes de documentação) no atendimento aos requisitos descritos pelo manual. **Conclusão:** A utilização da metodologia SCRUM demonstrou-se inovadora e adequada para agilizar e priorizar as entregas com alto valor agregado. O resultado obtido foi satisfatório devido ao alto envolvimento, capacidade de adaptação, concentração no essencial e redução de desperdício dos envolvidos. As metodologias ágeis compartilham um conjunto de entregas que geram valor, confiança, responsabilidade e aprendizado contínuo entre os indivíduos da organização. Percebe-se o desenvolvimento das lideranças, onde o Scrum Master atua como referência para o time nas práticas diárias de autogerenciamento, as dinâmicas multidisciplinares que contribuem para que o fluxo de informação flua de forma rápida e efetiva. É importante ressaltar que durante a implementação da metodologia, requer uma mudança de mindset e de cultura organizacional, mas que são esperadas e superadas, pelo fato da equipe ser mais colaborativa e pela organização está engajada desde a alta direção até os executores das tarefas facilitando esse processo.

Referências:

SCHWABER, Ken e SUTHERLAND, Jeff. O Guia do Scrum. O Guia definitivo para o Scrum As regras do jogo. Disponível em: <https://scrumguides.org/docs/scrumguide/v1/Scrum-Guide-Portugues-e-BR.pdf>. Acesso em dia 22/10/2021.

ABREU, Anaine; ABRANTES, Maria Luiza. A importância da acreditação hospitalar na assistência à saúde no Brasil. Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_18_ANAINE_DE_PAULA_ABREU.pdf. Acesso em 20/10/2021.

OZELIERI, Larissa Gomes. COMO A METODOLOGIA SCRUM POSSIBILITA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO: um estudo em uma empresa multinacional de tecnologia da informação. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12733/1/21485853.pdf>. Acesso em: 20/10/2021.

Práticas inovadoras

MANEJO DA VIA AÉREA DIFÍCIL EM EMERGÊNCIAS: ESTRATÉGIA INTEGRATIVA ENTRE ANESTESIOLOGISTAS E EMERGENCISTAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.

Autores:

Leopoldo Muniz da Silva | Arthur de Campos Vieira Abib
Glauce Cristina Muniz da Silva | Flávio Akira Sakae | Renato dos Santos Borega

Introdução: O manejo imprevisto de via aérea difícil (VAD) pode ser um desafio estressante e, com isso, colocar a vida do paciente em risco. Porém, a ocorrência desse evento é rara, o que limita a exposição diária da prática a essa situação na vida real e, portanto, restringe a experiência da equipe médica. Inúmeras publicações enfocam as diversas lesões de vias aéreas superiores decorrentes da intubação endotraqueal em pacientes de maior risco e institucionalmente, duas lesões graves de via aérea durante intubação foram analisadas pelo núcleo de segurança em 2021, sendo o treinamento em simulação para o manejo de via aérea difícil (VAD) proposto como estratégia para desenvolvimento da equipe médica e redução de eventos em pacientes com falência respiratória 1. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de uma simulação para o manejo de VAD por anesthesiologistas em promover melhoria na experiência de médicos emergencistas no manejo da via aérea durante quatro meses de acompanhamento após o treinamento. **Método:** Estudo prospectivo realizado com médicos de um serviço de emergência de fevereiro a maio de 2021. Emergencistas participaram de um curso de três horas para simulação de VAD e discussão sobre dispositivos auxiliares, manobras para facilitar a intubação e técnicas em simulação cricotireoidostomia em modelo vegetal. Antes da simulação (M1) e quatro meses após (M2), os médicos preencheram a mesma ficha de autoavaliação sobre sua experiência em VAD. O desfecho primário foi o grau de dificuldade com o uso de cada dispositivo após quatro meses da simulação. Os pontos de corte secundários incluíram modificações em relação ao conhecimento, às habilidades e aos resultados dos pacientes em M2. Para avaliar o impacto da simulação, a estrutura do modelo de classificação de Kirkpatrick² foi utilizada. Teste t bicaudal foi utilizado na comparação entre os escores de cada quesito (0-10). Variáveis categóricas foram comparadas pelo teste de testes de χ^2 . **Resultados:** Participaram do estudo 31 médicos emergencistas nas duas fases de resposta do inquérito. Apenas 19,3% haviam realizado algum curso prévio de manejo da via aérea. Os escores de habilidades e conhecimento em relação aos dispositivos no manejo da via aérea em M1 e M2 foram: videolaringoscópio (M1:3,8±0,5; M2:7,23±0,56, p=0,002), dispositivos supraglóticos (M1:5,64±0,65; M2:7,76±0,41, p=0,01), uso de Bougie (M1:5,08±0,64; M2:7,23±0,56, p=0,02), cricotireoidostomia (M1:2,6±0,57; M2:5,69±0,57, p=0,01), manobras para facilitar a intubação (M1:5,24±0,51; M2:8,53±0,57, p=0,002). O grau de dificuldade foi menor para o uso dos seguintes dispositivos durante a assistência, comparando-se M1 e M2: videolaringoscópio (M1:6,44±0,58; M2:4,15±0,22, p=0,009), uso do bougie (M1:6,2±2,7, 5,3±2,01, p=0,30) e máscara laríngea (M1:5,54±3,38, M2:4,46±1,45, p=0,29). Em relação à frequência de desfechos negativos (dificuldade de manejo da via aérea, insucesso na intubação ou parada cardíaca), 80% reportaram tal experiência em alguma ocasião prévia. A principal dificuldade

reportada foi o manejo de VAD (72,7%), dificuldade na ventilação sob máscara em VAD (54,5%) e dificuldade no uso de dispositivos auxiliares (45,5%). Parada cardíaca durante intubação foi reportada por 20,1% em M1. Em M2, apenas 6,45% reportaram dificuldades/insucesso no manejo da via aérea e nenhuma parada cardíaca relacionada à VAD. **Conclusão:** O treinamento simulado em VAD melhorou as habilidades de médicos emergencistas, reduziu o grau de dificuldade com a videolaringoscopia e contribuiu para aumento da utilização de dispositivos auxiliares, o que impactou em melhor manejo da VAD na prática clínica e maior segurança aos pacientes graves com falência respiratória.

Referências:

Silveira SQ, Silva LM, Ho Anthony, et al. Orotracheal intubation incorporating aerosol-mitigating strategies by anaesthesiologists, intensivists and emergency physicians: a simulation study. *BMJ*, v. 1, p. bmjstel-2020-000757-1-5, 2021.

D.L. Kirkpatrick. Effective supervisory training and development, Part 2: in-house approaches and techniques. *Personnel*, 62 (1985), pp. 52-56.



EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

- Avaliação da expectativa do paciente como instrumento para melhoria da sua experiência durante atendimento no setor de emergência hospitalar.
- Acolhimento ao óbito fetal e neonatal - tornando a vivência do óbito menos traumática.
- Instrumento experiência do paciente e sua influência no NPS (Net Promoter Score).

Experiência do paciente

AVALIAÇÃO DA EXPECTATIVA DO PACIENTE COMO INSTRUMENTO PARA MELHORIA DA SUA EXPERIÊNCIA DURANTE ATENDIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Autores:

Peter Christian Jacobs | Maria Aparecida Miranda de Freitas | Henrique Francisco de Souza e Souza | Raissa Lanna Araujo San Martin | Marcia Regina de Sousa

Introdução: Estar numa Unidade de Emergência como paciente ou acompanhante não é uma escolha em busca de alguma experiência lúdica. Entretanto, promover uma boa experiência para o paciente durante o seu atendimento no setor de emergência hospitalar é um pilar fundamental na percepção da qualidade da assistência prestada. Uma ferramenta muito utilizada para avaliar o grau de satisfação, e, indiretamente, a experiência do paciente, é o Net Promoter Score (NPS). Através do NPS, o paciente pontua com uma nota de 0 a 10 o seu grau de recomendação do serviço a outras pessoas, refletindo, de algum modo, o seu grau de satisfação. Esse instrumento, entretanto, possui algumas lacunas, como, por exemplo, não identificar de forma direta os motivos pelas pontuações. Além disso, a análise que o paciente faz é muito posterior ao atendimento. Uma forma que pode ser interessante para identificação dessas lacunas e que melhoraria a experiência no setor da emergência é colocar o paciente como protagonista da sua trajetória desde o atendimento inicial, questionando sobre a sua expectativa para aquele atendimento hospitalar na admissão. Esta informação pode auxiliar toda a equipe multidisciplinar a efetuar um atendimento eficaz, seguro e alinhado à expectativa do paciente. Além disso, questionar ao final do atendimento se a expectativa foi alcançada, promoverá a identificação de problemas em algum ponto do fluxo de atendimento com o paciente ainda dentro da Unidade de Emergência, favorecendo a resolução de forma imediata. Isto sinaliza a ele e aos seus acompanhantes a preocupação das equipes de forma contínua. **Objetivos:** Descrever dados relacionados à expectativa do paciente quanto a seu atendimento na Unidade de Emergência. O que ele espera do seu atendimento e sua duração. Avaliar a taxa de satisfação através da pergunta no momento da alta da unidade, com o objetivo final de identificar pontos críticos que necessitem de mudanças com a melhoria da experiência do paciente, através de uma assistência eficaz, segura, empática e de qualidade.

Método: Em 09 de agosto de 2021, foram incluídas as seguintes perguntas na admissão do atendimento médico: “Qual a sua expectativa para este atendimento?” e “Quanto tempo acredita que este atendimento vai durar?”. No momento da alta hospitalar, foi inserida a seguinte pergunta: “Sua expectativa para este atendimento foi atendida?”. Caso a resposta fosse negativa, era solicitado ao paciente uma justificativa. Foi realizada análise dos dados obtidos entre 09 e 23 de agosto de 2021, com um total de 2915 pacientes. Os dados foram tabulados e expressos em frequência e porcentagem. **Resultados:** No período de 09 e 23 de agosto de 2021, foram avaliados 321 prontuários de atendimentos ortopédicos, 747 de atendimentos em fluxo COVID dedicado e 1847 dos demais fluxos. Nos atendimentos iniciais da ortopedia, 35% dos pacientes relataram expectativa relacionada à melhora da dor e 21,8% relacionado a investigação e diagnóstico do quadro clínico referido. Cerca de 76% dos pacientes desejavam duração de até 2 horas no atendimento. No momento da alta hospitalar, 99,15% dos pacientes referiram que a expectativa foi atendida. No fluxo COVID dedicado, foi observado que as principais expectativas foram “coletar RT-PCR COVID” (23,6%), “melhorar os sintomas” (10%) e avaliação diagnóstica (7,3%). Em relação à duração do atendimento, cerca de 70% gostaria que fosse

concluído em até 2 horas. No momento da alta hospitalar, 95,6% dos pacientes relataram expectativa alcançada, sendo os principais motivos de insatisfação a não coleta do RT-PCR por falta de indicação, tempo prolongado para resultado de exames e tempo prolongado para atendimento inicial. Nos demais fluxos, “melhorar” surge como expectativa em 21,7% dos casos, relacionado a “dor” em 19,13% e “investigar”, “descobrir”, “diagnóstico” em 17,6%. Cerca de 79% dos pacientes esperavam um atendimento finalizado em até 3 horas. A grande maioria dos pacientes desse grupo teve sua expectativa alcançada (98,8%). A principal causa de insatisfação foi a demora no tempo de permanência. Diante dos resultados, foi possível compreender as principais expectativas dos pacientes e os motivos pelos quais algumas delas não foram atendidas. Como forma de melhorar a experiência do paciente durante o seu atendimento, conhecendo suas expectativas iniciais, a equipe de enfermagem revisou todo o processo de medicação focando na agilidade, sobretudo com os pacientes ortopédicos, os fluxos de realização de exames diagnósticos visando agilidade e feedback à equipe médica e de enfermagem sobre os dados obtidos com o intuito de sensibilizá-los em relação às principais demandas dos pacientes e incentivá-los a um atendimento humanizado, empático e eficaz. **Conclusões:** Sem dúvida, colocar o paciente como protagonista durante o processo de atendimento através da escuta atenta às suas principais expectativas aproxima o profissional de saúde de um tema não abordado usualmente e trará subsídios importantes para melhoria de sua satisfação e experiência no ambiente da emergência hospitalar.

Referências:

OYEGBILE, Yemisi Okikiade; BRYSIEWICZ, Petra. Measuring patient experience in the emergency department: A scoping review. *African Journal of Emergency Medicine*, [S. l.], v. 10, p. 249-255, 10 dez. 2020.

BROWNE, Katherine; ROSEMAN, Deborah; SHALLER, Dale; EDGMAN-LEVITAN, Susan. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Aff*, 921-925, 29 May 2010.

BERKOWITZ, Bobbie. The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. *Online J Issues Nurs*, [s. l.], v. 21, ed. 1, p. 1-12, 31 jan. 2016.

Experiência do paciente

ACOLHIMENTO AO ÓBITO FETAL E NEONATAL - TORNANDO A VIVÊNCIA DO ÓBITO MENOS TRAUMÁTICA

Autores:

Odalia Uidack Barros | Vivianne Christina Cortez de Moraes

Helena Carneiro Aguiar | Cristiana Freire Cabral Mello | Jofre Cabra

Introdução: A morte de um(a) filho(a) é o momento mais doloroso na vida dos seus pais, e a falta de padronização dos processos de atendimento e o despreparo da equipe assistencial causam nas famílias a sensação de abandono e desprezo após a perda de seus bebês. Com o objetivo de tornar a vivência do óbito menos traumática às famílias, foi realizado projeto na instituição, intitulado de "Encontros e despedidas", orientado pela metodologia Lean, tendo como meta a melhoria do fluxo de atendimento aos óbitos.

Método: Inicialmente foi realizada avaliação da situação (inicial) através de pesquisa com a equipe assistencial sobre o conhecimento em relação ao óbito e da vivência das famílias frente aos óbitos (no grupo focado de pais). Em seguida foi feita a identificação das causas raízes do problema através da Arvore da Realidade Atual (ARA), com utilização de matriz de priorização das mesmas, sendo, por fim, estabelecidas melhorias que foram implantadas na instituição. **Resultados:** Na avaliação da situação inicial, os principais pontos identificados na pesquisa com colaboradores foram desconhecimento de documentos para direcionamento das ações frente ao óbito, ausência de treinamento sobre como lidar com casos de óbito, sensação de frustração e sensação de impotência diante do óbito (pontos identificados por 82%, 94%, 54% e 52% dos entrevistados, respectivamente). Quanto à vivência das famílias frente ao óbito, os relatos destacaram como pontos principais a sensação de abandono, a demora para a emissão do atestado de óbito e a falta de um programa especial para bebês fora de possibilidades curativas. Na identificação das causas raízes do problema, mostraram-se mais relevantes a deficiência na comunicação entre equipes, a falta de protocolos (para notícias difíceis, cuidados paliativos e assistência ao óbito) e a resistência para preenchimento do atestado de óbito pelos profissionais (médicos). As melhorias que foram implantadas na instituição ao final do projeto foram: Reuniões bimestrais com grupos de famílias após óbito; Disponibilização de uma sala para acolhimento dos pais em luto e para que as famílias possam permanecer com seu bebê após o óbito; Elaboração de kit de acolhimento ao óbito para os pais; Formação do Grupo dos Anjos; Identificação na porta do quarto; Treinamento e fluxos para preenchimento do atestado de óbito; Treinamento de Notícias Difíceis; Elaboração de cartilha institucional sobre o fluxo de assistência ao óbito. **Conclusões:** A assistência adequada ao óbito fetal e neonatal permite que as famílias tenham conforto e acolhimento no momento mais difícil de suas vidas. As modificações implantadas tiveram impacto importante na percepção das famílias, conforme resumido em relato descrito a seguir: "Foi o pior dia da minha vida, não consigo nem dizer o quanto. Tristeza tão profunda. Me lembro exatamente das palavras do médico, lembro de não entender o que ele falava mesmo estando claro... chorava, rezava... queria gritar mas não conseguia. Mas sabe que apesar desse dia terrível, ainda sim me senti acolhida... Não me senti sozinha, tinha sempre alguém comigo e com meu marido. Me

falaram o que eu podia fazer... Eu nem sabia que podíamos pegar meu filho, ficar com ele... ficamos um tempo com ele no colo na sala da psicologia. Me falaram o que a gente tinha que fazer, a psicóloga foi no cartório com a gente... deixaram os avós entrarem e ficarem com a gente. Me deram um livro que me ajudou muito depois. O tempo todo senti que meu filho era especial, senti o carinho das enfermeiras que arrumaram ele todo. A equipe toda foi muito gentil".
Descritores: Morte Perinatal, Atitude Frente a Morte, Melhoria de Qualidade.

Referências:

AGUIAR, Helena Carneiro Quando a partida antecede a chegada: singularidades do óbito fetal / Helena Carneiro Aguiar ; orientadora: Sílvia Maria Abu-Jamra Zornig. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016. Organização Mundial da Saúde. Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths, 2016.

Lupi, C., Lupi, L., Camargo, F., & Couri, R. (Orgs.). Histórias de amor na perda gestacional e neonatal. Editora Bookstart, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Experiência do paciente

INSTRUMENTO EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SUA INFLUÊNCIA NO NPS(Net Promoter Score)

Autores:

Elenice de Sousa Silva | Edna Rocha de Sá | Paula Cristina Nunes Garcia de Lima

Introdução: Este trabalho demonstra a importância do NPS (Net Promoter Score) como instrumento para medir a satisfação de um cliente em relação aos serviços hospitalares prestados. Este cliente em âmbito hospitalar nos mostra, de acordo com sua vivência, qual a qualidade do serviço que estamos desenvolvendo. Os pacientes acabam fornecendo informações que retratam os cuidados vivenciados e, portanto, podem contribuir com o que é necessário mudar para melhorar a segurança e a experiência do paciente (1,2,4).

Objetivo: Tem como objetivo avaliar qual a influência da aplicação do instrumento /termo experiência do paciente no resultado de NPS e tratar de melhorias relacionada a segurança e qualidade assistencial. **Método:** Trata -se de uma pesquisa de análise de dados quali-quantitativa. Qualitativa do tipo entrevista estruturada pois foram realizadas aplicações de questionários experiência do paciente de NPS, que buscaram avaliar a qualidade do serviço prestado e mostrar ideias e experiências individuais dos clientes participantes. Quantitativa pois foram avaliadas em números a resposta de satisfação do cliente em relação a qualidade da assistência e sua influência no NPS mensal do hospital analisada pelo HFOCUS (empresa especializada no monitoramento de satisfação e experiência do paciente). Amostra: público que responderam os questionários de experiência do paciente foram adultos de 18 a 95 anos de idade em unidade de internação, cirúrgicos e clínicos.

Resultados: Em maio de 2021, aplicamos o instrumento de experiência do paciente onde o valor de NPS era de 36,9% (correspondente ao mês de abril / 2021), em junho 1 mês após a aplicação do instrumento, o NPS (correspondente ao mês de maio / 2021) chegou a 66,7%. A partir do mês de julho o impresso não foi aplicado obrigatoriamente, ao analisar os dados para verificar os resultados, no período de 20/09 até 04/10 ocorreu uma queda evidente na devolutiva do NPS chegando a 10,3%. Em 05/10, ao fazer a análise destes dados, intervir com equipe de enfermagem solicitando o preenchimento obrigatório do impresso de experiência do paciente. Notoriamente após a solicitação do período de 10/05 (NPS 10,3%) foi para (NPS 30,6%) em 22/10/2021.

Conclusão: O estudo permitiu concluir que a aplicação diária do impresso de experiência do paciente influencia na resposta dos pacientes para avaliar o hospital, ou seja, a aplicação do instrumento influencia no número de elogios, além de possibilidade de melhorias. Notou -se ainda com análise de dados que a aplicação do instrumento promove a tratativa dos pontos negativos com o paciente ainda internado, elevando a possibilidade de reverter uma experiência negativa, podendo minimizar a possibilidade de uma ouvidoria e ainda uma possível fidelização do cliente.

Referências:

Costa DG, Moura GM, Moraes GM Santos JLG Magalhães AMM, Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/s5FCftxYLXbm4wQx6SgTZ5df/orformat=html&lang=p>

O'Hara JK, Caroline R, Sally M, Gerry A, Laura S, Claire M, et al. O que os pacientes podem nos dizer sobre a qualidade e a segurança do atendimento hospitalar? Resultados de um estudo multicêntrico do Reino Unido. Instituto de Educação Médica de Leeds, Universidade de Leeds, Leeds LS2 9JT, Reino Unido;Qual Saf. [Internet]. 2018 Mar [cited Jan 20 2019];27:673-82. Available from: doi:10.1136/bmjqs-2017-006974 »<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006974>

Liang L, Albina C, Robin U, Sharon ES, Walter PW, Baker GR, et al. Envolvimento do paciente no planejamento e melhoria dos serviços de saúde hospitalar: uma revisão do escopo. BMJ Open. [Internet]. 2018 Jan [cited Jan 20 2019];8:e018263. Available from: doi: 10.1136/bmjopen-2017-018263 » <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018263>

Marconi MA, Lakatos ME, Metodologia Científica. São Paulo (SP). 7ª Edição Atlas edição (março 2017) p 362.

Coordenação geral
Helídea Lima
Ana Claudia Araújo

**Direção de arte
e Diagramação**
Andreza Colucci

Atendimento
Mariana Lemoine

Apoio

GPeS
HEALTH BRANDING AND BUSINESS

REDE *D'*OR