

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP • Edição Especial • Outubro de 2011

Especial Qualihosp 2011

Comunicação, Qualidade e Segurança



**Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde**



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

COMISSÃO CIENTÍFICA

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE
Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE
Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde - ABRASCO
Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP
Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração - ANPAD
Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA
Escola de Enfermagem - USP
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP
Escola Paulista de Enfermagem - UNIFESP
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP - FCMSCSP
Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP
Faculdade de Medicina da USP - FMUSP
Faculdade de Medicina de Minas Gerais
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP
Faculdade de Medicina do ABC
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Fundação Oswaldo Cruz - Fio Cruz
Hospital Albert Einstein
Hospital das Clínicas da FMUSP
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA
Hospital Oswaldo Cruz
Hospital Samaritano
Hospital Sírio Libanês
Ministério da Saúde
Organização Nacional de Acreditação - ONA
Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM UNIFESP
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

Editorial - Ponto de Vista 5 Álvaro Escrivão Júnior

Balço do QualiHosp 2011 6 Ana Maria Malik

Entrevistas: Palestrantes Internacionais

Thomas Custers 12

Pedro Jesús Saturno Hernández 16

Entrevista: Convidado Especial

Humberto de Moraes Novaes 19

Trabalhos Premiados – Papers

1º lugar: Desenvolvimento e Implantação do Score de Disfagia para Atendimento Domiciliar 24 Barbara Regina Otranto Papais Xavier, Luciene Giusti, Ana Elisa Alvares Correa de Siqueira

2º lugar: Programa de Capacitação de Profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Sistema Único de Saúde 30 Edna Aparecida Bussotti, Kellen Cristensen, Eliseth Ribeiro Leão, Luiz Maria Ramos Filho, Kátia Jarandilha, Teresa Maria Uras Belém

3º lugar: Concomitância de Diferentes Modelos de Acreditação numa Mesma Instituição 37 Marcia Maiumi Fukujima, Mario Hideo Kono, Luis Fernando Paes Leme, Vanessa Ceravolo Gurgel Silva, Clodualdo José Nascimento Pessa, Suely Freire

Trabalhos Premiados – Relatos de Experiência

1º lugar: Adequação do tamanho do manguito do aparelho de pressão arterial não invasivo na Clínica Médico Cirúrgica (CMC) 42 Tatiane Ramos Canero, Michele Jaures, Daniela Aparecida Katayama, Adriana Cristina Miguel, Adriana Araújo Sicoli

2º lugar: Uso da ferramenta eletrônica na comunicação multidisciplinar: A experiência de implantação simultânea (big-bang) do prontuário eletrônico, prescrição eletrônica e checagem eletrônica da prescrição num hospital filantrópico de São Paulo 43 Enéas José de Mattos Faleiros, Klaiton Luís Ferretti Simão, Antonio Pires Barbosa, Luiz Eduardo Loureiro Bettarello

3º lugar: Qualidade Assistencial no currículo médico: plantando uma semente em terra fértil 44 Mariza M Kluck

Menção Honrosa

Papers 46

Relatos de Experiência 61



Editorial - Ponto de Vista

Álvaro Escrição Júnior

Balanço do Qualihosp

Ana Maria Malik

Editorial - Ponto de Vista

Álvaro Escrivão Júnior - GVsaúde - FGV-EAESP

O lançamento da revista Debates GVsaúde Edição Especial - QualiHosp 2011 marca o momento atual do nosso QualiHosp. Neste ano, o Congresso colocou em debate “Comunicação, Qualidade e Segurança”. No decorrer do evento, os 475 participantes conheceram algumas experiências internacionais de melhoria da qualidade e garantia da segurança na atenção à saúde e, ao mesmo tempo, iniciativas brasileiras relevantes mostradas nas comunicações coordenadas e nos mais de 200 pôsteres apresentados.

Nesta publicação, fazemos um balanço do Congresso de 2011 e são entrevistados os convidados internacionais presentes no evento. Além disso, são reproduzidos os 12 trabalhos científicos premiados.

A trajetória do movimento da qualidade e segurança em saúde, mostrada no testemunho do Humberto de Moraes Novaes, e as experiências relatadas nos trabalhos apresentados no QualiHosp 2011 constituem uma contribuição valiosa para pensar o futuro da qualidade nos serviços e sistemas de saúde no nosso país.

Contamos com a sua participação no QualiHosp 2012, onde este futuro continuará sendo construído.

O QualiHosp 2011

Ana Maria Malik - GVsaúde – FGV-EAESP

Apresentação – antecedentes

Desde o começo do *QualiHosp* tínhamos uma comissão que era simplesmente “A Comissão”, composta pelas organizações acadêmicas próximas do evento e das promotoras. À medida que o evento cresceu, percebemos que essa comissão era basicamente honorária e os convidados encaminhavam seus representantes. Nas reuniões trabalhava-se com alguns aspectos operacionais e tentava-se alinhar a programação, num segundo momento, referendada pelos convidados oficiais. Este modelo durou alguns anos, mas, como o evento se tornava maior, a esta comissão juntou-se a figura de um secretário executivo. Desde o início do evento fazíamos *call for papers*, na verdade *call for posters* com vistas a atrair um público que trabalhava com o tema qualidade, para lhes oferecer a oportunidade de divulgar o seu trabalho e vê-lo discutido por seus pares.

A intenção, nos primeiros anos, era oferecer uma oportunidade de educação continuada às médias gerências, após constatação – em uma série de pesquisas – de que era esta a população menos contemplada com possibilidades de aprimoramento. Por isto, pelo menos no primeiro dos eventos, convidávamos para cada mesa um profissional da área da saúde e um de outro setor da economia, de maneira a que fosse possível a nossa população alvo conhecer o que se passava fora do seu mundo. Afinal, naquele momento ainda era muito comum que apenas profissionais da saúde ocupassem as posições de alta gerência e no nível intermediário não necessariamente havia administradores ou pessoas com formação equivalente. Todos os envolvidos no evento consideravam um ponto forte a possibilidade de aprendizado, bem como a discussão de suas experiências com outros profissionais do setor.

Dois anos depois, ainda com uma estrutura muito semelhante e ainda com o apoio basicamente de hospitais – públicos e privados – começamos uma sessão que costuma ser chamada de comunicações coordenadas nos Congressos. Para nós, era uma oportunidade de ter *gente que faz* apresentando oralmente suas experiências, perante uma platéia que podia fazer perguntas diretamente. Desde esse momento, essas apresentações de experiências eram selecionadas entre os resumos de *pôsteres* que davam a impressão de poder despertar mais interesse nos participantes. De fato, essas sessões eram muito concorridas, correspondendo às nossas expectativas. Além disso, passamos a premiar os trabalhos, após julgamento por uma comissão composta por representantes das organizações apoiadoras.

Após alguns anos, o modelo nos pareceu esgotado e interrompemos a seqüência anual para realizar um planejamento estratégico. Este exercício, realizado com a participação dos nossos apoiadores da época, nos trouxe ao modelo atual.

O QualiHosp no século XXI

Atualmente, o nosso evento tem um caráter internacional e muito mais acadêmico, trazendo sempre como convidados pesquisadores ligados a universidades e organizações conhecidas na área da Qualidade e Segurança. De fato, o *QualiHosp* guardou seu nome mas, embora o objeto *Hospital* não tenha sido abandonado, acrescentamos a ele claramente as demais modalidades de assistência e os

sistemas de saúde. O mix público-privado e a assistência suplementar sempre estiveram em nossas preocupações, bem como os aspectos ligados à participação dos profissionais da assistência.

Mudou o local de realização do evento, para as dependências da Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo; mudou também o responsável por ele, que passou a ser o GVsaúde. Por sugestão dos nossos apoiadores da época, participantes do planejamento estratégico, passamos a convidar instituições, mais do que organizações independentes, para serem nossos parceiros, até que nos últimos anos passamos a ter uma Comissão Científica inclusiva, da qual fazem parte representantes de órgãos associativos do setor – prestadores e intermediários –, governo, OPS, e unidades e associações ligadas à pós graduação nas áreas de saúde e administração, que usualmente não trabalham em conjunto. Devido às distâncias, como buscamos de fato a participação das organizações, a maior parte das consultas à comissão sé feita por meio eletrônico. A reunião presencial costuma ser feita durante o evento.

Outra decisão tomada e, nesse caso, em conjunto com a Comissão Científica numa reunião presencial, se deveu à observação da cada vez maior qualidade dos trabalhos apresentados. Concluímos que seria impossível haver, anualmente, produção de tantos trabalhos do nível que passamos a receber e, por isso, optamos por ter um Congresso a cada dois anos e, nos anos alternados, um Seminário, que serviria à reflexão sobre os temas relevantes do setor e, a partir daí, à preparação do Congresso. Mantemos os convidados internacionais, mas não trabalhamos com trabalhos científicos.

Mais uma inovação trazida, de forma a melhorar nossa comunicação com a população que freqüenta o evento – ou que não consegue estar presente – foi a publicação dos Anais do *QualiHosp*. Neste documento aparecem os resumos dos trabalhos aceitos para o evento. Quando são enviados textos integrais, também são publicados.

O QualiHosp 2011

No evento de 2011 tentamos fechar um ciclo para iniciar outro. Com isso, decidimos homenagear as organizações que estiveram conosco desde o início, como a Dixtal, a primeira empresa a acreditar em nós, e alguns dos hospitais precursores, bem como órgãos públicos. Também tivemos a oportunidade de homenagear um dos pioneiros da qualidade, acreditação e segurança no país, fundador de um dos primeiros programas de gestão em saúde que juntavam um hospital universitário com uma escola de administração de empresas, no caso, o PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, resultado de um convênio entre o governo do Estado de São Paulo, via Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Fundação Getulio Vargas, por intermédio da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, professor Humberto de Moraes Novaes.

O tema central deste evento foi “Comunicação, Qualidade e Segurança”. Como sempre, tivemos convidados internacionais; conseguimos contemplar a divulgação de conhecimentos gerados na Espanha, no que diz respeito à relação entre os serviços de saúde e os cidadãos, apresentados por Pedro Saturno, um dos membros fundadores da *IsQua – International Society for Quality in Health Care* e os mecanismos de contato existentes num país cujo sistema de saúde é considerado um dos melhores, o Canadá, representado por Thomas Custer.

Nossos três cursos pré-congresso estiveram lotados. Os temas abordados, dentro de nossos eixos temáticos habituais, foram *Qualidade e Segurança*, *Indicadores* e *Avaliação de tecnologia*. Em função das avaliações, consideramos que se trata de uma atividade a manter. Nossas comunicações coordenadas continuaram entre os pontos fortes do evento. A grande crítica que essa atividade recebe é a lotação das salas. Se há um problema que nos agrada é este, embora certamente se trate de uma oportunidade de melhoria.

Quanto à produção científica, por um lado continuamos recebendo resumos de pessoas sem relação prévia com o *QualiHosp*. Por outro, chegam-nos trabalhos que são continuação de alguns recebidos em anos anteriores. Dos autores destes, recebemos o retorno de que incorporaram as sugestões oferecidas nas edições passadas. De fato, o nível da produção está cada vez maior, tanto que optamos, em 2011, por receber de maneira separada trabalhos considerados como pesquisa acadêmica e outros como relato de experiências. Além disso, passamos a aceitar resumos para pôsteres e trabalhos completos. Desta forma, assumimos que o *QualiHosp* está a caminho de se consolidar como evento acadêmico, que atrai produção de qualidade numa área cujos contornos ainda são bastante amplos.

Nossa meta para os próximos anos é, por um lado, continuar a elevar o nível do evento; por outro, aumentar a quantidade de participantes de outras regiões do País, para consolidar a área de Qualidade e Segurança em saúde como uma área acadêmica e também como uma preocupação nacional nos serviços e junto aos tomadores de decisão nos diferentes estados e municípios.

E o futuro?

Quando o *QualiHosp* começou, certamente o que se enxergava para a segunda década do 3º milênio não era o que se realizou até agora. Conseguimos construir um futuro mais próximo do que desejávamos. Cabe-nos a cada ano tentar rever o que consideramos desejável e qual o lugar que pretendemos ocupar nessa nova situação.



ENTREVISTAS

Thomas Custers

Pedro Jesús Saturno
Hernández

Humberto de Moraes
Novaes

Entrevistas

Os três convidados internacionais do QualiHosp 2011 foram entrevistados durante o evento, com o intuito de conhecer melhor suas atividades e ainda a realidade de seus países.

Humberto de Moraes Novaes conta um pouco da sua experiência no Brasil, e suas andanças pela América Latina e Estados Unidos. Seu percurso se confunde um pouco com o da acreditação no Brasil. Pedro Saturno fala de seus trabalhos na Espanha e na Europa, dando uma boa visão da contribuição destes para a sistematização do conhecimento da qualidade em saúde. Thomas Custers relata inicialmente sua experiência na Holanda, e posteriormente no Canadá, dando uma visão do que pode ser feito para avaliar e melhorar a qualidade do sistema de saúde. Arriscamos ainda sondá-los sobre a percepção que têm do que se passa no Brasil atualmente. Claro que cada um deles tem um grau distinto de proximidade com nosso país.

As entrevistas foram feitas por Reinaldo Hamamoto (Humberto Novaes e Pedro Saturno) e Georges Magueréz (Thomas Custers).

Entrevista com Thomas Custers

Por Georges Maguerez

Thomas Custers, um dos convidados internacionais do *QualiHosp* 2011, interessou-se pela qualidade durante seus estudos universitários. Sua tese no departamento de *Health Policies and Management* da Universidade Erasmus de Rotterdam foi sobre a relação entre qualidade e os custos hospitalares. “Muitas vezes a qualidade é vista como uma exclusividade dos médicos ou enfermeiras. Os administradores focam mais os custos. O não conhecimento da visão do outro resulta em decisões pouco aceitas”. Para convencer os diretores dos hospitais a seguir o caminho da melhoria da qualidade é importante demonstrar que existe uma relação entre custos e qualidade. Exemplos: solicitar exames desnecessários, evitar complicações pós internação ou otimizar a utilização do centro cirúrgico são ações que demonstram que a qualidade não é um luxo e sim uma estratégia que pode gerar economias reais para a instituição.

Demonstrar o impacto em termos de custos foi o objetivo do projeto de pesquisa que conduziu na Holanda. Thomas trabalhou com muitos parceiros para desenvolver um modelo de avaliação de custos para cinco organizações de saúde, duas instituições para crônicos, um centro de reabilitação e dois hospitais. Este projeto envolveu indicadores de performance e ferramentas de melhoria da qualidade. Estudou assim as estratégias de melhoria, o ciclo de Deming e outras ferramentas, e analisou os impactos sobre as instituições. Este trabalho revelou os benefícios financeiros decorrentes de um programa de melhoria da qualidade.

Nesta época, na Holanda, o orçamento anual dos hospitais públicos era calculado principalmente a partir dos dias de hospitalização do ano anterior. Assim, ao melhorar sua qualidade, o hospital corria o risco de diminuir seus recursos: melhorando a qualidade, os pacientes ficavam menos tempo no hospital - ausência de complicações, diagnósticos mais rápidos, etc. A maior disponibilidade de leitos permitia novas internações, mas os custos associados a um paciente novo são muito mais altos que os custos associados a um paciente que permanece no pós-operatório, sobretudo se o hospital não receber mais recursos por isso. No final, a melhoria da qualidade resultou, neste contexto, em uma queda dos recursos financeiros para os hospitais - ou seja, manter os pacientes internados tornou-se uma estratégia para assegurar o orçamento do ano seguinte. “A conclusão da minha tese é simples”, explicou Thomas. “Sem um sistema de incentivo financeiro, não há vantagem alguma para que os hospitais iniciem um programa de melhoria da qualidade. Isto é triste, pois existe normalmente uma forte motivação dos médicos, enfermeiras e outros profissionais para melhorar a qualidade!”

Há diferença entre uma “boa” e uma “excelente” qualidade da assistência. Você precisa pagar um determinado preço para ter uma boa qualidade - se quiser comprar um Volkswagen, por exemplo - e pagar um preço mais alto para ter uma excelente qualidade, se quiser comprar uma Mercedes. A qualidade neste sentido tem um preço! Os sistemas de saúde no mundo não buscam a mesma qualidade. As expectativas variam segundo os atores - as dos pacientes são diferentes das dos clínicos, que são diferentes das dos financeiros e das dos governos. Medir o impacto de um programa de melhoria da qualidade é mais fácil - é a soma dos custos associados aos eventos indesejáveis que o programa permite evitar. Assim, independentemente das expectativas, um programa de melhoria pode contribuir para reduzir os custos de uma instituição de saúde.

Graças ao trabalho sobre indicadores Thomas passou a trabalhar para a equipe europeia da Organização Mundial da Saúde. O projeto envolveu o desenvolvimento de indicadores hospitalares que permitissem comparar os hospitais da Europa. Em 2008, o responsável desse projeto foi convidado a trabalhar no Canadá e Thomas seguiu-o para trabalhar na área de políticas de saúde. O objetivo do trabalho no Ministério da Saúde da província do Ontário foi o desenvolvimento e a implementação de indicadores para monitorar o sistema de saúde da província, um conjunto de dados denominado “*Health System Score Card*” e assim avaliar a performance do sistema de saúde. Com a descentralização do sistema de saúde para o nível local, as 14 autoridades locais, LHIN - *Local Health Integrated Network*, tinham a missão de organizar, gerenciar e integrar os cuidados da sua comunidade. “O governo entrou em pânico ao ter que confiar tanto dinheiro às instituições locais, daí ele querer desenvolver um bom sistema de controle”, disse Thomas. O trabalho consistiu em desenvolver e implantar um sistema de monitoramento que motivasse e estimulasse a melhoria da qualidade. Nesta época, o financiamento dos hospitais de Ontário era semelhante ao citado anteriormente para a Holanda, isto é, com orçamento global, o que não favorecia a melhoria. O governo utilizou os indicadores para assinar contratos com cada autoridade local (*accountability agreement*) para os três anos seguintes, especificando os objetivos de melhoria e o monitoramento da utilização dos recursos.

Thomas Custers passou a trabalhar no nível local, numa LHIN. “Mudei da área acadêmica para as políticas de saúde e finalmente para o nível local do sistema de saúde”, explicou. “Meu trabalho consistiu em preparar o plano estratégico trienal da região a ser assinado com o governo da província”. O plano definia um sistema de indicadores que permitia avaliar se o sistema correspondia às exigências dos “*stakeholders*”. “O objetivo era implantar uma assistência integrada, eficiente, acessível e centrada no paciente, com o desafio de avaliar o quanto o sistema de saúde se aproximava deste objetivo.”

Desenvolveu assim um grupo de indicadores para avaliar o sistema e responder às seguintes questões: onde estamos? Como os pacientes estão vivendo suas experiências no sistema local de saúde? O sistema está suficientemente integrado? É eficaz? “Por exemplo, explicou Thomas, medimos a taxa de mortalidade relacionada à assistência ao infarto, a taxa de readmissão pós-alta, a qual é particularmente elevada no Canadá, pois muitos hospitais não têm as condições adequadas para tratar este tipo de pacientes, especialmente no norte do país.” A avaliação foi a primeira etapa do programa e visava identificar as prioridades. A seguir foi realizada a análise do processo, que incluiu a descrição de todas as etapas, como as indicações da assistência, o tempo para a ambulância chegar ao hospital, os critérios para se dirigir a um hospital ou a outro, as indicações da alta, a continuidade dos cuidados na comunidade etc. No final, eles obtiveram uma cartografia do processo (*process mapping*) avaliando assim a qualidade da cada etapa. Depois disso desenvolveram as ditas “melhores práticas” (*best practices*) para cada segmento do processo. Atualmente, eles estão nesta fase do projeto: o processo foi definido e eles estão tentando implantar as “best practices” para que cada profissional saiba o que fazer e quando. Thomas acredita que esse projeto poderá ajudar a criar um sistema de alocação de recursos que estimulará a melhoria da assistência. “Muitos anos serão necessários para se obter um histórico de dados suficiente para identificar tendências e fazer os ajustes necessários”. Os princípios do nível local são os mesmos daqueles de um sistema de saúde: quais são os objetivos? Como estamos em relação a esses objetivos? Quais são os pontos fracos e suas causas? Quais são as prioridades de melhoria? A seguir, quais são as boas práticas e como podemos implantá-las? E finalmente, medir novamente para avaliar as ações implantadas. “Assim se desenvolve um ciclo tradicional de melhoria da qualidade.”

Thomas Custers mudou novamente de orientação profissional e está trabalhando no Ministério da Promoção em Saúde na mesma província do Canadá. Seu trabalho, apesar de se desenvolver numa área diferente, é baseado na mesma lógica: definir medidas, medir, identificar prioridades, melhorar, medir de novo etc. A prioridade de sua equipe é desenvolver um sistema de indicadores para avaliar as políticas de promoção da saúde. Eles estão no início desse trabalho, apenas alguns indicadores entram-se disponíveis e eles precisam definir muitos outros. “Por exemplo, falou Thomas, o diabetes da criança é um problema importante no Canadá, mas não sabemos as razões. Precisamos desenvolver indicadores mais específicos que os que temos hoje como a prevalência, a frequência etc. No setor da promoção em saúde, ainda não há nenhuma medida de custos. É um setor ao qual gostaria de me dedicar com o objetivo de melhorar a definição das prioridades”.

A visão de Thomas sobre o movimento da qualidade e segurança no exterior é muito interessante. Para ele, qualidade e segurança são dois elementos do mesmo movimento, não há justificativa para separar essas estratégias, porque elas têm o mesmo objetivo: a satisfação do paciente.

No Canadá, o movimento da segurança começou em 2004 com a publicação de um relatório sobre eventos adversos, propiciando grande conscientização junto ao governo. Hoje, o país está conduzindo um programa de melhoria semelhante ao programa do IHI - Institute for Healthcare Improvement nos Estados Unidos, mas de amplitude menor: o objetivo é salvar 100 000 vidas ao invés de cinco milhões. As ações são prioritariamente orientadas para a segurança da clínica. Especificamente em Ontário, o governo publica um relatório quadrimestral sobre o desempenho dos 140 hospitais da província. O relatório tem 8 indicadores de segurança, simples e clássicos, mas precisos como a taxa de lavagem das mãos ou a utilização de um *checklist* no centro cirúrgico. Por enquanto, os resultados são limitados, mas já se observam melhorias, especialmente para os hospitais com os piores indicadores. “Os hospitais criticam bastante os indicadores, argumentando que a metodologia ou as condições de medida são inadequadas, mas, disse Thomas, num passe de mágica, no relatório seguinte, os indicadores melhoraram muito... O estímulo para melhorar a qualidade é real, especialmente para os piores hospitais!” No Canadá, a qualidade sempre foi uma preocupação dos hospitais, mas não existia nenhum suporte real do governo. Recentemente, uma campanha chamada *Excellent care for all* foi iniciada com muitas ações para estimular a melhoria da qualidade. Os diretores dos hospitais recebem agora um bônus salarial se a performance do hospital for boa. A melhoria da qualidade é hoje uma realidade no Canadá.

Na Holanda, contrariamente ao que ocorre no Canadá, a promoção da melhoria vem dos pacientes e não do governo. Isto resulta provavelmente da modificação do sistema de financiamento dos hospitais no final dos anos noventas. Foi implantada uma forma de competição entre os hospitais (“*managed competition*”). Assim, os hospitais deram mais espaço aos pacientes para atraí-los e instalaram um sistema de gestão da qualidade para demonstrar a qualidade da assistência. “A pressão dos pacientes e da mídia na saúde é muito importante na Holanda”, explica Thomas. “Faz parte da cultura. No governo, toda decisão deve ser aprovada por todos os partidos políticos: eles ficam na mesa até chegar a um consenso!”

“A cultura do país é um elemento fundamental para implantar com sucesso um sistema de qualidade”, Thomas continuou. “Não é tanto o modelo que faz a diferença, mas sua adaptação à cultura do país. Acho que o movimento da qualidade é global, semelhante em qualquer país. As discussões que hoje ocorrem no Canadá são as mesmas da Holanda. Os princípios são os mesmos, mas o modo de

implantar é diferente. No mundo, o maior desafio é conceber um sistema que motive os profissionais. A integração da qualidade nos sistemas de saúde é cada vez mais importante, provocando grandes mudanças na mentalidade dos profissionais. No entanto, mudar a cultura não é fácil. Na indústria, movimentos de melhoria da qualidade existem há muitos anos; não será diferente na área da saúde!”.

Em relação ao Brasil, Thomas Custers não se arrisca a dar uma opinião. É a primeira vez que ele vem ao Brasil! No entanto, ele acha que a possibilidade de testar muitos modelos nos hospitais é uma vantagem para achar o modelo mais adaptado à cultura. O desafio é ter um sistema de informação que permita analisar todas essas experiências!

Entrevista com Pedro Jesús Saturno Hernández

Por Reinaldo Hamamoto

O QualiHosp 2011 apresentou, entre seus palestrantes internacionais, o Professor Pedro Jesús Saturno Hernández – professor de Saúde Pública na Escola de Medicina da Universidade de Murcia e professor visitante em Gestão da Qualidade na Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard. Este pesquisador tem trinta anos de experiência em atuação no sistema de saúde espanhol e em outros países, voltada para a Qualidade na área de Saúde. Tem atuação destacada na IsQua – The International Society for Quality in Health Care.

Formado em Medicina, o Professor Pedro Saturno considera seu interesse pelo tema qualidade em saúde como uma evolução natural de seu interesse por saúde pública. Inicialmente, especializou-se em planejamento em saúde, planejamento de recursos humanos e avaliação em saúde. Trabalhando nesses assuntos, logo percebeu em suas investigações que a melhoria da qualidade é o que traz mais impactos observáveis por meio de avaliações na melhoria da assistência.

No início da década de 80, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard (EUA), teve o primeiro contato com o tema gestão da qualidade. De volta à Espanha atuou no Ministério da Saúde, sendo um dos responsáveis por tornar a Espanha um país pioneiro na implantação de sistemas de gestão da qualidade no setor. Talvez devido ao seu início precoce, considera que o país detém uma boa infraestrutura de gestão da qualidade tanto em hospitais quanto em serviços de atenção primária. Junto com isso, desenvolveu tradição em medir indicadores.

Devido à história política da Espanha, levando às suas peculiaridades regionais, os programas de gestão da qualidade são diferentes nas diversas regiões do país, não existindo um sistema nacional obrigatório. Segundo ele, todos os estados dispõem de estruturas de avaliação da qualidade, mas seu nível de desenvolvimento não é homogêneo. Por exemplo, na área de acreditação, a Andaluzia e a Catalunha possuem os sistemas mais avançados. Assim, cada lugar atua como acha mais oportuno. No entanto, estas iniciativas de qualidade, não influenciam a escolha de profissionais pelos seus locais de trabalho nem a escolha de serviços de saúde pelos pacientes.

Salienta que a participação da população no tema qualidade ainda é marginal. Quando ocorre, acontece por meio das associações de pacientes; o debate ainda se restringe aos profissionais da saúde. Isto lhe permite afirmar que a participação populacional na gestão da qualidade não é tratada como prioridade, o que lhe parece pouco adequado. De acordo com uma de suas pesquisas em andamento, um estudo espanhol sob sua responsabilidade, solicitado pela União Européia, as associações de pacientes tiveram atuação importante, entre outros, na criação e acompanhamento de indicadores para gestão da dor.

O Professor Pedro Saturno considera que a maioria das questões sobre infraestrutura dos sistemas de qualidade da Espanha já estão resolvidas, por isso seu interesse particular atual reside no estudo dos processos. “Se pesquisar apenas os resultados, descobre-se que algo está errado, mas não se sabe porque o erro ocorreu. Mas se estudar os processos, fica mais fácil descobrir de onde pode ter partido este resultado”. Assim, sua prioridade atual está nas pesquisas sobre boas práticas clínicas e na forma de tornar sua implantação uma tarefa relevante.

Entre seus outros projetos ele destacou:

- desenvolvimento de indicadores de segurança clínica para hospitais, já aplicado por toda a Espanha;

- desenho de um sistema integrado de atenção a enfermidades crônicas (envolvendo atenção primária, hospitalar, promoção da saúde e atenção sócio-sanitária), aplicado ao tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e ao Diabetes;

- avaliação da efetividade dos Programas de Acreditação, buscando o paralelo com a Medicina Baseada em Evidências, buscando verificar se a acreditação leva a melhor gestão da qualidade e a melhores resultados.

Das diversas estratégias para implantação de iniciativas de melhoria da qualidade, destaca a necessidade de sinergia entre todos os níveis de gestão do sistema de saúde. Ele descreve estas instâncias como partindo do nível governamental, passando pelo institucional até chegar aos profissionais do primeiro nível de atenção. Apesar das características e das dificuldades de cada uma das instâncias, ele considera que o compromisso necessário do profissional, no contato direto com os pacientes é o mais importante.

Esta é sua primeira visita ao Brasil. Ele reconhece não conhecer o sistema de saúde do país e conhecer pouco sobre o programa de acreditação. Seu conhecimento maior é referente à insuficiência de recursos para a assistência pública como um dos problemas na implantação de sistemas de qualidade no país. Sua sugestão para ajudar no desenvolvimento de sistemas de qualidade no país decorre mais uma vez de sua experiência em investigação. Ele participou de um projeto para o desenvolvimento de um instrumento diagnóstico do sistema de gestão da qualidade aplicado a toda a Europa. Neste projeto, desenvolveu um método de análise do sistema de gestão da qualidade - estrutura, estratégias de implantação, níveis de atenção, sistema de informação, comunidade e pacientes, regulação, acreditação e *capacity building*. Por meio deste instrumento, poderia ser feito o diagnóstico quanto o que o Brasil faz, o que falta ser feito e quais estratégias utilizar para implantar um sistema de qualidade. O Professor Pedro Saturno arrisca a dizer que existe muito a fazer no país, além de aumentar algumas tentativas já implantadas (como a acreditação), pois o sistema é multidimensional por definição.

Ele aconselha a ênfase na criação de infraestrutura para a qualidade, de maneira a que esta seja visível para e em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Esta é uma estratégia possível para desenvolver, de preferência de maneira integrada, a qualidade nos serviços de saúde, as boas práticas das diferentes categorias profissionais e um sistema de indicadores para acompanhamento.

Para os interessados em desenvolver programas de qualidade, a partir de sua experiência, indica que o caminho é ser formado em alguma profissão da saúde para obter conhecimentos sobre o sistema de saúde. A partir daí, recomenda uma “especialização”, formal, como no mestrado em Qualidade dos Serviços de Saúde, de dois anos da Universidade de Murcia, ou de maneira mais voltada para os serviços, por meio de programas de pós-graduação para os profissionais que já são responsáveis pela qualidade em algum serviço de saúde ou sistema de saúde.

Para finalizar, considera que está cada vez mais abrangente a área de conhecimento da qualidade em saúde, a moda do início do século XXI é o tema da segurança: “O tema qualidade existe há muito tempo, e periodicamente existe um assunto que domina. Atualmente é a segurança, mas cresce o interesse por pesquisas em serviços de saúde centrados no paciente. Sempre se falou em todos eles, mas até eles serem medidos não se sabe o que está ocorrendo”. Outros temas que destaca como os mais atuais

são o de custos da qualidade, ou seja, qual é o custo da má qualidade em uma instituição e a comunicação sobre a qualidade. “As informações devem ser transparentes e estar disponíveis para pacientes e profissionais. A parceria entre pacientes e os profissionais no uso das informações é o ideal”.

Entrevista com Humberto de Moraes Novaes

Por Reinaldo Hamamoto

“Qualidade não acontece do nada, acontece em função de um evento em que ela não foi observada, a partir de um determinado desvio de um desempenho qualquer”, explicação dada pelo Prof. Dr. Humberto de Moraes Novaes durante sua participação no *QualiHosp*, em abril de 2011, onde fez a abertura do Congresso. Ilustra, desta forma, sua consagrada atuação na área da qualidade em saúde, afinal foi o mentor do processo de acreditação no Brasil e em toda a América Latina. Relembrando sua formação, Humberto de Moraes Novaes atribui seu interesse inicial na área da qualidade aos seus professores Edmundo Vasconcellos e Odair Pedroso Pacheco, dos quais adquiriu não apenas conhecimento na área de cirurgia, mas aprofundou também sua prática com protocolos clínicos, avaliação de resultados, a sistematização da prática em centro cirúrgico e a administração hospitalar.

Estas credenciais levaram-no a assumir a chefia da disciplina de cirurgia na Universidade Estadual de Londrina e participar da fundação de seu Hospital Universitário, assumindo a função de dirigi-lo. Retornou para São Paulo após alguns anos, assumindo a direção executiva dos Hospitais Auxiliares do Hospital das Clínicas. Logo se tornou Diretor Executivo do Instituto Central, onde organizou os serviços segundo os padrões de qualidade que idealizava – ou seja, criando os manuais de procedimentos de toda a Instituição. Da mesma forma, atuou para a inauguração do Instituto do Coração já com toda a cultura da qualidade incorporada ao hospital.

Percebendo a insuficiência dos cursos de administração hospitalar existentes até então, lançou-se em uma nova empreitada: um curso de administração que pudesse formar gestores capazes de lidar com a realidade que conhecia bem – hospitais de grande porte – onde considera que gestores sejam capazes de aliar os conhecimentos em saúde pública com a visão empresarial tão necessários. Encontrou apoio na Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP), resultando na criação do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) no ano de 1972. Neste programa, propôs aliar o desenvolvimento acadêmico dos alunos com um estágio prático em serviço. A experiência mostrou-se tão bem sucedida que o PROAHSA recebeu apoio da Fundação Kellogg para o seu desenvolvimento e disseminação em toda a América Latina.

Após alguns anos iniciou seu trabalho fora do Brasil onde passou 20 anos trabalhando na Organização Panamericana da Saúde (OPAS), tendo como tarefa inicial a implantação do PROAHSA no Chile, México, Peru e República Dominicana. Estes anos no exterior não o impediram de voltar ao Brasil para implantar um projeto metropolitano para a saúde em São Paulo, no governo Franco Montoro – as redes locais integradas de saúde, compostas por hospitais e as Unidades Básicas de Saúde. De volta à OPAS, assume a direção da região andina com sede em Lima – Peru, onde permanece por três anos. Logo após, volta a se dedicar ao assunto qualidade em saúde, ao se dedicar à formação de redes de saúde e a acreditação hospitalar no ano de 1990.

Humberto de Moraes Novaes baseou-se então num levantamento sobre hospitais na América Latina, realizado pela OPAS, para propor o manual de acreditação para a América Latina. O retrato dos hospitais mostrou que no Brasil, ao menos 50% dos hospitais eram privados, 70% de todos os hospitais tinham menos de 70 leitos e cerca de 20% dispunham de apenas 1 funcionário/leito. Argumenta que

esta é a realidade para a qual a acreditação hospitalar no Brasil deve ser adaptada, incluindo todos os serviços que um hospital deve ter (atenção direta ao paciente e de apoio). No Brasil, atuando em conjunto com a Federação Brasileira de Hospitais e centros de pesquisa em qualidade no Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, lança o processo de acreditação hospitalar em 1992. Ressalta que o objetivo final da acreditação é a melhoria da atenção médica, seguindo a tríade da qualidade proposta por Donabedian: Estrutura, Processo e Resultados. Considera que o processo de acreditação no Brasil, feito por diversas empresas avaliadoras, aconteceu desta forma, pois era o possível nos anos de sua implantação. De volta a suas atividades em Washington, agora como presidente do Instituto de Cooperação Técnica em Saúde (INTECH), não acompanhou o processo de implantação da acreditação no Brasil e portanto, diz não saber o que está se passando nesta área atualmente.

Ao comentar a existência de processos distintos realizados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e por instituições de outros países com a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) dos Estados Unidos, ressalta os diferentes objetivos destas organizações ao atuarem no mercado nacional. Argumenta que o certificado da JCAHO não é adequado para a totalidade dos hospitais brasileiros, pois tem como um de seus principais resultados a atribuição de status para os hospitais diante de clientes de alto poder aquisitivo. Desta forma, defende que os critérios de acreditação devem ter um entendimento amplo, buscando melhorar a qualidade da atenção médica nos hospitais. Reconhece que a pressão para elevar os padrões de acreditação é grande, e refuga esta pressão lembrando da “Síndrome da Nicarágua” – ou de todos os países latino-americanos – onde existe a expectativa de que o mero estabelecimento de leis e regras modifique o comportamento dos indivíduos e das instituições.

Para esta mudança, Humberto de Moraes Novaes acredita que a sociedade tem papel fundamental. Por isso dedicou-se ao assunto segurança do paciente nos últimos tempos e considera este assunto essencial para a acreditação: como evitar o erro médico? Com este objetivo, volta a defender as máximas da qualidade: sem a mensuração da qualidade da assistência, não se obterá o resultado desejado. “Não basta aos diretores de hospital preocuparem-se com a estrutura hospitalar, os processos de cuidado precisam ser acompanhados e os resultados mensurados”. Encerra sua entrevista com um conselho aos interessados em atuar na área de qualidade em saúde: “O primeiro passo para conhecer qualidade é conhecer estatística”.



TRABALHOS
PREMIADOS E
MENÇÃO
HONROSA

Os Trabalhos Científicos

No QualiHosp 2011 tivemos um número *record* de 314 trabalhos recebidos, sob a forma de resumos. Solicitamos que eles fossem classificados pelos próprios autores em duas categorias: *papers* (com característica de pesquisa com componente teórico importante) e relatos de experiência (mais percebidos como estudos de caso).

De todos os resumos recebidos, 13 foram invalidados, por estarem fora das especificações do evento e 14 não foram aprovados. Desta forma, tivemos finalmente 286 trabalhos aprovados, dos quais 153 na modalidade *paper* e 134 relatos de experiência.

Desde 1998 o QualiHosp estimula a apresentação de trabalhos pelos participantes. Muitos dos seus autores vêm partilhando suas experiências com os participantes do QualiHosp desde a primeira edição. E, nesses casos, claramente, além de vermos processos contínuos de melhoria nas mesmas organizações, observamos também aprimoramentos notáveis no nível dos trabalhos encaminhados. Uma mudança sentida foi na temática dos trabalhos. Nos primeiros anos, tendo em vista as circunstâncias do ambiente, o que mais recebíamos eram relatos de experiências voltadas para a implantação de iniciativas de qualidade, de todo tipo. Como é possível perceber na relação de premiados deste ano, houve muitas mudanças. Por exemplo, qualidade e segurança foram objeto de muitos, assistência domiciliar, formação de profissionais em parcerias entre o setor público e o setor privado. Deve ser reconhecido que nada melhor que os temas encaminhados pelos nossos participantes para nos permitir ter noção sobre o que de fato acontece na realidade dos serviços envolvidos na área de qualidade e segurança em sistemas e serviços de saúde.

Sempre nos esforçamos para premiar os melhores entre eles. Nos primeiros anos era mais difícil, inclusive em termos de patrocínio. Nosso parceiro em 2011, que permitiu recompensar os melhores trabalhos, foi a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM.

Continuamos, com esta iniciativa, buscando a melhoria da gestão e da assistência em saúde e a disseminação dessas melhorias de modo a que cheguem aos cidadãos.

1º Lugar - Papers

INDICADORES ASSISTENCIAIS

P_28_2011 – Desenvolvimento e Implantação do Score de Disfagia para Atendimento Domiciliar

Barbara Regina Otranto Papais Xavier, Luciene Giusti, Ana Elisa Alvares Correa de Siqueira

Resumo: Em nosso serviço de atendimento domiciliar percebemos a necessidade de uma escala de evolução fonoaudiológica voltada para as características dos pacientes em nosso atendimento. Foi criada uma ferramenta que classificou e mensurou a evolução fonoaudiológica. Observamos que 56% dos pacientes apresentam score de prognóstico favorável para reabilitação fonoaudiológica são atendidos 3x semana; 14% dos pacientes com score não favorável atendidos 1x semana, 30% dos pacientes apresentam score de manutenção, atendidos 2x semana; Também 32% apresentaram melhora, 16% piora e 51% mantiveram o score. Destes com alteração de score 39% tiveram alteração da programação dos atendimentos fonoaudiológicos.

Palavras chave: Atendimento Domiciliar, Disfagia, Score, Deglutição, Fonoaudiologia

INTRODUÇÃO:

O atendimento domiciliar é uma modalidade de assistência, também conhecida como “*home care*” (do inglês, cuidado do lar) que pode ser definida segundo CARLETI (1996) como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde.⁵

As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro.⁷

Segundo MENDES (2001) foi um serviço criado para atender basicamente pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio, convalescentes que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros, portadores de enfermidades que exigiam repouso.⁹

Autores como ANDREOTI & FERNANDES (1994) mencionam sobre as vantagens do atendimento domiciliar como: satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar, redução de custos, em conjunto com assistência mais humanizada, que proporcione melhor qualidade de vida, principalmente a pacientes crônicos, terminais e idosos.³

No cenário da saúde, estima-se que os hospitais de primeira linha do País tenham cerca de 10% de seus leitos ocupados por pacientes crônicos residentes. O cenário tende a se agravar com os avanços da medicina e da longevidade. É um desafio que precisa ser enfrentado, e todos têm de estar preparados para assumir suas responsabilidades, cientes da probabilidade cada vez maior de ter um doente crônico na família. É preciso criar novos paradigmas. Acredita-se que o paciente crônico estará melhor em casa, perto da família e com apoio de assistência domiciliar ou, se for o caso, em uma instituição de longa permanência. Os sistemas e planos de saúde evitarão custos desnecessários se buscarem caminhos que favoreçam alternativas de assistência adequadas. E os hospitais que hoje têm parte de suas estruturas e tecnologias mais sofisticadas sendo subutilizadas, ampliarão as vagas para atender os pacientes que delas realmente necessitam.¹¹

Em 2008 o Conselho Federal de Fonoaudiologia dispôs sobre a assistência fonoaudiológica domiciliar que o atendimento fonoaudiológico domiciliar deve ser realizado por fonoaudiólogos, com experiência principalmente em atendimento à pacientes portadores de Disfagia Orofaríngea, fatores desencadeantes desta patologia, características do envelhecimento e processo Anátomo Fisiológico da

Deglutição. Segundo ASHA (*American Speech-Language-Hearing Association 2001-2002*) O fonoaudiólogo ingressa na equipe atuando de forma multi e interdisciplinar, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, a partir do gerenciamento da deglutição e da comunicação, de maneira segura e eficaz. ¹ Acredita-se que a elaboração de protocolos que norteiem a atuação fonoaudiológica vem ao encontro destas questões, visando garantir a qualidade do que está sendo oferecido aos pacientes, além de permitir a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências, conforme descrição de APEL (2003). ⁴

ASHA (2007) refere que a disfagia é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais (4). Esta patologia pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, de acidente vascular encefálico, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências e encefalopatias. A disfagia mais freqüentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração.

Também pode gerar déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte. ²

Habitualmente em avaliações e evoluções fonoaudiológicas de atendimento domiciliar a disfagia é avaliada baseada na escala de O'Neil ET all (1999) ¹⁰ e Furkim (1999) ⁸ pelo grau de severidade e/ou e na escala FOIS ⁶ que determina a liberação ou não da dieta via oral e consistência do alimento.

De acordo com as tabelas validadas as disfagias ^{8,10} podem ser classificada como:

- Disfagia leve: quando o controle oral é incoordenado e a ejeção oral é lenta, sem sinais sugestivos de penetração laríngea ou aspiração.

- Disfagia moderada: quando o controle e a ejeção oral do bolo alimentar estão lentos, com sinais sugestivos de penetração laríngea e aspiração.

- Disfagia grave: quando há presença de aspiração substancial e ausência ou falha na deglutição completa do bolo alimentar.

A Escala de ingestão funcional por via oral (FOIS)⁶ classifica a ingesta /liberação de dieta em:

- Nível 1: nada via oral.

- Nível 2: dependente de tubo de alimentação com mínima oferta de alimentação VO.

- Nível 3: dependente de tubo de alimentação com ingesta oral constante de alimento ou líquido - oferta de dieta VO parcial.

- Nível 4: dieta via oral total com apenas uma consistência.

- Nível 5: dieta via oral total com múltiplas consistências, mas necessita de preparação especial ou compensações.

- Nível 6: dieta via oral total com consistências múltiplas sem preparação especial, mas com limitações específicas de alimento.

- Nível 7: dieta via oral total sem restrições.

Diante das escalas disponíveis observamos em nosso serviço a necessidade de uma escala mais abrangente voltada para as características dos pacientes em atendimento que contemplasse também a deglutição de saliva e discretas mudanças na evolução que não poderiam ser contempladas nas tabelas já existentes. No atendimento domiciliar há muitos pacientes crônicos onde o objetivo muitas vezes é o gerenciamento de saliva e secreções; Prevenção de deformidades faciais devido ao quadro neurológico do

paciente, nestes casos pequenas melhoras como aumento da frequência de deglutição de saliva e movimentações da musculatura orofacial podem representar grandes ganhos aos pacientes com este perfil.

Atualmente as tabelas de classificação de Disfagia utilizadas no atendimento fonoaudiológico não contemplam todas as evoluções que encontramos principalmente em pacientes crônicos, relacionados aos objetivos terapêuticos fonoaudiológicos do atendimento domiciliar, como evitar agravamento de quadros de broncoaspiração por aspiração salivar, evitar reinternações e principalmente a manutenção da qualidade de vida. Por esta razão o setor de Fonoaudiologia da Hospitalar Santa Celina decidiu pela criação de uma escala de Severidade das Disfagias em Atendimento Domiciliar baseada nas características dos pacientes e nas tabelas já existentes, que evidenciasse a evolução ou piora dos quadros, considerando o perfil dos pacientes.

MÉTODO:

Iniciamos com levantamento bibliográfico dos scores e tabelas de classificação de disfagia utilizadas nos diversos serviços de saúde;

Foi definido Novo Score com a escala de 0 a 6 pontos onde:

Score 6 Deglutição Funcional: de Saliva e alimentos e a conduta seria de orientação/Monitoramento/ Alta com Indicação da frequência de Terapia 1x semana

Score 5 Disfagia Leve I: Deglutição Funcional de Saliva e alimentação via oral exclusiva com consistência adaptada; Sinais assistemáticos de permeação laríngea com clareamento após manobra, a conduta seria de Terapia/Orientação/Monitoramento/ Alta com indicação da frequência de terapia 1 à 2X semana

Score 4 Disfagia Leve II: Deglutição Funcional de Saliva e alimentação via oral + via alternativa de alimentação com consistência adaptada; Sinais assistemáticos de permeação laríngea com clareamento após manobra com via alternativa de alimentação, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação com indicação de frequência: Terapia 2x semana

Score 3 Disfagia Moderada: Sinais de permeação/aspiração laríngea de saliva e alimentos; Melhora com manobra e intervenção. Via oral/ Via alternativa de alimentação, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 2x a 3x semana

Score 2 Disfagia Grave I: Permeação/Aspiração laríngea de saliva via alternativa de alimentação e Treino Via oral, Redução da frequência de deglutição de saliva, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 2x a 3x semana

Score 1 Disfagia Grave II: Permeação/Aspiração laríngea de saliva via alternativa de alimentação e Sem treino Via oral, Redução da frequência de deglutição de saliva, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 1x semana, Reavaliar em 12 semanas

Score 0 Disfagia Grave III: Permeação/Aspiração laríngea de saliva via alternativa de alimentação e Sem treino Via oral, Ausência de Deglutição, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 1x semana por 4 semanas se não houver melhora do score alta fonoaudiológica.

Realizamos o levantamento atual do perfil dos pacientes em atendimento domiciliar na empresa onde atualmente 42% dos pacientes atendidos pela empresa encontram-se em acompanhamento fonoaudiológico. Destes as principais patologias de base eram: Pós-AVE: 24%; demências: 17% e complicações pulmonares: 18%. A idade média era de 60 anos e 51% dos pacientes eram do sexo masculino.

Houve treinamento de toda a equipe assistencial de fonoaudiologia para aplicação do score em Agosto de 2010.

Elencamos 72 pacientes em atendimento fonoaudiológico na assistência domiciliar para definição e validação de um novo score de Agosto à Novembro de 2010. Treinamento da equipe de fonoaudiologia para correta utilização e padronização do score.

Foram analisados os relatórios evolutivos destes pacientes seguindo os critérios: Hipótese Diagnóstica dos pacientes em fonoterapia, prognóstico do paciente, grau de disfagia e evolução do período. Em segundo momento os scores existentes foram planilhados para análise da evolução dos pacientes e o planejamento terapêutico realizado. Após iniciada a aplicação, foi realizada pela coordenação de fonoaudiologia a auditoria de pacientes na residência x score aplicado.

Criação e monitoramento por 12 meses de um grupo controle 72 pacientes avaliados mensalmente.

OBJETIVOS:

Criação de uma ferramenta que auxilie a mensurar a evolução fonoaudiológica dos pacientes em atendimento domiciliar.

Alinhamento adequado do plano terapêutico fonoaudiológico e seu score.

RESULTADOS:

Após a implantação dos Scores identificamos que:

56% dos pacientes em acompanhamento fonoaudiológico apresentam score com prognóstico fonoaudiológico favorável, moda de atendimento aumentada para a frequência de atendimento de 3x semana,

14% destes pacientes apresentam score com prognóstico fonoaudiológico não favorável e a moda de atendimento é mantida na frequência de 1x semana,

30% dos pacientes apresentam score de manutenção, moda de frequência de atendimento 2x semana, moda mantida pela necessidade de orientação e gerenciamento da função da deglutição dos pacientes em acompanhamento,

Do grupo controle de 12 meses com 72 pacientes avaliados mensalmente:

32% apresentaram melhora do score de disfagia

16% piora do score de disfagia

51% mantiveram o score de disfagia

39% destes pacientes com alteração de score realizaram alteração da programação dos atendimentos fonoaudiológicos.

Houve adequação da programação aumentando-a para 3x semana no grupo de pacientes classificados em score com prognóstico favorável

A moda do planejamento terapêutico adequado seguindo as considerações e orientações do score foram:

Grupo de Reabilitação: Aumento de 2x para 3x semana, grupo mais alterado após aplicação adequada do score

Grupo Manutenção: 1x semana

Grupo Orientação e Gerenciamento: 2 x semana

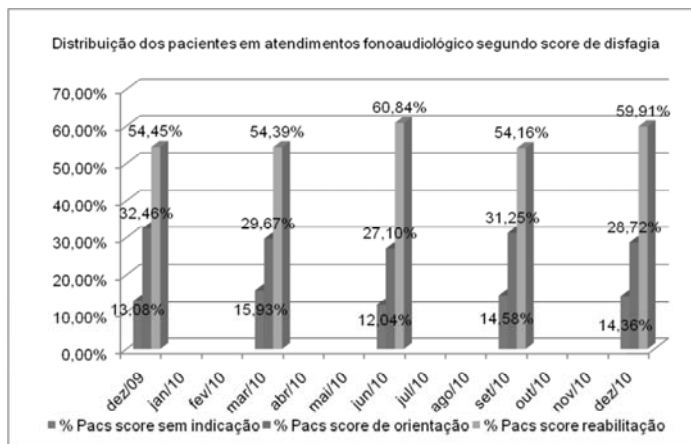


GRÁFICO 1: Distribuição dos pacientes em atendimentos fonoaudiológico segundo score de disfagia

GRÁFICO 2: Moda de frequência de atendimento fonoaudiológico dos pacientes com disfagia atendidos em assistência domiciliar. Frequência em X semana

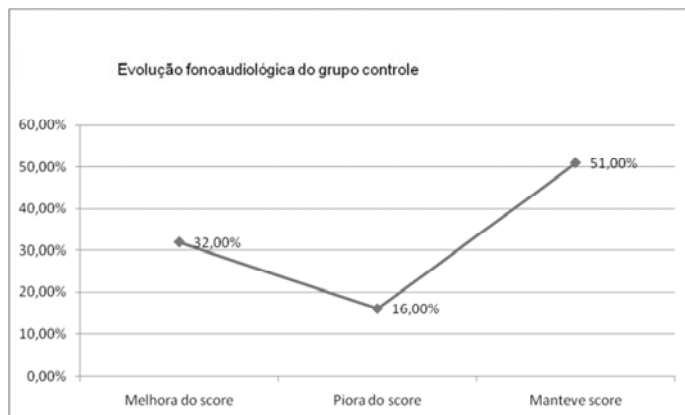
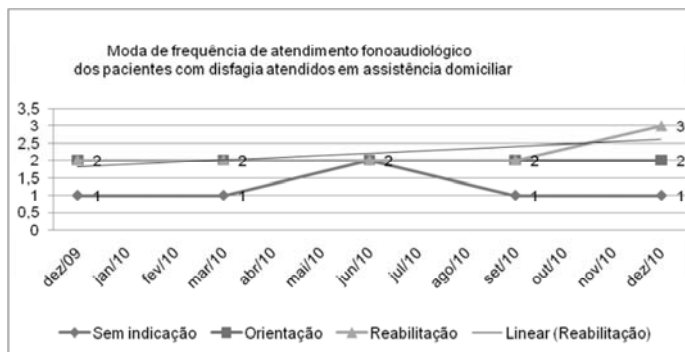


GRÁFICO 3: Evolução fonoaudiológica do grupo controle

CONCLUSÃO:

Após implantação e utilização da nova ferramenta mensurada pelo score pudemos observar a adequação da programação no grupo de pacientes classificados em score com prognóstico favorável, aumentando-a de 2x para 3x semana.

A partir da criação e análise quali/quantitativa foi possível acompanhar cada paciente e sua evolução frente ao atendimento fonoaudiológico e prognóstico do paciente, readequando assim a programação terapêutica quando indicado bem como a reorientação da técnica utilizada depois de discutido com a equipe multidisciplinar quando necessário.

O monitoramento mensal dos pacientes, utilização de protocolos assistenciais validados, registro e aplicação adequada do score são de extrema importância para avaliar a qualidade do serviço prestado e realizar a melhoria contínua da assistência, focando sempre no atendimento baseado em evidências.

Os resultados favoráveis ao aumento de número de sessões no grupo de pacientes classificados no grupo Reabilitação também permite mostrarmos aos pacientes e clientes (convênios) a evolução e melhora dos pacientes, justificando a frequência maior destes atendimentos bem como redução da frequência de atendimentos dos pacientes em monitoramento, onde temos pacientes que tem grandes riscos para broncoaspiração pelo seu quadro clínico de base e precisam ser monitorados por um tempo prolongado, nestes podemos notar redução do risco de BCP's aspirativas pelo acompanhamento fonoaudiológico bem como o grupo de pacientes com prognóstico desfavorável se beneficia do atendimento fonoaudiológico através de uma reduzida frequência de atendimento que é voltada aos cuidadores para ações de orientação como higienização oral, posicionamento durante e após a dieta e exercícios passivos através da terapia indireta da deglutição buscando alguma movimentação da musculatura orofacial e quando possível episódios de deglutição de saliva, justificando também o atendimento à pacientes com prognóstico reservado.

Referências

- 1 . American Speech-Language-Hearing Association. Roles of speechlanguage pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report. ASHA Desk Reference. 2002;3:181-99.
- 2 . American Speech-Language-Hearing Association. Model Medical Review Guidelines for Dysphagia Service, [monograph on the Internet 2004
- 3 Andreoni S, Silva SH, Fernandes RAQ. Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo. Rev Med HU-USP 1994;4:77-85.
- 4 . Apel K, Self T. Evidence-based practice: the marriage of research and clinical services. The Asha Leader Online , 2003 Sept 9
- 5 Carleti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP):Atheneu; 1996.
- 6 Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehab. 2005 Aug; 86(8):1516-20.
- 7 Cunha ICKO. Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem. . São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1991.
- 8 Furkim AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frontis; 1999.
- 9 Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001
- 10 O Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia. 1999;14(3):139-45
- 11 Sabate E, Ed . Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, Worl Health Organization, 2003

2º Lugar - Papers

Qualidade E Segurança

P_174_2011 - Programa de Capacitação de Profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Sistema Único de Saúde

Edna Aparecida Bussotti, Kellen Cristensen, Eliseth Ribeiro Leão, Luiz Maria Ramos Filho, Kátia Jarandilha, Teresa Maria Uras Belém

Resumo: Estudo descritivo exploratório que objetivou avaliar os padrões de qualidade existentes em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de treze hospitais públicos das regiões norte, nordeste e centro-oeste, no que tange os aspectos relacionados à estrutura, processos e recursos humanos, bem como descrever o programa de capacitação de recursos humanos, elaborado a partir do diagnóstico situacional. Os dados evidenciaram desigualdade de recursos entre as várias regiões, possibilitou a elaboração de um programa de capacitação para essas instituições, com vistas a minimização das não conformidades encontradas e melhoria da qualidade assistencial que serão posteriormente reavaliadas.

Introdução

A Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil é considerada especialidade relativamente jovem, em torno de 50 a 60 anos. Com o avanço técnico, tecnológico e de recursos humanos vivenciados nos últimos 20 anos, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN e UTIP) se depararam com o aumento de internações de crianças cada vez mais graves e, no caso das UTIN, de crianças mais prematuras com necessidades específicas (1,2).

Com o aumento da complexidade vivenciada, seria esperado um preparo das organizações públicas e privadas para o atendimento seguro e de qualidade das crianças admitidas nessas unidades.

Contudo, o crescente número de crianças que necessitam de UTI fez com que muitos serviços, na tentativa de atender tal demanda, crescessem e ainda continuam crescendo, de forma desordenada e sem um planejamento estratégico adequado. Os usuários desse sistema vivenciam a não equidade na distribuição dos leitos, com desigualdades nacionais e regionais, a limitação do acesso ao atendimento, prejudicando frequentemente a parcela mais carente da população, além da qualidade contrastante dos serviços, onde muitas instalações são totalmente estruturadas e outras não contemplam o mínimo necessário de estrutura e recursos humanos para suas atividades (1).

Para o bom funcionamento das UTIN e UTP, portarias e normatizações foram desenvolvidas contemplando os requisitos necessários para atender com segurança e qualidade as crianças admitidas nessas unidades.

A qualidade assistencial e a segurança do paciente são, indiscutivelmente, temas que não só despertam a atenção do cidadão em geral, mas constituem focos de árduo trabalho, tanto para os gestores públicos e privados, como para as fontes pagadoras, para os profissionais da área da saúde, além de configurar objeto de pesquisa para a comunidade científica.

Há aproximadamente dez anos, a palavra segurança não era comumente utilizada pelos provedores de saúde. Hoje, reconhece-se que as organizações de saúde não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também podem causar dano e sofrimento. A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações, característica essa que eleva a chance de algo sair errado (3).

Sabe-se que nesse contexto da discussão sobre segurança do paciente, a qualidade assistencial é um aspecto fundamental e inter-relacionado.

A qualidade do cuidado em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o “risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável”(4).

Avaliar a qualidade do cuidado tem se tornado parte do cotidiano organizacional dos provedores, reguladores e consumidores do cuidado de saúde. Indicadores de desempenho (resultados) são designados para a mensuração deste produto e podem refletir a excelência ou a lacuna em práticas seguras e de qualidade. Todavia, sabe-se que as diferenças sociais e de recursos humanos e financeiros são mais gritantes em regiões mais distantes do eixo sul-sudeste do país, razão pela qual, esforços públicos e privados necessitam ser endereçados a esta questão e que constituem o cerne deste trabalho.

Objetivos

Este estudo tem como objetivos:

Avaliar padrões de qualidade existentes em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de hospitais públicos das regiões norte, nordeste e centro-oeste, no que tange os aspectos relacionados à estrutura, processos e recursos humanos;

Descrever a estrutura do programa de capacitação de recursos humanos, elaborado a partir do diagnóstico situacional.

Justificativa

É pouco provável que uma instituição de saúde que não prime pela qualidade assistencial ou que não tenha o foco em melhoria contínua, forneça um ambiente seguro para seus colaboradores e/ou consumidores. Todavia, a cultura da qualidade não está bem desenvolvida em parcela significativa de instituições de saúde no país, quer por desconhecimento, quer por falta de qualificação dos recursos humanos envolvidos, dentre outros aspectos.

Nesse contexto é que emergiu o “Programa de Intercâmbio Institucional Hospitais de Excelência e Hospitais Tutelados para o Desenvolvimento de Competências Técnicas na Área Assistencial a Pacientes Críticos” desenvolvido por um hospital privado, filantrópico, de médio porte, da cidade de São Paulo, vinculado ao Ministério da Saúde (MS) no Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (Proadi/SUS) (5), como um projeto da área de Responsabilidade Social.

O Proadi/SUS é caracterizado pelo estabelecimento de um vínculo formal entre seis hospitais privados de notório reconhecimento nacional e internacional e o Ministério da Saúde, feito mediante assinatura de termos de ajustes, de forma que venham a refletir diretamente na melhoria do Sistema Único de Saúde, por meio da gestão, pesquisa, capacitação e tecnologia em benefício da população brasileira.

O referido programa de intercâmbio institucional tem como finalidades:

A qualificação técnica, tecnológica e de gestão de Unidades de Tratamento Intensivo Pediátricas e Neonatais credenciadas ao atendimento de pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde;

A definição e implementação de interfaces de relação entre as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN e UTIP) e as demais áreas de atenção do ambiente intra-hospitalar; e

A inserção das UTIN e UTIP junto às redes de atenção a pacientes críticos e potencialmente críticos, em especial, ao ambiente extra-hospitalar.

O projeto teve início em Novembro de 2008 e tem seu término previsto para Novembro de 2011, de maneira a atender as 13 instituições participantes selecionadas pelo Ministério da Saúde, distribuídas da seguinte forma: 02 instituições em Belém (PA), 2 em São Luis (MA), 01 em Natal (RN), 01 Maceió (AL), 02 em Goiânia (GO), 01 em Teresina (PI), 01 em Macapá (AP), 01 em Porto Velho (RO), 01 em Boa Vista (RR) e 01 em Palmas (TO).

O Projeto é constituído por três fases: Avaliação diagnóstica, Capacitação e Re-avaliação.

A 1ª fase foi desenvolvida por profissionais da área médica, em 2009, na qual foi realizado um extenso diagnóstico local, contemplando fluxos operacionais e assistenciais, capacitação das equipes técnicas, infra-estrutura de equipamentos e área física, entre outros, cujos resultados foram divulgados em uma Oficina de Gestores (locais, municipais e estaduais), realizada em Brasília (DF) em dezembro 2010.

A segunda fase correspondente à capacitação dos profissionais das instituições, tendo como base o diagnóstico realizado foi implementada a partir de setembro de 2010 e encontra-se em desenvolvimento.

A terceira e última fase, de re-avaliação, não constitui objeto do presente estudo, tendo em vista que será desenvolvida 03 meses após o término da capacitação em cada instituição (o que deverá ocorrer a partir de fevereiro/2011).

Embora se trate de um programa em desenvolvimento alguns resultados integrais (da 1ª fase) e parciais (da 2ª fase) já podem ser compartilhados.

O desenvolvimento deste programa desponta como uma forma de otimização de recursos e compartilhamento do saber na área da saúde que reflitam no aprimoramento dos processos assistenciais e de gestão, com foco na qualificação dos serviços prestados nas Unidades de Tratamento Intensivo dos hospitais participantes. Trata-se de uma experiência inovadora e incipiente em nosso meio, o que motivou a realização do presente estudo, com vistas a contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de realização e de implementação de programas semelhantes pelo país.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório realizado em treze hospitais da rede pública das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste do Brasil.

A primeira fase denominada diagnóstica foi realizada por profissionais da área médica do hospital de excelência, sendo finalizada no segundo semestre de 2009.

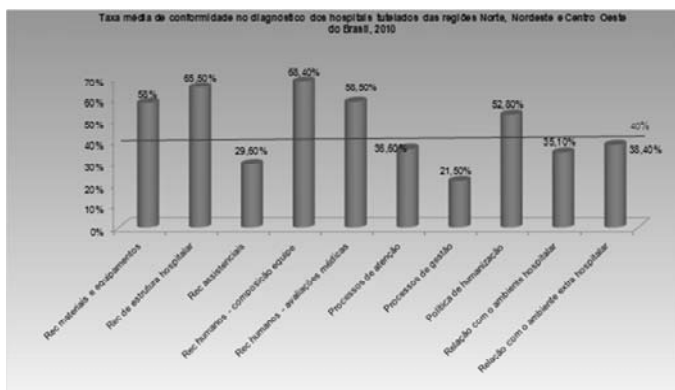
- Foi desenvolvido um instrumento de avaliação tendo como base a portaria nº 3432, de 12 de Agosto de 1998 (6), que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo, com critérios definidos. Os itens avaliados foram classificados em “Atende”, “Atende Parcialmente” e “Não Atende”, pelos profissionais médicos que visitaram as instituições beneficiárias do programa. Ao final os pontos foram somados e foi definida a porcentagem de conformidade para cada item avaliado. Os critérios de avaliação foram dez, a saber:
- Recursos materiais e equipamentos - recursos tecnológicos adequados para a unidade.
- Recursos de estrutura hospitalar - estrutura física mínima e instalações.
- Recursos assistenciais - serviços especializados para atender minimamente a UTI (serviços de diagnóstico e agência transfusional).

- Recursos humanos composição mínima da equipe - dimensionamento mínimo da equipe profissional da UTI e suas respectivas especializações.
- Recursos humanos avaliações médicas - realizadas por médicos especialistas.
- Processos de atenção - protocolos estabelecidos, integração dos serviços hospitalares, reunião multiprofissional, educação permanente, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Tracer (auditoria de prontuário), cursos de emergência (Reanimação Neonatal e Pediatric Advance Life Support - PALS)
- Processos de gestão - reavaliações periódicas de protocolos, normas e rotinas, atribuição de cada profissional, indicadores assistenciais (escores prognósticos, grau de dependência, absenteísmo, turnover, taxa de ocupação, despesas, resultados, satisfação do usuário, relatórios multiprofissionais) e relatórios de gestão.
- Política de humanização - controle do ambiente (luz, ruído, luz natural, temperatura), pais na UTI, visitas, método Canguru, grupo de trabalho para humanização em UTIN.
- Relação com o ambiente hospitalar - interface com unidades de atenção a gestante, neonato e criança criticamente enferma (Centro Cirúrgico, Unidade Neonatal, Alojamento Conjunto), critérios de internação e alta bem estabelecidos (médicos e diretoria cientes), resultados técnicos e operacionais compartilhados com a diretoria da instituição,
- Relação com o ambiente extra hospitalar - interface com unidades de atenção extra hospitalar a gestante, neonato e criança gravemente enferma (outros hospitais, centrais de regulação de leitos, SAMU), os resultados técnicos e operacionais são debatidos periodicamente com os gestores do SUS, critérios de internação e alta são discutidos com os gestores do SUS.

A 2ª fase foi iniciada em setembro de 2010 e tem seu término previsto para agosto de 2011, que constitui o Programa de Capacitação. Este Programa foi elaborado pela equipe técnica (duas enfermeiras de responsabilidade social e duas médicas) que atua na área de responsabilidade social do Hospital de Excelência, a partir dos diagnósticos identificados, supervisionado pela Coordenação de Ciência, Educação e Cultura da mesma área. O referencial adotado baseou-se na pedagogia das competências e no construtivismo, pautado ainda nas proposições do relatório da Comissão Internacional da Organização das Nações Unidas para a UNESCO, conhecido como relatório Jacques Delors, que apresenta como pilares do conhecimento o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (7).

Resultados

Quanto ao diagnóstico realizado pode-se observar que no gráfico 1 estão representados os 10 critérios de avaliação com as taxas médias de conformidade das 13 instituições. Foi determinada uma taxa mínima de 40% de conformidade a fim de



visualizar a realidade disposta em cada critério para estabelecer prioridades de atenção e subsidiar a elaboração do programa de capacitação de recursos humanos.

Constatou-se que cinco critérios de avaliação estão abaixo de 40% de conformidade: recursos assistenciais, processos de gestão, processos de atenção, relação com o ambiente hospitalar e relação com o ambiente extra-hospitalar.

Os recursos assistenciais referem-se aos serviços de apoio e diagnóstico para atender minimamente as necessidades das UTI. A maioria dos hospitais eram providos de Raio-X, entretanto, não dispunham de ultrassonografia e ecocardiografia à beira do leito, cuja necessidade está prevista na portaria 3432 de 12 de Agosto de 1998 (6). A maioria dos serviços de apoio e diagnóstico é terceirizada e muitas vezes não há atendimento emergencial, apenas com agendamento, como por exemplo, para procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, endoscopia, serviço de hemodinâmica, entre outros. Em todos os serviços foi evidenciada a presença de agência transfusional nas 24 horas.

Os resultados de processos de gestão e atenção refletem a necessidade das instituições em dispor de normas, rotinas, protocolos e indicadores assistenciais e administrativos formalizados que possam subsidiar suas atividades e justificar suas necessidades.

A relação com o ambiente hospitalar pode ser compreendida como parte do processo de gestão hospitalar, uma vez que a interface com as unidades intra-hospitalares deve permear toda equipe profissional, com normas, rotinas e indicadores bem estabelecidos e divulgados.

A relação com o ambiente extra-hospitalar, não depende apenas do gestor hospitalar, mas da política de atenção básica à saúde para a população em discussão, assim como da estrutura oferecida para esse atendimento. Foi possível observar que o grande impacto nesse critério é o escasso número de leitos para UTIN e UTIP. Além disso, a regulação de leitos não é efetiva em 100% das instituições e o transporte (ambulância) é inadequado para neonatos, crianças graves e gestantes. Em uma das instituições (Natal), foi evidenciado um transporte específico para recém nascidos denominado SAMU Neonatal o qual, no entanto, ainda é subutilizado.

Pesquisa da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) apresenta o cenário das UTI do país, incluindo UTI Adulto (UTIA) que corrobora o diagnóstico situacional deste estudo. De maneira geral, confirma a distribuição desigual do número de leitos de UTI, com maior concentração nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. Em números, a distribuição se dá da seguinte forma: é necessário que se estime de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, entretanto, na região Sul há 1,6 leitos para 10.000 habitantes, na região Sudeste há 1,7 leitos, na região Centro Oeste há 1,4 leitos e nas regiões Nordeste e Norte há 0,8 leitos para cada 10.000 habitantes (8).

Outro aspecto evidenciado no diagnóstico foi a variação dos índices de cada critério avaliado nas 13 instituições. Alguns critérios apresentaram grandes variações, mesmo aqueles com conformidade superior a 40%. Observou-se que nos recursos humanos, tanto em relação à composição mínima da equipe, quanto nas avaliações de especialistas médicos, o índice de conformidade variou de 10 a 100%. Tal variação reflete a desigualdade da distribuição de mão de obra especializada para essas regiões, o que reforça a necessidade de desenvolvimento de programas de capacitação específicos para esses profissionais.

Na tentativa de contribuir com o quantitativo e qualitativo de profissionais especializados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, em novembro de 2010 foram implantados 60 novos

programas de residência médica em especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) (9). Todavia, ainda são poucas as iniciativas como essa para as demais categorias profissionais.

No critério recursos materiais e equipamentos observa-se uma média de conformidade de 58%, contudo, a variação entre os índices foi de 21,7 a 92%. Tal fato evidencia o crescimento das UTI sem a adequada estrutura física e recursos tecnológicos necessários para o mínimo funcionamento, como previsto em lei.

Outra variação importante nos resultados foi observada na política de humanização com índices variando entre 9,1 a 90% de conformidade. Atualmente, sobretudo em UTIN e UTIP, é impossível discutir a assistência sem a inclusão da família. Dentro das UTI a família deve ser participante de todo o processo terapêutico, principalmente em UTIN, onde o período de permanência de um prematuro, muitas vezes, é prolongado e os pais podem ser requisitados para permanecer na unidade em função do método Canguru (nas 03 fases), que contribui positivamente na evolução clínica no neonato. Diversos estudos investigam e apontam para a importância da permanência da família na UTI. Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente garante que crianças de 0 a 18 anos de idade tenham um acompanhante durante sua internação, independente da unidade (10,11,12).

Em relação ao segundo objetivo deste estudo que trata da descrição do programa de capacitação, o mesmo foi elaborado pela equipe técnica do projeto constituído em duas etapas: Treinamento on the job (realizado na instituição beneficiária) e visita monitorada com aulas presenciais (no Hospital de Excelência em São Paulo), com carga horária total de 42h.

O treinamento on the job, com carga horária de 12h, é realizado pelas duas enfermeiras de responsabilidade social à beira do leito e mediante reuniões com as equipes multiprofissionais englobando os seguintes assuntos: avaliação de dor em neonatologia e pediatria (teoria e prática), aspectos da humanização em UTI (conforto do neonato, diminuição dos estressores ambientes, presença dos pais na UTI), tipos de curativos utilizados na cobertura de acessos venosos periféricos e centrais, diminuição do estoque de medicamentos nas UTI (diminuir o risco de problemas relacionados a medicamentos), checagem diária de planilhas consideradas fundamentais para a segurança do atendimento (carro de emergência, temperatura de geladeira, controle de materiais fixos do setor, controle de materiais encaminhados e retirados de Central de Materiais Esterilizados, entre outros), avaliação dos registros de enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem e boas práticas assistenciais em geral. Vale ressaltar que o treinamento on the job varia em abordagem, de acordo com a realidade de cada instituição.

Em relação à etapa do programa que é desenvolvida em São Paulo, o enfoque recai sobre o Controle de Infecção Hospitalar, Farmácia Hospitalar, Engenharia Clínica e Indicadores Assistenciais e de Gestão. A carga horária de 30h é distribuída em visitas monitoradas, palestras e fóruns de discussão e envolvem profissionais de 26 áreas da instituição (assistencial, apoio e gestão). A cada ciclo de capacitação, a instituição recebe em média quatro profissionais de duas instituições (normalmente um médico e um enfermeiro de cada unidade beneficiária) que atuam em UTIP ou UTIN. É fornecido também para cada instituição um DVD com as aulas deste programa para que possa ser compartilhado na educação permanente das instituições participantes.

O programa prevê ainda, os treinamentos de urgência e emergência, para os profissionais da pediatria e neonatologia, em PALS (Pediatric Advanced Life Support) e em Reanimação Neonatal, respectivamente.

Todo o programa é oferecido sem qualquer tipo de ônus financeiro às instituições participantes, por estar incluído no Proadis/SUS(5).

Conclusões

A metodologia adotada para a realização do diagnóstico das 13 instituições forneceu dados suficientes para o conhecimento da estrutura, recursos humanos e processos de cada uma. A diversidade de recursos entre as várias regiões, bem como a grande variação dos índices de conformidade nos critérios avaliados, tornaram-se um desafio para o planejamento da capacitação dos profissionais.

Foi possível organizar um programa de capacitação para os profissionais, tendo como base o diagnóstico inicial. O treinamento on the Job é realizado, considerando também as necessidades vivenciadas durante a capacitação à beira do leito e as manifestações da equipe multiprofissional, que orientam os ajustes necessários, de forma dinâmica. As temáticas desenvolvidas no Hospital de Excelência em São Paulo são previamente estabelecidas em cronograma, entretanto, a abordagem realizada também varia de acordo com a realidade de cada instituição beneficiária.

Referências

1. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(6):437-8.
2. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(6):453-60.
3. Quintino Neto A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. *RAS*. 2008; 10(41): 140-6.
4. World Health Organization (WHO). Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) version 1.1. Fianal Technical Report Jan 2009
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12/08/1998 Estabelece Critérios de Classificação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). D.O.U. – Diário Oficial da União nº 154; Poder Executivo, 13/08/1998. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria-3432.htm> Acesso: 10/01/2011
7. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1998.
8. Associação de medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Censo AMIB, 2008. Disponível em <http://www.amib.org.br> Acessado em 27/01/2011.
9. Ministério da Educação. D.O.U. – Diário Oficial da União 29/11/2010. Programas de residência médica beneficiarão regiões carentes. Disponível em <http://portal.mec.gov.br> Acessado em 26 Janeiro de 2011.
10. Ferreira JCOA, Sakita NK, Cecon MEJR. Experiência de grupo de pais em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Pediatrics (São Paulo)* 2009;31(1):20-5.
11. Molina RCM, Varela PRL, Castilho AC, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery Enfer* 2007 set; 11(3):437-44.
12. Estatuto da Criança e do Adolescente. Capítulo I - Do direito à vida e à saúde. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.

3º Lugar - Papers

Acreditação

P_197_2011 - Concomitância de Diferentes Modelos de Acreditação numa Mesma Instituição

Marcia Maiumi Fukujima, Mario Hideo Kono, Luis Fernando Paes Leme, Vanessa Ceravolo Gurgel Silva, Clodualdo José Nascimento Pessa, Suelly Freire

Resumo: Acreditação - coexistência de diferentes modelos numa instituição. Métodos de acreditação nacionais e internacional e políticas de humanização trazem conceitos, diretrizes e eixos norteadores diversos entre si, porém a coexistência pode ser possível. Neste estudo é apresentado o método de implantação de diferentes modelos de certificação da qualidade e políticas de humanização em um hospital público de gestão tipo Organização Social de Saúde que já obteve acreditação pela Organização Nacional de Acreditação e acreditação internacional no modelo Accreditation Canada.

INTRODUÇÃO

A acreditação é a certificação, por entidade reconhecida, das instalações, capacitação, objetividade, competência e integridade de uma agência, serviço ou grupo operacional para fornecer serviços específicos. Ela difere da certificação ISO 9000 porque vai além do reconhecimento do sistema de qualidade da organização. A acreditação avalia a capacitação e a competência, tanto dos profissionais como o da própria entidade, de acordo com as normas aplicadas por igual a todas as entidades da mesma categoria.

Em 1989 aconteceu a Primeira Conferência Latino-Americana sobre Acreditação Hospitalar, onde a Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde concluíram que nenhum país da América Latina utilizava a acreditação como ferramenta de melhoria da qualidade dos hospitais.

Qualidade nos hospitais foi tema para diversas iniciativas no Brasil. Destacaram-se na década de 1990 quatro estados: São Paulo com o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar conduzido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do estado; no Rio de Janeiro a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro fizeram um esforço conjunto; no Rio Grande do Sul o setor privado, e no Paraná a Secretaria da Saúde do Estado estabeleceram programas de acreditação hospitalar.

Em 1998 o Ministério da Saúde aprovou a proposta de criação de uma comissão nacional para acreditação de hospitais que desenvolva normas técnicas e procedimentos que definem padrões. Cria-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental, que teve colaboração e apoio de sociedades médicas, associações de classe e instituições públicas e privadas, além do apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde.

A estratégia de acreditação da ONA se dá em 3 fases ou níveis consecutivos: nível 1 - foco em aspectos estruturais, padrões mínimos de conformidade exigidos por regulamentação ou legislação vigente - sua obtenção caracteriza a "acreditação" e é válido por 2 anos; nível 2 - foco em processos - sua obtenção caracteriza "acreditação plena" e é válida por 2 anos; nível 3 - foco nos resultados - sua obtenção caracteriza "acreditação com excelência" e é válida por 3 anos. Cada nível só pode ser obtido se o serviço evidenciar conformidade em todas as unidades do hospital, não há acreditação parcial de um hospital pela ONA.

Além da ONA, existem outros sistemas de acreditação e certificação da qualidade no Brasil não filiados ao governo. Quadro 1.

Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) da Associação Paulista de Medicina (APM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) desde 1991 oferece o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS).

Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) no Rio de Janeiro é representante da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) no Brasil desde 1998.

Instituto Qualisa de Gestão (IQG) é representante da Accreditation Canada International desde 2007 no Brasil.

O processo de acreditação no Brasil é voluntário.

Quadro 1 – Comparativo entre os modelos

	ONA	PNGS	JCAHO	CCHSA
Ano de fundação	1998	1991	1951	1951 diferencia-se em 1958
Atua no Brasil	Desde 1998	Desde 1991	Desde 1999	Desde 2007
Foco principal	Estrutura, processos e resultados	Gestão e resultados	Funções, processos e resultados, segurança do paciente	Trabalho em times – segurança do paciente
Base dos padrões	OPAS, OMS e JCAHO	FNQ e MBNQA	JCAHO	CCHSA
Missão	Contribuir para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação.	A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.	Melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional através do fornecimento de serviços de educação e consultoria e acreditação e certificação internacional.	Levar qualidade aos serviços de saúde através da acreditação
Origem	Ministério da Saúde	Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo	American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, the American Medical Association, e Canadian Medical Association.	American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, the American Medical Association, e Canadian Medical Association.
País sede	Brasil	Brasil	Estados Unidos da América	Canadá
Tipo de sistema de saúde do país sede	Público e privado	Público e privado	Predominantemente privado	Predominantemente público
Acreditada pela International Society for Quality in Health Care (ISQua)	Não	Não	Desde 2007	Desde 1995
Representação internacional em 2010	Não	Não	Em 80 países a partir de 1995	Em 9 países a partir de 2000
Número de hospitais acreditados em 2010 no Brasil	49 acreditados; 46 acreditados pleno e 53 com excelência (total 148)	16	23	10

ONA= Organização Nacional de Acreditação; PNGS= Prêmio Nacional de Gestão em Saúde; JCAHO= Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; AC= Accreditation Canadá; OPAS= Organização Pan-Americana de Saúde; OMS=Organização Mundial de Saúde; FNQ= Fundação Nacional da Qualidade; MBNQA= Malcolm Baldrige National Quality Award; CCHSA= Canadian Council on Health Services Accreditation.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever a implantação de diferentes métodos de acreditação hospitalar e políticas de humanização numa mesma instituição, de maneira cronológica, traçando aspectos comuns nos métodos.

JUSTIFICATIVA: segurança do paciente e qualidade nos processos tem sido temas importantes no cenário internacional e mais recentemente também no nacional. A compreensão e análise de cada método de trabalho é importante para a implantação. Como a instituição já recebeu as creditações nacional e internacional e segue as políticas de humanização, descreve neste trabalho como as ações foram organizadas.

MÉTODO

Descrição da implantação de modelos diferentes de gestão, acreditação hospitalar e políticas de humanização com análise crítica em uma instituição hospitalar pública, com modelo de gestão Organização Social de Saúde (OSS). O hospital é geral e tem 266 leitos.

RESULTADOS

O hospital teve início das atividades em outubro de 2000 e desde o início foi adotado o Modelo de Excelência em Gestão como diretriz do planejamento.

A partir de 2001, quando a instituição se preparava para o nível 1 da acreditação pela ONA, teve critérios de segurança revistos em toda estrutura. Foi feito planejamento estratégico com definição clara dos princípios norteadores da instituição. Houve grande movimento para garantir a estrutura física segura obedecendo às normas técnicas vigentes. Segurança das informações também foi revista e melhorada. Os indicadores passaram a ser sistematicamente discutidos e acompanhados pela comissão da qualidade. Houve investimento para adequação da estrutura física. Obteve certificação em nível 1 da ONA em 2003. Em 2004 toda documentação dos manuais dos processos foi desenvolvida, houve um refinamento dos indicadores e acompanhamento com uso de ferramentas da qualidade que garantissem a melhoria contínua. Foram feitos os planos de negócios entre os processos que passaram a ser gerenciados através das não conformidade, que eram discutidas por todos os diretores, componentes da Comissão da Qualidade. Obteve certificação em nível 2 da ONA em 2004.

Paralelamente, em 2004 o Ministério da Saúde disponibiliza a primeira edição da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde. Iniciou-se planejamento para implantação dos dispositivos da PNH.

No decorrer de 2005 foram aperfeiçoados os planos de negócios, refinados os indicadores, apresentados resultados com análise e propostas de melhorias. Em 2006 culminou com a obtenção da acreditação no método ONA com acreditação de excelência, nível máximo neste método, tendo sido uma das 3 primeiras instituições públicas acreditadas com excelência no Brasil. Em 2008 obteve a revalidação da acreditação de excelência.

A instituição continuou trabalhando na divulgação do método de gestão entre as gerências, fazendo com que gerentes e coordenadores se capacitassem.

Foi nítida a necessidade de novos desafios em qualidade. Em 2008 a instituição passa a ser integrante do recém-chegado método canadense de acreditação, com a visão de ser hospital público pioneiro no método. Naquele momento ainda não havia nenhuma referência no Brasil.

O método canadense foi estudado por muitos colaboradores da instituição, principalmente pela alta administração e gerentes de qualidade e risco para implantação do método em 2 anos. Foram formados os times de trabalho e implantadas as práticas de segurança do paciente. O método prevê

também auto-avaliações e visitas de acompanhamento pela certificadora que passa a ter papel de orientação com alinhamento de conceitos e não mais de simples auditor externo.

Em 2010 obteve a recertificação do nível 3 da ONA, não deixando de se adequar aos critérios daquele método. Em dezembro de 2010 obteve a certificação internacional, tornando-se a primeira instituição pública brasileira com acreditação internacional no método canadense.

No quadro 1 é feita uma análise dos diferentes métodos e suas semelhanças de conceitos e princípios.

Quadro 1- Paralelos entre alguns princípios e critérios da Política Nacional de Humanização, Prêmio Nacional de Gestão em Saúde, Organização Nacional da Qualidade e Acreditação Canadense observados na prática

Princípios da Política nacional de humanização (PNH) – eixo norteador: humanização	Crítérios do Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS) - eixo norteador: gestão	Crítérios da Organização Nacional da Qualidade (ONA) - eixo norteador: gestão por processos	Princípios da acreditação internacional – modelo CCAP - eixo norteador: segurança do paciente
Valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)	Conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e, conseqüentemente, gerando maior competitividade nos mercados.	Atendimento ao cliente. Plano de metas, indicadores de desempenho, taxas e informações para a tomada de decisão, bem como sua abrangência para toda a Instituição e comunidade.	Foco na população – trabalha com a comunidade para antecipar e suprir as necessidades.
Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos	Desenvolvimento de atividades em conjunto com outras organizações, a partir da plena utilização das competências essenciais de cada uma, objetivando benefícios para ambas as partes.	Atendimento ao cliente. Referência e contra-referência.	Acessibilidade – promove serviço oportuno e equitativo; garante a continuidade do tratamento.
Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.	Estabelecimento de relações com as pessoas, criando condições para que elas se realizem profissionalmente e humanamente, maximizando seu desempenho por meio do comprometimento, desenvolvimento de competências e espaço para empreender.	Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço. Gerencia os processos e suas interações sistemicamente: estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento contínuo, voltado para a melhoria dos processos.	Trabalho – suporta melhoria no ambiente de trabalho
Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade	Atuação de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora das pessoas, visando ao desenvolvimento da cultura da excelência, à promoção de relações de qualidade e à proteção dos interesses das partes interessadas.	Recursos humanos.	Serviços centrados no cliente – coloca pacientes e familiares em primeiro plano, integra os vários níveis hierárquicos com o trabalho em time
Sem princípios equivalentes.	Abordagem por processos, foco em resultados. Alcance de resultados consistentes, assegurando a perenidade da organização pelo aumento de valor tangível e intangível de forma sustentada para todas as partes interessadas.	Gerencia as interações entre os fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhoria e aprendizado	Efetividade (faz a coisa certa para atingir melhores resultados); Eficiência (melhor uso dos recursos) e Segurança (mantém pessoas seguras).
Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.	Responsabilidade social - relação ética e transparente, desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para gerações futuras; respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.	Serviços e/ou centro de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos ou referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutive.	Serviços centrados no cliente – coloca pacientes e familiares em primeiro plano; Continuidade dos serviços – coordena serviços

CONCLUSÃO

A base do processo de qualidade da instituição foi construída com um Modelo de Excelência em Gestão que permitiu a organização de processos e posteriormente a integração dos processos com metas assistenciais.

Apesar da PNH tratar de humanização coletivamente, e ser uma política, verificamos que muitos conceitos coincidem com boas práticas da assistência e modelo de gestão pela qualidade.

As práticas adequam-se aos métodos e todos têm o paciente no centro da atenção ou permite que seja colocado nesta posição. Os métodos de gestão e acreditação não são contraditórios possibilitando adoção simultânea. As diretrizes, princípios e critérios se complementam e quando implantadas na totalidade, as ações somam valor à instituição. No contexto histórico de globalização de informações e tecnologias o foco não pode se perder do paciente e sociedade.

Referências

Manual de Acreditação Internacional – Programa de Acreditação Canadense, CCAP. IQG & CCHSA International, 2008.

Critérios de avaliação – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS) ciclo 2004-2005.

Rumo à excelência e compromisso com a excelência. Fundação Nacional da Qualidade 2007.

Molla S. Donaldson. Measuring the Quality of Health Care. National Academy Press, Washington, DC 1999, 42p.

Accreditation Canada. <http://www.accreditation.ca>, May 12th 2009.

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização – Documento base para Gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed, Brasília, 2008.

<http://www.jointcommission.org>

Organização Nacional de Acreditação. Histórico. <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>

1º Lugar – Relatos de Experiência

Qualidade e Segurança

RE_108_2011 - Adequação do tamanho do manguito do aparelho de pressão arterial não invasivo na Clínica Médico Cirúrgica (CMC)

Tatiane Ramos Canero, Michele Jaures, Daniela Aparecida Katayama, Adriana Cristina Miguel, Adriana Araújo Sicoli

Palavras-chave: pressão arterial, manguito, aparelhos de medida da pressão arterial.

Diferentes fatores podem influenciar na medida precisa da pressão arterial (PA). Para evitar que a PA seja super ou subestimada, a razão da circunferência braquial/manguito deve ser em torno de 40% da largura do braço, e o manguito deve circundar de 80 a 100% do comprimento, conforme recomendação da America Heart Association (AHA).

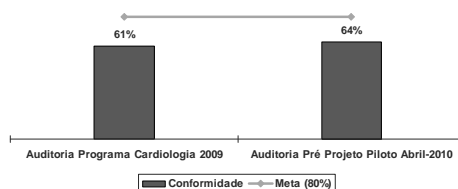
Identificação do Problema: O desempenho da CMC, na auditoria do Projeto de Padronização da Medida da Pressão Arterial do Programa de Cardiologia, de um hospital particular de grande porte na cidade de São Paulo, foi 24% inferior à meta preconizada (meta 80% de conformidade na adequação do tamanho do manguito, de acordo com a circunferência braquial do paciente - desempenho CMC 61% de conformidade). O Programa de Cardiologia adaptou uma tabela da AHA, que classificava o paciente de acordo com o tamanho da circunferência braquial, através de adesivos coloridos na capa do prontuário, determinando o tamanho do manguito a ser utilizado. Porém percebeu-se que os tamanhos dos manguitos descritos não eram compatíveis com os tamanhos disponíveis na instituição, e que o registro na capa do prontuário perdia-se quando, o mesmo, era arquivado na alta hospitalar. Resultando em dificuldade na compreensão da tabela, e inadequação do tamanho do manguito utilizado nos pacientes.

Ações Implantadas: Realizou-se análise dos resultados da auditoria no Grupo de Discussão da CMC (GDC), time de trabalho composto por representantes da enfermagem da CMC, resultando em propostas de melhorias no processo de registro e escolha do tamanho do manguito. Com isso, eliminou-se a tabela adaptada da AHA, a utilização de adesivos coloridos, e o registro na capa do prontuário. O tamanho da circunferência braquial passou a ser registrado na folha de evolução, anotação e controles de enfermagem, assim como o tamanho do manguito correspondente utilizado. Exemplo: circunferência braquial 28 cm MSD (26 - 32 cm).

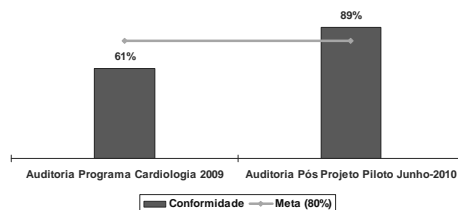
Resultados: A adequação do tamanho do manguito utilizado aumentou em 46%, na CMC, após as ações implantadas, e as despesas com os adesivos coloridos foram eliminadas.

Conclusão: Concluímos que as ações implantadas contribuíram para a qualidade da assistência prestada, segurança do paciente e redução de custos. A revisão do processo permitiu a compreensão dos

Comparativo da adequação do tamanho do manguito de pressão arterial não invasivo, conforme tamanho da circunferência braquial - CMC. São Paulo, Outubro - 2010.



Comparativo da adequação do tamanho do manguito de pressão arterial não invasivo, conforme tamanho da circunferência braquial - CMC. São Paulo, Outubro - 2010.



executores, quanto à finalidade e objetivo em adequar o tamanho do manguito conforme a circunferência braquial. A nova proposta de registro do tamanho do manguito utilizado, na folha de controles, garantiu a permanência desta informação no prontuário do paciente após a alta hospitalar. Frente os resultados positivos da implementação na CMC, o Programa de Cardiologia multiplicou esta prática para toda a instituição.

2º Lugar – Relatos de Experiência

Avaliação de Tecnologia

RE_74_2011 - Uso da ferramenta eletrônica na comunicação multidisciplinar: A experiência de implantação simultânea (big-bang) do prontuário eletrônico, prescrição eletrônica e checagem eletrônica da prescrição num hospital filantrópico de São Paulo.

Enéas José de Mattos Faleiros, Klaiton Luís Ferretti Simão, Antonio Pires Barbosa, Luiz Eduardo Loureiro Bettarello

Introdução: A implantação de prontuário e prescrição eletrônica pode ser feita de diversas formas. Habitualmente roll-out e implantações modulares são usadas em ambientes hospitalares. Estas estratégias conseguem, num certo período de tempo, certo nível de uso do sistema por parte da equipe multidisciplinar. Entretanto, estes métodos estão associados a existência de múltiplos cenários dentro do hospital, fragmentação da comunicação em diversas mídias e fluxos diferentes de cuidado entre os diversos cenários coexistentes. Outros problemas relevantes são a baixa aderência dos médicos ao uso da ferramenta, contornado por vezes usando-se transcritores (com sérios riscos associados ao processo); e prazos e custos elevados de implantação. Este caso relata a implantação em “Big-Bang” ocorrida há dois anos no hospital e seus efeitos nos problemas descritos acima. O hospital, acreditado pela JCI desde 2004, contava com 201 leitos e realizava cerca de 950 cirurgias/mês na época da implantação.

Métodos: A seleção da ferramenta durou cerca de um ano. Um comitê de seleção formado pela alta direção, gerentes de TI e enfermagem, lideranças médicas e um consultor médico especializado em TI pontuaram, frente a uma planilha de requisitos, diversos sistemas do mercado, após visitas a hospitais. A implantação, que incluiu também todo o back-office e integração com terceiros, como laboratório de análises clínicas, foi realizada em sete meses, seguidos por 5 meses de operação assistida pelo fornecedor. Nos últimos dois meses antes da virada, toda a equipe multiprofissional foi capacitada por seus pares e TI. Os médicos mais atuantes na instituição (cerca de 400 profissionais de 1400 credenciados, percentil 90 do movimento) receberam 8 horas de treinamento usando o sistema, no mês antecedente à virada. Na data estipulada, todo o hospital passou a usar o sistema em toda a assistência. A descrição cirurgia permaneceu manuscrita.

Resultados: A meta de 100% de uso do sistema por médicos e equipe multidisciplinar foi atingida no primeiro dia de implantação, sem uso de transcritores. Também no primeiro dia, todo o ciclo e a comunicação assistencial (registro em prontuário, prescrição, dispensação, checagem etc) estava contemplado no sistema, em todo o hospital. A implantação ocorreu no prazo estipulado, 7 meses, e a operação assistida durou dois meses a mais que o previsto (cinco meses X três). Os sistemas básicos de suporte a decisão clínica (interação entre drogas, alergias e controle glicêmico de pacientes críticos)

entraram em operação no primeiro mês. A impressão em papel, realizada apenas para fins legais de arquivamento, teve aumento de 80% no número de cópias.

Conclusão: A implantação em big-bang foi um dos pontos fundamentais nos resultados obtidos frente à aderência ao sistema, principalmente junto ao corpo clínico. A presença da informação em um único meio, eletrônico, desde o primeiro dia e em todo o hospital, eliminou a existência de problemas ligados a fragmentação da informação, observada em outras metodologias de implantação. Também foi obtida a uniformidade dos cuidados nos diversos setores, pois todos compartilhavam do mesmo paradigma de comunicação multidisciplinar e fluxo assistencial, disponível exclusivamente via sistema. A estratégia da virada também foi fundamental na manutenção dos prazos e custos. Os custos associados ao aumento da impressão serão compensados com a emissão de certificados digitais para toda equipe, reduzindo a impressão aos números prévios à implantação do sistema.

3º Lugar – Relatos de Experiência

Qualidade e Segurança

RE_149_2011 - Qualidade Assistencial no currículo médico: plantando uma semente em terra fértil

Mariza M Kluck

Identificação do Problema: “Qualidade Assistencial” é um termo que está na moda, apesar de não ser muito bem definido e menos ainda compreendido e assimilado pelos profissionais que atuam nos hospitais e nos diferentes níveis do sistema de saúde. Este conceito é entendido por todos mais como uma exigência dos gestores e um fator de complicação das rotinas de trabalho já estabelecidas do que propriamente como mudanças necessárias para garantir as melhores práticas ao menor custo, ao maior número de pessoas e com equidade e segurança. Os métodos de divulgação e de capacitação usuais (cartazes, folders, palestras, EAD, cursos, etc) utilizados por um Hospital Universitário não se mostraram suficientes para mudar esta interpretação, o que põe em risco o sucesso do Programa e a obtenção da Acreditação Internacional.

Solução proposta: entre outras propostas aceitas e desenvolvidas, como a inclusão do tópico no conteúdo da prova de seleção e na capacitação de novos residentes, foi conduzida a introdução deste conteúdo na disciplina de Administração e Planejamento em Saúde, ministrada a alunos do curso de Medicina em seu 4º semestre de curso. Este tópico vem sendo ministrado desde 2002, através de um módulo que compreende aulas teóricas, leituras obrigatórias e a elaboração de um trabalho de análise de aspectos da realidade do Hospital Universitário, com propostas de melhoria ou de solução dos problemas diagnosticados. Entre estas análises destacamos os seguintes exemplos: 1) nos anos iniciais, anteriores ao processo de contratualização do Hospital com o gestor do SUS, cada aluno recebeu um número de prontuário de paciente com alta recente e a tarefa de analisar o valor gasto durante a internação com diárias, medicamentos e exames, comparando este valor com os valores da AIH; 2) análise do desempenho de indicadores de qualidade assistencial do Hospital: grupos de alunos escolhem um indicador e analisam seu desempenho no Hospital, comparando serviços diferentes e, sempre que possível, com outros hospitais e com dados do DATASUS; 3) Comparação do desempenho e da estrutura do Hospital com os dados do relatório do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de

Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde; 4) Análise do relatório de Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional: cada grupo de alunos recebeu um capítulo do manual e o capítulo correspondente da análise, com a tarefa de propor um ou mais planos de ação para correção das não conformidades. Todas estas análises são apresentadas ao final do semestre em um “mini-congresso”, no anfiteatro do Hospital e com a participação de membros de sua Direção. Muitos destes trabalhos são posteriormente apresentados na Semana Científica do Hospital ou na Semana Acadêmica da Universidade.

Resultados obtidos: os alunos participantes destas atividades ingressaram no Hospital como médicos residentes a partir de 2007 e a semente plantada tem dado os frutos esperados, através de uma maior participação nos processos de qualidade e de segurança, com uma maior compreensão do significado desta expressão na prática clínica do dia-a-dia.

Menção Honrosa – Papers – 1º lugar

Indicadores Assistenciais

P_39_2011— Podemos estimar a performance de uma UTI pela variação da mortalidade de grupos de pacientes?

Andre Luiz Baptiston Nunes, Carolina Ferreira Pinto, Rafaela Deczka Morsch, Camila Dias, Amilcar Oshiro Mocelin

Resumo: A performance de uma UTI deve ser analisada por vários aspectos. Um dos métodos aceitos pela literatura é a determinação da relação mortalidade observada / mortalidade esperada por um dos índices prognósticos validados. Como este método é trabalhoso e seu cálculo mensal mostra resultados retrospectivos, podemos reconhecer variações do desempenho tardiamente. Na tentativa de agilizar o processo, testamos a hipótese de que a variação da mortalidade observada em relação à mortalidade histórica de amostras dos pacientes poderia evidenciar variações da performance de maneira rápida e confiável. Uma grande população (4745 pacientes) com resultados ajustados ao índice prognóstico (APACHE IV com SMR 0,95) pôde ter sua performance acompanhada pelo resultado da mortalidade observada em relação a mortalidade média de grupos de 100 pacientes com sensibilidade de 95% e especificidade de 85%.

Introdução: O acompanhamento da performance da UTI é assunto controverso e de grande interesse prático. Nas últimas décadas, a medida da relação entre a mortalidade hospitalar observada e a esperada (SMR - “standartized mortality ratio”), obtida por algum dos vários índices prognósticos disponíveis (APACHE, SAPS, MPM, etc.), tem sido aceita pela literatura como válida. Por esse critério, a UTI que obtém um SMR menor ou igual a um teria um resultado clínico satisfatório de acordo com o índice prognóstico adotado. A vantagem oferecida por este método está na possibilidade de comparação entre diferentes serviços com população semelhante, mesmo que o perfil de gravidade não seja o mesmo, pois o aumento da mortalidade esperada consequente a maior gravidade “corrigiria” o aumento da mortalidade observada. Essa prática permitiu a execução de trabalhos multicêntricos com resultado clínico como objetivo primário. A correta interpretação do SMR pressupõe uma série de cuidados: utilização do mesmo índice prognóstico e exclusão dos pacientes que não tem validação do cálculo do risco, entre outros e principalmente a consciência de que quanto mais genérico for o índice prognóstico, maior a chance de erro em subpopulações de pacientes, como cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, por exemplo. Acompanhar a performance de uma UTI com o SMR requer o cálculo do índice prognóstico escolhido para todos os pacientes admitidos elegíveis ao método e o seu acompanhamento até a saída hospitalar, onde se constata a mortalidade hospitalar observada e a cada período estabelecido, geralmente mensal, determina-se o SMR. Apesar de identificar variações da performance clínica com precisão aceitável, o reconhecimento do problema (aumento da mortalidade em relação ao risco) se faz retrospectivamente e a busca das causas e soluções acaba sendo atrasada de maneira dependente da periodicidade da análise dos dados.

Justificativa: Este trabalho analisa o comportamento da variação da mortalidade na população geral da UTI em cortes de pacientes com número definido (50, 100 e 500) e compara ao SMR, com o objetivo de desenvolver um método capaz de reconhecer precocemente variações na taxa de mortalidade observada, e desencadear processos de identificação e correção de problemas que podem aumentar a mortalidade de pacientes graves.

Métodos: Analisamos retrospectivamente 4745 pacientes admitidos em uma UTI geral de um Hospital terciário, privado e localizado no Município de São Paulo. Os pacientes foram divididos pela

ordem de admissão em cortes com 50, 100 e 500 pacientes e para cada uma delas foi calculado mortalidade hospitalar observada, risco de óbito de acordo com o APACHE IV e o SMR. O cálculo do APACHE IV foi prospectivamente realizado entre março de 2008 e dezembro de 2010. Consideramos como “padrão ouro” para identificação de desempenho clínico inadequado um SMR > 1. Após a identificação dos grupos de pacientes com mau desempenho, observamos a capacidade dos desvios da média e mediana de óbitos de toda a população em reconhecer estes grupos. Para isso foram calculados acurácia, sensibilidade, especificidade e preditividades positiva e negativa para cada uma das cortes.

Resultados: A mortalidade observada média na população foi de 8% e o risco médio de óbito calculado pelo APACHE IV 8,4%, resultando em um SMR de 0,95. Podemos dizer que, teoricamente, 399 pacientes poderiam ter morrido e de fato morreram 380, com um total de 19 “vidas salvas” ou que a cada 1000 altas hospitalares, 4 vidas adicionais são salvas de acordo com o risco calculado pelo APACHE IV. O cálculo da média e mediana da mortalidade observada (MO) dos agrupamentos está resumido na tabela 1. A média da mortalidade observada foi maior que a mediana e a sua utilização como “ponto de corte” poderia reduzir a sensibilidade do método, o que não foi observado (a sensibilidade da média e mediana foi 95%). A menor variabilidade observada (DP) com o aumento do número de pacientes nos agrupamentos era esperada, uma vez que com o aumento da amostra nos aproximamos da totalidade dos pacientes.

Tabela 1 – resumo do cálculo da média e mediana da mortalidade esperada dos grupos de pacientes.

Agrupamento	Média ± DP MO	Mediana MO
50 pacientes	8,4 ± 3,2%	8,3%
100 pacientes	8,4 ± 2,1%	7,9%
500 pacientes	8,4 ± 1,5%	7,8%

A tentativa de se utilizar a média mais um desvio padrão como “ponto de corte” foi imediatamente descartada por ter baixas sensibilidade e especificidade (74 e 37%, respectivamente). A análise da capacidade de discriminação da média da mortalidade observada está resumida na Tabela 2.

Tabela 2 – resumo do cálculo da acurácia, sensibilidade, especificidade e valores preditivo positivo e negativo da mortalidade observada em identificar aumento do SMR

	MO média 50 pacientes	MO média 100 pacientes	MO média 500 pacientes
Acurácia	80%	89%	50%
Sensibilidade	85%	95%	60%
Especificidade	75%	85%	60%
Valor preditivo (+)	73%	81%	60%
Valor preditivo (-)	87%	96%	60%

Nesta população, a observação da mortalidade hospitalar a cada 100 pacientes com internação na UTI foi capaz de mostrar com mais agilidade variações na performance.

Conclusões: A primeira consideração a ser feita, é que a população estudada é grande e homogênea, além dos resultados apresentados pela UTI no período estarem bastante calibrados à mortalidade esperada pelo APACHE IV. Dessa maneira, a variabilidade do SMR dependeria mais da mortalidade observada do que da esperada criando um “acoplamento matemático” que seria responsável pelo resultado. Outra consideração a respeito da população é que a média de altas hospitalares mensal é

de 150 pacientes, permitindo que a análise da mortalidade de 100 pacientes seja feita com 20 dias, agilizando o processo. As UTIs com menor número mensal de altas só se beneficiariam do processo com cortes menores, mesmo assim a sensibilidade observada para 50 pacientes foi 85%. Em Hospitais com populações heterogêneas, o método precisa ser validado pois não sabemos exatamente o que aconteceria caso a mortalidade esperada variasse significativamente. O cálculo do SMR não deve ser abandonado sob nenhuma hipótese, pois nos informará a calibração dos resultados observados em relação ao índice prognóstico utilizado. Na prática, a medida da mortalidade de grupos de pacientes comparada com a média histórica pode nos avisar que o processo precisa ser visto com mais atenção, dessa maneira, problemas sistêmicos relacionados ao cuidado desses pacientes poderiam ser detectados com mais agilidade. Em um primeiro momento, o cálculo da mortalidade esperada pode ser feito pelo índice prognóstico que mais se ajuste a população, e a medida que observamos a melhora dos resultados (SMR < 1), migramos para índices mais restritivos.

Menção Honrosa – Papers – 2º lugar

Qualidade e Segurança

P_87_2011 – Gestão do agendamento de exames em um setor de diagnóstico por imagem: contribuições para melhoria da satisfação do cliente

Rafael Moraes Pinto, Marina Boralli de Sousa, Daiane da Silva Oliveira, Marisa Madi Della Coletta, Renata Paccagnella de Picoli

Resumo: À medida que a necessidade de realização de exames aumenta, os setores de diagnóstico por imagem devem estar preparados para adequar a oferta de exames à crescente demanda. Foi realizada análise do agendamento dos exames de imagem em um hospital de grande porte para proposição de melhoria da qualidade do serviço. Foi demonstrado que os exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea geralmente são prescritos em igual momento sendo sugerida reserva de vagas para realização dos exames citados no mesmo dia. Esta forma de agendamento aumentaria a satisfação do cliente na tentativa de garantir a fidelização do mesmo.

Palavras-chave: diagnóstico por imagem; exame complementar; satisfação do cliente; fidelização; rastreamento; prevenção

Introdução

O exame complementar tem a finalidade de acrescentar informações obtidas durante o exame clínico do paciente e sua solicitação é influenciada por fatores ligados à organização do sistema de saúde, características do médico e, também, do paciente (1), sendo até mesmo demonstrado que a confiança que o paciente deposita no médico está vinculada ao pedido de exames complementares (2).

Com o crescente avanço das tecnologias aplicadas à saúde, estão disponíveis diversas opções de exames para investigação diagnóstica, sendo crescente a sua solicitação (3), chegando a fazer parte de aproximadamente metade das consultas médicas (4). Tal crescimento é atribuído à promoção de diagnósticos cada vez mais precisos e precoces, com evidente benefício para os pacientes (5).

De fato, a utilização precoce de exames complementares para o rastreamento de doenças crônicas tem papel importante na diminuição da mortalidade e na melhoria da qualidade de vida da população. A mudança do tratamento curativo para a medicina preventiva promoveu alterações na abordagem médica passando-se a adotar princípios e estratégias de cuidados preventivos e manutenção da saúde dirigidos particularmente a cada paciente (6).

Em relação à saúde da mulher, esta mudança de abordagem é focada, principalmente, na detecção precoce de patologias cardiovasculares e de neoplasias cujas incidências aumentam após a instalação da menopausa. Desta forma, ações de detecção e diagnóstico precoces devem ser implementadas durante o climatério para contribuição da prevenção, tratamento em fases iniciais e aumento da sobrevida das mulheres (7).

Na propedêutica mínima para as mulheres no climatério devem constar testes de rastreamento para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio e cólon. Também são realizadas pesquisas para o diabetes, dislipidemia e osteoporose (8). Para isso, os principais exames complementares de imagem solicitados para o acompanhamento do climatério nas mulheres são a mamografia, a ultrassonografia e a densitometria óssea (7).

A mamografia permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de descobrir lesões em fase inicial. Neste exame, a mama é comprimida e radiografada, de forma a fornecer melhores imagens, portanto, melhor capacidade de diagnóstico (7). Deve ser solicitada de rotina para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames (7, 9, 10)

A ultrassonografia transvaginal é exame indicado na investigação de patologias ovarianas e endometriais (7), sendo indicada para o acompanhamento das pacientes que utilizam terapia hormonal durante o climatério (8, 11).

Já a densitometria óssea é exame de referência para o diagnóstico e acompanhamento da osteoporose comumente presente após a menopausa quando ocorre a perda da ação estrogênica protetora. A realização de densitometria óssea está indicada em mulheres acima de 65 anos ou naquelas com 55 ou mais anos com um ou mais fatores de risco para fraturas osteoporóticas, além da menopausa (7, 8, 12).

A rotina básica de realização de tais exames deve ser repetida com regularidade proposta nos protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações (7).

Justificativa

Como visto, à medida que a mulher se aproxima dos 50 anos, a necessidade de realização de exames aumenta e os setores de diagnóstico por imagem devem estar preparados para adequar a oferta de exames à crescente demanda, evitando demora no agendamento, realização e entrega dos exames. A falta de gestão do serviço poderia gerar ansiedade nos clientes e até mesmo prejudicar o tratamento de patologias que necessitam de rápida definição diagnóstica, protelando uma conduta que poderia ser decidida de acordo com o laudo do exame (3).

No setor de diagnóstico por imagem de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo foi detectada demora no agendamento de alguns exames, gerando insatisfação por parte dos clientes. Foram detectadas até mesmo desistência de marcação de alguns exames pelo período excessivo de espera para realização destes. Uma queixa frequente das pacientes atendidas pelo ambulatório da ginecologia do hospital, além da demora de realização dos exames, era a diferença grande entre os dias de realização de diferentes exames solicitados pelo médico, obrigando as pacientes a retornarem diversas vezes ao setor.

Para sanar os problemas apontados, foi realizada análise do agendamento dos exames de imagem mais comumente solicitados pelo ambulatório de ginecologia para proposição de melhoria da qualidade do serviço, sendo, portanto, o objetivo do presente trabalho.

Métodos

O presente trabalho foi realizado no setor de diagnóstico por imagem de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo. Foram analisados os dados do setor de agendamento de exames do ambulatório de especialidades do hospital que presta serviço à saúde suplementar e pacientes particulares. Este setor de marcação de exames representa, aproximadamente, 20% do total de agendamentos realizados para a saúde suplementar e particulares.

Para realização da análise do agendamento, foram colhidas informações do controle eletrônico de marcação de exames realizado pelos funcionários. A base de dados analisada continha informações de data e os tipos de exames agendados durante o período de maio de 2009 a abril de 2010. Foram analisadas as marcações de exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea.

Para estudo da demanda de exames do setor, foram calculados o número total de pacientes atendidos e o número total de solicitações de cada tipo de exame. Foi feita também a porcentagem de agendamento de cada exame em relação ao total de pacientes atendidos. Foram ainda analisadas as associações de marcação de exames, sendo considerada uma associação quando, no mesmo dia, o paciente marcava mais de um exame no setor, independente do dia de realização destes. A demonstração das associações foram feitas dividindo-se o número das associações pelo número total de pacientes que marcaram algum tipo de exame no setor. Para averiguação da relação de marcação entre os exames, foi realizada a divisão das associações pelas marcações de cada um dos tipos de exames.

Para complementar o estudo e sugerir alterações na agenda de exames, foi feita, ainda, análise da gestão do agendamento mediante observação da fila de espera para a realização dos exames estudados no período de junho de 2010.

Resultados

No período analisado, foram atendidos um total de 1.863 pacientes que agendaram exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea. A tabela 1 apresenta o número total de pacientes que marcaram cada um dos exames no setor.

Tabela 1. Número de agendamentos de exames, segundo o tipo de exame e porcentagem de representação de cada um dos exames em relação ao número total de pacientes atendidos pelo laboratório de imagem.

Exames	Agendamentos	Representação em relação ao número total de pacientes atendidos
Ultrassonografia	1.616	87%
Mamografia	449	24%
Densitometria óssea	270	14%

Nota-se que, dentre os exames analisados, a predominância de realização de exames é de ultrassonografia sendo que, dos pacientes que marcaram algum dos três exames, 87% deles agendaram exame ultrassonográfico.

A tabela 2 apresenta o número de associações de exames e sua representação em relação aos pacientes atendidos.

Quando comparamos os dados de marcação de mais de um exame, notamos que a associação mais frequente foi o agendamento de ultrassonografia e mamografia no mesmo dia. Os dados mostram que este agendamento foi realizado por 17% do total de 1.863 pessoas atendidas. É interessante notar que 5% dos pacientes atendidos agendaram, no mesmo dia, os três exames.

Tabela 2. Número de pacientes que marcaram mais de um exame, segundo os tipos de exames e representação das associações de exames em relação ao número total de pacientes atendidos no laboratório de imagem.

Exames	Associações de exames	Representação em relação ao número total de pacientes atendidos
Ultrassonografia e Mamografia	318	17%
Ultrassonografia e Densitometria	119	6%
Mamografia e Densitometria	131	7%
Ultrassonografia, Mamografia e Densitometria	96	5%

Quadro 1. Porcentagem que cada uma das associações representa em relação ao tipo de exame solicitado.

Quando o médico solicita:	Também é solicitado:	Porcentagem de associação
Ultrassonografia	Mamografia	20%
	Densitometria	7%
	Mamografia e Densitometria	6%
Mamografia	Ultrassonografia	71%
	Densitometria	29%
	Ultrassonografia e Densitometria	21%
Densitometria	Ultrassonografia	44%
	Mamografia	49%
	Ultrassonografia e Mamografia	36%

A análise dos dados permitiu ainda quantificar a porcentagem que cada uma das associações representava em relação ao tipo de exame solicitado. Foi visto que quando o médico solicitava exame de mamografia, em 71% das vezes também era marcado exame de ultrassonografia. Já o contrário, ou seja, quando era solicitada ultrassonografia, em 20% das ocasiões era solicitada mamografia. Outra associação notória foi a de densitometria, pois, em 49% do agendamento deste exame, também foi agendada a realização de mamografia. A representatividade das outras associações pode ser visualizada no quadro 1.

Durante o período de análise das atividades da área de agendamento dos exames verificou-se que não havia fila de espera para marcação dos exames de mamografia nem de densitometria óssea. Já para a marcação de exames de ultrassonografia havia diferença de disponibilidade de horário para realização do exame, podendo chegar a 48 dias de espera dependendo do dia da semana e a especificidade do exame solicitado pelo médico.

Discussão e Conclusão

Os dados publicados no Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revelam que o setor conta com quase 45 milhões de beneficiários no país representando uma taxa de cobertura de 23,4% da população brasileira em setembro de 2010. Apresentou ainda crescimento de 6,3% do número de beneficiários em relação ao ano de 2009. No município de São Paulo, as mulheres beneficiárias com idade igual ou superior a 40 anos constituem uma população de quase 1,3 milhões de pessoas, representando cerca de 20% do total de beneficiários do município (13). Uma vez que os exames referentes à saúde das mulheres são periódicos e a clientela é representativa, deve haver preocupação com a fidelização do cliente no setor de realização de exames de imagem.

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), os encontros de serviço, isto é, momentos em que a cliente procura o setor de diagnóstico por imagem, possuem uma estreita relação com a satisfação do cliente, pois é no momento da interação que o cliente avalia o serviço e forma sua opinião acerca da qualidade do mesmo. Esse processo é responsável pela formação de opinião onde é possível elaborar a imagem da organização. Essa imagem exercerá influência sobre decisões posteriores de retorno ou não àquele serviço impactando, assim, na fidelização (14). Tontini e Santana (2007) apontam que a satisfação está relacionada com o atendimento de necessidades explícitas e implícitas do consumidor, através do conjunto de características ou atributos do produto. É importante descobrir como o desempenho dos diferentes atributos está relacionado à satisfação dos clientes (15).

A satisfação dos clientes foi estudada por Moura e Luce em 2004 que realizaram uma pesquisa exploratória em Porto Alegre identificando relatos de pacientes a respeito de eventos que lhes trouxeram satisfação durante a hospitalização. Em relação à realização de exames, os atributos de satisfação relatados foram cortesia e atenção dos funcionários e rapidez no atendimento (16), sendo importante, portanto, a busca constante do atendimento das necessidades do cliente para satisfação do mesmo.

A partir dos dados apresentados, foram notadas associações frequentes na solicitação dos exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea. Esses exames geralmente são prescritos em igual momento e, portanto, para agregar maior rapidez ao processo, recomenda-se que haja reserva de vagas para realização dos exames citados em mesmo dia. Esta forma de agendamento evitaria o retorno da paciente ao serviço em três dias diferentes, aumentando a satisfação da cliente na tentativa de garantir a fidelização da mesma. Foi proposto, inicialmente, que houvesse reserva de vagas para realização de ultrassonografia, uma vez que não existe fila de espera para a marcação de densitometria nem de mamografia. Como foi demonstrado que em 6% das vezes em que era marcada ultrassonografia também eram agendados os exames de mamografia e densitometria, foi sugerido um projeto piloto em que, das 128 vagas semanais para realização de ultrassonografias, 8 delas fossem reservadas para marcação conjunta com os exames de densitometria e mamografia.

Portanto, conclui-se que, é frequente o agendamento de mais de um tipo de exame de imagem e, para atender às expectativas dos clientes, sugere-se que o setor de diagnóstico por imagem invista na melhoria e manutenção do serviço, realizando melhoria na gestão de agendamento que permita agilidade na realização dos exames com consequente aumento da satisfação dos clientes.

Referências

1. PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.
2. CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; ROCHA, F. R. S. et al. Confiabilidade no médico relacionada ao pedido de exame complementar. **HU Revista**. v.33, n.3, p.75-80, 2007.

3. KLOETZEL K. Usos e abusos de exame complementar. **Diagnóstico e Tratamento**. v.6, n.4, p.19-27, 2001.
4. CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n.2, p.289-297, 2006.
5. REZENDE, J. M. O. Uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências. **Ética Revista**. v.4, n.4, p.18-21, 2006.
6. Sociedade Brasileira de Climatério – SOBRAC. Fernandes, C. E. (coord. geral). **Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica**. 2003. Disponível em: <http://www.menopausa.org.br/arquivos/acervo/acervo_consenso_sobrac_2003.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
7. Ministério da Saúde do Brasil. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério /Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.
8. MARINHO, R. M.; FERNANDES, C. E.; WEHBA, S. et al. **Atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
9. KEMP, C.; PETTI, D. A. FERRARO, O. et al. **Câncer de mama – prevenção secundária**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
10. Ministério da Saúde do Brasil. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/26021_parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
11. ANDRADE, J. M.; YAMAGUCHI, N. H.; OLIVEIRA, A. B. et al. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma de Endométrio**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/029.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
12. RADOMINSKI, S. C.; PINTO-NETO, A. M.; MARINHO, R. M. et al. **Osteoporose em mulheres na pós-menopausa**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira Reumatologia, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
13. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 23 jan. 2011.
14. FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.
15. TONTINI, G.; SANT'ANA, J. A. Identificação de atributos críticos de satisfação em um serviço através da análise competitiva do gap de melhoria. **Gestão & Produção**. v.14, n.1, p.43-54, 2007.
16. MOURA, G. M. S. S.; LUCE, F. B. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n.4, p.434-40, 2004.

Menção Honrosa – Papers – 3º lugar

Qualidade e Segurança

P_169_2011 - Programa de Melhoria Rápida da Qualidade no Hospital Infantil Menino Jesus

Clara Sette Whitaker Ferreira, Antonio Carlos Madeira de Arruda, Georges Maguerez

Resumo: Em 2009 e 2010 o hospital iniciou um programa de melhoria rápida da qualidade. Os projetos foram desenvolvidos em quatro etapas: descrição do processo, instalação do indicador de mudança, testes das ações de melhoria e consolidação dessas ações. Os resultados foram mudanças culturais (percepção da opinião dos usuários), mudanças nos processos de trabalho (melhor adequação às normas técnicas), e melhor qualidade (maior satisfação dos usuários ou redução dos custos). Instaurou-se uma dinâmica institucional de melhoria da qualidade, com ações concretas de melhoria antes dos processos de avaliação. Com esta abordagem, a acreditação torna-se uma ferramenta para a consolidação das ações de melhoria ao invés de ser um objetivo em si.

Introdução

Trata-se de um hospital da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, gerenciado desde 2008 por uma organização social. O hospital conta com 51 leitos de internação, 10 leitos de terapia intensiva, um hospital-dia e tem uma atividade ambulatorial intensa com mais de 10 especialidades pediátricas, sendo referência para a rede municipal para diversas patologias infantis.

Nesse contexto foram iniciados diversos programas de melhoria, entre os quais reforma estrutural, capacitação de pessoal, e programa de qualidade, objeto deste trabalho.

Justificativa

A melhoria da qualidade da assistência prestada pelos hospitais representa um desafio permanente. Não é fácil prestar serviços de qualidade, com segurança para o paciente, sem aumentar excessivamente os recursos.

Hoje no Brasil, gestão, qualidade, avaliação, são assuntos cada vez mais valorizados; escolas, universidades e prestadores de serviços oferecem cursos nos hospitais para ampliar os conhecimentos dos gestores, num esforço que já demonstra resultados positivos. Existe, no entanto, uma dificuldade de aplicação dos conhecimentos adquiridos nas práticas do cotidiano, que fica na dependência da capacidade individual de cada um. A utilização da metodologia de melhoria rápida da qualidade é uma forma de favorecer essa aplicação, assim como a divulgação dos novos conhecimentos dentro das práticas dos hospitais. Esta metodologia foi desenvolvida na França com base nos princípios da melhoria contínua, dinâmica desenvolvida nos Estados Unidos e utilizada no mundo todo.

Objetivo

O objetivo deste projeto foi a instalação de um programa de ação – formação, realizando ações de melhoria da qualidade e ao mesmo tempo estimulando um processo de sensibilização, motivação e compromisso dos profissionais com a qualidade, através da formação de pessoas com capacidade de dar continuidade aos processos desencadeados e de iniciar novos processos de melhoria. A metodologia utilizada baseia-se no princípio que é preciso melhorar antes de avaliar, e que é preciso implantar ações de melhoria para depois padronizar os processos melhorados.

Métodos

A metodologia da “melhoria rápida da qualidade” é desenvolvida em 4 etapas.

A primeira etapa consiste em identificar a situação a ser melhorada. Junto com as pessoas envolvidas em cada setor, identifica-se uma situação, que, de acordo com eles próprios, pode ser melhorada. Pode tratar-se de um problema, ou somente de uma vontade de fazer melhor. É importante preservar a autonomia do grupo de trabalho para a escolha do seu projeto, para garantir sua motivação. Uma vez identificada a situação, é realizada uma descrição do processo, com todos os que estão nele envolvidos, levando o grupo de trabalho a elaborar um retrato compartilhado do processo a ser melhorado. Neste estágio já pode observar-se a solução de algumas disfunções, pelo simples fato do maior grau de comunicação entre os atores. .

A segunda etapa tem por objetivo, antes de iniciar as mudanças, instalar uma medida que possa indicar para o grupo se as mudanças estão mesmo ocorrendo. O indicador escolhido deve permitir o acompanhamento da evolução da mudança. Por isso, esse indicador não deve avaliar a qualidade, mas a mudança. É uma diferença importante, pois o indicador de mudança é bem mais fácil de ser aplicado, além de ser mais sensível do que o indicador de qualidade. São exemplos de indicadores de mudança o número de problemas percebidos por dia, o número de pedidos de informação, ou ainda o intervalo de tempo entre dois incidentes. Por vezes, os indicadores de mudança e os indicadores de qualidade são os mesmos.

A terceira etapa é aquela da realização das mudanças: as ações de melhoria são propostas e testadas uma a uma, e sua eficácia é monitorada através do indicador de mudança. Dessa forma, uma evolução positiva do indicador após a implementação de uma mudança levará à reflexão sobre a pertinência de consolidar a mudança de forma definitiva. Para isso, o grupo de trabalho acompanha o impacto da ação no âmbito da qualidade da assistência, e também dos custos, da satisfação e da organização do trabalho. As ações que têm impacto positivo são consolidadas, aquelas com impacto negativo não são implementadas.

A última etapa consiste na consolidação das ações de melhoria, e na divulgação e difusão do método para a instituição como um todo. É importante mencionar que é a metodologia, e não os resultados, que é disseminada para as outras unidades. Entretanto, durante a aplicação do método, os profissionais vão testar as soluções desenvolvidas por outros grupos. O processo, até então do tipo « bottom-up » (pois baseado em um conjunto de pequenos projetos) integra-se no processo « top-down » institucional. Os eixos estratégicos da qualidade no estabelecimento aparecem então mais viáveis e realistas para os profissionais que dispõem de exemplos concretos de aplicação.

Para colocar em prática este programa no hospital, foi realizada a escolha de 15 projetos, desenvolvidos de forma simultânea nas diferentes unidades. Cada etapa durou 1 a 2 meses, e no início de cada uma todos os grupos se encontravam num “mini fórum” para apresentação e discussão dos seus avanços. O mesmo processo foi ampliado em seguida para mais 8 projetos, envolvendo novos profissionais, contribuindo para a difusão do método na instituição.

Resultados

É possível apresentar os resultados dos projetos agrupando-os em três categorias, clássicas neste tipo de abordagem metodológica: mudanças dos comportamentos, mudanças dos processos de trabalho, e por fim mudanças da qualidade, identificadas através de um indicador. Na maioria das vezes, para um projeto, não se observa somente um tipo de resultado, porém um deles predomina. Apresentaremos aqui, de acordo com essas categorias, os resultados obtidos em alguns dos projetos de melhoria realizados no hospital.

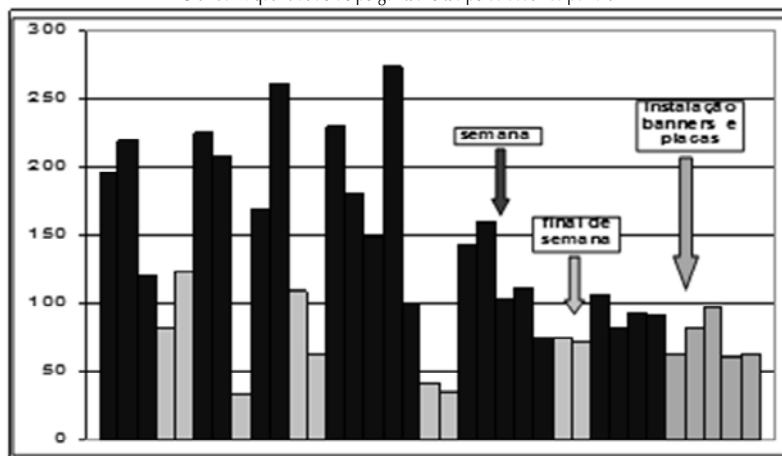
Primeiro tipo de resultado: mudança dos comportamentos. Podemos citar o maior grau de envolvimento, o interesse mútuo pelos projetos, o conhecimento de outras áreas, a comunicação, a integração, o trabalho compartilhado. Este tipo de comportamento foi favorecido pelas ações de comunicação realizadas ao longo de todo o processo (exposição de pôsteres dos projetos)

Exemplo 1 : Melhoria das informações para os usuários

As informações sobre marcação de consulta, atendimento ambulatorial ou outras nem sempre eram bem compreendidas pelos usuários e muitas vezes crianças com seus acompanhantes procuravam os setores dentro do hospital. O objetivo do projeto foi implantar ações para que os usuários tivessem mais e melhores informações sobre os serviços dentro e fora do hospital, assim como melhorar a comunicação institucional com o usuário.

O projeto conduziu à realização de ações concretas, como os painéis de informação, ou os banners com as respostas às 6 perguntas mais frequentes. Porém, o principal resultado foi a mudança dos comportamentos. Antes mesmo da colocação dos banners, o número de perguntas por dia diminuiu, devido à maior disposição dos colaboradores e à maior atenção recebida pelos usuários.

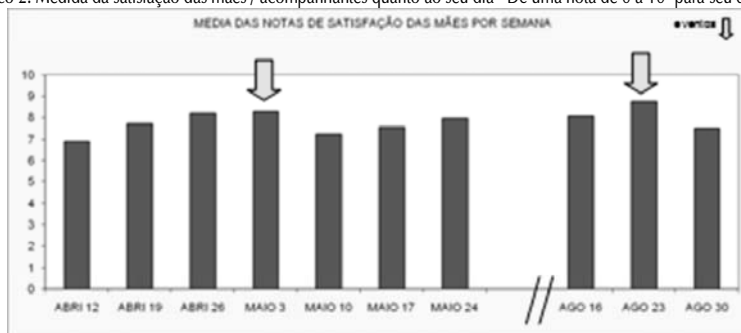
Gráfico 1: quantidade de perguntas feitas pelos usuários por dia



Exemplo 2 : Promoção de atividades para as mães e acompanhantes

As crianças internadas têm sempre um acompanhante, que na maioria das vezes é a mãe. As acompanhantes ficam ociosas durante o tempo de internação, o que contribui para aumentar a sua ansiedade com relação ao tratamento da criança. Foi identificada, em conjunto com o corpo de voluntárias, a necessidade de promover atividades para as mães e acompanhantes.

Gráfico 2: Medida da satisfação das mães / acompanhantes quanto ao seu dia "Dê uma nota de 0 a 10" para seu dia hoje"



Este projeto não mostra nenhuma variação importante da satisfação, a não ser a melhor avaliação nos dias em que houve alguma atividade comemorativa. No entanto a mudança foi importante, pois foi a posição do acompanhante na instituição que mudou. Hoje o acompanhante faz parte do plano de assistência às crianças. As ações para melhorar seu dia a dia são realizadas pelos próprios profissionais (bate-papo sobre saúde bucal com profissional de odontologia ou sobre alimentação com as nutricionistas) ou pelo corpo de voluntários (oficina de fuxico).

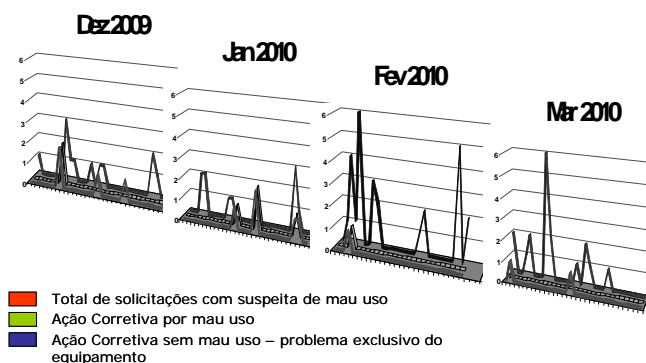
Segundo tipo de resultado: mudança nos processos de trabalho. Trata-se aqui da implantação de inúmeras pequenas melhorias que conduziram à revisão dos processos de trabalho, muitas vezes para adequação às normas técnicas, ou para otimização da qualidade ou dos custos.

Exemplo 3: Redução da quebra de equipamentos

Existe a impressão que há uma alta taxa de quebra de equipamentos eletromédicos por mau uso destes. O objetivo de melhoria foi a redução da taxa de quebra de equipamentos em uso e redução da manutenção corretiva dos equipamentos

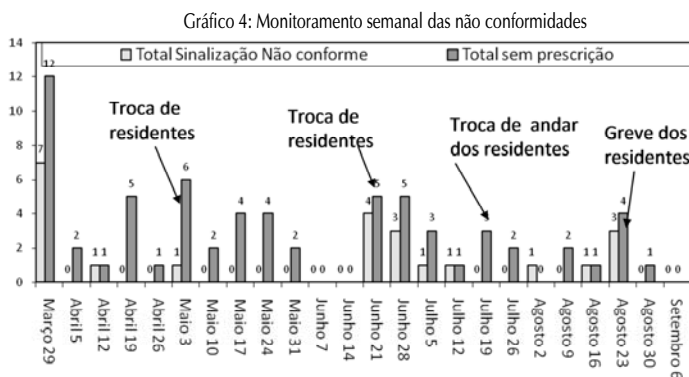
Gráfico 3: Monitoramento das ordens de serviço

O resultado do projeto foi o desenvolvimento de novos processos de trabalho em relação ao uso dos equipamentos: estabelecimento de rotina de verificação imediata das solicitações de manutenção de equipamentos, antes de abrir Ordem de Serviço; obrigatoriedade de capacitação dos profissionais para uso dos novos equipamentos; rotina de monitoramento das Ordens de Serviço de manutenção de acordo com o tipo; rotina de monitoramento do tempo de retirada do aparelho para manutenção.



Exemplo 4: Melhorar o processo de isolamento

Foram identificadas, nas unidades de internação e no pronto-socorro, inadequações no processo de isolamento, como inadequação na sinalização dos isolamentos e ausência de informação de isolamento na prescrição médica.



Durante o desenvolvimento deste projeto, os protocolos de trabalho foram bastante modificados: foi elaborado um instrumento de coleta de dados para verificação da aplicação das recomendações de isolamento, com auditoria diária nas prescrições médicas e nas sinalizações de isolamento. Foram realizadas ações educativas junto às equipes assistenciais, e treinamento sobre as normas de precaução de isolamento. Observou-se, nesse período de monitoramento das não conformidades, uma tendência à diminuição das infecções hospitalares.

Terceiro tipo de resultados: melhoria da qualidade identificada através de um indicador

O objetivo final é este tipo de resultado; porém devido ao tempo necessário para familiarização e aprendizagem do método, é mais difícil obter esta melhoria logo nos primeiros projetos. Estes resultados aparecem muitas vezes ao final de projetos que já apresentaram os dois primeiros tipos de resultados.

Exemplo 5: Diminuição da evasão de roupas hospitalares

O Hospital infantil Menino Jesus utilizava enxoval alugado e lavado por empresa terceirizada. As roupas extraviadas eram pagas bimestralmente. O objetivo do projeto foi a redução do percentual de evasão de roupas para 2 % ao mês, reduzindo assim o custo do contrato. O grupo de trabalho reformulou o controle da pesagem das roupas e reorganizou a distribuição das roupas no hospital, resultando no melhor controle do fluxo da rouparia.



Gráfico 5: monitoramento da percepção de excesso de consumo

O indicador de mudança colocado em prática (unidades com excesso de consumo percebido pela rouparia na distribuição) favoreceu o diálogo entre os colaboradores da rouparia e aqueles das unidades, facilitando a re-programação das quantidades de kits a serem entregues. O maior controle da pesagem, da distribuição e do consumo permitiu uma redução de R\$ 25.000,00 no valor do contrato .

Projeto 6: Melhoria do acolhimento no hospital-dia

Ao chegar ao hospital-dia para realizar a cirurgia, mães e crianças ficam ansiosas, por desconhecimento das etapas do processo pré-cirúrgico, cirúrgico e pós cirúrgico, e do tempo previsto de estadia no hospital. O acolhimento das crianças e mães passou a ser feito através de uma reunião coletiva, no momento da chegada, e foi colocado no quadro um trenzinho onde cada etapa está representada por um vagão, possibilitando a melhor compreensão de forma lúdica e interativa.

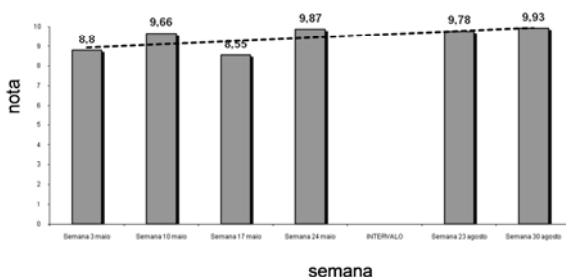


Gráfico 6: Média semanal da nota de satisfação das mães na saída do hospital -dia (nota de 0 a 10 : 0 ruim / 10 ótimo)

Este projeto mostra os três tipos de resultados. Os comportamentos mudaram (explicações mais completas por parte dos profissionais), os processos de acolhimento mudaram (instalação de armários no hospital-dia para guarda dos pertences, processo de acolhimento revisado) e o resultado de qualidade - satisfação das mães - melhorou.

Conclusões

O objetivo deste programa foi a implementação de um método de melhoria da qualidade que trouxesse mudanças rápidas e visíveis. O programa obteve bons resultados, mostrando a eficácia deste tipo de abordagem, graças a qual os profissionais estão agora envolvidos em uma dinâmica de mudança sem medo do controle e da avaliação. Desta forma, o programa facilita a aceitação de processos institucionais de conformidade e de acreditação, que são então vistos como ferramentas para consolidação das melhorias já realizadas.

Referências

- Berwick D, Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*. 1989 Jan 5;320(1):53-6.
- Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. *Curing Health Care: new strategies for quality improvement. A report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1990.
- Batalden P, Stoltz P : A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1993 Oct; 19 (10): 424-452; discussion 448-52.
- Neuhauser D., McEachern J.E., Headrick L. *Clinical CQI: a book of readings*. Joint Commission Edition; USA. 1995; p1 – 23.
- Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP, *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.
- J.-M. Degois, L. Boudon-Rivet, P. Gouin, J. Pochier, V. Baudry, G. Maguerez, Comment Eviter la dépression post accréditation : l expérience du CHG de Dreux. *Gestions Hospitalières* : Décembre 2002 ;421:
- Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003 Feb;29(2):85-93
- G. Maguerez. L. Amélioration rapide de la Qualité dans les établissements sanitaires et sanitaires et sociaux. Editions ENSP. 2005.

Menção Honrosa – Relatos de Experiência – 1º lugar

Indicadores Assistenciais

RE_52_2011 - Indicadores Assistenciais – Quase-falhas em dietas por via oral

Maria Beatriz Ross Fernandes, Camila Andrade Pereira, Rosana Perim Costa

Palavras chave: quase-falhas, evento adverso, serviço de nutrição e dietética, dietas hospitalares

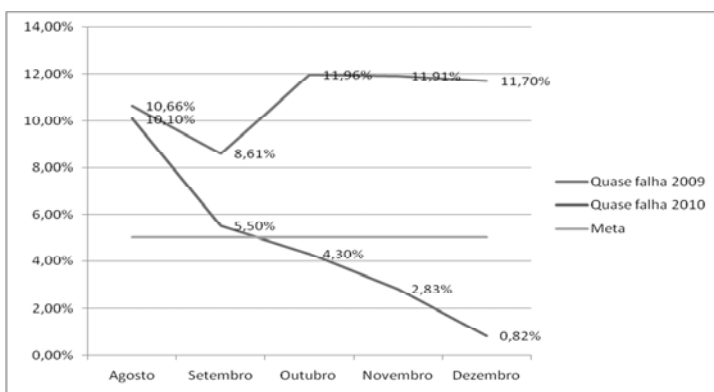
Identificação do Problema: envio de dietas por via oral erradas aos pacientes ou com itens alimentares incompatíveis com a prescrição dietética, comprometendo sua segurança e a confiabilidade do Setor. Principais motivos encontrados para as falhas: transcrição inadequada das anotações do Mapa dietoterápico da Nutricionista para o Mapa de Alimentação utilizado pela equipe de copa; confecção das etiquetas de refeição por colaborador não técnico; falta de atenção do copeiro ao montar a refeição/bandeja; serviço descentralizado, no qual as refeições são montadas nas copas de apoio; supervisão inadequada do processo.

Solução Implantada: informatização do mapa de alimentação da nutricionista e da equipe de copa; reciclagem de copeiros para montagem de dietas; etiqueta de refeição confeccionada pela nutricionista da unidade com padronização de escrita; modificação do sistema de distribuição de refeições para centralizado, no qual todas as refeições são montadas na área operacional e conferência de bandejas conforme amostra planejada estatisticamente - 500 refeições/mês (2% do total de 22.000 refeições/mês).

Resultados Obtidos:

Quase falha em dieta via oral – comparativo entre 2009 e 2010 e meta estipulada:

Com todas as melhorias implantadas observa-se uma importante redução do número de dietas com erros. As quedas mais significativas ocorreram a partir de outubro, quando o sistema de distribuição de refeições mudou de descentralizado para centralizado, ou seja, as



refeições passaram a ser montadas na área operacional do Setor de Gastronomia e distribuídas nas Unidades de Internação em carros térmicos. Comprovou-se que este sistema permite maior supervisão dos processos, por todos ocorrerem num único local. Além disso, demonstrou ser eficaz na prevenção de erros de dietas, oferecendo ao paciente um cuidado nutricional mais seguro.

Menção Honrosa – Relatos de Experiência – 2º lugar

Qualidade e Segurança

RE_58_2011 - Avaliação Sistematizada da Dor e Ações Educativas como um Instrumento para a Qualidade da Assistência Prestada ao Doente com Dor

Dayse Maioli Garcia, Sandra Cristine da Silva, Luciana Barros, Helen Petrolino, Daniela Fernandes de Oliveira

Palavras-chave: Dor; Monitoramento no Processo; Educação Continuada; Qualidade de Assistência à Saúde.

Identificação do problema

A avaliação sistematizada da dor e o registro dos dados são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize ajustes necessários ao tratamento. O monitoramento deste processo através de indicadores de qualidade permite analisar se o gerenciamento da dor está sendo realizado de acordo com a política da instituição. Ações educativas são necessárias visando o pensamento crítico e a aquisição de conhecimentos que propiciem aos enfermeiros assumirem um papel ativo no manejo da dor, com foco na valorização da avaliação e considerando as necessidades individuais do paciente.

Solução Implantada

Avaliar a evolução do indicador durante o ano de 2010 e como ações educativas direcionadas podem resultar em melhoria da qualidade. Auditado 1955 prontuários de pacientes internados há mais de 24 horas na instituição durante os meses de janeiro a dezembro de 2010. Prontuários selecionados por sorteio aleatório manual. Analisados os itens: escala de avaliação de dor adequada as necessidades do paciente; avaliação de dor realizada no mesmo momento que o controle dos sinais vitais; registro dos dados e reavaliação após tratamento da dor através de condutas farmacológicas ou não farmacológicas (protocolo estabelecido: 30 minutos após medicação parenteral e 60 minutos após medicação oral ou conduta não farmacológica). O critério de sucesso adotado foi de 90% de conformidade nos registros.

Resultados Obtidos

A taxa de conformidade que se apresentava em 79% em janeiro/10 (índice crítico) evoluiu para 90% em dezembro/10. As principais não conformidades foram relacionadas à falta de reavaliação no prazo e ausência de registro dos dados. Fez-se necessário no mês de fevereiro/10 abertura e implantação de plano de ação corretiva como definido pelo setor de Qualidade Institucional, com melhora progressiva nos meses subsequentes (variações entre 84% até 92%).

Menção Honrosa – Relatos de Experiência – 3º lugar

Qualidade e Segurança

RE_130_2011 - Garantindo a Qualidade e a Segurança no Processo de Isolamento para Doenças Infecciosas

Luciana Botelho dos Santos, Sonia Regina Testa da Silva Ramos, Walter B. Giovanini Amorim, Juliana de Souza

Identificação do Problema:

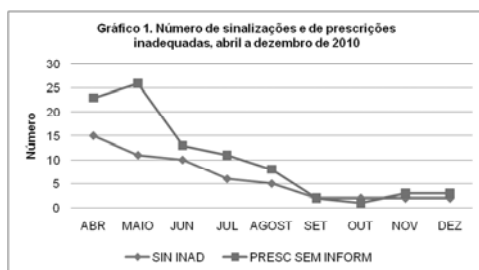
A forma de transmissão das doenças e as medidas preventivas são conhecidas há muito tempo. Entretanto, ainda hoje encontramos dificuldades na implementação das medidas de precauções e isolamento nos serviços de assistência a saúde. Com o objetivo de melhorar a operacionalização das normas de precaução e isolamento para doenças infecciosas na instituição, foi realizada uma avaliação prospectiva por meio de observação direta da sinalização e registro das prescrições médicas, para todos os pacientes internados sob orientação de isolamento. Onde foi evidenciado inadequações em relação à ausência de sinalização ou o uso de placa inadequada para o tipo de doença e prescrição médica sem informação ou suspensão do isolamento para doenças infecciosas.

Soluções Implantadas

- Confecção de um instrumento de coleta de dados para verificar as inadequações e dificuldades das unidades de internação em relação às normas de precaução e isolamento das doenças infectocontagiosas.
- Realizado uma pré-análise no período de abril e maio de 2010, para verificar as inadequações existentes em relação ao processo de isolamento.
- Análise, tabulação e apresentação dos dados da pré-avaliação às equipes assistenciais.
- Orientações educativas in loco junto às equipes assistências.
- Treinamento das normas de precauções e isolamento.
- Monitoramento contínuo das prescrições médicas e sinalização dos quartos com indicação de isolamento.
- Divulgação mensal dos dados coletados para os profissionais das áreas assistenciais.
- Revisão e disponibilização das recomendações de precaução e isolamento em todos os setores assistências.

Monitoramento:

DATA	SETOR	Sinalização Adequada		Prescrição Médica com Informação de Isolamento	
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não



Resultados:

- Com o acompanhamento diário do seguimento das normas de isolamento e orientações as equipes assistenciais, foram verificadas melhora progressiva na sinalização dos quartos com indicação de isolamento e prescrição médica com o registro de informação dos isolamentos. Utilização adequada e racional dos equipamentos de proteção individual.

- Melhora na comunicação entre a equipe médica e enfermagem em relação ao seguimento das normas de precaução e isolamento.

Palavras chaves: Doenças infectocontagiosas, isolamento, normas de precaução e isolamento, treinamento.



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

Comissão Executiva

Álvaro Escrivão Junior
Ana Maria Malik
Denise Schout
Laura Maria Cesar Schiesari
Lucila Pedroso da Cruz
Pubenza Lopes Castellanos (Pupi)

Secretaria Executiva

Cinthia Ferreira Costa
Isabella Fumeiro
Leila Dall'Acqua

Debates GVsaúde



Editor Executivo: Rubens Baptista Júnior
Coordenadora de Arte: Libânia Rangel de Alvarenga Paes

Debates GV Saúde – Edição Especial – outubro de 2011 – é uma publicação interna do GVsaúde da FGV-EAESP • endereço: Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º. Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo-SP – telefone: 11 3799-7717 – e-mail: gvsaude@fgv.br – endereço eletrônico: www.fgv.br/gvsaude § redação: Rua Professor Picarolo, 163 – Cj: 74-E – CEP: 01332-020 – São Paulo-SP • jornalista responsável: Rubens Baptista Júnior – MTB: 14 880 • preparação de textos: Bureau Cultural – e-mail: imprensa@rubens.med.br • arte e produção gráfica: Woz Comunicação – e-mail: comunicacao@woz.com.br § A revista reproduz as apresentações dos debatedores do 11º. Semestre de Debates GVsaúde, realizado na FGV-EAESP, entre agosto e novembro de 2010 • Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista • É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor • Distribuição em circuito interno.

Patrocínio



Apoio



Apoio à Premiação



Locadora Oficial



Apoio Institucional



SECRETARIA
DA SAÚDE



Ministério da
Saúde

